Indhold

Indledning 4

Regionernes budgetter for 2011 9

Aflyste operationer og regionernes tiltag for at forhindre aflysninger 23

Regionernes beskæftigelsesudvikling 32

De private sygehuses andel af offentlig betalt sygehusbehandling 44

Benchmarking af behandlingspraksis for skulderoperationer 50

Benchmarking af psykiatrien 62

Appendiks: Regionernes takststyringsmodeller 2011 76

Kapitel 1

Indledning

”Styr på regionerne – regionernes økonomi i 2011” indeholder først og fremmest et kapitel om regionernes budgetter for 2011. Dernæst indeholder den en række analyser om forskellige områder af regionernes økonomi. Flere af dem har tidligere været offentliggjorte på Danske Regioners hjemmeside www.regioner.dk, hvor samtlige analyser fra Styr på regionerne 2008 til 2011 også ligger. I år findes der også uddrag af to af de mange benchmarkingprojekter, som regionernes i fællesskab har sat i gang.

Regionernes budgetter for 2011
Budgettet for 2011 var en udfordrende proces for alle regioner efter betydelige underskud fra 2009. I kapitlet om regionernes budgetter kan du læse mere om resultaterne for 2011 og nogle af hovedpointerne er følgende:

- På sundhedsområdet har regionerne budgetteret med samlet set 96,6 milliarder kroner for 2011.
- Regionerne har i løbet af 2010 foretaget en historisk opbremsning i udviklingen af sundhedsudgifterne med en negativ realvækst på 0,6 procent.
- Regionerne forventer i 2011 at investere 4,8 milliarder kroner på anlægsområdet i regionerne.

Aflyste operationer og regionernes tiltag for at forhindre aflysninger
Aflysninger i sundhedsvæsenet har flere gange været fremhævet som et problem. Både i forhold til ekstra ventetid for patienten og for spild af ressourcer i sundhedsvæsenet. Kapitlet her viser, at der er forskellige grunde til aflysninger, som både skyldes patienter og sygehuse. Nogle kan undgås, andre kan ikke. Problemstillingen kan gribes an på mange måder og kapitlet viser, hvordan regionerne på forskellig måde arbejder med at forhindre aflysninger. To af hovedkonklusionerne i kapitlet er:

- For operationer, er det 1 ud af 20 operationer, der bliver aflyst. Det svarer til 5 procent.
- Af de aflyste operationer skyldes aflysningen i 3 ud af 4 tilfælde patienten selv.

Regionernes aktuelle beskæftigelsesudvikling
I lyset af det seneste års fokus på regionernes personaleanvendelse har Danske Regioner analyseret den aktuelle beskæftigelsesudvikling på sygehusene i regionerne. Analysen viser, at regionerne er villige til at tage ansvar, og fortæller blandt andet at:

- Regionernes samlede antal ansatte fra december 2009 til december 2010 er faldet med i alt 2.000 fuldtidsbeskæftigede.
- Personaletilpasningerne i 2010 underbygger, at regionerne påtager sig et medansvar for at genoprette dansk økonomi. Den massive opbremsning er sket samtidig med, at regionerne har leveret en vækst i aktiviteten på sygehusene på knap 5 procent ifølge den seneste prognose.

De private sygehuses andel af offentligt betalt sygehusbehandling
Det er ikke al aktivitet på de offentlige sygehuse, der kan sammenlignes med det, der udføres på private klinikker og hospitaler. Danske Regioner har forsøgt at beregne de private sygehuses andel ud fra, hvad der er reelt at sammenligne. Du kan læse mere om metode og resultater i kapitlet, hvor hovedpointerne er:

- Cirka 5 procent af de offentlige sygehusudgifter er udgifter til private sygehuse, når der tages højde for, at de kun behandler planlagte patienter.
- På nogle typer af behandlinger varetager de private sygehuse væsentligt mere. Det drejer sig for eksempel om operation for grå stær, hvor andelen er på 29 procent, rygoperationer 26 procent og hofteoperationer 9 procent.
- Knap 90 procent af den samlede fedmebehandling varetages af private sygehuse. Det er det område, hvor de privates markedsandel er størst.

Resumeer af to af regionernes benchmarkingprojekter
Regionerne har præsenteret en markant ny dagsorden for sundhedsvæsenet med fokus på kvalitet frem for kvantitet. I relation hertil danner benchmarking grundlag for en diskussion af, hvad der er god praksis, og kan medvirke til at sprede viden mellem regionerne. På den måde sikres mest mulig sundhed for pengene og høj kvalitet i behandlingen.

De regionale benchmarkinganalyser har meget forskellig karakter. Nogle er større og dybdeborende, andre er mindre analyser. Fælles for dem alle er, at regionerne deltager i udarbejdelsen af analyserne. Dette sikrer størst mulig anvendelse af analyserne i regionerne.

Her præsenteres to af projekterne og samtidig lægges benchmarkingresultaterne løbende ud på www.regioner.dk.

Benchmarking af behandlingspraksis for skulderoperationer
En af de benchmarkinganalyser, der er foretaget, vedrører behandlingspraksis for personer, der har fået en skulderoperation. Her kan følgende konkluderes:

- Fra 2007 til 2010 har det været en stigning på 34,3 procent for ambulante besøg, hvor der er foretaget en skulderoperation. For indlæggelser med en skulderoperation er stigningen 5,5 procent og samlet set er det 17,7 procent.
- Der er en variation på, hvor mange skulderoperationer, der udføres pr. borger i de fem regioner. For det ambulante område varierer det fra 0,6 til 2,5 pr. 1.000 borger.

Benchmarking af psykiatrien
En anden er en benchmarking af psykiatrien. Psykiatrisk behandling er en væsentlig del af sygehusbehandlingen og det er en af regionernes kerneopgaver. Den psykiatriske behandling står for cirka 10 procent af regionernes udgifter til sygehusbehandling.

Kapitlet her er et resume af en større rapport, som giver et overblik over behandlingsaktiviteten i psykiatrien i de fem regioner. Regionerne sammenlignes indenfor områderne; kapacitet, henvisningspraksis, aktivitet og personalemæssige og økonomiske ressourcer og analysen viser en række forskelle:

- Udgifterne pr. patient ligger mellem 43.000 til 83.000 kroner og afhænger til en vis grad af, hvor stor andelen af ambulante patienter er.
- Der er en vis forskel i fordelingen på ambulant behandling og behandling under indlæggelse. En variation på 2 til 3 ud af 10 patienter som har været indlagt i løbet af et år.

Kapitel 2

Regionernes budgetter for 2011

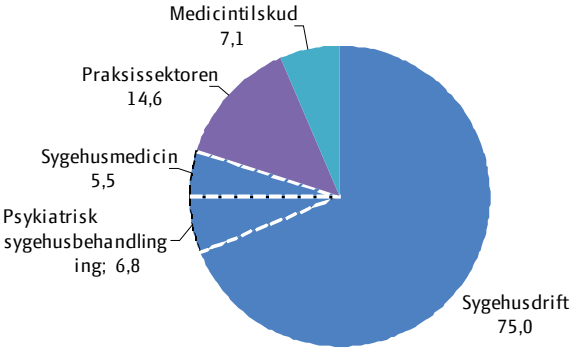
I oktober 2010 vedtog samtlige regionsråd budgettet for 2011. Det var en udfordrende proces for alle regioner, da de fortsat stod i en økonomisk vanskelig situation med store underskud fra 2009, der krævede omstruktureringer i alle regioner.

- På sundhedsområdet har regionerne budgetteret med samlet set 96,6 milliarder kroner for 2011.
- Regionerne har i løbet af 2010 foretaget en historisk opbremsning i udviklingen af sundhedsudgifterne med en negativ realvækst på 0,6 procent.
- På området for regional udvikling har regionerne budgetteret med 2,8 milliarder kroner i 2011.
- På socialområdet fortsætter de senere års udvikling med et faldende antal pladser på de regionalt drevne sociale institutioner.
- Regionerne forventer i 2011 at investere 4,8 milliarder kroner på anlægsområdet i regionerne.

Sundhedsområdet i 2011
Regionerne forventer i 2011 at bruge cirka 75 milliarder kroner på sygehusdrift, jf. figur 1. Samlet set forventer regionerne at bruge cirka 96,6 milliarder kroner på sundhedsområdet inklusiv udgifterne til medicintilskud.

FIGUR 1

Nettodriftsudgifterne til sundhedsvæsenet opgjort i miliarder kroner og 2011 pris- og lønniveau



Anm: Sygehusdrift dækker udover udgifter til behandling i det somatiske sygehusvæsen, samt udgifter til sygehusmedicin, det psykiatriske sygehusvæsen, administration, befordring samt øvrige udgifter forbundet med at drive sygehusene.
Kilde: Danmarks Statistik og regionale indberetninger af budget 2011 til Indenrigs- og sundhedsministeriet.

Af tabel 1 fremgår hvad de forskellige regioner har budgetteret på henholdsvis sygehusdrift, praksissektor og medicintilskud i 2011.

TABEL 1

Nettodriftsudgifterne på sundhedsområdet opgjort i milliarder kroner og 2011 pris- og lønniveau

Region	Sygehusdrift	Praksis-sektor	Medicin-tilskud	Sundheds-området ekskl. medi-cintilskud	Sundheds-området ekskl. medi-cintilskud
Hovedstaden	23,4	4,9	2,0	28,3	30,3
Sjælland	11,4	2,2	1,1	13,6	14,7
Syddanmark	16,2	3,0	1,6	19,3	20,9
Midtjylland	16,0	3,1	1,6	19,1	20,7
Nordjylland	7,9	1,4	0,8	9,3	10,1
Hele landet	75,0	14,6	7,1	89,6	96,6

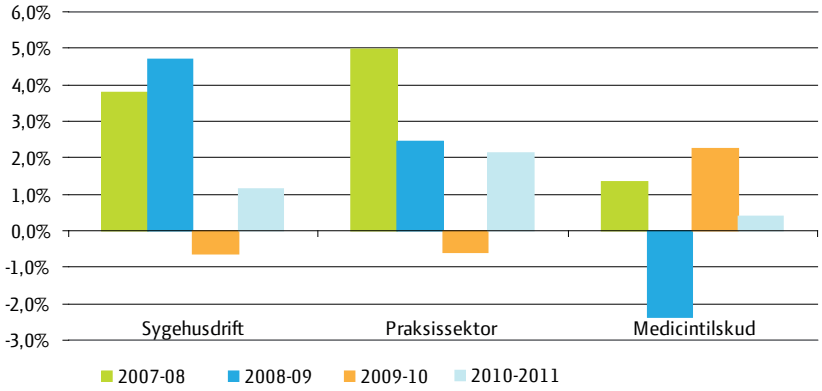
Kilde: Danmark Statistik.

Realvækst 2007 til 2011

Regionerne har på samme måde som resten af den offentlige økonomi haft en stor udfordring med at skulle reducere udgifterne massivt i løbet af 2010. Arbejdet fortsætter i 2011. Men figur 2 viser, at regionerne er på vej til at være i balance i 2011.

FIGUR 2

Realvækst i regionernes sundhedsudgifter i perioden 2007 til 2011 i årlig procent



Anm.: Ovenstående figur er opgjort i 2011 pris-, løn- og opgaveniveau. 2005-2009 er regnskabstal, 2010 er regionale indberetninger til ISM af forventet årsresultat 2010 på baggrund af 5. kvartal 2010. 2011 er baseret på regionernes budget 2011 samt aftalen om regionernes økonomi i 2011. Kilde: Danmarks Statistik, Finansministeriet, Indenrigs- og Sundhedsministeriet samt egne beregninger.

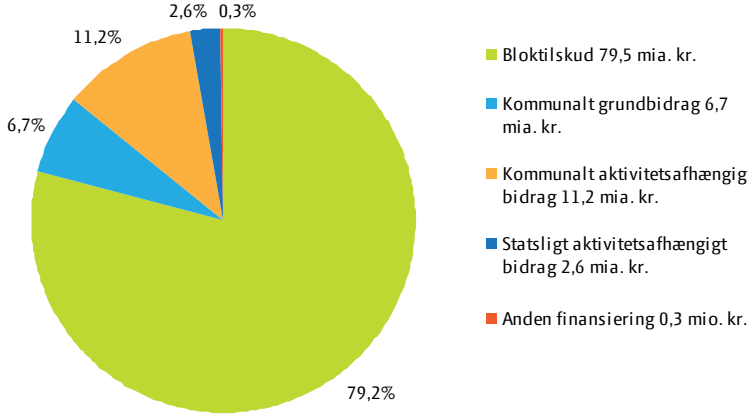
Tidligere års realvækster på mellem 3,5 og 4,5 procent om året er afløst af en rekordlav negativ realvækst mellem 2009 og 2010 på i alt cirka -0,6 procent og et råderum i 2011 på 1,6 procent.

Finansiering

Regionerne har i 2011 budgetteret med en samlet finansiering på 100,4 milliarder kroner, heraf udgør det regionale bloktilskud den langt største finansieringskilde. Årsagen til, at den samlede finansiering på sundhedsområdet i figur 3 er større end nettodriftsudgifterne i tabel 1, er, at finansieringen i figur 3 også skal dække anlægsudgifter, renteudgifter med videre.

FIGUR 3

Regionernes finansiering på sundhedsområdet i budget 2011 opgjort i 2011 pris- og lønnineau



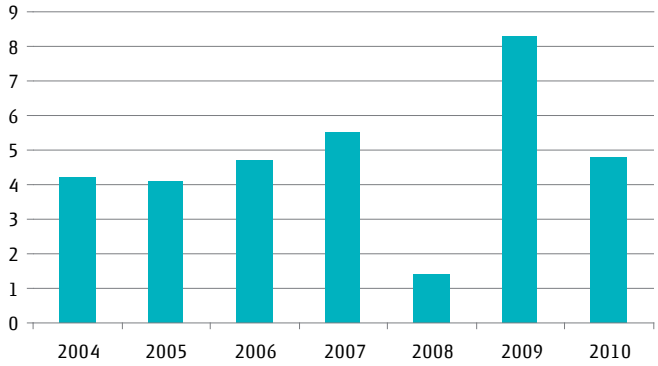
Kilde: Danmarks Statistik.

Antal behandlinger på sygehusene

Siden 2004 har antallet af sygehusbehandlinger (aktivitetsudviklingen) været støt stigende. Eneste undtagelse var i 2008, hvor der var strejke på landets sygehuse i foråret 2008. I 2010 steg antallet af behandlinger med 4,8 procent, på trods af den rekordlave realvækst, jf. figur 4.

