

Betænkning

om

grundlaget for planlægning af psykiatrisk sygehusvæsen

afgivet af et udvalg nedsat af indenrigsministeren.



Betænkning nr. 826

1977

ISBN 87-503-2307-5

IN 00-350-bet.

Indholdsfortegnelse

Kapitel I. Indledning.	11
1. Udvalgets nedsættelse og kommissorium.	11
2. Udvalgets sammensætning.	12
3. Tilrettelæggelsen af udvalgets arbejde.	12
4. Opbygningen af betænkningen.	14
5. Udvalgets hovedsynspunkter.	14

Kapitel II. Baggrunden for statshospitalernes overførelse til amtskommunerne. Hovedtræk af det psykiatriske sygehusvæsens historiske udvikling.	n
1. Baggrunden for statshospitalernes overførelse til amtskommunerne	17
1.1 Indledning	17
1.2 Baggrunden for statshospitalernes overførelse til amtskommunerne	17
2. Hovedtræk af det psykiatriske sygehusvæsens historiske udvikling - institutioner og organisation.	18
2.1 Indledning	18
2.2 Perioden indtil omkr. 1950.	19
2.3 Generelle bemærkninger om det psykiatriske sygehusvæsens udvikling indtil omkr. 1950.	20
2.4 Udviklingen siden begyndelsen af 1950'erne	21
2.5 Generelle bemærkninger om det psykiatriske sygehusvæsens udvikling i årene efter 1950.	22
2.6 Tilknytningen til det somatiske sygehusvæsen.	23
3. Udviklingen af de psykiatriske behandlingsformer.	23
4. Udviklingen af det psykiatriske sygdomsmønster i Danmark.	25
5. Hovedtræk af udviklingen inden for børnepsykiatrien.	27
5.1 Indledning	27
5.2 Institutionerne.	27
5.3 Almindelig karakteristik af den børnepsykiatriske sygehusfunktion og af den hidtidige udvikling	28
5.4 Udviklingen af de børnepsykiatriske behandlingsmetoder og af sygdomsmønstret	29

Kapitel III. Vejledende retningslinier for planlægning af psykiatrisk sygehusvæsen (Indenrigsministeriets cirkulære af 4. april 1977).	31
Indledning	31
1. Proceduren.	31
2. Vejledning vedrørende sygehusfunktionen.	32
2.1 Behov m.v.	32
2.2 Karakteristik, diagnostiske hovedgrupper.	33

2.2.1	Voksenpsykiatri	33
2.2.2	Børnepsykiatri	36
2.3	Organisationen af det psykiatriske sygehusvæsen	37
2.3.1	Overførte specialsygehuse og indlæggelsesoverenskomster	37
2.3.2	Den fremtidige organisation i øvrigt. Amtsspecialer	38
2.3.3	Opgaver, der varetages på lands- og landsdelsplan	41
3.	Forholdet til primær sundhedstjeneste og socialsektor	42
3.1	Almen lægepraksis	42
3.2	Speciallægepraksis	44
3.3	Særligt om børnepsykiatri	45
3.4	Samarbejdet med kommunernes social- og sundhedsforvaltning	46
3.5	Plejehjem m.v.	47
4.	Hovedstadsområdets planlægning	49
5.	Sammenfatning	50
5.1	Overførte specialsygehuse og indlæggelsesoverenskomster	50
5.2	Organisation i øvrigt	50
5.3	Forholdet til primær sundhedstjeneste og socialsektor	51
5.4	Ressourceplanlægning m.v.	52

Kapitel IV. Behov m.v., jfr. vejledende retningslinier afsnit 2.1. 53

A.	Voksenpsykiatri	53
1.	Indledning	53
2.	Tidligere opstillede sengebehovsnormer	57
2.1	1956- og 1965-betænkningerne	57
2.2	»Psykiatriens udvikling i Danmark i den nærmeste fremtid.« 1970	58
2.3	»Vejledende retningslinier for planlægningen af sygehusvæsenets fremtidige udbygning.« 1971	58
3.	Diskussion af de hidtil opstillede sengebehovsnormers fortsatte anvendelighed	59
4.	Faktorer, der påvirker det fremtidige sengebehov	60
4.1	Befolkningsmæssige faktorer	60
4.2	Sygdomshyppighed og varighed m.v.	60
4.2.1	Sygdomsrisikoen for sindslidelser	60
4.2.2	Ændringer i patienternes alders- og diagnosefordeling	60
4.2.3	Udviklingen i antallet af indlæggelser og i liggetiden	63
4.3	Sygehusemæssige faktorer	66
4.4	Ambulant behandling/daghospitalsbehandling m.v. på sygehusene	69
4.5	Psykiatrisk service uden for sygehusene, i den primære sundhedstjeneste og den sociale sektor	69
5.	Konklusion vedrørende de faktorer, der påvirker det fremtidige behov	70
B.	Børnepsykiatri	70
1.	Indledning	70
2.	Tidligere behovsskøn	71
3.	Forhold, der bør indgå ved vurderingen af det fremtidige behov	71
C.	Psykiatriens stilling i andre europæiske lande	74

Kapitel V. Karakteristik, de diagnostiske hovedgrupper, jfr. vejledende retningslinier afsnit 2.2. 77

A.	Voksenpsykiatri	77
1.	Indledning	77
2.	De psykiatriske sygdomme	77
3.	Psykiatriske undersøgelses- og behandlingsmetoder	79
4.	De forskellige personalegrupper og deres funktioner	81

5. Heldøgns- og deldøgnsindlæggelse, ambulant behandling og psykiatrisk hjemmesygepleje	83
5.1 Heldøgnsindlæggelse	83
5.2 Deldøgnsindlæggelse (dag/nathospitalsbehandling).	84
5.3 Ambulant behandling	85
5.4 Psykiatrisk hjemmesygepleje	85
6. Samarbejde mellem det (voksen »psykiatriske og de somatiske specialer på sygehusene	86
7. Underopdelinger inden for psykiatrien	88
7.1 Indledning	88
7.2 Særligt om alkoholmisbrugere	89
7.3 Særligt om unge stofmisbrugere	89
8. Patientbevægelsen på de psykiatriske institutioner, patienternes fordeling med hensyn til alder, køn, diagnoser m.v.	90
9. Den psykiatriske centralregistrering i Institut for Psykiatrisk Demografi	99
10. Forholdet til loven om sindssyge personers hospitalsophold	100
B. Ungdomspsykiatri	102
C. Børnepsykiatri	103
1. De børnepsykiatriske sygdomme	103
2. Børnepsykiatriske undersøgelses- og behandlingsmetoder	103
3. De forskellige personalegrupper	104
4. Patientbevægelser på de børnepsykiatriske afdelinger	105

Kapitel VI. Organisationen af det psykiatriske sygehusvæsen, jfr. vejledende retningslinier afsnit 2.3.

A. Voksenpsykiatri	106
1. Institutioner m.v. omfattet af overførelseslovens § 1, stk. 1.	106
2. Overførte specialsygehuse og indlæggelsesoverenskomster	106
2.1. Overførte specialsygehuse fordelt efter de amtskommuner, hvortil de er overført	106
2.2. De overførte specialsygehuses hidtidige landområder m.v.	107
2.3. De enkelte sygehuskommuners forbrug af sengedage på de overførte specialsygehuse	108
2.4. De enkelte sygehuskommuners forbrug af sengedage og antal indlæggelser på henholdsvis indenamts og udenamts institutioner	112
2.5. Afvikling af indlæggelsesoverenskomsterne	117
3. Den nuværende organisation af det psykiatriske sygehusvæsen	118
3.1. Institutionstyper, antal sengepladser m.v.	118
3.2. Den nuværende organisation uden for København	120
3.2.1. Almindelig karakteristik af specialsygehusene og de psykiatriske afdelinger	120
3.2.2. Sammenligning mellem specialsygehusene og de psykiatriske afdelinger med hensyn til antal indlæggelser m.v.	121
3.3. Særligt om Københavns og Frederiksberg kommuner	123
3.4. Særligt om Rigshospitalet	123
3.5. Særligt om nervesanatorierne	123
3.6. Særligt om den psykiatriske afdeling på Kolonien Filadelfia	123
4. Den fremtidige organisation af det psykiatriske sygehusvæsen	124
4.1. Indledning	124
4.2. Distriktspsykiatrisk organisation	124
4.3. Decentralisering/centralisering	126
4.4. »Mindste funktionsduelige enhed«	127
4.5. Patientkollegier, -pensionater m.v. Tilhørsforhold	129

4.5.1. Efterbehandlingsinstitutioner	129
4.5.2. Institutioner til mere varigt ophold	130
5. Særligt om de private sygehuse	130
6. Psykiatrisk undersøgelse og behandling på lands- og landsdelsplan samt sygehusvæsenets retspsykiatriske opgaver.	131
6.1. Lands- og landsdelsfunktioner.	131
6.2. Sygehusvæsenets retspsykiatriske opgaver.	132
7. Psykiatrisk forskning og undervisning.	134
Børnepsykiatri	135
1. Børnepsykiatriske afdelinger ved overførte specialsygehuse	135
2. Nuværende børnepsykiatriske afdelinger.	136
3. Etablering og udbygning af den børnepsykiatriske funktion.	137
4. Børnepsykiatrisk undersøgelse og behandling på lands- og landsdelsplan	138

Kapitel VII. Forholdet til primær sundhedstjeneste og socialsektor (bortset fra plejehjem), jfr. vejledende retningslinier afsnit 3.1-3.4.

1. Indledning	
Redegørelse fra den af psykiatriudvalget nedsatte arbejdsgruppe vedr. den primære sundhedstjeneste og den sociale sektor.	139
2. Baggrunden for arbejdsgruppens nedsættelse.	139
3. Hovedsynspunkter, der er lagt til grund for arbejdsgruppens overvejelser og forslag	140
4. Almen lægepraksis.	141
4.1. Arten og omfanget af psykiske lidelser i almen lægepraksis.	142
4.2. De særlige behandlingsmæssige problemer vedr. patienter med psykiske lidelser.	144
4.3. Muligheder og konkrete forslag til at afhjælpe de behandlingsmæssige problemer/forbedre behandlingsmulighederne.	145
4.3.1. Indledning	145
4.3.2. Bestående ordninger og forsøgsordninger, der generelt eller mere konkret tilsligter at forbedre behandlingsmulighederne.	146
4.3.3. Arbejdsgruppens forslag til organisering af specialsagkyndig bistand til/undervisning af alment praktiserende læger m.fl	147
4.4. Psykiatrisk uddannelse og efteruddannelse af alment praktiserende læger	149
5. Speciallægepraksis.	150
6. Særligt om børnepsykiatri.	152
6.1. Behovet for samarbejde mellem den praktiserende læge og børnepsykiatere, psykologer m.v.	153
6.2. Behovet for samarbejde mellem den børnepsykiatriske enhed og skolevæsenet	154
6.3. Behovet for samarbejde mellem den børnepsykiatriske enhed og den primærkommunale sociale sektor.	154
6.4. Behovet for samarbejde mellem den børnepsykiatriske enhed og amtskommunens socialcenter.	155
6.5. Anvendelse af skolepsykologiske kontorer, rådgivningsklinikker m.v.	156
6.6. Sammenfatning vedr. børnepsykiatri.	156
7. Samarbejdet med den sociale sektor.	156
7.1. Samarbejde med social- og sundhedsforvaltninger.	156
7.2. Samarbejde med sociale institutioner m.v.	159

Kapitel VIII. Særligt om plejehjem m.v., jfr. vejledende retnings-	
linier afsnit 3.5.	i6i
1. Indledning	
Redegørelse fra den af psykiatriudvalget nedsatte arbejdsgruppe vedr.	
psykiatriske plejehjem m.v.	161
2. Baggrunden for arbejdsgruppens nedsættelse.	161
3. Arbejdsgruppens virksomhed.	162
3.1. Københavns kommune.	162
3.2. Århus amtskommune.	162
3.3. Ringkøbing amtskommune.	163
3.4. Typer af plejehjem.	163
4. Resumé af tilvejebragte oplysninger/foretagne undersøgelser.	164
4.1. Generelt.	164
4.2. Århus amtskommune.	164
4.3. Ringkøbing amtskommune.	164
4.4. Københavns kommune.	165
5. Plejehjem knyttet til psykiatriske sygehuse under det amtskommunale	
sygehusvæsen.	166
5.1. Lovgrundlag og antal m.v.	166
5.2. Hjemmenes funktion, patienter og personale m.v.	166
6. Plejehjem under bistandsloven, herunder psykiatriske plejehjem.	168
6.1. Lovgrundlag og antal m.v.	168
6.2. Vejledende regler om plejepatienter på psykiatriske plejehjem.	169
6.3. Indretning.	169
6.4. Personale.	169
7. Arbejdsgruppens overvejelser og forslag.	170
7.1. Fremtidig målsætning og tilhørsforhold for psykiatriske plejehjem knyt-	
tet til psykiatriske sygehuse under det amtskommunale sygehusvæsen.	170
7.2. Psykiatriske plejehjem uden for København og andre plejeforanstaltning-	
er for patienter med psykiske lidelser under social- og sundhedsforvalt-	
ningerne (bistandsloven).	171
7.3. Specialsagkyndig psykiatrisk medvirken til visitation m.v. til bistandslo-	
vens plejeinstitutioner samt psykiatrisk konsulentbistand.	173
7.4. Personaleuddannelse.	174
7.5. Finansiering.	175
Kapitel IX. Ressourceforbrug.	177
1. Indledning.	177
2. Beskrivelse af det psykiatriske sygehusvæsens ressourceforbrug.	178
2.1. Ressourceforbrugets historiske udvikling.	178
2.2. Det nuværende ressourceforbrug.	181
3. Økonomiske beregninger i den lokale planlægning af det psykiatriske	
sygehusvæsen.	185
Kapitel X. Pensions- og indtægtsinddragelsesregler m.v. for	
patienter indlagt på psykiatriske institutioner under sygehus-	
væsenet.	191
1. Indledning.	191
2. Regler om pensions- og indtægtsinddragelse samt om udbetaling af lomme-	
penge.	191
2.1. Plejehjem under bistandsloven.	192
2.2. Somatiske sygehuse.	193

2.3.	Psykiatriske institutioner	193
2.4.	Særforsorgsinstitutioner.	194
3.	Baggrunden for de pr. 1. april 1976 gennemførte ændringer i reglerne om pensions- og indtægtsinddragelse	194
3.1.	Overførelseslovens § 9, stk. 1.	194
3.2.	Overvejelser om nye regler fælles for somatiske og psykiatriske sygehuse	195
3.3.	Gennemførelse af pensionsinddragelsesregler for plejepatienter på somatiske sygehuse	195
3.4.	Ændring af reglerne om indtægtsinddragelse for patienter på psykiatriske institutioner.	196
3.5.	Virkningen af de ændrede regler om indtægtsinddragelse	196
4.	Vurdering af mulighederne for at gennemføre fælles regelsæt om pensions- og indtægtsinddragelse for psykiatriske og somatiske institutioner.	196
4.1.	Indledning	196
4.2.	Antallet af plejepatienter på de psykiatriske sygehuse	197
4.3.	Sondring mellem sygehuse og plejehjem inden for det psykiatriske sygehusvæsen	198
4.4.	Særligt om kroniske patienter	198
4.5.	Konklusion vedr. mulighederne for at gennemføre fælles regelsæt	199
5.	Udvalgets forslag til ændringer i det gældende regelsæt om pensions- og indtægtsinddragelse m.v. for psykiatriske patienter.	199
5.1.	Indledning	199
5.2.	Indtægtsinddragelsesreglerne	200
5.3.	Pensionsinddragelsesreglerne	202
5.4.	Reglerne om udbetaling af lommepenge	202
5.5.	Afgrænsning af de institutioner og afdelinger, der bør betragtes som en psykiatrisk institution under sygehusvæsenet, i relation til reglerne om pensions- og indtægtsinddragelse m.v.	203
5.6.	Sammenfatning af udvalgets vurdering af og forslag til ændringer i det gældende regelsæt om pensions- og indtægtsinddragelse m.v. for patienter indlagt på psykiatriske institutioner under sygehusvæsenet	204
6.	Inddragelse af børnetilskud i tilfælde hvor børn bliver indlagt på børnepsykiatriske afdelinger.	205

Bilagsfortegnelse

Bilag A.	Oversigt over de tidligere statshospitaler og dertil knyttede plejehjem .	208
Bilag B.	Oversigt over psykiatriske institutioner og sengepladser pr. april 1976 .	215
Bilag C.	Oversigt over antallet af patienter indlagt på psykiatriske institutioner ved tværsnitsundersøgelsen den 27. september 1972, fordelt efter institution og hjemsted	217
Bilag D.	Kommissorium for den under psykiatriudvalget nedsatte arbejdsgruppe vedr. den primære sundhedstjeneste og den sociale sektor.	220
Bilag E.	Skrivelse af 8. januar 1976 til psykiatriudvalget fra Dansk Selskab for Almen Medicin.	221
Bilag F.	Psykiatriudvalgets skrivelse af 30. marts 1976 til indenrigsministeriet vedr. psykiatriens placering i videreuddannelsen til alment praktiserende læge	223
Bilag G.	Rapport vedr. en undersøgelse af det psykiatriske islæt i plejehjemspopulationen i Århus og Ringkøbing amter foretaget af en af indenrigsministeriets psykiatriudvalg nedsat arbejdsgruppe (af Ebbe Kyst, Ida Ryberg, Erik Strömgren og Anita Weeke).	225
Bilag H.	Psykiatrisk service i Københavns kommune.	247
Bilag I.	Alders- og diagnosefordeling af patienter indlagt på de til de tidligere statshospitaler knyttede plejehjem ved tværsnitsundersøgelsen den 27. september 1972.	261
Bilag J.	Psykiatriske plejehjem (bistandsloven).	263
Bilag K.	Beregning af lønudgift for 60-sengsmodellen.	269
Bilag L.	Oversigt over pensions- og indtægtsinddragelsesregler m.v.	270

Kapitel I.

Indledning.

1. Udvalgets nedsættelse og kommissorium.

Udvalget vedrørende udarbejdelse af et planlægningsgrundlag for den psykiatriske funktion i forbindelse med sygehusvæsenets fremtidige udbygning (psykiatriudvalget) blev nedsat af indenrigsministeren den 27. maj 1975 med følgende kommissorium:

»Indenrigsministeren har den 18. marts 1975 fremsat lovforslag om en overførsel af statens hospitaler for sindslidende til amtskommunerne med virkning fra 1. april 1976.

Overførslen vil ifølge lovforslaget medføre, at de psykiatriske hospitaler og plejehjem, der hidtil er blevet drevet af staten, underkastes samme regler om styring og planlægning som det somatiske sygehusvæsen.

For sygehusplanlægningen vil dette nødvendiggøre en supplerings af de gældende vejledende retningslinier for planlægningen af sygehusvæsenets fremtidige udbygning (indenrigsministeriets cirkulære nr. 103 af 8. juni 1971).

Indenrigsministeriet har derfor fundet det ønskeligt, at der allerede på indeværende tidspunkt nedsættes et udvalg med den opgave at udarbejde et planlægningsgrundlag for den psykiatriske funktion.

Som led i sit arbejde bør udvalget beskrive psykiatriens nuværende indhold med særligt henblik på den diagnostiske og terapeutiske funktion inden for det danske sygehusvæsen samt beskrive en underopdeling af faget med betydning for etablering af og videreførelse af visse selvstændige funktioner. Herunder tænkes dels på opdeling i naturlige delområder, dels på en opdeling mellem den sygehusmæssige funktion og den del, der bør varetages uden for sygehusvæsenet.

Udvalget bør endvidere søge at skønne over undersøgelses-, behandlings- og plejebehovet.

På dette grundlag bør udvalget stille forslag til, hvorledes behandlingsbehovet bør søges dækket på amtsplan dels med hensyn til typer af institutioner inden for sygehusvæsenet dels med hensyn til samarbejde bl.a. med almen lægepraksis, psykiatrisk speciallægepraksis og den sociale sektor (almindelige plejehjem, alderdomshjem m.v.), ligesom der bør tages hensyn til den nødvendige koordination mellem den somatiske og psykiatriske sygehusfunktion.

For så vidt angår den del af den psykiatriske sygehusfunktion, som eventuelt bør varetages på landsdelsplan, bør udvalget begrænse sig til nærmere at fastlægge, hvilke funktioner der skal have denne status i det fremtidige sygehusvæsen. Den geografiske placering af sådanne funktioner og de mere praktisk betonedede problemer med hensyn til visitation, betaling m.v. forudsættes derimod behandlet i indenrigsministeriets udvalg om landsdelsspecialer.

Udvalget kan fremsætte alternative forslag. Der bør redegøres for ressourceforbruget ved forslagene.

Specielt fremhæves ønskeligheden af, at udvalget behandler spørgsmålet om den psykiatriske plejehjemsfunktioners forhold til sygehusvæsenet og til den sociale sektor (almindelige plejehjem m.v.). Der tænkes i denne forbindelse især på, at de psykiatriske plejehjem under direktoratet for statshospitalerne foreløbig forudsættes opretholdt med deres hidtidige funktioner, og at de derfor ved ovennævnte lovforslag agtes overført til sygehusvæsenet, uanset at der i amtskommunerne i dag findes psykiatriske plejehjem under social- og sundhedsudvalgene, og uanset at de almindelige plejehjem

i et vist omfang er belagt med patienter som formentlig burde anbringes på psykiatriske plejehjem. En afklaring af institutionernes målsætning, tilhørsforhold, visitation m.v. er derfor påkrævet.»

2. Udvalgets sammensætning.

Til formand for udvalget blev udpeget
Amtsrådsmedlem Rudolf Knudsen.

Udvalget fik i øvrigt følgende sammensætning:

Fuldmægtig i indenrigsministeriet Ulrich
Horst Petersen

Kontorchef i direktoratet for statshospitalerne C. Jess

Udpeget efter indstilling fra socialministeriet:

Fuldmægtig Bent Elkjær Hansen

Udpeget efter indstilling fra sundhedsstyrelsen:

Professor, dr. med. Erik Strömghren

Amtslæge, dr. med. Vagn Christensen

Udpeget efter indstilling fra Amtsrådsforeningen i Danmark:

Amtsrådsmedlem Eugene Ibsen

Amtsrådsmedlem L.O. Madsen

Afdelingschef Finn Hansen

Udpeget efter indstilling fra Frederiksberg kommune:

Kontorchef Robert Nilsson

Udpeget efter indstilling fra Københavns kommune:

Direktør P. Stengaard Hansen.

Udpeget efter indstilling fra Rigshospitalets direktion:

Professor, dr. med. Villars Lunn

Udpeget efter indstilling fra Den alm. danske Lægeforening:

Overlæge Ulla Boesen

Overlæge Per Udsen

Læge Eskil Hohwy.

Udvalget er efter sin nedsættelse blevet udvidet med følgende medlemmer:

Udpeget efter indstilling fra Kommunernes Landsforening:

Socialdirektør H. Koldby Nielsen

(udpeget den 29. oktober 1975)

Udpeget af indenrigsministeren som personligt medlem:

Overlæge Henning Poulsen

(Udpeget den 5. marts 1976).

I den forløbne tid siden udvalgets nedsættelse er der i øvrigt sket følgende ændringer i udvalgets sammensætning:

Den 14. november 1975 indtrådte fuldmægtig Hanne Hendil i udvalget i stedet for fuldmægtig Bent Elkjær Hansen, socialministeriet. Den 15. januar 1976 indtrådte hospitalsdirektør Ole Rosbo i udvalget i stedet for kontorchef Robert Nilsson, Frederiksberg, og planlægningschef, nu afdelingschef. Ole Høeg indtrådte i udvalget i stedet for fuldmægtig Hanne Hendil, socialministeriet. Den 20. februar 1976 indtrådte inspektør G. Thomassen i udvalget i stedet for direktør P. Stengaard Hansen, Københavns kommune. Den 19. maj 1976 indtrådte amtsrådsmedlem Ruth Toxværd Jepsen i udvalget i stedet for afdelingschef Finn Hansen, amtsrådsforeningen. Fra samme tidspunkt har afdelingschef Arne Grünfeld deltaget i udvalgets møder som fælles suppleant for amtsrådsforeningens 3 medlemmer.

Udvalgets *sekretariatsforretninger* har siden slutningen af 1975 været varetaget af fuldmægtig Anne Birte Pade, indenrigsministeriet, og sekretær, nu fuldmægtig, Helle Fleron, sundhedsstyrelsen. Fungerende overlæge ved Rigshospitalet, nu overlæge ved Frederiksborg amts centralsygehus i Hillerød, Bent J. Lauritsen og klinisk assistent, nu 1. reservelæge, Anita Weeke, Institut for Psykiatrisk Demografi ved Psykiatrisk hospital i Århus, har fungeret som udvalgets lægelige sekretærer. Siden februar 1977 har endvidere fuldmægtig Jens Chr. Sørensen, indenrigsministeriet, deltaget i sekretariatsarbejdet.

Udvalget har afholdt 20 møder.*)

3. Tilrettelæggelsen af udvalgets arbejde.

Udvalgets arbejde kunne efter kommissoriet opdeles i en beskrivende fase og en fa-

*) I juni 1977 afholdt udvalget yderligere et møde, hvor man drøftede spørgsmålet om pensions- og indtægtsinddragelsesregler m.v. for psykiatriske patienter, jfr. note til afsnit 4.

se, hvori udvalget skulle udarbejde forslag til et tillæg til de vejledende retningslinier for sygehusplanlægningen med henblik på at opnå en integrering af den psykiatriske funktion i det almindelige sygehusvæsen.

På udvalgets første møde blev det i overensstemmelse hermed besluttet, at arbejdet skulle tilrettelægges således, at der først skulle tilvejebringes en beskrivelse af hovedtrækkene i det nuværende psykiatriske sygehusvæsens organisation og funktioner dels til brug ved udvalgets drøftelser om den fremtidige organisation af det psykiatriske sygehusvæsen, dels til brug ved udvalgets overvejelser om, hvorvidt der var behov for, at særlige spørgsmål blev nærmere undersøgt, eventuelt ved nedsættelse af arbejdsgrupper.

Drøftelserne i udvalget viste ret hurtigt, at udvalgets stillingtagen til spørgsmålet om den fremtidige opbygning af det psykiatriske sygehusvæsen i høj grad måtte bero på, hvilken service der uden for sygehusvæsenet, i den primære sundhedstjeneste og den sociale sektor, kunne stilles til rådighed for psykiatriske patienter. Udvalget fandt navnlig, at det var påtrængende, at plejehjemsproblematikken blev nærmere undersøgt. I kommissoriet var i øvrigt specielt fremhævet ønskeligheden af, at udvalget behandlede spørgsmålet om den psykiatriske plejehjemsfunktions forhold til sygehusvæsenet og til den sociale sektor (almindelige plejehjem m.v.).

På udvalgets fjerde møde den 5. december 1975 blev det besluttet at nedsætte en arbejdsgruppe, der særligt skulle beskæftige sig med spørgsmålet om psykiatriske plejehjem m.v. Arbejdsgruppen fik følgende sammensætning:

Amtslæge, dr. med. Vagn Christensen
Afdelingschef Ole Høeg (formand)
Hospitalsdirektør P. Stengaard Hansen
Socialdirektør H. Koldby Nielsen
Professor, dr. med. Erik Strömberg
Overlæge Per Udsen.

I marts 1976 indtrådte inspektør G. Thomsen i arbejdsgruppen i stedet for hospitalsdirektør P. Stengaard Hansen.

I april 1976 holdt udvalget et møde, hvor repræsentanter for de alment praktiserende læger og for socialforskningsinstituttet redegjorde for deres synspunkter vedrørende den fremtidige organisation af behandlingen

og omsorgen for patienter med psykiske lidelser.

På psykiatriudvalgets ottende møde den 24. maj 1976 blev det herefter besluttet at nedsætte en arbejdsgruppe om samarbejdet mellem det psykiatriske sygehusvæsen og den primære sundhedstjeneste og den sociale sektor m.v. Arbejdsgruppen fik følgende sammensætning:

Udpeget af og blandt psykiatriudvalgets medlemmer:

Overlæge Ulla Boesen
Amtslæge, dr. med. Vagn Christensen
Afdelingschef Arne Grünfeld (formand)
Læge Eskil Hohwy
Afdelingschef Ole Høeg
Amtsrådsmedlem Ruth Toxværd
Jeppesen
Socialdirektør H. Koldby Nielsen
Fuldmægtig Ulrich Horst Petersen
Overlæge Henning Poulsen
Overlæge Per Udsen.

Udpeget af Praktiserende Lægers Organisation som repræsentanter for de alment praktiserende læger:

Læge Halvor Heuch
Læge Carl Erik Mabeck.

Udpeget af Socialforskningsinstituttet:
Forskningsleder P.-H. Kühl.

Baggrunden for nedsættelsen af disse arbejdsgrupper er mere udførligt omtalt nedenfor i henholdsvis kapitel VIII og kapitel VII. Der er grund til allerede her at nævne, at arbejdsgruppen vedrørende psykiatriske plejehjem m.v. foranledigede gennemført en undersøgelse af det psykiatriske islat i plejehjemspopulationen i Århus og Ringkøbing amter. Undersøgelsen blev gennemført af et arbejdsudvalg på Psykiatrisk Hospital i Århus bestående af reservelæge Ebbe Kyst, socialrådgiver Ida Ryberg, professor, dr. med. Erik Strömberg og 1. reservelæge Anita Weeke. Rapporten vedrørende denne undersøgelse er optaget som bilag G i denne betænkning.

