



Beretning til Statsrevisorerne om
voksnes adgang til psykiatrisk
behandling

April
2010

revision
revision

revision

Indholdsfortegnelse

I.	Introduktion og resultater	1
II.	Indledning	5
	A. Baggrund	5
	B. Formål og afgrænsning	8
III.	Adgang til ambulat psykiatrisk behandling	11
	A. Ambulant behandling	11
IV.	Adgang til psykiatrisk indlæggelse	19
	A. Psykiatrisk indlæggelse	19
V.	Regionernes planlægning	27
	A. Regionernes grundlag for planlægningen	27
VI.	Regionernes initiativer	31
	A. Regionernes initiativer for at nedbringe ventetid og overbelægning	31
	Bilag 1. Ordliste	34

Rigsrevisionen afgiver denne beretning til Statsrevisorerne i henhold til § 17, stk. 2, i rigsrevisorloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 3 af 7. januar 1997 som ændret ved lov nr. 590 af 13. juni 2006.

Beretningen vedrører finanslovens § 16. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (nu Indenrigs- og Sundhedsministeriet).

I undersøgelsesperioden har der været følgende ministre:

Lars Løkke Rasmussen: november 2001 - november 2007

Jakob Axel Nielsen: november 2007 - februar 2010

Bertel Haarder: februar 2010 -

I. Introduktion og resultater

1. Denne beretning handler om voksnes adgang til psykiatrisk behandling og omfatter både ambulante behandling og indlæggelse. Beretningen handler endvidere om regionernes planlægning af og initiativer på det psykiatriske område.

Rigsrevisionen har iværksat undersøgelsen af egen drift i januar 2009.

2. Psykiatrien er et område, der berører mange danskere, enten som patient eller som pårørende. Ifølge Sundhedsstyrelsen er psykiske lidelser et af de tungeste sygdomsområder på linje med kræft og hjertesygdomme. Sundhedsstyrelsen skønner på baggrund af en række undersøgelser, at ca. 10-20 % af den danske befolkning på et eller andet tidspunkt får en psykisk lidelse. Mange af disse patienter vil kunne behandles hos egen læge eller hos speciallæge, men en del vil have brug for psykiatrisk behandling på hospital.

3. Det overordnede formål med undersøgelsen er at vurdere voksnes adgang til psykiatrisk behandling og regionernes planlægning af og initiativer på det psykiatriske område.

Formålet er undersøgt ved at besvare 4 spørgsmål:

- Har voksne psykiatriske patienter adgang til ambulante psykiatriske behandling i regionerne?
- Har voksne psykiatriske patienter adgang til psykiatrisk indlæggelse i regionerne?
- Har regionerne et relevant grundlag for at kunne planlægge behandlingskapaciteten i psykiatrien?
- Har regionerne taget initiativer til at nedbringe ventetider og overbelægning i psykiatrien?

4. Undersøgelsen vedrører perioden, fra regionerne blev etableret – dvs. 1. januar 2007 – til ultimo 2009. Talmateriale for 2009 har kun for 1. kvartals vedkommende kunnet medtages i dele af undersøgelsen.

UNDERSØGELSENS RESULTATER

Det er ifølge sundhedsloven regionernes opgave at sikre de nødvendige og relevante tilbud om behandling inden for psykiatrien og at sikre borgerne adgang til at blive behandlet hos alment praktiserende læger og speciallæger. Det fremgår endvidere af sundhedsloven, at den enkelte psykiatriske patients behov for udredning og behandling skal vurderes fagligt af regionen, herunder hvor og hvordan behovet kan imødekommes inden for de mulige rammer.

Ambulant behandling foregår uden indlæggelse og er primært en planlagt behandling. Den ambulante psykiatriske behandling ydes fra ambulatorier, klinikker, distriktpspsykiatrien, opsøgende psykiatri og praktiserende speciallæger.

Indlæggelse foregår på en psykiatrisk hospitalet afdeling. Indlæggelse i psykiatrien sker primært akut (med patientens samtykke eller under tvang), men kan også være planlagt.

Behandlingskapacitet er et udtryk for, hvor mange patienter psykiatrien kan behandle. Kapaciteten kan opgøres på forskellige måder, fx ved antallet af ansatte (fx speciallæger, læger og psykologer). Kapaciteten til indlæggelse beskrives oftest ved antallet af sengepladser.

Rigsrevisionens undersøgelse viser, at patienterne har adgang til både ambulant psykiatrisk behandling og psykiatrisk indlæggelse, men at en væsentlig del af patienterne oplever ventetider og overbelægning. Overbelægning betyder, at patienterne ikke får den personalenormering og/eller de fysiske rammer, som det var tiltænkt.

Rigsrevisionen finder det på baggrund af undersøgelsen væsentligt, at regionerne løbende tilpasser deres planlægning og initiativer i psykiatrien for bl.a. at minimere ventetider og overbelægning i psykiatrien.

Rigsrevisionen finder det positivt, at regionerne har taget en række initiativer til at nedbringe ventetid og overbelægning i psykiatrien.

Denne samlede vurdering er baseret på følgende:

For en væsentlig del af de voksne psykiatriske patienter begrænses adgangen til ambulant psykiatrisk behandling af ventetid til første fremmøde, hvor patienten starter enten udredning eller behandling. Data fra 2 regioner viser, at de psykiatriske patienter også kan opleve betydelig ventetid undervejs i behandlingsforløbet. Ministeriet forventer i løbet af 2011 at følge ventetiden til psykiatrisk behandling via Landspatientregisteret.

- På landsplan havde 29 % af de psykiatriske patienter pr. 1. marts 2009 ventet over 2 måneder på første fremmøde, hvor patienten starter enten udredning eller behandling. 7 % af patienterne havde ventet mere end 6 måneder. Ventetiden er opgjort som et øjebliksbillede pr. 1. marts 2009, der viser, hvor længe de psykiatriske patienter har stået på venteliste til første fremmøde. Ventetiden viser ikke, hvor længe patienterne faktisk venter på første fremmøde.
- I 2 regioner oplevede de psykiatriske patienter også betydelig ventetid undervejs i behandlingsforløbet, når patienterne enten var udredt (dvs. sygdommen var diagnosticeret) eller havde gennemført første del af deres behandling. De øvrige 3 regioner har ikke opgjort ventetiderne undervejs i behandlingsforløbet.
- Voksne psykiatriske patienter fik pr. 1. januar 2010 en udvidet behandlingsret. Behandlingsretten giver voksne ret til at vælge behandling på et andet hospital, som regionsrådet har indgået aftale med, hvis ikke regionen kan påbegynde behandling senest 2 måneder efter, at henvisningen er modtaget, og hvis ventetiden til det pågældende hospital er kortere end ventetiden i regionen.
- Regionerne har ikke oplysninger om ventetiden for patienter, der af egen læge henvises til privatpraktiserende psykiater eller psykolog. Disse henvisninger er ikke omfattet af den udvidede behandlingsret. Regionernes Lønnings- og Takstnævn har indgået en overenskomst, der sikrer, at patienterne fremover kan få oplyst skønnede ventetider til psykologer og psykiatere på sundhed.dk. Disse ventetider kan – under forudsætning af, at de giver et godt billede af ventetiden – give regionerne en indikation af, om ventetiden er acceptabel og dermed også, om der er tilstrækkelig behandlingskapacitet på området. Samtidig kan oplysningerne om ventetider understøtte patienterne og den henvisende læge i valget af behandler.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet følger ventetiden til voksnes psykiatriske behandling via skønnede ventetider på venteinfo.dk og via Danske Regioners øjebliksbilleder af ventetid i psykiatrien.

- Rigsrevisionen konstaterer, at lovforslag nr. L 178 af 26. marts 2009 om udvidet behandlingsret for psykisk syge voksne ikke indeholder bemærkninger om, hvordan den nye rettighed til borgerne skal overvåges. Ministeren har i redegørelsen af 16. april 2008 til beretning om maksimale ventetider på kræftbehandling oplyst, at der fremover ved alle nye lovforslag på ministerens område, hvor der etableres nye rettigheder for borgerne, skal angives i lovforslagets bemærkninger, hvilken overvågning der eventuelt bliver tale om. Ifølge ministeriet kunne dette af oplysningsmæssige årsager med fordel have været medtaget som supplement til de øvrige oplysninger, som fremgår af lovbemærkningerne til L 178.
- Ifølge ministeriet er data på nuværende tidspunkt ikke tilstrækkeligt valide inden for psykiatrien til at opgøre erfarede ventetider og dermed til at vurdere, om målsætningen med behandlingsretten for psykisk syge voksne tilgodeses. Ministeriet vil i løbet af 2011, hvor datakvaliteten forventes at tillade det, følge ventetiden til psykiatrisk behandling via Landspatientregisteret.

Psykiatriske patienter indlægges som hovedregel akut. Patienterne har adgang til psykiatrisk indlæggelse, men det er dog ofte under forhold, hvor der er overbelægning og således flere patienter indlagt, end hospitalet er normeret til at behandle. Færdigbehandlede patienter, der optager senge, og ikke-disponible sengepladser har bidraget til overbelægningen.

- Rigsrevisionen konstaterer, at regionerne generelt opfylder pligten til at modtage patienter, der skal indlægges med tvang (dvs. uden samtykke). 6 % af patienterne blev i 2007 indlagt med tvang.
- Alle regioner har i perioden januar 2007 - marts 2009 haft behandlingssteder med overbelægning i mindst 1 måned. Der har endvidere i alle regioner været behandlingssteder med overbelægning i over 6 måneder og behandlingssteder med overbelægning i mere end 3 måneder i træk.
- Behandlingsstederne havde i 2007 og 2008 på landsplan overbelægning i 18 % af de dage, patienterne var indlagt. De indlagte patienter fik således på disse dage en ringere personalenormering og/eller fysiske rammer, end det var tiltænkt.
- I 2007 og 2008 var en del af det samlede antal senge ikke disponible, bl.a. på grund af mangel på personale. De ikke-disponible senge svarede i 2007 og 2008 til 3 % og 4 % af den normerede sengekapacitet. Et antal senge var tillige optaget af færdigbehandlede patienter, der ventede på plads i den kommunale socialpsykiatri. I både 2007 og 2008 var 5 % af sengepladserne optaget af færdigbehandlede patienter og kunne således ikke anvendes til akutte indlæggelser. Disse forhold har bidraget til overbelægning.
- Rigsrevisionen konstaterer, jf. aftalen om regionernes økonomi for 2009, at der er et udvalgsarbejde i gang for at vurdere mulighederne for at styrke det kommunale incitament til at hjemtage færdigbehandlede patienter. Færre færdigbehandlede patienter på regionernes behandlingssteder vil kunne bringe omfanget af overbelægningen ned.

Regionerne har et relevant grundlag for at planlægge behandlingskapaciteten i psykiatrien, og det er fortsat væsentligt, at regionerne løbende tilpasser deres planlægning af psykiatrien ud fra analyser og overvågning af behandlingsbehovet.

- Alle regioner har udarbejdet en psykiatriplan, der angiver den overordnede ramme for planlægning og tilpasning af regionernes behandlingskapacitet. Regionerne har på forskellig måde udmøntet psykiatriplanerne i strategier, mål og handplaner for psykiatrien. Regionernes planlægning bygger bl.a. på indsigt i udviklingen af de tilgængelige behandlingsressurser og det fremtidige behov for behandling.
- Rigsrevisionen finder det væsentligt, at regionerne fortsat og fremadrettet benytter sig af forskellige analyseredskaber, der kan være med til at tilpasse behandlingskapaciteten i psykiatrien.
- Hovedparten af regionerne opgør jævnligt antallet af patienter på venteliste, og hvor mange af disse patienter der har ventet over 2 måneder på første fremmøde. Alle regioner følger desuden eller forventer at følge patienternes faktiske ventetid, fra henvisningen er modtaget til første fremmøde. Endelig følger regionerne systematisk den månedlige belægning på afdelinger med indlagte patienter.
- Rigsrevisionen finder det væsentligt, at regionerne fortsat prioriterer overvågning af patienternes ventetider og belægningen på afdelinger med indlagte patienter. En sådan viden giver regionerne mulighed for bl.a. at foregribe problemer og iværksætte tiltag for at undgå lange ventetider og overbelægning.

Regionerne har taget flere initiativer til at nedbringe ventetid og overbelægning i psykiatrien.

- Regionerne har i forhold til at tilpasse behandlingskapaciteten i psykiatrien taget flere initiativer til at udvikle og opbygge den ambulante psykiatri, herunder den op-søgende psykiatri. Udvikling og opbygning af den ambulante psykiatri kan være med til at minimere både ventetid og behovet for sengepladser i psykiatrien. Regionerne har desuden omlagt til flere specialiserede sengepladser og etableret nye standarder for behandling af indlagte psykiatriske patienter, der bl.a. kan forkorte den tid, som patienten er indlagt.

II. Indledning

A. Baggrund

5. Denne beretning handler om voksnes adgang til psykiatrisk behandling og omfatter både ambulante behandling og indlæggelse. Beretningen handler endvidere om regionernes planlægning af og initiativer på det psykiatriske område.

Rigsrevisionen har iværksat undersøgelsen af egen drift i januar 2009.

6. Rigsrevisionen har undersøgt adgangen til psykiatrisk behandling ved at se på de behandlingstilbud, der er tilgængelige i regionerne, og det behov, patienterne har for behandling. Patienterne er begrænset i deres adgang til behandling, hvis der er et misforhold mellem behandlingskapacitet og behov. Konkret kan misforholdet resultere i lange ventetider og/eller overbelægning, hvor der indlægges flere, end hospitalsafdelingen er normeret til.

En lang ventetid for at komme i psykiatrisk behandling er en belastning, som kan have negative konsekvenser for patienter og deres pårørende. Ventetiden kan endvidere for nogle patienter betyde, at deres tilstand forværres og i værste fald gøre det nødvendigt at indlægge patienten akut.

Overbelægning betyder, at de ansatte må behandle flere patienter, end afdelingen er normeret til. Dermed øges risikoen for dårligere kvalitet i behandlingen. Overbelægning betyder også, at patienterne ikke får de fysiske rammer, fx enmandsstue, som patienterne normalt er tiltænkt. Psykiatriske patienter har et særligt behov for ro og trygge rammer under behandling, og overbelægning i snævre fysiske rammer kan medvirke til øget uro og aggressivitet, hvormed risikoen for dårligere behandling og brug af tvang øges.

