

**Beretning til statsrevisorerne
om
psykiatriske behandlingstilbud
på H:S' hospitaler**

**Juni 2004
RB A201/04**



Rigsrevisionen

Indholdsfortegnelse

	Side
I. Resumé	5
II. Indledning, formål, afgrænsning og metode	12
III. Generelt om psykiatrien.....	15
IV. Etablering af enestuer	18
V. Tilstrækkelig sengekapacitet	20
VI. Sengenedlæggelser og døgntilbud	24
VII. Etablering af psykiatrisk døgnberedskab.....	27
VIII. Fællesarealer, beskæftigelse og undervisning	30
IX. Kapacitet i børne- og ungdomspsykiatrien.....	31
Bilag:	
1. Kapacitet og aktiviteter på H:S' psykiatriske afdelinger i 2001.....	37
2. Ordliste	38

Beretning om psykiatriske behandlingstilbud på H:S' hospitaler

I. Resumé

Indledning mv.

1. Denne beretning afgives til statsrevisorerne i henhold til § 17, stk. 2, i rigsrevisorloven (lovbekendtgørelse nr. 3 af 7. januar 1997). Beretningen knytter sig til finanslovens § 16. Indenrigs- og Sundhedsministeriet, hvorunder der er opført tilskud til Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S). Beretningen omhandler psykiatriske behandlingstilbud på hospitalerne i H:S.

Rigsrevisionens undersøgelse er gennemført med hjemmel i rigsrevisorlovens § 4, stk. 1, nr. 2, jf. § 6. Denne hjemmel fremgår tillige af § 6, stk. 3, i lov nr. 1132 af 21. december 1994 om Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S-loven), hvor det er fastsat, at rigsrevisor af egen drift eller på anmodning fra statsrevisorerne kan foranstalte undersøgelser i henhold til rigsrevisorloven af sygehusfællesskabets regnskaber samt udvalgte regnskabsområder herunder.

2. Det psykiatriske område varetages af amterne/H:S inden for det kommunale selvstyre. Regeringen og de kommunale parter har imidlertid indgået aftaler med målsætninger for, hvordan psykiatrisk behandling nationalt skal søges prioriteret. Målsætningerne er dog ikke bindende og skal kun søges opfyldt i det omfang, amterne/H:S har økonomisk råderum herfor. Psykiatriaftalerne understøtter dermed amternes og H:S' indsats på de områder, der er prioriteret i aftalerne. Som i andre dele af sundhedsvæsenet prioriterer amterne imidlertid indsatsen som led i en samlet opgaveløsning inden for de givne økonomiske rammer. Psykiatriaftalerne skal derfor ses som målsætninger for indsatsen snarere end som absolutte krav, som skal indfries inden for aftalernes løbetid.

Da psykiatriaftalerne er udtryk for nationale målsætninger, har Rigsrevisionen fundet det relevant at vurdere H:S' planlægning og den faktiske udvikling i H:S i forhold til målsætningerne på en række udvalgte områder, som psykiatriaftalerne sigter efter.

Formålet med undersøgelsen er derfor

- at vurdere de psykiatriske behandlingstilbud på H:S' hospitaler i forhold til udvalgte målsætninger i de nationale psykiatriaftaler, herunder om H:S' egne planer afspejler disse målsætninger.

De konklusioner, Rigsrevisionen når frem til, belyser således forholdet mellem H:S' planer og behandlingstilbud og målsætningerne i de nationale aftaler.

Beretningen vedrører alene H:S, da Rigsrevisionen ikke har revisionsadgang til amterne.

Generelt om psykiatrien

3. Der er i forbindelse med de nationale psykiatriaftaler afsat statslige puljemidler (psykiatripuljer) på finansloven, som kan søges af amterne/H:S til gennemførelse af aftalernes målsætninger. Psykiatripuljerne for perioden 1997-2006 udgør i alt 1,4 mia. kr., heraf 825 mio. kr. til etablering af enestuer og andre fysiske forbedringer. Af dette beløb er 206 mio. kr. reserveret til særlige anlægsaktiviteter, som alene kan søges af H:S. H:S' andel af psykiatripuljerne revideres af et privat revisionsfirma på linje med revisionen af H:S' øvrige midler.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Socialministeriet har som forudsat i psykiatriaftalerne årligt fulgt op på aftalernes gennemførelse og har offentliggjort redegørelser herom. Ved aftalen fra 2003 blev det endvidere forudsat, at ministerierne skulle foretage en samlet midtvejsevaluering af aftalerne. Evalueringen forventes at foreligge i sommeren 2004.

4. H:S omfatter 5 hospitaler i hovedstadsområdet samt Sct. Hans Hospital i Roskilde, som tilsammen har 9 psykiatriske afdelinger og 5 psykiatriske skadestuer.

5. H:S har behandlet det psykiatriske område i en række planer, der indeholder mål og prioriteringer inden for området. I 1996 udsendte H:S "Sygehusplan 2000", der i 1997 blev suppleret af "Skitse til H:S psykiatriplan". Skitsen blev aldrig forelagt H:S Bestyrelsen, som et endeligt planforslag, men i 2000 tiltrådte H:S Bestyrelsen et notat fra H:S Direktionen om forslag til udbygning af psykiatrien 2001-

2002. H:S Bestyrelsen vedtog i marts 2003 en psykiatriplan for H:S for perioden 2003-2006.

6. Rigsrevisionen har vurderet H:S' planer og den faktiske udvikling på udvalgte områder, som aftalerne vedrører. Rigsrevisionen har drøftet undersøgelsens tilrettelæggelse med Indenrigs- og Sundhedsministeriet samt H:S. Parterne har tilsluttet sig Rigsrevisionens vurdering af, at områderne er centrale punkter i psykiertiaftalerne og relevante at undersøge. De valgte indsatsområder er:

- Etablering af enestuer
- Tilstrækkelig sengekapacitet
- Sengenelæggelser og døgntilbud
- Etablering af psykiatrisk døgnberedskab
- Fælles arealer, beskæftigelse og undervisning
- Kapacitet i børne- og ungdomspsykiatrien.

Beretningen omhandler, i hvilket omfang H:S' behandling følger planer og hensigter på disse områder, mens de eventuelle virkninger, der måtte være for patienterne af en manglende målopfyldelse, ikke har indgået i undersøgelsen.

Etablering af enestuer

7. Der var i psykiertiaftalerne enighed om at tilstræbe, at alle patienter skulle have tilbud om enestue efter en længere etableringsperiode, hvilket måtte søges opnået inden for de givne økonomiske rammer.

Undersøgelsen har vist, at H:S i 1996 opstillede et mål om at opnå fuld enestuedækning i 2002. Fra og med 2001 indgår dette mål imidlertid ikke i H:S' plangrundlag, men H:S har oplyst, at der fortsat sigtes mod at opnå fuld enestuedækning, så hurtigt som det er økonomisk muligt. Rigsrevisionen finder på den baggrund, at H:S burde have fastholdt målet i sin plan.

Undersøgelsen har endvidere vist, at H:S har gennemført en betydelig udbygning af enestuekapaciteten, så den i 2003 udgjorde 64 % af den samlede sengekapacitet mod 25 % i 1997. H:S har således på få år mere end fordoblet antallet af enestuer, men er stadig langt fra at nå målsætningen om fuld enestuedækning.

Tilstrækkelig sengekapacitet

8. Psykiatriaftalerne fra 1997 og 1999 indeholdt en hensigtserklæring om, at ”sengekapa­citeten skal tilrettelægges, så belægningsprocenten på den enkelte afdeling ikke hyppigt og i længere perioder ligger over det normerede”. Det fremgik dog ikke, hvad der skulle forstås ved ”hyppigt” og ”i længere perioder”.

Undersøgelsen har vist, at H:S’ planer ikke indeholder mål for maksimal belægningsprocent, og at H:S ikke har konkretiseret, hvor hyppigt og hvor længe belægningsprocenten må ligge over det normerede, før H:S anser belægnings­situationen som kritisk. Rigsrevisionen har desuden hæftet sig ved, at H:S i 1996 og 1999 påpegede, at for tidlig udskrivning havde været et problem i en årrække, men at H:S ikke siden hen har opgjort omfanget. Det er Rigsrevisionens opfattelse, at H:S derfor ikke har et fyldestgørende grundlag for styringen af sengekapa­citeten.

Undersøgelsen har vist, at der frem til 2002 ofte har været overbelægning på 3 af H:S’ 9 afdelinger, og at det fortsat er et problem på Rigshospitalet, hvor der i 2003 var overbelægning i 10 måneder.

H:S Direktionen er opmærksom på, at der er belægningsproblemer på afdelingen på Rigshospitalet, og overvejer, hvordan problemet kan afhjælpes.

Sengenedlæggelser og døgntilbud

9. Psykiatriaftalerne fra 1997 og 1999 indeholdt en målsætning om, at ”antallet af psykiatriske senge ikke reduceres uden tilsvarende oprettelse af døgnpladser i den sociale sektor”, og i forbindelse hermed afsatte staten i 1999 midler på Socialministeriets område til at støtte den kommunale udbygning af socialpsykiatriske tilbud, navnlig til nye døgn­tilbud til sindslidende.

Fra og med 2003 blev fokus i den nationale psykiatriaftale ændret, så det ikke længere er en forudsætning, at nedlagte senge erstattes af døgntilbud. Aftaleparterne ønsker herefter at lægge større vægt på opsøgende foranstaltninger i form af udgående medarbejdere i såkaldte Opsøgende Psykose-team (OP) og Opsøgende Psykose-team for Unge Skizofrene (OPUS).