FIGUR 4

Den årlige stigning i antallet af behandlinger på sygehusene i procent i perioden 2004 til 2010 (målt i produktionsværdi)



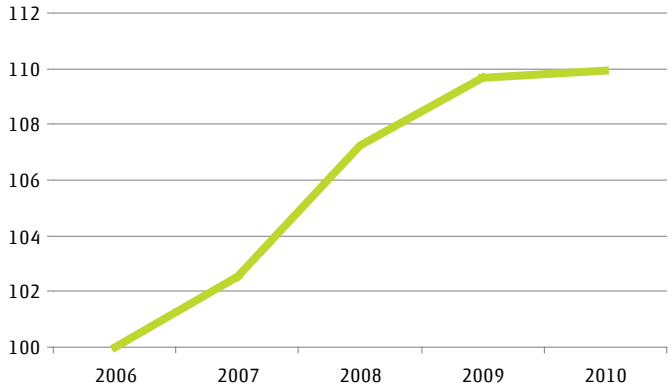
Kilde: For 2004 til 2009 er kilden Landspatientregisteret. For 2010 er det landspatientregisteret pr. 10. februar 2011. Opgjort i takstsystem 2010.

Praksissektoren

90 procent af danskerne er i løbet af et år i kontakt med sundhedsvæsenet. Det er ikke kun på sygehusene, der har været en massiv udvikling i aktivitet og udgifter. I praksissektoren har der siden 2006 været en stigning i den samlede mængde af udbetalte honorarer med næsten 10 procent, jf. figur 5 (2006 til 2010).

FIGUR 5

Udviklingen i bruttohonoraret i praksissektoren 2006 til 2010



Anm.: Opgjort som udviklingen i bruttohonoraret for samtlige ydere i praksissektoren. 2006 = indeks 100 (opgjort i 2011pl).
Kilde: CSC Scandihealth.

Regional udvikling

På området for regional udvikling har regionerne i 2011 budgetteret med udgifter for cirka 2,8 milliarder kroner, hvilket er i overensstemmelse med økonomiaftalen for 2011, jf. tabel 2.

TABEL 2

Nettodriftsudgifterne til Regional udvikling i budget 2011 i millioner kroner og 2011 pris- og lønniveau

Region	Kollektiv trafik	Erhvervs-udvikling	Miljø	Øvrige udgifter	I alt
Hovedstaden	459	126	135	163	833
Sjælland	356	73	33	80	541
Syddanmark	197	109	71	136	513
Midtjylland	279	117	41	143	580
Nordjylland	137	74	31	66	308
Hele landet	1.428	499	311	589	2.826

Kilde: Danmarks Statistik.

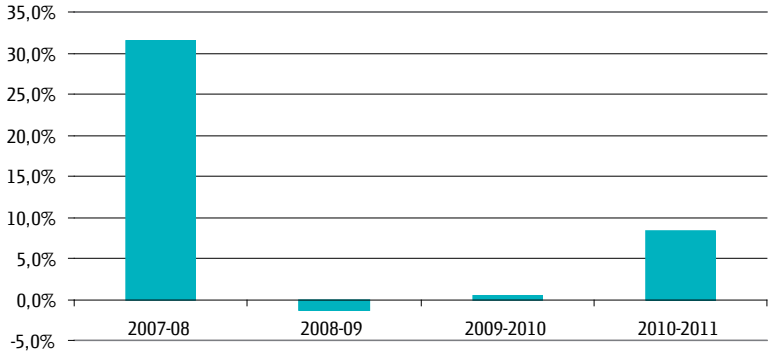
Det er kollektiv trafik, der lægger beslag på størstedelen af midlerne på området, jf. tabel 2.

En del af udgiftsudviklingen på området for regional udvikling følger ikke et normalt regnskabsår, hvilket kan skabe udsving mellem årene, jf. figur 6. Årsagen er blandt andet, at de erhvervsudviklingsmidler i regionsrådene bevilger til specifikke projekter, ikke figurerer i regionernes regnskaber før projekterne får udbetalt midlerne, på trods af at de er bevilget politisk, og dermed er inde i budgettet. Erhvervsudviklingsprojekterne følger ofte en anden kadence end et traditionelt regnskabsår, hvor processen kan blive forsinket af blandt andet medfinansiering fra strukturfonde.

En del af udgiftsudviklingen på området for regional udvikling følger ikke et normalt regnskabsår, hvilket kan skabe udsving mellem årene, jf. figur 6. Årsagen er blandt andet, at de erhvervsudviklingsmidler i regionsrådene bevilger til specifikke projekter, ikke figurerer i regionernes regnskaber før projekterne får udbetalt midlerne, på trods af at de er bevilget politisk, og dermed er inde i budgettet. Erhvervsudviklingsprojekterne følger ofte en anden kadence end et traditionelt regnskabsår, hvor processen kan blive forsinket af blandt andet medfinansiering fra strukturfonde.

FIGUR 6

Realvæksten i nettodriftsudgifterne til regional udvikling i perioden 2007 til 2011 opgjort i procent og 2011 pris-, løn- og opgaveniveau



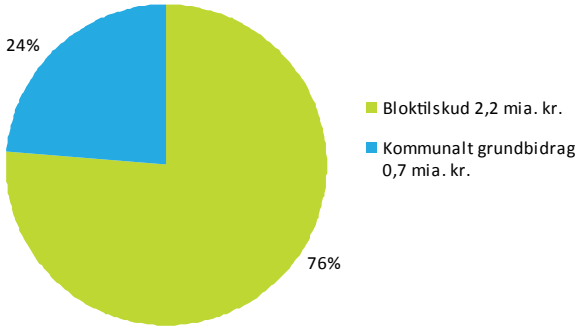
Kilde: Finansministeriet og Danmarks Statistik (2007, 2008, 2009 og 2011). Forventet regnskab 2010 beror på regionernes indberetninger af forventet årsresultat til Indenrigs- og Sundhedsministeriet på baggrund af 5. kvartal 2010.

Den store vækst fra 2007 til 2008 skyldes det lave niveau i 2007 som følge af et væsentligt underforbrug i forhold til budgettet.

Finansieringen af regional udvikling udgøres hovedsageligt af det specifikke bloktilskud til området, hvorimod det kommunale grundbidrag tegner sig for en mindre andel, jf. figur 7.

FIGUR 7

Finansiering af regional udvikling opgjort i milliarder kroner og 2011 pris- og lønniveau



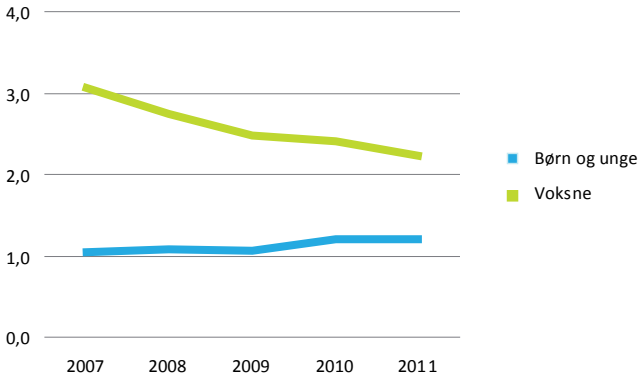
Kilde: Danmarks Statistik

Socialområdet

Figur 8 viser, at udgifterne til voksne på socialområdet fortsat falder i budget 2011, mens børne- og ungeområdet er stagneret fra 2010 til 2011. Udviklingen afspejler, at kommunerne fortsat overtager institutioner fra regionerne på det sociale område. Samlet set er udgifterne til det regionale socialområde faldet med cirka 24 procent i perioden 2007 til 2011.

FIGUR 8

Driftsomkostninger på socialområdet opgjort i milliarder kroner og 2011 pris- og lønniveau

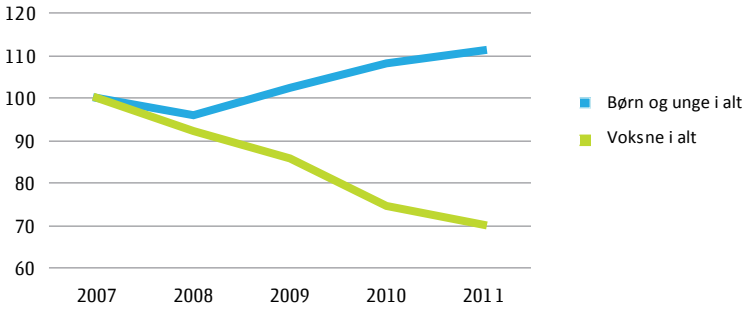


Anm.: Der er alene tale om udgifterne på socialområdet. Specialundervisningsområdet er ekskluderet fra opgørelsen. Der er tale om budgetterede driftsudgifter i regionerne.
Kilde: Danske Regioner.

På socialområdet fortsætter tendensen fra tidligere år, hvor antallet af pladser som regionerne skal stille til rådighed for kommunerne øges på børne- og ungeområdet, mens de falder på voksenområdet, jf. figur 9.

FIGUR 9

Antal normerede pladser på socialområdet 2007 til 2011



Anm.: I opgørelsen er 2007 = indeks 100.
Kilde: Danske Regioner.

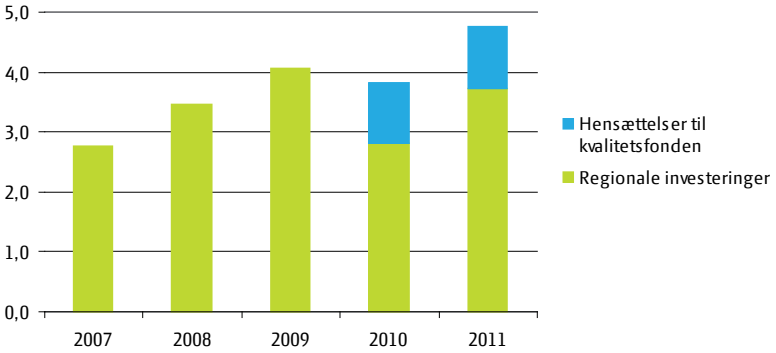
Investeringer

Regionerne har med budget 2011 budgetteret med cirka 4,8 milliarder kroner til investeringer. Pengene bruges på at investere i de nye supersygehuse, at gennemføre de store omstruktureringer, som følger af de nye hospitalsplaner, ny it og apparatur og vedligeholdelse af den eksisterende bygningsmasse.

Siden 2007 har der været en betydelig vækst i regionernes investeringer, jf. figur 10. En del af væksten kan forklares med de finansielle hensættelser, som regionerne foretager i forbindelse med den fremtidige finansiering af supersygehusene.

FIGUR 10

Regionernes investeringer fra 2007 til 2011 i milliarder kroner og 2011 pris- og lønniveau



Anm.: Investeringer er defineret som værende regionale bruttoanlægsudgifter. Opgørelsen er foretaget eksklusiv hovedkonto 2 (social- og specialundervisningsområdet), da dette område finansieres af kommunale takster. Opgørelse er ikke korrigeret for meropgaver. Der opgøres bruttoanlægsudgifter inklusiv hensættelser til kvalitetsfonden. Opgørelsen er foretaget i 2011 pris og lønniveau. 2007 til 2009 er regnskabstal, 2010 er forventet årsresultat 2010, på baggrund af standardiseret økonomiopfølgning 2010 pr. 5. kvartal 2010. 2011 er budgettal.
Kilde: Danmarks Statistik, Indenrigs- og sundhedsministeriet og Danske Regioner.

Kapitel 3

Aflyste operationer og regionernes tiltag for at forhindre aflysninger [1]

Vi får mere sundhed for pengene, når vi reducerer antallet af aflyste operationer og udeblivelser fra behandlinger.

Aflysninger eller udeblivelser medfører ofte spild af ressourcer. Aflyser patienten, er det ikke altid muligt at få ombooket og indkaldt en ny patient til den planlagte behandling. Aflyser sygehuset, kan det medføre unødig ventetid for patienten. Derfor gør hospitalerne meget for at undgå aflysninger.

Dette kapitel giver et overblik over, hvor mange operationer der bliver aflyst på de danske offentlige hospitaler, og hvordan regionerne og sygehusene forsøger at undgå aflysninger. Konklusionerne er:

- Ses der udelukkende på operationer, er det 1 ud af 20 operationer, der bliver aflyst. Det svarer til 5 procent.
- Af de aflyste operationer skyldes aflysningen i 3 ud af 4 tilfælde patienten selv. Det svarer til næsten 4 procent af alle operationer.
- Ikke alle aflysninger bliver indberettet, og derfor findes der ikke en samlet opgørelse over aflysninger. Aflysninger af for eksempel besøg, kontrol og scanninger kendes ikke.
- Aflysninger kan ikke undgås i et effektivt sundhedsvæsen. Antallet af aflysninger varierer fra afdeling til afdeling. Regionerne laver mange tiltag i dag for at undgå aflysninger og udeblivelser.
- Ved at lave en målrettet indsats for at reducere antallet af aflysninger eller udeblivelser fra behandling er det muligt på enkelte afdelinger at reducere op til 50 procent af udeblivelser og aflysninger.

---

[1] Analysen har tidligere været udgivet på www.regioner.dk.

Hvor meget bliver aflyst?
Der findes ikke et samlet nøjagtigt tal for, hvor mange aflysninger der er i sygehusvæsenet. Det er kun aflyste operationer, der bliver opgjort på nationalt niveau [1]. Det vil sige, at der ikke er samlede og sammenlignelige tal for aflysninger eller udeblivelser fra ambulante besøg, kontrol eller undersøgelser med videre. Hvis der skal laves en samlet opgørelse af aflysninger, vil det medføre et større registrerings- og indberetningsarbejde for sundhedspersonalet, som tager tid væk fra patienterne.

Sammenlignes de indberettede tal for aflyste operationer med det samlede antal operationer på de offentlige sygehuse, udgør aflysningerne blot fem procent af operationerne på landsplan.

TABEL 1

Andel af aflysninger i forhold til det samlede antal operationer

	2007	2009
Antal operationer	28.724	32.970
Andel aflyste operationer	5,00 %	5,40 %

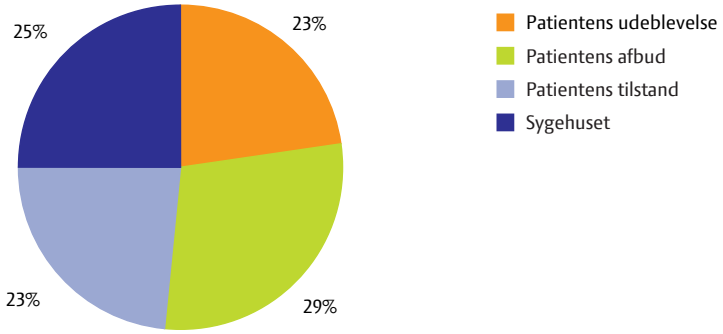
Kilde: Sundhedsstyrelsen. Indberettede aflyste operationer og Sundhedsvæsenets i et nationalt perspektiv juni 2010.
Anm.: Andelen af aflyste operationer er beregnet ved at sætte antal aflyste operationer i forhold til antallet af stationære og ambulante operationer. Det vil sige, at akutte operationer er inkluderet i tallet.