Ansvar og opgaver i psykiatrien

7. Indenrigs- og Sundhedsministeriet har ansvaret for de overordnede rammer på sundhedsområdet, herunder psykiatriområdet. Med kommunalreformens ikrafttræden den 1. januar 2007 blev ministeriet styrket i forhold til specialeplanlægningen. Sundhedslovens kap. 64 om specialeplanlægning gør det således muligt for Sundhedsstyrelsen at foretage en central koordinering af højt specialiserede resurser i sundhedsvæsenet mv. (jf. lovbekendtgørelse nr. 95 af 7. februar 2008 med senere ændringer).

Sundhedsstyrelsen understøtter regionernes arbejde på psykiatriområdet gennem faglig rådgivning, vejledning i tilrettelæggelse af behandlingsindsatser, tilsyn mv.

Det fremgår af sundhedslovens § 206, at regionsrådet skal udarbejde en samlet plan for regionens virksomhed på sundhedsområdet. Regionsrådet skal, før de vedtager den samlede plan, indhente Sundhedsstyrelsens rådgivning. Inden for psykiatrien betyder dette, at regionerne skal rådføre sig med styrelsen, når de udarbejder deres psykiatriplaner, der indeholder den enkelte regions samlede plan for udvikling og drift af psykiatrien.

Voksenpsykiatri

Traditionelt skelner man mellem voksenpsykiatri og børne- og ungdomspsykiatri.

Voksenpsykiatrien behandler voksne med psykiske lidelser som skizofreni og andre psykoser, affektive lidelser, herunder depression og bipolare lidelser, organiske psykiske lidelser, spiseforstyrrelser, angst- og tvangslidelser, ADHD mfl.

8. De 5 regioner har ansvaret for sygehusene, herunder ansvaret for at tilrettelægge og varetage undersøgelser og behandlinger. Det er således regionernes opgave at sikre de nødvendige og relevante tilbud om behandling inden for psykiatrien. Regionerne har endvidere ansvaret for at sikre borgerne adgang til at blive behandlet hos alment praktiserende læger og speciallæger.

9. Rigsrevisionens undersøgelse handler om den del af psykiatrien, som er omfattet af det regionale ansvar – markeret med rødt i figur 1. Figuren viser, hvad der er henholdsvis regionalt og kommunalt ansvar inden for psykiatrien.

Opsøgende psykiatri

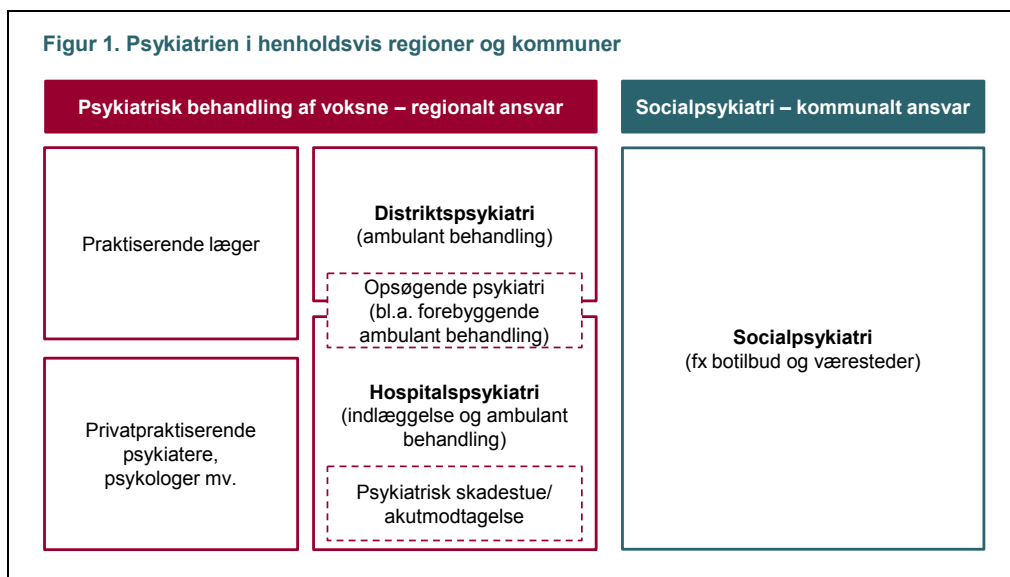
dækker over forskellige udgående eller opsøgende behandlingsformer. Opsøgende psykiatri er ambulante og kan i nogle tilfælde forebygge eller træde i stedet for indlæggelse.

Eksempler på opsøgende psykiatri er opsøgende psykoseteam, ældrepsykiatriske team og akutteam.

Distriktspsykiatrien

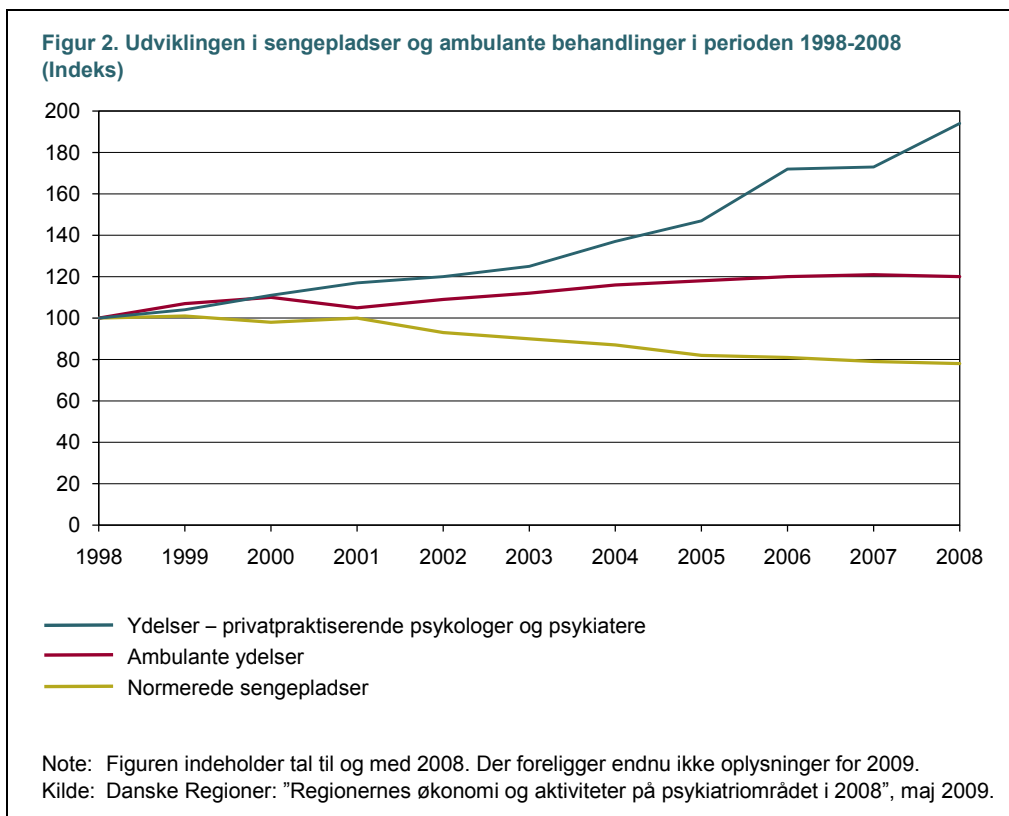
er en ambulante behandlingsform, hvor patienterne ikke er indlagt. Behandlingen foregår i nærmiljøet og kan deles op i 3 elementer: medicinsk, psykologisk og social behandling.

Figur 1. Psykiatrien i henholdsvis regioner og kommuner



Som det fremgår af figur 1, har regionerne ansvaret for den behandling, som foregår på hospitaler, i distriktspsykiatrien, hos praktiserende læger, privatpraktiserende psykiatere, psykologer, i specialklinikker mv. Kommunerne har ansvaret for socialpsykiatrien og skal sørge for sociale tilbud til psykiatriske patienter med behov for en socialpsykiatrisk indsats, fx efter indlæggelse. Derudover skal kommunerne sørge for pleje og omsorg af kommunens borgere, herunder også borgere med psykiske lidelser. Regionerne driver i nogle tilfælde de sociale tilbud efter aftale med og på vegne af kommunerne, men det er kommunerne, der har det samlede finansierings- og myndighedsansvar for socialpsykiatrien.

10. Psykiatrisk behandling er i løbet af de seneste årtier ændret fra primært at indlægge patienterne til i højere grad at foregå ved ambulant behandling. Dette skyldes bl.a. nye former for organisering (fx distriktspsykiatrien) og behandling, herunder udviklingen inden for den medicinske behandling. Den nye medicinske behandling gør det fx muligt at stabilisere patienter langt hurtigere end tidligere. Patienterne kan derved være indlagt i kortere tid og hurtigere overgå til ambulant behandling. Figur 2 illustrerer udviklingen mod mere ambulant behandling.



Figur 2 viser (i indeks) udviklingen i sengepladser og ambulante behandlinger samlet for både voksenpsykiatrien og for børne- og ungdomspsykiatrien. Figuren viser, at antallet af normerede sengepladser er faldet fra 1998 til 2008, mens de ambulante ydelser er steget i samme periode. Samtidig er antallet af behandlinger hos de privatpraktiserende psykologer og psykiatere steget markant.

Samlet over perioden er antallet af sengepladser faldet fra 4.170 til 3.259, svarende til 22 %. Sideløbende er antallet af ambulante behandlinger steget fra 682.854 til 817.380, svarende til en stigning på 20 %. Endelig er antallet af behandlinger hos privatpraktiserende psykologer og psykiatere steget fra 433.349 til 840.025 behandlinger, dvs. en stigning på 94 %.

11. Regionernes budget for 2009 indeholder budgetterede udgifter til sundhedsområdet på ca. 90,8 mia. kr., hvoraf ca. 6,4 mia. kr. vedrører psykiatrien. Regionerne foretager prioriteringen mellem udgifterne til psykiatrien og de øvrige sundhedsopgaver inden for lovgivningen og den samlede økonomiske ramme. Endvidere fastsætter regionerne hver for sig – på baggrund af faglige retningslinjer, specialeudmeldinger mv. fra Sundhedsstyrelsen – behandlingernes art, omfang og kvalitet, samt hvor og hvornår der skal tilbydes behandling.

12. Det samlede sundhedsvæsen i regionerne finansieres gennem et statsligt tilskud (ca. 79 %), et statsligt aktivitetsbestemt tilskud (ca. 3 %), et kommunalt grundbidrag (ca. 7 %) og et kommunalt aktivitetsafhængigt bidrag (ca. 11 %). Herudover modtager regionernes psykiatri tilskud fra forskellige puljer. Fx er der tradition for, at psykiatrien får tilskud fra satspuljen.

En del af tilskuddene fra satspuljen er begrænset til en 4-årig periode, hvorefter tilskuddet enten bortfalder, fortsættes i en ny satspuljeaftale eller overgår til permanent finansiering. I de seneste satspuljeaftaler er det aftalt, at en del af midlerne til psykiatrien efter den 4-årige periode overgår til permanent finansiering.

Satspuljens formål er at forbedre vilkårene for samfundets svage og udsatte grupper. Satspuljen er blevet udmøntet siden 1993 på baggrund af årlige forhandlinger mellem forligspartierne bag satspuljen. Satspuljen anvendes til aktiviteter på social-, sundheds- og arbejdsmarkedsområdet.

13. I psykiertiaftalen for 2007-2010, som er indgået mellem regeringen og satspuljepartierne, fremgår det, at der i en årrække har været enighed om at lægge vægt på ambulans psykiatri i form af distriktspsykiatri, intensiv psykiatrisk behandling under indlæggelse og støtte til sindslidende ved socialpsykiatriske tilbud. I aftalen for 2007-2010 er der endvidere enighed om at udvikle og udbygge med mere specialiserede og målrettede tilbud i psykiatrien.

Retspsykiatrien sørger for undersøgelse og behandling af sindslidende, der er sigtet eller dømt for at overtræde straffeloven.

Med den seneste aftale om satspuljen for 2010 er der enighed om en handlingsplan for psykiatrien, hvor der afsættes midler til opsøgende psykiatri, retspsykiatri og bedre tilgængelighed til psykiatriske tilbud. Handlingsplanen er bl.a. baseret på Sundhedsstyrelsens "National strategi for psykiatri" og "Den akutte indsats i psykiatrien", som begge udkom i august 2009.

14. Voksne psykiatriske patienter fik pr. 1. januar 2010 en udvidet behandlingsret (jf. lov nr. 530 af 12. juni 2009 om ændring af sundhedsloven og bekendtgørelse nr. 1542 af 27. december 2009 om udvidet ret til behandling for psykisk syge voksne mv.).

B. Formål og afgrænsning

15. Det overordnede formål med undersøgelsen er at vurdere voksnes adgang til psykiatrisk behandling og regionernes planlægning af og initiativer på det psykiatriske område.

Formålet er undersøgt ved at besvare 4 spørgsmål:

- Har voksne psykiatriske patienter adgang til ambulans psykiatrisk behandling i regionerne?
- Har voksne psykiatriske patienter adgang til psykiatrisk indlæggelse i regionerne?
- Har regionerne et relevant grundlag for at kunne planlægge behandlingsskapaciteten i psykiatrien?
- Har regionerne taget initiativer til at nedbringe ventetider og overbelægning i psykiatrien?

16. Rigsrevisionen har undersøgt det første spørgsmål ved at se på voksnes ventetid til ambulans behandling i psykiatrien. I det andet spørgsmål har Rigsrevisionen undersøgt modtagelsen af og forholdene for indlagte voksne psykiatriske patienter.

Begge spørgsmål handler om adgang til psykiatrisk behandling og er besvaret ved at se på forholdet mellem den tilgængelige behandlingsskapacitet og patienter med behov for behandling i de enkelte regioner. Det er hensigten med undersøgelsen at vise omfanget af de problemer, der kan være for voksnes adgang til psykiatrisk behandling. Undersøgelsen vurderer ikke de forhold, der kan være årsag til en eventuel mangel på behandlingsskapacitet i regionerne.

Det tredje spørgsmål omfatter en gennemgang af regionernes planer for at udvikle psykiatrien, herunder regionernes viden om behandlingssressurser og -behov samt regionernes overvågning af bl.a. ventetider til behandling.

Det fjerde spørgsmål handler om regionernes initiativer for at nedbringe ventetid og overbelægning.

