

INDBLIK I PSYKIATRIEN PÅ TVÆRS AF REGIONER OG KOMMUNER

ANALYSE

Indholdsfortegnelse

1. Indledning og sammenfatning	3
1.1 Metodiske afgrænsninger	3
1.2 Analysens hovedkonklusioner	5
2. Patientfrekvens	12
2.1 Patienter med kontakt til psykiatriske sygehuse	12
2.2 Patienter i praksissektoren	16
2.3 Patienter i behandling med psykofarmaka	19
3. Ressourcer i psykiatrien og udvalgte dele af praksissektoren	27
3.1 Personalet på psykiatriske sygehuse	27
3.2 Sammenhæng mellem antallet af medarbejdere og antal patienter og ydelser i psykiatrien	28
3.3 Sengepladser	31
3.4 Ventetid til behandling	32
3.5 Udredningstid	34
3.6 Ydere i praksissektoren	35
4. Aktivitet i psykiatrien og udvalgte dele af praksissektoren	36
4.1 Ambulante besøg	36
4.2 Stationær aktivitet på psykiatriske sygehuse	37
4.3 Gennemsnitlig indlæggelsestid pr. indlæggelse	38
4.4 Genindlæggelsesfrekvens	39
4.5 Færdigbehandlingsdage	42
4.6 Tvang i psykiatrien	43
4.7 Aktivitet i praksissektoren	45
5. Offentlige udgifter til psykiatrien	48
5.1 Udgift pr. patient til psykiatriske sygehuse	49
5.2 Udgift pr. patient i praksissektoren	53
5.3 Udgift pr. patient til psykofarmaka	55
6. Bilag	57
6.1 Nøgletaloversigt fordelt på regioner	57
6.2 Forskel mellem betalings- og bopælskommune	59
7. Metode og definitioner	61
7.1 Udgiftsbegreber anvendt i analysen	61
7.2 Oversigt over psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser	62
7.3 Aktivitet i sygehusvæsenet og i praksissektoren	62
7.4 Psykofarmaka	63
7.5 Bopælskommune og bopælsregion	64
8. Litteratur	66

1. Indledning og sammenfatning

I denne analyse belyses forskelle på tværs af regioner i kommuner i antallet af patienter med psykiske lidelser der behandles, personalemæssige ressourcer, antal kontakter og ydelser patienterne modtager samt offentlige udgifter i de forskellige sektorer. Denne analyse hænger sammen med analysen *Indblik i psykiatrien og sociale indsatser*, hvor de forskellige parametre er belyst over tidsperioden 2010-16.

I den indeværende analyse er der kun set på den sundhedsfaglige indsats og forskelle på tværs af landet er opgjort i 2016. Der er dermed tale om et øjebliksbillede i de enkelte regioner og kommuner. I dette arbejde har det ikke været muligt at beskrive kommunale forskelle af den sociale indsats.

Formålet med analyserne er at understøtte arbejdet med Styringseftersyn af psykiatrien, som er igangsat af regeringen, KL og Danske Regioner. Analysen er udarbejdet af Sundheds- og Ældreministeriet med bistand fra Sundhedsdatastyrelsen og faglige bemærkninger fra Sundhedsstyrelsen, Lægemiddelstyrelsen, KL, Danske Regioner og Finansministeriet.

1.1 Metodiske afgrænsninger

Patientpopulation

Der er en række datamæssige udfordringer i forbindelse med identificering af den relevante patientpopulation og indsatserne for mennesker med psykiske lidelser. Der er derfor foretaget en række afgrænsninger til selve patientpopulationen og de indsatser, som patienterne kan modtage.

Mennesker med psykiske lidelser, der har haft kontakt med psykiatriske sygehuse, vil som oftest have en sygdom karakteriseret ved middelsvære og svære tilstande, mens mennesker med lette og moderate psykiske lidelser som oftest behandles i praksissektoren, jf. *Regeringens udvalg om psykiatri (2013)*.

Patienterne med kontakt til psykiatriske sygehuse kan relativt let afgrænses ud fra nationale registre (primært Landspatientregisteret). Det er imidlertid noget mere vanskeligt at identificere mennesker med psykiske lidelser, der behandles i praksissektoren, som fx i almen praksis. Det er vigtigt også at inkludere patienterne med lette og moderate psykiske lidelser – dvs. patienterne med kontakt til praksissektoren eller kommunerne, idet analysen ellers vil indeholde en snæver og ikke repræsentativ patientpopulationen. I denne analyse har det ikke været muligt at belyse geografiske forskelle i den kommunale sociale indsats.

Patientpopulationen i denne analyse er patienter, der er i behandling i udvalgte dele af det regionale sundhedsvæsen. Det er patienter:

- Med kontakt til psykiatriske sygehuse (indlæggelser og ambulante besøg)
- Med kontakt til speciallægepraksis i psykiatri og børnepsykiatri
- Med kontakt til psykologordning med henvisningsårsagerne angst og depression
- Der modtager ydelsen samtalerapi i almen praksis
- Der indløser recept på udvalgte lægemidler til behandling af psykisk sygdom (psykofarmaka)

Det skal bemærkes, at den relevante målgruppe i virkeligheden er væsentligt bredere, med det er ikke muligt at opgøre alle patienter og kontakter relateret til psykisk sygdom. Udfordringen er bl.a. at opgøre alt relevant behandling i praksissektoren og særligt i almen praksis. I nationale registre findes der kun oplysnin-

ger vedrørende patienternes aktivitet i praksissektoren, men ikke årsagen til henvendelsen. Analysens resultater der omhandler behandlingen i praksissektoren skal derfor ses i lyset af, at der er foretaget en udvælgelse af de dele af praksissektoren, som med størst sandsynlighed vedrører behandling af mennesker med psykisk sygdom.

Patienttyngde

I analysen er der set på forskelle i patienters diagnosesammensætning på tværs af regioner. I analysen *Indblik i psykiatrien og sociale indsatser* er det vist, at gennemsnitlige udgifter pr. patient (baseret på besøgs- og sengedagstaksten) er højest for patienter med skizofreni mv. og spiseforstyrrelse mv. Det skyldes, at disse patienter har i gennemsnit relativt lange indlæggelsesforløb og mange ambulante besøg. Som en meget forsimplet mål for størrelsen af patienttyngden i de fem regioner er der i denne analyse set på, hvor stor en andel af regionernes patienter har disse diagnoser.

Opgørelse af personaleressourcer

Regionernes registreringsramme giver ikke umiddelbart mulighed for at opdele sygehusudgifter og personale på ambulante og stationære funktioner. Det gør det vanskeligt at måle antallet af ydelser pr. medarbejder. I analysen er det valgt at opgøre antal ydelser som summen af antal ambulante besøg og sengedage, vægtet med hhv. ambulante takst og sengedagstakst ift. det samlede antal medarbejdere. Dette er en relativt simpel måde at forsøge at sammenligne aktiviteten pr. medarbejder på tværs af regioner. Med metoden er det forsøgt at udligne forskelle mellem regioner i vægtningen mellem stationære og ambulante funktioner. Opgørelserne skal dog tages forbehold. Dels er vægtningen baseres på takster som ikke nødvendigvis afspejler ressourceforbruget i regional psykiatri for hver enkelt kontakt. Forskelle på tværs af regionerne kan herudover bl.a. skyldes regionernes specialiseringsgrad, således at mere specialiserede regioner har flere mere komplicerede patienter, forskning og udvikling samt uddannelse. Herudover er der forskelle i regionernes geografi, som bl.a. påvirker transporttid ift. udgående ambulante funktioner, forskelle i visitationspraksis og henvisningspraksis o.l. forhold.

Opgørelse af aktiviteten

Aktiviteten er opgjøret efter samme metode og afgrænsninger, der anvendes af Sundhedsdatastyrelsen, *jf. afsnit 7.3*. Det indebærer, at ydelser uden besøg, fx udfærdigelse af erklæringer, samtale med forældre, værge eller pårørende mv., medtages ikke. En del af disse ydelser er relevant aktivitet er patientrelateret og relevant aktivitet og der kan være forskelle på tværs af regioner i disse ydelser. Analysens resultater vedr. aktiviteten skal derfor tolkes med disse forbehold.

Med mindre andet er oplyst, er aktiviteten i psykiatrien henført til patienternes bopælsregionen, hvilket bl.a. svarer til Sundhedsdatastyrelsen (2017) og Danske Regioner (2017).

Generelt forbehold i forbindelse med tolkning af resultater

Geografiske forskelle over hvor mange patienter, der behandles og hvilken type behandling, der igangsættes kan i princippet skyldes forskellige faktorer, der både kan være udbudsinducerede og efterspørgselsinducerede. På udbudssiden kan der være forskelle i regionernes praksis ift. tilgængelighed og tilrettelæggelse af behandlingstilbud, herunder adgang til den specialiserede behandling, organisering af behandlingen i hhv. praksissektor og sygehussektor. Adgang til relevante kommunale tilbud samt lokale problemer med rekruttering af den nødvendige arbejdskraft og andre lignende faktorer på virker også udbuddet. Disse faktorer kan have betydning for, hvor mange patienter der behandles de pågældende områder, hvilken type behandling der igangsættes, og på hvilket specialiseringsniveau behandlingen foregår.

På efterspørgselsiden kan der være geografiske forskelle i den underliggende patientpopulation, herunder forekomsten af sygdommen, socioøkonomiske og demografiske forskelle og forskelle i patienternes sygdomsopfattelse og forventning til behandling. Geografiske forskelle i disse faktorer kan også være med til at forklare nogle af variationerne i behandlingen på tværs af landet.

I den indeværende analyse er foretaget en kortlægning af *det faktiske niveau* af en række relevante faktorer, som er sat i forhold til indbyggertallet eller antal patienter på tværs af regioner og kommuner. Der må

generelt tages forbehold for, at de identificerede forskelle i antal patienter, aktivitet, ressourceforbrug, udgifter m.v. i en vis udstrækning kan skyldes forskelle i patienttyngde samt behandlingsudbud og behandlingskvalitet m.v.

Målet med analysen er at vise eventuelle forskelle på tværs af landet, uden at forholde sig til selve niveauet af de forskellige parametre. Det skal også bemærkes, at antallet af ydelser siger i sig selv ikke noget om indholdet og kvaliteten af behandlingen, og det er ikke muligt analytisk at vurdere, om fx flere besøg og/eller ydelser per patient eller medarbejder i nogle regioner helt eller delvist modsvarer af dårligere kvalitet.

1.2 Analysens hovedkonklusioner

Analysen viser, at der generelt er stor forskel på, i hvilken delsektor patienterne modtager på tværs af landets fem regioner, herunder i hvor høj grad patienterne behandles på sygehusene, i de enkelte dele af praksissektoren eller indløser en recept til psykofarmaka i forbindelse med deres behandling. Der er ligeledes store geografiske forskelle i regionernes personaleforbrug samt i patienternes kontaktmønster på tværs af de enkelte sektorer. Disse forskelle afspejles i en betydelig variation i de gennemsnitlige behandlingsudgifter på tværs af landet.

Der er forbundet udfordringer med opgørelsen af disse parametre på tværs af regioner og kommuner – herunder bl.a. patientsammensætning, behandlingstilbud, specialisering o.l., *jf. 1.1 Metodiske afgrænsninger*. Med disse forbehold er der i dette afsnit vist sammenhæng mellem nogle af de parametre, som belyses i analysen. I afsnit 6.1 (Bilag) er der lavet to nøgletalstabeller, der viser de enkelte parametre fordelt på de landets fem regioner.

Patientfrekvens på sygehusene

I figur 1 er der vist sammenhæng mellem antal patienter med ambulant kontakt til psykiatrisk sygehus og antal patienter med en psykiatrisk indlæggelse inden for regionen. X-aksen angiver procentvis afvigelse fra landsgennemsnittet i antal patienter med ambulant behandling, mens y-aksen angiver procentvis afvigelse fra landsgennemsnittet i antal patienter med en indlæggelse. Størrelsen af cirklen angiver den enkelte regions patienttyngde. Lysegrønne cirkler angiver at ventetid til behandling er under landsgennemsnittet, mens mørkegrønne cirkler angiver at ventetiden er over landsgennemsnittet.

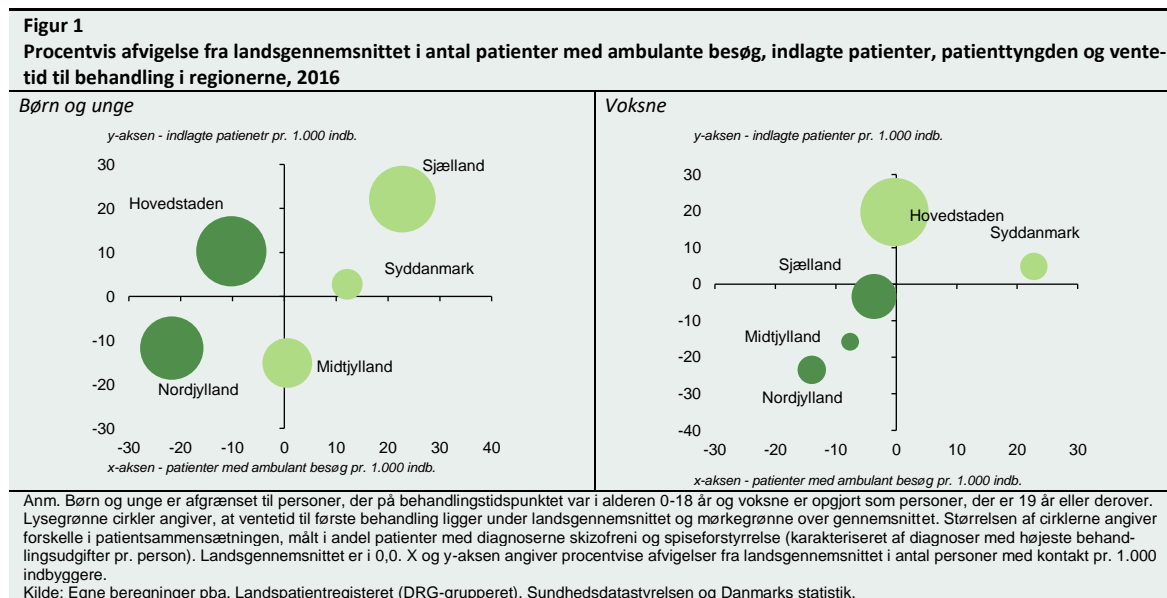
Antallet af børn og unge med kontakt til et psykiatrisk sygehus pr. 1.000 indbyggere (patientfrekvens) er relativt højt i Region Sjælland sammenlignet med landets øvrige fire regioner, *jf. figur 1*. Det gælder både for børn og unge med ambulante besøg (23 pct. flere end landsgennemsnittet) og indlæggelser (22 pct. flere end landsgennemsnittet). Region Sjællands patientsammensætning er karakteriseret ved en relativ stor tyngde (vist ved størrelsen af cirklen i figur 1). I denne analyse er patienttyngden relativt forsimplet angivet ved antallet af patienter med diagnoserne skizofreni og spiseforstyrrelse. Både voksne samt børn og unge med disse diagnoser har typisk betydeligt flere kontakter til sygehuset og længere indlæggelser end øvrige patienter. Det indebærer også, at behandlingsudgifterne forbundet med disse diagnoser er relativt høje, *jf. Metodiske afgrænsninger 1.1 samt analysen Indblik i psykiatrien og sociale indsatser*.

I den modsatte ende er Region Nordjylland, hvor betydeligt færre børn og unge har en kontakt til sygehuset. Der er forholdsvis mange børn og unge, der bliver indlagt i Region Hovedstaden sammenlignet med landsgennemsnittet, og i denne region er patienttyngden størst. Sammenlignet med fx Region Nordjylland og Midtjylland er der i Region Syddanmark relativt mange børn og unge, der modtager ambulant behandling, mens antal indlagte børn og unge ligger på landsgennemsnittet. I Region Syddanmark er patienttyngden mindre end i de øvrige regioner.

Ventetid til behandling på en børnepsykiatrisk afdeling er under landsgennemsnittet i Region Sjælland, Syddanmark og Midtjylland (lysegrønne cirkler i figur 1). Det er også i disse tre regioner, at antallet af personer med ambulante besøg er højere end landsgennemsnittet.

Også betydeligt flere voksne fra Region Syddanmark modtager ambulante behandling (23 pct. flere end landsgennemsnittet), mens voksne fra Region Hovedstaden i langt højere grad bliver indlagt på et psykiatrisk hospital (20 pct. flere end landsgennemsnittet), jf. figur 1. I Region Hovedstaden patienttyngden betydeligt større end i de øvrige regioner (cirkelns størrelse i figur 1).

Færre voksne fra Region Midtjylland og Nordjylland er i kontakt med et psykiatrisk sygehus sammenlignet med landsgennemsnit – og patienttyngden er mindre i disse regioner. Ventetiden til behandling er over landsgennemsnittet i netop Region Nordjylland og Midtjylland samt i Region Sjælland (mørkegrønne cirkler i figur 1).



Sammenhæng mellem patientfrekvens på sygehusene og speciallægepraksis

Udbuddet af speciallægepraksis i hhv. børne- og ungdomspsykiatrien og psykiatrien varierer betydeligt på tværs af regionerne. Relativt set i forhold til befolkningstallet er antallet af praktiserende speciallæger dobbelt så højt i Region Hovedstaden og Sjælland som i Region Nordjylland og Syddanmark. Det gælder både i praktiserende speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri.

Dette afspejles i figur 2, hvor der inden for de enkelte regioner er vist forhold mellem antal personer i behandling hos praktiserende psykiatere (x-aksen) og antal personer med ambulante behandling (y-aksen). Lysegrønne cirkler angiver at ventetid til behandling er under landsgennemsnittet, mens mørkegrønne cirkler angiver at ventetiden er over landsgennemsnittet.

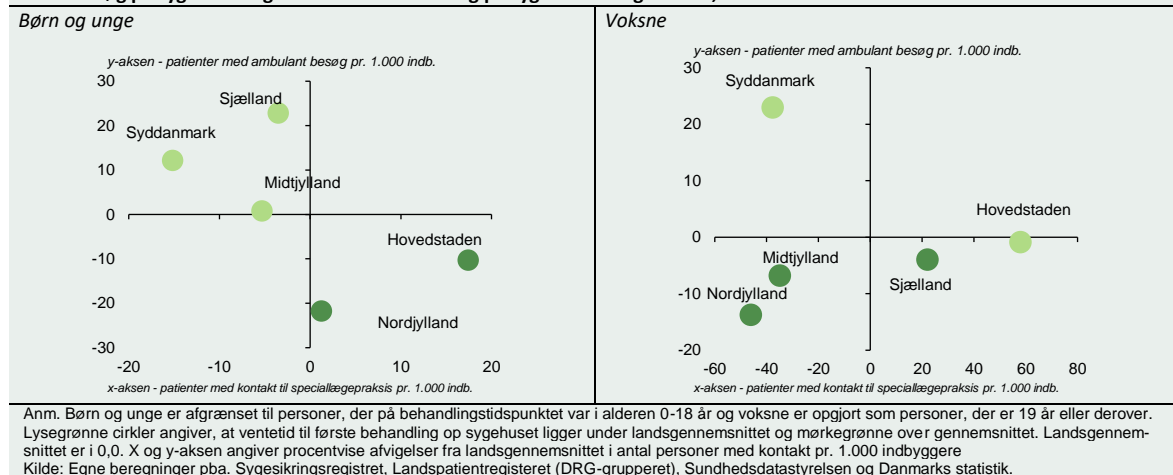
Særligt for Region Syddanmark og Hovedstaden tyder det på, at der inden for regionen er en vis substitution mellem speciallægepraksis og ambulante behandling, hvor forholdsvis mange børn og unge modtager ambulante behandling på sygehusene i Region Syddanmark, mens relativt få børn og unge har kontakt til speciallægepraksis i børnepsykiatri, jf. figur 2. Det omvendte er tilfælde for Region Hovedstaden. Samme billede gælder voksne patienter med psykiske lidelser i de to regioner.

Andelen af børn og unge i Region Sjælland og Nordjylland, som har kontakt til speciallægepraksis, er på samme niveau som landsgennemsnittet. Samtidig er næsten 25 pct. flere børn og unge i ambulante behandling i Region Sjælland sammenlignet med landsgennemsnittet, mens godt 20 pct. færre børn og unge har en ambulante besøg i Region Nordjylland, sammenlignet med hele landet. Færrest antal børn og unge har ambulante besøg i Region Hovedstaden og Nordjylland. Det er også i disse regioner, at ventetid til behandling på sygehuset er længst (mørkegrønne cirkler i figur 2).

Inden for tre af landets fem regioner tyder der på at være en vis substitution på voksenområdet mellem antal personer med ambulante behandlinger på et sygehus og antal personer med kontakter til speciallægepraksis. Knap 60 pct. flere voksne er i kontakt med speciallægepraksis i Region Hovedstaden sammenlignet med landsgennemsnittet, og tilsvarende er godt 20 pct. flere i kontakt med speciallægepraksis i Region Sjælland. De øvrige tre regioner ligger alle under landsgennemsnittet.

Det omvendte er tilfælde i Region Syddanmark - her modtager knap 25 pct. flere patienter ambulante behandling sammenlignet med landsgennemsnittet, mens der er 40 pct. færre i kontakt til speciallægepraksis. I Region Nordjylland og Midtjylland er både antallet af patienter, der behandles i speciallægepraksis og patienter, der modtager ambulante besøg på sygehuset, lavere end landsgennemsnit. I disse regioner, samt i Region Sjælland, er ventetiden til behandling højere end landsgennemsnittet.

Figur 2
Procentvis afvigelse fra landsgennemsnittet i antal patienter med kontakt til praktiserende speciallæge, patienter med ambulante besøg på sygehuset og ventetid til behandling på sygehuset i regionerne, 2016



Patientfrekvensen i praksissektoren

Behandlingen af børn og unge i praksissektoren synes at være meget forskellig i de fem regioner. Fx indløser omkring 20-25 pct. flere børn og unge en recept på psykofarmaka i Region Nordjylland, Sjælland og Midtjylland end landsgennemsnittet, jf. figur 3. Omvendt modtager 50 pct. færre børn og unge i Region Nordjylland samtaleterapi i almen praksis¹, sammenlignet med landsgennemsnittet.

I Region Midtjylland og Syddanmark modtager børnene i højere grad samtaleterapi i almen praksis, i forhold til landsgennemsnittet, mens børn og unge i højere grad er i kontakt med en praktiserende psykiater i forhold til landsgennemsnittet i Region Nordjylland og Hovedstaden (mørkegrønne cirkler). Relativt færre børn og unge indløser en recept på psykofarmaka i Region Hovedstaden og Syddanmark.

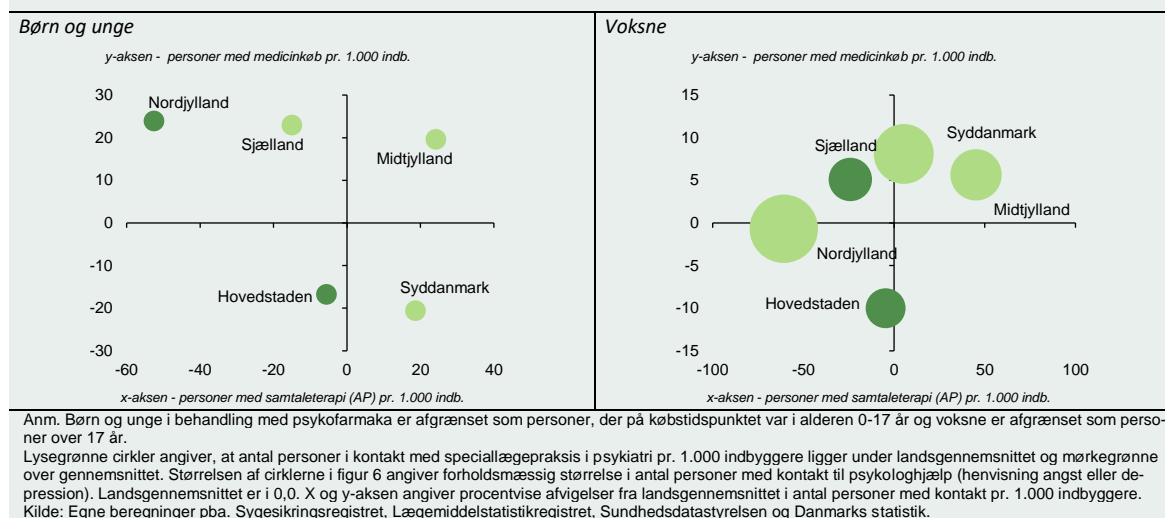
I Region Syddanmark indløser knap 10 pct. flere voksne en recept på psykofarmaka sammenlignet med landsgennemsnittet, mens det omvendt er 10 pct. færre i Region Hovedstaden, jf. figur 3. I Region Nordjylland modtager 60 pct. færre voksne samtaleterapi i almen praksis. Sammenlignet med de øvrige fire regioner modtager flest voksne psykologhjælp, som følge af angst eller depression, i Region Nordjylland efterfulgt af Region Syddanmark (jf. cirkelens størrelse i figur 3).

I Region Hovedstaden og Sjælland er antallet af voksne, der modtager psykologhjælp lavere end i de øvrige regioner, og færre end landsgennemsnittet modtager samtaleterapi i almen praksis. Omvendt er der flere voksne med kontakt til speciallægepraksis (mørkegrøn cirkel i figur 3). Flest voksne pr. 1.000 indbyggere modtager samtaleterapi i Region Midtjylland. Sammenlignet med landsgennemsnittet, er der 45 pct. flere

¹ Det skal bemærkes, at der i analysen kun er set på samtaleterapi i almen praksis. Den relevante målgruppe, der behandles i almen praksis er væsentligt bredere, men der foreligger ikke registerbaserede oplysninger om alle patienter og kontakter relateret til psykisk sygdom.

voksne, der modtager samtaleterapi i almen praksis i region Midtjylland. I denne region er der samtidig flere voksne, der indløser en recept på psykofarmaka, sammenlignet med landsgennemsnittet.

Figur 3
Procentvis afvigelse fra landsgennemsnittet i anvendelse af udvalgte dele af praksissektoren og psykofarmaka i regionerne, 2016

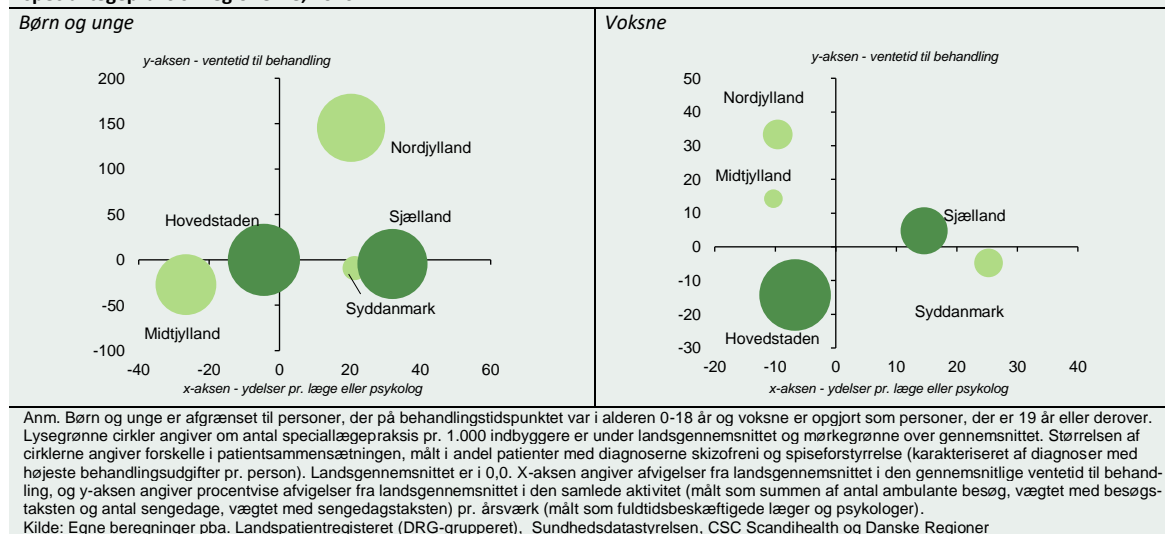


Personaleforbrug og ventetid til behandling

Analysen viser desuden visse forskelle på tværs af regioner i sygehusenes personaleforbrug. Det er ikke muligt i regionernes opgørelser af personalet at adskille medarbejdere på hhv. stationære og ambulante funktioner. Det er i analysen derfor set på det samlede antal ydelser (opgjort som summen af sengedage og ambulante besøg vægtes med hhv. sengedagstaksten og ambulante besøgstaksten) i forhold til det samlede personale. Der knytter sig generelt væsentlige usikkerheder i forbindelse med disse opgørelser, jf. *Metodiske afgrænsninger 1.1*. Tolkning af resultaterne skal derfor tages med vis forbehold.

I figur 4 er antal ydelser sat i forhold til antal læger og psykologer. I afsnit 3.2 er der også set på øvrige sundhedsfaglige medarbejdere. På børne- og ungeområdet er antallet af ydelser pr. læge eller psykolog (fuldtidsbeskæftiget) lavest i Region Midtjylland og højest i Region Sjælland. Sammenlignet med landsgennemsnittet er antal ydelser pr. årsværk knap 30 pct. lavere i Region Midtjylland, og mere end 30 pct. højere i Region Sjælland, jf. figur 4.

Figur 4
Procentvis afvigelse fra landsgennemsnittet i antal ydelser pr. læge og psykolog, ventetid til behandling, patienttæthed og antal speciallægepraksis i regionerne, 2016



Ventetiden til behandling på børneområdet betydelig længere i Region Nordjylland, sammenlignet med landsgennemsnittet (ca. en måned længere, eller 145 pct.). Omvendt er ventetiden kortest i Region Midtjylland – ca. en uge under landsgennemsnittet - svarende til godt 25 pct. kortere. Region Hovedstaden og Syddanmark synes at være på omtrent samme niveau som landsgennemsnittet for så vidt angår ventetid til behandling, mens aktiviteten pr. årsværk er højere i Region Syddanmark end i Region Hovedstaden.

På voksenområdet er der også forskelle i antal ydelser på sygehuset opgjort pr. læge eller psykolog på tværs af regionerne. I Region Syddanmark er antal ydelser pr. årsværk 25 pct. højere sammenlignet med landsgennemsnittet, mens aktiviteten pr. årsværk i Region Midtjylland og Nordjylland er ca. 10 pct. lavere. I Region Nordjylland er ventetid til behandling ca. en uge længere eller 33 pct. højere end landsgennemsnittet, mens ventetiden i Region Syddanmark er på omtrent samme niveau som landsgennemsnittet.

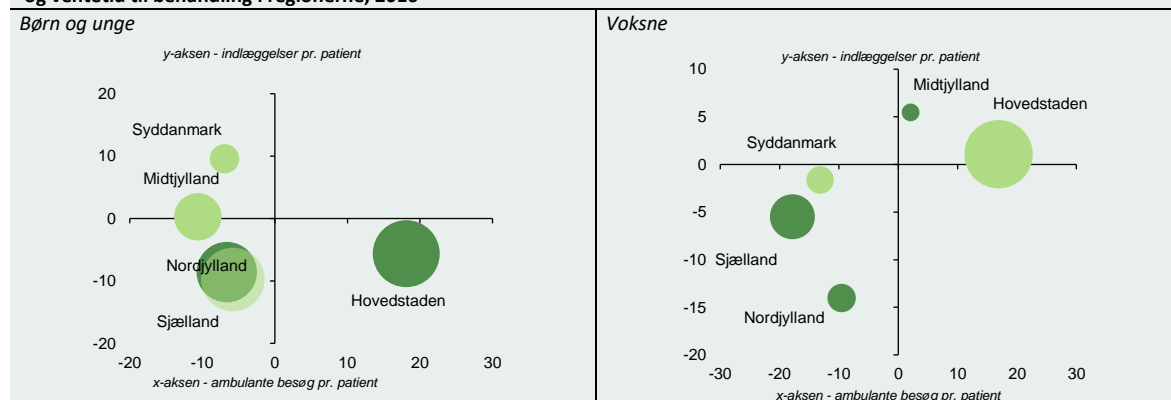
Forskelle i aktiviteten på tværs af regionerne

Med forbehold for bl.a. regionale forskelle i organiseringen af tilrettelæggelsen af behandlingstilbud, visitations- og henvisningspraksis og patientsammensætningen viser analysen også forskelle i kontaktmønster for de enkelte patienter i psykiatrien og i praksissektoren, herunder hvor mange kontakter den enkelte patient har i psykiatrien, hvor længe patienterne er indlagt og hvor mange indlæggelser, der ender med en genindlæggelse på tværs af landets fem regioner. Der er samtidig betydelige forskelle i ventetid til behandling.

Fx har patienterne på børnepsykiatriske afdelinger i Region Hovedstaden flest ambulante besøg i gennemsnit (knap 20 pct. flere end landsgennemsnittet), mens patienterne fra Region Syddanmark har flest indlæggelser i gennemsnit (ca. 10 pct. flere end landsgennemsnittet), jf. figur 5. I Region Sjælland, hvor der relativt set er flest børn og unge i kontakt med sygehuset, og hvor patienttyngden er relativ stor, har patienterne i gennemsnit færre ambulante besøg og færre indlæggelser.

Flest voksne er i kontakt med sygehuset i Region Syddanmark. Antallet af indlæggelser og ambulante besøg pr. patient ligger imidlertid under landsgennemsnittet i Region Syddanmark. Omvendt er færre voksne i kontakt med et psykiatrisk sygehus i Region Midtjylland, sammenlignet med landsgennemsnittet. Patienterne fra Region Midtjylland har i gennemsnit flere indlæggelser pr. patient sammenlignet med landsgennemsnittet. Dette er til trods for, at patienttyngden i Region Midtjylland generelt er mindre, sammenlignet med de øvrige fire regioner.

Figur 5
Procentvis afvigelse fra landsgennemsnittet i antal ambulante besøg pr. patient, antal indlæggelser pr. patient, patienttyngden og ventetid til behandling i regionerne, 2016



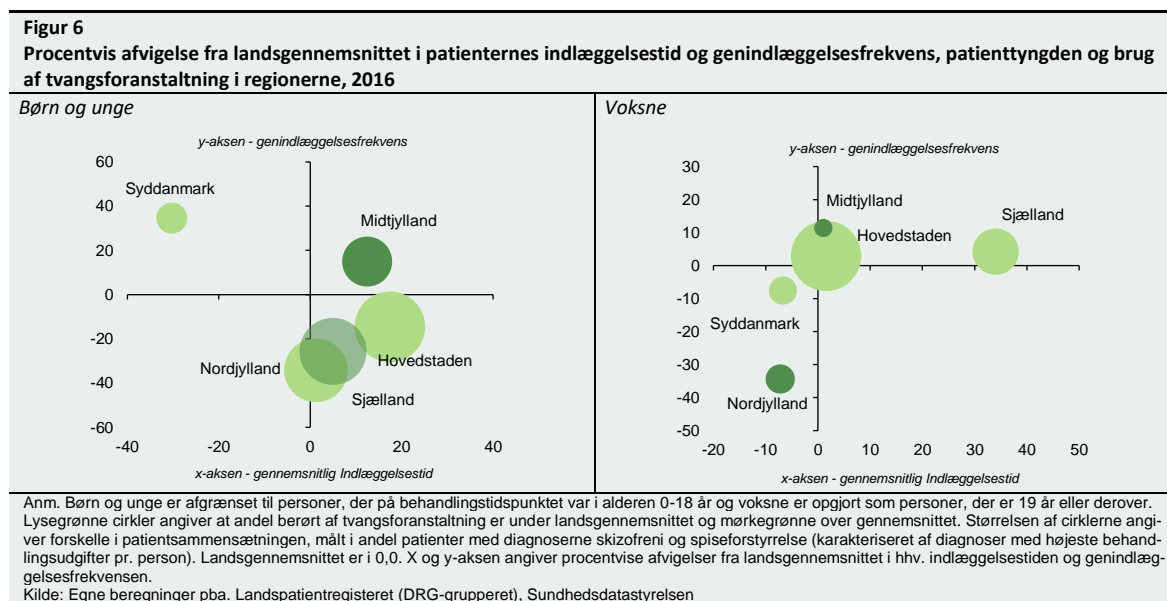
Anm. Børn og unge er afgrænset til personer, der på behandlingstidspunktet var i alderen 0-18 år og voksne er opgjort som personer, der er 19 år eller derover. Lysegrønne cirkler angiver, ventetid til første kontakt er under landsgennemsnittet og mørkegrønne over gennemsnittet. Størrelsen af cirklerne angiver forskelle i patientsammensætningen, målt i andel patienter med diagnoserne skizofreni og spiseforstyrrelse (karakteriseret af diagnoser med højeste behandlingsudgifter pr. person). Landsgennemsnittet er i 0,0. X og y-aksen angiver procentvis afvigelser fra landsgennemsnittet i antal kontakter pr. patient.
Kilde: Egne beregninger pba. Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sundhedsdatastyrelsen

På børne- og ungeområdet tyder det på, at der er en vis sammenhæng mellem patienternes indlæggelsestid og genindlæggelsesfrekvens inden for tre af landets fem regioner. Fx er den gennemsnitlige indlæggelsestid i Region Syddanmark ca. 30 pct. kortere end landsgennemsnittet, mens antal indlæggelser, der ender med

en genindlæggelse er ca. 35 pct. højere, jf. figur 6. Det omvendte er tilfældet for patienter i Region Sjælland og Hovedstaden. Den gennemsnitlige indlæggelsestid er generelt højest for de to regioner, og de har samtidig patientpopulationer med relativt lange indlæggelsesforløb.

