

INDBLIK I PSYKIATRIEN OG SOCIALE INDSATSER

ANALYSE

Indhold

Indholdsfortegnelse

1. Indledning og hovedkonklusioner	3
1.1 Afgrænsning af målgruppen	3
1.2 Analysens hovedresultater	5
2. Organisering af psykiatriske indsatser	8
3. Patientsammenfald på tværs af områder	11
4. Det psykiatriske sygehusvæsen	14
4.1 Regionale udgifter til psykiatriske sygehuse	14
4.2 Sundhedsfagligt personale ansat på psykiatriske sygehuse	16
4.3 Personaleforbrug pr. patient og antal sengepladser	17
4.4 Aktivitet på psykiatriske sygehuse	18
4.5 Få patienter har stort behandlingsbehov	26
4.6 Psykiatripatienters kontakter med almen praksis og somatiske sygehuse	29
5. Behandling i praksissektoren	31
5.1 Udgifter i praksissektoren til ydelser relateret til mennesker med psykisk sygdom	31
5.2 Antal patienter og kontakter i praksissektoren	33
6. Psykofarmaka	36
6.1 Regionale tilskudsudgifter til psykofarmaka	36
6.2 Antal personer i behandling med psykofarmaka og det mængdemæssige forbrug	38
6.3 Sammenhæng mellem regionale tilskudsudgifter og antal personer i behandling	39
7. Kommunale tilbud efter serviceloven	42
7.1 Målgrupperne på socialområdet	42
7.2 Udgifter til sociale indsatser	43
7.3 Udsatte børn og unge	44
7.4 Udsatte voksne og voksne med handicap	45
8. Metode og definitioner	49
8.1 Udgiftsbegreber anvendt i analysen	49
8.2 Oversigt over psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser	50
8.3 Aktivitet i sygehusvæsenet og i praksissektoren	50
8.4 Psykofarmaka	52
8.5 Opgørelse af modtagere af sociale indsatser og hovedmålgrupper	53
9. Litteratur	55

1. Indledning og hovedkonklusioner

Det fremgår af *Aftale mellem kommunerne og regionerne for 2018*:

”Regeringen, Danske Regioner og KL er enige om at arbejde for ambitiøse anbefalinger med fokus på en bedre sammenhæng i patientforløb på tværs af sektorer, bedre dataunderstøttelse på tværs af sektorer, øget synlighed om resultater og bedre styring af økonomi, aktivitet og kvalitet i såvel psykiatrien som socialpsykiatrien”.

Til at understøtte dette arbejde udarbejdes der en række analyser omhandlende psykiatriske patienter. Dette er den første analyse, hvor udvikling i patientpopulation, aktiviteten og udgifterne er beskrevet. Disse faktorer er beskrevet for psykiatriske sygehuse, en række udvalgte områder i den primære sektor, medicin til behandling af psykiske lidelser (psykofarmaka) og den sociale indsats i kommunerne. I analysen ses for så vidt muligt på udvikling over perioden 2010-16 og de enkelte indikatorer er opgjort for hele landet. Fordelelingen af opgørelserne på de enkelte kommuner og regioner kan læses i analysen *”Indblik i psykiatrien på tværs af regioner og kommuner”*.

Fleere analyser af psykiatrien vil blive udarbejdet og offentliggjort i løbet af foråret 2018, herunder bl.a. analyser af patientsammenfald mellem den regionale sygehuspsykiatri og den sociale indsats i kommunerne, socioøkonomisk karakteristik af patientpopulationen, sundheds- og samfundsøkonomiske konsekvenser af psykisk sygdom og kortlægning af forskellige patientforløb.

Den indeværende analyse er udarbejdet af Sundheds- og Ældreministeriet og Børne- og Socialministeriet med bistand fra Sundhedsdatastyrelsen og faglige bemærkninger fra Sundhedsstyrelsen, Lægemiddelstyrelsen, KL, Danske Regioner og Finansministeriet.

1.1 Afgrænsning af målgruppen

Mennesker med psykiske lidelser kan have behov for varierende behandling og støtte, alt efter sygdommens sværhedsgrad. De forskellige indsatser kan foregå på forskellige specialiseringsniveauer, i flere sektorer og blive udført af forskellige fagpersoner.

Selve *behandlingen* af sygdommen er en sundhedsfaglig indsats, som primært er forankret i regionerne – enten i praksissektoren eller på sygehuse, mens den *forebyggende og rehabiliterende indsats* som oftest sker i kommunerne og kan bestå af en socialfaglig, beskæftigelsesrettet og/eller uddannelsesfaglig indsats.

For visse mennesker med psykiske lidelser vil behandlingsforløbet være enkelt, mens forløbet for andre kan bestå af flere aktører og forskellige tilbud på tværs af de forskellige indsatsområder. Fokus i indeværende analyse er at beskrive udviklingen i udgifter, antal personer og aktivitet i forbindelse med behandlingen af psykiatriske patienter i regionerne og den sociale indsats i kommunerne.

Der er datamæssige udfordringer i forbindelse med identificering af den relevante patientpopulation og indsatserne for mennesker med psykiske lidelser. Det gælder dels selve den sundhedsfaglige behandling, og

dels indsatsen i socialpsykiatrien. Der er derfor foretaget en række afgrænsninger til selve patientpopulationen og de indsatser, som patienterne kan modtage.

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

Patienterne med kontakt til psykiatriske sygehuse kan relativt let afgrænses ud fra nationale registre (primært Landspatientregisteret). Det er imidlertid noget mere vanskeligt at identificere mennesker med psykiske lidelser, der behandles i praksissektoren, som fx i almen praksis. Det er vigtigt også at inkludere patienterne fra praksissektoren og kommunerne, idet analysen ellers vil indeholde en snæver og ikke repræsentativ patientpopulation.

Målgruppen for patientpopulationen, der er i behandling i det regionale sundhedsvæsen, er i denne analyse afgrænset ved patienter:

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

Det skal bemærkes, at den relevante målgruppe i virkeligheden er væsentligt bredere, med det er ikke muligt at opgøre alle patienter og kontakter relateret til psykisk sygdom. Udfordringen er bl.a. at opgøre alt relevant behandling i praksissektoren og særligt i almen praksis. I nationale registre findes der kun oplysninger vedrørende patienternes aktivitet i praksissektoren, men ikke årsagen til henvendelsen. Analysens resultater der omhandler behandlingen i praksissektoren skal derfor ses i lyset af, at der er foretaget en udvælgelse af de dele af praksissektoren, som med størst sandsynlighed vedrører behandling af mennesker med psykisk sygdom.

Afgrænsningen af socialpsykiatrien og patientforløb på tværs af sygehus- og socialpsykiatrien er ligeledes vanskeligt. For det første findes der ikke en entydig definition af socialpsykiatrien. De fleste anvender begrebet "socialpsykiatri" om de psykosociale og sociale indsatser (primært) i kommunerne til mennesker med psykiske vanskeligheder. For det andet eksisterer der ikke data, som kan identificere borgere og aktiviteten relateret til de sociale indsatser, der kun vedrører mennesker med psykiske lidelser. De sociale indsatser hører under serviceloven, hvor modtagere af sociale indsatser kategoriseres i tre hovedkategorier:

- Voksne med handicap
- Udsatte voksne
- Udsatte børn og unge

På det sociale område er indsatserne ikke knyttet til bestemte diagnoser. Derfor kan disse indsatser ikke entydigt afgrænses til mennesker med psykiske lidelser. Alle tre hovedgrupper *kan* i princippet omfatte mennesker med psykisk sygdom, og i alle tre hovedgrupper *kan* der igangsættes indsatser, der kan kategoriseres som socialpsykiatri. Men, det er vigtigt at understrege, at de omfatter også mennesker med alle andre typer problemer og uden nødvendigvis at være knyttet til en bestemt diagnose.

Voksne med handicap kan enten have fysisk eller kognitivt handicap. Sociale indsatser for mennesker med kognitivt handicap omhandler også mennesker med psykiatriske diagnoser såsom mental retardering og ADHD. Indsatser til udsatte voksne kan bl.a. gives til mennesker med psykiske vanskeligheder, misbrug, hjemløshed mv. Voksne med misbrug kan også have psykiske lidelser. Udsatte børn og unge er en målgruppe som modtager en social foranstaltning som fx en anbringelse, uanset diagnose.

I denne analyse er alle modtagere af kommunale indsatser beskrevet, hvilket er en væsentlig bredere målgruppe end 'socialpsykiatrien', som det var tiltænkt med *Aftale mellem kommunerne og regionerne for 2018*. Det er vigtigt at understrege, at analysens resultater vedr. kommunale tilbud efter serviceloven, dvs. både udgifter og antal modtagere af indsatserne, vedrører *alle sociale indsatser*. Kun et vist andel af disse udgifter og personer vedrører mennesker med psykiske lidelser og vanskeligheder.

I analysen er der ikke set på øvrige typer af kommunale indsatser, herunder indsatser, der for voksne især relaterer sig til bl.a. beskæftigelsesområdet (jobcentre), eller indsatser for børn og unge som Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR), specialundervisning i undervisningsregi o.l. En del af personerne med psykiske lidelser modtager disse typer indsatser, men det er ikke umiddelbart muligt datamæssigt at afgrænse disse indsatser til mennesker med psykiske problemer og lidelser.

Ovenstående forbehold skal holdes for øje i de følgende analyser.

1.2 Analysens hovedresultater

Psykiske lidelser er en heterogen gruppe af sygdomme, der omfatter et spektrum af forskellige diagnoser og den samme psykiske lidelse kan være af varierende kompleksitet og sværhedsgrad.

Analysen viser, at relativt få, primært voksne patienter, står for hovedparten af aktiviteten og udgifterne på de psykiatriske sygehuse. Disse har vidt forskellige diagnoser – fra angst og depression til spiseforstyrrelse og skizofreni.

Figur 1 skitserer antal personer i behandling på psykiatriske sygehuse og i praksissektoren i det regionale sundhedsvæsen. Samlet set har omkring 148.500 personer modtaget behandling på psykiatriske sygehuse i 2016, jf. *tabel 4*. Det svarer til ca. 2,6 pct. af hele den danske befolkning. Ud af disse har hovedparten haft ambulant besøg på sygehuset, mens omkring 24.500 personer, svarende til 0,4 pct. af befolkningen, har haft en psykiatrisk indlæggelse, jf. *figur 1*.

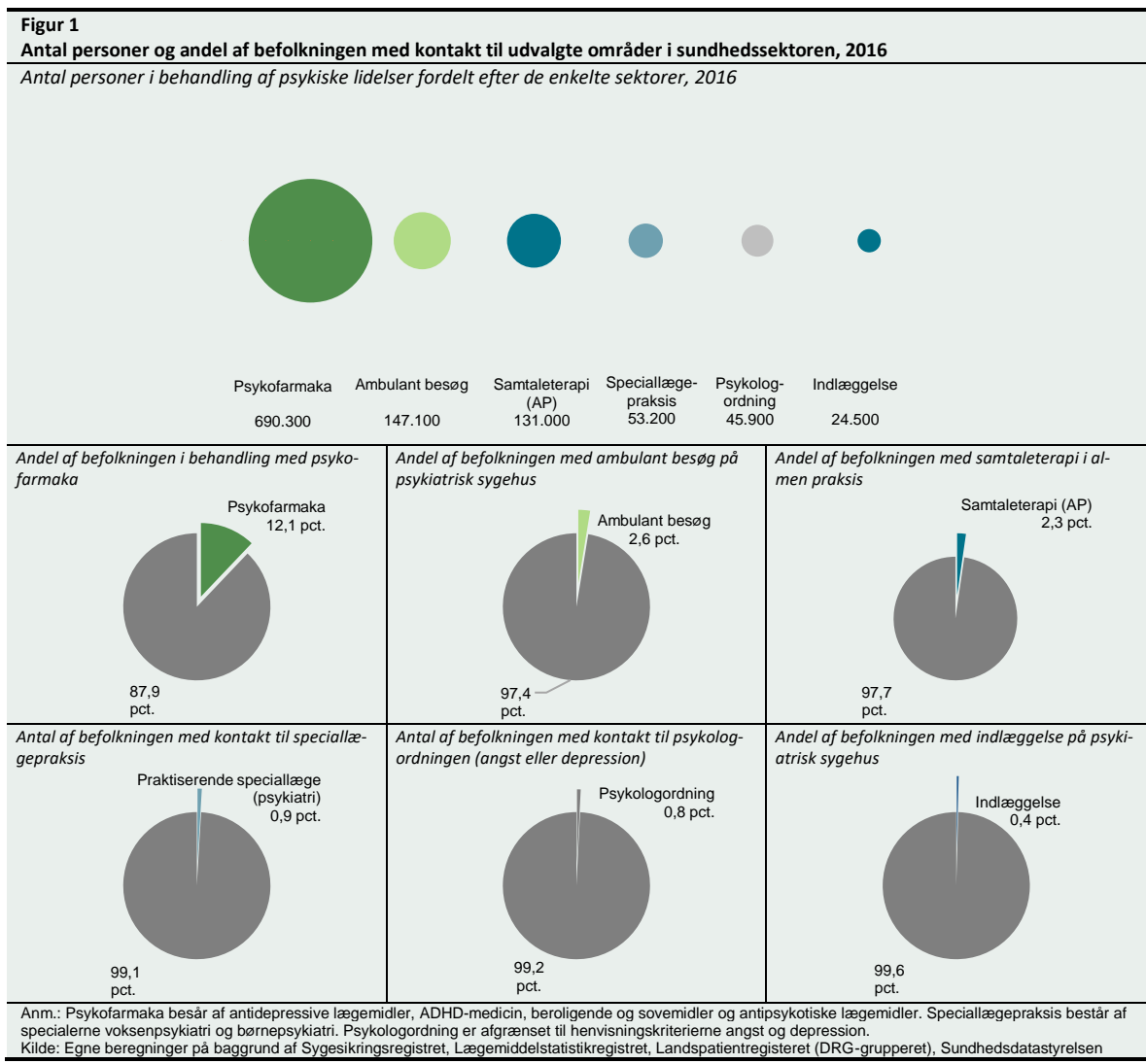
Der findes ikke et registerbaseret overblik over hvor mange patienter med psykiske problemer, der behandles i almen praksis. Hovedparten af befolkningen (ca. 85 pct.) kontakter almen praksis i løbet af et år, jf. *Sundheds- og Ældreministeriet (2016)*. En dansk auditundersøgelse har vist, at mindst 500.000 mennesker årligt henvender sig hos deres praktiserende læge med psykiske problemer, jf. *Regeringens udvalg om psykiatri (2013)*.

I 2016 har omkring 131.000 personer, svarende til ca. 2,3 pct. af befolkningen, modtaget ydelsen samtaleterapi i almen praksis, der bl.a. ydes til personer med psykiske problemer.

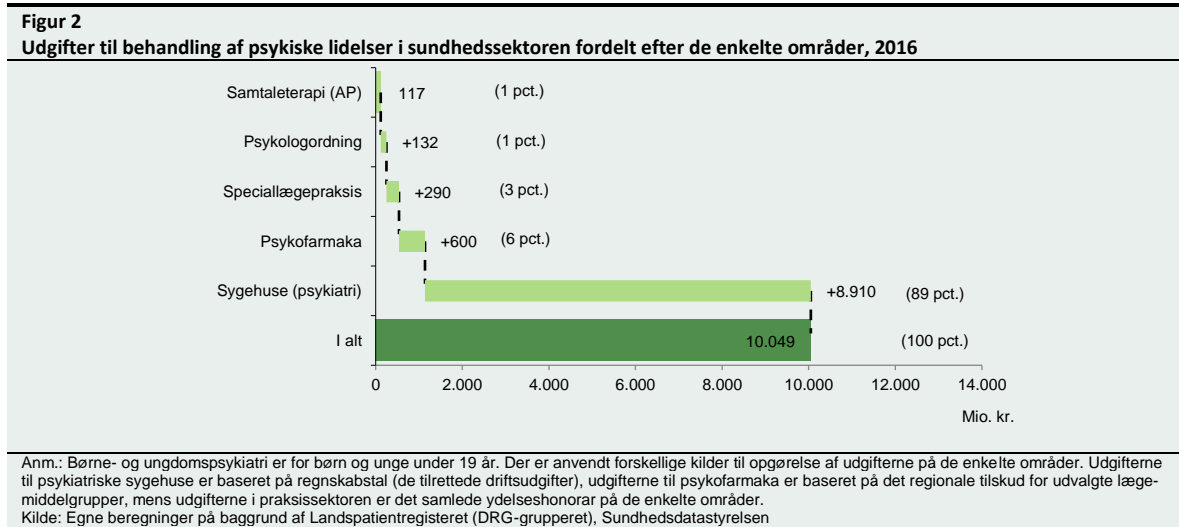
Under 1 pct. af befolkningen har været i kontakt med praktiserende psykolog (som følge af henvisningsårsagerne angst og depression) og tilsvarende andel gælder antal personer med kontakt til speciallægepraksis.

Omkring ca. 690.300 personer, svarende til ca. 12 pct. af den danske befolkning, var i 2016 i medicinsk behandling med psykofarmaka, som her er afgrænset til fire lægemiddelgrupper: antidepressive- og antipsykotiske lægemidler, ADHD-medicin og beroligende og sovemedicin.

Hertil kommer, at 168.000 personer modtager en indsats efter serviceloven i kommunalt regi. Tallet omfatter ikke kun personer, der har psykiske problemer, men også eksempelvis udsatte børn og unge, der modtager en foranstaltning eller er anbragte samt udsatte voksne og voksne med handicap.



Med udgangspunkt i de udvalgte områder i sundhedssektoren kan behandlingen af mennesker med psykiske lidelser samlet set opgøres til ca. 10 mia. kr., jf. figur 2.



Heraf tegner de psykiatriske sygehuse sig for langt hovedparten af udgiften. De tilrettede driftsudgifter til psykiatriske sygehuse udgør 8,9 mia. kr. Regionale tilskudsudgifter til psykofarmaka udgør ca. 600 mio. kr., mens det aktivitetsafhængige ydelseshonorar til speciallægepraksis udgør knap 300 mio. kr. Ydelseshonoraret til psykologhjælp (i forbindelse med behandling af mennesker med angst og depression) udgør godt 130 mio. kr., og ydelseshonoraret til samtaleterapi udgør ca. 120 mio. kr.

De samlede offentlige nettodriftsudgifter til socialområdet var 45,4 mia. kr. i 2016. Heraf er udgiften til området for udsatte børn og unge 15,7 mia. kr., mens udgiften til voksenområdet udgør 29,7 mia. kr. Det er ikke muligt at opgøre udgifterne specifikt til "socialpsykiatrien" på baggrund af den kommunale kontoplan. De samlede udgifter omfatter således både hele området for voksne med handicap, udsatte voksne samt udsatte børn og unge.

Introduktion til analyses øvrige afsnit

I afsnit 2 er der beskrevet organiseringen af indsatser til mennesker med psykiske lidelser.

I afsnit 3 er der undersøgt omfang af patientsammenfaldet på tværs af udvalgte dele af praksissektoren og psykiatriske sygehuse.

I afsnit 4-7 er der beskrevet udvikling i offentlige udgifter, antal patienter samt patienternes kontakter og ydelser til de udvalgte indsatsområder – psykiatrisk sygehusbehandling, praksissektoren, psykofarmaka og de kommunale tilbud efter serviceloven.

I afsnit 8 er der en gennemgang af kilder, metoder og definitioner anvendt i analysen, mens litteraturlisten fremgår af afsnit 9.

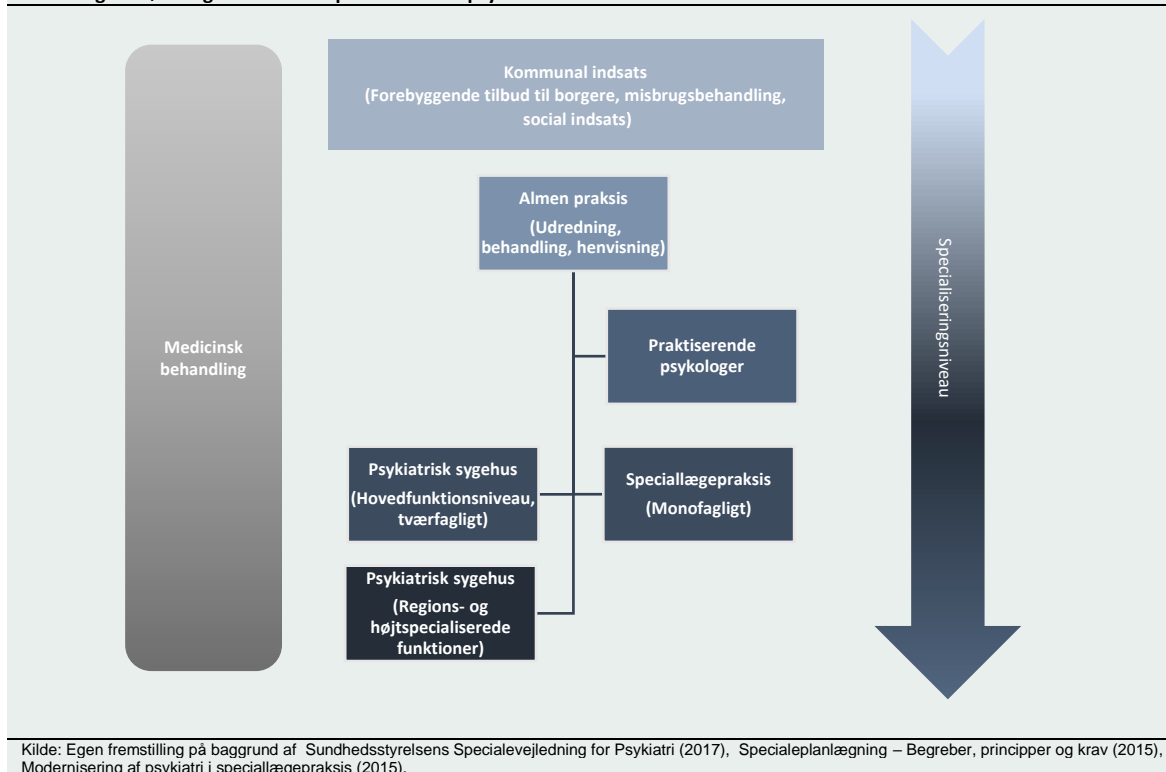
2. Organisering af psykiatriske indsatser

Den sundhedsfaglige psykiatriske indsats omfatter forebyggelse, diagnostik, behandling, opfølgning og rehabilitering af patienter med psykotiske og ikke-psykotiske lidelser samt psykiske lidelser kombineret med misbrug hos voksne. Selve behandlingen af psykiatriske patienter er forankret forskellige steder i sundhedssektoren og på forskelligt fagligt specialiseringsniveau, *jf. figur 3*.

Indsatser for mennesker med psykiske lidelser foregår dels i primærsektoren (dvs. almen praksis, psykologhjælp, speciallægepraksis), dels i sekundærsektoren (sygehusvæsenet) og dels i kommunerne.

Kommunerne har ansvaret for misbrugsbehandlingen (såvel alkohol- som stofmisbrug). Herudover har kommunerne ansvar for den forebyggende indsats efter sundhedsloven, blandt andet med henblik på livsstilsændringer vedrørende kost, alkohol, tobak, fysisk aktivitet og mental sundhed. Endelig har kommunerne ansvar for den socialfaglige indsats som botilbud, væresteder, støtte- og kontaktpersonordninger mv. efter serviceloven.

Figur 3
Forskellige aktører og indsatser for patienter med psykisk lidelse



Kilde: Egen fremstilling på baggrund af Sundhedsstyrelsens Specialevejledning for Psykiatri (2017), Specialeplanlægning – Begreber, principper og krav (2015), Modernisering af psykiatri i speciallægepraksis (2015).

Almen praksis er borgernes primære indgang til sundhedsvæsenet. I Danmark har den praktiserende læge funktioner i forhold til primær behandling og forebyggelse af sygdom og fungerer herudover som familielæge, tovholder og generalist.

Almen praksis er i mange tilfælde den primære indgang til behandling af mennesker med psykiske lidelser, og behandlingen i almen praksis foregår på det laveste faglige specialiseringsniveau. Det fremgår af Specialevejledning for psykiatri, *Sundhedsstyrelsen (2017)*:

"Almen praksis varetager initial undersøgelse og i mange tilfælde behandling i forbindelse med psykiske sygdomme. Almen praksis varetager patienter med et bredt spektrum af psykiske lidelser, fx let til moderat angst og depression, kriser, demens og alkoholmisbrug samt opfølgning af stabile patienter med sværere psykiske lidelser indenfor såvel det affektive som det psykotiske spektrum. Desuden varetager almen praksis opfølgning og kontrol af visse psykiatriske patienter efter udredning og behandling på sygehus."

I almen praksis kendes ikke årsagerne til patienternes henvendelse. Behandlingsmulighederne i almen praksis for patienter med psykisk lidelse kan bestå af medicinsk behandling, støttende samtaler og eventuelt af egentlig samtaleterapi. Årsagen til samtaleterapi kan skyldes symptomer på depression, angst, spiseforstyrrelse o.l., men også andre faktorer såsom stress, skilsmisse, sorg mv.

Da det ikke er muligt at afgrænse behandlingen af patienter med psykisk sygdom i almen praksis, er det i analysen valgt at se på samtaleterapien i almen praksis, der bl.a. gives til patienter med psykiske problemer.

Den praktiserende læge kan henvise patienterne til udredning og behandling på et mere specialiseret niveau, enten i praksissektoren eller på sygehusene.

Praktiserende psykologer yder individuelt tilrettelagte behandlingsforløb samt par-, familie- eller gruppebehandling. Der varetages en række opgaver inden for psykologisk behandling: psykoterapi, samtaleterapi, psykoedukation, rådgivning og vejledning samt et bredt spektrum af psykologiske behandlingsopgaver – som spænder fra lettere psykologiske problemer til egentlige psykiske lidelser.

Kun nærmere afgrænsede grupper af patienter kan efter henvisning fra praktiserende læge få offentligt tilskud til behandling hos en psykolog. Der ydes i dag tilskud på 60 pct. af udgiften til psykologbehandling for 11 forskellige henvisningsårsager:

- Henvisningsgruppe 1-9 har været udsat for en alvorlig livsbegivenhed (som fx ulykke, røveri, alvorlig invaliderende sygdom, pårørende ved dødsfald mv.)
- Henvisningsgruppe 10 er fyldt 18 år og har en let til moderat depression
- Henvisningsgruppe 11 er personer, som lider af let til moderat angst, og som på henvisningstidspunktet er i aldersgruppen 18 til og med 38 år.

