



# Analyse af kapaciteten i psykiatrien



11. december 2012

# Indholdsfortegnelse

<b>1. Hovedlinjer i kapacitetsudnyttelsen i psykiatrien</b>	<b>3</b>
<b>2. Indledning</b>	<b>11</b>
2.1. Baggrund og indhold	11
2.2. Metodiske afgrænsninger og definitioner	12
<b>3. Styringspraksis og tendenser</b>	<b>15</b>
<b>4. Børne- og ungdomspsykiatrien</b>	<b>25</b>
4.1. Økonomi og personale	25
4.2. Aktivitet	29
4.3. Nøgletal	41
4.4. Produktivitet	45
4.5. Potentialer	49
<b>5. Voksenpsykiatri</b>	<b>53</b>
5.1. Økonomi og personale	53
5.2. Aktivitet	60
5.3. Nøgletal	72
5.4. Produktivitet	75
5.5. Potentialer	80
<b>6. Retspsykiatri</b>	<b>85</b>
6.1. Økonomi, personale og aktivitet i de retspsykiatriske specialfunktioner	85
6.2. Aktivitetsudviklingen for retspsykiatriske patienter	93
6.3. Potentialer	99
<b>7. Patientforløb</b>	<b>101</b>
7.1. Datagrundlag	102
7.2. Metode til beskrivelse af patientforløb	102
7.3. Patientforløb i børne- og ungdomspsykiatrien	105
7.4. Patientforløb i voksenpsykiatrien	119

# 1. Hovedlinjer i kapacitetsudnyttelsen i psykiatrien

**Analysen har på langt de fleste punkter afdækket en meget betydelig variation på tværs af regionerne, der afspejler forskelle i organisering, arbejdstilrettelæggelse, patientforløb og givetvis også patientunderlag.**

I dette indledende kapitel er der foretaget en opsummering af de afdækkede hovedlinjer i kapacitetsudnyttelsen i psykiatrien forstået som den regionale psykiatri og speciallægepraksis, mens den kommunale socialpsykiatri ikke har været omfattet af analysen.

## **Styringspraksis og tendenser**

- Den faglige og økonomiske styring inden for psykiatrien er i opbrud - fagligt blandt andet med øget indførelse af centraliseret visitation og pakkeforløb, og økonomisk med introduktion af styringsmodeller, der knytter aktivitet og økonomi tættere sammen.
- Tilsammen indebærer de igangværende og planlagte initiativer en betydelig nyorientering af den faglige og økonomiske styring med et stort potentiale for bedre kapacitetsudnyttelse.
- De intentioner, som er indlejret i initiativerne indeholder og forudsætter desuden et opgør med den traditionelle styringskultur baseret på udstrakt decentralisering og selvstyring.
- Det er Deloittes vurdering, at mulighederne for at realisere den tilstræbte forbedring af styringen ville styrkes væsentligt ved etablering af et administrationsgrundlag, der muliggør en større præcision i prissætningen af ydelser.
- Analysen viser, at den regionale psykiatri og speciallægepraksis hidtil har fungeret som overvejende parallelle systemer uden meget samarbejde og koordination.

## Børne- og ungdomspsykiatri

### Antal patienter i børne- og ungdomspsykiatrien

- Antallet af patienter er steget med 165 procent fra 2001 til 2011.
- Andelen af børne- og ungdomspopulationen i behandling i den regionale psykiatri varierer fra 0,9 procent i Region Nordjylland til 2,7 procent i Region Syddanmark. De tre øvrige regioner ligger på 1,7-2,0 procent.
- Antallet af patienter i behandling hos speciallæge per 1.000 indbyggere under 18 år varierer fra 2,3 i Region Syddanmark til 4,9 i Region Sjælland.
- Antallet af patienter per overordnet læge varierer fra 169 i Region Hovedstaden til 486 i Region Sjælland.

### Udgifter til børne- og ungdomspsykiatrien

- De samlede udgifter i den regionale børne- og ungdomspsykiatri er vokset med knap 5 procent om året i perioden 2008-2011.
- Udgifterne per patient i den regionale psykiatri varierer fra 36.000 kr. i Region Syddanmark til 68.000 kr. i Region Nordjylland. Udgifterne per patient per år i speciallægepraksis varierer fra 5.000-9.000 kr.
- Region Midtjylland anvender en betydeligt større andel af de samlede udgifter til ambulante aktiviteter end de øvrige regioner.

### Stationær aktivitet i børne- og ungdomspsykiatrien

- Antallet af sengedage per sundhedsfagligt årsværk i de stationære enheder varierer fra 69 i Region Syddanmark til 104 i Region Hovedstaden.
- Antallet af indlæggelser per 1.000 indbyggere under 18 år varierer fra 1,2 i Region Hovedstaden til 1,6 i Region Syddanmark.
- Antallet af sengedage per patient per år varierer fra 18,3 i Region Nordjylland til 46,3 i Region Hovedstaden.
- Antallet af påbegyndte indlæggelser er steget cirka 20 procent siden 2001, men har været nogenlunde konstant siden 2008.
- 3,1 procent af den samlede sengemasse blev i 2011 anvendt til færdigbehandlede patienter.

#### Ambulant aktivitet i børne- og ungdomspsykiatrien

- Antallet af ambulante besøg per 1.000 indbyggere per år varierer fra 61 i Region Nordjylland til 143 i Region Syddanmark.
- Antallet af ambulante besøg per patient per år varierer fra 4,9 i Region Sjælland til 7,2 i Region Hovedstaden og 7,4 i Region Nordjylland.
- Antallet af ambulante besøg er fordoblet siden 2001, og den årlige stigning har igennem de seneste år været på godt 10 procent.
- Antallet af ambulante ydelser per sundhedsfagligt årsværk i ambulante enheder varierer fra 226 i Region Midtjylland til 409 i Region Sjælland.
- Hver medarbejder i den ambulante regionale børne- og ungdomspsykiatri leverer i gennemsnit 1,4 ydelser per dag (ydelser består af besøg og ydelser uden besøg).
- I speciallægepraksis er det gennemsnitlige antal besøg per dag 2,7.

#### Patientforløb og -historik i børne- og ungdomspsykiatrien

- Patienterne har en længere sammenhængende behandlingshistorik i speciallægepraksis end i den regionale psykiatri. 20 procent af patienterne i speciallægepraksis har været i behandling i hvert af årene 2008-2011, mens det er 15 procent i den regionale psykiatri.
- Næsten samtlige patienter i børne- og ungdomspsykiatrien har modtaget ambulante besøg i forbindelse med deres behandling, og størstedelen af patienterne har udelukkende modtaget ambulante besøg.
- Ambulante forløb, der bliver afbrudt af et skadestuebesøg eller en indlæggelse, har en væsentlig længere varighed.
- Der er generelt stor variation i varigheden af de ambulante forløb på tværs af regionerne.

## Voksenpsykiatri (eksklusiv retspsykiatri)

### Antal patienter i voksenpsykiatrien (eksklusiv retspsykiatri)

- Antallet af patienter i den regionale psykiatri er steget med 25 procent fra 2001 til 2011. Væksten varierer fra 10 procent i Region Hovedstaden til mere end 50 procent i Region Nordjylland.
- Antallet af patienter i voksenpsykiatrien varierer fra 17 patienter per 1.000 indbyggere i Region Nordjylland til 27 i Region Syddanmark.
- Antallet af patienter i behandling i speciallægepraksis per 1.000 indbyggere varierer fra 19,4 i Region Hovedstaden til 6,9 i Region Nordjylland. Dette udligner ikke forskellene for ovenstående tal for den regionale psykiatri, snarere tværtimod.
- Antallet af patienter per overordnet læge varierer fra 162 i Region Hovedstaden til 287 i Region Nordjylland.

### Udgifter til voksenpsykiatrien (eksklusiv retspsykiatri)

- De samlede udgifter i den regionale voksenpsykiatri (eksklusiv retspsykiatri) har målt i faste priser været næsten uændrede i perioden 2008-2011.
- Region Hovedstaden anvender 60-70 procent flere kroner per indbygger til voksenpsykiatri end de øvrige regioner.
- Udgifterne per patient per år i den regionale psykiatri varierer fra 74.000 kr. i Region Hovedstaden til 41.000 kr. i Region Syddanmark. Landsgennemsnittet er 57.000 kr.
- Udgifterne per patient per år i speciallægepraksis er cirka 4.000 kr. Varierende fra cirka 3.300 i Region Sjælland til cirka 4.400 kr. i Region Midtjylland.
- Region Midtjylland anvender en relativt større andel af de samlede udgifter til ambulante aktiviteter.

### Stationær aktivitet i voksenpsykiatrien (eksklusiv retspsykiatri)

- Antallet af indlæggelser per 1.000 indbyggere per år varierer fra 15 i Region Hovedstaden til 7 i Region Nordjylland.
- Antallet af sengedage per patient per år varierer fra 27 i Region Nordjylland til 12 i Region Sjælland.
- Antallet af sengedage per medarbejder i de stationære enheder varierer fra 192 i Region Syddanmark til 151 i Region Sjælland.
- Antallet af skadestuebesøg og påbegyndte indlæggelser er steget med henholdsvis 10 og 14 procent siden 2001. Den gennemsnitlige indlæggelsestid er reduceret med op imod en fjerdedel i samme periode.
- Cirka 13 procent af den samlede sengemasse i den almene voksenpsykiatri anvendes til retspsykiatriske patienter.
- Godt 3 procent af den samlede sengemasse blev i 2011 anvendt til færdigbehandlede patienter.

#### Ambulant aktivitet i voksenpsykiatrien (eksklusiv retspsykiatri)

- Antallet af ambulante besøg per 1.000 indbyggere per år varierer fra 212 i Region Hovedstaden til 131 i Region Midtjylland.
- Antallet af ambulante besøg per patient per år varierer fra 12 i Region Hovedstaden til cirka 8 i Region Syddanmark og Region Midtjylland.
- Den ambulante aktivitet er steget med cirka 14 procent siden 2001, heraf 8 procent siden 2007.
- Hver medarbejder i den ambulante regionale voksenpsykiatri leverer i gennemsnit 2,3 ydelser per dag (ydelser består af besøg og ydelser uden besøg).
- I speciallægepraksis er det gennemsnitlige antal besøg per dag 7,7.
- Region Nordjylland har forholdsmæssigt det laveste antal patienter i behandling, samtidig med at ventelisten er under landsgennemsnittet. Region Midtjylland har det relativt største antal patienter på venteliste og tilsyneladende den laveste produktivitet.

#### Patientforløb og -historik i voksenpsykiatrien (eksklusiv retspsykiatri)

- Patienterne har en lidt længere sammenhængende behandlingshistorik i speciallægepraksis end i den regionale psykiatri.
- Op imod 10 procent af patienterne har været i psykiatrisk behandling i hvert af de seneste 10 år.
- Mere end hver fjerde af de patienter, der var i behandling i regionalt regi i 2011, har inden for de seneste 10 år også fået behandling i speciallægepraksis.
- 4 ud af 10 patientforløb er – set over en 10-årig periode – rent ambulante.
- Patientforløb, der starter ambulante, forekommer væsentlig hyppigere i de tre regioner vest for Storebælt end øst for. Det modsatte gælder for patientforløb, der starter med et skadestuebesøg.
- Der er store forskelle mellem regionerne i varigheden af patientforløb, der afsluttes ambulante.

## Retspsykiatri

### Antal patienter i retspsykiatrien

- Antallet af retspsykiatriske patienter er siden 2001 mere end tredoblet til cirka 3.900 i 2011, svarende til en stigning på 12 procent årligt over en 10-årig periode. I perioden fra 2007 til 2011 er stigningen samlet set på over 50 procent.
- Antallet af patienter i behandling per 1.000 indbyggere er på nogenlunde samme niveau på tværs af regionerne.
- En meget betydelig del af den samlede retspsykiatriske aktivitet foregår uden for de specialiserede retspsykiatriske enheder – 40 procent af sengedagene, 86 procent af indlæggelserne og 64 procent af de ambulante besøg.
- Patienterne i Region Hovedstaden og Region Sjælland har en væsentlig længere sammenhængende behandlingshistorik end i de øvrige regioner. I de to regioner har 6 ud af 10 patienter været i behandling ubrudt de seneste 5 år, og en fjerdedel af patienterne har en ubrudt historik på mere end 10 år.
- I de specialiserede retspsykiatriske afdelinger varierer antallet af patienter per læge fra 22 i Region Hovedstaden til 55 i Region Midtjylland, hvilket til dels skal ses i sammenhæng med rekrutteringsmulighederne.

### Udgifter til retspsykiatrien

- Udgifterne i de specialiserede retspsykiatriske afdelinger udgjorde i 2011 knap 800 mio. kr.
- Udgifterne per patient i de specialiserede afdelinger er endog meget forskellige – med en variation fra knap 100.000 kr. per patient i Region Syddanmark til over 500.000 kr. per patient i Region Hovedstaden og Region Sjælland. Det afspejler blandt andet, at fordelingen mellem stationære og ambulante patienter er meget forskellig.
- De samlede udgifter til retspsykiatriske patienter kan ikke gøres op for den del, der behandles i den almene voksenpsykiatri.

### Stationær aktivitet i retspsykiatrien

- Sengekapaciteten i de specialiserede retspsykiatriske afdelinger er udvidet med cirka 100 pladser inden for de senere år, og en yderligere udbygning er planlagt.
- Den gennemsnitlige varighed af indlæggelserne i de retspsykiatriske specialafdelinger er generelt høj, men varierer mellem regionerne.
- Antallet af påbegyndte indlæggelser for alle retspsykiatriske patienter under ét er steget i samme takt som antallet af patienter – det vil sige 12 procent om året i gennemsnit siden 2001.



#### Ambulant aktivitet i retspsykiatrien

- Den ambulante aktivitet for de retspsykiatriske patienter er steget med 12 procent om året i gennemsnit siden 2001. Der var 48.000 ambulante besøg i 2011.
- I Region Hovedstaden og Region Midtjylland er der cirka 20 ambulante besøg per unik ambulant patient årligt. I de øvrige regioner er det tilsvarende tal lavere end 10.
- Cirka 35 procent af de ambulante besøg udføres af de specialiserede retspsykiatriske afdelinger. Region Syddanmark skiller sig ud på dette punkt, idet andelen her er 75 procent. I Region Hovedstaden og Region Sjælland er den omvendt kun 20-30 procent.

#### Patientforløb og -historik i retspsykiatrien

- De retspsykiatriske patienter har meget langvarige behandlingsforløb.
- Den gennemsnitlige indlæggelsestid på de specialiserede retspsykiatriske afdelinger er næsten 240 dage.
- Hver anden af de retspsykiatriske patienter har været i psykiatrisk behandling i hvert af de seneste 4 år, og hver fjerde har været i psykiatrisk behandling i hvert af de seneste 10 år.

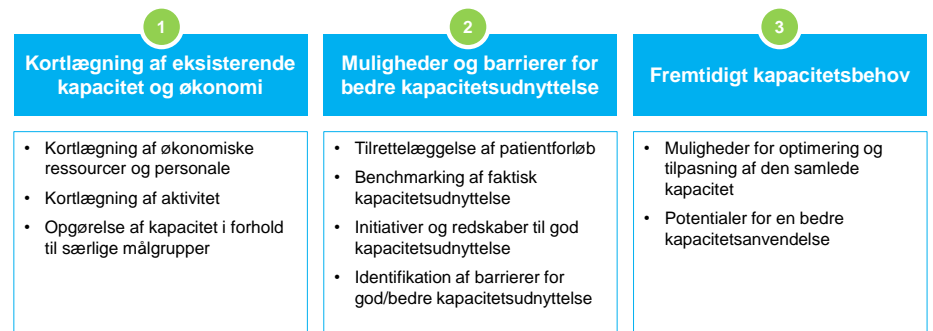
## Udvalgte centrale nøgletal for 2011

	Region Hoved- staden	Region Sjælland	Region Syddan- mark	Region Midt- jylland	Region Nord- jylland	Sikringen	Hele landet
<b>Børne- og ungdomspsykiatri</b>							
<b>Regional psykiatri</b>							
Antal personer i behandling (unikke CPR-numre)	6.107	3.513	7.123	5.092	1.106	.	22.199
Antal personer i behandling i procent af antal indbyggere (under 18 år)	1,7	2,0	2,7	1,8	0,9	.	1,8
Tilrettede driftsudgifter per indbygger, kr.	254	247	266	294	155	.	254
Tilrettede driftsudgifter per person i behandling (unikke CPR-numre), kr.	55.851	44.816	34.885	56.315	63.971	.	49.755
Årsværk, sundhedsfagligt personale	442	165	322	343	78	.	1.349
Antal patienter per overordnet læge	169	486	404	291	150	.	267
Sengekapacitet – antal disponible senge	66,9	32	44,1	49	9	.	193
Sengedage per stationært årsværk	100	93	69	96	90	.	91
Ambulante ydelser per ambulans årsværk	337	409	314	226	271	.	300
Antal ambulante ydelser per dag per sundhedsfagligt årsværk	1,6	1,9	1,5	1,1	1,3	.	1,4
<b>Speciallægepraksis</b>							
Antal aktive ydernumre	7	3	2	2	1	.	15
Antal patienter (unikke CPR-numre)	1.174	881	606	726	500	.	3.887
Antal patienter per ydernummer	168	294	303	363	500	.	259
Antal personer i behandling per 1.000 indbyggere (under 18 år)	3,3	4,9	2,3	2,5	4,0	.	3,2
Gennemsnitlige udgifter per patient	9.528	7.319	5.450	6.851	5.022	.	7.312
Antal besøg per patient	7,2	4,9	5,5	5,8	7,4	.	6,0
Antal besøg per ydernummer per dag	2,1	2,4	1,9	4,5	5,2	.	2,7
<b>Voksenpsykiatri</b>							
<b>Regional psykiatri</b>							
Antal personer i behandling (unikke CPR-numre)	32.309	12.980	25.194	19.297	7.986	.	94.336
Antal personer i behandling per 1.000 indbyggere (over 18 år)	24,0	20,3	26,9	19,8	17,5	.	21,7
Tilrettede driftsudgifter per indbygger, kr.	1.715	1.041	1.071	1.005	1.012	.	1.245
Tilrettede driftsudgifter per person i behandling, kr.	71.317	51.219	39.748	50.841	57.811	.	57.382
Årsværk, sundhedsfagligt personale	2.503	729	1.302	1.223	586	.	6.342
Antal patienter per overordnet læge	162	254	316	248	287	.	224
Sengekapacitet – antal disponible senge	964	296	471	362	230	.	2.323
Sengedage per stationært årsværk	164	151	192	174	182	.	171
Ambulante ydelser per ambulans årsværk	509	607	520	399	566	.	497
Antal ambulante ydelser per dag per sundhedsfagligt årsværk	2,4	2,9	2,5	1,9	2,7	.	2,3
<b>Speciallægepraksis</b>							
Antal aktive ydernumre	69	25	18	27	8	.	147
Antal personer i behandling (unikke CPR-numre)	26.142	10.289	8.451	9.824	3.162	.	57.868
Antal personer i behandling per 1.000 indbyggere (over 18 år)	19	16	9	10	7	.	13
Antal patienter per ydernummer	379	412	470	364	395	.	394
Gennemsnitlige udgifter per patient	3.658	3.325	4.062	4.392	4.107	.	3.807
Antal besøg per patient	4,1	3,9	1,5	4,0	11,0	.	4,1
Antal besøg per ydernummer per dag	7,4	7,6	3,4	6,9	20,5	.	7,6
<b>Retspsykiatri</b>							
<b>Regional psykiatri</b>							
Antal personer i behandling (unikke CPR-numre)	531	117	916	645	302	35	1.980
Antal personer i behandling per 1.000 indbyggere (over 18 år)	0,40	0,18	0,98	0,66	0,66	.	0,46
Tilrettede driftsudgifter per indbygger, kr.	215	96	88	207	105	175	183
Tilrettede driftsudgifter per person i behandling, 1.000 kr.	544	522	90	314	159	3.193	401
Årsværk, sundhedsfagligt personale (retspsykiatriske enheder)	290	55	104	213	64	71	797
Antal patienter per overordnet læge (retspsykiatriske enheder)	26,6	39,0	61,1	71,7	60,4	17,5	37,4
Sengekapacitet – antal disponible senge	128	23	30	83	22	30	316
Sengedage per stationære årsværk (retspsykiatriske enheder)	365	453	335	395	193	193	330
Andel af sengedage uden for retspsykiatriske enheder	46 %	73 %	63 %	21 %	34 %	34 %	40 %
Andel af ambulante besøg uden for retspsykiatriske enheder	80 %	72 %	25 %	48 %	59 %	59 %	64 %

# 2. Indledning

## 2.1. Baggrund og indhold

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse m.fl. har i august 2012 bedt Deloitte om at udarbejde en analyse af kapaciteten i psykiatrien. Formålet med analysen har været (1) at kortlægge psykiatriens kapacitet og økonomi, (2) at belyse muligheder og barrierer for en bedre kapacitetsudnyttelse og (3) at vurdere det fremtidige kapacitetsbehov. Kapacitetsanalysens tematiske indhold er sammenfattet i figuren nedenfor.



Denne rapport præsenterer hovedresultaterne af kapacitetsanalysen.

Analysen har omfattet både den regionale psykiatri og speciallægepraksis og både børne- og ungdomspsykiatrien, voksenpsykiatrien og retspsykiatrien. Derimod har analysen ikke omfattet kapaciteten i kommunernes socialpsykiatriske tilbud og samspillet mellem sidstnævnte og den regionale psykiatri. Ligeledes har psykiatriske patienters anvendelse af tilbud hos praktiserende læger kun været omfattet for så vidt angår den specifikke ydelse samtaleterapi.

Kapacitetsanalysen er gennemført inden for en meget kort tidsperiode fra medio august til ultimo oktober 2012. Grundlaget for analysen har for det første været en kvalitativ kortlægning af regionernes organisering og styringspraksis baseret på besøg i de enkelte regioner. Der er gennemført interview med de stedlige psykiatrilædelser og udvalgte afdelingsledelser inden for børne- og ungdomspsykiatrien, voksenpsykiatrien og retspsykiatrien. For det andet er der gennemført en kvantitativ analyse baseret på dels registerdata fra Landspatientregisteret og Sygesikringsregisteret, dels på økonomi- og personaledata, der er oplyst eller stillet til rådighed af regionerne.

Ambitionen med kapacitetsanalysen var fra starten at foretage en kortlægning af økonomi, personale og aktivitet 10 år tilbage i tiden. Dette er lykket

des, for så vidt angår aktivitetsopgørelserne. For økonomi og personaleresourcer har regionerne derimod ikke haft data, der modsvarer ønsket om en 10-årig analyseperiode. Det skyldes først og fremmest, at der ikke i regionerne er opbevaret oplysninger om økonomi og personale i de tidligere amter, men også at der igennem de seneste år er foretaget mange og forholdsvis omfattende organisatoriske ændringer i psykiatrien i flere af regionerne. Den tekniske implementering af disse ændringer i de administrative it-systemer er sket på en sådan måde, at det har været vanskeligt for regionerne at udlede konsistente tidsserier for økonomi og personale på underliggende organisatoriske enheder – og inden for den tidsramme, der har været for kapacitetsanalysen, har dette ikke været muligt.

Endelig har det været intentionen med kapacitetsanalysen at foretage en opdeling af økonomi og personale på ambulante og stationære funktioner. Regionernes registreringsramme giver imidlertid ikke umiddelbart mulighed for dette. Deloitte har foretaget en sådan opdeling for 2011, der hovedsageligt baserer sig på oplysninger fra regionerne, men som også i et vist omfang beror på beregningsmæssige forudsætninger. Det har ikke været muligt at føre opdeling af ambulante og stationære aktivitet tilbage til tidligere år.

Trods de nævnte begrænsninger i grunddata er det Deloitte's vurdering, at nærværende kapacitetsanalyse tilvejebringer en lang række informationer og analyser om aktiviteten og kapaciteten i psykiatrien, der ikke har foreligget tidligere. Afrapporteringen præsenterer en række overordnede aspekter af regionernes organisering og styring samt en vurdering af fremadrettede muligheder og barrierer for en bedre kapacitetsudnyttelse. Desuden præsenteres et forholdsvis bredt udsnit af resultater fra den kvantitative kortlægning, uden at der er tale om en fuldstændig beskrivelse. Dybden og bredden i afrapporteringen er således afpasset efter de rammer, der har været for projektet.

Rapporten er disponeret på følgende måde:

Kapitel 3 præsenterer en række hovedtræk ved den aktuelle styringspraksis og de tendenser, der præger den styringsmæssige udvikling af psykiatrien.

Kapitel 4-6 præsenterer analysen af kapaciteten i henholdsvis børne- og ungdomspsykiatrien, voksenpsykiatrien og retspsykiatrien.

Kapitel 7 præsenterer hovedtræk af den gennemførte analyse af patientforløb og patienthistorik. Supplerende data, herunder patientforløbsbeskrivelser for udvalgte diagnosegrupper, fremgår af bilag til rapporten.

## **2.2. Metodiske afgrænsninger og definitioner**

Kapacitetsanalysen er baseret på en række metodiske afgrænsninger og definitioner. De væsentligste afgrænsninger og definitioner for opgørelse af økonomidata fremgår af nedenstående boks.

### **Metodiske afgrænsninger og definitioner for opgørelse af økonomidata**

- Udgifterne til den regionale behandlingspsykiatri er opgjort på grundlag af de tilrettede driftsudgifter.
- Udgifterne til voksenpsykiatrien i 2011 er fordelt mellem voksen almen og retspsykiatri på baggrund af de detaljerede afdelingsregnskaber for 2011.
- Den relative fordeling af udgifter mellem stationær og ambulante behandling inden for alle tre områder (børn og unge, voksne og retspsykiatri) er estimeret efter samme metode.
- Afgrænsningen af retspsykiatri i forbindelse med estimering af udgifter såvel som personale har fulgt den organisatoriske opgavevaretagelse, så det omfatter de dedikerede retspsykiatriske afdelinger og afsnit.

De væsentligste afgrænsninger og definitioner for opgørelse af personaleresourcer fremgår af nedenstående boks.

### **Metodiske afgrænsninger og definitioner for opgørelse af personaleresourcer**

- Det samlede antal årsværk udgøres både af månedslønnet og time-lønnet personale. Eksterne vikarer kan ikke opgøres via data fra Det Fælleskommunale Løndatakontor (FLD), hvorfor udgifter til disse er oplyst separat af de enkelte regioner.
- Stillingsoplysningerne er opgjort på regionernes overenskomstområder og er yderligere udspecificeret på stillingskategorier. Kategorien øvrige består først og fremmest af administrativt personale, herunder lægesekretærer.
- For lægegruppen sondres mellem overordnede og øvrige læger. Begrebet overordnede læger omfatter læger med ledelsesansvar som afgrænset i FLD's gruppering.
- En del af personalet er ikke tilknyttet et enkelt afsnit, men er ansat på afdelingsniveau. For at kunne koble personaletdata med aktivitetsdata er der derfor foretaget korrektioner ud fra sengedata og oplysninger fra regionerne.

De væsentligste afgrænsninger og definitioner for opgørelse af aktivitetsdata fremgår af nedenstående boks.

### Metodiske afgrænsninger og definitioner for opgørelse af aktivitetsdata

- Opgørelsen af aktiviteten i psykiatrien følger generelt de afgrænsninger og definitioner, som anvendes af Statens Seruminstitut.
- Aktiviteten i psykiatrien er henført til den behandlende region og ikke til den region, som patienten er bosat i.
- Patienter, der har en ambulant kontakt, men som ikke har modtaget ambulante besøg, indgår ikke i opgørelserne.
- Aktiviteten henføres, medmindre andet er nævnt, til det sidste besøg, som den pågældende patient har haft i psykiatrien. Eksempelvis henføres en patient, der er blevet behandlet i to regioner, til den region, der har behandlet patienten sidst.
- Børne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien afgrænses ud fra patientens alder på tidspunktet for behandlingen. Patienter på 18 år eller derover henføres til voksenpsykiatrien, og patienter under 18 år henføres til børne- og ungdomspsykiatrien.
- Retspsykiatrien er afgrænset ud fra patienternes diagnoser. Patienter, der har et retsligt forhold i enten aktions- eller bidiagnose, henføres til retspsykiatrien.
- I opgørelsen af aktivitet i de enkelte år medregnes aktivitet, hvor kontakten er startet inden kalenderårets start, samt aktivitet, hvor kontakten er afsluttet efter kalenderårets afslutning.

# 3. Styringspraksis og tendenser

Deloitte har gennemført en kvalitativ kortlægning af regionernes opgavetilrettelæggelse og styringspraksis. Vi har i den forbindelse gennemgået centrale styringsdokumenter og ledelsesrapporteringer m.v., ligesom vi har gennemført interview med regionernes psykiatriledelser og ledelserne på udvalgte afdelinger inden for både børne- og ungdomspsykiatrien, voksenpsykiatrien og retspsykiatrien.

I dette kapitel fremdrages en række centrale observationer og resultater fra den kvalitative kortlægning. Der er ikke tale om en detaljeret beskrivelse af organisering og styringsmetoder m.v., men om en fokuseret fremhævelse af elementer og tendenser i styringen, som efter vores opfattelse er vigtige for forståelsen af den aktuelle styringspraksis og dens udviklingsfokus.

## Styringsmæssigt opbrud

Psykiatrien gennemgår i disse år en markant styringsmæssig udvikling og fornyelse, blandt andet under indtryk af pres på kapaciteten og forventninger om fortsat stigning i aktiviteten.

Historisk har psykiatrien været præget af en decentral og delvist autonom styringskultur, hvor ledelserne i de enkelte afdelinger har haft en udstrakt frihed til at tilrettelægge opgavevaretagelsen selvstændigt, og hvor de enkelte læger i høj grad har været selvledende. Der har ikke på samme måde som i somatikken været tradition for aktivitets- og takststyring, men dette er i alle regionerne et forhold, der er under forandring, jf. nedenfor. Psykiatrien har desuden været – og er det fortsat – kendetegnet ved, at der blandt læger og på tværs af organisatoriske enheder kan være varierende opfattelser af, hvilken behandling der er den rette for sammenlignelige patienter. Der er en bred erkendelse blandt regionernes psykiatriledelser af, at manglende faglig konsensus i sammenhæng med en decentral styringskultur har medført, eller i hvert fald muliggjort, en stor variation i behandlingspraksis, der ikke har været tilsigtet. Dette indebærer også, at der har været mulighed for tilsvarende forskelle i produktivitet og kapacitetsudnyttelse. I tilknytning hertil viser analysen, at regionernes administrative styringsgrundlag ikke – eller kun delvist – har været understøttende for at sikre transparens omkring sådanne forskelle i hverken planlægnings- eller opfølgningssammenhæng. Dette hænger snævert sammen med, at styringsgrundlaget ikke giver mulighed for at koble ressourceforbrug og aktivitet på detaljeret organisatorisk niveau, jf. senere.

Analysen viser, at der i regionerne er igangsat en række initiativer, der har potentiale til at styrke den faglige og økonomiske styring markant. Nogle af disse initiativer er allerede indført, mens andre er under indfasning eller planlægning. En række af de væsentligste initiativer omfatter:

- Aktivitetsstyring, der knytter ressourceanvendelse og aktivitet tættere sammen.
- Indførelse af pakkeforløb fra 1. januar 2013.
- Centralisering af visitationen.
- Større fokus på organisatorisk og faglig specialisering.
- Specialuddannelser for psykologer og sygeplejersker.
- Mulighed for, at regionerne kan disponere over dele af kapaciteten i speciallægepraksis.
- Tættere integration af de psykiatriske behandlingstilbud med de somatiske, herunder ikke mindst i tilknytning til de kommende års omfattende sygehusbyggerier.

Tilsammen indebærer disse initiativer en betydelig nyorientering af den faglige og økonomiske styring. Såfremt initiativerne realiseres, rummer de potentiale til et markant opbrud i den hidtidige styringspraksis inden for psykiatrien, i stil med det der har fundet sted i andre dele af sundhedsvæsnet.

Mulighederne for fremadrettet at forbedre kapacitetsudnyttelsen i psykiatrien skal således ses i sammenhæng med realiseringen af blandt andet de nævnte initiativer. Analysen viser, at psykiatriledelserne i regionerne samstemmende har en forventning om, at bedre styring rummer et stort potentiale for faglig harmonisering og økonomisk effektivisering. Samtidig er der stor bevidsthed om, at de intentioner, der er indlejret i initiativerne, indeholder og forudsætter et opgør med den traditionelle styringskultur baseret på udstrakt decentralisering og selvstyring. Det er sandsynligt, at en sådan kulturforandring nogle steder vil møde modstand og/eller kræve en vedholdende ledelsesmæssig indsats over en længere årrække.

Det er Deloitte's vurdering, at regionerne med ovenstående initiativer har igangsat et omfattende udviklingsprogram, der rummer et stort potentiale for at forbedre kapacitetsudnyttelsen. Det er dog samtidig vores vurdering, at der supplerende er behov for en forbedring af det administrative styringsgrundlag, der baseret på blandt andet registreringer og/eller måling af tidsanvendelsen giver mulighed for at koble økonomi og aktivitet langt tættere end hidtil, jf. nedenfor.

### **Aktivitets- og produktionsstyring**

I alle regionerne indgås der årligt aftaler, der fastsætter rammerne for det kommende års indsats og aktiviteter. Aftalerne indgås overordnet mellem direktionen og/eller regionsrådet og psykiatriledelsen og nedbrydes i aftaler mellem psykiatriledelsen og de forskellige afdelings- og sektorledelser. Det er således alle steder praksis, at der sammen med budgettildelingen formuleres



måltal for aktiviteten, for eksempel udtrykt som antal udskrivninger, antal behandlede, antal ambulante ydelser m.v. Det er ligeledes hovedreglen, at der i forbindelse med denne sammenkobling af økonomi og produktionsmål er indbygget krav om årlige produktivetsforbedringer, typisk i størrelsesordenen 2-3 procent årligt.

Denne form for opstilling af aktivitetsmål i tilknytning til budgettet er generelt indført inden for de senere år, det vil sige efter regionsdannelserne. Det er Deloitte's vurdering, at den væsentligste effekt heraf indtil nu har været, at princippet om styring ud fra aktivitetsmål er blevet forankret i organisationerne, og at der på afdelingsniveau er opnået et større ledelsesfokus på at realisere aktivitetsmålene. Dette er i sig selv et væsentligt resultat og en forudsætning for videreudvikling af aktivitetsstyringen.

Regionerne påpeger, at der er et stigende fokus på kvalitet som styringsparameter i psykiatrien, eksempelvis har pakkeforløbene også til formål at sikre en større ensartethed af kvaliteten på tværs af afdelinger og regioner.

Det er samlet set vores indtryk, at aktivitetsstyringen endnu har et forholdsvis lavt modenhedsniveau, men samtidig at der aktuelt er stort fokus på at udvikle den. Der er – med Region Syddanmark som væsentligste undtagelse – endnu ikke indført automatiske mekanismer, hvor budgettet reguleres i forhold til graden af målopfyldelse. I nogle regioner foretages dog diskretionære vurderinger (baseret på forudgående dialog) af, om eksempelvis underopfyldelse af aktivitetsmål skal give anledning til nedregulering af budgettet – og der er eksempler på, at dette er sket.

Vurderingen af, at der aktuelt er tale om et forholdsvis lavt modenhedsniveau beror særligt på tre – indbyrdes sammenhængende – forhold, der efter vores vurdering med fordel kan tænkes ind i den igangværende udvikling:

- For det første er der generelt ikke endnu etableret robuste modeller for sammenkobling af aktivitetsmål og tildeling af ressourcer, for eksempel i form af taxamater- eller takstmodeller. Det blev dog i 2006 gjort obligatorisk at registre en række ambulante psykiatriske ydelser med tilhørende obligatorisk registrering af tidsforbruget ved den enkelte ydelse. På baggrund heraf er der siden 2008 udarbejdet vejledende ambulante psykiatritakster. Tilsvarende er der udarbejdet vejledende stationære psykiatritakster.
- For det andet er prissætningen af de forskellige ydelser præget af usikkerhed, blandt andet fordi der ikke foreligger opdateret viden om tidsanvendelsen og dermed ressourceforbruget i forhold til forskellige typer ydelser. Region Syddanmark tager i denne forbindelse afsæt i de vejledende DRG-/DAGS-takster for psykiatrien, mens de øvrige regioner med henvisning til, at disse takster er usikre og ufærdige, har afstået fra dette.
- For det tredje er regionerne generelt søgende i forhold til, hvilke typer aktiviteter der bør være omfattet af takststyringen, samt i forhold til

vægtningen af delaktiviteter. I den forbindelse er der i forhold til særligt det ambulante område to væsentlige problemstillinger.

Den ene er, at en lang række fagligt velbegrundede aktiviteter ikke tæller med i aktivitetsopgørelserne – dette omfatter for eksempel transporttid i distriktpsychiatrien og i de opsøgende team, tværfaglige besøg, faglig uddannelse, pårørendesamtaler samt kontakt med praktiserende læger og kommuner m.fl.<sup>1</sup> Hvis aktivitetsstyringen alene rettes imod de aktiviteter, der indeholder direkte patientkontakt, kan der opstå et ikke-tilsigtet incitament til at nedprioritere disse delaktiviteter.

Den anden er, at der ikke (endnu) er et robust grundlag for fastsættelse af normtal for produktionen på hverken afdelings-/afsnitsniveau eller på medarbejderniveau. Regionerne har i forbindelse med analysen udtrykt interesse for at få bedre viden om – herunder fra andre regioner – hvad der kan betragtes som rimelige normtal ud fra en afvejning af samtidige hensyn til produktivitet og faglig kvalitet.

### **Ydelsesregistrering, normtal og balanceret fastsættelse af aktivitetsmål**

Indførelse af incitamentskorrekte takststyringsmodeller rummer særligt på det ambulante område en række væsentlige problemstillinger i relation til ydelsesregistrering og fastsættelse af normtal.

Især i børne- og ungdomspsykiatrien er det den generelle opfattelse, at den formelle ydelsesregistrering ikke giver et dækkende billede af aktiviteten, idet eksempelvis forældresamtaler, skal registreres under ambulante besøg uden kontakt, men ikke medregnes som produktion i regionerne.

Regionerne anvender blandt andet på den baggrund en bredere ydelsesafgrænsning for at kompensere for dette, jf. nedenfor. Ud fra de gennemførte interview med afdelingsledelser i regionerne er det dog Deloitte's vurdering, at den aktuelle praksis for fastsættelse af baselineaktiviteten kun delvist lykkes med dette. Der synes i flere regioner at være mulighed for, at afdelingerne kan realisere aktivitetskravene ved at flytte ressourcer fra ikke-tællende aktiviteter til ydelser, der medregnes i produktionsopgørelsen – og at denne mulighed udnyttes.

- I Region Hovedstaden omfatter opgørelsen af baseline for aktiviteten en sammensætning af (1) antallet af ambulante besøg, (2) antal sengedage, (3) antal udskrivinger og (4) antal skadestuebesøg. Der anvendes dog i børne- og ungdomspsykiatrien en bredere afgrænsning, der også omfatter ydelser uden besøg.
- I Region Syddanmark anvendes de vejledende DRG-takster som grundlag for fastsættelsen af aktivitetsmålene (baselineproduktion). Regionen er den eneste, der opererer med en automatisk regulering af budgettet i forhold til merproduktion/mindre produktion. Denne symmetriske regulering gælder for det ambulante område, og der er ikke fastsat et loft for meraktiviteten. Region Syddanmark har siden 2007 haft den næststørste stigning i antallet af ambulante besøg blandt de fem regioner.
- I Region Sjælland baseres fastsættelsen af aktivitetsmål på (1) antal ambulante besøg og (2) antal udskrivinger.
- I Region Midtjylland har aktivitetsstyringen indtil 2011 været baseret på tre overordnede aktivitetsmål, nemlig (1) antal ambulante besøg, (2) antal personer i kontakt (unikke CPR-numre) og (3) 90 procent belægning på sengeafsnit omregnet til antal sengedage. Fra 2012 er der introduceret yderligere to aktivitets-

---

<sup>1</sup> Ydelserne "Samtale med pårørende" og "Kontakt med anden myndighed" skal dog indberettes i forbindelse med "ambulante ydelser uden besøg".

mål, nemlig (4) udgifter per behandlet patient og (5) behandlede patienter per årsværk.

- I Region Nordjylland anvendes følgende aktivitetsmål i forbindelse med fastsættelsen af aktivitetskrav: (1) antal sengedage, (2) antal ambulante besøg og (3) antal patienter (unikke CPR-numre).

Der er som noget meget væsentligt et stigende fokus i regionerne på fastsættelse af og opfølgning på normtal for antal ambulante besøg/ydelser per behandler per dag. Region Sjælland opererer aktuelt med et normtal på 4 ambulante ydelser per dag per behandler, hvilket danner grundlag for fastsættelse af måltal for de forskellige enheder. Der er forventninger om at kunne øge dette måltal over tid, blandt andet med afsæt i tiltag rettet mod mere hensigtsmæssig arbejdstilrettelæggelse, der flere steder har fokus på lean.

I andre regioner, herunder Region Syddanmark og Region Hovedstaden, er aktivitetskravene fastsat med udgangspunkt i lavere normtal på 2-2½ ambulante besøg per behandler per dag. Det er dog usikkert, om disse forskellige normforudsætninger er sammenlignelige på tværs af regioner.

Det er Deloittes vurdering, at den hidtil pragmatiske og dialogorienterede tilgang til vurdering af budgetreguleringer har været hensigtsmæssig, men at der fremadrettet kan være grund til at overveje mere regelbaserede reguleringsmekanismer, i takt med at fundamentet for aktivitetsstyringen forbedres.

Det er samtidig vores opfattelse, at der er et stort behov for en sådan videreudvikling af grundlaget for aktivitetsstyring, eventuelt baseret på egentlige interne takster. En mulighed er at tage afsæt i de allerede eksisterende vejledende takster for psykiatrien med henblik på en kvalificering af taksterne i forhold til at afspejle de nuværende omkostningsstrukturer. Dette kan bidrage til at, aktivitetsstyringen et skridt videre fra fastsættelse af marginale produktivetskrav ud fra de seneste års produktion til styring ud fra aktivitetsnormer, for eksempel antallet af ambulante ydelser per årsværk per tidsenhed.

Indførelsen af pakker vil kunne bidrage til den fortsatte udvikling af styringen af kvaliteten af behandlingen samt aktiviteten per enhed og behandler. Dette skal ses i sammenhæng med, at pakkerne vil være drivende for en harmonisering af behandlingsindsatsen og for et større fokus på afslutning af forløb.

## **Registrering og administrativt styringsgrundlag**

Regionerne har således sat styring på dagsordnen. Kortlægningen viser imidlertid, at der ikke aktuelt er etableret et tilstrækkeligt fundament for den faglige og økonomiske styring, som modsvarer ambitionerne om en mere professionel styring – hverken i forbindelse med planlægningen eller den løbende opfølgning. Det er desuden Deloittes indtryk, at der ikke i tilstrækkelig grad er fokus på etableringen af et sådant fundament.

Der mangler grundlæggende et overblik over, hvad ressourcerne anvendes til. Det gælder samlet set, i de enkelte afdelinger, afsnit og team samt på medarbejderniveau. Personaleressourcerne er i psykiatrien langt den væsentligste produktionsfaktor, og en professionaliseret styring af afviklingen af aktiviteter er derfor næsten synonymt med styring af personaleressourcerne. Der er imidlertid ikke i dag overblik over personalets tidsanvendelse på ambulante og stationære aktiviteter endside over ressourceforbruget i forhold til forskellige patientgrupper og ydelsestyper. Der er ikke i psykiatrien – og i

sundhedsvæsnet mere generelt – tradition for tidsregistrering eller andre former for måling af tidsanvendelsen. Det er imidlertid efter Deloitte's vurdering helt afgørende for mulighederne for at etablere reel aktivitets- og produktionsstyring, at tidsanvendelsen bliver mere velbelyst, og at dette sker via registreringer (evt. blot af periodisk karakter), der giver mulighed for opfølgning.

### **Samspil mellem principper for opgørelse af aktiviteter og tilrettelæggelse af aktiviteter**

Principperne for opgørelse af aktivitet for sygehusdelen af psykiatrien følger den almene tilgang hertil, hvor det er den direkte kontakt med patienten ved fremmøde eller udgående besøg, der er kriteriet for, at denne kan medtælles som en ambulans kontakt. På tværs af de gennemførte interview er det indtrykket, at dette princip har indvirkning på den faktiske tilrettelæggelse af dele af kontaktoverfladen til patienterne. Der er således i en række af interviewene peget på, at man er tilbageholdende med at anvende telefoniske kontakter til patienterne, da disse ikke medtælles i aktivitetsopgørelserne. I stedet lægges der vægt på, at patienterne møder op, selvom telefonisk kontakt kunne have været tilstrækkelig. Disse principper for opgørelse af ambulans aktivitet er også nævnt som en mulig umiddelbar barriere for udbredelse af telepsykiatri.

Der kan således være behov for at se nærmere på, om det valgte princip for opgørelse af aktiviteten er hæmmende for udviklingen af en mere effektiv arbejdstilrettelæggelse, harmonisering via pakkeforløb og central(iseret) visitation.

Regionerne er som tidligere nævnt opmærksomme på, at den hidtidige styringskultur har medført en forholdsvis stor og uhensigtsmæssig forskellighed i faglig praksis på tværs af organisatoriske enheder og mellem enkeltlæger. Serviceniveauet er så at sige i for høj grad blevet fastlagt af den enkelte læge.

Regionerne arbejder aktuelt med to væsentlige initiativer, der blandt andet tilsigter at skabe større ensartethed i behandlingspraksis, nemlig centralisering af visitationen og indførelse af pakkeforløb, der har til formål at sikre en mere ensartet udredning og behandling af høj kvalitet for udvalgte patientgrupper. En centralisering af visitationen vil kunne betyde, at udrednings- og behandlingsindsatsen igangsættes ud fra ensartede kriterier og fælles retningslinjer for, hvilke faggrupper der varetager hvilke opgaver. Pakkeforløbene vil tillige kunne understøtte et større fokus på at få afsluttet forløbene. Begge initiativer er som udgangspunkt fagligt begrundede, men rummer også et væsentligt potentiale for effektivisering. Initiativerne er desuden sammenhængende, da det implicit er en forudsætning for indførelse af pakkeforløb, at der etableres en form for central(iseret) visitation.

I forhold til centralisering af visitationen har regionerne forskellige overvejelser, og nogle regioner er længere fremme i planlægningen end andre. Region Midtjylland planlægger således at indføre en i princippet fuld centralisering

af visitationen inden for kort tid, mens der i andre regioner i højere grad tænkes i retning af en samling på afdelings- eller centerniveau.

Perspektiverne ved en centralisering af visitationsfunktionen er – ud over større ensartethed – blandt andet, at det vil være lettere for de praktiserende læger at henvise patienter til det rette sted, og at kapaciteten kan udnyttes mere effektivt og fleksibelt. Det sidste forudsætter blandt andet, at der samtidig skabes større gennemsigthed omkring forskelle i kapacitetspres mellem afdelinger og behandlere.

Den planlagte indførelse af pakkeforløb i psykiatrien er et resultat af en aftale mellem alle regionerne. Der er foreløbigt udarbejdet ni forløbspakker, primært for ambulante ydelser til ikke-psykotiske patienter, til planlagt implementering fra 1. januar 2013. Det er tanken efterfølgende at udbrede forløbspakkerne til de resterende affektive lidelser og derefter til psykoseområdet.

Analysen viser, at regionerne på kortlægningstidspunktet endnu var i en meget tidlig fase af implementeringsplanlægningen, og det er Deloittes vurdering, at målsætningen om implementering fra 1. januar 2013 fremstår ambitiøs.

### **Fokus på optimering af arbejdsprocesser**

De gennemførte interview har afdækket et betydeligt fokus på en generel optimering af arbejdsprocesser, såvel dem, der er knyttet til selve behandlingsforløbene, som dem, der er knyttet til omkringliggende arbejdsopgaver. Disse initiativer er i overvejende grad knyttet til en indarbejdelse af lean-tankegangen som en integreret del af de enkelte enheders arbejdsform med sigte på at understøtte en vedvarende fokusering på forbedring – og ikke blot på enkeltstående projektbaserede initiativer. Flere af de interviewede personer har berettet om gode resultater herved, samtidig med at de har henledt opmærksomheden på, at det vil kræve en varig indsats at fastholde de opnåede resultater og opnå yderligere resultater.

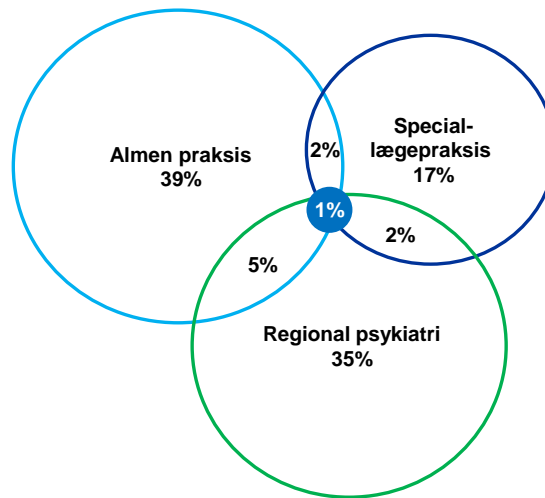
I sammenhæng hermed er der i et par af regionerne peget på praktiske it-mæssige barrierer i forhold til realisering af mere effektive arbejdsprocesser på området, herunder blandt andet knyttet til tværgående kalenderstyring, udrulning af forløb, herunder til individuelle kalendere, samt understøttelse af daglig planlægning for medarbejdere, der er mobile, og som derfor ikke har adgang til fast kontorarbejdsplads.

### **Speciallægepraksis – et parallelt system**

Det er kendetegnende for det psykiatriske område, at delsektorerne fungerer som overvejende parallelle systemer. Det gælder ikke mindst den regionale psykiatri og speciallægepraksis, hvor der stort set ikke har været noget samspil hidtil. Dette billede understreges af fordelingen af unikke patienter på

tværs af sektorerne, som viser, at der kun er små overlap (fællesmængder) mellem sektorerne inden for et kalenderår.<sup>2</sup>

**Figur 1. Fordeling af unikke patienter på regional psykiatri, speciallægepraksis (psykiatere) og almen praksis (samtaletterapi-ydelser), 2011**



Kilde: Landspatientregisteret og Sygesikringsregisteret.

Regionerne har ikke hidtil haft indflydelse på aktiviteten i speciallægepraksis ud over beslutning vedrørende antallet af ydernumre. Analysen viser, at der ikke mellem regionerne og speciallægerne er etableret samarbejds- eller koordinationsfora. Henvielse af patienter til speciallægepraksis sker via de praktiserende læger, og der foretages ikke nogen registrering af diagnoser eller henvisningsårsager. Internt i regionerne varetages relationen til speciallægerne primært via sundhedsafdelingerne. På den baggrund er det for de regionale psykiatrilædelser – ifølge deres egne udsagn i de gennemførte interview – dårligt belyst, hvilken aktivitet der finder sted i speciallægepraksis.

Ved den seneste overenskomstfornyelse med speciallægerne er der åbnet mulighed for, at regionerne fremadrettet kan disponere over op til 20 procent af kapaciteten i speciallægepraksis. Det er en mulighed, som alle regioner synes indstillet på at benytte, og det er under overvejelse, hvordan det bedst kan ske.

Kapacitetsanalysen omfatter en kvantitativ kortlægning af aktiviteten i speciallægepraksis, men Deloitte har ikke gennemført interview med ydere fra denne sektor. Vi har derfor ikke et sikkert grundlag for at vurdere mulighederne for en samlet set bedre kapacitetsudnyttelse via andre aftaleformer og arbejdsdeling mellem speciallægepraksis og den regionale psykiatri. Det kan konstateres, at regionerne ikke anser en udvidelse af praksissektoren som en relevant mulighed, dels fordi indsigt og styringsmuligheder som nævnt er begrænset, dels fordi flere læger i praksissektoren en til en vil reducere ka-

<sup>2</sup> Graden af overlap opdelt på voksenpsykiatri og børne- og ungdomspsykiatri samt forskellen mellem regionerne fremgår af kapitel 4 og 5.

paciteten i det regionale system, hvor knaphed på speciallæger i forvejen opleves som den alvorligste kapacitetsbegrænsning.

