

Analyse af Hospitalspsykiatriens økonomi

Flemming Bjerke, Kontaktperson for forsvarligpsykiatri.dk

1-11-2010

Konklusion

Der er perioden 2001-2008 sket en markant omlægning af hospitalspsykiatrien fra indlæggelse til ambulant behandling. Samtidig er der er fra både Sundhedsstyrelsen og fagkredse udtrykt tiltagende bekymring over den fortsatte nedlæggelse af sengepladser, og overlæger oplyser, at patienter nu udskrives fra hospital, før de er færdigbehandlede og i stand til at overgå til ambulant behandling. Således har nedlæggelsen af sengepladser bragt hospitalspsykiatrien i en situation hvor de psykiatriske overlæger er afskåret fra at indfri målsætningen fra regeringens handlingsplan om at *“Sindslidende har krav på effektiv behandling og den nødvendige støtte, og det skal være nemt at få det rigtige tilbud.”*

Analysen tyder på at der er to grunde til psykiatriens vanskelige situation: at der er kommet flere psykisk syge uden at bevillingerne er fulgt med, og at der formentlig er sket et markant fald i det ydede serviceniveau.

Flere psykisk syge

Ud fra foreliggende data vedr. perioden 2001 til 2008 kan det bl.a. konstateres at

- antallet af personer i psykiatrisk behandling er steget med 26,5 %
- 20 % af sengepladserne er nedlagt
- nettoudgifterne til psykiatrien er steget med 3-5 %
- det samlede antal af personale har ikke ændret sig meget, men der er sket en forskydning væk fra plejepersonale
- antallet af ambulante ydelser pr. patient er faldet med over 10 %
- der er et stigende misforhold mellem antallet af patienter og behandlingstilbuddet.

Fald i det ydede serviceniveau:

Tallene tyder også på at der er sket et markant fald i det samlede serviceniveau som hospitalspsykiatrien leverer:

- En reduktion svarende til knap 3 indlæggelsesdage modsvares i bedste fald af kun 1 yderligere ambulant ydelse (incl. hjemmebesøg)
- Der er kommet relativt set få ambulante ydelser incl. hjemmebesøg ud af at nedlægge senge, hvilket tyder på, at psykiatriens ydelser er blevet markant dyrere.
- Hjemmebesøg synes at være en meget ressourcekrævende ydelse.
- Muligheden for indlæggelse og indlæggelse af tilstrækkelig længde er blevet forringet
- Den gennemsnitlige indlæggelsestid er faldet fra 33 dage til 25 dage.
- Omlægningen til ambulant behandling synes at have medført en meget stor reduktion af den kontaktid, der er mellem patienter og personale.

Hospitalspsykiatrien er muligvis inde i en ond cirkel

På denne baggrund kan det frygtes at hospitalspsykiatrien er inde i en ond cirkel: Når patienter udskrives før færdigbehandling, overbelastes det distriktspsykiatriske system af opgaver som distriktspsykiatrien ud fra en lægelige vurdering ikke er velegnet til at løse. Dermed bliver det distriktspsykiatriske system ude stand til aflaste sengeafsnittene. Således overbelastes hele hospitalspsykiatrien af en for vidtgående nedlæggelse af senge uden at der er udsigt til at problemet kan løses. Denne situation forværres af det stigende antal patienter - som delvis kan være forårsaget af overbelastningen af hospitalspsykiatrien. Datamaterialet giver dog ikke grundlag for med sikkerhed afgøre i hvilket omfang dette er situationen. Men at patienter udskrives før de er færdigbehandlede, indikerer at nedlæggelserne af sengepladser ikke harmonerer med behovet for indlæggelser, og at omlægningen til distriktspsykiatri ikke har kunnet aflaste sengeafsnittene i tilstrækkeligt omfang.

Intet administrativt og statistisk overblik over psykiatrien

Mere sikre konklusioner om hvorvidt psykiatriens problemer skyldes stigningen i antallet af patienter og/eller omlægningen til meget dyre behandlingsformer, kræver mere omfattende analyser end det har været muligt af fremlægge i nærværende analyse pga. datamangel. Det skal dog understreges at *der fra Sundhedsministeriets side er tale et administrativt svigt når der i en omlægningsperiode ikke foreligger nogle officielle analyser af hospitalspsykiatriens samlede økonomi og produktion, og der ikke foretages samlede vurderinger af om hospitalspsykiatriens forskellige ydelser rent faktisk matcher behovet for psykiatrisk behandling bedst muligt.* Det er sandsynligt at denne mangel på analyser og deraf følgende manglende overblik har medført at ressourcerne ikke udnyttes optimalt, og at der træffes beslutninger hvis økonomiske og behandlingsmæssige konsekvenser er u hensigtsmæssige. Det manglende overblik skyldes også at Sundhedsministeriet ikke sikrer relevante udtræk af data fra foreliggende databaser, og at Indenrigsministeriet ikke har sikret en kontoplan for psykiatri for regionerne således at man kan udtrække relevante udgiftsdata for psykiatrien fra Danmarks Statistiks statistikbank.