Henvisningsårsagerne angst og depression blev først introduceret i henholdsvis 2008 og 2011. Aldersbegrænsningerne på de to henvisningsårsager er løbende blevet udvidet. Med den seneste satspuljeaftale for 2018-21 er der aftalt en forsøgsordning med vederlagsfri psykologbehandling til unge mellem 18-20 år med depression og angst, jf. *Finansministeriet (2017)*.

Praktiserende speciallæger i psykiatrien eller i børne- og ungdomspsykiatrien yder individuelt tilrettelagte behandlingsforløb samt par-, familie- eller gruppebehandling. Behandlingen i speciallægepraksis består bl.a. af udredning med henblik på at stille en diagnose og udelukke somatiske sygdomme som årsag til symptomerne på psykisk sygdom. Dertil kommer vurderingen af, om der er en eller flere psykiske lidelser (komorbiditet) såvel som sociale eller miljømæssige forhold, som kan forværre tilstanden. Selve behandlingen kan derefter bestå af medicinsk behandling med samtaleterapi og/eller psykoterapi.

De praktiserende psykiatere er en del af sundhedsvæsenets ambulante tilbud til patienter med psykiske lidelser. De praktiserende speciallæger varetager primært behandling af patienter med psykiske sygdomme af moderat grad, hvor der ikke er behov for bred tværfaglig indsats, der involverer flere faggrupper. Det

drejer sig især om angst- og depressionslidelser, stressrelaterede tilstande, personlighedsforstyrrelser og voksne med ADHD.

I *sygehusregi* er der to overordnede specialiseringsniveauer: hovedfunktionsniveau og specialfunktionsniveau. Fastlæggelsen af, hvilke funktioner der er specialfunktioner, sker på baggrund af en vurdering af funktionen, herunder patientgruppens størrelse og funktionens kompleksitet og ressourceforbrug.

Hovedfunktioner i psykiatri omfatter udredning og behandling af sygdomme og tilstande, som ikke kræver varetagelse på specialfunktionsniveau (regionsfunktionsniveau og højt specialiseret niveau). Det er opgaver af begrænset kompleksitet, hvor både sygdommene og ydelserne er hyppigt forekommende. Udredning og behandling på hovedfunktionsniveau kan således både ske hos de praktiserende speciallæger og i sygehusregi. Der kan dermed være et overlap i målgruppen for speciallægepraksis og ambulans behandling i sygehusregi på hovedfunktionsniveau.

Patienter med særligt behov for kontinuitet vil have gavn af at blive behandlet i praksissektoren, idet de behandles af den samme sundhedsfaglige person (fx psykiater, alment praktiserende læge, psykolog mv.) ved hver konsultation. Derimod vil andre patienter have behov for tværfaglig behandling (f.eks. af psykolog, diætist, ergoterapeut, fysioterapeut eller socialrådgiver) på sygehuset, eller på tværs af sektorer og indsatsområder.

Der er en række generelle forudsætninger og krav til bl.a. kapacitet og forskning som skal opfyldes for at varetage specialfunktioner samt en række specifikke krav, som gælder for psykiatri. Det skønnes, at ca. 10 pct. af al sygehusbehandling (uanset speciale) sker på specialfunktionsniveau, mens de resterende 90 pct. sker på hovedfunktionsniveau.

En del af mennesker med psykiske lidelser er i *medicinsk behandling med psykofarmaka*. Psykofarmaka er en betegnelse for lægemidler, der bruges til behandlingen og forebyggelsen af psykiske lidelser og forstyrrelser. Psykofarmaka kan dog også anvendes til behandling af andre symptomer og sygdomme, bl.a. epilepsi, søvnbesvær o.l. Psykofarmaka defineres typisk af fire forskellige lægemiddelgrupper: antipsykotiske lægemidler, antidepressive lægemidler, sove- og beroligende medicin samt ADHD-midler.

Særligt for børn og unge med psykiske lidelser gælder, at medicinsk behandling som udgangspunkt ikke er førstevalget. Når der alligevel opstår spørgsmål om, hvorvidt børn eller unge kan have behov for medicin mod den psykiske lidelse, er det en børne- og ungdomspsykiatrisk speciallægeopgave at vurdere, om et barn eller en ung under 18 år har behov for medikamentel behandling af en psykisk lidelse, *jf. Sundhedsstyrelsen (2013)*.

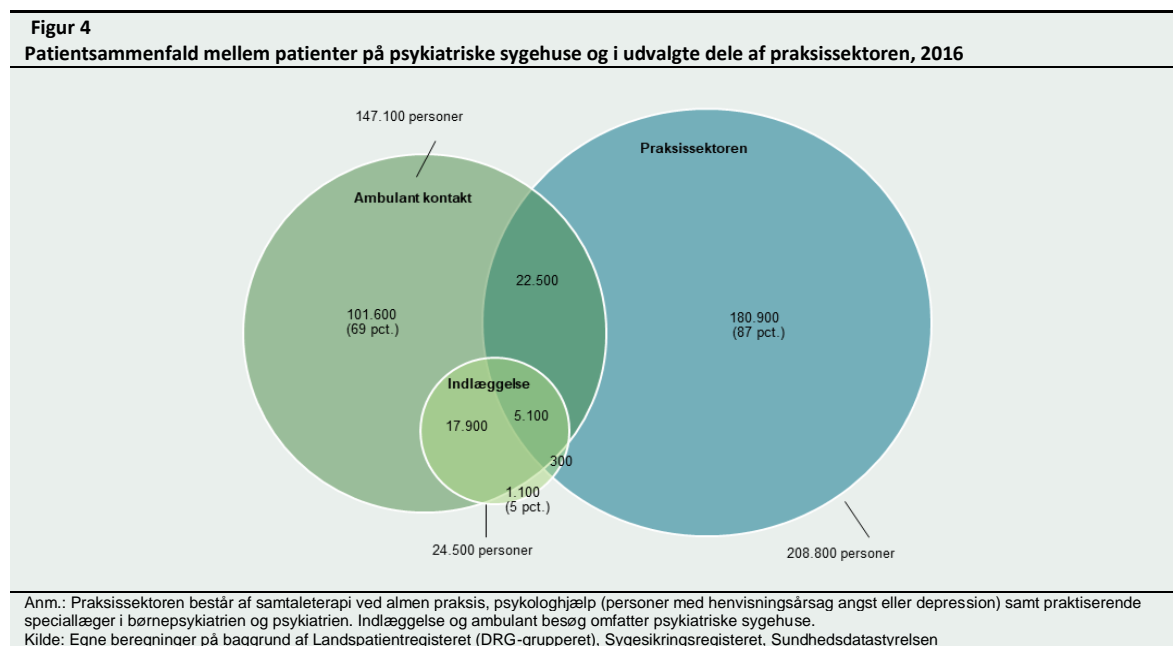
Den praktiserende læge kan overtage den fortsatte medikamentelle behandling (vedligeholdelsesbehandlingen), hvis det sker efter konkret aftale og i samarbejde med speciallægen i børne- og ungdomspsykiatri. I akutte tilfælde kan andre læger end speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri starte den medikamentelle behandling. Det må dog kun ske efter konference med, eller henvisning, til en speciallæge i børne- eller ungdomspsykiatri.

3. Patientsammenfald på tværs af områder

I dette afsnit er patientsammenfaldet på tværs af primær- og sekundærsektoren inden for det regionale sundhedsvæsen undersøgt. I de kommende analyser vil patientsammenfaldet på tværs af de regionale og kommunale områder blive undersøgt nærmere.

Nogle af patienterne modtager sideløbende behandling på tværs af områder i sundhedssektoren. Set på patientsammenfaldet over samme år, er det relativt begrænset, hvor mange patienter, der både har modtaget behandling på sygehuset og i udvalgte dele af praksissektoren. Det sidstnævnte er defineret ved kontakt til praktiserende speciallæge, praktiserende psykolog (for så vidt angår angst eller depression) og samtalerapi i almen praksis.

Langt hovedparten af patienterne fra praksissektoren (næsten 90 pct.) har ikke samtidigt en kontakt til psykiatriske sygehuse, *jf. figur 4*.



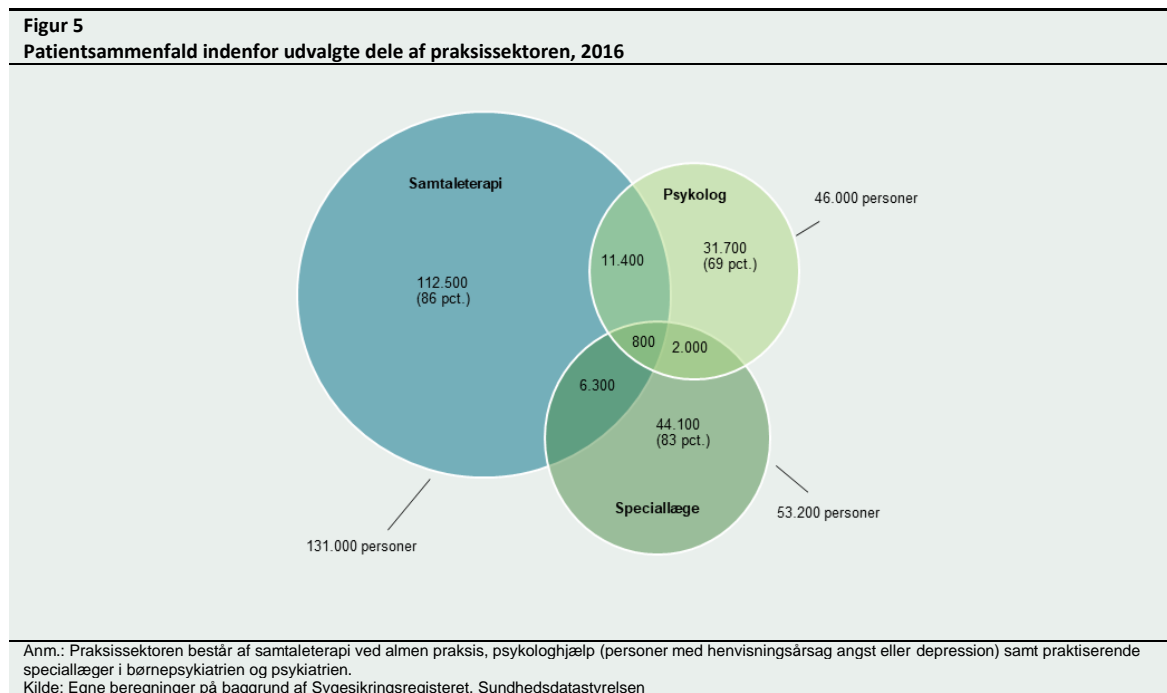
Tilsvarende har de fleste patienter med ambulant besøg (ca. 70 pct.) hverken haft psykiatriske indlæggelser eller kontakter til de udvalgte dele af praksissektoren. De resterende ca. 20 pct. har både haft ambulant besøg og været i kontakt med praksissektoren, mens ca. 10 pct. har haft ambulant besøg og indlæggelse.

Det omvendte er imidlertid tilfældet for indlagte patienter, idet kun 5 pct. udelukkende har haft en eller flere psykiatriske indlæggelser. Hovedparten af de indlagte patienter (70 pct.) har, ud over indlæggelsen, også haft ambulant besøg i løbet af året, mens omkring 30 pct. både har haft en indlæggelse, ambulant besøg og kontakter i praksissektoren. Det indebærer, at næsten alle indlagte patienter også har haft ambulante besøg i løbet af året.

Det også relativt begrænset, hvor stor en del af patienterne der behandles på tværs af de udvalgte dele af praksissektoren inden for samme kalenderår. Fx har knap 90 pct. af patienterne, der har modtaget samtaleterapi i almen praksis, ikke modtaget behandling andre steder i praksissektoren, jf. figur 5. Tilsvarende har over 80 pct. udelukkende modtaget behandling i speciallægepraksis (psykiatrien og børnepsykiatrien) og knap 70 pct. under psykologordningen (henvisningsårsagerne angst eller depression.)

Det skal dog bemærkes, at der er set på patientsammenfald på tværs af *udvalgte* dele af praksissektoren. Behandling hos speciallæge og under psykologordningen kræver en henvisning og dermed en forudgående kontakt hos en alment praktiserende læge.

Det tyder dermed på, at de enkelte områder inden for sundhedssektoren hovedsageligt substituerer hinanden. Årsagen hertil kan være, at de enten varetager forskellige typer patienter, eller at de enkelte delsektorer kun i mindre grad samarbejder om patienterne og overdrager patienterne til hinanden.



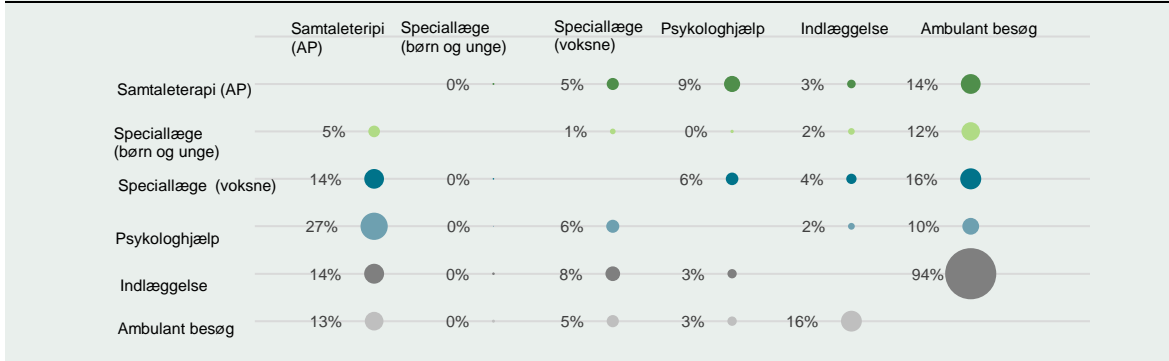
Patientsammenfald er relativt begrænset, også når der ses mellem hver af de enkelte behandlingsområder i en krydstabel. Hver række i figur 6 illustrerer, hvor stor en andel af patienterne fra de enkelte områder i sundhedssektoren, der har været i kontakt med andre dele af sundhedssektoren i 2016.

For patienter i speciallægepraksis er der fx et vist sammenfald med ambulante besøg. Således har 12 pct. af børn og unge fra speciallægepraksis i børnepsykiatri også ambulante besøg, og tilsvarende har 16 pct. af voksne med kontakt til praktiserende speciallæge i psykiatri også ambulante besøg. Det omvendte er imidlertid ikke tilfældet. Blot 5 pct. af patienter med ambulante besøg har også været i kontakt med speciallægepraksis.

Det største patientsammenfald gælder dog indlagte personer, hvor næsten alle patienter også har en eller flere ambulante besøg i løbet af året. Herudover er der relativt store patientsammenfald med de enkelte områder og samtaleterapi i almen praksis (mellem 5 og 27 pct.).

Figur 6

Patientssammenfald mellem de enkelte områder i sygehussektoren og udvalgte dele af praksissektoren, 2016*



Anm.: *Procenterne skal læses rækkevis. Samtaleterapi er ved almen praksis. Psykologhjælp indeholder kun personer med henvisningsårsag angst eller depression. Speciallæge omfatter praktiserende speciallæge i specialerne børnepsykiatri og psykiatri. Indlæggelse og ambulant besøg omfatter psykiatriske sygehuse. Kilde: Egne beregninger på baggrund af Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sygesikringsregisteret, Sundhedsdatastyrelsen

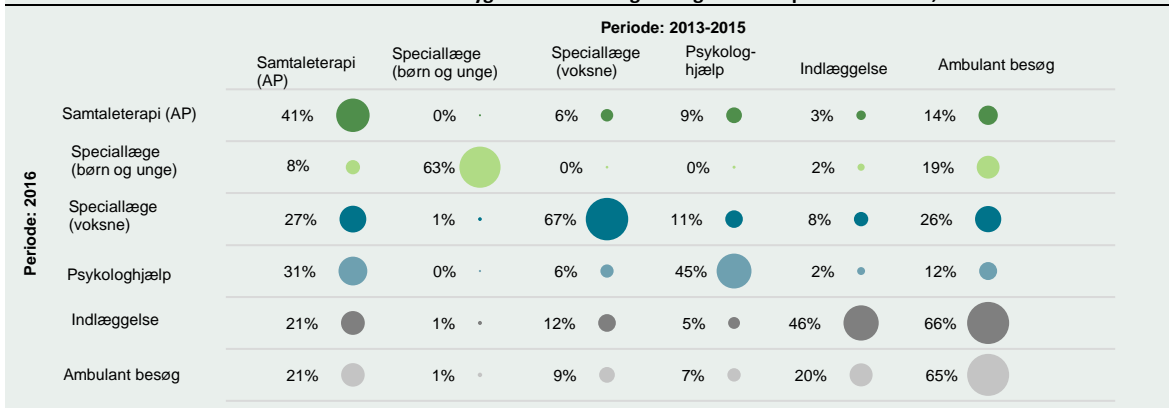
Set på patientsammenfald over flere år bliver billedet lidt mere nuanceret. Hver række i figur 7 illustrerer patienter med kontakt til sygehusene og i praksissektoren i løbet af 2016. Hver kolonne angiver, hvilke type kontakter de selvsamme patienter havde årene før (over perioden 2013-2015). Patientsammenfald på tværs af områder er generelt lidt højere, end når der kun ses på et enkelt år. Men de største patientsammenfald ses i figurens diagonal. Det betyder, at overlap er størst inden for præcis samme behandlingsområde.

Næsten halvdelen af patienterne, der har fået samtaleterapi i 2016, har også fået samtaleterapi i løbet af perioden 2013-2015. Omtrent samme andel gælder henholdsvis patienter der modtager psykologhjælp og som er indlagte. Andelen af patienter med samme kontakttypen er endnu højere for speciallægehjælp og ambulante besøg. Her har ca. to ud af tre patienter, der blev behandlet i 2016, også haft kontakter i løbet af perioden 2013-15 hos den præcis samme type behandler.

Det tyder dermed på, at en del af patienterne er i et længere behandlingsforløb, som oftest sker inden for præcis samme type behandling – dvs. enten speciallægepraksis, psykologhjælp, ambulant behandling på sygehuset osv.

Figur 7

Patientssammenfald mellem de enkelte områder i sygehussektoren og udvalgte dele af praksissektoren, 2013-2016*



Anm.: *Procenterne skal læses rækkevis. Samtaleterapi er ved almen praksis. Psykologhjælp indeholder kun personer med henvisningsårsag angst eller depression. Speciallæge omfatter praktiserende speciallæge i specialerne børnepsykiatri og psykiatri. Indlæggelse og ambulant besøg omfatter psykiatriske sygehuse. Kilde: Egne beregninger på baggrund af Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sygesikringsregisteret, Sundhedsdatastyrelsen

4. Det psykiatriske sygehusvæsen

Den sygehusbaserede psykiatri er forankret i regionerne og varetager bl.a. diagnostik og behandling af psykiske lidelser. Det er primært de middelsvære og svære tilstande, der behandles på psykiatriske sygehuse. Psykiatrien består af flere forskellige tilbud, akutte/planlagte, ambulante såvel som stationære (indlæggelser). Sygehuspsykiatrien er organiseret i en voksenpsykiatri og en børne- og ungdomspsykiatri.

4.1 Regionale udgifter til psykiatriske sygehuse

Der er forskellige kilder til opgørelse af regionernes udgifter til psykiatriske sygehuse, *jf. Metode og definitioner, afsnit 8.1.*

Med udgangspunkt i regionernes tilrettede driftsudgifter, udgjorde det psykiatriske sygehusvæsen i 2016 samlet set ca. 8,9 mia. kr. (2017-priser), *jf. tabel 1.* Godt 3,5 mia. kr., svarende til ca. 40 pct. af de samlede udgifter, kan henføres til udgifterne i Region Hovedstaden. Det er 10 pct. point mere end Region Hovedstadens andel af den samlede patientpopulation tilsiger. Knap 20 pct. af de samlede udgifter afholdes i Region Syddanmark, hvilket er ca. 8 pct. point under deres patientandel.

Tabel 1
Tilrettede driftsudgifter til psykiatriske sygehuse fordelt på regioner, 2010-2016

Mio kr. 2017-priser	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Gns. årlig pct. vækst	Udgiftsandel i 2016 (pct.)	Andel af patienterne (pct.)	Andel i bef. (pct.)
Nordjylland	598	620	662	683	693	694	736	3,5	8	9	10
Midtjylland	1.531	1.571	1.650	1.682	1.705	1.733	1.749	2,2	20	22	23
Syddanmark	1.306	1.420	1.457	1.470	1.527	1.598	1.647	3,9	18	26	21
Hovedstaden	3.098	3.136	3.254	3.414	3.417	3.538	3.546	2,3	40	30	31
Sjælland	1.064	1.064	1.127	1.131	1.166	1.172	1.232	2,5	14	15	15
Hele landet	7.600	7.811	7.148	7.380	8.509	8.735	8.910	2,7	100	100	100
- Heraf børn og unge	1.167	1.191	1.301	1.297	1.327	1.345	1.355	2,5	15	23	22
- Heraf voksne	6.456	6.631	6.868	7.096	7.174	7.383	7.554	2,7	85	77	78

Anm.: De tilrettede driftsudgifter (DTD) er korrigerede regnskabstal for hospitaler og regioner indberettet til centraladministrationen og bruges til DRG og DAGS-takstberegning og produktivitetsopgørelser.
Kilde: Regionernes indberetninger til Sundhedsdatastyrelsen

Forskelle på tværs af regionerne i udgiftsandelene sammenholdt med patientandelene kan skyldes flere forskellige faktorer. På den ene side kan der være forskelle i patientsammensætningen og dermed patienttyngde på tværs af de fem regioner, og på den anden side kan der være forskelle i evnen til at udnytte eksisterende kapacitet bedst muligt og tilbyde de mest omkostningseffektive behandlingsmuligheder til patienterne.

Driftsudgifterne til psykiatrien er steget med 1,3 mia. kr. i faste priser fra 7,6 mia. kr. i 2010 til 8,9 mia. kr. i 2016, dvs. en realvækst på 17 pct. over perioden og i gennemsnit 2,7 pct. årligt. De største vækstrater konstateres i Region Nordjylland og Syddanmark med henholdsvis 3,5 og knap 4 pct. pr. år. Hovedparten af udgifterne kan henføres til voksenpsykiatrien, som med knap 7,6 mia. kr. udgør ca. 85 pct. af de samlede udgifter. Børne- og ungdomspsykiatrien udgør næsten 1,4 mia. kr., svarende til ca. 15 pct. af de samlede udgifter.

Stigningen i udgifterne til psykiatrien skal dels ses i lyset af stigende antal patienter og dels, at der politisk set over de senere år er prioriteret øgede midler til området.

Til sammenligning udgør de tilrettede driftsudgifter til somatiske sygehuse¹ ca. 65,7 mia. kr. i 2016. Det er over 7 gange mere end udgifterne til psykiatrien. Kræftområdet er et af de historisk set højt prioriterede områder, hvortil der er tilført adskillige målrettede bevillinger. De psykiatriske sygehuse adskiller sig på mange måder fra kræftområdet, men ren størrelsesordenmæssigt skønnes udgifterne til de to områder at være på omtrent samme niveau, *jf. boks 1*.

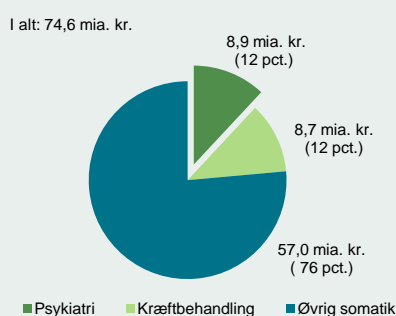
Boks 1

Sammenligning af udgifter til psykiatriske sygehuse og somatiske sygehuse, herunder kræftområdet

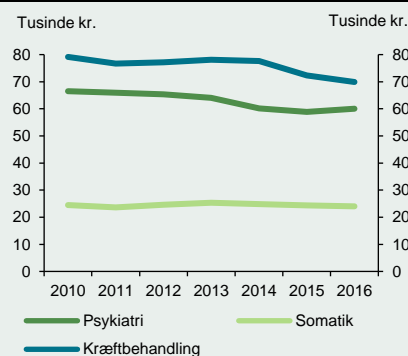
Udgiftsmæssigt kan psykiatrien sammenholdes med de tilrettede driftsudgifter til kræftbehandlingen, som skønnes at udgøre 8,7 mia. kr. i 2016, *jf. figur a*. Udgifterne pr. patient i psykiatrien udgjorde i 2016 ca. 60.000 kr., *jf. figur b*. Til sammenligning skønnes udgiften pr. kræftpatient at udgøre ca. 69.900 kr. mens udgiften pr. patient, der er i kontakt med det somatiske sygehus skønnes at være 24.000 kr.

Fra 2010 til 2016 er udgiften pr. psykiatrisk patient faldet fra ca. 66.500 kr. til 60.000 kr. Dette skal bl.a. ses i lyset af, at antallet af ambulante kontakter er steget relativt mere end stationære indlæggelser, *jf. tabel 4*. En ambulant kontakt er typisk væsentligt billigere end en indlæggelse. Samtidigt er antal indlæggelsesdage faldet over perioden. Faldende udgifter pr. patient er også gældende for kræftpatienter, mens udgifter pr. somatisk patient er steget svagt over perioden samme periode.

Figur a
Tilrettede driftsudgifter til psykiatri, øvrig somatisk behandling, og skønsmæssig beregning for kræftområdet, 2016



Figur b
Udviklingen i udgifter pr. patient til psykiatri, kræftbehandling og øvrig somatisk behandling, 2010-2016



Forbehold ved sammenligning på tværs af sygdomsgrupper

Der skal tages vis forbehold i forbindelse med sammenligning af udgifterne til psykiatriske sygehuse med udgifterne til kræftområdet. Det er ikke muligt at opgøre de direkte faktiske udgifter, som kan henføres til kræftområdet. Det er dog muligt at sammenligne indirekte, idet produktionsværdien på kræftområdet kan opgøres på baggrund af DRG-takster (diagnoserelaterede grupper) og DAGS-takster (dansk ambulant grupperingsystem). Det er i beregningerne *forudsat*, at kræftområdets andel af de tilrettede driftsudgifter for somatiske sygehuse er den samme som kræftområdets andel af den samlede produktionsværdi opgjort ved DRG og DAGS-takster på offentlige sygehuse, er det muligt beregningsteknisk af få opgjort et groft skøn for de tilrettede driftsudgifter på kræftområdet. I forhold til udgifterne er der således anvendt samme kilde til såvel psykiatri og kræftområdet. Det vurderes, at den anvendte metode giver det bedste sammenligningsgrundlag mellem kræft og psykiatri. Enhedsudgifter pr. patient skal også tages med forbehold for manglende standardisering af sygdomsbyrden i patientsammensætningen.