Det er imidlertid Deloittes vurdering, at det vil være relevant at undersøge, om speciallægepraksis vil kunne bidrage til at forbedre kapacitetsudnyttelsen og i givet fald under hvilke forudsætninger. Den gennemførte kapacitetsanalyse indikerer, at produktiviteten muligvis er højere i praksissektoren end i den regionale psykiatri. Det kan således opgøres, at antallet af patienter per yder i praksissektoren i 2011 var 394 for voksenpsykiatri og 259 for børne- og ungdomspsykiatri mod godt 170 patienter per læge i den ambulante regionale voksenpsykiatri og 104 patienter per læge i den ambulante regionale børne- og ungdomspsykiatri. Patientgrupperne i de to systemer er ikke umiddelbart sammenlignelige, og derfor kan der heller ikke drages sikre konklusioner alene ud fra disse tal. På den ene side er det sandsynligt, at patienterne i den regionale psykiatri gennemsnitligt er tungere (mere behandlingskrævende) lige som lægerne har andre forpligtelser i forhold til ledelse, registrering og uddannelse mv. Omvendt varetages en betydelig del af de ambulante besøg i den regionale psykiatri af andre faggrupper end lægerne.<sup>3</sup> Det kan imidlertid ikke uden videre afvises, at tallene til dels er udtryk for en produktivitetsskel. Det er Deloittes vurdering, at incitamentsstrukturerne kan tilsige, at produktiviteten i praksissektoren er højere end i den regionale psykiatri.

Analysen viser desuden, at en gennemsnitlig ambulant patient i den regionale psykiatri i 2011 kostede cirka 25.000 kr., mens en gennemsnitlig patient i speciallægepraksis kostede under 4.000 kr. Denne forskel er så stor, at det efter Deloittes vurdering i det mindste vil være relevant at foretage en nærmere undersøgelse af, om praksissektoren – eller etablering af friklinikker – for nogle dele af den regionale ambulante aktivitet kunne være et mere omkostningseffektivt alternativ.

## **Samarbejdet med kommuner og praktiserende læger**

Kapacitetsanalysen har ikke omfattet kommunernes socialpsykiatriske tilbud. Økonomi, personaleressourcer og aktivitet i denne sektor belyses således ikke i rapporten, og der er ikke gennemført interview med kommunerne. I forbindelse med regionsbesøgene har interviewene dog berørt visse aspekter af samarbejdet mellem regionerne og kommunerne.

Samarbejdet med kommunerne har stor betydning for den regionale psykiatri. De kommunale tilbud er på en række områder substituerende i forhold til de regionale både for den ambulante og stationære aktivitet. Der er i de gennemførte interview blandt andet peget på udfordringer i forhold til misbrugere med dobbeltdiagnoser, hvor arbejdsdelingen med kommunerne efter kommunalreformen opleves som uklar og med en iboende risiko for uhensigtsmæssige patientforløb. Flere regioner har peget på, at der over for disse og andre patientgrupper ikke er en entydig arbejdsdeling mellem en række af de

---

<sup>3</sup> Hvis psykologerne tælles med, reduceres det nævnte antal patienter per læge (fagperson) i voksenpsykiatrien fra 170 til godt 90.

ambulante aktiviteter, særligt i distriktpspsykiatrien, og kommunale tilbud som for eksempel bostøtte. Det har dog som nævnt ligget uden for rammerne af nærværende analyse at foretage en nærmere undersøgelse heraf.

På børne- og ungdomsområdet er der peget på mulige afledte problemstillinger knyttet til kommunernes inklusionsindsats på skoleområdet og kvalitet og karakter af kommunernes egne tilbud til udsatte unge. Der ses således en tendens til, at udviklingen på disse områder kan skubbe flere børn og unge over til børne- og ungdomspsykiatrien.

Inden for børne- og ungdomsområdet er der i øvrigt stor tilfredshed med kommunernes henvisninger. De opleves som væsentlig bedre til at henvise sammenlignet med praksissektoren, som ikke er lige så grundige til at dokumentere/begrunde henvisningerne. Der er således peget på en betydelig større (foreløbig) afvisning af børn og unge, der er henvist af praktiserende læger, end af børn og unge, der er henvist af kommunerne.

I samarbejdet mellem regionerne og de praktiserende læger er der blandt andet interesse for og fokus på udvikling af shared care-forløb. Regionernes opfattelse er, at flere aktiviteter i forhold til kontrol og opfølgning med fordel kan foretages i praksissektoren. Deloitte's indtryk er dog, at operationaliseringen af sådanne samarbejdsformer endnu er varierende og usystematisk.

I forhold til praksissektoren (og kommunerne) fremstår det herudover som en væsentlig problemstilling, at der synes at være en gruppe af patienter, der så at sige falder mellem sektorerne. Det er patienter, der henvises til behandling af de praktiserende læger, men som afvises af regionerne. Bortset fra Region Syddanmark er det praksis i regionerne, at den første visitation af patienterne sker på baggrund af de praktiserende lægers henvisninger. En forholdsvis høj andel af disse – op imod en fjerdedel – afvises, fordi regionerne ikke vurderer, at de pågældende patienter falder inden for den regionale psykiatris målgruppe. Denne andel har været forholdsvis konstant igennem en årrække. Det er efter Deloitte's vurdering ikke udtryk for en hensigtsmæssig ressourceanvendelse, at afvisningsprocenten er så høj. Region Syddanmark har på dette punkt anlagt en anden strategi. Regionen ser som udgangspunkt alle henviste patienter og afslutter tidligst patienten efter første samtale.



## 4. Børne- og ungdomspsykiatrien

Kortlægningen af børne- og ungdomspsykiatrien omfatter det økonomiske og personalemæssige ressourceforbrug samt behandlingsaktiviteten i den regionale behandlingspsykiatri og praksissektoren.

Fremstillingen af den regionale behandlingsaktivitet dækker perioden 2001-2011 og er opdelt på henholdsvis ambulante og stationære tilbud. Økonomi og personaleressourcerne har kunnet opgøres på detaljeret niveau for perioden 2008-2011. Herefter følger opgørelser af nøgletal og produktivitet opgjort for 2011 baseret på en sammenstilling af økonomiske og personalemæssige ressourcer med aktiviteten.

Den børne- og ungdomspsykiatriske aktivitet er som udgangspunkt afgrænset til at omfatte udrednings- og behandlingsydelse til 0-17-årige børn og unge. De børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger har dog i flere af regionerne et behandlingsansvar for indbyggere over 18 år på visse specialfunktioner som for eksempel spiseforstyrrelser. I de dele af kapitlet, hvor produktivitet og nøgletal opgøres på tværs af regionerne, anvendes derfor alle patienter.

Kapitlet afsluttes med potentialevurderinger for børne- og ungdomspsykiatrien.

### 4.1. Økonomi og personale

#### Økonomi

De samlede udgifter til børne- og ungdomspsykiatrien udgjorde i 2011 godt 1,1 mia. kr. på landsplan. Udgifterne har været støt stigende gennem de seneste år – 4,7 procent per år i gennemsnit siden 2008 – hvilket især kan forklares med øgede og permanentgjorte satspuljemidler. Opgjort i 2011-priser blev der alene i satspuljeforliget for 2008 afsat godt 20 mio. kr. til udvidede rettigheder i børne- og ungdomspsykiatrien. I 2011 var tallet steget til godt 200 mio. kr.

Som det fremgår af nedenstående tabel 1, har den årlige vækst i driftsudgifterne i perioden imidlertid været forskellig fra region til region. Mens Region Hovedstaden og Region Syddanmark har haft en årlig vækst på cirka 7 procent, har væksten i Midtjylland været blot 0,3 procent.

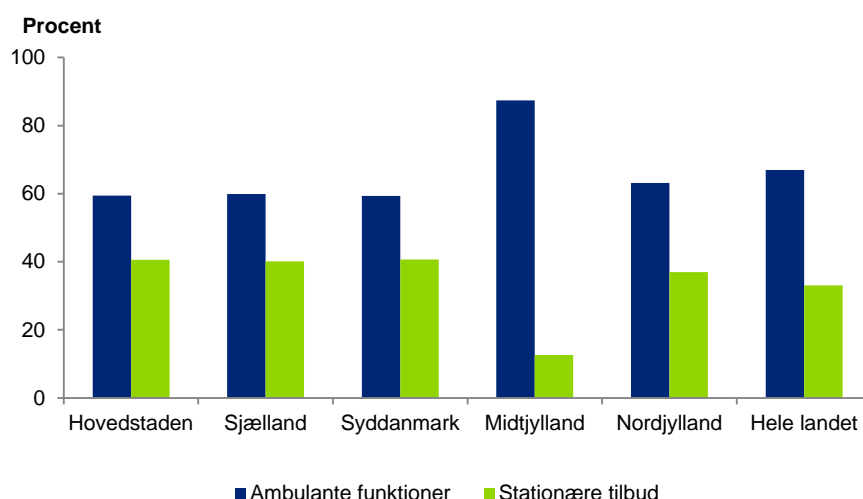
**Tabel 1. Tilrettede driftsudgifter for børne- og ungdomspsykiatrien, 1.000 kr., 2008-2011, 2011-PL**

	2008	2009	2010	2011	Gennemsnitlig årlig stigning, 2008-2011, procent
Region Hovedstaden	275.067	323.556	322.016	341.085	7,4
Region Sjælland	139.224	150.829	158.084	157.438	4,2
Region Syddanmark	203.115	224.338	238.420	248.489	7,0
Region Midtjylland	284.249	286.611	280.339	286.755	0,3
Region Nordjylland	60.341	71.387	74.597	70.752	5,4
Hele landet	961.996	1.056.720	1.073.455	1.104.519	4,7

Kilde: Sundhedsstyrelsen, tilrettede driftsudgifter på baggrund af sygehusenes regnskabsindberetninger.

Anmærkning: De børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger har i varierende omfang ansvar for patienter, der er ældre end 18 år. For eksempel varetager B&U-psykiatrien i Region Midtjylland behandlingen af alle patienter med spiseforstyrrelser, uanset alder.

De behandlingsrettede udgifter i børne- og ungdomspsykiatrien vedrører i overvejende grad ambulante tilbud. Som det fremgår af figur 2, er udgifterne på landsplan estimeret til at være fordelt med to tredjedele til ambulante funktioner, mens cirka en tredjedel vedrører stationære behandlingstilbud. Det fremgår endvidere, at især Region Midtjylland har en høj udgiftsandel for de ambulante funktioner.

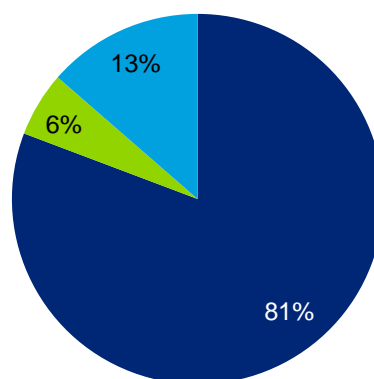
**Figur 2. Fordeling af behandlingsrettede udgifter mellem ambulante og stationære tilbud i børne- og ungdomspsykiatrien, procent, 2011**

Kilde: Deloitte's beregninger på grundlag af regionernes afdelingsregnskaber i psykiatrien.

Størstedelen (godt 80 procent) af udgifterne vedrører lønninger. Ud fra en kapacitetsbetragtning er personalet dermed den helt afgørende ressource i børne- og ungdomspsykiatrien.

Udgifterne til varekøb er derimod relativt små. Det omfatter eksempelvis regionernes køb af medicin samt materiale- og aktivitetsudgifter m.v. Udgifterne til tjenesteydelser er cirka dobbelt så høje som udgifterne til varekøb. Køb af tjenesteydelser omfatter eksempelvis køb af behandlinger mellem regionerne og eksterne vikarydelser m.v.

**Figur 3. Fordeling af udgifter i børne- og ungdomspsykiatrien til lønninger, varekøb og tjenesteydelser, 2011**



■ Lønninger ■ Varekøb ■ Tjenesteydelser

Kilde: Sundhedsstyrelsen, tilrettede driftsudgifter på baggrund af sygehusenes regnskabsindberetninger.

## Personale

Det samlede personale i børne- og ungdomspsykiatrien udgjorde i 2011 1.727 årsværk, hvilket er lidt højere end i 2009, men lidt lavere end i 2010. Det faldende personaleforbrug i 2011 indikerer, at de besparelser og effektiviseringer, som regionerne gennemførte dette år, også kan have haft betydning for børne- og ungdomspsykiatrien.

**Tabel 2. Personaleanvendelse i børne- og ungdomspsykiatrien, antal årsværk og procent, 2009-2011**

	Overordnede læger	Øvrige læger	Psyko- loger	Sygeplejersker	SOSU- assisten- ter	Social- rådgivere	Pæda- goger	Fysio-/ ergote- rapeuter	Andet perso- nale	I alt
<b>Antal årsværk</b>										
2009	75	161	246	423	71	67	228	36	397	1.705
2010	82	196	244	448	77	64	217	35	435	1.798
2011	84	191	241	465	75	59	198	36	378	1.727
<b>Relativ fordeling (procent)</b>										
2009	4	9	14	25	4	4	13	2	23	100
2010	5	11	14	25	4	4	12	2	24	100
2011	5	11	14	27	4	3	11	2	22	100

Kilde: Personaleoplysninger fremsendt af regionerne baseret på udtræk fra Det Fælleskommunale Løndatakontor (FLD) og Silkeborg Data. Personaleoplysningerne er opgjort for maj 2011.

Anmærkning: Opgørelsen omfatter børne- og ungdomspsykiatriske afsnit.

Opgørelserne for 2009 og 2010 er forbundet med en vis usikkerhed, særligt vedrørende *andet personale*, da det ikke har været muligt fuldt ud at henføre personaleressourcerne til et givet speciale i disse år. En del af forskellen mellem det samlede antal årsværk i 2011 og 2009 og 2010 skyldes således begrænsede muligheder for at henføre personalet til et speciale i disse år sammenlignet med 2011, hvor dette i højere grad har været muligt. Det gælder dog særligt det ikke-sundhedsfaglige personale (andet personale) – men dermed også det samlede antal årsværk – hvor forskellen mellem årene derfor skal tolkes med en vis forsigtighed.

Den relative fordeling på tværs af personalegrupper har været meget konstant igennem de seneste tre år. Antallet af læger steg noget fra 2009 til 2010 og var omtrent uændret i 2011. Indtrykket fra interviewene er, at der trods denne stigning fortsat opleves en forholdsvis betydelig mangel på lægefagligt personale i børne- og ungdomspsykiatrien.

Der har været visse bevægelser for gruppen *andet personale* og et fald i antallet af pædagoger, men for de øvrige personalegrupper har bevægelserne været marginale.

I børne- og ungdomspsykiatrien anvendes størstedelen af personaleresourcerne i de ambulante tilbud. Det er estimeret, at 57 procent af det samlede sundhedspersonale varetager ambulante funktioner, svarende til 768 årsværk. På tværs af personalegrupperne er der relativt stor forskel på, hvor stor en del der er ansat i henholdsvis den ambulante og stationære del. For overordnede læger, øvrige læger og psykologer er mellem 75 og 85 procent ansat i de ambulante tilbud, mens det for de øvrige personalegrupper typisk er halvdelen eller flere, der er ansat i sengeafsnittene.

**Tabel 3. Personaleanvendelse i børne- og ungdomspsykiatrien, antal årsværk og millioner kr., 2011**

	Overordnede læger	Øvrige læger	Psykologer	Sygeplejersker	SOSU-assisterter	Socialrådgivere	Pædagoger	Fysio-/ergoterapeuter	Sundhedsfagligt personale i alt	Andet personale	Eks-terne vikarer (mio. kr.)
<b>Region Hovedstaden</b>	<b>35</b>	<b>77</b>	<b>75</b>	<b>154</b>	<b>21</b>	<b>15</b>	<b>55</b>	<b>10</b>	<b>442</b>	<b>103</b>	<b>1</b>
Ambulant	26	51	63	48	1	10	14	4	216		
Stationær	9	26	13	106	20	5	41	6	225		
<b>Region Sjælland</b>	<b>8</b>	<b>20</b>	<b>32</b>	<b>57</b>	<b>12</b>	<b>8</b>	<b>24</b>	<b>3</b>	<b>165</b>	<b>43</b>	<b>6</b>
Ambulant	7	15	26	19	0	6	6	0	79		
Stationær	1	5	7	38	12	3	17	3	86		
<b>Region Syddanmark</b>	<b>17</b>	<b>39</b>	<b>47</b>	<b>121</b>	<b>21</b>	<b>19</b>	<b>48</b>	<b>10</b>	<b>322</b>	<b>73</b>	<b>0</b>
Ambulant	15	33	41	59	12	6	25	4	190		
Stationær	2	6	6	63	9	13	23	6	132		
<b>Region Midtjylland</b>	<b>17</b>	<b>47</b>	<b>72</b>	<b>105</b>	<b>16</b>	<b>10</b>	<b>64</b>	<b>12</b>	<b>343</b>	<b>139</b>	<b>3</b>
Ambulant	15	40	65	59	12	2	37	6	237		
Stationær	2	7	7	46	3	8	27	6	106		
<b>Region Nordjylland</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>15</b>	<b>28</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>78</b>	<b>20</b>	<b>5</b>
Ambulant	6	7	12	13	0	6	2	0	45		
Stationær	1	2	3	15	6	1	6	0	33		
<b>Hele landet</b>	<b>84</b>	<b>191</b>	<b>241</b>	<b>465</b>	<b>75</b>	<b>59</b>	<b>198</b>	<b>36</b>	<b>1.349</b>	<b>378</b>	<b>15</b>
Ambulant	69	144	206	196	21	34	83	15	768		
Stationær	15	47	35	269	54	25	115	21	582		

Kilde: Personaleoplysninger fremsendt af regionerne baseret på udtræk fra Det Fælleskommunale Løndatakontor (FLD) og Silkeborg Data. Personaleoplysningerne er opgjort for maj 2011.

Anmærkning: Opgørelsen omfatter børne- og ungdomspsykiatriske afsnit. Fordelingen af personale er forbundet med en vis usikkerhed, da der er foretaget skøn af regionerne og/eller Deloitte i de tilfælde, hvor personale (især læger) er ansat i afdelinger med ansvar for både ambulant og stationær behandling. Usikkerheden vurderes at være størst i Region Midtjylland, hvor andelen af personale i stationære tilbud muligvis er underestimeret.

På tværs af regionerne er der en række interessante forskelle. For det første er der forskel på andelen af ansatte i henholdsvis den ambulante og stationære del. I Region Midtjylland er knap 70 procent af det samlede sundhedspersonale ansat i ambulante funktioner, mens den tilsvarende andel i Region Sjælland og Region Hovedstaden er under 50 procent.

For det andet er der forskelle i størrelsesforholdet mellem antallet af læger og psykologer på tværs af regioner. I Region Hovedstaden udgør lægegruppen

godt en fjerdedel af det samlede personale, mens psykologerne udgør 18 procent. I Region Midtjylland er andelen af psykologer større end andelen af læger. Dette kan afspejle, at der er sket en opgaveglidning, hvor regionen under indtryk af vanskeligheder med at rekruttere læger har ansat flere psykologer.

**Tabel 4. Relativ personaleanvendelse i børne- og ungdomspsykiatrien, procent, 2011**

Region	Overordnede læger	Øvrige læger	Psykologer	Sygeplejersker	SOSU-assistenten	Socialrådgivere	Pædagoger	Fysio/ergo-terapeuter	I alt
<b>Stationær</b>									
Hovedstaden	2	6	3	24	4	1	9	1	51
Sjælland	1	3	4	23	7	2	11	2	52
Syddanmark	1	2	2	20	4	3	8	2	41
Midtjylland	1	2	2	14	1	2	8	2	31
Nordjylland	1	3	3	19	8	1	1	0	42
<b>Hele landet</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>20</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>43</b>
<b>Ambulant</b>									
Hovedstaden	6	12	14	11	0	2	3	1	49
Sjælland	4	9	16	12	0	3	4	0	48
Syddanmark	5	10	13	18	2	3	7	1	59
Midtjylland	4	12	19	17	4	1	11	2	69
Nordjylland	7	9	15	16	0	8	3	0	58
<b>Hele landet</b>	<b>5</b>	<b>11</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>57</b>

Kilde: Personaleoplysninger fremsendt af regionerne baseret på udtræk fra Det Fælleskommunale Løndatakontor (FLD) og Silkeborg Data. Personaleoplysningerne er opgjort for maj 2011.

Anmærkning: Opgørelsen omfatter børne- og ungdomspsykiatriske afsnit. Fordelingen af personale er forbundet med en vis usikkerhed, da der er foretaget skøn af regionerne og/eller Deloitte i de tilfælde, hvor personale (især læger) er ansat i afdelinger med ansvar for både ambulant og stationær behandling. Usikkerheden vurderes at være størst i Region Midtjylland, hvor andelen af personale i stationære tilbud muligvis er underestimeret.

## 4.2. Aktivitet

Kortlægningen af aktivitet vedrører perioden 2001 til 2011. Børne- og ungdomspsykiatrien er som udgangspunkt afgrænset til af omfatte personer under 18 år.

### Overordnet aktivitet

Det samlede antal patienter per år er steget med 165 procent til godt 21.000 i 2011 – det vil sige tæt på en tredobling. Det svarer til en gennemsnitlig årlig vækst på cirka 15 procent.

**Tabel 5. Antal unikke patienter i børne- og ungdomspsykiatrien, 2001, 2007 og 2011, samt procentvis vækst fra 2001 til 2011**

	2001	2007	2011	2001-2011 (procent)
Region Hovedstaden	2.509	4.171	6.312	152
Region Sjælland	1.002	2.146	3.519	251
Region Syddanmark	2.053	3.837	5.813	183
Region Midtjylland	1.985	3.097	4.500	127
Region Nordjylland	433	739	1.045	141
Hele landet	7.982	13.990	21.189	165

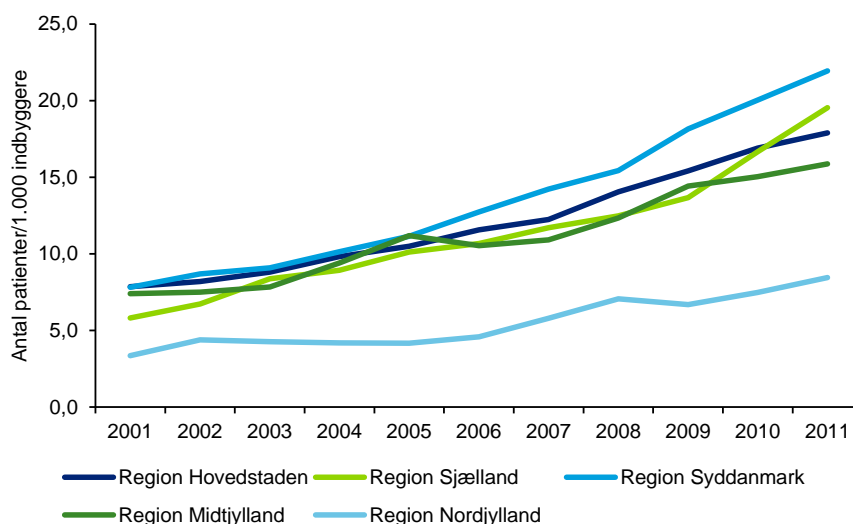
Kilde: Landspatientregisteret.

Anmærkning: Opgørelsen vedrører patienter under 18 år.

Antallet af patienter har været stigende i alle regioner, men varierer fra en stigning på 127 procent i Region Midtjylland til en stigning på 251 procent i Region Sjælland.

Figur 4 viser udviklingen i patientfrekvensen (unikke patienter per 1.000 indbyggere) for de enkelte regioner. Det ses, at Region Syddanmark igennem hele perioden har haft den højeste patientfrekvens. Internt i Region Syddanmark varierer patientfrekvensen betydeligt, og det er særligt i det tidligere Sønderjyllands Amt, at den traditionelt har været meget høj – over 4 procent. Dette niveau anses i regionen for at være for højt, og det er en målsætning at bringe det ned. Omvendt skyldes den høje patientfrekvens i Region Syddanmark også en bevidst politik om ikke at afvise henviste patienter alene ud fra henvisningspapirerne.

**Figur 4. Antal unikke patienter per 1.000 indbygger i den regionale børne- og ungdomspsykiatri, 2001-2011**



Kilde: Landspatientregisteret.

Anmærkning: Opgjort per 1.000 indbyggere under 18 år.

Region Nordjylland skiller sig modsat ganske markant ud i forhold til de andre regioner ved at have den klart laveste patientfrekvens gennem hele perioden. Det ses samtidig, at både den relative og absolutte forskel mellem Region

Nordjylland og de andre regioner er vokset i perioden. Der kan ikke ud fra de gennemførte interview peges på bestemte forhold, der med sikkerhed kan forklare det lavere niveau og den mere moderate udvikling i Region Nordjylland. En mulighed er, at der ikke har været det samme efterspørgselspres som andre steder. Det kan dog også skyldes, at henvisningspraksis i de kommunale PPR-funktioner og hos de praktiserende læger så at sige har indrettet sig efter, at der ikke har været kapacitet. En sådan endogen sammenhæng mellem kapacitet og efterspørgsel er ifølge mange af de respondenter, der har deltaget i undersøgelsen, et tydeligt og udbredt fænomen i psykiatrien – ikke kun på børne- og ungdomsområdet. Det fremgår senere i kapitlet, at Region Nordjylland har relativt høj ventetid, og at en forholdsvis stor andel af de henviste patienter afvises.

Ud over behandlingsaktiviteten i den regionale psykiatri behandles der også børne- og ungdomspsykiatriske patienter i speciallægepraksis. Jævnfør nøgletalstabellen i afsnit 4.3 omfattede det i 2011 godt 4.000 patienter. Sammenlignet med voksenpsykiatrien behandles der relativt få patienter i speciallægepraksis i børne- og ungdomspsykiatrien set i forhold til den regionale psykiatri, jf. kapitel 4.

**Tabel 6. Antal patienter i børne- og ungdomspsykiatrien per 1.000 indbyggere, 2011**

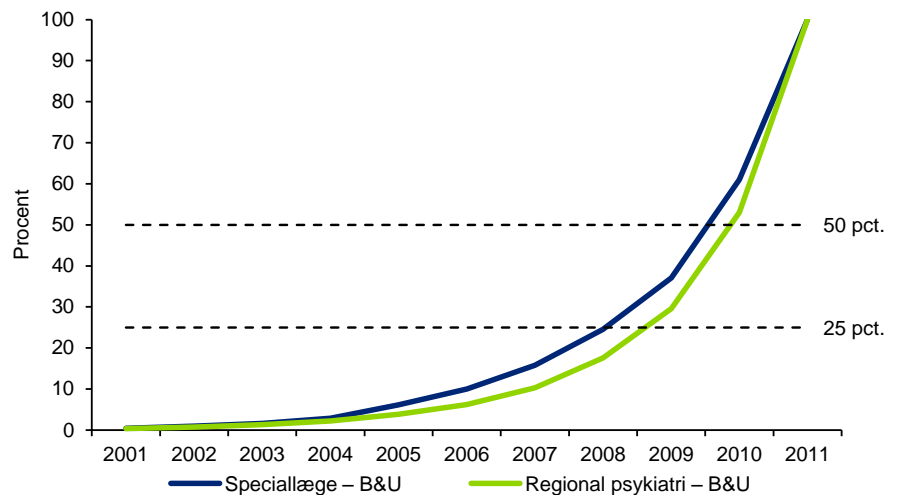
	Regional psykiatri	Speciallægepraksis
Region Hovedstaden	17,8	3,3
Region Sjælland	19,4	4,9
Region Syddanmark	21,9	2,3
Region Midtjylland	15,8	2,5
Region Nordjylland	8,4	4,0
Hele landet	17,5	3,2

Kilde: Landspatientregisteret og Sygesikringsregisteret.

Anmærkning: Opgørelsen vedrører patienter under 18 år.

Med henblik på at belyse omsætningen i patientmassen har Deloitte opgjort historikken for de patienter, der modtog ydelser i 2011 i henholdsvis speciallægepraksis og den regionale børne- og ungdomspsykiatri. Figuren nedenfor viser, hvor stor en andel af disse patientgrupper der også fik ydelser de foregående år. Det fremgår for eksempel, at omkring 30 procent af patienterne i den regionale psykiatri og godt 35 procent af patienterne i speciallægepraksis også modtog ydelser i 2009. Som det fremgår af figuren, er kurverne for de to sektorer forholdsvis ens, men det fremgår dog, at der er en større kontinuitet i patientmassen i speciallægepraksis end i den regionale psykiatri.

**Figur 5. Patienthistorik fordelt på speciallægepraksis og regional psykiatri, 2001-2011**



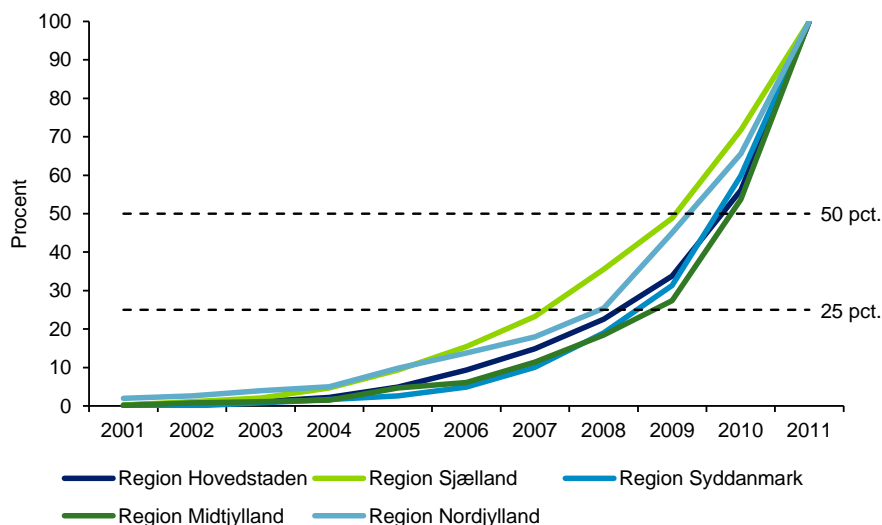
Kilde: Landspatientregisteret og Sygesikringsregisteret.

Anmærkning: Kurven viser, hvor stor en andel af patienterne i 2011 (100 procent) der også modtog ydelser i hvert af de foregående år. En værdi på 25 procent i 2006 betyder for eksempel, at 25 procent af patienterne fra 2011 også modtog ydelser i 2006. Opgørelsen vedrører patienter under 18 år.

Patienthistorikken for speciallægepraksis er endvidere opgjort for de enkelte regioner. Af figur 6 ses det, at patienthistorikken i speciallægepraksis er rimelig ensartet på tværs af regioner. Region Sjælland skiller sig dog noget ud i forhold til de andre regioner, idet en større andel af patienter også modtog ydelser de foregående år. Modsat er Region Midtjylland den region, hvor færrest patienter optræder de foregående år. Cirka 50 procent af patienterne fra 2011 var også i behandling i 2009 i Region Sjælland, mens dette kun var tilfældet for godt 25 procent af patienterne i Region Midtjylland. For den regionale børne- og ungdomspsykiatri er patienthistorikken på tværs af regioner mere ensartet (figur ikke vist). Der er dog en tendens til, at færre patienter fra 2011 i Region Nordjylland modtog ydelser de foregående år sammenlignet med de andre regioner.



**Figur 6. Patienthistorik i speciallægepraksis fordelt på regioner, 2001-2011**



Kilde: Sygesikringsregisteret.

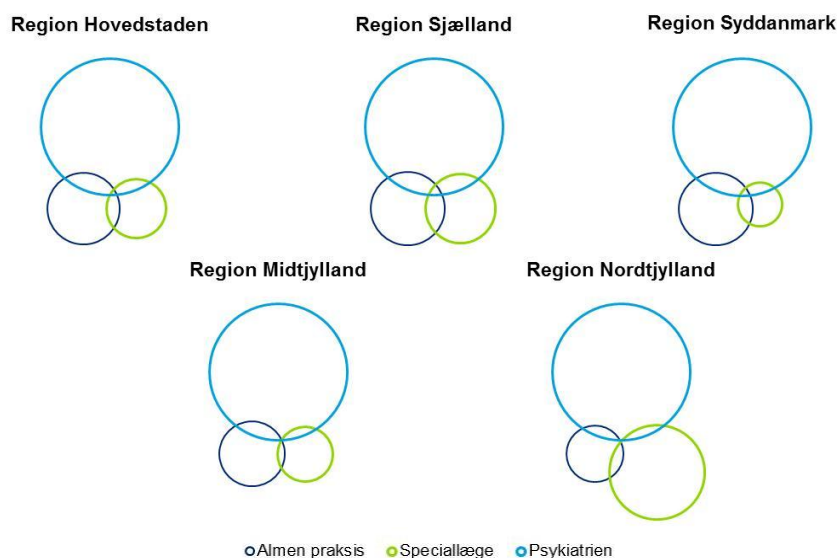
Anmærkning: Kurven viser, hvor stor en andel af patienterne i 2011 (100 procent) der også modtog ydelser i hvert af de foregående år. En værdi på 25 procent i 2006 betyder for eksempel, at 25 procent af patienterne fra 2011 også modtog ydelser i 2006. Opgørelsen vedrører patienter under 18 år.

Som nævnt i kapitel 2 viste den kvalitative kortlægning, at der er et meget begrænset samarbejde mellem den regionale psykiatri og speciallægepraksis. I de fleste regioner er der ikke en klar/bevidst arbejdsdeling mellem den regionale psykiatri og speciallægepraksis. Oplevelsen i regionerne er, at de to systemer fungerer mere eller mindre adskilt.

Deloitte har på basis af en samkørsel af data fra Landspatientregisteret og Sygesikringsregisteret opgjort, hvor stor en andel af patienterne der har både modtaget behandling i regionalt regi og i speciallægepraksis og fået samtaleterapi i almen praksis. Figur 7 viser således fordelingen af unikke patienter i de tre delsektorer for de enkelte regioner, og hvor stor en andel der har fået behandling i flere af de tre sektorer. Som det ses i figuren, er sammenfaldet mellem patientgrupperne i de tre sektorer beskedent inden for det enkelte år.

Det ses samtidig, at speciallægepraksis' relative andel af den samlede kapacitet i børne- og ungdomspsykiatrien varierer mellem regionerne. Dette er illustreret nedenfor, hvor størrelsen af cirklerne repræsenterer antallet af patienter i hver af delsektorerne. I Region Nordjylland behandles der flere patienter i speciallægepraksis sammenlignet med de andre regioner relativt til, hvor mange patienter der behandles i den regionale psykiatri.

**Figur 7. Patientsammenfald mellem delsektorerne, 2011**



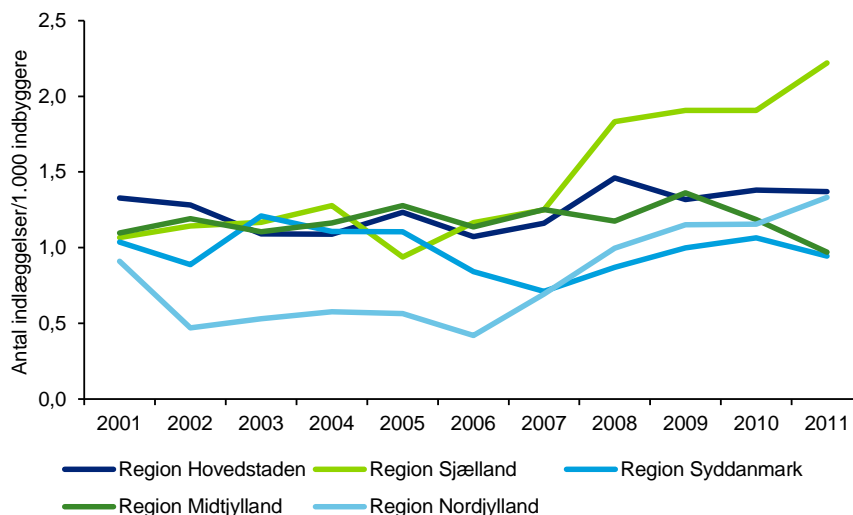
Kilde: Sygesikringsregisteret og Landspatientregisteret.

Anmærkning: Figurene illustrerer den relative størrelse af patientgrupperne i den regionale psykiatri, speciallægepraksis og almen praksis (kun samtalerapi) i 2011. Størrelsen af cirklene illustrerer størrelsen af de respektive patientgrupper inden for de enkelte regioner.

### Stationær aktivitet

Det samlede antal indlæggelser er i perioden fra 2001 til 2011 steget forholdsvis moderat fra 1.303 til 1.581 om året, hvilket svarer til en stigning på 21 procent. Antallet af indlæggelser svarer til 1,3 per 1.000 indbyggere under 18 år, hvilket sammenlignet med det totale antal behandlede på 17,6 per 1.000 indbyggere understreger, at behandling ved indlæggelse fylder relativt lidt i børne- og ungdomspsykiatrien.

**Figur 8. Påbegyndte indlæggelser i børne- og ungdomspsykiatrien (under 18 år) fordelt på behandlerregion, 2001-2011**



Kilde: Landspatientregisteret.

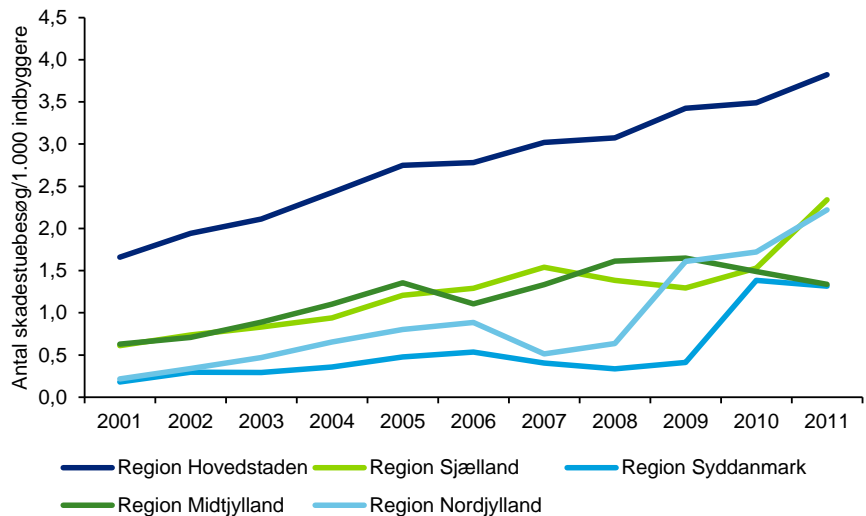
Anmærkning: Opgørelsen vedrører patienter under 18 år.

Som det fremgår af figuren ovenfor, har særligt Region Sjælland efter regi-

onsdannelsen haft en afvigende udvikling, der har ført frem til, at de fra 2008 og frem på dette punkt ligger væsentligt over de øvrige regioner.

De psykiatriske skadestuer spiller en begrænset rolle på det børne- og ungdomspsykiatriske område, men antallet af besøg er dog stigende over perioden. Region Hovedstaden skiller sig ud ved at ligge på et markant højere niveau end de øvrige regioner igennem hele perioden. En forklaring på dette kan være, at der generelt er flere psykiatriske skadestuer per 1.000 indbygger i Region Hovedstaden.

**Figur 9. Antal skadestuebesøg per 1.000 indbyggere i børne- og ungdomspsykiatrien (under 18 år) fordelt på behandlerregion 2001-2011**

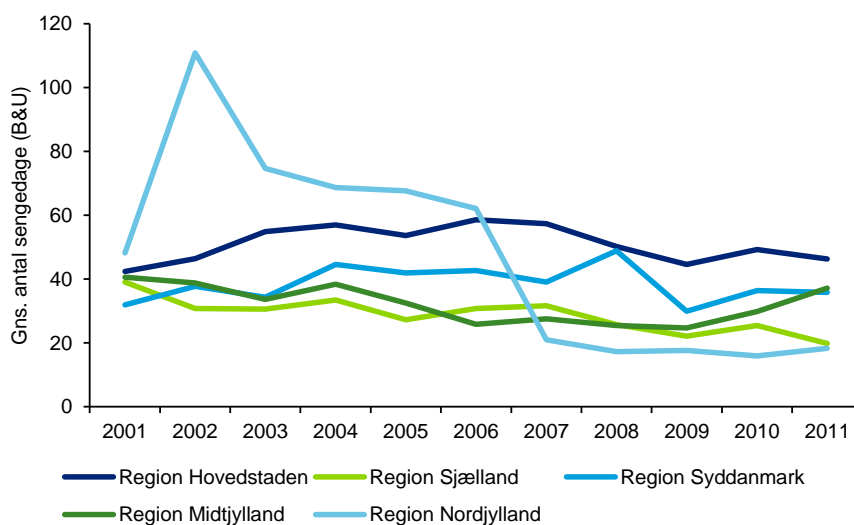


Kilde: Landspatientregisteret.

Anmærkning: Opgørelsen vedrører patienter under 18 år.

Ser man på det gennemsnitlige antal sengedage, har der været et forholdsvis stabilt niveau siden regionsdannelsen, men niveauet varierer betydeligt mellem regionerne – fra godt 20 dage i Region Nordjylland og Region Sjælland til over 40 dage i Region Hovedstaden. Af interviewet med ledelsen i børne- og ungdomspsykiatrien i Region Nordjylland fremgik det, at der gennem de seneste år har været fokus på kortere og mere intense behandlingsforløb. Hvis der ses på nedenstående figur, tyder det på, at dette fokus er slået igennem. Regionen er således gået fra at have et af de højeste antal gennemsnitlige sengedage til at ligge lavest på denne parameter.

**Figur 10. Gennemsnitligt antal sengedage per indlæggelse opgjort på udskrivningstidspunkt fordelt på behandlerregion, 2001-2011**



Kilde: Landspatientregisteret.

Anmærkning: Der er for Region Syddanmark et databrud i forbindelse med kommunalreformen. Opgørelsen vedrører patienter under 18 år.

De gennemsnit, der er vist i figuren ovenfor, dækker over en betydelig spredning i indlæggelsestiderne for de enkelte patienter, idet medianen for regionerne under ét i 2011 kun var 9 dage, mens gennemsnitstallene i figuren er forholdsvis tæt på 75 procent-fraktileerne for de enkelte regioner.

Det har ikke været muligt at opstille det fulde billede af udviklingen i den disponible sengekapacitet på det børne- og ungdomspsykiatriske område siden regionsdannelsen, men de tal, som regionerne har opgjort, viser en forholdsvis stabil udvikling med mindre justeringer op og ned.

**Tabel 7. Antal disponible senge i børne- og ungdomspsykiatrien, 2007-2011**

	2007	2008	2009	2010	2011
Region Hovedstaden	-	67	67	67	67
Region Sjælland	-	-	29	29	32
Region Syddanmark	46	48	46	45	44
Region Midtjylland	44	-	41	51	41
Region Nordjylland	6	8	8	8	9
Hele landet	-	-	195	204	197

Kilde: Opgørelser foretaget af regionerne.

Anmærkning: Opgørelsen for Region Hovedstaden omfatter normerede senge reduceret med skønsmæssigt 3 procent efter aftale med regionen, mens det for de øvrige regioner er disponible senge. Alle senge er omregnet til syvdøgnsenge.

På trods af, at sengekapaciteten har været relativt stabil gennem årene, har regionerne været i stand til at hæve antallet af indlæggelser. At dette har været muligt skyldes, at det gennemsnitlige antal sengedage per indlæggelse er nedbragt.

## Den ambulante aktivitet

I det følgende præsenteres udviklingen i den ambulante aktivitet i børne- og ungdomspsykiatrien. Tallene omfatter kun de registrerede besøg, hvor patienten selv deltager. I afsnit 4.4 suppleres der dog med en opgørelse over ambulante besøg uden besøg.

Hovedparten af behandlingsaktiviteten inden for børne- og ungdomspsykiatrien består af ambulante besøg. Ud af de 22.109 patienter, der har været i behandling i den regionale del af psykiatrien i 2011, har kun 1.085, svarende til cirka 5 procent, været indlagt i løbet af året.

Som det fremgår af tabel 8, er antallet ambulante besøg steget betydeligt fra 2001 til 2011. Samlet set er den ambulante aktivitet således fordoblet i perioden på tværs af regionerne. Der er sket en stigning i alle regioner, men stigningen er dog varierende, hvilket ses i tabellen nedenfor.

**Tabel 8. Antal ambulante besøg i børne- og ungdomspsykiatrien, 2001, 2007 og 2011 samt procentvis vækst fra 2001 til 2011**

	2001	2007	2011	2001-2011 (procent)
Region Hovedstaden	23.565	29.141	42.844	82
Region Sjælland	5.850	11.278	16.069	175
Region Syddanmark	12.091	20.755	30.090	149
Region Midtjylland	13.539	15.144	20.091	48
Region Nordjylland	2.065	4.244	6.519	216
Hele landet	57.110	80.562	115.613	102

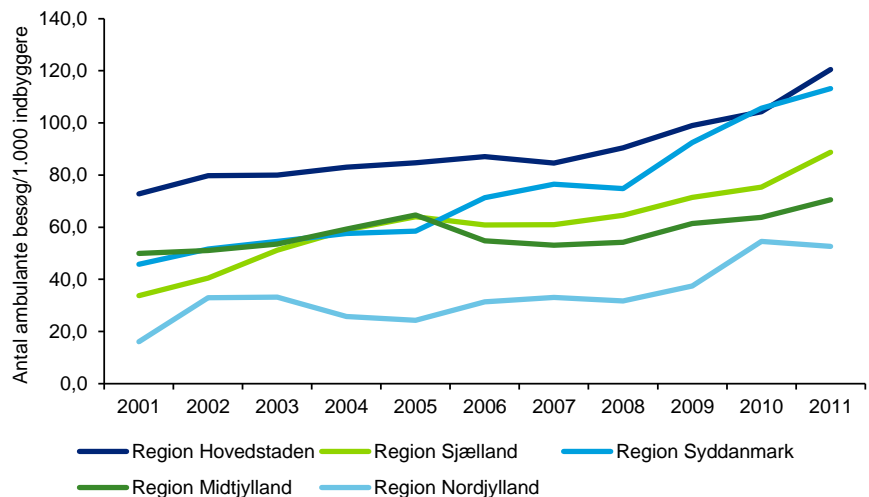
Kilde: Landspatientregisteret.

Anmærkning: Opgørelsen vedrører patienter under 18 år.

Stigningen har været størst i Region Nordjylland, hvor antallet af ambulante besøg er steget med over 200 procent fra 2001 til 2011. Stigningen i Region Sjælland og Region Syddanmark har ligeledes været meget markant. Stigningen i Region Midtjylland og Region Hovedstaden har været noget mindre, men dog stadig betydelig med stigninger på henholdsvis 48 og 82 procent.

Forskellene i stigningerne skal dog ses i forhold til niveauet af antallet af ambulante besøg i 2001 per 1.000 indbyggere under 18 år i de enkelte regioner (dvs. de tidligere amter i regionerne). På trods af den meget markante stigning i Region Nordjylland ligger regionen stadig væsentlig lavere end de andre regioner.

**Figur 11. Antal ambulante besøg per 1.000 indbyggere i den regionale børne- og ungdomspsykiatri (under 18 år) fordelt på behandlerregion, 2001-2011**



Kilde: Landspatientregisteret.

Anmærkning: Opgørelsen vedrører patienter under 18 år.

Selvom stigningen i Region Hovedstaden ikke har været så markant som i flere af de andre regioner, har regionen dog det højeste antal ambulante besøg per 1.000 indbyggere gennem det meste af perioden.

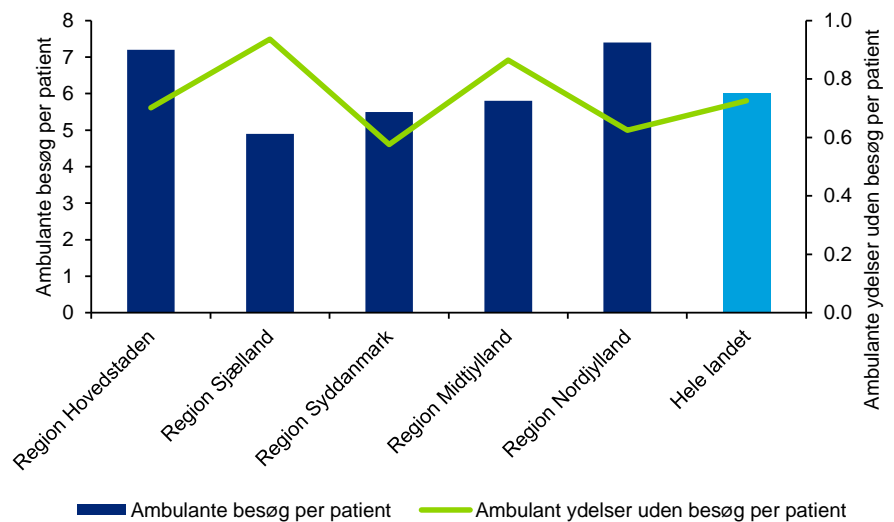
Region Syddanmark har ligeledes en høj frekvens af ambulante besøg. Det skyldes blandt andet, at regionen visiterer alle patienter gennem en samtale, mens de øvrige regioner i første visitation visiterer på baggrund af henvisningspapirerne. Det betyder, at en del patienter bliver afvist i visitationen på baggrund af henvisningspapirerne og dermed ikke kommer i personlig kontakt med den regionale psykiatri. Af interviewene fremgik det eksempelvis, at Region Nordjylland i dag afviser omkring 27 procent af patienterne, og at de tidligere har afvist helt op til 45 procent af patienterne. Forklaringen på, at patienterne afvises, er dels, at der i henvisningerne ofte mangler oplysninger til at kunne vurdere patienterne, dels at patienterne ikke vurderes at have en sygdom, der skal behandles i psykiatrien.

Oplevelsen i regionerne er, at henvisninger generelt er af svigende kvalitet. Særligt henvisningerne fra de praktiserende læger opleves ofte som værende mangelfulde. I eksempelvis Region Midtjylland afvises op mod 45 procent af de patienter, der er henvist fra de praktiserende læger. Nogle afvisninger skyldes mangelfulde henvisninger, men hovedparten, at de henviste patienter falder uden for den regionale børne- og ungdomspsykiatris målgruppe. Region Midtjylland har i en intern opgørelse fundet, at det kun er 9-10 procent af de afviste patienter, der bliver henvist igen.

Ser man på antallet af ambulante besøg per patient, er der også her væsentlige forskelle, der dog ikke i sig selv forklarer forskellene i figuren ovenfor. Som det fremgår af figuren nedenfor, yder Region Hovedstaden og Region Nordjylland væsentlig flere ambulante besøg per patient end de øvrige regioner.

Det er i interviewene fremhævet, at den ambulante aktivitet rummer andet end blot de ambulante besøg. Ydelser uden besøg er ambulante ydelser, der normalt finder sted uden for ambulante besøg, hjemmebesøg eller udebesøg. Begrebet omfatter administrative og kliniske procedurer, hvor patienten ikke er personligt til stede.<sup>4</sup> Eksempler på procedurer, som det er obligatorisk at indberette, er institutionsbesøg, telefonkonsultation, samtale med forældre eller pårørende, kontakt med anden myndighed, netværksmøde og supervision til institution. Figur 12 viser derfor også antallet af ambulante ydelser uden besøg per patient i regionerne.

**Figur 12. Ambulante besøg og ambulante ydelser uden besøg i børne- og ungdomspsykiatrien per patient, 2011**



Kilde: Landspatientregisteret.

Anmærkning: Opgørelsen vedrører patienter under 18 år.

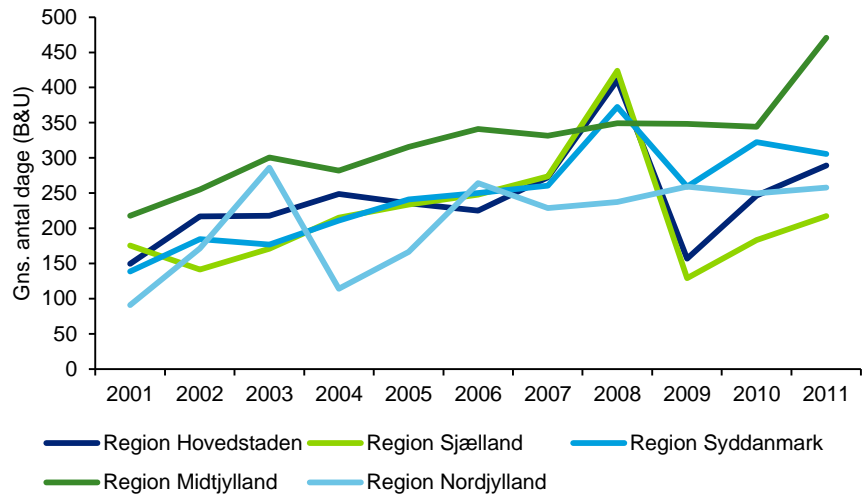
Det vil sige, at de relativt få ambulante patienter i Region Nordjylland får relativt mange ydelser. Region Hovedstaden har til gengæld mange patienter, der også gennemsnitligt set har mange ambulante besøg. Dette forklarer, at antallet af ambulante besøg per 1.000 indbyggere under 18 år (jf. figur 11) er så højt i Region Hovedstaden. Modsat modtager patienterne i Region Sjælland færrest ambulante ydelser.

Figuren viser også, at der for nogle regioner er en vis sammenhæng mellem antallet af ambulante besøg per patient og antallet af ydelser uden besøg per patient. Eksempelvis har både Region Sjælland og Region Midtjylland færre ambulante besøg per patient end landsgennemsnittet, men et højere antal ydelser uden besøg per patient end landsgennemsnittet. Der ser dog ikke ud til at være en entydig sammenhæng for samtlige regioner.