De redegørelser, som arbejdsgrupperne afgav til udvalget henholdsvis i oktober 1976 og marts 1977, er indarbejdet i denne betænkning som henholdsvis kapitel VIII og kapitel VII.

Tidligt på sommeren 1976 var der tilvejebragt en beskrivelse af det nuværende psykiatriske sygehusvæsens opbygning og funktioner, og der forelå de første resultater

af plejehjemsundersøgelsen i Århus og Ringkøbing amter. Drøftelserne, der gik forud for nedsættelsen af arbejdsgruppen vedrørende den primære sundhedstjeneste og den sociale sektor, havde vist, at den fremtidige organisation af det psykiatriske sygehusvæsen i videst muligt omfang burde ske under hensyn til, at der var behov for et tæt samarbejde mellem sygehusvæsenet på den ene side og den primære sundhedstjeneste og den sociale sektor på den anden side.

Der var herefter tilvejebragt et grundlag for, at udvalget kunne gå i gang med at realitetsbehandle spørgsmålet om det psykiatriske sygehusvæsens fremtidige struktur.

Den 1. april 1976 blev statshospitalerne overført til amtskommunerne. Udvalget erfarede, at man hurtigt herefter i flere amtskommuner gik i gang med overvejelser om, hvorledes de overførte sygehuse skulle indpasses i amtskommunernes sygehusvæsen, ligesom nogle af de amtskommuner, der ikke havde modtaget noget sygehus, gik i gang med overvejelser om, hvorledes man skulle tilvejebringe en fremtidig service for amtskommunens psykiatriske patienter. Det blev af nogle udvalgsmedlemmer gjort gældende, at man i amtskommunerne følte et stærkt behov for, at der blev udsendt nogle vejledende retningslinier, som kunne danne grundlag for det planlægningsarbejde vedrørende den psykiatriske funktion, som nu skulle i gang.

I eftersommeren 1976 besluttede udvalget herefter, at arbejdet skulle tilrettelægges således, at udvalgets overvejelser om den fremtidige struktur blev udmøntet direkte i et forslag til vejledende retningslinier for planlægning af psykiatrisk sygehusvæsen, således at et sådant forslag omkring årsskiftet 1976/77 kunne fremsendes til indenrigsministeriet med henblik på snarest muligt derefter at blive udsendt til amtskommunerne. Forarbejderne til udvalgets betænkning var endvidere ført så langt frem, at man skønnede, at betænkning ville kunne afgives få måneder efter, at man havde afgivet forslag til vejledende retningslinier til indenrigsministeriet.

På et møde den 10. januar 1977 vedtog udvalget enstemmigt et udkast til »Vejledende retningslinier for planlægning af psykiatrisk sygehusvæsen«, og udvalget be-

myndigede samtidig hermed formanden til på udvalgets vegne at afgive dette udkast til vejledende retningslinier til indenrigsministeren. Dette skete den 20. januar 1977.

Indenrigsministeriet tilsluttede sig udvalgets udkast til vejledende retningslinier. Efter at udkastet havde været forhandlet med sygehusrådet, blev det i april 1977 udsendt til sygehuskommunerne som indenrigsministeriets cirkulære af 4. april 1977: Vejledende retningslinier for planlægning af psykiatrisk sygehusvæsen.

4. Opbygningen af betænkningen.

I forbindelse med afgivelse af udkast til vejledende retningslinier til indenrigsministeren besluttede udvalget, at betænkningen skulle udformes som en art kommentar til retningslinierne, således at disse blev uddybet på de punkter, hvor det måtte anses for ønskeligt og nødvendigt, idet denne form skønnes at øge betænkningens anvendelighed i amtskommunerne. Der er dog et enkelt spørgsmål, som behandles i betænkningen, men hvorom retningslinierne ikke udtaler sig, nemlig spørgsmålet om pensions- og indtægtsinddragelsesregler m.v. for patienter indlagt på psykiatriske institutioner under sygehusvæsenet, (jfr. kapitel X.)*)

Udvalget har endvidere fundet det rimeligt at give en fremstilling af hovedtrækkene i det psykiatriske sygehusvæsens historiske udvikling (kapitel II).

De vejledende retningslinier er optaget i betænkningen som kapitel III. De egentlige kommentarafsnit findes i kapitlerne IV - IX.

5. Udvalgets hovedsynspunkter.

Proceduren:

Udvalget har foreslået, og indenrigsministeriet tiltrådt, at der indskydes en særlig plan-

*) På et møde den 16. maj 1977, hvor udvalget færdigbehandlede kapitlerne I-IX i betænkningen, besluttede udvalget, at der skulle afgives en særskilt redegørelse om disse spørgsmål udformet således, at den senere kunne indgå i betænkningen som et selvstændigt kapitel. Udvalgets redegørelse om pensions- og indtægtsinddragelsesregler m.v. for psykiatriske patienter, der er optaget i denne betænkning som kapitel X, blev afgivet til indenrigsministeren i september 1977.

lægningsrunde af ca. 1 års varighed med det formål at få afklaret en række konkrete problemer for sygehusvæsenet - således spørgsmålet om indlæggelsesoverenskomster og den fremtidige anvendelse af de overførte sygehuse.

Derudover anses planlægningsrunden som en nødvendig fase, hvor de enkelte amtskommuner og de centrale sundhedsmyndigheder får lejlighed til at udveksle synspunkter om de mange og komplicerede problemer, som sygehusplanlægningen står over for på dette område.

Forslaget om en hurtig planlægningsrunde er yderligere begrundet i en flerhed af forhold, hvoraf kan nævnes,

at der allerede er indledt et planlægningsarbejde i adskillige amtskommuner,

at opgaven er ny for amtskommunerne,

at institutionerne inden for det psykiatriske sygehusvæsen generelt er af en ringere standard end institutionerne inden for det somatiske sygehusvæsen, samt

at det for alle parter, der er involveret i planlægningsprocessen, er ønskeligt, at denne nu bringes ind i formaliserede baner.

Hertil kommer, at det psykiatriske sygehusvæsen beslaglægger henved 15 % af det samlede ressourceforbrug i sygehusvæsenet og henved 30 % af sengepladserne.

Endelig har det også for udvalget været af væsentlig betydning, at psykisk sygdom er et stort og voksende samfundsproblem, som måske ikke har tiltrækket sig tilstrækkelig opmærksomhed i den almindelige debat hidtil. Det er vigtigt, at der nu i forbindelse med statshospitalernes overførelse skabes en god forståelse for disse problemers vægt for på denne måde at følge de muligheder op, som den administrative omlægning måtte give.

Vejledningen vedrørende den fremtidige organisation:

Udvalget har set det som sin opgave at fremkomme med et udkast til vejledende retningslinier, der kunne anvendes i det eksisterende system for sygehusplanlægning, således som dette hjemles i lov om sygehusvæsenet. Under arbejdet blev det imidlertid klart, at en nogenlunde relevant vej-

ledning til amtskommunerne måtte kræve, at retningslinierne mere udførligt beskæftigede sig med sygehusvæsenets forhold til socialsektor og primær sundhedstjeneste. Dette skyldes ikke blot den særlige plejehjemsproblematik, som ifølge udvalgets kommissorium ønskedes afklaret hurtigt, men at det som helhed måtte anses for nødvendigt at prøve at vurdere, hvilke alternative pleje- og behandlingsmuligheder amtskommunerne kunne tænkes at have ved et godt samspil mellem sygehusvæsen, socialsektor og primær sundhedstjeneste. Dette måtte imidlertid som nævnt gøres med forbehold af, at retningslinierne måtte respektere det eksisterende planlægningssystem; den vejledning, der er indeholdt i retningsliniernes afsnit 3, foregiver derfor ikke på nogen måde at give en dækkende fremstilling af de problemer, som psykiske lidelser rejser uden for sygehusvæsenet.

Det har i øvrigt været udgangspunktet for udvalgets overvejelser om den fremtidige organisation, at det langsigtede mål for planlægningen af den psykiatriske service må være, at de enkelte amtskommuner i det væsentlige bliver i stand til at dække deres behov for psykiatrisk sygehusfunktion ved egne institutioner på samme måde, som amtskommunerne løser sygehusforpligtelsen over for andre patientgrupper. Det var et af hovedformålene med statshospitalernes overførelse at skabe grundlaget for en sådan situation, der må betragtes som det normale inden for det øvrige sygehusvæsen, hvor indlæggelse ud over amtsgrænserne efter kommunalreformen i alt overvejende grad alene betinges af, at visse højere specialiserede funktioner (typisk »landsdelsspecialer«) kræver en større centralisering end den, der kan rummes inden for den enkelte amtskommune. Det er direkte anført i bemærkningerne til § 2 i forslaget til lov om statshospitalernes overførelse til amtskommunerne, at der på længere sigt bør stiles imod, at den enkelte amtskommune selv kan dække sit behov for psykiatrisk service ved egne institutioner. Den foreslåede fastholdelse af de hidtidige landområder skulle derfor alene bidrage til at løse et overgangsproblem og burde ikke af de amtskommuner, som den tilsigter at tilgodese i overgangsperioden, kunne anvendes som argument for at undlade den nødvendige

opbygning af det psykiatriske sygehusvæsen i de pågældende amtskommuner.

Udvalget har dog ikke ment at kunne fastsætte nogen bestemt frist for overenskomsternes afvikling og dermed for, hvornår amtskommunerne bør have opnået den anførte selvforsyning. Hvilken tidsfrist, der vil være den rigtige, vil i høj grad bero på lokale forhold, hvortil kommer, at det i ganske enkelte tilfælde kan være rimeligt, at der fastsættes en særlig lang afviklingstid for en overenskomst. Udvalget anser det for nok så væsentligt og som udgørende udgangspunktet for planlægningsarbejdet i amtskommunerne, at der mellem de berørte amtskommuner optages forhandlinger, der resulterer i en afviklingsaftale, hvori der bl.a. angives en tidsramme for afviklingen.

Som følge af amtskommunernes højst forskellige udgangssituation på dette område har udvalget i øvrigt kun i ringe udstrækning fundet det ønskeligt at binde amtskommunerne til bestemte løsninger af den fremtidige organisation. Udvalget har i

højere grad set det som en hovedopgave at pege på, hvor amtskommunerne måtte have reelle valgmuligheder ved udbygningen af det psykiatriske sygehusvæsen.

Det følger heraf, at udvalget ikke har ønsket at fastsætte bestemte normer for det fremtidige undersøgelses-, behandlings- og plejebestand. Endvidere, at udvalget har begrænset sig til at give oplysninger om det nuværende ressourceforbrug samt anvisninger på beregningen af det fremtidige ressourceforbrug ved alternative løsninger af udbygningen. Hertil kommer, at udvalget på dette stadium af planlægningsprocessen har anset det for nok så hensigtsmæssigt, at amtskommunernes planer i den særlige planlægningsrunde udformes således, at de vil kunne bidrage til at belyse de nævnte spørgsmål, herunder tilvejebringe et talmateriale, som vil kunne anvendes af de centrale sundhedsmyndigheder, og som i øvrigt vil kunne anvendes som grundlag for det videre planlægningsarbejde i amtskommunerne.

København, maj 1977.

Ulla Boesen	C. Jess	U. Horst Petersen
Vagn Christensen	Rudolf Knudsen	Henning Poulsen
Eskil Hohwy	(formand)	Ole Rosbo
Ole Høeg	Villars Lunn	Erik Strömngren
Eugene Ibsen	L. O. Madsen	G. Thomassen
Ruth Toxværd Jeppesen	H. Koldby Nielsen	Per Udsen

Anne Birte Pade

Kapitel II.

Baggrunden for statshospitalernes overførelse til amtskommunerne. Hovedtræk af det psykiatriske sygehusvæsens historiske udvikling.

1. Baggrunden for statshospitalernes overførelse til amtskommunerne.

1.1. Indledning.

I lov nr. 328 af 26. juni 1975 om statshospitalernes overførelse til amtskommunerne er det i § 1, stk. 1, fastsat, at statshospitalerne til behandling af sindslidende samt de dertil knyttede plejehjem m.v. overføres til de amtskommuner, hvori de er beliggende.

I § 2, stk. 1, er det fastsat, at der på de af § 1 omfattede institutioner samt Københavns kommunes psykiatriske institutioner ydes behandling m.v. i overensstemmelse med reglerne i lov om sygehusvæsenet. Samtidig er ophævet de bestemmelser i lov om social bistand, hvorefter behandling og omsorg for sindslidende påhviler staten som en særforborgsopgave, jfr. overførelseslovens § 9, stk. 1.

Loven om statshospitalernes overførelse til amtskommunerne, der trådte i kraft den 1. april 1976, indebærer således, at sygehuskræ vende undersøgelse, behandling og pleje af sindslidende nu i hele landet varetages af de samme myndigheder, som sygehusvæsenet i øvrigt hører under.

Den psykiatriske sygehusfunktion skal følgelig administreres og planlægges efter samme regler som det øvrige sygehusvæsen. Som det vil fremgå af de følgende kapitler er dette dog ikke ensbetydende med, at der på alle områder gælder de samme regler for psykiatrisk sygehusvæsen som for somatisk sygehusvæsen. Her tænkes for det første på de afvigelser, der skyldes, at de tidligere statshospitalers landområder indtil videre er opretholdt, jfr. overførelseslovens § 2, stk. 2. Endvidere tænkes på, at det psykiatriske sygehusvæsen i medfør af overførelseslovens § 3 er pålagt visse særlige opgaver vedr. retspsykiatriske patienter, samt

at der i medfør af lov nr. 118 af 13. april 1938 om sindssyge personers hospitalsophold i visse tilfælde gælder særlige regler om indlæggelse på og udskrivning fra psykiatriske sygehuse/afdelinger. Endelig tænkes på, at der om inddragelse af pension og indtægter i øvrigt gælder forskellige regler for visse af de psykiatriske sygehuse/afdelinger og de somatiske sygehuse og visse af de derpå værende psykiatriske afdelinger.

Nogle af disse forskelligheder må henføres til de psykiske lidelsers særlige karakter (de retspsykiatriske opgaver, bestemmelserne i sindssygeloven) medens andre særlige regler, f.eks. om opretholdelsen indtil videre af de tidligere statshospitalers landområder, må ses som led i en nødvendig overgangsordning ved overførelsen af den psykiatriske sygehusfunktion fra et administrativt område (staten/særforborg) til et andet (amtskommunerne/det almindelige sygehusvæsen). Med hensyn til forskellighederne vedr. pensionsinddragelsesreglerne m.v. henvises til kapitel X.

1.2. Baggrunden for statshospitalernes overførelse til amtskommunerne.

I de almindelige bemærkninger til lovforslaget om statshospitalernes overførelse til amtskommunerne er om baggrunden for lovforslaget bl.a. anført følgende:

»Nærværende lovforslag er et led i den igangværende omlægning af byrde- og opgavefordelingen mellem staten og amtskommunerne. Det tager i første række sigte på at fastlægge de administrative og økonomiske rammer for en overførelse af statens hospitaler for sindslidende til amtskommunerne. Det principielle mål med for-

slaget er dog at danne grundlag for en integration af det psykiatriske hospitalsvæsen i det almindelige (kommunale) sygehusvæsen. Denne integration må anses for ønskelig og nødvendig såvel ud fra undersøgelses- og behandlingsmæssige hensyn som ud fra administrative og økonomiske. Lægevidenskabens udvikling har nedbrudt tidligere tiders skarpere sondring mellem legemlige og psykiske sygdomme og har dels øget nødvendigheden af en integration af psykiatrisk specialviden i behandlingen af legemlige sygdomme, dels - bl.a. ved hjælp af psyko-farmaka - muliggjort behandling af sindslidelser, som før unddrog sig effektiv behandling. Denne udvikling har i stigende omfang gjort det vanskeligt at begrunde, at samfundets indsats for undersøgelse og behandling af sindslidelser ikke skulle følge samme regler, som gælder for det almindelige sygehusvæsen, men betragtedes som en forsorgsopgave.

Desuden må ønsket om en samlet prioritering og styring af sygehusvæsenet gøre det rationelt, at det psykiatriske hospitalsvæsen nu inkorporeres i det almindelige sygehusvæsen med henblik på, at begge kan underlægges samme regler for planlægning og daglig administration.

Endelig kan en overførelse af statshospitalerne til amtskommunerne muligvis medvirke til et mere fordomsfrit syn på sindslidelser, idet det på institutionelt plan fastslås, at disse er at betragte som almindelige sygdomme på linie med de øvrige lidelser, der behandles af sygehusvæsenet.«

Med hensyn til forarbejderne til lovfor-slaget henvises til de almindelige bemærkninger til lovforslaget.

I denne sammenhæng kan nævnes, at der

allerede i begyndelsen af 1950-erne var tanker fremme om, at det i mange henseender ville være det ideelle, om sindssygehospita-lerne kunne have samme administration som sygehusene.

Den lægevidenskabelige udvikling havde allerede da gjort det klart, at det gensidige behov for samarbejde mellem det psykiatriske og de øvrige lægelige specialer havde medført, at somatisk og psykiatrisk sygehusvæsen i videst muligt omfang måtte integreres rent lægeligt, hvilken erkendelse da også har været bestemmende for placeringen m.v. af nye psykiatriske sygehuse og afdelinger i tiden siden begyndelsen af 1950-erne, jfr. nærmere nedenfor i afsnit 2.6.

Praktisk taget alle de institutioner, som staten siden 1850 har oprettet eller overtaget til behandling og pleje af psykiatriske patienter er fortsat i brug, og indgår nu, efter statshospitalernes overførelse til amtskommunerne, i det almindelige sygehusvæsen.

På denne baggrund er det fundet naturligt at give en fremstilling af hovedtrækkene af det psykiatriske sygehusvæsens historiske udvikling. Fremstillingen falder for så vidt angår voksenpsykiatrien i 3 dele: Nedenfor i *afsnit 2*. gives en fremstilling af udviklingen vedr. institutionerne og organisationen og i tilslutning hertil omtales ganske kort udviklingen vedr. de psykiatriske behandlingsformer og det psykiatriske sygdomsmønster. I *afsnit 3*. gives en oversigt over udviklingen af de psykiatriske behandlingsformer og i *afsnit 4*. redegøres der for udviklingen af det psykiatriske sygdomsmønster.

I *afsnit 5*. redegøres der særskilt for udviklingen inden for børnepsykiatrien.

2. Hovedtræk af det psykiatriske sygehusvæsens historiske udvikling - institutioner og organisation.

2.1. Indledning.

I begyndelsen af det 19. århundrede blev det klart for lægevidenskaben, at de såkaldt afsindige var syge mennesker, som man gennem lægelig indsats havde mulighed for at 'sætte' i bedre tilstand.

Det første hospital for sindslidende i Danmark blev oprettet i 1816, hvor institutionen Set. Hans Hospital under Københavns kommune for første gang fik en lægelig ledelse. Institutionen, hvis historie som anbringelsessted for sindssyge, fattige uhelbredeligt syge og syge, der led af farlige

smitsomme sygdomme, kan spores langt tilbage i tiden, var få år forinden flyttet til den nuværende placering ved Roskilde.

I 1820 blev der åbnet en anstalt i Slesvig.

Det blev på den tid betragtet som en kommunal opgave, at tage sig af de sindssyge. Der var imidlertid ingen kommuner, bortset fra Københavns kommune, der på rimelig måde løste denne opgave.

Fra lægelig side blev der argumenteret for, at oprettelsen af særlige helbredelsesinstitutioner for sindssyge skulle ske på statslig basis. Man mente ikke, at kommunerne økonomisk kunne klare denne opgave, og man var betænkelig ved, om der på det lokale plan kunne forventes tilstrækkelig forståelse for det nye syn på sindslidende, dvs. at der var tale om syge mennesker, og deres behov for behandling.

Det blev derfor staten, der tog initiativet til oprettelse af de institutioner for sindslidende, der blev oprettet i årene efter 1850. Som en konsekvens heraf og endvidere som følge af at opgaverne havde antaget et sådant omfang, at man efter den tids forhold ikke mente at kunne lade udgifterne hvile på kommunerne, overtog staten i slutningen af det 19. århundrede, nærmere bestemt i 1884, samtlige udgifter ved **sindssyge** væsenet, såvel anlægs- som driftsudgifter. Samtidig indførtes et årligt statstilskud til Københavns kommune som kompensation for, at denne kommune fortsat drev sit eget sindssygevæsen. Siden da og indtil 1. april 1976 har det her i landet været betragtet som en statsopgave at drage omsorg for behandling, kur og pleje af sindslidende.

Udviklingen har dog formet sig sådan, at også amtskommunerne som led i det almindelige sygehusvæsen, inden for den sidste snes år, har oprettet afdelinger til behandling af patienter med psykiske lidelser.

2.2. Perioden indtil omkring 1950.

Stats hospitalerne.

Det ældste af statens sindssygehospitaler, hospitalet ved Århus, blev taget i brug i 1852, og få år efter, i 1858, åbnedes sindssygehospitalet i Vordingborg. I 1877 omdannedes tugthuset i Viborg, hvis historie går helt tilbage til 1743, til sindssygehospital, i 1888 indviedes sindssygehospitalet i Middelfart og i 1915 hospitalet i Nykøbing Sj.

Hertil føjede sig de sønderjyske hospitaler fra tiden efter genforeningen, hospitalet i Vester Vedsted ved Ribe, indrettet i en tidligere jernbanestation i 1923 og sindssygehospitalet i Augustenborg installeret i det hertugelige slot, der toges i brug til sit nuværende formål i 1932. Alle disse hospitaler er fortsat i brug.

Fra begyndelsen af dette århundrede blev der endvidere oprettet plejehjem til optagelse af kroniske patienter, hvis tilstand ikke nødvendiggjorde dagligt psykiatrisk tilsyn. Disse plejehjem blev efterhånden knyttet til de respektive hospitaler. I årene indtil omkring 1950 blev oprettet i alt 10 plejehjem, henholdsvis på Råmosegård ved Tirstrup, på Dalstrup ved Grenå, på Visborggård ved Hadsund, på Hvedholm ved Fåborg, i Nikolajgade i Viborg, på Fabersvej i Randers samt i Stege, Sakskøbing, Sorø og Holbæk.

De 4 sidstnævnte plejehjem var også før 1. april 1976 amtskommunale institutioner. De blev i henhold til overenskomst mellem staten og vedkommende amtskommune belagt med patienter fra statens sindssygehospitaler.

Ingen af plejehjemmene blev opført til formålet. 2 af plejehjemmene, Visborggård og Hvedholm, er indrettet i gamle slotte, andre i tidligere fattiggårde, tvangsarbejdsanstalter, gamle sygehuse m.v.

Københavns kommune.

Som allerede nævnt blev den første institution her i landet til behandling af sindslidende, Set. Hans hospital, oprettet af Københavns kommune i 1816, og Københavns kommune har siden da drevet sit eget psykiatriske sygehusvæsen. I løbet af det 19. århundrede og i begyndelsen af dette århundrede blev Set. Hans hospital gentagne gange moderniseret og udvidet såvel ved opførelse af nye bygninger som ved indretning af bygninger i nogen afstand fra det egentlige hospitalskompleks til brug for sindslidende. I 1875 blev der åbnet en psykiatrisk modtageafdeling på Kommunehospitalet og i 1938 en tilsvarende afdeling på Bispebjerg hospital. Den nærmere tilknytning mellem det psykiatriske og det somatiske sygehusvæsen, der blev så karakteristisk for udviklingen i årene efter 1950 inden

for statshospitalsvæsenets område, tog således sin begyndelse i København på et langt tidligere tidspunkt, i hvert fald på det rent institutionelle plan.

Ved *Frederiksberg hospital* blev der oprettet en psykiatrisk afdeling i 1915.

Rigshospitalet.

På Rigshospitalet blev der oprettet en psykiatrisk afdeling i 1934.

Private hospitaler m.v.

I 1928 blev Kolonien Filadelfia, der blev oprettet i 1897 på privat initiativ med særlig henblik på behandling af epileptikere, udvidet med Dianalund Nervesanatorium. Ved kolonien findes også en afdeling for (andre) sindslidende.

Et interessentskab, bestående af Københavns kommune, Københavns og Frederiksborg amtskommuner samt nogle købstadkommuner, oprettede i 1952 et nervesanatorium. Montebello ved Helsingør.

Der var i en periode en del private klinikker, men ingen af dem eksisterer mere.

Familiepleje.

I tilknytning til statshospitalerne eller de dertil hørende plejehjem. Set. Hans hospital samt den psykiatriske afdeling på Filadelfia har der siden begyndelsen af dette århundrede været anbragt patienter i kontrolleret familiepleje. Familieplejen tog navnlig sigte på de kroniske patienter, og det har i særlig grad været hospitalernes pladsmangel, der ledte tanken ind på denne anbringelsesform. Samtidig var man dog også opmærksom på, at en sådan anbringelsesform for visse kategorier af patienter kunne være af positiv værdi.

2.3. Generelle bemærkninger om det psykiatriske sygehusvæsens udvikling indtil omkring 1950.

Sammenfattende kan de sindssygehospitaler, der blev oprettet i sidste århundrede og i begyndelsen af dette århundrede, karakteriseres derved, at der var tale om forholdsvis store institutioner anlagt som isolerede komplekser uden nogen tilknytning til det

almindelige sygehusvæsen, med en beliggenhed i rolige og naturskønne omgivelser. Dette var rimeligt i en tid, hvor behandlingen for sindslidende i alt væsentligt var en miljøbehandling bestående i en fjernelse af patienten fra belastende omgivelser og anbringelse i et beroligende, ikke-belastende og forstående miljø. Aktiv terapi kom kun til udfoldelse inden for ret snævre rammer.

Hospitalerne var næsten til stadighed præget af pladsmangel og deraf følgende overbelægning.

De indlagte udgjorde først og fremmest de allersværeste tilfælde, de utvivlsomt sindssyge, som simpelt hen ikke kunne klare sig noget andet sted end på et hospital. En væsentlig del af patienterne måtte betragtes som rene plejetilfælde. Den stigning i det årlige antal indlæggelser på hospitalerne, som fandt sted i hele perioden og som navnlig tog fart fra midten af 1930-erne, afspejler ikke en tilsvarende stigning i forekomsten af svære tilfælde af sindssygdom. Stigningen i indlæggelsesfrekvensen skyldes fortrinsvis den omstændighed, at bedre pladsforhold efterhånden gjorde det muligt også at modtage lettere tilfælde, og at de efterhånden bedre behandlingsmuligheder har tiltrukket patienter, som ikke tidligere kunne have nogen gavn af indlæggelse.

Der skete til stadighed en udvikling af de psykiatriske behandlingsformer og navnlig i 1920-erne og 1930-erne tog denne udvikling fart, bl.a. ved fremkomsten af nye behandlingsmetoder, som på mange måder var af samme art som dem, der anvendtes inden for det almindelige sygehusvæsen. Antallet af årlige indlæggelser var i stigning, nye patientgrupper kom til, og hospitalerne begyndte at modtage patienter i ambulant behandling. Alt dette skete uden at der samtidig hermed skete den fornødne modernisering og udbygning af det psykiatriske hospitalsvæsen. Inden for det somatiske sygehusvæsen var der derimod et betydeligt nybyggeri i form af centralsygehuse, ikke mindst i 1930'erne.

I årene efter 2. verdenskrig stod det derfor klart, at det ville være nødvendigt med radikale forandringer, såfremt den psykiatriske gren af sygehusvæsenet skulle bringes i nogenlunde harmoni med den høje standard inden for den øvrige del af det danske sygehusvæsen. En sådan væsentlig

forandring blev anset for helt nødvendig, ikke blot fordi de bestående hospitaler var forældede og overbelagte - hvilket i sig selv var yderst uheldigt - men også fordi det var en væsentlig forudsætning for, at man virkelig kunne udnytte de nye former for aktiv patientbehandling.

Denne situation var baggrunden for det reformarbejde, der for alvor tog sin begyndelse omkring 1950.

2.4. Udviklingen siden begyndelsen af 1950-erne.

Statshospitalerne.

I foråret 1952 nedsatte indenrigsministeriet en kommission, der skulle afgive indstilling om statens sindssygevæsens udviklingslinier i organisations- og bygningsmæssig henseende med særlig henblik på hospitalernes fornødne tilpasning til nutidens krav og behandlingsformer. Kommissionen afgav betænkning i 1956 (Betænkning nr. 165/1956). Da psykiatrien til stadighed var i betydelig udvikling, blev der i foråret 1964 nedsat et snævert udvalg, der fik til opgave at ajourføre betænkningen af 1956. Udvalget afgav i 1965 en betænkning (nr. 382/1965), der i det væsentlige underbyggede kommissionsbetænkningen af 1956, og som sammen med denne har angivet de retningslinier, hvorefter staten i tiden siden fremkomsten af disse betænkninger har foretaget nyopførelser og moderniseringer af statens hospitaler for sindslidende.