Anm.: De tilrettede driftsudgifter (DTD) er korrigerede regnskabstal for hospitaler og regioner indberettet til centraladministrationen og bruges til DRG- og DAGS-takstberegning samt produktivitetsopgørelser.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af Sundhedsdatastyrelsen, DRG-grupperet LPR, offentlige sygehuse.

Nettodriftsudgifter til personale udgør hovedparten af udgifterne til psykiatriske sygehuse

Størstedelen af udgifterne til psykiatriske sygehuse bruges på aflønning af personale. Fordelt på enkelte udgiftskomponenter udgjorde lønninger til personale og vikarer i 2016 ca. 7,5 mia. kr., svarende til 85 pct. af udgifterne til regional psykiatri, *jf. tabel 2*. Til sammenligning udgør lønninger ca. 70 pct. af udgifterne til somatiske sygehuse i regionerne.

¹ Under de somatiske sygehuse hører alle fysiske sygdomsområder.

Den næststørste udgiftskomponent i de psykiatriske sygehuse er øvrige udgifter, hvilket bl.a. omfatter anskaffelser, inventar, apparatur, kliniske analyser, patientskadeerstatning mv. Disse udgjorde ca. 14 pct. af den samlede udgift, svarende til 1,2 mia. kr. Medicin udgjorde ca. 2 pct., svarende til 137 mio. kr.

Tabel 2
Nettodriftsudgifter til psykiatriske sygehuse, 2011-2016

2017-priser	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Pct. ændr.	Gns årlig pct. vækst	Andel (pct.)
Personale	6.636	6.861	6.988	7.175	7.262	7.463	12,5	2,4	85
Medicin	126	115	109	112	141	137	8,7	1,7	2
Øvrige udgifter	1.052	1.038	1.146	1.077	1.160	1.201	14,2	2,7	14
I alt	7.814	8.014	8.243	8.364	8.563	8.801	12,6	2,4	100

Anm. Nettodriftsudgifterne er udgifter og indtægter vedrørende regionens sygehuse samt udgifter og indtægter vedrørende sygehusydelse.
Kilde: Regionernes særlige indberetning til Økonomi- og Indenrigsministeriet

4.2 Sundhedsfagligt personale ansat på psykiatriske sygehuse

I 2016 udgjorde det sundhedsfaglige personale ca. 10.200 personer på de psykiatriske sygehuse, jf. tabel 3. Det svarer til ca. 14 pct. af sundhedsfagligt personale i hele den offentlige sygehussektor.

Tabel 3
Udvikling i antal fuldtidsbeskæftiget sundhedsfagligt personale i de regionale psykiatriske sygehuse, 2010-2016

Antal	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Pct. ændr.	Gns. årlig pct. vækst	Andel (pct.)
Læger	1.314	1.275	1.366	1.422	1.470	1.427	1.467	11,7	1,9	14
Psykologer	699	712	797	891	958	975	1.048	49,9	7,0	10
Sygeplejersker	3.126	3.222	3.481	3.765	3.993	4.004	4.137	32,4	4,8	41
Social- og sundhedsassistenter	2.526	2.439	2.296	2.282	2.373	2.387	2.334	-7,6	-1,3	23
Øvrige*	1.240	1.155	1.157	1.213	1.211	1.134	1.195	-3,6	-0,6	12
I alt	8.905	8.803	9.097	9.573	10.005	9.927	10.182	14,3	2,3	100
- Heraf børne- og ungdomspsykiatri	1.323	1.309	1.395	1.465	1.507	1.512	1.531	15,7	2,5	15
- Heraf voksenpsykiatri	7.582	7.494	7.699	8.108	8.499	8.415	8.651	14,1	2,2	85
Hele sygehussektoren, inkl. somatik	73.013	72.041	72.159	74.094	74.743	74.518	74.681	2,3	0,4	100

Anm.: Antallet af fuldtidsstillinger. Øvrige består af socialrådgiver, pædagoger, fysio- og ergoterapeuter og anden sundhedsgruppe.
Kilde: Egne beregninger pba. af Danske Regioner og Sundhedsdatastyrelsen

Fra 2010 til 2016 er antallet af sundhedsfagligt personale beskæftiget i psykiatrien steget med ca. 14 pct., svarende til en gennemsnitlig årlig vækst på 2,3 pct. Det skal bl.a. ses i lyset af, at antal patienter er steget med 30 pct. over samme periode, jf. tabel 4. Til sammenligning er den procentvise vækst for personalet i hele sygehussektoren, inklusiv somatiske sygehuse betydeligt svagere, ca. 2 pct. over hele perioden 2010-16, svarende til en årlig procentvis vækst på ca. 0,4 pct.

Med en stigning på 50 pct. over perioden 2010-16 er psykologerne ansat på psykiatriske sygehuse den faggruppe, der er vokset mest i de senere år. Antallet af sygeplejersker er steget med ca. 32 pct., mens antallet af læger er steget med ca. 12 pct. i samme periode.

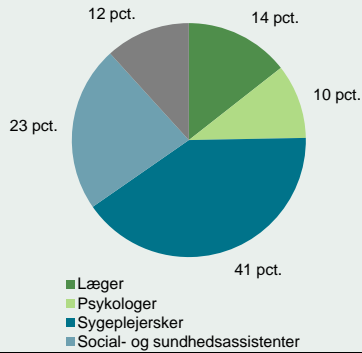
Ud af de ca. 10.200 ansatte i psykiatrien er hovedparten, (ca. 8.700 fuldtidsbeskæftigede) ansat i den regionale voksenpsykiatri, og de resterende ca. 1.500, svarende til 15 pct. er ansat i den regionale børne- og ungdomspsykiatri.

Den største personalegruppe i psykiatrien er sygeplejersker (ca. 41 pct.) efterfulgt af social- og sundhedsassistenter (23 pct.) samt læger (14 pct.), jf. figur 8. I 2016 udgjorde de tilsammen knap 80 pct. af det sundhedsfaglige personale, som er ansat på psykiatriske sygehuse. De tre personalegrupper udgør tilsammen omtrent samme andel, hvis der ses på personalefordelingen i hele sygehussektoren.

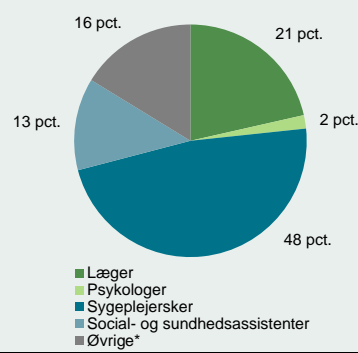
På de psykiatriske sygehuse er andelen af læger og sygeplejersker lidt lavere end på de offentlige sygehuse generelt, mens andelen af social- og sundhedsassistenter og psykologer generelt er højere.

Figur 8
Procentvis fordeling af det sundhedsfaglige personale i ansat på sygehusene, 2016

Psykiatriske sygehuse



Hele sygehussektoren



Anm.: Øvrige består af socialrådgiver, pædagoger, fysio- og ergoterapeuter andet sundhedsfagligt personale.
 Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danske Regioner og Sundhedsdatastyrelsen

Det bemærkes, at opgørelse af personale fordelt på de enkelte kategorier på henholdsvis psykiatriske sygehuse og alle offentlige sygehuse baserer sig på forskellige kilder. Sammenligninger mellem de to opgørelser skal derfor tages med et vist forbehold.

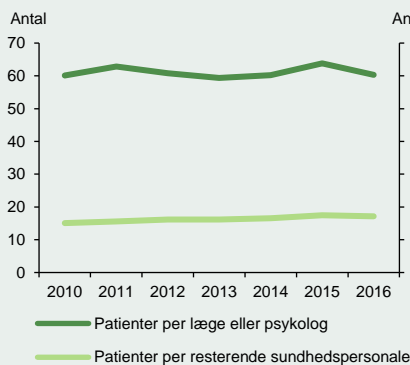
4.3 Personaleforbrug pr. patient og antal sengepladser

Antal patienter pr. læge eller psykolog i børne- og ungdomspsykiatrien er steget fra 51 til 56, svarende til en stigning på knap 20 pct. over perioden 2010-16, *jf. figur 9*. Antal patienter pr. resterende personale er tilsvarende steget fra 28 til 36, svarende til en stigning på knap 30 pct.

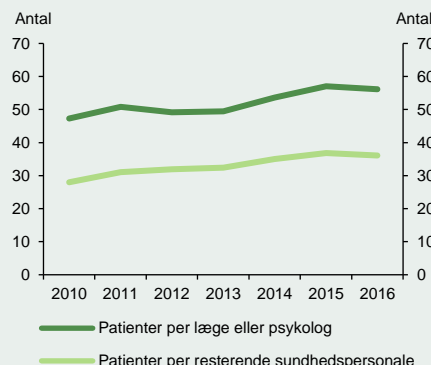
Figur 9

Udviklingen i antal patienter pr. sundhedsfagligt personale ansat på psykiatriske sygehuse, 2010-2016

Børne- og ungdomspsykiatrien



Voksenpsykiatrien



Kilde: Egne beregninger pba. Danske Regioner og Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sundhedsdatastyrelsen

Når antallet af patienter er steget relativt mere end det sundhedsfaglige personale, betyder det, at den enkelte beskæftigede i børne- og ungdomspsykiatrien håndterer flere patienter i gennemsnit i 2016 sammenlignet med 2010. Dette skal bl.a. ses i lyset af, at der i børne- og ungdomspsykiatrien er sket en større stigning i ambulante patienter sammenlignet med indlagte patienter over perioden 2010-16, *jf. tabel 4*. Det betyder, at antal patienter, der har behov for en behandling af begrænset kompleksitet, hvor både sygdommene og ydelserne er hyppigt forekommende, er steget relativt til patienter, der kræver en mere kompleks behandlingsindsats.

Med omkring 60 patienter pr. læge eller psykolog i voksenpsykiatrien er forholdet mellem antal patienter og antal læger/psykologer uændret over perioden 2010-16, mens antallet af patienter pr. øvrigt sundhedsfagligt personale er steget fra 15 til 17, svarende til en stigning på ca. 14 pct. *jf. figur 9*. Dette skal ses i lyset af, at der i voksenpsykiatrien er sket en betydelig stigning i antal ambulante patienter, mens antal indlagte patienter er stort set uændret over perioden 2010-16.

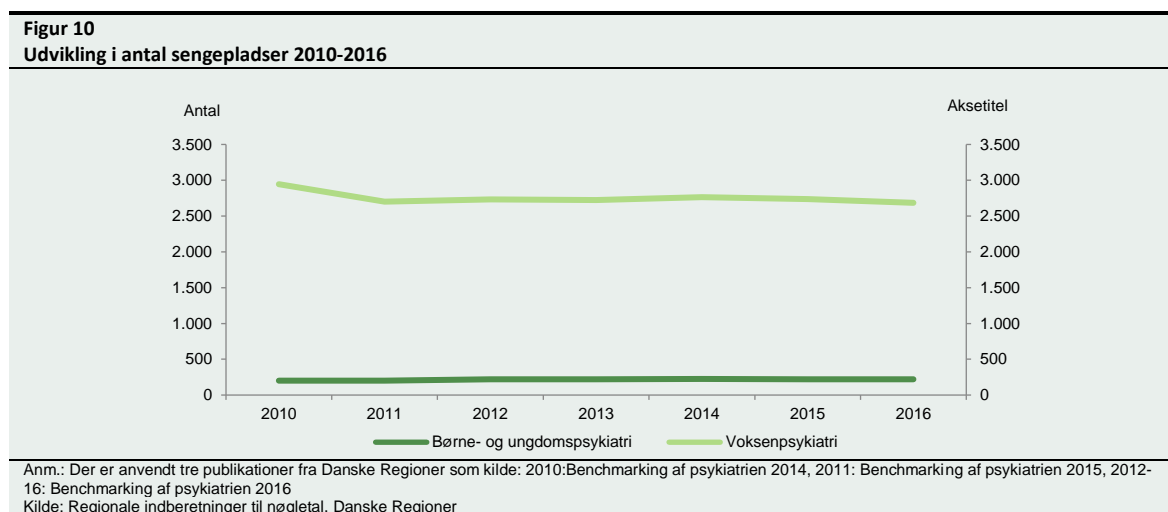
Antallet af patienter pr. læge og psykolog er i 2016 nogenlunde på samme niveau i henholdsvis børne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien, mens antallet af patienter pr. øvrigt sundhedsfagligt personale er højere i børne- og ungdomspsykiatrien.

Generelt er niveauet for antal patienter i forhold til det sundhedsfaglige personale lavere på de psykiatriske sygehuse sammenlignet med hele sygehussektoren. Det gælder særligt antal læger og psykologer. I sygehussektoren er der samlet set ca. 166 patienter pr. læge eller psykolog og 50 patienter pr. øvrigt sundhedsfagligt personale. Det betyder, at der på de somatiske sygehuse generelt er færre årsværk pr. patient end på de psykiatriske sygehuse.

Sengepladser

I dag indberetter regionerne særskilte hhv. månedlige og kvartalsvise opgørelser af sengekapaciteten på psykiatriske afdelinger til Danske Regioner og Sundhedsdatastyrelsen. De to opgørelser divergerer imidlertid ofte, bl.a. fordi der anvendes forskellige opgørelsesmetoder.

Med udgangspunkt i tal indberettet til Danske Regioner, var der i 2016 2.905 normerede sengepladser i det offentlige psykiatriske sundhedsvæsen, fordelt på 2.685 pladser i voksenpsykiatrien og 220 pladser i børne- og ungdomspsykiatrien, *jf. figur 10*.



I børne- og ungdomspsykiatrien er antallet af sengepladser forøget over perioden 2010-16 med ca. 9 pct. Dette skal bl.a. ses i lyset af 40 pct. flere indlæggelser i børne- og ungdomspsykiatrien samt uændret antal sengedage over samme periode, *jf. tabel 4*. I voksenpsykiatrien er antallet af sengepladser faldet fra 2.945 pladser i 2010 til 2.685 pladser i 2016, svarende til et fald på ca. 9 pct. Over samme periode er antal indlæggelser i voksenpsykiatrien steget med godt 10 pct., mens antal sengedage er faldet med ca. 10. pct.

4.4 Aktivitet på psykiatriske sygehuse

Antal patienter fordelt på diagnoser

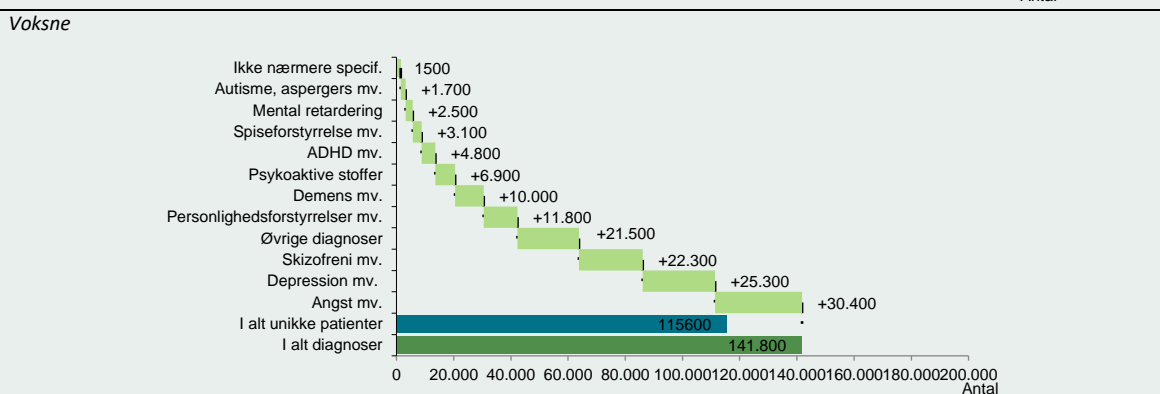
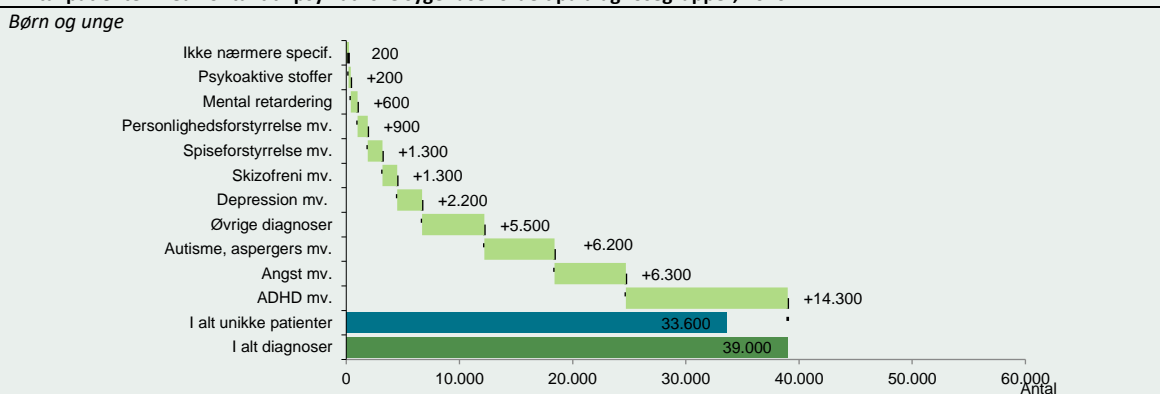
Psykiske lidelser kan klassificeres i WHO's diagnosekodesystem ICD-10, *jf. Metode og definitioner, afsnit 8.2*.

Antallet af unikke patienter i det psykiatriske sygehusvæsen var ca. 148.500 i 2016, svarende til omtrent 2,6 pct. af hele befolkningen, *jf. tabel 4*. Omkring 33.600 personer har haft kontakt i børne- og ungdomspsykiatrien² og 115.600 i voksenpsykiatrien, *jf. figur 11*.

² Det fremgår af *Specialevejledning for Børne- og ungdomspsykiatri, Sundhedsstyrelsen (2017)*, at patienter op til det 18. år bør varetages i børne- og ungdomspsykiatrien. Aldersgrænsen er i øvrigt fleksibel og kan tilrettelægges lokalt og eventuelt efter den enkelte patients særlige forhold. I denne analyse er børne- og ungdomspsykiatrien afgrænset ved patienter, der er 18 år og derunder efter samme definition som Sundhedsdatastyrelsen anvender bl.a. i "Udvalgte nøgletal for det regionale sundhedsvæsen 2009-2016".

Figur 11

Antal patienter med kontakt til psykiatriske sygehuse fordelt på diagnosegrupper, 2016



Anm.: Børn og unge er afgrænset til personer, der på behandlingstidspunktet var i alderen 0-18 år og voksne er opgjort som personer, der er 19 år eller derover. "I alt unikke patienter" angiver unikke patienter i psykiatrien, mens "I alt diagnoser" angiver summen af alle patienter inden for hver diagnosegruppe. En patient kan således optræde i flere forskellige diagnose-grupper. Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser er klassificeret efter ICD-10, men der er angivet navne for eksempler på sygdomme inden for diagnosegruppen, se Metode og definitioner, afsnit 8.2.
Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sundhedsdatastyrelsen

ADHD og andre adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser (diagnosegruppe F90-98) er den hyppigst registrerede psykiatriske diagnose blandt børn og unge. Omkring 14.300 børn og unge med diagnosen ADHD har været i kontakt med et psykiatrisk sygehus i 2016. Det svarer til, at knap en ud af fire patienter i børne- og ungdomspsykiatrien har diagnosen ADHD. Angst og andre nervøse og stress-relaterede tilstande (diagnosegruppe F40-49) samt skizofreni o.l. (diagnosegruppe F20-29), er også nogle af de hyppige diagnoser i børne- og ungdomspsykiatrien med henholdsvis 6.300 og 6.200 børn og unge, svarende til ca. 16 pct. af patienterne.

Herudover er der relativt mange børn og unge kategoriseret med *øvrige diagnoser*, som hovedsageligt omfatter en række udredningskoder som "*observation pga. mistanke om psykisk lidelse eller adfærdforstyrrelse*" (ca. 71 pct. af alle med øvrig diagnose), og "*kontakt mhp. psykiatrisk undersøgelse ikke klassificeret andetsteds*" (ca. 12 pct. af alle med øvrig diagnose).

I voksenpsykiatrien er 30.400 personer, svarende til en ud af fem patienter, i kontakt med et psykiatrisk sygehus med diagnosen angst o.l. (diagnosegruppe F40-F49). Omkring 25.300 personer, svarende til 18 pct. er i kontakt med psykiatrien som følge af depression mv. (diagnosegruppe F30-39), mens ca. 22.300, svarende til 16 pct. af patienterne har skizofreni o.l. (diagnosegruppe F20-29).

Herudover har 21.500 voksne, svarende til 15 pct. øvrige diagnoser, der hovedsageligt inkluderer udredningsdiagnoserne: "*observation pga. mistanke om psykisk lidelse eller adfærdforstyrrelse*" (53 pct.) og "*kontakt mhp. psykiatrisk undersøgelse ikke klassificeret andetsteds*" (ca. 10 pct.) mv. Voksne patienter i kontakt med retspsykiatri udgør ca. 2.000 personer, svarende til ca. 9 pct. af hele gruppen med øvrige diagnoser.

Udvikling i antal patienter og kontakter over perioden 2010-2016

Over perioden 2010-16 er antallet af patienter steget med knap 30 pct., svarende til en stigning på knap 5 pct. årligt, jf. tabel 4. Til sammenligning er stigningen i befolkningen ca. 3 pct. over samme periode, svarende til ca. 0,5 pct. årligt.

Tabel 4 Patienter og kontakter i det psykiatriske sygehusvæsen, 2010-2016									
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Pct. ændr.	Gns. årlig pct vækst
Kontakter og patienter i psykiatrisk sygehusvæsen, i alt									
- Antal patienter i alt (tusinde)	114	118	125	131	142	148	148	30,0	4,5
- Antal kontakter i alt (tusinde)	926	970	1.069	1.147	1.233	1.307	1.340	44,7	6,4
- Gns. antal kontakter pr. patient	8,1	8,2	8,6	8,8	8,7	8,8	9,0	11,1	1,8
Indlæggelser									
- Antal patienter (tusinde)	24	24	25	25	26	25	24	1,4	0,2
- Antal indlæggelser (tusinde)	41	42	43	44	46	46	46	11,7	1,9
- Gns. antal indlæggelser	1,7	1,7	1,7	1,8	1,8	1,8	1,9	11,8	1,9
- Antal dage (tusinde)	995	971	954	917	926	900	901	-9,4	-1,6
- Gns. liggetid pr. indlæggelse	24,3	23,3	22,0	20,7	20,3	19,5	19,7	-18,9	-3,4
- Genindlæggelsesfrekvens (pct.)	21,0	20,9	21,6	22,3	22,4	23,1	24,0	14,3	2,3
- Færdigbehandlingsdage	40.030	29.660	31.480	30.345	27.940	20.825	24.205	-39,5	-8,0
Ambulante besøg									
- Antal patienter (tusinde)	112	116	122	128	139	147	147	31,9	4,7
- Antal ambulante besøg (tusinde)	885	929	1.025	1.102	1.187	1.261	1.294	46,2	6,5
- Gns. antal ambulante besøg	7,9	8,0	8,4	8,6	8,5	8,6	8,8	11,4	1,8
Børn og unge - kontakter og patienter, i alt									
- Antal patienter i alt (tusinde)	23	25	27	29	32	34	34	44,5	6,3
- Antal kontakter i alt (tusinde)	123	136	152	165	183	194	196	59,0	8,0
- Gns. antal kontakter pr. patient	5,3	5,4	5,6	5,7	5,7	5,7	5,8	9,4	1,5
Indlæggelser									
- Antal patienter (tusinde)	1,5	1,5	1,7	1,6	1,7	1,8	1,7	12,7	2,0
- Antal indlæggelser (tusinde)	2,1	2,1	2,3	2,5	2,7	3,0	2,9	42,0	6,0
- Gns. antal indlæggelser	1,4	1,5	1,4	1,5	1,6	1,7	1,7	21,4	3,3
- Antal dage (tusinde)	71	69	64	77	78	75	71	0,3	0,0
- Gns. liggetid pr. indlæggelse	34,2	32,2	27,8	31,4	29,4	25,0	24,1	-29,5	-5,7
- Genindlæggelsesfrekvens (pct.)	11,4	15,3	15,7	14,4	16,8	24,4	23,4	105,1	12,7
- Færdigbehandlingsdage	2.390	1.240	1.045	810	635	275	840	-64,9	-16,0
Ambulante besøg									
- Antal patienter (tusinde)	23	25	27	29	32	34	34	45,2	6,4
- Antal ambulante besøg (tusinde)	121	134	150	162	181	191	193	59,3	8,1
- Gns. antal ambulante besøg	5,2	5,3	5,6	5,7	5,7	5,7	5,7	9,6	1,5
Voksne - kontakter og patienter i psykiatrisk sygehusvæsen, i alt									
- Antal patienter i alt (tusinde)	91	94	98	103	110	115	116	26,5	4,0
- Antal kontakter i alt (tusinde)	803	835	916	982	1.049	1.113	1.145	42,5	6,1
- Gns. antal kontakter pr. patient	8,8	8,9	9,3	9,5	9,5	9,6	9,9	12,5	2,0
Indlæggelser									
- Antal patienter (tusinde)	23	23	23	24	24	23	23	0,7	0,1
- Antal indlæggelser (tusinde)	39	40	41	42	43	43	43	10,1	1,6
- Gns. antal indlæggelser	1,7	1,7	1,8	1,8	1,8	1,8	1,9	11,8	1,9
- Antal dage (tusinde)	924	902	890	839	848	825	830	-10,2	-1,8
- Gns. liggetid pr. indlæggelse	23,8	22,8	21,7	20,0	19,7	19,1	19,4	-18,5	-3,3
- Genindlæggelsesfrekvens (pct.)	21,5	21,2	21,9	22,7	22,7	23,0	24,1	12,0	1,9
- Færdigbehandlingsdage	37.640	28.420	30.435	29.535	27.305	20.550	23.365	-37,9	-7,6
Ambulante besøg									
- Antal patienter (tusinde)	89	91	95	100	108	114	114	28,7	4,3
- Antal ambulante besøg (tusinde)	764	795	875	940	1.006	1.069	1.102	44,2	6,3
- Gns. antal ambulante besøg	8,6	8,7	9,2	9,4	9,3	9,4	9,6	11,6	1,9

Anm.: Børn og unge er afgrænset til personer, der på behandlingstidspunktet var i alderen 0-18 år og voksne er opgjort som personer, der er 19 år eller derover.
Kilde: Egne beregninger pba. Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sundhedsdatastyrelsen

Væksten i antallet af patienter er primært drevet af en vækst i ambulante patienter. Antallet af ambulante patienter er steget med knap en tredjedel, mens antallet af indlagte patienter stort set er uændret over perioden 2010 til 2016.