Der er behov for at Sundhedsministeren årligt fremlægger en redegørelse med analyser af psykiatriens produktion af ydelser og af om de matcher behovene. Endvidere bør der kvartalsmæssigt offentliggøres de sundhedsdata for psykiatrien der er relevante for at skabe overblik over psykiatriens økonomi og behandling - efter samme model som er kendes fra Danmarks Statistiks statistikbank, der efter ændrede konteringsprincipper automatisk vil kunne offentlige udgiftsdata for psykiatrien kvartalsvis. Man ville for meget få midler kunne opnå et godt statistisk grundlag for at træffe politiske beslutninger om psykiatrien.

Hospitalspsykiatriens produktion

I det følgende belyses hospitalspsykiatriens produktion af ydelser i en periode (2001-2008) hvor der er sket en betydelig omlægning af psykiatrien fra hospitalsindlæggelse til distriktspsykiatriske hjemmebesøg. På trods af ændringens omfattende karakter foreligger der ikke nogen egentlig økonomisk eller behandlingsmæssig vurdering af denne omlægning. I det følgende er der foretaget en økonomisk analyse af omlægningen. Denne analyse har været vanskeliggjort af at det foreliggende talmateriale er utilstrækkeligt, usammenhængende og spredt, idet der ikke er nogen myndigheder der tager ansvaret for at der foreligger et fyldestgørende datamateriale. Der tages udgangspunkt i en klassisk økonomisk model hvor hospitalspsykiatriens ydelser er betinget af input i form af personale og kapital.

Input: Personale og kapital

Af tabel 1 fremgår det at antallet af personale fra 2001 til 2008 er *vokset* med 2%. Siden 2002 er personaleantallet dog *faldet* med 3%. Men uanset hvilket år man bruger, er der ikke tale om en ændring i personaleantallet på niveau med faldet i antallet af senge i samme periode (ca. 20%).

Det ses af tabel 1 at antallet af psykologer, socialrådgivere, socialpædagoger samt fysio- og ergoterapeuter var størst i 2008. Antallet af læger toppede i 2007, mens SOSU-assistenten (mv.) og sygeplejersker toppede i henholdsvis 2003 og 2006. Endelig toppede andet sundhedspersonale i 2001. Dette mønster svarer udmærket til omlægningen af psykiatrien fra hospitalsbehandling til distriktspsykiatri idet andelen af plejepersonale er væsentligt mindre ved hjemmebesøg end ved indlæggelse. Dette mønster bliver særlig tydeligt hvis man ser på ændringerne i personalegrupperne fra 2002 til 2008 idet omlægningen til distriktspsykiatri påbegyndtes i 2002.

Disse ændringer skal formentlig ses på baggrund af dels mangel på uddannet sundhedspersonale, dels ønsket om at andre faggrupper blev ansat i psykiatrien, dels at plejeruddannelsen blev afskaffet i 1991 (og at faggruppen derfor reduceres markant). Men der er samlet set sket en forskydning til ansættelse

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Vækst	vækst %
Læger	1069	1165	1179	1206	1222	1270	1277	1226	157	14.7%
Psykologer	366	394	444	469	520	542	596	634	268	73.2%
Sygeplejersker	2918	3172	3260	3235	3246	3393	3104	3021	103	3.5%
SOSU-assistenten, mv.	3070	3219	3243	3109	3030	2943	2933	2865	-205	-6.7%
Socialrådgivere	328	284	287	302	303	311	324	330	2	0.6%
Socialpædagoger	230	297	289	298	293	336	327	371	141	61.3%
Fysio- og ergoterapeuter	463	440	442	433	433	440	456	481	18	3.9%
Andet sundhedspersonale	363	296	123	176	138	217	162	59	-304	-83.7%
Ialt	8806	9267	9267	9230	9185	9445	9179	8988	182	2.1%

Table 1: Personale i psykiatrien. Kilder: [1], 2008 stammer fra [3]

af bedre uddannet personale. Omlægning fra behandling under indlæggelse til ambulante behandling bevirker at man primært anvender personale med lange og mellemlange videregående uddannelser.