I Region Midtjylland virker der ikke at være denne sammenhæng mellem indlæggelsestid og genindlæggelsesfrekvens. Den gennemsnitlige indlæggelse er i regionen ca. 10 pct. længere end landsgennemsnittet, og samtidig er genindlæggelsesfrekvens ca. 15 pct. højere. Andelen af børn og unge berørt af en tvangsforanstaltning (relativt til alle indlagte patienter), er højest i Region Sjælland og Midtjylland.

På voksenområdet tyder der ikke at være en umiddelbar sammenhæng mellem indlæggelsestiden og genindlæggelsesfrekvensen inden for de fem regioner. Fx er der relativt til landsgennemsnittet både færre genindlæggelser, og den gennemsnitlige indlæggelsestid er kortere i Region Nordjylland og Syddanmark. Omvendt er der både flere genindlæggelser, og indlæggelserne har en længere varighed i de tre øvrige regioner. I gennemsnit er indlæggelserne længst i Region Sjælland, mens der er flest genindlæggelser pr. indlæggelse i Region Midtjylland. Flest indlagte voksne er berørt af en tvangsforanstaltning i Region Midtjylland og Nordjylland.



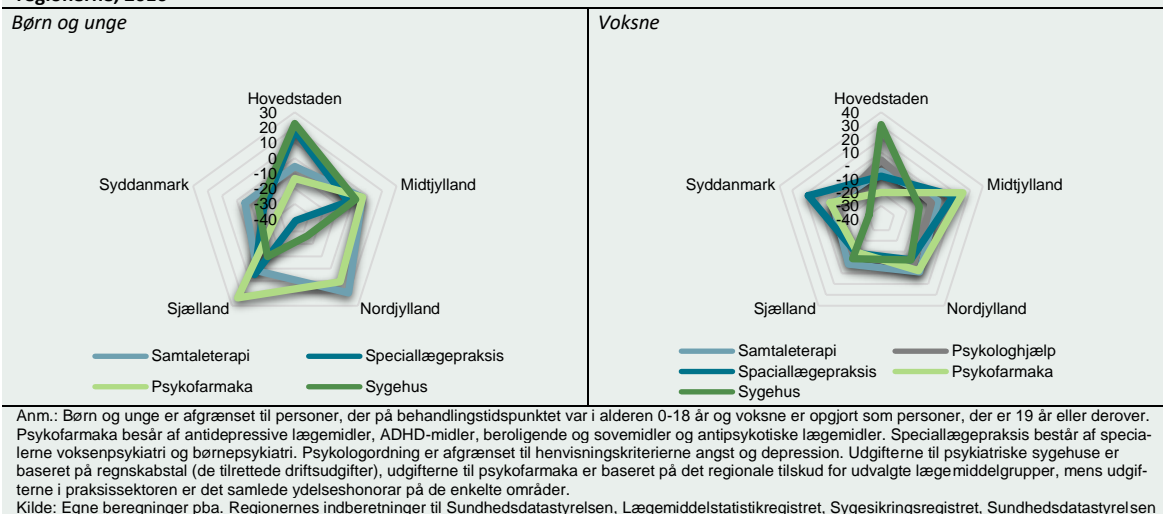
Offentlige udgifter pr. patient

Ovenstående forskelle på tværs af regioner afspejles også i de gennemsnitlige behandlingsudgifter pr. patient. Der tages i analysen generelt forbehold for forskellige kilder og metoder til opgørelse af udgifterne både på tværs af delsektorer og inden for samme sektor på tværs af landets fem regioner.

De tilrettede driftsudgifter² pr. patient i børne- og ungdomspsykiatrien er i gennemsnit næsten 25 pct. højere i Region Hovedstaden sammenlignet med landsgennemsnittet for børn og unge, jf. figur 7. Omvendt er de gennemsnitlige udgifter pr. patient mere end 25 pct. lavere i Region Nordjylland og 15 pct. lavere i Region Syddanmark, sammenlignet med landsgennemsnittet. Samme billede gælder udgifterne til speciallægepraksis i børne- og ungdomspsykiatri, hvor ydelseshonoraret pr. patient er betydeligt højere i Region Hovedstaden.

² Sammenligning på tværs af regioner i de tilrettede driftsudgifter til psykiatriske sygehuse kan til en vis grad være påvirket af forskelle i organiseringen i de enkelte regioner herunder bl.a. ift. køkkener, vedligeholdelse mv.

Figur 7
Procentvis afvigelse fra landsgennemsnittet i den gennemsnitlige udgift pr. patient inden for de enkelte behandlingsområder i regionerne, 2016



Den gennemsnitlige offentlige udgift for børn og unge, der er i behandling med psykofarmaka er knap 25 pct. højere i Region Sjælland, sammenlignet med landsgennemsnittet, mens den er knap 30 pct. lavere i Region Syddanmark. Gennemsnitligt ydelseshonorar til samtaleterapi hos almen praksis for børn og unge er ca. 20 pct. højere i Region Nordjylland sammenlignet med landsgennemsnittet.

Tilsvarende forskelle i de gennemsnitlige behandlingsudgifter pr. patient gælder også voksne. I Region Hovedstaden er de tilrettede driftsudgifter til psykiatriske sygehuse pr. patient ca. 30 pct. højere end landsgennemsnittet, mens regionalt medicintilskud pr. person er ca. 20 pct. lavere end landsgennemsnittet. I Region Syddanmark er den gennemsnitlige udgift pr. patient med en kontakt til psykiatriske sygehuse ca. 30 pct. lavere end landsgennemsnittet, mens udgiften til speciallægepraksis er godt 15 pct. højere. Gennemsnitlige udgifter pr. person, der køber psykofarmaka, er generelt højest i Region Midtjylland - ca. 25 pct. højere end landsgennemsnittet. Udgiften pr. patient til samtaleterapi hos almen praksis er ca. 10 pct. højere i Region Nordjylland, mens de gennemsnitlige udgifter til psykologhjælp er relativt ligeligt fordelt på tværs af regionerne.

Introduktion til de enkelte afsnit i analysen

I afsnit 2 er de regionale og kommunale forskelle i patientfrekvensen beskrevet for patienter med kontakt til psykiatrisk sygehus, udvalgte dele praksissektoren og patienter, der indløser en recept på psykofarmaka.

Af afsnit 3 fremgår de regionale forskelle i personalemæssige ressourcer på sygehuse, ventetid til behandling, sengekapacitet samt ydere i praksissektoren.

I afsnit 4 er der fokus på geografiske forskelle i aktiviteten pr. patient på en række indikatorer, bl.a. antal indlæggelser, indlæggelsestid, ambulante besøg samt brugen af tvang.

I afsnit 5 beskrives de gennemsnitlige udgifter pr. patient på tværs af regioner og kommuner inden for de forskellige sektorer.

Afsnit 6 er bilag, mens metodebeskrivelse og definitioner fremgår af afsnit 7. Litteraturlisten er angivet i afsnit 8.

2. Patientfrekvens

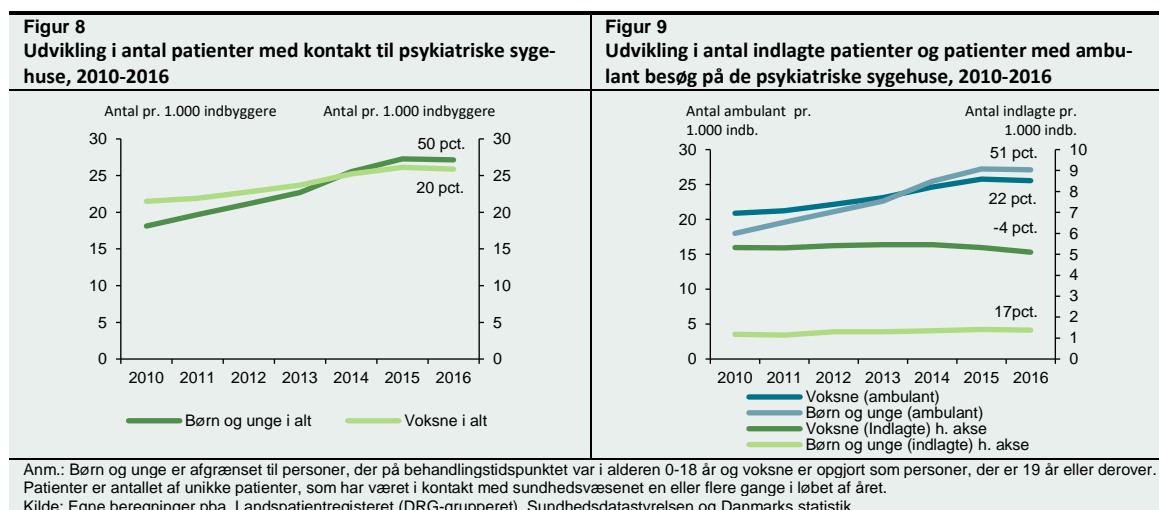
Der er generelt betydelige geografiske forskelle i antal patienter set i forhold til befolkningstallet på tværs af de forskellige indsatsområder. Disse forskelle kan til en vis grad skyldes forskelle i befolknings sammensætning, herunder patienternes sygdomsmæssige, demografiske og socioøkonomiske faktorer og patienternes efterspørgsel efter ydelser. Forskelle på tværs af geografiske områder kan også være et udtryk for regionale og lokale forskelle i organiseringen, visitationspraksis, serviceniveau og lignende institutionelle faktorer.

2.1 Patienter med kontakt til psykiatriske sygehuse

Det samlede antal børn og unge med kontakt til psykiatriske afdelinger udgjorde ca. 33.600 i 2016, mens antal voksne udgjorde ca. 115.600. Patientfrekvensen målt i antal patienter med kontakt til psykiatriske sygehuse pr. 1.000 indbyggere er nogenlunde lige stort for hhv. børn og unge og voksne, *jf. figur 8*.

Indlæggelsesfrekvensen (antal indlagte patienter pr. 1.000 indbyggere) er generelt lavere for børn og unge sammenlignet med voksne. I 2016 var ca. 22.800 voksne patienter indlagt på en psykiatrisk afdeling, svarende til ca. 5 patienter pr. 1.000 indbyggere, *jf. figur 9*. Til sammenligning blev ca. 1.700 børn og unge indlagt, svarende til ca. 1,4 patienter pr. 1.000 indbyggere. Frekvensen målt i antal patienter med ambulante besøg pr. 1.000 indbyggere er ca. lige stort for børn og voksne.

Siden 2010 er patientfrekvensen steget med ca. 50 pct. på børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger og med 20 pct. på voksenpsykiatriske afdelinger, *jf. figur 8*. Denne stigning skyldes primært flere patienter med ambulante besøg. Indlæggelsesfrekvensen for voksne er faldet med ca. 4 pct. over perioden 2010-16, mens den for børn og unge er steget med ca. 16 pct., *jf. figur 9*.



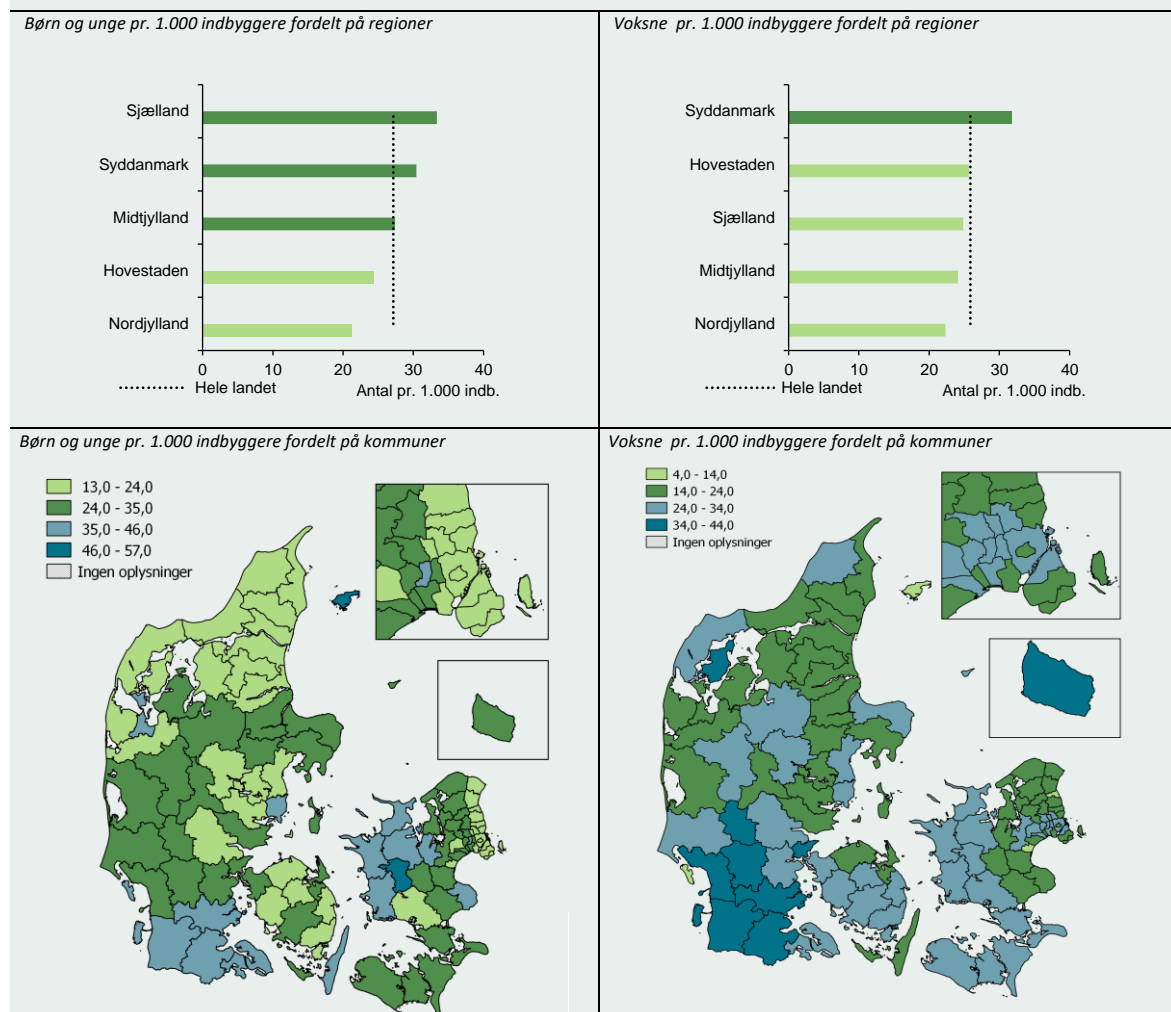
Med forbehold for visse forskelle i befolknings sammensætning, herunder patienternes sygdomsmæssige, demografiske og socioøkonomiske faktorer og patienternes efterspørgsel efter ydelser er der på tværs af landet der forholdsvis store forskelle i antallet af patienter med kontakt til de psykiatriske sygehuse, det gælder særligt for børn og unge.

I børne- og ungdomspsykiatrien er patientfrekvensen højere end landsgennemsnittet i Region Sjælland, Syddanmark og Midtjylland, mens den er lavere i Region Hovedstaden og Nordjylland. Flest børn og unge med bopæl i Region Sjælland er i kontakt med psykiatriske afdelinger (ca. 33 ud af 1.000 indbyggere) og færrest i Region Nordjylland (ca. 21 pr. 1.000 indbyggere), svarende til en forskel i frekvensen på knap 60 pct. mellem de to regioner, jf. figur 10.

På tværs af kommuner er der betydelige forskelle i patientfrekvensen. Generelt er patientfrekvensen højest i Sønderjyske kommuner og på Vestsjælland, mens den er lavest i Nordjyske kommuner og på Nordøstsjælland. Fx er patientfrekvens omkring 4 gange så høj i fx Sorø Kommune sammenlignet med Dragør og Hørsholm Kommune.

I voksenpsykiatrien er patientfrekvensen betydeligt højere i Region Syddanmark sammenlignet med de øvrige fire regioner. I Region Syddanmark er 32 patienter pr. 1.000 indbyggere i kontakt med en psykiatrisk afdeling mod 22 pr. 1.000 indbyggere i Region Nordjylland, svarende til en forskel på godt 40 pct. Det er i særlig høj grad voksne fra jyske kommuner som Tønder (44 patienter pr. 1.000 indbyggere) og Esbjerg (40 patienter pr. 1.000 indbyggere), der kommer i kontakt med psykiatriske sygehuse. Lavest patientfrekvens er i Læsø Kommune (4 patienter pr. 1.000 indbyggere), efterfulgt af Hørsholm Kommune (12 patienter pr. 1.000 indbyggere).

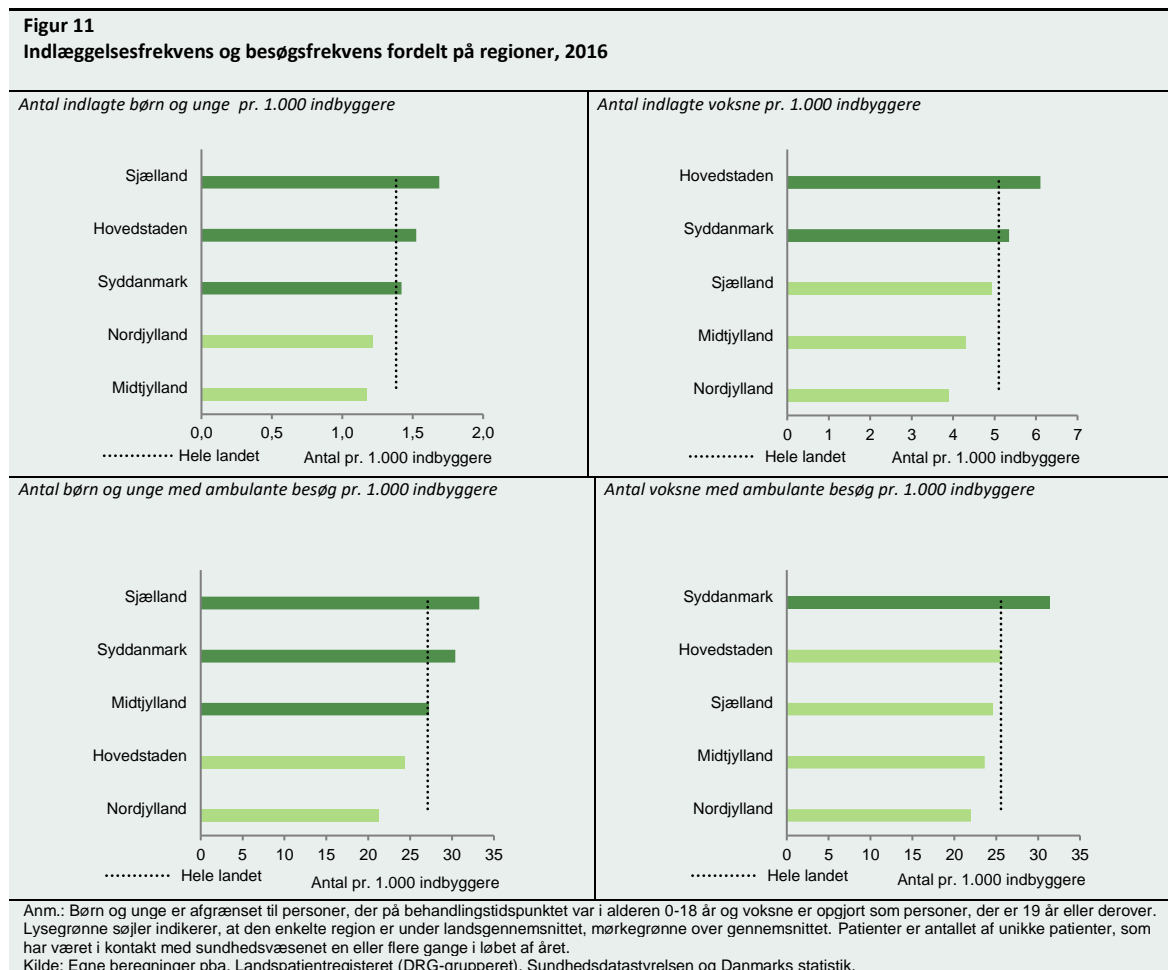
Figur 10
Antal patienter med kontakt til psykiatriske sygehuse pr. 1.000 indbyggere fordelt over kommuner og regioner, 2016



Anm.: Børn og unge er afgrænset til personer, der på behandlingstidspunktet var i alderen 0-18 år og voksne er opgjort som personer, der er 19 år eller derover. Lysegrønne søjler indikerer, at den enkelte region er under landsgennemsnittet, mørkegrønne over gennemsnittet. Kommunerne er inddelt i fire lige store intervaller. Kommuner med under 5 observationer er angivet som "ingen oplysninger". Patienter er antallet af unikke patienter, som har været i kontakt med sundhedsvæsenet en eller flere gange i løbet af året.
 Kilde: Egne beregninger pba. Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sundhedsdatastyrelsen og Danmarks statistik.

Indlæggelsesfrekvens er ca. 40 pct. højere for børn og unge med bopæl i Region Sjælland sammenlignet med børn og unge i Region Midtjylland og Nordjylland, jf. figur 11. Tilsvarende er indlæggelsesfrekvensen for voksne ca. 50 pct. højere i Region Hovedstaden sammenlignet med Region Nordjylland.

I forhold til regionernes indbyggertal er antal børn og unge med ambulante besøg højest i Region Sjælland og lavest i Region Nordjylland, med en forskel på ca. 50 pct. mellem de to regioner. På voksenområdet er patientfrekvensen for ambulante besøg højest i Region Syddanmark og lavest i Region Nordjylland med en forskel på godt 40 pct. mellem de to regioner.



Patienter fordelt på diagnoser

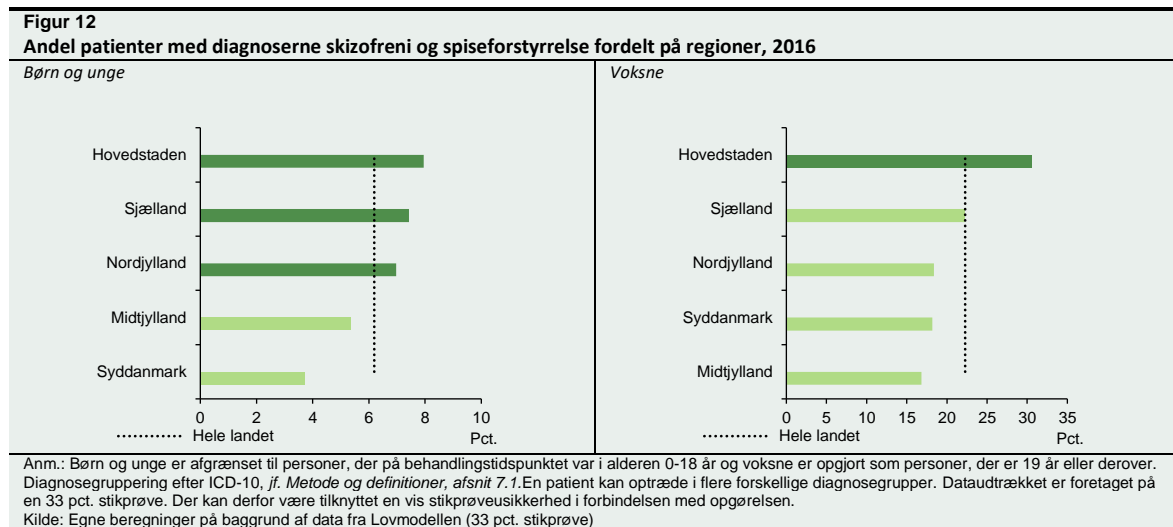
På tværs af geografiske områder kan der være visse forskelle i patientsammensætningen og patienttyngden, således at fx patienter med tungere diagnoser, der kræver en længere og mere kompleks behandling, kan være overrepræsenterede nogle steder i landet, mens andre landsdele kan have flere mindre behandlingskrævende patienter. Forskelle i patienttyngden kan bl.a. være med til at forklare nogle af forskellene i kontaktmønstret og udgifterne til patientbehandling på tværs af regionerne.

Det fremgår af analysen *Indblik i psykiatrien og sociale instanser, Sundheds- og Ældreministeriet (2018)*, at den gennemsnitlige udgift pr. patient er højest for patienter med spiseforstyrrelse og skizofreni. Det er patienter, der i gennemsnit har lange behandlingsforløb, herunder både lange indlæggelsesforløb og mange ambulante besøg. Laveste gennemsnitlige udgifter pr. patient (både for voksne og børn) har patienterne med demens, mental retardering, ADHD og øvrige diagnoser.

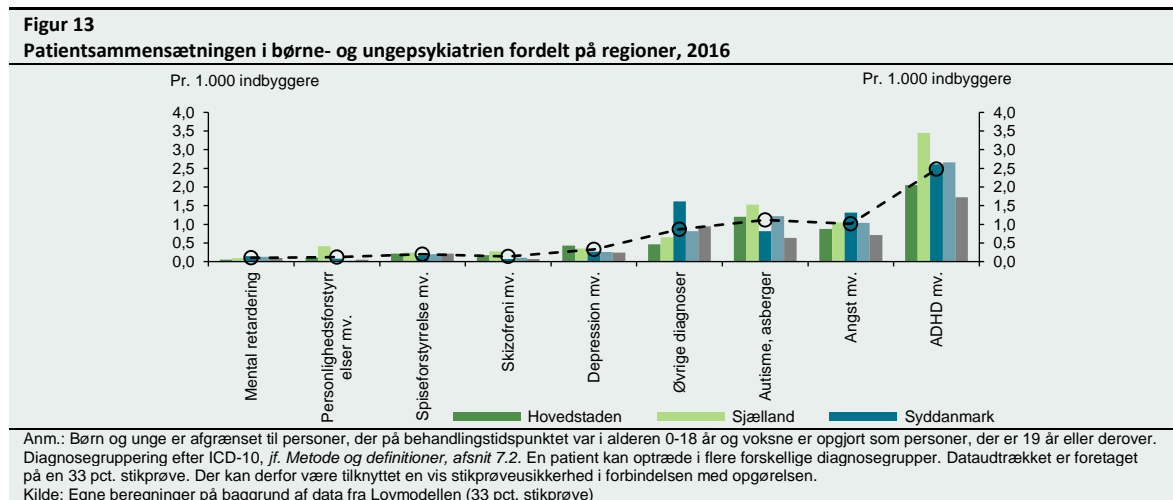
Omkring 6 pct. af patienter i børne- og ungdomspsykiatrien har diagnoserne skizofreni eller spiseforstyrrelse, jf. figur 12. Dette er lidt højere for Region Hovedstaden (8 pct.), Sjælland (7 pct.) og Nordjylland (7 pct.) og lidt lavere for Region Midtjylland (5 pct.) og Syddanmark (4 pct.).

Variationerne i voksenpsykiatrien er højere. Andelen med disse diagnoser er godt 30 pct. i Region Hovedstaden, mod 16 pct. i Region Midtjylland.

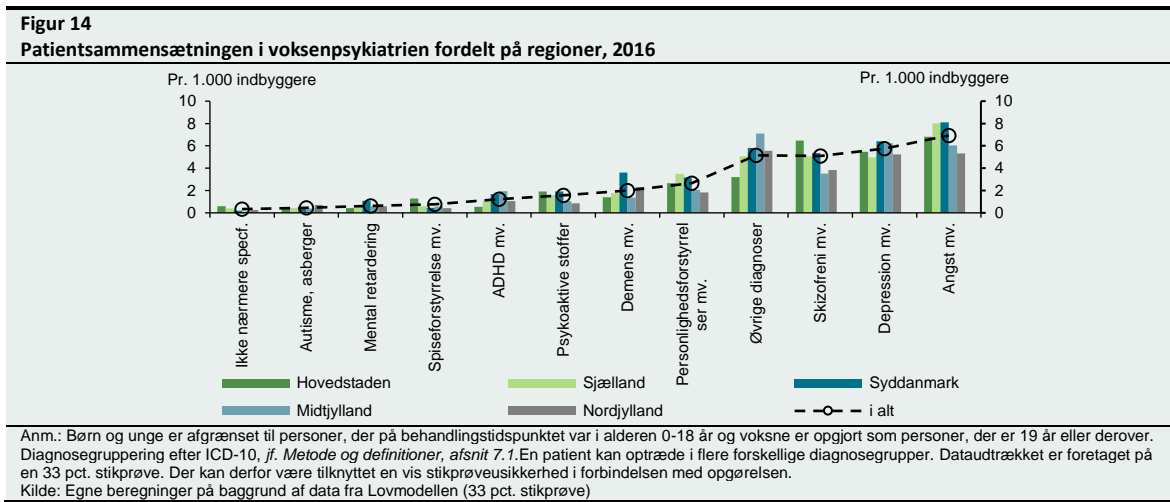
Dermed tyder det på, at med udgangspunkt i det relativt simple mål for patienttyngden, er patienttyngden størst i Region Hovedstaden og mindst i Region Midtjylland og Syddanmark. Det gælder både børn og unge samt voksne.



Også set på alle diagnosegrupper kan der på tværs af regioner observeres forskelle i patientsammensætningen, målt i antal patienter pr. 1.000 indbyggere. I børne- og ungdomspsykiatrien er patienter med mere udgiftstunge diagnoser højere repræsenteret i Region Hovedstaden (bl.a. skizofreni og spiseforstyrrelse) og Region Sjælland bl.a. (skizofreni og personlighedsforstyrrelse) end i de øvrige tre regioner, jf. figur 13. Patientfrekvensen for børn og unge er generelt relativt højt i Region Sjælland, på nær diagnoserne mental retardering og øvrige diagnoser, som generelt er karakteriseret ved at være mindre udgiftstunge diagnoser.



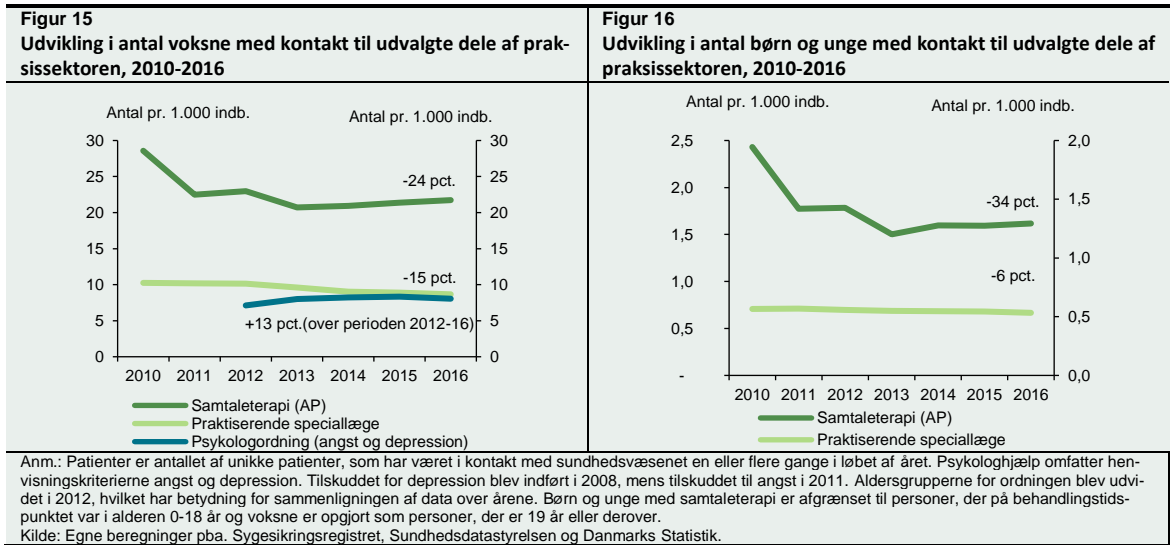
På voksenområdet er der i Region Hovedstaden en overrepræsentation af patienter med skizofreni og spiseforstyrrelse, som er forbundet med højeste behandlingsudgifter pr. patient i gennemsnit, jf. figur 14. Patientfrekvensen er generelt høj i Region Syddanmark, med en overrepræsentation af patienter med demens og mental retardering, men også af patienter med skizofreni og depression.



2.2 Patienter i praksissektoren

Ud over behandlingen på de psykiatriske sygehuse kan patienterne med psykiske problemer behandles i speciallægepraksis, modtage psykologhjælp ved praktiserende psykologer og samtaleterapi i almen praksis – uden nødvendigvis at have kontakter på de psykiatriske sygehuse. Udredning og/eller behandling af patienter kan herudover foregå i almen praksis, og lokalt har der været aftaler mellem enkelte regioner og fx speciallæger i pædiatri vedr. udredning af børn med ADHD. Afgrænsning af praksisområdet fremgår af afsnit 1.1.

I praksissektoren har patientfrekvensen generelt været faldende over perioden 2010-16, bortset fra patienter i psykologordningen med henvisningsårsagerne angst og depression³, jf. figur 15 og 16.



Patientfrekvensen i speciallægepraksis er faldet med 6 pct. for børnepsykiatri og 15 pct. for voksenpsykiatri over perioden 2010-16. Over samme periode er antal patienter med samtaleterapi (målt ift. indbyggertal) i almen praksis faldet med 34 pct. for voksne og 24 pct. for børn og unge⁴. Over samme periode har der væ-

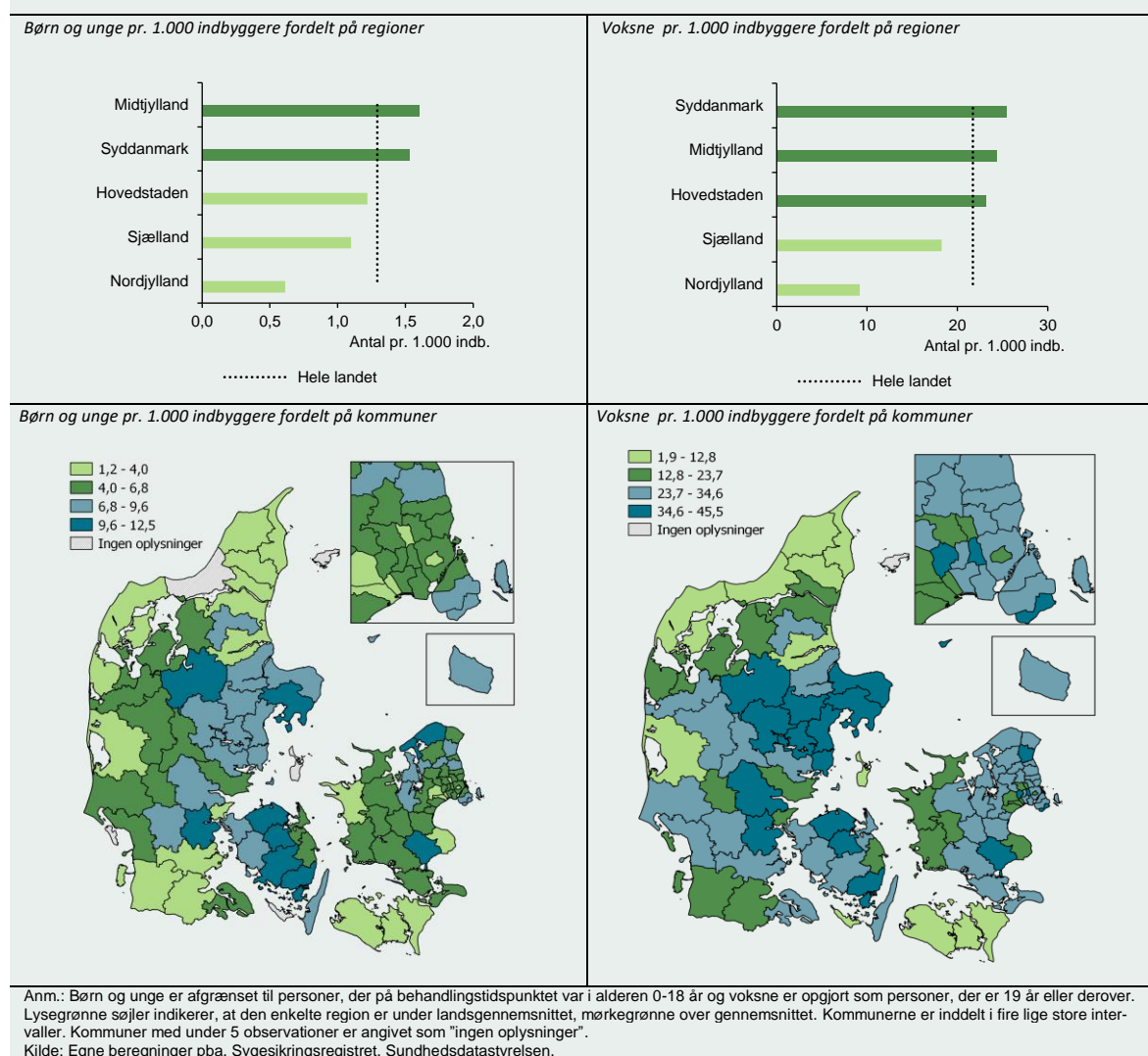
³ Tilskuddet for depression blev indført i 2008, mens tilskuddet til angst i 2011. Aldersgrupperne for ordningen blev udvidet i 2012, hvilket har betydning for sammenligningen af data over årene.