Antallet af kontakter til de psykiatriske sygehuse er steget med ca. 45 pct., svarende til ca. 6 pct. årligt. Da antallet af kontakter er steget mere end antal patienter indebærer det, at den enkelte patient modtager flere enkeltydelser i 2016 end i 2010.

Væksten i antallet af kontakter er primært drevet af flere ambulante besøg. Antal ambulante besøg er steget med ca. 46 pct. over perioden, mens antal indlæggelser er steget med knap 12 pct. Samtidigt er antal sengedage faldet med knap 10 pct.

Et stigende antal indlæggelser kombineret med et faldende antal sengedage indebærer, at den gennemsnitlige liggetid pr. indlæggelse er faldet med knap 20 pct. En større stigning i antal ambulante besøg i forhold til antal ambulante patienter indebærer, at antal ambulante besøg pr. patient i gennemsnit er steget fra 7,9 årlige besøg til 8,8 årlige besøg over perioden 2010-16. Færre indlæggelsesdage og flere ambulante besøg er en tendens, der også er gældende for patienter med kontakt til somatiske sygehuse.

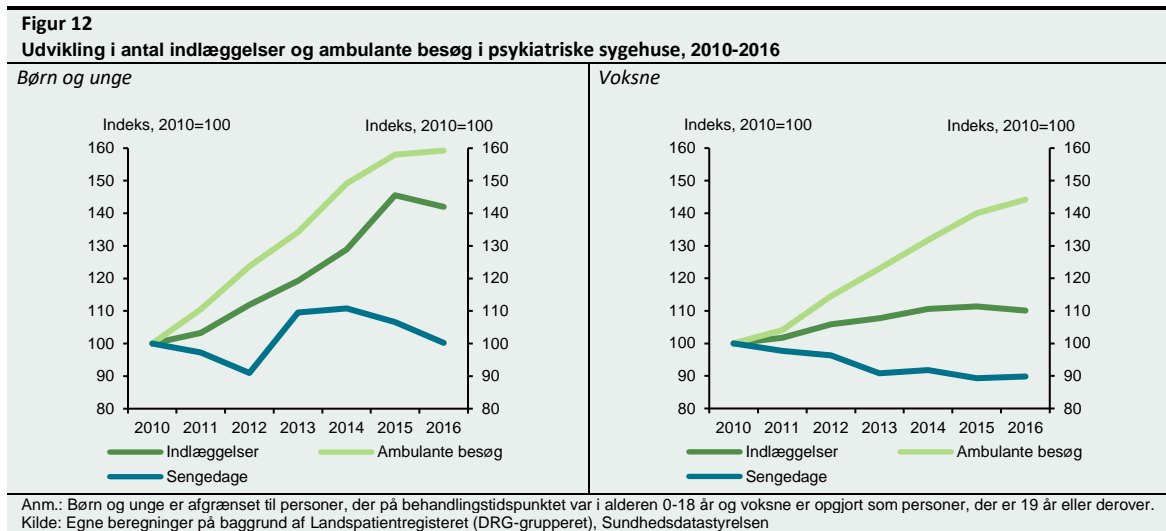
Sandsynligheden for, at en indlæggelse efterfølges af en akut genindlæggelse indenfor 30 dage, er større i psykiatrien end på de somatiske sygehuse. Næsten hver fjerde indlæggelse fører til en genindlæggelse i 2016. Over perioden 2010-16 er genindlæggelsesfrekvensen på psykiatriske sygehuse steget fra ca. 21 pct. til 24 pct. Stigning i genindlæggelsesfrekvensen er særligt udpræget i børne- og ungdomspsykiatrien, hvor der over perioden 2010-16 er sket mere end en fordobling i frekvensen, fra ca. 11 pct. i 2010 til ca. 23 pct. i 2016.

Siden 2010 er antallet af færdigbehandlingsdage reduceret med 40 pct. og udgør i 2016 ca. 24.200 dage, hvilket svarer til ca. 60 sengepladser. Antallet af færdigbehandlingsdage pr. indlæggelse er i 2016 ca. 17 gange højere i psykiatrien end på de somatiske sygehuse. Antallet af sengedage pr. indlæggelse er dog også højere i psykiatrien sammenlignet med somatiske sygehuse, og sammenlignes antallet af færdigbehandlingsdage pr. 1.000 sengedage er antallet af færdigbehandlingsdage ca. 3 gange højere i psykiatrien end på somatiske sygehuse.

Dekomponering af aktivitetsudviklingen

Antal ambulante besøg er steget med næsten 60 pct. i børne- og ungdomspsykiatrien, og godt 40 pct. i voksenpsykiatrien, jf. figur 12. Der er dog forskel på hvor meget henholdsvis ambulante og stationære behandling fylder i børne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien. I børne- og ungdomspsykiatrien er 99 pct. af kontakterne ambulante besøg, mens den resterende ene procent af aktiviteten udgør indlæggelserne. I voksenpsykiatrien udgør ambulante besøg ca. 97 pct. af kontakterne.

Udviklingen i antal indlæggelser har været mere moderat i voksenpsykiatrien med en stigning på ca. 10 pct., mens stigningen i børne- og ungdomspsykiatrien har været 42 pct. Antal sengedage er stort set uændret over perioden 2010-16 i børne- og ungdomspsykiatrien, mens det er reduceret med mere end 10 pct. i voksenpsykiatrien.



Færre sengedage kan skyldes ændringer i antal indlæggelser og ændringer i varigheden af den enkelte indlæggelse. Stigningen i antal kontakter på de psykiatriske sygehuse kan i princippet skyldes, at der behandles flere unikke patienter og/eller at den enkelte patient gives flere enkeltydelser. Det sidstnævnte kan skyldes en lang række faktorer - på den ene side serviceløft og ændringer i behandlingstilbud og på den anden side generel større sygelighed blandt patienterne og ændret patientsammensætning.

I analysen er det forsøgt at dekomponere aktivitetsudviklingen i hhv.:

1. Flere nye patienter
2. Flere kontakter pr. patient – som er yderligere dekomponeret i
 - a. Forskydninger i patientsammensætning
 - b. Øvrige faktorer

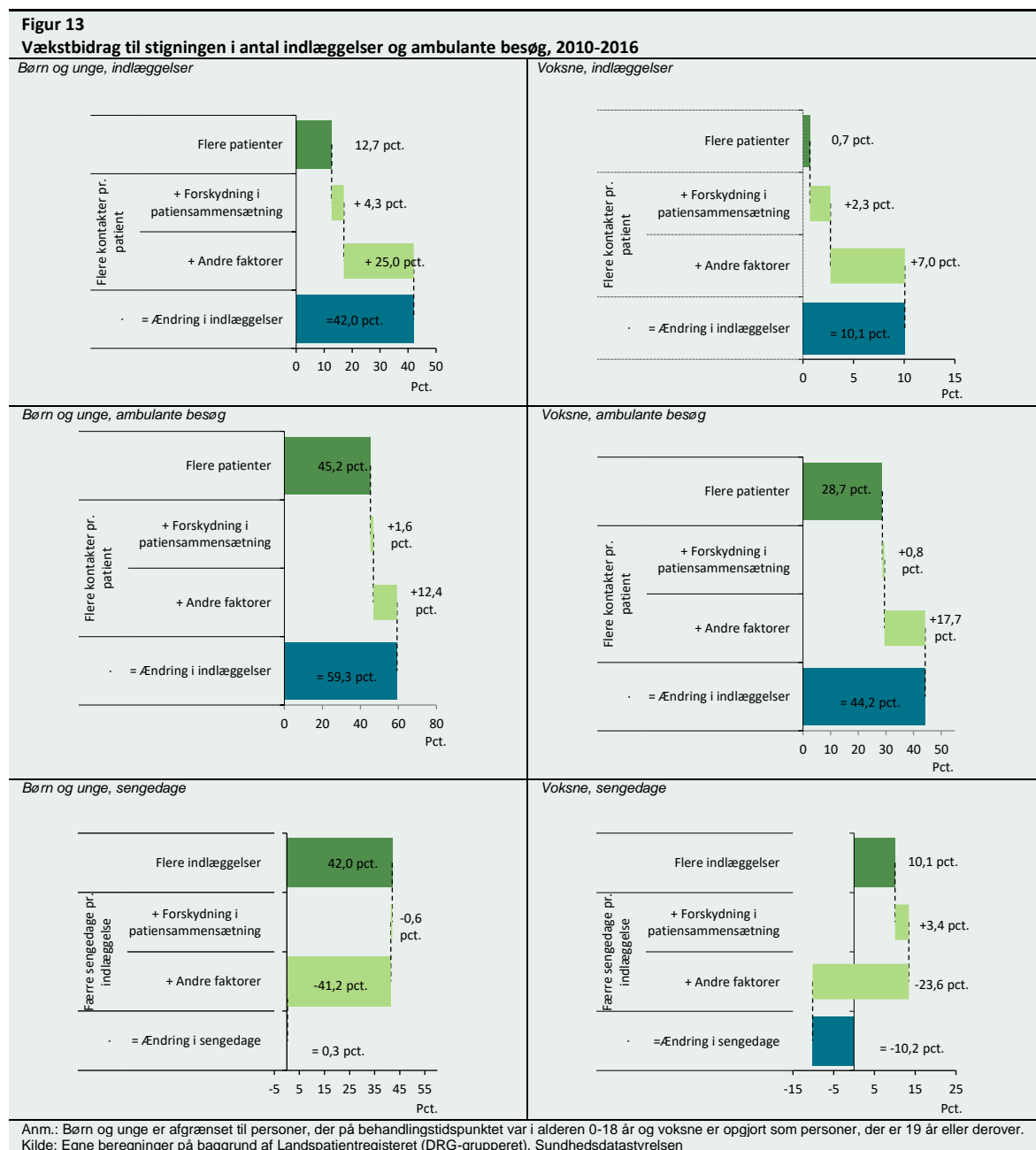
Ved patientsammensætning forstås inddelingen af patienter under forskellige diagnosegrupper, hvor nogle diagnosegrupper særligt kræver indlæggelser mens andre diagnosegrupper behandles mest optimalt ved ambulante besøg.

Nærmere analyse viser, at ændringer af patientsammensætning (den relative forskydning i andelen af patienter med fx skizofreni kontra andelen patienter med angst) kan forklare en mindre del af aktivitetsudviklingen over perioden 2010-16. Det gælder både ambulante besøg, indlæggelser og sengedage. Af det stigende antal indlæggelser i børne- og ungdomspsykiatrien (ca. 42 pct.) bidrager forskydningen i patientsammensætningen som følge af diagnose kun med ca. 4 pct., jf. figur 13. Ændringer i patientsammensætningen bidrager med endnu mindre (kun 2 pct.) til den samlede stigning i ambulante besøg (på ca. 60 pct.) og næsten slet ikke til udviklingen i sengedage i børne- og ungepsykiatrien. Tilsvarende tendenser i forhold til forskydninger i patientsammensætningen gælder også voksenpsykiatrien.

Ud af den samlede vækst på 10 pct. i antal indlæggelser i voksenpsykiatrien kan langt hovedparten forklares ved, at den enkelte patient har flere indlæggelser i 2016 sammenlignet med 2010. Flere indlagte patienter bidrager med under 1 pct. til væsken. Det omvendte er tilfældet for stigningen i ambulante besøg; af den samlede stigning i ambulante besøg på 44 pct. i voksenpsykiatrien skyldes hovedparten, svarende til næsten 30 pct., at der i 2016 behandles flere patienter end i 2010. Tilsvarende tendenser er gældende for børne- og ungdomspsykiatrien.

To modsatrettede faktorer spiller ind i forhold til ændringer i antal sengedage over perioden 2010-16. På den ene side er der flere indlæggelser i 2016 sammenlignet med 2010, særligt i børne- og ungdomspsykiatrien. På den anden side er patienterne indlagt i kortere tid pr. indlæggelse. For børne- og ungdomspsykiatri udligner de to faktorer hinanden, så antal sengedage stort set er uændret over perioden 2010-16. For

voksenområdet er den sidstnævnte faktor dobbelt så høj – hvilket indebærer et fald i antal sengedage over perioden 2010-16.

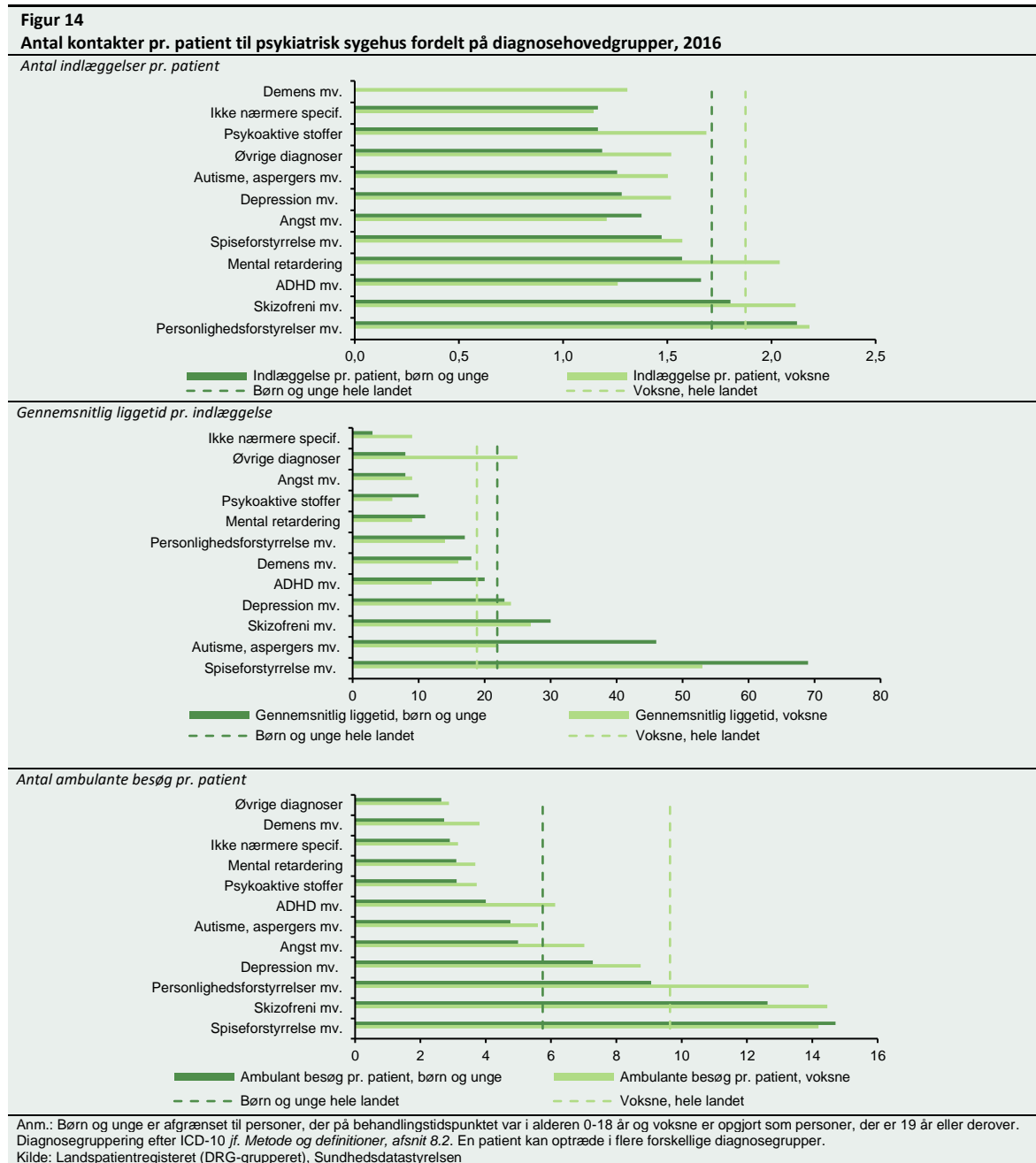


Konklusionen er således, at ændringen i ambulante besøg primært skyldes, at der behandles flere patienter ambulant i 2016 sammenlignet med 2010. Ændringen i antal indlæggelser skyldes primært, at den enkelte patient indlægges hyppigere, mens ændringen i antal sengedage skyldes, at selve indlæggelsen er kortere.

Generelt bidrager forskydninger i patientsammensætningen til kun marginalt flere indlæggelser, ambulante besøg og sengedage. Men den primære forklaringsfaktor i forhold til flere kontakter pr. patient og færre sengedage pr. patient skyldes ikke ændringer i patientsammensætningen, men andre faktorer. Det kan både være nye behandlingstilbud eller øget brug af eksisterende behandlingstilbud, omlægning af patientbehandling fra færre og længere kontakter til flere og kortere kontakter osv.

Forskelle i aktiviteten og udgiften på tværs af psykiatriske diagnoser

Ved sammenligning af kontaktmønsteret i børne- og ungepsykiatrien med kontaktmønsteret i voksenpsykiatrien har voksne patienter generelt flere indlæggelser og flere ambulante besøg pr. patient, mens børn og unge har længere liggetid pr. indlæggelse, jf. figur 14.



Der er betydelige forskelle på, hvor hyppigt de enkelte patienter er i kontakt med henholdsvis de stationære og ambulante afdelinger på de psykiatriske sygehuse, alt efter hvilken diagnose patienterne har.

Både blandt børn og voksne er det patienter med diagnoserne skizofreni mv. og personlighedsforstyrrelser mv., der gennemsnitligt har flest indlæggelser. Fx har voksne, der lider af disse diagnoser, i gennemsnit næsten én årlig indlæggelse mere end voksne, der lider af angst mv.

De længste indlæggelsestider (ca. 70 dage i gennemsnit) har både voksne og børn med spiseforstyrrelse mv. Børn og unge med ADHD er i gennemsnit indlagt 20 dage pr. indlæggelse, mens børn og unge med angst mv. er indlagt i ca. 8 dage pr. indlæggelse.

I forhold til ambulante besøg er det både børn og voksne med skizofreni og spiseforstyrrelser, der gennemsnitligt har flest ambulante besøg pr. patient. Børn og unge med spiseforstyrrelse har i gennemsnit 14,7 årlige ambulante besøg. Til sammenligning har børn og unge med autisme o.l. i gennemsnit 4,8 årlige ambulante besøg.

Baseret på besøgs- og sengedagstakster kan aktiviteten på psykiatriske sygehuse rent beregningsteknisk omregnes til en skønsmæssig individbaseret udgift. Denne udgift svarer ikke til de reelle udgifter for den enkelte kontakt, *jf. også Metode og definitioner, afsnit 8.1*. Med udgangspunkt i disse takster, koster det i gennemsnit omkring 100.000 kr. årligt at behandle en voksen patient med skizofreni mv., *jf. figur 15*.

Patienter, der lider af skizofreni mv. har flere indlæggelser, sengedage og ambulante besøg relativt til den resterende patientgruppe, og er dermed den patientgruppe med de største behandlingsomkostninger.

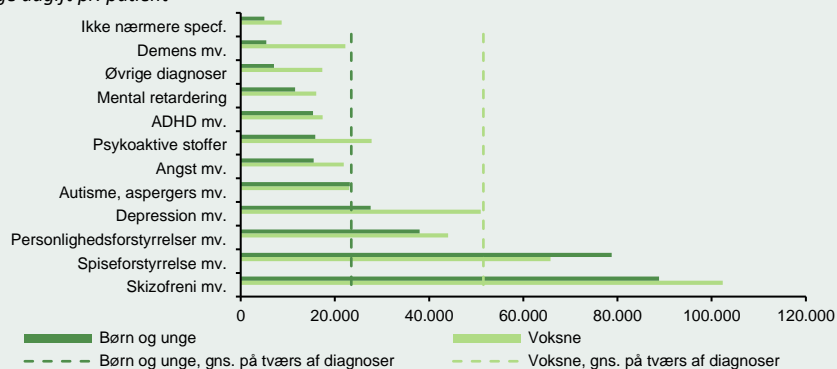
Den enkelte patient med spiseforstyrrelse mv. har årlige behandlingsomkostninger på ca. 79.000 kr. i børne- og ungdomspsykiatrien og på ca. 66.000 kr. i voksenpsykiatrien. I voksenpsykiatrien har, ud over patienterne med skizofreni, patienterne med depression mv. også et relativt høje behandlingsudgifter. Det koster i gennemsnit over 51.000 kr. pr. patient årligt at behandle patienter med depression mv.

Det også muligt at opgøre, hvilke typer diagnoser der fylder udgiftsmæssigt mere end andre på de psykiatriske sygehuse. Den enkelte patient med spiseforstyrrelse er relativt dyr at behandle. Denne patientgruppe fylder samlet set lidt over 10 pct. af de samlede udgifter i børne- og ungdomspsykiatrien og under 5 pct. i voksenpsykiatrien. I børne- og ungdomspsykiatrien fylder ADHD mv. og sygdomme som autisme og aspergers mv. tilsammen ca. halvdelen af de samlede udgifter.

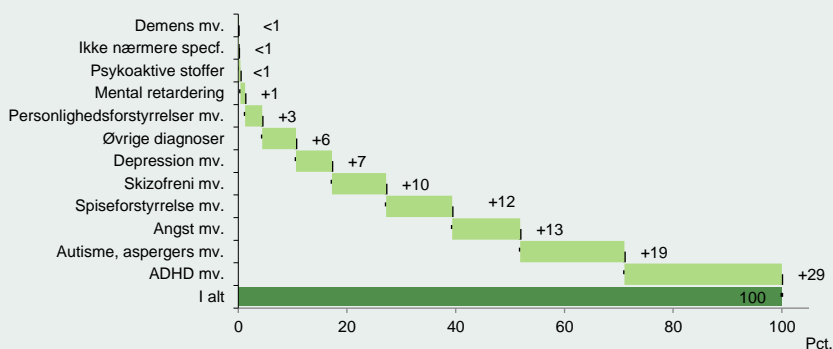
I voksenpsykiatrien er der både forbundet høje gennemsnitlige udgifter til behandling af den enkelte patient med skizofreni, og samtidig er der en vis patientvolumen. Behandlingen af patienter med skizofreni fylder næsten 40 pct. af de samlede udgifter, og behandlingen af mennesker med depression mv. udgør ca. 22 pct. Disse to sygdomsgrupper fylder godt 60 pct. af de samlede udgifter i voksenpsykiatrien.

Figur 15
Individbaserede udgifter til psykiatriske sygehuse fordelt på diagnosegrupper, 2016

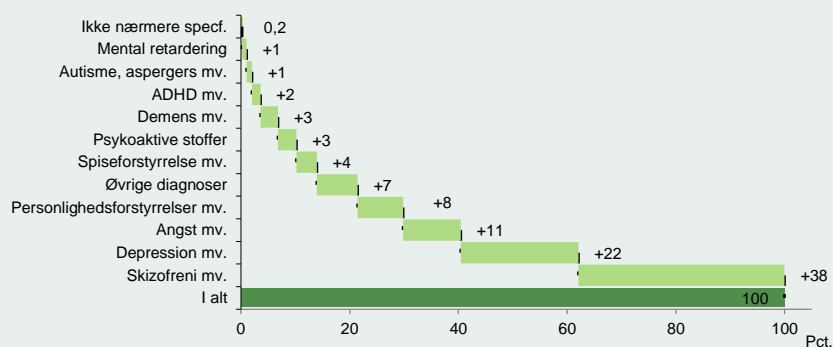
Den gennemsnitlige udgift pr. patient



Andel af de samlede udgifter for børn og unge



Andel af de samlede udgifter for voksne

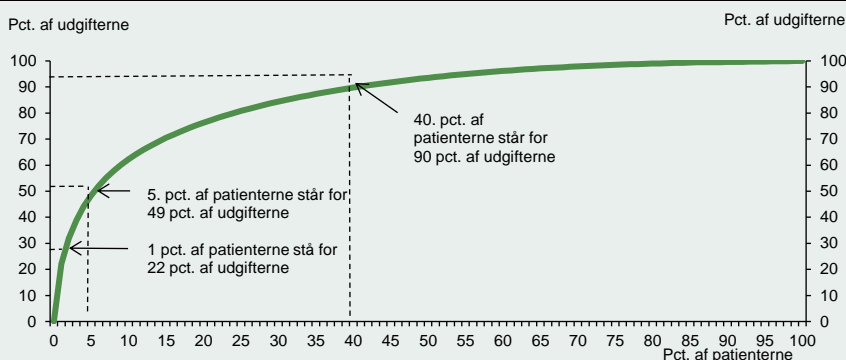


Anm.: Børn og unge er afgrænset til personer, der på behandlingstidspunktet var i alderen 0-18 år og voksne er opgjort som personer, der er 19 år eller derover. Udgifter til psykiatriske sygehuse er baseret på besøgs- og sengedags-takster, og afspejler ikke nødvendigvis ressourceforbruget og de reelle udgifter til regional psykiatri for hver enkelt kontakt. Sengedagstaksten i 2017 udgør 3.628 kr. og besøgstaksten udgør 1.815 kr. Diagnosegruppering efter ICD-10 jf. *Metode og definitioner, afsnit 8.2*. En patient kan optræde i flere forskellige diagnosegrupper. Dataudtrækket er foretaget på en 33 pct. stikprøve. Der kan derfor være tilknyttet en vis stikprøveusikkerhed i forbindelsen med opgørelsen.
 Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Lovmodellen (33 pct. stikprøve).

4.5 Få patienter har stort behandlingsbehov

Der er en betydelig variation i, hvor ofte psykiatriske patienter har kontakt med den regionale psykiatri, hvor længe de er indlagt på et sygehusafsnit og dermed hvor store udgifter, der er forbundet med behandlingen af de enkelte patienter. Det generelle billede er, at en lille del af de psykiatriske patienter står for en stor andel af de samlede udgifter på de psykiatriske sygehuse. Med udgangspunkt i individfordelte udgifter baseret på besøgs- og sengedagstakster er det sådan, at den ene pct. af patienterne med højest omkostningsniveau står for 22 pct. af populationens samlede træk på regionale psykiatriudgifter, jf. figur 16. Samme tendens ses på somatiske sygehuse, hvor den ene pct. af patienter med højest omkostningsniveau står for ca. 30 pct. af behandlingsudgifterne.