<sup>4</sup> Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter, Sundhedsstyrelsen 2011.

Ser man på varigheden af de enkelte ambulante forløb (opgjort ud fra reg.nr. i Landspatientregisteret), udviser de for flere af regionerne nogle større udsving i enkelte år, som givetvis ikke dækker over reelle udsving, men snarere over administrative og systemmæssige forhold. Ser man bort fra dette, ses det dog, at der er ganske stor forskel på den gennemsnitlige varighed på tværs af regionerne.

**Figur 13. Gennemsnitlig varighed i dage for ambulante patientforløb (reg.nr.), 2001-2011 (opgjort efter sluttidspunkt)**



Kilde: Landspatientregisteret.

Anmærkning: Opgørelsen vedrører patienter under 18 år.

Varigheden af ambulante patientforløb i Region Midtjylland har generelt ligget relativt højt, og det har været stigende gennem stort set hele perioden. I 2011 lå det gennemsnitlige antal dage på godt 450 i Region Midtjylland. Modsat lå den gennemsnitlige varighed relativt lavt i Region Sjælland.

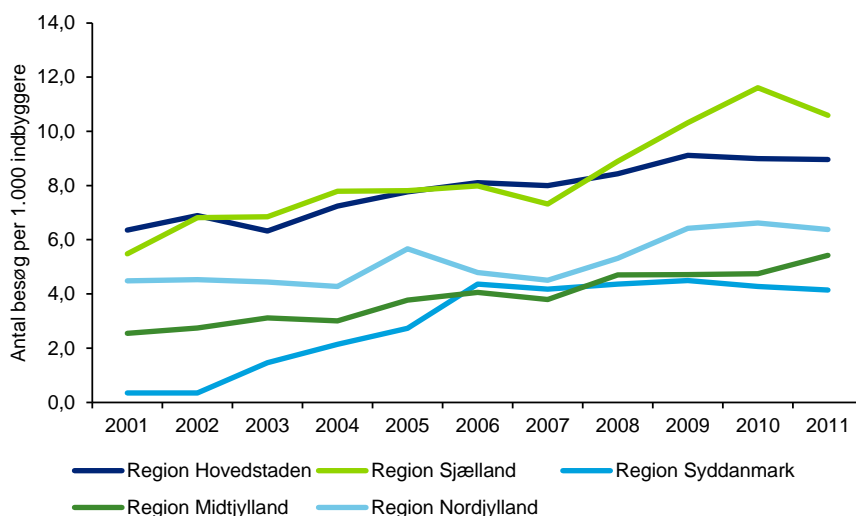
Parallelt med den generelle stigning i antallet af ambulante besøg i den regionale psykiatri er der også sket en ganske markant stigning i antallet af besøg i speciallægepraksis. Det samlede antal ambulante besøg på tværs af regioner er steget fra 4.365 til 8.542, svarende til en stigning på godt 95 procent.

Ses der på antallet af speciallægebesøg per 1.000 indbyggere under 18 år, ses det, at der særligt har været en kraftig stigning frem til og med 2009, hvorefter der faktisk er sket et samlet fald på næsten en femtedel.

Antallet af besøg i speciallægepraksis er generelt højere i Region Sjælland og Region Hovedstaden end i de øvrige regioner.



**Figur 14. Antal besøg i speciallægepraksis (psykiatere) for børn og unge (under 18 år) fordelt på regioner, 2001-2011**



Kilde: Sygesikringsregisteret.

Anmærkning: Opgørelsen vedrører patienter under 18 år.

Forskellen i antallet af besøg i speciallægepraksis skal ses i forhold til udbuddet af praktiserende speciallæger. Af nøgletalstabellen nedenfor fremgår det, at antallet af ydernumre varierer fra kun et enkelt i Region Nordjylland til syv ydernumre i Region Hovedstaden. Det ses endvidere, at der er ganske stor forskel i, hvor mange patienter de enkelte ydernumre behandler. Det ene ydernummer i Region Nordjylland havde hele 500 besøg, hvor gennemsnittet på tværs af ydernumre er på 259. Som det også tidligere er beskrevet i kapitlet, kan det samtidig bemærkes, at den ambulante behandling i speciallægepraksis udgør en relativt lille del af den samlede kapacitet i børne- og ungdomspsykiatrien sammenlignet med voksenpsykiatrien, jf. kapitel 5.

### 4.3. Nøgletal

I tabellen nedenfor er der samlet en række centrale nøgletal for børne- og ungdomspsykiatrien i de fem regioner for 2011. Tabellen giver et samlet overblik over ligheder og forskelle på det overordnede niveau.

**Tabel 9. Nøgletalsoversigt for børne- og ungdomspsykiatriske enheder, 2011**

	Hoved- staden	Sjælland	Syd- danmark	Midt- jylland	Nord- jylland	Hele landet
<b>Regionale tilbud</b>						
Antal personer i behandling (unikke CPR-numre)	6.107	3.513	7.123	5.092	1.106	22.199
Indlagte patienter	341	198	327	265	121	1.161
Ambulante patienter	6.049	3.474	7.076	5.043	1.055	22.199
Antal personer i behandling i procent af antal indbyggere (under 18 år)	1,7	2,0	2,7	1,8	0,9	1,8
<b>Udgifter</b>						
Tilrettede driftsudgifter i alt, mio. kr.	341	157	248	287	71	1.105
Tilrettede driftsudgifter per indbygger, kr.	254	247	266	294	155	254
Tilrettede driftsudgifter per person i behandling (unikke CPR-numre), kr.	55.851	44.816	34.885	56.315	63.971	49.755
Lønudgifter, procent af samlede tilrettede driftsudgifter	84,0	78,1	85,7	79,8	83,6	82,4
Vikarudgifter i alt, mio. kr.	1,2	5,8	0,3	3,3	4,8	15,5
Vikarudgifter, procent af samlede tilrettede driftsudgifter	0,4	3,7	0,1	1,2	6,8	1,4
<b>Personale</b>						
Årsværk i alt	544	208	395	482	98	1.727
Heraf læger	112	28	56	64	16	276
Heraf overordnede læger <sup>5</sup>	35	8	17	17	7	84
Årsværk, sundhedsfagligt personale	442	165	322	343	78	1.349
Heraf i stationære behandlingsafsnit	225	86	132	106	33	582
Heraf i ambulante behandlingsfunktioner	216	79	190	237	45	768
Heraf læger, psykologer og sygeplejersker	187	67	145	179	37	615
<b>Indlæggelser</b>						
Antal indlæggelser	432	251	418	368	160	1.629
Antal indlæggelser per 1.000 indbyggere (under 18 år)	1,21	1,39	1,57	1,29	1,29	1,35
Sengekapacitet – antal normerede senge	69	32	48	49	9	207
Sengekapacitet – antal disponible senge	66,9	32	44,1	41	9	193
Sengedage per 1.000 indbyggere (under 18 år)	63,4	43,8	34,4	35,6	24,1	43,5
Sengedage per stationært årsværk	100,1	92,5	69,3	95,7	90,0	90,6
Gennemsnitligt antal sengedage	52,5	33,0	32,2	43,1	16,8	38,6
<b>Ambulante besøg</b>						
Ambulante besøg	42.866	16.726	37.885	28.694	7.571	133.742
Ambulante besøg per 1.000 indbyggere (under 18 år)	120,6	92,3	142,5	100,8	61,1	110,4
Ambulante besøg per patient	7,1	4,8	5,4	5,7	7,2	6,0
Ambulante besøg per ambulans årsværk	198	211	199	121	167	174
Ambulante ydelser per ambulans årsværk	337	409	314	226	271	300
<b>Speciallægepraksis – børn og unge</b>						
Antal ydernumre, der har behandlet patienter	7	3	2	2	1	15
Antal patienter (unikke CPR-numre)	1.174	881	606	726	500	3.887
Antal patienter per ydernummer	168	294	303	363	500	259
Antal ydelser	4.647	2.631	1.304	2.067	954	11.603
Antal ydelser per patient	4,0	3,0	2,2	2,8	1,9	3,0
Antal ydelser per ydernummer	664	877	652	1.034	954	774
Samlede udgifter til behandling hos speciallæge (1.000 kr.)	11.185	6.448	3.303	4.974	2.511	28.421
Gennemsnitlige udgifter per patient (kr.)	9.528	7.319	5.450	6.851	5.022	7.312

Anmærkning: I denne tabel er opgørelsen af aktivitetsdata baseret på en organisatorisk afgrænsning af børne- og ungdomspsykiatrien. Det vil sige, at den her følger samme afgrænsning som opgørelsen af økonomi og personale.

Nogle af forskellene mellem regionerne, der fremgår af nøgletalstabellen ovenfor, er fremhævet i nedenstående tabel.

<sup>5</sup> Personalegruppen "overordnede læger" er defineret ud fra FLD's grupperinger af overenskomster. Overordnede læger består af følgende overenskomstgrupper: Afdelingslæger, lægelige chefer, overlæger og speciallægekonsulenter.

Først gives dog en kommentar til den første sektion i nøgletalstabelen. For flere af regionerne forekommer det, at antallet af ambulante patienter er større end antal unikke patienter i behandling. Det skyldes, at antal unikke patienter i behandling – for at sikre, at en person kun tælles med én gang – baseres på behandlerregionen for den sidst forekommende behandlingsaktivitet i patientforløbet. Forekommer det tidligere i forløbet, at patienten modtager behandling i en anden region, vil denne behandling (del af patientforløbet) imidlertid blive henregnet til behandlerregionen, mens optællingen af antal unikke patienter placerer patienten i den region, hvor vedkommende sidst har modtaget en psykiatrisk ydelse.

**Tabel 10. Centrale observationer fra nøgletaloversigten for børne- og ungdomspsykiatrien**

Den regionale behandlingspsykiatri	Speciallægepraksis
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Udgifterne per patient varierer fra cirka 36.000 kr. til knap 68.000 kr.</li> <li>• Andelen af børn og unge-populationen i behandling varierer fra 0,8 til 2,6 procent.</li> <li>• Antallet af indlæggelser per 1.000 indbyggere under 18 år varierer fra 1,21 til 1,57.</li> <li>• Antallet af sengedage per 1.000 indbyggere under 18 år varierer fra 24 til 63.</li> <li>• Det gennemsnitlige antal indlæggelsesdage varierer mellem 69,3 og 104.</li> <li>• Antallet af ambulante besøg per 1.000 indbyggere under 18 år varierer mellem 118 og 219.</li> <li>• Antallet af ambulante besøg per patient varierer mellem 4,9 og 7,4.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er stor forskel på udbuddet af praktiserende speciallæger, idet antal ydernumre varierer mellem 1 og 7.</li> <li>• Antal patienter per ydernummer varierer fra 176 til 513.</li> <li>• Antallet af ydelser per patient varierer fra 4,7 til 22.</li> <li>• De gennemsnitlige udgifter per patient varierer fra cirka 4.900 kr. til 9.079 kr.</li> </ul>

Der er betydelige forskelle i de regionale nøgletal – ofte ses 50-100 procent forskel mellem den laveste og højeste værdi. Der er formentlig flere årsager hertil. Det kan skyldes en varierende patientsammensætning, et forskelligt serviceniveau og en faglig praksis – herunder udbud og sammensætning af behandlingstilbud i form af eksempelvis specialfunktioner – der er forskellig, forskelle i produktiviteten og endelig at regionernes styring er tilrettelagt forskelligt.

Andelen af børn og unge i psykiatrisk behandling er 0,8 procent i Region Nordjylland. Det er meget lavt, selvom der i denne procent alene er medtaget de patienter, der er behandlet i egen region. Målt ved de tilrettede driftsudgifter per indbygger under 18 år er udgifterne til børne- og ungdomspsykiatrien i Region Nordjylland blot det halve af niveauet for Region Midtjylland og 40 procent under landsgennemsnittet. Omfanget af indlæggelser er det samme og lidt under det gennemsnitlige landsniveau. Men indlæggelserne i Region Nordjylland er væsentlig kortere end i Region Midtjylland, der ligger omkring landsgennemsnittet. Region Nordjylland har også markant færre ambulante besøg per 1.000 indbyggere under 18 år. Regionen har blot 1 praktiserende

speciallæge inden for børne- og ungdomsområdet. Antallet af patienter her er næsten det dobbelte af landsgennemsnittet, og den gennemsnitlige udgift per patient ligger under niveauet i de øvrige regioner. I forbindelse med besøget i Region Nordjylland er det herfra blandt andet blevet udtrykt, at relativt flere patienter behandles ambulant, og at der er vanskeligheder med at rekruttere læger. Sammenfattende er behandlingsomfanget i børne- og ungdomspsykiatrien i Region Nordjylland klart det laveste i landet. Til gengæld er udgiften per person i behandling den højeste.

Region Midtjylland har den dyreste børne- og ungdomspsykiatri målt ved driftsudgifter per indbygger, og udgifterne per person i behandling ligger også i den dyre ende. Omfanget af indlæggelser ligger lidt under gennemsnittet, og antal sengedage per indlæggelse lidt over. Omfanget af ambulant behandling er lidt under gennemsnittet, og det gælder også antallet af ambulante besøg per patient. På speciallægeområdet er der blot to praktiserende speciallæger med et relativt stort antal patienter hver. Antallet af ydelser per patient svarer til det uvægtede gennemsnit for regionerne, mens udgiften per patient ligger lidt under gennemsnittet.

Udgifterne til børne- og ungdomspsykiatrien i Region Syddanmark svarer stort set til landsgennemsnittet. Regionspsykiatrien i Region Syddanmark har kontakt til en langt større del af børn og unge-populationen end de øvrige regioner, og omfanget af indlæggelser og ambulante behandlinger er væsentligt over niveauet i de øvrige regioner. Til gengæld er udgifterne per person i behandling klart lavest i denne region. Liggetiden er omkring gennemsnittet, så baggrunden for den lave udgift per person i behandling skal findes på det ambulante område. Her ses det, at antallet af ambulante behandlinger per ambulant årsværk er på niveau med de højeste. På speciallægeområdet ses det også, at Region Syddanmarks gennemsnitlige udgifter per patient ligger væsentligt under gennemsnittet og på niveau med det laveste niveau i Region Nordjylland. I forbindelse med interviewet med børne- og ungdomspsykiatrien i Region Syddanmark blev det nævnt, at baggrunden for det høje udrednings- og behandlingsomfang i regionen er, at:

- Mange kommuner ikke har relevante tilbud og derfor henviser hyppigere.
- Store områder af regionen reelt set ingen adgang har til speciallægepraksis.
- De ikke selv har været tilstrækkelig gode dørvogtere.
- Praktiserende læger i for stort et omfang henviser unge med belastningsreaktioner.
- Børn med moderat ADHD henvises til psykiatrien, fordi alternativerne har haft længere ventetider (fx ventetid på PPR-vurderinger).

Udgiftsniveauet i Region Sjælland er tæt på gennemsnittet. Vedrørende behandlingsomfanget er antallet af indlæggelser per indbygger på niveau med landsgennemsnittet, mens det gennemsnitlige antal sengedage er på niveau med Region Nordjylland og dermed langt under landsgennemsnittet og de øvrige regioner. Antallet af ambulante forløb per indbygger er næstlavest og

ligger klart under gennemsnittet. Tilsvarende er der færrest besøg per ambulante patient i Region Sjælland sammenlignet med de øvrige regioner. Antallet af ambulante besøg per ambulante årsværk er det højeste, og på speciallægeområdet svarer udgifterne per patient til landsgennemsnittet. Når udgifterne til børne- og ungdomspsykiatrien i regionen ikke ligger mere under landsgennemsnittet, må det skyldes, at omfanget af indlæggelser er det næsthøjeste blandt regionerne.

Region Hovedstadens udgifter opgjort ved driftsudgifter per indbygger svarer til gennemsnittet. Udgifterne per person i behandling ligger over gennemsnittet og på niveau med Region Midtjylland. Omfanget af indlæggelser er det laveste i landet. Til gengæld er liggetiden den højeste. Omfanget af ambulante besøg set i forhold til børn og unge-populationen er over landsgennemsnittet og næsthøjest – kun overgået af Region Syddanmark. Antallet af ambulante besøg per ambulante patient er også blandt de største. Hovedstanden har flest praktiserende speciallæger på børne- og ungdomsområdet, og udgifterne per patient er klart de største sammenlignet med de øvrige regioner. Når Region Hovedstadens udgifter til børne- og ungdomspsykiatrien ligger på et gennemsnitligt niveau, kan det henføres til relativt få indlæggelser og et antal ambulante besøg per ambulante årsværk, der ligger over gennemsnittet.

## 4.4. Produktivitet

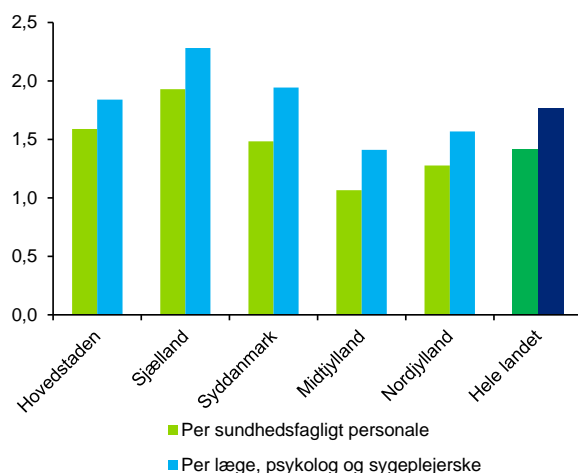
I det følgende er produktiviteten i børne- og ungdomspsykiatrien beregnet ved en sammenstilling af aktiviteten og de anvendte årsværk.

Der er forbundet udfordringer med opgørelsen af produktiviteten i psykiatrien. Det skyldes, at patientsammensætning, behandlingstilbud og geografi m.v. er forskellig i regionerne. Hertil kommer, at det ikke er muligt analytisk at vurdere, om flere besøg og/eller ydelser per medarbejder i nogle regioner helt eller delvist modsvarer af dårligere kvalitet. Endvidere er der – for den ambulante aktivitet – en lang række aktiviteter (fx pårørendesamtaler og tværfaglige besøg), der ikke i fuldt omfang registreres som besøg.

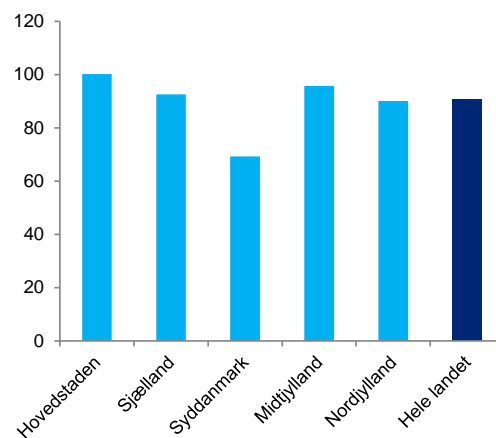
Med disse forbehold er der i figuren nedenfor vist indikatorer for produktiviteten på det stationære og ambulante område – henholdsvis sengedage per årsværk og ambulante ydelser per medarbejder.

**Figur 15. Indikatorer for produktivitet i ambulante og stationære funktioner i børne- og ungdomspsykiatrien, 2011**

**(a) Ambulante ydelser per årsværk per dag**



**(b) Sengedage per sundhedsfagligt årsværk**



Kilde: Landspatientregisteret og indberetninger af personaledata fra regionerne.

Anmærkning: Opgørelsen omfatter patienter i børne- og ungdomspsykiatrien.

Personale ansat i retspsykiatriske specialfunktioner indgår ikke i denne opgørelse.

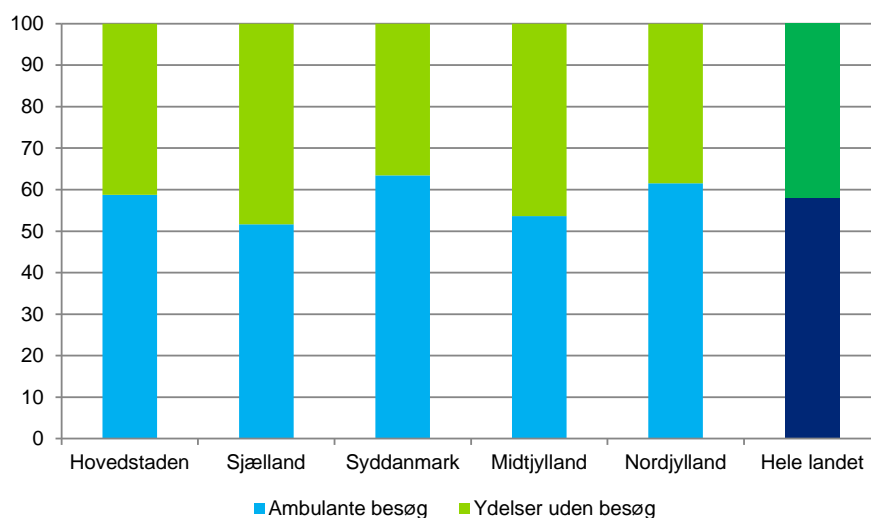
Ambulante ydelser omfatter besøg med patientkontakt udført af læger, psykologer eller sygeplejersker samt ydelser uden besøg, herunder samtaler med pårørende, egen læge og andre myndigheder m.v. Ambulante besøg og ydelser uden besøg er i opgørelsen lagt sammen under en beregningsteknisk forudsætning om, at ressourcetrækket ved de to typer af aktiviteter er ens. Ambulante ydelser og sengedage er sat i forhold til personaleforbruget i henholdsvis ambulante og stationære funktioner. Opgørelsen af personaleforbrugets fordeling baserer sig overvejende på oplysninger fra regionerne, men også i et vist omfang på skønsmæssige vurderinger. Fordelingen vurderes at være mest usikker for Region Midtjylland, hvor andelen af personale i stationære behandlingstilbud muligvis er underestimeret.

Ud fra disse indikatorer – og med forbehold for de nævnte fortolkningsusikkerheder – synes Region Hovedstaden at have den højeste produktivitet på det stationære område tæt efterfulgt af Region Midtjylland. Region Syddanmark har den laveste produktivitet opgjort på denne måde, og ligger noget under de øvrige regioner. På det ambulante område er det Region Sjælland, der fremstår med den højeste produktivitet og Region Midtjylland med den laveste.

Det ses, at antallet af ambulante ydelser per læge, psykolog og sygeplejerske varierer mellem 2,3 per dag i Region Sjælland og 1,4 per dag i Region Midtjylland. Antallet af ambulante ydelser per sundhedsfagligt personale varierer tilsvarende mellem 1,9 og 1,1 per dag. At Region Sjælland ligger højest er konsistent med resultaterne af den kvalitative kortlægning, idet Sjælland er den af regionerne, der synes at være kommet længst med målfastsættelse og opfølgning i forhold til de enkelte medarbejders case-load samt implementering af tiltag, der har haft fokus på at fremme aktiviteten.

I nedenstående figur er der vist en opgørelse af fordelingen mellem antal ambulante besøg og ydelser uden besøg i de enkelte regioner samt for regionerne under et.

**Figur 16. Fordeling af ambulante aktiviteter på besøg og ydelser uden besøg i de enkelte regioner, 2011**



Kilde: Landspatientregisteret

Andelen af ambulante ydelser uden besøg (ud af alle ambulante aktiviteter) er 42 procent for alle regioner set under et. I Region Syddanmark er andelen af ambulante ydelser uden besøg lavest med 37 procent, mens den er højest i Region Sjælland med 48 procent. Det er vanskeligt at afgøre, om der ligger en reel forskel i den kliniske praksis bag denne variation, eller om det skyldes forskelle i registreringspraksis. Det er Deloitte's vurdering, at forskelle i registreringspraksis er større for ydelser uden besøg end for de ambulante besøg.

Af ovenstående fremgår det, at Region Sjælland med den anvendte opgørelse fremstår som den mest produktive region på det ambulante område. Region Sjælland er både den region, der har flest ambulante besøg per årsværk og samtidig den region, der udfører flest ydelser uden besøg.

### Illustration af muligt potentiale

I opdraget for kapacitetsanalysen er der ønsket en kvantitativ belysning af det mulige potentiale for bedre kapacitetsudnyttelse. Nedenfor i tabel 11 er vist beregninger, hvor der er forudsat en tilpasning til gennemsnitsniveauet i de regioner, der under gennemsnittet. Den gennemsnitlige udgift for en sengedag er opgjort til 6.918 kroner, mens den er opgjort til 3.205 kroner for en ambulante ydelse.

Det fremgår af tabellen, at en forøgelse af produktiviteten for ambulante aktiviteter og sengedage til gennemsnitsniveauet ville betyde, at antallet af sengedage kunne øges med 14 procent og antallet af ambulante ydelser med 11 procent.

**Tabel 11. Illustration af ekstra produktionspotentiale ved tilpasning af produktiviteten**

	Tilpasning til gennemsnitlig produktivitet
<i>Stationære tilbud</i>	
Ekstra sengedage, antal	7.454
Ekstra sengedage, procent	14
<i>Ambulante tilbud</i>	
Ekstra ambulante ydelser, antal	26.348
Ekstra ambulante ydelser, procent	11

Mulighederne for at realisere potentialerne er usikre, og der er ikke foretaget konkrete vurderinger af mulighederne for at iværksætte og implementere de materielle ændringer i opgavevaretagelsen, som er påkrævede herfor. Beregningen illustrerer en mulig størrelsesorden, men kan ikke opfattes som et estimat, og i praksis kan potentialet være større eller mindre end det anførte. Der er ligeledes ikke foretaget en vurdering af de afledte implikationer for indhold og kvalitet i ydelserne.

Regionernes specialiseringsgrad kan have betydning for produktiviteten, idet regioner med mange forpligtelser på regionsfunktionsniveau og højt specialiseret niveau vil have flere mere komplicerede patienter og større krav til opbygning og vedligeholdelse af ekspertise, forskning og udvikling samt uddannelse. Det kan betyde, at disse regioner klarer sig mindre godt på de viste produktivetsmål.

Endvidere er der forskel på regionernes geografi. Regioner med store geografiske afstande, må forventes at have mere transporttid i udgående ambulante funktioner og dermed alt andet lige have en lavere produktivitet. Endvidere er diagnoser som fx skizofreni oftere forekommende i storbyer, hvorfor geografi også har betydning for tyngden i patientgruppen.

Ligeledes er der forskel i bygningsmassen og forskel på antallet af matrikler, hvilket kan have betydning for mulighederne for en effektiv ressourceanvendelse.

Slutteligt kan næves forhold som regionens egen visitationspraksis og henvisningspraksis i kommuner, praktiserende læger mv. Disse forhold må også forventes at have betydning for, hvordan regionerne klarer sig på de enkelte produktivetsmål. Forholdene er dog mulige for de enkelte regioner at ændre på, evt. i samarbejde med andre parter.

### **Samlet produktivitet**

Der er endvidere – med samme forbehold som ovenfor vedrørende målemuligheder og tolkning af produktivitet – opgjort et samlet produktivitetstal nedenfor på tværs af behandlingstilbud, der dermed indsnævrer usikkerheden om personalets fordeling mellem ambulante og stationær behandling. Her er



det sammenholdt med tal for ventelisteandel og udgiftsniveauer, hvilket viser nogle interessante sammenhænge.

**Tablet 12. Ventende, produktivitet og udgifter i børne- og ungdomspsykiatrien, 2011**

	Ventende i procent	Produktivitet	Udgifter per patient (1.000 kr.)
Region Hovedstaden	2,4	216	57,6
Region Sjælland	1,6	244	46,2
Region Syddanmark	2,5	214	36,2
Region Midtjylland	8,3	186	57,9
Region Nordjylland	12,8	196	67,5

Kilde: Landspatientregisteret, Danske Regioner og Sundhedsstyrelsen.

Anmærkning: Opgørelsen omfatter børne- og ungdomspsykiatrien.

Ventelisteandelen er opgjort som antal børn og unge med aktuelt behov for behandling/undersøgelse, der har stået på venteliste i over to måneder per 1. juli 2011, sat i forhold til det samlede antal behandlede patienter (unikke CPR-numre) i 2011.

Produktiviteten er opgjort som det samlede antal sengedage, skadestuebesøg og ambulante ydelser sat i forhold til det samlede antal årsværk (sundhedsfagligt personale).

Udgifter per patient (1.000 kr.) er opgjort på grundlag af de samlede tilrettede driftsudgifter sat i forhold til det samlede antal behandlede patienter (unikke CPR-numre).

Der er tilsyneladende en vis sammenhæng mellem ventelisteandelen, produktiviteten og udgiftsniveauet, idet regionerne deler sig i to grupper i tabellen ovenfor. Gruppen med den højeste produktivitet består af Region Sjælland, Region Hovedstaden og Region Syddanmark. Det er samtidig de regioner, der har den laveste andel af ventende. Udgifterne per patient er også de laveste for de tre regioner i gruppen. I den anden gruppe ses Region Midtjylland og Region Nordjylland med de laveste produktivitetstal, de højeste andele af ventende og de største udgifter per patient.

Region Nordjyllands færre udgifter til børne- og ungdomspsykiatrien (jf. tabel 12) er ikke en konsekvens af en høj produktivitet eller lave udgifter per patient. Det synes snarere at have en vis sammenhæng med et mindre omfangsrigt diagnostisk og behandlingsmæssigt tilbud, der medfører en relativt høj andel af ventende.

For Region Midtjyllands vedkommende synes den lave produktivitet at være udslagsgivende for de højeste udgifter til børne- og ungdomspsykiatrien per indbygger.

## 4.5. Potentialer

Som tidligere beskrevet har regionerne øget aktiviteten gennem de seneste år. En større del af behandlingen foregår ambulante, og den gennemsnitlige liggetid er reduceret. Derudover har kortlægningen af ressourceforbrug og aktivitet vist, at der eksisterer forskelle i behandlingssammensætningen på tværs af regioner. Det indikerer, at der fortsat eksisterer potentialer for produktivitetstvekst og dermed frigørelse af kapacitet gennem ændret organisering.

ring og varetagelse.<sup>6</sup>

I den stationære del er eksempelvis det gennemsnitlige antal sengedage per indlagt patient i Region Nordjylland og Region Sjælland cirka halvdelen af gennemsnittet i de øvrige regioner. I de ambulante funktioner varierer produktiviteten mellem regionerne, hvilket blandt andet kan illustreres som opgjort i tabellen nedenfor.

**Tabel 13. Antal ambulante ydelser per årsværk per dag i den regionale børne- og ungdomspsykiatri, 2011**

	Ambulante ydelser per ambulant årsværk per dag (sundhedsfagligt personale)	Ambulante ydelser per ambulant årsværk per dag (kun læger, psykologer, sygeplejersker)
Region Hovedstaden	1,6	1,8
Region Sjælland	1,9	2,3
Region Syddanmark	1,5	1,9
Region Midtjylland	1,1	1,4
Region Nordjylland	1,3	1,6
I alt	1,4	1,8

Anmærkning: Ambulante ydelser omfatter besøg med patientkontakt udført af læger, psykologer eller sygeplejersker samt ydelser uden besøg, herunder samtaler med pårørende, egen læge og andre myndigheder m.v.

Der er forudsat 212 dage på et år i opgørelsen af ydelser per dag.

Opgørelsen af personaleforbruget specifikt i ambulante funktioner baserer sig overvejende på oplysninger fra regionerne, men også i et vist omfang på skønsmæssige forudsætninger. Opgørelsen vurderes at være mest usikker for Region Midtjylland.

En tilgang til at øge fokus på produktiviteten kan eksempelvis være gennem mere fast central styring, herunder koblingen af økonomi med aktivitetsmål. Konkrete produktionsmål vedrørende eksempelvis antal ambulante besøg per dag og antal udskrivninger m.v. kan naturligvis ikke stå alene, men bør suppleres af forskellige kvalitets- og servicemål. Men en fast og målorienteret styring vurderes at have stor effekt i forhold til, at det lokalt øger opmærksomheden på produktivitet, ligesom det kan være en løftestang til, at der blandt det kliniske personale sker en drøftelse og udvikling af retningslinjer for og tilrettelæggelse af behandlingspraksis.

I de gennemførte interview i regionerne har afdelingsledelsen i flere tilfælde givet udtryk for, at adfærden i høj grad justeres efter de mål, der opstilles. Regionerne bevæger sig generelt i retning af mere fast central styring og tættere kobling mellem aktivitet og økonomi. Det forventes, at dette vil øge produktiviteten fremadrettet og dermed frigøre kapacitet til behandling af flere patienter med de givne ressourcer.

Variationen i indlæggelsestider er ikke entydigt et tegn på forskellig behandlingspraksis, men kan også være et udslag af begrænsede muligheder for at udskrive patienter, der ikke længere har behov for tværfaglig behandling i den regionale behandlingssektor.

<sup>6</sup> Der tages i analysen generelt forbehold for eventuelle forskelle i patientunderlag og behandlingskvalitet gennem tiden såvel som på tværs af regionerne, da det ikke er analytisk muligt at afdække inden for de givne analyserammer.

I regionerne er der generelt en begrænset indsigt i aktiviteten hos speciallægepraksis, og graden af samarbejde om patienter er meget lav. Det kommer blandt andet til udtryk ved, at blot 2 procent af det samlede antal behandlede patienter (på tværs af sektorer) inden for et år er gengangere i både regionerne og speciallægepraksis. Det kan tolkes som om, at der er en klar rollefordeling mellem sektorer og velfungerende snitflader eller omvendt, at der er potentiale for større grad af patientudveksling mellem sektorerne over et behandlingsforløb. Observationerne fra interviewene i analyseforløbet peger i retning mod sidstnævnte.

For nogle patientgrupper – eksempelvis børn og unge med ADHD – eksisterer der muligheder for, at praksissektoren (særligt speciallæger) kan overtage behandlingen af patienter efter et vist trin i behandlingsforløbet. Det forudsætter et velfungerende samarbejdsgrundlag med praksissektoren, hvor en potentiel barriere eksempelvis er, at de praktiserende speciallæger ofte har lange ventetider. Det reducerer alt andet lige mulighederne for udveksling af patienter til de praktiserende speciallæger.

Den gennemførte aktivitetsanalyse har vist, at patientforløbet for patienterne i speciallægepraksis er relativt langt i forhold til regionerne, idet en forholdsvis stor andel af patienterne i 2011 er gengangere fra de forrige år. Heri ligger et potentiale for en mere effektiv udnyttelse af ressourcerne. Da antallet af praktiserende speciallæger er meget få, er der dog næppe tale om et særligt stort potentiale.

Færdigbehandlede patienter, hvor udskrivning afventer, at der stilles tilstrækkelige kommunale tilbud til rådighed, afspejler også et potentiale for en bedre ressourceudnyttelse. Det er ikke så omfattende et problem i børne- og ungdomspsykiatrien som i voksenpsykiatrien, men det fremgår alligevel af tabellen nedenfor, at det giver anledning til en vis kapacitetsbinding, at færdigbehandlede patienter optager sengepladser.

**Tabel 14. Antal og andel af sengedage for færdigbehandlede patienter i den regionale børne- og ungdomspsykiatri, 2011**

	Antal sengedage for færdigbehandlede	Andel af samlet antal sengedage i 2011 (procent)
Region Hovedstaden	731	3,2
Region Sjælland	122	1,5
Region Syddanmark	550	6,0
Region Midtjylland	204	2,0
Region Nordjylland	8	0,3
I alt	1.615	3,1

Kilde: Dataudtræk fra statens informationssystem for regioner og kommuner omkring kommunal medfinansiering og kommunal finansiering.

I 2011 blev mere end 1.600 sengedage i børneungdomspsykiatrien brugt af patienter, der var færdigbehandlet. Hvis kommunerne i højere grad kunne stille tilstrækkelige tilbud til rådighed for de færdigbehandlede børn og unge, indebærer det et potentiale på op imod 3 procent af det samlede sengedagsforbrug, der kan frigøres til behandling af patienter med de rette behov. Ud

over det faglige aspekt ved, at færdigbehandlede patienter optager sengepladser, der forsinker optaget af behandlingskrævende børn og unge, er der tilsyneladende også en økonomisk tilsætning for regionerne ved de færdigbehandlede patienter. Således er det indtrykket blandt flere interviewede respondenter i regionerne, at sengedagstaksten, som kommunerne betaler, er lavere end regionernes faktiske omkostninger – taksten udgjorde i 2011 1.834 kroner.

Ved interviewene er det blevet påpeget, at kommunerne ikke i alle tilfælde har kompetencen til at løse de opgaver, de er forpligtet til at tage sig af. Det stiller sig indimellem i vejen for udskrivninger af psykiatriske patienter og medfører, at der henvises patienter til behandling i den regionale psykiatri, som burde kunne håndteres i samspil mellem almen praksis og de kommunale tilbud.

Kapacitetsudnyttelsen kan desuden forbedres gennem tilrettelæggelsen af opgavevaretagelsen, hvilket også skal ses i forhold til de rekrutteringsudfordringer, som nogle regioner oplever. Sidstnævnte har flere steder tvunget – fremskyndet – regionerne til at overveje og gennemføre opgaveglidning mellem faggrupper. I Region Midtjylland er der eksempelvis arbejdet målrettet på at ansætte flere psykologer for at kompensere for udfordringerne ved at rekruttere læger. I 2011 var der således anvendt flere psykologer end læger, mens der eksempelvis i Region Hovedstaden anvendes markant flere lægeressourcer end psykologer.

Den varierende opgavefordeling i regionerne indikerer, at lægemangel ikke nødvendigvis er en barriere for øget produktion i den regionale behandlingspsykiatri, som det ellers ofte udlægges. Det understreges også, at det har vist sig, at der reelt ikke eksisterer en faglig konsensus om normeringen af læger til en given kapacitet i hverken den stationære eller ambulante behandlingsdel. Der er en grænse for, hvor meget opgaveglidning der kan gennemføres, uden at det påvirker kvaliteten i behandlingen. Det har ikke været muligt i denne analysesammenhæng at få belyst, hvor denne grænse går.

I forbindelse med interviewene er det endvidere nævnt, at omfanget af aflysninger i de ambulante aftaler er stort. Et omfang på 25 procent er nævnt i flere regioner. Det faktiske omfang af aflysninger har ikke kunnet belyses kvantitativt i nærværende analyse. Med en fortsat omlægning til ambulante behandling er en reduktion i omfanget af aflysninger imidlertid en oplagt mulighed for at forbedre kapacitetsudnyttelsen.

Vedrørende sengekapacitet er der givet udtryk for både, at sengekapaciteten er tilstrækkelig, idet der bør lægges flere kræfter i forebyggelsen, og at der er pres på kapaciteten og behov for at behandle flere, end det er tilfældet i dag.

# 5. Voksenpsykiatri

Voksenpsykiatriens ressourceforbrug er blevet kortlagt i forhold til økonomi og personaleanvendelse inden for henholdsvis stationære og ambulante behandlingstilbud. Som udgangspunkt sker kortlægningen af økonomi og personale for den samlede almene voksenpsykiatri, inklusive retspsykiatriske patienter, der behandles i almene afsnit og funktioner, men eksklusive de retspsykiatriske specialafdelinger og afsnit.<sup>7</sup> I enkelte tilfælde indgår de retspsykiatriske specialafdelinger også i opgørelserne – som således vil omfatte hele voksenpsykiatrien – hvilket i givet fald fremgår eksplicit.

Herefter følger opgørelser af nøgletal og produktivitet, der er opgjort for 2011. Her sammenstilles økonomiske og personalemæssige ressourcer med aktiviteten. Kapitlet afsluttes med vurderinger af potentialet for en bedre kapacitetsudnyttelse.

## 5.1. Økonomi og personale

### Økonomi

Udgifterne til den samlede voksenpsykiatri i regionerne udgjorde i 2011 godt 6,2 mia. kr. på landsplan. Heraf udgjorde udgifterne til de retspsykiatriske specialafdelinger knap 800 mio. kr.

Når der ses bort fra Region Nordjylland – hvor der har været en svag vækst på gennemsnitligt godt 3 procent årligt – har de samlede udgifter (i faste priser) været næsten uændrede siden 2008. Der har således kun været en vækst på 100 mio. kr. (2011-priser) siden 2008, hvilket svarer til en gennemsnitlig årlig vækstrate på 0,5 procent.

Der er igennem de senere år afsat stigende satspuljemidler til psykiatrien. Sammenholdt med den begrænsede realvækst indikerer i voksenpsykiatrien dette, at satspuljemidler har fået en stigende betydning som finansieringskilde. Et af de senere års mere mærkbare tiltag kom eksempelvis med satspuljeaftalen 2009, hvor der (i faste priser) blev afsat godt 50 mio. kr. i 2009 til indførelse af udvidet behandlingsret i voksenpsykiatrien. Tallet er steget til godt 300 mio. kr. i 2011 og over 400 mio. kr. i 2012 som permanent tildeling.

---

<sup>7</sup> De retspsykiatriske specialafdelinger omfatter specialiserede afsnit og afdelinger, der udelukkende behandler patienter med retslige foranstaltninger. Disse er angivet i metodebilaget. Herudover bliver et stort antal øvrige patienter med retslige foranstaltninger endvidere behandlet i den almene voksenpsykiatri. Disse indgår som udgangspunkt i kortlægningen af økonomi og personale i den almene voksenpsykiatri, medmindre andet eksplicit fremhæves. De metodiske valg er truffet på grundlag af de data (herunder begrænsninger), der har været tilgængelige i analysen.

I forbindelse med interviewene har flere regioner anført, at der til anvendelsen af satspuljemidlerne ofte er knyttet vilkår, der opleves at begrænse fleksibiliteten i den samlede opgavevaretagelse, for eksempel krav om deltagelse af læger i bestemte indsatser.

**Tabel 15. Tilrettede driftsudgifter for hele voksenpsykiatrien, 1.000 kr., 2008-2011, 2011-PL**

	2008	2009	2010	2011	Gennemsnitlig årlig vækst, procent
Region Hovedstaden	2.588.687	2.618.608	2.582.585	2.593.126	0,1
Region Sjælland	842.916	840.723	839.575	837.691	-0,2
Region Syddanmark	1.086.861	1.056.597	994.338	1.083.931	-0,1
Region Midtjylland	1.136.695	1.174.298	1.154.864	1.183.376	1,4
Region Nordjylland	460.507	490.026	483.515	509.578	3,4
Hele landet	6.115.664	6.180.252	6.054.877	6.207.701	0,5

Kilde: Sundhedsstyrelsen, tilrettede driftsudgifter på baggrund af sygehusenes regnskabsindberetninger.

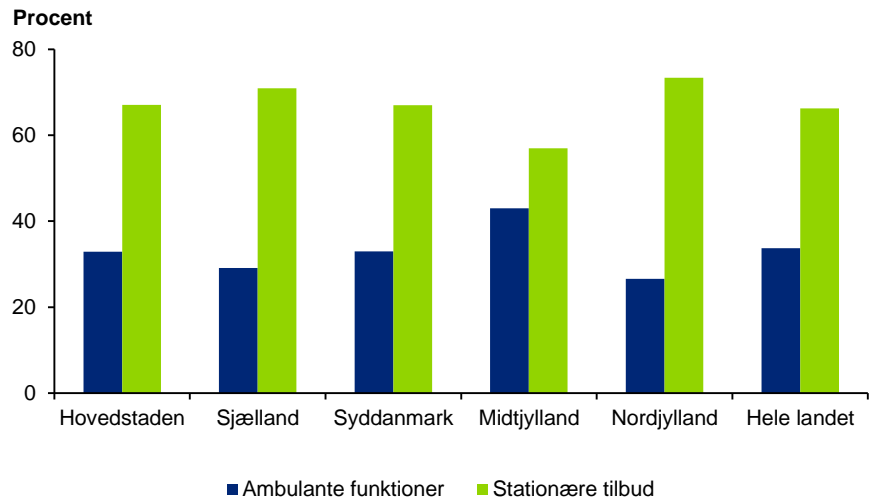
Anmærkning: Opgørelsen er for hele voksenpsykiatrien, det vil sige både almene behandlingstilbud og dedikeret retspsykiatri. Det skal bemærkes, at opgørelsen for Region Sjælland indeholder udgifterne til Sikringsafdelingen, der er en unik specialiseret retspsykiatrisk afdeling med landsdækkende patientoptag.

I figuren nedenfor fremgår det, hvordan udgifterne er fordelt mellem ambulante og stationære tilbud, når man ser på voksenpsykiatrien, eksklusiv de retspsykiatriske specialafdelinger (men inklusive retspsykiatriske patienter i almene behandlingstilbud). Udgiftsfordelingen tegner et omvendt billede i forhold til børne- og ungdomspsykiatrien. Således er vægtene byttet om, så der er en overvægt af udgifter til stationære behandlingstilbud i den almene voksenpsykiatri. De behandlingsrettede udgifter til ambulante funktioner udgør således blot 34 procent, mens stationær behandling udgør 66 procent.<sup>8</sup>

Tendensen er den samme i alle regionerne, omend Region Midtjylland – ligesom på børne- og ungdomsområdet – har en relativt høj udgiftsandel til ambulante behandling (43 procent) i forhold til de øvrige regioner, hvor den samme andel udgør 27-33 procent. Det understøttes også af personalefordelingen, der viser en tilsvarende relativt høj anvendelse i Region Midtjylland af personale i ambulante funktioner. Herudover er det ligeledes i overensstemmelse med observationerne i patientforløbsanalyserne i kapitel 7, der blandt andet viser, at rent ambulante patientforløb er de relativt mest hyppige forløbstyper i Region Syddanmark og Region Midtjylland. Tallene bekræfter indtrykket fra interviewene, nemlig at der i Region Midtjylland har været et særlig kraftigt fokus på omlægning fra stationær til ambulante aktiviteter og kapacitet.

<sup>8</sup> Tallene skal tolkes med en vis forsigtighed, da opgørelsesmetoden er forbundet med en vis usikkerhed. De opgjorte andele er således ikke nøjagtige opgørelser af den faktiske udgiftsfordeling – da sådanne ikke foreligger eller kan opgøres med fuldstændig sikkerhed – men er dog ifølge Deloitte's vurdering retvisende indikatorer for vægtningen af behandlingstilbuddene.

**Figur 17. Fordeling af behandlingsrettede udgifter mellem ambulante og stationære tilbud i almen voksenpsykiatrien (eksklusive retspsykiatriske specialafdelinger), 2011**

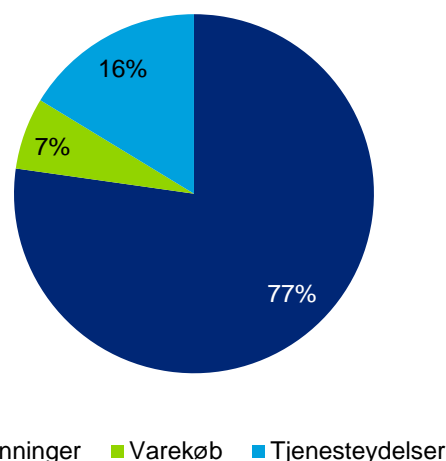


Kilde: Deloitte's beregninger på grundlag af regionernes afdelingsregnskaber i psykiatrien.

Anmærkning: Opgørelserne omfatter den almene voksenpsykiatri, inklusive retspsykiatriske patienter, der behandles i almene behandlingstilbud og eksklusive patienter, der behandles i dedikerede retspsykiatriske tilbud. Udgiftdelingen er opgjort med en vis usikkerhed.

Ligesom i børne- og ungdomspsykiatrien udgøres størstedelen af de behandlingsrettede udgifter af lønninger, som således er en mere end tre gange så stor udgiftspost som varekøb og tjenesteydelser tilsammen. Udgiftsformålene inden for varekøb og tjenesteydelser er ligeledes meget lig indkøbene inden for børne- og ungdomsområdet og omfatter således blandt andet medicin og eksterne vikarer m.v. Dog er de relative udgifter til tjenesteydelser en smule højere i voksenpsykiatrien end i børne- og ungdomspsykiatrien.

**Figur 18. Fordeling af udgifter i hele voksenpsykiatrien til lønninger, varekøb og tjenesteydelser, 2011**



Kilde: Sundhedsstyrelsen, tilrettede driftsudgifter på baggrund af sygehusenes regnskabsindberetninger.

Anmærkning: Opgørelsen omfatter hele voksenpsykiatrien, inklusive retspsykiatriske patienter i både almene behandlingstilbud og dedikerede retspsykiatriske enheder.

## Personale

I 2011 udgjorde det samlede personale i voksenpsykiatrien i regionerne lige under 8.000 årsværk. Sammenlignet med 2009 er der sket et fald i det samlede antal årsværk på 277, svarende til et fald på godt 3 procent. En del af dette fald skyldes, at der i perioden er blevet nedlagt en række afsnit i regionerne, og/eller at afsnit er blevet konverteret til retspsykiatriske specialafdelinger/-afsnit.

Den relative fordeling på tværs af personalegrupper har været ret stabil i perioden. Antallet af psykologer er steget fra 2009 til 2011, men gruppen af psykologer udgør dog stadig kun 6 procent af det samlede antal årsværk i voksenpsykiatrien i 2011. Andelen af sygeplejersker udgjorde i 2011 2 procentpoint mere af det samlede personale sammenlignet med 2009. Modsat er andelen af SOSU-assistenten faldet en smule i perioden.

**Tabel 16. Personaleanvendelse i voksenpsykiatrien (eksklusive dedikeret retspsykiatri), antal årsværk og procent, 2009-2011**

	Overordnede læger	Øvrige læger	Psyko- loger	Sygeplejersker	SOSU- assistenten	Social- rådgivere	Pædagoger	Fysio/ ergoterapeuter	Andet personale	I alt
<b>Antal årsværk</b>										
2009	441	544	417	2.550	1.701	243	101	396	1.860	8.253
2010	444	562	435	2.599	1.649	242	99	377	1.819	8.226
2011	420	589	451	2.660	1.544	234	77	367	1.634	7.976
<b>Relativ fordeling (procent)</b>										
2009	5	7	5	31	21	3	1	5	23	100
2010	5	7	5	32	20	3	1	5	22	100
2011	5	7	6	33	19	3	1	5	20	100

Kilde: Personaleoplysninger fremsendt af regionerne baseret på udtræk fra Det Fælleskommunale Løndatakontor (FLD) og Silkeborg Data. Personaleoplysningerne er opgjort for maj 2011.

Anmærkning: Opgørelsen omfatter voksenpsykiatrien, inklusive retspsykiatriske patienter i almene behandlingstilbud. Personale ansat i de retspsykiatriske specialafdelinger indgår ikke i denne opgørelse.

Opgørelserne for 2009 og 2010 er forbundet med en vis usikkerhed, særligt vedrørende *andet personale*, da det ikke har været muligt fuldt ud at henføre personaleressourcerne til et givet speciale i disse år. En del af forskellen mellem det samlede antal årsværk i 2011 i forhold til 2009 og 2010 skyldes således begrænsede muligheder for at henføre personalet til et speciale i disse år sammenlignet med 2011, hvor dette i højere grad har været muligt. Det gælder dog særligt det ikke-sundhedsfaglige personale (andet personale) – men dermed også det samlede antal årsværk – hvor forskellen mellem årene derfor skal tolkes med en vis forsigtighed.

Opgørelsen viser, at godt to tredjedele af det sundhedsfaglige personale i voksenpsykiatrien er beskæftiget i stationære tilbud og knap en tredjedel i ambulante tilbud. Fordelingen varierer betydeligt på tværs af faggrupperne. På landsplan er overordnede læger cirka ligeligt fordelt mellem de stationære og ambulante tilbud, mens 68 procent af sygeplejerskerne og næsten 95 procent af SOSU-assistenten er ansat i de stationære tilbud.

Det skal bemærkes, at der er en vis usikkerhed forbundet med fordelingen af personale på typerne af behandlingstilbud, idet personalet i nogle tilfælde er ansat i afdelinger med både ambulante og stationært behandlingsansvar, og der foreligger ikke registreringer eller andre målinger af tidsanvendelsen, jf. også kapitel 3.<sup>9</sup> Af samme grund, og fordi der er gennemført større organisa-

<sup>9</sup> Den nævnte usikkerhed omfatter især læger og ikke-sundhedsfagligt personale. Selvom tallene ikke med sikkerhed viser den eksakte personalefordeling, er det Deloitte's vurdering, at den



tionsomlægninger i flere af regionerne, har det ikke været muligt at føre en fordeling af personalet på stationære og ambulante funktioner tilbage i tid. Det er Deloitte's vurdering, at opgørelsen – trods usikkerheden – samlet set giver et retvisende billede af personalefordelingen.