17. Rigsrevisionen har ikke inddraget kvaliteten af den psykiatriske behandling i undersøgelsen.

Endvidere undersøger Rigsrevisionen ikke, om det i perioden for undersøgelsen er blevet lettere eller sværere for voksne psykiatriske patienter at blive visiteret til behandling i psykiatrien. Når en patient henvises fx af egen læge til behandling på hospital, vurderes henvisningen af hospitalets visitation. Visitationen vurderer, om patienten er i målgruppen for behandlingsspsykiatrien, eller om patienten skal henvises tilbage til egen læge eller speciallæge i praksissektoren. Sker der et skred i visitationspraksis, så patienten enten skal have lettere eller sværere symptomer for at få adgang til behandlingsspsykiatrien end tidligere, påvirkes patientens adgang til behandlingsspsykiatrien.

Henvisning

Når en patient skal behandles på hospital, sendes forudgående en henvisning, fx af patientens egen læge.

Henvisningen beskriver henvisningsdiagnosen, ønsket undersøgelse/behandling og en kortfattet beskrivelse af sygehistorien.

Visitation sker på hospitalet for at vurdere, om patienten skal behandles i behandlingsspsykiatrien, eller om patienten skal henvises tilbage til egen læge. Skal patienten behandles i behandlingsspsykiatrien, kan der også under visitationen ske en vurdering af, hvilken undersøgelse og behandling patienten skal tilbydes og hvornår.

Behandlingsspsykiatrien omfatter i beretningen den behandling, som foregår i hospitalsregi eller i distriktspsykiatrien.

Metode

18. Rigsrevisionens undersøgelse er baseret på analyser af indhentede data om ventetid og belægning mv., interviews med regionerne og besøg på psykiatriske behandlingssteder. Ministeriet har ligeledes bidraget til undersøgelsen med en række oplysninger, bl.a. om færdigbehandlede patienter.

19. Undersøgelsen vedrører perioden 2007-2009. Talmateriale for 2009 har kun for 1. kvartals vedkommende kunnet medtages i dele af undersøgelsen.

Dele af det anvendte talmateriale har ikke tidligere være indsamlet, og det har derfor været en ikke ubetydelig opgave for regionerne og Rigsrevisionen at indsamle og bearbejde materialet. En del af talmaterialet bygger i mindre omfang på lokale skøn, og der kan desuden i et vist omfang være regionale forskelle i registreringspraksis.

20. Rigsrevisionen anvender i opgørelsen af belægningen på psykiatriske hospitaler en definition af behandlingssted, som skal sikre en større grad af sammenlignelighed. Den mindste enhed er en afdeling. Når der er flere afdelinger i samme center, på hospital eller på samme matrikel, betragtes afdelingerne som ét behandlingssted.

Ved at anvende ovenstående definition var der i 2007 på landsplan 39 behandlingssteder og 38 behandlingssteder i 2009, som varetog psykiatriske indlæggelser.

21. Rigsrevisionen er opmærksom på, at regionerne er forskellige, bl.a. med hensyn til størrelse, befolkningstæthed, befolkningens sociale forhold, demografi mv. De regionale forskelle giver forskellige muligheder for at tilpasse behandlingsskapaciteten. I tabel 1 fremgår det, hvor mange patienter hver region har i behandling pr. 10.000 indbyggere.

Tabel 1. Voksne patienter i behandling pr. 10.000 indbyggere i de enkelte regioner i 2008 (Antal)

Region	
Hovedstaden	250
Sjælland	192
Syddanmark	261
Midtjylland	203
Nordjylland	171

Note: Tabellen indeholder tal for 2008. Der foreligger endnu ikke oplysninger for 2009.

Kilde: Danske Regioner: "Regionernes økonomi og aktiviteter på psykiatriområdet i 2008", maj 2009.

Tabel 1 viser, at der mellem de enkelte regioner er relativ stor forskel i antallet af voksne patienter i behandling pr. 10.000 indbyggere. Region Syddanmark og Region Hovedstaden er de regioner, der har det største antal patienter i behandling pr. 10.000 indbyggere, hvorimod Region Nordjylland relativt set har det mindste antal patienter i behandling.

Antallet af patienter i behandling i de enkelte regioner er betinget af en lang række faktorer, fx større forekomst af sindslidende i storbyerne, socioøkonomiske forhold og forskellige behandlingstilbud i regionerne. Psykiatrien er generelt ramt af mangel på speciallæger og både ambulante behandling og psykiatrisk indlæggelse er påvirket af, at det er vanskeligt for regionerne at rekruttere speciallæger. Der var således i 2007 ifølge Danske Regioner på landsplan 23 % ledige speciallægestillinger inden for psykiatrien. Samtidig peger Sundhedsstyrelsens prognoser på, at problemet forværres de næste 10-15 år.

22. Bilag 1 indeholder en ordliste med forklaringer på væsentlige udtryk og betegnelser i beretningen.

23. Beretningen har i udkast været forelagt Indenrigs- og Sundhedsministeriet, og de 5 regioner har haft relevante dele af beretningen i høring. Ministeriets og regionernes bemærkninger er i videst muligt omfang indarbejdet i beretningen.

III. Adgang til ambulat psykiatrisk behandling

UNDERSØGELSENS RESULTAT

For en væsentlig del af de voksne psykiatiske patienter begrænses adgangen til ambulat psykiatrisk behandling af ventetid til første fremmøde, hvor patienten starter enten udredning eller behandling. Data fra 2 regioner viser, at de psykiatiske patienter også kan opleve betydelig ventetid undervejs i behandlingsforløbet. Ministeriet forventer i løbet af 2011 at følge ventetiden til psykiatrisk behandling via Landspatientregisteret.

24. Rigsrevisionen har vurderet, om voksne psykiatiske patienter har adgang til ambulat psykiatrisk behandling i regionerne. For at vurdere dette har Rigsrevisionen undersøgt:

- ventetid til ambulat psykiatrisk behandling
- ventetid undervejs i behandlingsforløbet
- ventetid til privatpraktiserende psykiater eller psykolog
- ministeriets overvågning af ventetid.

25. Undersøgelsen af adgangen til ambulat behandling omfatter kun planlagt behandling, som patienterne på forhånd er henvist til, fx af egen læge. Undersøgelsen omfatter ikke akut ambulat behandling, fx fra den opsøgende psykiatri. Langt hovedparten af den ambulante behandling er planlagt.

A. Ambulat behandling

Ventetid til ambulat psykiatrisk behandling

26. For at undersøge, hvor længe voksne venter på ambulat psykiatrisk behandling, har Rigsrevisionen anmodet regionerne om at opgøre ventetiden til psykiatrisk behandling som et øjebliksbillede.

Rigsrevisionen har valgt denne metode til opgørelse, da ventetid som et øjebliksbillede kan opgøres af *alle* 5 regioner og i forvejen indberettes af regionerne til Danske Regioner. Der er anvendt samme opgørelsesdato, som Danske Regioner har anvendt i deres årlige nøgletalsrapport "Regionernes økonomi og aktiviteter på psykiatrimrådet i 2008" – dvs. den 1. marts 2009. Flere af regionerne har oplyst, at de ikke bagudrettet kan opgøre tilsvarende ventetid for 2007 og 2008, da de ikke længere har adgang til disse oplysninger.

27. Regionerne har oplyst, hvor mange psykiatiske patienter der pr. 1. marts 2009 stod på venteliste til første fremmøde. Til første fremmøde starter patienten enten udredning eller behandling. Regionerne har endvidere oplyst, hvor længe den enkelte patient pr. 1. marts 2009 havde ventet på første fremmøde.

Planlagt behandling er, når patienten forudgående er blevet henvist til behandling på hospitalet og således på forhånd har en tid til undersøgelse eller behandling.

Akut behandling er, når en patient med et akut behov for behandling modtages af fx behandlingspsykiatrien uden en forudgående aftale.

Ventetid som øjebliksbillede viser, hvor mange patienter der på en given dato venter, og hvor længe de hidtil har ventet.

Opgørelsen omfatter både patienter, der venter på ambulante psykiatriske behandling, og patienter, der venter på planlagt psykiatriske indlæggelse. Stort set alle patienterne venter på ambulante psykiatriske behandling, og det giver ifølge regionerne ikke mening at optælle ventetiden særskilt for patienter, der venter på planlagt psykiatriske indlæggelse. Det fremgår af tabel 2, hvor mange voksne psykiatriske patienter, der pr. 1. marts 2009 har ventet på første fremmøde.

Tabel 2. Voksne psykiatriske patienter, der har ventet under og over 2 måneder på første fremmøde – optalt pr. 1. marts 2009

Region	Ventetid 0-2 måneder		Ventetid over 2 måneder		Patienter i alt
	Antal	%	Antal	%	
Hovedstaden	1.076	65	570	35	1.646
			<i>Heraf 148 (9 %) over 6 måneder</i>		
Sjælland	258	77	79	23	337
			<i>Andel over 6 måneder er ikke oplyst</i>		
Syddanmark	883	76	277	24	1.160
			<i>Heraf 42 (4 %) over 6 måneder</i>		
Midtjylland	917	70	384	30	1.301
			<i>Heraf 144 (11 %) over 6 måneder</i>		
Nordjylland	286	77	84	23	370
			<i>Heraf 20 (5 %) over 6 måneder</i>		
Landsplan	3.420	71	1.394	29	4.814
			<i>Heraf 354 (7 %) over 6 måneder</i>		

Note: I oplysningerne fra Region Hovedstaden, Sjælland, Syddanmark og Nordjylland indgår ikke ventetiden for traumatiserede flygtninge, som venter på psykiatriske behandling i privat regi i medfør af sundhedsloven. Ventetidsdata fra disse 4 regioner dækker således alene de patienter, der venter på behandling i regi af regionens psykiatri. I oplysningerne fra Region Midtjylland indgår også ventetiden for traumatiserede flygtninge, der venter på behandling i privat regi.

Tabel 2 er et øjebliksbillede pr. 1. marts 2009, der viser, hvor længe patienterne har stået på venteliste til første fremmøde. Tabellen siger ikke noget om patienternes faktiske ventetid. Ventetiden i tabellen vurderes i forhold til ventetid under og over 2 måneder samt over 6 måneder.

Tabel 2 viser, at der pr. 1. marts 2009 på landsplan var 4.814 patienter, der ventede på første fremmøde. Af disse havde 1.394 eller 29 % ventet over 2 måneder på første fremmøde, mens 354 eller 7 % havde ventet mere end 6 måneder.

Ses der på de 5 regioner, havde 23-35 % af patienterne pr. 1. marts 2009 ventet over 2 måneder på første fremmøde og 4-11 % mere end 6 måneder. Region Hovedstaden har den største andel af patienter, der har ventet mere end 2 måneder.

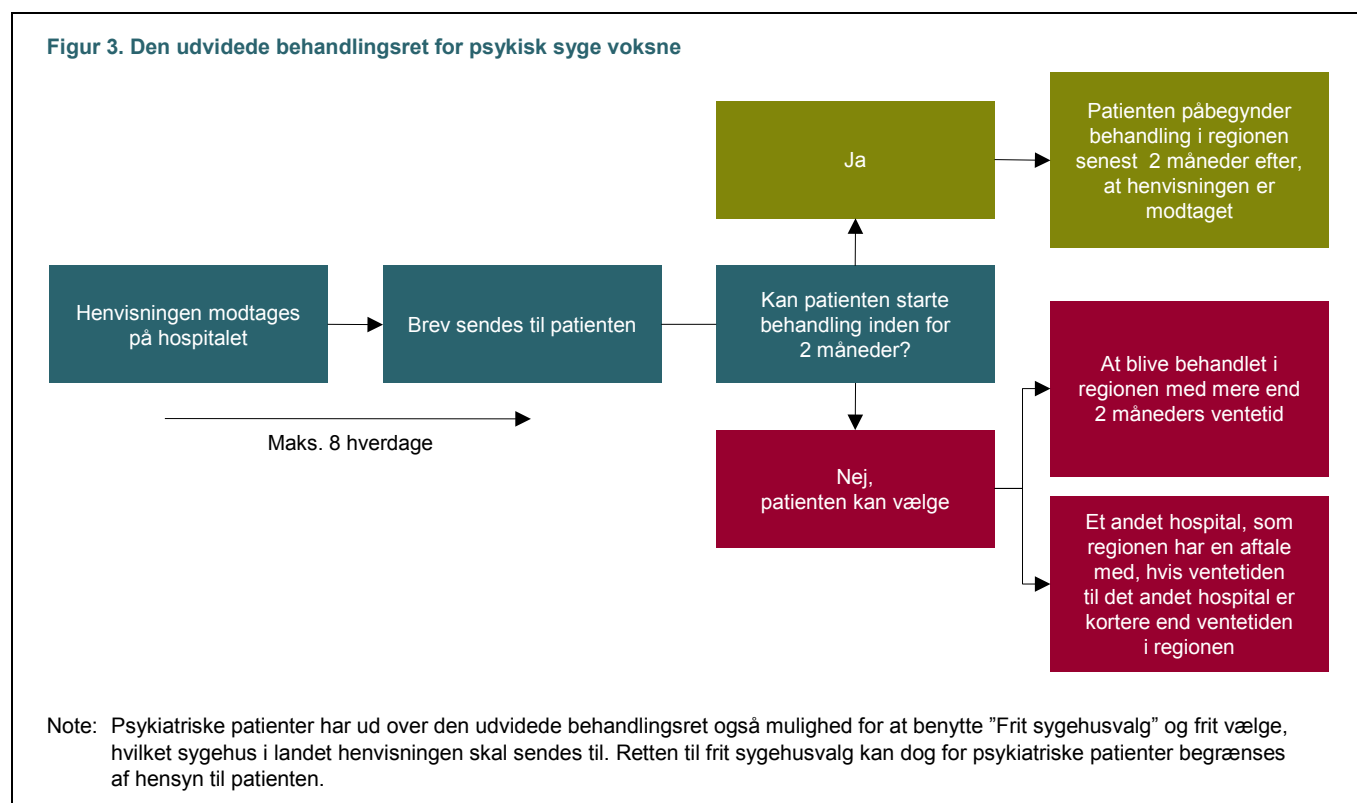
28. Danske Regioner har i deres rapport "Regionernes aktiviteter og ventetalsopgørelser på psykiatriområdet for 1., 2. og 3. kvartal 2009" opgjort øjebliksbilleder af ventetiden pr. 1. april, 1. juli og 1. oktober 2009. Andelen af patienter på landsplan, der havde ventet over 2 måneder på første fremmøde, var på disse 3 datoer henholdsvis 25 %, 26 % og 26 %. Som det fremgår af tabel 2, var andelen 29 % pr. 1. marts 2009.