10. Undersøgelsen har vist, at H:S fra 1997 til 2002 samlet forøgede sengeantallet i psykiatrien, men at der i 2000 og i 2002 blev nedlagt senge. Undersøgelsen har endvidere vist, at H:S og Københavns Kommune ikke havde indgået en aftale, der skabte sikkerhed for, at de senge, H:S nedlagde i 2000 og 2002, blev erstattet af døgnpladser i den sociale sektor.

Undersøgelsen har desuden vist, at H:S' psykiatriplan for perioden 2003-2006 indeholder et mål om at nedlægge 60 senge, der skal erstattes af 5 OP-team.

Da der kun foreligger et sporadisk erfaringsgrundlag med OP-team, indsamler H:S data og undersøger effekten af de etablerede OP-team. Rigsrevisionen finder, at H:S' overvågning af effekten er relevant for at kunne forbedre erfaringsgrundlaget for OP-team.

Etablering af psykiatrisk døgnberedskab

11. De nationale psykiatriaftaler indeholdt en målsætning om, at der skulle være let tilgang til psykiatrisk behandling i aften- og nattetimerne i tilfælde af akut opstået behandlingsbehov.

Undersøgelsen har vist, at H:S i overensstemmelse med sin beslutning i 1996 har sikret let tilgang til psykiatrisk behandling bl.a. ved 5 døgnåbne psykiatriske skadestuer. Endvidere kommer over 90 % af patienterne under behandling inden for én time, hvilket er i overensstemmelse med et mål på minimum 85 %, som H:S har fastsat som en acceptabel målopfyldelse for ventetid.

H:S har endvidere i 1997 etableret en udrykningstjeneste, der dækker aften- og nattetimerne samt søn- og helligdage for de svært psykisk syge, der ikke umiddelbart kan gøre brug af skadestuen.

H:S har med disse initiativer opfyldt den nationale målsætning om let tilgang til psykiatrisk behandling.

Fællesarealer, beskæftigelse og undervisning

12. Psykiatriaftalerne indeholdt en målsætning om, at patienterne skulle have mulighed for mindst ét miljøskift dagligt i form af adgang til fællesarealer, beskæftigelsesterapi, undervisningslokaler, udendørsarealer, fysisk udfoldelse samt dagligstue/tv-stue.

Undersøgelsen har vist, at H:S på alle de undersøgte afdelinger har etableret mulighed for daglige miljøskift i overensstemmelse med anbefalingerne i de nationale psykiatriaftaler, men at tilbuddene på Bispebjerg Hospitals voksenpsykiatriske afdeling forekommer utilstrækkelige.

Kapacitet i børne- og ungdomspsykiatrien

13. Der er i psykiatriaftalerne anført en målsætning om, at psykisk syge børn og unge skal behandles på børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger, og at antallet af børn og unge, der indlægges på voksenafdelinger, skulle være reduceret væsentligt inden 2000. For at understøtte denne målsætning skulle ventetiden på behandling på særlige børne- og ungdomspsykiatriske funktioner nedbringes. En forudsætning herfor var, at der fandtes en tilstrækkelig fysisk og uddannelsesmæssig kapacitet. I psykiatriaftalen fra 1999 konstaterede aftaleparterne imidlertid, at afstanden mellem den aktuelle kapacitet og målsætningerne i 1997-aftalen var betydelig, og at amterne/H:S derfor skulle prioritere indsatsen for bl.a. at nedbringe ventetider og udvide uddannelseskapaciteten for speciallæger i børne- og ungdomspsykiatrien.

H:S' egne planer indeholdt en række konkrete initiativer for udbygning af den fysiske kapacitet, som skulle bidrage til at opfylde disse mål. H:S har endvidere opstillet et generelt mål om, at patienter skal tilbydes behandling senest 3 måneder efter lægehenvielse. H:S har derudover udbygget den fysiske kapacitet, men mangel på læger gør det vanskeligt at besætte speciallæge- og uddannelsesstillinger.

14. Undersøgelsen har vist, at stadig flere psykisk syge børn og unge har en ventetid på indlæggelse eller ambulantly behandling på mere end 3 måneder. I 2003 ventede således mere end hver 4. patient i denne gruppe i mere end 3 måneder på behandling.

15. I overensstemmelse med målsætningerne i de nationale psykiatriaftaler har H:S i perioden 1997-2000 i væsentligt omfang nedbragt antallet af psykisk syge børn og unge, som blev indlagt på voksenafdelinger. Selv om antallet af disse patienter fortsat har været faldende fra 2000 til 2003, har det samlede antal sengedage for børn og unge indlagt på voksenafdelinger været stigende i perioden.

Opsummering

16. Det er Rigsrevisionens samlede vurdering, at H:S' planer for psykiatrisk behandling i det væsentlige har afspejlet målsætningerne på de udvalgte områder i de nationale psykiatriaftaler. H:S har på en række af de undersøgte områder gennemført forbedringer af de psykiatriske behandlingstilbud i overensstemmelse med målsætningerne, som de nationale aftaler sigter imod. H:S har dog endnu ikke fuldt ud nået målsætningerne vedrørende kapacitet af senge, enestuer og behandlingstilbud i børne- og ungdomspsykiatrien.

Rigsrevisionens undersøgelse har vist:

Ad etablering af enestuer

- at H:S har mere end fordoblet antallet af enestuer, men stadig er langt fra at nå målsætningen om fuld enestuedækning.

Ad tilstrækkelig sengekapacitet

- at H:S ikke har konkretiseret, hvor hyppigt og hvor længe belægningsprocenten må ligge over det normerede, før H:S anser belægningsituationen som kritisk. Hertil kommer, at H:S ikke har opgjort omfanget af for tidlig udskrivning. H:S har derfor ikke et fyldestgørende grundlag for styringen af sengekapaciteten, og
- at der frem til 2002 ofte har været overbelægning på 3 af H:S' 9 afdelinger, og at det fortsat er et problem på Rigshospitalet, hvor der i 2003 var overbelægning i 10 måneder.

Ad sengenedlæggelser og døgntilbud

- at H:S og Københavns Kommune ikke indgik en aftale, der kunne have skabt sikkerhed for, at de senge, H:S nedlagde i 2000 og 2002, blev erstattet af døgnpladser i den sociale sektor.

Ad etablering af psykiatrisk døgnberedskab

- at H:S har sikret let tilgang til psykiatrisk behandling ved 5 døgnåbne psykiatriske skadestuer og en udryknings-tjeneste.

Ad fællesarealer, beskæftigelse og undervisning

- at H:S på alle de undersøgte afdelinger har etableret mulighed for daglige miljøskift.

Ad kapacitet i børne- og ungdomspsykiatrien

- at stadig flere psykisk syge børn og unge har en ventetid på behandling på mere end 3 måneder, og at det i 2003 var tilfældet for mere end hver 4. patient i denne gruppe, og
- at H:S i perioden 1997-2000 i væsentligt omfang har nedbragt antallet af psykisk syge børn og unge indlagt på voksenafdelinger. Det samlede antal sengedage for børn og unge indlagt på voksenafdelinger har dog været stigende fra 2000 til 2003.

Ad opsummering

- at H:S' planer for psykiatrisk behandling i det væsentlige har afspejlet målsætningerne på de udvalgte områder i de nationale psykiatraftaler,
- at H:S har gennemført forbedringer af en række af de psykiatriske behandlingstilbud i overensstemmelse med målsætningerne i de nationale psykiatraftaler, og
- at målsætningerne dog endnu ikke er nået fuldt ud vedrørende kapacitet af senge, enestuer og behandlingstilbud i børne- og ungdomspsykiatrien.

II. Indledning, formål, afgrænsning og metode

A. Indledning

17. Denne beretning afgives til statsrevisorerne i henhold til § 17, stk. 2, i rigsrevisorloven (lovbekendtgørelse nr. 3 af 7. januar 1997). Beretningen knytter sig til finanslovens § 16. Indenrigs- og Sundhedsministeriet, hvorunder der er opført tilskud til Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S). Beretningen omhandler psykiatriske behandlingstilbud på hospitalerne i H:S.

Rigsrevisionens undersøgelse er gennemført med hjemmel i rigsrevisorlovens § 4, stk. 1, nr. 2, jf. § 6. Denne hjemmel fremgår tillige af § 6, stk. 3, i lov nr. 1132 af 21. december 1994 om Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S-loven), hvor det er fastsat, at rigsrevisor af egen drift eller på anmodning fra statsrevisorerne kan foranstalte undersøgelser i henhold til rigsrevisorloven af sygehusfællesskabets regnskaber samt udvalgte regnskabsområder herunder.

18. H:S blev ved H:S-loven etableret som en selvstændig forvaltningsenhed med virkning fra 1. januar 1995 og ledes i henhold til lovens § 9 af en bestyrelse, der har det overordnede ansvar for sygehusfællesskabet. H:S Bestyrelsen består af 15 medlemmer, hvoraf 7 er udpeget af Københavns borgerrepræsentation, 2 af Frederiksbergs kommunalbestyrelse og 6 af indenrigs- og sundhedsministeren. Kommunerne og staten har hver især instruktionsbeføjelse over for de medlemmer, de har udpeget.

H:S Bestyrelsen ansætter ifølge H:S-lovens § 11 en direktion, som varetager den daglige administrative og økonomiske ledelse inden for rammer, der fastlægges af H:S Bestyrelsen. H:S' årsregnskab udarbejdes af H:S Direktionen og forelægges H:S Bestyrelsen til godkendelse. Regnskabet revideres af et privat revisionsfirma udpeget af H:S Bestyrelsen.