[1] **Kilde**: Sygehusenes indberetninger af antallet af aflyste operationer til Sundhedsstyrelsen. Undtaget er Amager Hospital. Indberetningerne er offentliggjort på Sundhedsstyrelsens hjemmeside. www.sst.dk. Opgørelserne viser antallet af operationer, der bliver aflyst på de enkelte sygehuse fordelt på de fire aflysningsårsager; patientens udeblivelse, patientens aflysning, patientens tilstand eller sygehusets aflysning. Dermed er det ikke alle aflysninger, der bliver registreret, da indberetningen til Sundhedsstyrelsen er afgrænset til operationer. Udeblivelser fra ambulante besøg, kontrol eller undersøgelser med videre bliver ikke talt med i Sundhedsstyrelsens opgørelser.

Hvorfor bliver en operation aflyst?
En aflysning kan have flere årsager og tager typisk udgangspunkt i patienten eller hospitalet. Patienterne er årsag til tre ud af fire aflysninger, mens en ud af fire aflysninger skyldes, at sygehuset aflyser. Patientens aflysninger er markeret med de grønne farver i figur 1.

FIGUR 1

Fordeling af årsager til aflysning 2. halvår 2009



Kilde: Sundhedsstyrelsen. Indberetning af aflyste operationer andet halvår 2009.

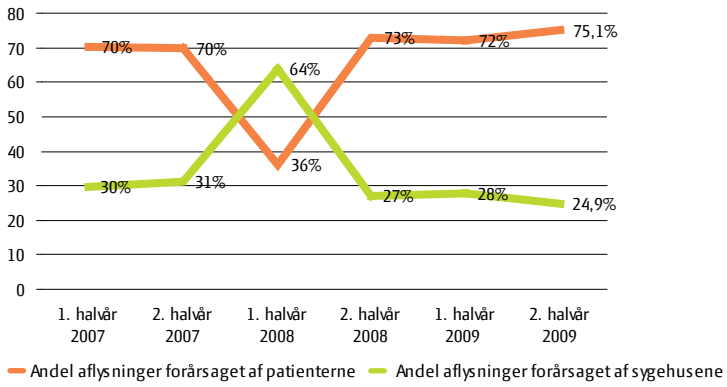
Sygehuset aflyser operationer, hvis for eksempel en akut patient kommer ind og skal opereres her og nu. Det kan også være en planlagt operation, der har taget uventet lang tid og dermed har indvirkning på resten af de planlagte operationer. En operation kræver et team af medarbejdere, hvor hver enkelt er uundværlig, og det sker også at læger og sygeplejersker med videre bliver syge.

Udviklingen fra 2007 til 2009

Der har ikke været de store ændringer i antallet af aflyste operationer eller fordelingen af aflysningsårsager fra 2007 til 2009. Undtaget er dog foråret 2008, hvor antallet af aflysninger steg markant på grund af strejke på sygehusområdet. I første halvår 2008 var der næsten fire gange flere aflysninger end i de andre halvår fra 2007 til 2009.

FIGUR 2

Aflysninger forårsaget af henholdsvis patient og sygehus opgjort i procent



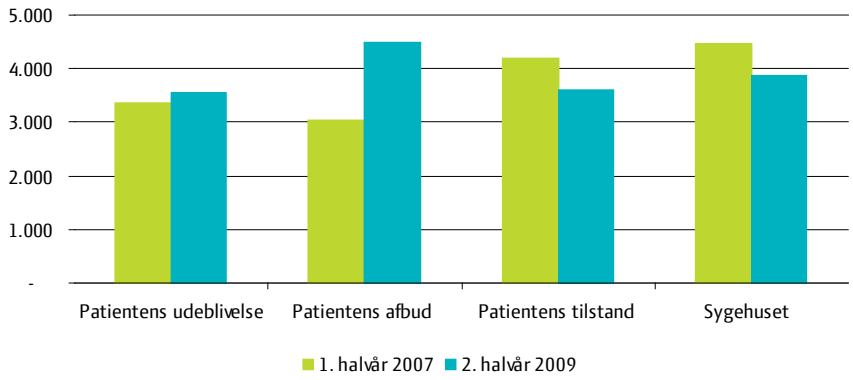
Kilde: Sundhedsstyrelsen. Indberetning af aflyste operationer 2007-2009.

I perioden fra 2007 til 2009 har der været en lille stigning i antallet af operationer, der er aflyst, fordi patienten udebliver eller melder afbud, jf. figur 3. Flere patienter melder afbud, men desværre ofte for sent til, at det er muligt at indkalde en ny patient.

Samtidig ses et fald i de aflysninger, der skyldes, at patienten ikke er i stand til at blive opereret, eller at sygehuset aflyser. I det store billede ses det, at færre aflysninger bliver forårsaget af sygehuset, mens lidt flere aflysninger bliver forårsaget af patienterne jf. figur 3.

FIGUR 3

Aflysningsårsager første halvår 2007 til andet halvår 2009 opgjort i antal



Kilde: Sundhedsstyrelsen. Indberetning af aflyste operationer 2007-2009.

Regionernes tiltag for at forhindre aflysninger

Regionerne gør flere ting for at mindske aflysninger. Behovet og indsatsen er forskellig fra sygehus til sygehus og fra afdeling til afdeling, og det samme er effekten. Indsatsen kan både være rettet mod patienter og mod sygehusets drift.

INDSATSEN FOR AT SIKRE FREMMØDE ELLER AFLYSNING I TIDE FRA PATIENTEN SIDE HAR FLERE FORMER

Breve
Nogle afdelinger, der har oplevet problemer med udeblivelser, fremsender breve til patienter med påmindelse om fremmøde. Det kan for eksempel være til ambulante patienter en uge før fremmøde eller til udvalgte patientgrupper, hvor udeblivelsesraten er stor. Påmindelsesbreve kan også indeholde påmindelser om at ændre medicineringen op til operationen, idet nogle operationer må aflyses, hvis dette ikke er sket.

Telefonopkald
Flere afdelinger vælger at ringe til patienten dagen før, de har en aftale med sundhedsvæsenet. Dette sker dels for at sikre, at patienten møder op og dels for at sikre, at patienten møder op i en tilstand, så operationen kan gennemføres. Herudover er det ofte muligt at give patienten et mere præcist tidspunkt, da operationsskemaet er planlagt nøjere, end da datoen blev udleveret. Opkaldet kan også medvirke til, at afdelingen opfanger flere afbud end ellers. Det er flere gange lykkedes at finde en anden patient, der har mulighed for at overtage tiden efter et afbud.

E-mail
Enkelte afdelinger giver mulighed for, at patienten kan melde afbud via e-mail. Hidtidige erfaringer viser, at denne metode kun sjældent bliver benyttet af patienterne.

Sms
Regionerne har en fælles strategi for, at alle regioner i fremtiden skal implementere brugen af sms-påmindelser. En fuldstændig implementering ligger dog ud i fremtiden på grund af tekniske udfordringer. Ikke desto mindre er der afdelinger, som er gået i gang med at udsende automatiske erindringsbeskeder via sms til deres patienter, og flere er på vej.

BOKS 2

INDSATS FOR AT SIKRE FÆRREST MULIGE AFLYSNINGER FRA SYGEHUSETS SIDE

Operationsplanlægning
Interne arbejdsgange og optimering af logistikken bliver der arbejdet meget med på sygehusene. En vigtig del af fuld kapacitetsudnyttelse er at få fyldt hele operationsskemaet ud. Bliver en operation aflyst, er der stor sandsynlighed for ressourcespild, fordi personaleressourcer, medicoteknisk udstyr og lokaler står ubenyttede hen.

Kort varsel
Nogle afdelinger lægger operationer med særlig risiko for aflysning sidst på dagen. Kan patienten ikke gennemføre operationen, er der således mulighed for, at en ny patient kan nå at blive indkaldt ved aflysning. Andre steder har man lister med patienter, som kan indkaldes med kort varsel.

Samarbejde på tværs
Flere steder er der etableret en ledelse på tværs for operationsstuerne. Denne ledelse sørger i den daglige drift for at udnytte den samlede operationskapacitet bedst muligt. Dette betyder, at man med kort varsel kan flytte planlagte operationer, når der kommer akutte ind og i øvrigt tilpasse aktiviteten i løben af dagen.

Samtidig bliver der arbejdet med, at personalet bliver tværfagligt således, at plejepersonalet kan assistere ved forskellige operationer.

Bookning/selvbookning
Det har vist sig, at når en patient inddrages i planlægningen, har det en positiv effekt på antallet af afbud og aflysninger.

Nogle afdelinger vælger at udlevere operationstidspunktet i forbindelse med forundersøgelsen, eller kontakte patienten telefonisk, så vedkommende har medindflydelse på bookningen. Andre afdelinger giver patienten mulighed for at fastsætte sin egen tid via et elektronisk bookingsystem dog ikke til alle typer af behandling. Typisk til rutineundersøgelser, kontroller med videre, men ikke til operationer og større undersøgelser.

Der findes operationsbookingsystemer, som sikrer den mest optimale booking på operationsstuerne.

I en region arbejder man på, at der kommer en telefonisk patientservice med callcenterløsning på alle hospitaler. Målet med callcenterløsningen er at forbedre den telefoniske patientservice.

Kapitel 4

Regionernes aktuelle beskæftigelsesudvikling [1]

I lyset af det seneste års fokus på regionernes personaleanvendelse har Danske Regioner gennemført en analyse af den aktuelle beskæftigelsesudvikling på sygehusene i regionerne. Konklusionerne er:

- Regionernes samlede antal ansatte er fra december 2009 til december 2010 faldet med i alt 2.000 fuldtidsbeskæftigede, hvilket bringer regionernes beskæftigelse tilbage på niveau med marts 2009.
- Personaletilpasningerne i 2010 underbygger, at regionerne påtager sig et medansvar for at genoprette dansk økonomi. Den massive opbremsning er sket samtidig med, at regionerne har leveret en vækst i aktiviteten på sygehusene på knap 5 procent ifølge den seneste prognose.
- Faldet i beskæftigelsen slår for alvor igennem i den sidste del af 2010, blandt andet fordi der går et antal måneder fra opsigelsestidspunkt til at medarbejdere reelt "træder ud af statikken". Tidsforskydningen betyder, at den udvikling, der ses i månedsbasede tal frem til december 2010 er anderledes, end hvis man sammenligner den gennemsnitlige beskæftigelse i 2009 og 2010.
- Den offentlige statistik specifikt for beskæftigelsen på sygehusene opgøres på kvartaler, og da bliver det seneste års betydelige opbremsning i regionerne mindre klar. Her ses blot et fald i antal ansatte på godt 600 fuldtidsbeskæftigede på landsplan fra 4. kvartal 2009 til 4. kvartal 2010. Samtidig er denne udvikling i sygehusbeskæftigelsen svær at læse direkte, da der er et databrud i den officielle statistik på området.

[1] Dele af analysen har tidligere været udgivet på www.regioner.dk.

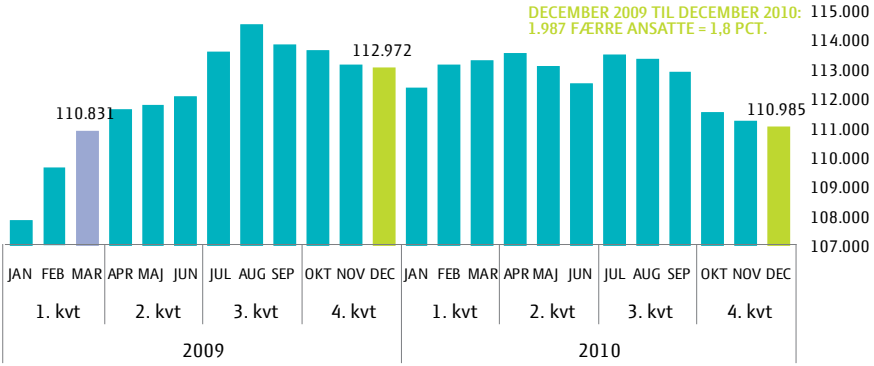
- Beskæftigelsesudviklingen for de enkelte personalegrupper afspejler en fortsættelse af den udvikling, der har fundet sted i sygehusvæsenet, der til stadighed bliver mere og mere teknologi- og behandlingstung, præget af kortere indlæggelsesforløb og mere ambulant behandling.
- En afledt effekt af et fald i det faste personale kunne naturligt have været et merforbrug i form af højere udgifter til dyrere personale i form af vikarer. Parallelt med reduktionen i personalet kan imidlertid konstateres et fald i udgifter til vikarer fra private bureauer på knap 60 procent fra 2009 til 2010. Regionernes prioritering betyder – alt andet lige – at kvalitet og kontinuitet i behandlingen er forbedret, idet det kan udnyttes, at det fastansatte personale kender de konkrete afdelinger og arbejdsgange på det enkelte hospital.

Udviklingen i regionernes samlede beskæftigelse i 2010

Regionernes samlede beskæftigelse er fra december 2009 til december 2010 faldet med knap 2.000 fuldtidsbeskæftigede fra 112.972 til 110.985. Det svarer til et fald på 1,8 procent. Dermed er regionernes beskæftigelse (i december 2010) tilbage på niveauet for 1 3/4 år siden (marts 2009).

FIGUR 1

Beskæftigelsesudviklingen i regionerne samlet set i 2009 og 2010 opgjort i måneder



Anm.: Opgørelsen omfatter almindelig ansatte (overenskomst- og tjenestemandansatte) dvs. eksklusive elever og ekstraordinært ansatte.
Kilde: Det fælleskommunale Løndatakontor (FLD-data), december 2010.

Tallene er fra regionernes lønstatistik fra det Fælleskommunale Løndatakontor (FLD), der omfatter både sygehuse, socialområdet, regional udvikling og administration mv.

Beskæftigelsesudviklingen på sygehusene i 2010
For beskæftigelsen på regionernes sygehuse isoleret set findes der en anden statistik i regi af Sundhedsstyrelsen, som opgøres på kvartaler, og ikke som i FLD fra måned til måned, og da bliver det seneste års betydelige opbremsning i regionerne mindre klar.