Behandlingsretten for psykisk syge voksne

29. Voksne psykiatriske patienter fik pr. 1. januar 2010 en udvidet behandlingsret, der giver patienterne ret til at blive behandlet på et hospital eller en klinik (aftalesygehus), hvis:

- regionen ikke kan påbegynde behandlingen senest 2 måneder efter, at henvisningen er modtaget og
- regionen samtidig har en aftale med et hospital eller en klinik (offentligt eller privat) og
- ventetiden til det pågældende hospital er kortere end ventetiden i regionen.

Patienten skal informeres om, hvorvidt regionen kan behandle patienten inden for 2 måneder, senest 8 hverdage efter, at henvisning er modtaget på hospitalet. Får patienten denne information, er behandlingsretten efterlevet. Figur 3 viser behandlingsretten grafisk.



30. Ifølge Indenrigs- og Sundhedsministeriet er behandlingsretten udtryk for en målsætning om, at patienter med behov for psykiatrisk behandling har ret til behandling inden for 2 måneder i det omfang, der er behandlingskapacitet til stede enten på offentlige eller private hospitaler.

Behandlingsretten gælder for voksne patienter over 19 år, der henvises til psykiatrisk behandling på hospital. Loven vil ikke medføre ændringer for patienter, der behandles akut.

31. Det fremgår ikke specifikt af lovgivningen til den udvidede behandlingsret for psykisk syge voksne, hvilke psykiatriske patienter der skal behandles på henholdsvis hospital og i praksissektoren. Regionerne har i samarbejde defineret målgruppen for behandlingsretten, og målgruppen vil fortsat være patienter med behov for psykiatrisk behandling på hospital. Patienter, der kan behandles hos egen læge eller praktiserende speciallæge, skal fortsat ikke behandles i behandlingspsykiatrien. Regionernes definition af målgruppen for behandlingsretten betyder således ifølge regionerne, at ingen nye grupper af borgere med psykiske lidelser får adgang til behandlingspsykiatrien som følge af den nye ret.

Ministeriet har præciseret målgruppen for voksenpsykiatrien på baggrund af høringssvarene til bekendtgørelsen om udvidet ret til behandling for psykisk syge voksne (bekendtgørelse nr. 1542 af 27. december 2009). Det fremgår således nu tydeligere af bekendtgørelsen, at de psykiatriske patienter alene kan henvises af en læge til voksenpsykiatrien.

32. Det fremgår af loven om den udvidede behandlingsret for psykisk syge voksne, at 2-måneders perioden skal regnes fra den dag, hvor henvisningen er modtaget på hospitalet, til behandling kan tilbydes. Behandling omfatter ifølge bemærkningerne til lovforslaget bl.a. undersøgelse, diagnosticering og sygdomsbehandling, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient, jf. sundhedslovens § 5. Ifølge Indenrigs- og Sundhedsministeriet skal 2-måneders perioden måles, fra henvisningen er modtaget på hospitalet til patientens første fremmøde.

33. Regionerne indberetter datoen for patientens første fremmøde til Sundhedsstyrelsens landspatientregister. I perioden for Rigsrevisionens undersøgelse startede patienterne i 4 af regionerne enten udredning eller behandling ved første fremmøde.

I en enkelt region kunne første fremmøde også alene være en orientering om forløbet af udredningen eller behandlingen, uden at udredning eller behandling reelt startede. Regionen har efterfølgende oplyst, at praksis er ændret, så patienterne i dag starter enten udredning eller behandling ved første fremmøde.

Ventetid undervejs i behandlingsforløbet

34. Der findes ikke en standard for, hvor længe voksne psykiatriske patienter, der har gennemgået en forundersøgelse eller en del af deres behandling, højst må vente på videre psykiatrisk behandling.

Den udvidede behandlingsret for psykisk syge voksne omfatter ikke ventetid undervejs i behandlingsforløbet.

Alle patienter, der venter undervejs i behandlingsforløbet, har gennemgået en lægefaglig vurdering, og hospitalet har således mulighed for at prioritere de mest syge patienter først.

35. Rigsrevisionen har undersøgt ventetiden for 3 patientgrupper:

- A. Patienter, der er forundersøgt og venter på behandling (primært ambulante behandling).
- B. Patienter, der aktuelt er i støttende behandling, mens de venter på et mere specialiseret tilbud (primært ambulante behandling).
- C. Patienter, der har afsluttet indlæggelse eller ambulante behandling og venter på plads i distriktspsykiatrien (primært ambulante behandling).

36. Ingen regioner opgør i dag ventetider undervejs i behandlingsforløbet. I forbindelse med undersøgelsen anmodede Rigsrevisionen regionerne om at opgøre ventetiden som et øjebliksbillede pr. 1. marts 2009 for ovennævnte grupper, såfremt regionerne kunne dette med et rimeligt forbrug af resurser. 2 regioner har opgjort ventetiden, og deres optælling fremgår af tabel 3. Tabellen bygger således på data fra 2 regioner og siger ikke noget om omfanget eller den gennemsnitlige ventetid for hele landet.

Landspatientregisteret indeholder oplysninger om alle patient-kontakter til danske hospitaler. Det gælder fx indlæggelser, ambulante besøg og besøg på skadestuer.

For hver kontakt registreres bl.a. oplysninger om:

- hospital og afdeling
- indlæggelses- og udskrivningsdato.

Forundersøgelse er en afklaring af, hvilken behandling patienten skal have.

Tabel 3. Voksne psykiatriske patienter, der venter undervejs i behandlingsforløbet – optalt pr. 1. marts 2009 af 2 regioner

Patientgruppe		Ventetid 0-2 måneder		Ventetid over 2 måneder		Patienter i alt	
		Antal	%	Antal	%		
A. Patienter, der er forundersøgt og venter på behandling	Region A	161	53	140	47	<i>Heraf 29 (10 %) over 6 måneder</i>	301
	Region B	85	62	51	38		
B. Patienter, der aktuelt er i støttende behandling, mens de venter på et mere specialiseret tilbud	Region A	151	51	146	49	<i>Heraf 23 (8 %) over 6 måneder</i>	297
	Region B						
C. Patienter, der har afsluttet indlæggelse eller ambulante behandling og venter på plads i distriktspsykiatrien	Region A	88	70	37	30	<i>Heraf 13 (10 %) over 6 måneder</i>	125
	Region B	28	39	43	61		

Note: De 2 regioner har ved optælling af patienterne anvendt forskellig status for patienterne, hvorfor de 2 patientgrupper ikke kan betragtes som helt identiske. Region A har endvidere anført, at data om de forundersøgte patienter er mangelfulde. Region B har kun haft mulighed for at opgøre data for patientgruppe A og C, dog ikke for den andel, der har ventet over 6 måneder.

Tabel 3 viser, at der ud over ventetid til første fremmøde også kan være ventetid for patienterne undervejs i behandlingsforløbet. Således har 47 % og 38 % af de patienter, der er forundersøgt, ventet over 2 måneder på selve behandlingens start (patientgruppe A). 49 % af de patienter, der er i støttende behandling, mens de venter på et mere specialiseret tilbud, har ventet over 2 måneder på det specialiserede tilbud (patientgruppe B). Henholdsvis 30 % og 61 % af de patienter, der har afsluttet indlæggelse eller ambulante behandling og venter på plads i distriktspsykiatrien, har ventet over 2 måneder på en plads (patientgruppe C).

37. Region Hovedstaden har oplyst, at de i psykiatrien arbejder med pakkeforløb for det ikke-psykotiske område (fx angst og depression) for at sikre mere sammenhængende behandlingsforløb. Som en del af pakkeforløbene fastsætter regionen grænser for, hvor længe patienterne må vente undervejs i behandlingsforløbet.

Ventetid til privatpraktiserende psykiater eller psykolog

38. Regionerne har ansvaret for den samlede planlægning af den ambulante behandlingskapacitet, herunder at borgerne har adgang til speciallæge i regionen.

Loven om udvidet behandlingsret for psykisk syge voksne gælder kun for behandling i behandlingspsykiatrien og ikke behandling i praksissektoren hos privatpraktiserende psykiatere eller psykologer.

39. Regionerne har oplyst, at de privatpraktiserende psykologer og psykiatere skal begynde at indberette skønnede ventetider til første konsultation til sundhed.dk. Dette skulle i løbet af 2010 blive teknisk muligt.

Psykologer og psykiatere skal indberette den ventetid, som de skønner aktuelt gælder for en ny ikke-akut patient, der henvender sig, til patientens første konsultation. De skønnede ventetider skal fremgå af den enkelte læges praksisdeklaration på sundhed.dk og skal opdateres senest hver 2. måned. Oplysningerne om ventetiderne vil være vejledende og til gavn for den enkelte patients valg af psykiater eller psykolog.

Sundhed.dk er en fælles offentlig sundhedsportal, der samler information og kommunikation om det offentlige sundhedsvæsen bl.a. mellem patienter og sundhedsvæsen og sundhedsfaglige imellem.

En praksisdeklaration er et elektronisk visitkort på sundhed.dk for bl.a. alle behandlere i sundhedsvæsenet. Deklarationen indeholder fx kontaktoplysninger, åbningstider og læger tilknyttet praksis.

Ministeriets overvågning af ventetid

40. Indenrigs- og Sundhedsministeriet har oplyst, at de følger ventetiden til voksnes psykiatriske behandling via skønnede ventetider på venteinfo.dk. Venteinfo.dk indeholder hospitalernes skøn for, hvor lang tid den ukomplicerede patient maksimalt kommer til at vente, fra henvisningen modtages på hospitalet, til udredningen begynder.

Ministeriet følger endvidere ventetiderne via Danske Regioners kvartalsvise opgørelser over ventetid i psykiatrien. Danske Regioner har i 2009 udgivet en samlet rapport med øjeblikksbilleder af ventetiden for 1., 2. og 3. kvartal 2009.

Før sommeren 2009 kunne hospitalerne kun indberette én samlet ventetid for psykiatrisk behandling til venteinfo.dk – nemlig til kategorien "Psykiatri-voksne" – og der fremgik således ikke skønnede ventetider for de enkelte diagnoser inden for voksenpsykiatrien.

Sundhedsstyrelsen har i sommeren 2009 udvidet venteinfo.dk, så hospitalerne nu kan indberette ventetider for 14 forskellige diagnoser inden for voksenpsykiatrien. Udvidelsen af venteinfo.dk betyder, at regionerne nu kan indberette skønnede ventetider for forskellige psykiatriske lidelser.

41. Antallet af hospitaler, som har indberettet ventetider til venteinfo.dk, fremgår af tabel 4. Antallet er vist for 4 tilfældigt udvalgte dage i foråret 2009.

Tabel 4. Indberetninger til kategorien "Psykiatri-voksne" på venteinfo.dk på udvalgte dage (Antal)

	Psykiatriske behandlingssteder, der har indberettet skønnede ventetider til venteinfo.dk	Heraf behandlingssteder, hvor den indberettede ventetid ikke er opdateret inden for de seneste 30 dage
2. april 2009	18	6
16. april 2009	18	6
5. maj 2009	18	8
2. juni 2009	16	6

Note: Ministeriet har oplyst, at der findes i alt 37 offentlige og private hospitaler og 379 offentlige og private afdelinger, der udfører psykiatrisk behandling. Ministeriet har ikke oplyst, hvor mange behandlingssteder der kan indberette skønnede ventetider til venteinfo.dk.

Tabel 4 viser, at maks. 18 psykiatriske behandlingssteder har indberettet skønnede ventetider til venteinfo.dk på de udvalgte dage. Ca. 1/3 af de 18 behandlingssteder havde ikke opdateret deres indberettede ventetid inden for de seneste 30 dage.

42. Al indberetning fra hospitalerne til venteinfo.dk er frivillig. Flere af regionerne har oplyst, at de fremover vil prioritere at indberette ventetider for voksenpsykiatrien til venteinfo.dk, som følge af den udvidede behandlingsret for psykisk syge voksne.

Ministeriet har oplyst, at de finder det hensigtsmæssigt, at regionerne fremadrettet indberetter til venteinfo.dk, så patienterne får et bedre grundlag for at vælge behandlingssted.

43. Ministeren har i ministerredegørelsen af 16. april 2008 til beretning nr. 5/2007 om maksimale ventetider på kræftbehandlingen oplyst, at det i alle nye lovforslag på ministerens område, hvor der etableres nye regler for procedurer og nye rettigheder for borgerne, vil blive angivet i lovforslagets bemærkninger, hvilken overvågning, der eventuelt bliver tale om. Hensigten er at sikre, at der ikke fremover bliver diskrepans mellem Folketingets forventninger og den faktiske monitorering. Samtidig får Folketinget mulighed for at tage stilling til, om den omtalte monitorering er utilstrækkelig.

Rigsrevisionen kan konstatere, at lovforslag nr. L 178 af 26. marts 2009 om ændring af sundhedsloven (udvidet behandlingsret for psykisk syge voksne) indeholder en ny rettighed til borgere over 19 år, jf. bemærkningerne til lovforslagets § 87 e. Det fremgår dog hverken af de almindelige bemærkninger eller bemærkningerne til de enkelte bestemmelser, hvilken overvågning der eventuelt kommer på tale.

Ministeriet har oplyst, at det fremgår af lovforslaget, at ministeren kan fastsætte regler om krav til dokumentation mv. til aftalesygehusene, der indgår aftaler med regionsrådene i forening. Det fremgår endvidere af lovforslaget, at det er hensigten at fastsætte tilsvarende regler som de, der gælder for somatiske patienter og for psykisk syge børn og unge. Dette udmøntes i bekendtgørelsen om udvidet ret til behandling for psykisk syge voksne mv., hvoraf det fremgår, at de aftalesygehuse her i landet, der har fået henvist en person til behandling, skal indberette oplysninger om behandlingen til bl.a. Landspatientregisteret.

Ministeriet har videre oplyst, at det er obligatorisk for alle hospitaler at registrere og indberette erfarede ventetider på det psykiatriske område til Landspatientregisteret.