**Tabel 17. Personaleanvendelse i voksenpsykiatrien (eksklusive de retspsykiatriske specialafdelinger), antal årsværk og millioner, 2011**

	Over- ordnede læger	Øvrige læger	Psyko- loger	Sygeple- jersker	SOSU- assi- stenter	Social- rådgive- re	Pæda- goger	Fysio-/ ergote- rapeuter	Sund- hedsfag- ligt perso- nale i alt	Andet perso- nale	Eksterne vikarer (mio. kr.)
<b>Region Hovedstaden</b>	<b>193</b>	<b>251</b>	<b>177</b>	<b>946</b>	<b>613</b>	<b>116</b>	<b>31</b>	<b>176</b>	<b>2503</b>	<b>795</b>	<b>25</b>
Ambulant	58	53	127	274	12	69	9	98	701		
Stationær	135	198	49	672	601	48	22	77	1802		
<b>Region Sjælland</b>	<b>49</b>	<b>55</b>	<b>49</b>	<b>292</b>	<b>207</b>	<b>24</b>	<b>19</b>	<b>35</b>	<b>729</b>	<b>161</b>	<b>25</b>
Ambulant	35	35	44	40	14	13	5	22	207		
Stationær	14	20	5	251	193	11	14	13	521		
<b>Region Syddanmark</b>	<b>77</b>	<b>112</b>	<b>62</b>	<b>606</b>	<b>318</b>	<b>47</b>	<b>10</b>	<b>69</b>	<b>1302</b>	<b>256</b>	<b>10</b>
Ambulant	52	59	53	242	30	33	3	36	508		
Stationær	25	52	9	365	288	14	7	33	794		
<b>Region Midtjylland</b>	<b>75</b>	<b>118</b>	<b>129</b>	<b>547</b>	<b>242</b>	<b>25</b>	<b>16</b>	<b>71</b>	<b>1223</b>	<b>317</b>	<b>33</b>
Ambulant	50	63	110	218	23	17	4	49	534		
Stationær	25	55	19	329	219	8	12	22	689		
<b>Region Nordjylland</b>	<b>27</b>	<b>54</b>	<b>34</b>	<b>269</b>	<b>164</b>	<b>22</b>	<b>1</b>	<b>16</b>	<b>586</b>	<b>105</b>	<b>15</b>
Ambulant	16	23	32	72	1	7	0	1	151		
Stationær	11	31	2	197	163	15	1	15	435		
<b>Hele landet</b>	<b>420</b>	<b>590</b>	<b>451</b>	<b>2660</b>	<b>1544</b>	<b>234</b>	<b>77</b>	<b>367</b>	<b>6342</b>	<b>1634</b>	<b>111</b>
Ambulant	210	233	366	846	81	138	21	206	2102	-	0
Stationær	210	357	85	1814	1463	96	56	161	4241	-	0

Kilde: Personaleoplysninger fremsendt af regionerne baseret på udtræk fra Det Fælleskommunale Løndatakontor (FLD) og Silkeborg Data. Personaleoplysningerne er opgjort for maj 2011. Vikarudgifter er ligeledes fremsendt af regionerne.

Anmærkning: Opgørelsen omfatter voksenpsykiatrien, inklusive retspsykiatriske patienter i almene behandlingstilbud. Personale ansat i de retspsykiatriske specialafdelinger indgår ikke i denne opgørelse. Fordelingen af personale er forbundet med en vis usikkerhed, da der er foretaget skøn af regionerne og/eller Deloitte i de tilfælde, hvor personale (især læger) er ansat i afdelinger med ansvar for både ambulant og stationær behandling. Usikkerheden vurderes at være størst i Region Midtjylland, hvor andelen af personale i stationære tilbud muligvis er underestimeret.

I Region Midtjylland og Region Syddanmark udgør den ambulante del af personalet henholdsvis 44 og 39 procent, hvilket er forholdsvis højt sammenlignet med de andre tre regioner, hvor det udgør under 30 procent. Billedet af en relativt høj prioritering af ambulante funktioner i Region Midtjylland og Region Syddanmark er konsistent med den ovenfor viste udgiftsfordeling – som er fordelt ud fra et andet grundlag end personalefordelingen. Udgifts- og personalefordelingen tegner tilsvarende et overensstemmende billede af, at stationær behandling vægter relativt meget i forhold til ambulant behandling i Region Nordjylland.

opgjorte fordeling viser et retvisende billede af vægtningen mellem ambulante og stationære behandlingstilbud i forhold til det personalemæssige ressourceforbrug.

**Table 18. Relative use of staff in adult psychiatry (excluding forensic psychiatric special departments), percent, 2011**

	Over- ordnede læger	Øvrige læger	Psyko- loger	Sygeple- jersker	SOSU- assi- stenter	Social- rådgive- re	Pæda- goger	Fysio-/ ergotera- peuter	I alt
<b>Stationær</b>									
Region Hovedstaden	5	8	2	27	24	2	1	3	72
Region Sjælland	2	3	1	34	26	2	2	2	71
Region Syddanmark	2	4	1	28	22	1	1	3	61
Region Midtjylland	2	4	2	27	18	1	1	2	56
Region Nordjylland	2	5	0	34	28	3	0	3	74
<b>Hele landet</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>29</b>	<b>23</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>67</b>
<b>Ambulant</b>									
Region Hovedstaden	2	2	5	11	0	3	0	4	28
Region Sjælland	5	5	6	5	2	2	1	3	29
Region Syddanmark	4	5	4	19	2	3	0	3	39
Region Midtjylland	4	5	9	18	2	1	0	4	44
Region Nordjylland	3	4	5	12	0	1	0	0	26
<b>Hele landet</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>13</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>33</b>

Kilde: Personaleoplysninger fremsendt af regionerne baseret på udtræk fra Det Fælleskommunale Løndatakontor (FLD) og Silkeborg Data. Personaleoplysningerne er opgjort for maj 2011.

Anmærkning: Opgørelsen omfatter voksenpsykiatrien, inklusive retspsykiatriske patienter i almene behandlingstilbud. Personale ansat i de retspsykiatriske specialafdelinger indgår ikke i denne opgørelse.

Fordelingen af personale er forbundet med en vis usikkerhed, da der er foretaget skøn af regionerne og/eller Deloitte i de tilfælde, hvor personale (især læger) er ansat i afdelinger med ansvar for både ambulant og stationær behandling. Usikkerheden vurderes at være størst i Region Midtjylland, hvor andelen af personale i stationære tilbud muligvis er underestimeret.

Interviewene i regionerne har for så vidt angår personaleanvendelsen især berørt to temaer, nemlig knaphed på lægerressourcer og arbejdsfordelingen mellem personalegrupperne.

Mangel på speciallæger fremhæves i alle regioner som en afgørende problemstilling. I personaleopgørelsen kan der ikke sondres mellem speciallæger og andre læger, men antallet af overordnede læger anvendes som indikator for ressourcesituationen.

Opgørelsen viser, at der samlet set var 420 overordnede fuldtidslæger i den regionale voksenpsykiatri i 2011, svarende til 6,6 procent af det samlede sundhedsfaglige personale. Sidstnævnte andel varierer mellem regionerne fra 4,6 procent i Region Nordjylland som det laveste til 7,7 procent i Region Hovedstaden som det højeste, jf. tabel 19. Hvis antallet af overordnede læger sættes i forhold til antallet af patienter, fås en variation fra 162 i Region Hovedstaden til 287 i Region Nordjylland og 319 i Region Syddanmark.

**Tabel 19. Sammenligning af speciallægekapa­citeten på tværs af regionerne, 2011**

	Antal overordnede læger	Andel af samlet personale (procent)	Patienter per læge
Region Hovedstaden	183	7,7	162
Region Sjælland	49	6,7	254
Region Syddanmark	77	5,9	316
Region Midtjylland	75	6,1	248
Region Nordjylland	27	4,6	287
Hele landet	420	6,6	224

Anmærkning: Tabellen vedrører antallet af overordnede læger i psykiatrien. Disse har ikke nødvendigvis alle specialuddannelse i psykiatri. Ligeledes kan der være psykiatriske speciallæger, der ikke har en overordnet ledelsesfunktion og derfor ikke tæller med i opgørelsen.

Kilde: Landspatientregisteret samt personaleoplysninger fremsendt af regionerne baseret på udtræk fra Det Fælleskommunale Løndatakontor (FLD) og Silkeborg Data. Personaleoplysningerne er opgjort for maj 2011.

Speciallægekapa­citeten kan således vurderes at være mere rigelig – eller mindre knap – i Region Hovedstaden end i de øvrige regioner, og sammen­lignet med Region Nordjylland er der tale om en forholds­mæssig mer­kapa­citet på cirka 50 procent. Herudover kan det bemærkes, at særligt regionerne vest for Storebælt synes at anvende mange ressourcer og meget energi på rekruttering og fastholdelse af speciallæger, herunder rekruttering fra andre lande. Disse regioner har i interviewene givet udtryk for, at de har vanskeligt ved at opnå stabilitet i speciallægegruppen. Det skal dog understreges, dels at disse forhold ikke er afdækket systematisk, dels at der også internt i de enkelte regioner er meget betydelige forskelle i kapa­citetssituationen på speciallægeområdet.

Det er ikke muligt analytisk at bedømme, hvilken speciallægekapa­citet der er nødvendig eller passende. Det kan på den ene side konstateres, at der er forskelle mellem regionerne. På den anden side har Region Hovedstaden i interviewene understreget, at der ikke opleves at være en overkapa­citet af speciallæger. Hvis det sidste er rigtigt, er det nærliggende at opfatte situationen i andre regioner som underkapa­citet. Men omvendt har disse regioner hidtil varetaget opgaverne i forhold til de psykiatriske patienter – og der er ikke noget grundlag for at antage, at denne varetagelse ikke har været fagligt forsvarlig eller tilfredsstillende.

Interviewene viser generelt, at der blandt afdelingsledelserne er en udbredt forståelse af, at der i voksenpsykiatrien mangler speciallæger, og at dette er en afgørende barriere for at udnytte kapa­citeten. Psykiatril­edelserne deler delvist denne opfattelse, men fremhæver samtidig ovenstående pointe, det vil sige, at der er etableret en arbejdsdeling mellem faggrupperne, der sikrer, at opgavernes løses. Det er Deloitte's vurdering, at den udbredte opfattelse af speciallægemangel i nogen eller høj grad baserer sig på, at der har været en tradition for normeringsstyring (som dog nu generelt er afskaffet), og at der i mange afdelinger fortsat eksisterer en form for skyggenormering. I de cirkulerende tal for, hvor mange speciallægestillinger der er ubesatte, er det typisk forskellen mellem tidligere normering og aktuell bemanning, der refereres til.

Ovenstående bemærkninger har ikke til hensigt at negligere den oplevelse af speciallægemangel, som præger voksenpsykiatrien, men alene at nuancere forståelsen.

Interviewene viser i øvrigt, at regionerne har betydeligt fokus på rekruttering og uddannelse som redskaber til at sikre tilstrækkelig kapacitet og kvalificeret arbejdskraft. På uddannelsessiden retter indsatsen sig blandt andet imod at få uddannet flere specialpsykologer og specialsygeplejersker med henblik på, at disse grupper fremadrettet vil kunne substituere lægerne, i højere grad end det er tilfældet i dag.

Det er i forbindelse med interviewene søgt belyst, hvad regionerne har gjort for at optimere arbejdsdelingen mellem faggrupper – i betydningen at søge opgaver flyttet fra lægerne til andre grupper. Det er Deloitte's vurdering, at der igennem årene er sket en udvikling i arbejdsdelingen, og at dette har været en forudsætning for at kunne håndtere flere patienter, besøg og indlæggelser. Hovedindtrykket fra interviewene er imidlertid, at de konkrete bagvedliggende initiativer fortrinsvist er taget på afdelingsniveau og i et vist omfang er overladt til den enkelte behandlingsansvarlige læge. Af konkrete eksempler på opgaveflytninger, som nogle afdelinger har nævnt i interviewene, kan nævnes afrusning af patienter, skrivning af basisoplysninger og anamnese i journalføringen og medicinopfølgning. Det er ligeledes i stigende grad praksis, at psykologer eller specialuddannede sygeplejersker varetager visitation og første patientmøde med reference til den behandlingsansvarlige læge. Særligt Region Midtjylland har satset målrettet på opgaveflytning til psykologerne og har ansat relativt flere i denne gruppe.

## 5.2. Aktivitet

Kortlægningen af aktivitet omfatter perioden 2001-2011. Som udgangspunkt er voksenpsykiatrien i det følgende afgrænset til almene voksenpsykiatriske patienter, det vil sige eksklusive retspsykiatriske patienter i almene behandlingstilbud såvel som i dedikerede retspsykiatriske behandlingstilbud.

### Overordnet aktivitet

Der er på tværs af regionerne forholdsvis stor forskel i både udviklingen og niveauet for antallet af patienter, der modtager behandling i den regionale voksenpsykiatri.

Fra 2001 til 2011 er antallet af behandlede patienter i regionerne samlet set steget med 24,6 procent.<sup>10</sup> Det svarer til en gennemsnitlig årlig vækst på godt 2 procent. Siden 2007 har væksten været lidt højere (9,8 procent fra 2007 til 2011) end i den foregående fireårsperiode (7,0 procent fra 2003 til 2007).

---

<sup>10</sup> Disse tal vedrører antallet af patienter på 18 år og derover og er eksklusive retspsykiatriske patienter, der behandles i den almene voksenpsykiatri. I nogle regioner har børne- og ungdomspsykiatrien behandlingsansvaret for visse patientgrupper over 18 år, for eksempel spiseforstyrrede.

**Table 20. Number of unique patients in adult psychiatry (excluding forensic psychiatric patients), 2001, 2007 and 2011 and percentage increase from 2001 to 2011**

	2001	2007	2011	2001-2011 (percent)
Region Hovedstaden	27.298	28.885	30.081	10,2
Region Sjælland	9.079	11.056	11.864	30,7
Region Syddanmark	18.119	21.854	25.246	39,3
Region Midtjylland	15.588	17.198	18.678	19,8
Region Nordjylland	4.910	6.083	7.553	53,8
Hele landet	74.994	85.076	93.422	24,6

Kilde: Landspatientregisteret.

Anmærkning: Opgørelsen vedrører patienter på 18 år og derover. Den er eksklusiv retspsykiatriske patienter i såvel almene behandlingstilbud som på de retspsykiatriske specialafdelinger.

The increase from 2001 to 2011 varies from 10 percent in Region Hovedstaden to 54 percent in Region Nordjylland. This should be seen in relation to different exit points for patient frequency (unique patients per 1.000 inhabitants). Region Hovedstaden had in 2001 a patient frequency of 21,1, while in Region Nordjylland it was 10,9. Over the period there has been a convergence, so these figures in 2011 were respectively 22,4 and 16,6 treated unique patients per 1.000 inhabitants in Region Hovedstaden and Region Nordjylland.

Whereas in 2001 it was Region Hovedstaden (i.e. the former municipalities in the region), which had the highest patient frequency, it was in 2011 Region Syddanmark, which had the highest with 27,0 patients per 1.000 inhabitants – in the aforementioned region the number of patients has increased by nearly 4 percent annually since 2007.

Patient frequency varied in 2011 from 16,6 in Region Nordjylland to 27,0 in Region Syddanmark – a difference of about 60 percent. Although the growth has varied between the regions, there has been a convergence, as the difference between the highest and lowest patient frequency in 2001 amounted to more than 90 percent.

**Table 21. Number of patients in adult psychiatry (excluding forensic psychiatric patients) per 1.000 inhabitants, 2011**

	Regional psykiatri	Speciallægepraksis
Region Hovedstaden	22,4	19,4
Region Sjælland	18,6	16,1
Region Syddanmark	27,0	9,0
Region Midtjylland	19,1	10,0
Region Nordjylland	16,6	6,9
Hele landet	21,5	13,3

Kilde: Landspatientregisteret.

Anmærkning: Opgørelsen vedrører patienter på 18 år og derover. Den er eksklusiv retspsykiatriske patienter i såvel almene behandlingstilbud som på de retspsykiatriske specialafdelinger.

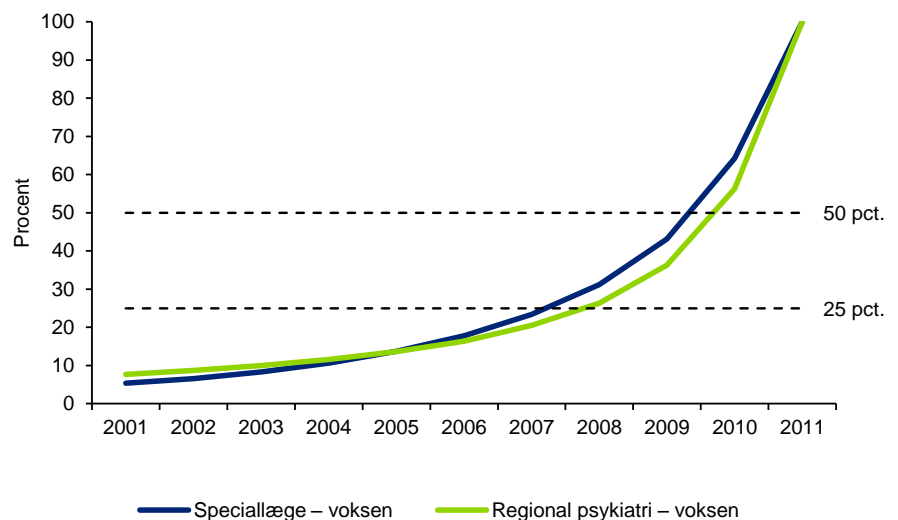
In speciallægepraksis there were in 2011 treated about 57.700 patients. Capacity in speciallægepraksis varies significantly between the regions – overall

per 1.000 indbyggere er der en forskel i patientfrekvensen fra 6,9 i Region Nordjylland til 19,4 i Region Hovedstaden.

Det synes ikke at være sådan, at regioner, der har forholdsvis mange patienter i den regionale psykiatri, har relativt færre patienter, der behandles i speciallægepraksis. Tværtimod har for eksempel Region Hovedstaden forholdsvis mange patienter i begge systemer, mens Region Nordjylland omvendt har relativt få.

Deloitte har med henblik på at belyse omsætningen i patientmassen opgjort historikken for de patienter, der modtog ydelser i 2011 i henholdsvis speciallægepraksis og den regionale voksenpsykiatri. Figuren nedenfor viser, hvor stor en andel af disse patientgrupper der også fik ydelser i 2010, 2009 osv. Det fremgår for eksempel, at omkring 60 procent af speciallægepatienterne og godt 50 procent af patienterne i den regionale psykiatri også modtog ydelser i 2010, og 30-40 procent af patienterne modtog ydelser i både 2009, 2010 og 2011. Knap 10 procent af patienterne i begge grupper har for eksempel modtaget behandling i hvert af årene siden 2001.

**Figur 19. Patienthistorik fordelt på speciallæger og regional psykiatri, 2001-2011**



Kilde: Landspatientregisteret og Sygesikringsregisteret.

Anmærkning: Kurven viser, hvor stor en andel af patienterne i 2011 (100 procent), der også modtog ydelser i hvert af de foregående år. En værdi på 25 procent i 2006 betyder for eksempel, at 25 procent af patienterne fra 2011 også modtog ydelser i 2006. Opgørelsen vedrører patienter på 18 år og derover.

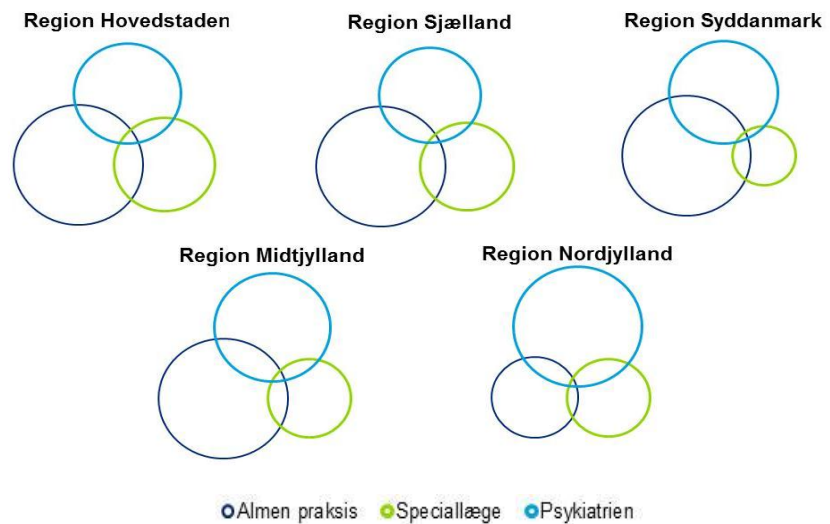
Patienthistorikken er – opgjort på denne måde – forholdsvis ensartet for de to patientgrupper og ligeledes meget sammenfaldende på tværs af regionerne (figur vises ikke). Der ses dog en tendens til, at en større andel af patienterne i speciallægepraksis har lange (flerårige) forløb, selvom det modsatte kunne forventes – baseret på en formodning om, at patienterne i speciallægepraksis i gennemsnit er mindre behandlingskrævende.

Den kvalitative kortlægning har vist, at der generelt ikke – eller kun i meget begrænset omfang – er et samarbejde mellem den regionale psykiatri og de praktiserende speciallæger, jf. også kapitel 3.

I analysen er det undersøgt, hvor stor en andel af patienterne i 2011 der er fælles i den forstand, at de har modtaget behandling i begge sektorer. Desuden er det tilsvarende belyst, hvor mange patienter der har modtaget samtaleterapi i almen praksis. Opgørelsen er konsistent med oplevelsen af systemerne som ret adskilte, idet der generelt kun er et begrænset sammenfald mellem patientgrupperne, jf. figur 20. Opgørelserne er i figuren vist for hver af de enkelte regioner. Indtrykket af begrænset patientsammenfald er gennemgående for alle regionerne. Til gengæld er det indbyrdes størrelsesforhold mellem sektorerne ganske forskelligt.

Dette billede nuanceres dog, når en længere tidsperiode betragtes. Forløbsanalyserne i kapitel 7 viser således, at de patienter, der i 2011 var i den regionale behandlingspsykiatri, set over de forudgående 10 år havde 8-10 besøg i speciallægepraksis i gennemsnit.

**Figur 20. Patientsammenfald mellem delsektorerne, 2011**



Kilde: Landspatientregisteret og Sygesikringsregisteret.

Anmærkning: Figurene illustrerer den relative størrelse af patientgrupper i den regionale psykiatri, speciallægepraksis og almen praksis (kun samtaleterapi) i 2011.

Størrelsen af cirklerne illustrerer størrelsen af de respektive patientgrupper.

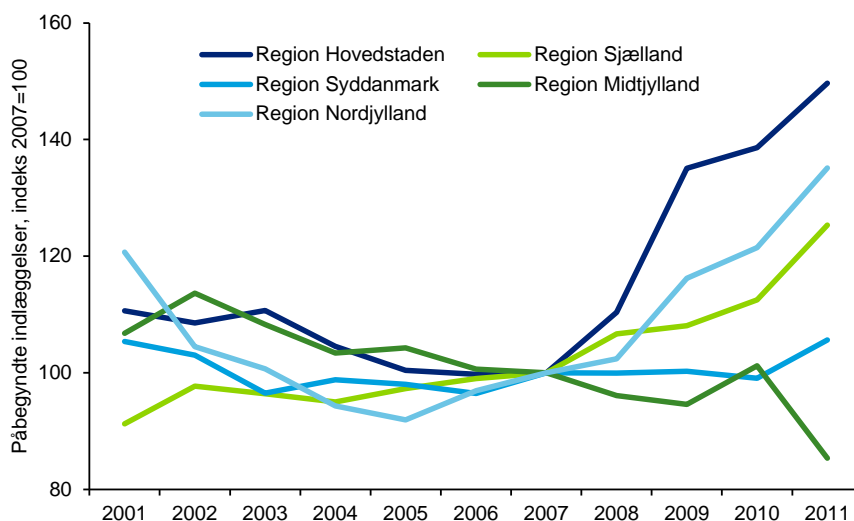
Fortolkningen af disse forskellige observationer kan være, at de voksenpsykiatriske patienter meget sjældent modtager sideløbende behandling i begge systemer, men at en stor del af patienterne omvendt modtager behandling begge steder set over en længere tidshorisont. På den baggrund fremstår det relevant at overveje mulighederne for tættere samarbejde og koordination mellem den regionale psykiatri og speciallægepraksis fremadrettet.

Med den seneste overenskomst er det aftalt, at regionerne fremadrettet kan disponere over op til 20 procent af speciallægenes kapacitet. Kortlægningen viser, at der i alle regionerne pågår overvejelser om, hvordan denne mulighed bedst kan udnyttes.

## Den stationære aktivitet

Antallet af påbegyndte indlæggelser er fra 2001 til 2011 steget med 14 procent, hvor der dog skal tages forbehold for ændret registreringspraksis, som uddybes i det følgende. Frem til regionsdannelsen var der en tendens til reduktion i antallet af indlæggelser, men fra 2007 er udviklingen vendt til en stigning. Dette er trukket af en markant forøgelse i Region Sjælland og Region Nordjylland, hvorimod antallet af påbegyndte indlæggelser har været nogenlunde stabilt igennem de senere år i Region Syddanmark og Region Midtjylland. Desuden kan der konstateres en markant vækst i Region Hovedstaden, hvilket dog i høj grad kan tilskrives ændret registreringspraksis fra 1. oktober 2008. Før dette tidspunkt blev overnatninger på skadestuen registreret som skadestuebesøg, men siden da er praksis ændret, så det registreres som indlæggelser. Ifølge regionens egne oplysninger har det alene medført en vækst i antallet af indlæggelser på 37 procent.

**Figur 21. Påbegyndte indlæggelser i voksenpsykiatrien (eksklusive retspsykiatriske patienter), 2011-2011, indeks 2007=100**



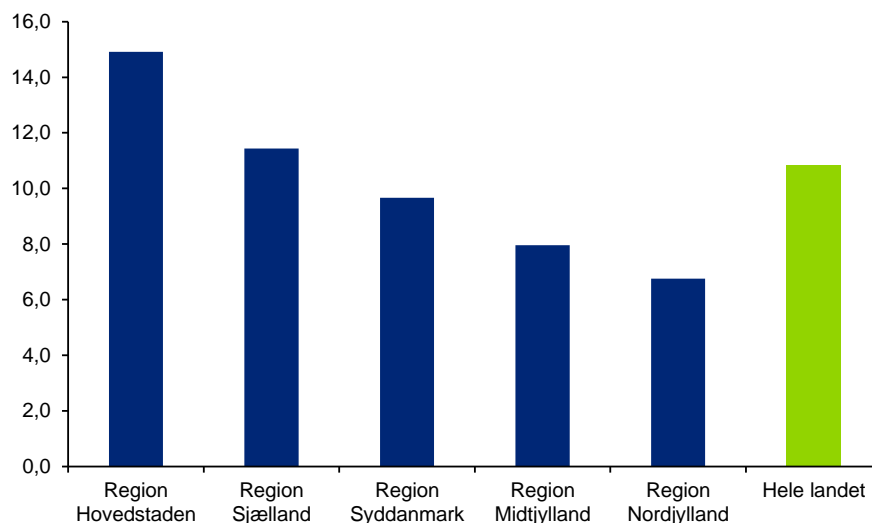
Kilde: Landspatientregisteret.

Anmærkning: Opgørelsen vedrører patienter på 18 år og derover. Den er eksklusiv retspsykiatriske patienter i såvel almene behandlingstilbud som på de retspsykiatriske specialafdelinger.

Sengekapaciteten varierer betydeligt på tværs af regionerne. Antallet af senge dage per 1.000 indbyggere varierer således fra 123 i Region Sjælland og Region Midtjylland til 220 i Region Hovedstaden, jf. nøgletalstabelen i afsnit 5.3. Det afspejler sig derfor også i forskelle i antallet af indlæggelser. I 2011 var der næsten 15 indlæggelser per 1.000 indbyggere i Region Hovedstaden mod kun 7-8 i Region Midtjylland og Region Nordjylland.



**Figur 22. Indlæggelser i voksenpsykiatrien per 1.000 indbyggere, 2011**



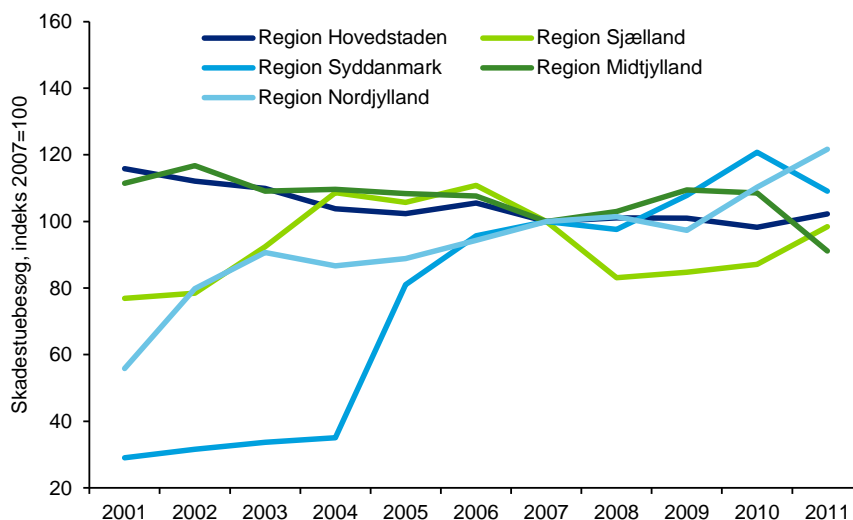
Kilde: Landspatientregisteret.

Anmærkning: Opgørelsen vedrører patienter på 18 år og derover. Den er eksklusiv retspsykiatriske patienter i såvel almene behandlingstilbud som på de retspsykiatriske specialafdelinger.

Denne variation afspejler både forskelle i patientprofiler, regionernes forskellige udbud af behandlingstilbud (herunder specialfunktioner) og faglig praksis og tradition i forhold til vægtningen mellem stationær og ambulante behandling, herunder tilgængeligheden af skadestuer eller akutmodtagelser.

Der er tilsvarende betydelige forskelle i regionernes kapacitet og aktivitet for skadestuer. På dette område har Region Hovedstaden en væsentlig større udbredelse af psykiatriske skadestuer/modtagelser og et markant højere aktivitetsniveau end de øvrige regioner. Hvor der i Region Hovedstaden i 2011 var cirka 21 skadestuebesøg per 1.000 indbyggere, var det tilsvarende tal mellem knap 7 og 11 i de øvrige regioner. Dette er ikke udtryk for, at der i Region Hovedstaden er sket en udbygning af skadestuekapaciteten igennem de senere år. Tværtimod har antallet af skadestuebesøg i hovedstadsområdet været svagt aftagende igennem de seneste 10 år, mens det i nogle andre regioner – særligt Region Nordjylland og Region Syddanmark – har været stigende, jf. figuren nedenfor. Generelt skal tidsserien dog tolkes med forsigtighed som følge af ændret registreringspraksis gennem tiden.

**Figur 23. Skadestuebesøg i voksenpsykiatrien (eksklusive retspsykiatriske patienter), 2001-2011, indeks 2007=100**



Kilde: Landspatientregisteret.

Anmærkning: Opgørelsen vedrører patienter på 18 år og derover. Den er eksklusiv retspsykiatriske patienter i såvel almene behandlingstilbud som på de retspsykiatriske specialafdelinger.

Der kan således konstateres forholdsvis betydelige forskelle i regionernes stationære kapacitet, hvor Region Hovedstaden ligger væsentlig højere end de øvrige regioner. I interviewene har Region Hovedstaden anført, at dette i al væsentlighed vurderes at kunne henføres til, at patientprofilen er anderledes end i de øvrige regioner, omend det også har (haft) betydning, at kapaciteten i det tidligere H:S var særlig høj. Regionen har igennem de senere år foretaget en tilpasning (reduktion) af kapaciteten i denne del af regionen. Blandt de øvrige regioner har psykiatrilædelserne i særligt Region Syddanmark og Region Midtjylland tilkendegivet, at sengekapaaciteten i disse regioner ud fra en faglig betragtning vurderes at være for høj, men at mulighederne for at foretage en (yderligere) tilpasning begrænses – eller forsinkes – af politiske prioriteringer.

Den ovenfor beskrevne stigning i antallet af indlæggelser er muligjort af, at der er sket en markant reduktion i den gennemsnitlige indlæggelsestid. Regionerne – og før 2007 amterne – har tilstræbt at forkorte den tid, patienterne er indlagte, men til gengæld udbygge de ambulante besøg. Samtidig har der været en udvikling af behandlingstilbud, så udbuddet er blevet mere granuleret. Det omfatter eksempelvis øget brug af opsøgende team og oprettelsen af daghospitalet m.v., der behandlingsmæssigt kiler sig ind mellem traditionel ambulante og stationær behandling.

Reduktionen har været mest udtalt i Region Hovedstaden og Region Sjælland, hvor indlæggelsestiden er mere end halveret siden 2001, jf. tabellen nedenfor. I Region Sjælland skete de største fald i starten af perioden, mens der de senere år har været en mere stabil reduktion i den gennemsnitlige indlæggelsestid.

I forhold til Region Hovedstaden kan en stor del af det markante fald mellem 2007 og 2011 især tilskrives ændret registreringspraksis, som beskrevet ovenfor vedrørende udviklingen i antal påbegyndte indlæggelser. Ændret registrering af overnatninger på skadestuerne (fra skadestuebesøg til indlæggelser) har således medført en betydelig vækst i antallet af relativt korte indlæggelser, hvilket har bidraget til at reducere den gennemsnitlige indlæggelsestid. Det kan dog ikke fuldt ud forklare det markante fald siden 2007, da den gennemsnitlige indlæggelsestid i Region Hovedstaden eksempelvis faldt med godt 20 procent fra 2010 til 2011.

**Tabel 22. Gennemsnitlig indlæggelsestid i voksenpsykiatrien (eksklusive retspsykiatriske patienter), 2001, 2007 og 2011**

	2001	2007	2011
Region Hovedstaden	40,8	32,0	16,0
Region Sjælland	43,3	18,3	11,9
Region Syddanmark	24,3	19,5	18,0
Region Midtjylland	26,1	16,2	17,4
Region Nordjylland	32,5	36,6	26,9

Kilde: Landspatientregisteret.

Anmærkning: Opgørelsen vedrører patienter på 18 år og derover. Den er eksklusiv retspsykiatriske patienter i såvel almene behandlingstilbud som på de retspsykiatriske specialafdelinger.

Region Nordjylland skiller sig ud, dels ved at indlæggelsestiden først er begyndt at falde i de senere år, dels ved at den ligger på et højere niveau end i de øvrige regioner – med 26,9 dage er den gennemsnitlige indlæggelsestid på samme niveau som i Region Syddanmark og Region Midtjylland i 2001.

Region Midtjylland er den eneste region, hvor den gennemsnitlige indlæggelsestid er steget fra 2007 til 2011. Dette kan være en forklaringsfaktor for, hvorfor regionen har relativt mange på venteliste i forhold til behandlingsaktiviteten sammenlignet med de andre regioner. Således fremgår det af tabellen i afsnit 5.4 nedenfor, at antallet af patienter, der står på venteliste mere end 2 måneder, udgør knap 2 procent af det samlede antal behandlede patienter i regionen, hvilket er væsentlig højere end i de andre regioner.

Den beskrevne udvikling illustrerer, at der er sket betydelige strukturelle ændringer af psykiatrien de seneste cirka 10 år. Kortere indlæggelsestider har – trods reduktion i sengekapaleten – givet mulighed for at behandle flere patienter i de stationære tilbud og har samtidig bidraget til at frigøre kapacitet til udbygning af ambulante tilbud, jf. næste afsnit.

De kortere indlæggelsestider skyldes ikke – eller kun i begrænset omfang – at patientsammensætningen er blevet behandlingsmæssigt lettere, idet det foreliggende datamateriale har vist, at der kun er sket små forskydninger i patienternes fordeling på diagnosegrupper.

En del af sengekapaleten i den regionale psykiatri optages af patienter, der er færdigbehandlet, men ikke kan udskrives, fordi der mangler passende tilbud i den kommunale socialpsykiatri. Kommunerne betaler en takst per

sengedøgn (1.834 kr. i 2011) for færdigbehandlede patienter. De samlede kommunale udgifter fremgår for perioden 2007-2011 af tabellen nedenfor.

Udgifterne har frem til 2009 ligget tæt på 80 mio. kr. årligt (i løbende priser), svarende til en årlig sengebelægning på cirka 120-130 senge med de gældende takster i de pågældende år. Efter stabile fald i årene 2007-2009 er der sket mere omfattende fald i 2010 og 2011, idet kommunernes samlede betalinger er reduceret til knap 44 mio. kr. i 2011. Det svarer til 65 fuldt belagte sengepladser, hvilket udgør 3,3 procent af den disponible sengekapacitet. Trods markante fald i Region Hovedstaden er det fortsat denne region, der har det største omfang af færdigbehandlede patienter både absolut og set i forhold til regionens størrelse.

**Tablet 23. Kommunernes udgifter til færdigbehandlede patienter i voksenpsykiatrien, mio. kr., 2007-2011 (løbende priser)**

Region	2007	2008	2009	2010	2011
Hovedstaden	48,5	46,8	46,1	34,2	25,2
Sjælland	9,1	8,3	8,4	3,7	3,3
Syddanmark	6,3	6,7	7,6	9,8	5,6
Midtjylland	11,1	10,4	10,3	5,9	5,1
Nordjylland	3,6	5,6	4,7	4,5	4,7
<b>Hele landet</b>	<b>78,7</b>	<b>77,8</b>	<b>77,1</b>	<b>58,1</b>	<b>43,8</b>
<i>Takst per færdigbehandlet dag, kr.</i>	<i>1.650</i>	<i>1.701</i>	<i>1.771</i>	<i>1.819</i>	<i>1.834</i>

Kilde: Dataudtræk fra statens informationssystem for regioner og kommuner omkring kommunal medfinansiering og kommunal finansiering.

Anmærkning: Voksenpsykiatrien er her afgrænset til hele voksenpsykiatrien, eksklusiv de dedikerede retspsykiatriske afdelinger/afsnit, men inklusive retspsykiatriske patienter, der er indlagt på almene voksenpsykiatriske sengeafsnit.

Det fremgår af tabellen ovenfor, at kapacitetsbindingen fra færdigbehandlede patienter er blevet mindre de seneste par år. Det har dermed frigjort kapacitet (omend i begrænset omfang) til, at regionerne har kunnet behandle flere patienter og påbegynde relativt flere indlæggelsesforløb.

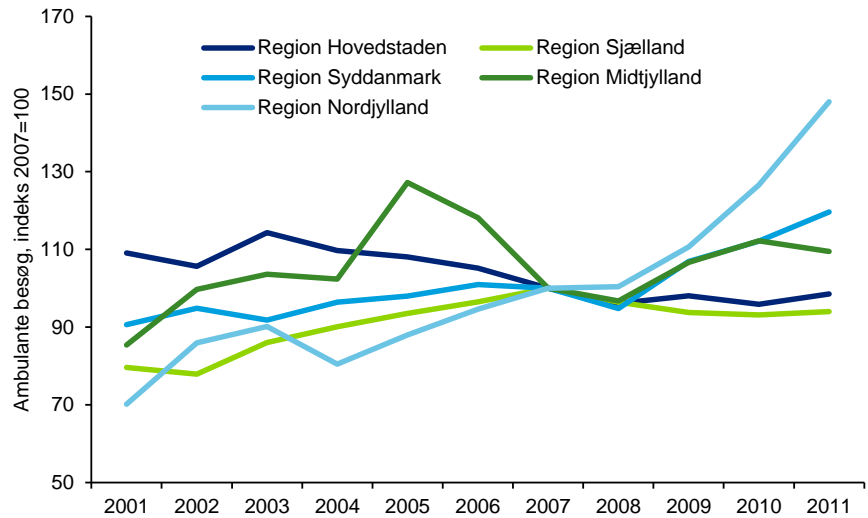
## Den ambulante aktivitet

I dette afsnit præsenteres hovedtal for (udviklingen i) den ambulante aktivitet i voksenpsykiatrien. Tallene er opgjort eksklusiv retspsykiatriske patienter, der behandles i den almene voksenpsykiatri.

Antallet af ambulante besøg har – med Region Hovedstaden som undtagelse – været stigende siden 2001, jf. figuren nedenfor. Det skal dog ses i lyset af forskellige udgangspunkter. Således var der i Region Hovedstaden i 2001 231 ambulante besøg per 1.000 indbyggere, hvilket var næsten dobbelt så meget som gennemsnittet i de fire andre regioner. I 2011 havde Region Hovedstaden fortsat det højeste antal ambulante besøg per 1.000 indbyggere (med 201), omend kun marginalt højere end Region Syddanmark (med 197) og cirka 25 procent højere end de fire andre regioner i gennemsnit. Siden 2001 er der dermed sket en konvergens mellem regionerne i det relative

antal ambulante besøg. I de tre øvrige regioner var der i 2011 138-144 ambulante besøg per 1.000 indbyggere.

**Figur 24. Ambulante besøg i alt i voksenpsykiatrien (eksklusive retspsykiatriske patienter), 2001-2011, indeks 2007=100**



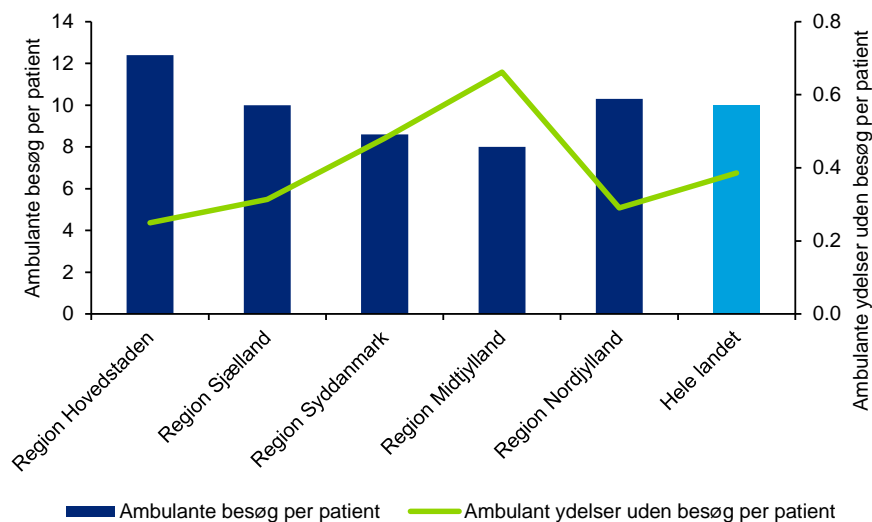
Kilde: Landspatientregisteret.

Anmærkning: Opgørelsen vedrører patienter på 18 år og derover. Den er eksklusiv retspsykiatriske patienter i såvel almene behandlingstilbud som på de retspsykiatriske specialafdelinger.

Siden regionernes dannelse i 2007 har især Region Nordjylland udvidet den ambulante aktivitet betydeligt, idet antallet af besøg er steget med cirka 40 procent. Region Syddanmark og Region Midtjylland har også øget den ambulante aktivitet – for begge regioners vedkommende i størrelsesordenen 10 procent.

At Region Syddanmark har et forholdsvis højt antal ambulante besøg per 1.000 indbyggere er dermed – sammenholdt med at regionen samtidig har færrest sengedage per 1.000 indbyggere, jf. nøgletalstabellen i afsnit 5.3 nedenfor – i god overensstemmelse med kortlægningen af økonomi og personale tidligere i kapitlet, der viste et forholdsvis højt ressourceforbrug til ambulante behandling i forhold til stationær behandling sammenlignet med de øvrige regioner.

**Figur 25. Ambulante besøg og antal ydelser uden besøg i voksenpsykiatrien (eksklusive retspsykiatriske patienter) per patient, 2011**



Kilde: Landspatientregisteret.

Anmærkning: Opgørelsen vedrører patienter på 18 år og derover. Den er eksklusive retspsykiatriske patienter i såvel almene behandlingstilbud som på de retspsykiatriske specialafdelinger.

Antallet af ambulante besøg kan dekomponeres i to dele – nemlig antallet af patienter og antallet af besøg per patient. Som det fremgår af figuren ovenfor, varierer sidstnævnte forholdsvis meget fra cirka 12 besøg per patient i Region Hovedstaden som det højeste til cirka 8 besøg i Region Syddanmark og Region Midtjylland som det laveste.

At Region Hovedstaden og Region Syddanmark begge har et aktivitetsniveau på cirka 200 besøg per 1.000 indbyggere dækker således over, at sidstnævnte behandler relativt flere patienter, men at disse i gennemsnit har færre besøg end i Region Hovedstaden. Forskellen afspejler blandt andet, at Region Syddanmark modsat de øvrige regioner har en praksis, hvorefter den første visitation i princippet altid sker på basis af en samtale og ikke ud fra henvisningspapirerne. Det understøttes desuden af patientforløbsanalyserne i kapitel 7, der viser, at Region Syddanmark har relativt mange patientforløb, der alene omfatter ambulante behandling, da de tager en bredere patientgruppe ind, hvor behandlingen for en større andel (end i de andre regioner) afsluttes efter første besøg.

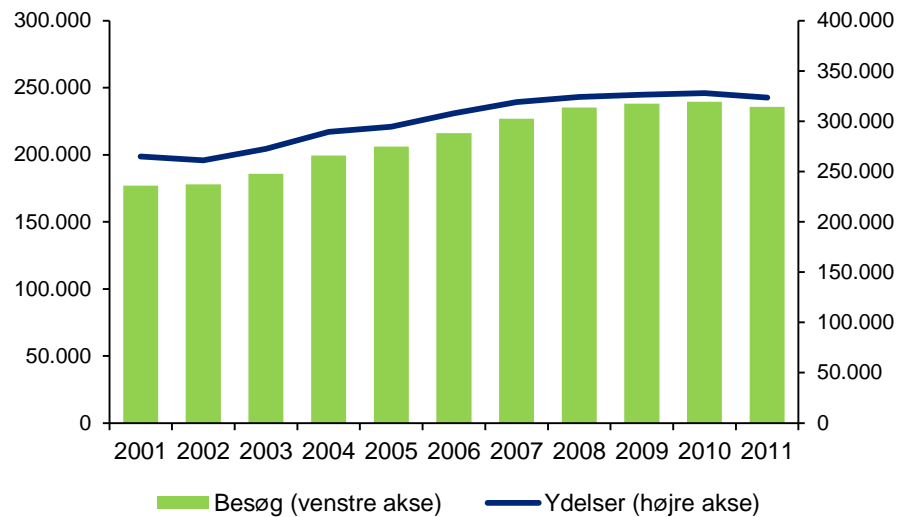
I Region Nordjylland er antallet af besøg per patient over gennemsnittet. Til gengæld er Region Nordjylland den af regionerne, der har forholdsvis færrest patienter i ambulante tilbud.

Variationerne i antal ambulante besøg per patient kan desuden afspejle forskelle i patientunderlaget og sammensætningen af de enkelte regioners behandlingstilbud. Dette kan belyses ved at betragte antallet af ydelser uden besøg per patient i figur 25. Heraf fremgår det eksempelvis, at Region Midtjylland har det klart højeste antal ydelser uden besøg per patient, hvilket

kan være med én af forklaringerne på, at regionen har det laveste antal ambulante besøg per patient.

Ses der på aktiviteten i speciallægepraksis, har der igennem de seneste 10 år været en kraftig stigning på godt 50 procent i antallet af ydelser og godt 30 procent i antallet af besøg, jf. figur 26 nedenfor. Der ser dog ud til at være sket en udfladning – og i nogle regioner et fald – igennem de seneste år.

**Figur 26. Antal besøg og ydelser i speciallægepraksis, 2001-2011**



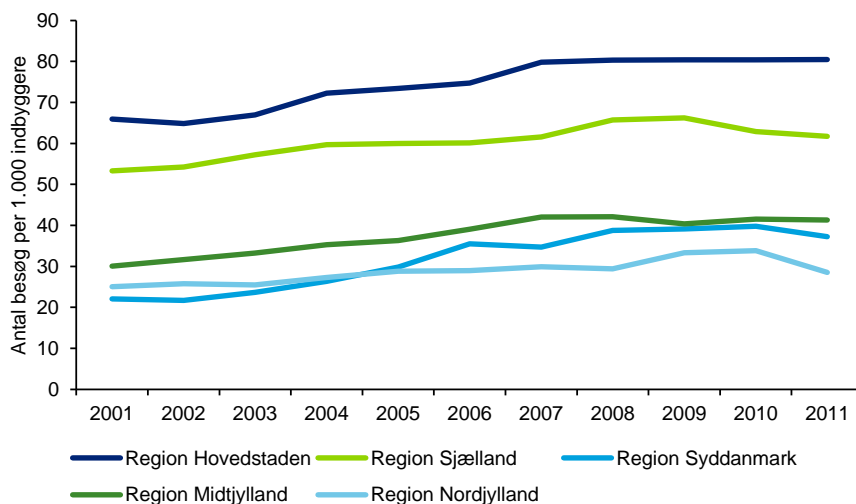
Kilde: Sygesikringsregisteret.

Anmærkning: Opgørelsen vedrører patienter på 18 år og derover.

Det samlede antal besøg i speciallægepraksis udgjorde i 2011 cirka 235.000 besøg, hvilket kan sammenlignes med godt 750.000 ambulante besøg i den regionale psykiatri – forholdet mellem antal besøg i de to sektorer er således cirka 1:3.

Antallet af speciallægebesøg per 1.000 indbyggere er væsentlig højere i Region Hovedstaden og Region Sjælland end i de tre øvrige regioner. Niveauet i Region Hovedstaden er således mere end dobbelt så højt som i Region Syddanmark og Region Midtjylland og mere end tre gange så højt som i Region Nordjylland, jf. figur 27.

Figur 27. Antal besøg i speciallægepraksis per 1.000 indbyggere, 2001-2011



Kilde: Sygesikringsregisteret.

Anmærkning: Opgørelsen vedrører patienter på 18 år og derover.

Forskellene i aktiviteten i speciallægepraksis mellem regionerne hænger sammen med udbuddet af praktiserende speciallæger i de enkelte regioner. Det fremgår således af nøgletalstabelen i det følgende afsnit, at der er væsentlige variationer i antallet af ydernumre mellem regionerne. Det er i den forbindelse påfaldende, at eksempelvis Region Nordjylland har relativt få ydelser fra speciallægepraksis per 1.000 indbyggere, jf. figuren ovenfor, samtidig med at antal ydelser per patient og per ydernummer er klart højest i denne region. Det vil sige, at de forholdsvis få praktiserende speciallæger i Region Nordjylland leverer relativt mange ydelser – både hver især og i forhold til den enkelte patient i gennemsnit.

Sygesikringsregisteret indeholder ikke oplysninger om patienternes diagnoser, og det er derfor ikke herudfra muligt at belyse, hvilke patientgrupper der ligger bag den stedfundne udvikling eller niveauforskellene mellem regionerne.

### 5.3. Nøgletal

I tabellen nedenfor er der opsamlet en række centrale nøgletal for den regionale voksenpsykiatri i de fem regioner for 2011.



**Tabel 24. Nøgletalsoversigt for voksenpsykiatrien (eksklusive retspsykiatriske specialfunktioner), 2011**

	Hoved- staden	Sjælland	Syd- danmark	Midt- jylland	Nord- jylland	Hele landet
<b>Regionale tilbud</b>						
Antal personer i behandling (unikke CPR-numre)	32.309	12.980	25.194	19.297	7.986	94.336
Indlagte patienter	9.987	3.580	5.231	4.013	2.090	24.187
Ambulante patienter	23.230	9.750	20.937	16.550	6.483	75.692
Skadestuepatienter	14.231	3.367	5.889	4.011	1.931	29.029
<b>Udgifter</b>						
Tilrettede driftsudgifter i alt, mio. kr.	2.304	665	1.001	981	462	5.413
Tilrettede driftsudgifter per indbygger, kr.	1.715	1.041	1.071	1.005	1.012	1.245
Tilrettede driftsudgifter per person i behandling	71.317	51.219	39.748	50.841	57.811	57.382
Lønudgifter, procent af samlede tilrettede driftsudgifter	76,9	76,9	83,5	79,3	84,2	79,1
Vikarudgifter i alt, mio. kr.	24,6	24,8	9,9	32,9	15,2	107,4
Vikarudgifter, procent af samlede tilrettede driftsudgifter	1,1	3,7	1,0	3,4	3,3	2,0
<b>Personale</b>						
Årsværk i alt	3.298	889	1.558	1.540	691	7.976
Heraf læger	444	104	189	193	81	1.010
Heraf overordnede læger	193	49	77	75	27	420
Årsværk, sundhedsfagligt personale	2.503	729	1.302	1.223	586	6.342
Heraf i stationære behandlingsafsnit	1.802	521	794	689	435	4.241
Heraf i ambulante behandlingsfunktioner	701	207	508	534	151	2.102
Heraf læger, psykologer og sygeplejersker	512	154	406	441	143	1.656
Antal patienter per overordnet læge	162	254	316	248	287	224
<b>Indlæggelser</b>						
Antal indlæggelser	20.036	7.304	9.031	7.768	3.081	47.220
Antal indlæggelser per 1.000 indbyggere (+18 år)	14,9	11,4	9,7	8,0	6,8	10,9
Sengekapacitet – antal normerede senge	1.015	298	508	378	231	2.430
Sengekapacitet – antal disponible senge	964	296	471	362	230	2.323
Sengedage per 1.000 indbyggere (+18 år)	219,8	123,4	163,2	122,7	173,4	166,8
Sengedage per stationært årsværk	163,9	151,3	192,2	173,9	181,9	171,1
Gennemsnitligt antal sengedage	17,0	12,7	18,5	16,7	26,9	17,2
<b>Skadestuebesøg</b>						
Antal skadestuebesøg	28.412	4.520	10.214	6.637	3.087	52.870
Antal skadestuebesøg per 1.000 indbyggere (+18 år)	21,1	7,1	10,9	6,8	6,8	12,2
<b>Ambulante besøg</b>						
Ambulante besøg	285.348	95.788	178.573	128.120	66.396	754.225
Ambulante besøg per 1.000 indbyggere (+18 år)	212	150	191	131	146	173
Ambulante besøg per patient	12,3	9,8	8,5	7,7	10,2	10,0
Ambulante besøg per ambulans årsværk	407	462	352	240	439	359
Ambulante ydelser per ambulans årsværk	509	607	520	399	566	497
<b>Speciallægepraksis</b>						
Antal aktive ydernumre	69	25	18	27	8	147
Antal patienter (unikke CPR-numre)	26.142	10.289	8.451	9.824	3.162	57.868
- per 1.000 indbyggere	19	16	9	10	7	13
Antal patienter per ydernummer	379	412	470	364	395	394
Antal ydelser	143.303	49.293	50.566	61.194	19.209	323.565
Antal ydelser per patient	5,5	4,8	6,0	6,2	6,1	5,6
Antal ydelser per ydernummer	2.077	1.972	2.809	2.266	2.401	2.201
Samlede udgifter til behandling hos speciallæger (1.000 kr.)	95.622	34.207	34.330	43.147	12.985	220.291
- per 1.000 indbyggere	71	54	37	44	28	51
Gennemsnitlige udgifter per patient (kr.)	3.658	3.325	4.062	4.392	4.107	3.807

Anmærkning: I denne tabel er opgørelsen af aktivitetsdata baseret på en organisatorisk afgrænsning af voksenpsykiatrien. Det vil sige, at den her følger samme umiddelbare afgrænsning som i opgørelsen af økonomi og personale. Afgrænsningen er dermed patienter på 18 år og derover (inklusive retspsykiatriske patienter) i almene behandlingstilbud, det vil sige eksklusive dedikeret retspsykiatri.