Hospitalspsykiatriens kapital er især repræsenteret i investeringer i bygninger og inventar, men også i personalets kompetencer og opbyggede arbejdsprocesser. Især sengeafsnit har krævet store investeringer der i høj grad vil mistes ved nedlæggelse af sengepladser. For at undgå at miste investerede værdier, er det derfor vigtigt at man ikke får nedlagt for mange sengepladser.

Ydelser

Der er i perioden 2001-08 sket en omlægning fra hospitalsydelser til ambulante ydelser¹. I 2001 var der 4031 sengepladser i psykiatrien, mens der i 2008 var 3212, dvs. der er nedlagt 819 senge eller 20% (jf. tabel 4). Som det fremgår af tabel 2 er der sket et tilsvarende fald på 20% i antallet af sengedage.

Samtidig er der ifølge Danske Regioner sket en vækst i antallet af ambulante ydelser på 14%. Fra en produktionsøkonomisk synsvinkel synes der at være tale om en forskydning i retning af meget arbejdskrævende ydelser: *Samtidig med at antallet af sengedage er faldet med 270310 dage, er antallet af ambulante ydelser kun steget med 102723 behandlinger*. Dvs. for hver gang produktionskapaciteten reduceres med knap 3 sengedage udbydes en ekstra ambulante ydelse i stedet - samtidig med at personaleforbruget er nogenlunde konstant. Økonomisk set er dette bemærkelsesværdigt, idet en ambulante ydelse vel burde være markant mindre personale-ressourcekrævende end en sengeplads. *Omlægningen til ambulante behandling har altså ført til en meget stor reduktion i den kontakttid der er til patienterne*.

Ud fra en produktionsøkonomisk synsvinkel ser det endnu værre ud hvis man tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens tal for ambulante behandlinger hvor der er registreret et mindre fald i antallet af ambulante ydelser, se tabel 2. Antallet af hjemmebesøg er ifølge Sundhedsstyrelsen fra 2003 til 2008 kun steget med 82038 samtidig med at ambulante besøg er faldet med 87546, og sengedagene er faldet med 167363. Ikke alene har omlægningen til hjemmebesøg kostet flere ambulante besøg end stigningen i antallet af hjemmebesøg der er tilmed sket en betydelig reduktion i antallet af sengedage - altsammen uden at personaleantallet er faldet nævneværdigt. *Dette tyder på at hjemmebesøg er en så personale- og ressourcekrævende ydelse at den dræner hele hospitalspsykiatrien for ressourcer*.

Sundhedsstyrelsens tal forekommer at være de mest troværdige idet de stammer fra Landspatientregistret. Men uanset hvilke af de eksisterende tal for ambulante ydelser, man bruger, er der altså tale om en betydelig reduktion i kontakttiden med patienterne. For forholdsvis raske patienter er det ikke givet at høj kontakttid i sig selv er et gode, men for meget syge patienter med komplekse problemstillinger vil høj kontakttid til det psykiatriske system generelt være en behandlingsmæssig og velfærdsmæssig fordel. På baggrund af at en række psykiatere samt deres organisationer har påpeget at psykiatriske patienter i stigende omfang udskrives før de er færdigbehandlede, er det yderst betænkeligt at man har omlagt produktionssystemet så dets evne til at være i kontakt med patienterne reduceres dramatisk. Dette tyder på, at det psykiatriske system i dag er ude af stand til at sikre tilstrækkelig behandling af de mest psykisk syge. For de hjemløse psykisk syge er situationen særlig alvorlig.

Det fremgår af tabel 2 at nettoudgifterne til hospitalspsykiatrien er steget 3-5% fra 2001-2008. Nettoudgifterne vokser således en smule mere end antallet af personale. Dette kan der være mange årsager til f.eks. stigende administrationsudgifter, stigende medicinudgifter, og at der er sket en forskydning over mod mere højtuddannet og -lønnede personale. Men de relativt få ambulante ydelser incl. hjemmebesøg der er kommet ud af at nedlægge senge, betyder dog at *psykiatriens ydelser er blevet kraftigt fordyrede*. I nogle tilfælde er hjemmebesøg uden tvivl den bedste behandling uanset hvor dyre de er at producere. Men omlægningen fra hospitalsbehandling til hjemmebesøg er ikke styret af psykiatrisk ekspertise på en sådan måde at den bedste og billigste behandling sikres patienterne. Der synes at herske

¹Ved ambulante ydelser forstås både hjemmebesøg og ambulante besøg på klinik.