Ifølge ministeriet fremgår det af de almindelige bemærkninger til L 141 af 27. marts 2008 om bl.a. udvidet behandlingsret for psykisk syge børn og unge, at regeringen selvsagt finder det væsentligt, at kommuner og regioner mfl., som har ansvaret for at administrere lovgivningen, overholder gældende regler og giver patienterne de rettigheder, som lovgivningen foreskriver. Regeringen forventer dog ikke at stille krav om nye individbaserede registreringer i forbindelse med de nye patientrettigheder i lovforslaget. Det er muligt at overvåge patientrettighederne på forskellige måder uden individbaseret registrering. Der er således etableret en ordning, hvorefter regionerne én gang pr. kvartal indberetter, hvor stor en andel af patienterne der har fået en kontaktperson. Denne ordning videreføres. Andre rettigheder vil indgå i akkrediteringsgrundlaget i den kommende danske kvalitetsmodel. Der vil således ifølge ministeriet ikke blive stillet nye krav om nye individbaserede registreringer i forbindelse med den udvidede behandlingsret for psykisk syge børn og unge.

Ministeriet har endelig oplyst, at den udvidede behandlingsret for psykisk syge børn blev fulgt af et forslag om udvidet behandlingsret for psykisk syge voksne (L 178). Der er tale om indførelse af tilsvarende rettigheder for voksne som tidligere indført for børn. Heri ligger ifølge ministeriet, at der også forudses et tilsvarende krav til overvågning af rettigheder til voksne som til børn. Ministeriet oplyser, at dette med fordel kunne have været medtaget som supplement til de oplysninger, som fremgår af lovbemærkningerne til L 178.

44. Ministeriet har oplyst, at regionerne i samarbejde med Danske Regioner, jf. aftalen om regionernes økonomi for 2010, vil opgøre erfarede ventetider til udvalgte operationer og behandlinger på regionsniveau.

Registreringerne af ventetider inden for psykiatrien er dog ifølge ministeriet på nuværende tidspunkt ikke tilstrækkeligt valide til, at der kan opgøres erfarede ventetider. Ministeriet vil i løbet af 2011, hvor datakvaliteten forventes at tillade det, følge ventetiden til psykiatrisk behandling via Landspatientregisteret.

Erfaret ventetid udtrykker den samlede ventetid, fra sygehuset modtager henvisningen, til behandlingen starter. Fratrukket er dog perioder, hvor patienten reelt ikke er ventende, fx perioder, hvor patienten melder afbud.

Vurdering

45. På landsplan havde 29 % af de psykiatiske patienter pr. 1. marts 2009 ventet over 2 måneder på første fremmøde, hvor patienten starter enten udredning eller behandling. 7 % af patienterne havde ventet mere end 6 måneder. Ventetiden er opgjort som et øjebliksbillede pr. 1. marts 2009, der viser, hvor længe de psykiatiske patienter har stået på venteliste til første fremmøde. Ventetiden viser ikke, hvor længe patienterne faktisk venter på første fremmøde.

46. I 2 regioner oplevede de psykiatiske patienter også betydelig ventetid undervejs i behandlingsforløbet, når patienterne enten var udredt (dvs. sygdommen var diagnosticeret) eller havde gennemført første del af deres behandling. De øvrige 3 regioner har ikke opgjort ventetiderne undervejs i behandlingsforløbet.

47. Voksne psykiatiske patienter fik pr. 1. januar 2010 en udvidet behandlingsret. Behandlingsretten giver voksne ret til at vælge behandling på et andet hospital, som regionsrådet har indgået aftale med, hvis ikke regionen kan påbegynde behandling senest 2 måneder efter, at henvisningen er modtaget, og hvis ventetiden til det pågældende hospital er kortere end ventetiden i regionen.

48. Regionerne har ikke oplysninger om ventetiden for patienter, der af egen læge henvises til privatpraktiserende psykiater eller psykolog. Disse henvisninger er ikke omfattet af den udvidede behandlingsret. Regionernes Lønnings- og Takstnævn har indgået en overenskomst, der sikrer, at patienterne fremover kan få oplyst skønnede ventetider til psykologer og psykiatere på sundhed.dk. Disse ventetider kan – under forudsætning af, at de giver et godt billede af ventetiden – give regionerne en indikation af, om ventetiden er acceptabel og dermed også, om der er tilstrækkelig behandlingskapacitet på området. Samtidig kan oplysningerne om ventetider understøtte patienterne og den henvisende læge i valget af behandler.

49. Indenrigs- og Sundhedsministeriet følger ventetiden til voksnes psykiatiske behandling via skønnede ventetider på venteinfo.dk og via Danske Regioners øjebliksbilleder af ventetid i psykiatrien.

50. Rigsrevisionen konstaterer, at lovforslag nr. L 178 af 26. marts 2009 om udvidet behandlingsret for psykisk syge voksne ikke indeholder bemærkninger om, hvordan den nye rettighed til borgerne skal overvåges. Ministeren har i redegørelsen af 16. april 2008 til beretning om maksimale ventetider på kræftbehandling oplyst, at der fremover ved alle nye lovforslag på ministerens område, hvor der etableres nye rettigheder for borgerne, skal angives i lovforslagets bemærkninger, hvilken overvågning der eventuelt bliver tale om. Ifølge ministeriet kunne dette af oplysningsmæssige årsager med fordel have været medtaget som supplement til de øvrige oplysninger, som fremgår af lovbemærkningerne til L 178.

51. Ifølge ministeriet er data på nuværende tidspunkt ikke tilstrækkeligt valide inden for psykiatrien til at opgøre erfarede ventetider og dermed til at vurdere, om målsætningen med behandlingsretten for psykisk syge voksne tilgodeses. Ministeriet vil i løbet af 2011, hvor datakvaliteten forventes at tillade det, følge ventetiden til psykiatrisk behandling via Landspatientregisteret.

IV. Adgang til psykiatrisk indlæggelse

UNDERSØGELSENS RESULTAT

Psykiatriske patienter indlægges som hovedregel akut. Patienterne har adgang til psykiatrisk indlæggelse, men det er dog ofte under forhold, hvor der er overbelægning og således flere patienter indlagt, end hospitalet er normeret til at behandle. Færdigbehandlede patienter, der optager senge, og ikke-disponible sengepladser har bidraget til overbelægningen.

52. Rigsrevisionen har vurderet, om voksne psykiatriske patienter har adgang til psykiatrisk indlæggelse i regionerne. For at vurdere dette har Rigsrevisionen undersøgt:

- regionernes pligt til at modtage patienter, der skal tvangsindlægges
- antallet af behandlingssteder med overbelægning
- omfanget af behandlingsstedernes overbelægning
- omfanget af færdigbehandlede patienter og ikke-disponible sengepladser.

53. Det er væsentligt for patienten at kunne få adgang til indlæggelse ved psykiatrisk sygdom. De akutte indlæggelser udgjorde i 2007 ifølge Sundhedsstyrelsen 91 % af alle indlæggelser i psykiatrien, svarende til 37.800 ud af 41.600 årlige indlæggelser. En meget stor andel af de indlagte patienter har tidligere været indlagt.

A. Psykiatrisk indlæggelse

Modtagelse af patienter

54. Regionerne har i henhold til psykiatriloven (lovbekendtgørelse nr. 1111 af 1. november 2006) pligt til at modtage en patient inden for bestemte tidsfrister, når denne udviser *fareindikation* eller *behandlingsindikation*, jf. boks 1. Tidsfristerne gælder kun for de indlæggelser, som foregår *uden patientens samtykke*, og som derfor betegnes som tvangsindlæggelser.

Ifølge de seneste tal fra 2007 skete ca. 6 % af samtlige indlæggelser (2.500) med tvang.

BOKS 1. TVANGSINDLÆGGELSE VED FAREINDIKATION OG BEHANDLINGSINDIKATION

Kriterierne for tvangsindlæggelse er givet af psykiatrilovens § 5, hvori det hedder:

”Tvangsindlæggelse (...) eller tvangstilbageholdelse (...) må kun finde sted, såfremt patienten er sindssyg eller befinder sig i en tilstand, der ganske må ligestilles hermed, og det vil være uforsvarligt ikke at frihedsberøve den pågældende med henblik på behandling, fordi:

- 1) udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden ellers vil blive væsentligt forringet eller
- 2) den pågældende frembyder en nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre”.

Behandlingsindikation henviser til pkt. 1, mens fareindikation henviser til pkt. 2.

55. Indlæggelse med tvang på baggrund af behandlingsindikation kan føre til, at patienten bliver indlagt med det samme, fx hvis patienten befinder sig på en psykiatrisk skadestue. Indlæggelsen skal dog senest ske 7 dage efter, at lægen har undersøgt patienten.

Indlæggelse med tvang ved fareindikation sker fx ved husspektakler, trusler om vold eller selvmord, og patienten skal indlægges straks.

56. Rigsrevisionen har for at vurdere, om regionerne opfylder pligten til at modtage patienter, der skal indlægges med tvang, anvendt tal fra Sundhedsstyrelsens landspatientregister. Registret giver mulighed for at vurdere, om patienter, der skal indlægges med tvang, modtages på de psykiatriske hospitaler inden for henholdsvis 1 dag og 7 dage. Indlæggelse med det samme er defineret som inden for 1 dag.

57. Tabel 5 viser antallet af indlæggelser med tvang på landsplan.

Tabel 5. Indlæggelser med tvang i 2007 og 2008 på landsplan (Antal)

Behandlingsindikation				Fareindikation			
2007		2008		2007		2008	
Inden for 7 dage	Efter 7 dage	Inden for 7 dage	Efter 7 dage	Inden for 1 dag	Efter 1 dag	Inden for 1 dag	Efter 1 dag
1.061	5	1.198	11	1.458	3	1.620	5

Kilde: Sundhedsstyrelsen (Landspatientregisteret pr. 10. maj 2009) og Rigsrevisionens beregninger.

Tabel 5 viser, at fristen for indlæggelser med behandlingsindikation og fareindikation i 2007 og 2008 blev overholdt i næsten alle tilfælde. Der var således kun meget få tilfælde af tvangsindlæggelser, hvor patienterne ikke blev indlagt inden for henholdsvis 1 dag og 7 dage.

58. For de øvrige psykiatriske patienter, der frivilligt lader sig indlægge, gælder ingen maksimale tidsfrister for, hvornår patienten senest skal indlægges.

Ifølge Indenrigs- og Sundhedsministeriet afhænger tidspunktet for den frivillige indlæggelse af den kliniske faglige vurdering af patientens behov. Patientens behov kan variere fra øjeblikkelig indlæggelse til en planlagt senere indlæggelse. Ministeriet har videre oplyst, at det er ministeriets vurdering, at de øvrige patienter modtager behandling i samme grad som tvangsindlagte.

Ministeriet har endelig peget på, at Sundhedsstyrelsen i sin nationale strategi for psykiatri har fremhævet, at der bør opretholdes solid og faglig bæredygtig kapacitet til akut såvel som planlagt indlæggelse, og at "tærsklen" for indlæggelse ikke bør sættes for højt. Patienterne skal hurtigt og let kunne indlægges, hvis der er behov for det, og så længe der er behov for det.

Antallet af behandlingssteder med overbelægning

59. Rigsrevisionen har for at undersøge antallet af behandlingssteder med overbelægning indhentet data fra regionerne, så belægningen kan opgøres pr. måned fra januar 2007 til marts 2009 for alle behandlingssteder.

60. Belægningen udtrykker i procent, hvor mange patienter der er indlagt på en afdeling i forhold til, hvor mange patienter afdelingen kan behandle. En belægning på 100 % betyder, at der er indlagt det antal patienter, som afdelingen er normeret til at kunne behandle. Indlægges der yderligere en patient, vil der være tale om overbelægning.

Når et behandlingssted har overbelægning, får de indlagte patienter en ringere personale-normering og/eller ringere fysiske rammer, end det var tiltænkt. Dette kan bl.a. betyde, at personalet har mindre tid til de enkelte patienter med risiko for lavere behandlingskvalitet, eller at patienterne ikke kan få plads på en sengestue.

61. Det kan være vanskeligt for behandlingsstederne helt at undgå kortvarig overbelægning med de mange akutte patienter, der er i psykiatrien.

Der er ikke fastsat en faglig standard for normeringen og belægningen på psykiatriske behandlingssteder.

62. Rigsrevisionen har efter drøftelser med regionerne vurderet overbelægning som en gennemsnitlig belægningsprocent på over 100 opgjort pr. måned (benævnes fremover alene belægning). Se boks 2. Et behandlingssted har således overbelægning, hvis belægningen opgjort pr. måned er 101 % eller derover.

En gennemsnitlig belægning kan dække over store variationer i løbet af måneden. Der kan således være dage med overbelægning og dage uden overbelægning i løbet af måneden.

BOKS 2. OPGØRELSE AF BELÆGNING

Rigsrevisionen har udregnet belægningen på de enkelte behandlingssteder ud fra regionernes indberetninger af sengedage til Landspatientregisteret. Registret giver ikke mulighed for at tage højde for patienter, der som led i deres behandling er hjemme på orlov, uden at de bliver udskrevet fra afdelingen.

63. Tabel 6 viser antallet af behandlingssteder, der har haft overbelægning i mindst 1 måned i perioden januar 2007 - marts 2009. Tabellen viser videre, hvor mange behandlingssteder der har haft overbelægning over 6 måneder og i mindst 3 måneder i træk.

Tabel 6. Behandlingssteder med overbelægning i perioden januar 2007 - marts 2009 (Antal)

Region	Behandlingssteder i regionen	Med overbelægning i mindst 1 måned	
Hovedstaden	13	6	Heraf 2 med overbelægning i over 6 måneder og 3 med overbelægning i mindst 3 måneder i træk
Sjælland	6	4	Heraf 1 med overbelægning i over 6 måneder og 2 med overbelægning i mindst 3 måneder i træk
Syddanmark	8	6	Heraf 1 med overbelægning i over 6 måneder og 1 med overbelægning i mindst 3 måneder i træk
Midtjylland	9	8	Heraf 3 med overbelægning i over 6 måneder og 3 med overbelægning i mindst 3 måneder i træk
Nordjylland	3	3	Heraf 2 med overbelægning i over 6 måneder og 2 med overbelægning i mindst 3 måneder i træk
Landsplan	39	27	Heraf 9 med overbelægning i over 6 måneder og 11 med overbelægning i mindst 3 måneder i træk

Note: Perioden april-juni 2008 indgår ikke i opgørelsen på grund af overenskomstkonflikten.