⁴ Ydelsen samtaleterapi er beregnet til et forløb, og det er ikke muligt at bruge samtaleterapi som enkeltstående ydelse, jf. RTLN og PLO (2014). Hvis det efter 6 måneder viser sig, at en afregnet samtaleterapi ikke har været efterfulgt af mindst en yderligere til samme patient, har

ret stigende patientfrekvens på sygehusene, herunder særligt stigende antal patienter med ambulante besøg. Det kan indikere, at udvidelse af psykologordningen til angst og depression, samt øget behandling på sygehuse, har været med til at substituere nogle af de andre ordninger i praksissektoren. Det skal dog bemærkes, at der pr. 1. juni 2015 er indgået ny overenskomst med Praktiserende Speciallæger, hvor det bl.a. er aftalt at praktiserende psykiaterne skal behandle 10 pct. flere patienter med kortere patientforløb. Det forventes dermed, at udvikling for så vidt angår praktiserende speciallæger vendes fremadrettet.

Samtaleterapi ved almen praksis er mest udbredt blandt personer med bopæl i Region Midtjylland og Syddanmark og mindst for personer, der bor i Region Nordjylland, jf. figur 17. Det gælder både børn og unge samt voksne. Patientfrekvensen er mere end dobbelt så stor i Region Midtjylland sammenlignet med Region Nordjylland.

Figur 17
Antal patienter med samtaleterapi i almen praksis pr. 1.000 indbyggere fordelt over kommuner og regioner, 2016



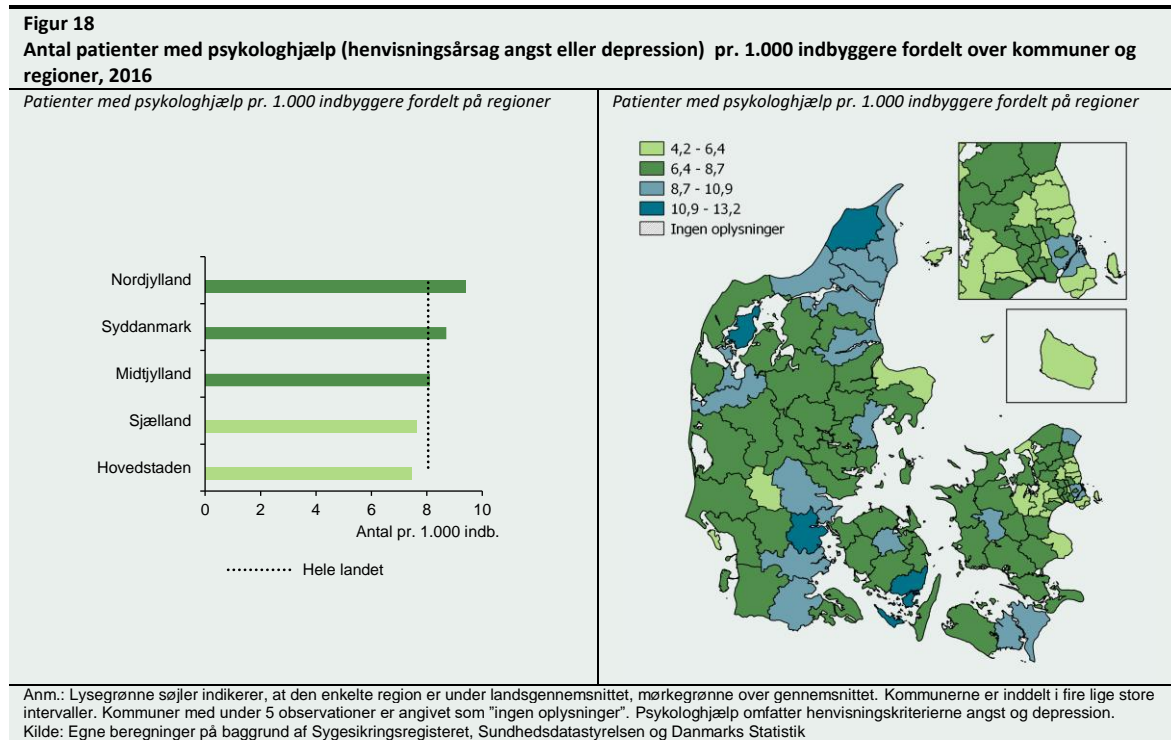
Forskelle i patientfrekvensen fremgår endnu tydeligere på tværs af kommuner. Det er særligt i en række østjyske kommuner som Kolding, Vejle, Norddjurs, Syddjurs, Århus Kommune mv. at patientfrekvensen er høj for voksne, men også i fx Dragør, Odense og Svenborg Kommune. Fx er patientfrekvensen i Favrskov Kommune over 40 pr. 1.000 indbyggere, hvilket er omtrent det tidobbelte af patientfrekvensen i Samsø,

betingelserne for at honorere ydelsen samtaleterapi således ikke været opfyldt, og regionen kan konvertere ydelsen til en almindelig konsultation med tilbagevirkende kraft. Dette er bl.a. sket i Region Midtjylland.

Jammerbugt, Ærø og Frederikshavn Kommune. På børne- og ungeområdet er forskelle i patientfrekvensen på tværs af kommuner generelt mindre udtalt end på voksenområdet.

Der er generelt kun mindre forskelle i patientfrekvensen på tværs af regioner og kommuner for patienter, der modtager psykologhjælp som følge af angst eller depression, end det er tilfældet for de øvrige områder i praksissektoren.

Flest patienter pr. 1.000 indbyggere er i Region Nordjylland efterfulgt af Region Syddanmark, *jf. figur 18*. Patientfrekvensen er generelt lavest i Region Hovedstaden. I Region Nordjylland er der godt 9 patienter pr. 1.000 indbyggere i 2016, hvor det i Region Hovedstaden er knap 8 pr. 1.000 indbyggere, svarende til 25 pct. færre. Patientfrekvensen er højest i kommunerne som Ærø (13 pr. 1.000 indbyggere) og Svendborg 12 (pr. 1.000 indbyggere) og lavest i Dragør Kommune (4 pr. 1.000 indbyggere).



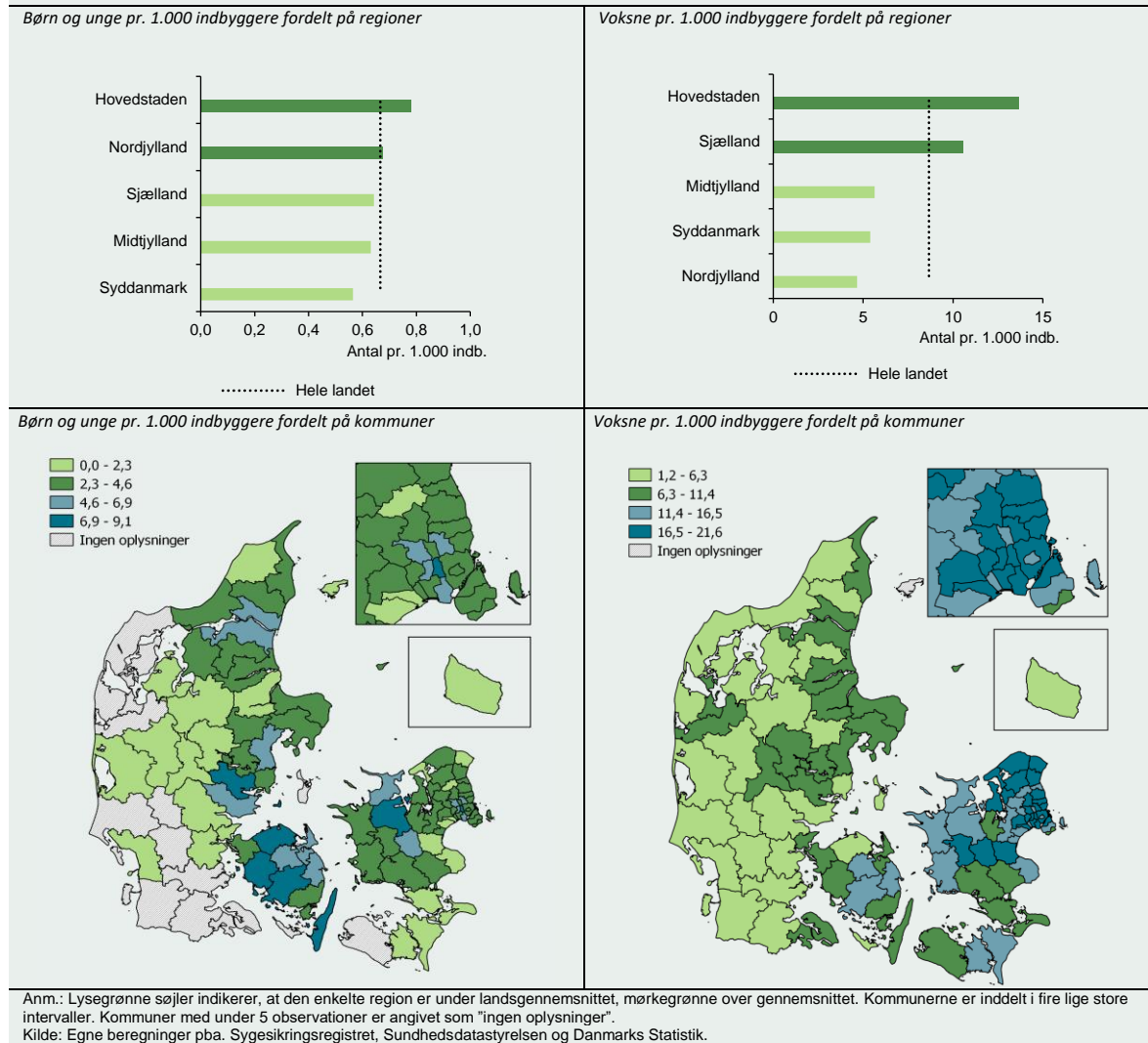
Der er en mindre variation på tværs af regioner i antal børn og unge i kontakt med praktiserende speciallæge i børnepsykiatri, *jf. figur 19*. Patientfrekvensen er generelt højest i Region Hovedstaden og lavest i Region Syddanmark. I en del kommuner er der færre end 5 patienter, der bliver behandlet i speciallægepraksis for børnepsykiatri.

På voksenområdet er der en betydelig større skævhed i patientfrekvensen, der bliver behandlet i speciallægepraksis. En væsentlig større andel af voksne i Region Hovedstaden og Region Sjælland er i kontakt med en praktiserende speciallæge i psykiatri end i de tre øvrige regioner. I Region Hovedstaden er ca. 14 patienter pr. 1.000 indbyggere i kontakt med praktiserende speciallæge, hvilket er næsten tre gange så mange som i Region Nordjylland og Syddanmark.

Dette afspejles også på tværs af kommuner. Det er sådan, at patientfrekvensen er lavest i sydjyske og vestjyske kommuner og højest i hovedstadsområdet. Konkret er der færrest antal patienter pr. 1.000 indbyggere i Tønder Kommune (1 pr. 1.000 indbyggere) efterfulgt af Bornholm, Vejen, Billund og Varde kommune (2 pr. 1.000 indbyggere i hver kommune). Flest patienter pr. 1.000 indbyggere findes i en række hovedstadskommuner som Halsnæs (22 pr. 1.000 indbyggere), Albertslund og Gladsaxe Kommune (21 pr. 1.000 indbyggere i begge). Det er altså 20 gange højere end kommuner med lavest patientfrekvens.

Disse variationer skal ses i lyset af, at der generelt er meget store geografiske forskelle i antallet af speciallægepraksis på tværs af regioner, jf. afsnit 3.6. Dette afspejles af, at forholdsvis mange indbyggere fra Region Syddanmark har en kontakt på de psykiatriske sygehuse – særligt kontakt til ambulante afdelinger. Patientfrekvensen i Region Nordjylland er lavest, både for voksne i speciallægepraksis og på sygehuset. Det kan bl.a. hænge sammen rekrutteringsvanskeligheder i regionen.

Figur 19
Antal patienter med kontakt til praktiserende speciallæge i psykiatri pr. 1.000 indbyggere fordelt over kommuner og regioner, 2016



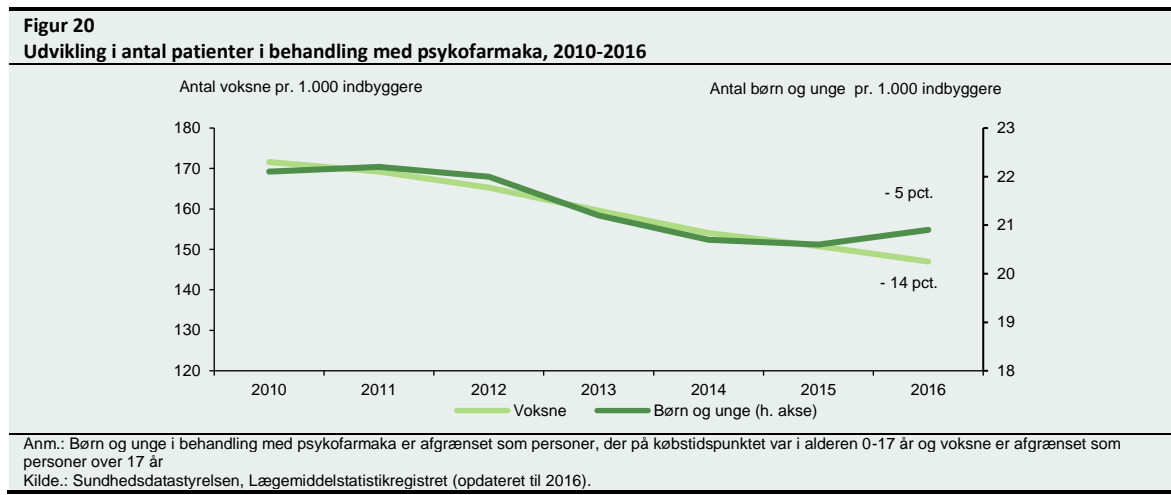
2.3 Patienter i behandling med psykofarmaka

I denne opgørelse er der kun set på psykofarmaka købt på apoteket, mens lægemidler, som patienterne får udleveret vederlagsfrit (gratis) på sygehuse, fx under indlæggelse har ikke været muligt at opgøre.

Over perioden 2010-2016 er der generelt sket et fald i antal personer, der er i behandling⁵ med medicin til behandling af psykiske sygdomme (psykofarmaka). Relativt til befolkningstallet er der 14 pct. færre voksne, der anvender psykofarmaka og 5 pct. færre børn og unge, jf. figur 20.

⁵ Der registreres oplysninger om personer, der indløser en recept på psykofarmaka. Det antages i analysen, at personer, der indløser recepten på et lægemiddel på apoteket også er i behandling med lægemidlet.

Fald i antal medicinbrugere skal bl.a. ses i lyset af forskellige tiltag fra sundhedsmyndighederne. Der er generelt en sparsom dokumentation for at anvende psykofarmaka til børn og unge, og der skal derfor udvises stor forsigtighed ved behandling af børn og unge med psykofarmaka, jf. *Vejledning om medikamentel behandling af børn og unge med psykotiske lidelser, Sundhedsstyrelsen (2013)*. Der er imidlertid en betydelig geografisk variation i anvendelsen af disse lægemidler.



I tre af regionerne (Region Nordjylland, Sjælland og Midtjylland) er der 50 pct. flere børn pr. 1.000 indbyggere der indløser en recept med psykofarmaka sammenlignet med de sidste to regioner, (Hovedstaden og Syddanmark), jf. figur 21.

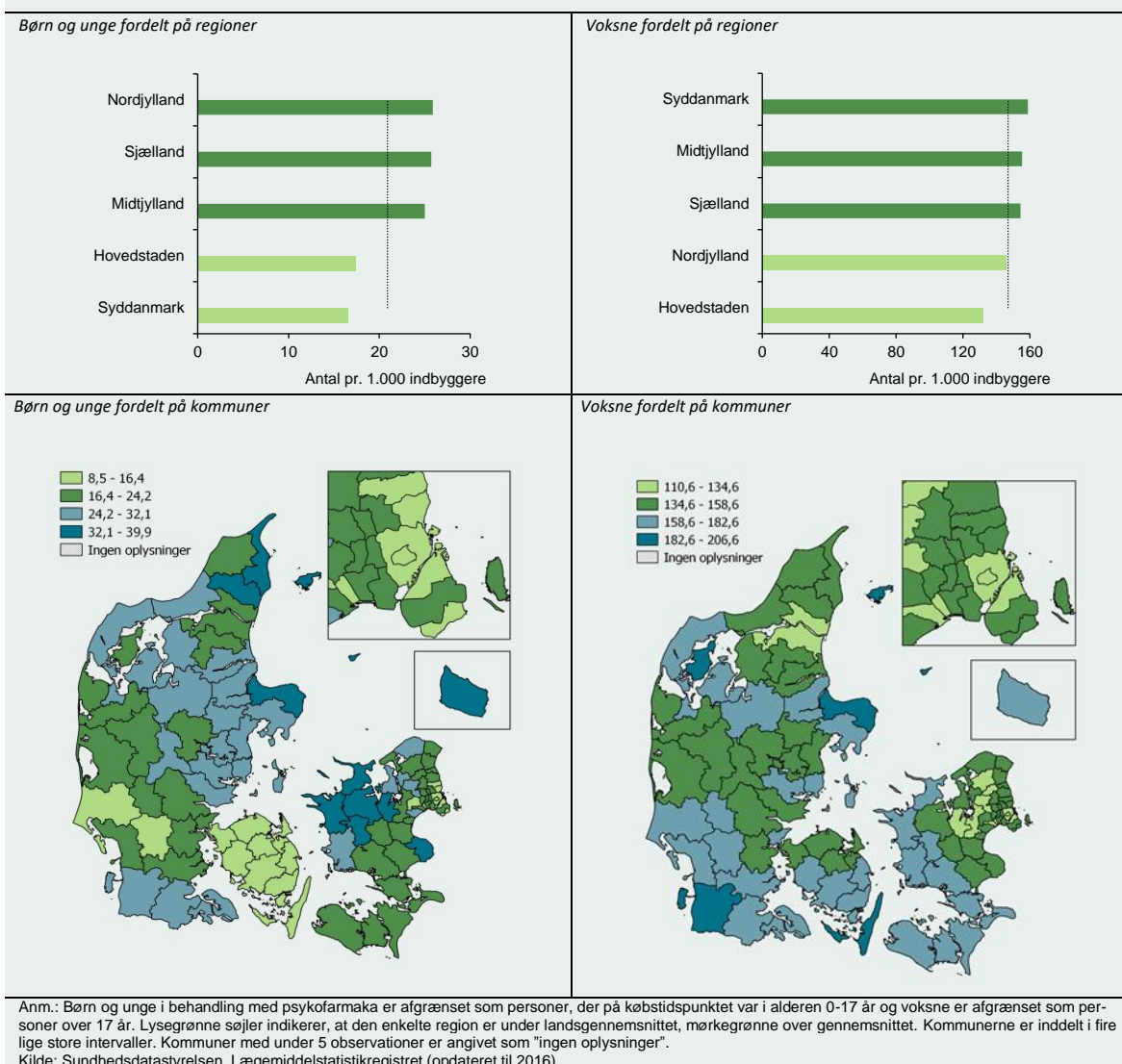
Der er færre børn og unge med kontakt til psykiatriske sygehuse i Region Nordjylland sammenlignet med de øvrige regioner, mens der er flest børn og unge med forbrug af psykofarmaka. Antallet af personer, der indløser en recept med psykofarmaka, er særligt højt i en række vestsjællandske kommuner som Odsherred, Kalundborg og Kommune samt Brønderslev Kommune i Nordjylland (med knap 40 børn og unge i behandling ud af 1.000 indbyggere). Det er næsten fire gange så mange som i en række fynske kommuner som Nyborg, Odense, Middelfart og Svenborg Kommune (ca. 10 pr. 1.000 indbyggere).

Geografiske variationer i antal personer, der køber psykofarmaka er mindre for voksne. Flest voksne pr. 1.000 indbyggere, der er i behandling med psykofarmaka, har bopæl i Region Syddanmark og færrest har i Region Hovedstaden. Forskellen i antal personer, der er i behandling med psykofarmaka, er ca. 20 pct. mellem de to regioner. Region Syddanmark er samtidig den region med den flest patienter med et ambulante besøg på psykiatrisk sygehus, mens Region Hovedstaden har flest indlagte patienter og flest voksne med kontakt til speciallægepraksis.

Set på voksnes bopælskommune er der større variationer i antal personer, der er i behandling med psykofarmaka i forhold til indbyggertallet. Pr. 1.000 indbyggere er omkring dobbelt så mange voksne i behandling med psykofarmaka i Tønder Kommune som i Københavns Kommune.

Figur 21

Antal patienter med forbrug af psykofarmaka pr. 1.000 indbyggere fordelt over kommuner og regioner, 2016



Patienter fordelt på lægemiddelgrupper

Hvis et barn eller en voksen er så påvirket af ADHD, at det ikke kan fungere i sin hverdag, kan der igangsættes medicinsk behandling, *jf. Sundhedsdatastyrelsen (2012)*. Behandling med ADHD-medicin er ofte længerevarende. Hos 20-30 pct. af børn med ADHD går sygdommen i sig selv efter 2-3 år. Modsat alle andre typer psykofarmaka er det primært børn og unge, der køber ADHD-medicin. Antallet af børn og unge, der indløser recept på ADHD-medicin pr. 1.000 indbyggere, har været relativt stabilt over de seneste år, med en stigning på 7 pct. over perioden 2010-16. Omvendt er antallet af voksne, der køber ADHD-medicin steget med 60 pct. over samme periode, *jf. figur 22*.

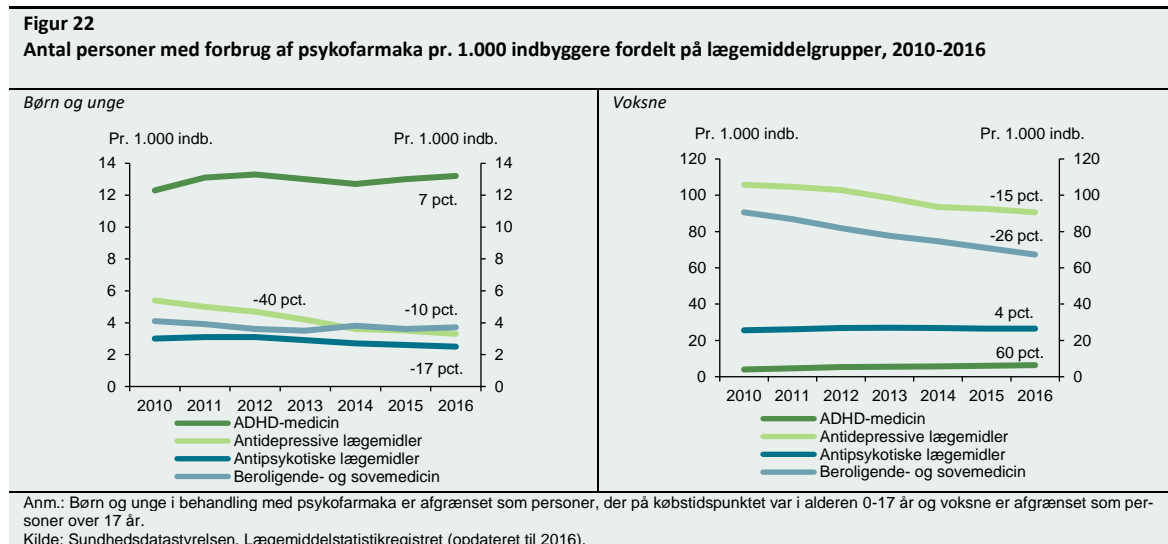
Antidepressive lægemidler anvendes bl.a. til behandling af depression samt andre psykiske lidelser som angst, posttraumatisk stresstilstand mv., *jf. Regeringens udvalg om psykiatri (2013)*. Efter nogle år med stigende antal personer, der er i behandling med antidepressive lægemidler, er forbruget faldende over perioden 2010-16. Det gælder både børn og voksne. Det skal generelt bemærkes, at relativt få børn og unge anvender øvrige typer psykofarmaka end ADHD-medicin.

Antipsykotiske lægemidler anvendes primært i behandlingen af skizofreni og andre psykotiske tilstande, men kan også anvendes i behandlingen af blandt andet mani, *jf. Regeringens udvalg om psykiatri (2013)*. Antallet

af børn og unge der anvender disse lægemidler pr. 1.000 indbyggere er faldet over perioden 2010-16, mens antallet af voksne, der anvender antipsykotiske lægemidler, stort set er uændret over perioden.

Benzodiazepiner og benzolignende præparater – herefter beroligende- og sovemedicin anvendes bl.a. til behandling af angst, søvnproblemer, epilepsi og feberkræmper, *jf. Regeringens udvalg om psykiatri (2013)*. Antallet af personer, der behandles denne type medicin har været faldende over perioden 2010-16.

Der er relativ stor geografisk variation i forbruget af de enkelte lægemidler inden for de fire lægemiddelgrupper. Største geografiske forskelle er for køb af ADHD-medicin og antipsykotiske lægemidler.



ADHD-medicin

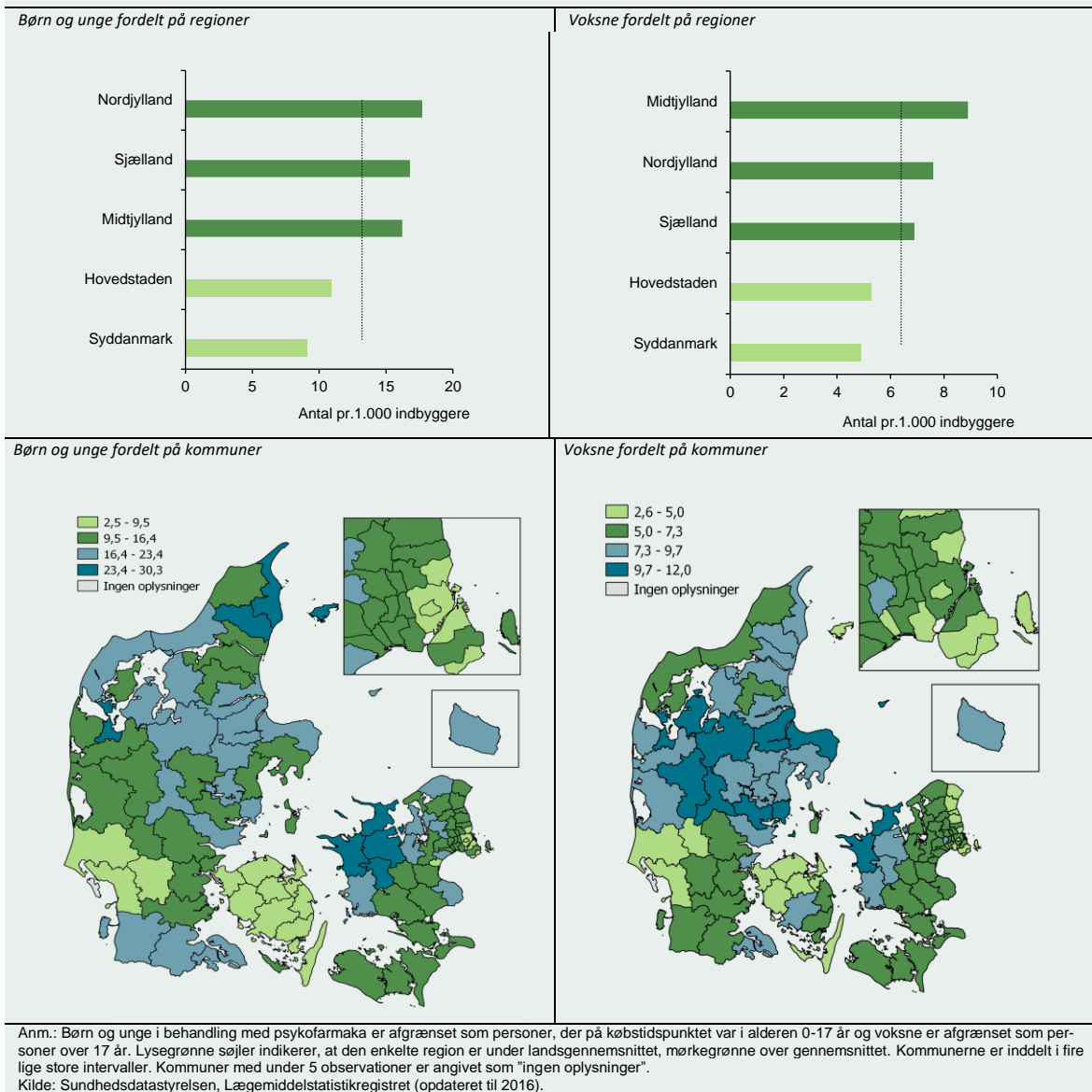
Der er stor geografisk variation i antal børn og unge, der køber ADHD-medicin, *jf. figur 23*. Frekvensen er betydeligt højere i Region Nordjylland, Sjælland og Midtjylland sammenlignet med Region Hovedstaden og Syddanmark. Fx er der dobbelt så mange børn og unge pr. 1.000 indbyggere, der køber ADHD-medicin i Region Nordjylland sammenlignet med Region Syddanmark.

Antallet af børn, der bruger ADHD-medicin er højest i kommunerne Brønderslev, Odsherred og Kalundborg Kommune (ca. 30 pr. 1.000 indbyggere) og lavest i en række fynske kommuner som Odense, Kerteminde, Nyborg, Svenborg og Middelfart Kommune (under 5 pr. 1.000 indbyggere). Forskellen mellem kommunerne med den højeste og laveste frekvens er mere end 10 gange.

Der er tilsvarende geografiske forskelle i voksnes forbrug af ADHD-medicin – hvor forbruget er generelt højt i de samme tre regioner som for børn og unge. Det er særligt i en række midtjyske og vestsjællandske kommuner, hvor forbruget af ADHD-medicin er højt for voksne.

Figur 23

Antal patienter med forbrug ADHD-midler pr. 1.000 indbyggere fordelt over kommuner og regioner, 2016



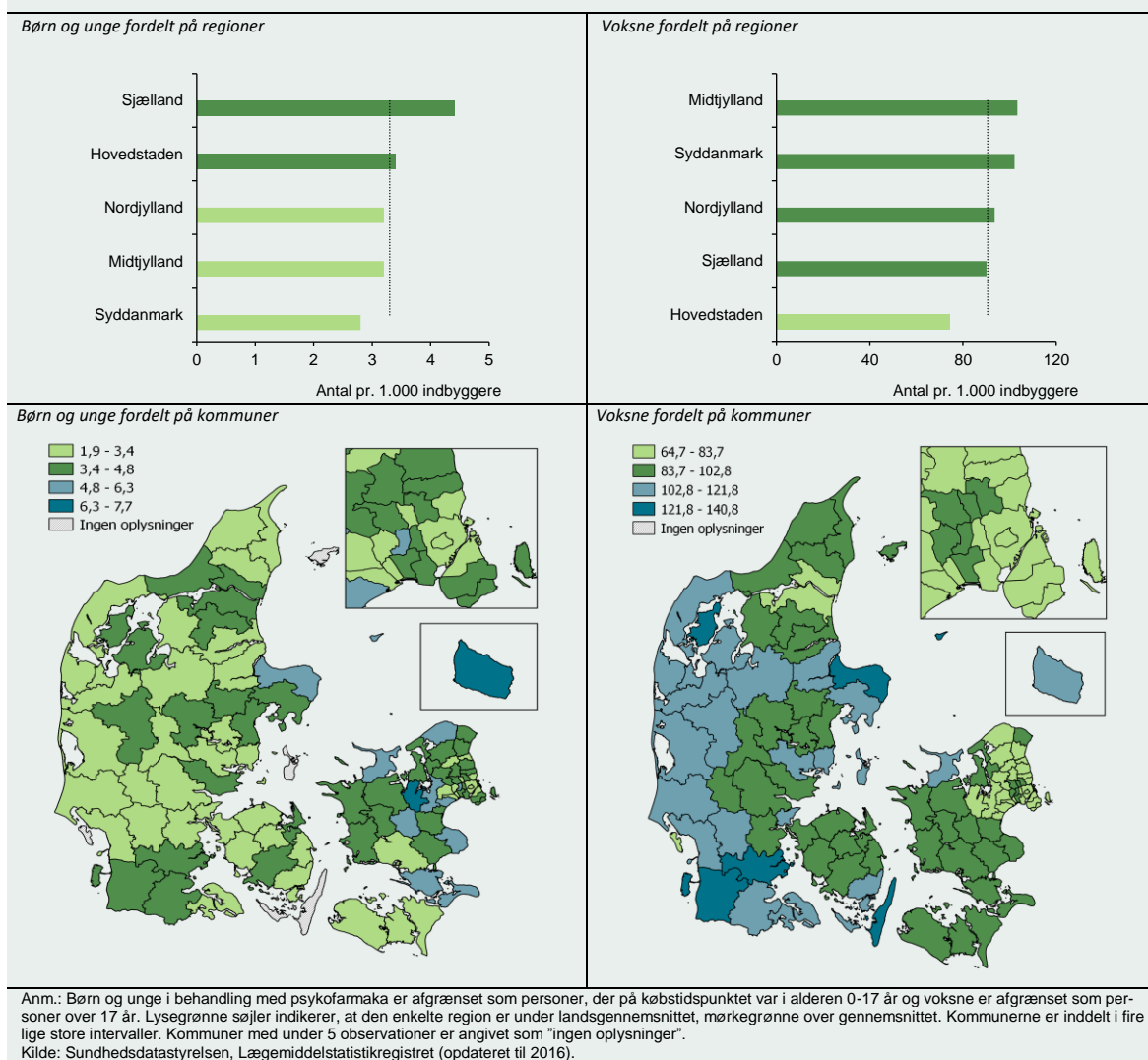
Antidepressive lægemidler

Antallet af børn og unge, der køber antidepressive lægemidler er knap 60 pct. højere i Region Sjælland sammenlignet med Region Syddanmark, jf. figur 24. Antallet er særligt højt i kommunerne Lejre, Bornholm, Glostrup og Stevns Kommune (ca. 6-8 personer pr. 1.000 indbyggere), mod ca. 2 personer pr. 1.000 indbyggere i fx Vesthimmerlands, Middelfart, Billund Kommune mv.

Færrest voksne, der bruger antidepressive lægemidler har bopæl i Region Hovedstaden. Set i forhold til indbyggertallet er antal brugere ca. 40 pct. højere i Region Midtjylland end i Region Hovedstaden. Forbruget er særlig højt i en række vestjyske kommuner og i Sønderjylland og lavest i en række hovedstadskommuner. Forskellen i antal brugere pr. 1.000 indbyggere er dobbelt så højt i fx Morsø og Langeland Kommune (over 130 pr. 1000 indbyggere) som i København og Allerød Kommune (under 70 pr. 1.000 indbyggere).