År	Sengedage	Regioner	Sundhedministeriet			Nettoudgifter PL-2008	
		Ambulant	Ambulant	Amb. besøg	Hjemmebesøg	Regioner	Ministerium
2001	1333678	714657	-	-	-	5697300	5800000
2002	1302503	746380	746397	-	-	5904900	6200000
2003	1230731	763176	739121	643091	96030	5918000	6100000
2004	1239379	795404	739456	630968	108488	5921400	6000000
2005	1100830	814515	801412	665630	135782	5939200	6100000
2006	1121211	821463	764818	581965	182853	6098140	6300000
2007	1081391	828653	752522	563283	189239	5974270	6000000
2008	1063368	817380	733613	555545	178068	6001200	6000000
Vækst	-270310	102723	-12784	-87546	82038	303900	200000
Vækst %	-20.3%	14.4%	-1.7%	-13.6%	85.4%	5.3%	3.4%

Table 2: Hospitalpsykiatriens økonomi.

Kilder: Antallet af personer i behandling fremkommer ved at sammenlægge Voksenpsykiatri og Børne- og ungdomspsykiatri fra [1]. 2008 stammer fra [3] Nettoudgifter fra Regionerne er tilsendt F. Bjerke af Danske Regioner. Nettoudgifter fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet stammer fra [2]. Ambulante besøg fra [11].

en politisk/ideologisk forestilling om at omlægning fra hospitalsbehandling til ambulant behandling incl. hjemmebesøg er fordelagtig både økonomisk og behandlingsmæssigt. Men ovenstående viser tydeligt at *det ikke kan tages for givet, at omlægningen til hjemmebesøg er en økonomisk fordel, men at det modsatte snarere gør sig gældende hvilket betyder generelt forringet behandlingskapacitet.*

Fald i serviceniveauet

Det fremgår af tabel 3 at antallet af personer i behandling er steget med 23888 eller 26,5% fra 2001 til 2008. Dette betyder at udgifterne pr. patient er faldet med omkring 17%, se anden søjle i tabel 3.

År	personer	Pr. Person			Pr indlagt	Pr. Ikke-indlagt
		Udgifter	Sengedage	Ambulant	Sengedage	Ambulant
2001	90024	63.3	14.8	7.9	53.1	11.0
2002	93419	63.2	13.9	8.0	51.7	10.9
2003	97548	60.7	12.6	7.8	48.7	10.6
2004	98698	60.0	12.6	8.1	49.8	10.8
2005	104996	56.6	10.5	7.8	44.9	10.1
2006	106537	57.2	10.5	7.7	46.1	10.0
2007	111630	53.5	9.7	7.4	44.8	9.5
2008	113912	52.7	9.3	7.2	43.7	9.1
Vækst	23888	-10.6	-5.5	-0.8	-9.3	-1.89
Vækst %	26.5%	-16.8%	-37.0%	-9.6%	-17.6%	-17.2%

Table 3: Hospitalpsykiatriens serviceniveau. Datakilder: Regionernes tal er fra tabel 2 samt antallet af indlagte fra tabel 4.

Endvidere viser tabel 3 at antallet af ambulante ydelser pr. person i behandling er faldet med 10%, samtidig med at antallet af sengedage pr. person er faldet med 37%. I forhold til det samlede antal personer i behandling er der således tale om et markant fald i serviceniveauet målt på muligheden for indlæggelse hhv. ambulant behandling. I forhold til serviceniveauet for indlagte henholdsvis ikke-indlagte, ses det at serviceniveauet er faldet med godt 17% for begge grupper.²

Af tabel 4 fremgår antallet af senge (1.), indlagte (2.) og udskrivninger (4.) fra 2001 til 2008. Herudfra er antallet af indlagte pr. seng (3.) og antallet af udskrivninger pr. seng (5.) udregnet. Det ses at antallet af indlæggelser pr. er steget med 21% fra 2001 til 2008, mens antallet af udskrivninger pr. seng er steget med 30%. Antallet af udskrivninger pr. seng er således væsentligt større end antallet indlagte pr. seng. Dette kan forklares med flytninger mellem afdelinger og genindlæggelser, herunder egentlige svingdørspatienter. Det ses således at udskrivningerne pr. indlagt er gået fra 1,63 til 1,73.

²Da der er et betydeligt overlap mellem indlagte og ikke-indlagte patienter, er antallet af ikke-indlagte (personer i behandling fratrukket de indlagte) undervurderet. Derfor vil et mere retvisende mål for ambulante ydelser pr. ikke-indlagt ligge et sted mellem to søjler for ambulante ydelse i tabel 3. Således vil faldet i ambulante ydelser pr. ikke-indlagt også ligge mellem 10% og 17%.