Tabel 6 viser, at der i alle regioner i perioden januar 2007 - marts 2009 har været behandlingssteder med overbelægning i mindst 1 måned. Tabellen viser videre, at der i alle regioner har været mindst ét behandlingssted med overbelægning i over 6 måneder og overbelægning i mindst 3 måneder i træk.

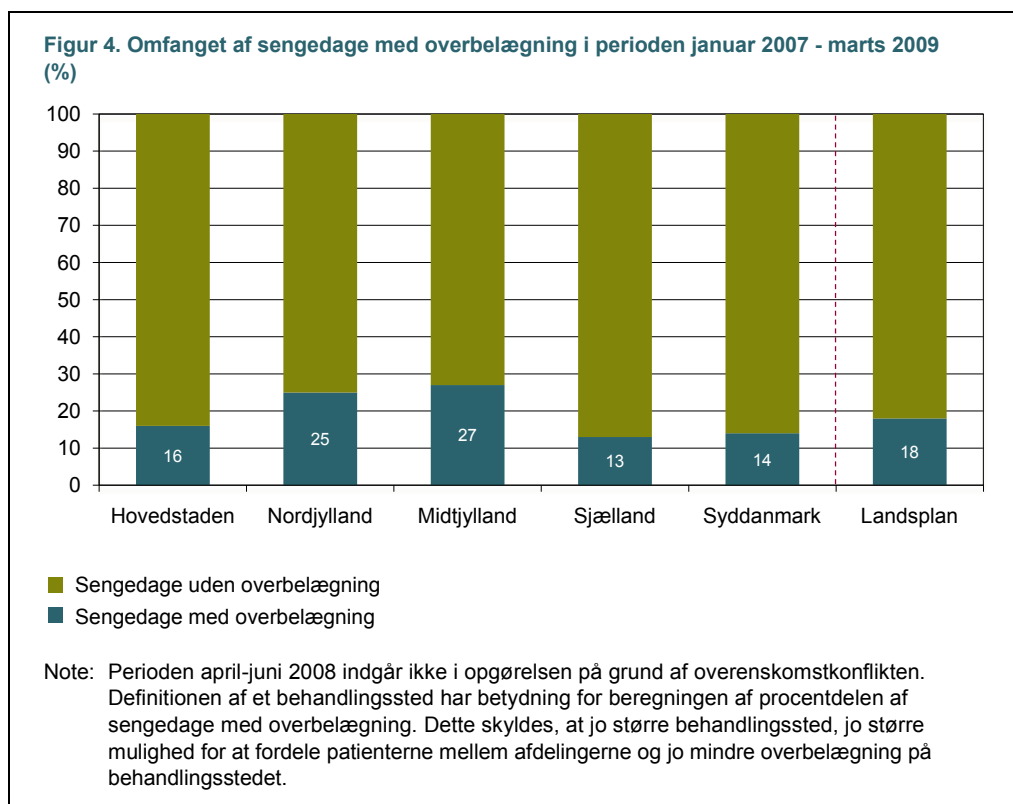
På landsplan har 9 ud af de 27 behandlingssteder med overbelægning haft overbelægning i over 6 måneder. 11 ud af de 27 behandlingssteder har haft overbelægning i mindst 3 måneder i træk.

Omfanget af behandlingsstedernes overbelægning

64. Rigsrevisionen har indhentet data fra regionerne, så også omfanget af overbelægningen kan opgøres for hver region i perioden januar 2007 - marts 2009.

Omfanget af overbelægning er opgjort ved at udregne andelen af dage, hvor der på en afdeling har været flere patienter indlagt, end afdelingen har fysiske rammer til og/eller personale til (dvs. disponible senge). Andelen af dage med overbelægning er udregnet med udgangspunkt i regionernes indberetninger af data om den månedlige belægning.

65. Figur 4 viser omfanget af overbelægningen i procent i perioden januar 2007 - marts 2009 i regionerne og på landsplan.



Sengedage defineres som det antal dage, en patient har været indlagt.

Figur 4 viser andelen af dage, hvor patienterne har været indlagt på behandlingssteder med overbelægning.

I perioden januar 2007 - marts 2009 havde behandlingsstederne på landsplan overbelægning i 18 % af de dage, patienterne var indlagt. De indlagte patienter har således haft ringere forhold, end normeringen tilsiger, i næsten 1/5 af dagene på landsplan og har derfor haft ringere adgang til personale og/eller ringere fysiske rammer.

Figuren viser videre, at patienterne i 2 regioner i 25-27 % af dagene var indlagt på behandlingssteder med overbelægning. I 3 regioner var der overbelægning i 13-16 % af de dage, patienterne var indlagt. Omfanget af overbelægningen var således relativt set omkring dobbelt så højt i regionen med mest overbelægning i forhold til regionen med mindst overbelægning.

Færdigbehandlede patienter og ikke-disponible sengepladser

66. Regionerne har anført, at færdigbehandlede patienter og ikke-disponible sengepladser har væsentlig betydning for overbelægningen.

67. En færdigbehandlet patient er i denne sammenhæng en patient, der ud fra en lægefaglig vurdering kan udskrives, dvs. behandlingen er afsluttet, eller hvor indlæggelse ikke længere er en forudsætning for videre behandling.

Når færdigbehandlede patienter ikke altid umiddelbart kan udskrives, kan det skyldes ventetid til et kommunalt tilbud i socialpsykiatrien, fx botilbud. Det er en kommunal opgave at sikre tilbud til færdigbehandlede patienter, som efter endt psykiatrisk behandling har behov for en socialpsykiatrisk indsats. Behandlingsstederne kan ikke udskrive færdigbehandlede patienter, som ikke kan klare sig selv, uden at de nødvendige socialpsykiatriske tilbud er til stede.

En ikke-disponibel seng er en seng, som er ude af drift i en kortere eller længere periode, fx på grund af ledige stillinger, ombygning/renovering og/eller sygdom, ferie mv.

Mange ikke-disponible sengepladser og færdigbehandlede patienter på et behandlingssted betyder, at behandlingsstedet har færre sengepladser til akutte patienter. Dette øger risikoen for overbelægning.

68. I tabel 7 er antallet af ikke-disponible sengepladser opgjort for 2007 og 2008. Endvidere er antallet af ikke-disponible sengepladser opgjort i procent af det samlede antal sengepladser.

Tabel 7. Ikke-disponible sengepladser i 2007 og 2008 – antal og procent af det samlede antal normerede sengepladser

Region	Ikke-disponible sengepladser 2007		Ikke-disponible sengepladser 2008	
	Antal	%	Antal	%
Hovedstaden	46	3	57	4
Sjælland	6	2	0	0
Syddanmark	9	2	12	2
Midtjylland	13	3	17	4
Nordjylland	22	8	23	9
Landsplan	96	3	110	4

Note: Udregningen er baseret på de enkelte behandlingssteders indberetninger af de gennemsnitlige normerede og disponible sengepladser pr. måned i 2007 og 2008. De normerede sengepladser er lig med summen af de disponible og de ikke-disponible sengepladser. De ikke-disponible sengepladser er opgjort i procent af de normerede sengepladser for 2007 og 2008.

Tabel 7 viser, at der på landsplan i 2007 og 2008 var henholdsvis 96 og 110 ikke-disponible sengepladser i regionerne. Dette svarer til, at henholdsvis 3 % og 4 % af det samlede antal normerede sengepladser ikke kunne anvendes, fordi de behandlingsmæssige resurser og/eller de fysiske rammer ikke var til rådighed.

Region Nordjylland havde i både 2007 og 2008 en betydelig højere andel af ikke-disponible sengepladser i forhold til de øvrige regioner. Region Nordjylland har oplyst, at andelen af ikke-disponible sengepladser fra 1. januar 2009 er bragt ned til under 1 %.

69. I tabel 8 er antallet af sengepladser, der er optaget af færdigbehandlede patienter, opgjort for 2007 og 2008. Endvidere er antallet af sengepladser, der er optaget af færdigbehandlede patienter, opgjort i procent af det samlede antal sengepladser, så regionerne bedre kan sammenlignes.

Tabel 8. Sengepladser optaget af færdigbehandlede patienter i 2007 og 2008 – antal og procent af det samlede antal sengedage

Region	Sengepladser optaget af færdigbehandlede i 2007		Sengepladser optaget af færdigbehandlede i 2008	
	Antal	%	Antal	%
Hovedstaden	78	6	76	6
Sjælland	17	5	16	5
Syddanmark	11	2	11	2
Midtjylland	23	5	23	5
Nordjylland	9	4	12	5
Landsplan	137	5	137	5

Note: Sengedage er omregnet til sengepladser ud fra, at en fuldt udnyttet seng producerer 365 sengedage pr. år. Sengedagene til færdigbehandlede patienter er sat i forhold til den samlede produktion af sengedage i 2007 og 2008.

Kilde: Landspatientregisteret pr. 12. marts 2008 (årsopgørelsen) til opgørelsen af 2007 og Landspatientregisteret pr. 10. marts 2009 (årsopgørelsen) til opgørelsen af 2008.

Tabel 8 viser, at færdigbehandlede patienter på landsplan i både 2007 og 2008 optog 137 sengepladser eller ca. 5 % af alle de producerede sengedage.

Tabel 8 viser videre, at der er regionale forskelle i andelen af sengedage, som er optaget af færdigbehandlede patienter. Således optog færdigbehandlede patienter i Region Syddanmark kun 2 % af de producerede sengedage i 2007 og 2008, mens det for de øvrige regioner lå på 4-6 %.

70. Kommunerne betaler i medfør af sundhedslovens § 238 en takst for patienter, der ligger færdigbehandlet på hospitalerne og venter på kommunale tilbud. Taksten, dvs. dagsprisen for færdigbehandlede patienter, er 1.771 kr., jf. Sundhedsstyrelsens "Takstsystem 2009 – Vejledning".

71. Rigsrevisionen konstaterer, jf. aftalen om regionernes økonomi for 2009, at der nationalt er sat et udvalgsarbejde i gang for at vurdere mulighederne for at styrke det kommunale incitament til at hjemtage færdigbehandlede patienter.

Vurdering

72. Rigsrevisionen konstaterer, at regionerne generelt opfylder pligten til at modtage patienter, der skal indlægges med tvang (dvs. uden samtykke). 6 % af patienterne blev i 2007 indlagt med tvang.

73. Alle regioner har i perioden januar 2007 - marts 2009 haft behandlingssteder med overbelægning i mindst 1 måned. Der har endvidere i alle regioner været behandlingssteder med overbelægning i over 6 måneder og behandlingssteder med overbelægning i mere end 3 måneder i træk.

74. Behandlingsstederne havde i 2007 og 2008 på landsplan overbelægning i 18 % af de dage, patienterne var indlagt. De indlagte patienter fik således på disse dage en ringere personalenormering og/eller fysiske rammer, end det var tiltænkt.

75. I 2007 og 2008 var en del af det samlede antal senge ikke disponible, bl.a. på grund af mangel på personale. De ikke-disponible senge svarede i 2007 og 2008 til 3 % og 4 % af den normerede sengekapa­citet. Et antal senge var tillige optaget af færdigbehandlede patienter, der ventede på plads i den kommunale socialpsykiatri. I både 2007 og 2008 var 5 % af sengepladserne optaget af færdigbehandlede patienter og kunne således ikke anvendes til akutte indlæggelser. Disse forhold har bidraget til overbelægning.

76. Rigsrevisionen konstaterer, jf. aftalen om regionernes økonomi for 2009, at der er et udvalgsarbejde i gang for at vurdere mulighederne for at styrke det kommunale incitament til at hjemtage færdigbehandlede patienter. Færre færdigbehandlede patienter på regionernes behandlingssteder vil kunne bringe omfanget af overbelægningen ned.

V. Regionernes planlægning

UNDERSØGELSENS RESULTAT

Regionerne har et relevant grundlag for at planlægge behandlingskapaciteten i psykiatrien, og det er fortsat væsentligt, at regionerne løbende tilpasser deres planlægning af psykiatrien ud fra analyser og overvågning af behandlingsbehovet.

77. Rigsrevisionen har vurderet, om regionerne har et relevant grundlag for at kunne planlægge behandlingskapaciteten i psykiatrien. For at vurdere dette har Rigsrevisionen undersøgt, om regionerne:

- har en plan for udviklingen af psykiatrien, herunder viden om fremtidige behandlingsressurser og -behov
- overvåger ventetider og belægning.

78. Regionerne skal ifølge sundhedsloven udarbejde en samlet plan på sundhedsområdet, som bl.a. består af en psykiatriplan for udviklingen af det psykiatriske område (jf. lovbekendtgørelsen nr. 95 af 7. februar 2008 med senere ændringer). Psykiatriplanen er et vigtigt element i regionernes langsigtede planlægning. Det er desuden en væsentlig forudsætning for den langsigtede planlægning af behandlingskapaciteten, at regionerne har viden om fremtidige behandlingsressurser og -behov i regionen.

Det er herudover relevant, at regionerne overvåger og reagerer på information om ventetider og belægning, så patienterne undgår lange ventetider og overbelægning.

A. Regionernes grundlag for planlægningen

Regionernes planer for udviklingen af psykiatrien

79. Hver region har i 2007 eller i 2008 udarbejdet en psykiatriplan for den langsigtede udvikling i psykiatrien, der indeholder anbefalinger og politiske hensigtserklæringer. Regionerne har oplyst, at planerne har fokus på sammenlægningen af de tidligere amters psykiatrier, herunder harmoniseringen af behandlingstilbud på tværs af optageområder, for at skabe et mere ensartet serviceniveau i regionen.

80. Regionerne har forud for vedtagelse af psykiatriplanerne modtaget Sundhedsstyrelsens rådgivning. Sundhedsstyrelsen har i sin rådgivning bl.a. lagt vægt på, at regionerne skal udvide de ambulante tilbud i psykiatrien. Endvidere har Sundhedsstyrelsen fremhævet over for regionerne, at der fortsat er behov for et tilstrækkeligt antal sengepladser i psykiatrien, herunder mere specialiserede sengepladser.

Behandlingsressurser er et udtryk for, hvor mange patienter regionen har ressourcer (personale og fysiske rammer mv.) til at kunne behandle.

Optageområde er det geografiske areal, som et behandlingssted modtager patienter fra. Hvis man som patient får brug for psykiatrisk behandling, vil man blive henvist til det psykiatriske behandlingssted, der dækker det område, hvor man bor.