Figur 24

Antal patienter med forbrug af antidepressive lægemidler pr. 1.000 indbyggere fordelt over kommuner og regioner, 2016



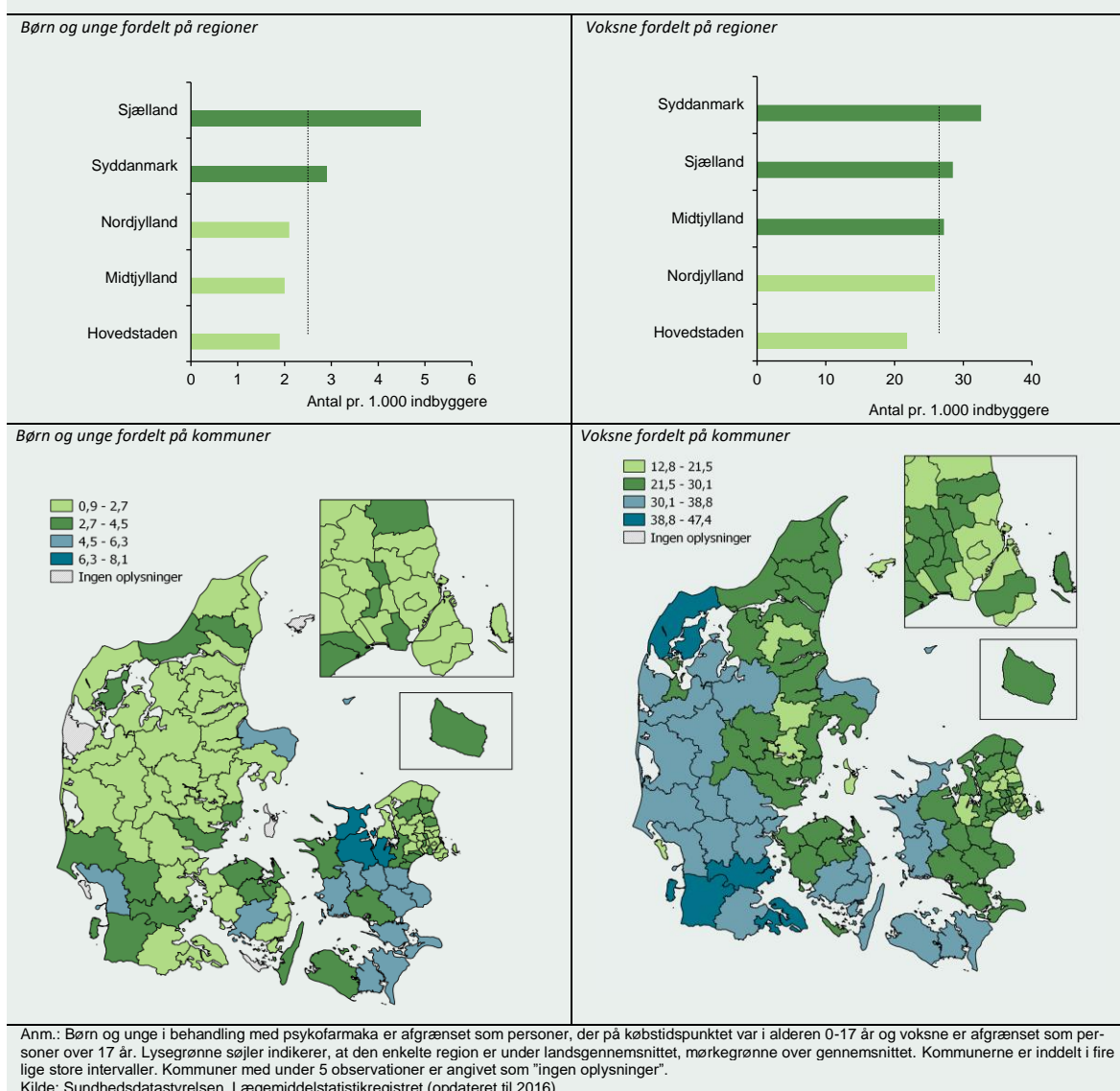
Antipsykotiske lægemidler

Børn og unge indløser kun i relativt begrænset omfang en recept med antipsykotiske lægemidler. Men der er generelt store geografiske forskelle i forbruget. Antal personer pr. 1.000 indbyggere er 5 i Region Sjælland mod 2 i Region Hovedstaden, jf. figur 25. Frekvensen er særligt høj i Holbæk, Odsherred og Lejre Kommune (ca. 7 pr. 1.000 indbyggere) mod ca. 1 pr. 1.000 indbygger i en række nordsjællandske kommuner.

Antal voksne, der anvender antipsykotiske lægemidler, er betydeligt højere, målt i antallet pr. 1.000 indbyggere, og de geografiske forskelle er generelt mindre end for børn og unge. Den relative forskel mellem Region Syddanmark og Region Hovedstaden er ca. 50 pct. Færre voksne i behandling med antipsykotiske lægemidler i Region Hovedstaden kan bl.a. hænge sammen med, at der i Region Hovedstaden er relativt mange patienter med skizofreni o.l., der har kontakt til psykiatriske sygehuse og kan tænkes at få udleveret lægemidlerne på sygehuset (gratis).

Køb af antipsykotiske lægemidler er særligt højt i Tønder, Thisted, Morsø og Sønderbro Kommune (mere end 40 pr. 1.000 indbyggere).

Figur 25
Antal patienter med forbrug af antipsykotiske lægemidler pr. 1.000 indbyggere fordelt over kommuner og regioner, 2016

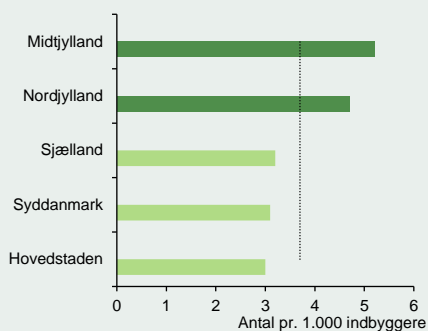


Beroligende- og sovemedicin

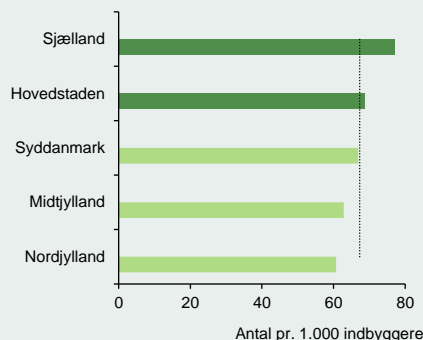
Beroligende- og sove medicin til børn og unge er mere udbredt i Region Midtjylland og Nordjylland sammenlignet med de øvrige tre regioner, jf. figur 26. For voksne er det godt 25 pct. flere, der anvender disse lægemidler i Region Sjælland sammenlignet med Region Nordjylland. Antal voksne, der anvender beroligende- og sovemedicin er særligt højt i en række ø-kommuner – Christiansø, Læsø og Fanø (godt over 100 pr. 1.000 indbyggere) mod Holstebro og Lemvig (under 50 pr. 1.000 indbyggere).

Figur 26
Antal patienter med forbrug af beroligende- og sovemedicin pr. 1.000 indbyggere fordelt over kommuner og regioner, 2016

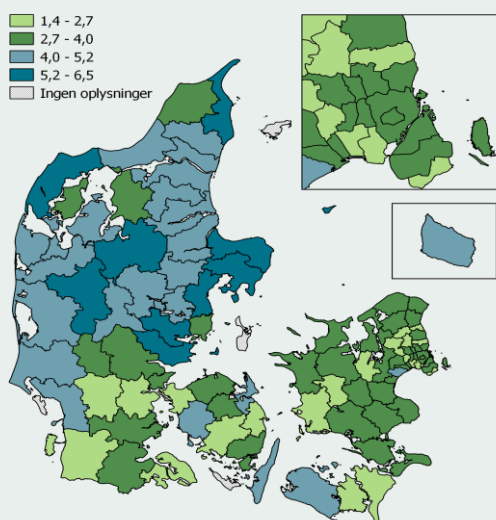
Børn og unge fordelt på regioner



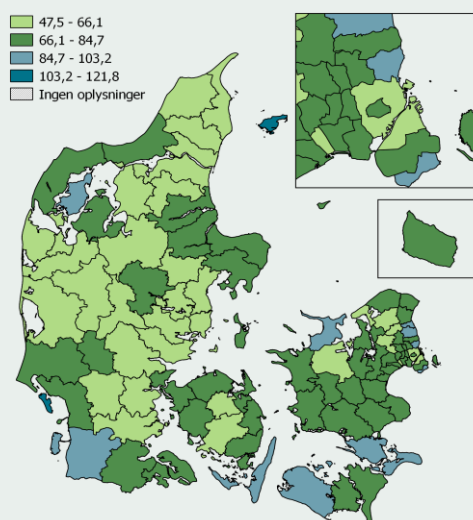
Voksne fordelt på regioner



Børn og unge fordelt på kommuner



Voksne fordelt på kommuner



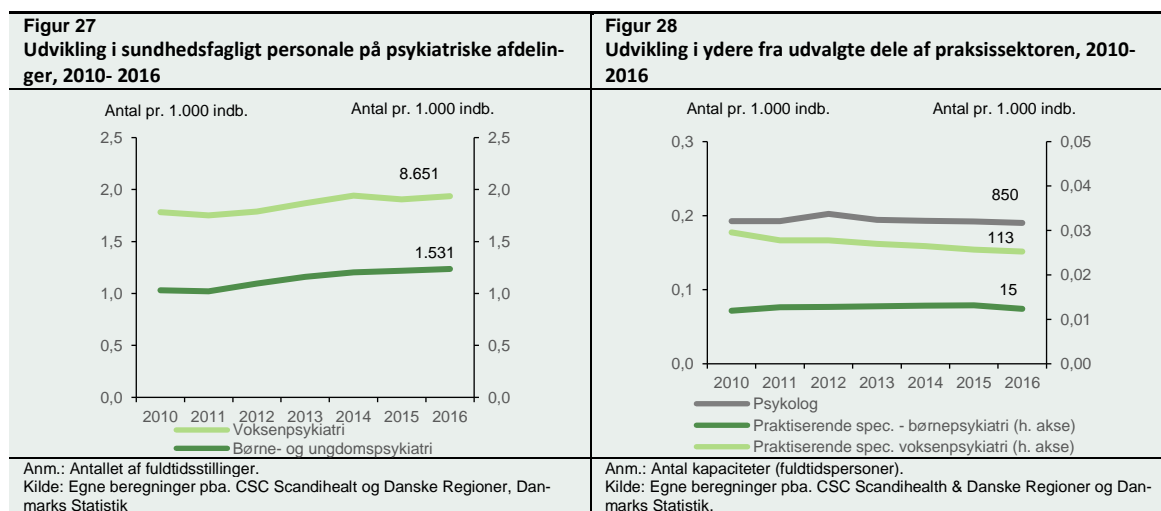
Anm.: Børn og unge i behandling med psykofarmaka er afgrænset som personer, der på købstidspunktet var i alderen 0-17 år og voksne er afgrænset som personer over 17 år. Lysegrønne søjler indikerer, at den enkelte region er under landsgennemsnittet, mørkegrønne over gennemsnittet. Kommunerne er inddelt i fire lige store intervaller. Kommuner med under 5 observationer er angivet som "ingen oplysninger".
 Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Lægemiddelstatistikregistret (opdateret til 2016).

3. Ressourcer i psykiatrien og udvalgte dele af praksissektoren

I dette afsnit ses der på geografisk variation i antal personalemæssige ressourcer (med sundhedsfaglig baggrund), der beskæftiger sig med behandling af mennesker med psykisk sygdom, herunder personale på sygehuse, praktiserende speciallæger og psykologer samt mulighed for at modtage samtalerapi i almen praksis. Formålet er at vise eventuelle forskelle i adgangen til relevante sundhedsfaglige ressourcer på tværs af regionerne. Der ses herudover på de regionale forskelle på tværs af regionerne i personaleforbrug og sengekapaciteten.

Det sundhedsfaglige personale på de psykiatriske sygehusafdelinger udgør ca. 1.500 fuldtidsansatte på børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger og ca. 8.700 fuldtidsansatte på voksenpsykiatriske afdelinger, jf. figur 27. Det er betydeligt flere end fuldtidspersoner i praksissektoren, jf. figur 28. Den udvalgte arbejdsstyrke i praksissektoren består af ca. 850 praktiserende psykologer, 113 praktiserende speciallæger i voksenpsykiatri og 15 i børnepsykiatri. Hertil kommer almen praktiserende læger, der kan give den relevante behandling.

Siden 2010 er antallet af det sundhedsfaglige personale pr. 1.000 indbyggere steget med ca. 20 pct. i børne- og ungdomspsykiatrien og med 9 pct. i voksenpsykiatrien. Antallet af praktiserende psykologer og speciallæger i børnepsykiatri er derimod relativt konstant over samme periode, mens antallet af speciallæger i voksenpsykiatri er faldet med 15 pct.



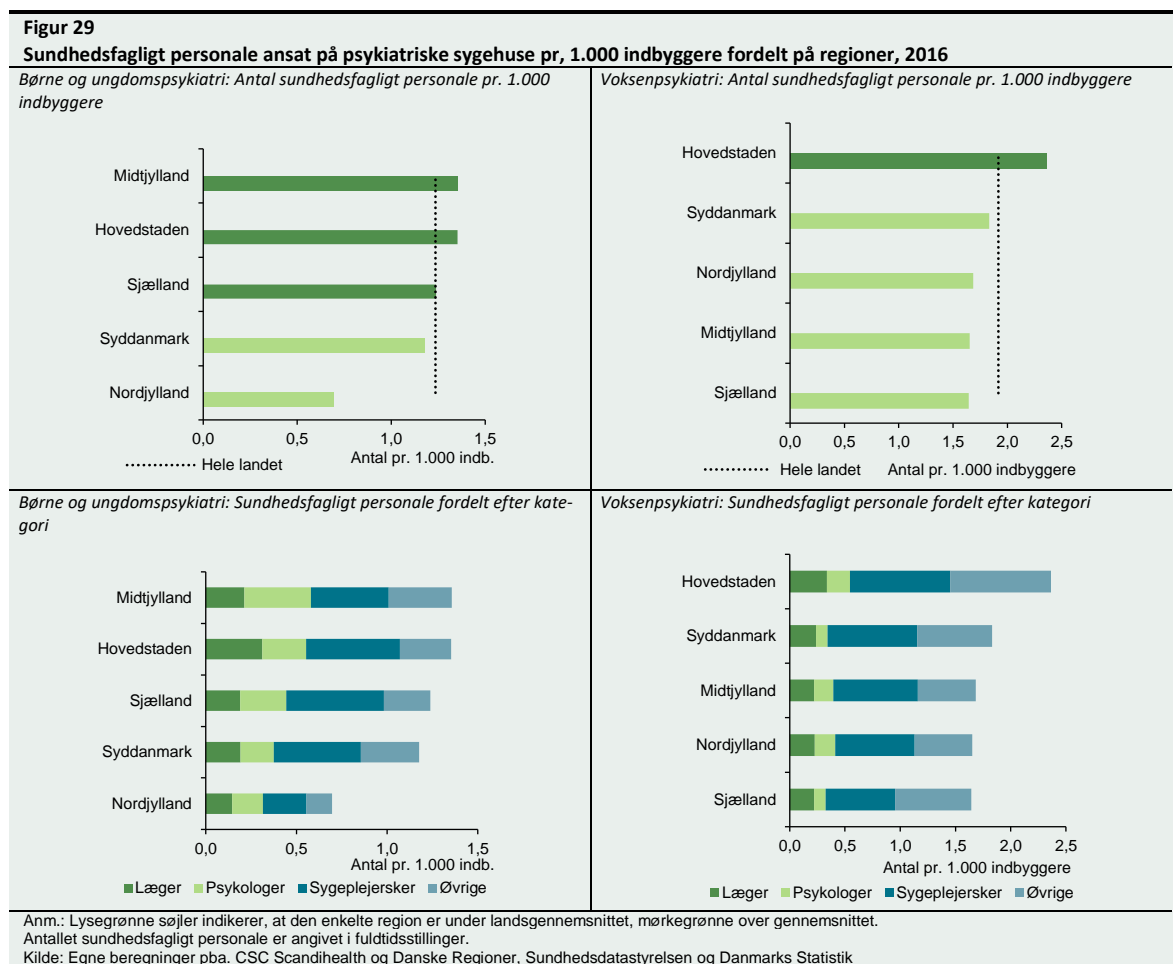
3.1 Personalet på psykiatriske sygehuse

Forskellige faktorer kan påvirke behovet for personalemæssige ressourcer pr. indbygger. Faktorer, der påvirker udbudssiden, kan bl.a. være et udtryk for forskellig organisering og specialisering – der bl.a. kan være historisk betinget samt udtryk for lokale rekrutteringsmæssige udfordringer. Der kan herudover være en række faktorer på efterspørgselsiden, der kan forklare geografiske forskelle af sundhedsfaglige ressourcer, herunder forskelle i forekomsten af sygdommen og de bagvedliggende socioøkonomiske og demografiske

forskelle i befolkningsunderlaget. Hertil kommer, at det ikke er muligt analytisk at vurdere, om flere patienter og større aktivitet (besøg, ydelser, sengedage) pr. medarbejder i nogle regioner helt eller delvist modsvares af dårligere kvalitet.

Med disse forbehold for evt. forskelle i relevante faktorer på tværs af regionerne er det sundhedsfaglige personale pr. 1.000 indbyggere højest i Region Midtjylland og lavest i Region Nordjylland på børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger. I Region Nordjylland er personalet kun halvt så stor som i de øvrige regioner, jf. figur 29. Dette skal dog ses i lyset af, at antal patienter med kontakt til psykiatriske sygehuse pr. 1.000 indbyggere også er lavere i Region Nordjylland sammenlignet med de øvrige regioner. Ses der nærmere på personalesammensætning pr. 1.000 indbyggere, er det særligt antal psykologer og det øvrige sundhedsfaglige personale, der fylder i Region Midtjylland, mens der er flest læger pr. 1.000 indbyggere i Region Hovedstaden.

I voksenpsykiatrien er antallet af sundhedsfagligt personale pr. 1.000 indbyggere højest i Region Hovedstaden og lavest i Region Sjælland. Forskellen i antal ansatte pr. 1.000 indbyggere er godt 40 pct. mellem de to regioner. Sammenlignet med de øvrige regioner er antallet af personale generelt højt i Region Hovedstaden, mens det er ligeligt fordelt i de øvrige fire regioner.

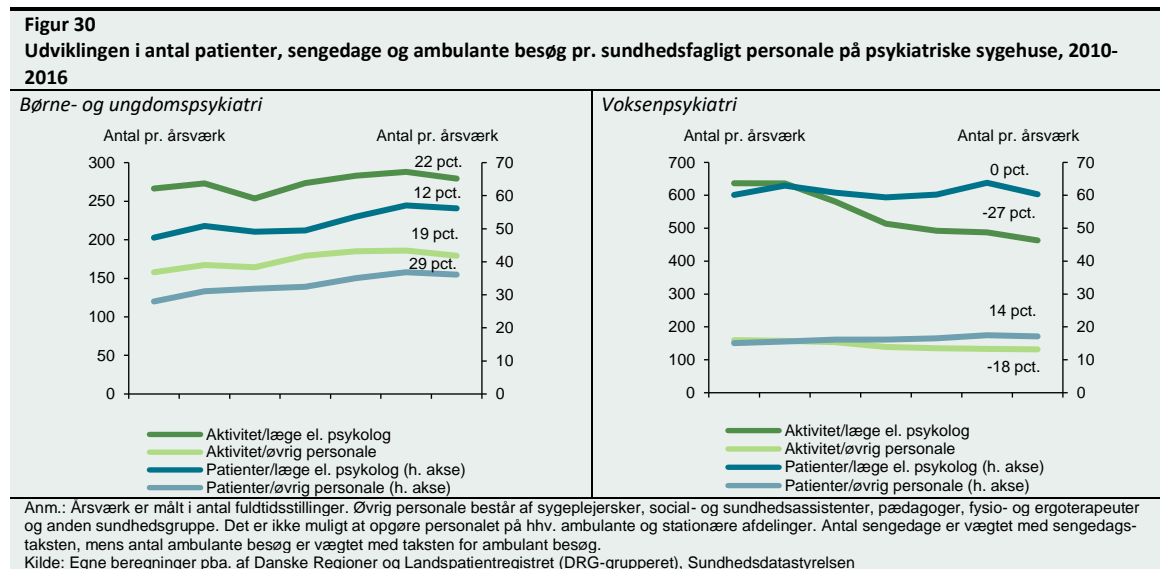


3.2 Sammenhæng mellem antallet af medarbejdere og antal patienter og ydelser i psykiatrien

Der er forbundet udfordringer med opgørelsen af antal patienter og antal ydelser pr. årsværk. Regionernes registreringsramme giver ikke umiddelbart mulighed for at opdele sygehusudgifter og personale på ambulante og stationære funktioner. Det gør det vanskeligt at måle antallet af ydelser pr. medarbejder. I analysen er det valgt at opgøre antal ydelser som summen af antal ambulante besøg og sengedage, vægtet med

hhv. ambulat takst og sengedagstakst ift. det samlede antal medarbejdere. Dette er en relativ simpel måde at forsøge at sammenligne aktiviteten pr. medarbejder på tværs af regioner. Opgørelserne skal dog tages forbehold, jf. afsnit 1.1 Metodiske afgrænsninger.

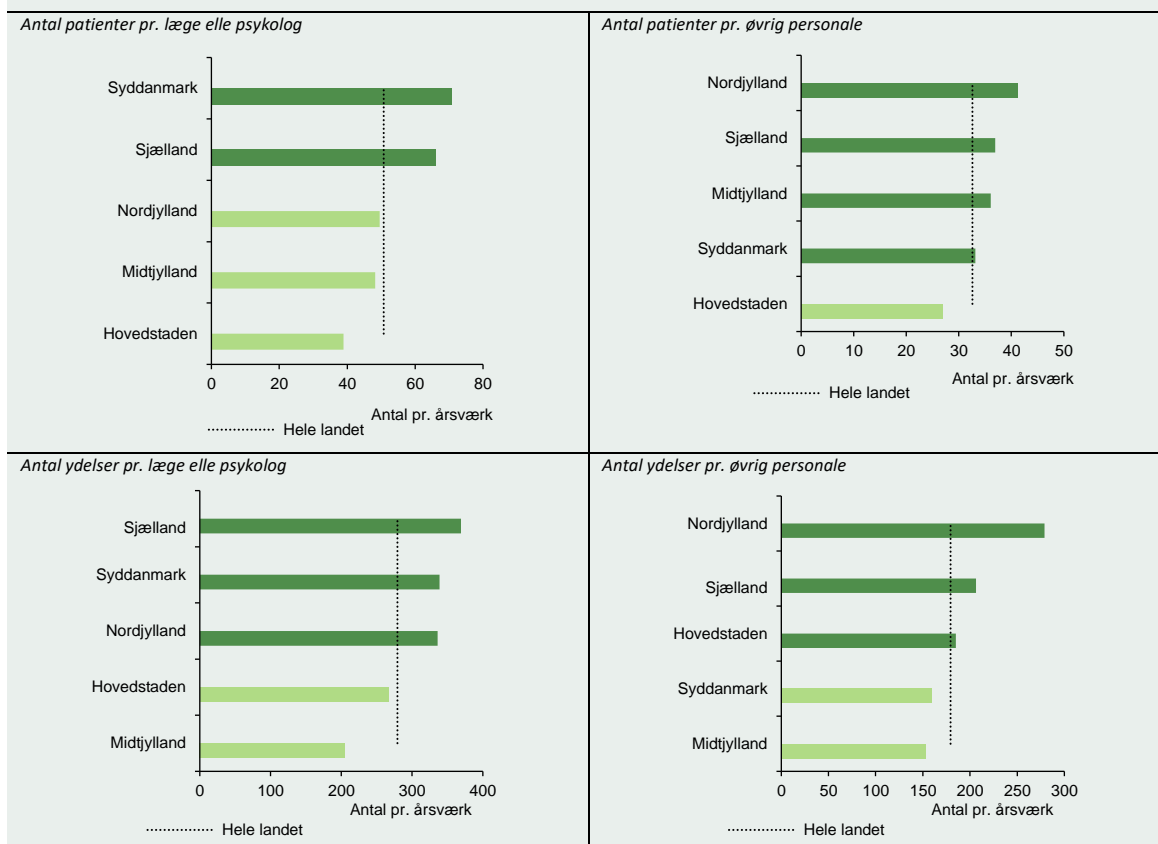
Med udgangspunkt i metodiske forbehold er antallet af ydelser pr. medarbejder steget med 20 pct. over perioden 2010-16 i børne- og ungdomspsykiatrien, mens det er faldet med over 25 pct. i voksenpsykiatrien, jf. figur 30. I voksenpsykiatrien er patient/personale-ratioen stort set uændret over perioden 2010-2016, mens der i 2016 er flere patienter pr. personale i børne- og ungdomspsykiatrien end i 2010.



Der er betydelige forskelle på tværs af regioner i antal patienter med kontakt til psykiatriske sygehuse set i forhold til sundhedsfagligt personale. I børne- og ungdomspsykiatrien er det Region Syddanmark og Region Sjælland, der har flest patienter og flest ydelser pr. læge eller psykolog, jf. figur 31.

Region Nordjylland er den region med flest patienter og ydelser pr. øvrig personale. Region Hovedstaden er generelt den region med færrest antal patienter pr. sundhedsfagligt personale – det gælder både læger og psykologer samt det resterende personale, mens der i Region Midtjylland er færrest antal ydelser pr. årsværk.

Figur 31
Antal patienter, sengedage og ambulante besøg pr. sundhedsfagligt personale ansat på børnepsykiatriske afdelinger fordelt på regioner, 2016



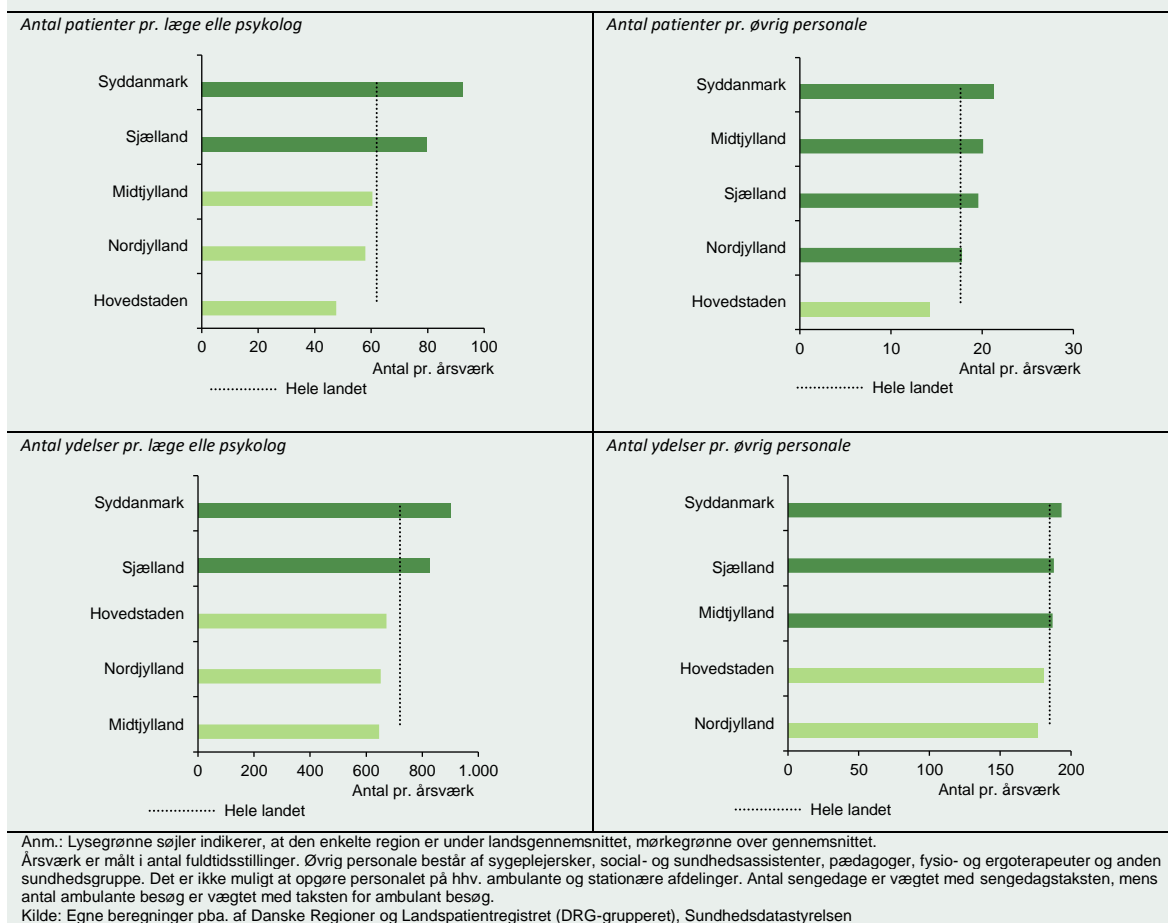
Anm.: Lysegrønne søjler indikerer, at den enkelte region er under landsgennemsnittet, mørkegrønne over gennemsnittet. Årsværk er målt i antal fuldtidsstillinger. Øvrig personale består af sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, pædagoger, fysio- og ergoterapeuter og anden sundhedsgruppe. Det er ikke muligt at opgøre personalet på hhv. ambulante og stationære afdelinger. Antal sengedage er vægtet med sengedagstaksten, mens antal ambulante besøg er vægtet med taksten for ambulante besøg.
 Kilde: Egne beregninger pba. af Danske Regioner og Landspatientregistret (DRG-grupperet), Sundhedsdatastyrelsen

I voksenpsykiatrien er der betydelige regionale forskelle i antal patienter og ydelser pr. læge eller psykolog, mens antal patienter og ydelser pr. resterende personale er mere ligeligt fordelt, *jf. figur 32*.

Ligesom det er tilfældet i børnepsykiatrien, er der i voksenpsykiatrien flest patienter og ydelser pr. læge eller psykolog i Region Syddanmark efterfulgt af Region Sjælland. I gennemsnit er der næsten dobbelt så mange patienter pr. læge eller psykolog i Region Syddanmark sammenlignet med Region Hovedstaden. Sammenlignet med Region Syddanmark er der dermed tale om en forholdsmæssig merkapacitet på næsten 50 pct. i Region Hovedstaden. Tilsvarende er der ca. 40 pct. flere ydelser pr. læge eller psykolog i Region Syddanmark sammenlignet med Region Midtjylland.

En del af de regionale forskelle i den antallet af ydelse pr. medarbejder kan dog skyldes forskelle i patient-sammensætningen. Set på patienternes diagnosesammensætning er der en lavere forekomst af mere udgiftstunge sygdomme som skizofreni og spiseforstyrrelse i Region Syddanmark end i Region Hovedstaden.

Figur 32
Antal patienter, sengedage og ambulante besøg pr. sundhedsfagligt personale ansat på voksenpsykiatriske afdelinger fordelt på regioner, 2016



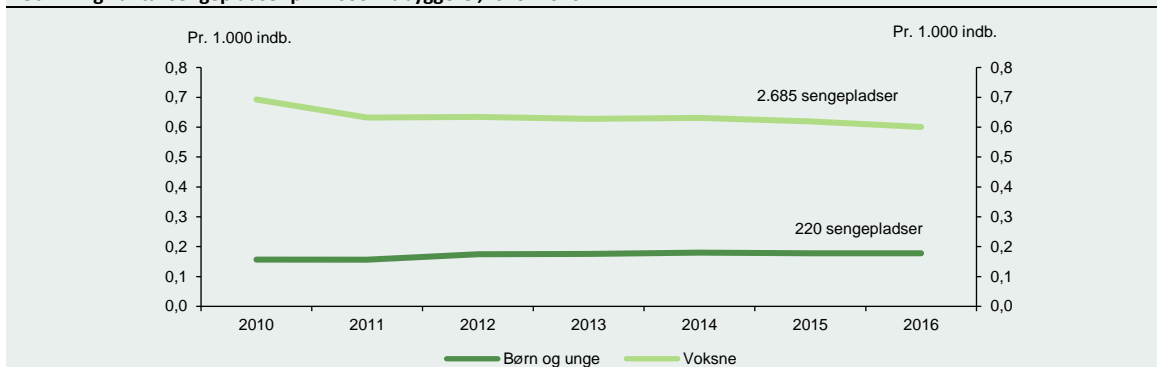
3.3 Sengepladser

Sengekapaciteten har været relativt stabil gennem perioden 2010-16. I dag indberetter regionerne særskilte månedlige og kvartalsvise opgørelser af sengekapacitet på psykiatriske afdelinger til Danske Regioner og Sundhedsdatastyrelsen. De to opgørelser divergerer imidlertid ofte, bl.a. fordi der anvendes forskellige opgørelsesmetoder.

Med udgangspunkt i tal for 2016, indberettet til Danske Regioner, var der 2.905 sengepladser i det offentlige psykiatriske sundhedsvæsen, fordelt på 2.685 pladser i voksenpsykiatrien og 220 pladser i børne- og ungdomspsykiatrien, *jf. figur 33*. Relativt til indbyggertal er antallet af sengepladser steget med ca. 13 pct. i børne- og ungdomspsykiatrien, mens det er faldet med ca. 13 pct. i voksenpsykiatrien over perioden 2010-16.

Udvikling i antal sengepladser skal bl.a. ses i lyset af 40 pct. flere indlæggelser i børne- og ungdomspsykiatrien samt uændret antal sengedage over samme periode. I voksenpsykiatrien er antallet af indlæggelser steget med 10 pct., mens antal sengedage er faldet med 10 pct., *jf. Sundheds- og Ældreministeriet (2018)*.

Figur 33
Udvikling i antal sengepladser pr. 1.000 indbyggere, 2010-2016

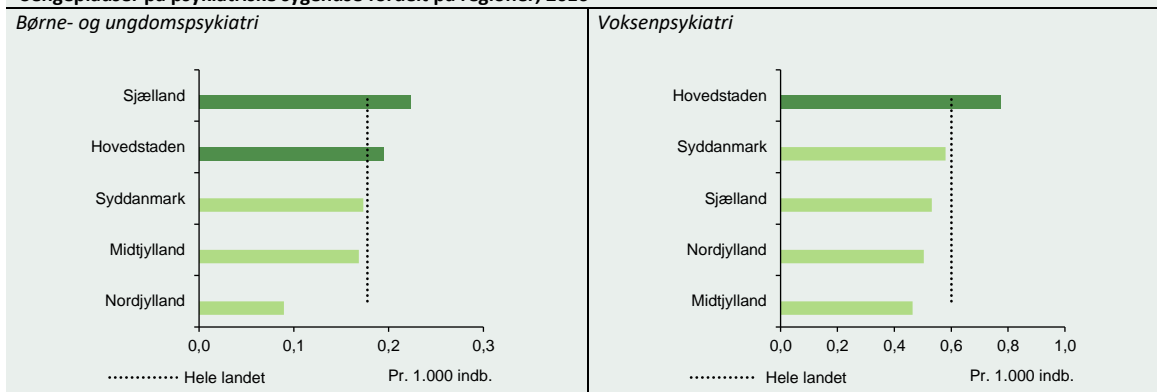


Anm.: Der er anvendt tre publikationer fra Danske Regioner som kilde: 2010: Benchmarking af psykiatrien 2014, 2011: Benchmarking af psykiatrien 2015, 2012-16: Benchmarking af psykiatrien 2016
 Kilde: Egne beregninger pba. Regionale indberetninger til nøgletal, Danske Regioner og Danmarks Statistik

Der er generelt betydelige regionale forskelle i antallet af sengepladser ift. indbyggertal. Antal sengepladser pr. 1.000 indbyggere i børne- og ungdomspsykiatri er mere end dobbelt så stort i Region Sjælland sammenlignet med Region Nordjylland, *jf. figur 34*. Indlæggelsesfrekvensen er også højest for børn og unge i Region Sjælland sammenlignet med øvrige regioner, og Region Sjælland har en relativ stor patienttyngde.

I voksenpsykiatrien er antallet af sengepladser pr. 1.000 indbyggere næsten dobbelt så stort i Region Hovedstaden sammenlignet med region Midtjylland. Dette hænger godt sammen med, at Region Hovedstaden også har en højere indlæggelsesfrekvens og en relativ stor patienttyngde.