I den officielle beskæftigelsesstatistik for offentlige sygehuse ser det umiddelbart ud som om, at antallet af ansatte på regionernes sygehuse samlet set er stort set uændret fra 4. kvartal 2009 til 4. kvartal 2010; der er tale om en vækst på i alt 145 ansatte omregnet til fuldtidsbeskæftigede, hvilket svarer til knap 0,1 procent i forhold til sidste kvartal af 2009.

Fald på 600 ansatte, når der korrigeres for databrud
Der er dog et databrud i statistikken for sygehusbeskæftigelsen mellem 3. og 4. kvartal 2010 som følge af en forbedret og automatiseret indberetningsmetode i forhold til statistikken, der tager sin begyndelse i Region Midtjylland fra oktober 2010. Uden det beskrevne databrud ville de officielle tal have vist et samlet fald i beskæftigelsen fra 4. kvartal 2009 til 4. kvartal 2010 på 600 ansatte eller minus 0,5 procent.

Tabel 1 viser udviklingen i beskæftigelsen på offentlige sygehuse i 2010, fordelt på kvartaler i regionerne under ét og i de enkelte regioner. Desuden ses udviklingen fordelt på personalegrupper på landsplan.

TABEL 1

Beskæftigelsesudviklingen på offentlige sygehuse opgjort i kvartaler

	Ansatte omregnet til fuldtidsbeskæftigede 4. kvartal 2009	Kvartalsvis vækst 1. kvt. 2010	2. kvt. 2010	3. kvt. 2010	4. kvt. 2010	Vækst i 2010	
Regioner	103.307	565	-12	184	-593	145	0,1%
Hovedstaden	35.326	-22	-163	-163	-576	-924	-2,6%
Sjælland	23.272	276	9	60	407	752	3,2%
Syddanmark	21.346	110	261	157	-54	473	2,2%
Midtjylland	12.865	153	-182	-9	-175	-214	-1,7%
Nordjylland	10.498	48	64	140	-194	58	0,5%
Sygeplejersker	34.058	344	-17	36	-308	55	0,2%
Plejepersonale	12.310	-111	-104	-270	33	-452	-3,7%
Læger	13.852	291	203	93	-22	564	4,1%
MVU i øvrigt	11.012	48	-7	60	-126	-24	-0,2%
Service/teknik	11.193	-29	60	284	-569	-255	-2,3%
Adm./AC	6.655	5	-13	-23	259	228	3,4%
Lægesekr.	8.859	-16	-71	4	85	2	0,0%
Pæd./soc./psyk.	2.103	-20	-74	-13	20	-86	-4,1%
Andre	3.266	53	12	12	36	113	3,4%

Kilde: Beskæftigelsesstatistik, Sundhedstyrelsen, marts 2011 - opgørelsen er inkl. elever
Plejepersonale omfatter primært social- og sundhedsassistenter, men også -hjælpere mfl.
MVU i øvrigt omfatter bioanalytikere, radiografer, jordmødre og ergo/fys.
Service/teknik omfatter rengøring, serviceassistenter portører, køkkenpersonale mv.
For nærmere information vedr. databrud mellem 3. og 4. kvartal 2010 henvises til teknisk bilag.

Særligt ses et fald i beskæftigelse fra 3. kvartal til 4. kvartal 2010. På landplan udgør dette cirka 1.300 fuldtidsbeskæftigede, når der korrigeres for ovennævnte brud. Den nedadgående tendens i beskæftigelsen på de offentlige sygehuse fra 3. til 4. kvartal ses i alle regioner, men er mest udtalt i Region Hovedstaden, hvor udviklingen det sidste kvartal i 2010 - på 576 færre ansatte - forstærker en nedadgående trend, der har kunnet ses hele året. Samlet er beskæftigelsen i Region Hovedstaden faldet med 924 fuldtidsbeskæftigede fra 4. kvartal 2009 til 4. kvartal 2010, svarende til minus 2,6 procent.

I Region Sjælland ses også et fald i beskæftigelsen samlet set i 2010 på 205 fuldtidsbeskæftigede eller 1,7 procent. I de øvrige regionerne ligger beskæftigelsesvæksten i 2010 som helhed på mellem 0,5 procent i Region Nordjylland og 2,2 procent i Region Syddanmark.

Vækst i antallet af læger
På landsplan ses en samlet vækst i antallet af (special)læger på sygehusene, der samlet er steget med 564 fuldtidsstillinger eller 4,1 procent fra 4. kvartal 2009 til 4. kvartal 2010. Tendensen er den samme i alle regioner.

Uændret antal sygeplejersker
Antallet af sygeplejersker steg det første kvartal af 2010 med 344 fuldtidsbeskæftigede. Men fra og med 2. kvartal ses et fald på 290 fuldtidsbeskæftigede sygeplejersker til 34.113 pr. 4. kvartal 2010. Samlet er beskæftigelsen af sygeplejersker på regionernes sygehuse i 4. kvartal 2010 stort set på samme niveau som samme tidspunkt året før, idet antallet af sygeplejer pr. 4. kvartal 2009 var 34.058 fuldtidsbeskæftigede.

Fald i plejepersonalet
For plejepersonalet – det vil sige social- og sundhedsassistenter og lignende – ses en nedadgående tendens i beskæftigelsen i hele 2010 og tendensen er den samme i alle regioner. Fra 4. kvartal 2009 til 4. kvartal 2010 er antallet af plejepersonale faldet med 452 fuldtidsbeskæftigede.

Andre personalegrupper
Ovennævnte databrud giver sig også udslag i et mindre hop i forhold til ansatte administrative / akademiker årsværk på sygehusene. Her kan konstateres, at antallet af ansatte administrative / akademiker årsværk på sygehusene samlet set er stagnerende i første tre kvartaler af 2010. Fra 3. kvartal til 4. kvartal 2010 ses derimod en stigning på knap 260 årsværk. Særligt omkring service- og teknikpersonale ses forholdsvis store svingninger i beskæftigelsen i 3. kvartal og i 4. kvartal 2010. Tallene er påvirkelige i forhold til om en række opgaver ændres fra at blive løst eksternt til at være løst internt i regionen og vice versa.

Aktivitets- og beskæftigelsesvækst 2004 til 2010
Beskæftigelsesudviklingen personalegrupperne imellem i 2010 afspejler en fortsættelse af den udvikling, der har fundet sted i sygehusvæsenet, hvor rekrutteringen af personale er skiftet i takt med udviklingen i sygehusvæse-

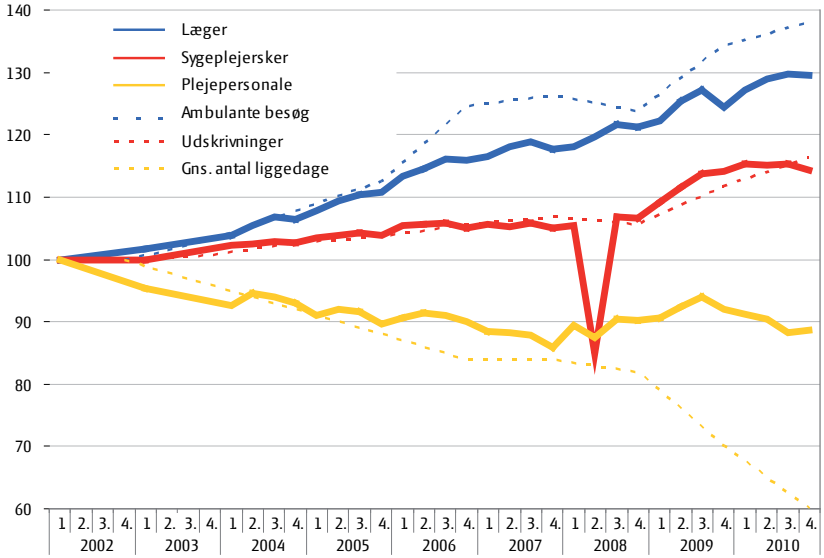
nets behandlingsregime. Der er således ikke den 1:1 sammenhæng, at når udgifter eller aktiviteten samlet set stiger med én procent, stiger beskæftigelsen for de enkelte personalegrupper tilsvarende – og aktivitetsudviklingen i sygehusudviklingen slår igennem forskellige for de enkelte personalegrupper.

Som forklaring på denne udvikling kan umiddelbart peges på, at sygehusvæsenet til stadighed bliver mere teknologi- og behandlingstungt, kortere indlæggelsesforløb og mere præget af ambulante besøg. Dette betyder, at aktivitetsvæksten i højere grad skal findes inden for behandlingsregimerne frem for i personaletunge ydelser.

Denne udvikling kan læses af figuren nedenfor, som viser beskæftigelsesudviklingen for de største personalegrupper i sygehusvæsenet sammenholdt med aktivitetsudviklingen på sygehusene de sidste 8-9 år.

FIGUR 2

Udvikling i beskæftigelse og aktivitet på offentlige sygehuse 2002 til 2010 (2002=100) opgjort i kvartaler



Anm.: Brud i data i 2. kvartal 2008 skyldes konflikten i forbindelse med OK-08.
Kilde: Aktivitetsopgørelser fra Sundhedsstyrelsen (landspatientregistret) beskæftigelse fra Sundhedsstyrelsens statistik for offentlige sygehuse.

Beskæftigelsesudviklingen for læger (blå) har ligesom udviklingen i ambulante besøg (stiplet blå) en kraftig udvikling i perioden, hvilket formentlig afspejler, at den ambulante behandling er mere lægeintensiv sammenlignet med et samlet indlæggelsesforløb.

Beskæftigelsesudviklingen for sygeplejersker (rød) følger den mindre kraftige udvikling i udskrivninger (stiplet rød), hvilket afspejler, at andelen af sygeplejersker ansat ved sengeafsnit på sygehusene er højere.

Endelig har beskæftigelsen af plejepersonale (orange) fulgt nedgangen i liggetiden på sygehusene (stiplet orange).

Regionerne har således været gode til at tilpasse ansættelsen af personale til at kunne give patienterne den bedst mulige behandling. Og dét der er behov for af personale i sygehussektoren anno 2010 har ændret sig meget i forhold til for 8 år siden.

Udgifter til vikarer

En afledt effekt af et fald i det faste personale kunne naturligt have været et merforbrug i form af højere udgifter til dyrere personale i form af vikarer. Men her ser det ud til, at den strammere økonomi har medført et skarpt fokus i regionerne på at reducere brugen til fordel for det faste personale, hvorved kvalitet og kontinuitet i behandlingen må formodes at blive forbedret, idet de kender de konkrete afdelinger og arbejdsgange på det enkelte hospital.

Eksterne vikarer fra private bureauer

Af tabel 2 fremgår regionernes udgifter til eksterne vikarer i 2007 til 2010. Eksterne vikarer defineres som sundhedspersonale, hvortil der er knyttet en regning fra private vikarbureauer. Det ses, at regionerne sidste år har reduceret udgifterne til eksterne vikarer med knap 0,6 milliarder kroner fra 1,0 milliarder kroner i 2009 til 0,4 milliarder kroner i 2010. Det er et fald på knap 60 procent i forhold til 2009. Udgifter til eksterne vikarer i 2010 udgør en tredjedel af udgifterne for to år siden i 2008.

TABEL 2

Udvikling i udgifter til eksterne vikarer fra private bureauer 2007 til 2010 – sundhedsområdet

Mio. kr.	2007	2008	2009	2010	Ændring fra 2009 til 2010	
					Mio. kr.	*Pct.*
Hovedstaden	424,7	487,4	277,6	14,5	-263,1	-94,8
Sjælland	153,0	236,9	250,1	114,2	-135,9	-54,3
Syddanmark	118,8	155,0	94,5	48,8	-45,7	-48,3
Midtjylland	167,8	220,2	222,1	144,8	-77,3	-34,8
Nordjylland	88,8	133,2	159,7	96,3	-63,4	-39,7
Hele landet	953	1.233	1.004	419	-585,4	-58,3

Anm.: Udgifter til eksterne vikarer er opgjort i løbende priser på baggrund af regnskab 2007, regnsskab 2008, regnskab 2009 og foreløbigt regnskab 2010, ekskl. FADL-vagter.
Kilde: Indberetninger fra regionerne.

Faldet i udgifterne gælder alle regioner - dog størst i Region Hovedstaden, hvor udgifterne er faldet med 95 procent. Region Sjælland har det næststørste fald i udgifterne til eksterne vikarer, umiddelbart efterfulgt af Region Syddanmark, hvor udgifterne er faldet med henholdsvis 54 og 48 procent. Faldet i udgifterne i Region Nordjylland og Region Midtjylland udgør henholdsvis 39 og 35 procent.

Vikarsammensætningen

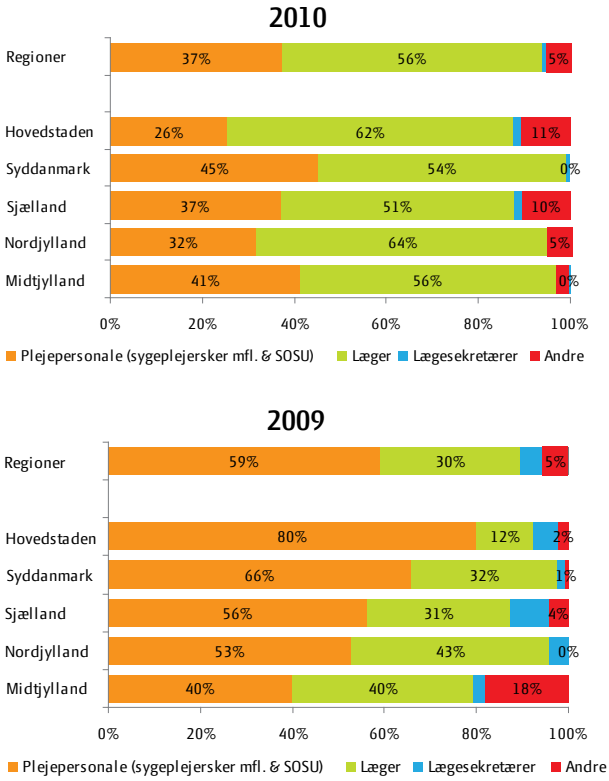
Af figur 3 a-b nedenfor fremgår regionernes samlede eksterne vikarudgifter fordelt på tre overordnede faggrupper af sundhedspersonale samt fordelingen af udgifter på de enkelte vikartyper i de enkelte regioner.