Kommissionen (og udvalget) beskæftigede sig i den givne situation i første række med udbygningen og moderniseringen af hospitalsvæsenet og kommissionen afgav allerede i slutningen af 1952 en foreløbig indstilling om dette spørgsmål. Nogle af kommissionens forslag blev omsat i lovgivning, således i en *lov fra 1953* om opførelse af sindssygehospitaler i Ålborg og Glostrup og om opførelse af plejehjem for sindssyge i Ballerup-Måløv kommune og i Viborg samt om ændring af en *lov fra 1947* om opførelse af et nyt sindssygehospital i Brønderslev m.v. (loven fra 1947 vedrørte udover Brønderslev hospitalet ombygning af sindssygehospitalet i Viborg og opførelse af en børnepsykiatrisk afdeling ved sindssygehospitalet ved Århus). Endvidere en *lov fra 1959*

om hospitaler til behandling af sindslidende og om psykiatriske afdelinger, hvorved indenrigsministeren bl.a. blev bemyndiget til at lade opføre statshospitaler til behandling af sindslidende i Hillerød, Hjørring og Odense kommuner samt endelig en *lov fra 1967* om opførelse af et statshospital i Herlev. Disse love, der kun omfattede en del af de forslag, der blev stillet i de nævnte betænkninger, er delvis blevet ført ud i livet. Hospitalet i Brønderslev blev taget i brug i 1957, Børnehospitalet ved Århus i 1958 og hospitalet i Glostrup i 1960. Der er opført plejehjem i Viborg og i Ballerup. Hospitalet i Ålborg blev taget i brug i 1970 og hospitalerne i Hillerød og Odense var under opførelse ved statshospitalernes overførelse til amtskommunerne. Lovbestemmelserne om opførelse af hospitaler i Hjørring og Herlev er ikke blevet realiseret, og de pågældende lovbestemmelser er nu ophævet.

Ved de ældre statshospitaler og plejehjem er der udført moderniseringsarbejder og nybyggeri. Ved nogle statshospitaler har der været tale om gennemgribende moderniseringer, mens der i andre tilfælde kun har været tale om afhjælpning af mangler.

Bygge- og moderniseringsarbejderne har generelt langt fra været tilstrækkelige til at opfylde de krav med hensyn til tilvejebringelse af pladser med den fornødne standard, som man i 1956 og 1965 anså for uomgængelig nødvendigt. Den utilstrækkelige tilvejebringelse af sengepladser på nye hospitaler har i sig selv udgjort en begrænsning af mulighederne for en stadig påkrævet modernisering af nogle af de gamle statshospitaler og plejehjem, idet en sådan modernisering vil indebære nedlæggelse af et betydeligt antal pladser, som der nødvendigvis forinden må være tilvejebragt erstatning for.

Som *bilag A* er optaget en oversigt over de tidligere statshospitaler samt de dertil knyttede plejehjem. Oversigten indeholder oplysninger om tidspunktet for de respektive hospitalers ibrugtagning, de væsentligste moderniseringsarbejder m.v., antallet af sengepladser og disses fordeling på sengestuer. Det fremgår bl.a. af oversigten, at problemet med for store stuer først og fremmest gør sig gældende på de gamle statshospitaler i Nykøbing Sj., Vordingborg, Augustenborg, Århus og Middelfart.

Årsagerne til den i forhold til det hidtidige

planlægningsgrundlag for ringe udbygning af statshospitalerne må umiddelbart søges i, at det ikke har været muligt at få stillet de nødvendige offentlige midler til rådighed. Hertil kommer for så vidt angår de senere år, at overvejelserne om overførelse af statshospitalerne til amtskommunerne har lagt en bremse på udarbejdelse og realisering af planer om nye udbygningsarbejder ud fra den betragtning, at staten ikke ved langsigtede dispositioner på dette område skulle foregribe dispositioner, som amtskommunerne til sin tid ville blive ansvarlige for.

Københavns kommune.

Udbygningen af Københavns kommunes psykiatriske hospitalsvæsen i årene efter 1950 har især bestået dels i en fortsat udbygning og modernisering af Set. Hans hospitals-komplekset, dels i opførelsen af en række plejehjem/hospitaler.

Endvidere kan nævnes, at der i 1968 blev oprettet en ungdomspsykiatrisk afdeling på Bispebjerg hospital.

Antallet af pladser på psykiatriske institutioner i Københavns kommune er og har i mange år været relativt betydeligt højere end i den øvrige del af landet.

Det særlige statstilskud, som Københavns kommune siden slutningen af forrige århundrede har modtaget som kompensation for, at kommunen opretholdt sit eget psykiatriske hospitalsvæsen, har senest været ydet med hjemmel i forsorgslovens § 70. Tilskuddet har siden midten af 1960-erne, hvor det blev forhøjet, været fastsat således, at det højst kunne udgøre 90 % af kommunens nettoudgifter incl. udgifter til forrentning og afskrivning. Der har været lagt det yderligere loft over tilskuddet, at tilskuddet pr. sygedag ikke kunne overstige den gennemsnitlige sygedagsudgift ved 4 nærmere angivne (moderne) institutioner under direktoratet for statshospitalerne.

Private hospitaler m.v.

Inden for dette område kan det nævnes, at I/S Montebello i 1967 åbnede et dag- og nathospital i Gentofte og i 1974 åbnede en afdeling i Spanien. Montebello ved Helsingør er endvidere blevet udbygget med en særlig ungdomspsykiatrisk afdeling.

Jysk Nervesanatorium, der er indrettet i et tidligere tuberkulosesanatorium, blev taget i brug i 1957.

Familiepleje.

Anbringelsesformen kontrolleret familiepleje under det psykiatriske sygehusvæsen for ældre kronisk syge har haft en stadig mindre betydning og omfatter nu kun ganske få patienter (under 100). Denne anbringelsesform må forventes at forsvinde helt efterhånden. Derimod anvendes familiepleje i stigende grad inden for den sociale sektor (f.eks. over for unge stofmisbrugere og børn).

2.5. Generelle bemærkninger om det psykiatriske sygehusvæsens udvikling i årene efter 1950.

Udviklingen inden for det psykiatriske hospitalsvæsen siden begyndelsen af 1950-erne har i øvrigt, dvs. bortset fra den ovenfor omtalte bygningsmæssige udvikling, på mange måder bestået i en videreførelse og forstærkning af den udvikling, der allerede fra et tidligere tidspunkt, og vel navnlig fra midten af 1930-erne, var igang. I løbet af 1950-erne skete der afgørende fremskridt i mulighederne for en effektiv medikamentel behandling af sindslidelser. Antallet af årlige indlæggelser er steget kraftigt, den gennemsnitlige indlæggelsestid er blevet afkortet, den ambulante behandlingsvirksomhed stærkt forøget, og patienter, der tidligere blev anset for uhelbredelige, bliver nu udskrevet i betydeligt omfang. De fleste hospitaler har fået afdelinger for dag/nat-patienter.

Det kan i denne forbindelse nævnes, at benævnelsen for de institutioner, der hidtil havde været benævnt som statens sindssygehospitaler, i 1960 blev ændret til statens hospitaler for sindslidende (statshospitalerne), som en konsekvens af, at disse institutioner også varetager undersøgelse og behandling af patienter med andre sindslidelser end de egentlige sindssygdomme.

Særlig karakteristisk for denne periode har dog været det psykiatriske hospitalsvæsens stadige nærmere tilknytning til det somatiske sygehusvæsen.

2.6. Tilknytningen til det somatiske sygehusvæsen.

Kommissionen af 1952 beskæftigede sig også med spørgsmålet om det psykiatriske hospitalsvæsens tilknytning til det somatiske sygehusvæsen. Medens det tidligere, under hensyntagen til de få aktive behandlingsformer man rådede over, havde været naturligt at hospitalerne for sindslidende blev anbragt som isolerede komplekser, fandt man, at udviklingen inden for lægevidenskaben gjorde et samarbejde med andre lægelige specialer oplagt nødvendigt. Som en logisk følge heraf opstod tanken om at søge de psykiatriske behandlingshospitaler tilknyttet centralsygehusene. Et samarbejde mellem psykiatrien og de øvrige lægevidenskabelige specialer ville ikke blot have betydning for den moderne behandling af sindssygdomme, men ville også indebære, at der kunne opfyldes et behov for psykiatrisk bistand ved undersøgelse og behandling af patienter på centralsygehusene. Endvidere ville samarbejdet have den økonomiske fordel, at bekostelige tekniske anlæg kunne blive fælles. Endelig fandt man, at det kunne være af psykologisk værdi, at det på håndgribelig måde blev anskueliggjort, at behandlingen af psykiske lidelser lå på linie med anden sygdomsbehandling.

Det var derfor kommissionens opfattelse, at de kommende statshospitaler så vidt muligt skulle lægges i umiddelbar **tilknytning** til centralsygehusene. Kommissionen fandt endvidere, at der på steder, hvor det ikke var muligt at realisere sådanne hospitalsplaner, kunne være et behov for, at staten oprettede mindre psykiatriske specialafde-

linger på sygehusene, ligesom man forudså, at sådanne afdelinger kunne oprettes på kommunalt initiativ. Kommissionens synspunkter om tilknytningen til det almene sygehusvæsen er i høj grad kommet til udtryk i den udbygning af det psykiatriske hospitalsvæsen m.v., der er sket siden 1950. Statshospitalerne i Glostrup og Ålborg er således placeret i nær tilknytning til store udspecialiserede kommunale sygehuse med henblik på, at der kan etableres et nært samarbejde mellem institutionerne. Det samme gælder for hospitalerne i Hillerød og Odense, der var under opførelse ved statshospitalernes overførelse til amtskommunerne. Dertil kommer, at der blev oprettet i alt 4 statslige psykiatriske afdelinger ved kommunale sygehuse i henholdsvis Rønne, Thisted, Odense og Hjørring samt i alt 10 amtskommunale (senge)afdelinger i henholdsvis Slagelse, Esbjerg, Herning, Holbæk, Randers, Silkeborg, Svendborg, Næstved, Vejle og Horsens. Disse afdelinger, der også før 1. april 1976 var rent amtskommunale sygehusafdelinger, er oprettet dels for at bøde på kapacitetsproblemer på statens hospitaler, dels for at opnå en lægelig integration af psykiatrien i det almindelige sygehusvæsen.

Den overførelse af statshospitalerne til amtskommunerne, der nu er sket, ligger således i direkte forlængelse af de udviklingslinier, som kommissionen af 1952 foreslog og som statshospitalsvæsenet siden da er blevet udbygget efter, og må betragtes som et yderligere skridt i retning af integration af somatisk og psykiatrisk sygehusvæsen.

3. Udviklingen af de psykiatriske behandlingsformer.

Grundlaget for et egentligt psykiatrisk sygehusvæsen her i landet blev som nævnt lagt i begyndelsen af det 19. århundrede, hvor det blev klart for lægevidenskaben, at de såkaldte afsindige var syge mennesker, som man gennem lægelig indsats havde mulighed for at helbrede eller dog bedre tilstanden for.

Man rådede dog kun i meget ringe grad over mere aktive behandlingsmuligheder. Behandlingen af de sindslidende var i alt

væsentligt en miljøbehandling bestående i en fjernelse af patienten fra belastende omgivelser og anbringelse i et beroligende, ikke-belastende miljø. En vis form for psykoterapi, herunder beskæftigelsesterapi, spillede dog en rolle.

De første større fremskridt vedr. behandlingen af sindslidelser skete i årene mellem 1. og 2. verdenskrig, hvor man tog forskellige former for »somatiske« behandlingsmetoder i anvendelse, som på mange måder

var af samme art, som dem, der anvendtes inden for det somatiske sygehusvæsen. **Omkring 1920 var malariabehandlingen** af det syfilitiske sløvsind indført de fleste steder. Denne behandling blev senere afløst af anden feberfremkaldende behandling og af penicillinbehandlingen. Fra midten af trediverne indførtes chockbehandlingen. Denne bestod først i indsprøjtning af krampefremkaldende stoffer, men fra 1938 kunne man **anvende elektrostimulation (elektrochock)**, der stadig benyttes, nu i modificeret form under bedøvelse og efter indgift af muskelafslappende medikamenter for at afdæmpe muskelkramper. Elektrostimulationsbehandlingens anvendelsesområde er fortsat sværere depressioner og delirøse tilstande.

Insulincomabehandlingen, som i midten af trediverne spillede en betydelig rolle, er nu stort set afløst af andre behandlingsmetoder.

De psykokirurgiske metoder (»lobotomi«, »det hvide snit«), der fra begyndelsen af 1940'erne indførtes til behandling af ondartet forløbende tilfælde af skizofreni, kroniske depressioner og visse former for tvangsneuroser, aftog i betydning i løbet af 1950-erne og anvendes nu undtagelsesvis og i modificeret form.

De væsentligste terapeutiske fremskridt har imidlertid været indførelsen af den **medikamentelle behandling**. I begyndelsen af 1950-erne introduceredes chlorpromazin og stoffer med lignende virkning, hvor hovedanvendelsesområdet er skizofrenierne. Disse lægemidler, som ikke helbreder sygdommen, men dæmper symptomer som vrangforestillinger, hallucinationer og uro, er i øvrigt yderligere udviklede og benyttes i dag ofte som injicerbar depotmedicin.

Fra slutningen af 1950-erne fremkom de antidepressivt virkende stoffer, som f.eks. imipramin og amitriptylin. Disse lægemidler har først og fremmest virkning på den manio-depressive psykose og har for depressionernes vedkommende delvis erstattet elektrostimulationsbehandlingen. Foruden til behandling af det akutte sygdomsanfald benyttes disse lægemidler samt litium som langtidsbehandling i anfaldsforebyggende øjemed. En forudsætning for heldig gennemført ambulant behandling med disse lægemidler er passende laboratoriefaciliteter, idet den medikamentelle behandling for at

være optimal uden risiko for alvorligere bivirkninger kræver relativ hyppig bestemmelse af blodindholdet.

I denne forbindelse kan også nævnes antabusbehandlingen, der blev indført i 1948, og som gjorde det muligt at lægge hovedvægten inden for alkoholistbehandlingen på den ambulante behandling.

Den medikamentelle behandling har revolutioneret psykosebehandlingen, men har ikke i samme omfang haft betydning over for neuroser, hvor psykoterapien stadig er den vigtigste behandlingsform.

Siden 1920-erne har beskæftigelsesterapien været et vigtigt led i den psykiatriske behandling. Den har udviklet sig til mere rationel terapi med resocialiserende og revaliderende formål i form af beskæftigelsesterapi (ergoterapi), arbejdsoptræning og industriel terapi.

Også de **psykoterapeutisk** behandlingsmetoder har gennemgået en betydelig udvikling. Psykoterapien blev tidligere næsten udelukkende anvendt som individuel terapi, medens man nu også anvender forskellige former for gruppeterapi. **Miljøbehandlingen** er stadig meget vigtig, men har ændret karakter. Medens hovedsigtet med miljøbehandlingen tidligere var at berolige patienten ved at fjerne ham fra et belastende miljø, lægger man nu mere vægt på at aktivere og selvstændiggøre patienten.

Den beskrevne udvikling af de psykiatriske behandlingsformer har - sammen med den øvrige lægevidenskabelige udvikling og forbedringen af den almindelige sundhedstilstand - gradvist formindsket institutionernes statiske, opbevarende funktion over for langtidsindlagte (kroniske) patienter og har omvendt givet det moderne psykiatriske sygehus en mere dynamisk karakter: Der rådes over effektive behandlingsmetoder og de fleste af patienterne udskrives relativt hurtigt fra sygehuset eller behandles måske udelukkende ambulant eller på dag/nathospital.

I de år, der er gået siden mere aktive somatiske behandlingsmetoder blev indført, har forholdene på de psykiatriske **sygehusafdelinger** ændret sig på afgørende måde. Den uro, der tidligere prægede en del afdelinger, aftog væsentligt, mange lukkede afdelinger kunne åbnes, og antallet af skizofrene patienter, der havde behov for fortsat

indlæggelse på statshospitalerne, faldt. Samtidig tiltog behovet for ambulant behandling, der kunne strække sig over en lang årrække.

Udviklingen af de psykiatriske behandlingsmetoder, og dermed ændringen af sy-

gehusenes karakter, har ændret kravene til organisationen af det psykiatriske sygehusvæsen, jfr. foran afsnit 2.6., og har afspejlet sig i udviklingen af det psykiatriske sygdomsmønster.

4. Udviklingen af det psykiatriske sygdomsmønster i Danmark.

Inden for psykiatrien, hvor dødelighedsforholdene spiller en væsentlig ringere rolle som indikator for sygdomsudviklingen, end tilfældet er inden for den somatiske patologi, afspejler den talmæssige udvikling sig i det væsentlige kun inden for *indlæggelsesstatistikkerne* for hospitaler og lignende institutioner. Tilbundsgående undersøgelser over sygdommenes frekvenser i hele befolkningsgrupper er kun udført i begrænset omfang og kun i de senere år.

Vurderingen af indlæggelses- og udskrivningsstatistikkerne kan kun blive realistisk, såfremt fornødent hensyn tages til sygehusemæssige faktorer og tærskelfaktorer: Indlæggelsestallene vil i meget høj grad være afhængige af, hvor mange hospitalspladser, der står til rådighed for befolkningen, og tillige af befolkningens holdning til indlæggelse. Når antallet af indlæggelser på psykiatrisk afdeling eller hospital i Danmark i løbet af de sidste 100 år er steget fra ca. 5 pr. 10.000 til ca. 80 pr. 10.000, afspejler dette selvsagt ikke en tilsvarende stigning i *sygdomshyppigheden*; langt den største del af forøgelsen må tilskrives sygehusemæssige faktorer og tærskelfaktorer. Tværtimod haves der holdepunkter for, at sygdomsrisikoen for to af de vigtigste psykoser, skizofreni og manio-depressiv psykose, ikke har ændret sig i det forløbne tidsrum.

Det ligger i sagens natur, at i perioder, hvor hospitalssystemet har været helt utilstrækkeligt udbygget, og hvor tilmed befolkningens modstand mod indlæggelse har været stor, udgjordes de indlagte først og fremmest af de allersværeste tilfælde, som simpelt hen ikke kunne klare sig noget andet sted end på et hospital. Stigningen i indlæggelsesfrekvensen skyldes da fortrinsvis den omstændighed, at bedre pladsforhold har gjort det muligt også at modtage lettere tilfælde, og at bedre behandlingsmuligheder

har bevirket at patienter, som ikke tidligere kunne have nogen gavn af indlæggelse, nu bliver indlagt.

Med hensyn til *aldersfordelingen* af de indlagte foreligger der fra 1930-erne brugbare opgørelser, idet direktoratet for statshospitalerne begyndte visse tværsnitsundersøgelser, der viste aldersfordelingen på et givet tidspunkt. Sådanne tværsnitsundersøgelser er senere gennemført - som regel med 5 års mellemrum - i mere omfattende form, således at de sidste 2 tværsnitsundersøgelser i henholdsvis 1967 og 1972 har omfattet praktisk talt alle patienter indlagt på psykiatriske institutioner.

Aldersfordelingen har i de forløbne ca. 40 år ændret sig radikalt, idet de ældre aldersgrupper er blevet mere og mere dominerende. Dette skyldtes i begyndelsen mærkeligt nok ikke først og fremmest stigning i indlæggelser af geriatriske patienter, men derimod først og fremmest nedgang i dødeligheden for de store psykosegrupper. De skizofrene, der sædvanemæssigt udgjorde 60-75 % af belægningen, havde indtil ca. 1930 en meget betydelig overdødelighed, 5-10 gange så stor som den øvrige befolkning i de tilsvarende aldersklasser. Dødsårsagerne var ganske overvejende infektioner, herunder især tuberkulose. Den effektive behandling og forebyggelse af disse sygdomme bevirkede et hurtigt og radikalt fald i dødeligheden, som nu kun er ganske lidt større end dødeligheden i totalbefolkningen. Da behandlingen af den psykiske lidelse ikke havde nået tilsvarende effektivitet, medførte nedgangen i dødeligheden, at de skizofrene kom til at opholde sig meget længere på hospital, end de havde gjort før, og efterhånden rykkede de op i de ældste aldersklasser, som af denne grund modtog en betydelig tilvækst. Denne udvikling har i de sidste årtier stabiliseret sig, og tilvæksten i de ældre aldersgrupper skyldes nu

først og fremmest stigende indlæggelsestal for geriatriske patienter, forårsaget dels af befolkningens almindelige aldersudvikling, dels af befolkningens aftagende evne til at huse psykisk afvigende gamle uden for institution. Denne tendens er blevet øget af tiltagende vanskeligheder ved at få disse patienter overflyttet til alderdoms- og plejehjem.

Diagnosefordelingen har ændret sig markant i tidens løb. Nogle eksempler skal nævnes:

Indtil ca. 1925 tegnede *dementia paralytica* (den syfilitiske hjernesygdom) sig for en betragtelig del af indlæggelserne. Indtil ca. 1920 var forløbet i de allerfleste tilfælde ondartet og kortvarigt, idet det store flertal af patienterne døde, inden der var gået 2 år efter indlæggelsen. Omkring 1920 blev de fleste steder malariabehandlingen indført med det resultat, at dødeligheden faldt til et minimum; ca. 25 % af patienterne blev helbredt, 10 % døde inden for de første år (til dels som følge af behandlingen), og hos resten standsede behandlingen sygdomsprocessen, men i mange tilfælde på et sådant stadium, at patienten ikke længere var egnet til udskrivning. Trods faldende indlæggelsestal blev derfor antallet af patienter på hospitalerne stigende, indtil virkningerne af mere effektiv behandling af de tidlige stadier af syfilis bevirkede et radikalt fald i nye tilfælde af *dementia paralytica*.

Af andre legemligt betingede sygdomme skal nævnes *delirium t remens*. Indtil 1917 var i Danmark denne sygdom årsag til en stor del af indlæggelserne på psykiatriske modtageafdelinger. Det kortvarige alkoholforbud i 1917 med derpå følgende stærk forøgelse af beskatningen på koncentrerede alkoholika bevirkede et brat fald i antallet af delirium-tremenstilfælde, der holdt sig på et forsvindende niveau indtil befolkningen i løbet af 1940-erne og 50-erne atter begyndte at nyde koncentrerede alkoholika i større mængder.

Hvad *skizofreni* angår er allerede anført, at faldet i dødeligheden bevirkede en relativ forøgelse af antallet af institutionsanbragte skizofrene patienter. Først da forskellige behandlingsmæssige og sociale faktorer i løbet af 1950-erne begyndte at øge disse patienters muligheder for udskrivning, kom der et fald i dette antal; i løbet af en 20 års

periode faldt antallet af institutionsanbragte skizofrene fra ca. 6.700 til ca. 4.800 til trods for, at befolkningstallet jo i det samme tidsrum steg betragteligt. Udviklingen kan illustreres af nogle andre tal: Det er beregnet, at i 1930'erne befandt 3/4 af alle skizofrene sig på institution; i 1975 er det tilsvarende tal 1/4. Årsagerne er dels behandlingsmæssige, først og fremmest beroende på den medikamentelle terapies fremskridt, dels sociale: Revalideringsbestræbelserne er blevet mere effektive, den høje beskæftigelse i 1950-erne og 60-erne har gjort det lettere for udskrevne skizofrene at opnå erhverv. For de skizofrene, som ikke kunne få erhvervsmæssig beskæftigelse, bevirkede pensionernes forøgelse i 1950-erne, at de trods deres handicap kunne klare sig uden for institution. Sidstnævnte faktorer har selvsagt også for andre diagnostiske grupper været af betydning.

Hvad den manio-depressive psykose angår, haves der ingen holdepunkter for, at der er sket ændringer i sygdomsrisikoen igennem de sidste generationer. Behandlingseffektiviteten er tiltaget stærkt. Ved hjælp af forebyggende medikamentel behandling kan over halvdelen af de manio-depressives anfald undgås, hvortil kommer, at varigheden af de enkelte anfald i kraft af de nyere behandlingsmetoder er reduceret til ca. 1/4 af det tidligere kendte. Antallet af manio-depressive, der opholder sig på hospital, er dog nogenlunde uændret, hvilket sikkert først og fremmest skyldes, at sygdommen oftere diagnosticeres, og at den oftere henvises til behandling, efter at det er blevet de praktiserende læger og almenheden bekendt, at behandlingsmulighederne er radikalt forbedret.

Med hensyn til neuroserne og karakterafvigelserne må siges, at de spiller en langt større rolle i behandlingssystemet, end de tidligere har gjort. Der er næppe tale om, hverken at det samlede antal patienter eller hyppigheden af nye tilfælde er tiltaget i årenes løb. Tilfælde af denne art måtte imidlertid tidligere for størstedelens vedkommende forblive ubehandlede. Nu om stunder kræver både patienterne og deres pårørende, at de behandles. Problemet herved ligger dels i det meget store antal af disse tilfælde, dels i, at en effektiv behandling er særdeles tidsrø-

vende. Frekvensen af misbrug af stoffer er præget af store svingninger. Det er umuligt

at sige noget om, hvorledes udviklingen vil blive i de kommende årtier.

5. Hovedtræk af udviklingen inden for børnepsykiatrien.

5.1. Indledning.

Børnepsykiatri blev anerkendt som et selvstændigt lægeligt speciale i 1954.¹ Danmark findes ikke et speciale i ungdomspsykiatri. Ungdomspsykiatrien har berøringsflader med såvel voksen- som børnepsykiatri og må betragtes som et fælles arbejdsområde for de 2 psykiatriske specialer. Der er flere steder oprettet særlige afdelinger for unge, fortrinsvis i tilknytning til voksenpsykiatriske afdelinger, men i enkelte tilfælde i tilknytning til børnepsykiatriske afdelinger, jfr. nedenfor i kapitel V, afsnit B.

5.2. Institutionerne.

Den første børnepsykiatriske poliklinik i Danmark blev oprettet i 1935 på Rigshospitalet. Indtil da havde de psykiatriske afdelinger og hospitaler i det væsentlige kun udøvet børnepsykiatrisk gerning ved til indlæggelse at modtage psykotiske eller særligt adfærdsforstyrrede børn, som det ikke var muligt at skaffe passende opholdssted andetsteds, eller som ønskedes observeret (fortrinsvis ved børneværnets foranstaltning) med henblik på mere definitiv anbringelse. Hovedparten af børnene udgjordes da af de mere asociale typer.

Den ambulante børnepsykiatriske virksomhed gjorde det klart, at der forelå et betydeligt behov for sengepladser til psykiatrisk observation og behandling af børn.

Den første børnepsykiatriske sengeafdeling oprettedes ligeledes på Rigshospitalet, i 1944, den næste på Bispebjerg, hospital i 1948. Begge disse afdelinger, der blev ledet i forbindelse med ambulatorier, bestod af et sengeafsnit og en dagobservation, hvor børnene kunne færdes under børnehaveligende former.

De 2 afdelingers kapacitet viste sig imidlertid at være ganske utilstrækkelig med deraf følgende lange ventelister.

Der var derfor behov for, at der under statens sindssygevesen blev oprettet bør-

nepsykiatriske afsnit. Indlæggelse af børn på psykiatriske afdelinger for voksne blev betragtet som en højst uheldig nødløsning, der var til væsentlig ulempe både for børn og voksne.

I 1947 opnåedes der lovhjemmel til oprettelse af en børnepsykiatrisk afdeling i tilslutning til sindssygehospitalet ved Århus. Planerne herom blev imidlertid ikke dengang realiseret. I 1948 oprettedes i stedet en ambulant børnepsykiatrisk konsultation. I en lov fra 1953 var det på ny forudsat, at afdelingen skulle tilvejebringes og planerne herom blev nu realiseret, idet en børnepsykiatrisk afdeling (Psykiatrisk børnehospital) blev taget i brug i 1958.

I 1956-betænkningen afgivet af kommissionen af 29. marts 1952 vedr. statens sindssygevesen, jfr. ovenfor afsnit 2.4., beskæftigede man sig også med spørgsmålet om oprettelse af børnepsykiatriske afdelinger. Man fandt ikke mindst, at der var et behov for sengepladser til psykotiske børn. Der fandtes dengang ikke nogen afdeling, der specielt kunne tage sig af disse børn, som derfor - bortset fra de tilfælde, hvor indlæggelse på sindssygehospital havde været uomgængeligt nødvendig - blev henvist til børneforsorgsinstitutioner, åndssvageanstalter eller til at forblive i deres hjem. Oprettelse af børnepsykiatriske afsnit måtte derfor overalt inddrages i overvejelserne vedr. planlægningen af nye psykiatriske hospitaler. Ved de nye hospitaler i Glostrup og Ålborg blev der da også etableret børnepsykiatriske afdelinger henholdsvis i 1960 og 1973. Endvidere blev der ved statshospitalet i Viborg oprettet en børnepsykiatrisk afdeling i 1969. Medens der i næsten alle amtskommuner i perioden siden midten af 1950'erne er blevet oprettet psykiatriske afdelinger ved de almindelige sygehuse, er børnepsykiatri kun få steder blevet integreret i det almindelige amtskommunale sygehusvesen.

Ved K AS. Gentofte, blev der oprettet et

børnepsykiatrisk ambulatorium i december 1969, i Vejle i marts 1971. I Vejle blev der endvidere åbnet en børnepsykiatrisk sengeafdeling i 1976. I Hillerød er der oprettet et børnepsykiatrisk ambulatorium i efteråret 1976. I Herning blev der søgt oprettet en børnepsykiatrisk afdeling allerede i 1968. Den har imidlertid kun fungeret i begrænset omfang, da det i størstedelen af perioden siden da ikke har været muligt at besætte den børnepsykiatriske overlægestilling.

Ved statshospitalernes overførelse til amtskommunerne var situationen den, at der kun ved 4 af de i alt 10 statshospitaler fandtes børnepsykiatriske afdelinger for heldøgnsindlæggelse og ingen sådanne afdelinger ved amtskommunale sygehuse. I København var der 2 afdelinger, nemlig på Rigshospitalet og på Bispebjerg hospital.