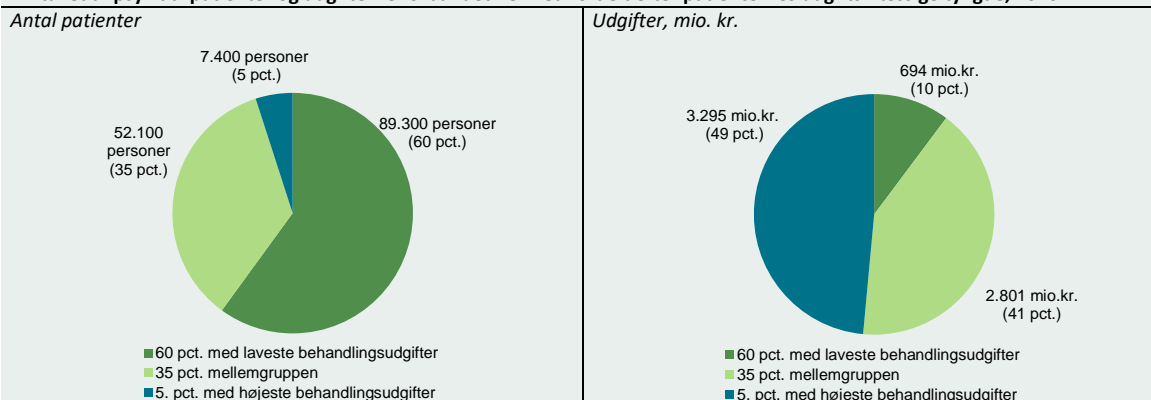
Figur 16
Udgifter til behandling på psykiatriske sygehuse fordelt på andelen af psykiatriske patienter, 2016



Anm.: Udgifter til psykiatriske sygehuse er baseret på besøgs- og sengedagstakster, og afspejler ikke nødvendigvis ressourceforbruget og de reelle udgifter til regional psykiatri for hver enkelt kontakt. Sengedagstaksten i 2017 udgør 3.628 kr. og besøgstaksten udgør 1.815 kr. Dataudtrækket er foretaget på en 33 pct. stikprøve. Der kan derfor være tilknyttet en vis stikprøveusikkerhed i forbindelsen med opgørelsen.
 Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Lovmodellen (33 pct. stikprøve)

De 5 pct. patienter med højeste behandlingsomkostninger udgør ca. 7.400 personer i 2016, jf. figur 17. Det svarer til 0,1 pct. af hele befolkningen. Disse patienter står for behandlingsudgifter på ca. 3,2 mia. kr., svarende til ca. 50 pct. af de samlede udgifter til de psykiatriske sygehuse. De 35 pct. af patienterne i "mellemgruppen" udgør ca. 52.100 personer (0,9 pct. af befolkningen) og står for behandlingsudgifter for ca. 2,8 mia. kr., svarende til godt 40 pct. af de samlede udgifter, mens 60 pct. af patienter med laveste behandlingsomkostninger (de resterende ca. 89.000 patienter, svarende til 1,6 pct. af befolkningen) har behandlingsudgifter for knap 700 mio. kr., svarende til 10 pct. af de samlede udgifter.

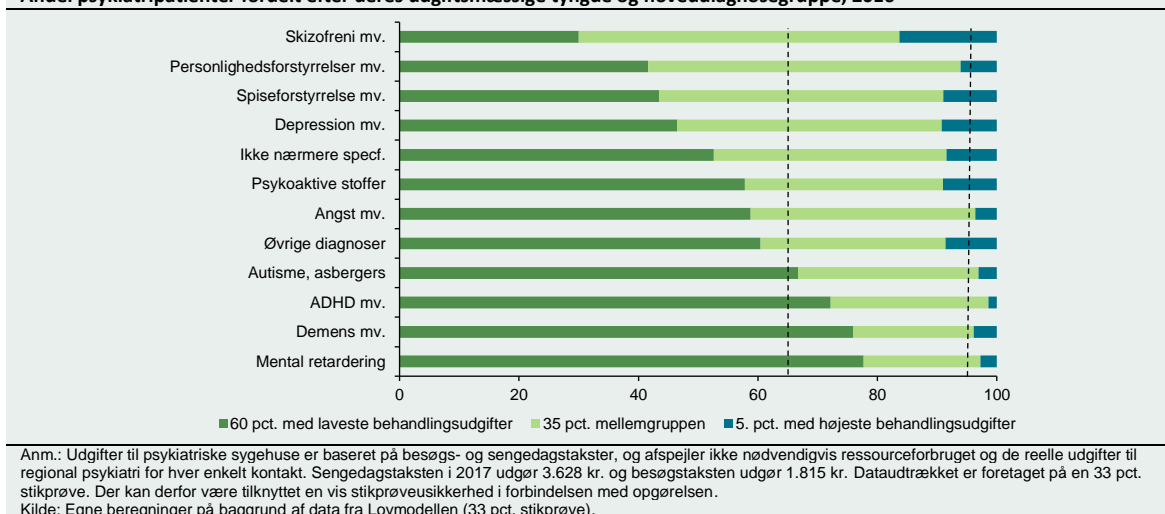
Figur 17
Antallet af psykiatripatienter og udgifterne forbundet hermed fordelt efter patienternes udgiftsmæssige tyngde, 2016



Anm.: Udgifter til psykiatriske sygehuse er baseret på besøgs- og sengedagstakster, og afspejler ikke nødvendigvis ressourceforbruget og de reelle udgifter til regional psykiatri for hver enkelt kontakt. Sengedagstaksten i 2017 udgør 3.628 kr. og besøgstaksten udgør 1.815 kr. Dataudtrækket er foretaget på en 33 pct. stikprøve. Der kan derfor være tilknyttet en vis stikprøveusikkerhed i forbindelsen med opgørelsen.
 Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Lovmodellen (33 pct. stikprøve).

Ser man på tværs af diagnosehovedgrupper er hovedparten af patienterne med lidelsen skizofreni mv. enten i gruppen af de 5 pct. af patienterne med de højeste behandlingsudgifter eller i "mellemgruppen", mens under 30 pct. hører til gruppen af patienter med de laveste behandlingsudgifter, jf. figur 18. Over halvdelen af patienterne med bl.a. personlighedsforstyrrelser, spiseforstyrrelser, depression hører enten til gruppen med de "højeste behandlingsudgifter" eller til "mellemgruppen".

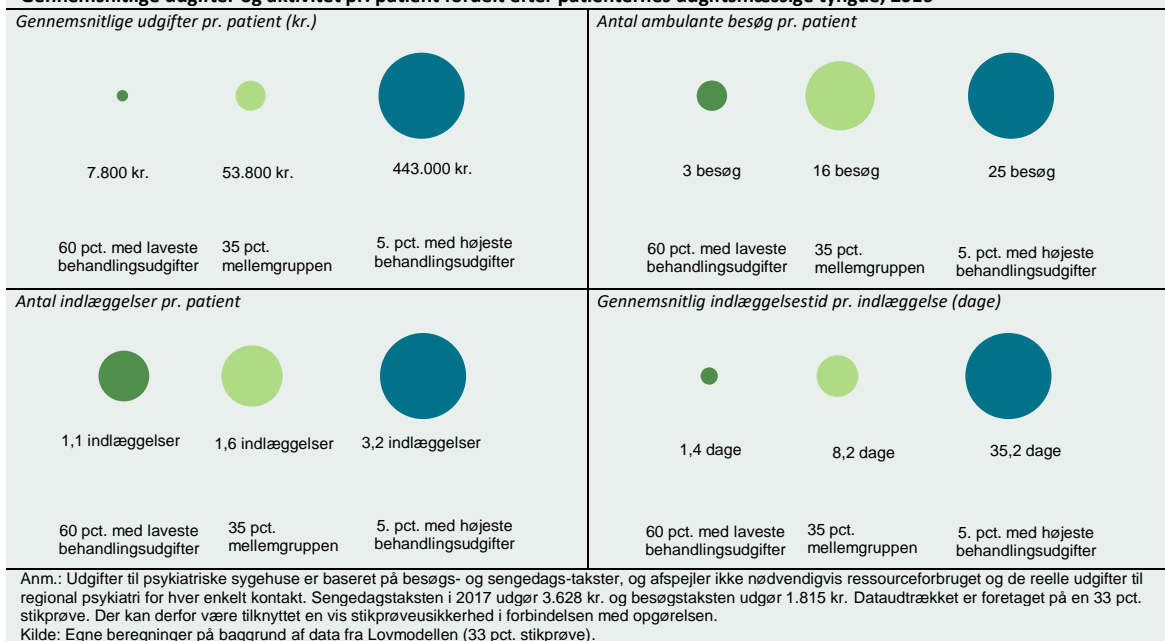
Figur 18
Andel psykiatripatienter fordelt efter deres udgiftsmæssige tyngde og hoveddiagnosegruppe, 2016



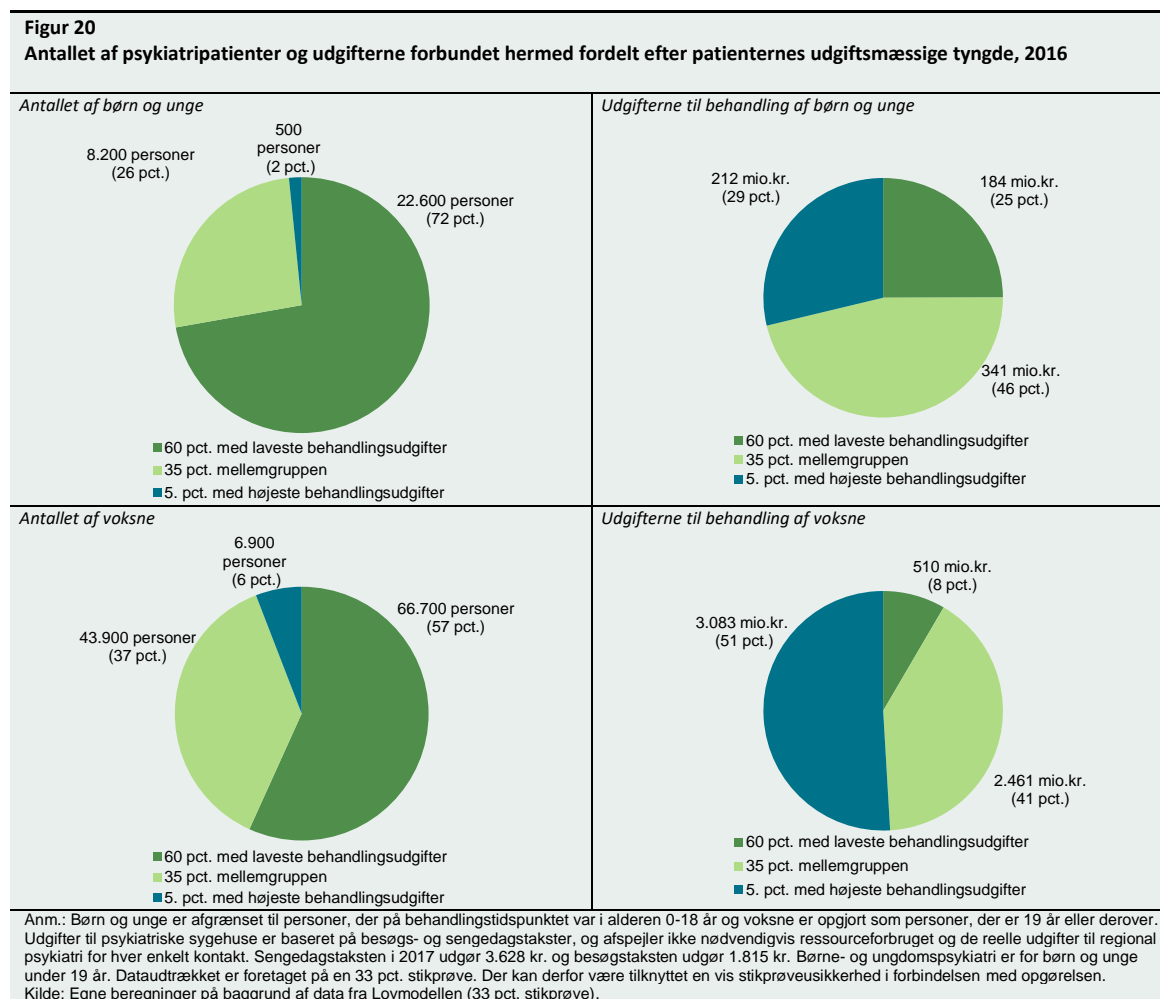
En patient, der tilhører den patientgruppe med de 5 pct. største behandlingsomkostninger, har behandlingsudgifter for i gennemsnit 443.000 kr. Behandlingen er således i gennemsnit over 50 gange så dyr som behandlingen af en patient, der tilhører den gruppe med de mindste behandlingsomkostninger, jf. figur 19. Patienterne med de største behandlingsomkostninger har i gennemsnit 25 ambulante besøg, over 3 årlige indlæggelser med ca. 35 senge dage pr. indlæggelse. Det svarer til, at de i gennemsnit tilbringer over 100 dage om året indlagt på hospitalet.

Patienterne i "mellemgruppen" adskiller sig også betydeligt fra patienter med de mindste behandlingsomkostninger. De har i gennemsnit 16 årlige ambulante besøg, hvilket er 13 flere end de patienter med de mindste behandlingsomkostninger. Patienterne i "mellemgruppen" er indlagt på sygehuset i gennemsnit 8 dage pr. indlæggelse, mens de patienter med de mindste behandlingsomkostninger i gennemsnit er indlagt i 2 dage pr. indlæggelse.

Figur 19
Gennemsnitlige udgifter og aktivitet pr. patient fordelt efter patienternes udgiftsmæssige tyngde, 2016



At meget få patienter står for en relativt stor andel af den samlede forbrug er mere udpræget i voksenpsykiatrien end i børne- og ungdomspsykiatrien, jf. figur 20.



Med udgangspunkt i samme definition som ovenfor er andelen af voksne patienter, der kan kategoriseres som havende de største behandlingsomkostninger 6 pct., hvilket er over tre gange så mange sammenlignet med børn og unge.

Omvendt er mere end godt 70 pct. af børn og unge en del af gruppen med de mindste behandlingsomkostninger, mens det er mindre end 60 pct. af de voksne. Udgifterne til behandlingen af denne gruppe udgør godt en fjerdedel af de samlede udgifter i børne- og ungdomspsykiatrien, mens det tilsvarende er 8 pct. i voksenpsykiatrien. Udgifterne til behandling af gruppen med de højeste behandlingsudgifter udgør knap 30 pct. for børn og unge, mens det er tilsvarende godt 50 pct. for voksne.

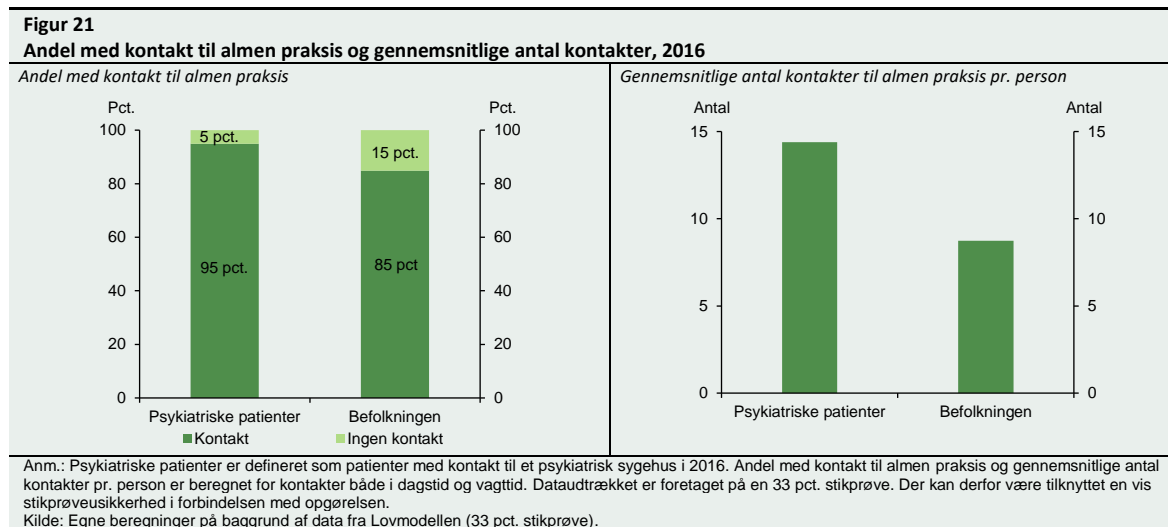
4.6 Psykiatripatienters kontakter med almen praksis og somatiske sygehuse

Psykiatripatienternes kontakter i almen praksis

Psykiatriske patienter har mulighed for at kontakte almen praksis på samme måde som resten af befolkningen. Kontakterne kan være relateret til psykisk sygdom, men kan i princippet også skyldes andre årsager, herunder fysiske problemstillinger. Det er ikke muligt at belyse årsagen til kontakterne i almen praksis.

Langt hovedparten af psykiatriske patienter fra 2016 har også været i kontakt med almen praksis i 2016. Blot 5 ud af 100 patienter har ikke haft en kontakt til alment praktiserende læge, jf. figur 21. Dermed er flere psykiatriske patienter i kontakt med almen praksis sammenlignet med hele befolkningen.

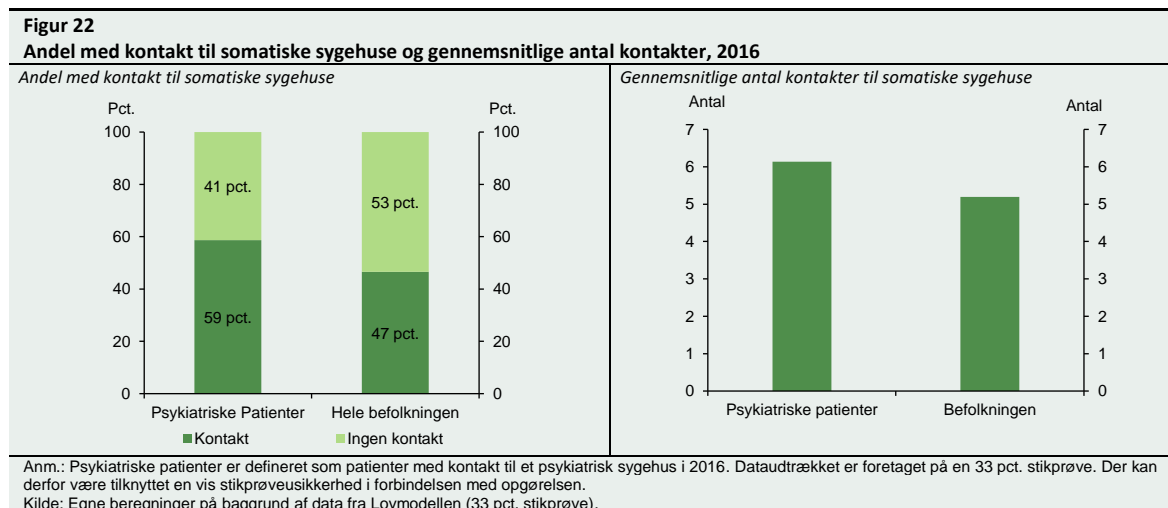
Den enkelte psykiatriske patient har i gennemsnit 14 årlige kontakter til almen praksis, hvilket er 5 kontakter mere sammenlignet med hele befolkningen.



Psykiatripatienternes kontakter til somatiske sygehuse

En relativ stor andel af psykiatriske patienter har også kontakt til somatiske sygehusafdelinger, jf. figur 22. Omkring 60 pct. af psykiatriske patienter har således været i kontakt med somatiske sygehusafdelinger i 2016. Til sammenligning er det lidt under halvdelen af befolkningen, der har været i kontakt med somatiske sygehuse.

De psykiatriske patienter, der har modtaget somatiske sygehusydelser, har i gennemsnit lige over 6 somatiske kontakter pr. patient. Til sammenligning har samtlige somatiske patienter godt 5 kontakter pr. person. Sammenlignet med befolkningen generelt har psykiatriske patienter dermed et større forbrug af de somatiske sygehusydelser.



5. Behandling i praksissektoren

Ud over behandling på de psykiatriske sygehuse, kan patienter med psykiske problemer behandles i speciallægepraksis, modtage psykologhjælp ved praktiserende psykologer og blive behandlet i almen praksis – uden nødvendigvis at have kontakter på de psykiatriske sygehuse.

Der er dog betydelige dataudfordringer i forbindelse med patienternes kontakter til praksissektoren, idet der i nationale registre findes registreringer af patienter, der har været i kontakt med praksissektoren, uden at der registres årsagen hertil. Det gør det vanskeligt at identificere den relevante målgruppe, når man gerne vil belyse patienter med psykiske lidelser, deres kontakter til de enkelte dele af praksissektoren og de tilhørende offentlige udgifter. Der er derfor foretaget en afgrænsning af praksisområdet, som med en vis sikkerhed vedrører behandlingen af mennesker med psykisk sygdom, *jf. afsnit 1.1*. Den sande målgruppe, dvs. mennesker med psykiske lidelser der er i behandling i praksissektoren er virkeligheden endnu bredere.

5.1 Udgifter i praksissektoren til ydelser relateret til mennesker med psykisk sygdom

Udgifterne til praksissektoren kan opgøres som nettodriftsudgifter via regionernes regnskaber. Disse afspejler alle driftsudgifter, dvs. udgifter til bl.a. personale, kurser, arbejdsskader, inventar, apparatur, vedligeholdelse, ejendomsudgifter, forsyning (fx varme, vand og el) mv.

Individbaserede udgifter til behandling af personer med psykiske lidelser kan opgøres på baggrund af det aktivitetsafhængige ydelseshonorar, hvor den pågældende behandler, fx den praktiserende læge, psykolog eller speciallæge aflønnes af regionerne for hver enkelt kontakt (fx en almindelig konsultation, samtaleterapi mv.) og for at udføre en tillægsydelse (fx blodprøve). Selve kontakten og ydelsen kan dog i meget begrænset omfang sige noget om årsagen til kontakten.

For at kunne belyse udgifterne i praksissektoren relateret til behandling af mennesker med psykisk sygdom bedst muligt, er der i denne analyse set på niveauet og udviklingen i de aktivitetsafhængige ydelseshonorarer fordelt på de enkelte områder inden for praksissektoren.

Praktiserende speciallæge i hhv. børnepsykiatri og voksenpsykiatri

Det aktivitetsbestemte ydelseshonorar til psykiatrisk behandling i speciallægepraksis er steget svagt fra ca. 270 til ca. 290 mio. kr., svarende til en gennemsnitlig procentvis vækst på ca. 1 pct. pr. år over perioden 2010-2016, *jf. tabel 5*.

Tabel 5										
Det samlede ydelseshonorar til speciallægepraksis (psykiatri), 2010-2016										
Mio kr. 2017-priser	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Gns. årlig pct. vækst	Andel i 2016 (pct.)	Andel i bef. (pct.)
Nordjylland	20	18	19	16	15	18	17	-3,2	6	10
Midtjylland	48	50	48	44	41	45	50	0,7	17	23
Syddanmark	44	40	37	36	33	36	44	0,3	15	21
Hovedstaden	115	114	113	112	111	125	133	2,4	46	31
Sjælland	45	44	44	40	36	40	47	0,6	16	15
Hele landet	272	266	261	248	237	264	291	1,1	100	100
- Heraf børn og unge	32	31	32	31	30	30	35	1,5	12	22
- Heraf voksne	240	234	229	218	206	234	256	1,1	88	78

Anm.: Ydelseshonorar er angivet som det samlede ydelseshonorar for både kontakter og tillægsydelser.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af Sygesikringsregisteret, Sundhedsdatastyrelsen

Hovedparten af ydelseshonoraret kan henføres voksenpsykiatrien, mens ca. 35 mio. kr., svarende til 12 pct. kan henføres børne- og ungdomspsykiatrien.

Knap halvdelen af det samlede ydelseshonorar er fra patienterne med bopæl i Region Hovedstaden, hvilket mere end deres befolkningsandel tilsiger. I Region Hovedstaden er den gennemsnitlige årlige vækst i ydelseshonoraret 2,4 pct. over perioden 2010-16, mens stigningen i de øvrige 3 regioner er mere beskedne og negativ i Region Nordjylland.

Praktiserende psykologer

Det aktivitetsmæssige ydelseshonorar for henvisningsgrupperne depression og angst var ca. 130 mio. kr. i 2016, jf. tabel 6. Til sammenligning var ydelseshonoraret for øvrige henvisningsårsager ca. 110 mio. kr. i 2016.

Mio kr. 2017-priser	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Gns. årlig pct. vækst*	Andel i 2016 (pct.)	Befolkningsandel (pct.)
Nordjylland	-	-	16	17	16	17	16	0,5	12	10
Midtjylland	-	-	28	32	31	31	30	1,6	23	23
Syddanmark	-	-	26	29	29	30	29	3,1	22	21
Hovedstaden	-	-	38	41	42	42	40	1,4	30	31
Sjælland	-	-	13	16	17	18	17	7,9	13	15
Hele landet	-	-	120	135	134	138	132	2,4	100	100
- Heraf angst	-	-	20	26	29	31	32	13,1	24	22
- Heraf depression	-	-	101	109	105	106	100	-0,1	76	78
<i>Øvrig henvisningsårsag</i>	<i>209</i>	<i>177</i>	<i>126</i>	<i>110</i>	<i>101</i>	<i>100</i>	<i>106</i>	<i>-9,8</i>	<i>80</i>	<i>78</i>

Anm.: Ydelseshonorar er angivet som det samlede ydelseshonorar for både kontakter og tillægsydelser. Psykologordningen for henvisningsårsagerne depression og angst blev introduceret i henholdsvis 2008 og 2011. Aldersgrupperne for ordningen blev udvidet i 2012, hvilket har betydning for sammenligningen af data over årene. *Gns. pct. vækst er angivet for perioden 2012-16.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af Sygesikringsregisteret, Sundhedsdatastyrelsen

Tilskuddet for depression blev indført i 2008, mens tilskuddet til angst i 2011. Aldersgrupperne for ordningen blev udvidet i 2012, hvilket har betydning for sammenligningen af data over årene. For depression omfatter udvidelsespersoner fra 38 år og op, mens udvidelsen for angst omfatter personer fra 29-38 år.

Over perioden 2010-16 er ydelseshonoraret for øvrige henvisningsårsager halveret. Dette er sket i takt med udvidelserne af angst og depressionsordningerne. Der er altså en indikation af, at nogle patienter med angst og depressionslidelser blev behandlet i den øvrige henvisningskategori, før der fandtes tilbud om psykologhjælp til angst og depression. Det kan derfor tyde på, at nogle patienter kan høre under flere af henvisningsgrupperne. Ydelseshonoraret til psykologhjælp med henvisningsårsagerne depression og angst er relativt lige fordelt på tværs af regionerne, således at andelen i udgifterne svarer nogenlunde til befolkningsandelen.