Udgifterne til eksterne vikarer i 2010 er helt overvejende udgifter til lægevikarer, nemlig 56 procent, mens kun 37 procent går til plejevikarer; plejevikarer omfatter dels social- og sundhedspersonale og dels sygeplejersker og lignende. I 2009 dominerede plejevikarerne i regionerne og udgjorde 59 procent og lægevikarer kun 30 procent. I regionerne under ét er plejevikarandelen faldet med 22 procentpoint, mens lægevikarandelen er steget med 26 procentpoint. Lægesekretærvikarer udgjorde i 2010 1,5 procent mod 5,1 procent i 2009.

Det store skifte er sket i Region Hovedstaden, hvor plejevikarandelen er faldet fra 80 procent i 2009 til 26 procent i 2010. Lægevikarandelen er steget til 62 procent i 2010 mod 12 procent i 2009. Et tilsvarende skifte ses dog i alle regioner, om end i mindre omfang; i Region Nordjylland, Region Syddanmark og Region Sjælland er faldet i plejevikarandelen således svarende til gennemsnittet – nemlig hhv. 21 procentpoint og 19 procentpoint. Undtagelsen er Region Midtjylland. Her er plejevikarandelen uændret fra 2009 til 2010. Der ses dog en tendens til at lægevikarer fylder mere i forhold til andre.

FIGUR 3

Eksterne vikarudgifter fordelt på personalegrupper i de enkelte regioner i 2009 og 2010



Kilde: Indberetninger fra regionerne.

Interne vikarer
Samtidig med at udgifterne til eksterne vikarer i alle regioner er faldet fra 2009 til 2010, er udgiften til interne vikarer steget. Stigningen ligger dog langt under faldet i udgiften til eksterne vikarer og udgør for de fem regioner under et omkring 100 millioner kroner. Den største del af stigningen i udgifterne til interne vikarer findes i Region Hovedstaden, der dog samtidig er den region, som har reduceret udgifterne til eksterne vikarer mest.

Udviklingen i antallet af formidlede timer i de interne vikarbureauer er tilsvarende steget, ligesom antallet af tilknyttede vikarer også er steget. Modsat udviklingen i de eksterne vikarers fordeling på personalegrupper, er der ikke for de interne vikarer sket en stigning i antallet af læger.

Teknisk bilag til "regionernes aktuelle beskæftigelsesudvikling"

Anmærk vedr. databrud i Sundhedsstyrelsens beskæftigelsesstatistik for offentlige sygehuse: Fra og med oktober 2010 er der sket en forbedring i afgrænsningen af sygehuse. Dette har medført, at der i Region Midtjylland, og dermed også i landstallene, er blevet optalt cirka 750 flere fuldtidsbeskæftigede fra og med 4. kvartal 2010, uden at dette er et udtryk for øget beskæftigelse. Disse cirka 750 fuldtidsbeskæftigede fordeler sig primært på kategorierne "Social- og sundhedsassistenter" (elever) og "Administrativt personale" med henholdsvis cirka 420 og cirka 200 fuldtidsbeskæftigede. Ændringerne i 4. kvartal 2010 kommer ligeledes til udtryk i årstallene for 2010 om end i mindre grad.

Kapitel 5

De private sygehuses andel af offentligt betalt sygehusbehandling [1]

Det nævnes ofte, at de private sygehuse og klinikker tegner sig for cirka to procent af de samlede sygehusudgifter. Det gælder kun, hvis man sætter udgifterne i forhold til de totale sygehusudgifter, som indeholder udgifter til skadestuer, akut beredskab, dyr kræftmedicin, administration, befordring med videre.

Men dermed ser man bort fra, at private sygehuse er helt anderledes og meget mindre end de offentlige, og at de kun løser en begrænset del af de opgaver, som løses i det offentlige sygehusvæsen. For eksempel har de private sygehuse ingen akutfunktion og ingen kræftbehandling. Mange private sygehuse er faktisk små klinikker med for eksempel en til ti ansatte.

Hvis man vil opgøre de private sygehuses 'markedsandel', bør den opgøres på de områder, hvor private og offentlige sygehuse faktisk er sammenlignelige. Så ser billedet således ud:

- Cirka 5 procent af de offentlige sygehusudgifter er udgifter til private sygehuse, når der tages højde for, at de kun behandler planlagte patienter.
- På nogle typer af behandlinger varetager de private sygehuse væsentligt mere. Det drejer sig for eksempel om operation for grå stær, hvor andelen er på 29 procent, rygoperationer 26 procent og hofteoperationer 9 procent.
- Knap 90 procent af den samlede fedmebehandling varetages af private sygehuse. Det er det område, hvor de privates markedsandel er størst.

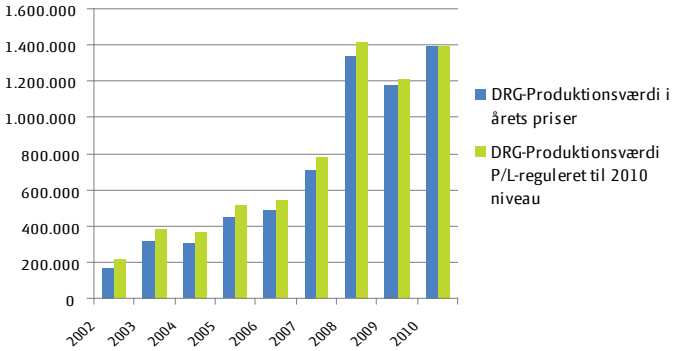
[1] Analysen har tidligere været udgivet på www.regioner.dk.

De private sygehuses andel af det offentlige sygehusvæsen
De private sygehuses andel af det offentlige sygehusvæsen er steget siden indførelsen af det udvidede frie sygehusvalg til 2008. Den mest markante stigning i 2008 skete, som følge af strejken på de offentlige sygehuse. Brugen af de private sygehuse har været nogenlunde konstant siden.

Figur 1 viser værdien af de private sygehuses aktivitet.

FIGUR 1

Offentligt betalt aktivitet på private hospitaler opgjort i DRG-produktionsværdi i 1.000 kroner



Anm.: Den blå søjle viser DRG-produktionsværdien i løbende priser, mens den grønne søjle viser DRG-produktionsværdien justeret til 2010 pris- og lønniveau. De enkelte år er opgjort efter det pågældende års grupperingsnøgle. En direkte sammenligning mellem årene kan derfor være problematisk, hvis DRG-grupperne og taksterne er ændret markant årene imellem. Der er tale om al offentligt betalt aktivitet på private hospitaler, som er registreret i LPR.

Værdien af de privates aktivitet, jf. tabel 1, dækker over, at regionerne hovedsageligt køber ydelser på de private sygehuse via to forskellige ordninger. Den ene er, hvis en patient ikke kan blive behandlet i det offentlige sygehusvæsen indenfor én måned, hvor patienten kan vælge at blive behandlet på et privat sygehus eller klinik, og regionen betaler for denne behandling. Denne ordning kaldes det udvidede frie sygehusvalg.

Den anden ordning er, at regionerne via udbud køber en række operationer og undersøgelser hos de private klinikker og sygehuse med henblik på at tilbyde egne borgere en behandling inden for én måned.

Når den private 'markedsandel' skal opgøres, er det ikke umiddelbart det reelle billede, der fremkommer, hvis man sammenligner de samlede sygehusudgifter med udgifterne til de private sygehuse. Grunden til, at man ikke umiddelbart kan sammenligne disse tal er, at man så vil se bort fra, at private sygehuse kun løser en begrænset del af de opgaver, som løses i det offentlige sygehusvæsen. For eksempel har de private sygehuse ingen akutfunktion og ingen kræftbehandling. For at få det reelle billede af de privates 'markedsandel' er det derfor nødvendigt, kun at udvælge behandlinger i det offentlige sygehusvæsen, som både kan foregå i den private og den offentlige sektor.

Denne udvælgelse betyder konkret, at alle akutte indlæggelser og skadestuebesøg sorteres fra sammen med en række andre behandlinger, jf. boks 1. Efter at disse behandlinger er sorteret fra, bliver den tilbageværende andel af behandlinger på de offentlige sygehuse sat i forhold til de behandlinger, som det offentlige betaler på de private sygehuse. Derved fremkommer så en privat 'markedsandel' på cirka fem procent.

BOKS 1

BEHANDLING SOM IKKE KAN SAMMENLIGNES I PRIVAT OG OFFENTLIG SEKTOR OG DERFOR IKKE MEDTAGES I BEREGNINGEN AF DEN PRIVATE 'MARKEDSANDEL'

Følgende behandlinger er udeladt:

- Skadestuebesøg
- Akut behandling og undersøgelser herunder observation for og behandling af infektioner
- Behandlinger, hvor patienten har en kræftdiagnose – disse omfattes af kræftpakker på de offentlige sygehuse
- Graviditet og fødsler – hvis det foregår udenfor offentligt regi er det for egen betaling
- For tidligt fødte børn og spædbørn
- Patienter med misfødte misdannelser

Alle operationer og undersøgelser på de private sygehuse og klinikker er i beregningen fastsat til de gennemsnitlige omkostninger på offentlige sygehuse – DRG-værdi. Det vil sige, at de afspejler aktivitetsværdien og ikke reelle udgifter.

Tabel 1 viser de behandlinger, som de private sygehuse og klinikker udfører flest af, og hvor stor en del de varetager af de samlede offentlige behandlinger på området. Tallene vedrører 2010.

TABEL 1

Behandlinger de private sygehuse og klinikker udfører flest af

	Antal offentlige betalte behandlinger	Antal behandlinger udført af private sygehuse og klinikker	Andel af offentligt betalt behandling der laves på private sygehuse og klinikker
Operationer i ryg	11.700	3.000	26 %
Skulderoperationer	16.100	3.000	19 %
Knæoperationer	42.400	4.900	12 %
Hofteoperationer	19.300	1.800	9 %
Fedmeoperationer	4.300	3.800	88 %
Operation for grå stær	47.500	14.000	29 %
MR-skanninger	208.900	36.700	18 %

Anm.: Afrundet til nærmeste 100.
Kilde: Sundhedsstyrelsens Landspatientregister (LPR) i 2010.

Antallet af fedmeoperationer har siden 2005 været stigende, og de private sygehuses andel af disse operationer har været markant stigende. I 2005 blev der udført lidt over 200 fedmeoperationer alle offentligt, hvorimod der for 2010 er udført cirka 4.300 fedmeoperationer og knap 90 procent af disse i privat regi.

Regionernes brug af udbud

Det udvidede frie sygehusvalg blev suspenderet fra november 2008 til juli 2009. Selvom ordningen var sat ud af kraft, gjorde regionerne stadigvæk brug af de private sygehuse. Regionerne brugte i stort omfang udbud, når de anvendte private sygehuse til behandlinger.

Efter suspensionen af det udvidede frie sygehusvalg ophørte i juli 2009 har regionerne fastholdt brugen af udbud. Det skønnes med en vis usikkerhed, at udbud tegner sig for omkring 40 til 50 procent af de patienter, der behandles på et privat sygehus betalt af regionerne. De øvrige behandles via det udvidede frie sygehusvalg.

Den store stigning i regionernes brug af udbud har vist et behov for, at der udvikles nogle fælles udbudsværktøjer, som gør det lettere for både regioner og private sygehuse. Et sådan projekt blev derfor igangsat i starten af 2010, jf. boks 2.

BOKS 2

PROJEKT VEDRØRENDE FÆLLES VÆRKTØJER TIL UDBUD AF SUNDHEDSYDELSER

Udbud af sundhedsydelser har vist sig at være kompliceret, og der skulle blandt andet findes kontraktvilkår for kvalitet for, hvordan for eksempel reoperationer og erstatninger skulle håndteres, og hvordan Den Danske Kvalitetsmodel blev en del af kravene i kontrakten. På baggrund af regionernes erfaringer under suspensionen af udvidet frit valg blev det derfor besluttet at igangsætte et fælles projekt, der skulle kvalificere og forenkle proceduren ved fremtidige udbud.

Projektets formål var at udarbejde fælles værktøjer for offentlige og private til udbud af sundhedsydelser. Formålet med det fælles værktøj var at lette processen for udbud på sundhedsydelser både for regioner og private leverandører.

Resultaterne af projektet er dels en kortlægning af erfaringerne fra de regionale udbud fra starten af 2010 og dels et antal udbudsmaterialer til udbud af forskellige former for udbud af sundhedsydelser. Eksempelvis findes der nu materialer til udbud af sundhedsydelser både til rammeaftaler og til udbud af kontrakter med faste mængder ydelser. Udbudsværktøjet er taget i brug i foråret 2011.

Projektet er i regi af Danske Regioner og finansieret som et samarbejde mellem staten og Danske Regioner.

Kapitel 6

Benchmarking af behandlingspraksis for skulderoperationer [1]

Regionerne har præsenteret en markant ny dagsorden for sundhedsvæsenet med fokus på kvalitet frem for kvantitet. Benchmarking er et redskab til at sikre dette fokus og skabe øget kvalitet.

Ved at vise variationer i sygehusbehandlingen af forskellige patientgrupper, kan sammenligninger danne grundlag for en diskussion af, hvad der er god praksis. De regionale benchmarkinganalyser har meget forskellig karakter. Nogle er større og dybdeborende, andre er mindre analyser. Fælles for dem alle er regionernes involvering i udarbejdelsen af analyserne. Dette sikrer størst mulig anvendelse af analyserne i regionerne.

En af de benchmarkinganalyser, der er foretaget, er for udviklingen i behandlingspraksis for personer, der har fået en skulderoperation. Her kan følgende konkluderes:

- I 2007 var der 6.113 ambulante besøg, hvor der blev foretaget en skulderoperation. Det er en stigning på 34,3 procent til 8.209 besøg i 2010. Det svarer til en vækst fra 1,1 ambulante skulderoperationer pr. 1.000 indbyggere i 2007 til 1,5 i 2010.
- Antallet af indlæggelser med en skulderoperation er steget med 7,1 procent fra 7.946 i 2007 til 8.511 i 2010. Der er en vækst på 5,5 procent i antal skulderoperationer under indlæggelse pr. 1.000 indbyggere i samme periode.
- Der er en samlet vækst på 17,7 procent i antal personer, der får foretaget en skulderoperation fra 2007 til 2010.

---

[1] Kapitlet er et resume af "Benchmarking af behandlingspraksis for skulderoperationer".