Endelig har Sundhedsstyrelsen fremhævet, at det samlede antal sengepladser i behandlingspsykiatrien samlet set ikke bør reduceres, medmindre der med sikkerhed er konstateret et fald i behovet for psykiatrisk behandling. I den forbindelse fremhæver Sundhedsstyrelsen, at ambulante behandling i nogle tilfælde kan mindske behovet for sengepladser.

81. Alle regioner har en psykiatriplan, der beskriver den overordnede ramme for planlægning og tilpasning af regionernes behandlingsskapacitet. Rigsrevisionens gennemgang af regionernes psykiatriplaner har vist, at alle regioner, i tråd med Sundhedsstyrelsens rådgivning, har målsætninger om at udvide de ambulante tilbud, og at flere regioner har planer om at oprette flere specialiserede sengepladser.

Regionerne har på forskellig vis udmøntet psykiatriplanerne i strategier, mål og handleplaner for psykiatrien. Hovedparten af regionerne har i den forbindelse oplyst, at mere konkrete handleplaner for psykiatriplanernes målsætninger udarbejdes, når der afsættes økonomiske resurser til de enkelte indsatser i forbindelse med fx regionens budgetlægning og ansøgninger til satspuljerne.

82. Regionerne har oplyst, at de i deres planlægning af psykiatrien tager afsæt i den viden, der allerede findes om de fremtidige tilgængelige behandlingsressurser. Alle regioner benytter således viden om lægeprognoser fordelt på specialer og pensionering af speciallæger mv.

83. Region Nordjylland har fx, jf. boks 3, udarbejdet en analyse af årsager til fratrædelse, som skal bruges til at mindske omsætningen af personale generelt i regionens psykiatri.

BOKS 3. ANALYSE AF ÅRSAGER TIL FRATRÆDELSE

Psykiatrien i Region Nordjylland har gennemført en analyse, der viser andelen af fratrædelser på årsbasis og årsagerne hertil i psykiatrien. Analysen ligger til grund for, at der i regionen er blevet truffet en beslutning om at gennemføre en strategisk indsats for at mindske omsætningen af personale generelt.

84. Regionerne har oplyst, at mangel på personale i psykiatrien, herunder særligt speciallæger, udgør en stor barriere i forhold til regionernes muligheder for at sikre det tilstrækkelige omfang af behandlingsressurser i psykiatrien. Alle regioner arbejder på den baggrund med forskellige initiativer, der har til formål at få flere resurser til psykiatrien. Eksempler på regionernes initiativer på området uddybes nærmere i kap. VI.

85. Alle regioner har oplyst, at de i forbindelse med, at de udarbejdede deres psykiatriplan, har udarbejdet demografiske analyser, som på et overordnet niveau beskriver regionens fremtidige befolknings sammensætning og antal af ældre, unge mv. Endvidere har en region på baggrund af bl.a. referenceprogrammer fra Sundhedsstyrelsen om spiseforstyrrelser, affektive lidelser og angstlidelser foretaget en overordnet vurdering af det fremtidige behov for ambulante behandling.

Ifølge regionerne er det vanskeligt at udarbejde analyser og prognoser over det fremtidige behov for behandling, da der ikke er præcise estimater for – eller enighed blandt fagfolk om – hvor stor en del af befolkningen der fremover forventes at få behov for psykiatrisk behandling. Regionerne har i den forbindelse oplyst, at prognoser over det fremtidige behov for behandling altid vil være forbundet med en stor usikkerhed, da der er mange faktorer, der har indflydelse på behovet for behandling i psykiatrien. Én region oplyser i den forbindelse, at den stigning i patienter, som regionerne har oplevet inden for fx retspsykiatrien (som desuden er den dyreste patientgruppe inden for psykiatrien), er meget vanskelig at kortlægge ud fra demografiske analyser mv.

Referenceprogram er en systematisk beskrivelse af elementer, der bør indgå i forebyggelse, diagnostik, observation, behandling, pleje og rehabilitering af en bestemt lidelse eller kompleks af symptomer. Beskrivelsen sker tværfagligt på grundlag af evidensbaseret viden, og der medtages organisatoriske og sundhedsøkonomiske overvejelser.

86. Indenrigs- og Sundhedsministeriet har oplyst, at udfordringerne ved at udarbejde prognoser over behovet for behandling ikke er specielle for det psykiatriske område. Der er derfor ifølge ministeriet ikke grundlag for, at regionerne ikke udarbejder prognoser eller andre analyser, der kan styrke planlægningen af psykiatrien.

87. Ud over prognoser kan fx tyngdeanalyser i regionerne benyttes som redskab til at harmonisere og tilpasse resurserne til behandling. Region Hovedstaden har oplyst, at de har benyttet tyngdeanalyser som et redskab til at styrke regionens mulighed for at vurdere især behovet for indlæggelser i psykiatrien. Behovet for indlæggelser kan ifølge regionen i høj grad kobles til en række socioøkonomiske og demografiske faktorer. Se endvidere boks 4.

BOKS 4. TYNGDEANALYSER

Region Hovedstaden har udført en detaljeret tyngdeanalyse, der tager højde for karakteristika ved det lokale patientgrundlag, herunder bl.a. socioøkonomiske og demografiske faktorer, som regionen ved har betydning for behovet for behandling. Tyngdeanalysen giver mulighed for at udfærdige mere præcise analyser af det fremtidige behov for behandling i de enkelte optageområder. Tyngdeanalysen er i Region Hovedstaden blevet brugt som grundlag for at tilpasse og harmonisere behandlingskapaciteten i regionens optageområder.

Overvågning af ventetid og belægning

88. En væsentlig forudsætning for, at regionerne kan imødegå lange ventetider og overbelægning, er overvågning af data om bl.a. ventetider og belægning.

For at vurdere, om regionerne overvåger patienternes ventetider, er det undersøgt, om regionerne systematisk følger dels ventelistedata, dels den faktiske ventetid fra patientens henvisningsdato til patientens første fremmøde. Endvidere er det undersøgt, om regionerne månedligt følger de enkelte behandlingssteders belægning, så regionerne bl.a. kan foregribe, at der ofte forekommer overbelægning.

89. I tabel 9 fremgår regionernes overvågning af ventelistedata og faktisk ventetid.

Ventelistedata viser, hvor mange patienter der på et givent tidspunkt står på venteliste til behandling. Ventelistedata giver regionerne mulighed for at agere tidligt, så lang ventetid kan undgås.

Tabel 9. Regionernes overvågning af ventelistedata og faktisk ventetid

Region	Ventelistedata	Faktisk ventetid
Hovedstaden	<ul style="list-style-type: none"> • Antallet af patienter på venteliste, patienternes gennemsnitlige ventetid og til- og afgang af patienter på venteliste opgøres månedligt. • Andelen af patienter, der har ventet mere end 2 måneder, opgøres månedligt. 	<ul style="list-style-type: none"> • Følger den faktiske ventetid frem til første fremmøde.
Sjælland	<ul style="list-style-type: none"> • Andelen af patienter, der modtager første undersøgelse inden for 14 dage. 	<ul style="list-style-type: none"> • Følger den faktiske ventetid frem til første fremmøde.
Syddanmark	<ul style="list-style-type: none"> • Antallet af patienter på venteliste opgøres månedligt, herunder andelen af patienter, der har ventet under og over 2 måneder. Tilgang af patienter til ventelisten opgøres hver 2.-3. måned. • Ad hoc-opgørelser over ventende patienter fordelt på henvisningsdiagnose. 	<ul style="list-style-type: none"> • Følger den faktiske ventetid frem til første fremmøde.
Midtjylland	<ul style="list-style-type: none"> • Løbende opgørelser af ventetid pr. afdeling. • Antal patienter på venteliste, herunder patienter, der har ventet mere end 2 måneder. 	<ul style="list-style-type: none"> • Forventes opgjort fra 2010.
Nordjylland	<ul style="list-style-type: none"> • Antallet af ventende patienter, og hvor lang tid patienterne har ventet, opgøres mindst én gang i kvartalet. 	<ul style="list-style-type: none"> • Følger den faktiske ventetid frem til første fremmøde.

Faktisk ventetid fra patientens henvisningsdato til patientens første fremmøde er en bagudrettet ventetid, der viser, hvor længe patienterne rent faktisk har ventet på første fremmøde.

Denne ventetid er relevant for regionerne i forhold til behandlingsretten for psykisk syge voksne, der er indført pr. 1. januar 2010.

Tabel 9 viser, at 4 regioner jævnligt opgør antallet af patienter på venteliste, og hvor mange af disse patienter der har ventet over 2 måneder på første fremmøde på tidspunktet for opførelsen. Denne opgørelsesmetode giver et øjebliksbillede af, hvor mange patienter der venter på den pågældende dag. Opgørelserne giver bl.a. regionerne mulighed for at vurdere, om der er behov for at iværksætte tiltag for at undgå lange ventetider.

Tabel 9 viser videre, at alle regioner følger eller forventer at følge den faktiske ventetid, fra henvisningen er modtaget til første fremmøde. Regionerne vil derfor umiddelbart kunne følge, om patienterne starter udredning eller behandling inden for 2 måneder.

90. Region Hovedstaden har oplyst, at regionen også opgør skønnede ventetider. Skønnede ventetider er den ventetid, som afdelingen skønner, at en ny patient kommer til at vente frem til første fremmøde. Skønnede ventetider giver regionen mulighed for at vurdere, om regionen kan tilbyde patienten behandling inden for 2 måneder, når den modtager en ny henvisning.

Regionen har videre oplyst, at denne viden er relevant, da patienten senest 8 hverdage efter, at henvisningen er modtaget, skal have oplyst, om behandlingen kan påbegyndes senest 2 måneder efter, at henvisningen er modtaget, jf. pkt. 29.

91. Samtlige regioner har oplyst, at de månedligt overvåger belægningen i behandlingspsykiatrien. Flere regioner har oplyst, at de også følger den ugentlige eller daglige belægning. Endelig har én region i den forbindelse oplyst, at overvågningen af den daglige belægning har været afledt af et ekstraordinært stort pres på sengeafdelingerne, hvorfor mulighederne for at udnytte ledige senge følges nøje.

92. Regionerne har videre oplyst, at deres overvågning af ventetid og belægning indgår i de månedlige, kvartalsvise og årlige drøftelser, som foregår på forskellige ledelsesniveauer i regionerne. Hovedparten af regionerne har oplyst, at de decentrale ledelser på de enkelte behandlingssteder foretager mindre, løbende tilpasninger i forbindelse med ventetid og overbelægning, uden at den administrative ledelse i regionen involveres. Større tilpasninger af behandlingskapacitet foregår i forbindelse med den årlige budgetlægning for de enkelte behandlingssteder.

Vurdering

93. Alle regioner har udarbejdet en psykiatriplan, der angiver den overordnede ramme for planlægning og tilpasning af regionernes behandlingskapacitet. Regionerne har på forskellig måde udmøntet psykiatriplanerne i strategier, mål og handleplaner for psykiatrien. Regionernes planlægning bygger bl.a. på indsigt i udviklingen af de tilgængelige behandlingsressourcer og det fremtidige behov for behandling.

94. Rigsrevisionen finder det væsentligt, at regionerne fortsat og fremadrettet benytter sig af forskellige analyseredskaber, der kan være med til at tilpasse behandlingskapaciteten i psykiatrien.

95. Hovedparten af regionerne opgør jævnligt antallet af patienter på venteliste, og hvor mange af disse patienter der har ventet over 2 måneder på første fremmøde. Alle regioner følger desuden eller forventer at følge patienternes faktiske ventetid, fra henvisningen er modtaget til første fremmøde. Endelig følger regionerne systematisk den månedlige belægning på afdelinger med indlagte patienter.

96. Rigsrevisionen finder det væsentligt, at regionerne fortsat prioriterer overvågning af patienternes ventetider og belægningen på afdelinger med indlagte patienter. En sådan viden giver regionerne mulighed for bl.a. at foregribe problemer og iværksætte tiltag for at undgå lange ventetider og overbelægning.

VI. Regionernes initiativer

UNDERSØGELSENS RESULTAT

Regionerne har taget flere initiativer til at nedbringe ventetid og overbelægning i psykiatrien.

97. Rigsrevisionen har undersøgt og vurderet, om regionerne har taget initiativer til at nedbringe ventetider og overbelægning i psykiatrien.

Regionerne har oplyst, at de med sammenlægningen af amternes psykiatri til en fælles regional psykiatri har fået nye – om end i forskellig grad – muligheder for at udnytte behandlingskapaciteten bedre. Regionerne har videre oplyst, at de nye regionale psykiatrier kun har eksisteret i få år, hvilket ifølge regionerne betyder, at den samlede planlægning og styring af kapaciteten endnu ikke er fuldt gennemført.

A. Regionernes initiativer for at nedbringe ventetid og overbelægning

98. Alle regioner har taget initiativer for at tilpasse behandlingskapaciteten og er i færd med at udvikle, udbygge og styrke den ambulante psykiatri, herunder den opsøgende psykiatri. Ambulant psykiatri kan mindske behovet for sengepladser og dermed også presset på sengekapaaciteten. Flere regioner har i den forbindelse oplyst, at de har eller vil tilpasse sengekapaaciteten, herunder etablere flere specialiserede sengepladser.

99. I 2007, 2008 og 1. kvartal 2009 var der på landsplan gennemsnitligt henholdsvis 3.091, 3.051 og 2.980 normerede sengepladser i voksenpsykiatrien. Der har således i undersøgelsesperioden været et fald på ca. 100 sengepladser. Dette svarer til et fald på 4 %. Der er alene fjernet sengepladser i 3 regioner.

100. Flere regioner arbejder på at styrke den ambulante opsøgende psykiatri, der bl.a. kan forebygge indlæggelser. Regionerne er også i færd med at indføre standarder for en mere effektiv behandling af bl.a. de psykiatriske patienter, der er indlagt i lang tid. De nye standarder kan – ud over at hæve kvaliteten i behandlingen – også medvirke til at mindske behovet for indlæggelse og dermed risikoen for overbelægning.

En region har endelig oplyst, at de indfører pakkeforløb og lean i voksenpsykiatrien for at få en bedre udnyttelse af resurserne.

101. Flere regioner har oplyst, at personalemangel er et væsentligt problem i psykiatrien, og regionerne har derfor taget initiativer, der skal afbøde virkningerne af personalemanglen i psykiatrien. I den forbindelse har regionerne bl.a. iværksat rekrutteringskampagner, ansat udenlandsk arbejdskraft samt gennemført fastholdelsestiltag og opgaveglidning.