19. Det psykiatriske område varetages af amterne/H:S inden for det (amts)kommunale selvstyre. Staten fastsætter dermed ikke krav til prioriteringen af psykiatrisk behandling i amterne/H:S. Regeringen og de kommunale parter har imidlertid indgået aftaler for indsatsen på det psykiatriske område. Aftalerne er ikke bindende for amterne/H:S, men har karakter af hensigtserklæringer for, hvad der nationalt skal søges prioriteret i det omfang, amterne/H:S har økonomisk råderum herfor. Psykiatraf-talerne understøtter dermed amternes og H:S' indsats på de prioriterede områder i aftalerne. Som i andre dele af sundhedsvæsenet prioriterer amterne indsatsen som led i en samlet opgaveløsning inden for de givne økonomiske rammer. Psykiatraf-talerne skal derfor ses som målsætninger for indsatsen snarere end som absolutte krav, som skal indfries inden for aftalernes løbetid.

B. Formål og afgrænsning

20. Formålet med undersøgelsen er

- at vurdere de psykiatriske behandlingstilbud på H:S' hospitaler i forhold til udvalgte målsætninger i de nationale psykiatraf-taler, herunder om H:S' egne planer afspejler disse målsætninger.

De konklusioner, Rigsrevisionen når frem til, belyser således forholdet mellem H:S' planer og behandlingstilbud og målsætningerne i de nationale aftaler.

Psykiatriaftalerne er udtryk for en national prioritering af en række indsatsområder. Aftalerne skal ses som udtryk for målsætninger for den indsats, aftaleparterne har ønsket for den psykiatriske behandling. Derfor har Rigsrevisionen fundet det relevant at vurdere H:S' planlægning og den faktiske udvikling i forhold til det behandlingsniveau, aftalerne er udtryk for.

Rigsrevisionen har vurderet H:S' planer og faktiske udvikling på en række centrale områder, som aftalerne vedrører. Rigsrevisionen har drøftet undersøgelsens tilrettelæggelse med Indenrigs- og Sundhedsministeriet samt H:S. Parterne har tilsluttet sig Rigsrevisionens vurdering af, at områderne er centrale punkter i psykiatriaftalerne og relevante at undersøge. De valgte indsatsområder er:

- Etablering af enestuer
- Tilstrækkelig sengekapacitet
- Sengenedlæggelser og døgntilbud
- Etablering af psykiatrisk døgnberedskab
- Fælles arealer, beskæftigelse og undervisning
- Kapacitet i børne- og ungdomspsykiatrien.

Beretningen omhandler, i hvilket omfang H:S' behandling følger planer og hensigter på disse områder, mens de eventuelle virkninger, der måtte være for patienterne af en manglende målopfyldelse, ikke har indgået i undersøgelsen.

Beretningen vedrører alene H:S, da Rigsrevisionen ikke har revisionsadgang til amterne.

C. Metode

21. Rigsrevisionens undersøgelse er gennemført ved interview, møder og brevveksling med Indenrigs- og Sundhedsministeriet og H:S Direktionen. Rigsrevisionen har desuden holdt møder med Sundhedsstyrelsen, patientvejledere ansat i H:S samt enkelte beskikkede patientrådgivere, og har besøgt 4 psykiatriske afdelinger, 1 distriktpsikiatrisk center og 1 psykiatrisk ambulatorium samt interviewet de stedlige ledelser.

Rigsrevisionen har modtaget materiale til brug for undersøgelsen fra ministeriet, styrelsen og H:S, herunder planer, bestyrelsesreferater og budget- og regnskabsmateriale.

Rigsrevisionen har derudover haft drøftelser med lægefaglig ekspertise i H:S om undersøgelsens formål og metode. Rigsrevisionen har endvidere haft møde med Københavns Kommune samt Folketingets Ombudsmand om hans tilsyn på psykiatriområdet.

22. Rigsrevisionen har forelagt 6 revisionsnotater om beretningens problemstillinger for Indenrigs- og Sundhedsministeriet og H:S til udtalelse. Endvidere har beretningen i sin helhed har været forelagt ministeriet og H:S i udkast, og deres bemærkninger er i videst muligt omfang indarbejdet i beretningen.

III. Generelt om psykiatrien

Nationale psykiatriaftaler

23. Regeringen og de kommunale parter har indgået aftaler for indsatsen på det psykiatriske område. Indenrigs- og Sundhedsministeriet har oplyst, at psykiatriaftalerne har til formål at understøtte den indsats, som amterne/H:S prioriterer inden for de givne økonomiske rammer, og at aftalerne derfor ikke har karakter af krav til kommunerne/amterne, men er fælles vedtagne målsætninger for indsatsen på området.

I forbindelse med de nationale psykiatriaftaler er der på finansloven afsat statslige puljemidler (psykiatripuljer) som tilskudsbevillinger til amternes/H:S' gennemførelse af de målsætninger for den psykiatriske behandling, der var givet udtryk for i aftalerne.

Amterne/H:S skal indsende ansøgninger til ministeriet for at få del i disse tilskud. Ministeriet vurderer ansøgningerne og udbetaler tilskud til de projekter, der er i overensstemmelse med aftalerne. Ministeriet modtager regnskab fra amterne/H:S for tilskuddenes anvendelse, men kan ikke pålægge amterne/H:S sanktioner, hvis de ikke prioriterer de områder, der er fokus på i aftalerne.

24. Psykiatripuljerne for perioden 1997-2006 udgør i alt 1,4 mia. kr., herunder 825 mio. kr. til fysiske forbedringer.

Hovedparten af disse midler kan søges af både amterne og H:S. Af dette beløb har 206 mio. kr. dog været reserveret til særlige anlægsaktiviteter, som alene kan søges af H:S. Puljemidlerne anvendes især til etablering af enestuer og andre fysiske forbedringer på hospitalerne og dækkede indtil 2003 maksimalt 40 % af amternes og H:S' anlægsudgifter. Fra 2003 er tilskudsprocenten hævet til 50. H:S har fra 1997 til 2003 modtaget ca. 185 mio. kr. fra de nationale psykiatripuljer, heraf 156 mio. kr. til fysiske forbedringer. Fra psykiatripuljen for 2003-2006 er der til H:S indtil maj 2004 givet tilsagn til projekter for ca. 42 mio. kr., heraf 8 mio. kr. vedrørende fysiske forbedringer. H:S' andel af psykiatripuljerne revideres af et privat revisionsfirma på linje med revisionen af H:S' øvrige midler. Da formålet med undersøgelsen alene har været at vurdere den psykiatriske behandling i H:S, omfatter undersøgelsen ikke ministeriets forvaltning af tilskud under psykiatripuljerne.

25. Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Socialministeriet har som forudsat i psykiatriaftalerne årligt fulgt op på aftalerne ved at indhente oplysninger i amterne/H:S, og ministerierne har offentliggjort redegørelser herom i statusrapporter fra regeringen om tilbuddene til sindslidende. Ved aftalen fra 2003 blev det endvidere forudsat, at ministerierne skulle foretage en midtvejsevaluering af aftalerne i foråret 2004. Indenrigs- og Sundhedsministeriet har oplyst, at dette arbejde er igangsat, og at evalueringen formentligt vil foreligge i sommeren 2004.

Organisation

26. H:S omfatter Bispebjerg Hospital, Frederiksberg Hospital, Hvidovre Hospital, Rigshospitalet, Sct. Hans Hospital samt Amager Hospital. Sidstnævnte drives i et samarbejde med Københavns Amt. Sct. Hans Hospital er fysisk placeret i Roskilde Kommune.

H:S har i alt 9 psykiatriske afdelinger. Alle byhospitalerne i H:S har en psykiatrisk afdeling og en psykiatrisk skadestue. Sct. Hans Hospital, der alene har psykiatriske specialer, varetager de store og komplicerede specialfunktioner i psykiatrien og har dermed ingen psykiatrisk skadestue.

27. Ifølge de seneste officielle tal fra Sundhedsstyrelsen, der er for 2001, blev der i H:S i alt foretaget 7.646 udskriv-

ninger af heldøgnspatienter, 2.022 udskrivinger af del-døgnspatienter og 4.818 udskrivinger af ambulante patienter. Skadestuerne i H:S havde i alt 16.581 besøg.

Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling adskiller sig behandlingsmæssigt fra voksenpsykiatrien, da behandlingen overvejende foregår som ambulante behandling. Kun 18 % af udskrivingerne vedrører heldøgnsindlagte.

Fordelingen af aktiviteten og omfanget af besøg på de psykiatriske afdelinger i H:S fremgår af [bilag 1](#).

Planer og opfølgning

28. I 1996 udsendte H:S ”Sygehusplan 2000”, som omfattede både det somatiske og psykiatriske område. Grundlaget for planen, herunder psykiatrien, var nogle generelle principper om en høj faglig kvalitet, borgernes lige adgang til behandling, respekt for patienternes personlige integritet, sammenhæng og kontinuitet i behandlingen samt effektiv udnyttelse af ressourcerne. Planen indeholdt især en række konkrete mål for den fremtidige organisation og fysiske udbygning af området, som understøttede de nævnte generelle principper, mens der kun i beskedent omfang var konkrete mål for den behandlingsmæssige del af psykiatrien. Målene vedrørte bl.a. en kapacitetsudvidelse og omflytning af ressourcer mellem områdets hospitaler, forbedring af de bygningsmæssige rammer, herunder fuld enestuedækning i 2002 samt en udbygning af distriktspsykiatrien. Endvidere planlagde H:S en udvidelse af sengekapaaciteten med yderligere 50 sengepladser, herunder pladser øremærket til særlige patientgrupper. Planen indeholdt en summarisk tidsplan for de fysiske ændringer samt forventede udgifter frem til 2000.