Samtaleterapi i almen praksis

Det aktivitetsmæssige ydelseshonorar til samtaleterapi udgør ca. 117 mio. kr. i 2016, jf. tabel 7. Over perioden 2010-16 har der været en negativ vækst med ca. 20 mio. kr., svarende til et gennemsnitligt fald på 2,6 pct. pr. år. Ydelseshonoraret er relativt ligeligt fordelt på tværs af regionerne, nogenlunde svarende til deres befolkningsandel, bortset fra Region Nordjylland, hvor udgifterne er betydeligt lavere.

Mio kr. 2017-priser	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Gns. pct. vækst	Andel i 2016 (pct.)	Befolkningsandel (pct.)
Nordjylland	5	4	6	4	4	4	6	1,5	5	10
Midtjylland	40	23	32	30	31	30	31	-3,9	27	23
Syddanmark	34	31	30	27	27	29	28	-2,8	24	21
Hovedstaden	40	37	36	34	36	38	37	-1,2	32	31
Sjælland	18	17	16	14	14	16	14	-3,8	12	15
Hele landet	136	113	121	110	111	116	117	-2,6	100	100
- heraf børn og unge	7	6	6	5	5	5	5	-5,6	4	22
- heraf voksne	129	107	115	105	106	111	112	-2,4	96	78

Anm.: Børn og unge er afgrænset til personer, der på behandlingstidspunktet var i alderen 0-18 år og voksne er opgjort som personer, der er 19 år eller derover. Ydelseshonorar er angivet som det samlede ydelseshonorar for ydelsen samtaleterapi.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af Sygesikringsregisteret, Sundhedsdatastyrelsen

5.2 Antal patienter og kontakter i praksissektoren

I 2016 blev der i specialæggepraksis behandlet ca. 53.200 patienter, *jf. tabel 8*. Hertil kommer 45.900 patienter, som har fået behandling hos en psykolog med tilskud som følge af depression eller angst og omkring 131.000 patienter, der har modtaget samtaleterapi i almen praksis.

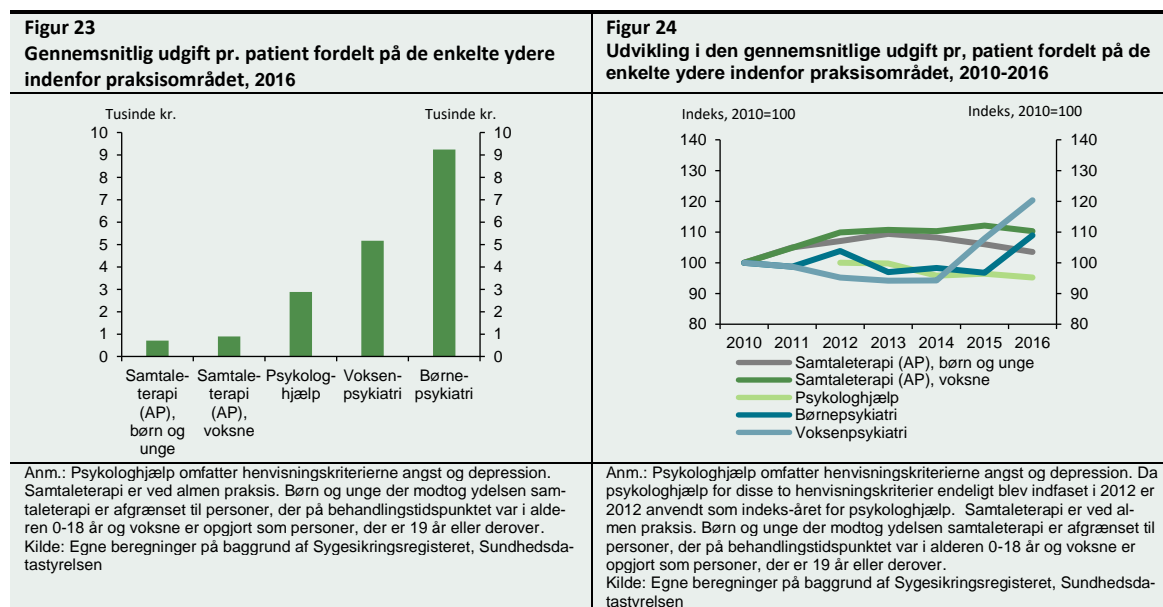
Den enkelte patient har i gennemsnit knap 7 kontakter årligt i specialæggepraksis. Hos psykologen har den enkelte patient, der behandles med angst eller depression, knap 6 kontakter i gennemsnit. I almen praksis har den enkelte patient modtaget godt 2 samtaleterapi i gennemsnit. Både antallet af patienter og antallet af kontakter har været faldende ved praktiserende psykiatere og i forbindelse med samtaleterapi i almen praksis.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Pct. ændr.	Gns. årlig pct. vækst
Praktiserende speciallæge									
Antal patienter i alt	60.600	60.500	60.300	57.600	54.500	54.100	53.200	-12,2	-2,1
Antal kontakter i alt	487.200	478.300	473.300	449.400	427.700	387.000	360.600	-26,0	-4,9
Gns. pr. patient	8,0	7,9	7,8	7,8	7,9	7,2	6,8	-15,0	-2,7
Praktiserende psykolog, angst og depression*									
Antal patienter i alt	-	-	39.700	44.800	46.400	47.200	45.900	15,6	3,7
Antal kontakter i alt	-	-	233.500	262.100	260.900	267.700	261.100	11,8	2,8
Gns. pr. patient	-	-	5,9	5,9	5,6	5,7	5,7	-3,4	-0,9
Samtaleterapi, almen praksis									
Antal patienter i alt	168.700	132.600	136.000	122.600	124.800	128.000	131.000	-22,3	-4,1
Antal kontakter i alt	346.700	288.300	309.700	280.600	284.400	295.000	295.800	-14,7	-2,6
Gns. pr. patient	2,1	2,2	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	9,8	1,6

Anm.: Tallene er afrundet til nærmeste hundrede. *Henvisningsårsagerne angst og depression blev endeligt indfaset i 2012. Den procentvise ændring og den gennemsnitlige procentvise vækst er for psykologordningen beregnet over perioden 2012-16.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af Sygesikringsregisteret, Sundhedsdatastyrelsen

Betydelig variation i udgiften pr. patient på tværs af ydere i praksisområdet

Bruttohonorar pr. patient varierer betydeligt på tværs af de enkelte områder i praksissektoren³. Den enkelte patient, der modtog samtaleterapi i almen praksis i 2016 kostede i gennemsnit under 1.000 kr., *jf. figur 23*.



³ I denne analyse er der set på den gennemsnitlige udgift pr. patient inden for et kalenderår, uanset varigheden af de pågældende patientforløb. Patienter med et forløb, der strækker sig over et længere periode end et kalenderår, vil i gennemsnittet have en udgift, der er højere, hvis der ses på hele patientforløbet. Mere om metoden kan læses i afsnit 8.

Udgiften pr. patient er i gennemsnit knap 3.000 kr. for psykologhjælp, godt 5.000 kr. for praktiserende speciallæge i voksenpsykiatri og over 9.000 kr. for praktiserende speciallæge i børnepsykiatri. Til sammenligning kostede en enkelt patient med kontakt til psykiatrisk sygehus omkring 60.000 kr. Disse forskelle er bl.a. udtryk for, at behandlingen foregår på forskellige specialiseringsniveauer i sundhedsvæsenet.

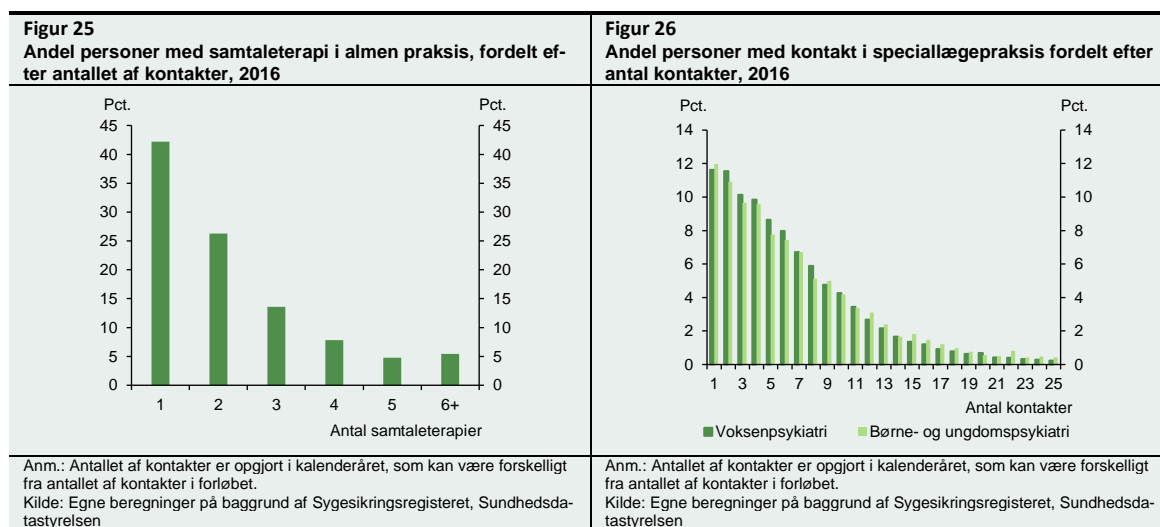
Den gennemsnitlige udgift pr. patient til samtaleterapi ved almen praksis er steget svagt over perioden 2010-16, mens den gennemsnitlige udgift til psykologhjælp er faldet svagt over perioden 2012-16 *jf. figur 24*.

Den enkelte patient med kontakt til praktiserende speciallæge er i gennemsnittet blevet dyrere at behandle over de seneste år. Den gennemsnitlige udgift pr. patient med kontakt til praktiserende speciallæge i børnepsykiatri er steget med knap 20 pct. fra 2015 til 2016, mens den gennemsnitlige udgift pr. patient med kontakt til praktiserende speciallæge i voksenpsykiatri er steget med 27 pct. over perioden 2014-16.

Variation i forbruget i praksissektoren

Samtaleterapi i almen praksis afvikles i de fleste tilfælde inden for de første par kontakter, *jf. figur 25*. Således har knap 70 pct. af patienterne været til samtaleterapi i almen praksis op til 2 gange i løbet af kalenderåret, mens godt 5 pct. af patienterne har været til samtaleterapi 6 gange eller derover.

For gruppen af patienter, der har kontakt til speciallægepraksis i psykiatri, ses der overordnet samme tendens både for henholdsvis børn og unge samt voksne, *jf. figur 26*. Mere end halvdelen af voksne patienter har kontakt til speciallægepraksis op til 5 gange årligt, mens mindre end en ud af fem har mere end 10 kontakter. Andelen af børn og unge med kontakt til speciallægepraksis følger samme tendens. Godt og vel halvdelen af kontakterne til speciallægepraksis for såvel børn og unge samt voksne afvikles således inden for de første 5 kontakter.



For at undersøge, hvor mange kontakter enkelte patienter med henvisningsårsagerne angst og depression har i løbet af et behandlingsforløb hos psykolog er der taget udgangspunkt i patienter med en førstegangskonsultation i 2014, som er fulgt i op til to år.

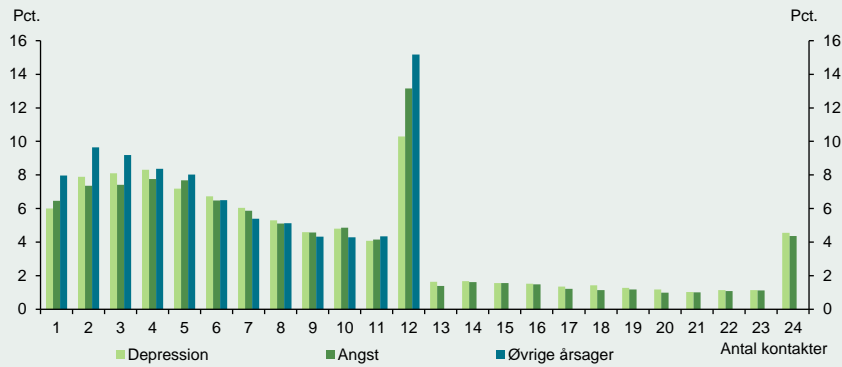
Hvis en person henvises til psykolog efter henvisningskriterierne angst og depression ydes der tilskud til op til 12 konsultationer med mulighed for genhenvisning på yderligere 12 konsultationer. For personer, der henvises til psykolog efter øvrige henvisningskriterier ydes der tilskud til op til 12 konsultationer uden mulighed for genhenvisning.

Der er generelt stor variation i antallet af kontakter til psykolog for personer, der er henvist som følge af depression eller angst. Næsten 80 pct. af personer, der i 2014 er henvist til psykologhjælp på grund af de-

pression, har op til 12 kontakter, *jf. figur 27*. De resterende 20 pct. er blevet genhenvist og har dermed mellem 13 og 24 kontakter til psykologhjælp. Det ses også, at en ud af ti personer har præcist 12 kontakter og at ca. 5 pct. har præcist 24 kontakter.

Stort set samme tendens gælder patienter med angst som henvisningsårsag og patienter med øvrige henvisningsårsager.

Figur 27
Andel personer i psykologordningen med hhv. depression, angst og øvrig henvisningsårsag fordelt efter antal konsultationer, 2014-2016



Anm.: Personer med en førstekonsultation i 2014 er fulgt frem til og med 2016 for at kortlægge antal konsultationer i løbet af hele behandlingsforløbet.
 Kilde: Egne beregninger på baggrund af Sygesikringsregisteret, Sundhedsdatastyrelsen

6. Psykofarmaka

Psykofarmaka er en bred betegnelse for lægemidler, der anvendes til behandling af psykiske lidelser eller forstyrrelser. Psykofarmaka er ikke en entydig, velafgrænset lægemiddelgruppe. I denne analyse er psykofarmaka afgrænset til fire lægemiddelgrupper:

- Antidepressive lægemidler (til behandling af bl.a. depression og angsttilstande)
- ADHD-medicin (til behandling af hyperkinetiske forstyrrelser som ADHD)
- Benzodiazepiner og benzodiazepinlignende lægemidler – i det følgende omtalt som beroligende- og sovemedicin (til behandling af bl.a. søvnbesvær og akutte angsttilstande)
- Antipsykotiske lægemidler (til behandling af bl.a. skizofreni)

For disse fire lægemiddelgrupper ses der i det følgende afsnit på regionale tilskudsudgifter, antal personer og det mængdemæssige forbrug af lægemidler i primærsektoren, dvs. lægemidler købt af privatpersoner på private apoteker, *jf. Metode og definitioner, afsnit 8.4.*

Psykofarmaka anvendes primært til medicinsk behandling af voksne med psykiske lidelser. Det fremgår af Sundhedsstyrelsen (2013), at:

”Der skal udvises stor forsigtighed ved behandling af børn og unge med disse lægemidler. Det skyldes at der kun er sparsom dokumentation for at anvende disse lægemidler til børn. Der er uklarhed om korrekt dosering, om hvordan medicinen omsættes i kroppen samt om effekt og bivirkninger ved langtidsbehandling.”

Derfor er medicinsk behandling som udgangspunkt ikke førstevalg i behandlingen af børn og unge med psykiske lidelser. Det er i stedet tiltag som samtaleterapi, psykoedukation, miljøintervention etc. Når der alligevel opstår spørgsmål om, hvorvidt et barn eller en ung kan have behov for medicin mod sin lidelse, fremgår blandt andet følgende af Sundhedsstyrelsens vejledning:

”Det er en børne- og ungdomspsykiatrisk speciallægeopgave at vurdere, om et barn eller en ung under 18 år har behov for medikamentel behandling af en psykisk lidelse. Den praktiserende læge kan overtage den fortsatte medikamentelle behandling (vedligeholdelsesbehandlingen), hvis det sker efter konkret aftale og i samarbejde med speciallægen i børne- og ungdomspsykiatri.”

I akutte tilfælde kan andre læger end speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri starte den medikamentelle behandling. Det må dog kun ske efter konference med eller henvisning til en speciallæge i børne- eller ungdomspsykiatri.

Den gældende vejledning omhandler børn og unge under 18 år. I dette afsnit er der derfor set på forbruget af psykofarmaka særskilt til børn og unge under 18 år og for voksne over 18 år.

6.1 Regionale tilskudsudgifter til psykofarmaka

I primærsektoren ydes der tilskud til tilskudsberettiget medicin købt på private apoteker; tilskuddet betales af regionerne. Regionernes tilskudsudgifter afhænger bl.a. af priserne og mængderne af de enkelte lægemidler, samt en række faktorer inden for medicintilskudssystemet. Økonomisk tilskud til det enkelte lægemiddel er bl.a. afhængig af tilskudsstatus, personernes øvrige tilskudsberettigede lægemiddelkøb i tilskudsperioden og rækkefølgen hvorefter disse lægemiddelkøb ekspederes på apoteket, *jf. Metode og definitioner, afsnit 8.4.*

Samlet set udgjorde de regionale tilskudsudgifter til psykofarmaka ca. 600 mio. kr. i 2016, *jf. tabel 9*. Udgifterne til psykofarmaka er steget svagt mellem 2010 og 2011, men er siden 2011 faldet i alle årene frem til 2016. Over perioden 2010-16 er udgifterne mere end halveret, fra godt 1,2 mia. kr. i 2010 til 600 mio. kr. i 2016. Flere forskellige faktorer kan have betydning for denne udvikling, herunder både faldende pris på lægemidler som følge af patentudløb på udvalgte lægemidler og revurderinger af tilskudsstatus samt færre brugere af lægemidlerne (især i forbindelse med antidepressive lægemidler).

Tabel 9
Regionale tilskudsudgifter til psykofarmaka (primærsektoren) fordelt på regioner, 2010-2016

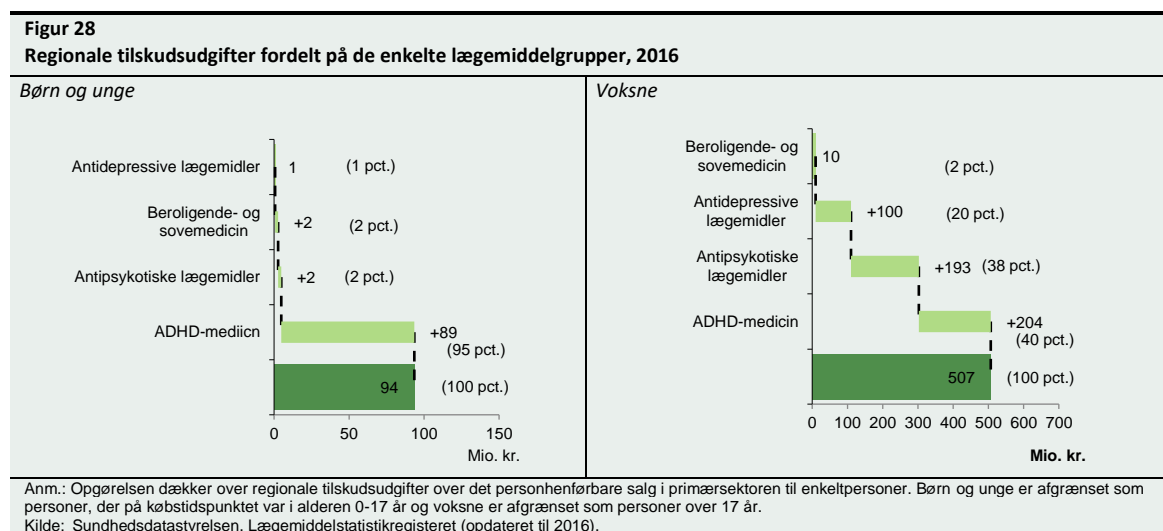
Mio. kr.	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Gns årlig pct. vækst	Andel (pct.)	Andel i bef. (pct.)
Nordjylland	126	133	106	90	87	77	69	-9,6	11	10
Midtjylland	309	320	253	216	213	193	177	-8,8	30	23
Syddanmark	285	288	213	178	169	143	128	-12,5	21	21
Hovedstaden	324	340	264	216	198	156	136	-13,5	23	31
Sjælland	196	203	153	130	123	106	91	-12,0	15	15
Hele landet	1.240	1.284	989	831	790	675	600	-11,4	100	100
- heraf børn og unge	103	116	116	100	102	97	94	-1,7	16	21
- heraf voksne	1.136	1.168	873	731	688	578	507	-12,6	84	79

Anm.: Opgørelsen dækker over regionale tilskudsudgifter over det personhenførbare salg i primærsektoren til enkeltpersoner. Børn og unge er afgrænset som personer, der på købstidspunktet var i alderen 0-17 år og voksne er afgrænset som personer over 17 år.
Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Lægemiddelstatistikregisteret (opdateret til 2016).

Region Midtjylland står i 2016 for omkring 180 mio. kr. af de samlede regionale tilskudsudgifter til psykofarmaka, svarende til 30 pct., hvilket er mere end deres befolkningsandel tilsiger. Omvendt står Region Hovedstaden for ca. 23 pct. af udgiften, hvilket er mindre end deres befolkningsandel tilsiger.

Af den samlede tilskudsudgift på godt 600 mio. kr. kan knap 100 mio. kr. henføres til behandlingen af børn og unge, mens de resterende 500 mio. kr. kan henføres til voksne. Det skal hertil bemærkes, at tilskudsgrænserne for børn (0-17 år) og voksne (18+ år) er forskellige, så børn – i modsætning til voksne – aldrig på noget tidspunkt har fuld egenbetaling på tilskudsberettiget medicin. De får derfor mindst 60 pct. medicintilskud.

Der er generelt store forskelle på, hvor meget regionale tilskudsudgifter udgør på tværs af de fire lægemiddelgrupper. For børn og unge kan næsten hele udgiften henføres til ADHD-medicin, *jf. figur 28*. De øvrige tre lægemiddelgrupper udgør samlet set ca. 5 mio. kr. af tilskudsudgiften.



For voksne kan godt 200 mio. kr. af de samlede tilskudsudgifter henføres til ADHD-medicin og knap 200 mio. kr. til antipsykotiske lægemidler, *jf. figur 28*. De to lægemiddelgrupper udgør tilsammen ca. 80 pct. af den samlede udgift til psykofarmaka, der købes af voksne. De regionale tilskudsudgifter til antidepressive lægemidler udgør ca. 100 mio. kr. mens udgifter til beroligende- og sovemedicin udgør ca. 10 mio. kr.

Det skal bemærkes, at forskelle i udgifterne på tværs af lægemiddelgrupper kan afspejle forskelle i antal brugere, forskelle i prisniveauet og tilskudsstatus for de enkelte lægemidler, samt at der er tale om behandling af forskellige sygdomme. Fx ordineres antipsykotiske lægemidler primært til kroniske eller meget langvarige sygdomstilstande, mens antidepressive lægemidler anvendes i kortere tid. Behandlingen med ADHD-medicin er i udgangspunktet længerevarende og behandling med beroligende lægemidler og sovemedicin er som oftest kun i perioder.

6.2 Antal personer i behandling med psykofarmaka og det mængdemæssige forbrug

Omkring 690.300 personer har indløst mindst én recept på psykofarmaka i 2016, *jf. tabel 10*. Omtrent 24.400 var børn under 18 år svarende til knap 4 pct. Det er betydeligt lavere, end deres befolkningsandel tilsiger (20 pct.). Det indebærer, at langt hovedparten af psykofarmaka anvendes af voksne.

Siden 2010 er antallet af unikke personer, der har indløst en recept med psykofarmaka faldet med ca. 10 pct. Det gælder både børn og unge samt voksne.

Det skal bemærkes, at er tale om antal unikke personer, der har købt mindst et lægemiddel i løbet af året. Der kan i princippet være store forskelle i varighed af behandlingen. Nogle personer har indløst en enkel recept på sovemedicin til fx en uges behandling, mens andre er i længerevarende behandling (måneder eller år) med fx antipsykotiske lægemidler eller ADHD-medicin. Og endelig kan den enkelte person være i behandling med flere forskellige lægemidler, fx både antidepressive lægemidler og beroligende- og sovemedicin.

Tabel 10
Antal personer i behandling med psykofarmaka

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Pct. ændr.	Gns. årlig pct. vækst	Andel i 2016	Andel i bef. (pct.)
0-17 år	26.900	26.900	26.500	25.200	24.400	24.100	24.400	-9,4	-1,6	4	20
18+ år	741.200	736.000	723.500	704.200	685.100	676.900	667.400	-10,0	-1,7	97	80
I alt	766.400	761.200	748.100	727.700	707.900	699.400	690.300	-9,9	-1,7	100,0	100

Anm.: Børn og unge er opgjort som personer, der på købstidspunktet var i alderen 0-17 år og voksne er opgjort som personer over 17 år. Summen er de to kategorier overstiger derfor antal personer i alt. "I alt" angiver antal personer, der på et givent tidspunkt har indløst en recept med psykofarmaka.
Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Lægemiddelstatistikregisteret (opdateret til 2016).

Til at måle mængden af medicin anvendes den definerede døgndosis (DDD), *jf. Metode og definitioner, afsnit 8.4*. Det mængdemæssige forbrug udgør i 2016 240 mio. definerede døgndosis (DDD), *jf. tabel 11*. Børn og unge står for ca. 3 pct. af forbruget, mens voksne står for resterende del. Over perioden 2010-16 er det mængdemæssige forbrug reduceret med ca. 8 pct.