Personalegruppen "overordnede læger" er defineret ud fra FLD's grupperinger af overenskomster. Overordnede læger består af følgende overenskomstgrupper: Afdelingslæger, lægelige chefer, overlæger og speciallægekonsulenter

I denne opgørelse er der sket en organisatorisk afgrænsning af specialet, det vil sige, at det omfatter patienter på 18 år og derover, inklusive retspsykiatriske patienter, der behandles i almene tilbud. Opgørelsen er eksklusiv de retspsykiatriske specialafdelinger. Tabellen giver et samlet overblik over ligheder og forskelle på det overordnede niveau.

Nogle af de forskelle mellem regionerne, der fremtræder på baggrund af nøgletalstabellen ovenfor, er fremhævet i tabellen nedenfor.

**Tablet 25. Centrale observationer fra nøgletaloversigten for voksenpsykiatrien**

Den regionale behandlingspsykiatri	Speciallægepraksis
<ul style="list-style-type: none"><li>• Udgifterne per patient varierer fra cirka 41.000 kr. til knap 74.000 kr.</li><li>• Antallet af indlæggelser per 1.000 indbyggere varierer fra 6,8 til 14,9.</li><li>• Antallet af sengedage per 1.000 indbyggere varierer fra 123 til 220.</li><li>• Det gennemsnitlige antal indlæggelsesdage varierer mellem 11,9 og 26,9.</li><li>• Antallet af skadestuebesøg per 1.000 indbyggere varierer mellem 6,8 og 21,1.</li><li>• Antallet af patienter (unikke CPR-numre) per overordnet læge varierer mellem 162 og 316.</li><li>• Antallet af ambulante besøg per 1.000 indbyggere varierer mellem 131 og 212.</li><li>• Antallet af ambulante besøg per patient varierer mellem 8,0 og 12,4.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Der er stor forskel på udbuddet af praktiserende speciallæger, idet antal ydernumre varierer mellem 8 og 69.</li><li>• Antallet af patienter per 1.000 indbyggere varierer fra 7 til 19.</li><li>• Antallet af ydelser per patient varierer fra 4,8 til 6,2.</li><li>• Udgifterne per 1.000 indbyggere varierer fra 28 kr. til 71 kr.</li><li>• De gennemsnitlige udgifter per patient varierer fra ca. 3.300 kr. til 4.400 kr.</li></ul>

Samlet set illustrerer nøgletallene således, at der for hovedparten af nøgletallene er betydelige forskelle mellem regionerne – ofte på 50-100 procent forskel mellem den laveste og højeste værdi. Årsagerne hertil er formentlig dels, at patientsammensætningen varierer, dels at serviceniveau og faglig praksis – herunder udbuddet og sammensætningen af behandlingstilbud i form af eksempelvis specialfunktioner – er forskellig, forskelle i produktivitet og endelig at regionernes styring er tilrettelagt forskelligt.

Voksenpsykiatrien er forholdsmæssigt større i Region Hovedstaden end i de øvrige regioner. Per 1.000 indbyggere ligger regionen således noget højere end de øvrige regioner for både indlæggelser, skadestuebesøg og ambulante besøg. Samtidig er aktiviteten i speciallægepraksis særlig stor i Region Hovedstaden. Den eneste undtagelse fra dette billede er antallet af patienter i

den regionale psykiatri, der forholds­mæssigt er højest i Region Syddanmark. Det samlede antal patienter (inklusive speciallægepraksis) er dog højest i Region Hovedstaden. Set i forhold til Region Nordjylland, der har den for­holds­mæssigt mindste psykiatrisektor, er voksenpsykiatrien i Region Hoved­staden relativt set cirka dobbelt så stor.

Det skal samtidig bemærkes, at der er forholdsvis stor forskel på nøgletallene mellem voksenpsykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien, der blev opgjort i foregående kapitel. Det skal ses i sammenhæng med aktiviteternes forskel­lige karakter i de to specialer, hvor behandling fylder relativt meget i voksen­psykiatrien, mens udredning fylder relativt mere i børne- og ungdomspsyki­atrien.

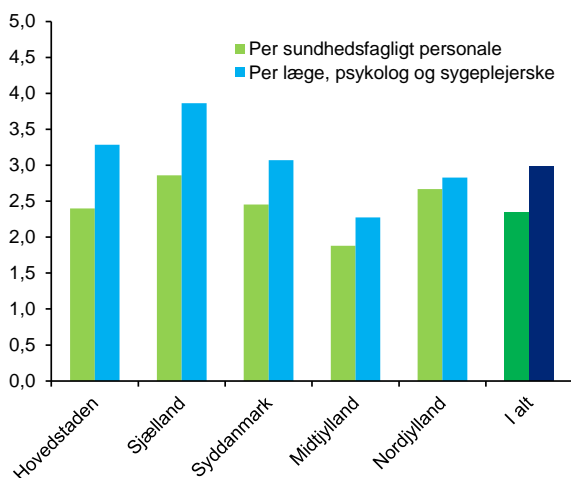
## 5.4. Produktivitet

Det er vanskeligt at måle produktiviteten i psykiatrien og forskelle mellem regionerne. Det skyldes dels, at patientsammensætning, behandlingstilbud og geografi m.v. er forskellig, dels at det ikke er muligt analytisk at vurdere, om flere besøg og/eller ydelser per medarbejder i nogle regioner helt eller delvist modsvarer af dårligere kvalitet. Hertil kommer – for den ambulante aktivitet – at der er en lang række aktiviteter (fx pårørendesamtaler og tvær­faglige besøg), der ikke i fuldt omfang registreres som besøg.

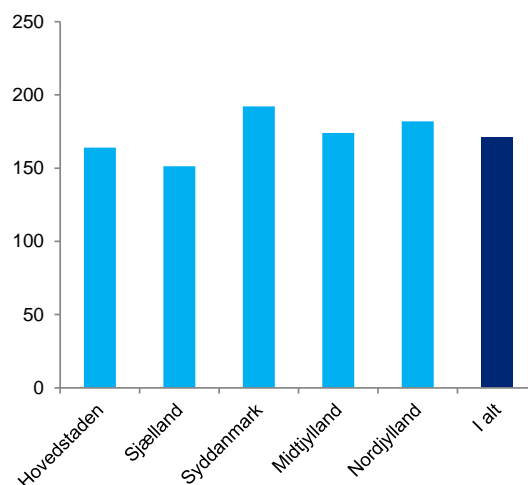
Med disse forbehold er der i figuren nedenfor vist indikatorer for produktivite­ten på det stationære og ambulante område – henholdsvis sengedage per årsværk og ambulante ydelser per medarbejder.

**Figur 28. Indikatorer for produktivitet i ambulante og stationære funktioner i voksenpsykiatrien (eksklusive de retspsykiatriske specialafdelinger), 2011**

**(a) Ambulante ydelser per årsværk per dag**



**(b) Sengedage per sundhedsfagligt årsværk**



Kilde: Landspatientregisteret, indberetninger af personaledata fra regionerne samt Deloittes beregninger.

Anmærkning: Opgørelsen omfatter voksenpsykiatrien, inklusive retspsykiatriske patienter i almene behandlingstilbud. Personale ansat i de retspsykiatriske specialafdelinger indgår ikke i denne opgørelse. Der er forudsat 212 behandlingdage per årsværk.

Ambulante ydelser omfatter besøg med patientkontakt udført af læger, psykologer eller sygeplejersker samt ydelser uden besøg, herunder samtaler med pårørende, egen læge og andre myndigheder m.v. Ambulante besøg og ydelser uden besøg er i opgørelsen lagt sammen under en beregningsteknisk forudsætning om, at ressourcetrækket ved de to typer af aktiviteter er ens.

Ambulante ydelser og sengedage er sat i forhold til personaleforbruget i henholdsvis ambulante og stationære funktioner.

Opgørelsen af personaleforbrugets fordeling baserer sig overvejende på oplysninger fra regionerne, men også i et vist omfang på skønsmæssige vurderinger. Fordelingen vurderes at være mest usikker for Region Midtjylland, hvor andelen af personale i stationære behandlingstilbud muligvis er underestimeret.

Ud fra disse indikatorer – og med forbehold for de nævnte fortolkningsusikkerheder – synes Region Syddanmark at være den af regionerne, der har den højeste produktivitet på det stationære område. På det ambulante område er billedet mere varierende, men målt i forhold til det samlede sundhedsfaglige personale har Region Sjælland den højeste produktivitet. Omvendt fremstår produktiviteten i Region Midtjylland at være forholdsvis lavere på det ambulante område, hvor antallet af ydelser per sundhedsfagligt personale er noget lavere end i de øvrige regioner. Det skal dog understreges, at fordelingen af personale mellem ambulante og stationære funktioner er forbundet med større usikkerhed i denne region.<sup>11</sup>

Det ses, at antallet af ambulante ydelser per sundhedsfagligt personale varierer mellem 1,9 ydelser per dag i Region Midtjylland og 2,9 ydelser per dag i Region Sjælland. At Region Sjælland ligger højest er konsistent med resultaterne af den kvalitative kortlægning, idet Region Sjælland er den af regioner-

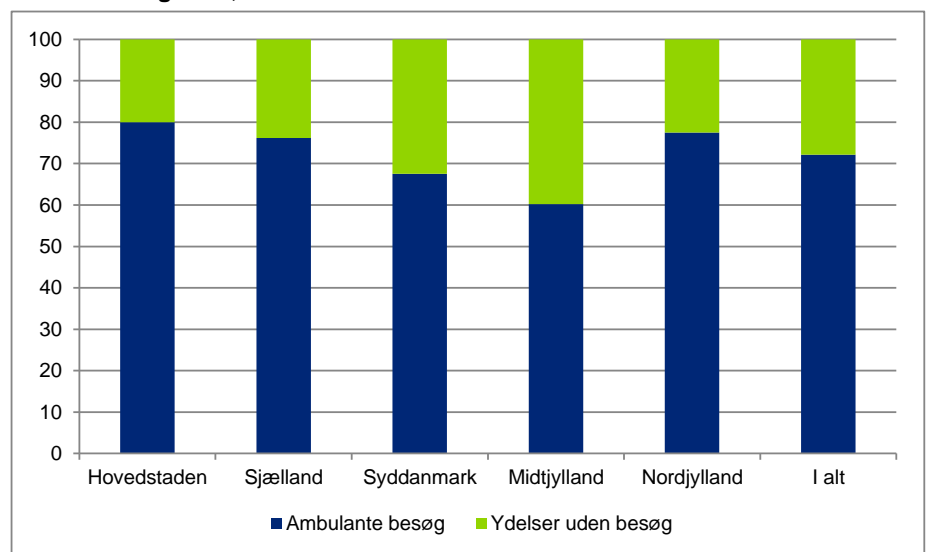
<sup>11</sup> Den opgjorte personalefordeling mellem ambulante og stationær behandling har således en afgørende betydning for balancen i produktivitetsmålne mellem ambulante og stationær behandling. Samtidig skal det dog fremhæves, at der har været en høj grad af overensstemmelse mellem de kortlagte data for økonomi, personale, aktivitet og patientforløb, der er opgjort på forskellige grundlag.

ne, der synes at være kommet længst med målfastsættelse og opfølgning i forhold til de enkelte medarbejders case-load samt implementering af tiltag, der har haft fokus på at fremme aktiviteten. Regionen opererer med et mål for case-load på 4 ambulante besøg per dag per fuldtidsansatte behandler.

Det fremgår ligeledes af figuren, at hvis de tilsvarende tal opgøres per læge, psykolog og sygeplejerske er antallet af ydelser per dag noget højere, nemlig 3,0 i gennemsnit.

I nedenstående figur er der vist en opgørelse af fordelingen mellem antal ambulante ydelser og ydelser uden besøg i de enkelte regioner samt for regionerne under. Andelen af ydelser uden besøg varierer fra 20 procent i Region Hovedstaden til 40 procent i Region Midtjylland.

**Figur 29. Fordeling af ambulante aktiviteter på besøg og ydelser uden besøg i de enkelte regioner, 2011**



Kilde: Landspatientregisteret.

### Illustration af muligt potentiale

I opdraget for kapacitetsanalysen er der ønsket en kvantitativ belysning af det mulige økonomiske potentiale for bedre kapacitetsudnyttelse. Nedenfor i tabel 26 er vist beregninger, hvor produktiviteten er tilpasset til gennemsnittet i de regioner, der ligger under gennemsnittet. Beregningerne tager afsæt i de tilrettede driftsudgifter og omfatter således fx ikke overheadudgifter. Den gennemsnitlige udgift for en sengedag er opgjort til 5.233 kroner, mens den er opgjort til 1.747 kroner for en ambulant ydelse

Det fremgår af tabellen, at en forøgelse af produktiviteten for ambulante ydelser og sengedage til gennemsnittet ville betyde, at antallet af sengedage kunne øges med 5 procent og antallet af ambulante ydelser med 10 procent.

**Tabel 26. Illustration af ekstra produktionspotentiale ved tilpasning af produktiviteten**

	Tilpasning til gennemsnitlig produktivitet
<i>Stationære tilbud</i>	
Ekstra sengedage, antal	33.859
Ekstra sengedage, procent	5
<i>Ambulante tilbud</i>	
Ekstra ambulante ydelser, antal	106.164
Ekstra ambulante ydelser, procent	10

Note: Den bagvedliggende udgiftsfordeling er ikke nøjagtige opgørelser af den faktiske udgiftsfordeling – da sådanne ikke foreligger eller kan opgøres med fuldstændig sikkerhed – men er dog ifølge Deloitte's vurdering retvisende indikatorer for vægtningen af behandlingstilbuddene.

Det skal understreges, at beregningerne er mekaniske i den forstand, at der er foretaget en numerisk tilpasning af høje(re) parameterværdier til lave(re) på de nævnte områder. Mulighederne for at realisere potentialerne er usikre, og der er ikke foretaget konkrete vurderinger af mulighederne for at iværksætte og implementere de materielle ændringer i opgavevaretagelsen, som er påkrævede herfor. Hver af de viste beregninger illustrerer derfor en mulig størrelsesorden, men kan ikke opfattes som et estimat. Der er ligeledes ikke foretaget en vurdering af de afledte implikationer for indhold og kvalitet i ydelserne.

Regionernes specialiseringsgrad kan have betydning for produktiviteten, idet regioner med mange forpligtelser på regionsfunktionsniveau og højt specialiseret niveau vil have flere mere komplicerede patienter og større krav til opbygning og vedligeholdelse af ekspertise, forskning og udvikling samt uddannelse. Det kan betyde, at disse regioner klarer sig mindre godt på de viste produktivetsmål.

Endvidere er der forskel på regionernes geografi. Regioner med store geografiske afstande, må forventes at have mere transporttid i udgående ambulante funktioner og dermed alt andet lige have en lavere produktivitet. Endvidere er diagnoser som fx skizofreni oftere forekommende i storbyer, hvorfor geografi også har betydning for tyngden i patientgruppen.

Ligeledes er der forskel i bygningsmassen og forskel på antallet af matrikler, hvilket kan have betydning for mulighederne for en effektiv ressourceanvendelse.

Slutteligt kan næves forhold som regionens egen visitationspraksis og henvisningspraksis i kommuner, praktiserende læger mv. Disse forhold må også forventes at have betydning for, hvordan regionerne klarer sig på de enkelte produktivetsmål. Forholdene er dog mulige for de enkelte regioner at ændre på, evt. i samarbejde med andre parter.

## Samlet produktivitet

Derudover er der – med samme forbehold som oven for vedrørende målemuligheder og tolkning af produktivitet – opgjort et samlet produktivitetstal nedenfor på tværs af behandlingstilbud, der dermed væsentligt mindsker usikkerheden om personalets fordeling mellem ambulante og stationær behandling. Her er det sammenholdt med tal for ventelisteandel og udgiftsniveauer, hvilket viser nogle interessante sammenhænge.

**Tablet 27. Ventelisteandel, produktivitet og udgifter i hele voksenpsykiatrien, 2011**

	Ventende personer (procent af behandlede patienter)	Sengedage og ambulante ydelser per årsværk	Udgifter per patient (1.000 kr.)
Region Hovedstaden	1,0	260	81,8
Region Sjælland	0,4	281	58,4
Region Syddanmark	0,4	320	43,3
Region Midtjylland	1,8	272	61,7
Region Nordjylland	0,8	281	64,4

Kilde: Landspatientregisteret, Danske Regioner og Sundhedsstyrelsen.

Anmærkning: Opgørelsen omfatter hele voksenpsykiatrien, inklusive retspsykiatriske patienter i både almene behandlingstilbud og dedikerede retspsykiatriske enheder. Sikringsafdelingen – som er en unik specialiseret retspsykiatrisk afdeling i Region Sjælland – indgår dog ikke i opgørelsen.

Ventelisteandelen er opgjort som antal voksne med aktuelt behov for behandling/undersøgelse, der har stået på venteliste i over to måneder per 1. juli 2011 sat i forhold til det samlede antal behandlede patienter (unikke CPR-numre) i 2011.

Produktiviteten er opgjort som det samlede antal sengedage, skadestuebesøg og ambulante ydelser sat i forhold til det samlede antal årsværk (sundhedsfagligt personale).

Udgifter per patient (1.000 kr.) er opgjort på grundlag af de samlede tilrettede driftsudgifter sat i forhold til det samlede antal behandlede patienter (unikke CPR-numre).

Der er tilsyneladende en vis sammenhæng mellem ventelisteandelen, produktiviteten og udgiftsniveauet, idet særligt tre regioner skiller sig ud i tabellen ovenfor. Tabellen viser, at den højeste produktivitet findes i Region Syddanmark, som samtidig har væsentlig lavere udgifter og ventelistebelastning end de andre regioner. Herefter følger Region Sjælland med forholdsvis høj produktivitet og tilsvarende relativt lave udgifter og omfang af ventende i forhold til behandlingsomfanget.

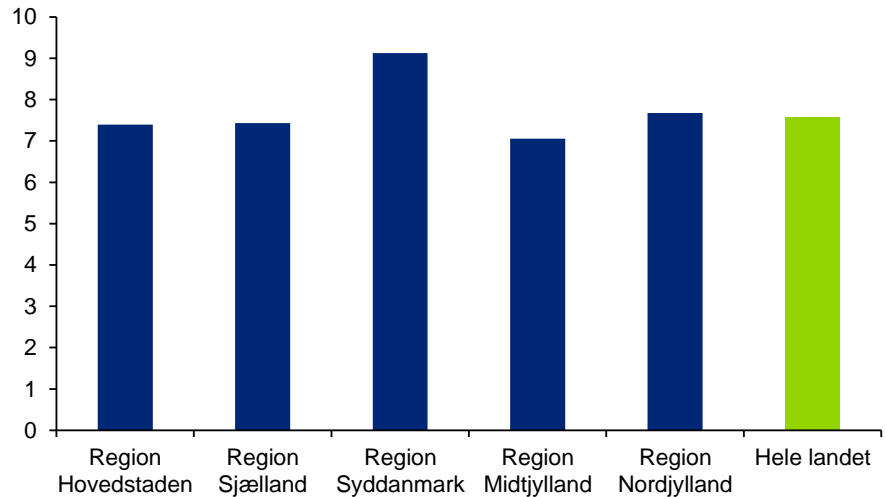
Modsat skiller Region Midtjylland sig ud i kraft af den laveste produktivitet og det relativt højeste antal personer, der venter på behandling, i forhold til det samlede antal behandlede. Dog er udgiftsniveauet ikke højere end gennemsnittet for hele landet.

I figur 30 er vist antallet af besøg per dag i speciallægepraksis fordelt på læger i de fem regioner. Opgørelsen viser, at de praktiserende speciallæger i gennemsnit havde 7,7 besøg per dag, og at niveauet er ret ensartet på tværs af regionerne – dog har speciallægerne i Region Syddanmark cirka 9 daglige besøg i gennemsnit.

Dette niveau er mere end tre gange højere end det gennemsnitlige antal ambulante besøg per dag i den regionale psykiatri på 2,1 (opgjort per læge, psykolog og sygeplejerske). Denne forskel kan naturligvis ikke uden videre

tages som udtryk for en tilsvarende højere produktivitet i speciallægepraksis, blandt andet fordi der formentlig er forskelle i patientprofil og på grund af transporttid i distriktspsykiatrien samt forpligtelser i den regionale psykiatri til at gennemføre ydelser uden besøg. Forskellene er dog betydelige og afspejler efter Deloittes vurdering også delvist reelle forskelle i produktivitet.

**Figur 30. Antal besøg per dag i speciallægepraksis, 2011**



Kilde: Sygesikringsregisteret og Deloittes beregninger.

Anmærkning: Der er forudsat 212 arbejdsdage per år per speciallæge (yder).

## 5.5. Potentialer

Som tidligere beskrevet, må der generelt tages forbehold for, at de identificerede forskelle i aktivitet og ressourceforbrug m.v. i en vis udstrækning kan skyldes forskelle i patienttyngde samt behandlingsudbud og behandlingskvalitet m.v. Under forudsætning af, at disse ikke fuldt ud kan forklare variationerne i produktivitet og kapacitetsudnyttelse, er der identificeret en række potentialer for at opnå bedre kapacitetsudnyttelse.

De organisatoriske og styringsmæssige rammer for den regionale behandlingspsykiatri har betydning for vilkårene for (mere) effektiv drift og påvirker, hvilket fokus der sættes i behandlingsstederne. Flere regioner har erfaring med, at geografisk centralisering af visitation og/eller behandling medfører produktivetsforbedring, der kan frigøre kapacitet til øget behandling for de givne ressourcer.



**Tabel 28. Eksempler på fordele ved central organisering**

<b>Fagligt samarbejde</b>	<b>Effektiv udnyttelse af ressourcer</b>	<b>Fleksibel kapacitetsudnyttelse</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Konsensus om praksis for visitation og behandling.</li><li>• Større faglige miljøer med bedre mulighed for sparring og videndeling.</li><li>• Bedre grundlag for faglig specialisering i afsnit.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Stordriftsfordele ved målrettet opgavevaretagelse.</li><li>• Mulighed for reduktion af ledelseslag.</li><li>• Lavere behov for personalenormering som sikkerhedsmæssig foranstaltning på det enkelte afsnit, når flere afsnit er samlet på en matrikel.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Reduktion af barrierer for at visitere til andre tilbud i regionen.</li><li>• Bedre overblik over regionens eksisterende kapacitetsbegrænsning og muligheder samlet set.</li><li>• Bedre vilkår for at matche potentielle patienters behov med de rette behandlingstilbud.</li></ul>

Tendensen i regionerne har i overvejende grad været at gå imod mere central organisering. Flere regioner har dog fortsat hel eller delvis decentral organisering af visitation og/eller behandling, hvilket kan være velbegrunderet for at sikre lokal tilstedeværelse tæt på indbyggerne, så afstand ikke udgør en barriere for at opsøge eller forblive i behandling. Geografien spiller desuden en rolle for, hvor høj grad af centralisering af behandlingsstederne, der er fagligt hensigtsmæssig.

Interview med afdelings- og psykiatrilædelser i regionerne har dog vist, at der i overvejende grad er en holdning til, at der med fordel kan ske øget centralisering i de regioner, hvor dette ikke allerede er sket i større omfang. Det arbejdes der konkret hen imod i eksempelvis Region Nordjylland og Region Midtjylland vedrørende visitation med delvis implementering primo 2013. I forhold til behandlingstilbud vil de kommende sygehusbyggerier også medføre øget centralisering i et vist omfang. Det forventes at medføre gevinster i form af frigjorte ressourcer, der kan anvendes til øget behandling.

Centralisering af visitation og behandling giver også bedre vilkår for effektiv styring. Styringsmæssigt fokus har stor betydning for at påvirke adfærd og aktivitet, så der kan opnås produktivetsforbedringer og frigøres kapacitet. Region Sjælland har, som redegjort for tidligere, forholdsvis høj produktivitet i de ambulante behandlingsfunktioner, når antal ambulante ydelser måles i forhold til årsværk, sammenlignet med de andre regioner. Ifølge regionens egne opgørelser forventes desuden en ambulante aktivitetsvækst på omkring 15 procent fra 2011 til 2012, der dog ikke fuldt ud kan tilskrives øget produktivitet, da en del af aktiviteten eksempelvis produceres ved øget vikarforbrug.

Region Sjællands præstationer skyldes dels, at der er direkte sammenhæng mellem økonomien og opfyldelsen af de mål, der er opstillet. Målstyring har dog ikke stået alene for at opnå produktivetsforbedringer, da andre styrings- og ledelsesmæssige tiltag har medført prioriteringer, der har skabt gode resultater. Der eksisterer derfor potentialer for bedre kapacitetsudnyttelse ved eksempelvis:

- Minimering af spildtid i det sundhedsfaglige personales dagligdag, for eksempel gennem central booking af tider i det ambulante personales kalender, sms-påmindelser til patienter, opfordring til svag overbooking på grund af problemer med manglende fremmøde m.v.
- Målrettet ansættelse af psykologer og sygeplejersker med fokus på at udbygge de mest velfungerende behandlingssteder.
- Opfølgning på patientforløb og afslutning af inaktive forløb.
- Leanoptimering af behandlingsforløb.
- Mere intense behandlingsforløb i ambulatorierne. Et givet antal behandlinger komprimeres over en kortere periode, så personalets tidsforbrug til forberedelse minimeres, og højt kendskab til patienten bevares, hvilket effektiviserer behandlingsindsatsen.

Ovenstående initiativer er også gennemført – eller planlagt til at blive implementeret – i forskelligt omfang i andre regioner. Men samlet set vurderes de (på baggrund af de gennemførte interview i regionerne) i gennemsnit at være indført i mindre omfang i andre regioner end i Region Sjælland. Omvendt har Region Sjælland påpeget, at it-understøttelsen opleves som en barriere for bedre kapacitetsudnyttelse, idet det eksisterende system ikke er tilstrækkelig brugervenligt. Der er umiddelbart ikke afdækket mere velegnede systemer i forbindelse med analysen af kapacitetsudnyttelse. Men i det omfang, der kan etableres mere effektiv it-understøttelse, vil der kunne realiseres potentialer for bedre kapacitetsudnyttelse gennem bedre styring af patientflow, herunder planlægning og udførelse af patientforløb m.v.

I forhold til effektiv opgavetilrettelæggelse er det samtidig forventningen at de kommende pakkeforløb – som Region Hovedstaden allerede har gjort sig erfaringer med i 2011 – vil medføre effektiviseringsgevinster, fordi det vil skabe mere ensartet behandlingspraksis og sætte fokus på bedste praksis for behandlingsadfærd. I enkelte regioner er det blevet påpeget, at pakkeforløbene lægger op til en større grad af lægeanvendelse, end disse regioner i praksis bruger. Det vil sige, at der muligvis kan gennemføres den nødvendige behandlingsindsats uden så forholdsmæssigt stort brug af læger, som pakkerne tilskriver.

Pakkeforløbene vil formentlig medføre et paradigmeskift, der på sigt kan gøre op med den individuelle tilgang til behandling, der i vid udstrækning kendetegner psykiatrien. Dette har også været blandt resultaterne ved leanoptimering, som flere regioner har opnået indledende erfaringer med, typisk på enkelte afdelinger og/eller afsnit, da det har skabt drøftelser om behandlingspraksis mellem personalet.

Herudover kan der skabes bedre kapacitetsudnyttelse gennem øget samarbejde og mere hensigtsmæssig opgavefordeling. Det gælder både i de enkelte afdelinger i form af opgaveglidning mellem personalegrupper og mellem sektorer i forhold til patientudveksling.

Ligesom inden for børne- og ungdomsområdet er der således potentialer for øget opgaveglidning mellem faggrupper, hvilket allerede er sket i stort omfang i flere regioner. Det kan kompensere for rekrutteringsvanskelighederne vedrørende læger og reducere arbejdsbelastningen for de nuværende læger i den regionale behandlingspsykiatri.

De fleste regioner har i interviewene givet udtryk for, at de erkender, at der er et uudnyttet potentiale i øget opgaveglidning. Samtidig er det dog en potentiel barriere, at særligt lægerne ikke er så velvillige til at give slip på opgaver. Herunder er der forskellige syn på, i hvor høj grad psykologer kan overtage opgaver fra lægerne.

Bedre mulighed for udveksling af patienter til praktiserende speciallæger efterlyses i nogle regioner, da visse patientgrupper ikke har behov for så lange tværfaglige behandlingsforløb, som det i dag er tilfældet. Medicinovervågning af visse patientgrupper efter udskrivning er eksempelvis en af de opgaver, som enkelte regioner efterlyser samarbejde om med praktiserende speciallæger. Det kan dog være en barriere, at der tilsyneladende er begrænset kapacitet i speciallægepraksis til at overtage og/eller samarbejde om patienter fra den regionale behandlingspsykiatri.

Der kan med fordel undersøges muligheder og igangsættes tiltag i forhold til at øge samarbejdet mellem sektorerne, idet praksissektoren i alle regionerne opleves som et forholdsvis ukendt område med uopdyrket samarbejdspotentialer. Det understøttes også af, at det kun er omkring 2 procent af de behandlede patienter i 2011, der var gengangere i den regionale behandlingspsykiatri og speciallægepraksis. Samtidig er der væsentlige forskelle mellem regionerne i, hvor stor en andel af det samlede antal psykiatriske patienter der behandles i regionerne. Det er dog til en vis grad også betinget af udbuddet af praktiserende speciallæger i de enkelte regioner.

## **Færdigbehandlede patienter**

En af de mest synlige årsager til kapacitetsbinding, som regionerne samtidig har begrænsede muligheder for at påvirke på kort sigt, er, at færdigbehandlede patienter optager sengepladser, fordi den kommunale socialpsykiatri ikke kan stille de nødvendige tilbud til rådighed for patienterne, når disse er klar til udskrivning. Kommunerne betaler en sengedagstakst på 1.834 kroner (2011-niveau) for færdigbehandlede patienter.

Omfanget af denne kapacitetsbinding varierer mellem regionerne samt mellem sengeafsnittene i de enkelte regioner. Ved interviewene i regionerne er det således i nogle tilfælde blevet oplyst, at op til flere sengepladser konsekvent er optaget af færdigbehandlede patienter.

**Tabel 29. Antal og andel af sengedage for færdigbehandlede patienter i den regionale voksenpsykiatri (eksklusive dedikeret retspsykiatri), 2011**

	Antal sengedage for færdigbehandlede	Andel af samlet antal sengedage i 2011, (pct.)
Region Hovedstaden	13.719	4,6
Region Sjælland	1.774	2,3
Regions Syddanmark	3.062	2,0
Region Midtjylland	2.779	2,3
Region Nordjylland	2.539	3,2
Hele landet	23.873	3,3

Kilde: Dataudtræk fra statens informationssystem for regioner og kommuner omkring kommunal medfinansiering og kommunal finansiering.

Det fremgår af tabellen ovenfor, at næsten fem procent af det samlede antal sengedage i Region Hovedstaden i 2011 blev forbrugt af færdigbehandlede patienter, som kommunerne har medfinansieringsansvar for. Alene i Region Hovedstadens voksenpsykiatri svarer det til, at der i 2011 gennemsnitligt var 38 sengepladser, der set over hele året permanent var belagt af patienter, hvor indlæggelsesbehovet var ophørt.

Beregnet på grundlag af det gennemsnitlige antal sengedage for patienter i stationære afsnit i regionerne svarer den opgjorte kapacitetsbinding fra færdigbehandlede patienter til, at der alt andet lige kunne behandles knap 1.400 flere personer om året i stationære afsnit, hvis der ikke eksisterede denne kapacitetsbinding. Bedre samarbejde med den kommunale socialpsykiatri indebærer altså et mærkbart potentiale for frigørelse af kapacitet til behandling af flere patienter med de givne ressourcer.

# 6. Retspsykiatri

I dette kapitel belyses økonomi, personaleforbrug og aktivitet for retspsykiatrien.

Afsnit 6.1 beskriver den del af aktiviteten, der finder sted i de retspsykiatriske specialfunktioner. Fokus er her først og fremmest på situationen i 2011, mens der på grund af organisatoriske omlægninger har været begrænsede muligheder for at belyse udviklingen bagud i tid.

I afsnit 0 beskrives aktivitetsudviklingen for alle retspsykiatriske patienter i et længere tidsperspektiv. Denne del af kortlægningen vedrører både patienter i de retspsykiatriske specialafdelinger og retspsykiatriske patienter, der modtager behandling i den almene voksenpsykiatri.

Afslutningsvist rundes kapitlet af med en vurdering af potentialerne for bedre kapacitetsudnyttelse, der er afgrænset til de retspsykiatriske specialafdelinger i regionerne. Mulighederne vurderes i denne sammenhæng at være begrænsede, idet kapaciteten i forvejen er udnyttet maksimalt, og fordi de retslige foranstaltninger i sagens natur begrænser handlemulighederne.

## 6.1. Økonomi, personale og aktivitet i de retspsykiatriske specialfunktioner

Kortlægningen af økonomi og personale omfatter de retspsykiatriske specialfunktioner. Udgifter og personaleforbrug i de almene voksenpsykiatriske afdelinger, der medgår til behandling af patienter med særforanstaltning, indgår således ikke, idet disse ikke kan opgøres særskilt.

### Økonomi

I 2011 udgjorde de tilrettede driftsudgifter<sup>12</sup> i de retspsykiatriske specialfunktioner knap 800 mio. kr. Størstedelen af behandlingen af patienter med retspsykiatriske forhold finder sted ved stationære behandlingstilbud, jf. senere. De stationære tilbud står således for knap 92 procent af udgifterne, mens de ambulante funktioner står for godt 8 procent, jf. tabel 30. Herved adskiller retspsykiatrien sig således markant fra den almene voksenpsykiatri og børne- og ungdomspsykiatrien.

---

<sup>12</sup> Analysen er baseret på de tilrettede driftsudgifter som opgjort af regionerne. I det følgende anvendes blot betegnelsen *udgifter* om de tilrettede driftsudgifter.

**Tabel 30. Udgifter og udgiftsfordeling for retspsykiatriske specialfunktioner, 2011 (1.000 kr.)**

	Udgifter (1.000 kr.)	Fordeling (procent)	
		Ambulant	Stationær
Region Hovedstaden	288.949	7,5	92,5
Region Sjælland			
Inkl. Sikringsafdelingen	172.865	5,3	94,7
Ekskl. Sikringsafdelingen	60.865	14,6	85,4
Region Syddanmark	82.524	19,5	80,5
Region Midtjylland	202.297	6,3	93,7
Region Nordjylland	47.900	14,0	86,0
Hele landet	794.535	8,3	91,7

Kilde: Deloitte's beregninger på grundlag af tilrettede driftsudgifter på baggrund af sygehusenes regnskabsindberetninger (Sundhedsstyrelsen) og regionernes afdelingsregnskaber i psykiatrien, 2011.

Anmærkning: Opgørelsen for Region Sjælland er foretaget både med og uden Sikringsafdelingen, der er en særlig specialiseret retspsykiatrisk afdeling med landsdækkende patientoptag.

Opgørelsen for Region Midtjylland indeholder udgifterne til et sengeafsnit for patienter med retspsykiatriske foranstaltninger fra Grønland, jf. aftale med Grønlands Selvstyre.

Begge de nævnte afdelinger finansieres af de rekvirerende myndigheder, det vil sige henholdsvis andre regioner og Grønlands Selvstyre.

Udgiftsfordelingen er forholdsvis ensartet på tværs af regionerne, omend udgifterne til ambulante funktioner relativt set er højere i Region Nordjylland og især Region Syddanmark end i de øvrige regioner.

I forhold til Region Sjælland skal det bemærkes, at udgifterne til Sikringsafdelingen – der er en særlig specialiseret afdeling – udgør cirka to tredjedele af regionens udgifter til de retspsykiatriske specialafdelinger. Foruden at afdelingen har landsdækkende patientoptag, er patienterne også forholdsvis ressourceintensive på grund af skærpede sikkerhedsmæssige foranstaltninger m.v.

## Personale

Opgørelsen af personaleressourcer vedrører ligeledes kun de retspsykiatriske specialafdelinger. Det samlede personaleforbrug i disse afdelinger udgjorde i 2011 1.022 årsværk, hvilket er en stigning på godt 180 årsværk siden 2009. Stigningen har været særlig kraftig fra 2010 til 2011.<sup>13</sup> Udviklingen afspejler, at kapaciteten i de seneste år er forøget i form af en udvidelse af det normerede antal senge, jf. senere. Stigningen modsvarer – særligt for 2011 – i nogen grad det samtidige fald i personaleforbruget i den almene voksenpsykiatri, idet der er sket en konvertering fra almene til retspsykiatriske senge.

<sup>13</sup> Opgørelsen af personaleforbruget i de retspsykiatriske specialafdelinger har ikke kunnet opgøres med helt samme sikkerhed for 2009 og 2010 som for 2011. Det kan derfor ikke udelukkes, at en mindre del af stigningen skyldes, at antallet af årsværk er en smule undervurderet i 2009 og 2010.

### 31. Personaleanvendelse i de retspsykiatriske specialafdelinger, antal årsværk og procent, 2009-2011

	Over- ordnede læger	Øvrige læger	Psyko- loger	Sygeple- jersker	SOSU- assi- stenter	Social- rådgive- re	Pæda- goger	Fysio-/ ergote- rapeuter	Andet perso- nale	I alt
<b>Antal årsværk</b>										
2009	21	7	21	188	290	16	83	20	191	836
2010	24	8	23	201	303	19	96	23	191	888
2011	36	18	29	260	302	26	99	28	225	1.022
<b>Relativ fordeling (procent)</b>										
2009	3	1	3	22	35	2	10	2	23	100
2010	3	1	3	23	34	2	11	3	22	100
2011	4	2	3	25	30	3	10	3	22	100

Kilde: Personaleoplysninger fremsendt af regionerne baseret på udtræk fra Det Fælleskommunale Løndatakontor (FLD) og Silkeborg Data.

Anmærkning: På grund af afrundinger summer procentandelene i den relative fordeling ikke til 100.

Der var i 2011 54 lægeårsværk i de retspsykiatriske afdelinger, hvilket var en ret betydelig stigning fra 2010. Dette afspejler igen den nævnte udvidelse og konvertering af kapacitet. Også lægegruppens relative andel af det samlede personale er steget lidt, men den er dog væsentlig lavere end i de øvrige specialer (knap 6 procent).

De største faggrupper er SOSU-assistenter, sygeplejersker og pædagoger, der tilsammen udgør knap to tredjedele af det samlede personale i 2011. Det fremgår af tabellen ovenfor, at særligt sygeplejerskegruppen er øget i de seneste år.

I tabel 32 er personaleforbruget i de retspsykiatriske specialafdelinger i 2011 opgjort for hver af regionerne og fordelt på stationære og ambulante funktioner. Som det også var afspejlet i økonomitallene, er langt størstedelen af sundhedspersonalet i de retspsykiatriske specialafdelinger ansat i de stationære tilbud. I 2011 drejede det sig om cirka 90 procent af personalet.

Desuden fremgår udgifterne til vikarer, der ses at variere betydeligt. Region Hovedstaden og Region Syddanmark har ikke – eller kun i begrænset omfang – haft udgifter til eksterne vikarer. Omvendt havde Region Sjælland vikarudgifter for 6 mio. kr. Interviewene viser, at det primært er vanskeligheder med vagtdækningen for lægerne, der giver behov for at anvende vikarer.

**Tabel 32. Personaleanvendelse i de retspsykiatriske specialafdelinger, antal årsværk, 2011**

	Over- ordne- de læger	Øvrige læger	Psyko- loger	Syge- plejer- sker	SOSU- assi- stenter	Social- rådgiv- vere	Pæda- goger	Fysio-/ ergote- rapeu- ter	Sund- heds- fagligt perso- nale i alt	Andet perso- nale	Eks- terne vikarer (mio. kr.)
<b>Region Hovedstaden</b>	<b>12</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>116</b>	<b>111</b>	<b>8</b>	<b>16</b>	<b>11</b>	<b>290</b>	<b>75</b>	<b>1</b>
Ambulant	1	0	1	14	0	1	5	1	23		
Stationær	11	8	7	103	111	7	11	10	268		
<b>Region Sjælland</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>37</b>	<b>52</b>	<b>2</b>	<b>22</b>	<b>5</b>	<b>126</b>	<b>51</b>	<b>6</b>
Ambulant	1	0	1	6	1	1	1	0	12		
Stationær	3	1	2	31	51	1	21	4	114		
<b>Region Syddanmark</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>42</b>	<b>33</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>104</b>	<b>29</b>	<b>0</b>
Ambulant	1	1	1	12	0	0	0	1	16		
Stationær	6	7	3	30	33	2	3	4	88		
<b>Region Midtjylland</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>12</b>	<b>50</b>	<b>72</b>	<b>11</b>	<b>56</b>	<b>4</b>	<b>213</b>	<b>61</b>	<b>3</b>
Ambulant	4	1	8	4	0	5	2	0	24		
Stationær	4	0	4	45	72	6	54	4	189		
<b>Region Nordjylland</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>15</b>	<b>33</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>64</b>	<b>9</b>	<b>3</b>
Ambulant	3	0	2	0	0	2	0	0	6		
Stationær	3	0	1	15	33	1	2	2	57		
<b>Hele landet</b>	<b>36</b>	<b>18</b>	<b>29</b>	<b>260</b>	<b>302</b>	<b>26</b>	<b>99</b>	<b>28</b>	<b>797</b>	<b>225</b>	<b>12</b>
Ambulant	9	2	13	36	1	9	9	2	81	0	0
Stationær	26	16	16	225	300	17	90	26	716	0	0

Kilde: Personaleoplysninger fremsendt af regionerne baseret på udtræk fra Det Fælleskommunale Løndatakontor (FLD) og Silkeborg Data. Personaleoplysningerne er opgjort for maj 2011.

Anmærkning: Opgørelsen omfatter personale ansat i de retspsykiatriske specialafdelinger og specialafsnit. Fordelingen af personale er forbundet med en vis usikkerhed, da der er foretaget skøn af regionerne og/eller Deloitte i de tilfælde, hvor personale (især læger) er ansat i afdelinger med ansvar for både ambulante og stationære behandlinger.

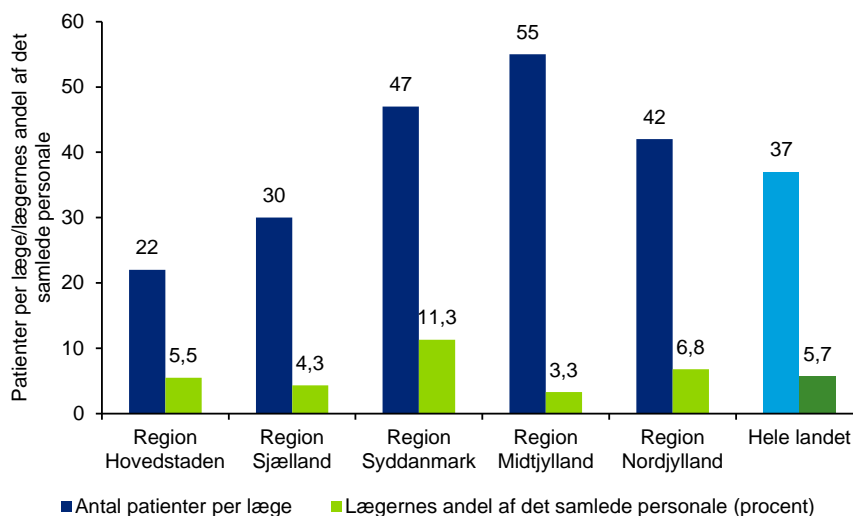
Andelen af læger såvel som antallet af patienter per læge varierer forholdsvis meget mellem regionerne. I Region Syddanmark udgjorde lægegruppen således i 2011 godt 11 procent af det samlede personale, mens det tilsvarende tal i Region Sjælland og Region Midtjylland kun var 3-4 procent, jf. figur 31 nedenfor. Der er en vis samvariation mellem regionernes vikarudgifter ovenfor og andelen af læger i det samlede personale, omend dette ikke skal overfortolkes.

Interviewene med regionerne understøtter indtrykket af, at der også i de retspsykiatriske afdelinger er knaphed på læger, hvilket blandt andet giver sig udtryk i lange ventetider på udarbejdelse af mentalundersøgelser i flere af regionerne.

Antallet af patienter per læge var 37 for regionerne under ét – med en meget stor variation fra 22 i Region Hovedstaden til 55 i Region Midtjylland. Indtrykket fra interviewene er, at oplevelsen af lægemangel i retspsykiatrien er forskellig på tværs af regionerne og formentlig stærkest i Region Midtjylland, hvilket er konsistent med tallene i figur 31.



**Figur 31. Antal patienter per læge og andel læger i de retspsykiatriske specialafdelinger, 2011**



Kilde: Landspatientregistreret og personaleoplysninger fremsendt af regionerne baseret på udtræk fra Det Fælleskommunale Løndatakontor (FLD) og Silkeborg Data. Personaleoplysningerne er opgjort for maj 2011.

Tabel 33 viser den relative fordeling af personaleressourcerne mellem stationære og ambulante funktioner for de enkelte regioner. Ud over den omtalte variation i lægeandelen fremgår det af tabellen, at der for de øvrige personalegrupper både er forskelle og ligheder på tværs af regionerne.

- Psykologer, socialrådgivere og terapeuter udgør små og ret ensartede andele af personalet i alle regionerne. Region Midtjylland og Region Nordjylland har dog en lidt højere andel af psykologer og socialrådgivere på det ambulante område.
- Sygeplejersker og SOSU-assistenten er i alle regionerne de største personalegrupper i de retspsykiatriske specialafdelinger. Både den indbyrdes fordeling og den samlede personaleandel er dog varierende. I Region Midtjylland udgør disse personalegrupper cirka 55 procent af det samlede personale, mens det samme tal i de øvrige regioner er 70-80 procent. Det ses i øvrigt, at sygeplejerskernes relative andel er lav i Region Sjælland og Region Midtjylland, det vil sige de samme regioner, der har den laveste andel af læger.
- Modstykket til Region Sjællands og Region Midtjyllands lave andel af sygeplejersker er især en tilsvarende højere andel af pædagogisk uddannet personale. Denne faggruppe fylder således forholdsvis meget (17, henholdsvis 26 procent) i disse to regioners retspsykiatriske specialafdelinger, mens de har en væsentlig mere begrænset anvendelse i de øvrige regioner.

**Tabel 33. Relativ personaleanvendelse i de retspsykiatriske specialafdelinger, procent, 2011**

	Over- ordnede læger	Øvrige læger	Psyko- lo- ger	Syge- plejesker	SOSU- assisten- ter	Social- rådgivere	Pæda- goger	Fysio-/ ergotera- peuter	I alt
<b>Stationær</b>									
Hovedstaden	4	3	2	35	38	3	4	4	92
Sjælland	2	1	1	25	41	1	16	3	90
Syddanmark	6	6	3	29	32	2	3	4	85
Midtjylland	2	0	2	21	34	3	25	2	89
Nordjylland	4	0	1	24	52	2	3	3	90
<b>Hele landet</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>28</b>	<b>38</b>	<b>2</b>	<b>11</b>	<b>3</b>	<b>90</b>
<b>Ambulant</b>									
Hovedstaden	0	0	0	5	0	0	2	0	8
Sjælland	1	0	1	5	1	1	1	0	10
Syddanmark	1	1	1	11	0	0	0	1	15
Midtjylland	2	0	4	2	0	2	1	0	11
Nordjylland	4	0	3	0	0	3	0	0	10
<b>Hele landet</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>10</b>

Kilde: Personaledata fremsendt af regionerne baseret på udtræk fra Det Fælleskommunale Løndatakontor (FLD) og Silkeborg Data.

Disse forskelle i personalesammensætningen indikerer, at der er mulighed for en betydelig fleksibilitet i arbejdsdelingen mellem forskellige faggrupper. Indtrykket fra interviewene er dog, at forskellene ikke, eller kun delvist, afspejler bevidste og strategiske valg omkring arbejds- og opgavedelingen.

### Aktivitet og nøgletal

En betydelig del af de retspsykiatriske patienter befinder sig i den almene voksenpsykiatri og ikke i retspsykiatriske specialenheder. Det gælder både for ambulante og stationære patienter. I 2011 var det således 40 procent af sengedagene for afsluttede indlæggelser og 86 procent af de påbegyndte indlæggelser af retspsykiatriske patienter, der blev afviklet i den almene voksenpsykiatri, jf. tabellen nedenfor. Omregner man den del af sengedagene, der er afviklet i den almene psykiatri, til sengepladser, svarer det til, at der gennemsnitligt anvendes cirka 260-280 senge i den almene voksenpsykiatri til retspsykiatriske patienter, svarende til cirka 13 procent af sengekapaciteten.

At så høj en andel som 86 procent af de påbegyndte indlæggelser sker i almenpsykiatrien er udtryk for, at kapaciteten i de retspsykiatriske specialafdelinger er fuldt udnyttet, og at den gennemsnitlige indlæggelsestid i disse afdelinger er høj, da de gennemgående forestår behandlingen af de mest krævende patienter. Arbejdsdelingen betyder, at der ofte ved nyindlæggelser på retspsykiatriske specialafdelinger vil være behov for at revisitere andre patienter ud af den specialiserede afdeling til en almen afdeling.

**Tabel 34. Påbegyndte indlæggelser og sengedage for retspsykiatriske patienter fordelt på retspsykiatriske specialafdelinger og almenpsykiatriske afdelinger, 2011**

	Påbegyndte indlæggelser			Sengedage (afsluttede indlæggelser)		
	Antal	Special-afdeling	Almen afdeling	Antal	Special-afdeling	Almen afdeling
		procent			procent	
Hovedstaden	1.694	14	86	97.748	54	46
Sjælland	519	7	93	19.109	27	73
Syddanmark	815	13	87	29.416	37	63
Midtjylland	1.034	15	85	74.770	79	21
Nordjylland	209	35	65	11.051	66	34
Sikringen	5	100	0			
I alt	4.271	14	86	235.827	60	40

Kilde: Landspatientregisteret.

Som det fremgår af tabellen, er der en betydelig variation mellem regionerne, hvor Region Midtjylland har den største andel af sengedagene<sup>14</sup> på retspsykiatriske specialafdelinger, mens Region Sjælland har den laveste andel (ekskl. Sikringen).

For en stor del af de retspsykiatriske patienter er det uproblematisk og fagligt velbegrunderet, at behandlingen sker på de almenpsykiatriske afdelinger. Det gælder dog særligt for patienter i ambulant behandling. Interviewene med de regionale psykiatrilædelser og ledelserne af de retspsykiatriske specialafdelinger viser, at der generelt (med Region Nordjylland som undtagelse) opleves et betydeligt pres på kapaciteten, og at især sengekapaciteten på de specialiserede afdelinger vurderes at være mindre end behovet.

Region Syddanmark har i interviewene givet udtryk for, at det i regionen er en vigtig målsætning, at retspsykiatriske patienter med behov for indlæggelse behandles på en specialafdeling. Som det fremgår af tabellen ovenfor, afviger praksis temmelig meget herfra, idet 87 procent af de påbegyndte indlæggelser og næsten to tredjedele af sengedagene i 2011 blev afviklet i almenpsykiatrien. Der er dog i regionen planlagt en betydelig udvidelse af kapaciteten i de kommende år. Region Syddanmark adskiller sig desuden fra de øvrige regioner ved, at størstedelen af de ambulante besøg for retspsykiatriske patienter udføres af de specialiserede afdelinger, jf. senere.