29. H:S udarbejdede i september 1997 ”Skitse til H:S psykiatri”. På grund af en kort tidsfrist for udarbejdelse af skitsen indeholdt denne kun foreløbige planer for den fysiske udbygning og tidsfølgeplaner, og de økonomiske konsekvenser af planen var derfor alene udtryk for et skøn. Det blev anført, at der var behov for en sundhedsfaglig afklaring af en række centrale spørgsmål, før en mere detaljeret planlægning kunne gennemføres. For den behandlingsmæssige del af psykiatrien indeholdt skitsen mål, visioner og virkemidler. H:S tilkendegav dog i skitsen, at denne på væsentlige punkter havde en foreløbig karakter. H:S har op-

lyst, at skitsen blev drøftet på H:S' bestyrelsesmøde oktober 1997, hvor H:S Bestyrelsen gav sin tilslutning til, at der blev arbejdet videre med de principper, som lå i skitsen. Der blev samtidig taget forbehold over for økonomien. Skitsen blev imidlertid aldrig forelagt H:S Bestyrelsen som et endeligt forslag til psykiatriplan. H:S har oplyst, at det især skyldtes, at det ikke var muligt at skaffe finansiering til de omhandlede forslag, og fordi væsentlige dele af skitsens forslag senere blev erstattet af andre initiativer.

30. I december 2000 tiltrådte H:S Bestyrelsen et notat fra H:S Direktionen om forslag til udbygning af psykiatrien i årene 2001-2002 samt oplæg til den videre psykiatriplanlægning. Mål, visioner og midler i psykiatrien var i det væsentlige videreført fra Sygehusplan 2000 og Skitse til psykiatriplan fra 1997. Notatet indeholdt dog også forslag til justeringer og omtale af aktuelle tendenser i psykiatrien, som måtte forventes at indgå i forberedelsen af en større samlet psykiatriplan.

31. H:S Psykiatriplan 2003, som forelå i marts 2003, bygger i det væsentlige på de mål for den behandlingsmæssige del af psykiatrien, som også var angivet i den omtalte Psykiatriskitse fra 1997. De nødvendige fysiske og organisatoriske ændringer samt en tidsplan og de forventede udgifter hertil har imidlertid fået en mere summarisk omtale, idet det anføres, at gennemførelsen vil bero på, at der kan skaffes fornøden finansiering.

IV. Etablering af enestuer

Mål

32. Der var i psykiatriaftalerne enighed om at tilstræbe, at alle patienter skulle have tilbud om enestue efter en længere etableringsperiode, hvilket måtte søges opnået inden for de givne økonomiske rammer.

H:S' Sygehusplan fra 1996 indebar, at der skulle ske en styrkelse af det psykiatriske område, bl.a. ved at øge antallet af enestuer. Nybyggeri af såvel lukkede som åbne psykiatriske sengeafsnit skulle indrettes med enestuer, mens allerede etablerede sengeafsnit skulle omdannes tilsvarende

inden 2002, dog sådan at patientønsker om 2-sengsstuer også skulle kunne imødekommes.

Målet var i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger i rapporten ”Målsætninger for kvalitet i voksenpsykiatrien” fra 1995, der anførte, at ”Det bør være et krav, at psykiatriske afdelinger udelukkende består af enestuer”. Dansk Psykiatrisk Selskab havde endvidere i en rapport påpeget, at det er afgørende for den sygehuspsykiatriske standard, at der er enestuer til skizofrene patienter.

33. Psykiatriskitsen fra 1997 indeholdt ikke en nærmere plan for, hvordan målet skulle nås.

I et notat til H:S Bestyrelsen, som efterfølgende udgjorde H:S’ plangrundlag for perioden 2001-2002, var målet om enestuedækning i 2002 ikke længere medtaget. Baggrunden herfor var, at H:S vurderede, at det ikke ville være muligt at finde midler til at dække de forventede anlægs- og driftsudgifter.

Psykiatriplanen fra 2003 indeholder ikke en omtale af status eller målsætninger for antallet af enestuer til psykiatriske patienter. H:S har hertil oplyst, at det fortsat er et mål i H:S at etablere enestuer til alle så hurtigt, som der økonomisk kan skabes mulighed for det, på trods af at det ikke fremgår af psykiatriplanen.

Faktisk udvikling

34. Rigsrevisionen har undersøgt, om H:S har opnået en større enestuedækning. **Tabel 1** viser udvikling i antallet af enestuer i perioden 1997-2003.

Tabel 1. Antal enestuer til psykiatriske patienter i H:S, 1997-2003

	1997	1998	1999	2000	2001 ¹⁾	2002 ¹⁾	2003 ¹⁾
Antal sengepladser.....	1.015	1.015	1.047	1.021	1.053	1.038	1.002
Antal enestuer	250	332	402	440	547	629	637
Procentvis andel enestuer	25	33	38	43	52	61	64

¹⁾ Fra 2001 benyttes 27 sengepladser på Amager Hospitals psykiatriske afdeling i Ørestaden af Københavns Amt. Korrigeres tallene herfor, reduceres dækningsgraden i hvert af årene med ca. 1 procentpoint.

Tabellen viser, at antallet af enestuer i perioden 1997-2003 er øget fra 250 til 637, dvs. med i alt 387 enestuer, svarende til en forøgelse på 155 %. I 2003 havde H:S en enestuedækning på 64 %, som dermed lå langt fra de nationale målsætninger om fuld enestuedækning.

35. H:S har oplyst, at H:S i perioden 1997-2004 har gennemført enestueprojekter for en samlet anlægsudgift på 575 mio. kr., hvoraf 156 mio. kr. er dækket af statstilskud.

Rigsrevisionens bemærkninger

Undersøgelsen har vist, at H:S i 1996 opstillede et mål om at opnå fuld enestuedækning i 2002. Fra og med 2001 indgår dette mål imidlertid ikke i H:S' plangrundlag, men H:S har oplyst, at der fortsat sigtes mod at opnå fuld enestuedækning, så hurtigt som det er økonomisk muligt. Rigsrevisionen finder på den baggrund, at H:S burde have fastholdt målet i sin plan.

Undersøgelsen har endvidere vist, at H:S har gennemført en betydelig udbygning af enestuekapaciteten, så den i 2003 udgjorde 64 % af den samlede sengekapacitet mod 25 % i 1997. H:S har således på få år mere end fordoblet antallet af enestuer, men er stadig langt fra at nå målsætningen om fuld enestuedækning.

V. Tilstrækkelig sengekapacitet

Mål

36. Psykiatriaftalerne fra 1997 og 1999 indeholdt en målsætning om, at "sengekapaciteten skal tilrettelægges, så belægningsprocenten på den enkelte afdeling ikke hyppigt og i længere perioder ligger over det normerede". Det fremgik dog ikke, hvad der skulle forstås ved "hyppigt" og "i længere perioder". Spørgsmålet om sengekapaciteten på afdelingerne er ikke berørt i psykiatriaftalen fra 2003.

H:S' plangrundlag for perioden 1996-2006 indeholdt ikke måltal for belægningsprocenten på de enkelte hospitalsafdelinger. "Skitse til H:S psykiatriplan", der dog ikke blev vedtaget, angav imidlertid, at belægningen på psykiatriske sengeafsnit med åbne og skærmede senge ikke burde overstige 90 %.

37. H:S har ikke operationaliseret psykiatriaftalens begreber "hyppigt" og "i længere perioder". Indenrigs- og Sundhedsministeriet har oplyst, at kravene til sengekapaciteten er udtryk for en politisk aftale om, at hyppig og langvarig overbelægning skal søges undgået ved en tilpasning af sengekapaciteten. Eftersom psykiatriaftalerne skal ses som målsætninger for indsatsen snarere end som absolutte krav, gi-

ver det ikke mening at fastsætte øvre grænser for hyppighed og varighed af overbelægning i psykiatriaftalerne.

Rigsrevisionen finder, at det er nødvendigt at fastsætte standarder for hyppighed og varighed af eventuel overbelægning for, at det giver mening at tale om, hvorvidt den faktiske belægningsprocent over en periode er acceptabel. Uden dette vil H:S ikke have et fyldestgørende grundlag for styringen af sengekapaciteten.

Faktisk udvikling

38. Rigsrevisionen har i det følgende undersøgt belægningen i forhold til det normerede antal senge.

H:S har oplyst, at H:S Direktionen og H:S Bestyrelsen vurderer belægning på afdelingerne på grundlag af månedlige gennemsnitstal for belægningen. De udsving, der dagligt måtte forekomme, indgår ikke i beslutningsgrundlaget for en eventuel tilpasning af ressourcerne til de enkelte afdelinger. H:S opgør alene belægningsprocenter pr. dag i tilfælde, hvor der fra de enkelte afdelinger er gjort opmærksom på problemer med overbelægning på enkelte dage. Det fremgår dog ikke af H:S' oplysninger, hvor stor overbelægningen typisk vil være, før det udløser en henvendelse fra den pågældende afdeling.

39. Da der ikke generelt foreligger opgørelser over de daglige belægningsprocenter, har Rigsrevisionen undersøgt belægningen ud fra foreliggende tal for det gennemsnitlige antal indlagte pr. måned i forhold til det normerede antal senge for hver af H:S' psykiatriske afdelinger i perioden 2000-2003. Hyppigheden af overbelægning på de psykiatriske afdelinger er vist i **tabel 2**.