Lean handler generelt om at skabe størst muligt flow i arbejdsgangen, fx i form af minimering af ventetid for patienterne, spildtid og maksimal udnyttelse af resurserne.

Én region oplyser, at de fx har taget initiativ til rekruttering af læger og sygeplejersker gennem markedsføring, kursusvirksomhed for studerende samt rekruttering af udenlandske læger og sygeplejersker.

102. Flere regioner har oplyst, at de har etableret en fælles visitation for alle eller grupper af regionens psykiatriske patienter. Fælles visitation giver en række muligheder i forhold til at sikre en mere ensartet visitationspraksis og en bedre udnyttelse af regionens behandlingstilbud, da det giver bedre mulighed for at fordele patienterne.

Én region har i den forbindelse oplyst, at de har påbegyndt en praksis, hvor patienter, der er henvist til et behandlingssted, men som ikke kan tilbydes behandling inden for 2 måneder, kan få tilbudt en omvisitering til et andet af regionens behandlingssteder, hvis der er ledig kapacitet inden for 2 måneder. Regionen forventer, at omvisitering vil medføre en bedre udnyttelse af regionens samlede kapacitet i psykiatrien.

103. Regionerne har oplyst, at der er flere årsager til overbelægning i psykiatrien. For det første er det vanskeligt for regionerne præcist at forudse behovet for indlæggelse, da hovedparten af indlæggelserne sker akut. Regionerne har endvidere kun i begrænset omfang mulighed for at forebygge akutte indlæggelser i psykiatrien.

For det andet kan det være vanskeligt for regionerne at udnytte kapaciteten på behandlingsstederne fuldt ud, da akutte psykiatriske patienter ikke uden videre kan flyttes eller fordeles mellem behandlingsstederne, bl.a. som følge af patienternes behov for ro. Hertil kommer, at der kan være store geografiske afstande mellem behandlingsstederne, og at de enkelte behandlingssteder kan være specialiserede i bestemte behandlinger. Der kan derfor i en periode være overbelægning på et behandlingssted, samtidig med at der er ledig kapacitet på et andet behandlingssted i regionen.

104. Regionerne har endelig oplyst, at deres muligheder for at nedbringe overbelægning og ventetid begrænses af bl.a. følgende forhold:

- Den andel af satspuljemidlerne, som er midlertidige, gør det vanskeligt at planlægge langsigtede initiativer.
- Den generelle mangel på personale inden for psykiatrien.
- Den igangværende specialplanlægning, der øger specialiseringen i psykiatrien. Flere specialiserede sengepladser vil mindske regionernes muligheder for at fordele patienter mellem behandlingsstederne.
- Mangel på pladser i socialpsykiatrien. Regionerne har kun i ringe grad mulighed for at påvirke kommunerne til at sikre flere pladser i socialpsykiatrien.
- Ændringer i henvisningspraksis, hvor de praktiserende læger ved faldende ventetid henviser patienter til behandlingspsykiatrien, som de ellers ville have henvist til anden behandling.
- Ændringer i behandlingsstedernes visitationspraksis. Fx kan der ved øget kapacitet ske en gradvis tilpasning af målgruppen for behandlingspsykiatrien til den nye kapacitet, så mindre syge indlægges.
- Ændringer i behandlingsstedernes udskrivningspraksis, så patienterne udskrives senere eller får mere omfattende behandlingsforløb.

105. Indenrigs- og Sundhedsministeriet har peget på, at en væsentlig andel af satspuljen til de seneste 3 psykiatriaftaler er overgået til eller afsat som permanent finansiering. Dette gælder bl.a. de midler, der er blevet afsat til den nye behandlingsret for psykisk syge voksne. Endvidere oplyser ministeriet, at det på trods af den igangværende specialeplanlægning fortsat er regionernes ansvar at tilrettelægge indsatsen på psykiatriområdet, herunder at sikre en hensigtsmæssig sammensætning af kapaciteten. Endelig finder ministeriet, at de nævnte begrænsninger om visitationspraksis og udskrivningspraksis alle vedrører områder, som regionerne vil kunne ændre på. Regionerne vil desuden kunne påvirke henvisningspraksis i almen praksis.

Vurdering

106. Regionerne har i forhold til at tilpasse behandlingskapaciteten i psykiatrien taget flere initiativer til at udvikle og opbygge den ambulante psykiatri, herunder den opsøgende psykiatri. Udvikling og opbygning af den ambulante psykiatri kan være med til at minimere både ventetid og behovet for sengepladser i psykiatrien. Regionerne har desuden omlagt til flere specialiserede sengepladser og etableret nye standarder for behandling af indlagte psykiatriske patienter, der bl.a. kan forkorte den tid, som patienten er indlagt.

Rigsrevisionen, den 14. april 2010

Henrik Otbo

/Henrik Berg Rasmussen

Bilag 1. Ordliste

Affektive lidelser	Depressioner og bipolare affektive lidelser (manier).
Aftalesygehus	Et privatejet sygehus eller en klinik mv., som regionsrådene i forening har indgået aftale med om behandling af patienter, som regionen ikke selv kan behandle inden for de gældende frister.
Akut behandling	Når en patient med et akut behov for behandling modtages af fx behandlingspsykiatrien uden en forudgående aftale.
Ambulant behandling	Foregår uden indlæggelse og er primært en planlagt behandling. Den ambulante psykiatriske behandling ydes fra ambulatorier, klinikker, distriktspsykiatrien, opsøgende psykiatri og praktiserende speciallæger.
Behandlingsindikation	For patienter med behandlingsindikation gælder, at udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden vil blive væsentligt forringet, hvis der ikke igangsættes behandling. En patient kan tvangsindlægges ved behandlingsindikation. Tvangsindlæggelse ved behandlingsindikation skal ske inden 7 dage efter undersøgelse af læge.
Behandlingskapacitet	Udtryk for, hvor mange patienter psykiatrien kan behandle. Kapacitet kan opgøres på forskellige måder, fx ved antallet af ansatte (fx speciallæger, læger og psykologer). Kapaciteten til indlæggelse beskrives oftest ved antallet af sengepladser.
Behandlingspsykiatrien	Behandlingspsykiatrien omfatter i beretningen den behandling, som foregår i hospitalsregi eller i distriktspsykiatrien.
Behandlingsressurser	Udtryk for, hvor mange patienter regionen har ressourcer (personale og fysiske rammer mv.) til at kunne behandle.
Behandlingssted	En afdeling, et hospital eller en matrikel. Denne definition anvendes i beretningen med henblik på at sikre, at behandlingsstederne bedre kan sammenlignes. Den mindste enhed er en afdeling. Når der er flere afdelinger i samme center, på hospital eller på matrikel, betragtes afdelingerne som ét behandlingssted. Der er ikke foretaget sondring mellem retspsykiatri og den øvrige psykiatri.
Belægning/belægningsprocent	Udtryk for, i hvor høj grad behandlingsstedet udnytter sin kapacitet. Konkret udregnes belægningsprocenten som forholdet mellem antal sengedage pr. måned og det gennemsnitlige antal disponible sengepladser ganget med antal dage i måneden.
Den udvidede behandlingsret for psykisk syge voksne	Giver voksne psykiatriske patienter ret til at blive behandlet på et hospital eller klinik, hvis: <ul style="list-style-type: none"> • regionen ikke kan påbegynde behandlingen senest 2 måneder efter, at henvisningen er modtaget • regionen samtidig har en aftale med et hospital eller klinik (offentligt eller privat) • ventetiden til det pågældende hospital er kortere end ventetiden i regionen.
Distriktspsykiatrien	En del af behandlingspsykiatrien. Distriktspsykiatrien er en ambulant behandlingsform, hvor patienterne ikke er indlagt. Behandlingen foregår i nærmiljøet og kan deles op i 3 elementer: medicinsk, psykologisk og social behandling.
Erfaret ventetid	Udtryk for den samlede ventetid, fra sygehuset modtager henvisningen, til behandlingen starter. Fratrukket er dog perioder, hvor patienten reelt ikke er ventende, fx perioder, hvor patienten melder afbud.
Faktisk ventetid	Ventetiden fra henvisningen er modtaget på behandlingsstedet til patientens første fremmøde. Ventetiden er en bagudrettet ventetid, der viser, hvor længe patienterne rent faktisk har ventet på første fremmøde.
Fareindikation	For patienter med fareindikation gælder, at den pågældende patient er til fare for sig selv eller andre. En patient kan tvangsindlægges ved fareindikation. Tvangsindlæggelse ved fareindikation skal ske snarest efter undersøgelse af læge.

Forundersøgelse	Den indledende undersøgelse af patienten. Forundersøgelsen er en afklaring af, hvilken behandling patienten skal have.
Færdigbehandlede patienter	En patient er færdigbehandlet, når patienten ud fra en lægefaglig vurdering kan udskrives fra hospitalet, dvs. behandlingen er afsluttet, eller hvor indlæggelse ikke længere er en forudsætning for videre behandling.
Henvi sning	Når en patient skal behandles på hospital, sendes forudgående en henvisning fx af patientens egen læge. Henvisningen beskriver henvisningsdiagnosen, ønsket undersøgelse/behandling og en kortfattet beskrivelse af sygehistorien.
Ikke-disponibel sengeplads	En ikke-disponibel seng er en seng, som er ude af drift i en kortere eller længere periode, fx på grund af ledige stillinger, ombygning/renovering og/eller sygdom, ferie mv.
Indlæggelse	Foregår på hospitalsafdeling. Indlæggelse inden for psykiatrien sker primært akut, men kan også være planlagt.
Landspatientregisteret	Indeholder oplysninger om alle patientkontakter til danske hospitaler. Det gælder fx indlæggelser, ambulante besøg og besøg på skadestuer. For hver kontakt registreres bl.a. oplysninger om hospital og afdeling samt indlæggelses- og udskrivningsdato.
Lean	Handler generelt om at skabe størst muligt flow i arbejdsgangen, fx i form af minimering af ventetid for patienterne, spildtid og maksimal udnyttelse af resurserne.
Modtagepligt	Regionerne har pligt til at modtage en patient inden for bestemte tidsfrister, når denne udviser fareindikation eller behandlingsindikation. Tidsfristerne gælder kun for de indlæggelser, som foregår uden patientens samtykke, og som derfor betegnes som tvangsindlæggelser.
Opsøgende psykiatri	Opsøgende psykiatri dækker over forskellige udgående eller opsøgende behandlingsformer. Opsøgende psykiatri er ambulant og kan i nogle tilfælde forebygge eller træde i stedet for indlæggelse. Eksempler på opsøgende psykiatri er opsøgende psykoseteam, ældrepsykiatriske team og akutteam.
Optageområde	Det geografiske areal, som et behandlingssted modtager patienter fra. Hvis man som patient får brug for psykiatrisk behandling, vil man blive henvist til det psykiatriske behandlingssted, der dækker det område, hvor man bor.
Overbelægning	Når der indlægges flere patienter, end behandlingsstedet er normeret til at have indlagt. Overbelægning er i Rigsrevisionens beretning defineret som en belægningsprocent på over 100 pr. måned.
Planlagt behandling	Når patienten forudgående er blevet henvist til behandling på hospitalet og således på forhånd har en tid til undersøgelse eller behandling.
Praksisdeklaration	Et elektronisk visitkort på sundhed.dk for bl.a. alle behandlere i sundhedsvæsenet. Deklarationen indeholder fx kontaktoplysninger, åbningstider og læger tilknyttet praksis.
Psykisk lidelse	Fx angst, lettere depressioner, anoreksi, autisme og ADHD.
Retspsykiatri	Sørger for undersøgelse og behandling af sindslidende, der er sigtet eller dømt for overtrædelser af straffeloven.
Referenceprogram	En systematisk beskrivelse af elementer, som bør indgå i forebyggelse, diagnostik, observation, behandling, pleje og rehabilitering af en bestemt lidelse eller kompleks af symptomer. Beskrivelsen sker tværfagligt på grundlag af evidensbaseret viden, og der medtages organisatoriske og sundhedsøkonomiske overvejelser.
Regionernes Lønnings- og Takstnævn	Forhandler bl.a. overenskomster for praksissektoren. Nævnet repræsenterer regionerne, Kommunernes Landsforening, Finansministeriet og Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Satspulje	Har til formål at forbedre vilkårene for samfundets svage og udsatte grupper. Satspuljen er udmøntet siden 1993. Udmøntningen sker på baggrund af årlige forhandlinger mellem forligspartierne bag satspuljen. Satspuljen anvendes til aktiviteter på social-, sundheds- og arbejdsmarkedsområdet.
Sengedage	Sengedage defineres som det antal dage, en patient har været indlagt. Indlægges og udskrives patienten inden for samme døgn, tæller dette også for en dag.
Socialpsykiatrien	Omfatter alle former for kommunalt foranstaltede sociale tilbud til sindslidende, fx botilbud og væresteder.
Specialiserede senge	Er i modsætning til senge i den almene psykiatri reserveret til en bestemt gruppe patienter, fx retspsykiatriske eller ældre psykiatriske patienter.
Sundhed.dk	En fælles offentlig sundhedsportal, der samler information og kommunikation om det offentlige sundhedsvæsen, bl.a. mellem patienter og sundhedsvæsen og sundhedsfaglige imellem.
Ventelistedata	Viser, hvor mange patienter der på et givent tidspunkt står på venteliste til behandling. Ventelistedata giver regionerne mulighed for at agere tidligt, så lang ventetid kan undgås.
Visitation	Sker på hospitalet for at vurdere, om patienten skal behandles i behandlingspsykiatrien, eller om patienten skal henvises tilbage til egen læge. Skal patienten behandles i behandlingspsykiatrien, kan der også under visitationen ske en vurdering af, hvilken undersøgelse og behandling patienten skal tilbydes og hvornår.
Voksenpsykiatri	Traditionelt skelner man mellem voksenpsykiatri og børne- og ungdomspsykiatri. Voksenpsykiatrien behandler voksne med psykiske lidelser som skizofreni og andre psykoser, affektive lidelser, herunder depression og bipolare lidelser, organiske psykiske lidelser, spiseforstyrrelser, angst- og tvangslidelser, ADHD mfl.
Øjeblikksbillede	Ventetid som øjeblikksbillede viser, hvor mange patienter der på en given dato venter, og hvor længe de hidtil har ventet.