Det er hovedindtrykket, at de almenpsykiatriske afdelinger i et vist omfang er nødt til at anvende sengekapacitet til retspsykiatriske patienter, som formentlig – og i hvert fald efter afdelingernes egen opfattelse – mere hensigtsmæssigt kunne være indlagt på en retspsykiatrisk specialafdeling. Interviewene viser desuden ret samstemmende, at der er en særlig problemstilling omkring

<sup>14</sup> Opgjort for afsluttede indlæggelser.

varetægtssurrogatfængslede, der hovedsageligt eller i vid udstrækning placeres på almenpsykiatriske afdelinger, fordi der ikke er kapacitet på de specialiserede afdelinger. Der synes overvejende at være enighed om, at denne praksis er mindre hensigtsmæssig.

Det har ikke været muligt at afdække sengekapaaciteten præcist i alle regionerne i hvert af de seneste år, men skønsmæssigt er kapaciteten blevet udvidet med knap 100 senge i perioden 2007-2011, jf. tabel 35 nedenfor.

**Tabel 35. Antal senge i retspsykiatrien, 2007-2011**

	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Disponible senge</b>					
Hovedstaden	-	113	113	118	128
Sjælland	-	-	20	20	23
Syddanmark	30	30	30	30	30
Midtjylland	50	-	59	71	83
Nordjylland	22	22	22	22	22
Sikringen	-	-	30	30	30
I alt disponible	-	-	274	291	316
I alt normerede	223	263	289	331	-

Kilde: Danske Regioner: Retspsykiatri – kvalitet og sikkerhed (2011) samt opgørelser foretaget af regionerne.

Anmærkning: For Region Hovedstaden dækker opgørelsen over normerede senge. I Region Midtjylland er 17 sengepladser et dedikeret afsnit til retspsykiatriske patienter fra Grønland.

Regionerne har oplyst, at antallet af normerede senge i 2011 var lig med antallet af disponible senge. Det vil dog i givet fald indebære et fald i antallet af normerede senge fra 2010 til 2011, hvilket dels ville være et markant brud med tendensen fra de foregående år, dels ikke svarer til resultaterne fra den kvalitative kortlægning.

I 2011 er det samlede antal disponible senge opgjort til 316. I tillæg hertil anvendes der som anført ovenfor i størrelsesordenen 260-280 sengepladser i den almene voksenpsykiatri til retspsykiatriske patienter. Samlet anvendes der således op mod 600 senge i alt.

I tabel 36 nedenfor er der opsamlet en række centrale nøgletal for de retspsykiatriske specialafdelinger i de fem regioner for 2011 med henblik på at give et samlet overblik over ligheder og forskelle på det overordnede niveau.

Det fremgår af tabellen, at antallet af patienter på de retspsykiatriske afdelinger i Region Midtjylland og især Region Syddanmark ganske bemærkelsesværdigt er højere end i Region Hovedstaden. Dette er ikke udtryk for, at der i disse regioner samlet set er flere retspsykiatriske patienter, men at en større andel behandles på de retspsykiatriske specialafdelinger. Denne forskel vedrører især de ambulante retspsykiatriske patienter. Antallet af ambulante patienter i de retspsykiatriske specialafdelinger i Region Syddanmark er således mere end dobbelt så højt som i Region Hovedstaden.

**Tablet 36. Nøgletalsoversigt for retspsykiatriske specialafdelinger, 2011**

	Hoved- staden	Sjæl- land	Syddan- dan- mark	Midt- jylland	Nord- jylland	Sikrin- gen	Hele landet
<b>Regionale tilbud</b>							
Antal personer i behandling (unikke CPR-numre) 1)	531	117	916	645	302	35	1.980
Indlagte patienter	232	44	113	159	57	35	511
Ambulante patienter	379	80	872	542	284	0	1.826
<b>Udgifter 2)</b>							
Udgifter per indbygger, kr.	215	96	88	207	105	175	183
Udgifter per patient, 1.000 kr.	544	522	90	314	159	3.193	401
<b>Personale</b>							
Årsværk i alt	366	69	133	274	73	108	1.022
Heraf læger	20	3	15	9	5	2	53
Heraf sundhedsfagligt personale	290	55	104	213	64	71	797
<b>Stationær aktivitet</b>							
Antal disponible senge	128	23	30	83	22	30	316
Antal påbegyndte indlæggelser	251	34	110	158	76	-	634
Sengedage per 1.000 indbyggere (+18 år)	73	30	32	77	24	-	54
Sengedage per stationært årsværk	365	453	335	395	193	-	330
Gennemsnitlig varighed af indlæggelser	229	208	99	395	112	747	237
<b>Ambulante besøg</b>							
Ambulante besøg	6.602	2.091	5.676	4.790	1.238		20.397
Ambulante besøg per 1.000 indbyggere (+18 år)	4,9	3,3	6,1	4,9	2,7		4,7
Ambulante besøg/sengedage (procent)	6,8	10,9	19,3	6,4	11,2		8,6

Anmærkning: Tallene vedrører aktiviteten for alle patienter, der er behandlet i regionen, det vil sige også patienter fra andre regioner og for Region Midtjyllands vedkommende også grønlandske patienter, hvor udgiften finansieres af det grønlandske selvstyre.

1) Nogle patienter modtager både stationære og ambulante tilbud, og summen af indlagte og ambulante patienter er derfor større end det samlede antal patienter.

Antallet af unikke patienter er i tabellen opgjort særskilt for de enkelte regioner. En forholdsvis stor andel af patienterne modtog behandling i flere regioner i løbet af 2011. Det betyder, at summen af de unikke patienter i de enkelte regioner (2.546) er højere end det konsoliderede antal patienter for regionerne under ét. Dette tal er opgjort til 1.980, svarende til at 566 patienter har modtaget behandling i flere regioner.

2) Tilrettede udgifter.

Herudover viser tabellen blandt andet, at:

- Udgifterne per patient varierer meget betydeligt fra 90.000 kr. i Region Syddanmark til 544.000 kr. i Region Hovedstaden. Dette er naturligvis sammenhængende med den store forskel i andelen af ambulante patienter.
- Antallet af sengedage per stationært årsværk varierer fra 193 i Region Nordjylland til 453 i Region Sjælland, hvilket delvist kan afspejle forskelle i produktiviteten.
- Den gennemsnitlige varighed af indlæggelserne i de retspsykiatriske specialafdelinger generelt er høj, men varierer betydeligt på tværs af regionerne.

## 6.2. Aktivitetsudviklingen for retspsykiatriske patienter

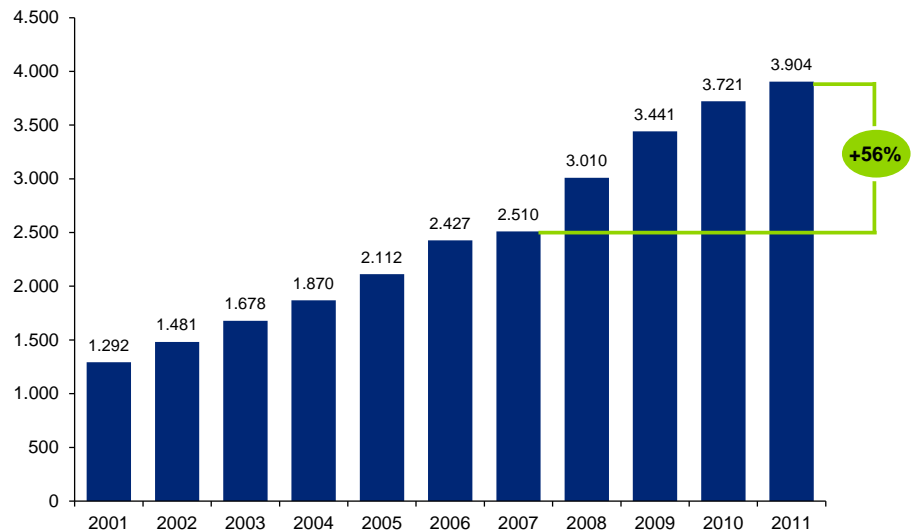
I dette afsnit beskrives de væsentligste træk ved aktivitetsudviklingen for retspsykiatriske patienter i perioden fra 2001 til 2011. Hvor den primære afgrænsning i afsnit 6.1 var organisatorisk (de retspsykiatriske specialafdelin-

ger), omfatter beskrivelserne i dette afsnit alle retspsykiatriske patienter uanset om de behandles på specialafdelinger eller i den almene voksenpsykiatri.

## Antal patienter

Fra 2007 til 2011 er antallet af retspsykiatriske patienter steget med mere end 50 procent, og i forhold til 2001 er der sket mere end en tredobling, jf. figur 32. Den gennemsnitlige årlige stigning har således igennem mere end 10 år været på næsten 12 procent.

**Figur 32. Antal unikke patienter i retspsykiatrien, der er behandlet i kalenderåret, 2001-2011**



Kilde: Landspatientregisteret.

Anmærkning: Eksklusive Sikringen.

## Sammenhæng med tværsnitsundersøgelser af retspsykiatrien

Amterne og siden regionerne har igennem en årrække gennemført såkaldte tværsnitsundersøgelser af aktiviteten i retspsykiatrien. I disse undersøgelser er antallet af patienter med særforanstaltning gjort op på en bestemt dag både i de retspsykiatriske specialfunktioner og i de almene voksenpsykiatriske enheder.

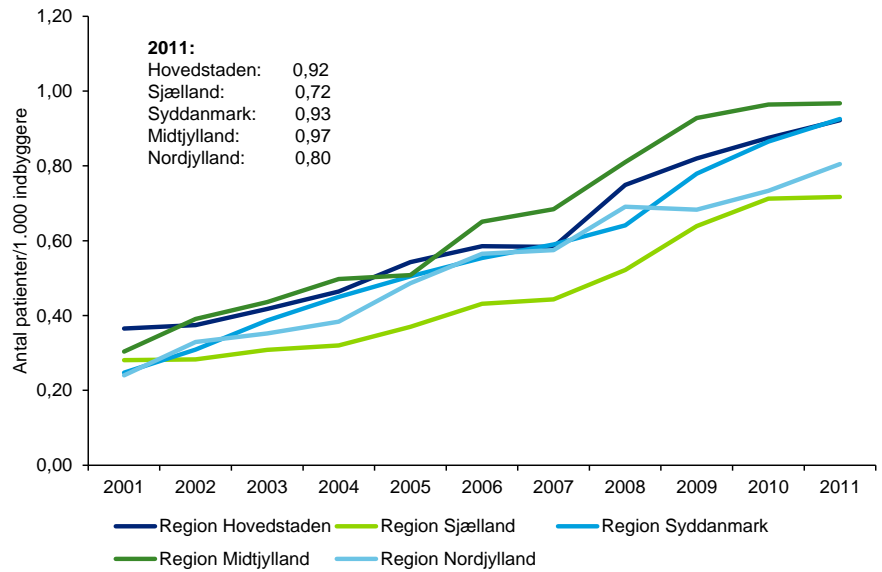
Resultater fra tværsnitsundersøgelsen fra 2010 har blandt andet indgået i Danske Regioners rapport *Retspsykiatri. Kvalitet og sikkerhed* fra 2011. I denne rapport er antallet af retspsykiatriske patienter opgjort til 2.638 i 2010.

I nærværende analyse er antallet af retspsykiatriske patienter baseret på data fra Landspatientregisteret (LPR) og opgjort til 3.721 i 2010, det vil sige en forskel godt 40 procent. En delforklaring på forskellen er, at antallet af stationære patienter i nærværende undersøgelse er opgjort for et helt år, mens det som nævnt i tværsnitsundersøgelserne er opgjort på en bestemt dag.

De retspsykiatriske patienter omfatter i nærværende opgørelse diagnosekoderne DZ0460-64 og DZ0468-69, herunder hvor de er angivet som bidiagnoser. En mindre del af patienterne er under 18 år.

Ser man på antallet af patienter i forhold til befolkningsstørrelsen, ligger de fem regioner inden for et relativt snævert bånd med en stort set parallel udvikling. Region Midtjylland og Region Hovedstaden ligger højest, og Region Sjælland ligger lavest med et niveau, der er cirka en fjerdedel lavere, jf. figur 33.

**Figur 33. Antal unikke patienter i retspsykiatrien, der er behandlet i kalenderåret, per 1.000 indbygger fordelt på behandlerregion, 2001-2011**

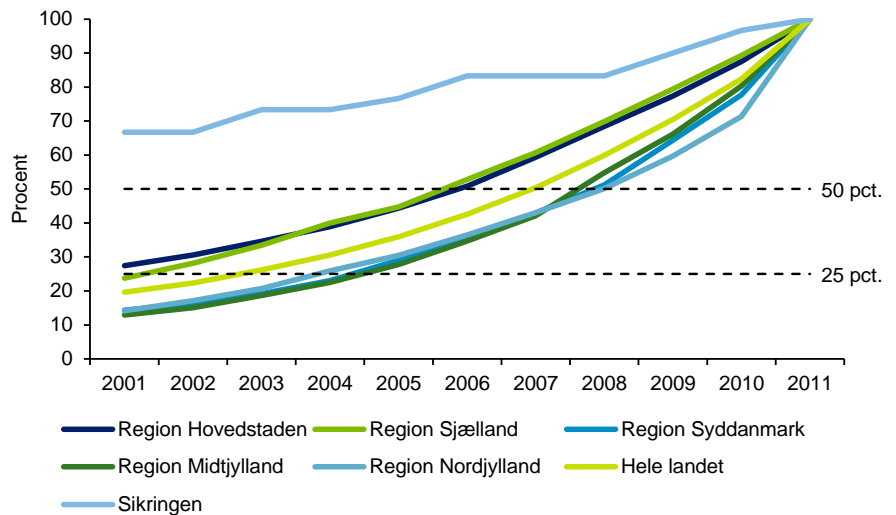


Kilde: Landspatientregisteret.

Anmærkning: Region Sjælland er eksklusive Sikringen.

En måde at få et indtryk af varigheden af forløbene er at se på patienternes historik. Figur 34 nedenfor viser – ikke overraskende – at en stor andel af de retspsykiatriske patienter har været i behandling ubrudt igennem en længere årrække. Samtidig kan man se, at der er en betydelig forskel mellem Region Hovedstaden og Region Sjælland på den ene side og de øvrige regioner på den anden side. I de to førstnævnte regioner er patienterne i gennemsnit i behandling (retslig foranstaltning) væsentlig længere tid – halvdelen af de to regioners retspsykiatriske patienter har været i ubrudt behandling siden 2005, og cirka en fjerdedel af patienterne har været i behandling i alle årene 2001-2011. I de øvrige regioner ligger kurven for patienthistorikken noget lavere, svarende til at den gennemsnitlige periode i retslig foranstaltning er kortere. Det er ikke muligt på det foreliggende grundlag at vurdere, i hvilket omfang dette skyldes forskelle i patientprofil, henholdsvis forskelle i afslutningspraksis.

**Figur 34. Patienthistorik for retspsykiatriske patienter (fra 2011)**



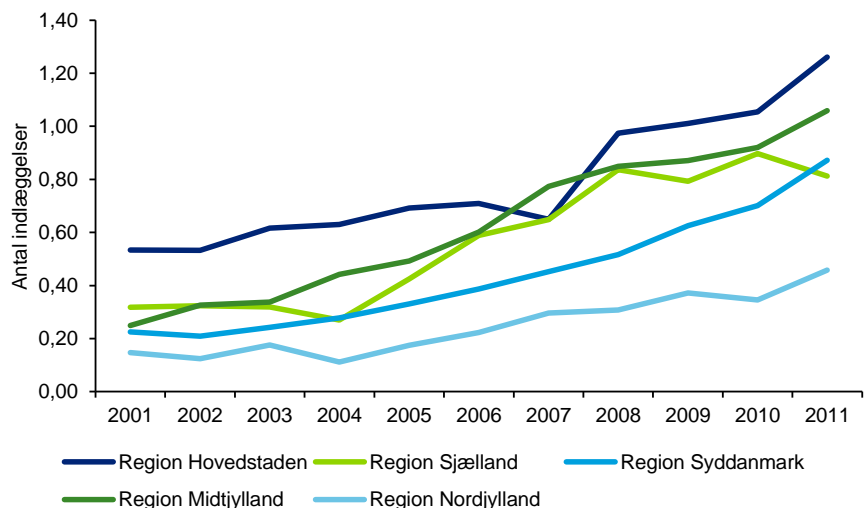
Kilde: Landspatientregisteret.

Anmærkning: Region Sjælland er eksklusive Sikringen.

## Indlæggelser

Det samlede antal påbegyndte indlæggelser er i perioden ligeledes steget markant fra knap 1.400 i 2001 til cirka 2.500 i 2007 og næsten 4.300 i 2011. Det svarer – ligesom for antallet af patienter – til en gennemsnitlig årlig stigning på knap 12 procent. Stigningstakten har varieret mellem regionerne fra 136 procent i Region Hovedstaden til 325 procent i Region Midtjylland for perioden som helhed. Ser man på det faktiske niveau for antallet af påbegyndte indlæggelser, ligger Region Nordjylland på et markant lavere niveau end de øvrige fire regioner, jf. figur 35.

**Figur 35. Antal påbegyndte indlæggelser per 1.000 indbyggere i retspsykiatrien fordelt på behandlerregion, 2001-2011**



Kilde: Landspatientregisteret.

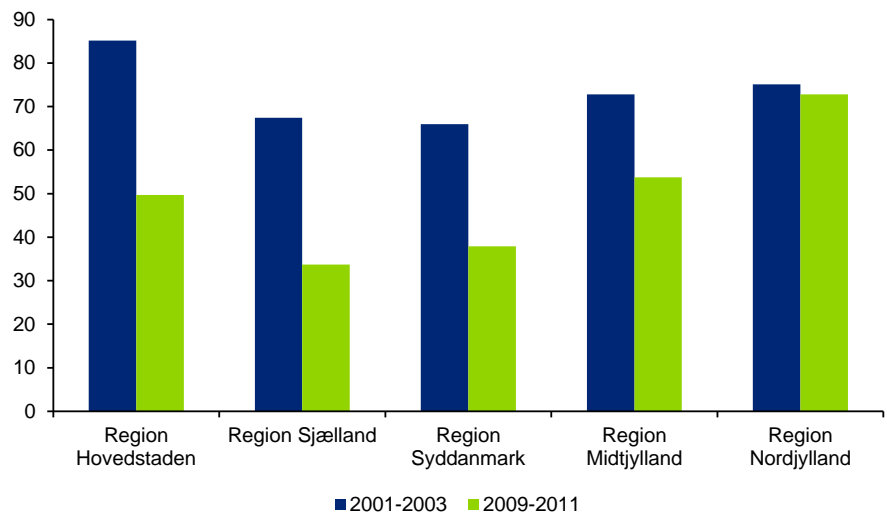
Hvis antallet af påbegyndte indlæggelser sammenstilles med antallet af patienter, viser det sig, at en gennemsnitlig retspsykiatrisk patient i 2011 i gen-



nemsnit har været indlagt 1,1 gang. Det kan bemærkes, at dette tal har været uændret igennem de seneste 10 år, idet udviklingen i antallet af patienter og antallet af indlæggelser har været helt parallel. Den betydelige udvidelse af patientgruppen har således ikke betydet en ændret sammensætning mellem stationære og ambulante patienter.

Den gennemsnitlige indlæggelsestid varierer forholdsvis meget fra år til år, hvilket gør det vanskeligere at vurdere udviklingen igennem perioden. I figuren nedenfor er den gennemsnitlige indlæggelsestid for årene 2001-2003 sammenlignet med den tilsvarende for de tre seneste år frem til 2011. Hovedindtrykket er her, at der – bortset fra Region Nordjylland – er sket et fald, som dog for Region Hovedstadens og Region Sjællands vedkommende delvist afspejler en ændret registreringspraksis for skadestuepatienter, der har ført til, at der optræder flere korte indlæggelser, herunder for retspsykiatriske patienter, der i øvrigt behandles ambulant.

**Figur 36. Gennemsnitligt antal sengedage per påbegyndt indlæggelse, 2001-2003 og 2009-2011**

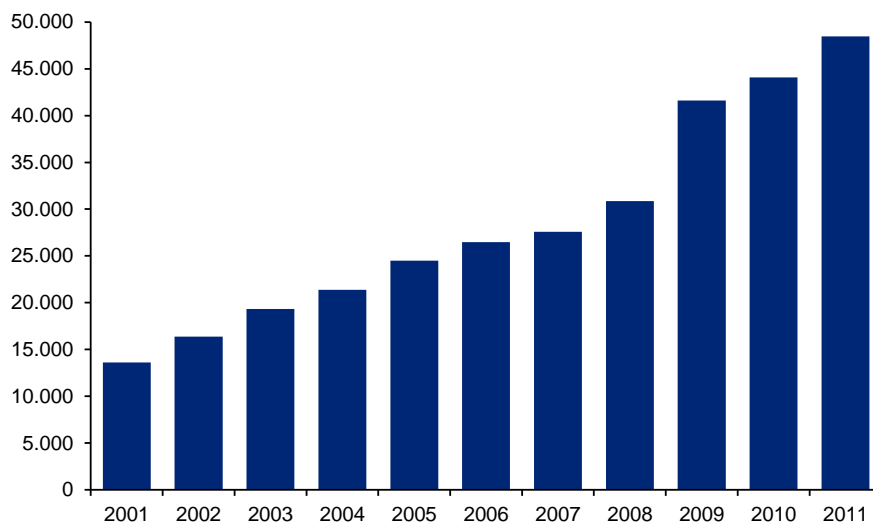


Kilde: Landspatientregisteret.

## Ambulante besøg og skadestuebesøg

Antallet af ambulante besøg for retspsykiatriske patienter er fra 2001 til 2011 steget fra knap 14.000 til godt 48.000, svarende til en gennemsnitlig årlig stigning på knap 12 procent., jf. figur 37.

**Figur 37. Antal ambulante besøg for retspsykiatriske patienter, 2001-2011**



Kilde: Landspatientregisteret.

På tilsvarende vis som for behandlingen ved indlæggelse foregår en meget stor del af de ambulante besøg for retspsykiatriske patienter i den almene voksenpsykiatri. Som det fremgår af tabellen nedenfor, er der tale om næsten to tredjedele af det samlede antal ambulante besøg, dog også med en meget betydelig variation mellem regionerne. Særligt i Region Hovedstaden og Region Sjælland varetages langt størstedelen af de ambulante besøg for retspsykiatriske patienter i den almene voksenpsykiatri. Region Syddanmark skiller sig på dette punkt ud fra de øvrige regioner ved, at cirka tre fjerdedele af de ambulante besøg udføres af de retspsykiatriske afdelinger.

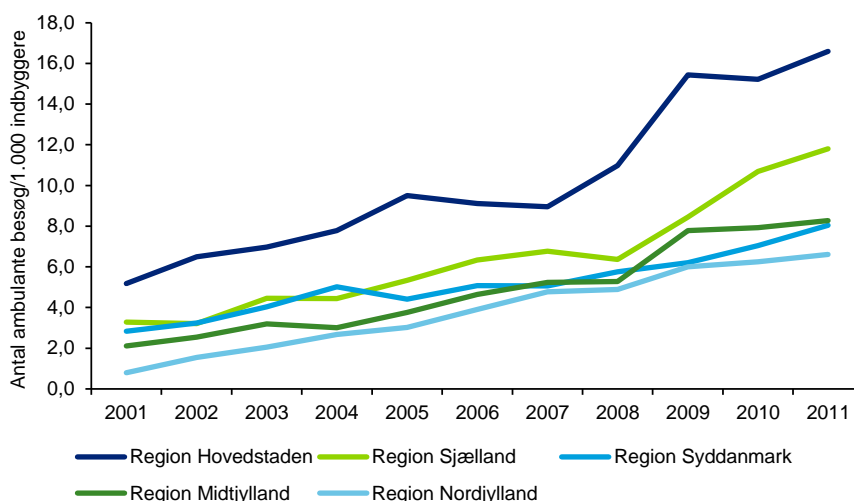
**Tabel 37. Ambulante besøg for retspsykiatriske patienter fordelt på retspsykiatriske afdelinger og almenpsykiatriske afdelinger, 2011**

	Antal	Retspsykiatriske specialafdelinger (pct.)	Almenpsykiatriske afdelinger (pct.)
Region Hovedstaden	22.298	20	80
Region Sjælland	7.540	28	72
Region Syddanmark	7.525	75	25
Region Midtjylland	8.082	52	48
Region Nordjylland	3.013	41	59
Hele landet	48.458	36	64

Kilde: Landspatientregisteret.

Det er kendetegnende, at Region Hovedstaden igennem hele perioden har et betydeligt større antal besøg i forhold til befolkningsunderlaget, hvilket understøtter, at der er strukturelle forskelle i kriminalitetsbilledet på tværs af regionerne..

**Figur 38. Antal ambulante besøg per 1.000 indbyggere i retspsykiatrien fordelt på behandlerregion, 2001-2011**



Kilde: Landspatientregisteret

Ser man på antallet af ambulante besøg per patient, er der også her væsentlige forskelle mellem regionerne, som bidrager til at forklare forskellene i figuren ovenfor. Som det fremgår af tabellen nedenfor, yder Region Hovedstaden og Region Sjælland betydeligt flere ambulante besøg per unik ambulans patient end de øvrige regioner. Det kan ikke med sikkerhed vurderes, i hvilken udstrækning dette afspejler forskelle i faglig praksis henholdsvis at retspsykiatriske patienter i de to regioner objektivt set er mere behandlingskrævende.

**Tabel 38. Antal ambulante besøg per unik ambulans patient i retspsykiatrien, 2011**

	Ambulante besøg	Unikke ambulante patienter	Besøg per unik patient
Region Hovedstaden	22.298	1.048	21,3
Region Sjælland	7.540	404	18,7
Region Syddanmark	7.525	811	9,3
Region Midtjylland	8.082	862	9,4
Region Nordjylland	3.013	352	8,6
Hele landet	48.458	3.477	13,9

Kilde: Landspatientregisteret.

De psykiatriske skadestuer spiller en ganske begrænset rolle i forhold til de retspsykiatriske patienter og belyses derfor ikke nærmere.

## 6.3. Potentialer

Inden for retspsykiatrien er der flere eksogene faktorer, der bestemmer patientflowet og behandlingsforløbene. Således er de retslige foranstaltninger afgørende for, hvilket regi patienterne skal behandles i, ligesom der i en vis udstrækning er bindinger på tilrettelæggelsen af behandling. Hertil kommer,

at udskrivning og afslutning af patienternes retslige foranstaltninger beror på en domstolsafgørelse.

Potentialet for bedre kapacitetsudnyttelse vurderes umiddelbart at være mere begrænset. Men det kan fx opnås ved tidligere udskrivning af færdigbehandlede patienter. Ligesom i børne- og ungdomspsykiatrien er omfanget af dette dog ikke så omfattende, når der sammenlignes med den almene voksenpsykiatri. Det kan alligevel konstateres på baggrund af kommunernes medfinansiering for færdigbehandlede patienter, at der er en vis kapacitetsbinding af færdigbehandlede patienter, der ikke har kunnet udskrives.

**Tabel 39. Antal og andel af sengedage for færdigbehandlede patienter i den regionale dedikerede retspsykiatri, antal og procent, 2011**

	Antal sengedage for færdigbehandlede	Andel af samlet antal sengedage i 2011 (procent)
Region Hovedstaden	2.511	2,6
Region Sjælland	98	0,4
Region Syddanmark	179	0,6
Region Midtjylland	1.285	1,7
Region Nordjylland	100	0,9
Hele landet	4.173	1,8

Kilde: Dataudtræk fra statens informationssystem for regioner og kommuner omkring kommunal medfinansiering og kommunal finansiering.

Sengedagene til færdigbehandlede patienter udgjorde knap 2 procent af de samlede antal sengedage i retspsykiatrien i 2011. Relativt set er omfanget således beskedent, men i betragtning af det øgede behandlingsbehov og kapacitetspres, der opleves i retspsykiatrien, er det betydeligt, at der kan frigøres mere end 4.000 sengedage årligt gennem tidligere udskrivning af færdigbehandlede patienter. Det svarer til mere end 11 sengepladser – det vil sige næsten størrelsen på et typisk sengeafsnit – der konsekvent er optaget af patienter, som er klar til udskrivning.

I interviewene har flere regioner desuden peget på, at der er patienter, der af regionerne indstilles til ophævelse af den retslige foranstaltning, men som ikke – eller først efter lang sagsbehandlingstid – imødekommes af domstolene.

Det kan afslutningsvist fremhæves, at arbejdsdelingen mellem de retspsykiatriske specialafdelinger og den almene voksenpsykiatri fremstår ganske forskellig på tværs af regionerne, for så vidt angår både de stationære og de ambulante patienter. På baggrund af interviewene er det Deloitte's vurdering, at der ikke foreligger et overblik over enhedsudgifterne til de mest ressourcerkrævende patienter, der i dag behandles i de almene voksenpsykiatriske afdelinger. Det kan ikke udelukkes, at disse er højere end, hvad patienterne ville kunne behandles for, såfremt de var placeret i en specialafdeling, hvis der var kapacitet hertil. På den baggrund synes det usikkert, om fordelingen af kapacitet mellem de retspsykiatriske specialafdelinger og de almene afdelinger er optimal.

# 7. Patientforløb

Med udgangspunkt i den forløbstypenotation, der er anvendes i dette kapitel, gives i de efterfølgende afsnit en beskrivelse af patientforløbene i psykiatrien opdelt på de fem regioner. Beskrivelsen omfatter:

- En opgørelse af patientforløbene og fordeling på forløbstyper.
- Varighed af patientforløbene, herunder andelen af varigheden, hvor der foregår en aktiv behandling fra den sygehusbaserede psykiatri, fordelt på forløbstyper.
- Henvissningsmåden for hver forløbstype.
- Afslutningsmåden for hver forløbstype.
- Antallet af kontakter til almen praksis og de praktiserende speciallæger fordelt på patienttyper.
- En opgørelse over, hvor stor en andel af patienterne inden for forskellige forløbstyper der har været i kontakt med psykiatrien i årene før 2011.

Patientforløbet for de psykiatriske patienter forventes at variere alt efter sygdommens karakter. Hvor meget det varierer inden for og mellem de enkelte sygdoms-/diagnosegrupper, og om behandlingsmønstrene – udtrykt ved patientforløbene – er forskellige inden for psykiatrien, belyses nærmere i dette kapitel.

Indledningsvist redegøres for datagrundlaget og den metode, der anvendes til at definere patientforløbstyperne. Herefter præsenteres først analysen af patientforløbene for børne- og ungdomspsykiatrien, og derefter præsenteres analysen af patientforløbene for voksenpsykiatrien. Retspsykiatrien indgår ikke i forløbsanalysen, da antallet af retspsykiatriske patienter vurderes at være for lavt til at danne grundlag for analysen.

I analysen af patientforløb for børne- og ungdomspsykiatrien indgår også en analyse af forløb for patienter med spiseforstyrrelser (diagnosegruppe DF50), og i analysen af patientforløb i voksenpsykiatrien indgår en analyse af forløb med depressioner (DF32-33).<sup>15</sup>

---

<sup>15</sup> For begge diagnosegrupper er der inddraget patienter i alle aldre og ikke kun patienter henholdsvis over og under 18 år.

## 7.1. Datagrundlag

Datagrundlaget for opgørelsen og beskrivelsen af patientforløbene er LPR-data for alle psykiatriske patienter i perioden fra 2001 til og med 2011. Hertil kommer sygesikringsdata fra samme periode med oplysninger om, hvilke personer almen praksis har ydet samtaleterapi til, og hvem der har modtaget hvilke ydelser fra praktiserende speciallæger.

Med henblik på at sikre, at beskrivelsen af patientforløbene vedrører aktuelle forhold i psykiatrien, er udvælgelsen afgrænset til forløb med ambulant eller stationær aktivitet i 2011. Det betyder, at forløbene er en blanding af uafsluttede og afsluttede forløb, som for begge kategoriers vedkommende kan rumme forløb, der er påbegyndt i 2011 eller tidligere. Det kan også forekomme, at et forløb er påbegyndt før 2001. Forløb, der er afsluttet før 2011, indgår ikke i beskrivelsen.

Med denne afgrænsning af patientforløb tilstræbes det således at give et billede af alle aktive patientforløb i 2011. Datagrundlaget giver samtidig mulighed for at beskrive den fulde patienthistorik for disse forløb tilbage til 2001. Opgørelsen af forløb er foretaget adskilt for børne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien og omfatter i alt 21.189 forløb for børn og unge (under 18 år) og 93.422 forløb for voksne (over 18 år).

## 7.2. Metode til beskrivelse af patientforløb

Beskrivelsen af patientforløbene baseres på en bearbejdning af LPR-data, der kan anvendes til at fremstille såvel psykiatriske som somatiske patientforløb.

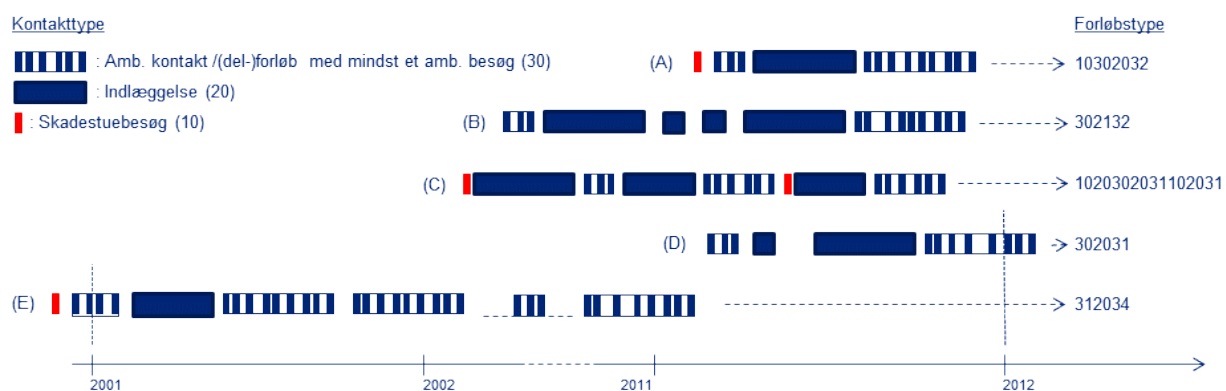
Et patientforløb er i denne analysesammenhæng afgrænset ved de kontakter, som en patient har i perioden fra 1. januar 2001 frem til 31. december 2011. Kontakter kan være et skadestuebesøg, et eller flere ambulante besøg eller en indlæggelse.

Beskrivelsen af patientforløbene tager udgangspunkt i en særlig notation, der forklares med udgangspunkt i figur 39. Her ses en grafisk fremstilling af fem forskellige psykiatriske patientforløb (A-E). De er alle placeret i forhold til tidsaksen nederst i figuren. Tidsaksen løber fra 2001 til lidt ind i 2012 uden visning af alle de mellemliggende år. Til den grafiske beskrivelse af patientforløbene er der anvendt i alt tre ikoner, der er vist øverst til venstre i figur 39.

- Et ambulantforløb, hvor der indgår minimum ét ambulant besøg (den stiplede firkant). Det ambulante forløb kan have en varierende tidsmæssig udstrækning.
- En indlæggelse (den fuldt farvelagte firkant), der kan have varierende varighed.
- Et skadestuebesøg (den røde firkant), som altid vil have en varighed på én dag.

Det første patientforløb (A) indledes med et skadestuebesøg i starten af 2011. Herefter følger et ambulante forløb med tre besøg, der afsluttes af en indlæggelse. Efter udskrivning forsætter patientforløbet med et ambulante forløb med 9 besøg, der afsluttes inden udgangen af 2011. Yderst til højre i figur 39 er der anført en numerisk notation for patientforløb (A) – 10302032. 10 repræsenterer skadestuebesøget, 30 angiver de ambulante forløb og 20 indlæggelsen. Det efterfølgende 32 viser, at det andet ciffer i hvert talpar kan anvendes til at angive antallet af den pågældende kontaktype – i grupperet form. 32 angiver således, at der har været 7-9 ambulante besøg i den aktuelle ambulante del af patientforløbet. Tælles antallet af ambulante besøg i det ambulante forløb i figuren, når man frem til 9 besøg.

**Figur 39. En grafisk og numerisk fremstilling af patientforløb**



Nedenstående tabel viser en samlet oversigt over grupperingen af de tre typer besøg. 10 angiver således 1-3 skadestuebesøg efterfulgt af hinanden, 11 angiver 4-6 skadestuebesøg efterfulgt af hinanden og så videre op til 19, der angiver mere end 69 skadestuebesøg efterfulgt af hinanden.

Det skal her bemærkes, at antallet af en bestemt type besøg her ikke angiver et samlet antal besøg af den type, en patient har haft, men det samlede antal besøg af den type, der kommer umiddelbart efter hinanden, ikke afbrudt af en anden type besøg.

I eksemplet, patientforløb (A), der er beskrevet i ovenstående figur, indgik i alt 12 ambulante besøg. Disse besøg angives ikke som 33, men som 302032, da patienten havde en indlæggelse mellem de første 3 besøg og de sidste 9.

**Tabel 40. Gruppering af antal skadestuebesøg, indlæggelser og ambulante besøg**

Antal	1-3	4-6	7-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-
Skadestue	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Indlæggelse	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
Ambulant forløb	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39

Med denne notation markeres således det overordnede indhold og rækkefølgen i de typer kontakter, patienten har haft med den sygehusbaserede psykiatri.

Patientforløb (B) påbegyndes med en ambulante kontakt efterfulgt af 4 indlæggelser. Patienten har således været udskrevet 3 gange og kort tid efter indlagt igen. Efter den fjerde udskrivning følger en ambulante kontakt med 9 ambulante besøg, der afslutter patientforløbet. De 4 separate indlæggelser i forlængelse af hinanden er i den numeriske streng angivet som 21, og de 9 ambulante besøg bliver til 32.

Patientforløb (C) er et eksempel, hvor der er mange skift i kontakttypen, som resulterer i en lang numerisk betegnelse af forløbet. De 8 kontakter i patientforløbet resulterer i 8 talpar, fordi der ikke er 2 ens kontakttyper i forlængelse af hinanden.

I eksempel (D) løber det sidste ambulante forløb hen over årsskiftet 2011/2012. Når det forekommer, medtages ikke den del af forløbet, der rækker ind i 2012. Selvom den sidste ambulante del af patientforløbet rummer i alt 9 ambulante besøg, er det alene de 6 første, der tælles med, og derfor bliver den ambulante kontakt angivet ved 31.

Det sidste eksempel (E) påbegyndes kort før årsskiftet 2000/2001 med et skadestuebesøg. Det medtages ikke. Det gør derimod den efterfølgende ambulante kontakt med alle 4 ambulante besøg, hvoraf de 2, er gennemført i 2000. Patientforløbet strækker sig helt til starten af 2011.

Det skal bemærkes, at angivelsen af antal besøg ved det andet ciffer ikke anvendes i de efterfølgende opgørelser af patientforløbene. Dette skyldes, at patientforløbene ellers ville blive unødigt komplicerede. En oversigt over de 40 hyppigst forekomne forløbstyper, hvor det andet ciffer er anvendt, fremgår af bilaget.

I bilaget er ligeledes medtaget en opgørelse af patientforløbene inden for udvalgte diagnosegrupper og specialer fordelt på forløbstyper. I nedenstående er det markeret, hvilke diagnoser det drejer sig om inden for hvert speciale. Udvælgelsen af diagnosegrupper er sket på baggrund af antallet af patienter inden for hver gruppe, således at de største diagnosegrupper inden for hvert speciale er blevet udvalgt. Opgørelsen kommenteres ikke yderligere.



**Tabel 41. Oversigt over diagnosegruppe og specialer for udvalgte patientforløb i 2011**

	Børne- og ungdomspsykiatri	Voksenpsykiatri	Retspsykiatri
Organiske psykiske lidelser		●	
Misbrugsbetingede psykiske lidelser		●	
Skizofreni, skizotypiske sindslidelser, paranoide sindslidelser m.v.		●	
Affektive sindslidelser		●	
Nervøse og stressrelaterede lidelser	●	●	
Adfærdsændringer på grund af fysiologiske forstyrrelser	●	●	
Mental retardering		●	
Psykiske udviklingsforstyrrelser	●		
Adfærdsmæssige og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i opvæksten	●		
Tilsligtet selvbeskadigelse			
Faktorer af betydning for sundhedstilstand			●
Uspecificeret			

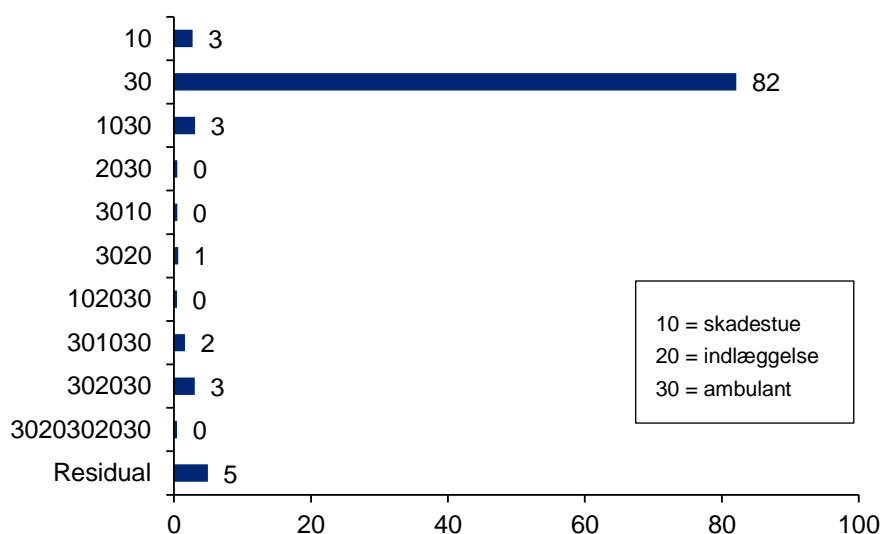
### 7.3. Patientforløb i børne- og ungdomspsykiatrien

I dette afsnit beskrives patientforløbene i børne- og ungdomspsykiatrien.

#### Forekomst af patientforløbstyper

Der var i alt 21.189 aktive patientforløb i børne- og ungdomspsykiatrien i Danmark i 2011. Nedenstående figur viser den procentvise fordeling af disse forløb på de 10 hyppigst forekomne forløbstyper i børne- og ungdomspsykiatrien.

**Figur 40: Aktive patientforløb i børne- og ungdomspsykiatrien (under 18 år) i hele landet angivet i procent, 2011**



Kilde: Landspatientregisteret.

Anmærkning: Forløbstyperne er ikke udspecificeret med hensyn til antallet inden for hver kontaktkategori. Det andet ciffer i de beskrivende talpar er således 0 for alle. Se afsnit 7.2.

Som det fremgår af figuren, har mere end 8 ud af 10 patienter i børne- og ungdomspsykiatrien udelukkende haft ambulante besøg i psykiatrien (forløbstype 30). De efterfølgende 9 hyppigste forløbstyper dækker hver over mindre end 3 procent af patienterne. Residualen, det vil sige de restende forløbstyper, dækker cirka 5 procent af patienterne.

De efterfølgende analyser af patientforløbene i børne- og ungdomspsykiatrien skal ses i lyset af, at forløbstypen 30 dækker så stor en andel af patienterne.

Flere af forløbstyperne udtrykker relativt sammenlignelige forløb for patienterne. Eksempelvis minder de 4 forløbskoder 30, 301030, 302030 og 3020302030 alle om hinanden. Her er tale om forløb, hvor patienten er startet i ambulant behandling, og som for en dels vedkommende er blevet afbrudt af ét eller flere skadestuebesøg eller indlæggelser, hvorefter den ambulante behandling er blevet genoptaget. Disse 4 forløbstyper dækker tilsammen cirka 87 procent af patienterne.

En anden sammenlignelig gruppe af patientforløb er dem, der er startet med et skadestuebesøg eller en indlæggelse efterfulgt af enten et ambulant forløb eller en indlæggelse og et ambulant forløb (1030, 2030 og 102030). Disse patientforløb dækker i alt cirka 4 procent af patienterne.

Tilsammen udgør de to grupper 91 procent af det samlede antal patienter. Børne- og ungdomspsykiatrien er således i overvejende grad kendetegnet af ambulante forløb. Patientforløbsanalysen viser, at selvom nogle patienter starter med skadestuebesøg eller indlæggelser, og selvom nogle patienter får deres ambulante forløb afbrudt af et skadestuebesøg eller en indlæggelse.

se, så ender 9 ud af 10 patienter alligevel med at blive behandlet i et ambulantly forløb.

Cirka 5 procent af patienterne falder ikke ind under de 10 mest forekommende forløbstyper. Disse patienter kan have ganske komplekse forløb. Eksempelvis findes der 13 patienter med forløbstypen 103010302030. Det vil sige patienter, der er startet på skadestuen, efterfulgt af ambulantly behandling, der bliver afbrudt to gange, først af et skadestuebesøg og herefter af en indlæggelse. Forløbet afsluttes i ambulantly behandling.

Nedenstående tabel viser fordelingen af patientforløb i de fem regioner.

**Tabel 42. Aktive patientforløb i børne- og ungdomspsykiatrien (under 18 år) i 2011 fordelt på forløbstyper og regioner**

Forløbstyper	I alt	Regioner				
		Hovedstaden	Sjælland	Syd	Midt	Nord
10	580	305	120	36	80	39
30	17.395	4.882	2.827	5.184	3.723	779
1030	652	325	91	100	103	33
2030	105	14	49	19	19	4
3010	103	33	24	12	23	11
3020	134	26	29	23	50	6
102030	90	26	12	10	19	23
301030	342	130	50	100	45	17
302030	643	130	92	148	258	15
3020302030	95	15	15	24	37	4
Residual	1.050	426	210	157	143	114
Total	21.189	6.312	3.519	5.813	4.500	1.045
Total, rækkeprocent	100	30	17	27	21	5
Befolkning (under 18 år)	1.211.032	355.577	181.116	265.786	284.738	123.815
Total i procent af befolkningen	1,7	1,8	1,9	2,2	1,6	0,8

Kilde: Landspatientregisteret.

Anmærkning: Forløbstyperne er ikke udspecificeret med hensyn til antallet inden for hver kontaktkategori. Det andet ciffer i de beskrivende talpar er således 0 for alle. Se afsnit 7.2.

Cirka 30 procent af patienterne er behandlet i Region Hovedstaden. Herefter følger Region Syddanmark, Region Midtjylland og Region Sjælland med mellem 17 og 27 procent af patienterne. Region Nordjylland skiller sig ud ved at behandle den klart mindste del af patienterne (cirka 5 procent). Andelen af patienter i forhold til befolkningen under 18 år er også klart lavest i Region Nordjylland (0,8 procent).

For samtlige regioner gælder, at den hyppigst forekommende type patientforløb er et rent ambulantly forløb. Procenten varierer på tværs af regionerne fra 75 procent i Region Hovedstaden til 89 procent i Region Midtjylland.

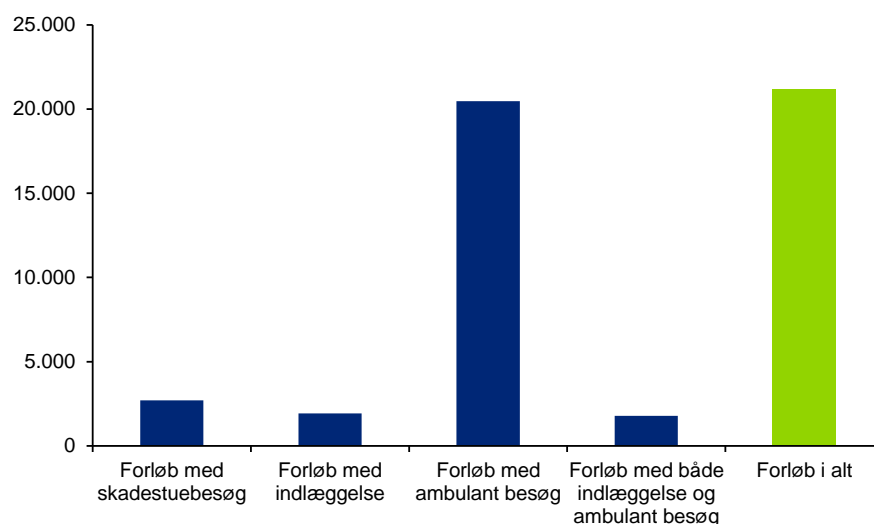
De efterfølgende 4 mest hyppige forløbstyper er 10, 1030, 301030 og 30203 i samtlige regioner. Andelen af patienter i hver forløbstype varierer mellem 1 og 6 procent i de forskellige regioner.

Der er en vis forskel på størrelsen af residualen i de 5 regioner. I Region Syddanmark og Region Midtjylland udgør residualen kun cirka 3 procent, mens cirka 11 procent af patientforløbene falder i residualen i Region Nordjylland.

Samlet set er variationen i patientforløbene mellem regionerne altså relativt beskeden.

Figur 41 viser de 21.189 patientforløb i børne- og ungdomspsykiatrien opgjort i forhold til, hvorvidt der indgår henholdsvis skadestuebesøg, indlæggelse eller ambulante besøg i forløbene.

**Figur 41. Aktive patientforløb i børne- og ungdomspsykiatrien (under 18 år) i 2011, hele landet**



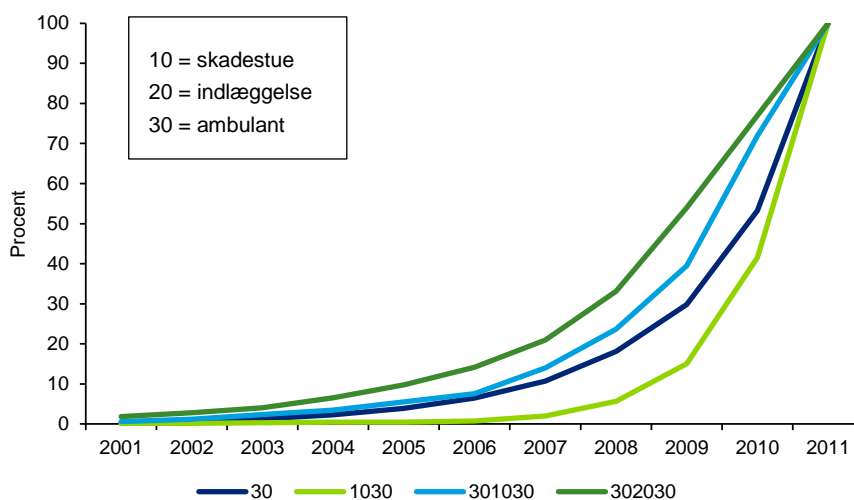
Kilde: Landspatientregisteret.

Som figuren viser, har cirka 20.500 ud af de 21.189 patientforløb i børne- og ungdomspsykiatrien indeholdt mindst ét ambulant besøg, svarende til 97 procent. Cirka 13 procent af forløbene har haft et skadestuebesøg, cirka 9 procent har haft en indlæggelse, og cirka 8 procent har haft både en indlæggelse og et ambulant besøg. Figur 41 understøtter således også konklusionen om, at børne- og ungdomspsykiatrien i høj grad er kendetegnet ved ambulant aktivitet.

### Kontakt til psykiatrien før 2011

Som beskrevet i afsnit 7.2 er patientforløbene udelukkende konstrueret for patienter, der har modtaget behandling i 2011. Nedenstående figur viser, hvor stor en andel af disse patienter der også modtog behandling i de foregående år for udvalgte forløbstyper.

**Figur 42. Antal patienter i børne- og ungdomspsykiatrien (under 18 år) i hele landet, der har modtaget behandling i 2011, som også har modtaget behandling i de foregående år, fordelt på udvalgte forløbstyper (procent)**



Kilde: Landspatientregisteret.

Anmærkning: Forløbstyperne er ikke udspecificeret med hensyn til antallet inden for hver kontaktkategori. Det andet ciffer i de beskrivende talpar er således 0 for alle. Se afsnit 7.2.

Figuren viser således, at cirka halvdelen af de patienter, der har forløbstypen 30, også modtog behandling i 2010, cirka 30 procent modtog behandling i både 2009 og 2010, og under 1 procent har modtaget behandling i samtlige 11 år siden 2001.

Der er en ganske betydelig forskel på de 4 udvalgte forløbstyper 30, 1030, 301030 og 302030. Patienter, der har forløbstyperne 302030 og 301030, har generelt været i behandling i flere år før 2011, end patienter der har forløbstyperne 30 og 1030.

Patientforløbsanalysen viser således, at ambulante forløb, der bliver afbrudt af enten et skadestuebesøg eller en indlæggelse (301030 og 302030), strækker sig over flere år, end ambulante forløb der ikke bliver afbrudt.

En analyse af antallet af patienter, der har modtaget behandling før 2011, fordelt på regionerne, viser, at der er ganske små forskelle regionerne imellem. Figurer for udvalgte forløbstyper fordelt på regionerne er vedlagt i bilag.