Tabel 2. Overbelægning på psykiatriske afdelinger i H:S, 2000-2003¹⁾

	2000	2001	2002	2003	I alt
	----- Antal måneder -----				
Frederiksberg Hospital, psykiatrisk afdeling	5	4	0	0	9
Hvidovre Hospital, psykiatrisk afdeling	6	6	0	0	12
Rigshospitalet, psykiatrisk afdeling	7	7	3	10	27
Sct. Hans Hospital, Retspsykiatrisk afdeling	0	0	1	0	1
I alt	18	17	4	10	49
¹⁾ Overbelægning er defineret ved, at den gennemsnitlige belægning for 1 måned ligger over 100 % af det normerede antal senge. Følgende psykiatriske afdelinger i H:S havde i perioden ingen overbelægning: Amager Hospital, Bispebjerg Hospital og Sct. Hans Hospitals afdeling M, U og P.					

Tabellen viser, at 4 af H:S' 9 psykiatriske afdelinger i perioden 2000-2003 i mindst ét tilfælde har haft en gennemsnitlig månedlig belægning, der var større end det normerede antal senge. Det fremgår af tabellen, at den gennemsnitlige månedlige belægning 49 gange har overskredet normeringen på afdelingerne. Dette svarer til 26 % af det samlede antal måneder i den undersøgte periode for de 4 afdelinger. Overbelægningen varierer fra afdeling til afdeling, men hyppigheden af overbelægning har været størst i begyndelsen af den observerede periode. Frem til 2002 var der ofte overbelægning på 3 af H:S' 9 afdelinger, og det har fortsat været et problem på Rigshospitalets psykiatriske afdeling. Her har der i perioden været overbelægning i 27 ud af 48 måneder, heraf 10 måneder i 2003. Den gennemsnitlige overbelægning for de 27 måneder har været på 2,8 sengepladser. Gennemsnitsmålingen kan dog dække over store variationer i daglige belægningsprocent på afdelingen. H:S Direktionen har oplyst, at den er opmærksom på, at der er belægningsproblemer på afdelingen på Rigshospitalet, og overvejer, hvordan problemet kan afhjælpes.

Da hverken H:S eller Indenrigs- og Sundhedsministeriet har konkretiseret, hvad der menes med "hyppigt" og "længere perioder", er det uklart, om H:S' behandlingsniveau er i overensstemmelse med målsætningen i de nationale aftaler.

40. H:S opgør også belægningen i procent af disponible senge, som er det antal senge, der reelt er til rådighed på afdelingen. En afvigelse fra det normerede sengeantal kan eksempelvis forekomme, når renoveringsarbejder igangsættes, eller når der opstår mangel på personale, og senge midlertidigt nedlægges. Belægningsprocenten vil derfor være højere, når den baseres på disponible senge, men vil samtidig være et bedre udtryk for den faktiske belægningssituation.

En gennemgang af belægningsprocenten for disponible senge viste, at overbelægning indtraf væsentligt hyppigere, end når beregningen var baseret på normerede senge. For perioden 2000-2003 var der således overbelægning på 7 afdelinger i sammenlagt 73 måneder. Denne overbelægning udgjorde 22 % af det samlede antal undersøgte måneder for de 7 afdelinger.

41. Det er Rigsrevisionens opfattelse, at for tidlig udskrivning af patienter bør indgå i opgørelsen af belægningsprocenter, da en ”passende liggetid” alt andet lige ville have medført en højere belægningsprocent. H:S konstaterede i 1996 og igen i 1999, at der igennem en årrække havde været problemer med for tidlig udskrivning, dog uden konkret at angive problemets omfang. Ledelsen på flere af de psykiatriske afdelinger har oplyst, at det ved overbelægning på afdelingen i visse tilfælde har været nødvendigt at foretage en tidligere udskrivning af patienter end planlagt, selv om det ikke sker ofte. H:S har imidlertid oplyst, at der så vidt vides ikke foreligger rapporter, som dokumenterer omfanget af for tidlig udskrivning og dermed, hvor meget det ville belaste belægningsprocenten, hvis ingen patienter blev udskrevet for tidligt.

H:S har efterfølgende oplyst, at afdelingsledelserne står inde for, at de dispositioner, der foretages ved afvejningen af, om patienter kan udskrives eller må forblive i afdelingen, er fagligt forsvarlige. Endvidere finder H:S, at det forekommer forkert at medregne en faktor som ”for tidlig udskrivning” i belægningsprocenten for afdelingerne, når det er en aktivitet, som i praksis ikke har fundet sted.

Rigsrevisionen skal hertil bemærke, at for tidlig udskrivning har indflydelse på belægningsituationen. Rigsrevisionen finder ikke, at for tidlig udskrivning skal medregnes i opgørelserne over belægningsprocenten, men at H:S Direktionen med passende mellemrum bør modtage information herom. Rigsrevisionen har hæftet sig ved, at H:S som nævnt i 1996 og 1999 påpegede, at for tidlig udskrivning havde været et problem i en årrække, men at H:S ikke siden har opgjort omfanget.

Rigsrevisionens bemærkninger

Undersøgelsen har vist, at H:S’ planer ikke indeholder mål for maksimal belægningsprocent, og at H:S ikke har konkretiseret, hvor hyppigt og hvor længe belægningsprocenten må ligge over det normerede, før H:S anser belægningsituationen som kritisk. Rigsrevisionen har desuden hæftet sig ved, at H:S i 1996 og 1999 påpegede, at for tidlig udskrivning havde været et problem i en årrække, men at H:S ikke siden hen har opgjort omfanget. Det er Rigsrevisionens opfattelse, at H:S derfor ikke har et fyldestgørende grundlag for styringen af sengekapaciteten.

Undersøgelsen har vist, at der frem til 2002 ofte har været overbelægning på 3 af H:S' 9 afdelinger, og at det fortsat er et problem på Rigshospitalet, hvor der i 2003 var overbelægning i 10 måneder. H:S Direktionen er opmærksom på, at der er belægningsproblemer på afdelingen på Rigshospitalet og overvejer, hvordan problemet kan afhjælpes.

VI. Sengenedlæggelser og døgntilbud

Mål

42. Psykiatriaftalerne fra 1997 og 1999 indeholdt en målsætning om, at ”antallet af psykiatriske senge ikke reduceres uden tilsvarende oprettelse af døgnpladser i den sociale sektor”. Der blev i forbindelse hermed i 1999 afsat midler på Socialministeriets område til støtte for den kommunale udbygning af socialpsykiatriske tilbud, navnlig nye døgntilbud til sindslidende.

Fra og med 2003 blev fokus i den nationale psykiatriaftale ændret, så det ikke længere er en forudsætning, at nedlagte senge erstattes af døgntilbud. Aftaleparterne ønsker herefter at lægge større vægt på opsøgende foranstaltninger i form af udgående medarbejdere i såkaldte Opsøgende Psykose-team (OP) og Opsøgende Psykose-team for Unge Skizofrene (OPUS).

43. Nedlæggelse af senge indgik før 2003 ikke i H:S' planer, og der er ikke indgået en aftale mellem Københavns Kommune og H:S om, at nedlagte senge erstattes af døgnpladser i den sociale sektor. I psykiatriplanen fra 2003 planlægger H:S imidlertid at nedlægge 60 senge på Sct. Hans Hospital i 2004 som led i en omfordeling af ressourcerne fra sengekapacitet til opsøgende og ambulante behandlingstilbud.

Der er i H:S' psykiatriplan for perioden 2003-2006 ikke planer om at sikre, at der oprettes døgnpladser i den sociale sektor som erstatning for de nedlagte sengepladser, da nedlæggelse af senge som udgangspunkt ikke medfører et øget behov for botilbud, da der samtidig oprettes OP og OPUS. H:S har oplyst, at nedlæggelsen af senge sker som led i en kæde af ændringer, hvor OPUS udbygges til at omfatte hele byen, og der oprettes i alt 5 OP-team. Med oprettelsen af OP og OPUS bliver der frigjort sengekapacitet på byhospi-

talerne. Denne sengekapalet kan da anvendes til patienter, der i dag er indlagt på Sct. Hans Hospital. Dette muliggør en sengereduktion på Sct. Hans Hospital.

44. Baggrunden for at erstatte sengepladser med disse team er ifølge H:S Direktionen internationale forsøg med OP-team. Af en rapport herom fremgår det, at ”opsøgende psykoseteam er effektive i behandlingen af svært psykisk syge og bør derfor indføres generelt som behandlingstilbuddet for denne målgruppe i Danmark”. H:S har imidlertid oplyst, at der kun foreligger et meget sporadisk erfaringsgrundlag for, hvor mange senge OP-team kan erstatte. Derfor har H:S på baggrund af et skøn besluttet at oprette et OP-team i hvert af byhospitalernes 5 optageområder, som tilsammen antages at kunne erstatte de 60 sengepladser, der nedlægges.

H:S har oplyst, at da der kun foreligger et sporadisk erfaringsgrundlag med OP-team, indsamler H:S data og undersøger effekten af de etablerede OP-team. Rigsrevisionen finder, at H:S’ overvågning af effekten er relevant for at kunne forbedre erfaringsgrundlaget for OP-team.

Faktisk udvikling

45. For at vurdere udviklingen i antallet af nedlagte senge har Rigsrevisionen set på det samlede antal oprettede og nedlagte senge i H:S i perioden 1997-2003. Udviklingen er vist i **tabel 3**.

Tabel 3. Udviklingen i antal psykiatriske senge på hospitaler i H:S, 1997-2003

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
	---- Antal ----						
Rigshospitalet.....	68	68	68	73	88	88	88
Hvidovre Hospital	130	130	130	130	124	126	126
Bispebjerg Hospital.....	129	129	193	193	191	193	193
Frederiksberg Hospital.....	96	96	96	96	96	96	91
Amager Hospital ¹⁾	72	72	68	72	110	110	110
Sct. Hans Hospital	520	520	492	457	444	425	394
H:S i alt.....	1.015	1.015	1.047	1.021	1.053	1.038	1.002
¹⁾ Indtil 1999 Kommunehospitalet.							