Børnepsykiatrisk behandling under indlæggelse har derfor tidligere været en opgave, der varetages på lands- og landsdelsplan, men bliver i stigende grad varetaget på amtsplan.

I de »Vejledende retningslinier for planlægningen af sygehusvæsenets fremtidige udbygning« (1971) er det fastslået, at børnepsykiatri er et amtspeciale, og at børnepsykiatriske afdelinger normalt bør indgå som et led i sygehusvæsenet i alle amtskommuner.

5.3. Almindelig karakteristik af den børnepsykiatriske sygehusfunktion og af den hidtidige udvikling.

Lige fra oprettelsen af de første børnepsykiatriske afdelinger har det været erkendt, at en væsentlig del af den børnepsykiatriske sygehusfunktion måtte udøves i og bestå i et nært samarbejde med andre institutioner og myndigheder, der også tager sig af børn med psykiske forstyrrelser, i begyndelsen navnlig socialvæsenet, senere også skolevæsenet.

I 1956-betænkningen er det således anført, at de opgaver, som sindssygehospitalernes børnepsykiatriske afdelinger naturligt kunne medvirke til at løse var følgende:

1. Behandling af psykotiske børn.
2. Observation og mere kortvarig behandling af neurotiske og miljøskadede børn.
3. Observation af neurotiske og miljøskadede børn med påfølgende visitation til

egnede institutioner under børneforsorgen m.v.

4. Ambulant observations- og behandlingsvirksomhed.
5. Samarbejde med institutioner for børn med behov for psykiatrisk tilsyn eller behandling, dels i form af tilsyn ved visse institutioner, dels i form af aktiv deltagelse i behandlingen på de institutioner, hvor individuel terapi af børnene er nødvendig.

Det var i betænkningen anført, at forudsætningen for, at opgaverne nævnt under punkt 5 skulle løses ved sindssygehusets medvirken, i almindelighed måtte være, at de pågældende institutioner lå i nærheden af et sindssygehospital. Det ville derfor være naturligt, om sådanne institutioner fremtidig søgtes placeret i nærheden af hospitalerne.

Den omstændighed, at omsorgen for og behandlingen af børn - og unge - med psykiske afvigelser til stadighed har været opdelt på flere forskellige institutioner hørende under forskellige administrative myndigheder, har givet anledning til særlige problemer med hensyn til at koordinere indsatsen og få gennemført den fornødne udbygning på området. Disse spørgsmål er indgående behandlet i betænkning nr. 564/1970 vedr. koordinering og udbygning af foranstaltninger for børn og unge med psykiske afvigelser, afgivet af det af indenrigsministeren under 29. november 1965 nedsatte udvalg. Heri findes bl.a. en samlet fremstilling vedr. institutioner til undersøgelse og behandling af psykisk afvigende børn, inden for skolevæsenet, børne- og ungdomsforsorgen, åndssvageforsorgen og den øvrige særforsorg samt sundhedsvæsenet. Udvalget fremhævede med hensyn til udbygningen, at det børnepsykiatriske apparat måtte udbygges stærkt for at kunne imødekomme de krav, som man allerede kender, og at planlægningen af denne udbygning yderligere måtte tage hensyn til det behov, som man må formode skjult er til stede, jfr. nærmere herom nedenfor i kapitel IV, afsnit B.

Udvalget fremhævede endvidere, at man ved planlægning af det fremtidige arbejde og den nødvendige udbygning måtte forsøge at skabe en koordinering af arbejdet inden for de forskellige ressortområder, ikke kun på

landsplan, men også inden for såvel de enkelte nye amtskommuner, som inden for primærkommunerne. Udvalget foreslog derfor, at der på landsplan som rådgivende instans for de implicerede ministerier blev oprettet et stående udvalg, med den opgave at behandle spørgsmål af almindelig eller principiel karakter af betydning for behandlingen, undervisningen og opdragelsen af børn og unge med psykiske vanskeligheder, herunder navnlig spørgsmål om samarbejde mellem bestående institutioner, om oprettelse, udvidelse eller nedlæggelse af institutioner og om uddannelse af personale. Man foreslog ligeledes, at der i hvert amt etableres et obligatorisk og på forhånd fastlagt samarbejde mellem dem, der inden for amtet leder arbejdet for børn og unge med psykiske vanskeligheder.

For i et vist omfang at lægge samarbejdet på landsplan og på amtskommunalt plan i faste rammer stillede udvalget forslag om, at der blev gennemført en lov om samordning af foranstaltninger for børn og unge med psykiske afvigelser, og udvalget udarbejdede et udkast til en sådan lov.

En sådan lov er ikke blevet gennemført og de forudsætninger med hensyn til opgavefordeling, der lå til grund for udvalgets forslag, har ændret sig.

På centralt plan er disse opgaver stadig fordelt mellem 3 ministerier, indenrigsministeriet, socialministeriet og undervisningsministeriet. På kommunalt plan er der derimod sket en vis samling af opgaverne. Amtskommunerne har således ansvaret for såvel det psykiatriske som det somatiske sygehusvæsen (børnepsykiatri og pædiatri) samt for institutionerne for børn og unge under socialvæsenet. Amtskommunerne har endvidere visse opgaver med hensyn til at koordinere det skolepsykologiske arbejde i kommunerne. Åndssvageforsorgen og den øvrige særforborg hører stadig under staten, men der er stillet forslag om særforborgens udlægning.

Decentraliseringen har gjort koordineringen på decentralt plan til det vigtigste og har samtidig lettet mulighederne for en sådan koordinering, men ikke gjort behovet herfor mindre, jfr. nærmere nedenfor i kapitel VII, afsnit 6.

Det er den almindelige opfattelse, at børnepsykiatrien langt fra er udbygget til-

strækkeligt i forhold til behovet. Dette skyldes ikke blot vanskeligheder ved at få de fornødne bevillinger hertil, men i mindst lige så høj grad, at den ringe børnepsykiatriske kapacitet i sig selv har vanskeliggjort uddannelsen af det fornødne antal børnepsykiatere.

Den for ringe udbygning er formentlig i særlig grad gået ud over børnepsykiatriens udadgående opgaver, idet de indlagte - ofte svært syge - børn, har lagt beslag på den knappe kapacitet.

5.4. Udviklingen af de børnepsykiatriske behandlingsmetoder og af sygdomsmønstret.

Børnepsykiatrien er oprindeligt udsprunget af den klassiske psykiatri, dens tankegang og metode, men har siden udviklet egne undersøgelses- og behandlingsmetoder.

På samme måde som børnepsykiatrien »udadtil« altid har været karakteriseret ved, at funktionen måtte udøves i tæt kontakt og samarbejde med andre institutioner, har børnepsykiatrien »indadtil«, i hvert fald fra et meget tidligt tidspunkt, været karakteriseret ved, at det børnepsykiatriske arbejde er blevet udøvet i tæt kontakt mellem læger, psykologer, pædagoger, socialrådgivere og sygeplejersker. Tidligere var samarbejdet til en vis grad karakteriseret ved en på forhånd fastlagt opgavefordeling mellem de nævnte. Nu er samarbejdet i langt højere grad tilrettelagt som et egentligt teamarbejde med opgavefordelingen tilrettelagt ud fra det konkrete tilfælde.

Inden for voksenpsykiatrien har indførelsen af den medikamentelle behandling som nævnt betydet afgørende behandlingsmæssige fremskridt over for psykoserne. Det har vist sig, at psykoser hos børn ikke i tilsvarende grad er tilgængelige for medikamentel behandling, hvorfor psykoterapi og miljøterapi i videste forstand fortsat er den væsentligste behandlingsmetode over for børn med psykiske lidelser, herunder psykoser.

Her kan nævnes, at udviklingen af den *individuelle legeterapi* har gjort det muligt at effektivisere behandlingen af stadig mindre børn.

Det er indlysende, at behandlingen af psykisk syge børn altid så vidt muligt må ske i tæt kontakt med forældrene. I de se-

nere år er man desuden blevet opmærksom på betydningen af *familieterapi*, dvs. en behandling, hvor ikke kun barnet, men hele familien behandles samlet.

Udvi'lingen i sygdomsmønstret.

Det er usikkert, om der i nutiden er forholdsvis flere børn med psykiske lidelser end tidligere, men i hvert fald erkendes sådanne tilstande i stadig større udstrækning.

Samtidig er man i stigende grad blevet klar over vigtigheden af, at der i rette tid gøres en indsats for at behandle disse børn, også for at forebygge psykisk sygelighed senere i livet.

Den registrerede sygelighed, således som den afspejler sig i indlæggelsesstatistikkerne, giver langt fra noget dækkende billede af de psykiske lidelser hos børn, der kræver specifik børnepsykiatrisk indsats.

Børnepsykiatriens for ringe udbygning i forhold til behovet har bevirket, at det i mange tilfælde kun har været de mest syge børn (de uafviselige tilfælde), der har kunnet indlægges til behandling.

Der er ingen grund til at tro, at antallet af svære sygdomstilfælde vil blive mindre i fremtiden. Derimod må det forventes, at en udbygning inden for børnepsykiatrien vil bevirke, at de svære tilfælde kommer til at udgøre en forholdsvis mindre del af de indlagte patienter.

Kapitel III.

Vejledende retningslinier for planlægning af psykiatrisk sygehusvæsen.

(Indenrigsministeriets cirkulære af 4. april 1977)*)

Indledning.

1. april 1976 overførtes statens hospitaler for sindslidende til amtskommunerne med henblik på en integration i det almindelige sygehusvæsen. Hjemmelen for overførelsen var lov nr. 328 af 26. juni 1975 („om statshospitalernes overførelse til amtskommunerne“), der i § 1 fastslog, at de omtalte hospitaler m. v. overføres til de amtskommuner, hvori de er beliggende, og i § 9 ophævede de bestemmelser i lov om social bistand, hvorefter behandling og omsorg for sindslidende påhvilede staten som en særfor-sorgsopgave.

I samme lov blev der givet regler om en afvikling af den særlige tilskudsordning, der igennem en årrække havde været gældende for Københavns kommunes institutioner for sindslidende.

Disse reformer medfører, at sygehuskrævende undersøgelse, behandling og pleje af sindslidende nu i hele landet varetages af de samme myndigheder, som sygehusvæsenet i øvrigt hører under. Den psykiatriske sygehusfunktion skal følgelig administreres og planlægges efter samme regler som det øvrige sygehusvæsen.

For planlægningen betyder det, at reglerne om sygehusplanlægning i lov om sygehusvæsenet nu finder ubeskåret anvendelse på planlægning af den psykiatriske sygehusfunktion. Det påhviler således amtskommunerne og Københavns og Frederiksberg kommuner (i det følgende forstås ved amtskommuner også Københavns og Frederiksberg kommuner, jfr. sygehuslovens § 2, stk. 2) at udarbejde sygehusplaner, der indbefatter psykiatri som et almindeligt amtsspeci-

ale, og det påhviler indenrigsministeriet at udarbejde vejledende retningslinier for denne planlægning, jfr. § 11, stk. 1, i lov nr. 324 af 19. juni 1974 om sygehusvæsenet.

Disse retningslinier er indeholdt i de følgende afsnit af dette cirkulære. Retningslinierne er i udkast udarbejdet af et udvalg, som indenrigsministeriet nedsatte 27. maj 1975. Udkastet har været gjort til genstand for forhandling med sygehusrådet.

1. Proceduren.

I årene efter indførelsen af regler om sygehusplanlægning har en række amtskommuner udarbejdet planer for det almindelige (somatiske) sygehusvæsen. I disse planer har der — i overensstemmelse med den dagældende opgavefordeling — kun i begrænset udstrækning kunnet tages hensyn til den psykiatriske sygehusfunktion. Det spørgsmål, som efter statshospitalernes overførelse først stiller sig, er om planlægningen af det psykiatriske sygehusvæsen først skal ske som led i en senere almindelig revision af den øvrige sygehusplanlægning, eller om der skal indskydes en særlig planlægningsrunde for den psykiatriske funktion.

Indenrigsministeriet mener, at den sidste løsning bør foretrækkes, især fordi der på det psykiatriske område er særlige problemer, som snarest bør gøres til genstand for mere langsigtede overvejelser.

Der indføres derfor en særlig planlægningsrunde for den psykiatriske sygehusfunktion.

Da det psykiatriske speciales problemer imidlertid er nøje samhørende med de øv-

*) Cirkulæret er praktisk talt identisk med det af psykiatriudvalget udarbejdede udkast til vejledende retningslinier, afgivet til indenrigsministeren den 20. januar 1977.

rige specialers, og da planlægningen af den psykiatriske funktion let kan få følgevirkninger for den øvrige sygehusplanlægning, forekommer det rimeligt at give den særlige planlægningsrunde en lidt anden karakter end den hidtidige planlægning.

Hovedsigtet med den særlige planlægningsrunde er således, at der snarest muligt på baggrund af den vejledning, som gives i det følgende, og de problemer, som melder sig lokalt, må iværksættes overvejelser af, hvorledes den psykiatriske sygehusfunktion på længere sigt bør organiseres og som sådan koordineres med primær sundhedstjeneste og socialsektor.

På nogle punkter bør disse overvejelser føre til, at amtskommunerne så vidt muligt allerede i den særlige planlægningsrunde træffer beslutninger, der binder den fremtidige udvikling. Det gælder typisk i sådanne spørgsmål som de overførte specialsygehuses funktion i det fremtidige sygehusvæsen og indlæggelsesoverenskomsterne mellem amtskommunerne om disse sygehuse, jfr. i det hele nedenfor afsnit 2.3.1.

På andre punkter vil det være mere naturligt — bl. a. på baggrund af den store forskellighed mellem amtskommunerne i udgangssituationen — at betragte den særlige planlægningsrunde som en fase i planlægningen, der giver amtskommunerne og de centrale sundhedsmyndigheder lejlighed til at udveksle synspunkter om de problemer som den længeresigtede planlægning står over for med henblik på, at der for de enkelte amtskommuner kan fastlægges et grundlag for den videre planlægning. Den særlige planlægningsrunde vil med andre ord i nogle tilfælde kunne medføre, at dele af en amtskommunes plan vil kunne behandles efter den sædvanlige godkendelsesprocedure i sygehusloven, mens andre dele danner grundlag for en idéudveksling, der har til formål at afstikke rammerne for amtskommunens videre planlægning, der herefter må ske integreret i den almindelige sygehusplanlægning.

Dette tilsiger at tidsfristen for afslutningen af den særlige planlægningsrunde ikke bør være for lang. Indenrigsministeriet skønner, at 1 år er en rimelig frist for udarbejdelsen af amtskommunernes planer, der følgelig skal være indsendt til ministeriet inden 1. april 1978.

Planerne skal sluttelig godkendes af indenrigsministeriet i medfør af sygehuslovenes § 11 og vil iøvrigt sædvanligvis være at betragte som en revision af en af indenrigsministeriet tidligere godkendt sygehusplan (sygehuslovens § 11, stk. 2).

Efter afslutningen af denne særlige korte planlægningsrunde vil planlægningen af den psykiatriske sygehusfunktion skulle indgå i amtskommunernes almindelige sygehusplan og de for denne fastsatte bestemmelser.

2. Vejledning vedrørende sygehusfunktionen.

Der gøres først enkelte bemærkninger om behov for psykiatrisk sygehusfunktion. Derefter gives en kort karakteristik af typiske træk ved de krav, som behandlingen af psykiatriske patienter stiller til sygehusvæsenet og af de diagnostiske hovedgrupper. Endelig omtales den fremtidige organisation.

2.1. *Behov m. v.*

Traditionelt måles et vist behov for sygehuskrævende undersøgelse/ behandling/pleje ved et såkaldt „sengebehov“. I „Vejledende retningslinier for planlægningen af sygehusvæsenets fremtidige udbygning“ er der opstillet sådanne sengebehovsnormer samtidig med, at der dog er taget betragtelige forbehold over for disses gyldighed.

På den psykiatriske sygehusfunktions område, hvor der er så store forskelle på den faktiske situation i de forskellige amtskommuner, er det mindre indiceret at prøve at opstille sådanne generelle normer, rent bortset fra den principielle tvivl, der kan knytte sig til disses gyldighed.

I de sagkyndige redegørelser, som er fremkommet i årene efter 2. verdenskrig er man imidlertid enige om, at der generelt i samfundet er tale om en for ringe indsats over for psykisk syge. Denne vurdering bestyrkes af de tilnærmelsesvist objektive mål som forefindes (f. eks. stigning i antallet af invalidepensioner). Den svigtende indsats kan imidlertid ikke umiddelbart udmøntes i et „sengebehov“. Hvis ordet behov overhovedet skal anvendes, er der snarere tale om et generelt „servicebehov“, der omfatter en række forskellige foranstaltninger lige fra en

bevidst indsats for at søge at forebygge at psykiske lidelser opstår, over behandling uden for institution eller på institution, til en effektiv indsats for at fastholde opnåede behandlingsresultater og dermed forhindre tilbagefald. Disse foranstaltninger kræver et tæt samarbejde mellem sygehusvæsen, primær sundhedstjeneste og socialsektor.

I stedet for at operere med et stift sengebehov ville det derfor være af større interesse at kunne bestemme, hvad det er for forhold, der er årsag til det voksende pres på de psykiatriske institutioner, heriblandt især de forhold som kan påvirkes af sygehusplanlægningen, for derefter at undersøge, hvorledes den psykiatriske sygehusfunktion bør opbygges henset **til**, hvilke patientgrupper der skal undersøges og behandles.

En mere udførlig analyse af de forhold som påvirker presset på de psykiatriske institutioner falder udenfor rammerne af nærværende retningslinier. Til formålet er det tilstrækkeligt at pege på, at den registrerede sygelighed — således som den kan aflæses af indlæggelsesstatistikkerne — har været stigende op igennem dette århundrede. I hvilket omfang dette fænomen afspejler en større sygdomshyppighed i befolkningen eller snarere en større indsats fra samfundets side for at opspore og behandle psykiske lidelser kan diskuteres. Der kan dog næppe være tvivl om, at den største del af stigningen må tilskrives den større samfundsindsats. For to af de vigtigste psykotiske lidelser, skizofreni og manio-depressiv psykose, haves således holdepunkter for, at sygdomsrisikoen ikke har ændret sig i perioden.

I et vist omfang kan man pege på demografiske forhold som direkte årsag til den øgede sygelighed. Befolkningstilvæksten og den ændrede aldersfordeling må antages at øge mængden af syge i de forskellige diagnosegrupper, men påvirker derudover udviklingen mellem grupperne. Eksempelvis vil øgningen af de ældre gruppers andel af befolkningen have en tendens til at øge forekomsten af psykiske lidelser. Desuden er det et gennemgående træk, også for de legemlige sygdommes vedkommende, at der måles en højere sygelighed i storbyområder end i mindre urbaniserede. Hvad der er årsag her til er omdiskuteret, men det må antages, at en række socialt bestemte forhold (bolig- og arbejdsmiljø, familieforhold osv.) er medbe-

stemmende for, at presset på sundhedsvæsenet her generelt er højere.

Endelig kan nævnes, at sådanne forhold som befolkningens indstilling til sygdom, psykisk sygdom i særdeleshed, beskæftigelsessituationen m. v., påvirker presset, hvilket tillige gælder selve afgrænsningen af begrebet „psykisk sygdom“. Den tendens, som har kunnet spores i de senere år, til at udvide rammerne for de tilstande, der betragtes som psykisk sygdom, vil i sig selv kunne betyde en øget belastning af samfundets samlede foranstaltninger.

I et vist omfang har de her nævnte årsagsforhold karakter af „udefra kommende“ begivenheder, som næppe kan påvirkes effektivt ad sygehusplanlægningens vej, og som i overskuelig fremtid formentlig vil afstedkomme et fortsat pres på sygehusvæsenet. Dette så meget mere som det psykiatriske sygehusvæsen flere steder i landet er karakteriseret ved en vis underforsyning, mindre hensigtsmæssige bygninger m. v., hvilket i hvert fald på længere sigt vil kunne gøre et øget ressourceforbrug nødvendigt. I et vist omfang skulle det imidlertid gennem planlægningen være muligt — navnlig på længere sigt — at mindske noget af presset på sygehusvæsenet. Dette kræver imidlertid, at indsatsen over for psykisk lidende uden for institution intensiveres, bl. a. ved at mulighederne for adækvat behandling i lægepraksis øges og koordineres med de muligheder, som det sociale system rummer, og at sygehusindsatsen opbygges med en graderet skala af behandlingsmuligheder (institutionstyper), der er afpasset efter de forskellige lidelsers sværhedsgrad og behandlingsbehov og derfor i behandlings- og ressourcemæssig henseende kan give størst mulig nyttevirkning.

2.2. Karakteristik, de diagnostiske hovedgrupper.

Der sondres mellem voksenpsykiatri og børnepsykiatri.

2.2.1. Voksenpsykiatri.

Karakteristik:

Behandlingen af psykiatriske patienter stiller en række særlige krav til sygehusvæsenet. Således kan visse behandlinger, der vel kræver, at patienten indlægges, bedre

gennemføres, hvis sygehuset åbner mulighed for former for indlæggelse, der afviger fra den traditionelle heldøgnsindlæggelse, jfr. nedenfor om daghospitaller/nathospitaller m. v. Ligeledes kan efter en heldøgnsindlæggelse udskrivningen, der erfaringsmæssigt kan volde vanskeligheder, ofte med fordel foregå etapevis med aftrappende plejeniveau efterfulgt af ambulant behandling.

Traditionelt skelnes mellem forskellige diagnosegrupper inden for hvilke behovene for de forskellige behandlingsformer er nogenlunde ensartede. Under et behandlingsforløb ser man imidlertid, at patienter i forskellige diagnosegrupper kan have samme plejebehov.

Visse funktioner er fælles for alle patientgrupper. Det gælder således selve opbygningen af et aktiverende tolerant miljø, mulighed for ergoterapi i bredeste forstand (vedligeholdelse af arbejdssevne, arbejdsprøvning, genoptræning, beskæftigelse og afledning i psykotiske faser etc.), mulighed for foretagelse af laboratoriemæssige og andre somatiske undersøgelser samt psykologiske undersøgelser. Psykoterapi indgår som et vigtigt led, strækkende sig fra egentlig psykoanalyse af neurotiske patienter til en psykoterapeutisk støttende holdning over for patienter med psykotiske lidelser. Socialrådgivning i bred forstand vil ligeledes være nødvendig i mange patienters behandling og efterbehandling.

For nogle patienter kan nathospitals- eller daghospitalsophold erstatte en heldøgnsindlæggelse eller en fase i en indlæggelse, eller der kan være tale om hovedsagelig ambulant behandling evt. efter en kortvarig indlæggelse. Disse patienter findes inden for alle diagnosekategorier, men daghospitalsbehandling egner sig ikke for urolige eller selvmordsfarlige patienter, eller i tilfælde hvor en midlertidig adskillelse fra det hjemlige miljø er et nødvendigt led i behandlingen. Hensigtsmæssig daghospitals/nathospitalsbehandling og ambulant behandling kræver desuden, at afstanden til patientens bopæl/arbejdsplads ikke er for stor.

Det er med andre ord vigtigt både af hensyn til behandlingens effektivitet og til resourceforbruget, at de forskellige behandlingsmuligheder — herunder de forskellige typer af institutionsophold — tilpasses den enkelte patients lidelse. I nogle tilfælde kan

det f. eks. være u hensigtsmæssigt eller skadeligt, at en neurotisk patient heldøgnsindlægges, medens det omvendt for manio-depressive eller skizofrene patienter i akutte sygdomsperioder er klart nødvendigt, at der er mulighed for heldøgnsindlæggelse. Ligeledes er det efter afslutningen af en måske langvarig indlæggelse vigtigt, at patientens fulde eller delvise tilbagevenden til tilværelsen uden for sygemiljøet kan foregå gradvist, f. eks. ved overflytning til pensionat, kollegium, beskyttet bolig, eller lignende.

For det psykiatriske sygehusvæsen gør der sig endelig det særlige forhold gældende, at der i medfør af loven om sindssyge personers hospitalsophold (lov nr. 118 af 13. april 1938) kan foretages indlæggelse og tilbageholdelse af en sindssyg mod dennes vilje på psykiatriske sygehuse og afdelinger. Den enkelte amtskommunes sygehusvæsen må derfor tilrettelægges således, at det er i stand til at modtage henholdsvis tilbageholde sådanne patienter.

De diagnostiske hovedgrupper:

For at få et billede af, hvilke patientgrupper, der behandles af det psykiatriske sygehusvæsen, er der med regelmæssige mellemrum foretaget såkaldte tværnsnitsundersøgelser, der giver et øjebliksbillede af belægningsforhold i de forskellige diagnosegrupper. Tal fra disse undersøgelser kan sammenholdes med de forskellige diagnosegrupper procentvis andel af de samlede indlæggelser. Man kan derved få oplysninger om, hvilke patientkategorier der lægger beslag på sygehusvæsenets ressourcer.

Det samlede antal sengepladser på voksenpsykiatriske institutioner var oktober 1976 12.173. Det samlede antal voksenpsykiatriske indlæggelser var i 1975-76 39.023.

Skizofreni. Indlæggelser af patienter med skizofreni udgør ca. 10 pct. af samtlige indlæggelser på psykiatriske institutioner. Hovedparten af indlæggelserne har en varighed på mindre end 3 måneder. Specielt blandt skizofrene patienter er der imidlertid en mindre gruppe, der har brug for intensiv sygehusbehandling i længere tid, op til flere år, men som herefter opnår fuld eller delvis selvhjulpethed. Der er næppe tvivl om, at

en aktiv indsats i de akutte faser er af største vigtighed for at forebygge at sygdommen senere bliver kronisk. Under sygehusopholdet har disse skizofrene brug for aktivering ved hjælp af ergoterapi og afdelingsmiljøet for at forebygge den passivitet, der tidligere fulgte med sygdommen. De har brug for en intensiv medikamentel behandling, og de langvarigt indlagte for direkte arbejdsoptræning og revalidering. I forbindelse med udskrivning er der behov for halvvejsinstitutioner (pensionater, kollektiver). For en del patienter er dette sikkert det laveste plejeniveau, de kan klare sig på, medens andre kan udskrives til plejehjem, beskyttede boliger, evt. egen bolig. De skizofrene kræver meget langvarig medikamentel efterbehandling for at forebygge fornyet sygdomsaktivitet. Endelig vil der, trods intensiv behandling, være en lille gruppe, hvis sygdom er af en sådan sværhedsgrad, at de i mange år vil være nødt til at være på et psykiatrisk sygehus. Disse patienter udgør kun en ringe del af de årligt indlagte, men på grund af deres langvarige sygehusophold vil de udgøre en betydelig del af de patienter, der på en given dato opholder sig på de psykiatriske institutioner. Ved tværsnitsundersøgelsen i 1972 udgjorde de skizofrene 36 pct. af samtlige indlagte, svarende til 4.288 patienter. 81 pct. af disse (3.486 patienter) havde været indlagt i mere end 1 år, og 66 pct. (2.831) mere end 5 år.

Antallet af hospitaliserede skizofrene er fra 1957 til 1972 faldet fra 6.178 til 4.288, og det er rimeligt at antage, at det fremtidige antal vil være endnu mindre. Et nøjagtigt skøn kan imidlertid ikke foretages, da antallet bl. a. vil afhænge af mulighederne for behandling i de aktive sygdomsfaser og udbygningen af patientkollektiver, pensionater m. m.

Manio-depressiv psykose. I 1975-76 indlagdes 6.171 patienter med diagnosen manio-depressiv psykose, svarende til ca. 16 pct. af samtlige indlæggelser på psykiatriske institutioner. Hovedparten af de manio-depressive har en indlæggelsesvarighed på under 3 måneder og kun en mindre del kræver længerevarende ophold på institution. Ved tværsnitsundersøgelsen i 1972 fandtes i alt 1.143 manio-depressive patienter (10 pct. af samtlige). 32 pct. af disse (370 patienter)

havde været indlagt i mere end 1 år og 20 pct. (226) i mere end 5 år.

De manio-depressive patienter har et eller flere anfald af manisk eller depressiv art, men er i typiske tilfælde raske og erhvervsdygtige uden for sygdomsfaserne. Hvis deres symptomer i sygdomsperioden er svære, har de brug for sygehusindlæggelse, og herunder medikamentel behandling, elektrochok m. m. De har ofte brug for socialrådgiverassistance, da deres økonomiske og arbejdsmæssige forhold kan være truede under sygdomsfaserne. Efter udskrivningen må de ofte i årevis gå til ambulant behandling med hyppig laboratoriekontrol.

Reaktive lidelser. „Reaktive lidelser“ er en samlebetegnelse for en gruppe af forskellige artede lidelser. Det drejer sig dels om tilfælde, hvor ydre faktorer har betydning for lidelsernes opståen, dels om tilfælde hvor betegnelsen „reaktiv“ ikke henviser til den måde, hvorpå den psykiatriske hovedlidelse opstår, men til at det oftest er en reaktion på ydre omstændigheder, der bringer patienterne i kontakt med psykiatriske institutioner.

Det drejer sig om neuroser, karakterafvigelser, psykogene (reaktive) sindssygdomme m. m. Affektreaktioner, dvs. kortvarige, ikke sindssygelige reaktioner på kritiske situationer, ofte præget af voldsomhed eller selvmordstrusler, regnes til denne gruppe ligesom alkoholisme og medicinmisbrug. Patienter med reaktive lidelser, udgør den største gruppe (ca. 50 pct.) af samtlige årligt indlagte, men kun 21 pct. af de patienter, der på en given dato beslaglægger sengepladserne, idet deres sygehusophold typisk er af kortere varighed, ofte kun få dage. Ca. 13 pct. af de patienter, der blev indlagt i 1975-76 indlagdes med hoveddiagnosen alkoholisme. Der er tillige en del patienter, hvor alkoholisme optræder som en komplikation.