## Varighed af patientforløbene

Tabel 43 viser varigheden fra den første kontakt med psykiatrien til den sidste kontakt for de 10 hyppigst forekommende forløbstyper. Den gennemsnitlige varighed for forløbstypen 30 er 695 dage, svarende til lidt under 2 år. 50 procent af disse forløb har en varighed på under 1 år (medianen er 333 dage), og 25 procent har en varighed på over 2,5 år (3. kvartil er 951 dage).<sup>16</sup>

<sup>16</sup> I bilag er vedlagt en oversigt over spredningen af forløbstypernes varighed.

Der er en vis variation i varigheden af de rene ambulante forløb på tværs af regionerne. Region Nordjylland har den laveste varighed på 553 dage, hvilket er cirka 20 procent under landsgennemsnittet, mens Region Midtjylland har en varighed på 816 dage, hvilket er cirka 17 procent over landsgennemsnittet.

For de øvrige forløbstyper kan det bemærkes, at ambulante forløb, der bliver afbrudt af enten skadestuebesøg eller indlæggelser (301030, 302030 og 3020302030), generelt har den længste varighed. Dette understøtter konklusionen fra figur 42 og stemmer godt overens med observationerne fra interviewene i regionerne.

**Tabel 43. Gennemsnitlig varighed af patientforløbene i børne- og ungdomspsykiatrien (under 18 år) i antal dage, fordelt på regioner**

Forløbstyper	Regioner					
	I alt	Hovedstaden	Sjælland	Syd	Midt	Nord
10	38	50	19	1	44	22
30	695	695	602	682	816	553
1030	420	449	455	199	551	308
2030	492	587	338	531	654	1.089
3010	1.073	1.316	1.084	231	991	1.412
3020	654	759	672	787	516	743
102030	355	333	576	461	386	192
301030	1.315	1.511	1.413	1.015	1.292	1.349
302030	1.265	1.093	1.093	1.018	1.538	1.554
3020302030	1.350	1.111	1.097	1.553	1.423	1.304
Residual	889	957	879	827	1.018	581
Total	708	696	621	689	849	563

Kilde: Landspatientregisteret.

Anmærkning: Forløbstyperne er ikke udspecificeret med hensyn til antallet inden for hver kontaktkategori. Det andet ciffer i de beskrivende talpar er således 0 for alle. Se afsnit 7.2.

Tabel 44 viser andelen af den samlede forløbsvarighed, hvor der er aktiv behandling, det vil sige den andel af den samlede varighed (som angivet i ovenstående tabel), hvor patienten har været i et åbent forløb i børne- og ungdomspsykiatrien i form af et skadestuebesøg, en indlæggelse eller et ambulante forløb.

En del af disse patientforløb består af flere selvstændige ambulante kontakter, hvor der er forløbet kalendertid, fra den ene er afsluttet, til den efterfølgende er påbegyndt. Tiden mellem hvert ambulante besøg inden for samme kontakt er medregnet som aktiv behandlingstid.

Der tegner sig ikke umiddelbart noget klart billede af, at bestemte typer forløb har en særlig høj eller lav aktiv behandlingstid. Forløbstypen 3010 har den laveste aktive behandlingstid på 0,44, mens forløbstypen 10 har den højeste på 0,91, sidstnævnte har ydermere den korteste varighed (se tabel 43).

**Tabel 44. Den gennemsnitlige andel af varigheden i patientforløbene i børne- og ungdomspsykiatrien (under 18 år), hvori der udføres aktiv behandling, fordelt på regioner**

Forløbstyper	Regioner					
	I alt	Hovedstaden	Sjælland	Syd	Midt	Nord
10	0,91	0,89	0,94	0,97	0,91	0,94
30	0,81	0,85	0,87	0,72	0,84	0,76
1030	0,70	0,67	0,58	0,87	0,71	0,69
2030	0,83	0,96	0,88	0,70	0,79	0,65
3010	0,44	0,39	0,40	0,83	0,45	0,23
3020	0,75	0,76	0,68	0,67	0,82	0,75
102030	0,74	0,79	0,63	0,70	0,70	0,81
301030	0,60	0,65	0,60	0,49	0,76	0,50
302030	0,84	0,87	0,80	0,83	0,84	0,79
3020302030	0,84	0,83	0,74	0,88	0,86	0,83
Residual	0,66	0,68	0,64	0,69	0,63	0,64
Total	0,79	0,82	0,84	0,72	0,83	0,75

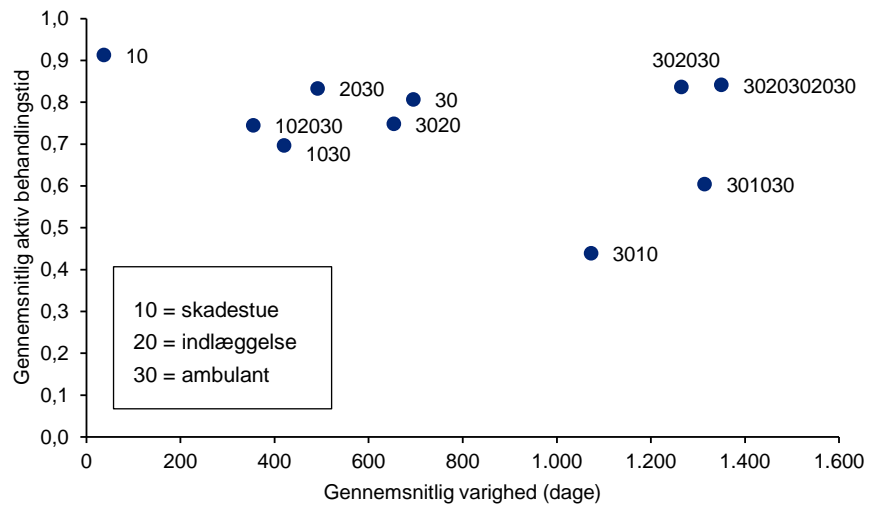
Kilde: Landspatientregisteret.

Anmærkning: Forløbstyperne er ikke udspecificeret med hensyn til antallet inden for hver kontaktkategori. Det andet ciffer i de beskrivende talpar er således 0 for alle. Se afsnit 7.2.

Der er en relativt lille variation i den aktive varighed imellem regionerne, og der tegner sig umiddelbart ikke noget klart billede af, at enkelte regioner generelt ligger højt eller lavt. Den samlede aktive behandlingstid for alle patienterne ligger mellem 0,72 og 0,84 i de 5 regioner.

Nedenstående figur viser et scatterplot for den gennemsnitlige varighed og den gennemsnitlige aktive behandlingstid fordelt på forløbstyper for hele landet.

**Figur 43: Scatterplot for den gennemsnitlige varighed og den gennemsnitlige aktive behandlingstid fordelt på forløbstyper i børne- og ungdomspsykiatrien (under 18 år), hele landet**



Kilde: Landspatientregisteret.

Anmærkning: Forløbstyperne er ikke udspecificeret med hensyn til antallet inden for hver kontaktkategori. Det andet ciffer i de beskrivende talpar er således 0 for alle. Se afsnit 7.2.

Som det fremgår af figuren er der ikke nogen klar sammenhæng mellem den gennemsnitlige varighed af forløbene og den gennemsnitlige aktive behandlingstid.

## Henvisningsmåden

De to oftest forekomne henvisningsmåder for den første henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien er almen praksis og *andet*. Af interviewene i regionerne fremgår det, at kommunerne står for en stor del af henvisningerne til børne- og ungdomspsykiatrien, hvilket formentlig kan forklare det store antal henvisninger af typen *andet*.

Cirka 15 procent af patienterne henvises fra sygehuse, og 9 procent har ingen henvisning. Sidstnævnte er primært patienter, der starter deres behandling med et skadestuebesøg (10, 1030 og 102030).



**Tabel 45. Aktive patientforløb i børne- og ungdomspsykiatrien (under 18 år) fordelt på henvisningsmåde, hele landet**

Forløbstyper	Almen praksis	Special-læge	Sygehus	Andet	Ingen henvisning
10	16	0	4	0	560
30	6.900	434	2.824	7.143	94
1030	21	0	4	0	627
2030	28	1	35	11	30
3010	49	2	15	30	7
3020	70	3	23	38	0
102030	14	2	1	1	72
301030	178	7	50	100	7
302030	317	23	107	189	7
3020302030	56	4	21	13	1
Residual	288	14	124	117	507
Total	7.937	490	3.208	7.642	1.912

Kilde: Landspatientregisteret.

Anmærkning: Forløbstyperne er ikke udspecificeret med hensyn til antallet inden for hver kontaktkategori. Det andet ciffer i de beskrivende talpar er således 0 for alle. Se afsnit 7.2.

I bilag er vedlagt ovenstående tabel fordelt på regioner. Heraf kan der observeres væsentlige forskelle i henvisningspraksis mellem regionerne. I Region Syddanmark og Region Nordjylland henvises cirka halvdelen af patienterne fra almen praksis, mens mellem 26 og 36 procent henvises fra almen praksis i de øvrige regioner.

Omvendt henvises under 30 procent af patienterne i Region Syddanmark og Region Nordjylland fra kategorien *andet*, mens denne andel udgør mellem 36 og 43 procent i de øvrige regioner.

### Afslutningsmåde

Som det fremgår af nedenstående tabel, afsluttes cirka 38 procent af patienterne i børne- og ungdomspsykiatrien til almen praksis. En næsten lige så stor andel (34 procent) er ikke udskrevet ved udgangen af 2011. Derudover afsluttes cirka en femtedel af patienterne til videre behandling.

**Tabel 46. Aktive patientforløb i børne- og ungdomspsykiatrien (under 18 år) fordelt på afslutningsmåde, hele landet**

Forløbstyper	Almen praksis	Speciallæge	Ingen lægelig opfølgning	Udeblevet	Død	Afsluttet til videre behandling	Ikke udskrevet	Andet
10	508	5	0	0	0	50	0	17
30	5.964	30	646	8	2	3.692	6.464	589
1030	348	4	25	1	0	109	147	18
2030	63	0	0	0	0	12	28	2
3010	76	1	0	0	0	24	0	2
3020	39	0	0	0	0	89	4	2
102030	45	0	2	1	0	10	26	6
301030	190	2	1	0	0	34	107	8
302030	198	7	4	0	0	200	221	13
3020302030	29	0	1	0	0	24	40	1
Residual	510	15	9	0	0	271	218	27
Total	7.970	64	688	10	2	4.515	7.255	685

Kilde: Landspatientregisteret.

Anmærkning: Forløbstyperne er ikke udspecificeret med hensyn til antallet inden for hver kontaktkategori. Det andet ciffer i de beskrivende talpar er således 0 for alle. Se afsnit 7.2.

I bilag er vedlagt ovenstående tabel fordelt på regioner. Her tegner sig samme billede som for henvisningsmåden. I Region Syddanmark og Region Nordjylland afsluttes henholdsvis 46 og 62 procent af patienterne til almen praksis, mens det samme tal er cirka 30 procent i de øvrige regioner.

### Kontakter til speciallægepraksis og almen praksis

Kontakt til det regionale psykiatriske sygehusvæsen er inklusionskriteriet for at indgå i den population, der undersøges i analysen. Forløbsanalyserne er blevet samkørt med data fra Sygesikringsregisteret for at belyse de psykiatriske patienters kontakt til speciallægepraksis og almen praksis i perioden 2001 til 2011.

Kontakter opgøres her som antal besøg i speciallægepraksis og almen praksis, og det skal bemærkes, at besøgene i praksis både kan ligge før, under og efter patientens behandlingsforløb i psykiatrien. Derudover indgår udelukkende besøg, der indeholder en egentlig psykiatrisk behandling, i speciallægepraksis, og der indgår udelukkende besøg, der omhandler samtaleterapi, i almen praksis.

Tabel 47 viser det gennemsnitlige antal kontakter til praktiserende speciallæger for de 10 hyppigste forløbstyper. Det gennemsnitlige antal for samtlige forløbstyper er 4,53. For de øvrige forløbstyper er der en betydelig variation i antallet af kontakter til speciallæger fra 2,3 til næsten 12. Her er det dog værd at bemærke, at langt flertallet af patienterne i børne- og ungdomspsykiatrien har forløbstypen 30, hvorfor man skal tolke resultaterne for de øvrige forløbstyper med en vis forsigtighed.

**Tabel 47. Gennemsnitligt antal kontakter til praktiserende speciallæge fordelt på forløbstyper i børne- og ungdomspsykiatrien (under 18 år) og regioner**

Forløbstyper	Regioner					
	I alt	Hoved- staden	Sjælland	Syd	Midt	Nord
10	5,19	3,51	8,97	1,92	7,74	0,71
30	3,60	4,83	5,80	2,29	2,56	3,11
1030	4,16	3,29	8,49	2,76	4,60	0,83
2030	2,30	0,00	2,64	0,00	5,13	1,00
3010	3,55	7,64	2,25	0,17	1,75	1,00
3020	11,96	22,00	12,07	0,00	11,59	0,00
102030	5,78	2,40	0,00	0,00	14,33	3,29
301030	3,40	3,00	10,11	1,90	1,46	0,33
302030	6,32	7,38	18,03	1,38	4,40	1,00
3020302030	3,36	7,14	5,75	3,45	0,00	0,00
Residual	9,11	13,29	10,42	1,84	4,44	7,55
Total	4,53	6,17	7,17	2,18	3,51	3,56

Kilde: Landspatientregisteret.

Anmærkning: Forløbstyperne er ikke udspecificeret med hensyn til antallet inden for hver kontaktkategori. Det andet ciffer i de beskrivende talpar er således 0 for alle. Se afsnit 7.2.

Der er en betydelig variation mellem regionerne. Særligt skiller regionerne vest for Storebælt sig ud fra regionerne øst for Storebælt ved, at patienterne vest for Storebælt har en betydelig mindre kontakt med speciallæger. For Region Syddanmark, Region Midtjylland og Region Nordjylland er det gennemsnitlige antal kontakter for samtlige patienter således mellem 2,18 og 3,56, mens det gennemsnitlige antal er henholdsvis 6,17 og 7,17 i Region Hovedstaden og Region Sjælland.

Nedenstående tabel viser det gennemsnitlige antal kontakter til alment praktiserende læger i forbindelse med modtagelse af samtaleterapi. Samtlige patienter i børne- og ungdomspsykiatrien har i gennemsnit haft 1,85 kontakter med alment praktiserende læger fra 2001 til 2011.

**Tabel 48. Gennemsnitligt antal kontakter vedrørende samtalerterapi til almen praksis fordelt på forløbstyper i børne- og ungdomspsykiatrien (under 18 år) og regioner**

Forløbstyper	Regioner					
	I alt	Hovedstaden	Sjælland	Syd	Midt	Nord
10	2,01	2,14	1,91	1,00	2,29	1,43
30	1,71	1,43	1,44	1,93	1,89	1,73
1030	2,15	2,13	1,59	2,21	2,76	1,33
2030	3,50	2,00	2,27	4,11	7,25	1,50
3010	2,45	2,00	2,13	1,83	3,58	2,00
3020	1,43	1,30	1,21	1,60	1,53	2,00
102030	2,28	3,13	1,00	3,00	1,67	1,43
301030	2,10	1,58	2,17	2,15	3,38	1,67
302030	2,01	1,53	1,39	2,20	2,40	3,63
3020302030	2,03	1,86	3,25	1,73	2,00	2,00
Residual	2,19	1,95	2,01	2,40	2,95	1,97
Total	1,85	1,68	1,58	1,99	2,18	1,84

Kilde: Landspatientregisteret.

Anmærkning: Forløbstyperne er ikke udspecificeret med hensyn til antallet inden for hver kontaktkategori. Det andet ciffer i de beskrivende talpar er således 0 for alle. Se afsnit 7.2.

Patienterne i regionerne vest for Storebælt har i gennemsnit et højere antal kontakter til almen praksis sammenlignet med patienterne øst for Storebælt. I Region Syddanmark, Region Midtjylland og Region Nordjylland har samtlige patienter således mellem 1,84 og 2,18 kontakter til almen praksis, mens det samme antal er henholdsvis 1,68 og 1,58 i Region Hovedstaden og Region Sjælland.

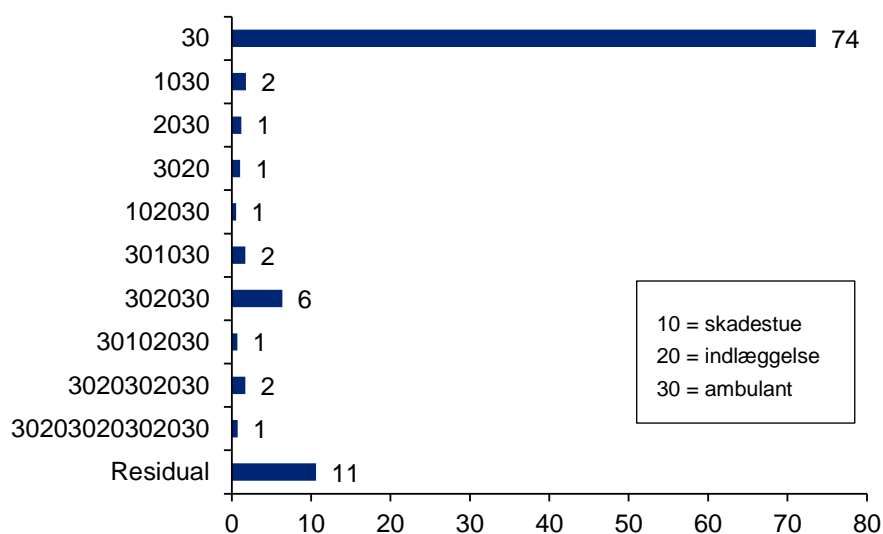
Patientforløbsanalysen viser således, at der er forskel på, hvordan samspillet mellem børne- og ungdomspsykiatrien og praksissektoren er i regionerne. Øst for Storebælt anvendes speciallægepraksis relativt mere, mens almen praksis anvendes relativt mere vest for Storebælt.

For både speciallæge og almen praksis gælder, at der umiddelbart ikke er nogen sammenhæng mellem den samlede varighed (som angivet i tabel 43) og antal kontakter, hverken for speciallæger eller almen praksis.

### **Patientforløb for patienter med spiseforstyrrelser**

Der var i alt 2.572 aktive patientforløb i Danmark i 2011 for patientgruppen spiseforstyrrelser. Som det var tilfældet med patientforløbene for hele børne- og ungdomspsykiatrien, dækker forløbstypen 30 den klart største andel af patienterne (cirka 74 procent).

**Figur 44. Aktive patientforløb for patienter med spiseforstyrrelser i hele landet angivet i procent, 2011**



Kilde: Landspatientregisteret.

Anmærkning: Forløbstyperne er ikke udspecificeret med hensyn til antallet inden for hver kontaktkategori. Det andet ciffer i de beskrivende talpar er således 0 for alle. Se afsnit 7.2.

Nedenstående tabel viser fordelingen af patientforløb i de 5 regioner.

**Tabel 49. Aktive patientforløb for patienter med spiseforstyrrelser i 2011 fordelt på forløbstyper og regioner**

Forløbstyper	Regioner					
	I alt	Hovedstaden	Sjælland	Syd	Midt	Nord
30	1.892	746	165	345	488	148
1030	46	23	6	6	8	3
2030	31	12	2	8	7	2
3020	27	6	6	7	7	1
102030	14	9	1	0	1	3
301030	44	24	4	5	7	4
302030	164	46	31	36	31	20
30102030	18	13	0	1	1	3
3020302030	44	12	1	9	16	6
30203020302030	19	4	2	3	6	4
Residual	273	143	24	35	48	23
Total	2.572	1.038	242	455	620	217
Total, rækkeprocent.	100	40	9	18	24	8
Befolkning (alle år)	5.560.628	1.699.387	819.763	1.200.656	1.260.993	579.829
Total i procent af befolkningen	0,05	0,06	0,03	0,04	0,05	0,04

Kilde: Landspatientregisteret.

Anmærkning: Forløbstyperne er ikke udspecificeret med hensyn til antallet inden for hver kontaktkategori. Det andet ciffer i de beskrivende talpar er således 0 for alle. Se afsnit 7.2.

Forløbstypen 30 er klart størst for samtlige fem regioner med en variation fra 68 til 79 procent. For den næsthøjest forløbstype 302030, det vil sige ambulante forløb afbrudt af en indlæggelse, er der betydelig variation på

tværs af regionerne. I Region Hovedstaden og Region Midtjylland udgør denne forløbstype henholdsvis 4 og 5 procent, mens den udgør henholdsvis 8 og 9 procent i Region Syddanmark og Region Nordjylland. Endelig har 13 procent af patienterne i Region Sjælland forløbstypen 302030.

Analysen viser altså en betydelig forskel på, hvor hyppigt patienter med spiseforstyrrelser får afbrudt deres ambulante forløb med en indlæggelse i regionerne.

Tabel 50 viser aktive patientforløb for patienter med spiseforstyrrelser i 2011 for rene ambulante forløb, altså forløbstype 30. Forløbene er opgjort således, at det andet ciffer anvendes til at angive antallet af ambulante besøg (se afsnit 7.2). I denne tabel angiver 30 således et ambulante forløb med 1-3 ambulante besøg, 31 angiver et ambulante forløb med 4-6 ambulante besøg osv.

**Tabel 50. Aktive patientforløb for patienter med spiseforstyrrelser i 2011 fordelt på rene ambulante forløbstyper og regioner**

Forløbstyper	I alt	Regioner				
		Hovedstaden	Sjælland	Syd	Midt	Nord
30	283	119	23	68	53	20
31	150	45	17	44	29	15
32	93	25	12	17	28	11
33	284	100	30	60	66	28
34	285	105	26	44	84	26
35	797	352	57	112	228	48
Total	1.892	746	165	345	488	148

Kilde: Landspatientregisteret.

Anmærkning: Forløbstyperne er udspecificeret med hensyn til antallet inden for hver kontaktkategori. Det andet ciffer i de beskrivende talpar angiver således intervaller for antal ambulante besøg. Se afsnit 7.2.

Af tabellen fremgår det, at mellem 11 og 20 procent af regionernes patienter med spiseforstyrrelser, der udelukkende har ambulante forløb, har haft 1-3 ambulante besøg (forløbstype 30).

Mellem 68 og 77 procent (højest i Region Midtjylland og lavest i Region Syddanmark) har haft mere end 10 ambulante besøg (forløbstyperne 33, 34 og 35).

Samlet set modtager flertallet af patienter med spiseforstyrrelser, der udelukkende har været i ambulante behandling, således et ganske betragteligt antal ambulante besøg, og variationen i antallet af besøg mellem regionerne er relativt begrænset.

## Opsummering

Patientforløbsanalysen af børne- og ungdomspsykiatrien har givet en detaljeret beskrivelse af de patienter, der har modtaget behandling i 2011, og af den behandling, de har modtaget i løbet af de sidste 11 år.

De væsentligste konklusioner fra analysen er:

- Næsten samtlige patienter i børne- og ungdomspsykiatrien har modtaget ambulante besøg i forbindelse med deres behandling, og størstedelen af patienterne har udelukkende modtaget ambulante besøg.
- Der er en klar forskel på antallet af patienter, der behandles i børne- og ungdomspsykiatrien i procent af befolkningen under 18 år på tværs af regionerne.
- Ambulante forløb, der bliver afbrudt af et skadestuebesøg eller en indlæggelse, har en væsentlig længere varighed og giver anledning til, at patienterne behandles over en længere årrække.
- Der er generelt stor variation i varigheden af de ambulante forløb på tværs af regionerne.
- Der er umiddelbart ingen sammenhæng mellem forløbenes varighed og den andel af den samlede varighed, hvori patienterne modtager behandling.
- Flertallet af patienterne i børne- og ungdomspsykiatrien henvises enten fra almen praksis eller fra *anden* henviser. *Anden* henviser vurderes i høj grad at dækker over kommunerne. Kun en mindre andel henvises fra speciallægepraksis.
- Den hyppigste afslutningsmåde er afslutning til almen praksis. Flertallet af patienterne afsluttes dog enten til videre behandling eller er ikke afsluttet ved udgangen af 2011.

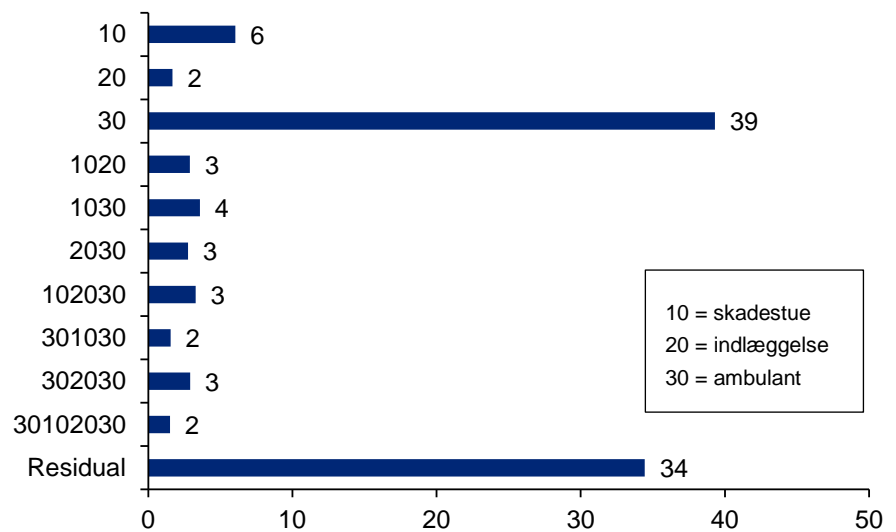
## 7.4. Patientforløb i voksenpsykiatrien

I dette afsnit beskrives patientforløbene i voksenpsykiatrien.

### Forekomst af patientforløbstyper

I 2011 var der 93.422 aktive patientforløb i voksenpsykiatrien i Danmark. Nedenstående figur viser den procentvise fordeling af disse forløb på de 10 hyppigst forekomne forløbstyper.

**Figur 45. Aktive patientforløb i voksenpsykiatrien (+18 år) i hele landet angivet i procent, 2011**



Kilde: Landspatientregisteret.

Anmærkning: Forløbstyperne er ikke udspecificeret med hensyn til antallet inden for hver kontaktkategori. Det andet ciffer i de beskrivende talpar er således 0 for alle. Se afsnit 7.2.

Som det fremgår af figuren, har knap 40 procent af alle patienterne kun haft ambulante besøg i psykiatrien (forløbstype 30). De efterfølgende 9 hyppigste forløbstyper dækker hver under 7 procent af patienterne. Residualen, det vil sige de restende forløbstyper, dækker cirka en tredjedel af patienterne.

Flere af forløbstyperne udtrykker relativt sammenlignelige forløb for patienterne. Eksempelvis minder de 4 forløbskoder 30, 301030, 302030 og 30102030 alle om hinanden. Her er tale om forløb, hvor patienten er startet i ambulante behandling, og som for en dels vedkommende er blevet afbrudt af ét eller flere skadestuebesøg eller indlæggelser, hvorefter den ambulante behandling er blevet genoptaget. Disse 4 forløbstyper dækker tilsammen cirka 46 procent af patienterne.

En anden sammenlignelig gruppe af patientforløb er dem, der er startet med et skadestuebesøg (10, 1020, 1030 og 102030). Her er patienten startet på skadestuen og er så for en dels vedkommende blev enten indlagt eller behandlet i et ambulante forløb, men ingen er vendt tilbage til skadestuen. Disse patientforløb dækker i alt cirka 16 procent af patienterne.

Tilsammen udgør de to grupper således næsten to tredjedele af det samlede antal patienter. Patientforløbsanalysen viser således, at selvom der findes mange forskellige typer patientforløb, har en stor del af patienterne relativt ens og relativt enkle forløb.<sup>17</sup>

<sup>17</sup> Enkelte forløb skal her forstås ud fra analysens notation og ikke i forhold til den gennemførte behandling.



Der er dog også en stor gruppe patienter (cirka 34 procent), der ikke falder ind under de 10 mest forekommende forløbstyper. En betydelig del af disse patienter har ganske komplekse og forventeligt lange forløb. Eksempelvis findes der 300 patienter med forløbstypen 30102030102030. Det vil sige patienter, der er startet i ambulant behandling, som er blevet afbrudt af et skadestuebesøg og en indlæggelse, hvorefter den ambulante behandling er blevet genoptaget for at blive afbrudt igen af et skadestuebesøg og en indlæggelse. Forløbet er afsluttet med en ambulant behandling. Selvom denne forløbstype ser kompleks ud, har den dog en vis lighed med den første gruppe af forløbstyper (30, 301030, 302030), der blev beskrevet ovenfor. Der er tale om flere ambulante forløb afbrudt af flere skadestuebesøg og indlæggelser.

Nedenstående tabel viser fordelingen af patientforløb i de 5 regioner.

**Tabel 51. Aktive patientforløb i voksenpsykiatrien (+18 år) i 2011 fordelt på forløbstyper og regioner**

Forløbstyper	I alt	Regioner				
		Hovedstaden	Sjælland	Syd	Midt	Nord
10	5.647	2.584	926	1.176	646	315
20	1.580	178	543	442	248	169
30	36.723	8.706	3.892	11.957	9.022	3.146
1020	2.701	1.601	208	359	271	262
1030	3.346	1.217	398	944	570	217
2030	2.584	264	599	805	658	258
102030	3.079	1.509	264	511	483	312
301030	1.456	489	197	463	229	78
302030	2.719	289	466	985	676	303
30102030	1.407	594	100	311	279	123
Residual	32.180	12.650	4.271	7.293	5.596	2.370
Total	93.422	30.081	11.864	25.246	18.678	7.553
Total, rækkeprocent	100	32	13	27	20	8
Befolkning (+18 år)	4.349.596	1.343.810	638.647	934.870	976.255	456.014
Total i procent af befolkningen	2,1	2,2	1,9	2,7	1,9	1,7

Kilde: Landspatientregisteret.

Anmærkning: Forløbstyperne er ikke udspecificeret med hensyn til antallet inden for hver kontaktkategori. Det andet ciffer i de beskrivende talpar er således 0 for alle. Se afsnit 7.2.

For 32 procent af patienterne er behandlingen foregået i Region Hovedstaden, herefter følger Region Syddanmark og Region Midtjylland med henholdsvis 27 og 20 procent. Endelig er henholdsvis 13 og 8 procent af patienter blevet behandlet i Region Sjælland og Region Nordjylland.

Den hyppigst forekommende type patientforløb i samtlige regioner er et rent ambulant forløb. Procenten varierer på tværs af regionerne fra 29 procent i Region Hovedstaden til 48 procent i Region Midtjylland.

Enkeltstående skadestuebesøg forekommer 5.647 gange i 2011 og udgør 6 procent af patientforløbene med en variation fra 3 procent i Region Midtjylland til 9 procent i Region Hovedstaden.

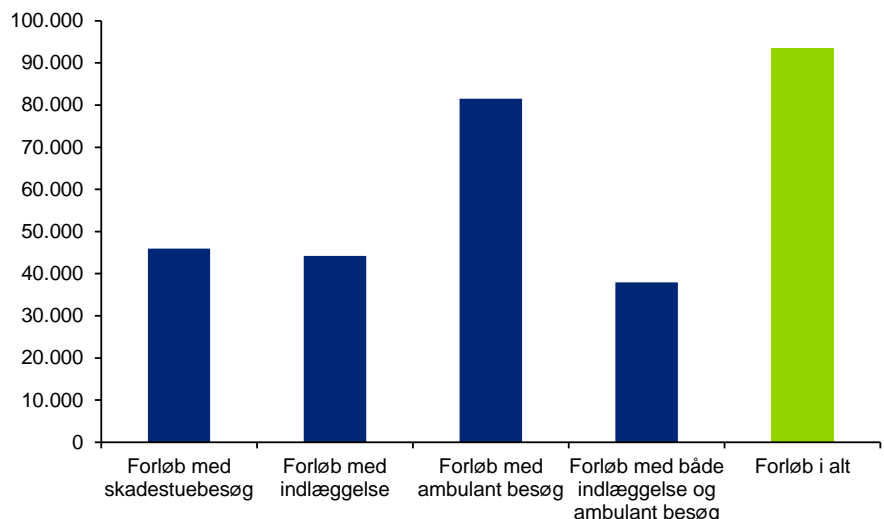
Det er sjældent, at én eller flere indlæggelser er det eneste indhold i patientforløbene. Det forekommer alene i 2 procent af forløbene på landsplan. Indlæggelser udgør imidlertid en væsentlig større del af patientforløbet for de psykiatriske patienter i langt flere tilfælde, end disse lave procenttal indikerer. De indgår således som en større eller mindre del i 42 procent af de psykiatriske patientforløb.

Samlet set viser tabel 51, at der er betydelige forskelle i patientforløbene i de fem regioner. Særligt kan der observeres forskellige mønstre øst og vest for Storebælt. Eksempelvis udgør de ambulante forløb, eventuelt afbrudt af skadestuebesøg og/eller indlæggelser (30, 301030, 302030 og 30102030), mellem 48 og 55 procent i Region Syddanmark, Region Midtjylland og Region Nordjylland, mens det samme tal er henholdsvis 34 og 39 i Region Hovedstaden og Region Sjælland.

Omvendt har Region Hovedstaden den største andel af forløb, der starter med et skadestuebesøg, eventuelt efterfulgt af anden behandling (10, 1020, 1030 og 102030), mens Region Sjælland har klart den største andel af forløb, der starter med en indlæggelse, eventuelt efterfulgt af anden behandling (20 og 2030). Disse resultater stemmer godt overens med de observationer, som Deloitte har gjort sig under interviewene i regionerne.

Figur 46 viser de 93.422 patientforløb i voksenpsykiatrien opgjort i forhold til, hvorvidt der indgår henholdsvis skadestuebesøg, indlæggelser eller ambulante besøg i forløbene.

**Figur 46. Aktive patientforløb i voksenpsykiatrien (+18 år) i 2011, hele landet**



Kilde: Landspatientregisteret.

Ud af det samlede antal patientforløb indgår der således skadestuebesøg i cirka 46.000 forløb, svarende til 49 procent. Der indgår indlæggelser i cirka

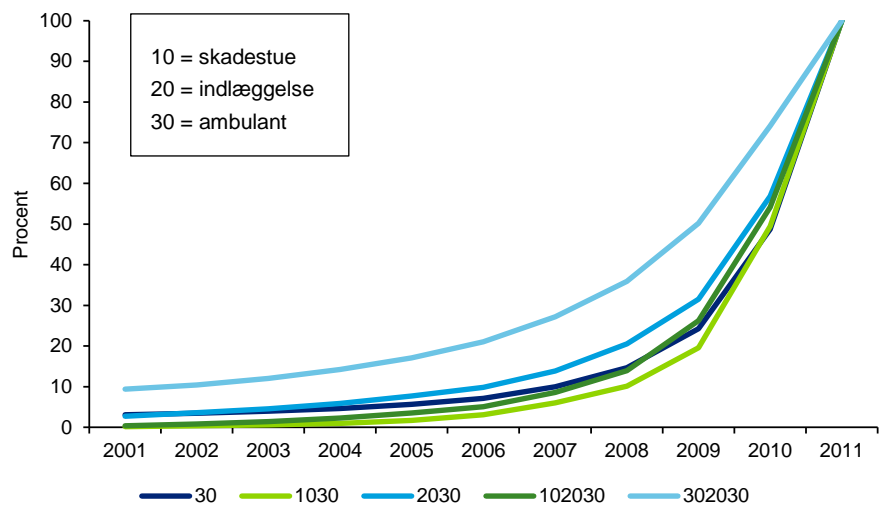
47 procent af forløbene og ambulante besøg i cirka 87 procent, og i næsten 38.000 forløb indgår både indlæggelser og ambulante besøg.

Samlet set har næsten 9 ud af 10 aktive patienter i 2011 haft et ambulante besøg i den regionale psykiatri i løbet af deres forløb, og næsten halvdelen har haft både en indlæggelse og et ambulante besøg.

## Kontakt til psykiatrien før 2011

Som beskrevet i afsnit 7.2 er patientforløbene udelukkende konstrueret for patienter, der har modtaget behandling i 2011. Nedenstående figur viser, hvor stor en andel af disse patienter der også modtog behandling i de foregående år for udvalgte forløbstyper.

**Figur 47. Antal patienter i voksenpsykiatrien (+18 år) i hele landet, der har modtaget behandling i 2011, som også har modtaget behandling i de foregående år, fordelt på udvalgte forløbstyper (procent)**



Kilde: Landspatientregisteret.

Anmærkning: Forløbstyperne er ikke udspecificeret med hensyn til antallet inden for hver kontaktkategori. Det andet ciffer i de beskrivende talpar er således 0 for alle. Se afsnit 7.2.

Figuren viser således, at cirka halvdelen af de patienter, der har forløbstypen 30, også modtog behandling i 2010, cirka en fjerdedel modtog behandling i både 2009 og 2010, og cirka 3 procent har modtaget behandling i samtlige 11 år siden 2001.

For de 4 forløbstyper 30, 1030, 2030 og 102030 er der en relativt beskedent forskel på andelen af patienter, der har modtaget behandling i tidligere år.

Forløbstypen 302030 ligger derimod betydeligt over de andre for samtlige år. Halvdelen af disse patienter har således modtaget behandling i 2009, 2010 og 2011, og næsten 10 procent har modtaget behandling i alle årene. Dette underbygger den tidligere konklusion om, at de patienter, der har et ambulante forløb, som bliver afbrudt af ét eller flere skadestuebesøg og/eller indlæggelser, generelt har forløb af længere varighed.

En analyse af antallet af patienter, der har modtaget behandling før 2011, fordelt på regionerne, viser, at der er ganske små forskelle regionerne imellem. Figurer for udvalgte forløbstyper fordelt på regionerne er vedlagt i bilag.

## Varighed af patientforløbene

I mange af patientforløbene optræder både skadestuebesøg, ambulante besøg og indlæggelser på skift, og især i de ambulante dele af forløbene er der ofte mange besøg. Af nedenstående tabel fremgår det, at varigheden for den hyppigst forekommende forløbstype – det rene ambulante forløb uden andre kontakttyper – i gennemsnit er knap 2,5 år (829 dage). Halvdelen varer cirka 1 år (medianen er 350 dage), og 25 procent varer cirka 3 år (3. kvartil er 1.030 dage).<sup>18</sup> Set ud fra gennemsnittet for denne forløbstype ligger Region Syddanmark cirka 2 måneder over landsgennemsnittet og Region Nordjylland over 3 måneder under. For de øvrige regioner er afvigelserne mindre.

Forløb, der kun indeholder indlæggelser (10), har en gennemsnitlig varighed på cirka 200 dage i hele landet med en betydelig variation regionerne imellem. Region Nordjylland ligger lavest med 111 dage, og Region Hovedstaden ligger højest med 241 dage. Dette afspejler, at forholdsvis nogle patienter kommer til skadestuen flere gange med et vist mellemrum og får en overnatning uden i øvrigt at være i kontakt med systemet. Den store forskel mellem regionerne afspejler, at gruppen af patienter, der udelukkende benytter de psykiatriske skadestuer, er større i Region Hovedstaden sammenlignet med de øvrige regioner.

Der er meget stor forskel på varigheden af de psykiatriske patientforløb. For 25 procent af forløbstypen 30102030 er den 10 år eller mere, mens den blot er 2 dage eller derunder for 25 procent af forløbstypen 20. Den høje andel af meget langvarige forløb er udtryk for, at en del patienter er kronikere.

Det kan bemærkes, at den gennemsnitlige varighed for patientforløbene generelt er højest for de forløb, der består af en ambulante behandling afbrudt af én eller flere skadestuebesøg og/eller indlæggelser (301030, 302030 og 30102030). Analysen viser således – ikke overraskende – at mere sammensatte og komplekse forløb også i gennemsnit er de mest langvarige.

---

<sup>18</sup> I bilag er vedlagt en oversigt over spredningen af forløbstypernes varighed.

**Tabel 52. Gennemsnitlig varighed af patientforløbene i voksenpsykiatrien (+18 år) i antal dage fordelt på regioner**

Forløbstyper	Regioner					
	I alt	Hovedstaden	Sjælland	Syd	Midt	Nord
10	196	241	138	197	138	111
20	193	160	120	282	257	132
30	829	815	867	886	786	728
1020	298	262	762	278	254	220
1030	944	1.124	965	706	1.011	754
2030	1.079	1.766	940	1.007	1.101	866
102030	803	760	977	739	980	691
301030	1.892	2.175	1.771	1.708	1.920	1.438
302030	1.880	2.016	2.016	1.890	1.847	1.584
30102030	2.112	2.139	2.544	1.937	2.276	1.704
Residual	2.427	2.443	2.394	2.416	2.552	2.146
Total	1.392	1.495	1.407	1.338	1.375	1.178

Kilde: Landspatientregisteret.

Anmærkning: Forløbstyperne er ikke udspecificeret med hensyn til antallet inden for hver kontaktkategori. Det andet ciffer i de beskrivende talpar er således 0 for alle. Se afsnit 7.2.

Denne konklusion understøttes af observationerne fra interviewene i regionerne, hvor det har været et gennemgående tema for regionerne at have opmærksomhed på at få afsluttet patienternes forløb og undgå indlæggelser og skadestuebesøg i et ambulante forløb.

Selvom varigheden for de rene ambulante forløb er 2,5 år i gennemsnit, er patienterne ikke i aktiv behandling hele tiden. Som det fremgår af tabel 53, er patienterne i de rene ambulante forløb i gennemsnit i aktiv behandling i 76 procent af den samlede varighed. Tabellen viser andelen af den samlede forløbsvarighed, hvor der er aktiv behandling, det vil sige den procentdel af den samlede varighed (som angivet i tabel 52), hvor patienten har været i et åbent forløb i psykiatrien, enten i form af et skadestuebesøg, en indlæggelse eller et ambulante forløb med ét eller flere ambulante besøg.

En del af disse patientforløb består af flere selvstændige ambulante kontakter, hvor der er forløbet kalendertid, fra den ene er afsluttet, til den efterfølgende er påbegyndt. Tiden mellem hvert ambulante besøg inden for samme kontakt er medregnet som aktiv behandlingstid.

Blandt de forløbstyper, hvor der forekommer flere skift i kontakttypen i forløbet, ses det, at andelen med den aktive behandlingstid er lavere. For 301030 er den således 0,58 i gennemsnit, og for 25 procent af disse patientforløb er andelen med aktiv behandlingstid 0,21 (1. kvartil er 0,21).<sup>19</sup>

<sup>19</sup> I bilag er vedlagt en oversigt over spredningen af forløbstypernes aktive behandlingstid.

**Tabel 53. Den gennemsnitlige andel af varigheden i patientforløbet i voksenpsykiatrien (+18 år), hvori der udføres aktiv behandling, fordelt på regioner**

Forløbstyper	Regioner					
	I alt	Hovedstaden	Sjælland	Syd	Midt	Nord
10	0,83	0,82	0,84	0,81	0,86	0,90
20	0,87	0,95	0,88	0,81	0,87	0,89
30	0,76	0,78	0,80	0,73	0,80	0,71
1020	0,77	0,81	0,39	0,74	0,75	0,81
1030	0,56	0,52	0,54	0,61	0,58	0,62
2030	0,72	0,79	0,79	0,71	0,64	0,75
102030	0,74	0,77	0,65	0,74	0,71	0,73
301030	0,58	0,64	0,60	0,50	0,63	0,47
302030	0,71	0,69	0,76	0,72	0,65	0,74
30102030	0,67	0,69	0,63	0,63	0,69	0,65
Residual	0,56	0,55	0,60	0,55	0,59	0,56
Total	0,68	0,67	0,71	0,67	0,71	0,67

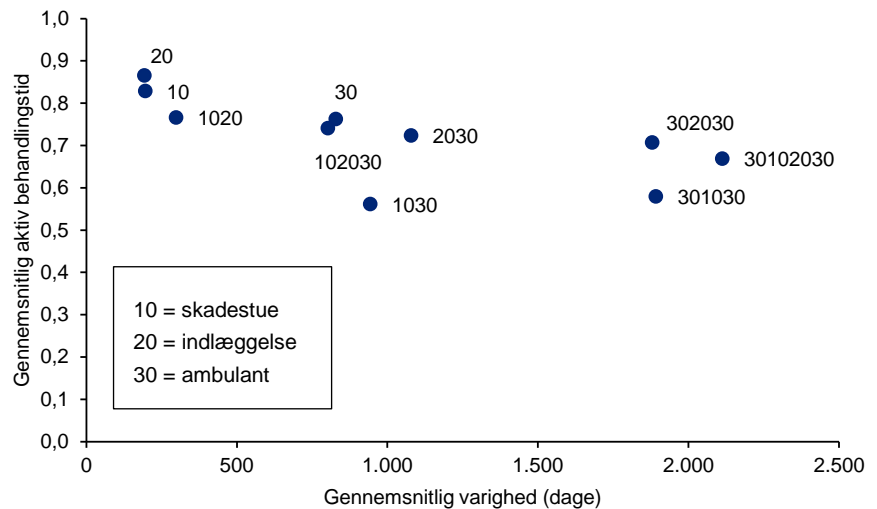
Kilde: Landspatientregisteret.

Anmærkning: Forløbstyperne er ikke udspecificeret med hensyn til antallet inden for hver kontaktkategori. Det andet ciffer i de beskrivende talpar er således 0 for alle. Se afsnit 7.2.

Der er en relativt lille variation i den aktive varighed imellem regionerne, og der tegner sig umiddelbart ikke noget klart billede af, at enkelte regioner generelt ligger højt eller lavt.

Figur 48 viser et scatterplot for den gennemsnitlige varighed og den gennemsnitlige aktive behandlingstid fordelt på forløbstyper for hele landet.

**Figur 48. Scatterplot for den gennemsnitlige varighed og den gennemsnitlige aktive behandlingstid fordelt på forløbstyper i voksenpsykiatrien (+18 år), hele landet**



Kilde: Landspatientregisteret.

Anmærkning: Forløbstyperne er ikke udspecificeret med hensyn til antallet inden for hver kontaktkategori. Det andet ciffer i de beskrivende talpar er således 0 for alle. Se afsnit 7.2.

Som det fremgår af figuren, ser der ud til at være en svag negativ sammenhæng mellem varighed og aktiv behandlingstid. De forløbstyper, der har en relativt højt gennemsnitlig varighed, har således også en lavere gennemsnitlig aktiv behandlingstid.

Derudover ser det ud til, at de enkle forløbstyper (10, 20 og 30) generelt har en lav varighed samt en høj aktiv behandlingstid, mens de mere komplekse forløbstyper (301030, 302030 og 30102030) har en længere varighed samt en lavere aktiv behandlingstid.

Begge konklusioner skal dog betragtes med en vis forsigtighed, da de er baseret på et beskedent antal observationer.

## Henvisningsmåden

Det er som oftest den praktiserende læge, der henviser til den regionale psykiatri. Det sker i 44 procent af patientforløbene på landsplan. For 38 procent af forløbene er der imidlertid ingen henvisning. En stor del af disse forløb starter med et besøg på skadestuen. Som det fremgår af nedenstående tabel, har 97 procent af de patientforløb, der alene indeholder skadestuebesøg, ingen henvisning. Tilsvarende er der – som forventet – i en meget stor andel af de forløb, der indledes med et skadestuebesøg og efterfølges af en anden type behandling, ingen henvisning.

Normalt skal der for et patientforløb, der indledes med en indlæggelse eller et ambulans besøg, foreligge en henvisning. Når det alligevel ses ikke at være tilfældet for alle, skyldes det formentlig fejl i registreringspraksis.

**Tabel 54. Aktive patientforløb i voksenpsykiatrien (+18 år) fordelt på henvisningsmåde, hele landet**

Forløbstyper	Almen praksis	Special-læge	Sygehus	Andet	Ingen henvisning
10	81	0	56	25	5.485
20	534	17	474	202	353
30	28.659	936	4.510	1.321	1.297
1020	82	1	21	16	2.581
1030	80	1	49	6	3.210
2030	1.034	48	527	159	816
102030	165	5	34	18	2.857
301030	938	55	252	94	117
302030	1.842	82	432	140	223
30102030	807	58	330	75	137
Residual	7.319	370	5.525	969	17.997
Total	41.541	1.573	12.210	3.025	35.073

Kilde: Landspatientregisteret.

Anmærkning: Forløbstyperne er ikke udspecificeret med hensyn til antallet inden for hver kontaktkategori. Det andet ciffer i de beskrivende talpar er således 0 for alle. Se afsnit 7.2.

I bilag er ovenstående tabel vedlagt fordelt på regioner. Heraf kan der observeres betydelige forskelle i henvisningsmåde mellem regionerne øst og vest for Storebælt, særligt i forhold til henvisning til indlæggelse (20 og 2030). I Region Hovedstaden og Region Sjælland henvises under 25 procent direkte fra praktiserende læge til indlæggelse, mens flertallet i begge regioner henvises enten fra sygehus eller indlægges uden henvisning. I Region Syddanmark, Region Midtjylland og Region Nordjylland forholder det sig ganske anderledes. Her er mellem halvdelen og to tredjedele af de indlagte patienter blevet henvist direkte fra praktiserende læge. Patientforløbsanalysen viser således en betydelig forskel på, hvordan praksissektoren spiller sammen med den regionale psykiatri i regionerne.

## Afslutningsmåde

En væsentlig del af de aktive patientforløb i 2011 er ikke afsluttet ved årets udgang. For landet som helhed er det 25 procent. Andelen varierer fra 34 procent i Region Nordjylland til 10 procent i Region Midtjylland og viser, at der er betydelig forskel på, i hvilket tempo regionerne formår at afslutte patienternes forløb.

De fleste patienter afsluttes til almen praksis (54 procent), og derefter følger 15 procent, der afsluttes uden videre behandling. I Region Nordjylland afsluttes 55 procent til almen praksis, mens blot 7 procent afsluttes uden videre behandling.



**Tabel 55. Aktive patientforløb i voksenpsykiatrien (+18 år) fordelt på afslutningsmåde, hele landet**

Forløbstyper	Almen praksis	Speciallæge	Ingen lægelig opfølgning	Udeblevet	Død	Afsluttet til videre behandling	Ikke udskrevet	Andet
10	4.754	99	8	0	1	507	4	274
20	1.110	26	7	0	13	338	11	75
30	20.662	154	338	88	1.186	4.239	9.774	282
1020	2.034	34	3	0	5	421	11	193
1030	2.104	28	19	15	16	426	702	36
2030	1.370	18	2	1	83	406	692	12
102030	1.629	49	8	5	51	410	894	33
301030	712	10	4	5	21	210	478	16
302030	1.162	15	4	6	92	412	999	29
30102030	581	13	3	3	43	198	556	10
Residual	13.936	393	56	33	440	6.847	9.601	874
Total	50.054	839	452	156	1.951	14.414	23.722	1.834

Kilde: Landspatientregisteret.

Anmærkning: Forløbstyperne er ikke udspecificeret med hensyn til antallet inden for hver kontaktkategori. Det andet ciffer i de beskrivende talpar er således 0 for alle. Se afsnit 7.2.

I bilag er ovenstående tabel vedlagt fordelt på regioner. Det skal bemærkes, at afslutningsmåden *død* ikke betyder, at patienterne er gået bort som følge af eller i relation til den behandling, de har modtaget. Som tidligere vist er der en del kroniske patienter i psykiatrien, hvis forløb har en særdeles lang varighed, og det er derfor forventeligt, at der vil være en vis naturlig afgang fra gruppen af psykiatriske patienter.

### Kontakter til speciallægepraksis og almen praksis

Kontakt til det regionale psykiatriske sygehusvæsen er inklusionskriteriet for at indgå i den population, der undersøges i analysen. Forløbsanalyserne er blevet samkørt med data fra Sygesikringsregisteret for at undersøge, i hvilket omfang de psykiatriske patienter også har haft kontakt til speciallægepraksis og almen praksis i løbet af perioden 2001 til 2011.

Kontakter opgøres her som antal besøg i speciallægepraksis og almen praksis, og det skal bemærkes, at besøgene i praksis både kan ligge før, under og efter patienternes behandlingsforløb i psykiatrien. Derudover indgår udelukkende besøg, der indeholder en egentlig psykiatrisk behandling, i speciallægepraksis, og der indgår udelukkende besøg, der omhandler samtaleterapi, i almen praksis.

Tabel 56 viser det gennemsnitlige antal kontakter til praktiserende speciallæger for de 10 hyppigste forløbstyper. Det gennemsnitlige antal er mellem 6,7 og 11,5 i hele landet for de forskellige forløbstyper.

**Table 56. Gennemsnitligt antal kontakter til praktiserende speciallæge fordelt på forløbstyper i voksenpsykiatrien (+18 år) og regioner**

Forløbstyper	I alt	Regioner				
		Hovedstaden	Sjælland	Syd	Midt	Nord
10	8,10	8,14	11,98	5,43	7,01	9,38
20	10,09	9,12	11,16	6,82	14,52	8,11
30	6,67	10,53	8,48	3,05	6,29	7,47
1020	8,44	8,72	10,10	6,64	7,14	10,03
1030	8,95	11,94	9,92	4,49	8,55	11,26
2030	9,52	14,82	12,29	6,09	9,65	11,81
102030	10,18	12,38	9,71	5,72	9,44	9,14
301030	8,61	12,55	10,99	4,00	6,13	17,36
302030	8,10	12,97	10,61	4,00	9,95	7,78
30102030	11,51	14,66	12,05	6,46	8,37	21,20
Residual	12,49	16,36	13,85	7,00	11,69	9,53
Total	9,5	13,12	11,42	4,96	8,70	9,18

Kilde: Landspatientregisteret.