Tabel 11
Det mængdemæssige forbrug af psykofarmaka, 2010-2016

Mio. DDD	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Pct. ændr.	Gns. årlig pct. vækst	Andel i 2016
0-17 år	8	8	8	8	7	7	7	-11,3	-2,0	3
18+ år	254	256	252	243	236	235	233	-8,2	-1,4	97
I alt	262	264	260	250	243	242	240	-8,3	-1,4	100

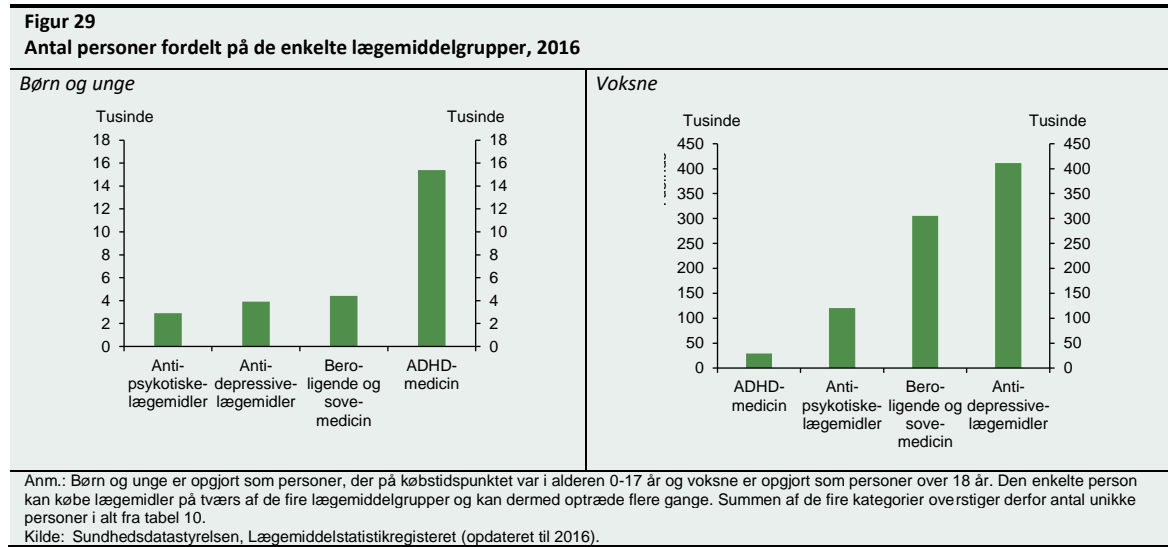
Anm.: Børn og unge er opgjort som personer, der på købstidspunktet var i alderen 0-17 år og voksne er opgjort som personer over 17 år.
Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Lægemiddelstatistikregisteret (opdateret til 2016).

Antal personer fordelt på de enkelte lægemiddelgrupper

Den enkelte person, som anvender psykofarmaka, kan bruge lægemidler fra én eller flere af de fire ovennævnte lægemiddelgrupper samtidigt.

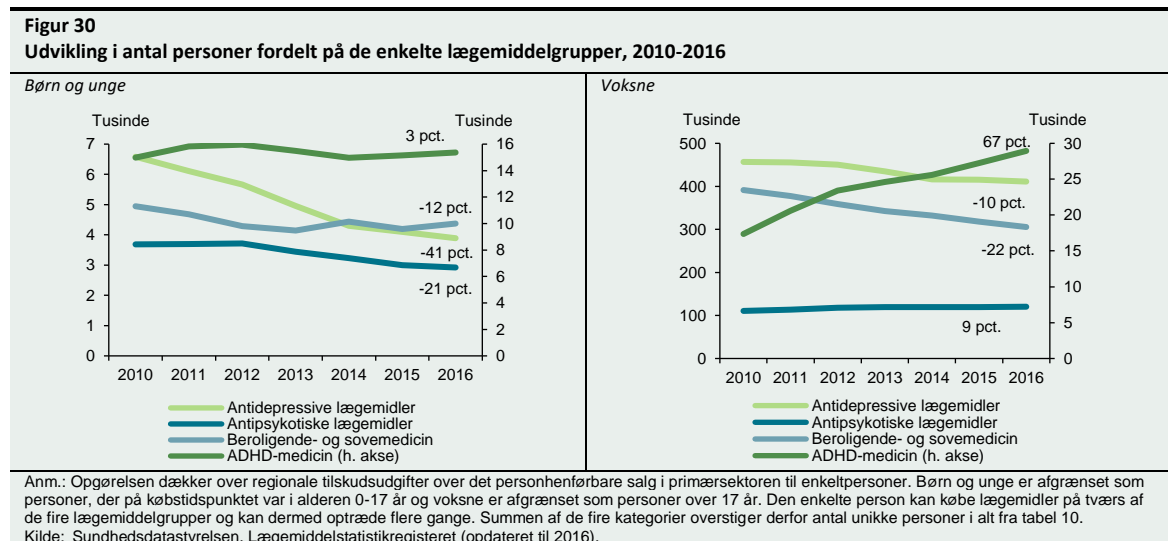
Omkring 15.400 børn og unge fik indløst en recept på ADHD-medicin i 2016, *jf. figur 29*. Det svarer til to ud af tre børn og unge i behandling med alle typer psykofarmaka.

Hovedparten af voksne i behandling med psykofarmaka får medicin fra lægemiddelgrupperne antidepressive lægemidler og beroligende- og sovemedicin. I 2016 købte 400.000 voksne antidepressive lægemidler, mens godt 300.000 voksne købte lægemidler, der kan kategoriseres som beroligende- og sovemedicin, *jf. figur 29*. Ca. 120.000 fik indløst en recept for antipsykotiske lægemidler og knap 30.000 for ADHD-medicin.



6.3 Sammenhæng mellem regionale tilskudsudgifter og antal personer i behandling

Antallet af børn og unge, der har indløst en recept på ADHD-medicin har været relativt stabil over perioden 2010-16. Derimod er antallet af børn og unge der har købt medicin fra de øvrige lægemiddelgrupper faldet over perioden. Fx er antallet af børn og unge, der bruger antidepressive lægemidler faldet fra knap 6.600 personer i 2010 til knap 3.900 i 2016, svarende til en reduktion på 40 pct., *jf. figur 30*. Tilsvarende er antal børn og unge, der bruger antipsykotisk medicin faldet med ca. 20 pct.

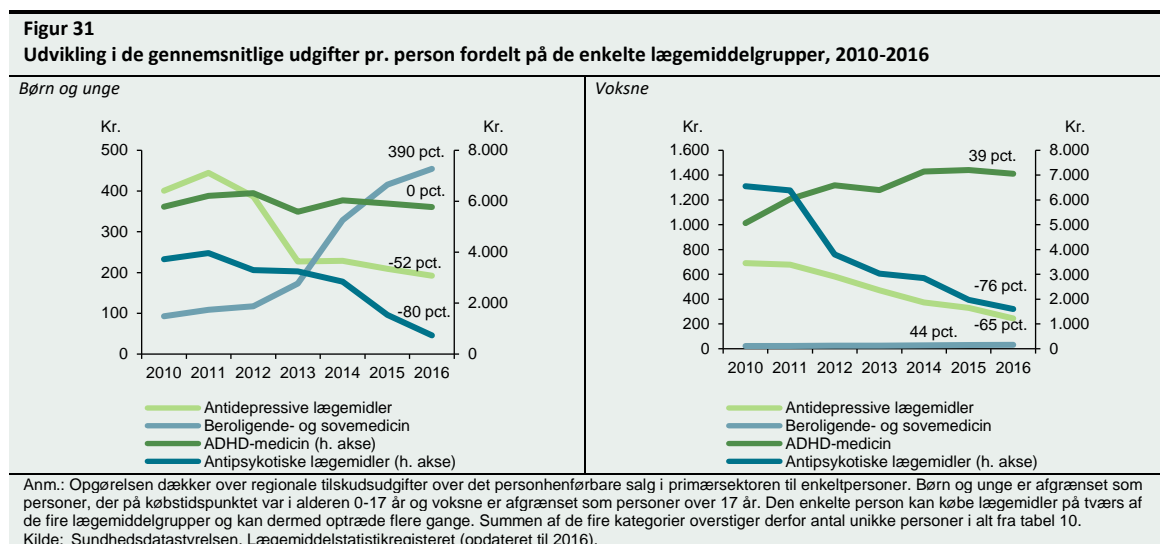


Også færre voksne køber antidepressive lægemidler samt beroligende- og sovemedicin i 2016 sammenlignet med 2010. Omvendt er der flere voksne, der indløser en recept på antipsykotiske lægemidler og ADHD-medicin.

Faldet i antal personer der er i behandling med antidepressive lægemidler kan være forårsaget af flere tiltag fra sundhedsmyndighederne. Der har over flere omgange bl.a. været fokus på effekt og sikkerhed ved disse lægemidler. Stigningen i ADHD-medicin blandt voksne kan bl.a. skyldes en større opmærksomhed om denne diagnose; flere diagnosticeres og flere behandles.

På tværs af de fire lægemiddelgrupper er den gennemsnitlige udgift pr. person højest for ADHD-medicin, jf. figur 31. I gennemsnit udgør tilskudsudgifterne pr. person ca. 5.800 kr. for børn og unge og 7.000 kr. for voksne. De relativt høje niveauer sammenlignet med andre lægemiddelgrupper skal ses i lyset af at behandlingen med ADHD-medicin er både relativt dyr og varer i længere tid end fx beroligende- og sovemedicin ved episoder med søvnløshed.

Udgiften pr. person under 18 år er i gennemsnit under 1.000 kr. for de øvrige lægemiddelgrupper. For voksne er tilskudsudgifterne pr. person i gennemsnit ca. 1.600 kr. til antipsykotisk medicin, mens udgifter til de øvrige lægemidler i gennemsnit er under 1.000 kr. Den gennemsnitlige udgift til antipsykotiske lægemidler var 6.500 kr. i 2010 – og dermed betydeligt højere end i dag.



Disse tendenser og udviklingen i antal personer, der bruger medicinen kombineret med den gennemsnitlige tilskudsudgift pr. person afspejles direkte i de regionale tilskudsudgifter til medicin.

Et stabilt antal børn og unge, der bruger ADHD-medicin, kombineret med en stabil gennemsnitlig udgift pr. person over perioden 2010-16 indebærer, at udviklingen i regionale tilskudsudgifter til ADHD-medicin været på et forholdsvist uændret niveau - ca. 90 mio. kr., jf. figur 32.

For voksne er regionale tilskudsudgifter til ADHD-medicin mere end fordoblet over perioden 2010-16 – fra knap 90 mio.kr. i 2010 til mere end 200 mio. kr. i 2016. En relativ høj gennemsnitlig udgift sammenlignet med øvrige lægemiddelgrupper, der samtidig er steget med knap 70 pct. over perioden 2010-16, kombineret med en stigning i antal personer, der anvender medicinen, indebærer en stigning i de regionale tilskudsudgifter over perioden på ca. 130 pct.

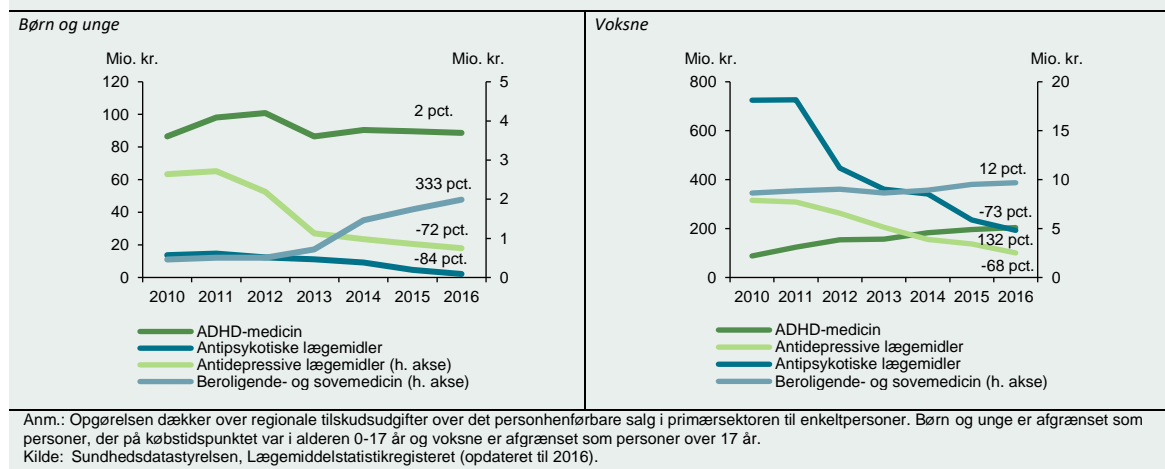
Udgifterne til antipsykotiske lægemidler, der for voksne udgjorde knap ¼ mia. kr. i 2010, er faldet til knap 200 mio. kr. i 2016, svarende til en reduktion på 73 pct., jf. figur 32. Reduktionen i regionale tilskudsudgifter er sket til trods for en stigning på ca. 10 pct. over antal personer, der bruger lægemidlerne. Dette skal bl.a. ses i lyset af, at antipsykotiske lægemidler er blevet betydeligt billigere som følge af patentudløb på en

række lægemidler. Tilsvarende er udgifterne til antipsykotiske lægemidler faldet med ca. 85 pct. for børn og unge.

Udgifterne til antidepressive lægemidler er for voksne faldet fra godt 300 mio. kr. i 2010 til ca. 100 mio. kr. i 2016, svarende til en negativ procentvis vækst på 68 pct. Mere end en halvering af disse udgifter skal bl.a. ses i lyset af faldende priser som følge af revurderinger af tilskudsstatus og patentudløb for en række antidepressive lægemidler samt et fald i antal brugere af antidepressive lægemidler. Tilsvarende tendens gælder for børn og unge.

Regionale tilskudsudgifter til beroligende- og sovemedicin udgør i 2016 10 mio. kr. for voksne og 2 mio. kr. til børn og unge. Det er betydeligt lavere end for nogle af de andre lægemiddelgrupper. Over perioden 2010-16 er udgifterne til beroligende og sovemedicin steget – særligt for medicin købt af børn og unge, til trods for at antallet af brugere er faldet. Det skyldes stigningen i den gennemsnitlige udgift pr. person.

Figur 32
Udvikling i regionale tilskudsudgifter til medicin fordelt på de enkelte lægemiddelgrupper, 2010-2016



7. Kommunale tilbud efter serviceloven

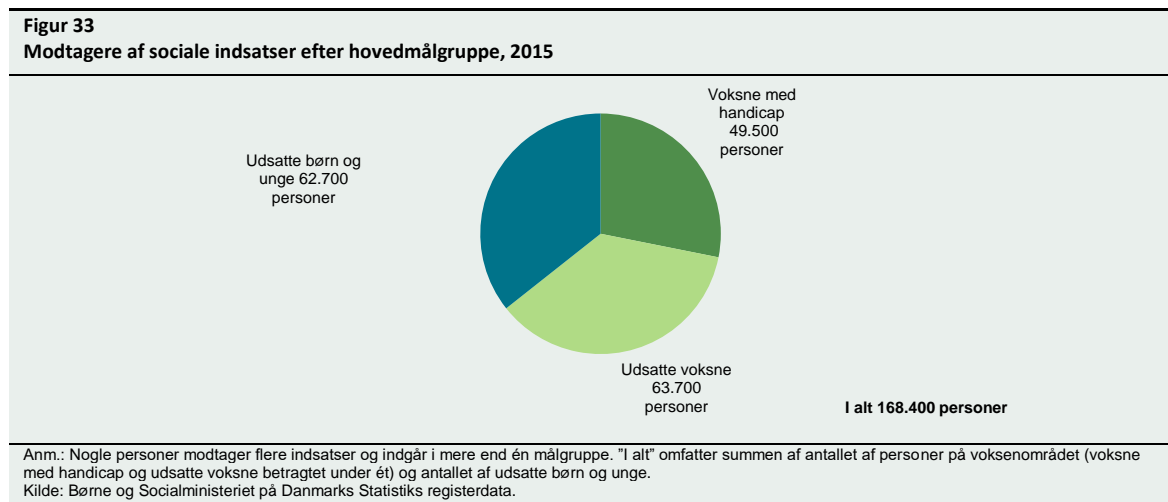
Kommunale indsatser til mennesker med psykiske vanskeligheder, der gives efter serviceloven omfatter bl.a. midlertidige eller længeværende botilbud, socialpædagogisk støtte, aktivitets- og samværstilbud og den sociale misbrugsbehandling. Herudover gives kommunal finansieret alkoholbehandling efter sundhedsloven.

Der gives også indsatser i regi af uddannelses- og beskæftigelseslovgivningen, hvor fokus er på at støtte borgeren i at opnå eller bevare tilknytning til arbejde eller uddannelse. De beskæftigelsesorienterede tilbud omfatter eksempelvis mentorer, ressourceforløb, opkvalificering, virksomhedspraktik, løntilskud, fleksjob mv. Disse indsatser er for nogle borgere helt afgørende for rehabiliteringen efter, eller i forbindelse med en sygdomsperiode og er dermed vigtige elementer i det samlede kommunale tilbud. Kommunerne er også ansvarlige for den forebyggende og sundhedsfremmende indsats, herunder indsatser relateret til mental sundhed. Disse indsatser indgår dog ikke i analysen, mens de indsatser, der er beskrevet her, gives til en væsentlig bredere population end kun mennesker med psykiske lidelser, jf. også afsnit 1.1 – Afgrænsning af målgruppen.

7.1 Målgrupperne på socialområdet

Sammenlagt modtog ca. 168.400 personer en social indsats i 2015, der er det seneste år, hvor der foreligger data for alle modtagere i en af de tre hovedmålgrupper på socialområdet: Udsatte børn og unge, udsatte voksne og voksne med handicap. Nogle personer indgår i mere end én målgruppe, jf. figur 33.

Opgørelsen omfatter ikke kun personer, der har psykiske problemer, men også eksempelvis udsatte børn og unge, der modtager en foranstaltning eller er anbragte samt udsatte voksne og voksne med handicap, idet begrebsbruken og opgørelserne her afspejler serviceloven og statistikkerne på socialområdet.



I 2015 modtog i alt omkring 106.000 voksne en indsats efter serviceloven. Det tal omfatter både *voksne med handicap* og *udsatte voksne*. Både voksne med handicap og udsatte voksne kan modtage behandling i den regionale psykiatri.

Datagrundlaget for opgørelsen af modtagere af sociale indsatser og hovedgrupper er uddybet i *Metode og definitioner, afsnit 8.5*.

Udsatte børn og unge omfatter børn og unge fra 0-22 år, der modtager en social foranstaltning i form af en eller flere forebyggende foranstaltninger eller en anbringelse uden for hjemmet. Eksempler på forebyggende indsatser er familiebehandling, aflastningsophold eller fast kontaktperson. Anbringelser uden for hjemmet kan for eksempel være i en plejefamilie, på en døgninstitution eller på et socialpædagogisk opholdssted. Unge over 18 år i såkaldt efterværn indgår også i gruppen. Efterværn retter sig mod unge, der er eller har været anbragt uden for hjemmet eller har haft en fast kontaktperson umiddelbart inden, de fylder 18 år. Cirka 62.700 børn og unge modtog en social foranstaltning i 2015.

Udsatte voksne, der modtager en social indsats, omfatter socialt udsatte voksne, herunder voksne med psykiske vanskeligheder, som modtager hjælp og støtte efter serviceloven (eller sundhedsloven) på grund af psykiske vanskeligheder eller et særligt socialt problem. Sidstnævnte er blandt andet personer, der modtager behandling for alkoholafhængighed og stofmisbrug, og hjemløse, der gør brug af forsorgshjem. Socialpædagogisk støtte er et eksempel på en social indsats efter serviceloven, der retter sig mod personer med psykiske vanskeligheder. Cirka 63.700 voksne modtog en social indsats på grund af psykiske vanskeligheder eller et særligt socialt problem i 2015.

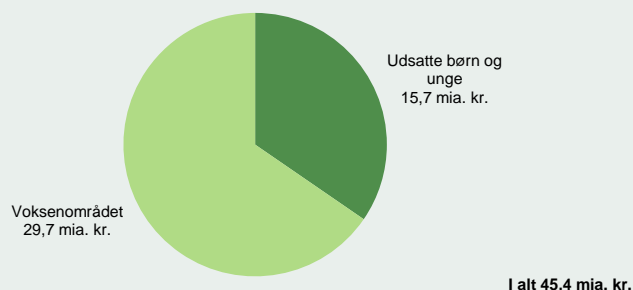
Voksne med handicap, der modtager en social indsats, omfatter personer over 18 år, som modtager støtte og hjælp efter serviceloven på grund af en fysisk eller kognitiv funktionsnedsættelse. Fysiske handicap omfatter blandt andet forskellige former for syns- og hørenedsættelser samt mobilitetshandicap, der påvirker evnen til at bevæge sig, fx muskelsvind og rygmarvsskader. Hjerneskader og udviklingshæmning er eksempler på kognitive funktionsnedsættelser. Indsatserne rettet mod voksne med handicap omfatter blandt andet socialpædagogisk støtte og forskellige former for botilbud. Gruppen talte ca. 49.500 personer i 2015.

Det er altid en konkret og individuel vurdering af borgerens samlede funktionsnedsættelse, der er udgangspunktet for, at borgeren visiteres til en indsats efter serviceloven og aldrig en diagnose.

7.2 Udgifter til sociale indsatser

De samlede offentlige nettodriftsudgifter til sociale indsatser udgjorde 45,4 mia. kr. i 2016. Udgifterne til udsatte børn og unge udgjorde knap 15,7 mia. kr. svarende til en tredjedel af udgifterne, og udgifterne til voksenområdet, det vil sige udsatte voksne og voksne med handicap, udgjorde 29,7 mia. kr., *jf. figur 34*.

Figur 34
Udgifterne på det sociale område, 2016



Anm.: 2017-pl. Samlede offentlige nettodriftsudgifter i den kommunale kontoplan. I opgørelsen af udgifterne på voksenområdet er der foretaget en skønsmæssig afgrænsning fra ældreområdet ud fra fordelingsnøgler. Udsatte børn og unge er opgjort som funktion 5.28.20-5.28.25. Voksenområdet er opgjort som 5.32.32-5.32.37, 5.35.40 og 5.38.42-5.38.59.
Kilde: Børne og Socialministeriet på baggrund af kommunale regnskaber.

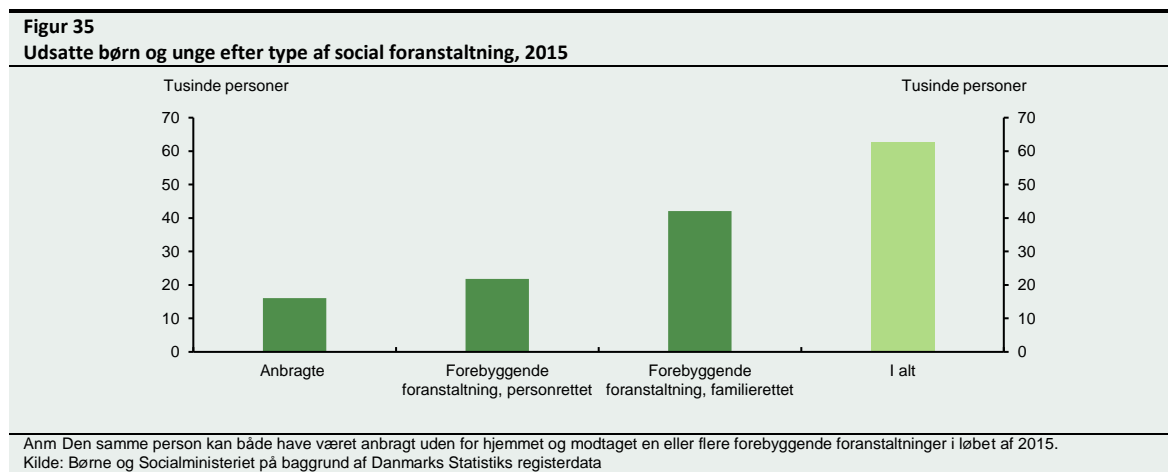
Når det gælder udgifterne til voksenområdet, er der foretaget en skønsmæssig afgrænsning af udgifterne i forhold til ældreområdet. Det skyldes blandt andet, at udgifterne til pleje og omsorg mv. til henholdsvis ældre og voksne i alderen 18-64 år ikke er adskilt i de kommunale regnskaber for det sociale område. Afgrænsning og opgørelsen af udgifter er derfor baseret på en fordelingsnøgle.

Den nuværende fordelingsnøgle er aftalt i 2007 mellem det daværende Socialministerium, KL og Finansministeriet. Med virkning fra kommunernes budgetlægning for 2018 træder en ny opgørelsesmetode i kraft, da der er indikationer på, at den nuværende fordelingsnøgle undervurderer, hvor stor en del af de ikke-adskilte udgifter til ældre og voksne, der tilgår voksne med handicap mv. i den skønsmæssigt afgrænsede opgørelse af udgifterne.

For en uddybning af udgifterne på socialområdet henvises til *Socialpolitisk Redegørelse 2017*.

7.3 Udsatte børn og unge

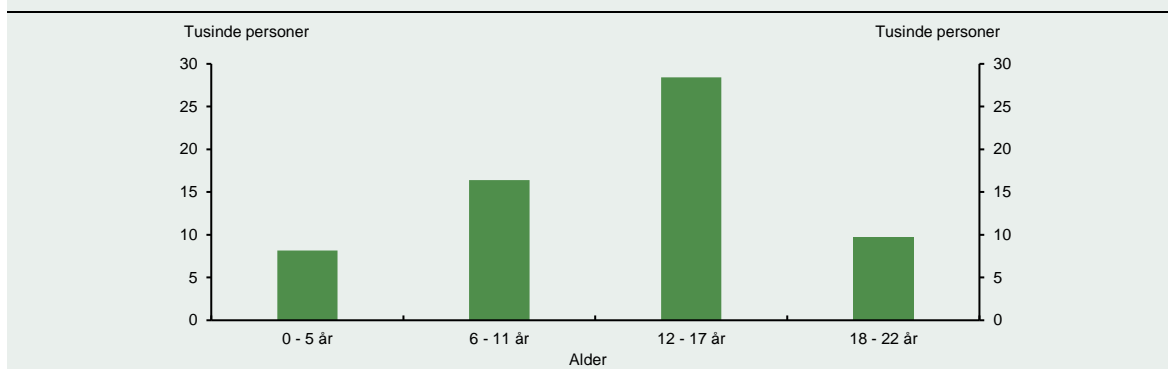
Langt størstedelen af de børn og unge, der modtog en social foranstaltning efter servicelovens bestemmelser i 2015, fik hjælp og støtte i form af en forebyggende foranstaltning. Mere end 40.000 børn og unge var omfattet af en familierettet forebyggende foranstaltning, mens lidt over 20.000 modtog en personrettet forebyggende foranstaltning. Cirka 16.000 børn og unge var anbragt uden for hjemmet, herunder som led i en efterværnsindsats. Nogle modtog mere end én indsats i løbet af et år, jf. figur 35.



Nogle børn og unge får iværksat en social foranstaltning i en meget tidlig alder. Det kan fx være små børn, hvor forældrene har svært ved at magte forælderrollen og ikke i tilstrækkelig grad kan sikre barnets udvikling og trivsel.

Børn i alderen 0-5 år er imidlertid den aldersgruppe, hvor færrest personer modtager en social foranstaltning. I 2015 var ca. 8.000 børn i alderen 0-5 år omfattet af en social foranstaltning, mens det var ca. 16.000 blandt børn i alderen 6-11 år, og ca. 28.000 blandt børn i 12-17-årsalderen. Unge i alderen 18-22 år i efterværn udgjorde lidt under 10.000 personer i 2015, jf. figur 36.