Figur 34
Sengepladser på psykiatriske sygehuse fordelt på regioner, 2016



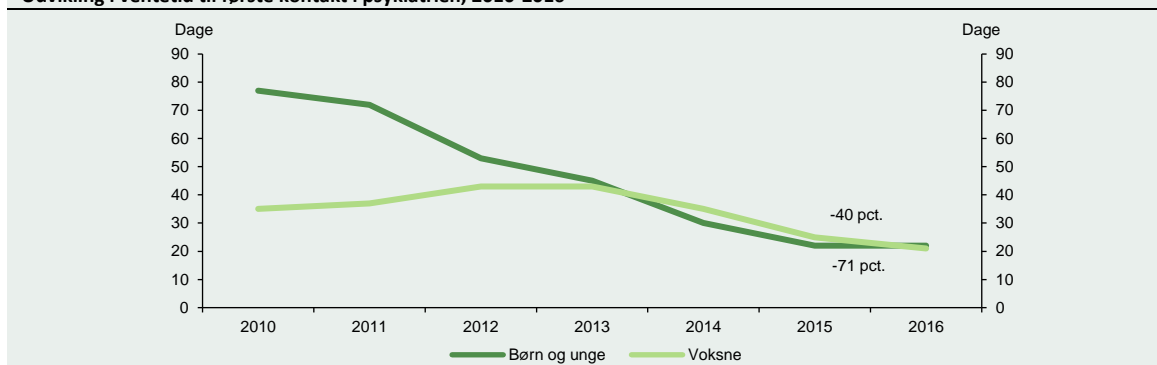
Anm: Lysegrønne søjler indikerer, at den enkelte region er under landsgennemsnittet, mørkegrønne over gennemsnittet.
 Kilde: Egne beregninger pba. Regionale indberetninger til nøgletal, Danske Regioner og Danmarks Statistik

3.4 Ventetid til behandling

Ventetiden til første kontakt er de senere år faldet betydeligt i både børne- og ungdomspsykiatrien og i voksenpsykiatrien, *jf. figur 35*. Tidligere har ventetiden til første kontakt været dobbelt så høj i børne- og ungdomspsykiatrien som i voksenpsykiatrien, mens de i 2016 er på samme niveau. I børne- og ungdomspsykiatrien har patienterne ventet i gennemsnittet 77 dage i 2010, mens de i gennemsnit venter 22 dage i 2016, svarende til en reduktion på ca. 70 pct. over perioden 2010-16.

Ventetiden i voksenpsykiatrien er faldet fra 35 dage i 2010 til 21 dage i 2016, svarende til en reduktion på 40 pct. Der er også sket betydelige politiske ændringer over de seneste år med det formål at nedbringe ventetiden, herunder bl.a. indførelse af udrednings- og behandlingsret, *jf. boks 1 længere nede*.

Figur 35
Udvikling i ventetid til første kontakt i psykiatrien, 2010-2016

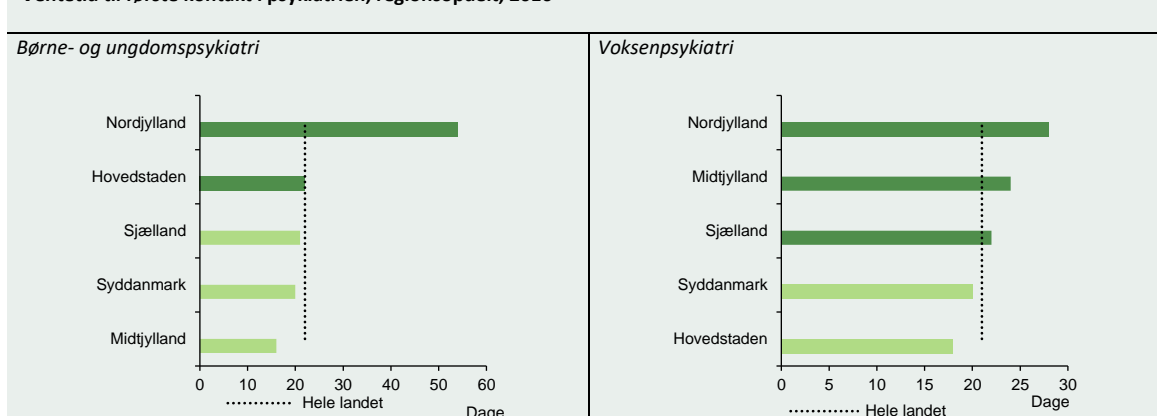


Anm.: Børn og unge er afgrænset til personer, der på behandlingstidspunktet var i alderen 0-18 år og voksne er opgjort som personer, der er 19 år eller derover.
 Kilde: Landspatientregisteret pr. 10. marts 2017, Sundhedsdatastyrelsen

Selvom ventetid til behandling er reduceret betydeligt over perioden, er der fortsat relativt høj ventetid på børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger i Region Nordjylland (54 dage i gennemsnit), jf. figur 36. Således venter patienterne over en måned længere på at komme i behandling i Region Nordjylland sammenlignet med Region Midtjylland.

Også i voksenpsykiatrien er ventetiden længst i Region Nordjylland (28 dage i gennemsnit). Forskellen mellem ventetiden i Region Nordjylland sammenlignet med de øvrige regioner er dog betydeligt mindre i voksenpsykiatrien. Ventetiden er kortest i Region Hovedstaden (18 dage i gennemsnit).

Figur 36
Ventetid til første kontakt i psykiatrien, regionsopdelt, 2016



Anm.: Børn og unge er afgrænset til personer, der på behandlingstidspunktet var i alderen 0-18 år og voksne er opgjort som personer, der er 19 år eller derover. Lysegrønne søjler indikerer, at den enkelte region er under landsgennemsnittet, mørkegrønne over gennemsnittet. Region angiver regionen for det sygehus, der er registreret på 1. kontakt i venteforløbet.
 Kilde: Landspatientregisteret pr. 10. marts 2017, Sundhedsdatastyrelsen

3.5 Udredningstid

Den gældende udredningsret indebærer, at sygehuspatienterne har ret til at blive udredt inden for 30 dage efter henvisning, hvis det fagligt er muligt. Psykiatriske patienters udrednings- og behandlingsrettigheder er gradvist blevet udvidet, *jf. boks 1*.

Boks 1

Psykiatriske patienters udrednings- og behandlingsrettigheder

Udviklingen i ventetiderne skal ses i lyset af, at alle Folketingets partier den 3. juni 2014 vedtog nye udrednings- og behandlingsrettigheder i psykiatrien med det formål at ligestille patientrettighederne for patienter med psykiske lidelser med patienter med somatiske sygdomme.

Men denne ændring fik psykiatriske patienter samme rettigheder til udredning som somatiske patienter. Lovændringen betød efter fuld indfasning, at alle patienter i sygehusvæsenet – per 1. september 2015 – havde ret til frit sygehusvalg, en udredningsret på 30 dage og en differentieret behandlingsret til udvidet frit sygehusvalg.

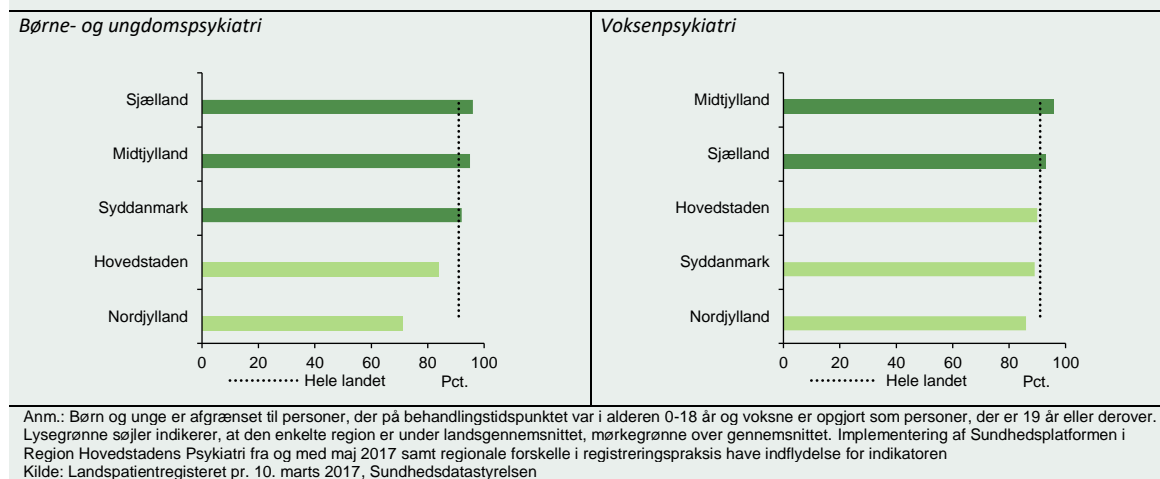
Pr. 1. oktober 2016 blev der desuden indført nye udrednings- og behandlingsrettigheder for både patienter med somatiske og psykiske sygdomme, herunder fik patienter, som regionen af kapacitetsmæssige årsager ikke kan udrede inden for 30 dage, ret til udvidet frit sygehusvalg.

Den gældende udredningsret indebærer, at sygehuspatienterne har ret til at blive udredt inden for 30 dage efter henvisning, hvis det fagligt er muligt. Der er situationer, hvor udredningsforløbet strækker sig over 30 dage, men hvor udredningsretten alligevel er overholdt. For at udredningsretten fortsat er overholdt, skal patienten have modtaget en udredningsplan inden for 30 dage, og der skal være en gyldig årsag til udredning efter 30 kalenderdage. Gyldige årsager er faglige årsager, afslag på tilbud om udredning i anden enhed samt ønske om udredning på et senere tidspunkt end tilbudt.

Andelen af færdigudredte inden for fristen ca. 91 pct. både i børne- og ungdomspsykiatrien og i voksenpsykiatrien i 4. kvartal 2016, *jf. figur 37*.

Figur 37

Andel patienter udredt inden for fristen, regionsopdelt, 4. kv. 2016



På regionalt niveau er der en variation i andelen af afsluttede udredningsforløb inden for fristen. I børne- og ungdomspsykiatrien er ca. 70 pct. udredt inden for fristen i Region Nordjylland. Til sammenligning er ca. 95 pct. udredt i Region Sjælland og Midtjylland inden for fristen. I voksenpsykiatrien er variationerne i antal patienter udredt til tiden generelt mindre. Flest patienter er udredt til tiden i Region Midtjylland (96 pct.) og færrest i Region Nordjylland (86 pct.).

3.6 Ydere i praksissektoren

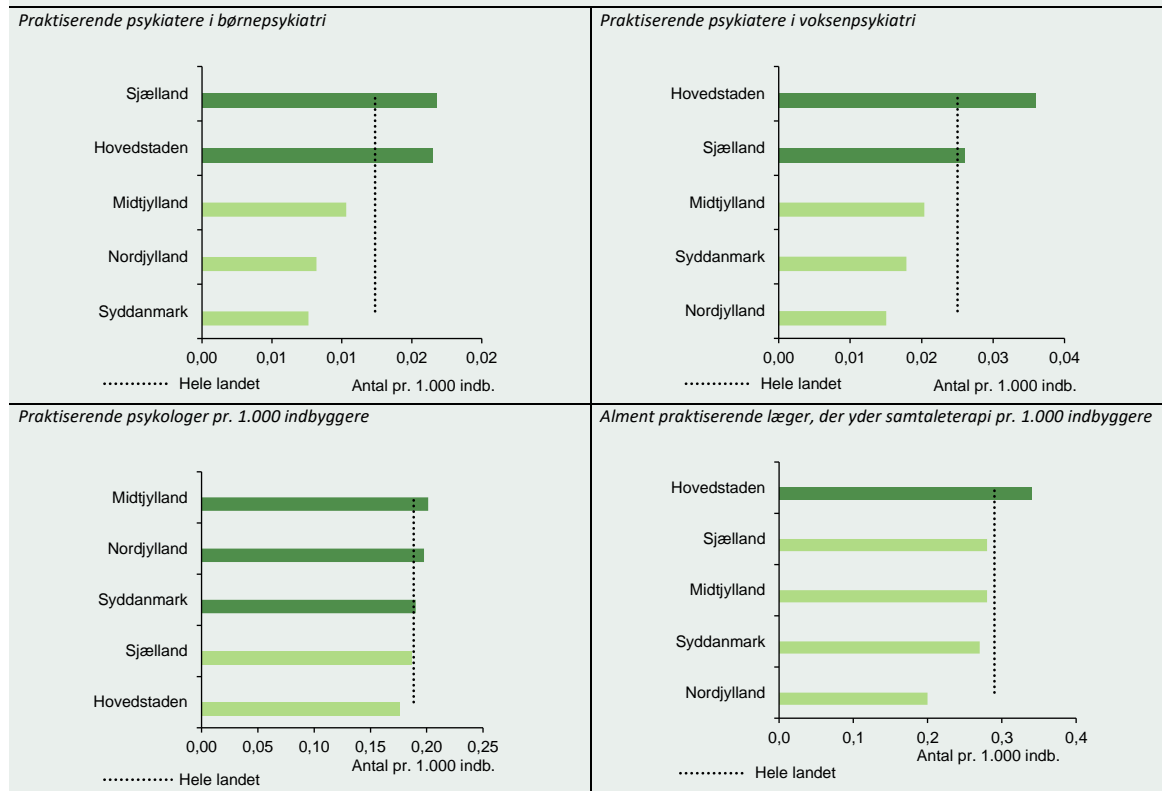
Antallet af speciallægepraksis i psykiatri varierer betydeligt på tværs af regioner. I Region Nordjylland er der kun en enkelt fuldtidsspeciallæge i børnepsykiatri, svarende til 0,01 pr. 1.000 indbyggere, mens der i Region Hovedstaden er i alt 6,3, svarende til 0,02 pr. 1.000 indbyggere, *jf. figur 38*. Generelt er udbuddet af praktiserende speciallæger, set ift. Indbyggertallet, dobbelt så højt i Region Hovedstaden og Sjælland som i Region Nordjylland og Syddanmark.

Tilsvarende geografiske forskelle i udbuddet af speciallægepraksis gælder på voksenområdet. Her er der 51 praktiserende fuldtidsspeciallæger i psykiatri i Region Hovedstaden, svarende til ca. 0,04 pr. 1.000 indbyggere, mens der i Region Nordjylland er 7, svarende til 0,02 pr. 1.000 indbyggere. Det er kun halvt så mange som i Region Hovedstaden.

Antallet af psykologer er derimod mere ligeligt fordelt på tværs af regionerne. Dog er der et marginalet lavere antal pr. 1.000 indbyggere i Region Hovedstaden end i de øvrige regioner.

Flest almen praksis pr. 1.000 indbyggere, der tilbyder sine patienter samtaleterapi, ligger i Region Hovedstaden og færrest i Region Nordjylland. Også her er der en forskel på faktor 2 mellem de to regioner.

Figur 38
Relevant sundhedsfaglig arbejdsstyrke pr. 1.000 indbyggere i praksissektoren fordelt på regioner, 2016



Anm.: Antallet af fuldtidsstillinger. Lysegrønne søjler indikerer, at den enkelte region er under landsgennemsnittet, mørkegrønne over gennemsnittet.
Kilde: Egne beregninger p.b.a. CSC Scandihealth og Danske Regioner, Sundhedsdatastyrelsen og Danmarks Statistik

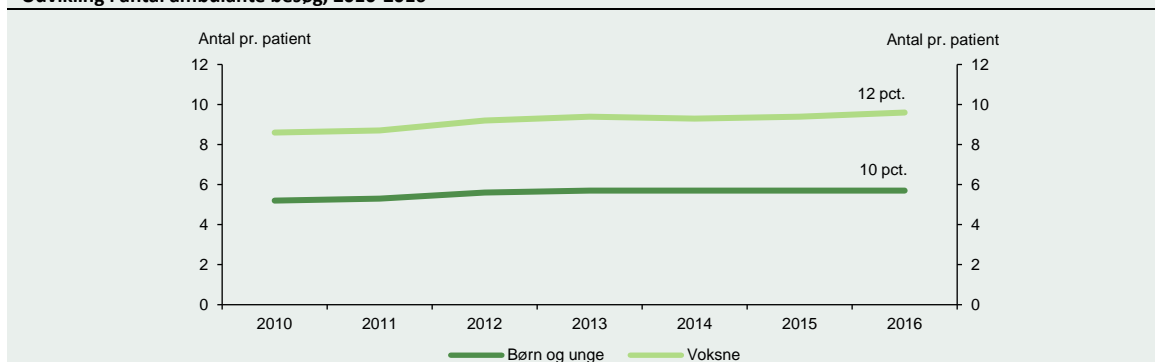
4. Aktivitet i psykiatrien og udvalgte dele af praksissektoren

På tværs af de forskellige sektorer er der visse geografiske forskelle i den aktivitet, de enkelte patienter modtager. Geografiske forskelle i antal ydelser, som den gennemsnitlige patient modtager i sundhedsvæsenet, kan bl.a. sige noget om regionale forskelle i organiseringen og styringen af det psykiatriske område og forskelle i serviceniveauet, som patienterne tilbydes. Variationerne på tværs af regioner kan også være et udtryk for forskelle i patientsammensætningen og patienternes efterspørgselspres. Der ska dermed tages visse forbehold i forbindelse med tolkning af resultater på tværs af regioner.

4.1 Ambulante besøg

Voksne ambulante patienter har i gennemsnit knap 10 årlige ambulante besøg, mens børn og unge i gennemsnit har knap 6 ambulante besøg, *jf. figur 39*. Det gennemsnitlige antal ambulante besøg pr. patient er generelt steget i gennem perioden 2010 til 2016 med ca. 10 pct. for børn og unge og ca. 12 pct. for voksne.

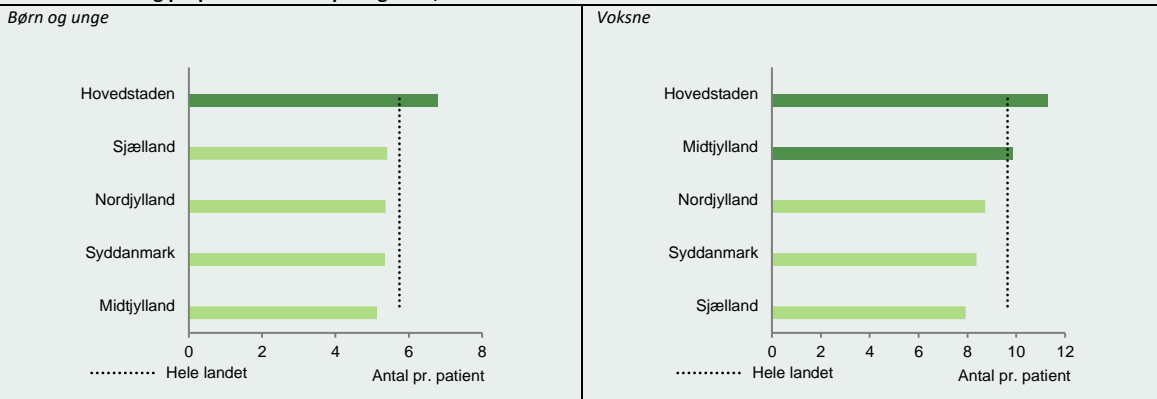
Figur 39
Udvikling i antal ambulante besøg, 2010-2016



Anm.: Børn og unge er afgrænset til personer, der på behandlingstidspunktet var i alderen 0-18 år og voksne er opgjort som personer, der er 19 år eller derover. Ved ambulante behandling er patienten indskrevet på en psykiatrisk ambulant stamafdeling, men optager ikke en normeret sengeplads.
Kilde: DRG-grupperet LPR-årsopgørelse, Sundhedsdatastyrelsen.

I gennemsnit er der flest ambulante besøg pr. patient i Region Hovedstaden, *jf. figur 40*. I denne region har børn og unge i gennemsnit ca. 7 besøg om året, mens det er ca. 5 besøg i Region Midtjylland. Forskellen mellem regionerne er endnu større på voksenområdet. Mens patienterne med bopæl i Region Hovedstaden i gennemsnit har godt 11 besøg årligt, er det knap 8 besøg i Region Sjælland. Antallet af ambulante besøg pr. patient er ca. 40 pct. højere i Region Hovedstaden sammenlignet med Region Sjælland.

Figur 40
Ambulante besøg pr. patient fordelt på regioner, 2016

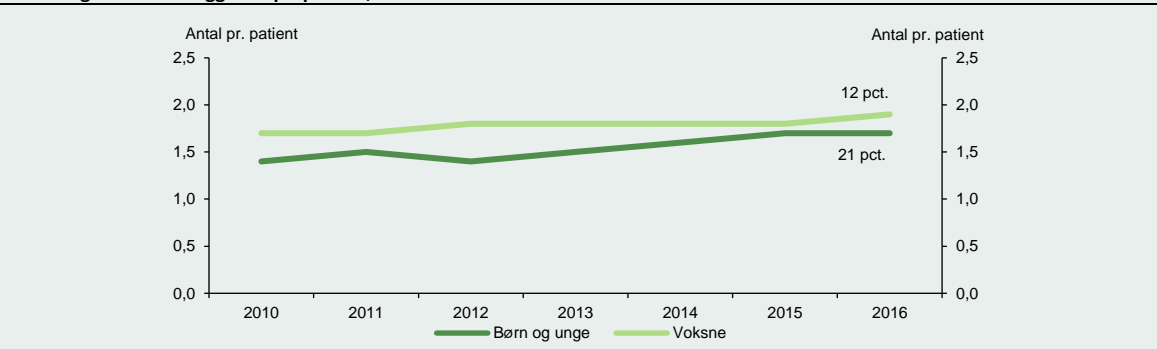


Anm.: Børn og unge er afgrænset til personer, der på behandlingstidspunktet var i alderen 0-18 år og voksne er opgjort som personer, der er 19 år eller derover. Lysegrønne søjler indikerer, at den enkelte region er under landsgennemsnittet, mørkegrønne over gennemsnittet. Ved ambulant behandling er patienten indskrevet på en psykiatrisk ambulant stamafdeling, men optager ikke en normeret sengeplads.
Kilde: DRG-grupperet LPR-årsopgørelse, Sundhedsdatastyrelsen.

4.2 Stationær aktivitet på psykiatriske sygehuse

For både børn og voksne er antallet af indlæggelser pr. patient steget over perioden 2010-16, *jf. figur 41*. Børn og unge har i 2016 i gennemsnittet 1,7 indlæggelse pr. patient, hvilket er ca. 20 pct. flere end i 2010. Voksne har i 2016 i gennemsnit 1,9 indlæggelser, hvilket er godt 10 pct. flere end i 2010.

Figur 41
Udvikling i antal indlæggelser pr. patient, 2010-2016

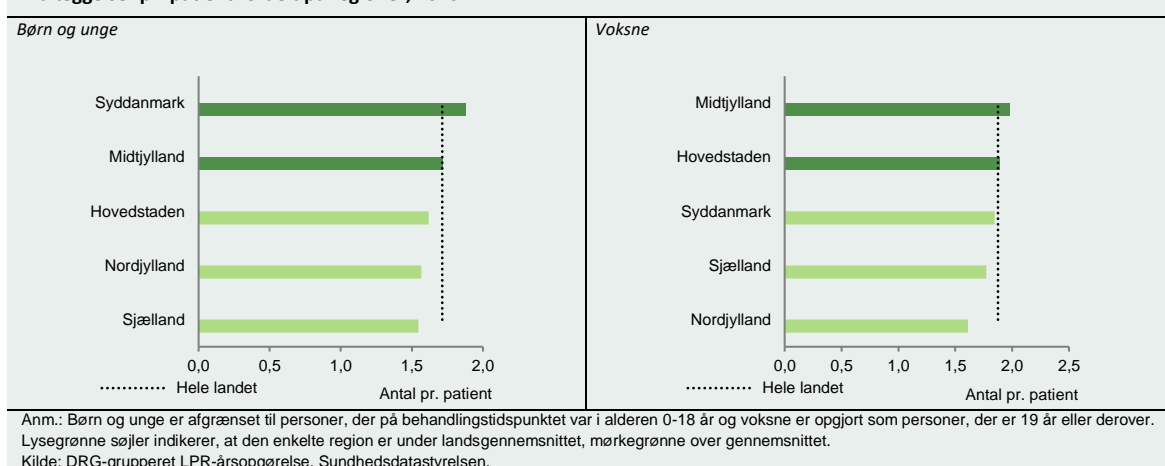


Anm.: Børn og unge er afgrænset til personer, der på behandlingstidspunktet var i alderen 0-18 år og voksne er opgjort som personer, der er 19 år eller derover. En indlæggelse tælles som en patients udskrivning fra en sygehusafdeling, hvor patienten har optaget en normeret sengeplads. Overflytninger mellem sygehusafdelinger tæller ikke med i opgørelsen.
Kilde: DRG-grupperet LPR-årsopgørelse, Sundhedsdatastyrelsen.

Variationen i antal indlæggelser pr. patient er generelt mindre end variationen i antal ambulante besøg pr. patient på tværs af regioner. Flest indlæggelser pr. patient har børn og unge i Region Syddanmark og færrest i Region Sjælland. Forskellen mellem de to regioner er ca. 20 pct., *jf. figur 42*.

Forskellen i antal indlæggelser pr. voksen patient er godt 20 pct. mellem Region Midtjylland og Nordjylland. Voksne patienter indlægges marginalt oftere i Region Midtjylland og Hovedstaden sammenlignet med de øvrige regioner. Det laveste antal indlæggelser pr. patient findes i Region Nordjylland.

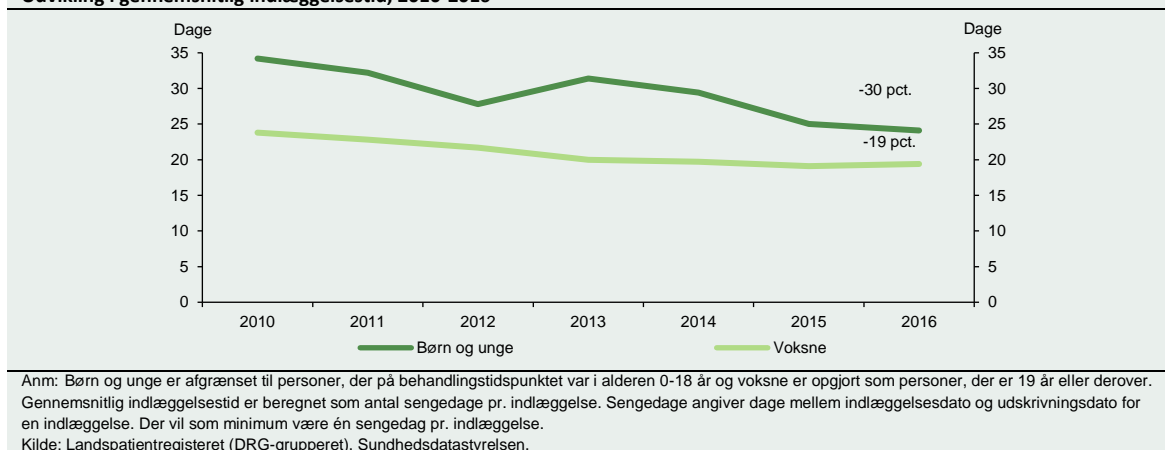
Figur 42
Indlæggelser pr. patient fordelt på regioner, 2016



4.3 Gennemsnitlig indlæggelsestid pr. indlæggelse

Patienterne i børne- og ungdomspsykiatrien er i gennemsnit indlagt i længere tid end patienter i voksenpsykiatrien. Den gennemsnitlige indlæggelsestid var i 2016 ca. 24 dage for børn og unge mod lidt over 19 dage for voksne, *jf. figur 43*. Over perioden 2010-16 er den gennemsnitlige indlæggelsestid faldet med ca. 30 pct. for børn og unge, mens det er faldet med ca. 20 pct. for voksne.

Figur 43
Udvikling i gennemsnitlig indlæggelsestid, 2010-2016

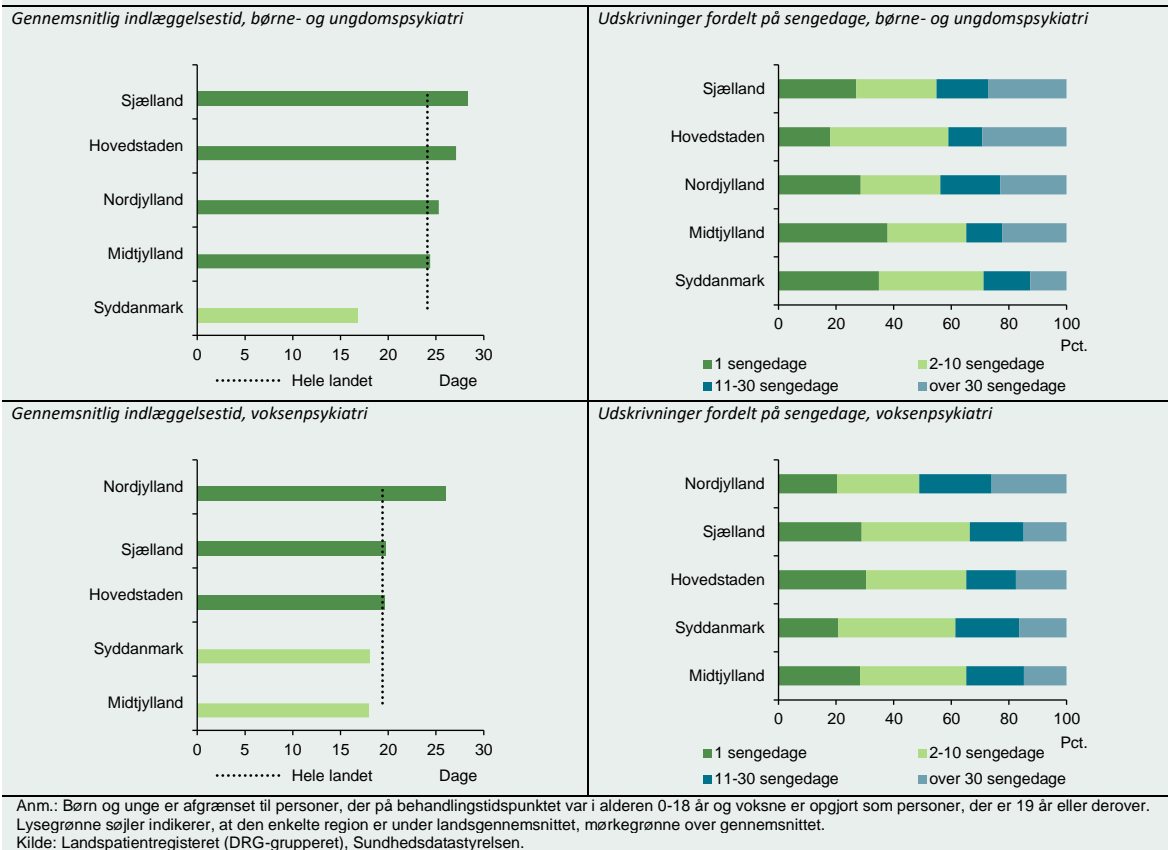


På tværs af regionerne er der en betydelig variation i den gennemsnitlige indlæggelsestid. Særligt Region Syddanmark adskiller sig fra de øvrige regioner med betydeligt lavere gennemsnitlig indlæggelsestid for børn og unge, *jf. figur 44*. I Region Syddanmark er den gennemsnitlige indlæggelsestid knap 17 dage i 2016, mod 28 dage i Region Sjælland, svarende til en forskel på knap 70 pct. I Region Hovedstaden og Sjælland er mere end hver fjerde indlæggelse i børne- og ungdomspsykiatrien over 30 dage lang. Omvendt varer kun 13 pct. af indlæggelserne mere end 30 dage i Region Syddanmark. I Region Midtjylland og Syddanmark varer godt over en tredjedel af indlæggelserne kun en enkel dag, mod 18 pct. af indlæggelserne i Region Hovedstaden. Mens knap tre ud af fire indlæggelser varer maksimalt 10 dage i Region Syddanmark, er det kun godt over halvdelen i Region Sjælland.

I voksenpsykiatrien er det Region Nordjylland, der adskiller sig fra de øvrige regioner med betydeligt højere indlæggelsestid pr. indlæggelse. Her er patienterne indlagt i gennemsnit en uge længere end i de øvrige regioner. Den laveste gennemsnitlige indlæggelsestid pr. indlæggelse på 18 dage har patienterne i Region Midtjylland.

Figur 44

Gennemsnitlig indlæggelsestid og procentvis fordeling af antal sengedage fordelt på regioner, 2016



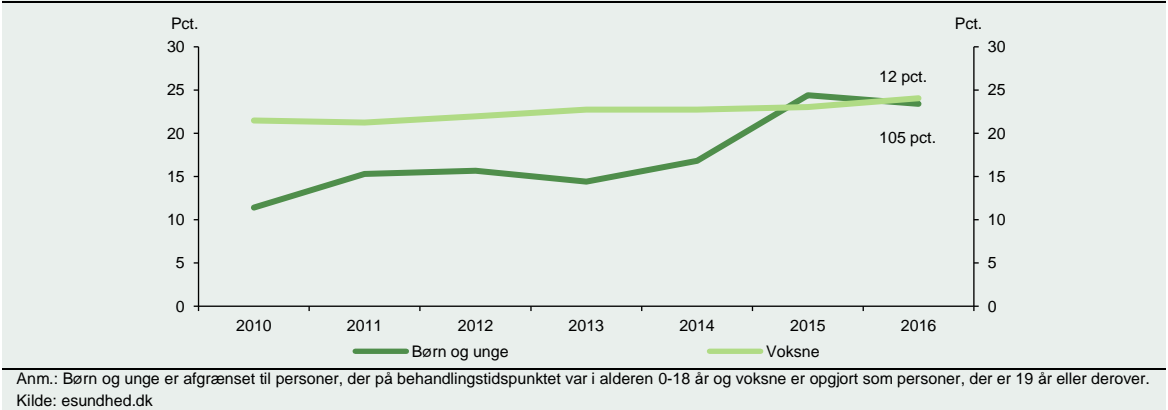
4.4 Genindlæggelsesfrekvens

Akutte psykiatriske genindlæggelser kan på samme vis som i somatikken være udtryk for et u hensigtsmæssigt forløb, herunder utilstrækkelig behandling under den primære indlæggelse eller manglende opfølgning fra den regionale og kommunale psykiatri efter udskrivning. Det er dermed en vigtig indikator for kvaliteten og effekten af behandlingen. Genindlæggelser er dog ikke i alle tilfælde undgåelige. Nogle genindlæggelser i psykiatrien kan således være nødvendige som led i et patientforløb.

Af samtlige indlæggelser i psykiatrien udgør knap en fjerdedel genindlæggelser inden for 30 dage, jf. figur 45.

Figur 45

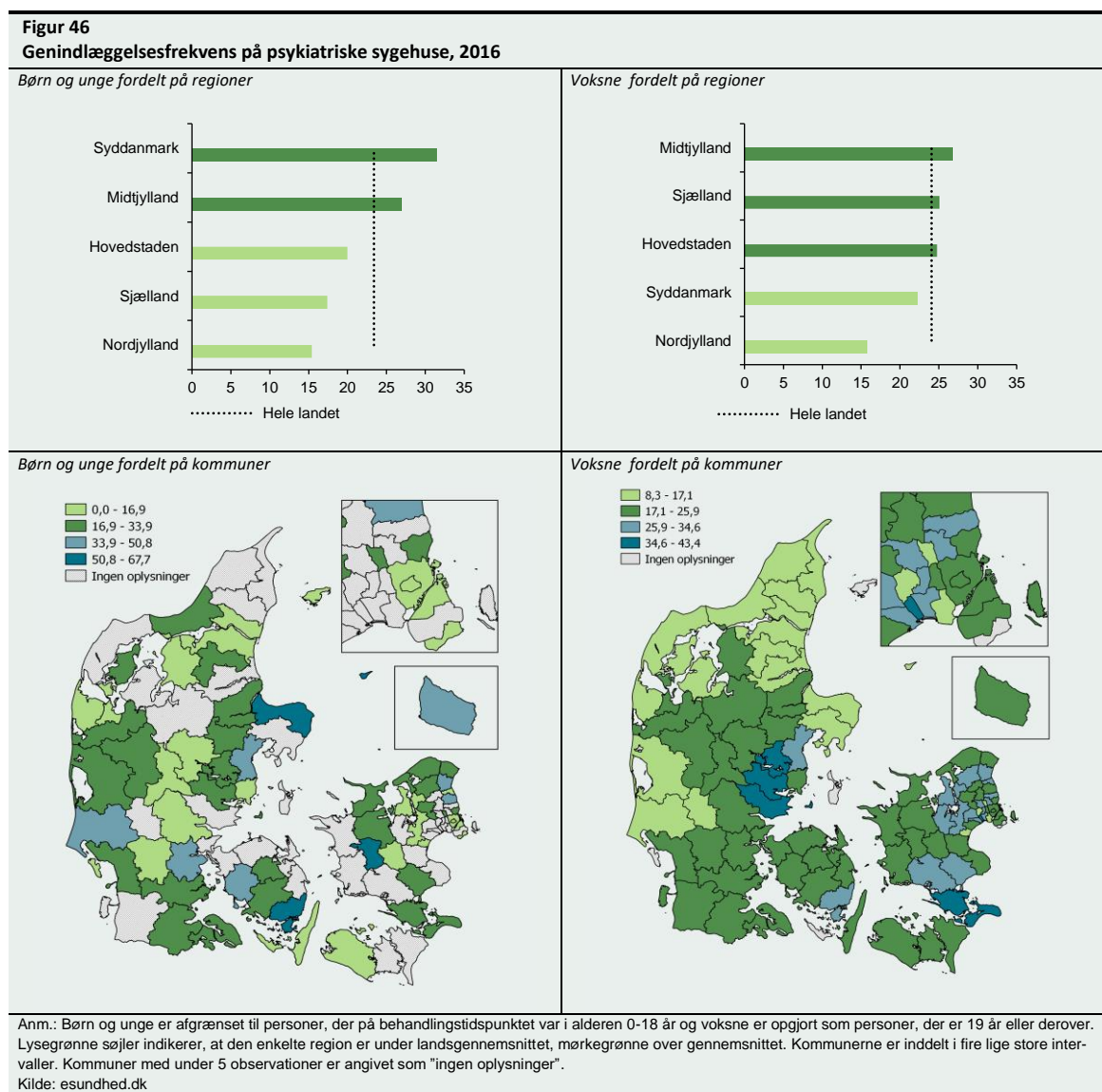
Genindlæggelsesfrekvens i psykiatrien, 2010-2016



I 2010 var der betydeligt flere indlæggelser i voksenpsykiatrien, der blev efterfulgt af en genindlæggelse end i børne- og ungdomspsykiatrien. Over perioden 2010-16 er genindlæggelsesfrekvensen imidlertid steget markant i børne- og ungdomspsykiatrien, fra ca. 11 pct. i 2010 til ca. 23 pct. i 2016. Over samme periode er genindlæggelsesfrekvensen steget fra ca. 22 til 24 pct. i voksenpsykiatrien.