Dette bekræfter hvad psykiatere og deres organisationer har påpeget, i løbet af de seneste år. Næmlig at antallet af senge nu er så kraftigt skåret ned at man er tvunget til at udskrive patienterne før de er færdigbehandlede. Dette er også i overensstemmelse med faldet i sengedage pr. udskrivning hvilket giver en god tilnærmelse for indlæggelsestiden. Af tabel 4 fremgår det at indlæggelsestiden (sengedage pr. udskrivning) fra 2001 til 2008 er faldet markant fra 33 dage til 25 dage hvis man bruger tal fra Danske Regioner, eller 35 dage til 26 dage hvis man bruger tal fra SST, Sundhedsstyrelsen.³

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Vækst
1. Antal senge	4031	3911	3788	3597	3473	3378	3297	3212	-20%
2. Antal indlagte	25132	25199	25291	24872	24501	24308	24129	24311	-3%
3. Indlagte pr. seng (2/1)	6.2	6.4	6.7	6.9	7.1	7.2	7.3	7.6	21%
4. Udskrivinger	40691	40815	40423	39441	39079	39114	39931	42136	4%
5. Udskrivinger pr. seng (4/1)	10	10	11	11	11	12	12	13	30%
6. Udskriv. pr. indlagt (4/3)	1.62	1.62	1.60	1.59	1.59	1.61	1.65	1.73	7%
7. Max. sengedage	1471315	1427515	1382620	1316502	1267645	1232970	1203405	1175592	-20%
8. Sengedage – regioner	1333678	1302503	1230731	1239379	1100830	1121211	1081391	1063368	-20%
9- Belægningspct. (8/7)	91%	91%	89%	94%	87%	91%	90%	90%	0%
10. Sengedage pr. udskriv. (8/4)	33	32	30	31	28	29	27	25	-23%
11. Sengedage udregnet (7*12)	1441889	1370414	1313489	1263842	1178910	1171322	1131201	1081545	-25%
12. Belægningspct. SST	98%	96%	95%	96%	93%	95%	94%	92%	-6%
13. Sengedag pr. udskriv. (11/4)	35	34	32	32	30	30	28	26	-28%

Table 4: Senge og udskrivinger. Kilder: Senge antallet [4]. Udskrivinger [11]. Belægningsprocenter [10]

Ringe statistik - manglende økonomisk overblik

Det er vanskeligt at finde statistiske oplysninger der giver et klart overblik over hospitalspsykiatrien som helhed. Dette illustreres af de vanskeligheder der er forbundet med finde de data der fremgår af tabel 2 (data som det burde være trivielt at få adgang til). Det illustreres også af at vanskelighederne med få alle relevante 2009-tal selvom data må foreligge.

For at opnå antallet af sengedage, ambulante behandlinger og personer i behandling ud fra Danske Regioners publikationer har det været nødvendigt at sammenlægge tal for henholdsvis voksenspsykiatrien og børne- & ungdomspsykiatrien. Men man kan dog nøjes med at konsultere to publikationer: [1 og 3].

Sammenholdes Danske Regioners tal for *sengedage* [4] med antallet af senge gange antallet af årets dage vil det ses det at belægningsprocenten er 90% i gennemsnit dog varierende mellem 87% og 94%, se tabel [4]. Dette tyder dog på rimelig overensstemmelse mellem antallet senge opgjort af Indenrigs- og Sundhedsministeriet og antallet af sengedage opgjort af Danske Regioner. Hvis man imidlertid kigger på Sundhedsstyrelsens statistik for belægningsprocent, vil man se at den fra 2001 til 2008 er faldet fra 98% til 92%. Så statistikken for antallet af sengedage og/eller belægningsprocenten stemmer ikke overens. [10]

Det har ikke været muligt at finde en opgørelse over *antallet af personer* i behandling fra Sundhedsstyrelsen som kan sammenlignes med Danske Regioners tal. Dog findes en opgørelse over antallet af indlagte i rapporterne om anvendelse af tvang i psykiatrien [12] hvilket er udmærket, men understreger tilfældigheden omkring hvor tallene findes!