For de fleste af disse lidelser gælder generelt at de forsøges behandlet i så nær tilknytning til miljøet som muligt og helst uden at patientens forbliven i miljøet afbrydes. Indlæggelse kan dog være påkrævet i krisesituationer eller inden diagnosen er stillet. Behandlingen kan være af psykoterapeutisk og medikamentel art, socialrådgivning er ofte et særdeles vigtigt led, ligesom

genoptræning, beskyttede værksteder og vedvarende ambulant støtte, f. eks. for alkoholikeres vedkommende gennem alkohol-klinikker, ofte er indiceret.

Aldersbetingede lidelser.

De vigtigste aldersbetingede sindslidelser er senil demens og arteriosclerotisk demens.

Antallet af personer, der er indlagt på psykiatriske institutioner med disse lidelser har været stigende i de sidste årtier. Ved tværsnitsundersøgelsen 1972 udgjorde disse patienter 22 pct. af samtlige indlagte (2.626 patienter). Det drejer sig om svært plejekrævende patienter, der ofte tillige har legemlige sygdomme.

Om institutionsanbragte ældre med sindslidelser henvises i øvrigt til afsnit 3.5. nedenfor.

Unge sindslidende.

Aldersmæssigt er de ungdomspsykiatriske patienter ikke skarpt afgrænsede. De er hyppigst mellem ca. 13 og ca. 25 år, men spørgsmålet om, hvor en ung bør anbringes, vil også være afhængig af en vurdering af den samlede problematik. Diagnostisk vil de som regel kunne indplaceres i foran omtalte hovedgrupper, men da de ofte befinder sig i sygdommens begyndelsesfase vil tilstandsbilledet mange gange være atypisk og dermed vanskeligt at rubricere. Det drejer sig om patienter med såvel psykotiske som neurotiske, karakterologiske og adfærdsmæssige symptomer. En særlig gruppe er unge stofmisbrugere.

Unge vil ofte have behov for særlige foranstaltninger i forbindelse med indlæggelse i psykiatrisk afdeling. De vil hyppigt befinde sig i en særlig sårbar udviklingsfase og ofte være meget afhængige af deres familieforhold m. v.

Dette indebærer, at der næsten altid er et betydeligt behov for en sammensat behandling indeholdende bl. a. medicinsk og særlig socialpsykiatrisk behandling som f. eks. familiebehandling og en intensiv pædagogisk indsats rettet såvel mod adfærdsmæssige som uddannelsesmæssige problemer. Endelig må der ofte iværksættes sociale, økonomiske og bolig-mæssige foranstaltninger.

Disse unge vil derfor ofte stille særlige krav til tilrettelæggelsen af den psykiatriske service med en sammensat behandling indeholdende bl. a. individuel psykoterapi, gruppeterapi, særlige aktiviteter som f. eks. ergoterapi i afdelingen, undervisning, almindeligt pædagogisk arbejde, social behandling m. v. Dette stiller således krav til et tværfagligt sammensat behandlingsteam, bestående af forskellige faggrupper, således at ovenstående behandlinger kan varetages professionelt.

2.2.2. Børnepsykiatri.

For børnepsykiatriske patienter er det vanskeligt at give et dækkende billede af belægningsforholdene i de forskellige diagnosegrupper. Det skyldes, at der hidtil har været så få senge til rådighed, ca. 200 i hele landet, at kun de dårligste børn har kunnet indlægges, ofte først efter lang ventetid. Der har således ikke været mulighed for indlæggelse til kortvarige observationer og behandling, og akutte indlæggelser har været næsten udelukket (eksempelvis kan nævnes, at børnepsykiatrisk afdeling i Glostrup med 30 senge har skullet dække alle børnepsykiatriske indlæggelser øst for Storebælt — bortset fra Københavns kommune — foruden indlæggelser fra Færøerne og Grønland). En udbygning af kapaciteten i de enkelte amtskommuner vil derfor kunne give betydelige diagnostiske forskydninger i forhold til det billede, som de hidtidige opgørelser viser.

Børn med psykoser har udgjort omkring 10 pct. af samtlige indlæggelser. De fleste af disse børn har været indlagt nogle måneder til observation og planlægning af behandling, som derefter har kunnet fortsætte ambulant under børnenes ophold i hjemmet. Nogle psykotiske børn har dog været så plejekrævende, at årelang indlæggelse har været nødvendig. I andre tilfælde er specielt den pædagogiske behandling foregået på institutioner for børn og unge i samarbejde med disse institutioners tilsynsførende psykiatere. De psykotiske patienter har udgjort en mindre del af det ambulante klientel end af det indlagte.

Omkring halvdelen af de indlagte og ambulante patienter har lidelser, der diagnosticeres som *neuroser* og *miljøreaktioner*. Når en afdeling har et tilstrækkeligt udbygget ambulatorium, må det forventes, at

antallet af patienter, der undersøges og behandles ambulant, vil være væsentligt større end antallet af børn, der indlægges. Dette betyder, at de fleste patienter med miljøreaktion eller neurose vil blive behandlet ambulant, men i nogen tilfælde må en indlæggelse finde sted med henblik på en nærmere diagnostisk udredning. I andre tilfælde har indlæggelse behandlingsmæssigt sigte, dels når patienten har behov for afdelingens miljøbehandling, dels i de tilfælde, hvor det som et led i behandlingen er nødvendigt midlertidigt at adskille patienten fra familien. Oftest vil behandlingen i disse tilfælde fortsætte ambulant efter udskrivningen, men i nogle tilfælde er anbringelse på behandlingshjem, skolehjem eller anden institution for børn og unge eller anbringelse i privatpleje indiceret.

Patienter med *karakter af vigelse, intelligensdefekt og partiel evnedefekt*, herunder sprogdefekter, udgør fra nogle få til omkring 20 pct. af det børnepsykiatriske klientel. Undersøgelse såvel ambulant som under indlæggelse foretages især med henblik på diagnosticering og behandlingsmæssige forslag, mens den langvarige behandling foregår på institutioner for børn og unge eller gennem en speciel skoleplacering inden for det almindelige skolevæsen, åndssvagefor-sorgen eller anden særfor-sorg.

2.3. Organisation af det psykiatriske sygehusvæsen.

Det psykiatriske sygehusvæsen har i dette århundrede gennemløbet en udvikling, der i mange henseender svarer til den, der kendes inden for det øvrige sygehusvæsen. Med et sengetal, der ikke er forøget væsentligt, er et stadig voksende antal patienter taget under behandling. Dette er navnlig muliggjort ved en nedsættelse af gennemsnitsliggetiden, der blandt andet skyldes bedre behandlingsmuligheder (f. eks. medikamentel behandling og miljøbehandling) og en stærk forøgelse af den ambulante virksomhed. Denne udvikling har formindsket institutionernes statiske, opbevarende funktion over for langtids-indlagte (kroniske) patienter og omvendt givet det moderne psykiatriske sygehus en mere dynamisk karakter: Som det fremgår af afsnit 2.2.1. udskrives hovedparten af patienterne relativt hurtigt fra sygehuset,

behandles måske udelukkende ambulant eller på dag/nathospital, hvilket medfører, at tidligere tiders isolation og afbrydelse af patientens normaltilværelse har kunnet formindskes.

Denne udvikling og en voksende erkendelse af det gensidige behov for samarbejde mellem det psykiatriske speciale og de øvrige lægelige specialer har medført, at det afsides beliggende psykiatriske specialsygehus, placeret langt fra patienternes bopæl og fra andre specialiserede sygehuse, er blevet en stadig mindre hensigtsmæssig institutionstype over for en voksende del af patienterne. Den afsides beliggenhed kan skabe problemer for pårørende og venner og den tjener til at isolere psykisk lidende på en uheldig måde. I erkendelse heraf opførtes derfor i årene efter 2. verdenskrig de nye statshospitaler i nærheden af/tilslutning til almindelige sygehuse, ligesom der i et vist omfang oprettedes rene amtskommunale afdelinger på almindelige sygehuse. Statshospitalernes overførelse til amtskommunerne må betragtes som et led i denne udvikling henimod psykiatriens indpasning i det almindelige sygehusvæsen.

Ved statshospitalernes overførelse skabtes imidlertid en vis ulighed mellem amtskommunerne, idet nogle amtskommuner overtog et specialsygehus, der var dimensioneret til at betjene en større enhed end amtskommunen selv, mens andre ikke overtog noget sygehus, men kun en „benyttelsesret“, jfr. overførelseslovens § 2, stk. 2.

Denne forskel i udgangssituationen medfører, at planlægningen i de enkelte amtskommuner vil blive stillet over for temmelig forskellige problemer. Dette gør det nødvendigt at dele fremstillingen i et afsnit om de overførte specialsygehuse og indlæggelsesoverenskomsterne og et efterfølgende, der beskæftiger sig med organisatoriske problemer bortset herfra.

2.3.1. Overførte specialsygehuse og indlæggelsesoverenskomster.

I de tilfælde, hvor et overført specialsygehus er opført i tilslutning til/nær ved et almindeligt sygehus, skulle der ikke umiddelbart være problemer forbundet med en videreførelse af institutionen som led i amtskommunens sygehusvæsen. Bygningsmæs-

sigt vil specialsygehuset typisk være af nyere dato, og der skulle allerede være etableret eller være gode muligheder for at etablere samarbejde med de øvrige specialer. Et hovedproblem vil dog være, hvordan man kan organisere en distriktpsykiatrisk service via specialsygehuset, jfr. nedenfor afsnit 2.3.2.

Hvis specialsygehuset derimod bygningsmæssigt er af ældre dato og er afsides beliggende, vil udviklingen som nævnt ovenfor have medført, at det ikke er rationelt i fremtiden at sætse på dette som led i amtskommunens sygehusvæsen med samme funktioner som dem, specialsygehuset varetog i tiden for overførelsen. Det vil således næppe være rationelt i en periode der rækker ud over en vis rimelig overgangstid at videreføre et sådant specialsygehus som center for hovedparten af den psykiatriske service i en amtskommune, bl. a. fordi ikke uvæsentlige nyinvesteringer vil kunne blive nødvendige samtidig med, at det vil blive vanskeligt at opnå de fordele, som kan knytte sig til en mere decentraliseret service, jfr. nedenfor afsnit 2.3.2.

De typiske alternativer som amtskommunen må overveje i denne situation er derfor:

enten en afvikling over en årrække af institutionen som led i sygehusvæsenet

eller en funktionsmæssig omdannelse af denne.

Den funktionsmæssige omdannelse vil alt efter de lokale forhold kunne være forskellig: en mulighed vil måske være over en årrække at omdanne specialsygehuset til plejehjem (jfr. herom nedenfor afsnit 3.5.), en anden at gøre specialsygehuset til lokalt psykiatrisk sygehus for et bestemt område i amtskommunen.

Både en afvikling og en funktionsmæssig omdannelse af specialsygehuset vil være forbundet med problemer. Der vil skulle tages hensyn til de patienter, der for tiden befinder sig på institutionen. Der vil skulle tages hensyn til personalet på specialsygehuset, og i samme omfang som der er knyttet en indlæggelsesoverenskomst til dette, tillige til den eiler de andre amtskommuner, der hidtil har henvist patienter dertil. Endelig må det naturligvis indgå i amtsrådets overvejelser, hvor store investeringer der vil

være forbundet med afvikling/omdannelse på den ene side og en opbygning af erstatende service på den anden.

Størrelsen af disse problemer understreger nødvendigheden af, at amtskommunen i sin plan tager stilling til, om det overførte specialsygehus skal videreføres som led i sygehusvæsenet eller ej og i bekræftende fald med hvilken funktion.

I de tilfælde, hvor en amtskommune ikke har overtaget et specialsygehus, vil den, som allerede nævnt, have en „benyttelsesret“ på et eller flere sådanne beliggende i en anden amtskommune.

Hvad enten det specialsygehus, hvorpå en amtskommune hidtil har haft indlæggelsesret, videreføres med samme funktion som for overførelsen eller ej, må det langsigtede mål for planlægningen af den psykiatriske service være, at de enkelte amtskommuner i det væsentlige bliver i stand til at dække deres behov for psykiatrisk sygehusfunktion ved egne institutioner på samme måde, som amtskommunerne loser sygehusforpligtelsen over for andre patientgrupper. Det var et af hovedformålene med statshospitalernes overførelse at skabe grundlag for en sådan situation, der må betragtes som det normale inden for det øvrige sygehusvæsen, hvor indlæggelser udover amtsgrænserne efter kommunalreformen i altovervejende grad alene betinges af, at visse højere specialiserede funktioner (typisk: landsdelsspecialer) kræver en større centralisering end den, der kan rummes inden for den enkelte amtskommune.

Bortset fra sådanne specialiserede funktioner må udgangspunktet være det ovenfor nævnte: at psykiatri er et amtsspecial, og at amtskommunerne over en årrække bør blive i stand til i det væsentlige at varetage den sygehusmæssige betjening med dette special ved egne institutioner. Kun hvor der foreligger ganske særegne omstændigheder — typisk hvor der er store investeringer bundet i specialsygehuset og hvor indlæggelsesoverenskomsten er til meget ringe hinder for en tidssvarende behandlingsindsats i amtskommunen — vil det således kunne være indiceret at forlænge indlæggelsesoverenskomsterne udover, hvad der betinges af en rimelig afviklingsfrist.

De problemer, der er forbundet med en afvikling af en overenskomst, vil til dels

være de samme som er omtalt ovenfor i forbindelse med afvikling/omdannelse af et overført specialsygehus. Dertil kommer, at der under alle omstændigheder vil skulle optages forhandling mellem de amtsråd, der er parthavere i overenskomsten.

De implicerede amtsråd bør derfor som led i den særlige planlægningsrunde optage forhandling med henblik på at få fastlagt en gensidigt afbalanceret afviklingsordning. I den enkelte amtskommunes plan bør der redegøres for hovedtrækkene i afviklingen.

2.3.2. Den fremtidige organisation i øvrigt. Amtsspecialer.

Voksenpsykiatri :

I de tilfælde, hvor amtskommunen ikke har overtaget noget psykiatrisk specialsygehus eller hvor det sygehus, den har overtaget agtes afviklet/omdannet, vil hovedproblemet i planlægningen være, at der over en årrække skal skaffes erstattende behandlings- og plejemuligheder. Der vil både skulle tages stilling til, hvilke foranstaltninger der bør etableres, og hvor disse skal placeres i amtskommunens sygehusvæsen.

Amtskommunen står i denne situation forholdsvis frit med hensyn til, hvor i sygehusvæsenet nye behandlingsmuligheder bedst kan opbygges. Der kan således ikke med den nuværende viden anføres argumenter, der definitivt taler for eller imod enten en centraliseret eller en decentraliseret funktion. Amtskommunen må følgelig skønne over de lokale forhold og på grundlag heraf tage stilling til, om nye behandlingsmuligheder fremtidigt skal koncentreres på hovedsygehusniveau, eller om der skal stiles mod en mere decentraliseret funktion.

I dette skøn bør — udover de lokale forhold — navnlig indgå følgende synspunkter:

En af fordelene ved en decentraliseret funktion vil være, at den psykiatriske service lettere kan organiseres til at varetage et bestemt områdes behov. Et sådant „distriktskykiatrisk“ princip var en hovedtanke bag „Betænkning om psykiatriens udvikling i Danmark i den nærmeste fremtid“ (1970). Det ansås heri for vigtigt, at behandlingen så vidt muligt varetages af samme medicinalpersoner gennem hele behandlingsforløbet. Den psykiatriske service

foresloges derfor opbygget således, at de enkelte psykiatriske enheder varetager al psykiatrisk sygehusundersøgelse og -behandling over for deres distrikt.

Alt andet lige må man antage, at der vil være færre organisationsproblemer forbundet med en sådan ordning, hvis den styres fra decentraliserede funktioner end fra en stærkt centraliseret enhed på hovedsygehusniveau.

Ønskeligheden af opbygningen af mindre institutionaliserede behandlingsfaciliteter (ambulatorier, daghospitaler osv.) taler ligeledes for en decentraliseret løsning.

Fordelen ved en mere centraliseret funktion vil bl. a. være, at en rationel subspecialisering lettere lader sig gennemføre, ligesom forsknings- og uddannelsesmæssige hensyn kan tale for en vis koncentration. Dertil kommer, at en række behandlingsformer, som vel kan trives på flere decentraliserede (mindre) afdelinger, kan tænkes tilrettelagt mere rationelt og økonomisk på den større centraliserede. Der tænkes f. eks. på ergoterapi incl. revalideringsforanstaltninger inden for sygehusets rammer. Et større antal optrænings- og uddannelsesmuligheder for patienterne forudsætter her en institution af en vis størrelsesorden. Det må dog i denne forbindelse tages i betragtning, hvilke muligheder der måtte være for på flere decentraliserede afdelinger at etablere et samarbejde med anden ergoterapi på sygehus og revalideringsvirksomhed under amtskommunens sociale forvaltning.

Vælger amtskommunen at arbejde med en decentraliseret løsning, vil psykiatriske enheder fortrinsvis kunne placeres på de sygehustyper, der i medicinalstatistikens terminologi ligger over det delte sygehusniveau. Eventuel betjening af amtskommunens delte og blandede sygehuse med psykiatrisk bistand bør følgelig ske på konsulentbasis fra de øvrige sygehuse i amtskommunen eller eventuelt fra praktiserende speciallæger.

Ved en mere centraliseret løsning bør den centrale større afdeling placeres på hovedsygehusniveau, eventuelt suppleret med mindre afdelinger andetsteds i amtskommunen.

Hvad enten amtskommunen arbejder med en decentraliseret eller centraliseret løsning bør enhederne sengemæssigt dimensioneres sådan, at der i forhold til det områ-

de, de skal betjene, er sengepladser til såvel **korttidsindlagte**, længereliggende som langtidsliggende.

Dimensioneringen af de enkelte afdelinger vil afhænge af sygdomsforekomst, henvisningsmonster m. v. i amtskommunen (distriktet). Det er imidlertid vigtigt ved planlægningen af den fremtidige service at have for øje, at der — som nævnt i afsnit 2.2. — findes en række undersøgelses- og behandlingsformer, der er egnede til at aflaste presset på indlæggelserne og muliggøre en tilrettelæggelse af den samlede sygehusindsats, der afpasset efter patientens behov, spænder fra heldøgnsindlæggelse over til mindre institutionaliserede (og mindre ressourcekrævende) foranstaltninger.

Afdelingernes personale bør således anvende en væsentlig del af sin tid på *ambulance opgaver*. Blandt disse skal fremhæves *efterbehandlingen* af udskrevne patienter, som kræver så megen specialsagkundskab, at den ikke umiddelbart kan overlades til de alment praktiserende læger og de kommunale hjemmesygeplejersker; her kommer psykiatriske, til sygehuse knyttede hjemmesygeplejersker ind i billedet, således som det allerede er etableret en række steder i landet. Det vil også være ønskeligt, at der etableres mulighed for, at andre (incl. læger) kan deltage i dette udadgående arbejde, der lejlighedsvis bør kunne foregå i patientens hjem. Ligeledes vil det være naturligt, når der opstår spørgsmål om, hvorvidt en patient bør genindlægges, at foretage en forvisitation enten ved hjælp af hjemmesygeplejerske eller en af sygehusets læger som sammen med den praktiserende læge — kan skønne over, om genindlæggelse er fornøden eller kan erstattes af anden behandling. Virksomheder som disse vil i øvrigt kunne medvirke til at mindske barrieren mellem institutionerne og den befolkning, de betjener. Om forholdet til primær sundhedstjeneste henvises i øvrigt til afsnit 3.

Det er endvidere vigtigt, at den psykiatriske enhed — jfr. afsnit 2.2. — opbygges således, at der er mulighed for *dag- og nathospitalsbehandling*, ligesom et mindre institutionspræget bolig- og arbejdsmiljø (kollegier, beskyttede boliger og værksteder) vil kunne fremme mulighederne for en ønskelig „resocialisering“ af patienten, jfr. i øvrigt afsnit 3.5.

Endelig vil der inden for det psykiatriske sygehusvæsen i amtskommunen være behov for et antal *plejehjem*, som udgør filialer af de psykiatriske sygehuse/afdelinger og som derigennem har muligheder for at have lukkede afdelinger og i det hele være underkastet de samme retsregler, som gælder for de pågældende sygehuse/afdelinger.

De plejehjem, der er overført til amtskommunerne sammen med de tidligere statshospitaler, bør derfor forblive under sygehusvæsenet. Nye plejeinstitutioner til at varetage denne opgave må ligeledes høre under sygehusvæsenet og derfor planlægges i nær tilknytning til de enkelte psykiatriske sygehusafdelinger.

Om plejehjemsproblematikken henvises i øvrigt til afsnit 3.5.

I de tilfælde, hvor amtskommunen har overtaget et funktionsdygtigt specialsygehus (evt. med tilknyttet psykiatrisk plejehjem), er der i realiteten som udgangspunkt skabt en betydelig centralisering af den psykiatriske service i amtskommunen. Problemet vil her navnlig være, dels hvorledes man med en sådan centralisering kan opnå de fordele, der knytter sig til en distriktspsykiatrisk ordning, dels hvor eventuelle yderligere afdelinger skal placeres i amtskommunen. Om placering af nye afdelinger må i det hele henvises til det foregående. Desuden kan nævnes, at der på nogle af de overførte sygehuse (Glostrup, Viborg og Ålborg) er indført distriktspsykiatriske ordninger. Erfaringerne herfra kan anbefales nyttiggjort for de øvrige amtskommuner.

Borne psykiatri:

Undersøgelse og behandling af psykisk syge børn er ligesom voksenpsykiatri - et amtsspecial. Den børnepsykiatriske funktion bør derfor etableres i de enkelte amtskommuners sygehusvæsen, og denne opgave bør tillægges høj prioritet.

Den eksisterende mangel på uddannede børnepsykiatere sætter grænser for, hvor hurtigt specialet vil kunne etableres i alle amtskommuner, og samarbejdsaftaler vil derfor være nødvendige i en overgangsperiode.

Den mest hensigtsmæssige organisation af funktionen synes at være en kombination af en sygehusafdeling med et forholdsvis beskedent sengetal til at dække de nødvendige

indlæggelser, en veludbygget ambulant funktion og en udstrakt udadgående virksomhed over for andre sygehuse i amtskommunen, social- og skolevæsen m. v.

Den enkelte afdeling må således give mulighed for undersøgelse og behandling såvel ambulant som under døgn- eller deltidssindlæggelse. Afdelingen kan indrettes med afsnit dels til børn, der indlægges til kortere varende observation og behandling, dels med afsnit til længere varende behandling. Desuden kan en aldersmæssig opdeling være nødvendig for at opnå en adækvat beskæftigelse af patienterne, hvis alder kan variere fra 0 til 15 år.

Da patienterne i en børnepsykiatrisk afdeling er oppegående og har behov for beskæftigelsesmæssige muligheder såvel inde som ude, er et ret stort grundareal pr. patient nødvendigt såvel i selve afdelingen som til udendørsfaciliteter: legeplads, have, mulighed for boldspil m. v. Foruden de rum, hvor børnene sover, bør der være rum til beskæftigelse og skoleundervisning.

I samme omfang som den nedenfor i afsnit 2.3.3. omtalte børnepsykiatriske behandling på lands- eller landsdelsplan — navnlig langtidsindlagte psykotiske børn — agtes varetaget af de enkelte amtskommuner selv, må særlige ganske små afdelinger med mere hjemligt præg indrettes til disse patienter, f. eks. i en villa i nærheden af sygehuset.

Til afdelingen bør knyttes skoleundervisning i en mere udbygget form end almindelig sygehusundervisning, idet en meget stor del af de børnepsykiatriske patienter har faglige skolevanskeligheder. Skolevæsenet er ansvarligt for undervisningen og stiller lærere til rådighed, som oftest lærere med specialuddannelse, mens det påhviler sygehusvæsenet, at der er egnede lokaler til formålet.

Den børnepsykiatriske afdeling bør placeres i nærheden af pædiatrisk, psykiatrisk og neurologisk afdeling af hensyn til afdelingernes konsultative forpligtelser over for hinanden og til det uddannelsesmæssige og videnskabelige arbejde. En placering i samme sygehusenhed som psykiatrisk afdeling vil muliggøre fællesaktiviteter for de yngste af de voksenpsykiatriske og de ældste af de børnepsykiatriske patienter, hvorved der bl. a. er basis for udvikling af en behand-

lingsindsats for unge sindslidende. En placering af børnepsykiatri og pædiatri i samme sygehusenhed gør det lettere at få gennemført en pædiatrisk vurdering, som ofte er et nødvendigt led i undersøgelsen og behandlingen af psykisk syge børn. Samtidig skaber et vist bygningsmæssigt fællesskab mellem pædiatri og børnepsykiatri mulighed for, i det omfang det skønnes hensigtsmæssigt, at have fælles stab af psykologer og socialrådgivere, hvilket vil kunne indebære faglige og formentlig også økonomiske fordele. Ligeledes vil de to specialers rådgivningsmæssige funktioner over for skole-, sundheds- og socialvæsen formentlig kunne udøves mest hensigtsmæssigt med mulighed for fælles rådgivning. Relationerne til disse sektorer gør det ønskeligt, at børnepsykiatriske afdelinger placeres i nærheden af amtskommunernes socialcentre.

En række faktorer peger således på ønskeligheden af en vis centralisering på amtsplan med hensyn til selve placeringen af den børnepsykiatriske afdeling. Det er imidlertid vigtigt at fremhæve, at undersøgelse og behandling af psykisk syge børn i vid udstrækning bør ske under former, der sikrer forbindelse med barnets daglige miljø. En væsentlig del af afdelingens arbejdsindsats vil derfor bestå i udadgående virksomhed, der muliggør en forening af centraliseringens fordele med den decentralisering som af andre grunde er ønskelig.

2.3.3. Opgaver der varetages på lands- og landsdelsplan.

Psykiatrisk *grund forsi'ning* er centraliseret til psykiatriske sygehuse i Århus, Odense og hovedstadsområdet. I overførelseslovens § 6 gives en særlig regel om stats-tilskud til denne forskning samt til centraliseret psykiatrisk registrering på Demografisk Institut i Århus. Psykiatrisk *undersøgelse og behandling* på lands- og landsdelsplan forekommer især over for visse retspsykiatriske patienter, døve sindslidende og visse børnepsykiatriske patienter.

Om behandlingen af *retspsykiatriske patienter* kan i det hele henvises til overførelseslovens § 3. Opgaven vedr. de patienter, som skal anbringes eller mentalundersoges i sikringsanstalt (§ 3. stk. 2) varetages på landsplan. Endvidere foretages hovedparten

af de mentalobservationer, der sker på psykiatrisk sygehus eller afdeling, på psykiatrisk hospital i Århus og amtsk hospitalet i Nykøbing Sjælland, hvor der er oprettet særlige retspsykiatriske afdelinger.

Behandlingen af voksne *døve sindslidende* har hidtil været centraliseret på Københavns amts sygehus, Nord vang (tidligere: statshospitalet i Glostrup). Det drejer sig om patienter, der er blevet døve i barndommen, før de har lært talesprog. Kun en mindre del har et ord- og begrebsforråd, der tillader tilegnelse af ganske elementære sproglige meddelelser. Hovedparten af patienterne er derfor henvist til så godt som udelukkende at gøre sig forståelige ved hjælp af tegnsprog, omend med begrænset ordforråd. Den rette psykiatriske behandling kræver derfor, at tegnsprog beherskes af personalet. De særlige krav til personalet og den øvrige organisation af behandlingsindsatsen i forbindelse med lidelsens relative sjældenhed gør centralisering nødvendig.

Behandling på landsdelsplan er indiceret over for *børn*, der foruden at have specifikke sansedefekter som blindhed, døvhed eller svære sproglige vanskeligheder, har alvorlige psykiske lidelser. Disse børn er så relativt få, at den enkelte afdeling ikke vil kunne forventes at få tilstrækkelig erfaring i behandlingen af dem. Det samme kan vise sig at være tilfældet for børn med andre specielle problemer, f. eks. børn, der er blevet hjerneskadede efter alvorlige cranietraumer, eller børn for hvis behandling særlige kulturelle forudsætninger er nødvendige, f. eks. de grønlandske børn.

Børnepsykiatrisk behandling på lands- eller landsdelsplan har endelig fundet sted over for *langtidsindlagte psykotiske børn*. Antallet af patienter er her så ringe og kravene til indsatsen så specielle, at det kan være indiceret at organisere indsatsen på landsdelsplan. Det kan dog ikke udelukkes, at henvisning af disse børn til landsdelsafdelinger kan have haft sammenhæng med den ringe børnepsykiatriske kapacitet i de enkelte amtskommuner.

3. Forholdet til primær sundhedstjeneste og socialsektor.

Som nævnt i afsnit 2.1. er en af forudsætningerne for i fremtiden at kunne forbedre

behandlingen af de psykisk lidende og dermed dæmpe noget af presset på de psykiatriske sygehuse/afdelinger, at mulighederne for at behandle og pleje patienter med psykiske lidelser uden for sygehus, i primær sundhedstjeneste og socialsektor, øges. Det er imidlertid vigtigt, at udviklingen på disse områder foregår koordineret med sygehusvæsenet, hvis man skal kunne udnytte fordelene ved alternative behandlings- og plejemuligheder og samtidig formindske risikoen for overlappning, dobbeltdækning osv. med deraf følgende ressourcespild. Bestræbelsen på at skabe en koordineret udvikling — i form af et løbende samarbejde om visitation, undersøgelse, behandling m. v. og i form af en gensidigt afstemt langsigtet planlægning — bør derfor have en fremskudt plads i amtskommunernes planer.