På voksenområdet er der over perioden 2010-16 generelt sket en stigning i antal indlæggelser pr. patient og den gennemsnitlige indlæggelsestid er blevet kortere, uden at genindlæggelsesfrekvens er forøget. På børne- og ungeområdet er der over samme periode sket en udvikling mod flere og kortere indlæggelser, kombineret med betydelig stigning i genindlæggelsesfrekvensen.

Der er betydelige regionale forskelle i genindlæggelsesfrekvensen. Mens fx 3 ud af 10 af alle indlæggelser i børne- og ungepsykiatrien er genindlæggelser i Region Syddanmark, er det omkring 15 pct. i Region Nordjylland, jf. figur 46.



Forskellene er større på tværs af kommuner. Fx er mere end halvdelen af alle indlæggelser i børne- og ungdomspsykiatrien genindlæggelser for patienter med bopæl i Norddjurs, Svendborg og Sorø Kommune. For en række øvrige kommuner er genindlæggelsesfrekvensen betydeligt lavere, som for fx Københavns Kommune, hvor 10 pct. af indlæggelserne i børne- og ungdomspsykiatrien følges op med en genindlæggelse.

I voksenpsykiatrien er genindlæggelsesfrekvens højest i Region Midtjylland (ca. 27 pct.) og lavest i Region Nordjylland (ca. 16 pct.). Også på voksenområdet er der forskelle i genindlæggelsesfrekvensen alt efter patientens bopælskommune. Fx efterfølges omkring 40 pct. af indlæggelserne af en genindlæggelse i Vallensbæk, Hedensted og Horsens Kommune, mens det er under 10 pct. i Lemvig, Skive og Morsø Kommune.

Akutte psykiatriske genindlæggelser er en af indikatorerne, der anvendes til monitorering af sundhedsaftalerne mellem kommuner og regioner, som led i det tværsektorielle samarbejde mellem hospital, almen praksis og den kommunale indsats. I en analyse udarbejdet af Sundhedsdatastyrelsen findes bl.a., at det er særligt yngre patienter og patienter, som bor alene i eget hjem, der genindlægges. Herudover er det særligt korte indlæggelser og indlæggelser, hvor udskrivninger finder sted uden for dagstid og i weekenden, der oftest ender med en genindlæggelse, *jf. boks 2*.

Boks 2 **Genindlæggelser i det psykiatriske sundhedsvæsen**

Sundhedsdatastyrelsen har i en analyse fra 2017, "Genindlæggelser i det psykiatriske sundhedsvæsen", undersøgt, hvilke patienter, der hyppigst genindlægges, og om der er forhold vedrørende forudgående indlæggelse, som kan have indflydelse på, om der sker en genindlæggelse.

Analysens hovedresultater:

- 23 pct. af alle psykiatriske indlæggelser efterfølges af en genindlæggelse.
- Genindlæggelser finder typisk sted tæt på udskrivningstidspunktet for foregående indlæggelse.
- Ca. 25 pct. af alle genindlæggelser finder sted inden for de første tre dage.

Hvad kendetegner de patienter, som genindlægges?

- Yngre patienter har en højere genindlæggelsesfrekvens.
- Patienter, der bor alene i eget hjem, genindlægges oftere end andre.
- Patienter med bopæl i en bykommune har større risiko for at blive genindlagt.
- Førtidspensionister har en højere genindlæggelsesfrekvens
- Patienter, der tidligere har haft kontakt til det somatiske eller det psykiatriske sygehusvæsen, har en højere genindlæggelsesfrekvens.

Hvad kendetegner indlæggelser, som fører til genindlæggelse?

- Indlæggelser, der er korte.
- Indlæggelser, hvor udskrivningen finder sted uden for dagstid.
- Indlæggelser, hvor udskrivningen finder sted i weekenden.
- Udskrivninger med diagnosen "Skizofreni og beslægtede lidelser" efterfølges oftere af en genindlæggelse.
- Otte ud af ti bliver genindlagt inden for samme diagnosegruppe.

Kontakt med egen læge og psykiatriske besøg efter udskrivningen:

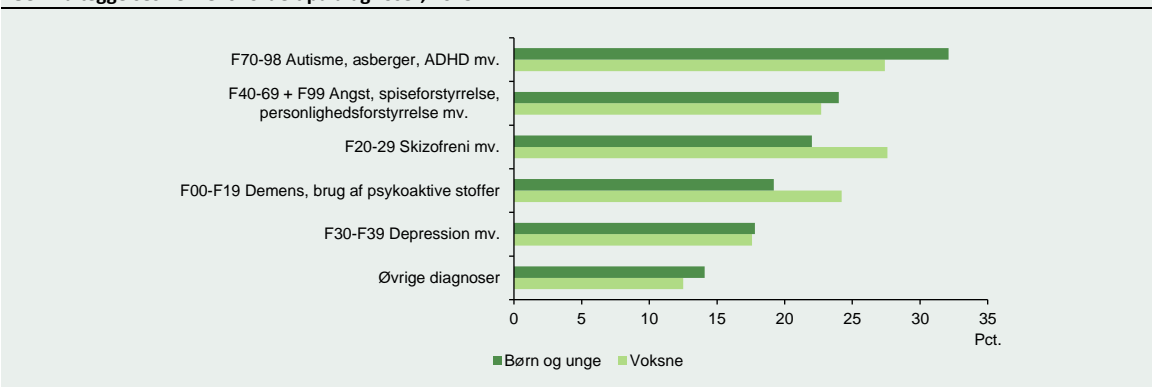
- Patienter, som genindlægges, har i mindre grad kontakt til deres alment praktiserende læge end patienter, der ikke bliver genindlagt.
- Godt 17 pct. af patienterne, som genindlægges, ser deres egen læge mellem primærindlæggelsen og genindlæggelsen.
- Patienter, som genindlægges, har psykiatriske besøg efter udskrivningen i samme omfang som patienter, der ikke genindlægges.
- Knap en tredjedel af patienterne har et psykiatrisk besøg inden de genindlægges.

Et justeret genindlæggelsesniveau:

- Flest kommuner har en lavere genindlæggelsesfrekvens end forventet, når der tages højde for kommunens patientsammensætning.

Sundhedsdatastyrelsens analyse viser også, at der er betydelige forskelle over genindlæggelsesfrekvensen på tværs af diagnoser. Omkring hver tredje indlæggelse for børn og unge med autisme, asperger, ADHD mv. ender med en genindlæggelse. Det gælder under hver femte indlæggelse for børn og unge med depression, *jf. figur a*.

Figur a
Genindlæggelsesfrekvens fordelt på diagnoser, 2015



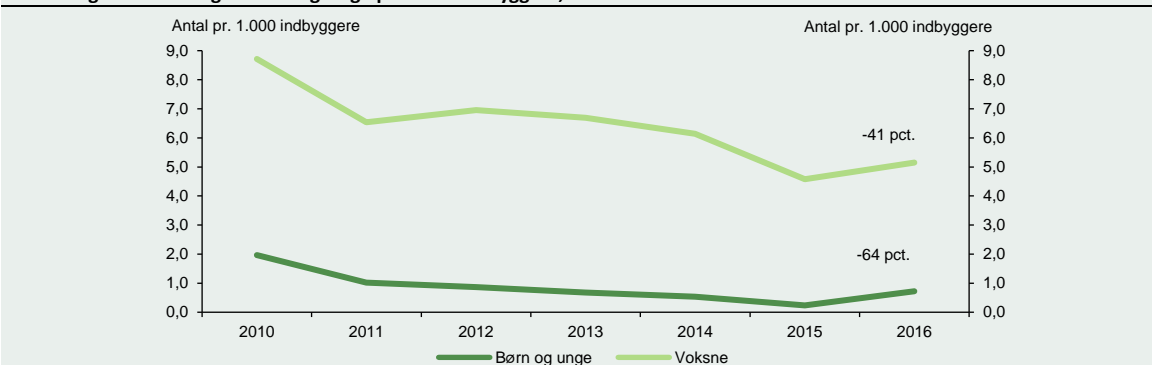
Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, 2017 - Genindlæggelser i det psykiatriske sundhedsvæsen

4.5 Færdigbehandlingsdage

Når behandlingen er afsluttet på sygehuset, vil patienterne enten blive udskrevet eller fortsat være indlagte, fordi de venter på et relevant tilbud fra kommunen, fx en plads i et botilbud, foranstaltninger i hjemmet eller lignende. Kan kommunen ikke umiddelbart give borgeren et tilbud på grund af ventetid eller andre forhold, forlænges indlæggelsen unødigt.

Færdigbehandlingsdage pr. 1.000 indbyggere er siden 2010 faldet med ca. 40 pct. i voksenpsykiatrien og ca. 60 pct. i børne- og ungepsykiatrien, *jf. figur 47*.

Figur 47
Udvikling i antal færdigbehandlingsdage pr. 1.000 indbyggere, 2010-2016



Anm.: Børn og unge er i denne opgørelse afgrænset til personer under 18 år.

Kilde: Egne beregninger pba. eSundhed.dk og Danmarks Statistik.

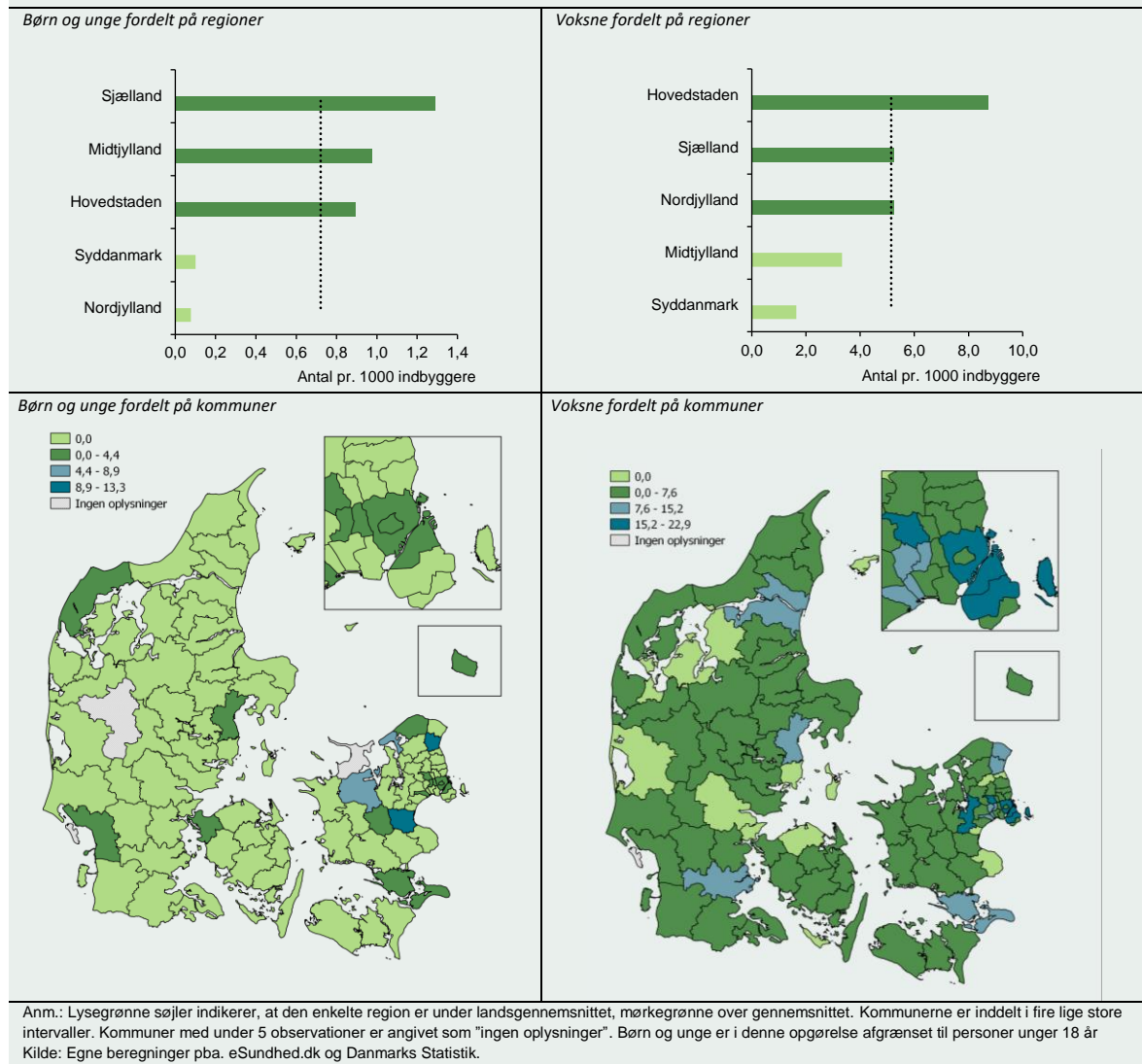
Færdigbehandlingsdage er generelt koncentreret omkring tre af regionerne i børne- og ungdomspsykiatrien med flest færdigbehandlingsdage pr. 1.000 indbyggere i Region Sjælland, efterfulgt af Region Midtjylland og Hovedstaden, *jf. figur 48*. Der er fx 17 gange flere færdigbehandlingsdage pr. 1.000 indbyggere i Region Sjælland sammenlignet med Region Nordjylland.

Kun i 18 ud af alle 98 kommuner har børn og unge med kontakt til børne- og ungdomspsykiatrien færdigbehandlingsdage. Antallet af færdigbehandlingsdage er højt i fx Fredensborg Kommune (13 dage pr. 1.000 indbyggere) og Køge Kommune (9 færdigbehandlingsdage pr. 1.000 indbyggere). Antal færdigbehandlingsdage er ca. 20 gange højere i Fredensborg Kommune sammenlignet med fx Frederiksberg eller Københavns Kommune.

I voksenpsykiatrien er der betydeligt flere færdigbehandlingsdage pr. 1.000 indbyggere i Region Hovedstaden end i de øvrige regioner. Sammenlignet med Region Nordjylland er der 5 gange flere dage pr. 1.000 indbyggere i Region Hovedstaden.

Dette gælder særligt for i Roskilde Kommune (22 dage pr. 1.000 indbyggere), Ballerup Kommune (19 dage pr. 1.000 indbyggere) samt Tårnby, Københavns og Albertslund Kommune (mere end 15 dage pr. 1.000 indbyggere). Samtidig har patienter med bopæl i 15 kommuner ingen færdigbehandlingsdage.

Figur 48
Antal færdigbehandlingsdage pr. 1.000 indbyggere fordelt over kommuner og regioner, 2016



4.6 Tvang i psykiatrien

På en psykiatrisk afdeling har personalet mulighed for at behandle og tilbageholde patienter mod deres vilje – det vil sige med tvang, såfremt det vurderes nødvendigt. Det kan eksempelvis være at få medicin, der beroliger, selvom patienten ikke ønsker dette. Derudover kan patienten blive holdt fast, hvis vedkommende er til fare for sig selv eller andre. Der er en politisk målsætning om, at anvendelsen af tvang skal nedbringes, jf. boks 3.

Boks 3

Politisk aftale om nedbringelse af tvang

Sundheds- og Ældreministeriet har i 2014 indgået en aftale med Danske Regioner om at halvere anvendelsen af tvang i 2020. Umiddelbart derefter blev der indgået partnerskabsaftaler med hver af de fem regioner med henblik på at nedbringe anvendelsen af tvang. Konkret er målet om nedbringe anvendelsen af tvang i psykiatrien formuleret ved:

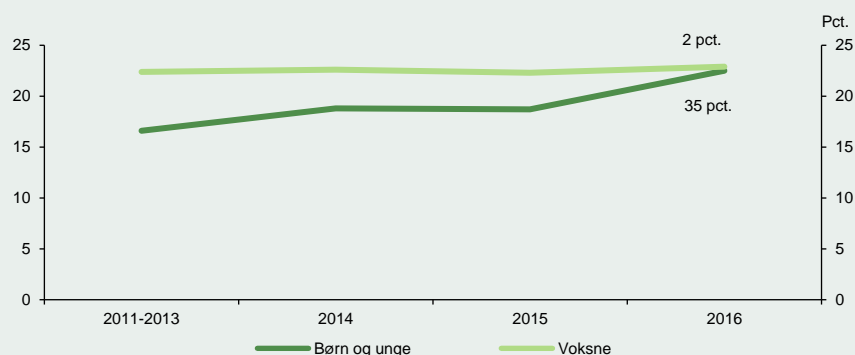
- Et mål om at reducere anvendelsen af bæltefikseringer frem mod 2020
- Et mål om at der forekommer et generelt fald i anvendelsen af alle former for tvang

Sundhedsdatastyrelsen har i samarbejde med regionerne og Sundhedsstyrelsen udviklet en national model til monitorering af anvendelsen af tvang, hvor målsætningen er operationaliseret ved monitorering af 15 indikatorer. Sundhedsstyrelsen udarbejder og offentliggør i samarbejde med Sundhedsdatastyrelsen halvårslige rapporter vedr. monitoreringen af tvang.

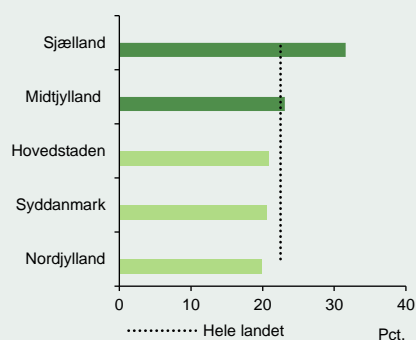
Monitorering af tvang indgår også i Nationale Mål for Sundhedsvæsenet.

Som led i den politiske aftale om nedbringelse af tvang offentliggøres halvårlig monitorering af området, med et gennemsnit over perioden 2011-2013 som baseline. Andelen af børn og unge, der berøres af en eller flere tvangsforanstaltninger ud af det samlede antal indlagte, er steget fra baseline til 2016, jf. figur 49. Det skal bemærkes, at data før 1. juni 2015 ikke inkluderer tilfælde af tvangslignende foranstaltninger med forældresamtykke (magtanvendelse). Andel voksne, der berøres af tvangsforanstaltninger, har ikke udviklet sig siden baseline (2011-2013).

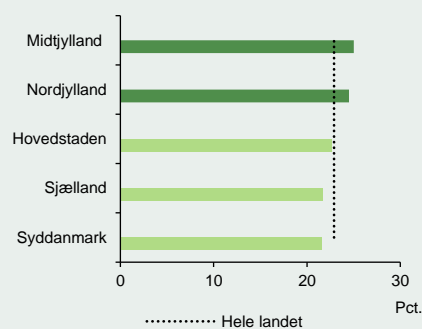
Figur 49
Andel patienter berørt af tvangsforanstaltninger



Børne- og ungdomspsykiatri fordelt på regioner, 2016



Voksenpsykiatri fordelt på regioner, 2016

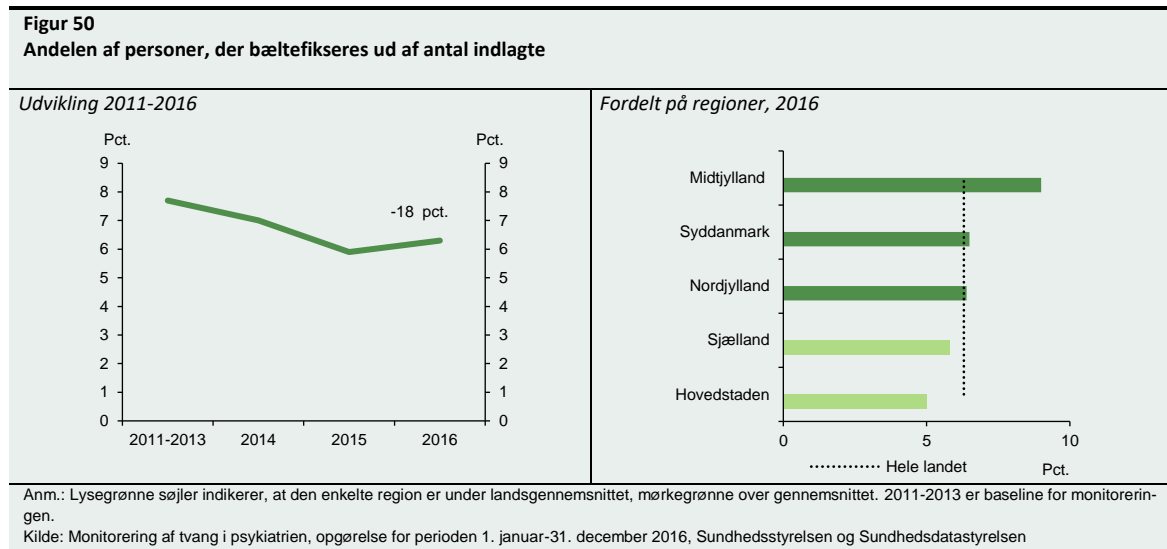


Anm.: Lysegrønne søjler indikerer, at den enkelte region er under landsgennemsnittet, mørkegrønne over gennemsnittet. 2011-2013 er baseline for monitoreringen. I opgørelsen af tvangsforanstaltninger inkluderes al tvang i forbindelse med indlæggelse, ophold og behandling på en psykiatrisk afdeling. Eksempelvis sidestilles bæltefiksering med skærmning i opgørelsen af denne indikator. Man bør derfor være varsom i fortolkningen af udviklingen i denne indikator. Databrud vedr. mindreårige: Før 1. juni 2015 inkluderes ikke tilfælde af tvangslignende foranstaltninger med forældresamtykke (magtanvendelse). Sådanne foranstaltninger iværksættes mod den mindreåriges vilje, men med informeret samtykke fra forældremyndighedens indehaver, er i den nye psykiatrilov fra 2015 lovpligtigt at registrere, mens dette ikke var tilfældet i den tidligere psykiatrilov.

Kilde: Monitorering af tvang i psykiatrien, opgørelse for perioden 1. januar-31. december 2016, Sundhedsstyrelsen og Sundhedsdatastyrelsen

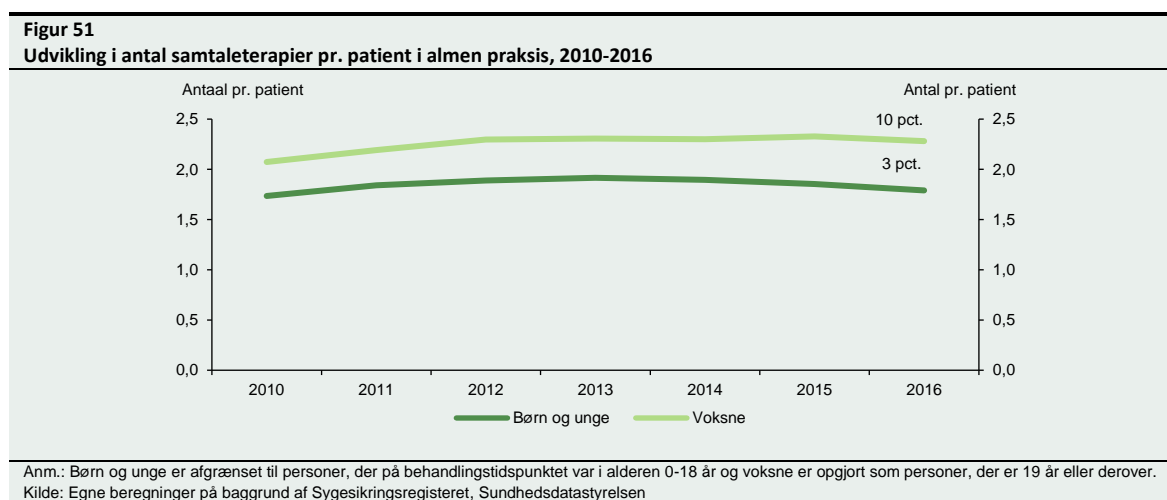
Der er generelt en betydelig geografisk forskel ift. brugen af tvang – særligt på børne- og ungeområdet. I Region Sjælland er knap en tredjedel af alle indlagte børn og unge berørt af en tvangsforanstaltning, mens det i Region Nordjylland, Syddanmark og Hovedstaden er ca. hver femte, *jf. figur 49 ovenfor*. På voksenområdet er andelen af patienter, der berøres af tvang størst i Region Midtjylland og Nordjylland. Således er en fjerdedel af indlagte voksne berørt af tvang i Region Midtjylland, mod godt en femtedel i Region Syddanmark.

Andel indlagte patienter, der bæltefikses er faldet med godt 18 pct. fra baseline til 2016. Der har dog været en mindre stigning fra 5,9 pct. i 2015 til 6,3 pct. i 2016, *jf. figur 50*.⁶ Der er imidlertid betydelig regional variation i anvendelsen af bæltefikseringer. Andel indlagte patienter, der bæltefikses, er højest i Region Midtjylland (ca. 9 pct.) og lavest i Region Hovedstaden (ca. 5 pct.).



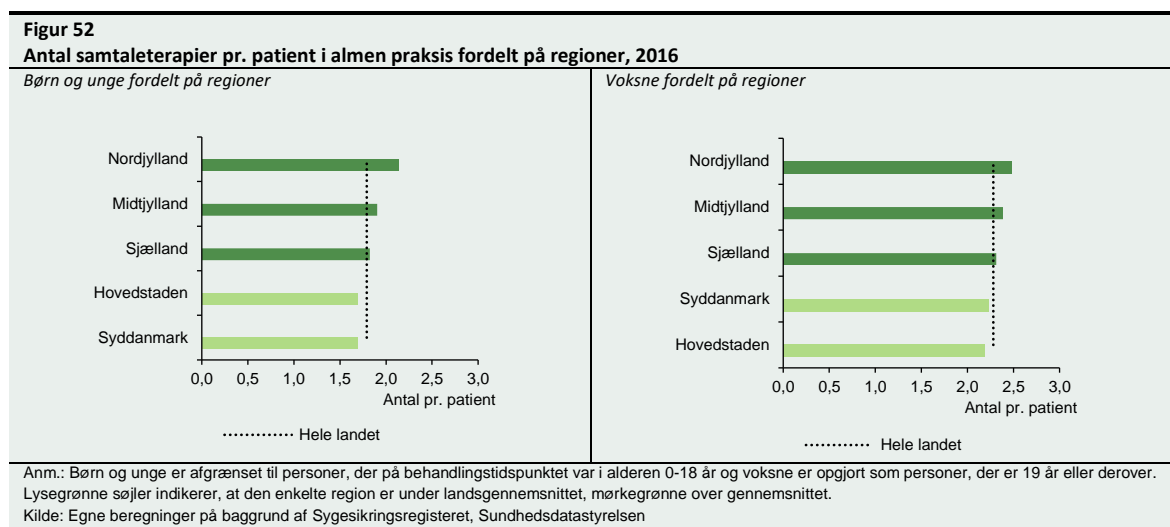
4.7 Aktivitet i praksissektoren

Den enkelte voksne modtager i gennemsnit lidt over 2 samtaleterapier i almen praksis over et år. Børn og unge modtager tilsvarende lidt under 2. Udviklingen i antallet af samtaleterapier pr. patient i almen praksis har været svagt stigende i perioden 2010-2016, *jf. figur 51*.

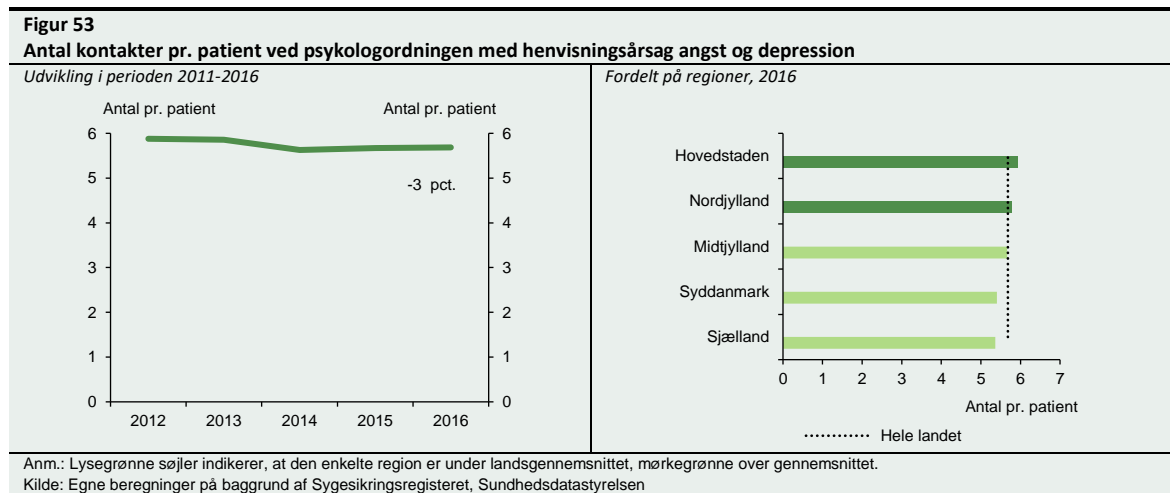


⁶ I vurderingen af resultater vedrørende andelen af personer, der bæltefikses ud af antal indlagte, bør det tages i betragtning, at regionernes indlæggelsestal varierer. For eksempel kan en stigning i antallet af indlæggelser medføre et fald i andelen af bæltefikseringer per indlagt person. De enkelte regioners indlæggelsestal har dog i 2016 ligget relativt stabilt sammenlignet med 2015 og baseline (dvs. 2011-2013), *jf. Monitorering af tvang i psykiatrien*.

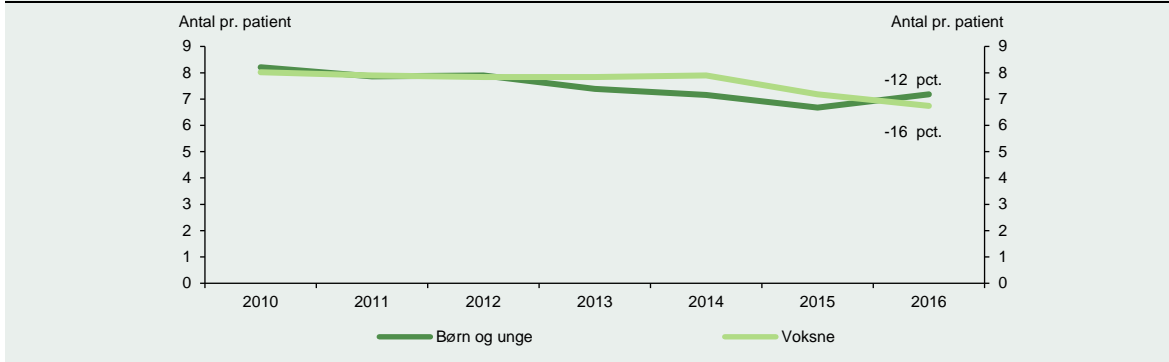
Der er ikke betydelige regionale forskelle i antallet af samtaler pr. patient. Den enkelte person modtager i gennemsnit lidt flere samtaler i Nordjylland, Midtjylland og Sjælland sammenlignet med de øvrige regioner, jf. figur 52. Det gælder både børn og voksne.



For patienter i psykologordningen med henvisningskriterierne angst og depression, er antallet af ydelser pr. patient nogenlunde konstant over perioden 2012 til 2016, med ca. 6 årlige kontakter pr. patient i gennemsnit, jf. figur 53. Det gennemsnitlige antal kontakter pr. patient er også relativt ligeligt fordelt på tværs af regioner.



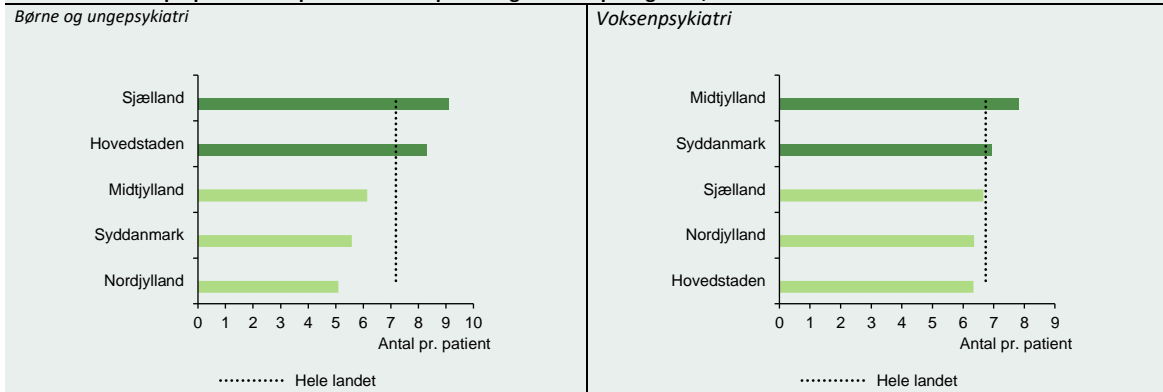
I dag har patienterne i gennemsnit lidt færre antal kontakter hos speciallægen end i 2010. Det gælder både praktiserende speciallæge i børnepsykiatri og voksenpsykiatri. Antal kontakter pr. patient i speciallægepraksis i børnepsykiatri er reduceret fra godt 8 til godt 7 kontakter over perioden 2010-16, svarende til en reduktion på 12 pct. jf. figur 54. Tilsvarende tendens gælder for voksne.

Figur 54**Udvikling i antal kontakter pr. patient hos praktiserende speciallæge i hhv. voksen- og børnepsykiatri, 2010-2016**

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Sygesikringsregisteret, Sundhedsdatastyrelsen

Der er generelt betydelige geografiske forskelle i antal kontakter pr. patient på tværs af praktiserende speciallæger i børnepsykiatri. Børn og unge, der er i behandling hos praktiserende psykiatere i Region Sjælland, har i gennemsnit godt 9 kontakter, mens det tilsvarende er godt 5 kontakter for børn og unge i Region Nordjylland, svarende til 45 pct. færre kontakter pr. patient, jf. figur 55. Antal kontakter pr. patient er også relativt højt for børn og unge i Region Hovedstaden.

Forskellene på tværs af regionerne er betydeligt mindre for voksne i speciallægepraksis. I Region Midtjylland har voksne knap 9 kontakter pr. patient, mens voksne i Region Hovedstaden har ca. 6 kontakter pr. patient.