Tabellen viser, at sengeantallet i H:S fra 1997 til 2002 er øget fra 1.015 til 1.038 senge. De sengenedlæggelser, som

H:S gennemførte før 2003, skete ikke som led i en plan. H:S har oplyst, at sengene hovedsageligt er blevet nedlagt i forbindelse med renovering af sengeafdelinger og etablering af flere enestuer. Det fremgår videre af tabellen, at der i 2001 blev oprettet 32 nye sengepladser. Det skyldtes primært ibrugtagning af en ny psykiatrisk afdeling på Amager Hospital.

I henhold til H:S' psykiatriplan 2003 skulle der nedlægges 60 senge i 2004. Der måtte imidlertid nedlægges 36 senge allerede i 2003, idet udmeldingerne om de planlagte sengenedlæggelser medførte en hurtigere personaleafgang end ventet. H:S planlægger foreløbig at nedlægge yderligere 21 senge på Sct. Hans Hospital i 2004. Det samlede sengeantal vil hermed være reduceret med 34 senge fra 1997 til 2004.

46. H:S og Københavns Kommune indgik ikke en aftale, der kunne sikre, at der ved nedlæggelse af senge blev oprettet døgnpladser. Københavns Kommune har oplyst, at nedlæggelse af senge i H:S ikke automatisk udløser oprettelse af døgnpladser i den sociale sektor.

47. De senge, H:S nedlagde i 2003 og planlægger at nedlægge i 2004, vil som nævnt skulle erstattes med opsøgende team. H:S har oplyst, at der ved en ekstrabevilling fra Københavns Kommune er etableret 2 OP-team, og yderligere 3 team skal oprettes i 2004 for midler frigjort ved sengereduktion på Sct. Hans Hospital. I henhold til H:S' psykiatriplan fra 2003 skal der inden udgangen af 2004 være oprettet OP-team i hvert af de 5 byhospitals optageområde. Etableringen af OP-team er i overensstemmelse med målsætningerne i den nationale psykiatriaftale fra 2003.

Rigsrevisionens bemærkninger

Undersøgelsen har vist, at H:S fra 1997 til 2002 samlet forøgede sengeantallet i psykiatrien, men at der i 2000 og i 2002 blev nedlagt senge. Undersøgelsen har endvidere vist, at H:S og Københavns Kommune ikke havde indgået en aftale, der skabte sikkerhed for, at de senge, H:S nedlagde i 2000 og 2002, blev erstattet af døgnpladser i den sociale sektor.

Undersøgelsen har desuden vist, at H:S' psykiatriplan for perioden 2003-2006 indeholder et mål om at nedlægge

60 senge, der skal erstattes af 5 OP-team. Da der kun foreligger et sporadisk erfaringsgrundlag med OP-team, indsamler H:S data og undersøger effekten af de etablerede OP-team. Rigsrevisionen finder, at H:S' overvågning af effekten er relevant for at kunne forbedre erfaringsgrundlaget for OP-team.

VII. Etablering af psykiatrisk døgnberedskab

Mål

48. De nationale psykiatriaftaler med staten indeholdt en målsætning om, at der skulle være let tilgang til psykiatrisk behandling i aften- og nattetimerne i tilfælde af akut opstået behandlingsbehov. Aftalerne giver dog ingen anvisning på, hvad "let tilgang" nærmere indebærer.

Sundhedsstyrelsen udgav i 1995 vejledningen "Målsætninger for kvalitet i voksenpsykiatrien". Det er i vejledningen om henvendelsesfasen anført, at langt de fleste akutte patienter kan transporteres til den psykiatriske skadestue, hvor der skal være faciliteter til mindst 24 timers observation, men at nogle patienter er så dårlige, at de har behov for en udrykningstjeneste. Det blev endvidere anført, at den psykiatriske akutservice bør knyttes til de psykiatriske afdelinger og følge deres optageområde.

På baggrund af ovenstående tolker Rigsrevisionen let tilgang til psykiatrisk behandling i tilfælde af akut opstået behov som, at det også i aften- og nattetimerne skal være muligt for patienter at komme i behandling på skadestue, eventuelt via en udrykningstjeneste.

49. H:S' sygehusplan for perioden 1996-2000 indeholdt et mål om, at alle akuthospitaler skulle have en psykiatrisk afdeling og en psykiatrisk skadestue. H:S' mål følger dermed den omtalte målsætning samt Sundhedsstyrelsens vejledning, om, at der bør være psykiatriske skadestuer tilknyttet de psykiatriske afdelinger.

Endvidere indeholdt sygehusplanen for 1996-2000 mål om etablering af psykiatrisk udrykningstjeneste som forsøg i en 2-årig periode. Udrykningstjenesten skulle være et tilbud om akut psykiatrisk speciallægehjælp i hjemmet. Erfaringerne med den psykiatriske udrykningstjeneste var ifølge H:S' plangrundlag for 2001-2002 meget positive, og tje-

nesten blev derfor opretholdt. H:S' planer om en udrykningstjeneste var i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning.

H:S anførte i psykiatriskitsen fra 1997 et mål om, at akut modtagelse/psykiatrisk skadestue skulle samarbejde og ligge tæt sammen med de intensive, lukkede afsnit. H:S vurderede, at det var en fordel at etablere én akut modtagelse (skadestue) på tværs af bydele.

I psykiatriplanen fra 2003 er der ikke nævnt noget specifikt om let tilgang og mulighed for akut modtagelse. H:S har dog opstillet generelle kvalitetsmål for behandlingen, hvoraf et mål knytter sig til let tilgang. Målet er, at undersøgelse og behandling skal være påbegyndt inden for én time for 85 % af de ventende på skadestuen. Rigsrevisionen vurderer, at H:S' planer for psykiatrien på pågældende område i store træk er i overensstemmelse med de nationale udmeldinger om mulighed for let tilgang.

Faktisk udvikling

50. På 5 af de 6 hospitaler under H:S er der oprettet psykiatrisk skadestue, som yder akut psykiatrisk hjælp hele døgnet. Patienter, der henvender sig, vil ved behov for behandling eller undersøgelse blive henvist til de psykiatriske afdelinger, der hører til patientens eget bopælsområde. Undersøgelsen har vist, at H:S følger Sundhedsstyrelsens vejledning om etablering af skadestuer i tilknytning til optageområder, og at H:S har opfyldt egne mål om, at der på alle akuthospitaler skal være en psykiatrisk afdeling og en psykiatrisk skadestue.

51. Rigsrevisionen har konstateret, at ventetiden fra 1. september - 1. december 2002 på H:S' hospitaler var under én time for 94 % af besøgene, mens denne andel i 2003 faldt til 91 % af besøgene. Rigsrevisionen har dermed fundet, at alle de psykiatriske skadestuer fra efteråret 2002 har opfyldt H:S' mål om ventetid, men at målopfyldelsen har været faldende. H:S har ikke oplysninger om, hvor lang ventetiden var for de patienter, der måtte vente mere end én time.

Det skal bemærkes, at ventetidsmålingen ikke omfatter Rigshospitalets psykiatriske skadestue. Det skyldes, at Rigshospitalet ikke har et ventetidsmodul til rådighed som de øvrige hospitaler, der gør det muligt at opgøre ventetid. Da

Rigshospitalets system er under udfasning, har H:S ikke ønsket at investere i tilretning heraf.

52. H:S etablerede i juli 1997 en psykiatrisk udrykningstjeneste, der i første omgang dækkede Københavns og Frederiksberg Kommune. I forbindelse med udarbejdelse af psykiatriskitsen vurderede H:S, at der fortsat var behov for tjenesten. Udrykningstjenesten blev i 2000 slået sammen med Københavns Amts udrykningstjeneste og er nu ifølge psykiatriplanen fra 2003 gjort permanent i samarbejde med Københavns Amt. Ved sammenlægningen blev der desuden lavet en aftale mellem Københavns Politi og Bispebjerg Hospital om, at politiet kan få speciallægebistand i dagtimerne. Erfaringerne vurderes i fællesskab mellem H:S og Københavns Politi i juni 2004.

Tjenesten har åben kl. 17.00-08.00 på hverdage samt hele døgnet på lørdage, søn- og helligdage. Adgangen til udrykningstjenesten begrænses gennem lægevagten, der skal vurdere behovet for psykiatrisk kontakt i det enkelte tilfælde. Udrykningstjenesten består udelukkende af 11 psykiatriske speciallæger, som har vagt på skift. Tjenesten er forankret på Bispebjerg Hospitals psykiatriske afdeling. Rigsrevisionen kan konstatere, at H:S har opfyldt målene i Sundhedsstyrelsens vejledning om etablering af en psykiatrisk udrykningstjeneste.

Rigsrevisionens bemærkninger

Undersøgelsen har vist, at H:S i overensstemmelse med sin beslutning i 1996 har sikret let tilgang til psykiatrisk behandling bl.a. ved 5 døgnåbne psykiatriske skadestuer. Endvidere kommer over 90 % af patienterne under behandling inden for én time, hvilket er i overensstemmelse med et mål på minimum 85 %, som H:S har fastsat som en acceptabel målopfyldelse for ventetid.

H:S har endvidere i 1997 etableret en udrykningstjeneste, der dækker aften- og nattetimerne samt søn- og helligdage for de svært psykisk syge, der ikke umiddelbart kan gøre brug af skadestuen.

H:S har med disse initiativer opfyldt den nationale målsætning om let tilgang til psykiatrisk behandling.