Sundhedsstyrelsen har offentliggjort opgørelser over antallet af ambulante behandlinger fra 2002 [11]. Disse tal stammer fra Landspatientregisteret og må derfor forventes at have en høj pålidelighed.⁴ Det

³Max. sengedage (7.) er udregnet ved at gange årets dage med antal senge. Belægningsprocenten er andelen af sengedage ud af max. sengedage. Herefter kan sengedage pr. udskrivning udregnes. Udregningerne er foretaget på to måder: 1. Ud fra Danske Regioners opgørelse af sengedage se tabel [2]. 2. Ud fra SST's opgørelse af belægningspct. Det ses at disse to opgørelser ikke stemmer ganske overens. [10]

⁴Sundhedsstyrelsen konkluderer i rapport fra 2004 om Landspatientregisterets datakvalitet: "Målingen er ... gennemført for de 2 administrative parametre "indlæggelsesmåde" og "henvisningsmåde". Målingen af datakvaliteten for parameteren "indlæggelsesmåde" blev udført på 280 patientkontakter og viste en fejlandel på ca. 3 %, hvilket er på niveau med den måling der blev foretaget ved den sidst gennemførte evaluering af LPR, publiceret i 1993. Målingen af datakvaliteten for parameteren "henvisningsmåde" blev udført på 420 patientkontakter, heraf 280 indlæggelser og 140 ambulante kontakter." Hvad angår henvisningsmåde konkluderes det at der er problemer for akut indlagte patienter, hvorimod "For planlagte, indlagte patienter har vi opgjort fejlandelen til 5,7 % og for ambulante kontakter til 10%, svarende til en gennemsnitlig fejlandel på omkring 8 %. Dertil kommer, at det for omkring 6 % af kontakterne kan diskuteres om der skulle være valgt en anden registrering, uden at man dog kan sige at registreringen er forkert." [13]

bemærkes at Danske Regioners og Sundhedsstyrelsens opgørelser svarer godt til hinanden pr. 2002, men derefter vokser regionernes opgørelse noget hurtigere end Sundhedsstyrelsens. Sundhedsstyrelsen bemærker:

Antal ambulante besøg for årene før 2002 er ikke sammenlignelig med senere år, idet der før 2002 var mulighed for at registrere deldøgnspatienter. Disse registreres fra 2002 som ambulante besøg. Først i 2003 blev det muligt at indberette hjemmebesøg til Landspatientregisteret. Før 2003 indberettes hjemmebesøg formentligt i vid udstrækning som ambulante besøg. [11 Forklaring]

Dette tyder ikke på Danske Regioners tal stammer fra Landspatientregisteret, men må være særlige tal stammende fra regionerne/amterne. Pålideligheden synes uvis.

Hospitalspsykiatriens *nettoudgifter* er hentet fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet [2] og en opgørelse tilsendt til Flemming Bjerke, forsvarligpsykiatri.dk, fra Danske Regioners sekretariat. Det ses at der er ganske store afvigelser mellem de to opgørelser, se tabel 2. Men i forhold til analysen ovenfor er det uvæsentligt hvilke af de to opgørelser af nettoudgifterne der anvendes: I tabel 3 er der anvendt regionernes tal fordi disse havde flest decimaler. Det bidrager dog til forvirring at regionernes og ministeriets tal ikke er identiske. Denne forvirring øges betydeligt af at både ministerium og regioner *generelt* opgiver udgifterne i forskellige faste priser uden at offentliggøre opgørelsen i løbende priser, og uden at offentliggøre eksakt hvilket pris-lønindex der anvendes. Et udmærket eksempel på denne forvirring fremviser Sundhedsministeren når han skriver:

“Det bemærkes, at udgifterne til psykiatri ikke er blevet opgjort særskilt før 2000, og derfor kan disse ikke oplyses.” [5]

Dette er ikke ganske korrekt idet opgørelsen af udgifterne for 1996 og 1999 er foretaget af de daværende amter, dog offentliggjort i 1999-priser. [6] Dette understreger behovet for at psykiatriens udgifter årligt offentliggøres i både løbende og faste priser tillige med præcise oplysninger om det anvendte pris-lønindex.

Uklarheden omkring udgifterne til hospitalspsykiatrien forstærkes af de oplysninger om psykiatriens udgifter der kan hentes fra Danmarks Statistik indtil kommunalreformen hvor konteringen ændredes så psykiatrien ikke mere har en særskilt konto. Dokumentationsmæssigt er det meget mærkeligt at psykiatrien ikke har sin egen konto med underopdelinger i indlæggelse, ambulante behandling, osv. Vedrørende sygesikringen giver Danmarks Statistik helt anderledes detaljerede muligheder for at skelne mellem udgifter til f.eks. fodterapeuter, kiropraktorer, briller, osv. Endvidere afviger oplysningerne fra Danmarks Statistik inden kommunalreformen markant fra de udgiftsoplysninger som Sundhedsministeren har givet til Sundhedsudvalget i spørgsmål 834. [5]: nemlig med 1-2 mia. kr. Se tabel 5.