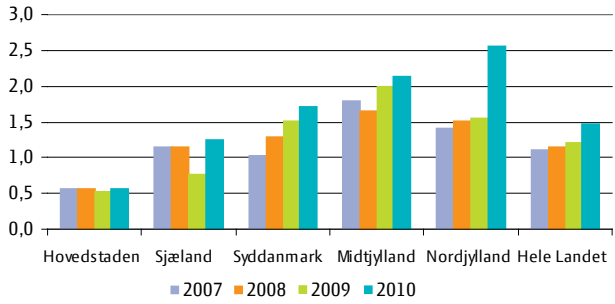
- Der er en variation på, hvor mange skulderoperationer, der udføres pr. borger i de fem regioner. For det ambulante område varierer det fra 0,6 til 2,5 pr. 1.000 borger. Der er også forskel på den vækst i antal skulderoperationer, der har været fra 2007 til 2010.
- Den andel skulderoperationer, der udføres af private sygehuse, varierer fra mellem 4,7 procent til 37,2 procent i Region Nordjylland.
- Der er ikke umiddelbart sammenhæng mellem ventetider og aktivitetsniveau.

I 2007 var der 6.113 ambulante besøg, hvor der blev foretaget en skulderoperation. Det steg frem til 2010 med 34,3 procent til 8.209 besøg. Især i Region Nordjylland og Region Syddanmark er der en større stigning i ambulante skulderoperationer.

Det fremgår også af figur 1, der viser antal ambulante besøg, hvor der er foretaget mindst én skulderoperation pr. 1.000 indbyggere i regionen.

FIGUR 1

Ambulante besøg med en skulderoperation pr. 1.000 indbyggere opgjort på bopælsregion fra 2007 til 2010



Anm.: Der kan være mere end én operation pr. indlæggelse.
Kilde: Landspatientregistreret. Skulderoperationer er afgrænset til procedurekoden KNB*.

Af figur 1 fremgår desuden, at Region Hovedstaden har færre ambulante skulderoperationer pr. 1.000 indbyggere sammenlignet med de øvrige regioner.

For regionerne samlet set ses en stor stigning i antal ambulante besøg med en skulderoperation mellem 2009 og 2010. Væksten er primært båret af Region Nordjylland og Region Syddanmark.

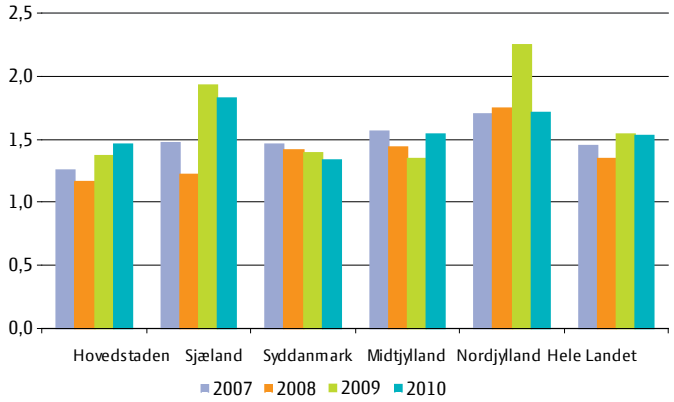
Antallet af indlæggelser med en skulderoperation er steget med 7,1 procent fra 7.946 i 2007 til 8.511 i 2010.

I figur 2 fremgår antal indlæggelser med en skulderoperation pr. 1.000 indbyggere. Der er relativ lille forskel mellem regionerne.

Over perioden er der en relativt højere vækst i Region Hovedstaden og Region Sjælland, som dog også havde en lav vækst på det ambulante område. Det modsatte billede ses for de tre øvrige regioner. Forskellen er størst i Region Syddanmark, hvor der er en vækst på 66,5 procent i antal ambulante besøg og et fald på 8,3 procent i indlæggelser.

FIGUR 2

Indlæggelser med en skulderoperation pr. 1.000 indbyggere opgjort på bopælsregion fra 2007 til 2010



Anm.: Der kan være mere end én operation pr. indlæggelse.
Kilde: Landspatientregistreret. Skulderoperationer er afgrænset til procedurekoden, KNB*.

For Region Nordjylland ses også et større fald mellem 2009 og 2010, som dermed i nogen grad modsvarer stigningen i ambulante besøg.

Tabel 1 viser antal ambulante besøg med en skulderoperation fordelt på sygehus- og bopælsregion. Det fremgår, at langt de fleste operationer laves af (offentlige og private) sygehuse i egen region. Region Sjælland får dog foretaget en række ambulante skulderoperationer i Region Hovedstaden især i 2007 og 2008.

TABEL 1

Ambulante besøg med en skulderoperation fra 2007 til 2010

År	Bopælsregion / Sygehusregion	Hovedstaden	Sjælland	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland	Hele landet
2007	Hovedstaden	**907**	403	5	2	5	1.322
	Sjælland	6	**530**		1		537
	Syddanmark	2	3	**1.049**	68	3	1.125
	Midtjylland	6	5	170	**2.123**	150	2.454
	Nordjylland		3	6	12	**654**	675
	Hele Landet	**921**	**944**	**1.230**	**2.206**	**812**	**6.113**
2008	Hovedstaden	**898**	450	12	3		1.363
	Sjælland	8	**474**				482
	Syddanmark	8	3	**1.267**	43	5	1.326
	Midtjylland	7	11	245	**1.966**	104	2.333
	Nordjylland	6		10	47	**765**	828
	Hele Landet	**927**	**938**	**1.534**	**2.059**	**874**	**6.332**
2010	Hovedstaden	**857**	80	6	4		947
	Sjælland	3	**549**	1			553
	Syddanmark	4	4	**1.632**	117	6	1.763
	Midtjylland	11	2	157	**2.208**	324	2.702
	Nordjylland	5		5	160	**567**	737
	Hele Landet	**880**	**635**	**1.801**	**2.489**	**897**	**6.702**
2010	Hovedstaden	**921**	277	4	2	4	1.208
	Sjælland	10	**748**	1	1		760
	Syddanmark	9	5	**1.871**	96	1	1.982
	Midtjylland	9	1	168	**2.372**	141	2.691
	Nordjylland	2	1	4	230	**1.331**	1.568
	Hele Landet	**951**	**1.032**	**2.048**	**2.701**	**1.477**	**8.209**

Anm.: Der kan være mere end én operation pr. ambulante besøg.
Kilde: Landspatientregistreret. Skulderoperationer er afgrænset til procedurekoden KNB*.

Tabel 2 viser antal indlæggelser med en skulderoperation fordelt på sygehus- og bopælsregion. Det fremgår igen, at langt de fleste operationer laves af (offentlige og private) sygehuse i egen region. Region Sjælland får dog foretaget en række behandlinger i Region Hovedstaden især i 2010.

TABEL 2

Indlæggelser med en skulderoperation fra 2007 til 2010

År	Bopælsregion / Sygehusregion	Hovedstaden	Sjælland	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland	Hele landet
2007	Hovedstaden	**2020**	242	7	4	6	2.279
	Sjælland	30	**923**	1			954
	Syddanmark	9	11	**1.616**	102	8	1.746
	Midtjylland	14	24	119	**1.814**	70	2.041
	Nordjylland	3	3	6	12	**654**	675
	Hele Landet	**2.075**	**1.204**	**1.746**	**1.934**	**987**	**7.946**
2008	Hovedstaden	**1.877**	240	13	2	2	2.134
	Sjælland	25	**741**	2	1		769
	Syddanmark	10	9	**1.589**	81	7	1.696
	Midtjylland	14	10	85	**1.699**	48	1.856
	Nordjylland	1	2	6	14	**960**	983
	Hele Landet	**1.927**	**1.002**	**1.695**	**1.797**	**1.017**	**7.438**
2010	Hovedstaden	**2.241**	259	11	11	3	2.525
	Sjælland	30	**1.307**	2			1.340
	Syddanmark	8	9	**1.553**	70	4	1.644
	Midtjylland	11	9	95	**1.595**	118	1.828
	Nordjylland	5	1	5	19	**1.177**	1.207
	Hele Landet	**2.295**	**1.585**	**1.666**	**1.696**	**1.302**	**8.544**
2010	Hovedstaden	**2.441**	441	14	6	1	2.903
	Sjælland	26	**1.037**	3	5		1.071
	Syddanmark	9	6	**1.493**	90	11	1.609
	Midtjylland	9	9	88	**1.818**	58	1.982
	Nordjylland	2	4	3	16	**921**	946
	Hele Landet	**2.487**	**1.497**	**1.601**	**1.935**	**991**	**8.511**

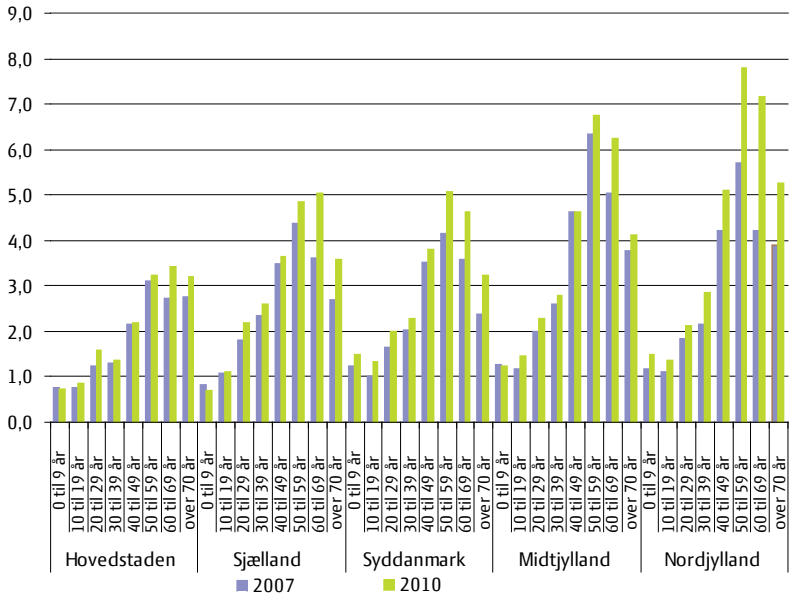
Anm.: Der kan være mere end én operation pr. indlæggelse.
Kilde: Landspatientregistreret. Skulderoperationer er afgrænset til procedurekoden KNB*.

I figur 3 ses besøg og indlæggelser med en skulderoperation samlet set fordelt på aldersgrupper og bopælsregion. Der foretages som forventet flest operationer på patienter i aldersgruppen 50 til 69 år. Det er også her, der ses den største stigning i antal operationer.

Der ses en større stigning i det samlede antal besøg og indlæggelser i Region Nordjylland, blandt andet for aldersgruppen 60 til 69 år. Region Hovedstaden har gennem hele perioden et relativt lavt antal skulderoperationer i forhold til indbyggertal. Som nævnt kan der foretages flere operationer på samme besøg eller indlæggelse.

FIGUR 3

Indlæggelser og ambulante besøg med en skulderoperation pr. 1.000 indbygger opgjort på aldersgrupper og bopælsregion for 2007 til 2010



Anm.: Der kan være mere end én operation pr. ambulante besøg og indlæggelser.
Kilde: Landspatientregistreret. Skulderoperationer er afgrænset til procedurekoden, KNB*.

Antallet af ambulante og stationære kontakter med en skulderoperation kan sammenlignes med antal opererede personer, som det fremgår af figur 4.

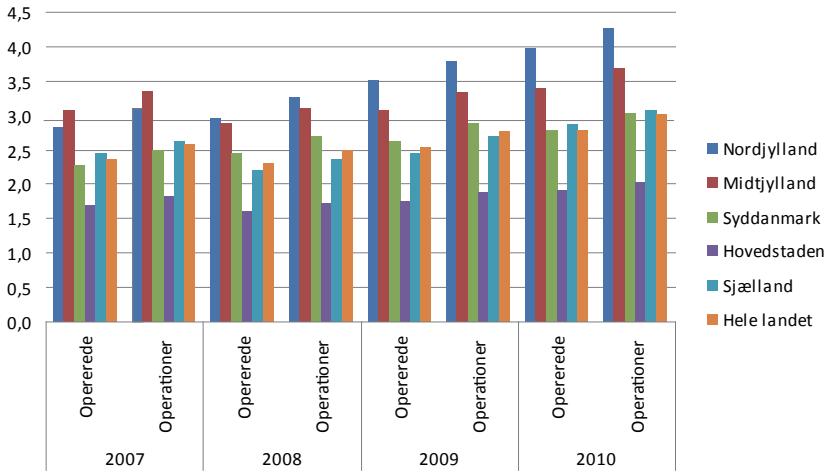
I 2007 var der 2,4 ud af 1.000 indbyggere, der fik en skulderoperation. Det er steget til 2,8 i 2010, en stigning på 17,7 procent.

Der er relativt store regionale forskelle i antal opererede og operationer pr. 1.000 indbyggere. Region Nordjylland opererer relativt mange i 2010 og Region Hovedstaden relativt få.

Der er et stabilt forhold mellem antal personer, der får en skulderoperation, og antallet af kontakter, hvor der foretages en skulderoperation, på 1,1.

FIGUR 4

Antal skulderopererede og -operationer pr. 1.000 indbyggere fra 2007 til 2010



Anm.: Der kan være mere end én operation pr. indlæggelse.
Kilde: Landspatientregistreret. Skulderoperationer er afgrænset til procedurekoden, KNB*.

Andelen af offentlige og private skulderoperationer
Tabel 3 angiver andelen af offentlige og private skulderoperationer. Der er et stigende antal private skulderoperationer i perioden, med undtagelse af 2009.

Det er især Region Nordjylland og Region Sjælland, der får foretaget skulderoperationer på private sygehuse. Hvorimod andelen er faldende i Region Hovedstaden.

Som det fremgår, er der store regionale forskelle i andelen af skulderoperationer på private sygehuse. Over en tredjedel af skulderoperationer for borgerne i Region Nordjylland og Region Sjælland udføres af private sygehuse.

TABEL 3

Andel offentlige og private skulderoperationer bopælsregion, 2007 til 2010

	2007		2008		2009		2010	
	Offentlig	Private	Offentlig	Private	Offentlig	Private	Offentlig	Private
Hovedstaden	95,1	4,9	84,8	15,2	95,1	4,9	95,3	4,7
Sjælland	68,8	31,2	64,8	35,2	68,6	31,4	65,1	34,9
Syddanmark	96,4	3,6	86,7	13,3	94,6	5,4	90,3	9,7
Midtjylland	93,9	6,1	86,4	13,6	89,8	10,2	86	14
Nordjylland	71,6	28,4	66,1	33,9	67	33	62,8	37,2
Hele landet	**88**	**12**	**80,3**	**19,7**	**85,6**	**14,4**	**82,3**	**17,7**

Kilde: Landspatientregistreret. Skulderoperationer er afgrænset til procedurekoden, KNB*.