Figur 55**Antal kontakter pr. patient hos praktiserende speciallæge fordelt på regioner, 2016**

Anm.: Lysegrønne søjler indikerer, at den enkelte region er under landsgennemsnittet, mørkegrønne over gennemsnittet.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Sygesikringsregisteret, Sundhedsdatastyrelsen

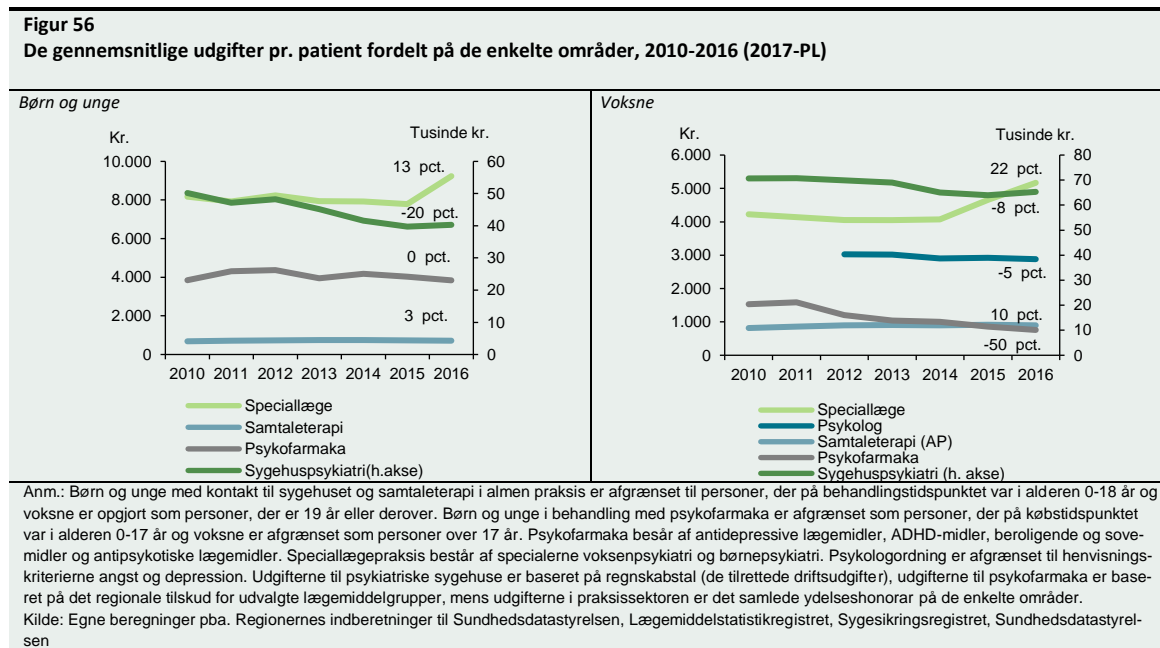
Det skal bemærkes, at det i dette afsnit er set på gennemsnitlige antal kontakter pr. patient i løbet af et enkelt kalenderår. Patienterne kan ofte have behandlingsforløb, der strækker sig over et kalenderår. I så fald er antallet af kontakter pr. patientforløb højere.

5. Offentlige udgifter til psykiatrien

I dette afsnit er der set på den geografiske forskel i den gennemsnitlige udgift pr. patient på tværs af de enkelte sektorer og behandlingsmåder. Der tages i analysen generelt forbehold for forskellige kilder og metoder til opgørelse af udgifterne både på tværs af delsektorer og inden for samme sektor på tværs af landets fem regioner.

Der er generelt betydelige forskelle i udgifterne forbundet med at behandle en enkelt patient på det psykiatriske område, alt efter om patienten behandles på det lavest specialiserede niveau (dvs. i almen praksis), eller på de psykiatriske (senge)afdelinger på sygehuse.

Gennemsnitlige offentlige udgifter til behandling af den enkelte patient er i klart højest for psykiatriske sygehuse, jf. figur 56. Mens den gennemsnitlige årlige udgift pr. voksen patient med kontakt til den regionale sygehuspsykiatri er ca. 65.000 kr., er den gennemsnitlige udgift pr. voksen patient med kontakt til praktiserende speciallæge ca. 5.000 kr., dvs. 13 gange billigere. Den gennemsnitlige udgift pr. patient henvist til psykologordningen, som følge af angst eller depression, er knap 3.000 kr., eller 22 gange lavere end udgiften på sygehuset. Den laveste udgift pr. patient er for voksne, der modtager samtaleterapi i almen praksis eller voksne, der bruger psykofarmaka (under 1.000 kr.). Det er over 80 gange billigere end en person med kontakt til en psykiatrisk afdeling.



På børne- og ungeområdet er forskellene på tværs af områderne mindre. Den gennemsnitlige udgift pr. patient med kontakt til en psykiatrisk sygehusafdeling er ca. 40.000 kr., mens den gennemsnitlige udgift pr. patient med kontakt til børnepsykiatrisk speciallægepraksis er ca. 9.000 kr., svarende til forskel på faktor 4. Den gennemsnitlige udgift til psykofarmaka er knap 4.000 kr. Det skyldes bl.a. mekanismerne i det regionale medicintilskudssystem, hvor det regionale tilskud for børn og unge er betydeligt højere end for voksne. Samtidig er hovedparten af psykofarmaka til børn og unge ADHD-medicin. Behandlingen med ADHD-medicin er generelt relativt dyrere end en række andre psykofarmaka, dels fordi prisen på medicinen er dyr, og

dels fordi behandlingen er langvarig. Endelig er den gennemsnitlige udgift pr. patient, der modtager samtaleterapi i almen praksis, knap 800 kr.

Over perioden 2010-16 er udviklingen i den gennemsnitlige udgift pr. patient generelt forskellig på tværs af de enkelte områder. Den gennemsnitlige udgift pr. patient i både voksen- og børne- og ungdomspsykiatrien er reduceret over perioden. Det kan bl.a. skyldes en omlægning fra stationær (dyrere) til ambulant (billigere) behandling over perioden. Omvendt er den gennemsnitlige udgift pr. patient steget i speciallægepraksis med godt 20 pct. for voksenpsykiatri og godt 10 pct. for børnepsykiatri over perioden 2010-16.

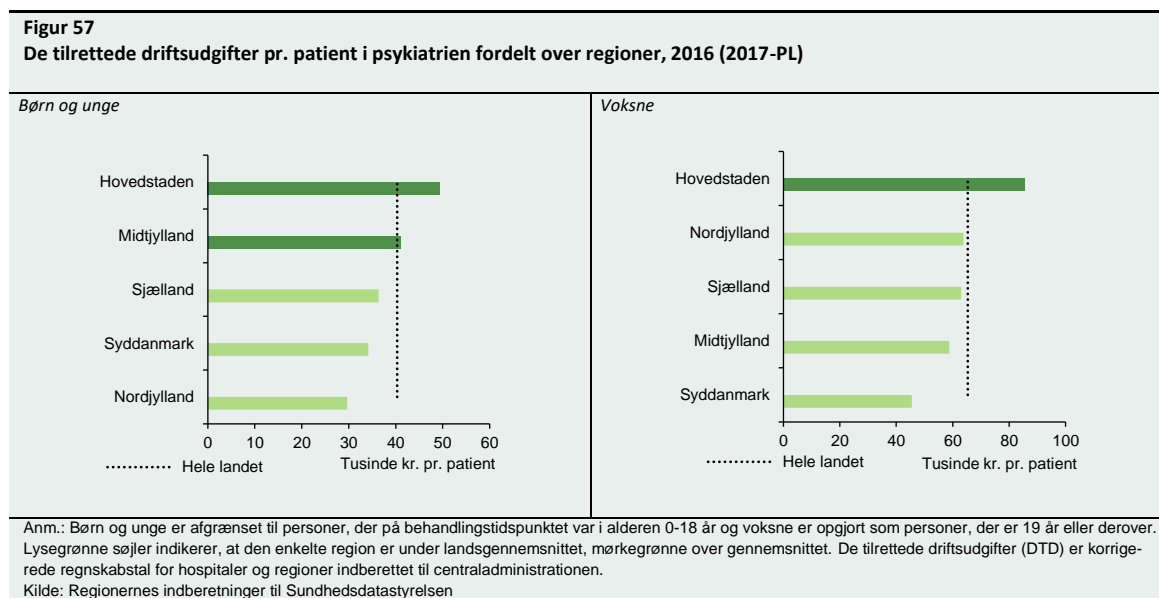
Den gennemsnitlige udgift pr. voksen med henvisning til psykologordningen for behandlingen af angst og depression er relativt konstant over perioden 2012-16. Den gennemsnitlige udgift til samtaleterapi i almen praksis er over perioden 2010-16 steget med 10 pct. for voksne, mens den er næsten uændret for børn og unge.

Den gennemsnitlige udgift til psykofarmaka er uændret for børn og unge, mens den er faldet for voksne med ca. 50 pct. Det skyldes hovedsageligt faldende priser på psykofarmaka, særligt for skizofrenilægemedler samt antidepressive lægemidler samt et generelt faldende antal brugere af lægemidlerne.

5.1 Udgift pr. patient til psykiatriske sygehuse

Sammenligning på tværs af regioner i de tilrettede driftsudgifter til psykiatriske sygehuse kan til en vis grad være påvirket af forskelle i organiseringen i de enkelte regioner herunder bl.a. ift. køkkener, vedligeholdelse mv. Med udgangspunkt i disse forbehold, er de tilrettede driftsudgifter pr. patient med kontakt til psykiatriske sygehuse højest i Region Hovedstaden – det gælder både for børn og unge og voksne. Udgiften pr. patient i børne- og ungdomspsykiatrien er i gennemsnit knap 50.000 kr. i Region Hovedstaden mod ca. 30.000 kr. i Region Nordjylland, svarende til en forskel på 67 pct. *jf. figur 57.*

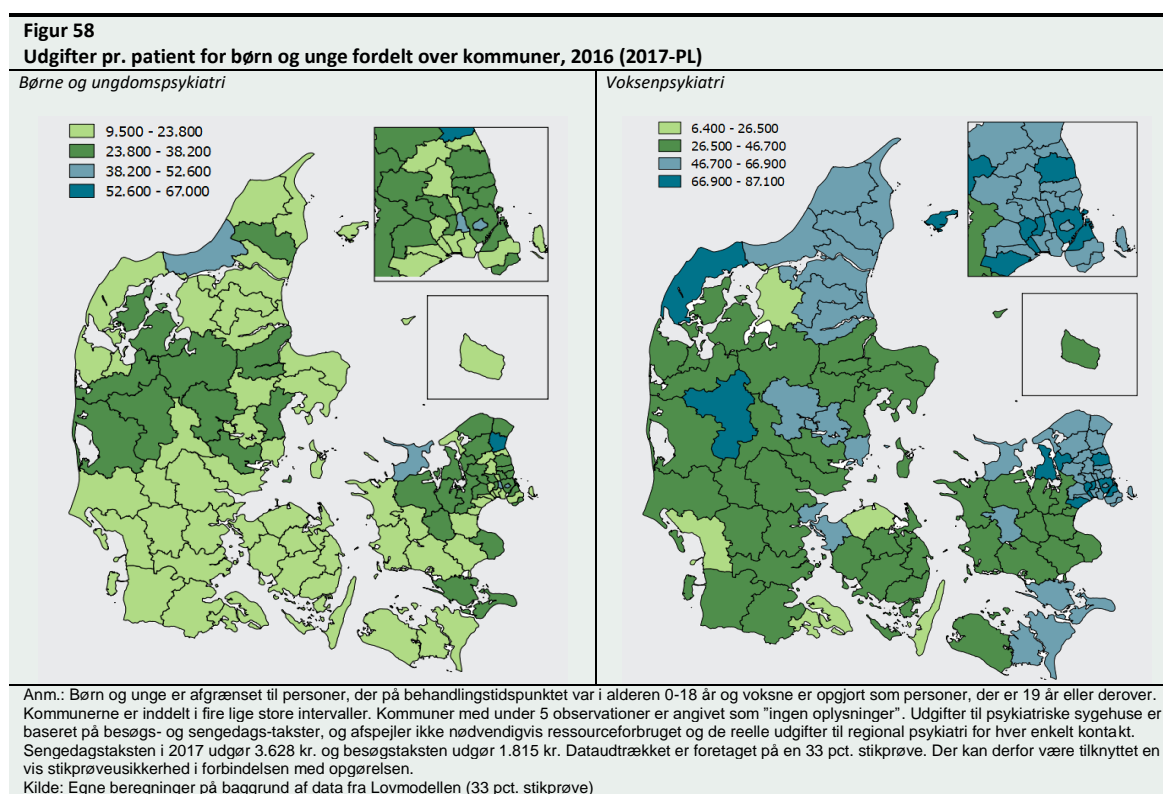
Udgiften pr. voksen patient er i gennemsnit ca. 85.000 kr. i Region Hovedstaden, hvilket er næsten dobbelt så meget som i Region Syddanmark.



Ved at anvende sengedagstaksten og besøgstaksten er det muligt at opgøre en skønsmæssig udgift på individniveau, baseret på patienternes aktivitet på sygehuset. Den skønsmæssige udgift er anvendt for opgørelser af udgifterne fordelt på patienternes bopælskommune. Det skal bemærkes, at selve udgiftsniveauet ikke afspejler de reelle udgifter. Mere om de forskellige udgiftsopgørelser kan læses i afsnit 7.

Udgiften pr. patient i børne- og ungdomspsykiatrien er højest for patienter med bopæl i Fredensborg Kommune (i gennemsnit ca. 67.000 kr. årligt), efterfulgt af Frederiksberg Kommune (i gennemsnit ca. 53.000 kr. årligt), jf. figur 58. Den laveste udgift pr. patient har børn og unge med bopæl i Langeland Kommune (ca. 9.000 kr.) og i Nordfyns Kommune (omkring 10.000 kr.). Forskellen i den gennemsnitlige udgift pr. patient er dermed mere end 7 gange højere for børn og unge fra Fredensborg Kommune sammenlignet med børn og unge fra Langeland Kommune. Det skal bemærkes, at hvis de gennemsnitlige udgifter opgøres på betalingskommunen frem for bopælskommunen ændres netop Fredensborg kommunes gennemsnitlige udgifter fra ca. 67.000 kr. til ca. 43.000 kr. Mere om dette i bilag, jf. afsnit 6.2.

Udgiften pr. voksen patient er højest for patienter, der bor i Viborg Kommune (i gennemsnit 87.000 kr. årligt) og Frederikssund Kommune (i gennemsnit omkring 84.000 kr. årligt). I den anden ende af skalaen er den gennemsnitlige udgift for voksne patienter med bopæl i ø-kommunerne Læsø, Fanø og Ærø Kommune mellem 7.000 kr. og 16.000 kr. Opgøres de gennemsnitlige udgifter på betalingskommune i stedet for ændres udgifterne for nogle af kommunerne, bl.a. kommuner der ligger i den ene eller den anden ende af skalaen.



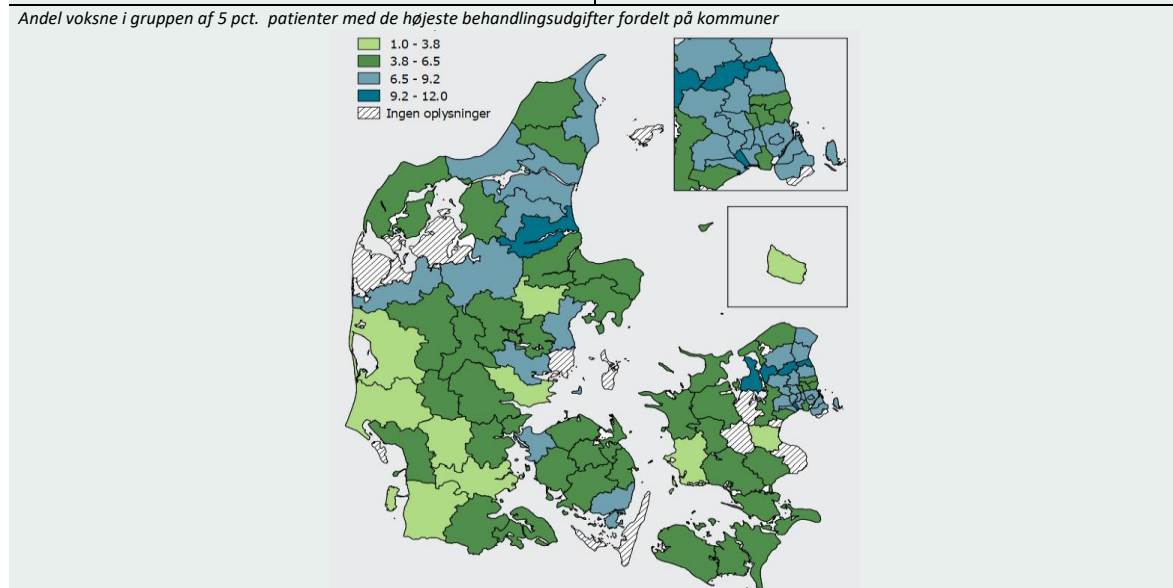
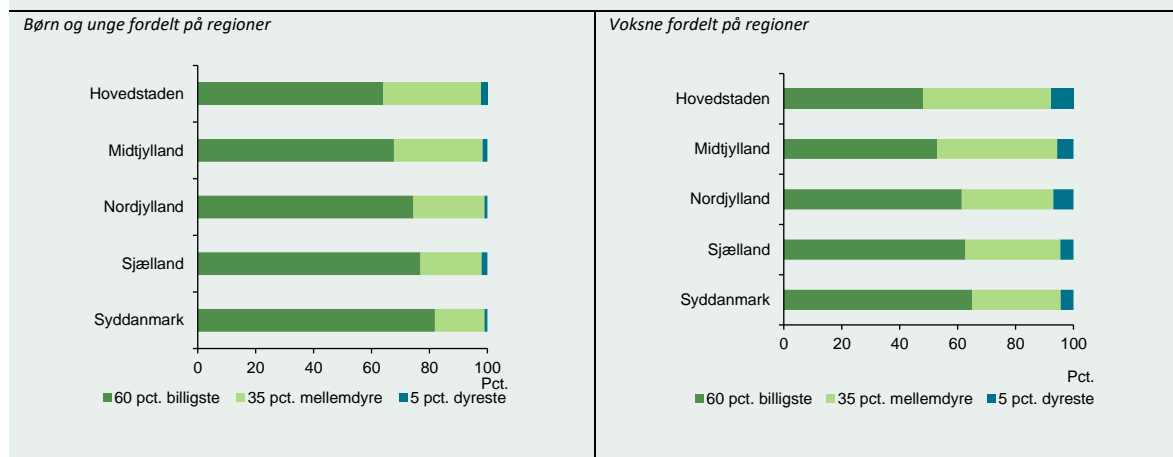
Patienterne med størst behandlingsbehov

Generelt står ganske få patienter for en relativ stor andel af de samlede behandlingsudgifter på de psykiatriske sygehuse. Med udgangspunkt i individfordelte udgifter, baseret på besøgs- og sengedagstakster, er det 5 pct. af patienterne, der står for ca. halvdelen af de samlede udgifter, 35 pct. står for ca. 40 pct. af udgifterne, mens ca. 60 pct. af patienterne står for de sidste 10 pct. af udgifterne, jf. Sundheds- og Ældreministeriet (2018).

På tværs af regionerne er andelen af de 5 pct. patienter med højeste behandlingsudgifter størst i Region Hovedstaden og lavest i Region Syddanmark, jf. figur 59. Over halvdelen af patienter i voksenpsykiatrien er enten i gruppen af de 5 pct. af patienter med største behandlingsudgifter eller i "mellemgruppen" i Region Hovedstaden, mens det tilsvarende er godt hver tredje i Region Syddanmark. Tilsvarende tendens gælder i børne- og ungdomspsykiatrien.

Op mod 10-12 pct. af alle voksne patienter, med bopæl i en række kommuner fra hovedstadsområdet, har de højeste behandlingsudgifter, under 4 pct. i en række kommuner på Sjælland og Sønderjylland. Børn og unge med højeste behandlingsudgifter er ikke fordelt på kommunerne pga. for få observationer i mange kommuner.

Figur 59
Andel patienter fordelt efter deres udgiftsmæssige tyngde på tværs af regioner, 2016



Anm.: Børn og unge er afgrænset til personer, der på behandlingstidspunktet var i alderen 0-18 år og voksne er opgjort som personer, der er 19 år eller derover. Lysegrønne søjler indikerer, at den enkelte region er under landsgennemsnittet, mørkegrønne over gennemsnittet. Kommunerne er inddelt i fire lige store intervaller. Kommuner med under 5 observationer er angivet som "ingen oplysninger". Udgifter til psykiatriske sygehuse er baseret på besøgs- og sengedags-takster, og afspejler ikke nødvendigvis ressourceforbruget og de reelle udgifter til regional psykiatri for hver enkelt kontakt. Sengedagstaksten i 2017 udgør 3.628 kr. og besøgstaksten udgør 1.815 kr. Dataudtrækket er foretaget på en 33 pct. stikprøve. Der kan derfor være tilknyttet en vis stikprøveusikkerhed i forbindelsen med opgørelsen.
 Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Lovmodellen (33 pct. stikprøve)

Regionale forskelle i udgifterne til behandling af patienter inden for samme diagnose

Forskelle i udgifterne på tværs af regioner og kommuner kan skyldes nogle af de faktorer, der er gennemgået i analysen, herunder forskelle i patientsammensætningen, men også forskelle i den behandling og service, der ydes på sygehuse. Når der ses på en patientpopulation inden for samme diagnosekategori, er der fortsat betydelige regionale forskelle i de gennemsnitlige udgifter.

Baseret på sengedags- og besøgstaksterne fylder behandlingen af patienter med ADHD, autisme, angst, spiseforstyrrelse og skizofreni mere end 80 pct. af sygehusenes samlede udgifter på børne- og ungeområdet. Behandling af patienter med ADHD mv. fylder mest på sygehuse som følge af en stor patientvolumen,

hvor den gennemsnitlige udgift pr. patient er i den lave ende. Målt i samlede udgiftstræk i børne- og unge-psykiatrien fylder diagnoserne spiseforstyrrelse mv. og skizofreni mv. under 20 pct. af det samlede forbrug, men behandlingen af den enkelte patient er i gennemsnit i den relativt høje ende.

Forskellen i den gennemsnitlige udgift til behandling af ADHD-patienter er knap 70 pct. mellem Region Midtjylland og Region Sjælland, *jf. tabel 1*. Udgifterne til behandlingen af børn og unge med skizofreni mv. er i gennemsnittet mere end dobbelt så høje i Region Sjælland sammenlignet med Region Nordjylland.

Tabel 1
Gennemsnitlige udgifter pr. patient i børne- og ungepsykiatrien for 5 diagnosegrupper med højeste udgifter fordelt efter regioner, 2016

Diagnosegrupper fordelt efter den faktiske udgiftsstørrelse	Hovedstaden	Sjælland	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland	Hele landet	Pct. Forskel mellem højeste og laveste region
1 ADHD mv.	17.000	12.000	13.000	20.000	13.000	15.000	67
2 Autisme, asberger	32.000	16.000	17.000	22.000	20.000	23.000	100
3 Angst mv.	17.000	16.000	12.000	16.000	18.000	16.000	50
4 Spiseforstyrrelse mv.	70.000	75.000	84.000	90.000	79.000	79.000	29
5 Skizofreni mv.	81.000	107.000	91.000	86.000	46.000	89.000	133

Anm.: Børn og unge er afgrænset til personer, der på behandlingstidspunktet var i alderen 0-18 år og voksne er opgjort som personer, der er 19 år eller derover. Udgifter til psykiatriske sygehuse er baseret på besøgs- og sengedags-takster, og afspejler ikke nødvendigvis ressourceforbruget og de reelle udgifter til regional psykiatri for hver enkelt kontakt. Sengedagstaksten i 2017 udgør 3.628 kr. og besøgstaksten udgør 1.815 kr. Dataudtrækket er foretaget på en 33 pct. stikprøve. Der kan derfor være tilknyttet en vis stikprøveusikkerhed i forbindelsen med opgørelsen.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Lovmodellen (33 pct. stikprøve)

Der forekommer også regionale forskelle i den gennemsnitlige udgift pr. patient inden for de fem største diagnosegrupper i voksenpsykiatrien. Skizofreni mv., depression mv., angst mv., personlighedsforstyrrelse mv. og øvrige diagnoser står for næsten 80 pct. af det samlede forbrug i voksenpsykiatrien.

Behandlingen af patienter med skizofreni mv. fylder mest på sygehusene, og den gennemsnitlige udgift til behandling af den enkelte patient er samtidig relativt høj. Med ca. 114.000 kr. er de gennemsnitlige udgifter pr. patient højest i Region Hovedstaden mod ca. 81.000 kr. i Region Sjælland, svarende til en forskel på ca. 40 pct., *jf. tabel 2*. Den gennemsnitlige udgift til behandling af patienter med depression mv. er også højest i Region Hovedstaden, mens behandlingen af patienter med angst mv., personlighedsforstyrrelse mv. og øvrige diagnoser er højest i Region Midtjylland.

Tabel 2
Gennemsnitlige udgifter pr. patient i voksenpsykiatrien for 5 diagnosegrupper med højeste udgifter fordelt efter regioner, 2016, (2017 PL)

Diagnosegrupper fordelt efter den faktiske udgiftsstørrelse	Hovedstaden	Sjælland	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland	Hele landet	Pct. Forskel mellem højeste og laveste region
1 Skizofreni mv.	114.000	81.000	87.000	113.000	104.000	102.000	41
2 Depression mv.	59.000	48.000	40.000	52.000	53.000	51.000	48
3 Angst mv.	23.000	17.000	20.000	25.000	24.000	22.000	47
4 Personlighedsforstyrrelse	67.000	40.000	55.000	91.000	59.000	66.000	128
5 Øvrige diagnoser	8.000	23.000	12.000	20.000	30.000	17.000	275

Anm.: Børn og unge er afgrænset til personer, der på behandlingstidspunktet var i alderen 0-18 år og voksne er opgjort som personer, der er 19 år eller derover. Udgifter til psykiatriske sygehuse er baseret på besøgs- og sengedags-takster, og afspejler ikke nødvendigvis ressourceforbruget og de reelle udgifter til regional psykiatri for hver enkelt kontakt. Sengedagstaksten i 2017 udgør 3.628 kr. og besøgstaksten udgør 1.815 kr. Dataudtrækket er foretaget på en 33 pct. stikprøve. Der kan derfor være tilknyttet en vis stikprøveusikkerhed i forbindelsen med opgørelsen.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Lovmodellen (33 pct. stikprøve)

Disse variationer kan være et udtryk for forskelle i behandlingstilbud, herunder tilrettelæggelsen af behandlingen på tværs af regionerne, men kan også skyldes, at patienternes sygdom inden for samme diagnosegruppe er af forskellig sværhedsgrad på tværs af regionerne. Ovenstående resultater skal derfor tolkes med vis forbehold.

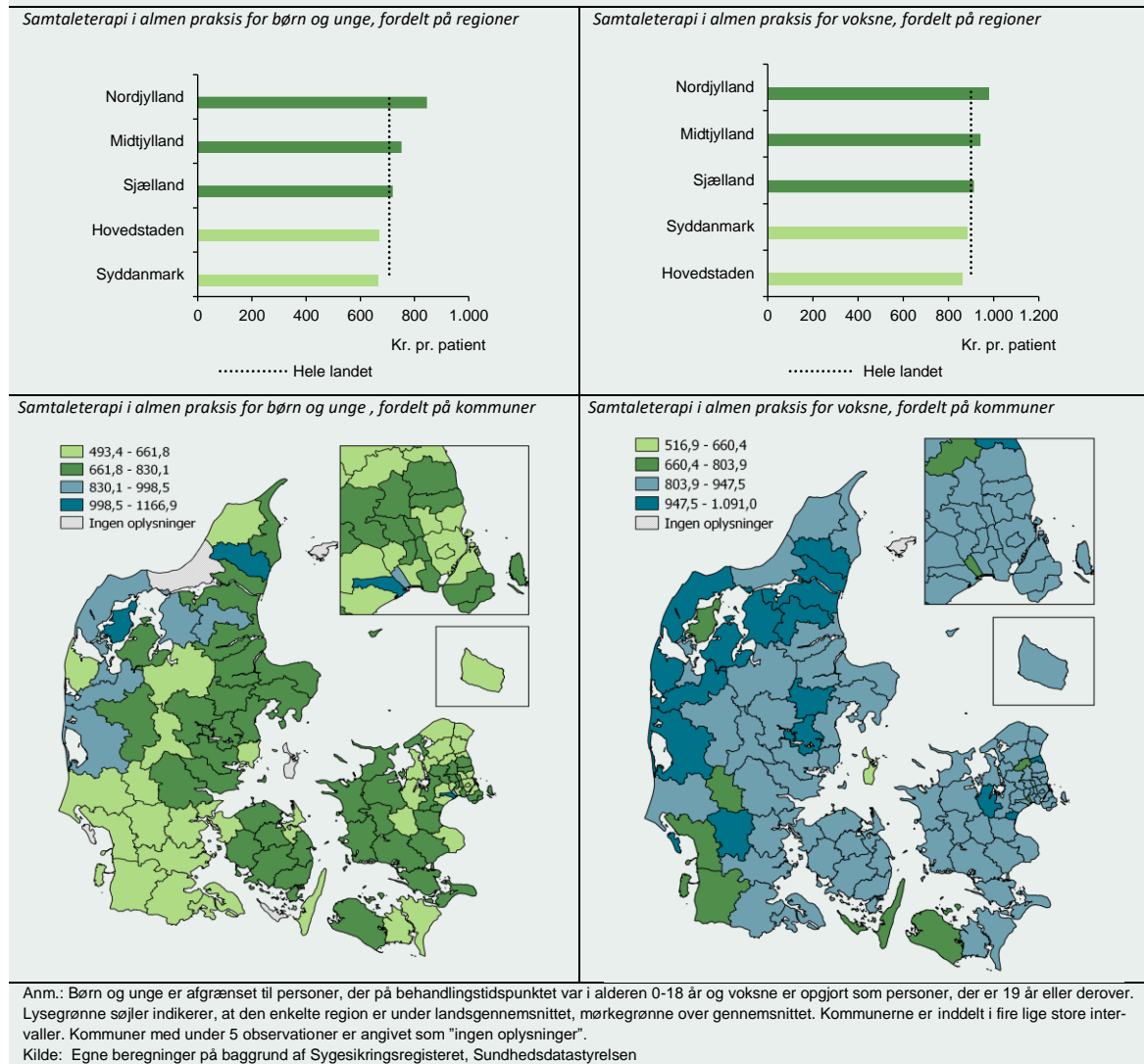
5.2 Udgift pr. patient i praksissektoren

Udgifter til samtaleterapi i almen praksis

Den gennemsnitlige udgift pr. patient, der har modtaget ydelsen samtaleterapi i almen praksis, er relativt ligeligt fordelt på tværs af regioner, jf. figur 60. Det gælder særligt voksne, der modtager ydelsen. Udgiften er i gennemsnit lidt højere i Region Nordjylland, Midtjylland og Sjælland sammenlignet med de øvrige to regioner.

Figur 60

Den gennemsnitlige udgift pr. patient med samtaleterapi i almen praksis fordelt på regioner og kommuner, 2016

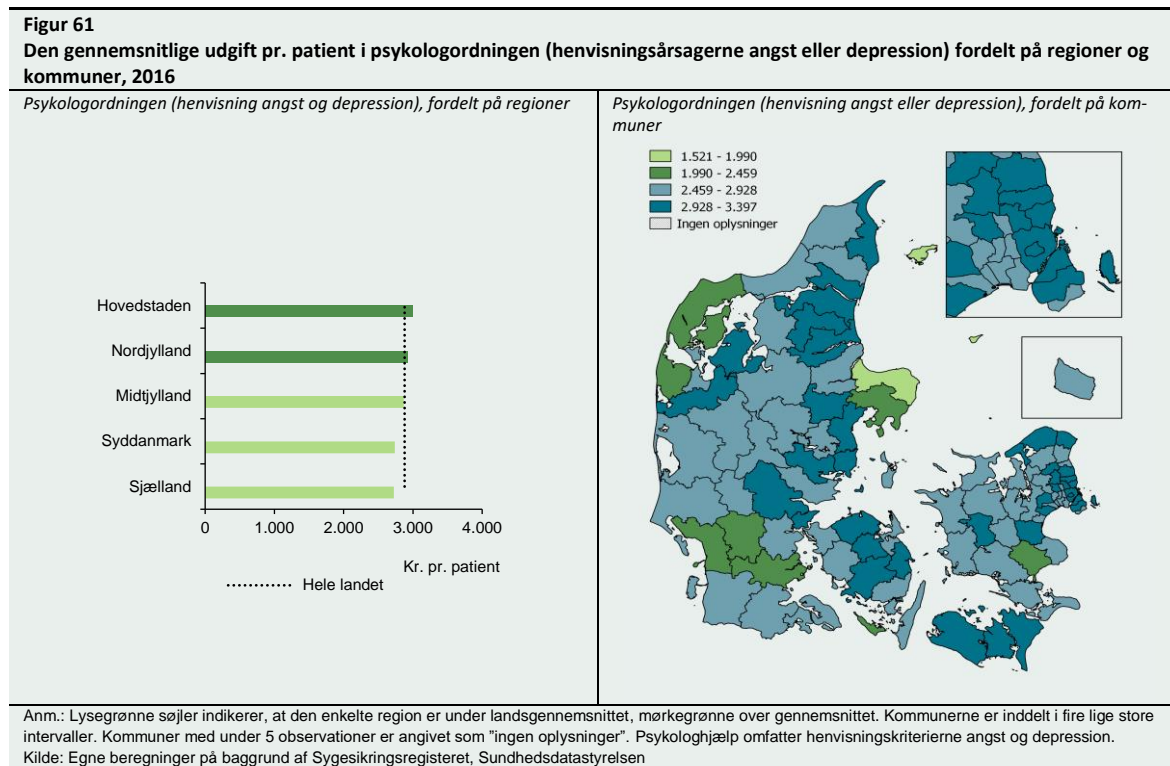


Den gennemsnitlige udgift pr. voksen patient er generelt højere i en række vestjyske og nordjyske kommuner som fx Rebild, Fanø, Thisted, Lemvig og Vesthimmerlands Kommune (ca. 1000 kr. pr. patient), mens den er lavere i fx Tønder, Vallensbæk, Langeland og en række andre kommuner (ca. 800 kr. pr. patient). For børn og unge er udgiften lavest i en række nordsjællandske kommuner samt i Sønderjylland og højest i enkelte kommuner i Nordvestjylland.

Udgifter til psykologordningen (angst og depression)

Der er tilsvarende kun en mindre geografisk variation i den gennemsnitlige udgift pr. patient til psykologordningen for patienter, der er henvist til behandling for angst og depression. Den gennemsnitlige udgift er i gennemsnit 10 pct. højere for patienterne i Region Hovedstaden sammenlignet med patienterne i Region

Sjælland, jf. figur 61. Den gennemsnitlige udgift pr. patient er højest for personer fra Tårnby Kommune (ca. 3.400 kr.) og lavest for personer fra Norddurs og Læsø Kommune (under 2.000 kr.).



Udgifter til speciallægepraksis i psykiatri og børnepsykiatri

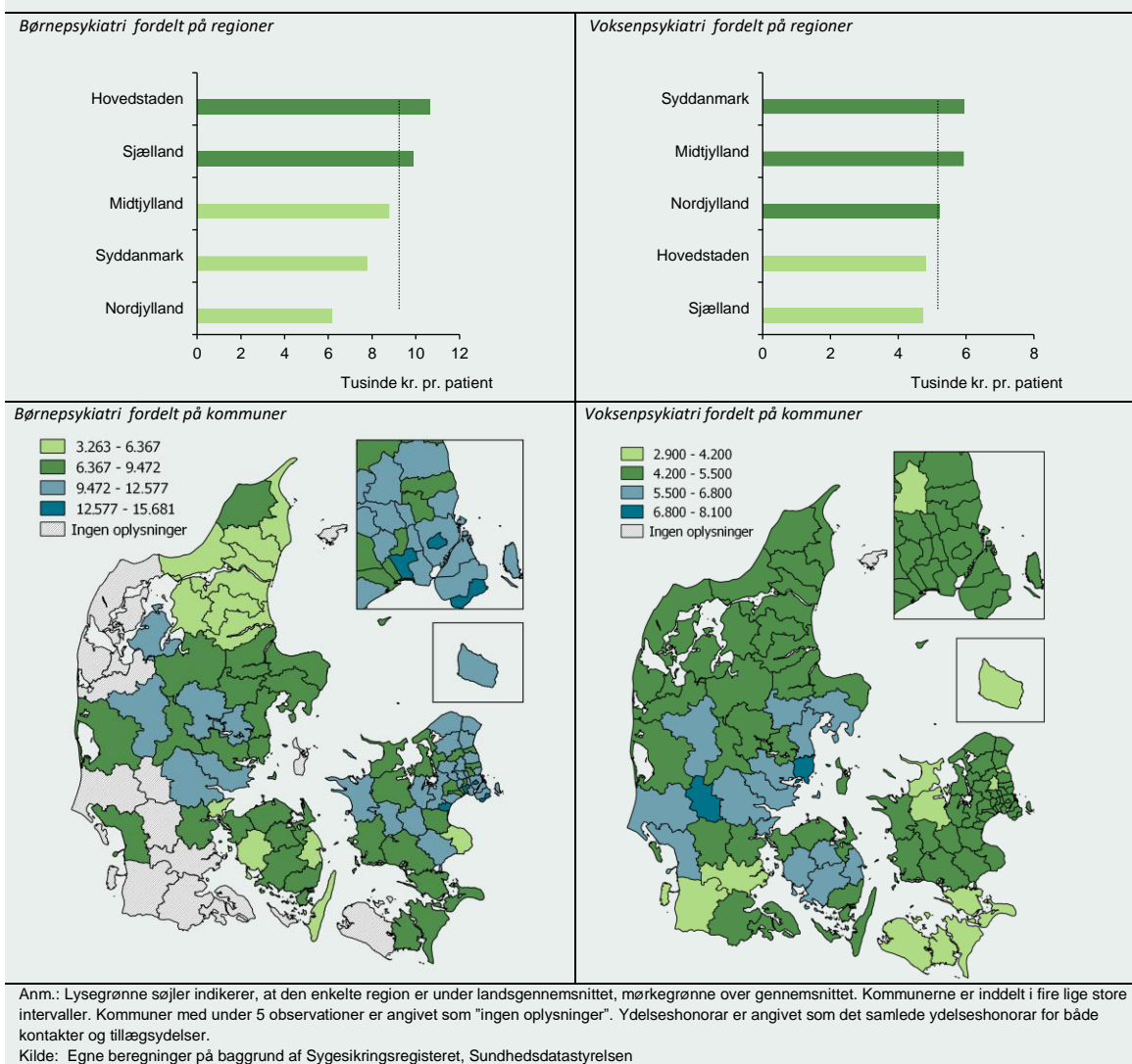
Set på den gennemsnitlige udgift pr. patient er der en variation på tværs af regioner for børn og unge, der behandles i speciallægepraksis. Her er udgiften pr. patient næsten dobbelt så høj for patienter med bopæl i Region Hovedstaden og Sjælland (ca. 10-11.000 kr.) sammenlignet med udgiften for patienter i Region Nordjylland (ca. 6.200 kr.), jf. figur 62.