Anmærkning: Forløbstyperne er ikke udspecificeret med hensyn til antallet inden for hver kontaktkategori. Det andet ciffer i de beskrivende talpar er således 0 for alle. Se afsnit 7.2.

Der er en betydelig variation både mellem forløbstyperne og mellem regionerne. Særligt skiller Region Syddanmark sig ud ved at have det laveste antal gennemsnitlige kontakter for samtlige 10 forløbstyper. Omvendt ligger antallet af kontakter højest i Region Hovedstaden og Region Sjælland.

Nedenstående tabel viser, at de psykiatriske patienter også har kontakt til almen praksis i forbindelse med deres behandlingsforløb.

Mellem 3,7 og 5,3 gange har patienterne i de hyppigst forekommende patientforløb modtaget samtalerterapi fra en alment praktiserende læge. Der er generelt en relativt beskeden variation mellem de forskellige forløbstyper og mellem de 5 regioner. Det kan dog bemærkes, at det gennemsnitlige antal kontakter med almen praksis generelt er noget lavere i Region Nordjylland end i de øvrige regioner.

**Tabel 57. Gennemsnitligt antal kontakter vedrørende samtalerterapi til almen praksis fordelt på forløbstyper i voksenpsykiatrien (+18 år) og regioner**

Forløbstyper	Regioner					
	I alt	Hovedstaden	Sjælland	Syd	Midt	Nord
10	3,71	3,21	3,26	4,64	4,82	2,80
20	3,89	3,11	3,67	3,97	4,71	3,76
30	4,44	3,56	3,59	4,97	5,19	3,87
1020	3,65	3,20	3,96	4,56	4,87	3,01
1030	4,59	3,83	4,08	4,97	5,95	4,35
2030	4,38	3,19	3,54	4,44	5,47	3,82
102030	4,20	3,54	3,92	5,38	5,16	3,66
301030	5,30	4,11	4,40	6,48	6,12	4,56
302030	5,00	4,23	4,37	5,59	5,54	3,48
30102030	4,79	3,47	3,62	6,40	6,39	2,48
Residual	4,62	3,51	3,73	6,05	5,82	4,08
Total	4,47	3,52	3,71	5,37	5,46	3,85

Kilde: Landspatientregisteret.

Anmærkning: Forløbstyperne er ikke udspecificeret med hensyn til antallet inden for hver kontaktkategori. Det andet ciffer i de beskrivende talpar er således 0 for alle. Se afsnit 7.2.

For både speciallæge og almen praksis gælder, at der er en svag positiv sammenhæng mellem den samlede varighed (som angivet tidligere i tabel 52) og antal kontakter (som angivet i ovenstående tabel). De forløbstyper, der har den længste gennemsnitlige varighed, har således også et lidt højere gennemsnitligt antal kontakter til både speciallæge og almen praksis.

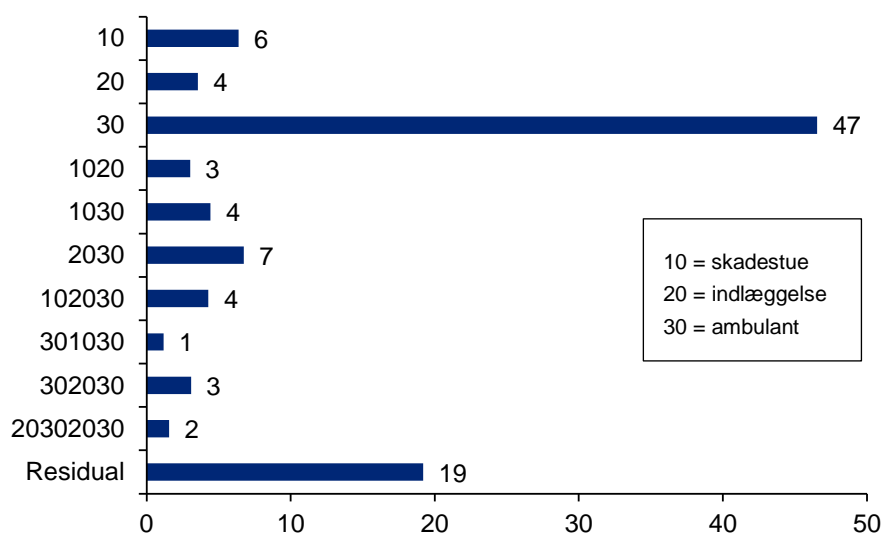
Hvis disse konklusioner sammenholdes med den tidligere præsenterede analyse af antallet af patienter, der har modtaget behandling i henholdsvis almen praksis, speciallægepraksis og den regionale psykiatri (se afsnit 5.2), underbygges konklusionen fra tidligere om, at der er et mindre overlap mellem de tre sektorer i regionerne. Patientforløbsanalysen viser dog også, at selvom den tidligere analyse viste, at der inden for et givet år er et ganske lille overlap mellem de tre sektorer, har de fleste patienter dog haft en vis kontakt til praksissektoren i løbet af deres samlede behandlingsforløb i psykiatrien.

### **Patientforløb for patienter med depressioner**

Der er i alt 16.265 aktive patientforløb for patienter med depressioner i 2011. Figur 49 viser den procentvise fordeling af disse forløb på de 10 hyppigst forekomne forløbstyper for patienter med depressioner.

Som figuren viser, har næsten halvdelen af de depressive patienter udelukkende modtaget ambulante behandling (forløbstype 30). De resterende 9 udvalgte forløbstyper dækker mellem 1 og 7 procent af patienterne, og cirka 19 procent af patienterne har haft forløb, der ikke falder inden for de 10 hyppigste.

**Figur 49. Aktive patientforløb for patienter med depressioner i hele landet angivet i procent, 20**



Kilde: Landspatientregisteret.

Anmærkning: Forløbstyperne er ikke udspecificeret med hensyn til antallet inden for hver kontaktkategori. Det andet ciffer i de beskrivende talpar er således 0 for alle. Se afsnit 7.2.

Nedenstående tabel viser forløbstyperne for depressive patienter fordelt på regioner.

**Tabel 58. Aktive patientforløb for patienter med depressioner i 2011 fordelt på forløbstyper og regioner**

Forløbstyper	Regioner					
	I alt	Hovedstaden	Sjælland	Syd	Midt	Nord
10	1.037	532	140	156	180	29
20	579	165	134	108	83	89
30	7.570	1.492	820	2.750	1.885	623
1020	491	299	21	53	89	29
1030	722	256	59	222	159	26
2030	1.098	184	232	302	227	153
102030	698	338	36	110	166	48
301030	193	36	15	86	42	14
302030	501	61	83	177	129	51
20302030	255	22	57	68	64	44
Residual	3.121	1.142	389	709	661	220
Total	16.265	4.527	1.986	4.741	3.685	1.326
Total, rækkeprocent	100	28	12	29	23	8
Befolkning (alle år)	5.560.628	1.699.387	819.763	1.200.656	1.260.993	579.829
Total i procent af befolkningen	0,29	0,27	0,24	0,39	0,29	0,23

Kilde: Landspatientregisteret.

Anmærkning: Forløbstyperne er ikke udspecificeret med hensyn til antallet inden for hver kontaktkategori. Det andet ciffer i de beskrivende talpar er således 0 for alle. Se afsnit 7.2.

Som det fremgår af tabellen, er forløbstypen 30 den hyppigst forekomne i samtlige 5 regioner med en variation fra 33 procent i Region Hovedstaden til 58 procent i Region Syddanmark.

Tabellen viser også en betydelig forskel i anvendelse af indlæggelser af depressive patienter på tværs af regionerne. I Region Sjælland og Region Nordjylland starter cirka 18 procent af patientforløbene med en indlæggelse (forløbstype 20 og 2030). I de øvrige regioner ligger disse to forløbstyper tilsammen på 8-9 procent.

## Opsummering

Patientforløbsanalysen af voksenpsykiatrien har givet en detaljeret beskrivelse af de patienter, der har modtaget behandling i 2011, samt af den behandling, de har modtaget i løbet af de sidste 11 år. Derudover har analysen vist nogle klare forskelle og ligheder regionerne imellem.

De væsentligste konklusioner fra analysen er:

- Patienterne har en lidt længere sammenhængende behandlingshistorik i speciallægepraksis end i den regionale psykiatri.
- Op imod 10 procent af patienterne har været i psykiatrisk behandling i hvert af de seneste 10 år.
- Mere end hver fjerde af de patienter, der var i behandling i regionalt regi i 2011, har inden for de seneste 10 år også fået behandling i speciallægepraksis.
- 4 ud af 10 patientforløb er – set over en 10-årig periode – rent ambulante.
- Patientforløb, der starter ambulant, forekommer væsentlig hyppigere i de tre regioner vest for Storebælt end øst for. Det modsatte gælder for patientforløb, der starter med et skadestuebesøg.
- Der er store forskelle mellem regionerne i varigheden af patientforløb, der afsluttes ambulant.
- Der er betydelige forskelle i anvendelsen af indlæggelser i forbindelse med behandlingen af patienter med depressioner.

# Bilag

**Table 59: Overview of departments, which are included in the delimitation of the dedicated forensic psychiatry**

Region	Afdeling, navn	Afsnit, navn i LPR	Afsnit, SKS-kode
Region Hovedstaden	Psykiatrisk Center Glostrup	PCGI, Retspsykiatrisk sengeafdeling	1500P20
		PCGI, Retspsykiatrisk ambulatorium	1500P29
		PCGI, Retspsykiatrisk OP-team	1500P2P
	Psykiatrisk Center Sct. Hans - Afdeling R - Retspsykiatri	Sct. Hans, Retspsykiatrisk sengeafdeling R	1500K10
		Sct. Hans, Retspsykiatrisk afdeling R's ambulatorium	1500K19
	Psykiatrisk Center Sct. Hans - Afdeling S - Retspsykiatri	Sct. Hans, Retspsykiatrisk sengeafdeling S	1500K40
		Sct. Hans, Retspsykiatrisk afdeling S Ambulatorium	1500K49
		Sct. Hans, Retspsykiatrisk afdeling S OP-team	1500K4P
Region Midtjylland	AUH Risskov, Afd. R	PRR Sengeafsnit Retspsykiatrisk afdeling	6600080
		PRR Retspsykiatrisk ambulatorium	660008R
	Regionspsykiatrien Viborg-Skive	Sengeafsnit for retspsykiatri	7691050
		Retspsykiatrisk psykoseteam	7691059
Region Nordjylland	Retspsykiatrisk afdeling	PS Retspsykiatri Senge E	8026060
		PS Retspsykiatri Ambulatorium	8026069
Region Sjælland	Afdeling for Retspsykiatri	PNS Retspsykiatrisk afdeling	3800300
		PNS Sikringsafdeling	3800310
		PNS Retspsykiatrisk ambulatorium	380030F
	Psykiatrien Syd	PNÆ Varetægtssurrogatanbringelse afdeling – sengeafsnit S/ Vordingborg	3800201
Region Syddanmark	Psykiatrisk Afdeling Esbjerg-Ribe	Retspsykiatrisk afdeling ved Ribe	5506014
		Retspsykiatrisk ved Ribe, ambulatorium	550601F
	Retspsykiatrisk afdeling Middelfart	Retspsykiatrisk afdeling, Sygehus Fyn Middelfart	4212660
		Retspsykiatrisk ambulatorium, Sygehus Fyn, Middelfart	4212669

**Tabel 60: De 40 hyppigste patientforløb i børne- og ungdomspsykiatrien (under 18 år) i 2011 fordelt på forløbstyper og regioner**

Forløbstyper	Regioner (antal)						Regioner (procent)					
	I alt	Hovedst	Sjælland	Syd	Midt	Nord	I alt	Hovedst	Sjælland	Syd	Midt	Nord
10	576	302	119	36	80	39	3	5	3	1	2	4
20	46	9	20	8	4	5	0	0	1	0	0	0
30	4.109	838	560	1.659	848	204	19	13	16	29	19	20
31	3.490	913	572	940	931	134	16	14	16	16	21	13
32	2.670	713	424	766	662	105	13	11	12	13	15	10
33	4.031	1.229	757	1.151	751	143	19	19	22	20	17	14
34	1.319	423	258	317	243	78	6	7	7	5	5	7
35	1.776	766	256	351	288	115	8	12	7	6	6	11
1020	63	21	13	2	5	22	0	0	0	0	0	2
1030	215	91	26	59	26	13	1	1	1	1	1	1
1031	126	60	20	15	27	4	1	1	1	0	1	0
1032	89	47	12	9	16	5	0	1	0	0	0	0
1033	120	63	23	12	17	5	1	1	1	0	0	0
1034	36	16	4	2	10	4	0	0	0	0	0	0
1035	57	41	4	3	7	2	0	1	0	0	0	0
2030	25	2	13	7	3	0	0	0	0	0	0	0
2032	23	3	8	3	7	2	0	0	0	0	0	0
3010	44	11	11	7	8	7	0	0	0	0	0	1
3020	53	8	14	7	22	2	0	0	0	0	0	0
3120	21	4	4	4	7	2	0	0	0	0	0	0
102030	28	7	5	4	5	7	0	0	0	0	0	1
102033	21	1	3	5	6	6	0	0	0	0	0	1
301030	43	5	10	23	4	1	0	0	0	0	0	0
301031	24	9	5	5	5	0	0	0	0	0	0	0
301033	22	4	5	7	3	3	0	0	0	0	0	0
302030	37	7	7	6	17	0	0	0	0	0	0	0
302031	43	6	7	7	22	1	0	0	0	0	0	0
302032	21	4	6	6	5	0	0	0	0	0	0	0
302033	33	8	3	12	9	1	0	0	0	0	0	0
302035	20	12	1	6	1	0	0	0	0	0	0	0
311030	22	6	2	10	4	0	0	0	0	0	0	0
312033	22	6	1	6	8	1	0	0	0	0	0	0
331030	24	8	2	7	6	1	0	0	0	0	0	0
332030	21	3	4	5	7	2	0	0	0	0	0	0
332031	24	0	7	7	9	1	0	0	0	0	0	0
332033	29	9	5	6	9	0	0	0	0	0	0	0
332035	31	9	2	9	10	1	0	0	0	0	0	0
352033	31	7	4	4	16	0	0	0	0	0	0	0
352034	22	1	0	4	17	0	0	0	0	0	0	0
352035	46	11	2	2	29	2	0	0	0	0	1	0
Residual	1.736	629	320	314	346	127	8	10	9	5	8	12
Total	21.189	6.312	3.519	5.813	4.500	1.045	100	100	100	100	100	100

**Tabel 61: De 40 hyppigste patientforløb i voksenpsykiatrien (18+ år) i 2011 fordelt på forløbstyper og regioner**

Forløbstyper	Regioner (antal)						Regioner (procent)					
	I alt	Hovedst	Sjælland	Syd	Midt	Nord	I alt	Hovedst	Sjælland	Syd	Midt	Nord
10	5.435	2.492	909	1.101	623	310	6	8	8	4	3	4
11	156	69	12	51	19	5	0	0	0	0	0	0
20	1.505	171	520	413	237	164	2	1	4	2	1	2
30	10.782	2.448	981	3.441	2.981	931	12	8	8	14	16	12
31	5.893	1.124	570	2.183	1.541	475	6	4	5	9	8	6
32	3.686	735	413	1.292	920	326	4	2	3	5	5	4
33	6.464	1.501	744	2.092	1.594	533	7	5	6	8	9	7
34	2.933	841	363	883	620	226	3	3	3	3	3	3
35	6.965	2.057	821	2.066	1.366	655	7	7	7	8	7	9
1020	2.589	1.533	194	341	265	256	3	5	2	1	1	3
1030	992	343	118	312	164	55	1	1	1	1	1	1
1031	470	127	64	156	84	39	1	0	1	1	0	1
1032	297	86	32	98	68	13	0	0	0	0	0	0
1033	592	209	75	155	107	46	1	1	1	1	1	1
1034	286	124	28	71	41	22	0	0	0	0	0	0
1035	615	281	74	121	100	39	1	1	1	0	1	1
2030	562	40	133	192	149	48	1	0	1	1	1	1
2031	362	26	73	133	102	28	0	0	1	1	1	0
2032	271	27	59	81	74	30	0	0	0	0	0	0
2033	448	48	92	132	124	52	0	0	1	1	1	1
2034	222	21	61	61	53	26	0	0	1	0	0	0
2035	620	87	140	189	134	70	1	0	1	1	1	1
3010	294	87	45	111	36	15	0	0	0	0	0	0
3020	221	34	37	84	41	25	0	0	0	0	0	0
102010	461	260	48	55	69	29	0	1	0	0	0	0
102030	658	331	48	114	102	63	1	1	0	0	1	1
102031	406	181	36	71	66	52	0	1	0	0	0	1
102032	304	135	40	59	47	23	0	0	0	0	0	0
102033	573	266	54	99	97	57	1	1	0	0	1	1
102034	300	148	24	53	46	29	0	0	0	0	0	0
102035	746	394	51	103	118	80	1	1	0	0	1	1
301020	167	79	14	45	15	14	0	0	0	0	0	0
302030	199	15	24	80	64	16	0	0	0	0	0	0
302033	178	21	32	56	44	25	0	0	0	0	0	0
302035	274	56	41	92	47	38	0	0	0	0	0	1
332035	159	18	20	64	37	20	0	0	0	0	0	0
352035	244	35	53	81	50	25	0	0	0	0	0	0
10201020	507	352	25	46	38	46	1	1	0	0	0	1
35102035	168	87	12	23	32	14	0	0	0	0	0	0
102010201020	163	127	6	7	12	11	0	0	0	0	0	0
Residual	35.255	13.065	4.778	8.439	6.351	2.622	38	43	40	33	34	35
Total	93.422	30.081	11.864	25.246	18.678	7.553	100	100	100	100	100	100



**Table 62: Active patient follow-up for patients with organic mental disorders (DF00-09) in adult psychiatry (18+ years) in 2011, distributed by follow-up types and regions**

Forløbstyper	Regioner (antal)						Regioner (procent)					
	I alt	Hovedst	Sjælland	Syd	Midt	Nord	I alt	Hovedst	Sjælland	Syd	Midt	Nord
10	58	28	9	13	8	0	1	1	1	0	0	0
20	439	179	71	70	83	36	4	8	6	2	3	3
30	9.129	1.448	910	3.591	2.178	1.002	80	61	74	88	83	84
1020	98	77	3	10	7	1	1	3	0	0	0	0
1030	63	30	9	12	7	5	1	1	1	0	0	0
2030	478	114	85	133	106	40	4	5	7	3	4	3
3020	83	30	6	15	20	12	1	1	0	0	1	1
302030	320	50	52	86	84	48	3	2	4	2	3	4
20302030	72	14	18	16	16	8	1	1	1	0	1	1
30102030	80	47	4	15	10	4	1	2	0	0	0	0
Residual	655	339	70	123	91	32	6	14	6	3	3	3
Total	11.475	2.356	1.237	4.084	2.610	1.188	100	100	100	100	100	100

Kilde: Landspatientregisteret og Sundhedsstyrelsen

Anm.: Forløbstyperne er ikke udspecificeret med hensyn til antallet indenfor hver kontaktkategori. Det andet ciffer i de beskrivende tal-par er således "0" for alle. Se afsnit 7.2.

**Table 63: Active patient follow-up for patients with substance-related mental disorders (DF10-19) in adult psychiatry (18+ years) in 2011, distributed by follow-up types and regions**

Forløbstyper	Regioner (antal)						Regioner (procent)					
	I alt	Hovedst	Sjælland	Syd	Midt	Nord	I alt	Hovedst	Sjælland	Syd	Midt	Nord
10	984	318	139	294	205	28	17	14	19	19	20	9
20	661	159	181	167	82	72	11	7	25	11	8	24
30	876	164	84	337	221	70	15	7	12	22	22	23
1020	660	416	55	97	63	29	11	18	8	6	6	10
1030	104	22	11	48	19	4	2	1	2	3	2	1
2030	171	29	32	54	36	20	3	1	4	4	4	7
102010	154	63	19	30	37	5	3	3	3	2	4	2
10201020	193	153	9	19	9	3	3	7	1	1	1	1
102010201020	111	86	9	6	8	2	2	4	1	0	1	1
Residual	1.942	895	178	467	337	65	33	39	25	31	33	22
Total	5.856	2.305	717	1.519	1.017	298	100	100	100	100	100	100

Kilde: Landspatientregisteret og Sundhedsstyrelsen

Anm.: Forløbstyperne er ikke udspecificeret med hensyn til antallet indenfor hver kontaktkategori. Det andet ciffer i de beskrivende tal-par er således "0" for alle. Se afsnit 7.2.

**Tabel 64: Aktive patientforløb for patienter med skizofreni, skizotypiske sindslidelser, paranoide sindslidelser mv. (DF20-29) i voksenpsykiatrien (18+ år) i 2011 fordelt på forløbstyper og regioner**

Forløbstyper	Regioner (antal)						Regioner (procent)					
	I alt	Hovedst	Sjælland	Syd	Midt	Nord	I alt	Hovedst	Sjælland	Syd	Midt	Nord
20	353	117	42	88	49	57	2	2	2	2	2	4
30	4.465	1.557	622	1.125	815	346	25	22	27	29	28	24
1020	208	129	15	30	26	8	1	2	1	1	1	1
2030	1.176	378	217	274	184	123	7	5	9	7	6	8
102030	523	323	47	72	53	28	3	5	2	2	2	2
301030	257	109	37	60	40	11	1	2	2	2	1	1
302030	759	140	129	216	170	104	4	2	6	5	6	7
20302030	347	52	93	94	73	35	2	1	4	2	2	2
30102030	419	221	30	66	76	26	2	3	1	2	3	2
3020302030	332	38	74	98	67	55	2	1	3	2	2	4
Residual	8.951	4.070	1.028	1.813	1.372	668	50	57	44	46	47	46
Total	17.790	7.134	2.334	3.936	2.925	1.461	100	100	100	100	100	100

Kilde: Landspatientregisteret og Sundhedsstyrelsen

Anm.: Forløbstyperne er ikke udspecificeret med hensyn til antallet indenfor hver kontaktkategori. Det andet ciffer i de beskrivende tal-par er således "0" for alle. Se afsnit 7.2.

**Tabel 65: Aktive patientforløb for patienter med affektive sindslidelser (DF30-39) i voksenpsykiatrien (18+ år) i 2011 fordelt på forløbstyper og regioner**

Forløbstyper	Regioner (antal)						Regioner (procent)					
	I alt	Hovedst	Sjælland	Syd	Midt	Nord	I alt	Hovedst	Sjælland	Syd	Midt	Nord
10	1.051	523	146	160	193	29	5	9	6	3	4	2
20	670	199	153	126	93	99	3	3	6	2	2	5
30	8.275	1.685	884	2.850	2.121	735	39	28	33	49	43	40
1020	547	334	26	62	93	32	3	5	1	1	2	2
1030	793	242	71	256	188	36	4	4	3	4	4	2
2030	1.436	245	300	383	296	212	7	4	11	7	6	12
102030	949	456	55	146	224	68	4	7	2	3	5	4
30102030	313	98	20	70	91	34	1	2	1	1	2	2
20302030	413	38	98	128	89	60	2	1	4	2	2	3
30102030	313	98	20	70	91	34	1	2	1	1	2	2
Residual	6.518	2.170	873	1.540	1.454	481	31	36	33	27	29	26
Total	21.278	6.088	2.646	5.791	4.933	1.820	100	100	100	100	100	100

Kilde: Landspatientregisteret og Sundhedsstyrelsen

Anm.: Forløbstyperne er ikke udspecificeret med hensyn til antallet indenfor hver kontaktkategori. Det andet ciffer i de beskrivende tal-par er således "0" for alle. Se afsnit 7.2.

**Tabel 66: Aktive patientforløb for patienter med nervøse og stressrelaterede lidelser (DF40-49) i voksenpsykiatrien (18+ år) i 2011 fordelt på forløbstyper og regioner**

Forløbstyper	Regioner (antal)						Regioner (procent)					
	I alt	Hovedst	Sjælland	Syd	Midt	Nord	I alt	Hovedst	Sjælland	Syd	Midt	Nord
10	3.022	1.339	608	729	294	52	17	22	21	16	9	5
20	1.108	251	282	267	152	156	6	4	10	6	5	14
30	8.929	2.720	1.197	2.202	2.208	602	49	44	41	48	66	53
1020	690	396	58	136	50	50	4	6	2	3	1	4
1030	932	346	128	282	133	43	5	6	4	6	4	4
2030	718	141	166	222	126	63	4	2	6	5	4	6
102030	331	145	55	73	41	17	2	2	2	2	1	1
301030	203	71	30	55	32	15	1	1	1	1	1	1
302030	241	49	46	75	47	24	1	1	2	2	1	2
Residual	1.995	717	362	529	274	113	11	12	12	12	8	10
Total	18.169	6.175	2.932	4.570	3.357	1.135	100	100	100	100	100	100

Kilde: Landspatientregisteret og Sundhedsstyrelsen

Anm.: Forløbstyperne er ikke udspecificeret med hensyn til antallet indenfor hver kontaktkategori. Det andet ciffer i de beskrivende tal-par er således "0" for alle. Se afsnit 7.2.

**Tabel 67: Aktive patientforløb for patienter med adfærdsændringer pga. fysiologiske forstyrrelser (DF50-59) i voksenpsykiatrien (18+ år) i 2011 fordelt på forløbstyper og regioner**

Forløbstyper	Regioner (antal)						Regioner (procent)					
	I alt	Hovedst	Sjælland	Syd	Midt	Nord	I alt	Hovedst	Sjælland	Syd	Midt	Nord
10	27	17	3	6	1	0	1	1	2	2	0	0
20	11	3	1	4	3	0	0	0	1	1	1	0
30	1.813	1.051	122	225	330	85	80	83	79	74	79	71
1030	36	18	4	6	6	2	2	1	3	2	1	2
2030	26	8	0	9	7	2	1	1	0	3	2	2
301030	31	19	2	4	5	1	1	1	1	1	1	1
302030	76	18	9	22	15	12	3	1	6	7	4	10
Residual	243	133	14	30	49	17	11	10	9	10	12	14
Total	2.263	1.267	155	306	416	119	100	100	100	100	100	100

Kilde: Landspatientregisteret og Sundhedsstyrelsen

Anm.: Forløbstyperne er ikke udspecificeret med hensyn til antallet indenfor hver kontaktkategori. Det andet ciffer i de beskrivende tal-par er således "0" for alle. Se afsnit 7.2.

**Table 68: Active patient follow-up for patients with mental retardation (DF70-79) in adult psychiatry (18+ years) in 2011, distributed by follow-up types and regions**

Forløbstyper	Regioner (antal)						Regioner (procent)					
	I alt	Hovedst	Sjælland	Syd	Midt	Nord	I alt	Hovedst	Sjælland	Syd	Midt	Nord
10	14	6	3	3	2	0	1	1	3	0	0	0
20	24	1	2	8	8	5	1	0	2	1	2	3
30	1.617	379	70	664	357	147	82	78	74	84	86	83
1030	31	18	1	8	4	0	2	4	1	1	1	0
2030	44	9	2	22	9	2	2	2	2	3	2	1
102030	19	10	3	2	2	2	1	2	3	0	0	1
301030	21	8	2	7	2	2	1	2	2	1	0	1
302030	48	8	1	24	6	9	2	2	1	3	1	5
Residual	146	49	11	51	25	10	7	10	12	6	6	6
Total	1.964	488	95	789	415	177	100	100	100	100	100	100

Kilde: Landspatientregisteret og Sundhedsstyrelsen

Anm.: Forløbstyperne er ikke udspecificeret med hensyn til antallet indenfor hver kontaktkategori. Det andet ciffer i de beskrivende tal-par er således "0" for alle. Se afsnit 7.2.

**Table 69: Active patient follow-up for patients with nervous and stress-related disorders (DF40-49) in child and adolescent psychiatry (under 18 years) in 2011, distributed by follow-up types and regions**

Forløbstyper	Regioner (antal)						Regioner (procent)					
	I alt	Hovedst	Sjælland	Syd	Midt	Nord	I alt	Hovedst	Sjælland	Syd	Midt	Nord
10	411	200	99	23	78	11	15	31	24	2	16	6
20	59	4	24	8	6	17	2	1	6	1	1	10
30	1.828	331	240	803	332	122	69	51	59	86	67	71
1030	123	46	16	27	32	2	5	7	4	3	6	1
2030	42	7	7	17	4	7	2	1	2	2	1	4
302030	44	12	1	22	6	3	2	2	0	2	1	2
Residual	153	55	22	29	36	11	6	8	5	3	7	6
Total	2.660	655	409	929	494	173	100	100	100	100	100	100

Kilde: Landspatientregisteret og Sundhedsstyrelsen

Anm.: Forløbstyperne er ikke udspecificeret med hensyn til antallet indenfor hver kontaktkategori. Det andet ciffer i de beskrivende tal-par er således "0" for alle. Se afsnit 7.2.

**Tabel 70: Aktive patientforløb for patienter med adfærdsændringer pga. fysiologiske forstyrrelser (DF50-59) i børne- og ungdomspsykiatrien (under 18 år) i 2011 fordelt på forløbstyper og regioner**

Forløbstyper	Regioner (antal)						Regioner (procent)					
	I alt	Hovedst	Sjælland	Syd	Midt	Nord	I alt	Hovedst	Sjælland	Syd	Midt	Nord
30	667	173	80	164	179	71	77	70	70	85	84	70
1030	13	6	3	0	2	2	1	2	3	0	1	2
2030	14	7	2	2	3	0	2	3	2	1	1	0
3020	16	4	4	3	4	1	2	2	3	2	2	1
302030	69	23	15	13	12	6	8	9	13	7	6	6
Residual	90	35	11	10	13	21	10	14	10	5	6	21
Total	869	248	115	192	213	101	100	100	100	100	100	100

Kilde: Landspatientregisteret og Sundhedsstyrelsen

Anm.: Forløbstyperne er ikke udspecificeret med hensyn til antallet indenfor hver kontaktkategori. Det andet ciffer i de beskrivende tal-par er således "0" for alle. Se afsnit 7.2.

**Tabel 71: Aktive patientforløb for patienter med psykiske udviklingsforstyrrelser (DF80-89) i børne- og ungdomspsykiatrien (under 18 år) i 2011 fordelt på forløbstyper og regioner**

Forløbstyper	Regioner (antal)						Regioner (procent)					
	I alt	Hovedst	Sjælland	Syd	Midt	Nord	I alt	Hovedst	Sjælland	Syd	Midt	Nord
30	3.627	1.278	583	840	767	159	94	93	96	98	90	92
2030	38	15	5	4	13	1	1	1	1	0	2	1
3010	12	7	1	0	3	1	0	1	0	0	0	1
3020	16	6	2	3	3	2	0	0	0	0	0	1
301030	20	13	6	0	1	0	1	1	1	0	0	0
302030	82	23	6	9	43	1	2	2	1	1	5	1
Residual	72	31	4	5	24	8	2	2	1	1	3	5
Total	3.867	1.373	607	861	854	172	100	100	100	100	100	100

Kilde: Landspatientregisteret og Sundhedsstyrelsen

Anm.: Forløbstyperne er ikke udspecificeret med hensyn til antallet indenfor hver kontaktkategori. Det andet ciffer i de beskrivende tal-par er således "0" for alle. Se afsnit 7.2.

**Tabel 72: Aktive patientforløb for patienter med adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i opvæksten (DF90-98) i børne- og ungdomspsykiatrien (under 18 år) i 2011 fordelt på forløbstyper og regioner**

Forløbstyper	Regioner (antal)						Regioner (procent)					
	I alt	Hovedst	Sjælland	Syd	Midt	Nord	I alt	Hovedst	Sjælland	Syd	Midt	Nord
10	27	21	3	0	3	0	0	1	0	0	0	0
20	31	6	7	4	11	3	0	0	0	0	0	1
30	9.719	2.784	1.703	2.587	2.250	395	95	95	95	97	92	94
1030	60	33	13	6	7	1	1	1	1	0	0	0
2030	66	10	15	13	25	3	1	0	1	0	1	1
3010	17	7	2	0	6	2	0	0	0	0	0	0
3020	23	2	4	2	14	1	0	0	0	0	1	0
301030	56	31	8	6	9	2	1	1	0	0	0	0
302030	182	20	23	29	105	5	2	1	1	1	4	1
Residual	79	27	19	8	17	8	1	1	1	0	1	2
Total	10.260	2.941	1.797	2.655	2.447	420	100	100	100	100	100	100

Kilde: Landspatientregisteret og Sundhedsstyrelsen

Anm.: Forløbstyperne er ikke udspecificeret med hensyn til antallet indenfor hver kontaktkategori. Det andet ciffer i de beskrivende tal-par er således "0" for alle. Se afsnit 7.2.

**Tabel 73: Aktive patientforløb for patienter i retspsykiatrien i 2011 fordelt på forløbstyper og regioner**

Forløbstyper	Regioner (antal)						Regioner (procent)					
	I alt	Hovedst	Sjælland	Syd	Midt	Nord	I alt	Hovedst	Sjælland	Syd	Midt	Nord
20	300	144	43	40	46	11	8	8	12	9	5	5
30	1.403	302	104	393	413	191	36	36	24	23	45	44
2030	275	102	68	50	40	15	7	7	8	15	6	4
3020	98	24	8	20	32	10	3	3	2	2	2	3
302030	251	60	29	70	67	25	6	6	5	6	8	7
20302030	111	37	26	21	20	7	3	3	3	6	2	2
3020302030	93	28	16	22	21	6	2	2	2	3	3	2
Residual	1.373	543	164	248	306	102	35	35	44	36	29	32
Total	3.904	1.240	458	864	945	367	100	100	100	100	100	100

Kilde: Landspatientregisteret og Sundhedsstyrelsen

Anm.: Forløbstyperne er ikke udspecificeret med hensyn til antallet indenfor hver kontaktkategori. Det andet ciffer i de beskrivende tal-par er således "0" for alle. Se afsnit 7.2.

**Tabel 74: Antal patienter i børne- og ungdomspsykiatrien (under 18 år), der har modtaget behandling i 2011, der også har modtaget behandling i de foregående år, fordelt på regioner (forløbstype 30)**

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Region Hovedstaden	17	39	70	151	230	384	614	1.019	1.594	2.825	4.882
Region Sjælland	7	16	39	61	132	217	342	501	812	1.492	2.827
Region Syddanmark	16	31	65	104	173	298	485	833	1.430	2.583	5.184
Region Midtjylland	19	30	45	71	138	211	369	698	1.211	2.009	3.723
Region Nordjylland	0	2	5	9	13	21	49	95	141	361	779

Kilde: Landspatientregisteret og Sundhedsstyrelsen

Anm.: Forløbstyperne er ikke udspecificeret med hensyn til antallet indenfor hver kontaktkategori. Det andet ciffer i de beskrivende tal-par er således "0" for alle. Se afsnit 7.2.

**Tabel 75: Antal patienter i børne- og ungdomspsykiatrien (under 18 år), der har modtaget behandling i 2011, der også har modtaget behandling i de foregående år, fordelt på regioner (forløbstype 1030)**

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Region Hovedstaden	0	0	0	0	0	1	6	15	54	149	325
Region Sjælland	0	0	0	0	0	1	2	6	15	41	91
Region Syddanmark	0	1	1	1	1	1	1	2	4	24	100
Region Midtjylland	0	0	1	2	2	2	4	13	23	45	103
Region Nordjylland	0	0	0	0	0	0	0	1	2	12	33

Kilde: Landspatientregisteret og Sundhedsstyrelsen

Anm.: Forløbstyperne er ikke udspecificeret med hensyn til antallet indenfor hver kontaktkategori. Det andet ciffer i de beskrivende tal-par er således "0" for alle. Se afsnit 7.2.

**Tabel 76: Antal patienter i børne- og ungdomspsykiatrien (under 18 år), der har modtaget behandling i 2011, der også har modtaget behandling i de foregående år, fordelt på regioner (forløbstype 302030)**

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Region Hovedstaden	1	1	3	3	6	16	28	53	78	107	130
Region Sjælland	2	3	4	5	7	9	14	27	40	70	92
Region Syddanmark	1	3	4	8	11	14	22	32	73	106	148
Region Midtjylland	6	9	13	24	36	48	67	95	148	203	258
Region Nordjylland	2	2	2	2	3	4	4	6	8	9	15

Kilde: Landspatientregisteret og Sundhedsstyrelsen

Anm.: Forløbstyperne er ikke udspecificeret med hensyn til antallet indenfor hver kontaktkategori. Det andet ciffer i de beskrivende tal-par er således "0" for alle. Se afsnit 7.2.

**Tabel 77. Aktive patientforløb i børne- og ungdomspsykiatrien (under 18 år), fordelt på henvisningsmåde og regioner**

Henvisnings- måde	Region Hovedstaden					Region Sjælland					Region Syddanmark					Region Midtjylland					Region Nordjylland				
	Almen praksis	Special-læge	Sygehus	Andet	Ingen henvisning	Almen praksis	Special-læge	Sygehus	Andet	Ingen henvisning	Almen praksis	Special-læge	Sygehus	Andet	Ingen henvisning	Almen praksis	Special-læge	Sygehus	Andet	Ingen henvisning	Almen praksis	Special-læge	Sygehus	Andet	Ingen henvisning
Forløbstyper																									
10	0	0	0	0	305	0	0	0	0	120	0	0	0	0	36	0	0	0	0	80	16	0	4	0	19
30	1.437	123	765	2.537	20	1.055	87	518	1.160	7	2.671	78	742	1.633	60	1.368	111	641	1.596	7	369	35	158	217	0
1030	0	0	0	0	325	0	0	0	0	91	0	0	0	0	100	0	0	0	0	103	21	0	4	0	8
2030	1	0	8	4	1	8	0	11	5	25	7	0	8	0	4	10	1	6	2	0	2	0	2	0	0
3010	13	0	7	12	1	15	0	3	6	0	4	0	1	1	6	12	2	2	7	0	5	0	2	4	0
3020	11	2	6	7	0	16	0	3	10	0	12	1	5	5	0	27	0	8	15	0	4	0	1	1	0
102030	0	0	0	0	26	0	0	0	0	12	0	0	0	0	10	1	1	0	0	17	13	1	1	1	7
301030	47	5	13	64	1	27	0	7	14	2	72	1	16	7	4	24	0	8	13	0	8	1	6	2	0
302030	58	6	27	38	1	50	6	19	16	1	92	1	17	34	4	106	10	41	101	0	11	0	3	0	1
3020302030	10	3	1	1	0	7	0	4	4	0	18	1	4	0	1	18	0	11	8	0	3	0	1	0	0
Residual	70	4	39	43	270	45	0	29	36	100	71	1	22	16	47	43	4	17	14	65	59	5	17	8	25
Total	1.647	143	866	2.706	950	1.223	93	594	1.251	358	2.947	83	815	1.696	272	1.609	129	734	1.756	272	511	42	199	233	60

Kilde: Landspatientregisteret og Sundhedsstyrelsen

Anm.: Forløbstyperne er ikke udspecificeret med hensyn til antallet indenfor hver kontaktkategori. Det andet ciffer i de beskrivende tal-par er således "0" for alle. Se afsnit 7.2.



Tabel 78. Aktive patientforløb i børne- og ungdomspsykiatrien (under 18 år), fordelt på afslutningsmåde og regioner

Afslutnings- måde	Region Hovedstaden							Region Sjælland							Region Syddanmark							Region Midtjylland							Region Nordjylland											
	Almen praksis	Speciallæge	Ingen lægelig opfølgning.	Udeblevet	Død	Videre behandling	Ikke udskrevet	Andet	Almen praksis	Speciallæge	Ingen lægelig opfølgning.	Udeblevet	Død	Videre behandling	Ikke udskrevet	Andet	Almen praksis	Speciallæge	Ingen lægelig opfølgning.	Udeblevet	Død	Videre behandling	Ikke udskrevet	Andet	Almen praksis	Speciallæge	Ingen lægelig opfølgning.	Udeblevet	Død	Videre behandling	Ikke udskrevet	Andet								
Forløbs- typer																																								
10	282	2	0	0	0	11	0	10	98	1	0	0	0	18	0	3	23	0	0	0	0	10	0	3	70	2	0	0	0	8	0	0	35	0	0	0	0	3	0	1
30	1330	17	547	4	0	607	2271	106	793	4	62	1	1	541	1342	83	2340	2	29	1	1	774	1935	102	1041	3	8	2	0	1724	702	243	460	4	0	0	0	46	214	55
1030	156	3	23	1	0	58	78	6	46	0	1	0	0	10	30	4	71	0	0	0	0	4	24	1	50	0	1	0	0	36	9	7	25	1	0	0	0	1	6	0
2030	10	0	0	0	0	2	2	0	27	0	0	0	0	5	16	1	13	0	0	0	0	0	5	1	11	0	0	0	0	5	3	0	2	0	0	0	0	0	2	0
3010	30	0	0	0	0	2	0	1	15	1	0	0	0	7	0	1	3	0	0	0	0	9	0	0	17	0	0	0	0	6	0	0	11	0	0	0	0	0	0	0
3020	1	0	0	0	0	24	1	0	7	0	0	0	0	20	1	1	6	0	0	0	0	17	0	0	20	0	0	0	0	27	2	1	5	0	0	0	0	1	0	0
102030	14	0	1	1	0	3	7	0	4	0	1	0	0	1	6	0	7	0	0	0	0	0	3	0	9	0	0	0	0	5	2	3	11	0	0	0	0	1	8	3
301030	54	2	1	0	0	17	55	1	29	0	0	0	0	4	15	2	73	0	0	0	0	0	27	0	23	0	0	0	0	12	5	5	11	0	0	0	0	1	5	0
302030	39	6	3	0	0	15	65	2	40	1	1	0	0	6	41	3	61	0	0	0	0	31	55	1	51	0	0	0	0	147	54	6	7	0	0	0	0	1	6	1
302030 2030	4	0	1	0	0	1	8	1	5	0	0	0	0	2	8	0	10	0	0	0	0	4	10	0	7	0	0	0	0	17	13	0	3	0	0	0	0	0	1	0
Residual	194	12	7	0	0	99	98	16	103	2	2	0	0	56	41	6	77	0	0	0	0	32	46	2	61	1	0	0	0	65	14	2	75	0	0	0	0	19	19	1
Total	2114	42	583	6	0	839	2585	143	1167	9	67	1	1	670	1500	104	2684	2	29	1	1	881	2105	110	1360	6	9	2	0	2052	804	267	645	5	0	0	0	73	261	61

Kilde: Landspatientregisteret og Sundhedsstyrelsen

Anm.: Forløbstyperne er ikke udspecificeret med hensyn til antallet indenfor hver kontaktkategori. Det andet ciffer i de beskrivende tal-par er således "0" for alle. Se afsnit 7.2.

**Tabel 79: Antal patienter i voksenpsykiatrien (18+ år), der har modtaget behandling i 2011, der også har modtaget behandling i de foregående år, fordelt på regioner (forløbstype 10)**

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Region Hovedstaden	0	0	0	1	1	1	1	2	14	100	2.584
Region Sjælland	0	0	0	0	0	0	0	0	2	29	926
Region Syddanmark	0	0	0	0	0	1	1	3	11	66	1.176
Region Midtjylland	0	0	0	0	0	0	0	0	5	35	646
Region Nordjylland	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5	315

Kilde: Landspatientregisteret og Sundhedsstyrelsen

Anm.: Forløbstyperne er ikke udspecificeret med hensyn til antallet indenfor hver kontaktkategori. Det andet ciffer i de beskrivende tal-par er således "0" for alle. Se afsnit 7.2.

**Tabel 80: Antal patienter i voksenpsykiatrien (18+ år), der har modtaget behandling i 2011, der også har modtaget behandling i de foregående år, fordelt på regioner (forløbstype 30)**

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Region Hovedstaden	382	413	456	520	583	698	979	1.389	2.211	4.283	8.706
Region Sjælland	178	194	217	239	282	337	443	641	1.062	1.967	3.892
Region Syddanmark	359	414	505	627	796	1.044	1.447	2.067	3.286	6.210	11.957
Region Midtjylland	150	159	177	216	279	358	519	826	1.589	3.883	9.022
Region Nordjylland	82	88	96	107	133	190	287	465	764	1.552	3.146

Kilde: Landspatientregisteret og Sundhedsstyrelsen

Anm.: Forløbstyperne er ikke udspecificeret med hensyn til antallet indenfor hver kontaktkategori. Det andet ciffer i de beskrivende tal-par er således "0" for alle. Se afsnit 7.2.

**Tabel 81: Antal patienter i voksenpsykiatrien (18+ år), der har modtaget behandling i 2011, der også har modtaget behandling i de foregående år, fordelt på regioner (forløbstype 1030)**

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Region Hovedstaden	3	8	10	17	34	55	102	159	279	651	1.217
Region Sjælland	0	3	4	7	9	13	27	46	80	194	398
Region Syddanmark	1	1	1	2	5	9	25	55	143	419	944
Region Midtjylland	2	2	5	6	9	20	35	54	112	275	570
Region Nordjylland	0	0	0	0	1	7	12	26	42	115	217

Kilde: Landspatientregisteret og Sundhedsstyrelsen

Anm.: Forløbstyperne er ikke udspecificeret med hensyn til antallet indenfor hver kontaktkategori. Det andet ciffer i de beskrivende tal-par er således "0" for alle. Se afsnit 7.2.

**Tabel 82. Aktive patientforløb i voksenpsykiatrien (18+ år), fordelt på henvisningsmåde og regioner**

Henvisningsmåde	Region Hovedstaden					Region Sjælland					Region Syddanmark					Region Midtjylland					Region Nordjylland				
	Almen praksis	Special-læge	Sygehus	Andet	Ingen henvisning	Almen praksis	Special-læge	Sygehus	Andet	Ingen henvisning	Almen praksis	Special-læge	Sygehus	Andet	Ingen henvisning	Almen praksis	Special-læge	Sygehus	Andet	Ingen henvisning	Almen praksis	Special-læge	Sygehus	Andet	Ingen henvisning
Forløbstyper																									
10	2	0	0	0	2.582	0	0	0	0	926	0	0	0	0	1.176	1	0	0	0	645	78	0	56	25	156
20	16	3	114	25	20	79	2	176	136	150	219	9	94	20	100	111	2	43	14	78	109	1	47	7	5
30	5.668	521	1.518	499	500	2.889	135	567	170	131	9.906	103	1.191	370	387	7.501	137	866	248	270	2.695	40	368	34	9
1020	0	0	0	0	1.601	0	0	0	0	208	1	0	1	0	357	1	0	0	0	270	80	1	20	16	145
1030	1	0	1	1	1.214	1	0	1	0	396	2	0	0	1	941	8	0	2	0	560	68	1	45	4	99
2030	35	8	104	36	81	131	14	161	82	211	398	12	139	25	231	301	8	78	15	256	169	6	45	1	37
102030	0	0	0	1	1.508	0	0	0	0	264	1	0	0	0	510	9	0	0	0	474	155	5	34	17	101
301030	253	35	107	31	63	128	10	33	10	16	338	2	66	30	27	160	4	35	20	10	59	4	11	3	1
302030	157	19	39	22	52	266	20	92	36	52	695	12	135	48	95	502	23	104	26	21	222	8	62	8	3
30102030	276	39	144	43	92	50	5	30	4	11	217	3	59	11	21	182	7	63	14	13	82	4	34	3	0
Residual	1.365	145	1.869	375	8.896	933	82	785	192	2.279	2.379	54	1.260	169	3.431	1.536	65	997	160	2.838	1.106	24	614	73	553
Total	7.773	770	3.896	1.033	16.609	4.477	268	1.845	630	4.644	14.156	195	2.945	674	7.276	10.312	246	2.188	497	5.435	4.823	94	1.336	191	1.109

Kilde: Landspatientregisteret og Sundhedsstyrelsen

Anm.: Forløbstyperne er ikke udspecificeret med hensyn til antallet indenfor hver kontaktkategori. Det andet ciffer i de beskrivende tal-par er således "0" for alle. Se afsnit 7.2.

**Tabel 83. Aktive patientforløb i voksenpsykiatrien (18+ år), fordelt på afslutningsmåde og regioner**

Afslutningsmåde	Region Hovedstaden								Region Sjælland								Region Syddanmark								Region Midtjylland								Region Nordjylland							
	Almen praksis	Speciallæge	Ingen lægelig opfølg.	Udeblevet	Død	Afsl. videre behandling	Ikke udskrevet	Andet	Almen praksis	Speciallæge	Ingen lægelig opfølg.	Udeblevet	Død	Afsl. videre behandling	Ikke udskrevet	Andet	Almen praksis	Speciallæge	Ingen lægelig opfølg.	Udeblevet	Død	Afsl. videre behandling	Ikke udskrevet	Andet	Almen praksis	Speciallæge	Ingen lægelig opfølg.	Udeblevet	Død	Afsl. videre behandling	Ikke udskrevet	Andet								
Forløbstyper																																								
10	2.205	49	3	0	1	99	0	227	809	39	4	0	0	50	0	24	1.034	2	0	0	0	125	0	15	421	7	0	0	0	214	0	4	285	2	1	0	0	19	4	4
20	87	1	0	0	3	62	1	24	408	18	5	0	3	91	0	18	337	0	0	0	2	87	2	14	165	5	1	0	2	61	6	8	113	2	1	0	3	37	2	11
30	4.512	94	320	36	225	421	3.032	66	1.864	21	10	0	141	875	969	12	6.713	6	5	31	541	863	3.780	18	5.711	29	3	21	145	2.006	929	178	1.862	4	0	0	134	74	1.064	8
1020	1.182	26	3	0	3	221	9	157	163	4	0	0	0	34	0	7	280	0	0	0	2	71	1	5	187	3	0	0	0	62	1	18	222	1	0	0	0	33	0	6
1030	723	22	17	10	9	76	341	19	223	2	2	0	1	104	66	0	657	2	0	4	5	93	180	3	357	2	0	1	1	150	45	14	144	0	0	0	0	3	70	0
2030	83	5	1	0	11	40	123	1	301	6	0	0	22	127	142	1	414	2	1	1	36	105	245	1	419	5	0	0	10	121	95	8	153	0	0	0	4	13	87	1
102030	775	41	7	5	31	124	509	17	127	4	0	0	2	70	60	1	262	1	1	0	10	74	162	1	289	3	0	0	7	134	36	14	176	0	0	0	1	8	127	0
301030	220	8	3	4	9	31	206	8	96	0	0	0	4	40	57	0	236	1	1	1	7	68	148	1	123	1	0	0	1	71	26	7	37	0	0	0	0	0	41	0
302030	95	6	2	0	8	14	156	8	173	4	1	0	11	96	178	3	390	2	1	4	41	126	418	3	374	3	0	2	15	167	101	14	130	0	0	0	17	9	146	1
30102030	212	10	0	3	23	44	298	4	28	3	0	0	2	16	51	0	137	0	2	0	11	46	115	0	152	0	1	0	5	90	25	6	52	0	0	0	2	2	67	0
Residual	5.349	285	39	11	200	1.742	4.456	568	1.684	53	6	0	58	954	1.471	45	3.407	9	6	15	107	1.654	2.050	45	2.486	40	2	7	50	2.180	640	191	1.010	6	3	0	25	317	984	25
Total	15.443	547	395	69	523	2.874	9.131	1.099	5.876	154	28	0	244	2.457	2.994	111	13.867	25	17	56	762	3.312	7.101	106	10.684	98	7	31	236	5.256	1.904	462	4.184	15	5	0	186	515	2.592	56

Kilde: Landspatientregisteret og Sundhedsstyrelsen

Anm.: Forløbstyperne er ikke udspecificeret med hensyn til antallet indenfor hver kontaktkategori. Det andet ciffer i de beskrivende tal-par er således "0" for alle. Se afsnit 7.2.

**Om Deloitte**

Deloitte leverer ydelser inden for revision, skat, consulting og financial advisory til både offentlige og private virksomheder i en lang række brancher. Vores globale netværk med medlemsfirmaer i mere end 150 lande sikrer, at vi kan stille stærke kompetencer til rådighed og yde service af højeste kvalitet, når vi skal hjælpe vores kunder med at løse deres mest komplekse forretningsmæssige udfordringer. Deloitte's cirka 182.000 medarbejdere arbejder målrettet efter at sætte den højeste standard.

**Deloitte Touche Tohmatsu Limited**

Deloitte er en betegnelse for Deloitte Touche Tohmatsu Limited, der er et britisk selskab med begrænset ansvar, og dets netværk af medlemsfirmaer. Hvert medlemsfirma udgør en separat og uafhængig juridisk enhed. Vi henviser til [www.deloitte.com/about](http://www.deloitte.com/about) for en udførlig beskrivelse af den juridiske struktur i Deloitte Touche Tohmatsu Limited og dets medlemsfirmaer.