Ventetider

Udviklingen i antal skulderoperationer kan sammenholdes med de erfarede ventetider til kikkertundersøgelse, kikkertoperation og åben operation, som indikatorer for ventetider på skulderområdet. Opgørelse findes på nuværende tidspunkt ikke for 2010.

Region Hovedstaden har nogle af de laveste erfarede ventetider på området. De har dog også samtidig et relativt lavt antal skulderoperationer pr. 1.000 indbyggere. Region Sjælland har den højeste erfarede ventetid for kikkertundersøgelser, men lave ventetider til kikkert- og åben operation. Region Sjælland har også samtidig et relativt lavt antal skulderoperationer pr. 1.000 indbyggere. Region Nordjylland og Region Midtjylland har det højest aktivitetsniveau og de højeste ventetider. De erfarede ventetider afspejler dermed ikke umiddelbart aktivitetsniveauet for skulderoperationer.

TABEL 4

Erfaret ventetid på skulderområdet i 2009

	Median			Gennemsnit			Antal forløb		
	Undersøgelse	Operation	Operation	Undersøgelse	Operation	Operation	Undersøgelse	Operation	Operation
Hovedstaden	27	69	53	54	93	95	41	1.125	100
Sjælland	91	57	25	99	86	35	25	236	9
Syddanmark	43	57	51	60	85	79	280	646	79
Midtjylland	58	80	77	89	111	123	76	985	100
Nordjylland	53	93	88	84	110	96	19	462	53
Hele landet	48	73	62	68	98	98	441	3.454	341

Anm.: Opgørelsen omfatter planlagt aktivitet på de offentlige sygehuse samt den planlagte aktivitet på private sygehuse og klinikker, der er betalt af patientens bopælsregion, herunder udvidet frit sygehusvalg. Region angiver regionen for det sygehus, der er registeret på 1. kontakt i venteforløbet. Kolonnen "Antal forløb" angiver det antal behandlingsforløb som median og gennemsnit er beregnet på grundlag af.
Kilde: Landspatientregisteret pr. 10. april 2010.

Kapitel 7

Benchmarking af psykiatrien [1]

Psykiatrisk behandling er en væsentlig del af den behandling, der foregår på sygehusene, og det er en af regionernes kerneopgaver. Den psykiatriske behandling står for cirka 10 procent af regionernes udgifter til sygehusbehandling og er således en væsentlig post på regionernes budgetter.

Det psykiatriske område har længe været underbelyst, og regionerne ha ønsket et større fokus på, hvad der laves. Dette kapitel giver et overblik over behandlingsaktiviteten i voksenpsykiatrien [2] i de fem regioner. Regionerne sammenlignes indenfor områderne; kapacitet, henvisningspraksis, aktivitet, personalemæssige og økonomiske ressourcer. Sammenligningerne viser en række forskelle:

- Håndteringen af henviste patienter varierer, idet nogle regioner ser alle henviste patienter, mens andre regioner afviser nogle henvisninger uden at se patienten. På landsplan afvises 1 ud af 10 henvisninger.
- Diagnoseprofilen varierer fra region til region. For eksempel er det i en region hver fjerde patient, der er diagnosticeret med skizofreni, mens det i en anden region er hver syvende.
- Der er en vis forskel i fordelingen af ambulant behandling og behandling under indlæggelse. Andelen af patienter, der bliver behandlet ambulant, varierer fra 70 procent til 80 procent. Denne fordeling er dog delvist afhængig af patienternes diagnoseprofil.

---

[1] Kapitlet er et resume af "Benchmarking af psykiatrien" marts 2011. Hele rapporten findes på www.regioner.dk

[2] Voksenpsykiatrien er defineret som behandling af patienter på 18 år eller derover på psykiatriske afdelinger.

- Der er en stor spredning i personaleforbruget. Der er fra 46 til 105 patienter pr. læge eller psykolog, hvilket skal ses i lyset af fordelingen mellem ambulante og indlagte patienter.
- Udgifterne pr. patient ligger i mellem 43.000 til 83.000 kroner og afhænger til en vis grad af, hvor stor andelen af ambulante patienter er.

Kapacitet i psykiatrien på tværs af regionerne

Psykiatrisk behandling kan ske enten ambulant eller under indlæggelse. Antal normerede sengepladser er derfor et delvist mål for kapaciteten i psykiatrien. Kapaciteten til behandling under indlæggelse er relativt ens på tværs af regionerne, idet regionerne generelt har cirka en halv seng pr. 1.000 indbyggere. Region Hovedstaden har imidlertid dobbelt så mange normerede senge sammenlignet med de øvrige regioner.

TABEL 1

Normerede sengepladser i voksenpsykiatrien i 2009

Sygehusregion	Antal sengepladser	Normerede senge pr. 1.000 indbyggere
Hovedstaden	1.322	1,01
Sjælland	366	0,57
Syddanmark	534	0,57
Midtjylland	465	0,48
Nordjylland	262	0,58
Hele landet	2.949	0,69

Anm.: Voksenpsykiatrien er defineret som voksenpsykiatriske afdelinger.
Kilde: Regionale indberetninger til nøgletal.

Henvisningspraksis

Patienter kan komme i kontakt med psykiatrien enten akut eller ved en henvisning. I Region Syddanmark er antallet af henvisninger til psykiatrien størst. Psykiatrien i Region Syddanmark får 13 henvisninger pr. 1.000 indbyggere, hvilket er mellem 60 og 90 procent mere end de øvrige regioner.

En del af de henvisninger, som modtages i psykiatrien, sendes tilbage, fordi borgeren ikke opfylder kriterierne for at komme i behandling. I 2009 var det lige over 10 procent af henvisningerne, der blev afvist. I Region Nordjylland og Region Sjælland bliver hver sjette henvisning afvist, mens færre bliver afvist i Region Syddanmark. Her afvises 1 ud af 16 henvisninger.

TABEL 2

Antal henvisninger og afvisninger af henvisninger i voksenpsykiatrien opdelt på bopælsregion i 2009

Bopælsregion	Henvisninger	Henvisninger pr. 1.000 indbyggere	Afvisninger	Andel afvisninger af henvisninger
Hovedstaden	8.975	6,8	1.192	13,3
Sjælland	4.432	7	769	17,4
Syddanmark	12.106	13	736	6,1
Midtjylland	-	-	-	-
Nordjylland	3.757	8,3	654	17,4
Hele landet	29.270	8,8	3.351	11,4

Anm.: Opgørelsen viser eksterne henvisninger.
Kilde: Regionale indberetninger til "Benchmarking i psykiatrien". Der forefindes ingen tal for Region Midtjylland.

Patienter i psykiatrisk behandling

Der var cirka 92.000 danskere i kontakt med voksenpsykiatrien i 2009. Det svarer til, at 2 procent af den voksne befolkning er i psykiatrisk behandling årligt. Hvor stor en andel af regionernes befolkning, der er i psykiatrisk behandling varierer. Knap en tredjedel af de psykiatriske patienter bor i Region Hovedstaden, mens en fjerdedel bor i Region Syddanmark. Hvis der tages højde for befolkningsstørrelsen er 2,5 procent af de voksne borgere i Region Syddanmark i psykiatrisk behandling, efterfulgt af Region Hoved-

staden med 2,2 procent. Region Nordjylland har den mindste andel, idet 1,6 procent af den voksne del af befolkningen er i kontakt med psykiatrien

TABEL 3

Antal patienter i behandling i voksenpsykiatrien per 1.000 indbyggere i 2009

Bopælsregion	Antal patienter	Andel af regionens borgere der er i psykiatrisk behandling
Hovedstaden	29.370	2,2
Sjælland	12.772	2
Syddanmark	23.668	2,5
Midtjylland	18.806	2
Nordjylland	7.126	1,6
Hele landet	91.742	2,1

Kilde: Landspatientregistret pr. 10. april 2010.

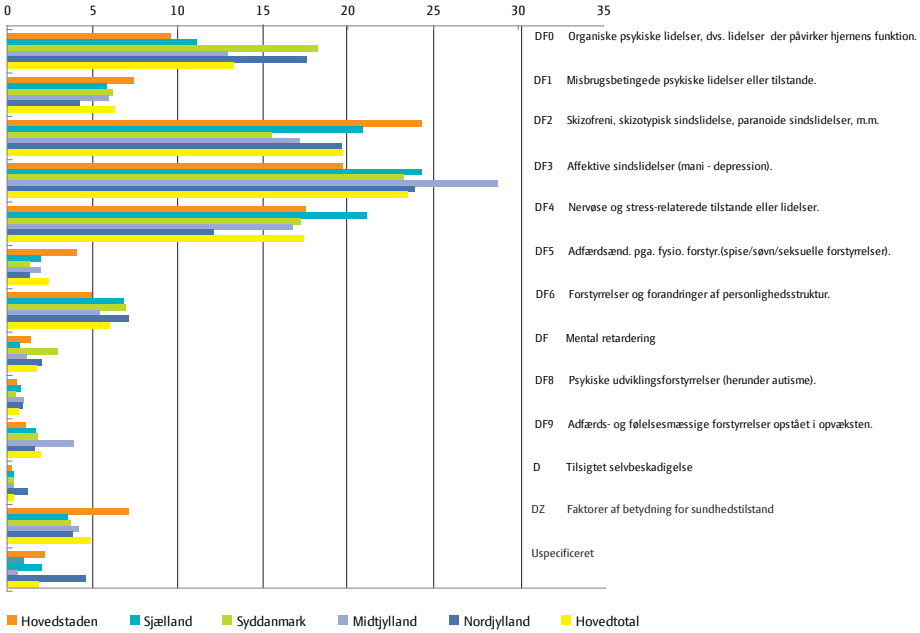
Diagnoseprofil

De patienter, der er i behandling i psykiatrien, lider af en række forskellige psykiatriske lidelser, hvor de hyppigste er affektive lidelser (herunder depression og mani), skizofreni samt nervøse og stressrelaterede tilstande. Der er imidlertid en vis forskel på, hvad patienterne fejler på tværs af regionerne.

Figur 1 viser, hvor stor en procentdel af patienterne i en region, der har en given diagnose. Hver region har en farve og summerer til 100 procent. Hvis regionerne havde en lige stor andel af patienter med en given diagnose, ville de fem bjælker inden for hver diagnose være lige lange.

FIGUR 1

Andel patienter med en given ICD-10 [3] diagnose ud af det samlede antal patienter i regionen i voksenpsykiatrien i 2009



Anm.: Den enkelte patients diagnose er den, som patienten blev stillet ved første kontakt i året 2009. Figuren siger ikke noget om det reelle antal patienter i hver region med en given diagnose, men hvor stor en andel af regionens patienter, der har en given diagnose. Hver farve angiver en given region og summerer til 100 procent.
Kilde: Landspatientregistret pr. 10. april 2010.

[3] International Classification of Disease - 10. udgave.

Af alle patienterne i voksenpsykiatrien er knap 20 procent diagnostiseret med skizofreni. Dette dækker imidlertid over en stor regional forskel, idet 15 til 17 procent af patienterne i Region Syddanmark og Midtjylland er diagnosticeret med skizofreni sammenlignet med 25 procent i Region Hovedstaden.

Tendensen ser imidlertid omvendt ud for den anden store diagnosegruppe affektive lidelser. 20 procent af Region Hovedstadens patienter har en affektiv lidelse, mens det tilsvarende er knap 30 procent i Region Midtjylland, der har en affektiv lidelse. Ligeledes har Region Sjælland en større andel af patienter med en nervøs eller stressrelateret lidelse, mens Region Syddanmark og Nordjylland adskiller sig ved at have en større andel af patienter med organiske psykiske lidelser herunder demens.

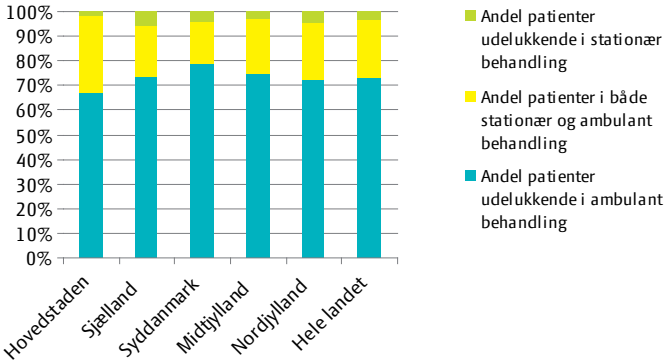
De forskellige psykiatriske sygdomme kan kræve meget forskellige behandlingstilbud, så den psykiatriske diagnoseprofil vil have en afsmittende effekt på behandlingsaktiviteten i regionens psykiatri.

Type af psykiatrisk behandling

Af det samlede antal patienter i behandling er der forskel på, hvor stor en andel der behandles ambulant eller indlægges. Region Hovedstaden har den største andel af patienter, der er indlagt, idet lige over 3 ud af 10 patienter har været indlagt i løbet af året. Tilsvarende er det 2 ud 10 patienter i Region Syddanmark, der er indlagt, mens de øvrige regioner placerer sig derimellem. Hovedparten af den psykiatriske behandling foregår således ambulant, og den ambulante andel af behandlingen er stadigt stigende. Fordelingen mellem ambulant og stationær behandling er dels et udtryk for prioritering, men også en konsekvens af patientsammensætningen.

FIGUR 2

Andel af patienter i henholdsvis ambulant og stationær behandling i voksenpsykiatrien i 2009

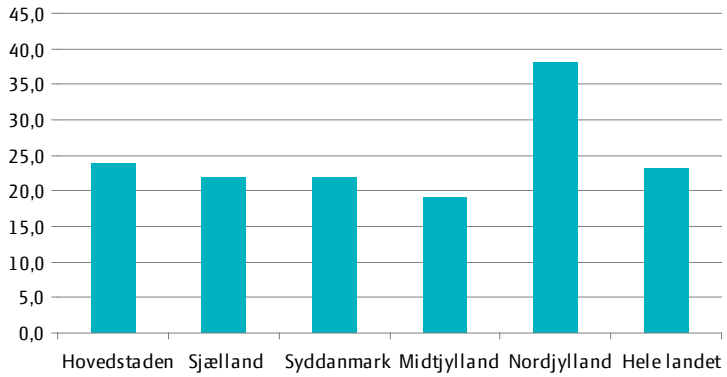


Kilde: Landspatientregistret pr. 10. april 2010.