VIII. Fællesarealer, beskæftigelse og undervisning

Mål

53. Der var i psykiatriaftalerne enighed om, at patienterne skulle have mulighed for mindst ét miljøskift dagligt i form af adgang til fællesarealer, beskæftigelsesterapi, undervisningslokaler, udendørsarealer, fysisk udfoldelse samt dagligstue/tv-stue.

H:S' sygehusplan fra 1996 indeholdt ikke noget mål vedrørende patienternes behov for fællesarealer, beskæftigelse og undervisning m.m. "Skitse til H:S psykiatriplan" fra 1997 fokuserede heller ikke eksplicit på sådanne muligheder for miljøskift, men fremhævede dog, at de psykiatriske afdelinger skulle have tidssvarende fysiske rammer, herunder ergo- og fysioterapi, værkstedsfaciliteter mv. og rigelig udenoms- og udendørsplads. Skitsen behandlede dermed nogle af de samme forhold som den nationale psykiatriaftale. Psykiatriplanen fra 2003 nævner imidlertid ikke noget om miljøskift for patienterne.

Faktisk udvikling

54. Rigsrevisionen har ved besøg på 4 tilfældigt udvalgte psykiatriske afdelinger konstateret, at der er stor variation i omfanget af aktivitetstilbud på afdelingerne under H:S.

På Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling på Bispebjerg Hospital har patienterne mulighed for at benytte fysioterapi, værksteder m.m. På det lukkede afsnit er der en sikret have, som patienterne har adgang til hver dag. På den lukkede afdeling er der en intern skole, så børnene og de unge har mulighed for undervisning. Patienter på den åbne afdeling går på afdelingens skole for psykisk syge børn og unge.

Det var Rigsrevisionens indtryk ved en rundvisning på Bispebjerg Hospitals voksenpsykiatriske afdeling, at der generelt er ringe fysiske faciliteter for patienterne, hvilket afdelingsledelsen har bekræftet. Da afdelingen fysisk er placeret på flere etager, er det ikke altid muligt for patienterne på lukkede afsnit at komme ud i frisk luft dagligt på grund af mangel på personale til at følge dem. H:S har oplyst, at H:S Direktionen er opmærksom på, at der udestår en afklaring vedrørende de fysiske forhold på afdelingen.

Afdelingsledelsen på Hvidovre Hospitals psykiatriske afdeling har oplyst, at der på selve afdelingen er forskellige aktivitetstilbud til patienterne som eksempelvis en række værksteder, en café m.m. Endvidere er der et aktivitetsrum på hvert sengeafsnit med fysioterapeuter og ergoterapeuter tilknyttet, og derudover er der en løbehold, som patienterne kan melde sig til. Patienterne på de lukkede afsnit følges til værkstederne, hvor de så kan være alene med værkstedets personale. Ifølge afdelingsledelsen er der oftest tilstrækkeligt personale til at tage de tvangsindlagte med ud, men ellers lånes personale fra andre afsnit. Det kan i weekenderne forekomme, at tvangsindlagte patienter kun kommer ud 1 gang, fordi der her kan være personalemangel.

På Sct. Hans Hospital, afdeling M, er der etableret aktiviteter på afdelingen, og der er en række forskellige fritidsaktiviteter, herunder løbehold. Centralt har hospitalet etableret erhvervsterapi, og patienterne kan benytte et snedkerværksted.

Der er på alle de undersøgte afdelinger i varierende omfang etableret mulighed for rekreative aktiviteter, terapitilbud, genoptræning samt frisk luft, men tilbuddene på Bispebjerg Hospitals voksenpsykiatriske afdeling forekommer utilstrækkelige.

Rigsrevisionens bemærkninger

Undersøgelsen har vist, at H:S på alle de undersøgte afdelinger har etableret mulighed for daglige miljøskift i overensstemmelse med anbefalingerne i de nationale psykiatriaftaler, men at tilbuddene på Bispebjerg Hospitals voksenpsykiatriske afdeling forekommer utilstrækkelige.

IX. Kapacitet i børne- og ungdomspsykiatrien

Mål

55. Der er i psykiatriaftalerne anført en målsætning om, at psykisk syge børn og unge skal behandles på børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger, og at antallet af børn og unge, der indlægges på voksenafdelinger, skulle være reduceret væsentligt inden 2000. For at understøtte denne målsætning skulle ventetiden på behandling på særlige børne- og ungdomspsykiatriske funktioner nedbringes. En forudsæt-

ning herfor var, at der fandtes en tilstrækkelig fysisk og uddannelsesmæssig kapacitet. I psykiertiaftalen fra 1999 konstaterede aftaleparterne imidlertid, at afstanden mellem den aktuelle kapacitet og målsætningerne i 1997-aftalen var betydelig, og at amterne/H:S derfor skulle prioritere indsatsen for bl.a. at nedbringe ventetider og udvide uddannelseskapaciteten for speciallæger i børne- og ungdomspsykiatrien.

56. H:S' egne planer indeholdt en række konkrete initiativer for udbygning af den fysiske kapacitet, som bl.a. skulle bidrage til at reducere ventetiden på behandling på børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger og reducere antallet af børn og unge indlagt på voksenpsykiatriske afdelinger. H:S har opstillet et generelt mål om, at patienter skal tilbydes behandling senest 3 måneder efter lægehenviisning. Dette mål omfatter tillige børne- og ungdomspsykiatrien.

Psykiertiaftalernes målsætning om at sikre en styrkelse af uddannelseskapaciteten for børne- og ungdomspsykiatriske speciallæger har imidlertid ikke indgået som et mål i H:S' hidtidige planer. Heller ikke selv om det i H:S' psykiatriplan fra 2003 er fastslået, at der på landsplan er et stigende problem med at fastholde og rekruttere læger.

Faktisk udvikling

57. Rigsrevisionen har undersøgt udviklingen i den fysiske kapacitet, uddannelseskapacitet, ventetid på behandling og antal børn og unge, der er indlagt på voksenpsykiatriske afdelinger i H:S.

58. Den hospitalsbaserede børne- og ungdomspsykiatri i H:S er samlet på Bispebjerg Hospitals børne- og ungdomspsykiatriske afdeling. Afdelingen består af en række ambulatorier, hvor 70-80 % af behandlingen finder sted, og af 8 dag- og døgnafsnit samt 1 skole. Afdelingen har døgnberedskab, men ingen skadestue, hvorfor henvendelse kun kan ske ved almindelig lægehenviisning.

Afdelingen blev fysisk samlet i 1998 og fik i den forbindelse tilført 6 skærmede pladser til psykisk syge unge. Den samlede etableringsudgift hertil var 41 mio. kr. og medførte en forøgelse af de årlige driftsudgifter med 10 mio. kr.

H:S gennemførte endvidere en udbygning af afdelingen i 2000-2002. Herved blev behandlingskapaciteten udbyg-

get med 100 deldøgnsindlæggelser pr. år fordelt på et småbørnsafsnit og spædbarnspsykiatrisk afsnit. Der blev endvidere tilføjet 2 ekstra skærmede pladser til det ungdomspsykiatriske afsnit. Udgifterne hertil var 10 mio. kr. og medførte en forøgelse af driftsbudgettet med 6 mio. kr. årligt.

H:S anførte i sit plangrundlag for 2001-2002, at der var et betydeligt indlæggelsespres og for lange ventetider. Ledelsen af Bispebjerg Hospitals børne- og ungdomspsykiatriske afdeling har oplyst, at afdelingen fortsat er underlagt snævre økonomiske rammer, som tilsiger, at undersøgelse og behandling, så vidt det er fagligt forsvarligt, skal søges gennemført ambulantly eller lokalt i samarbejdet med den øvrige del af det samlede behandlingssystem. I nogle tilfælde må afdelingen imidlertid overføre patienter fra heldøgnsindlæggelse til ambulantly behandling før tiden for at give plads til patienter, der er mere alvorligt syge. Afdelingsledelsen fandt, at en yderligere udbygning af den ambulantly behandling ville kunne reducere indlæggelsestiden og dermed reducere ventetiden på dag- og døgnpladserne.

Rigsrevisionen kan konstatere, at H:S har foretaget en vis udbygning af den fysiske kapacitet, hvilket er i overensstemmelse med psykiatriaftalerne.

59. H:S har oplyst, at H:S' børne- og ungdomspsykiatriske afdeling på Bispebjerg Hospital er normeret med i alt 30 lægestillinger, heraf 17 speciallægestillinger og 13 uddannelsesstillinger af forskellig kategori.

Afdelingsledelsen har oplyst, at ca. $\frac{1}{3}$ af afdelingens 17 speciallægestillinger havde været ubesat i en periode i 2003 på grund af mangel på kvalificerede ansøgere.

Antallet af uddannelsesstillinger har været uændret siden 1999. H:S har oplyst, at det også er vanskeligt at rekruttere og fastholde læger til uddannelsesstillinger.

H:S har efterfølgende oplyst, at de statslige puljer vedrørende 2003-2007 ikke ændrer på uddannelseskapaciteten. Den fremtidige dimensionering af uddannelseskapaciteten i børne- og ungdomspsykiatrien drøftes ifølge H:S aktuelt i et regionalt samarbejde for det østlige Danmark.

60. Rigsrevisionen har undersøgt ventetiden for børne- og ungdomspsykiatrisk behandling, der er koncentreret på Bispebjerg Hospital, og resultatet heraf er vist i [tabel 4](#).

Tabel 4. Antal børn og unge, der venter på indlæggelse og ambulant behandling, 2000-2003¹⁾

	Ventetid, mindre end 3 måneder	Ventetid, mere end 3 måneder	I alt	Målopfyldelse
	----- Antal -----			%
2000.....	424	165	589	72
2001.....	562	134	696	81
2002.....	538	149	687	78
2003.....	474	178	652	73

¹⁾ Hovedparten af patienterne venter på ambulant behandling.