De erfaringer, man har at bygge på, er imidlertid sparsomme, hvorfor det ikke er muligt at anvise bestemte veje til løsning af problemerne. I det følgende må man derfor begrænse sig til at pege på nogle af de *samarbejdsproblemer*, sygehusvæsenet her står over for, de væsentligste *samarbejdslinier* og mulige organisatoriske *modeller*. Disse må tilpasses de lokale forhold, herunder karakteren af de psykiatriske institutioner, den enkelte amtskommune har overtaget.

3.1. *Almen lægepraksis.*

Der findes ikke præcise landsdækkende opgørelser af, i hvilket omfang de alment praktiserende læger behandler psykiske lidelser — forstået på den måde, at de alment praktiserende læger sætter ind med en målrettet behandling specielt af disse lidelser.

Enkeltstående undersøgelser viser imidlertid, at ca. 8-10 pct. af de patienter, som i dag behandles i almen praksis, er psykisk lidende, hvortil kommer, at yderligere ca. 20 pct. af patienterne med somatiske lidelser samtidig har psykiske problemer. Samfundet sætter med andre ord allerede i dag gennem Den offentlige Sygesikring betydelige ressourcer ind på behandling af disse patienter.

Bortset fra psykoser hos ældre udgør psykoser kun en mindre del af de psykiske sygdomme, som forekommer i almen praksis. Hovedparten af disse hører diagnosesætsigt til i gruppen „reaktive lidelser“. Herud-

over forekommer der endelig, som nævnt foran, i betydeligt omfang psykiske komplikationer mere eller mindre forbundet med legemlig sygdom, uden at patienter af denne type nødvendigvis kan henregnes til enten gruppen psykosier eller „reaktive lidelser“. Mellem en del af disse tilfælde og de „reaktive lidelser“ vil der formentlig være flydende overgange, diagnosen kan være vanskelig, bl. a. fordi sociale forhold kan spille afgørende ind.

For yngre eller midaldrende psykotiske patienter må man antage, at et mere intensivt samarbejde mellem praktiserende læger og sygehusene åbner muligheder for en hurtigere diagnosticering af sygdommen med deraf følgende tidligere iværksættelse af adækvat behandling og — i forbindelse med hel eller delvis udskrivning — en bedre opfølgning af sygehusets behandlingsindsats evt. koordineret med bistand fra socialvæsenet (f. eks. beskyttet bolig). Tyngdepunktet i undersøgelses- og behandlingsarbejdet må dog her klart ligge på sygehuset med dets muligheder for specialundersøgelser, specialuddannet personale osv.

Det omvendte er tilfældet med psykosier hos ældre, hvor den centrale figur i behandlingen vil være den praktiserende læge i samarbejde med andre grupper, og med specialsagkyndig assistance fra sygehus eller praktiserende speciallæger. En effektiv behandlingsindsats over for denne gruppe patienter vil kunne forhindre en del plejehjemsanbringelser respektive indlæggelser på psykiatriske institutioner.

Også inden for diagnosegruppen „reaktive lidelser“ vil et bedre samarbejde med sygehusets specialafdeling kunne give de ovennævnte fordele (hurtigere diagnose m. v.). men derudover består der her større muligheder for, at en forbedret indsats i lægepraksis kan mindske presset på sygehusvæsenet. Det er ikke muligt at sige præcist, i hvilket omfang dette vil kunne gennemføres, og det er også vigtigt at gøre sig klart, at det i mange tilfælde næppe vil dreje sig om et enten/eller i forholdet sygehus/almenlæge. I nogle tilfælde vil tyngdepunktet i behandlingen fortsat ligge på sygehus med heldogs- eller deldogsindlæggelse i kortere eller længere perioder, i andre tilfælde vil væsentlige dele af behandlingen kunne foregå i almen praksis, men vil da forud-

sætte en styrkelse af almenlægens viden om psykiske sygdomme og derfor nødvendig gøre en løbende kontakt med bl. a. psykiatrisk speciallæge. Der vil med andre ord inden for denne gruppe af patienter være tale om varierende muligheder for at lægge tyngdepunktet i behandlingen i og uden for institution, men det er vigtigt at fremhæve, at et sådant mere smidigt system kun kan fungere under forudsætning af et gennemført samarbejde mellem deltagerne. Alternativerne vil kun være realistiske og forsvarlige under forudsætning af et sådant samarbejde. I modsat fald kan man ikke blot risikere en forflygtigelse af ansvaret for behandlingen af den enkelte patient, men også at de ressourcer, der måtte blive anvendt i sygehusvæsenet til at skabe mindre institutionsprægede behandlingsformer ikke kan udnyttes fuldt ud, fordi der ikke er det nødvendige samarbejde med almenlægen og andre personalegrupper uden for sygehuset (endsige den nødvendige koordination til socialvæsenet).

Det er næppe muligt at opstille bestemte modeller for, hvordan et sådant samarbejde bør organiseres. Det, der i første række er behov for er, at almenlægen i højere grad end idag får adgang til at trække på psykiatrisk og anden specialviden, og at der herudaf udvikler sig en frugtbar uddannelsessituation, således at almenlægen i samarbejdet med specialisterne opbygger en egen viden og kunnen. Den viden og kunnen vil da tillige kunne nyttiggøres i almen lægepraksis over for de mange patienter, der har mere eller mindre udprægede psykiske komplikationer, uden at en egentlig psykiatrisk diagnose kommer på tale. Disse patienter udgør, som allerede nævnt, en betydelig del af klientellet i almen lægepraksis, og en mere adækvat bistand overfor dem vil forudsætte, at de praktiserende læger opnår større fortrolighed med diagnosticering og behandling af psykiske lidelser.

Skal disse mål opnås, vil der være behov for at danne en „enhed“ i systemet, hvorfra den rådgivende og undervisende funktion kan udgå.

De psykiatriske speciallæger vil få en central placering heri, men det er vigtigt, at også andre faggrupper, f. eks. klinisk og socialpsykologisk uddannede psykologer, socialmedicinere og socialrådgivere inddrages.

Enhedens administrative tilknytning kan variere:

1. Enheden kan være en del af den distriktspsykiatriske funktion, der etableres i sygehusvæsenet. En sådan model vil på grund af opdelingen i mindre geografiske områder indebære gode muligheder for at fremme kommunikationen mellem primær og sekundær sundhedstjeneste. Samtidig kan man sikre enhed i den psykiatriske service inden for amtskommunen og dermed kontinuitet i behandlingen.

2. Hvor det psykiatriske sygehus ikke er organiseret efter den distriktspsykiatriske model, kan den udadvendte enhed etableres ved, at sygehusvæsenet stiller konsulenter til rådighed for de alment praktiserende læger. Sygehusvæsenets speciallæger må i så fald pålægges pligt til at yde konsultativ bistand, hvilket må fastsættes i deres stillingsbeskrivelse.

3. Hvor der er praktisk mulighed for det, kan praktiserende speciallæger i psykiatri påtage sig den konsultative bistand over for de alment praktiserende læger m. fl. En forsøgsordning af denne art har fungeret i en enkelt amtskommune gennem nogle år.

4. Enheden kan etableres i form af en ekspertgruppe tilknyttet amtskommunens socialcenter, således at undervisning og konsultativ bistand udgår herfra. Denne model skaber gode muligheder for at opbygge en alsidigt sammensat ekspertgruppe, der omfatter såvel psykiatere som andre faggrupper. Endvidere opnås nære relationer til de lokale social- og sundhedsforvaltninger, som i betydelig udstrækning har kontakt med de samme patienter, og som i forvejen har adgang til at trække på ekspertbistand fra socialcentret. Det må i denne model anses for en væsentlig fordel, at lægerne bevarer forbindelsen til klinisk arbejde enten gennem tidsbegrænset besættelse af stillingerne eller gennem delte ansættelser, således at lægerne samtidig fungerer i klinisk arbejde.

Hvilken ordning der bør foretrækkes må bl. a. afhænge af lokale forhold og muligheder. Flere af disse ordninger vil kræve forhandling mellem overenskomstens parter for at kunne gennemføres. Det kan ikke udelukkes, at der i samme amtskommune kan gores forsøg med flere af de her skitserede løsninger eller kombinationer af disse.

3.2. Speciallægepraksis.

Behandlingen i psykiatrisk speciallægepraksis er steget stærkt igennem de senere år. Antallet af praktiserende speciallæger lå i 1965 på 60 (heraf 15 heltidspraktiserende og 45 deltidspraktiserende), men var i 1975 vokset til 160 (heraf 50 heltidspraktiserende og 110 deltidspraktiserende). Der er nu praktiserende speciallæger i psykiatri i alle amtskommuner.

Behandling af sværere psykotiske lidelser beslaglægger kun en mindre del af de praktiserende speciallægers arbejde. Hovedparten af arbejdsindsatsen er helliget undersøgelse /behandling af andre psykiske sygdomme. Undersøgelser tyder på, at antallet af patienter, som færdigbehandles i speciallægepraksis — og altså ikke henvises til viderebehandling i sygehusvæsenet — er betydeligt. I forhold til den undersøgelses- og behandlingsvirksomhed som foregår i sygehusvæsenet og i almen lægepraksis er det dog, uanset den ovenfor omtalte stigning i antallet af praktiserende speciallæger stadig kun en mindre del af de psykisk syge, som behandles i speciallægepraksis. Tendensen til en stigning i antallet af nedsættelser i speciallægepraksis må imidlertid antages at fortsætte i de kommende år.

Der er grund til at tro, at speciallægepraksis kan udgøre et værdifuldt led i amtskommunernes samlede service over for psykisk syge. Speciallægepraksis vil formentlig i et vist omfang kunne aflaste sygehusvæsenet og vil med et veludbygget samarbejde med de alment praktiserende læger kunne yde bidrag til, at psykiatri i højere grad kommer til at indgå i disses arbejde.

Samtidig med de fordele som speciallægepraksis kan give, bør amtskommunerne imidlertid være opmærksomme på, at en udbygning af det psykiatriske sygehusvæsenes konsultative bistand til de alment praktiserende læger — jfr. foran 3.1. — let kan føre til mulighed for dobbeltdækning, hvis antallet af praktiserende speciallæger, der nedsætter sig i amtskommunen, samtidig øges, uden at der sker en koordinering med sygehusvæsenet.

Uanset, at der på det psykiatriske område kan foreligge en mangelsituation både i sygehusvæsenet og i speciallægepraksis, er det derfor vigtigt at sikre en koordineret udvikling.

Heller ikke her er det imidlertid muligt at give nogen endelige løsninger. Man kan — jfr. foran afsnit 3.1. (pkt. 3) — pege på, at i en enkelt amtskommune varetager en praktiserende speciallæge en funktion som en art distriktspsykiater i tæt kontakt med de alment praktiserende læger i distriktet. Endvidere vil en vis sygehustilknytning for et områdes praktiserende speciallæger kunne være ønskelig, dels for at sikre en hensigtsmæssig visitation og behandling af patienterne, dels for at give de praktiserende speciallæger gode muligheder for at vedligeholde forbindelsen med sygehusets faglige miljø. Hvor omfattende en sådan tilknytning i det konkrete tilfælde bør være, må imidlertid afhænge af de lokale forhold og muligheder.

Amtskommunerne synes således — i hvert fald på længere sigt — at have en vis valgfrihed over for visse patientkategorier med hensyn til, i hvilken form psykiatrisk specialviden i fremtiden skal stilles til rådighed for borgerne respektive andre led i den samlede service over for psykisk syge. De fordele, som disse alternativer kan give, rummer dog samtidig risici, som bør forebygges gennem en koordineret planlægning af områderne.

3.3. Særligt om børnepsykiatri.

I afsnit 2.3.2. er om organisationen af den børnepsykiatriske sygehusfunktion fremhævet, at en væsentlig del af de børnepsykiatriske afdelingers indsats vil komme til at bestå i udadgående virksomhed over for andre sygehusafdelinger i amtskommunen eller over for skole-, sundheds- og sociale myndigheder og institutioner. Arbejdet uden for institution er således i princippet et led i selve opbygningen af den amtskommunale børnepsykiatriske enhed. Dette skyldes bl. a., at samfundets indsats over for børn, der har eller kan få sådanne psykiske problemer, at specifik børnepsykiatrisk bistand er fornøden, varetages af flere forskellige administrative systemer, der kun i et vist omfang råder — og bør råde — over egen børnepsykiatrisk ekspertise.

Det er samtidig i afsnit 2.2.2. fremhævet, at den eksisterende mangel på børnepsykiatriske behandlingsmuligheder i amtskommunerne formentlig påvirker indlæggelses-

mønstret. Der er grund til at antage, at samme forhold er en af årsagerne til, at de alment praktiserende læger erfaringsmæssigt har været tilbageholdende med at henvise børn til specialbehandling på sygehusafdeling. Ventetiderne har været så lange og afstanden til behandlingsstedet så store, at henvisning udover et minimum af uafviselige tilfælde formentlig har været betragtet som mere eller mindre formålsløs. Da speciallægemanglen samtidig medfører, at den praktiserende læge ikke kan få nævneværdig bistand til selv at indlede et behandlingsforløb, står man i en særdeles vanskelig udgangssituation.

Herudover gør der sig på det børnepsykiatriske område, måske i endnu højere grad end på det voksenpsykiatriske, vanskeligheder gældende ved generelt at fastlægge skarpe kriterier for, hvornår specifik børnepsykiatrisk indsats er indiceret. Uden for de „klassiske“ psykiatriske diagnosers områder (typisk: psykoser, neuroser og hjerne-skadede) vil der ofte kunne være tale om glidende overgange af tilstande fra det mere sygdomsprægede, hvor børnepsykiatrisk bistand vil være nødvendig over til adfærdsvanskeligheder i skole, daginstitutioner o. lign., hvor børnenes afvigende adfærd ikke har sygdomskaraktter, men i højere grad bestemmes af socialpsykologiske forhold, og hvor en hensigtsmæssig påvirkning af børnene og støtte til familien bør ske ved skolepsykolog, socialforvaltning o. lign.

Et veludbygget samarbejde mellem den børnepsykiatriske sygehusafdeling, socialsektor, skolepsykologiske kontorer og lægepraksis vil — som på voksenpsykiatriens område — kunne give bedre muligheder for tidlig diagnose og lettere adgang til som led i afdelingens behandling at anvende foranstaltninger inden for skolevæsen eller socialvæsen (anden skoleplacering, specialundervisning, daginstitutionophold m. v.). I andre tilfælde vil samarbejdet snarere gøre det muligt for andre behandlere med støtte i en superviserende børnepsykiatrisk ekspertise selv at iværksætte eller fortsætte en undersøgelse eller behandling, der ikke kræver sygehusets indsats. (Eksempelvis hvor den praktiserende læge efter drøftelse med skolepsykolog indhenter råd hos børnepsykiater eller konfererer et behandlingsforløb). Endelig vil der som nævnt være tilfælde, hvor

børnenes adfærdsvanskeligheder — og familiernes bagvedliggende problemer — er et såvel socialpsykologisk som pædagogisk problem, der i vid udstrækning må søges løst gennem skolepsykologiske kontorer, rådgivningsklinikker osv.

Vanskeligheden ved på forhånd generelt at afgrænse de grupper over for hvilke de forskellige typer af foranstaltninger er indiceret vil meget vel kunne vise sig mindre i praksis, når det drejer sig om at vurdere konkrete enkelttilfælde. Også på det børnepsykiatriske område er der i mindre grad tale om et enten/eller mellem forskellige foranstaltninger end om at disse for at kunne virke hensigtsmæssigt forudsætter en tæt kontakt, gensidig fortrolighed med synspunkter uanset faglig placering m. v. De vidt forgrenede berøringsflader mellem børnepsykiatrien og de øvrige sektorer gør det imidlertid kompliceret at pege på bestemte samarbejdsmodeller. Man må begrænse sig til at slå fast, at samarbejde udad fra den børnepsykiatriske afdeling til amtskommunens socialcenter, rådgivningscenter og skolepsykologiske kontorer må være et selvfølgeligt led i planlægningen af afdelingens funktion. Desuden vil et samarbejde til almen lægepraksis og de kommunale social- og sundhedsforvaltninger, herunder sundhedsplejerskerne, være nødvendigt.

Endelig bemærkes, at børnepsykiatrisk speciallægepraksis efter alt at dømme vil kunne udgøre et værdifuldt alternativ til ambulant sygehusbehandling. Der er bl. a. grund til at tro, at en række hæmnings over for henvisning til sygehusbehandling ikke vil findes over for behandling hos praktiserende speciallæge.

3.4. Samarbejdet med kommunernes social- og sundhedsforvaltninger.

I afsnit 3.5. behandles forholdet sygehusvæsen/plejehjem. Her skal dels gøres enkelte bemærkninger om hjemmesygepleje og hjemmehjælp og om kommunernes generelle muligheder for at yde bistand til psykisk lidende uden for institution:

Som led i bestræbelserne på at skabe alternative behandlings- og plejemuligheder må fremhæves, at psykisk syge på lige fod med somatisk syge, må have mulighed for at få hjælp af de kommunalt ansatte *hjemmesygeplejersker og hjemmehjælpere*.

Selv om det eksisterende system ikke skelner mellem de to grupper af patienter — og ligestilling derfor formelt er etableret — er der næppe tvivl om, at de psykiatriske patienter frembyder særlige vanskeligheder som følge af deres sygdoms særlige karakter, hvorfor der også i relation til det her nævnte hjælpepersonale findes et udtalt behov for en støttende indsats.

Det drejer sig på dette område — som for de alment praktiserende læger — om en øget pædagogisk indsats — en indsats, som enten kan have sit udgangspunkt i den „enhed" i systemet, som er omtalt i afsnit 3.1., eller i den psykiatriske hjemmesygepleje, som allerede i dag findes knyttet til flere psykiatriske sygehuse og til enkelte større kommuner.

På dette område gælder som for almen praksis, at indsatsen må tage sit udgangspunkt i lokale forhold og allerede opbyggede ordninger, men det er vigtigt, at amtskommunernes planer for det psykiatriske sygehusvæsen kommer til at indeholde en beskrivelse af de eksisterende ordninger og forslag til, hvorledes denne virksomhed fremover agtes organiseret.

For kommunernes social- og sundhedsforvaltninger fremtræder de psykisk lidende i øvrigt ikke som en gruppe af sociale klienter, for hvem et særligt hjælpeapparat står til rådighed. Bistandsloven og den øvrige sociale lovgivning indeholder således ikke særregler for denne klientgruppe, men hele det sociale hjælpeapparat står i princippet til rådighed.

Som følge af de psykiske lidelsers særlige karakter er der dog næppe tvivl om, at sociale klienter med disse lidelser volder social- og sundhedsforvaltningerne særlige problemer, i første række som følge af de ofte meget sammensatte diagnoser, der kan foreligge. Psykiske, somatiske og sociale elementer indgår — som tidligere fremhævet — ofte med vekslende styrke, hvad der kan gøre det overmåde vanskeligt at fastlægge den adækvate bistand.

Afgørelsen af, hvorledes disse problemer skal løses, er et overvejende kommunalt anliggende, men disse problemer bør ikke desto mindre tages i betragtning i amtskommunernes planlægning af den psykiatriske service.

I forbindelse med behandling på psykiatrisk sygehus, vil der således ofte kunne være behov for samarbejde og gensidig orientering direkte mellem sygehusvæsenet og den enkelte kommune, således at socialforvaltningerne, hvor det er nødvendigt, hurtigt kan påbegynde planlægning af en eventuel indsats, dels i forhold til patienten, dels i forhold til dennes familie og pårørende. Omvendt vil social- og sundhedsforvaltningerne ofte kunne hjælpe sygehusvæsenet med oplysninger om patientens sociale situation, og derigennem bl. a. belyse mulighederne for patientens fortsatte behandling uden for institution.

For social- og sundhedsforvaltningerne vil der også ofte være behov for at kunne trække på psykiatrisk ekspertise til støtte for den konkrete sagsbehandling.

Den væsentligste vanskelighed herved er i øjeblikket den knappe kapacitet af psykiatriske speciallæger i socialektoren sammenholdt med det store antal af sociale klienter med psykiske lidelser.

Det bør derfor gennem amtskommunerne planlægning af den psykiatriske service sikres, at de sparsomme personelle ressourcer anvendes sådan, at kommunerne ligeligt får adgang til at trække på ekspertise., i hvert fald i de mest komplicerede tilfælde.

Der kan næppe opstilles ensartede modeller for, hvor denne konsultative service administrativt skal placeres, men det synes på forhånd nærliggende, at den placeres i tilslutning til den „enhed“ i amtskommunen, hvorfra den konsultative bistand til de alment praktiserende læger skal udgå, jfr. afsnit 3.1.

I relation til kommunernes social- og sundhedsforvaltninger bør det imidlertid fremhæves, at en samling af den psykiatriske ekspertise i det amtskommunale socialcentre synes mest nærliggende. En sådan placering vil således være i overensstemmelse med socialreformens intention om, at sagkundskab, som generelt rækker udover de enkelte kommuners formåen, placeres i socialcentret. Bistandsloven har da også pålagt de amtskommunale socialcentre at stille sagkyndige, herunder lægelig ekspertise til rådighed for kommunernes social- og sundhedsudvalg. I konsekvens heraf er der således allerede i dag knyttet psykiatriske

speciallæger til de fleste af amtskommunerne socialcentre.

3.5. Plejehjem m. v.

Først behandles plejehjem under sygehusvæsenet dernæst plejehjem under lov om social bistand. Endelig omtales beskyttede boliger, kollektivboliger, daghjem og dagcentre m. v. Fremstillingen vedr. plejehjem støtter sig til „Redegørelse vedr. psykiatriske plejehjem m. v.“ udarbejdet under „psykiatriudvalget“.

Plejehjem under sygehusvæsenet.

Som nævnt ovenfor i afsnit 2.3.2. bør de plejehjem, der er overført til amtskommunerne sammen med de tidligere statshospitaler, forblive under sygehusvæsenet. Nye plejeinstitutioner til at løse denne opgave må ligeledes høre under sygehusvæsenet og derfor planlægges i nær tilknytning til de enkelte psykiatriske sygehusafdelinger.

Belægningsen på de eksisterende plejehjem under sygehusvæsenet kan groft deles i to patientgrupper: på den ene side de egentlige aldersbetingede lidelser, på den anden side længerevarende sindslidelser hos patienter, der ikke er mærket af alderen, overvejende skizofrene. Sidstnævnte kategori er stadig den dominerende, men dens dominans er dog — ligesom på de psykiatriske sygehuse — aftaget i betydelig grad i løbet af de sidste ca. 20 år. Klientellet præges mere og mere af aldersbetingede lidelser.

Psykiatrisk plejehjemsanbringelse under sygehusvæsenet er især indiceret over for patienter, hvis tilstand er svingende og for hvem genindlæggelse på et psykiatrisk sygehus er en nogenlunde nærliggende mulighed, der gerne skal kunne realiseres hurtigt, ligesom tilbageflytning til plejehjemmet bør kunne ske omgående. Dette betinger, at disse patientflytninger må styres fra sygehuse.

Samtidig bevirker behovet for i et vist omfang at kunne tilbageholde patienter, at det er nødvendigt at råde over en vis plejehjemskapacitet, der er underlagt de retsregler, som efter lov om sindssyge personers hospitalsophold gælder for psykiatriske sygehuse/afdelinger.

Uanset at ovenstående argumenter således må føre til, at der i sygehusvæsenet bør

opretholdes/etableres en vis plejehjemskapacitet, må det dog erkendes, at grænserne mellem de patienter, som kræver ophold på plejehjem i sygehusvæsenet og dem som, skønt lidende af psykisk sygdom, godt kan opholde sig på plejehjem under lov om social bistand, i de enkelte tilfælde kan være flydende. Ovennævnte redegørelse peger da også på, at et ikke ringe antal plejepatienter på de eksisterende plejehjem under sygehusvæsenet med fordel kunne have været anbragt på plejehjem under bistandsloven. Alene dette gør det ønskeligt, at der både ved visitation til plejehjem i amtskommunen og ved planlægning af fremtidig service sikres den nødvendige koordination, jfr. nedenfor.

Plejehjem under lov om social bistand.

1. Den gældende lov om social bistand indeholder ikke særegler om specielle plejeinstitutioner for patienter med psykiske lidelser. Samtlige plejeboliger (plejehjem og beskyttede boliger) — såvel almindelige som psykiatriske plejehjem — hører under kommunalbestyrelsernes ansvar (lovens § 79), men kan oprettes og drives af en eller flere kommuner, amtskommuner eller som selvejende institutioner, med hvilke kommunalbestyrelserne indgår overenskomst (§ 80).

Det fremgår af den ovenfor omtalte redegørelse, at et betydeligt antal beboere (patienter) med psykiske lidelser var anbragt på alle kategorier af plejehjem under bistandsloven i de to amtskommuner (Århus og Ringkøbing) som undersøgte. Den dominerende gruppe var patienter med aldersbetingede sindslidelser, men der fandtes dog også en ret stor gruppe, fortrinsvis yngre, plejepatienter med andre psykiske lidelser. I langt størstedelen af tilfældene måtte patienterne betragtes som velplacerede, hvor de var. Blandt dem der fandtes velanbragte på de almindelige plejehjem, kunne mange dog have behov for bedre adgang til psykiatrisk bistand. Blandt den mindre gruppe som ikke fandtes velanbragt her, bestod hovedparten af senilconfuse og urolige plejepatienter, der formentlig ville være bedre anbragt enten på psykiatrisk plejehjem eller på mindre psykiatriske afsnit i umiddelbar tilknytning til almindelige plejehjem. Den resterende del af gruppen (over-

vejende ældre, kronisk psykotiske patienter som på mange måder er velbevarede og som kræver indsats af specialuddannet personale) ville trives bedst på relativt små specialplejehjem, der er så lidt institutionsprægede som muligt.

Det fremgår endvidere af redegørelsen, at et vist antal specialenheder for psykiatriske plejepatienter allerede findes eller kunne tænkes etableres i forbindelse med almindelige plejehjem. Plejeinstitutionsservice for psykiatriske patienter indgår således i vidt omfang i den almene plejehjemssektor, og kun i forholdsvis begrænset omfang er der tale om specialinstitutioner. Der kan anføres gode argumenter for såvel de mere integrerede løsninger, som for etablering af specialinstitutioner. Der findes dog i næsten alle amtskommuner et større eller mindre behov for udbygning af pladser på psykiatriske plejehjem eller almindelige plejehjem med specialenheder, og det må betragtes som givet, at kommunalbestyrelsernes ansvar for etablering af plejeinstitutioner også omfatter plejehjem m. v. for patienter med psykiske lidelser.

2. Klientsammenfaldet mellem sygehusvæsenet og plejehjemssektoren gør det nødvendigt, at der etableres en *visitationsordning*, der i størst mulig udstrækning kan sikre en adækvat henvisning af plejepatienter i amtskommunen. Derudover bør der etableres fastere *konsulentordninger*, og der bør ske en tættere koordination af *planlægningen*.

Visitationen: psykiatrisk specialsagkundskab bør medinddrages i de rådgivende visitationsudvalg, der er hjemlet i bistandslovens § 83. Egnede anbringelses- eller udskrivningssituationer på plejehjem under sygehusvæsenet bør inddrages i udvalgenes arbejde.

Herudover er der behov for, at psykiatrisk sagkundskab medvirker direkte i det lokale arbejde bl. a. med det formål at yde bidrag til at forebygge institutionsanbringelse, såfremt støtte til personen eller det omgivende miljø vil kunne muliggøre forbliven i hjemmet.

Der bør endvidere etableres fastere *konsulentordninger* af psykiatrisk sagkundskab for plejeinstitutionerne. På næsten alle plejeinstitutioner er der ifølge den nævnte redegørelse patienter med psykiske lidelser, og der

er registreret et udbredt ønske fra alle institutionstyperne om mulighed for at kunne trække på psykiatrisk konsulentbistand.

Bistanden kan ydes fra sygehusene, både vedr. enkelte patienter og som mere generel støtte til personalet (f. eks. i form af vejledning/undervisning på grundlag af foreliggende konkrete situationer). Hvor intens en sådan ordning i det enkelte tilfælde skal være må afhænge af behovet på det enkelte hjem under hensyntagen til de dér anbragte patienter/beboere. Det bør derfor løbende vurderes, om behovet stadig er tilstede eller dækkes adækvat.

Konsulentbistand kan i visse tilfælde også ydes af psykologisk eller psykiatrisk sagskundskab tilknyttet amtskommunens socialcenter eller eventuelt af praktiserende psykiater eller psykiatrisk konsulent, der er knyttet til en kommunal social- og sundhedsforvaltning.

Planlægningen af plejehjem m. v. sker efter reglerne i socialstyrelseslovens § 11. Koordinationen med *sygehusplanlægningen* kan ske gennem de i sygesikringslovens § 23, stk. 2, nævnte udvalg. Det kan anbefales, at planlægningen i de enkelte amtskommuner tager sit udgangspunkt i undersøgelser svarende til dem, der er tilvejebragt for Århus og Ringkøbing amtskommuner. Sådanne undersøgelser kan sikre et grundlag for en mere konkret vurdering af de lokale problemer og dermed for et tættere samspil amtskommune/primærkommuner.