I en række kommuner, særligt i Vestjylland, har børn og unge slet ikke kontakt til en speciallæge i børnepsykiatrien. Det skyldes bl.a. regionale forskelle i udbuddet af speciallægepraksis og organiseringen af behandlingen af psykiatriske patienter. Den gennemsnitlige udgift er relativ lav i fx Vesthimmerland Kommune (ca. 3.300 kr.) og Fredericia Kommune, (ca. 4.000 kr.). Den gennemsnitlige udgift pr. patient er 4-5 gange højere for børn og unge fra Dragør Kommune (ca. 15.700 kr.) og Solrød Kommune (ca. 14.800 kr.).

På voksenområdet er variationerne i den gennemsnitlige udgift pr. patient i speciallægepraksis mindre på tværs af regioner og kommuner. Den gennemsnitlige udgift pr. patient er højest for patienter fra Region Syddanmark og Midtjylland og lavest for patienter fra Region Hovedstaden og Sjælland. Fordelt på kommuner er udgiften godt 8.000 kr. i Billund Kommune og knap 7.000 i Varde Kommune mod ca. 3.000 kr. i Haderslev, Tønder og Bornholm Kommune.

Figur 62

Den gennemsnitlige udgift pr. patient med kontakt til speciallægepraksis fordelt på kommuner og regioner, 2016



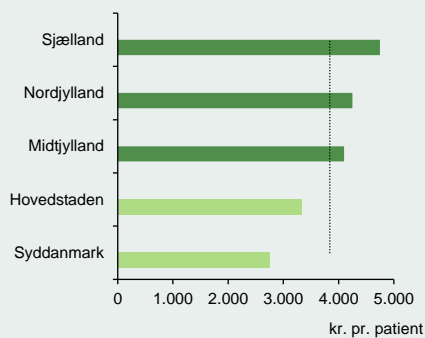
5.3 Udgift pr. patient til psykofarmaka

Der er betydelige geografiske variationer i den gennemsnitlige udgift pr. patient, der er i behandling med psykofarmaka. Således er de regionale tilskudsudgifter pr. person under 18 år ca. 4.700 kr. i Region Sjælland mod ca. 2.700 kr. i Region Syddanmark, svarende til en forskel på over 70 pct., jf. figur 63.

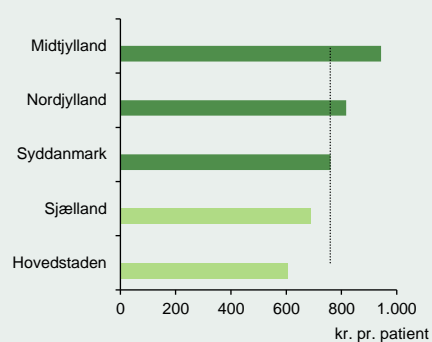
Udgiften pr. patient er særlig høj i en række sjællandske kommuner som Stevns, Sorø og Roskilde Kommune, hvor den er op mod 4 gange så høj som i en række kommuner på Fyn som Kerteminde, Odense og Middelfart Kommune. Tilsvarende er den gennemsnitlige udgift for behandlingen af voksne over 50 pct. højere i Region Midtjylland sammenlignet med Region Hovedstaden. Generelt er udgiften højere i Jylland, på Vestsjælland samt Østfyn end i resten af landet.

Figur 63
Den gennemsnitlige udgift pr. patient i behandling med psykofarmaka fordelt på kommuner og regioner, 2016

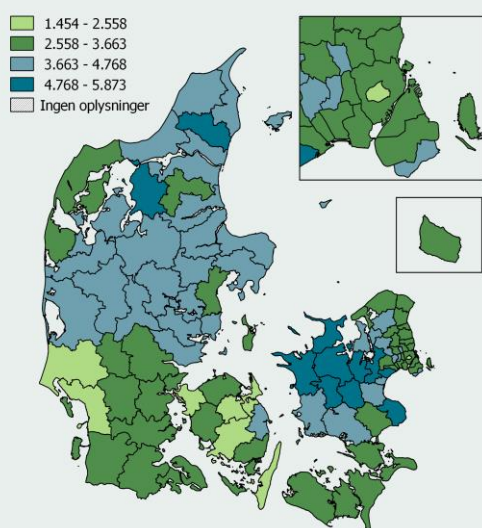
Børn og unge fordelt på regioner



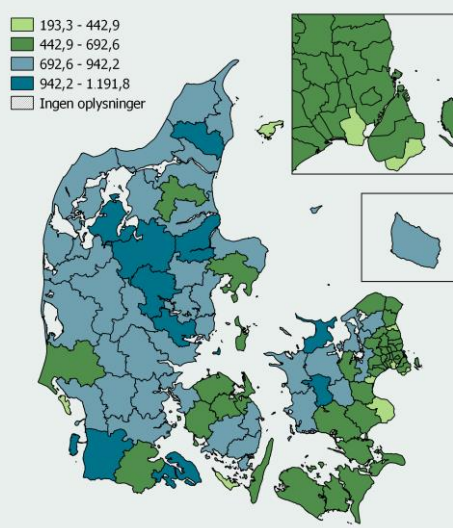
Voksne fordelt på regioner



Børn og unge fordelt på kommuner



Voksne fordelt på kommuner



Anm.: Børn og unge er afgrænset som personer, der på købstidspunktet var i alderen 0-17 år og voksne er afgrænset som personer over 17 år. Lysegrønne søjler indikerer, at den enkelte region er under landsgennemsnittet, mørkegrønne over gennemsnittet. Kommunerne er inddelt i fire lige store intervaller. Kommuner med under 5 observationer er angivet som "ingen oplysninger". Opgørelsen dækker over regionale tilskudsudgifter over det personhenførbare salg i primærsektoren til enkeltpersoner.

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Lægemiddelstatistikregisteret (opdateret til 2016).

6. Bilag

6.1 Nøgletaloversigt fordelt på regioner

I tabel B1 fremgår en række nøgletal vedr. børn og unge.

Tabel B1							
Nøgletaloversigt for psykiatrisk behandling for børn og unge fordelt på regioner, 2016							
		Nordjyl-land	Midtjyl-land	Syd-danmark	Hoved-staden	Sjælland	Hele landet
Patient-frekvens (Patienter pr. 1.000 indb.)	Sygehuse	21,2	27,4	30,5	24,4	33,4	27,2
	- Indlæggelser	1,2	1,2	1,4	1,5	1,7	1,4
	- Ambulante besøg	21,2	27,3	30,4	24,3	33,3	27,1
	Patienttyngde (pct. med spisefors. og skizofreni)	7,0	5,3	3,7	7,9	7,4	6,2
	Speciallæger (prakt. psykiatikere)	0,7	0,6	0,6	0,8	0,6	0,7
	Samtaletterapi (prakt. læger)	0,6	1,6	1,5	1,2	1,1	1,3
	Psykofarmaka	25,9	25,0	16,6	17,4	25,7	20,9
Ressource-forbrug	Sygehuse (Personale/ pr. 1.000 indb.)	0,7	1,4	1,2	1,4	1,2	1,2
	Sygehuse (Ydelser pr. læge el. psykolog)	336	205	339	267	369	279
	Sygehuse (Ydelser pr. resterende personale)	279	153	159	185	207	179
	Sengepladser pr. 1000 indb.	0,10	0,18	0,18	0,21	0,24	0,19
	Speciallæger (prakt. pr. 1.000 indb.)	0,01	0,01	0,01	0,02	0,02	0,01
	Samtaletterapi (prakt. Læger pr. 1.000 indb.)	0,20	0,28	0,27	0,34	0,28	0,29
Aktivitet	Indlæggelser, pr. patient	1,6	1,7	1,9	1,6	1,5	1,7
	Genindlæggelser, pct.	15,4	26,9	31,5	20,0	17,4	23,4
	Liggetid (gns.), antal dage	25,3	24,4	16,8	27,1	28,3	24,1
	Færdigbehandlingsdage pr. 1.000 indb.	0,1	1,0	0,1	0,9	1,3	0,7
	Ambulante besøg pr. patient	5,4	5,1	5,4	6,8	5,4	5,7
	Ventetid, gns. antal dage	54,0	16,0	20,0	22,0	21,0	22,0
	Udredningstid (gns.), dage	98,0	18,0	31,0	51,0	24,0	33,0
	Andel båret af tvang	19,9	23,1	20,6	20,8	31,6	22,5
	Speciallæger (prakt. psykiatikere) pr. patient	5,1	6,1	5,6	8,3	9,1	7,2
	Samtaletterapi (prakt. læger) pr. patient	2,1	1,9	1,7	1,7	1,8	1,8
Offentlig udgift (pr. patient)	Sygehuse	29.700	41.100	34.100	49.400	36.400	40.300
	Speciallæger (prakt. psykiatikere)	6.100	8.900	8.000	10.800	9.500	9.200
	Samtaletterapi (prakt. læger)	800	800	700	700	700	700
	Psykofarmaka	4.300	4.100	2.800	3.300	4.700	3.800

Anm.: Afgrænsninger, metoder og kilder for de enkelte parametre følger analysens øvrige opgørelser.
Kilde: Egne beregninger pba. en lang række kilder.

I tabel B2 fremgår en række nøgletal vedr. voksne.

Tabel 2							
Nøgletaloversigt for psykiatrisk behandling for voksne fordelt på regioner, 2016							
		Nord- jylland	Midt- jylland	Syd- danmark	Hoved- staden	Sjælland	Hele landet
Patient- frekvens (Patienter pr. 1.000 indb.)	Sygehuse	22,3	24,1	31,8	25,7	24,8	25,9
	- Indlæggelser	3,9	4,3	5,4	6,1	4,9	5,1
	- Ambulante besøg	22,0	23,6	31,4	25,5	24,6	25,6
	Patienttyngde (pct. spisefors. og skizofreni)	18,4	16,8	18,2	30,6	22,2	22,3
	Psykologer	9,4	8,1	8,7	7,5	7,6	8,0
	Speciallæger (prakt. psykiatikere)	4,7	5,6	5,4	13,7	10,6	8,7
	Samtaleterapi (prakt. læger)	9,2	24,3	25,4	23,1	18,3	21,7
	Psykofarmaka	146,0	155,3	158,9	132,3	154,5	147,0
Ressourcefor- brug	Sygehuse (Personale/ pr. 1.000 indb.)	1,7	1,7	1,8	2,4	1,6	1,9
	Sygehuse (Ydelser pr. læge el. psykolog)	651	646	902	672	826	721
	Sygehuse (Ydelser pr. resterende personale)	176	187	193	181	188	185
	Sengepladser pr. 1000 indb.	0,5	0,5	0,6	0,5	0,8	0,6
	Psykologer (prakt. pr. 1.000 indb.)	0,20	0,20	0,19	0,18	0,19	0,19
	Speciallæger (prakt. prakt. pr. 1.000 indb.)	0,02	0,02	0,02	0,04	0,03	0,03
	Samtaleterapi (prakt. Læger pr. 1.000 indb.)	0,20	0,28	0,27	0,34	0,28	0,29
Aktivitet	Indlæggelser, pr. patient	1,6	2,0	1,8	1,9	1,8	1,9
	Genindlæggelser, pct.	15,8	26,8	22,2	24,8	25,1	24,1
	Liggetid (gns.), antal dage	26,0	18,0	18,1	19,6	19,7	19,4
	Færdigbehandlingsdage pr. 1.000 indb.	5,2	3,3	1,6	8,7	5,3	5,1
	Ambulante besøg pr. patient	8,7	9,8	8,4	11,3	7,9	9,6
	Ventetid, gns. antal dage	28,0	24,0	20,0	18,0	22,0	21,0
	Udredningstid (gns.), dage	34,0	17,0	27,0	20,0	45,0	27,0
	Andel bært af tvang	24,5	25,0	21,6	22,7	21,7	22,9
	Psykologhjælp pr. patient	5,8	5,7	5,4	5,9	5,4	5,7
	Speciallæger (prakt. psykiatikere) pr. patient	6,4	7,8	6,9	6,3	6,7	6,7
	Samtaleterapi (prakt. læger) pr. patient	2,5	2,4	2,2	2,2	2,3	2,3
Offentlig udgift (pr. patient)	Sygehuse	63.800	58.800	45.500	85.400	63.000	65.300
	Psykologer	2.900	2.900	2.700	3.000	2.700	2.900
	Speciallæger (prakt. psykiatikere)	5.100	6.000	5.900	4.800	4.800	5.200
	Samtaleterapi (prakt. læger)	1.000	900	900	900	900	900
	Psykofarmaka	800	900	800	600	700	800

Anm.: Afgrænsninger, metoder og kilder for de enkelte parametre følger analysens øvrige opgørelser.
Kilde: Egne beregninger pba. en lang række kilder.

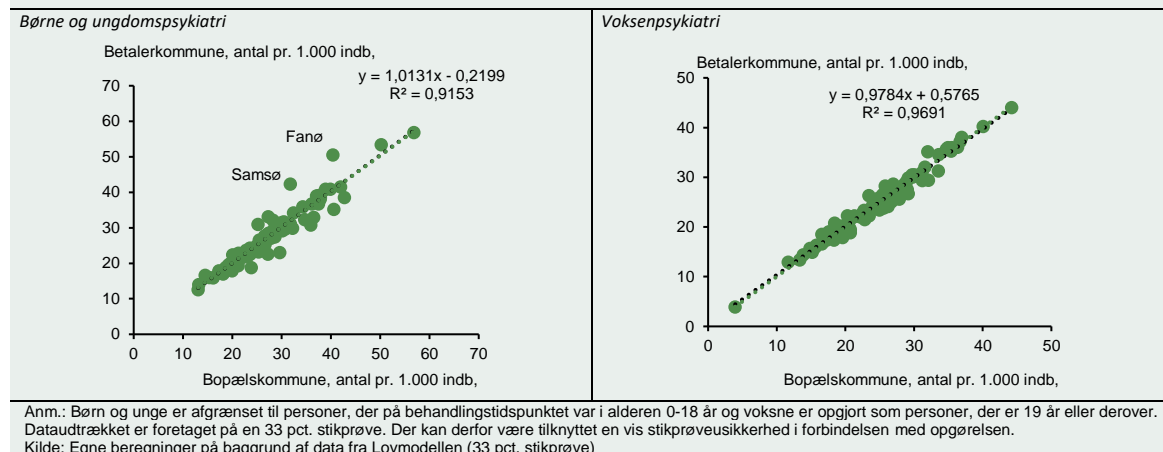
6.2 Forskel mellem betalings- og bopælskommune

For de fleste patienter er bopælskommunen også den kommune, som er betalingsansvarlig for patienten ifm. kommunal medfinansiering. Betalingskommunen kan dog for nogle patienter variere fra bopælskommunen, fx for borgere der er anbragt på en institution i en anden kommune. Her er kommunen, der har visiteret borgeren til en institution i en anden kommune, betalingskommunen, mens kommunen, hvori institutionen ligger, er bopælskommunen.

Fordeling af patienterne på bopælskommunen kan sige noget om den faktiske aktivitet i sundhedssektoren i den geografiske nærområde ift. den pågældende kommune. Hvis patientfrekvensen er særlig høj i en kommune, kan der forventes større aktivitet i almen praksis, speciallægepraksis og psykiatriske sygehuse i nærområdet. Omvendt belyser fordeling af patienterne på betalingskommunen kommunernes reelle udgiftsniveau ifm. kommunal medfinansiering.

I denne analyse er det valgt at opgøre patienterne på betalingskommune. Set på patientfrekvensen, målt ved antal patienter med kontakt til psykiatrisk sygehus pr. 1.000 indbyggere, er det ikke så afgørende, om der anvendes patienternes bopælskommune eller betalingskommune. På børne- og ungeområdet er frekvensen højere for fx Fanø og Samsø kommune, hvis man opgør frekvensen på betaler kommunen frem for bopælskommunen med hhv. 25 og 33 pct., jf. figur B1. Det betyder, at der er patienter, som kommunerne er betalingsansvarlige for, men som ikke har bopæl i kommunen. Forskelle i anvendelsen af hhv. betalingskommune og bopælskommune er mindre på voksenområdet end på børneområdet.

Figur B1
Patientfrekvensen i sygehuspsykiatrien fordelt på hhv. bopælskommune og betalerkommune, 2016



Anvendelsen af hhv. betalingskommune og bopælskommune har en større betydning, når der ses på de gennemsnitlige udgifter pr. patient. Enkelte kommuner har en relativt lav gennemsnitlig udgift pr. patient, hvis kommunen opgøres som bopælskommunen, mens udgiften bliver betydeligt højere, når kommunen opgøres som betalingskommunen. Og det omvendte kan være tilfældet for andre kommuner.

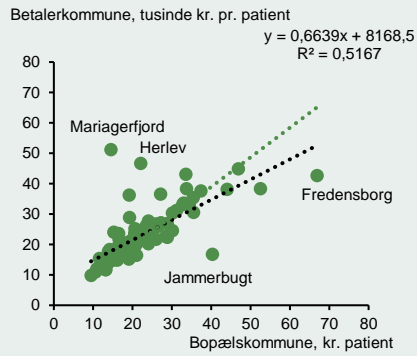
De største forskelle er der for Mariagerfjord og Herlev Kommune på børneområdet. I Mariagerfjord Kommune udgør den gennemsnitlige udgift pr. patient er under 15.000 kr., opgjort på patienternes bopælskommune, men hvor udgiften bliver over 50.000 kr. når disse fordeles på patienternes betalingskommune, jf. figur B2.

Tilsvarende for voksne er der også enkelte kommuner, for hvilke det har en stor betydning, om patienterne fordeles betalingskommune eller bopælskommune. En af disse er Lemvig Kommune med en gennemsnitlig udgift på ca. 41.000 kr., når udgiften fordeles på patienternes bopælskommune, mens den bliver ca. 71.000 kr., når patienterne fordeles på betalingskommunen.

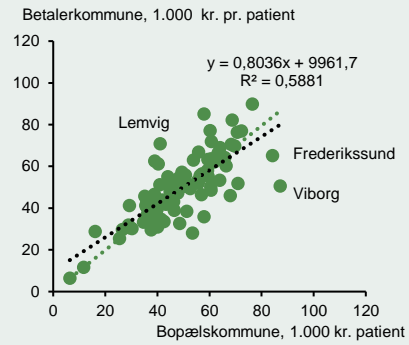
Figur B2

Gennemsnitlige udgift pr. patient i sygehuspsykiatrien fordelt på hhv. bopælskommune og betalerkommune, 2016

-Børne og ungdomspsykiatri



Voksenpsykiatri



Anm.: Børn og unge er afgrænset til personer, der på behandlingstidspunktet var i alderen 0-18 år og voksne er opgjort som personer, der er 19 år eller derover. Dataudtrækket er foretaget på en 33 pct. stikprøve. Der kan derfor være tilknyttet en vis stikprøveusikkerhed i forbindelsen med opgørelsen. Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Lovmodellen (33 pct. stikprøve)

7. Metode og definitioner

7.1 Udgiftsbegreber anvendt i analysen

Nettodriftsudgifter – Regionernes særlige indberetning til Økonomi- og Indenrigsministeriet

Nettodriftsudgifterne er udgifter og indtægter vedrørende regionens sygehuse samt udgifter og indtægter vedrørende sygehusydelse. For sygehusdelen kan dette f.eks. være driftsudgifter fratrukket statsrefusion og andre indtægter, fx brugerbetaling vedrørende regionens sygehuse. For sygehusydelse er udgifter til sygehusydelse fratrukket ydelser leveret uden for regionens sygehuse, f.eks. hospiceophold og behandling i andre regioner eller i udlandet. De totale nettodriftsudgifter til psykiatrisk sygehusbehandling kan opdeles i udgifter til personale, medicin samt øvrige udgifter.

De tilrettede driftsudgifter

De tilrettede driftsudgifter (DTD) er korrigerede regnskabstal for hospitaler og regioner indberettet til Sundhedsdatastyrelsen. I grunddata indberettes de udgifter, der er en forudsætning for at behandle patienter på både somatiske og psykiatriske hospitaler. Grunddata tilrettes efterfølgende, så alle hospitaler kan sammenlignes på tværs.

Individbaserede udgifter baseret på sengedagstakst og takst for ambulant besøg

Det er umiddelbart ikke muligt at opgøre individbaserede udgifter til psykiatriske sygehuse. I analysen er opgørelser over udgifterne til behandling af patienter med bestemte diagnoser, tyngdemæssige kategorier o.l. baseret på besøgs- og sengedagstakster. Disse afspejler ikke nødvendigvis ressourceforbruget og de reelle udgifter til regional psykiatri for hver enkelt kontakt. Sengedagstaksten i 2017 udgør 3.628 kr. og besøgstaksten udgør 1.815 kr.

Disse takster anvendes bl.a. af regionerne i forbindelse med afregningen af patienter, der bliver behandlet i en anden region end bopæls- eller opholdsregionen (mellemregionale patienter), ved opgørelsen af den kommunale medfinansiering og til udregningen af regionernes bloktilskud.

Taksterne kobles på aktivitet i det psykiatriske sygehusvæsen, som er baseret på Landspatientregisteret (DRG-grupperet).

De tilrettede udgifter til psykiatriske sygehuse udgør i 2016 ca. 8,9 mia. kr. (2017-PL), mens udgifterne baseret på patienternes besøgs- og sengedagstakster udgør ca. 6,8 mia.kr. (2017-PL), hvilket er ca. 22 pct. lavere end de tilrettede driftsudgifter. Taksterne anvendes i analysen under antagelse af, at selve niveauerne ikke afspejler de reelle udgifter, men at fordeling af udgifterne på tværs af forskellige patientpopulationer er ens.

Ydelseshonorar i praksissektoren

Det samlede ydelseshonorar i almen praksis omfatter bruttohonorar for ydelser (både kontaktydelser og tillægsydelse) i praksissektoren. Det samlede ydelseshonorar er ikke et udtryk for den samlede indtægt i de enkelte områder i praksissektoren.

Den gennemsnitlige udgift pr. patient

I analysen er der set på den gennemsnitlige udgift pr. patient. Der er tale om en gennemsnitlig udgift baseret på de kontakter, som patienten havde inden for kalenderåret. Patienter med et forløb, der strækker sig længere end et kalenderår vil i princippet have flere kontakter og dermed en højere udgift, hvis der i stedet skulle ses på udgiften for hele forløbet.

7.2 Oversigt over psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser

Hoveddiagnosegrupper anvendt i analysen dækker over følgende gruppering af ICD-10 koder, jf. *bilagstabel 1*.

Bilagstabel 1 Oversigt over psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser efter ICD-10	
Titel anvendt i analysen	ICD10-hoveddiagnosegruppekode og titel
Demens mv.	F00-09 Organiske inklusive symptomatiske psykiske lidelser
Psykoaktive stoffer	F10-19 Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller andre psykoaktive stoffer
Skizofreni mv.	F20-29 Skizofreni, skizotypisk sindslidelse, paranoide psykoser, akutte og forbigående psykoser samt skizoaffektive psykoser
Depression mv.	F30-39 Affektive sindslidelser ¹
Angst mv.	F40-49 Nervøse og stress-relaterede tilstande samt tilstande med nervøst betingede legemlige symptomer ²
Spiseforstyrrelse mv.	F50-59 Adfærdændringer forbundne med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer
Personlighedsforstyrrelse mv.	F60-69 Forstyrrelser og forandringer af personlighedsstruktur og adfærd
Mental retardering	F70 -79 Mental retardering
Autisme, aspergers mv.	F80-89 Psykiske udviklingsforstyrrelser
ADHD mv.	F90-98 Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndom eller adolescens
Ikke nærmere specificeret	F99 Psykiske lidelser eller forstyrrelse, ikke på anden måde specificeret

1. Bl.a. Manisk enkeltepisode, bipolar affektiv sindslidelse, depressiv enkeltepisode, tilbagevendende depression
2. Fobiske angsttilstande, andre angsttilstande, obsessiv-kompulsiv tilstand, reaktioner på svær belastning, tilpasningsreaktioner

7.3 Aktivitet i sygehusvæsenet og i praksissektoren

Aktivitet i det somatiske- og psykiatriske sygehusvæsen er baseret på Landspatientregisteret (DRG-grupperet) pr. 10 marts, med undtagelse af 2009, der er opgjort pr. 10. april 2010, og 2016, hvor aktiviteten på somatiske afdelinger i Region Hovedstaden er opgjort pr. 10. juni 2017, som følge af udfordringer ved implementeringen af Sundhedsplatformen. Aktivitet på både offentlige og private sygehuse indgår. Raske ledsagere og raske nyfødte indgår ikke i opgørelserne.

Indlæggelse

En indlæggelse tælles som en patients udskrivning fra en sygehusafdeling, hvor patienten optager en normeret sengeplads. Overflytninger mellem sygehusafdelinger tæller ikke med som en selvstændig indlæggelse i opgørelsen.

Sengedage

Sengedage er antallet af dage mellem indlæggelsesdato og udskrivningsdato for en indlæggelse. Der vil som minimum være én sengedag pr. indlæggelse.

Ambulante besøg

Ved ambulante behandling er patienten indskrevet på en psykiatrisk ambulante afdeling, men optager ikke en normeret sengeplads. Ambulante besøg opgøres som en patients fremmøde på den psykiatriske ambulante afdeling, eller patientens møde med sundhedsfagligt personale uden for sygehuset i et såkaldt udebesøg. Ydelser uden besøg, f.eks. udfærdigelse af erklæringer, samtale med forældre, værge eller pårørende mv., medtages ikke. Ydelser uden besøg er knyttet til et CPR-nummer, men kræver ikke patientens fremmøde. Desuden indberettes fysio- og ergoterapeutiske ydelser som ydelser uden besøg, og indgår der-

med heller ikke i opgørelsen. For den enkelte patient opgøres der kun ét ambulante besøg pr. dag pr. afdeling. Der indgår tal for fremmøde på en psykiatrisk skadestueafdeling, hvor indskrivning sker efter selvhenvendelse, henvisning eller indbringelse på grund af tilskadecomst eller anden akut opstået tilstand. I opgørelser fra 2014 og frem indgår kontakter på akut ambulante afdelinger i opgørelsen af ambulante besøg.

Aktivitet i praksissektoren

Aktivitet i praksissektoren er baseret på oplysninger om afregnede ydelser fra Sygesikringsregisteret. En kontakt er defineret som en afregnet ydelse, der i sig selv udgør en særskilt kontakt mellem borger og behandler. Opgørelserne omfatter kontakter, der er afregnet i det enkelte år inden for det enkelte praksisområdet. Aktiviteten i praksissektoren er afgrænset til registreringer, som findes i sygesikringsregisteret pr. 10. marts 2017.

- Samtaleterapi i almen praksis (speciale 80, ydelsesnummer 6101, 6102, 4106, 4247, 4248, 4249)
- Psykiater (speciale 24 el. 26)
- Psykolog (speciale 63, henvisningsårsagerne angst eller depression)

Før 2014 indberettes ydelser til Sygesikringsregisteret kun på ugebasis. Her er hver ydelse placeret den pågældende mandag i ugen.

7.4 Psykofarmaka

Oplysninger om salg af lægemidler i primærsektoren dækker bl.a. salget fra private apoteker, hvor det er muligt at opgøre salget på personniveau for den del af receptsalget, der er til privatpersoner. Der er dog ikke information om uafhængede recepter.

Oplysninger om salg af lægemidler på sygehusene indberettes som salg til sygehusafdelinger og ikke på personniveau. Det er derfor ikke muligt at se hvilke lægemidler, der er givet under evt. indlæggelse eller ambulatoriebesøg. Der er heller ikke oplysninger om vederlagsfrit medicin udleveret fra sygehuse. Visse lægemidler, herunder antipsykotiske lægemidler kan udleveres vederlagsfrit i en begrænset periode på ca. to år til patienter med skizofreni i starten af deres sygdomsforløb samt til psykiatriske patienter med dom til behandling. I opgørelsen indgår ikke information vedr. vederlagsfrit udlevering af medicin.

Oplysninger om lægemidlerne fremgår fra Lægemiddelstatistikregisteret (opdateret til 2016), Sundhedsdatastyrelsen.

Udvalgte lægemiddelgrupper

De fire lægemiddelgrupper afgrænses ved hjælp af udvalgte koder fra ATC-klassifikationen.

Bilagstabel 2	
Definitioner af udvalgte lægemiddelgrupper	
Lægemiddelgruppe og anvendelse	ATC gruppe og kode
<u>Antidepressive lægemidler</u> Medicinen anvendes bl.a. til behandling af depression, samt andre psykiske lidelser som fx panikangst, social fobi, generaliseret angst, tvangstanker (OCD), posttraumatisk stressstilstand og spiseforstyrrelser. Enkelt medicin anvendes endvidere mod neuropatiske smerter.	N06A bortset fra bupropion (N06AX12) samt duloxetine (N06AX21) i styrken 20mg og 40 mg.
<u>ADHD-medicin</u> Medicinen bruges til hyperkinetiske forstyrrelser såsom ADHD, men kan også for en mindre dels vedkommende bruges til behandling af narkolepsi.	C02AC02, N06BA02, N06BA04, N06BA09 og N06BA12
<u>Benzodiazepiner og benzodiazepin-lignende lægemidler</u> (herefter betegnet beroligende- og sovemedicin) Beroligende midler til behandling af angst- og urotilstande, samt søvnbesvær og som sederende lægemiddel. Enkelte af midlerne anvendes desuden mod spasticitet, alkoholabstinenssymptomer og mod kramper (inkl. feberkramper). N03AE anvendes endvidere mod epilepsi.	N05BA, N05CD, N03AE samt N05CF
<u>Antipsykotiske lægemidler</u> Medicinen anvendes til behandling af psykotiske tilstande, herunder skizofreni	N05A bortset fra lithium (N05AN01)

Medicintilskud

I Danmark er en del af den medicin, der bliver købt på recept i apotekerne, tilskudsberettiget.

Det bærende princip i medicintilskudssystemet er, at det er behovsafhængigt, hvilket betyder, at jo større medicinforbrug borgeren har, des mere modtager borgeren i offentligt tilskud. I forhold hertil er medicintilskudssystemet "trappeinddelt".

Medicintilskudssystemet baserer sig på generisk substitution – substitution mellem lægemidler med det samme virksomme stof, samme mængde og samme administrationsform. Det offentlige tilskud til et lægemiddel følger således prisen på det billigste lægemiddel. Formålet med generisk substitution for en given medicinsk behandling er, at det offentlige og den enkelte borgers udgifter bliver så lave som mulige.

Tilskudstype

Det generelle tilskud, som gives til en række receptpligtige lægemidler, indebærer, at alle borgere pr. automatik får tilskud til køb af medicin. Det er også muligt at opnå klausuleret tilskud til medicin, så der gives generelt tilskud til nogle bestemte sygdomme eller persongrupper.

I nogle tilfælde kan der opnås individuelle tilskud, som enkelttilskud, forhøjet tilskud eller terminaltilskud, som sker ved ansøgning. Det er borgerens læge, der vurderer behovet og kan søge om individuelle medicintilskud hos Lægemedelstyrelsen.

Med virkning fra den 1. januar 2016 er der indført et fast årligt egenbetalingsloft på udgifter til tilskudsberettiget medicin opgjort i tilskudspriser. Egenbetalingsloftet udgør 4.030 kr. årligt (2018-tal).

Det betyder, at alle borgere automatisk får 100 pct. tilskud til tilskudsprisen på tilskudsberettiget medicin, når borgeren har haft en årlig egenbetaling til tilskudsberettiget medicin (opgjort i tilskudspriser) på over 3.955 kr. (2017-tal).

Herudover er det i visse tilfælde også muligt at få hjælp fra kommunen til medicinudgifter. Disse tilskud kaldes sociale tilskud og bevilges i henhold til pensionsloven, lov om aktiv socialpolitik eller lov om social service.

Det er generelt forskelligt, hvilken type tilskud de enkelte lægemidler inden for psykofarmaka har opnået. Fx får beroligende lægemidler og sovemedicin ikke generelt tilskud (enkelte af dem har klausuleret tilskud), ligesom der skal søges om enkelttilskud til lægemidler til ADHD. Det er heller ikke alle lægemidler inden for antidepressive- og antipsykotiske lægemidler, der har generelt tilskud. Disse faktorer påvirker regionale tilskudsudgifter på tværs af de enkelte lægemiddelgrupper.

Revurderinger

Alle lægemidlers tilskudsstatus skal regelmæssigt revurderes. Det sker for at sikre, at lægemidler med generelt tilskud opfylder de kriterier, der gælder for at få generelt tilskud, og omvendt at lægemidler uden generelt tilskud ikke opfylder disse kriterier.

Revurderinger og patentudløb kan generelt have betydelige konsekvenser for regionale tilskudsudgifter. Fx har revurderingerne på antidepressive lægemidler medført, at tilskudsudgifterne for escitalopram (N06AB10) alene faldet fra 112 mio. kr. i 2010 til 2 mio. kr. i 2016.

7.5 Bopælskommune og bopælsregion

Patienterne er fordelt efter deres bopælskommune. Dette er for langt de fleste patienternes også den kommune, som er betalingsansvarlig for patienten ifm. kommunal medfinansiering. Betalingskommunen kan for nogle patienter variere fra bopælskommunen, fx for borgere der er anbragt på en institution i en anden

kommune. Her er kommunen, der har anbragt en borger på en institution i en anden kommune, betalingskommunen, mens kommunen, hvori institutionen ligger, er bopælskommunen.

Fordeling af patienterne på bopælskommunen kan sige noget om den faktiske aktivitet i sundhedssektoren for det geografiske nærområde ift. den pågældende kommune. Hvis patientfrekvensen er særlig høj i en kommune, kan der forventes større aktivitet i almen praksis, speciallægepraksis og psykiatriske sygehuse i nærområdet. Omvendt belyser fordeling af patienterne på betalingskommunen, kommunernes reelle udgiftsniveau ifm. kommunal medfinansiering.

Tilsvarende kan patienterne blive behandlet i en region, men have bopæl i en anden region. I denne analyse er alle figurer og tabeller opgjort på baggrund af patienternes bopælsregion.

8. Litteratur

Danske Regioner (2017): Benchmarking af psykiatrien

Rambøll (2013): Analyse af kapaciteten i den kommunale indsats over for mennesker med psykiske vanskeligheder.

Regeringens udvalg om psykiatri (2013): Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – udvikling i diagnoser og behandling, Bilagsrapport 2.

Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og Praktiserende Lægers Organisation (PLO) (2014): Vejledning i anvendelse af Overenskomstens ydelser

Sundheds- og Ældreministeriet (2015): Bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien, LBK nr. 1.160 af 29/09/2015

Sundheds- og Ældreministeriet (2013): Vejledning om medikamentel behandling af børn og unge med psykiske lidelser, VEJ nr. 9.194 af 11/04/2013

Sundheds- og Ældreministeriet (2018): Indblik i psykiatrien og sociale indsatser

Sundhedsdatastyrelsen (2012): Salget af ADHD-medicin fra 2002-2011

Sundhedsdatastyrelsen (2017): Udvalgte nøgletal for det regionale sundhedsvæsen 2009-2016