Danmarks Statistik	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
1. Udgifter excl. beregnede omkostninger	0	0	0	4141357	4326363	4511006	4784482
2. Udgifter i alt	3411642	3655005	3944688	0	0	0	0
3. I alt (udgifter-indtægter)	3123045	3309003	3558824	3726862	3866767	3999740	4234678
4. Sundhedsministeriet	4552300	4748600	5201500	5236200	5370600	5553000	5945300
Forskel I (4. - 3.)	1429255	1439597	1642676	1509338	1503833	1553260	1710622
Forskel II (4. - 1. - 2.)	1140658	1093595	1256812	1094843	1044237	1041994	1160818

Table 5: Afgivende statistik for hospitalsudgifter 1000 kr i løbende priser. Kilder: Danmarks Statistiks statistikbank vedr. Kommunale regnskabers for driftskonti for 4.02 Psykiatriske sygehuse og afdelinger for hele landet [7]. Sundhedsministeriet: [5]

I tabel 5 er Forskel I Sundhedsministerens nettodriftsudgifter fratrukket 'I alt' fra Danmarks Statistik. Forskel II er Sundhedsministeriets nettoudgifter fratrukket 'Udgifter i alt' henholdsvis 'udgifter excl. beregnede omkostninger' fra Danmarks Statistik. Det ses at Sundhedsministerens opgørelse er mellem 1,1 og 1,7 mia. kr. højere end Danmarks Statistiks opgørelse. Formentlig er Forskel I mest retvisende idet Sundhedsministeriets opgivelser er nettodriftsudgifter, dvs. at indtægterne er fratrukket udgifterne. I så fald er der tale om forskelle mellem Indenrigs- og Sundhedsministeriets og Danmarks Statistiks

Artikel i Ugeskrift for Læger 2002 konkluderer om datavaliditet og dækningsgrad i Landspatientregisteret:

“Efter gennemgang af tidligere arbejder kan det konkluderes, at LPR's administrative data er valide og kan benyttes uden forbehold. Med hensyn til de sygdomsspecifikke data, dvs. diagnoser og indgreb, er forholdene mere komplicerede. Ved præcision på 3-ciffer-niveau (ICD-8) er fire ud af fem oplysninger korrekte samlet set, men dette dækker over et udsving fra 73% til 90% afhængigt af speciale...” [14]

I DIPSY, Database for klinisk kvalitet i ambulante psykiatriske behandling, vurderer man datakompletheden til at være 89% ved afslutning af patienten, dog kun 82% når der afsluttes til egen læge eller speciallæge [15].

I mail til Flemming Bjerke, kontaktperson for forsvarligpsykiatri.dk, skriver Souschef Jakob Lynge Sandegaard, Sundhedsstyrelsen: “Jeg har ingen grund til at tro at datakvaliteten er blevet markant ringere de seneste år ..”

opgørelser af udgifterne på 1,5-1,7 mia. kr!!! Under alle omstændigheder er forskellene så markante at dette burde være forklaret af præcise specifikationer af hvad Sundhedsministerens udgifter dækker over.⁵ Det skal bemærkes at Danmarks Statistiks tal har en meget høj troværdighed idet de trækkes direkte fra de offentlige regnskaber og dermed er under Rigsrevisionens kontrol.

Den oversigt over psykiatriens nettoudgifter der fremsendtes til Folketingets Sundhedsudvalg [5] har følgende kildeangivelser: "Amternes budget- og regnskabssystem (for perioden 2000-2006), Styr på regionerne 2009 (for 2007), Regnskabstal fra regionernes særlige indberetninger (for perioden 2008-2009)." Dvs. Indenrigs- og Sundhedsministerens udgiftstal er betinget af hvilke oplysninger en privat institution (Danske Regioner) finder det opportunt at definere, indsamle og offentliggøre - uanset at Indenrigs- og Sundhedsministeren med en minimal indsats (nuanceing af kontoplanen) kunne sikre sig fyldestgørende og veldefinerede tal fra Danmarks Statistik.