Beskyttede boliger, kollektivboliger, daghjem og dagcentre m. v.

Beskyttede boliger og kollektivboliger (bistandslovens § 59, stk. 2) er mellemformer mellem almindelige boliger og plejehjem. Beboerne har adgang til bistand til pasning af lejlighed og til en begrænset pleje, der bl. a. gør det muligt at tilbyde vedvarende tilsyn med svagelige personers helbredstilstand og yde dem hurtig hjælp i akutte sygdomstilfælde.

Disse plejeboliger er endnu relativt nye institutionsformer, der imidlertid kan forventes at blive mere almindelige i kommunerne i de kommende år. Det er derfor vigtigt at være opmærksom på, at en række af de synspunkter, der er anført ovenfor om anbringelse af psykiatriske plejepatienter i den almene plejehjemssektor, ligeledes kan

anlægges i forhold til disse boligformer, som for visse patientgrupper, koordineret med en distriktspsykiatrisk service vil rumme særlige fordele, idet det f. eks. vil kunne lette muligheden for daghospitalsbehandling, ambulant behandling o. lign., når patienten kan udskrives til et gunstigt bolig-miljø.

I denne sammenhæng må endvidere nævnes *daghjem*, der yder vedvarende tilsyn, pleje og omsorg i dagtimerne for beboere, som opholder sig i eget hjem om natten, samt *dagcentre* med plejehjemsforebyggende og aktiverende sigte.

Om visitationen m. v. gælder det ovenfor under 2 anførte.

Sluttelig skal kun nævnes, at en række andre institutioner inden for socialvæsenet modtager patienter med psykiske lidelser, hvorfor de ovenfor anførte synspunkter om koordineret visitation og planlægning tillige finder anvendelse her. Det drejer sig eksempelvis om *revalideringsklinikker*, *optræningsinstitutioner*, *beskyttede virksomheder* m. v.

4. Hovedstadsområdets planlægning.

Efter sygehuslovens § 12 udarbejder Hovedstadsrådet en overordnet sygehusplan for hovedstadsområdet. Den overordnede plan, der opstilles med udgangspunkt i de enkelte amtskommuners planer, skal indeholde en analyse og vurdering af hele områdets behov for sygehusfunktion og forslag til de mest hensigtsmæssige former for betjening dermed. Kravene til den overordnede plan specificeres nærmere i lovteksten, der tillige fastlægger proceduren for udarbejdelsen af denne.

De særlige indholds- og proceduremæssige krav til planlægningen i hovedstadsområdet er en konsekvens af Hovedstadsrådets kompetence som overordnet planlægningsmyndighed.

Denne forskel i de formelle regler betinger i sig selv, at planlægningen af den psykiatriske service i hovedstadsområdet ikke fuldt ud kan følge samme regler som i det foregående er opstillet for det øvrige land.

Dertil kommer imidlertid, at den overordnede planlægning i hovedstadsområdet som følge af, at udgangspunktet efter loven skal tages i hele områdets behov, vil komme til

at stå over for problemer, som i nogen grad er ukendt i det øvrige land.

Det langsigtede mål, som ligger til grund for vej ledningen i de foregående afsnit — at amtskommunerne bør varetage den psykiatriske service ved egne institutioner og foranstaltninger — må således i hovedstadsområdet påhvile området som helhed. I denne forbindelse er det imidlertid ikke blot iøjnefaldende, at der i dag målt pr. indbygger gør sig betragtelige forskelle gældende i institutionsforsyningen mellem Københavns kommune og de øvrige kommunale enheder, der indgår i området, men også at de eksisterende institutioner er mindre hensigtsmæssigt placerede geografisk i forhold til de befolkningsgrupper, de skal betjene.

Dertil kommer, at området i et vist omfang stadig betjenes af overførte specialsygehuse beliggende uden for området og af Rigshospitalet.

På denne baggrund er det ønskeligt, at der snarest muligt af hovedstadsrådets sygehuskommuner og Rigshospitalet i samarbejde med Hovedstadsrådet fastlægges:

1) En afviklingsordning for de gældende indlæggelsesoverenskomster med overførte specialsygehuse.

Herom gælder de synspunkter, der er anført foran i afsnit 2.3.1.

2) En foreløbig plan for rådets forsyning med institutionspladser under hensyntagen til hele rådets behov.

Planen bør ikke blot tage hensyn til sådanne faktorer som geografisk nærhed til behandlings- og plejested, eksisterende forsyning i de fem sygehuskommuner m. v., men også til eventuel ledigblivende kapacitet inden for det somatiske sygehusvæsen.

Hovedstadsrådet indsender den foreløbige plan med underliggende materiale til indenrigsministeriet.

5. Sammenfatning.

I dette afsnit sammenfattes hvilke oplysninger amtskommunernes planer på baggrund af vejledningen i afsnit 2-3 bør indeholde. Det fremhæves, at der er tale om mindstekrav til de enkelte planers indhold. Den omstændighed, at den særlige planlægningsrunde for det psykiatriske sygehusvæsen i væsentligt omfang bør have til formål

at formidle en udveksling af synspunkter mellem amtskommunerne og de centrale sundhedsmyndigheder indebærer, at der kun kan være tale om at angive en vis minimumsramme for planindholdet. Herudover står amtskommunerne frit med hensyn til, hvilke relevante oplysninger, der ønskes inddraget i planen og kan desuden i planen diskutere de principper, der er lagt til grund for vejledningen i de foregående afsnit.

Generelt kan det tilrådes, at amtskommunen tager udgangspunktet for sine planlægningsovervejelser i en stillingtagen til, om et overført specialsygehus (samt evt. plejehjem) på længere sigt skal videreføres som led i amtskommunens psykiatriske sygehusvæsen og i bekræftende fald med hvilke opgaver. Afklaringen af dette spørgsmål vil være en af de væsentligste forudsætninger for en vurdering af, hvorledes den fremtidige service på sygehusområdet skal organiseres og dimensioneres. Tilsvarende gælder, hvor amtskommunen har overtaget en „benyttelsesret“.

5.1. Overførte specialsygehuse og indlæggelsesoverenskomster.

I de tilfælde, hvor et overført specialsygehus herefter ikke kan anses for (fuldt) funktionsdygtigt i fremtiden, bør amtskommunens plan indeholde hovedtrækkene i en funktionsmæssig omdannelse af specialsygehuset respektive en fuldstændig afvikling af dette som led i sygehusvæsenet. Omdannelses- eller afviklingsplanen bør angive, hvilke kategorier af patienter der agtes henvist til specialsygehuset og hvilke til undersøgelse og behandling andetsteds. Planen bør endvidere angive den tidsramme, inden for hvilken omdannelsen/afviklingen agtes gennemført.

Hvis en amtskommune alene har overtaget en „benyttelsesret“ på et overført specialsygehus, bør planen indeholde en redegørelse for hovedprincipperne i den afviklingsaftale, der skal indgås mellem amtsrådene. Afviklingsaftalen bør ligeledes specificeres på patientkategorier og angive en tidsramme for afviklingen.

5.2. Organisation i øvrigt.

Hvis et overført specialsygehus (samt eventuelt plejehjem) kan videreføres fuldt

ud funktionsdygtigt, vil hovedproblemerne i planlægningen bl. a. være, at der kan opstå ledig kapacitet på specialsygehuset som følge af, at en indlæggelsesoverenskomst efterhånden afvikles og at der, uanset denne ledigblivende kapacitet, kan være ønsker om opbygning af psykiatriske enheder andre steder i amtskommunen. I denne situation bør amtskommunen i planen overveje, hvilke funktioner en eventuel ledigblivende kapacitet bør have, og om der bør opbygges yderligere enheder på andre sygehuse. Herunder bør amtskommunen overveje mulighederne for at gennemføre en distriktskykiatrisk organisation.

Hvis der ikke findes et fuldt funktionsdygtigt specialsygehus, vil amtskommunen stå overfor, over en årrække, at skulle opbygge ny service. I denne situation bør planen indeholde amtskommunens overvejelser om placering og dimensionering af nye enheder, og amtskommunen bør i denne forbindelse i lys af de lokale forhold overveje fordele og ulemper ved en central eller decentral løsning samt mulighederne for en distriktskykiatrisk organisation.

Som det skulle være fremgået af afsnit 2.3.2. er der i et vist omfang en reel valgfrihed ved planlægningen af den fremtidige service. Valgfriheden ligger ikke blot i, at der kan stiles mod en mere centraliseret eller decentraliseret funktion. Den ligger også i, at der for de forskellige kategorier af patienter er muligheder for at vælge mellem forskellige typer af foranstaltninger, der karakteriseres ved varierende niveau i undersøgelses- og behandlingsmæssig henseende, varierende grad af institutionalisering og af ressourceforbrug, (heldøgnsindlæggelse, dag/nat-hospital, ambulatorium, plejehjem m. v.).

Hvad enten amtskommunen ønsker at videreføre et overtaget specialsygehus, og hvad enten amtskommunen stiler mod en decentraliseret eller centraliseret organisation, er det derfor vigtigt, at den psykiatriske service opbygges på rimeligt præcise forestillinger om, hvilke patientgrupper der agtes hjulpet ved hvilke foranstaltninger. Man må derfor generelt anbefale amtskommunerne i planlægningen at gøre brug af det statistiske materiale om indlæggelsesforhold m. v., som findes på det psykiatriske område. Ganske vist viser den eksisterende syge-

husstatistik primært kun den registrerede sygelighed, men mere indgående analyser af statistikken åbner dog visse muligheder for mere præcise forestillinger om, for hvilke patientgrupper hvilke foranstaltninger skal stilles til rådighed. Man gør i denne forbindelse opmærksom på de muligheder for sammenlignende statistiske undersøgelser, som ligger i en benyttelse af det psykiatriske centralregister på Demografisk Institut i Århus.

5.3. Forholdet til primær sundhedstjeneste og socialektor.

Indsats i primær sundhedstjeneste overfor aktuelt eller potentielt psykisk syge kan under visse forudsætninger i et vist omfang erstatte sygehusbehandling. En hovedforudsætning herfor synes at være, at der under en eller anden form gives de alment praktiserende læger væsentlig bedre muligheder for bistand fra psykiatrisk ekspertise foruden en bedre koordination med andre personalegrupper i primær sundhedstjeneste (hjemmesygepleje).

I det løbende, daglige undersøgelses- og behandlingsarbejde må der opbygges en samarbejds- og visitationsordning, der giver rimeligt gode garantier for en hensigtsmæssig arbejdsfordeling mellem sygehusene og lægepraksis. I afsnit 3 er der peget på nogle mulige modeller for en sådan ordning, og det er vigtigt, at amtskommunen i lys af de lokale forhold overvejer sin stilling hertil.

Planlægningen på længere sigt må for lægepraksis vedkommende følge de regler, der i øvrigt gælder om praksisplanlægning.

Samspillet med socialektoren rejser ligeledes behov for en samarbejdsordning i det løbende, daglige arbejde. Også her er der i afsnit 3 peget på brugelige modeller, hvortil amtskommunen bør tage stilling i sin plan.

I den længeresigtede planlægning vil der være behov for et tæt samarbejde mellem amtskommunens sygehusudvalg og social- og sundhedsudvalg. Det er nærliggende her at pege på sygesikringslovens § 23, stk. 2- og stk. 4-udvalg som anvendeligt forum. Det er desuden ønskeligt, at der sker en koordination med primærkommunernes planlægning. Planlægningen på det sociale område må ske efter reglerne i socialstyrelseslovens § 11. I den særlige planlægningsrunde er det dog ønskeligt, at amtskommunen, når princip-

perne i den midlertidige sygehusplan er opstillet, drøfter disse med de primærkommunale socialudvalg, især med henblik på en afklaring af arbejdsfordelingen med hensyn til plejehjem, beskyttede boliger og lignende.

•5.4. Ressourceplanlægning m. v.

Amtskommunen bør søge at belyse de direkte og indirekte ressourcemæssige konsekvenser af en funktionsmæssig omdannelse/fuldstændig afvikling af et overtaget specialsygehus. Hvor specialsygehuset funktionsmæssigt omdannes, vil de direkte ressourcemæssige konsekvenser navnlig være, at ombygninger kan være nødvendige, og at sygehusets personalenormering skal ændres.

De indirekte konsekvenser af omdannelse/afvikling vil være, at der skal etableres ny service. Dette gælder tillige i den situation, hvor amtskommunen kun har en „benyttelsesret“.

Det er i disse situationer vigtigt, at amtskommunen søger at belyse de ressourcemæssige konsekvenser ved de forskellige foranstaltninger, der er til rådighed for sygehusvæsenet i lys af den foran omtalte bestræbelse på i videst muligt omfang at præcisere, hvilke foranstaltninger der bør stilles til rådighed for hvilke patienter. I stedet for eksempelvis at regne med og fremskrive et meget stift „sengebehov“ pr. indbygger, må

det anbefales på baggrund af en analyse af indlæggelsesstatistikker m. v., at søge at beregne de ressourcemæssige konsekvenser af forskellige undersøgelses- og behandlingsindsatser for forskellige grupper af patienter. Kravene til bygningsmæssig indretning (og til personalesammensætning) vil kunne variere betragteligt alt efter, om det f. eks. drejer sig om langtidsindlagte psykotiske patienter eller om meget kortvarigt indlagte alkoholmisbrugere eller neurotiske patienter. Det er derfor vigtigt i en situation, hvor amtskommunerne i et vist omfang skal opbygge en ny organisation, at søge at vurdere ressourceforbruget i tættere sammenhæng med den enkelte foranstaltnings formål.

Henset til den store forskel i udgangssituationen mellem de enkelte amtskommuner har man afstået fra en skemabinding af resourceplanlægningen.

De ressourcemæssige oplysninger vedr. primær sundhedstjeneste og sociale sektor må gives som led i social- og sundhedsplanlægningen efter socialstyrelseslovens § 11.

Planlægningen sker i øvrigt på grundlag af den gældende byrde- og opgavefordeling mellem staten, amtskommunerne og kommunerne. Der skal således ikke i planlægningen tages hensyn til eventuelle ændringer heri i fremtiden, f. eks. en eventuel udlægning af særforsorgen.

Indenrigsministeriet, den 4. april 1977.

Egon Jensen.

/ Johs. Qwist.

Kapitel IV.

Behov m.v., jfr. vejledende retningslinier afsnit 2.1

A. VOKSENPSYKIATRI.

1. Indledning.

Et vist behov for sygehuskrævende undersøgelse/behandling/pleje måles traditionelt ved et såkaldt sengebehov (antal senge pr. 1.000 indbyggere).

I »Vejledende retningslinier for planlægningen af sygehusvæsenets fremtidige udbygning« (1971) er der opstillet sådanne sengebehovsnormer. Der er dog samtidig taget betragtelige forbehold over for disses gyldighed.

Generelle sengebehovsnormer for en nærmere angiven sygehusfunktion vil i det højeste kunne tjene som *udgangspunkt* for mere konkrete vurderinger i sygehuskommunernes planlægning. En række forskellige faktorer vil kunne bevirke væsentlige afvigelser mellem de enkelte sygehuskommuners behov for sengepladser.

For så vidt angår den psykiatriske sygehusfunktion kan især nævnes befolkningskoncentrationen (urbaniseringsgraden), befolkningens aldersfordeling, sygehusenes placering samt den service, der i den primære sundhedstjeneste og den sociale sektor stilles til rådighed for psykiatriske patienter.

At der er en række faktorer, der påvirker de enkelte sygehuskommuners behov for psykiatriske sengepladser illustreres helt klart deraf, at der rent faktisk er store forskelle i forbruget af sengepladser i de forskellige sygehuskommuner. I hvert fald en del af disse forskelle i forbruget må henføres til et forskelligt behov (pr. 1.000 indbyggere).

I *tabel I* indeholdes en oversigt over senge-dagsforbrug, normerede sengepladser og beregnet sengeforbrug på voksenpsykiatriske specialsygehuse, herunder nervesana-

torier, samt psykiatriske afdelinger ved somatiske sygehuse i finansåret 1975/76, fordelt efter institutionernes beliggenhed og efter patienternes hjemsted.

Tabellens højre kolonne viser, at det beregnede sengeforbrug varierer fra sygehuskommune til sygehuskommune. Størst forskel er der mellem Københavns og Frederiksberg kommuner på den ene side og hovedstadsområdets øvrige sygehuskommuner på den anden side, men også mellem sygehuskommunerne uden for hovedstadsområdet finder man forskelle. Den store forskel mellem Københavns og Frederiksberg kommuner og de øvrige kommuner i hovedstadsområdet og mellem København og det øvrige land kan tildels tilskrives andelen af ældre i baggrundsbefolkningen. Som det ses af tabellens anden kolonne udgør personer over 65 år 21,5 % i København og 24 % på Frederiksberg, mens de udgør 8,4 %-8,8 % i den øvrige del af hovedstadsområdet og gennemsnitligt 12,6 % i landet uden for København.

Det store sengeforbrug i København må yderligere bl.a. ses på baggrund af, at befolkningstallet i København i snart mange år har været faldende (fra 768.105 indbyggere i 1950 til 545.350 indbyggere i 1976). Afvandringen har således været større end tilvandringen og det må antages, at afvandringen generelt har været størst blandt de i sundhedsmæssig og social henseende bedst stillede befolkningsgrupper.

Forskellen i sengeforbrug i det øvrige land kan derimod ikke tilskrives forskelle i de ældre aldersgruppers andel af befolkningen; derimod er der en sammenhæng mellem forbruget og antallet af normerede sengepladser i amtet, som er vist i kolonne 4, således at sygehuskommuner med få senge-

Tabel 1

Sengedagsforbrug, normerede sengeforbrug og beregnede sengeforbrug på voksen-psykiatriske specialsygehuse, herunder nervesanatorier samt psykiatriske afdelinger ved somatiske sygehuse i finansåret 1975/76 fordelt efter institutionernes beliggenhed og efter patienternes hjemsted.

Område	Baggrundsbe- folkningen	%-vis andel over 65 år i baggrundsbe- folkningen	Normerede sengepladser i området pr. 1.4.75. *)	Normerede sengepladser pr. 1000 indbyggere *)	Sengedage i 1975/76 fordelt efter institu- tionernes beliggenhed Antal	Sengedage i 1975/76 fordelt efter pati- enternes hjemsted Antal	Beregnet sengeforbrug pr. 1.000 indbyggere **)
Københavns kommune	545.350	21,5	3.562	6,5	1.243.165	1.226.457	7,0
Frederiksberg kommune	93.692	24,0	134	1,4	46.640	129.251	4,3
Københavns amt	630.896	8,8	866	1,4	242.077	312.605	1,5
Frederiksborg amt	306.297	8,8	233	0,8	67.345	133.867	1,4
Roskilde amt	187.545	8,4	—	—	—	96.677	515
Hovedstadsområdet i alt	1.763.780	13,5	4.795	2,7	1.599.227	1.898.857	3,3
Vestsjællands amt	268.817	14,1	1.271	4,7	434.414	198.634	739
Storstrøms amt	255.954	15,8	1.061	4,2	312.872	181.919	711
Bornholms amt	47.126	15,5	15	0,3	4.771	27.998	594
Fyns amt	446.223	14,6	1.136	2,5	313.616	238.215	534
Sønderjyllands amt	245.027	13,6	443	1,8	132.308	118.544	484
Ribe amt	205.977	11,9	279	1,4	93.795	108.266	526
Vejle amt	317.500	13,3	163	0,5	55.698	154.468	487
Ringkøbing amt	254.131	11,4	23	0,1	5.299	110.891	436
Århus amt	562.660	12,6	1.161	2,1	410.287	357.510	635
Viborg amt	226.810	14,4	861	3,8	235.973	137.444	605
Nordjyllands amt	471.308	13,4	684	1,5	215.003	245.994	522
Andet	—	—	—	—	28.325	57.551	—
Landet ÷ hovedstads- området	3.301.533	13,5	7.097	2,1	2.242.361	1.942.731	588
Hele landet	5.065.313	13,5	11.892	2,3	3.841.588	3.841.588	758
Hele landet ÷ Københavns kommune	4.519.963	12,6	8.330	1,8	2.598.423	2.615.131	579
							1,8

*) Det drejer sig om det normerede antal sengepladser på de institutioner, der rent faktisk er beliggende i de enkelte sygehuskommuner. Københavns kommunes psykiatriske institutioner er dog henført til Københavns kommune uanset beliggenhed. Tallene kan ikke tages som udtryk for sengebehovet i de pågældende sygehuskommuner.

**) Sengedagsforbrug pr. 1000 indb. multipliceret med den gennemsnitlige udnyttelsesgrad for samtlige institutioner.

Kilde: Institut for Psykiatrisk Demografi m.v.

pladser har et lavt sengeforbrug. Dette må formentlig i et vist omfang henføres til, at den kortere afstand til institutionerne i sig selv øger indlæggelsestallet, jfr. nedenfor afsnit 4.3.

Man kan derimod ikke gå ud fra, at den anførte sammenhæng afspejler et forskelligt behov forstået på den måde, at institutionerne i sin tid er blevet oprettet der, hvor man skønnede, at der var størst brug for dem. Navnlig for så vidt angår de ældre statshospitaler har andre faktorer end behovet i det pågældende område ofte været afgørende for placeringen.

I øvrigt kan nævnes, at pladserne på psykiatriske institutioner under sygehusvæsenet uden for København fordeler sig med ca. 1,4 sygehuspladser og ca. 0,4 plejehjemspladser pr. 1.000 indbyggere.

Også med hensyn til antallet af indlæggelser pr. 1.000 indbyggere er der forskelle mellem sygehuskommunerne. Nedenfor i tabel 2 er vist antallet af indlæggelser fra de enkelte sygehuskommuner på psykiatriske institutioner i 1975/76.

Tabel 2
Antallet af indlæggelser på psykiatriske institutioner pr. 1000 indbyggere fra de enkelte sygehuskommuner, 1975/76.

Kommune	Befolkning	Antal indlæggelser	Indlæggelser pr. 1000 indb.
Københavns kommune	545.350	10.954	20,1
Frederiksberg kommune	93.692	1.388	14,8
Københavns amtskommune	630.896	4.793	7,6
Frederiksborg amtskommune	306.297	1.191	3,9
Roskilde amtskommune	187.545	997	5,3
Hovedstadsområdet i alt	1.763.780	19.323	11,0
Vestsjællands amtskommune	268.817	2.126	7,9
Storstrøms amtskommune	255.954	1.613	6,3
Bornholms amtskommune	47.126	278	5,9
Fyns amtskommune	446.223	2.553	5,7
Sønderjyllands amtskommune	245.027	989	4,0
Ribe amtskommune	205.977	1.136	5,5
Vejle amtskommune	317.500	1.805	5,7
Ringkøbing amtskommune	254.131	1.139	4,5
Århus amtskommune	562.660	3.107	5,5
Viborg amtskommune	226.810	1.296	5,7
Nordjyllands amtskommune	471.308	1.749	3,7
Provinsen = hele landet ÷ hovedstadsområdet	3.301.533	17.791	5,4
Hele landet	5.065.313	37.114	7,3
Hele landet ÷ Københavns kommune	4.519.963	26.160	5,8

Kilde: Institut for Psykiatrisk Demografi.

Det ses, at der ligesom med hensyn til senge-dagsforbruget pr. 1.000 indbyggere er en markant forskel mellem Københavns og Frederiksberg kommuner på den ene side og de øvrige sygehuskommuner på den anden side. Det ses i øvrigt, at et lavt senge-dagsforbrug ikke altid modsvares af et tilsvarende lavt antal indlæggelser pr. 1.000 indbyggere. Københavns amtskommune har f.eks. et relativt lavt senge-dagsforbrug, men et relativt højt antal indlæggelser pr. 1.000 indbyggere.

Den faktiske forskel i udgangssituationen gør det i særlig grad vanskeligt for ikke at sige umuligt at opstille anvendelige generelle vejledende normer for det fremtidige sengebehov.

Hertil kommer, at antallet af sengepladser i stigende grad er blevet en dårlig målestok også for psykiatrisk sygehusfunktion. Egentlige sengeafdelinger (heldøgnsindlæggelse) er ikke mindst i løbet af den sidste snes år kommet til kun at udgøre en del af de psykiatriske sygehuses behandlingstilbud. Sygehusenes ambulante virksomhed er øget i betydelig grad, og mindre institutionaliserede indlæggelsesformer, såsom dag/natindlæggelser, har fået stadig større betydning.

Indretningen og dimensioneringen af de psykiatriske sygehuses ambulante og »mindre institutionaliserede« behandlingsvirksomhed må derfor også indgå i planlægningen af det psykiatriske sygehusvæsen, ligesom det må tages i betragtning, hvilken betydning nævnte behandlingsvirksomhed må antages at få for behovet for sengepladser. Det er således ikke alene faktorer uden for sygehusene, jfr. ovenfor, men også faktorer inden for sygehusene, hvad der kan kaldes sygehusenes servicestruktur, der kan påvirke behovet for sengepladser.

Det er på nuværende tidspunkt ikke muligt at opstille normer for dimensioneringen af sygehusenes ambulante virksomhed og for antallet af pladser for deldøgnsindlæggelse m.v., hverken i forhold til befolkningstallet eller i forhold til antallet af sengepladser.

Det må imidlertid erkendes, at målestoken »sengebehov« for sygehuskrævende undersøgelse/behandling/pleje fortsat vil blive anvendt ved planlægningen i de enkelte sygehuskommuner - simpelt hen fordi

der ikke hidtil er blevet udviklet bedre målestokke. Hertil kommer, at en del af den anførte usikkerhed ved at anvende denne målestok på landsbasis selvsagt ikke gør sig gældende ved dens anvendelse på den enkelte sygehuskommune. Her kan i hvert fald betydningen af faktorer som f.eks. (udviklingen i) befolkningens alderssammensætning angives med nogenlunde sikkerhed.

Det må understreges, at beregningen af det fremtidige behov for sengepladser ikke alene kan baseres på en fremskrivning af det nuværende forbrug under hensyntagen til den forventede udvikling i befolkningens størrelse og alderssammensætning.

For det første kan der f.eks. være tale om, at det nuværende forbrug (det nuværende antal sengepladser) ikke er tilstrækkeligt til at imødekomme det nuværende behov for behandling på psykiatrisk sygehus. For det andet må det tages i betragtning, at en række andre faktorer end befolkningsudviklingen kan påvirke det fremtidige behov for sengepladser (pr. 1.000 indbyggere).

Der tænkes her navnlig på, at udviklingen og forbedringen af de psykiatriske behandlingsformer i de sidste 20-30 år har givet væsentlige forskydninger i de enkelte aldersgruppers forbrug af sengepladser - en udvikling som formentlig vil fortsætte i de kommende år. Endvidere tænkes på, at en forøgelse af sygehusenes ambulante virksomhed, af anvendelsen af »mindre institutionaliserede« behandlingsformer (dag/nathospitaler, patientkollegier, patientpensionater m.v.), samt en forbedret psykiatrisk service uden for sygehusene, i den primære sundhedstjeneste og den sociale sektor, kan mindske behovet for sengepladser (heldøgnsindlæggelser).

Disse 2 grupper af omstændigheder, der bevirker, at beregningen af det fremtidige behov for sengepladser ikke alene kan baseres på en fremskrivning af det nuværende forbrug under hensyntagen til den forventede befolkningsudvikling, vil blive omtalt nærmere nedenfor.

For den første gruppe (at det nuværende antal sengepladser (forbrug) muligvis ikke er passende i forhold til det nuværende behov) vil det ske i form af en omtale af nogle af de generelle sengebehovsnormer, der tidligere er opstillet.

For den anden gruppe (forskydninger

mellem forskellige aldersklassers forbrug af sengepladser m.v.) vil det ske ved en omtale af de faktorer, der påvirker det fremtidige sengebehov. I forbindelse hermed vil bl.a. blive omtalt hovedtendenser i tværsnitsundersøgelser og indlæggelsesstatistikker for de senere år.

2. Tidligere opstillede sengebehovsnormer.

De forskellige mere indgående forsøg på at opstille generelle sengebehovsnormer/opgøre det fremtidige behov for psykiatriske sengepladser (i landet uden for København), der vil blive omtalt i det følgende, har det tilfælles, at resultatet har været, at der (mindst) måtte regnes med et sengebehov på ca. 2,5 pr. 1.000 indbyggere (2,5‰).

Dette behov har til stadighed ligget - og ligger stadig - betydeligt over det antal senge, der aktuelt har været til rådighed (uden for København).

2.1. 1956- og 1965-betænkningerne.

En omfattende undersøgelse og redegørelse for sindssygevesenets funktioner og pladsbehov, og forslag til hvorledes dette pladsbehov burde tilfredsstilles, findes i betænkning nr. 165/1956 afgivet af kommissionen af 29. marts 1952 vedrørende statens sindssygevesen (i det følgende kaldet 1956-betænkningen). Denne betænkning har sammen med betænkning nr. 382 af 1965 vedrørende statens hospitalsvæsen for sindslidende, (i det følgende kaldet 1965-betænkningen) dannet udgangspunktet for statens planlægning og udbygning af statshospitaler fra 1950'erne og op til statshospitalerries overførelse til amtskommunerne den 1. april 1976, jfr. kapitel II, afsnit 2.4. Af disse betænkninger skal her kun omtales de konklusioner, man kom til vedrørende det fremtidige behov for psykiatriske sygehusenge.

/ 1956-betænkningen.