Figur 36
Udsatte børn og unge efter alder, 2015



Anm Udsatte børn og unge omfatter alle 0-22-årige, der var anbragt uden for hjemmet eller modtog en forebyggende foranstaltning i 2015. En forebyggende foranstaltning omfatter både familie- og personrettede foranstaltninger.
 Kilde: Børne og Socialministeriet på baggrund af Danmarks Statistiks registerdata

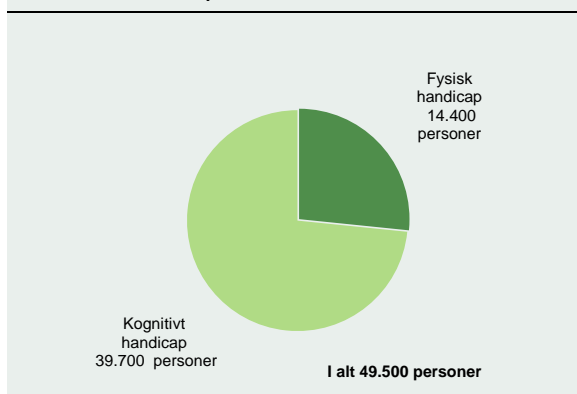
Tallene kan blandt andet afspejle, at nogle sociale problemer typisk optræder i teenageårene. Der kan fx være tale om psykiske vanskeligheder, misbrug eller kriminel adfærd.

7.4 Udsatte voksne og voksne med handicap

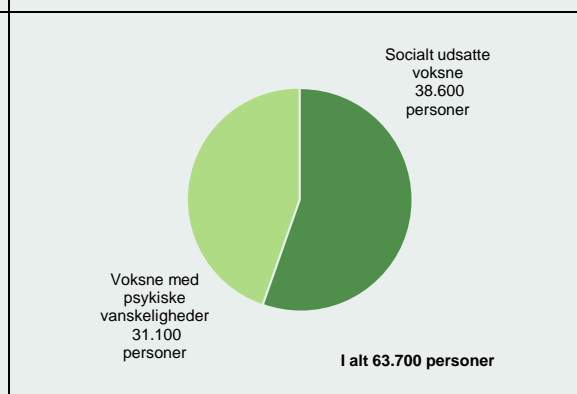
Blandt voksne med handicap sondres mellem personer med fysiske funktionsnedsættelser og personer med kognitive funktionsnedsættelser. Gruppen med kognitive funktionsnedsættelser er den største og omfatter omkring 40.000 personer på 18 år og derover i 2015, mens personer med fysiske handicap omfatter omkring 14.000 personer. Blandt udsatte voksne kan man skelne mellem personer med psykiske vanskeligheder og personer med særlige sociale problemer, *jf. figur 37 og 38*.

Det skal bemærkes, at det ikke kun er gruppen af personer med psykiske vanskeligheder, der kan have kontakt til den regionale psykiatri. Personer med fysiske og kognitive funktionsnedsættelser og personer med særlige sociale problemer kan også modtage behandling i den regionale psykiatri. Kognitive funktionsnedsættelser omfatter eksempelvis både autisme, ADHD og udviklingshæmning, mens socialt udsatte voksne omfatter personer i misbrugsbehandling og brugere af forsorgshjem og herberger, der samtidig kan have behov for psykiatrisk behandling.

Figur 37
Voksne med handicap, 2015



Figur 38
Udsatte voksne, 2015

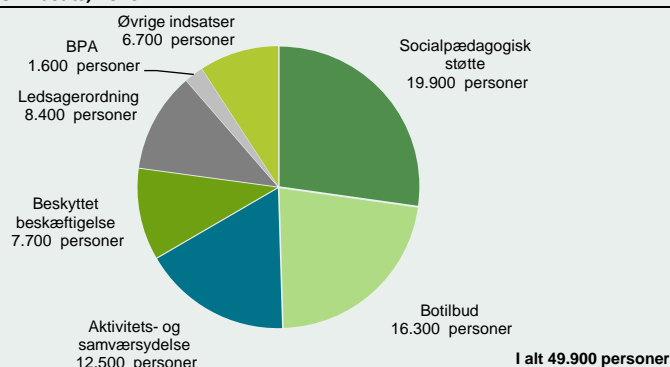


Anm: Baseret på 44 kommuner, der indgår i De Kommunale Serviceindikatorer i perioden 2014-2016, og opregnet til landsplan på baggrund af indbyggertal.
 Kilde: Børne og Socialministeriet på Danmarks Statistiks registerdata.

Indsatser til voksne med handicap

De mest udbredte indsatser til voksne med handicap er socialpædagogisk støtte og botilbud, *jf. figur 39*.

Figur 39
Voksne med handicap fordelt efter indsats, 2016



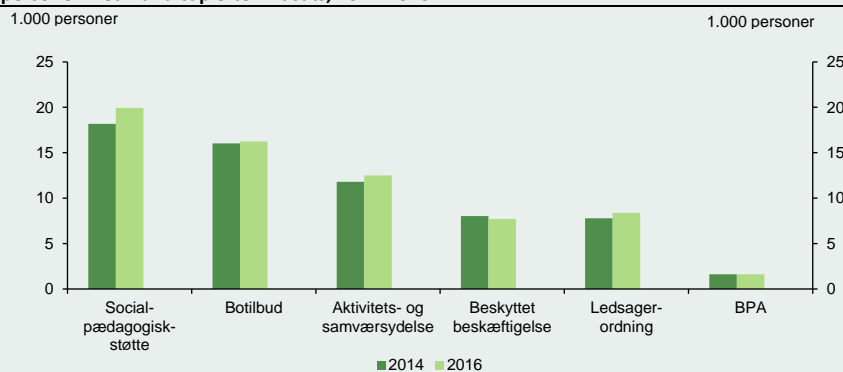
Anm.: 18 år og derover ultimo 2016. Baseret på 44 kommuner, der indgår i De Kommunale Serviceindikatorer i perioden 2014-2016, og opregnet til landsplan på baggrund af indbyggertal.
 Kilde: Børne og Socialministeriet på Danmarks Statistiks registerdata.

Socialpædagogisk støtte er målrettet en meget bred gruppe af borgere, der omfatter eksempelvis personer med et fysisk handicap, autisme, udviklingshæmning, psykiske vanskeligheder og hjerneskade. Støtten kan bestå af mange former for hjælp afhængigt af borgerens konkrete situation og behov. Overordnet er formålet at sikre, at den pågældende så vidt muligt kan leve et liv på egne præmisser og efter egne ønsker.

Botilbud omfatter både længerevarende eller midlertidige ophold til borgere, der har betydelige funktionsnedsættelser, eksempelvis svær mental retardering, psykiske vanskeligheder, udviklingshæmning, autisme eller hjerneskade. Endeligt er der mange borgere, der modtager dagtilbud i form af enten beskyttet beskæftigelse eller aktivitets- og samværstilbud.

Antallet af personer, der modtager en indsats efter serviceloven på grund af et handicap, vurderes at være stigende. Stigningen ses særligt i en vækst i antal modtagere af socialpædagogisk støtte, *jf. figur 40*.

Figur 40
Udvikling blandt personer med handicap efter indsats, 2014-2016



Anm.: 18 år og derover ultimo året. Baseret på 44 kommuner, der indgår i De Kommunale Serviceindikatorer i perioden 2014-2016, og opregnet til landsplan på baggrund af indbyggertal. Det bemærkes, at dele af stigningen kan skyldes registreringsmæssige forhold i kommunerne. Stigningen i socialpædagogisk støtte skal også ses i lyset af, at der har været en omlægning af boformer fra serviceloven til almenboliglovens § 105, hvor borgeren modtager socialpædagogisk støtte.
 Kilde: Børne og Socialministeriet på Danmarks Statistiks registerdata.

Det er vanskeligt entydigt at påpege én bestemt årsag til stigningen i antallet af modtagere af socialpædagogisk støtte, men det kan blandt andet skyldes en tilgang af personer med forskellige diagnoser, eksempelvis ADHD og autisme. Se også *Socialpolitisk Redegørelse 2017*.

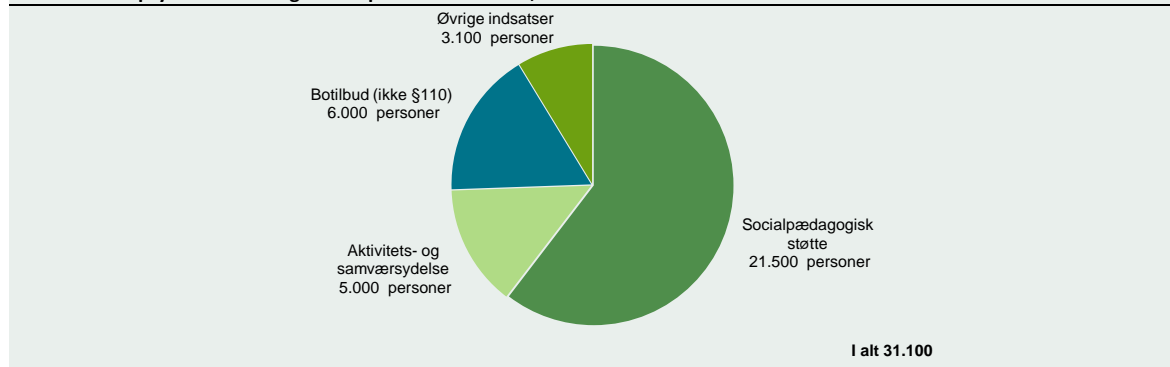
Indsatser til voksne med psykiske vanskeligheder

Voksne med psykiske vanskeligheder modtager støtte i den kommunale socialpsykiatri, der omfatter tilbud som; støtte- og kontaktpersonordning, socialpædagogisk støtte til borgere i eget hjem, aktivitets- og samværsydelse eller midlertidige eller længerevarende botilbud. De socialpsykiatriske tilbud yder en helhedsorienteret socialfaglig indsats, mens den regionale behandlingspsykiatri, yder den mere specialiserede psykiatriske behandling.

Blandt voksne med psykiske vanskeligheder udgør socialpædagogisk støtte den mest udbredte indsats. Ud af de 31.100 voksne med psykiske vanskeligheder modtager 21.500 socialpædagogisk støtte, mens 6.000 modtager botilbud og 5.000 modtager aktivitets- og samværssydelse, *jf. figur 41*.

Figur 41

Voksne med psykiske vanskeligheder opdelt efter indsats, 2015



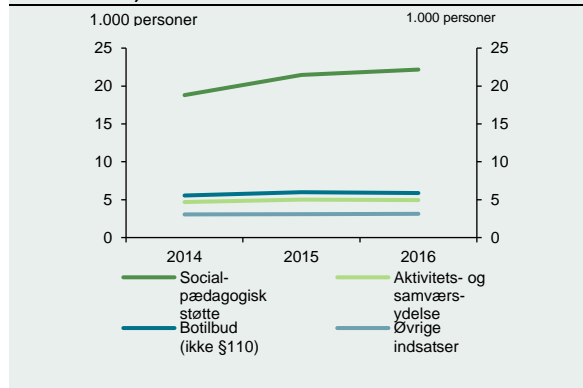
Anm.: Baseret på 44 kommuner, der indgår i De Kommunale Serviceindikatorer i perioden 2014-2016, og opregnet til landsplan på baggrund af indbyggertal.
Kilde: Børne og Socialministeriet på Danmarks Statistiks registerdata mv.

Blandt voksne med psykiske vanskeligheder har der været en stigning i antallet af personer, der modtager socialpædagogisk støtte fra omkring 18.800 personer i 2014 til ca. 22.200 i 2016, *jf. figur 42*.

Stigningen blandt voksne med psykiske vanskeligheder, der modtager socialpædagogisk støtte, er sket i alle aldersgrupper. Den største stigning er sket blandt 18-29-årige og 50-64-årige, hvor antallet er steget med omkring 1.000 personer, *jf. figur 43*.

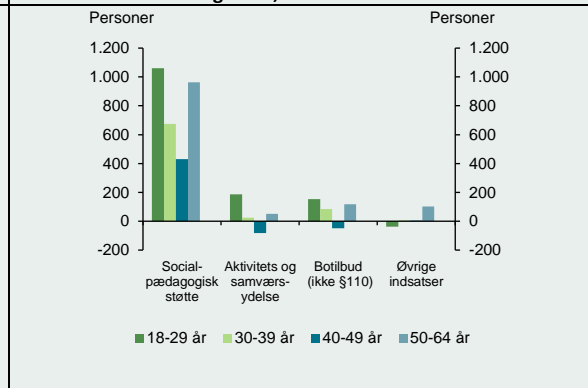
Figur 42

Udvikling blandt voksne med psykiske vanskeligheder opdelt efter indsats, 2014-2016



Figur 43

Ændring i antal voksne med psykiske vanskeligheder opdelt efter indsats og alder, 2014-2016

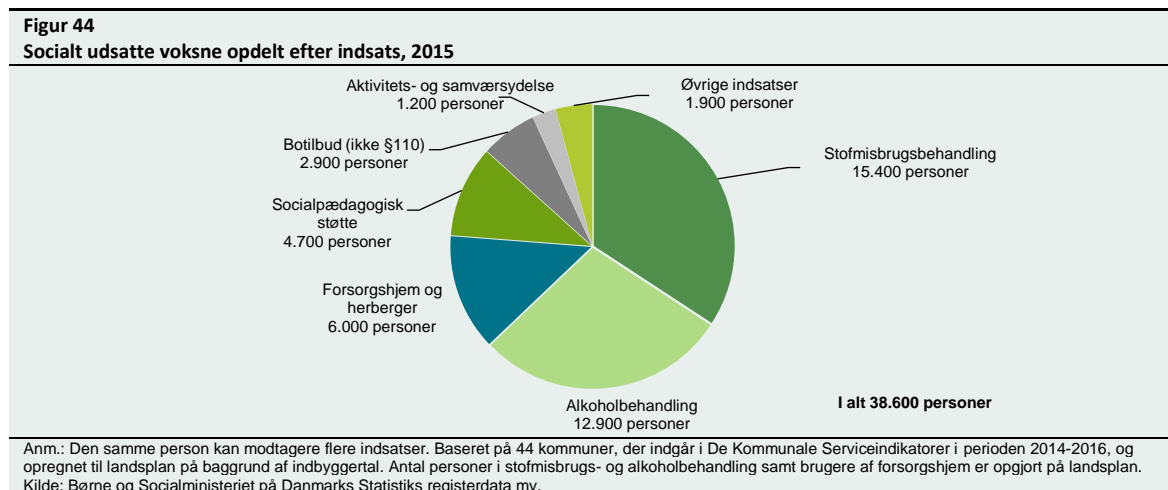


Anm.: Baseret på 44 kommuner, der indgår i De Kommunale Serviceindikatorer i perioden 2014-2016, og opregnet til landsplan p.b.a. indbyggertal. Børste personer på 18 år eller derover, som indgår i befolkningsregisteret ultimo året. Det bemærkes, at dele af stigningen kan skyldes registreringsmæssige forhold i kommunerne og tilbuddene. Stigningen i socialpædagogisk støtte skal også ses i lyset af, at der har været en omlægning af boformer fra serviceloven til almenboliglovens § 105, hvor borgeren modtager socialpædagogisk støtte.
Kilde: Børne og Socialministeriet på Danmarks Statistiks registerdata.

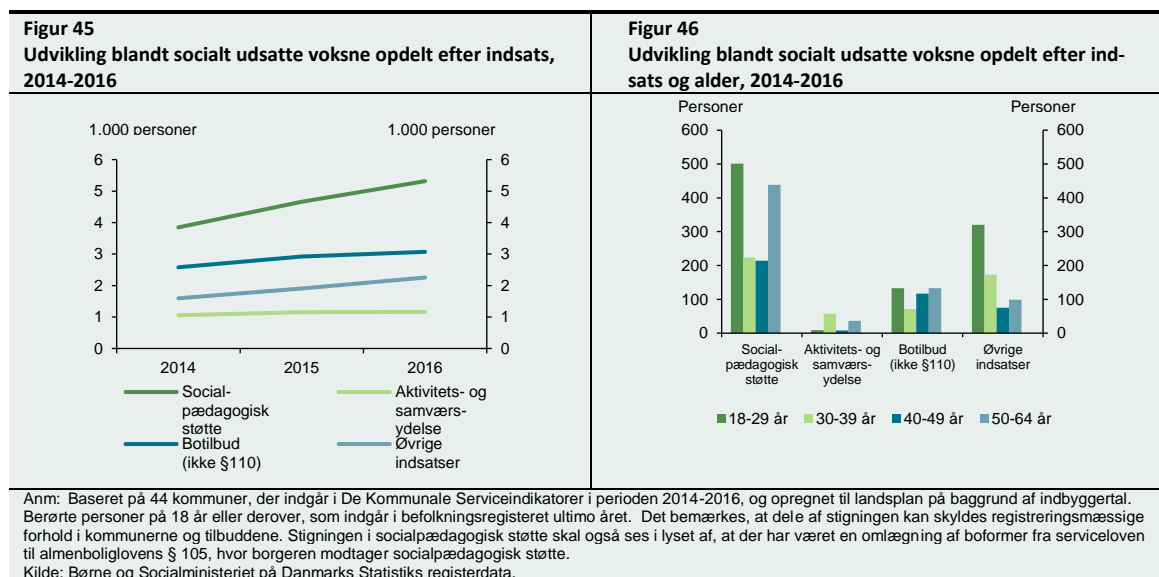
Det er vanskeligt entydigt at opgøre én bestemt årsag til stigningen i antallet af modtagere af socialpædagogisk støtte, men det kan blandt andet skyldes en tilgang af personer med forskellige diagnoser. Hertil kommer, at dele af stigningen i antallet af modtagere af socialpædagogisk støtte også kan ses i lyset af, at der har været en omlægning af boformer fra serviceloven til almenboliglovens, hvor borgeren modtager socialpædagogisk støtte efter serviceloven. Endeligt skal det bemærkes, at dele af stigningen kan skyldes registreringsmæssige forhold i kommunerne.

Indsatser til socialt udsatte voksne

Ud af den samlede gruppe på 38.600 socialt udsatte voksne modtager over halvdelen behandling for stofmisbrug eller alkoholafhængighed. Hjemløse, der har overnattet på et forsorgshjem eller herberg, udgør omkring 6.000 personer, jf. figur 44.



Antallet af socialt udsatte voksne, der modtager socialpædagogisk støtte vurderes at være steget fra knap 4.000 personer i 2014 til ca. 5.300 personer i 2016. Derudover har der også været en mindre stigning i antallet af socialt udsatte voksne, der modtager aktivitets- og samværsydelse og botilbud, fra ca. 2.600 personer i 2014 til omkring 3.100 i 2016, jf. figur 45.



Se *Socialpolitisk Redegørelse 2017* for udviklingen for modtagere af misbrugsbehandling og brugere af forsorgshjem og herberg.

8. Metode og definitioner

8.1 Udgiftsbegreber anvendt i analysen

Nettodriftsudgifter – Regionernes særlige indberetning til Økonomi- og Indenrigsministeriet

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

De tilrettede driftsudgifter

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

Individbaserede udgifter baseret på sengedagstakst og takst for ambulant besøg

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

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

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

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

Ydelseshonorar i praksissektoren

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

Den gennemsnitlige udgift pr. patient

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

8.2 Oversigt over psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser

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

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

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

8.3 Aktivitet i sygehusvæsenet og i praksissektoren

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

Indlæggelse

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

Sengedage

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

Ambulante besøg, psykiatrisk sygehusvæsen

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

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

Ambulante besøg, somatisk sygehusvæsen

Ved ambulante behandling er patienten indskrevet på en afdeling, men optager ikke en normeret sengeplads. Ambulante besøg tælles som en patients fremmøde på et ambulatorium, i en tværgående klinisk serviceafdeling, et hjemmebesøg af sundhedsfagligt uddannet personale eller modtagelse af en afregningsberettiget telemedicinsk ydelse. For den enkelte patient opgøres der kun ét ambulante besøg pr. dag pr. afdeling. Der indgår tal for fremmøde på en skadestueafdeling, hvor indskrivning sker efter selvhenvendelse, henvisning eller indbringelse på grund af tilskadekomst eller anden akut opstået tilstand. I opgørelser fra 2014 og frem indgår kontakter på akut ambulante afdelinger i opgørelsen af ambulante besøg.

Aktivitet i praksissektoren

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

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

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

8.4 Psykofarmaka

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

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

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

Udvalgte lægemiddelgrupper

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

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

Definition af definerede døgndoser (DDD)

Til sammenligning af forbrug af lægemidler benyttes de af WHO fastsatte definerede døgndoser (DDD). Den definerede døgndosis for et lægemiddel fastsættes ud fra en gennemsnitsdosis pr. døgn for en voksen person til vedligeholdelsesbehandling af hovedindikationen. I de tilfælde, hvor WHO ikke har tildelt en officiel DDD eller angivet retningslinjer for tildeling af en DDD-værdi, har Sundhedsdatastyrelsen fastsat en måleværdi.

Opmærksomheden henledes på, at DDD ikke nødvendigvis afspejler den faktiske, daglige dosis. Der kan være tilfælde, hvor lægemidlerne anvendes i andre doser end den DDD, WHO har fastsat. DDD er derfor en teknisk måleenhed, som benyttes ved sammenligning af mængdeopgørelser af forskellige lægemidler.

Medicintilskud

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

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

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

Tilskudstype

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

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

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

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

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

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

Revurderinger

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

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

8.5 Opgørelse af modtagere af sociale indsatser og hovedmålgrupper

Udsatte børn og unge vedrører personer i alderen 0-22 år, der modtager en social foranstaltning inden for rammerne af kapitel 3 (§ 11) samt kapitel 11 og 12 i serviceloven. Børn og unge mellem 15 og 17 år kan også anbringes uden for hjemmet af strafferetlige årsager ved dom, når opholdet er led i afsoning, jf. § 78 i straffuldbyrdsloven, eller en struktureret, kontrolleret socialpædagogisk behandling på et anbringelsessted, jf. § 74 a i straffeloven (ungdomssanktion). Hertil kommer anbringelser ved kendelse i varetægtssurrogat på et anbringelsessted, jf. § 765 i retsplejeloven. Disse personer indgår også i målgruppen af udsatte børn og unge.

Der har siden 1977 været indsamlet registerdata (individdata) vedrørende anbringelser og personrettede forebyggende foranstaltninger, jf. Danmarks Statistiks register for udsatte børn og unge. I 2014 er statistikken udbygget med individdata for modtagere af familierettede forebyggende foranstaltninger. Den sociale

indsats efter serviceloven i forhold til udsatte børn og unge er dog ikke fuldt belyst af registerdata. Det drejer sig bl.a. om den forebyggende indsats under § 11, idet der ikke er pligt til en børnefaglig undersøgelse eller særskilt journalpligt i tilknytning hertil.

Udsatte voksne og personer med handicap er opgjort som personer på 18 år og derover med varigt nedsat funktionsevne eller et særligt socialt problem, som modtager en social foranstaltning inden for rammerne af kapitel 14-21 i serviceloven eller er i misbrugsbehandling i medfør af §§ 141-142 i sundhedsloven.

Personer med handicap har en fysisk eller kognitiv funktionsnedsættelse. Fysiske handicap omfatter blandt andet forskellige former for syns- og hørenedsættelser samt mobilitetshandicap, fx muskelsvind og rygmarvsskader. Hjerneskader og udviklingshæmning er eksempler på kognitive funktionsnedsættelser, der kan have betydning for sproglige, motoriske og sociale evner.

Udsatte voksne er personer med psykiske vanskeligheder (sindslidelser) eller et særligt socialt problem (hjemløshed, misbrug mv.). Sindslidelser omfatter bl.a. angst, depression, personlighedsforstyrrelse, stressbelastning og spiseforstyrrelse.

Serviceloven opererer ikke med begrebet "kognitiv funktionsnedsættelse", men benytter det bredere begreb "psykisk funktionsnedsættelse". Begrebsbrugen her afspejler statistikken De Kommunale Serviceindikatorer, hvor kommunerne skal indberette, hvilken målgruppe en borger tilhører, når vedkommende modtager en social indsats. Kommunerne skal inden for den overordnede gruppe med psykisk funktionsnedsættelse angive, om borgeren tilhører målgruppen med en kognitiv funktionsnedsættelse, målgruppen med en sindslidelse eller begge. Personer, hvor kommunen angiver målgruppen til at være sindslidelse, indgår, som nævnt, i gruppen af udsatte voksne.

Opgørelserne bygger på fire registre: De Kommunale Serviceindikatorer på voksenområdet (Danmarks Statistik), Boformstatistikken (Danmarks Statistik), registret "Ventetider vedr. behandlingsgaranti for stofmisbrugere" og Det Nationale Alkoholbehandlingsregister (Sundhedsdatastyrelsen). I denne afrapportering omfatter De Kommunale Serviceindikatorer indberetninger fra 44 kommuner med data i perioden 2014-2016. Antal modtagere er opregnet til landsniveau på baggrund af alders- og kønsspecifikke vægte. Se *Socialpolitisk Redegørelse 2017* for yderligere.

Registrene giver ikke et fuldstændigt billede af den sociale indsats efter serviceloven. Nogle af ydelserne i De Kommunale Serviceindikatorer er frivillige at indberette for kommunerne. Det drejer sig bl.a. om dækning af merudgifter (§ 100) og støtte til hjælpemidler (§ 112). Den fulde brug af § 99 (støtte-/kontaktperson til udsatte voksne) kendes ikke, idet ordningen ikke forudsætter visitation/registrering. Det samme er tilfældet for den forebyggende indsats på voksenområdet under §§ 10 og 12.

9. Litteratur

Børne- og Socialministeriet (2017): Socialpolitisk Redegørelse 2017

Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning KORA (2012): Tværsektorielt samarbejde i psykiatrien – Videns- og erfaringsopsamling

Finansministeriet (2017): Aftale om udmøntning af satspuljen for 2018

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

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

RLTN og FAPS (2015): Modernisering af psykiatri i speciallægepraksis

Sundheds- og Ældreministeriet (2013): Vejledning om medikamentel behandling af børn og unge med psykiske lidelser (VEJ nr. 9194 af 11/04/2013)

Sundheds- og Ældreministeriet (2016): Befolkningens kontakter til almen praksis

Sundheds- og Ældreministeriet (2017): Nationale mål for sundhedsvæsenet

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

Sundhedsstyrelsen (2015): Specialeplanlægning – Begreber, principper og krav

Sundhedsstyrelsen (2017): Specialevejledning for Psykiatri



Sundheds- og Ældreministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K
Tlf. 72 26 90 00