Tabellen viser, at antallet af patienter, der venter mere end 3 måneder på behandling, er steget fra 165 i 2000 til 178 i 2003. I 2003 havde mere end hver 4. patient i denne gruppe en ventetid på behandling på mere end 3 måneder, som var H:S' mål.

I 2002 afgav hospitalsdirektionerne redegørelser til H:S om handlingsplaner på områder med lav målopfyldelse for så vidt angår ventetider. Ledelsen på den børnepsykiatriske afdeling på Bispebjerg Hospital fremførte i den forbindelse, at den lave målopfyldelse skyldtes, at afdelingen havde kapacitetsproblemer, bl.a. som følge af manglen på speciallæger.

Rigsrevisionen konstaterer, at der er problemer med ventetider til børne- og ungdomspsykiatrisk behandling i H:S. Undersøgelsen har vist, at H:S har foretaget en vis udbygning af den fysiske kapacitet, men at der har været problemer med besættelse af lægestillinger, hvilket formentlig har bidraget til det øgede antal patienter, der i 2001-2003 ventede mere end 3 måneder på behandling.

61. Der var i psykiatriaftalen fra 1997 enighed om, at antallet af børn og unge, dvs. personer under 18 år, der er indlagt på voksenafdelinger, skulle reduceres væsentligt inden 2000.

H:S råder ikke over oplysninger, der kan belyse denne udvikling i perioden fra 1997 til 1999, men oplysninger fra Sundhedsstyrelsen viser, at denne aldersgruppe i 1997 udgjorde 47 patienter med sammenlagt 1.433 sengedage, mens antallet i 2000 var reduceret til 33 patienter med sammenlagt 796 sengedage.

Rigsrevisionen undersøgte disse patienters alder med henblik på at se, om det fortrinsvis drejede sig om patient-

ter, der var tæt på at fylde 18 år og dermed statistisk overgå til gruppen af voksne. I 1997 udgjorde gruppen af patienter under 17 år – altså personer, der ikke var tæt på i statistisk forstand at være voksne – ca. 69 % af indlæggelser og sengedage blandt psykisk syge børn og unge, der var indlagt på voksenafdelinger. I 2000 var andelen af patienter under 17 år reduceret til ca. 30 % af det samlede antal børn og unge på voksenafdelinger, og disse beslaglagde kun omkring 6 % af sengedagene for den samlede gruppe.

Rigsrevisionen har også ønsket at analysere udviklingen efter 2000. Sundhedsstyrelsens oplysninger dækker imidlertid kun perioden frem til og med 2001, men H:S har leveret oplysninger om antallet af børn og unge indlagt på voksenpsykiatriske afdelinger i perioden 2000-2003. Disse oplysninger er vist i [tabel 5](#).

Tabel 5. Antal børn og unge indlagt på voksenpsykiatriske afdelinger i H:S, 2000-2003

	2000	2001	2002	2003
	---- Antal ----			
Patienter.....	15	18	14	11
Sengedage.....	125	233	158	286

Tabel 5 viser, at antallet af børn og unge indlagt på voksenafdelinger har været faldende i den viste periode. Disse færre patienter havde dog sammenlagt et stigende antal sengedage i perioden, nemlig 286 i 2003 mod 125 i 2000. Der kan dermed fortsat konstateres problemer med, at børn og unge er indlagt på voksenafdelinger.

Det kan i tilslutning til tabellen oplyses, at omkring halvdelen af patienterne kun var indlagt på voksenafdeling én dag, mens der for den resterende del af patienterne var tale om indlæggelser af længere varighed. H:S har oplyst, at ingen af de indlagte var under 15 år.

Rigsrevisionens bemærkninger

Undersøgelsen har vist, at stadig flere psykisk syge børn og unge har en ventetid på indlæggelse eller ambulante behandling på mere end 3 måneder. I 2003 ventede således mere end hver 4. patient i denne gruppe i mere end 3 måneder på behandling.

I overensstemmelse med målsætningerne i de nationale psykiatraftaler har H:S i perioden 1997-2000 i væsentligt omfang nedbragt antallet af psykisk syge børn og unge, som blev indlagt på voksenafdelinger. Selv om antallet af disse patienter fortsat har været faldende i perioden 2000-2003, har det samlede antal sengedage for børn og unge indlagt på voksenafdelinger været stigende i perioden.

Rigsrevisionen, den 8. juni 2004

Henrik Otbo

/Hans Andersen

Bilag 1

Kapacitet og aktiviteter på H:S' psykiatriske afdelinger i 2001

	Normerede sengepladser pr. 31.12.2001		Heldøgns- patienter		Del- døgns- patienter	Ambulante patienter		Skade- stue
	7- døgns- senge	5- døgns- senge	Senge- dage	Udskriv- ninger	Udskriv- ninger	Besøg	Afslut- tede forløb	Besøg
	----- Antal -----							
Rigshospitalet, psykiatrisk klinik O	88		29.835	1.297	425	10.204	531	1.202
Hvidovre Hospital, psykiatrisk afdeling	124	15	46.448	1.290	97	26.419	531	2.408
Bispebjerg Hospital, psykiatrisk afdeling	161		60.675	1.931	623	27.667	1.538	5.544
Bispebjerg Hospital, børne- og ungdoms- psykiatrisk afdeling	26	6	8.393	137	148	5.528	587	
Frederiksberg Hospital, psykiatrisk afdeling	96		35.777	870	345	14.518	425	3.808
Amager Hospital, psykiatrisk afdeling	110		23.295	912	146	17.191	706	3.619
Sct. Hans Hospital, afdeling R	74		25.973	106	3	1.089	67	
Sct. Hans Hospital, afdeling M	122	25	51.401	475	87	7.147	307	
Sct. Hans Hospital, afdeling U	119		42.889	265	17	219	69	
Sct. Hans Hospital, afdeling P	110		38.526	325	129	221	25	
Sct. Hans Hospital, afdeling K			38	38	2			
Sct. Hans Hospital, klinisk psykiatrisk afdeling....						605	32	
H:S i alt.....	1.030	46	363.250	7.646	2.022	110.808	4.818	16.581
Note: Oplysningerne stammer fra Sundhedsstyrelsens senest offentliggjorte statistik. H:S har siden 2001 på Sct. Hans Hospital nedlagt afdeling K og sammenlagt afdeling P og U til én afdeling.								

Bilag 2

Ordliste

Ambulant behandling	Behandling uden indlæggelse.
Behandlingskapacitet	De fysiske rammer, personalenormering og ressourcer i øvrigt, der er til rådighed.
Belægningsprocent	Forholdet udtrykt i procent mellem det ydede antal sengedage i en given periode og antal sengepladser, multipliceret med antal dage i perioden.
Dagafsnit	Sygehusafsnit, hvor patienten er indlagt i dagtimerne.
Dagindlæggelse	Indlæggelse i dagtimerne kan finde sted, når patienten ikke har behov for skærmning og intensiv overvågning, men kan fungere selvstændigt i egen bolig i aften- og nattetimerne.
Deldøgnsafsnit	Et afsnit med faste pladser til behandling, hvor der er normeret personale til overvågning af patienten i indtil 12 sammenhængende timer pr. døgn.
Disponible senge	De senge, der ud af de normerede senge er tilbage ved midlertidige lukninger af afsnit på grund af eksempelvis renoivering, sygdom m.m.
Distriktpsychiatri	Distriktpsychiatri er en organisationsform for psykiatrisk sygdomsbehandling (diagnosticering, behandling og pleje), som rummer et ambulant tværfagligt behandlingstilbud, er lokalt etableret og i tæt samarbejde med samarbejdspartnere i området. Det er amterne/H:S, der har ansvaret for distriktpsychiatrien.
Døgntilbud	Et sted for personer med sindslidelse, der ikke kan magte at bo selvstændigt i eget hjem.
Heldøgnsafsnit	Et sengeafsnit til behandling, hvor der er normeret personale til overvågning af patienter hele døgnet.
Indlæggelse	Foretages ofte af en læge på baggrund af en lægelig vurdering, men kan også ske på foranledning af andre.
Normerede senge	Det sengeantal, der er budgetteret med, og som der derfor er afsat penge og personale til at drive.
Opsøgende psykoseteam	Udgangspunktet for et opsøgende psykoseteam er at samle ekspertise fra flere områder. Hver behandler er kontaktperson for omkring 10 patienter.
OPUS-team	Opsøgende Psykoseteam for Unge Skizofrene retter sig mod 15-35-årige unge. Ordningen har til formål at identificere patienter tidligere i deres liv, og det forventes, at flere samles op tidligt og mere effektivt.
Patientrådgiver	En patient, som tvangsindlægges eller tvangstilbageholdes, får obligatorisk beskikket en patientrådgiver, dvs. en person ansat af statsamtet og dermed uafhængig af sygehuset.
Sengedag	Et døgn, hvor en heldøgnspatient har modtaget behandling.
Sengeplads	En seng i et heldøgnsafsnit til behandling af en patient.
Skærmning	Skærmning af patienter, der indlægges på psykiatriske afdelinger, betyder at patienten – gennem fysisk afskærmning og/eller gennem personalets observation af og samvær med patienten i varierende udstrækning – skærmes fra omgivelserne på baggrund af en grundig vurdering af sygdom og behov.
Udskrivning	Afslutning af behandling af patient på psykiatrisk sygehusafdeling. Udskrivningen sker ofte i tæt samarbejde med det sociale system. I mange tilfælde fortsætter behandlingen i fx distriktpsychiatrien eller et ambulatorium.