Den gennemsnitlige indlæggelsestid viser, at Region Nordjylland skiller sig ud ved at have en længere gennemsnitlig indlæggelsestid end de øvrige regioner. Den gennemsnitlige indlæggelsestid er således 2 uger længere end landsgennemsnittet. I figur 4 ses, at Region Nordjylland har færre helt korte indlæggelser mellem 2 og 14 dage, men relativt mange mellem 15 og 60 dage, mens de øvrige regioner har en relativt ens fordeling af længden på indlæggelserne.

FIGUR 3

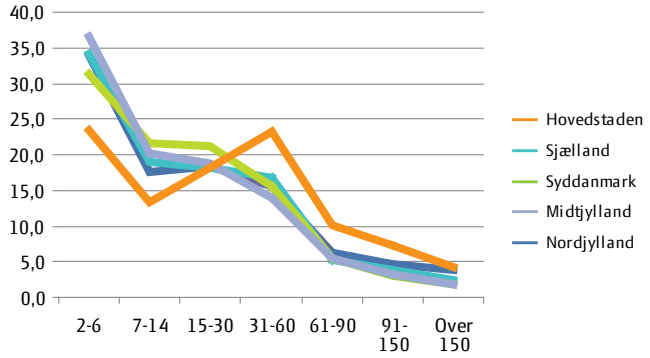
Gennemsnitlig indlæggelsestid i 2009 voksenpsykiatrien opgjort i dage



Anm. 4: Indlæggelsestiden i dage måler antallet af sengedage for alle dage, der er i sygehusudskrivningen. Udskrivninger er medtaget, hvor udskrivningen var i 2009.
Kilde: Landspatientregistret pr. 10. april 2010.

FIGUR 4

Andel af udskrivninger fordelt på indlæggelsestid i voksenpsykiatrien i 2009 opgjort i dage



Anm. til figur 4: Indlæggelsestiden i dage måler antallet af sengedage for alle dage, der er i sygehusudskrivningen. Udskrivninger er medtaget, hvor udskrivningen var i 2009. Endagsindlæggelser er ekskluderet.
Kilde: Landspatientregistret pr. 10. april 2010.

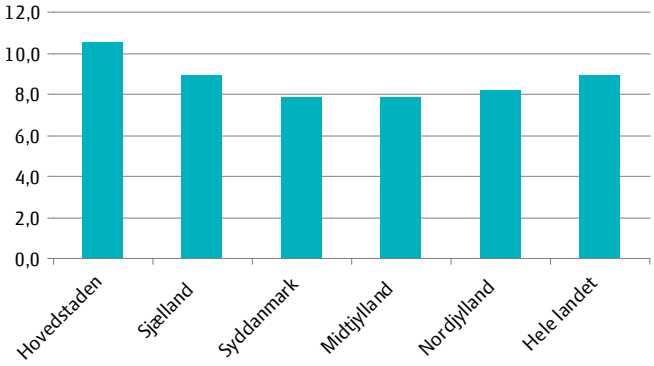
Ambulante besøg

På landsplan havde 89.000 patienter en ambulant kontakt i voksenpsykiatrien i 2009, og tilsammen havde disse patienter knap 800.000 ambulante besøg. Gennemsnitligt set har en patient 9 ambulante besøg om året.

I Region Nordjylland, Midtjylland og Syddanmark får hver ambulante patient i gennemsnit 8 besøg på et år, mens en ambulant patient i Region Sjælland får 9 besøg og patienter i Region Hovedstaden lige over 10 aml lante besøg om året.

FIGUR 5

Antal ambulante besøg pr. ambulant patient i voksenpsykiatrien i 2009



Anm.: Antallet af ambulante besøg på en psykiatrisk afdeling, hjemmebesøg eller besøg uden patientens tilstedeværelse i løbet af 2009, hvor besøgsdatoen er i 2009.
Kilde: Landspatientregistret pr. 10. april 2010 og Danmarks Statistik.

Det høje antal ambulante besøg i Region Hovedstaden, dækker over en stor variation. Region Hovedstaden er den region med den største andel af patienter, der kun får et ambulant besøg. Samtidig har regionen også den største andel af patienter, der får over 10 ambulante besøg om året.

TABEL 4

Fordeling af antal ambulante besøg pr. patient i 2009 i voksenpsykiatrien opdelt på bopælsregion

Bopælsregion	Ambulante besøg i procent				
	1	2-4	5-10	10+	I alt
Hovedstaden	30,4	25,4	16,8	27,3	100
Sjælland	24,5	27,7	23,9	23,9	100
Syddanmark	25,6	33,3	19,9	21,2	100
Midtjylland	25	30,6	22,5	21,9	100
Nordjylland	25,5	28,4	22,3	23,8	100
Hele landet	26,9	29	20,2	23,9	100

Kilde: Landspatientregistret pr. 10. april 2010.

Personalegrupper ansat i psykiatrien

I den psykiatriske behandling i sygehusregi indgår en række forskellige faggrupper, herunder særligt læger, psykologer, sygeplejersker og pædagoger. Sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter udgør over halvdelen af personalet i psykiatrien.

I voksenpsykiatrien har Region Hovedstaden den højeste bemanding, idet der er 46 patienter pr. læge eller psykolog. Dette er efterfulgt af Region Nordjylland og Midtjylland, der har cirka 60 patienter for hver læge eller psykolog. Region Sjælland og Region Syddanmark har henholdsvis 71 og 105. Region Syddanmark har dermed det højeste antal patienter pr. læge eller psykolog og har samtidig det højeste antal patienter pr. andet sundhedspersonale. Personalesammensætningen i behandlingen afhænger for eksempel af forskelle i organiseringen af behandlingen og mulighed for rekruttering.

TABEL 5

Personalegrupper ansat i voksenpsykiatrien

Sygehus-region	Hovedstaden	Sjælland	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland	Hele landet
Læger	461	120	166	191	85	1.023
Psykologer	176	46	58	125	34	439
Sygeplejersker	1.062	350	491	522	236	2.661
Sosu	1.086	442	419	452	240	2.639
Anden sundhedsfagl. grp.	441	108	119	198	58	924
Samlet pers.	3.226	1.066	1.253	1.488	653	7.686
Pat. pr. læge eller psykolog	48	71	105	60	57	63
Pat. pr. andet sundhedspers.	12	13	23	16	13	15

Anm.: Antal patienter er patienter behandlet i regionen dvs. opdeling på sygehusregion.
Kilde: Regionale indberetninger til nøgletal 2009.

Økonomiske ressourcer

De samlede tilrettede driftsudgifter for voksenpsykiatrien var knap 6 milliarder kroner i 2009. De tilrettede driftsudgifter er det psykiatriske sygehusvæsens totale driftsudgifter[4] fratrukket udgifter, der ikke bidrager til patientbehandling, herunder huslejeudgifter, leasing, større anskaffelser og internt finansieret forskning.

I Region Hovedstaden er udgifterne til en gennemsnitlig patient 83.000 kroner, mens Region Syddanmark har de laveste udgifter pr. patient på 43.000 kroner. Udgiftsniveauet pr. patient stemmer godt overens med den måde, hvorpå behandlingen er organiseret, idet Region Hovedstaden har en større andel indlagte patienter, mens Region Syddanmarks patienter i højere grad behandles ambulant. Indlagte patienter indlagt er alt andet lige dyrere end ambulant behandling.

TABEL 6

De tilrettede driftsudgifter i voksenpsykiatrien i 2008 og 2009 på baggrund af regnskabsindberetninger opdelt på sygehusregion

	2008	2009	Vækst	Udgifter i 2009 pr. indbyggger	Udgifter i 2009 pr. patient i sygehusregionen
	1.000 kr.		Pct.	I kroner	
Hovedstaden	2.397.376	2.531.262	6	1.927	83.017
Sjælland	720.622	741.789	3	1.165	62.863
Syddanmark	1.006.539	1.011.502	0	1.088	42.828
Midtjylland	1.061.046	1.131.414	7	1.177	59.492
Nordjylland	426.474	471.996	11	1.040	69.770
Hele landet	5.612.057	5.887.963	5	1.371	64.215

Anm.: Sikringen i Region Sjælland er ekskluderet i opgørelsen af driftsudgifterne samt i antallet af patienter. Indbyggere er personer i alderen 18 år eller derover.
Kilde: Sygehusenes regnskabsoplysninger, Sundhedsstyrelsen, juli 2010.

[4] Summen af skema 1-3, se vejledning i dannelse af de tilrettede driftsudgifter regnskabstal 2009, Indenrigs- og Sundhedsministeriets hjemmeside www.sum.dk.

Appendix

Appendiks
Regionernes takststyrings-modeller 2011

I de sidste ti år har der i styringen af sygehusene været fokus på aktivitet. Tendensen startede i 2002, hvor den statslige meraktivitetspulje (senere den statslige aktivitetspulje) blev indført. Puljen blev indført for at give sygehusene incitament til at behandle flere patienter. Hensigten med ordningen var, at sygehusene skulle belønnes for at behandle flere patienter år efter år.

I årene 2004 til 2008 er takststyring blevet forstærket og har fyldt mere og mere i overensstemmelse med, det der er blevet aftalt i økonomiaftalerne. Da takststyringen var på sit højeste omkring 2008, havde de fleste regioner ikke loft i deres modeller. Efter 2008 begynder regionerne at tilpasse modellerne til en mere stringent økonomistyring, og der bliver lukket lidt ned for omfanget af afregningen. I 2011 ses det tydeligt, at modellerne afspejler den vending, som også økonomiaftalen giver udtryk for. Her sker der store forandringer med regionernes modeller. Forandringer der understøtter målsætningen om at dæmpe aktivitetsudviklingen. Regionerne har på forskellig måde ændret deres modeller, så de understøtter en prioriteret og afdæmpet aktivitetsvækst.

I 2011 er der kun én region, der ikke har loft i deres model. Fire ud af fem regioner forsøger at begrænse aktiviteten ved at have loft på deres takststyringsmodel. Den femte region, Region Syddamnark, har dog loft på al medicinsk og akut aktivitet. Til sammenligning var der i 2010 kun en region, der ikke havde loft på modellen efter aktivitetspuljen var opbrugt.

I Region Hovedstaden kræver al afregning for aktivitet udover baseline forhåndsgodkendelse. Herudover har regionen etableret et opfølgningsteam, der sammen med sygehusene skal følge udviklingen på sygehusene og på den måde sikre, at økonomiske ubalancer bliver håndteret hurtigt.
I 2011 bliver der i Region Nordjylland afregnet til 50 procent af DRG-taksten

for basisaktivitet, som er aktivitet under baseline. I 2010 lå afregningsprocenten på 70 procent.

I Region Sjælland er der indført et loft for afregning efter aktivitetspuljen. Samtidig er det aktivitetsniveau, der skal opnås for at nå loftet blevet sænket. Sænkningen af takstloftet omprioriteres til mere målrettede indsatser på udvalgte områder for eksempel omlægning og forbedring af patientforløb.

Flere regioner har skilt de medicinske afdelinger og eller de akutte funktioner ud af takststyringsmodellen. Det gælder blandt andet Region Midtjylland, hvor der ikke afregnes for patienter udover baseline.

Økonomiaftalen indeholder hvert år et krav om produktivitet. Produktivitetskravet indarbejdes i takststyringsmodellerne, så sygehusene hvert år skal lave to procent mere for de samme penge.

I figur 1 gives et samlet overblik over regionernes takststyringsmodeller. Figuren viser, hvilke områder der er omfattet af takststyring, hvad der afregnes til, om der er loft på modellen og hvordan produktivitetskravet er lavet. Baseline eller præstationsbudget fastsættes ved seneste års produktion tillagt produktivitetskravet.

FIGUR 1

Regionernes takststyringsmodeller for 2011

Region	Områder	Afregning af aktivitet indtil baseline	Afregning af aktivitet over baseline	Afregning af aktivitet over puljen	Produktivitetskrav	Bemærkning
Hovedstaden	Somatik	Basisbevilling	+/- 50 pct.	0 pct.	2 pct.	Afregning for aktivitet udover baseline kræver forhåndsgodkendelse
Sjælland	Somatik	Grundbevilling på 30 pct. Der afregnes med 70 pct. fra den første patient	70 pct. indtilet fastsat punkt. Derefter 55 pct.	0 pct.	2 pct.	Takstloftet reduceres med 73 mio. kr. i DRG-værdi
Syddanmark	Elektiv	Basisbevilling	55 pct.	55 pct.	Differentierede produktivitetskrav, samlet 2 pct.	
	Medicinske indlagte		0 pct.	0 pct.		
	Særlige ydelser		Visse ydelser afregnes særskilt			
Midtjylland	Generel aktivitet	Basisbevilling	+/- 50 pct.	0 pct.	Differentierede produktivitetskrav, samlet 2 pct. Inklusive besparelser svarer det til godt 3,5 pct.	
	Medicinske indlagte		0 /-50 pct			
	Øvrig aktivitet	Takststyres ikke				
	Stråleaktivitet	Afregnes i regi af stråleplanen				
Nordjylland	Somatik	+/- 50 pct.	50 pct.	0 pct.	3 pct.	En del af takstafregningen forudsætter opfyldelse af andre mål vedr. andel af forundersøgelser og frister for udskrivningsbreve
	Medicinske indlagte	Basisbevilling	0 pct.			

Anm.: Figuren er en simplificering af regionernes modeller.
Kilde: Indberetninger fra regionerne.

MERE OM TAKSTSTYRING

Mere om takststyring
Takststyring er en måde at styre aktivitet og økonomi på og karakteriseres ved, at en fast procentsats af sygehusenes finansiering baseres på takstafregning. Kravet om takststyring var en måde at sikre, at aktivitetspuljen fik indvirkning helt ud på sygehusene. Gennem takststyringen bliver sygehusene opmærksomme på, hvor meget de laver, idet de skal nå et bestemt niveau for at få deres finansiering hjem. Det har stor opmærksomhed både fra hospitals- og afdelingsledelser.

Et loft i en takststyringsmodel er det en grænse for, hvornår afregningen stopper. En del af regionerne arbejder med to grænser eller aktivitetsniveauer, hvor afregningen ændres. Det første er ved baseline og det næste er der, hvor regionens andel af puljen ophører. Derefter skal regionerne selv finansiere aktivitet, hvis afregningen fortsættes. Baseline tager udgangspunkt i aktiviteten fra senest afsluttede år plus produktivitetskravet.

I sin grundmodel strider takststyringstankegangen mod den udvikling man ønsker for sundhedsvæsenet. Den udgør i nogle tilfælde en bremse for den bedste brug af ressourcerne ved for eksempel at modarbejde, at aktivitet samles og at telemedicinske løsninger udbredes.