Konklusion: Der eksisterer ikke noget officielt overblik over hospitalspsykiatriens økonomi, hverken hvad angår udgifter eller antallet af patienter og ydelser - og der findes betydelige uoverensstemmelser. Ikke mindst er der store og uigennemskuelige forskelle i opgørelsen af udgifterne. Der er derfor behov for at der skabes et samlet overblik over psykiatriens økonomi og serviceniveau under anvendelse af eksakt definerede kategorier. Dette vil ikke være særligt bekosteligt idet Landspatientregisteret muliggør at Sundhedsstyrelsen laver automatiserede udtræk (på kvartalsniveau) af antallet af indlæggelser, varighed af indlæggelse, genindlæggelser, ambulante besøg, hjemmebesøg, sengedage, udskrivninger, behandlingsafslutninger og personer i behandling. Disse kan tilmed opdeles på voksenpsykiatri, retspsykiatri, børne- og ungdomspsykiatri samt ydelser i praksis. *Men kan altså uden videre kunne frembringe en løbende, langt mere fyldestgørende og nuanceret statistik for psykiatriske ydelser.* Hvad angår udgifterne til psykiatri er der behov en systematisk kontering inden for sundhedsvæsenet så man via Danmarks Statistiks statistikbank kan uddrage udgifterne til psykiatri. *Psykiatriudgifterne bør kunne nedbrydes i udgifter til voksenpsykiatri, retspsykiatri, børne- og ungdomspsykiatri, ambulante behandling, hjemmebesøg, privat praksis samt administration.* En sådan statistik vil gøre det muligt at følge de økonomiske konsekvenser af de omfattende ændringer der sker af psykiatrien i disse år.

Referencer

1. Danske regioner. Udviklingen i sundhedsvæsenets tilbud til sindslidende
<http://www.regioner.dk/Psykiatri/~media/2F5D37A671CF499EACDCFB0AD6A945CF.ashx>
2. Indenrigs- og sundhedsministeriet 2010. Notits om den økonomiske prioritering af psykiatrien på sundheds- og socialområdet
<http://www.ft.dk/samling/20091/almde1/suu/spm/615/svar/726199/864463/index.htm>
3. Danske regioner. Regionernes økonomi og aktiviteter på psykiatriområdet i 2008.
<http://www.regioner.dk/Psykiatri/Tal+og+fakta/~media/C44DA9EC6F6C4E799BF8DA51F750AFD6.ashx>
4. Folketingets Sundhedsudvalg 2010 svar på spørgsmål 835 vedr. senge.
<http://www.ft.dk/samling/20091/almde1/SUU/spm/835/index.htm>
5. Folketingets Sundhedsudvalg 2010 svar på spørgsmål 834 vedr. udgifter.
<http://www.ft.dk/samling/20091/almde1/SUU/spm/834/index.htm>
6. Amtrådsforeningen 2003. Psykiatriens 25 år i amterne.
7. Udgifter til hospitalspsykiatri. Danmarks Statistik.
<http://is.gd/g856Q>
8. Regneark med samtlige data og udregninger for nærværende analyse:
Openoffice:<http://is.gd/gfGJN>
Excel: <http://is.gd/gfGBD>
9. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Bilagstabeller til tal på sundhed, maj 2010.
http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Tal_og_analyser/2010/Maj/Tal%20paa%20sundhed.aspx
10. Sundhedsstyrelsen. Belægningsprocenter 1997-2008
<http://www.sst.dk/Indberetning%20og%20statistik/Sundhedsdata/Belaegningsprocenter.aspx>

⁵Privatpraktiserende psykiatere og psykologer er formentlig ikke med i udgiftstallene fra Danmarks Statistik hvilket kan forklare noget af forskellen.

11. Sundhedsstyrelsen. Nøgletal om sundhedsvæsenet, 2. kvartal 2010
<http://www.sst.dk/Indberetning%20og%20statistik/Sundhedsdata/Noegletal.aspx>
12. Sundhedsstyrelsen 2010. Anvendelse af tvang i psykiatrien.
<http://www.sst.dk/Udgivelser/2010/Anvendelse%20af%20tvang%20i%20psykiatrien%202008.aspx>
13. Sundhedsstyrelsen 2004. Projekt vedrørende datakvalitet i Landspatientregisteret
<http://www.sst.dk/~media/Indberetning%20og%20statistik/Landspatientregisteret/Kvalitet/rapport.ashx>
14. Nickelsen, Thomas. Ugeskrift for Læger 2002;164(01):33. Datavaliditet og dækningsgrad i Landspatientregisteret
http://www.ugeskriftet.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/UGESKRIFT_FOR_LAEGER/TIDLIGERE_NUMRE/2002/UFL_2002_01/UFL_2002_01_36245
15. DIPSY årsrapport 2008. Database for klinisk kvalitet i ambulant psykiatrisk behandling.
https://www.sundhed.dk/Fil.ashx?id=7533&ext=pdf&navn=DIPSY_aarsrapport_2008.pdf