I betænkningen foretages en statistisk vurdering af det fremtidige behov for hospitalspladser, og på basis af denne vurderings konklusioner fremsættes konkrete forslag til imødekommelse af behovet.

Med hensyn til præmisserne for de foretagne beregninger af det fremtidige behov kan anføres, at man gik ud fra, at et pladsantal **svarende til 2,5 ‰ af befolkningen** (uden for København) indtil videre burde tilstræbes. Det i 1956 eksisterende antal pladser udgjorde kun 2,0 ‰ af befolkningen. I 1956-betænkningen gav man endvidere udtryk for, at den (dengang) herskende, meget trykkende pladsmangel gjorde det indlysende, at tallet burde være større; meget tydede på, at en forøgelse til ca. 3 ‰ ville være ønskelig ud fra et behovssynspunkt, men sådan forøgelse skønnedes at ville medføre uoverkommelige anlægsudgifter. Man fandt da, at man på forhånd måtte indstille sig på et kompromis mellem det ønskelige og det økonomisk gennemførlige. Når man standsede ved tallet 2,5 ‰ følte man sig i hvert fald overbevist om, at man derved kun ville fremskaffe et antal pladser, som dækkede det absolut påkrævede.

/ 1965-betænkningen.

I 1965-betænkningen blev der bl.a. foretaget en vurdering af 1956-betænkningens beregninger vedrørende det fremtidige behov for sengepladser. Baggrunden herfor var, at der i tiden efter 1956-betænkningens afgivelse var sket en meget betydelig udvikling af de psykiatriske behandlingsformer, navnlig den medikamentelle behandling. Det følte derfor nødvendigt at foretage en vurdering af bl.a. 1956-betænkningens beregninger vedrørende det fremtidige sengebehov i lyset af de mere effektive behandlingsmetoder.

I 1965-betænkningen konkluderedes, at 1956-betænkningens forudsigelser om pladsbehovet havde holdt stik, (omend ikke helt ud fra 1956-betænkningens præmisser, jfr. nedenfor afsnit 4.2.1.), hvorfor sengebehovet fortsat måtte anslås til mindst 2,5 ‰. I 1956- og 1965-betænkningerne regnede man med, at de 2,5 ‰ skulle fordeles med ca. 2 ‰ hospitalspladser og ca. 0,5 ‰ plejehjemspladser under hospitalsvæsenet.

Bestræbelserne for at tilfredsstille behovet havde imidlertid slet ikke holdt trit med befolkningsudviklingen.

Fra 1956 til 1963 skete der således kun en nettoforøgelse på 83 pladser på statshopi-

talerne, fra 7286 (incl. plejehjem og familieplejeadsler) i 1956 til 7.369 i 1963.

Under hensyntagen til befolkningsudviklingen i perioden var antallet af pladsler på statshospitalerne pr. 1.000 indbyggere *faldet* i perioden, fra 2,0 normerede pladsler i 1956 til 1,9 normerede pladsler pr. 1.000 indbyggere i 1963.

Man er altså slet ikke på noget tidspunkt nået op i nærheden af det antal sengepladsler pr. 1.000 indbyggere, som man i 1956 (og 1965) anså for strengt nødvendigt.

Det er værd at mærke sig, at der i 1965-betænkningen blev givet udtryk for den opfattelse, at det var en forudsætning for, at den konstaterede udvikling (med hensyn til nedsættelse af sengebehovet for skizofrene) kunne fortsætte, at der (fortsat) blev stillet den nødvendige arbejdskraft til rådighed til gennemførelse af ambulante behandling og dermed sammenhængende revalidering.

I 1965-betænkningen pegede man også på nødvendigheden af oprettelse af dag-/og natafdelinger m.v. og introducerede begrebet »distriktspsykiatri«.

2.2. »Psykiatriens udvikling i Danmark i den nærmeste fremtid« 1970.

Ifølge denne betænkning, der er udarbejdet af Dansk Psykiatrisk Selskab og Danske Psykiateres og Børnepsykiateres Organisation, kan sengebehovet for Danmark som helhed - uden for København - opgøres til 2 ‰ psykiatriske sygehuspladsler og 0,4 ‰, evt. 0,7 ‰, psykiatriske plejehjemspladsler under sygehusvæsenet. (Et »normal-amt« på 250.000 indbyggere burde betjenes med 8 afdelinger à 60 senge, i alt 480 senge, samt 1, evt. 2, plejehjem på 100 senge). Hertil kom behovet for daghospitalspladsler, der blev opgjort til 0,5 ‰. Herudover burde der ifølge psykiaternes betænkning tilvejebringes pladsler på patientkollegier, patientpensionater, beskyttede boliger o. lign. - såvel inden for som uden for sygehusvæsenets rammer. Behovet angives som stort og i det store og hele udækket.

Psykiaterne regnede endvidere med, at omtrent halvdelen af hver enkelt 60-sengs enheds arbejde skulle lægges i den ambulante sektor.

1970-betænkningens sengebehovsnormer svarer således stort set til de hidtil anvendte (2 ‰ til egentlige sygehussenge og henholdsvis 0,5 ‰ og 0,4 ‰, evt. 0,7 ‰, til plejehjemspladsler).

1970-betænkningen forudsatte således ikke, at etableringen af daghospitalspladsler (behov: 0,5 pr. 1.000 indbyggere), patientkollegier, pensionater o.lign., samt meget betydelig ambulante virksomhed ville nedbringe behovet for sengepladsler.

1970-betænkningens sengebehovsnormer (2,7 ‰) er anvendt ved nogle af de beregninger af det fremtidige behov for sengepladsler, der er foretaget i »Betænkning om den psykiatriske service i det storkøbenhavnske område«, juli 1975, afgivet af det af fællesudvalget for det kommunale storkøbenhavnske sygehusvæsen den 22. januar 1970 nedsatte udvalg.

For så vidt angår Københavns og Frederiksberg kommuner blev det fremtidige behov beregnet ved en fremskrivning af det nuværende sengeforbrug i forhold til den forventede befolkningsudvikling. Disse kommuners sengeforbrug ligger betydeligt over såvel forbruget i den øvrige del af landet som 1956- og 1965-betænkningernes sengebehovsnormer.

For så vidt angår amtskommunerne i hovedstadsområdet (Københavns, Frederiksberg og Roskilde amtskommuner) blev det fremtidige behov ikke beregnet ved en fremskrivning af det aktuelle forbrug - der ligger lavere end 1956- og 1965-normerne og 1970-normerne - men på grundlag af 1970-normerne (2,7 ‰).

2.3. »Vejledende retningslinier for planlægningen af sygehusvæsenets fremtidige udbygning« 1971.

I disse retningslinier er behovet for senge pr. 1.000 indbyggere for selve sygehusfunktionen for den psykiatriske blok (voksen- og børnepsykiatri) skønsmæssigt opgjort til 1,30 når statshospitalerne er indkorporeret i det kommunale sygehusvæsen.

Det fremgår ikke af retningslinierne, hvorledes man er kommet frem til det anførte - skønsmæssigt opgjorte - sengebehov for den psykiatriske blok, der tilsyneladende slet ikke harmonerer med de senge-

behovsnormer, man hidtil havde regnet med på dette område.

Det må i øvrigt understreges, at der i »Vejledende retningslinier for planlægningen af sygehusvæsenets fremtidige udbygning« er taget betydelige forhold over for gyldigheden af de sengebehovsnormer, der opstilles i retningslinierne.

3. Diskussion af de hidtil opstillede sengebehovsnormers fortsatte anvendelighed.

Det vil ikke her blive forsøgt at foretage nogen vurdering af, hvorvidt de hidtil opstillede sengebehovsnormer (2,5 ‰) har været rimelige ud fra forholdene på de tidspunkter, hvor man foretog de beregninger og vurderinger, der har ligget til grund for normerne. Det kan vel generelt siges – og i hvert fald for så vidt angår 1956- og 1965-betænkningerne – at normen er opstillet ud fra den helt sikre opfattelse, dels at det daværende antal senge var alt for lille i forhold til behovet, dels at der ikke var noget der tydede på, at behovet for sengepladser, presset på det psykiatriske sygehusvæsen, i fremtiden ville blive formindsket, snarere tværtimod.

Heroverfor står, at det nuværende antal sengepladser pr. 1.000 indbyggere for landet som helhed uden for København ikke er blevet øget i forhold til situationen i begyndelsen af 1950'erne, samtidig med at de ældres andel af befolkningen er steget, hvilket erfaringsmæssigt øger presset på de psykiatriske institutioner.

Tilvejebringelse af en sengedækning på 2,5 ‰ uden for København i forhold til de nuværende 1,8 ‰ ville kræve en nettoforøgelse på mere end 3.000 sengepladser.

Det første spørgsmål man da kan stille er, om opfattelsen i dag også er den, at det aktuelle antal sengepladser, der altså ikke er relativt større end tidligere, er for lille i forhold til behovet.

Hertil må indledningsvis anføres, at sengebehovet i høj grad påvirkes af, hvor mange pladser, der inden for den almindelige plejehjemssektor (bistandsloven), stilles til rådighed for psykiatriske plejepatienter. I områder, der er velforsynet med plejehjemspladser (bistandsloven) og hvor man er indstillet på også at tage sig af psykiatri-

ske plejepatienter, vil man utvivlsomt kunne klare sig med en sengedækning, der er mindre end den man tidligere, mere generelt, har regnet med.

I øvrigt er det nok den fremherskende opfattelse, at man ikke behøver så stor en sengedækning som tidligere antaget – under forudsætning af, at der findes eller etableres en passende service for psykiatriske patienter uden for sygehusvæsenet, i den primære sundhedstjeneste og i den sociale sektor, herunder ikke mindst plejeboligsektoren, og at der i sygehusvæsenet stilles de fornødne ressourcer til rådighed for og tilvejebringes de organisatoriske forudsætninger for en udstrakt ambulant behandlingsvirksomhed, behandling af patienter under deldøgnsindlæggelse (dag/nat patienter) m.v.

Der er dog utvivlsomt nogle områder i landet, hvor en tilstrækkelig sengedækning kun kan opnås ved, at der etableres flere sengepladser.

Hertil kommer, at en stor del af sengepladserne findes på sygehuse, der har en forholdsvis ringe standard og er placeret uheldigt i forhold til den befolkning, de skal betjene.

Det andet spørgsmål man må stille er, hvorvidt der kan siges noget om den forventede udvikling for så vidt angår behovet for sengepladser, dvs. om det må antages, at behovet for sengepladser i fremtiden vil blive relativt større eller mindre i forhold til det nuværende.

Den hidtidige udvikling, jfr. ovenfor om den nuværende vurdering af det eksisterende antal sengepladser i forhold til behovet, synes at vise, at behovet for sengepladser inden for det psykiatriske sygehusvæsen hænger så tæt sammen med såvel den psykiatriske service, der er til rådighed uden for sygehusvæsenet som sygehusvæsenets tilbud af andre behandlingsformer end deldøgnsindlæggelse, at man må afstå fra at udtale sig om, hvorvidt det fremtidige *sengebehov* vil blive større eller mindre i forhold til den nuværende sengedækning for landet som helhed. Der er imidlertid meget der tyder på, at behovet for psykiatrisk service i vid forstand vil forøges.

4. Faktorer, der påvirker det fremtidige sengebehov.

Her vil blive omtalt og forsøgt vurderet på landsplan de faktorer, der især påvirker pladsbehovet.

De faktorer, som især påvirker pladsbehovet inddeles traditionelt groft i følgende 3 hovedgrupper:

1. *Befolkningsmæssige faktorer, der* fortrinsvis omfatter faktorer som befolkningens antal, aldersfordelingen i befolkningen o. lign.

2. *Sygdomshyppigheden, der er et udtryk* for sandsynligheden for at få psykiske lidelser og for varigheden af disse.

3. *Sygehusmæssige faktorer, der drejer sig* om forskellige forhold, der har indflydelse på, hvorvidt et sygdomstilfælde medfører sygehusindlæggelse eller ej. Eksempelvis vil sygehuse, som er dårlige eller som er forkert beliggende, have en højere »indlæggelsestærskel« end gode og velplacerede sygehuse.

Til disse 3 hovedgrupper bør føjes yderligere 2, nemlig

4. *Antallet af »andre« pladser end sengepladser på sygehuse.*

5. *Psykiatrisk service i den primære sundhedstjeneste og den sociale sektor, herunder institutionspladser.*

4.1. Befolkningsmæssige faktorer.

Det er indlysende, at forøgelse af befolkningens størrelse ligeligt fordelt på de forskellige aldersgrupper - alt andet lige - vil medføre behov for et større antal senge absolut, men ikke relativt. En relativ forøgelse af behovet vil kræve, at der - alt andet lige - sker en relativ forøgelse af de befolkningsgrupper, der har den største sygelighed (de ældre).

Hvis man kunne gå ud fra at sygdomshyppigheden og forbruget af sengepladser, jfr. nedenfor, er nogenlunde konstant for de forskellige aldersgrupper, ville det være relativt enkelt på grundlag af befolkningsfremskrivninger at beregne det fremtidige behov for sengepladser.

4.2. Sygdomshyppighed og varighed m.v.

4.2.1. Sygdomsrisikoen for sindslidelser.

I tidligere betænkninger (1956- og 1965-betænkningerne) er henvist til, at foreliggende undersøgelser tydede på, at der med hensyn til risikoen for de vigtigste sindssygdomme næppe var store forskelle mellem de forskellige lande, og at der heller ikke var grund til at antage, at risikoen havde ændret sig nævneværdigt i tidens løb eller ville komme til at ændre sig i fremtiden.

I betænkningen fra 1956 konkluderedes, at der for de talstærke sygdomsgruppers vedkommende ikke var nogen udsigt til, at behovet for hospitalspladser ville aftage inden for en overskuelig fremtid, selv om behandlingernes effektivitet ville tiltage i det omfang, man med rimelighed kunne forvente. Om den største af grupperne, skizofrenien, der omfattede over halvdelen af de indlagte, mente man at kunne sige, at disse patienters overdødelighed var i en sådan grad aftagende, at gruppen snarere ville tendere imod at lægge beslag på et stigende antal pladser.

Denne forudsætning holdt imidlertid ikke stik, idet antallet af pladser, der beslaglægges af skizofrene har været stadig faldende.

For så vidt angår sygdomsrisikoen for sindslidelser henvises i øvrigt til kapitel II, afsnit 4, om udviklingen i det psykiatriske sygdomsmønster i Danmark.

Hvis man ser bort fra alkoholisme og andre former for misbrug af stoffer, der er udsat for betydelige svingninger, må det herefter konkluderes, at de ændringer, der i løbet af den sidste snes år er sket med hensyn til hvilke diagnose- og aldersgrupper, der lægger beslag på pladserne på de psykiatriske institutioner, må tilskrives andre forhold end ændringer i sygdomsrisikoen.

4.2.2. Ændringer i patienternes alders- og diagnosefordeling siden begyndelsen af 1960'erne.

Tværsnitstal og indlæggelse stal.

Siden 1957 har der hvert 5. år været foretaget såkaldte »tværsnitsundersøgelser«, ved hvilke der foretages en registrering af alle patienter, der på en given dato er indlagt på psykiatriske sygehuse og afdelinger her i

Tabel 3.
Udviklingen i den procentiske aldersfordeling ved indlæggelse og ved tværnsitsundersøgelse i årene 1962-1976.

Alder	Indlæggelser						Tværnsnit	
	1962/63	1967/68	1972/73	1975/76	1982	1987	1972	1972
	Psyk. hosp. + nervesan.	Psyk. hosp. + nervesan.	Psyk. hosp. + nervesan. + psyk. afd.	Psyk. hosp. + nervesan.	Psyk. hosp. + nervesan. + psyk. afd.	Psyk. hosp. + nervesan. + psyk. afd.	Psyk. hosp. + nervesan. + psyk. afd.	Psyk. hosp. + nervesan. + psyk. afd.
0-14 år	1.0	1.2	1.0	1.2	0.9	0.2	0.2	1.3
15-24 år	10.9	12.5	14.2	14.4	11.7	5.1	5.1	6.3
25-34 år	17.8	16.6	20.6	20.6	21.1	7.2	7.2	9.4
35-44 år	23.1	21.1	19.3	19.0	19.0	10.2	10.2	9.7
45-54 år	19.7	19.8	19.2	19.2	19.0	15.4	15.4	13.0
55-64 år	13.6	13.5	13.1	12.8	13.5	18.6	18.6	16.7
65-74 år	8.1	8.2	7.2	7.3	8.3	20.9	20.9	18.7
75- år	5.8	7.1	5.4	5.5	6.4	22.5	22.5	24.9
I alt	100.0	100.0	100.0	100.0	99.9	100.1	100.1	100.0
Samlede antal indlæggelser/patienter	16.303	19.970	25.043	40.927	23.011	39.359	11.111	12.823 *)

*) incl. dagpatienter.
Kilde: Institut for Psykiatrisk Demografi.

*Tabel 4.
Ændringer i den procentiske diagnosefordeling ved indlæggelse og ved tværslutsundersøgelse i årene 1962-1976.*

Diagnose	Indlæggelser					Tværslut	
	1962/63	1967/68	1972/73	1975/76	1962	1967	1972
	Psyk. hosp. + nervesan.	Psyk. hosp. + nervesan.	Psyk. hosp. + nervesan. + psyk. afd.	Psyk. hosp. + nervesan. + psyk. afd.	Psyk. hosp. + nervesan. + psyk. afd.	Psyk. hosp. + nervesan. + psyk. afd.	Psyk. hosp. + nervesan. + psyk. afd.
Skizofreni	9.5	10.1	9.0	13.8	48.9	41.9	36.0
Manio-depressiv	18.7	15.3	13.8	17.2	10.0	9.5	9.7
psykose							
Organiske	10.8	13.3	12.1	12.0	19.9	25.3	29.2
hjernelidelser							
Reaktive til-	51.5	53.7	55.1	48.5	17.5	19.5	20.0
stande							
Andre tilstande	9.5	7.6	10.0	8.6	3.6	3.8	5.2
I alt	100.0	100.0	100.0	100.1	99.9	100.0	100.1
Samlede antal							
indlæggelser/ patienter	16.303	19.970	25.043	23.011	11.111	11.492	11.766 *)

*) excl. dagpatienter

Kilde: Institut for Psykiatrisk Demografi.

landet; patienterne inddeles efter køn, alder, diagnose, hjemsted m.v. En sammenligning mellem sådanne tværsnitsundersøgelser kan give et klart billede omend med en vis »forsinkelse« af vigtige sider af psykiatriens udvikling i de mellemliggende år.

Tværsnitstallene påvirkes i praksis især af ændringer i liggetider for de langtidsindlagte patienter. For mange af de nuværende patienter gælder det, at de har været så længe på sygehus, at de ikke længere kan udskrives, selvom patienter, der nu bliver syge med tilsvarende sygdomsbilleder, kan behandles og udskrives. På denne måde afspejler tværsnitstallene delvis tidligere perioders behandlingsresultater.

Tværsnitstallene viser hvor mange og hvilke grupper af patienter, der til enhver tid optager sengepladserne. Hvis man vil have et billede af indlæggelsesvarigheden for de enkelte patientgrupper, og udviklingen heri, må tværsnitstallene sammenholdes med indlæggelsestal.

Aldersfordeling.

Tabel 3 viser udviklingen i den procentiske aldersfordeling ved indlæggelse og ved tværsnitsundersøgelse i årene 1962-76.

Af tabellen ses, at mens der ikke er nogen tydelig ændring i aldersfordelingen ved indlæggelse, er der i tværsnitstallene sket en relativ forøgelse af de pladser, der optages af de yngste og de ældste aldersgrupper, og en tilsvarende nedgang i antallet af pladser til aldersgrupperne mellem 35 og 64 år.

Diagnostisk fordeling.

Tabel 4 viser ændringerne i den procentiske diagnosefordeling ved indlæggelse og ved tværsnitsundersøgelse i årene 1962-76.

Der kan ikke i indlæggelsestallene påpeges nogen tendens med hensyn til ændring i den diagnostiske fordeling, derimod er der i tværsnitstallene et stærkt fald i antallet af skizofrene og en stigning i antallet af organiske hjernelidelser og reaktive tilstande.

Ændringerne i aldersfordelingen harmonerer ganske med ændringerne i den diag-

nostiske fordeling. Ændringerne kan groft taget siges at være udtryk for, at de sengepladser, der tidligere var belagt af yngre og midaldrende skizofrene, nu er belagt dels af unge med reaktive tilstande, dels af gamle med aldersbetingede sindslidelser.

Konklusion vedr. ændringer i alders- og diagnosefordeling.

Det er umiddelbart klart, at de forskydninger, der i perioden er sket med hensyn til hvilke aldersgrupper, der lægger beslag på pladserne på de psykiatriske sygehuse - hvilke forskydninger ikke kan påregnes at være afsluttet - gør det uhyre vanskeligt at sige noget om det fremtidige behov for sengepladser.

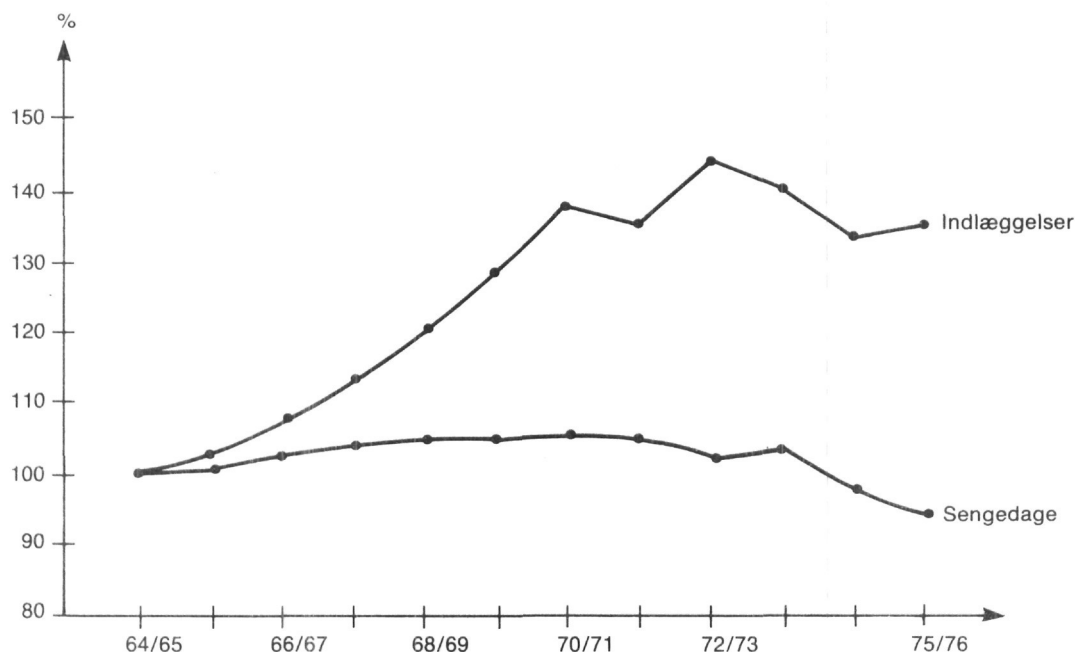
Under hensyntagen til at de ældre aldersgrupper beslaglægger en stigende del af pladserne (tværsnitstal), og at disse aldersgruppers andel af befolkningen øges, kunne de hidtidige udviklingstendenser/forskydninger tyde på en forøgelse af behovet. Herved må det dog tages i betragtning - hvad sammenligning mellem tværsnitstal for aldersbetingede sindslidelser og for de ældre aldersgrupper viser - at ikke alle gamle er indlagt på grund af en aldersbetinget sindslidelse, men at en del af disse er kroniske skizofrene, der har opholdt sig på hospitalerne i mange år, og som nu er blevet gamle.

4.2.3. Udviklingen i antallet af indlæggelser og i liggetiden.

Indlæggelser og sengedagsforbrug.

Figuren viser udviklingen i antallet af psykiatriske indlæggelser og i antallet af senge-dage (som er proportionalt med det gennemsnitlige antal sengepladser) i perioden 1.4.1964-31.3.1976. Begge tal er udtrykt i procent af de pågældende størrelser i 1964/65. Af figuren ses, at antallet af indlæggelser har været stigende fra 1964 til ca. 1972-73, men i de sidste år har været stagnerende. Antallet af sengepladser har været næsten konstant i perioden.

Fig. 1. Antal nedlæggelser og antal sengedage på samtlige psykiatriske institutioner i årene 1964-1976, udtrykt som procent af henholdsvis indlæggelsestal og sengedagstal i 1964/65.



(Kilde: Institut for Psykiatrisk Demografi)

Af tabel 5 fremgår det, at stigningen i indlæggelsestallene siden 1964/65 berører alle afdelingstyper; de sidste års stagnation hidrører fra en nedgang i hospitalernes og de københavnske afdelingers indlæggelsestal, mens de psykiatriske afdelinger uden for København stadig har forøget deres indlæggelsestal.

Af tabel 5 fremgår også udviklingen i antallet af indlæggelser pr. 1.000 indbyggere.

Et stærkt stigende antal indlæggelser i forhold til stort set det samme sengedagsforbrug kan naturligvis kun lade sig gøre, såfremt indlæggelsernes varighed afkortes.

Ved vurderingen af indlæggelsestal og liggetider må det i øvrigt tages i betragtning, at en ganske kortvarig udskrivning kan få et behandlingsforløb til at figurere som 2 indlæggelser og 2 kortere liggetider. Dette forhold har især gjort det vanskeligt at sammenligne de tidligere statshospitalers og de amtskommunale afdelingers indlæggelsestal og liggetider, idet statshospitalerne af hensyn til reglerne om pensionsinddragelse

m.v. for psykiatriske patienter har opereret med begrebet »midlertidigt fravær« for denne type udskrivinger.

Endelig bør det nævnes, at andelen af 1. gangindlæggelser af det samlede indlæggelsestal har været faldende i perioden 1964/65 - 1974/75, jfr. tabel 6. Stigningen i indlæggelsestallene og forskydningen mod kortere liggetid, jfr. nedenfor, er derfor i et vist omfang udtryk for, at en virkning af moderne aktiv behandling har været at forkorte varigheden af det enkelte sygehusophold og forøge, forholdsvis, antallet af genindlæggelser. Det er dog utvivlsomt, at stigningen i antallet af indlæggelser også vedrører nye patientgrupper.

Liggetid.

Af tabel 7 fremgår, at der i perioden 1961-1976 er sket en stadig forskydning af indlæggelsesvarigheden mod kortere liggetid. Den andel af det samlede indlæggelsestal, der udgøres af indlæggelser af mindre

end 14 dages varighed er vokset fra 16,6 til 45,0 til 54,9 % af indlæggelserne på de psykiatriske hospitaler og fra 31,0 % på de psykiatriske hospitaler og fra 31,0 % på de psykiatriske hospitaler og fra 45,0 til 54,9 % af indlæggelserne på de psykiatriske afdelinger.

Tabel 5.
Indlæggelser i finansårene 1964/65 – 1975/76 fordelt efter institutionstype.

År	Tidligere stats-hospitaler	Sct. Hans hosp. og københavnske plejehospitaler	Filadelfia psyk. afd.	Psyk. afd. ved københavnske somatiske afdelinger	Psyk. afd. ved somatiske sygehuse udenfor København	Nerve-sanatorier	Total	Indlæggelser pr. 1000 indbyggere i alderen 15 år og derover
1964/65	12.180	2.999	313	9.596	1.066	2.321	28.475	7.88
1965/66	12.207	3.069	302	8.616	2.406	2.400	29.000	7.96
1966/67	12.526	3.240	278	8.661	3.233	2.570	30.508	8.31
1967/68	13.033	3.930	272	8.948	3.718	2.632	32.533	8.79
1968/69	14.363	3.991	291	8.806	4.606	2.539	34.596	9.28
1969/70	14.892	4.430	263	9.223	5.051	2.624	36.483	9.70
1970/71	16.179	4.511	244	9.601	6.132	2.574	39.241	10.31
1971/72	16.802	4.552	221	9.135	5.448	2.381	38.539	10.06
1972/73	17.787	4.310	256	9.703	6.469	2.659	41.184	10.67
1973/74	17.437	4.152	205	8.741	6.918	2.570	40.023	10.29
1974/75	16.025	3.934	180	8.792	7.012	2.307	38.250	9.78
1975/76	16.023	4.460	215	8.465	7.034	2.153	38.350	9.81

Kilde: Institut for Psykiatrisk Demografi.

Tabel 6.

Antallet af førstegangsindlæggelser af personer på 15 år og derover på psykiatriske institutioner i finansårene 1964/65 - 1975/76 og deres procentiske andel af samtlige indlæggelser.

År	Førstegangsindlæggelser	Førstegangsindlæggelser i % af samtlige indlæggelser
1964/65 *)	7.399	41,4
1965/66 *)	6.917	38,4
1966/67 *)	6.872	37,0
1967/68 *)	7.336	37,2
1968/69 *)	7.394	35,2
1969/70 *)	7.937	34,8
1970/71	13.283	35,8
1971/72	13.286	34,3
1972/73	13.891	33,8
1973/74	13.635	33,8
1974/75	12.320	31,5
1975/76	11.628	30,7

*) Psykiatriske afdelinger ved somatiske sygehuse og alkoholistbehandlingshjem først medtaget fra finansåret 1970/71.

Kilde: Institut for Psykiatrisk Demografi.

Det er klart, at der af den hidtidige udvikling, med en forøgelse af antallet af indlæggelser og dertil svarende formindskelse af liggetiden, ikke umiddelbart kan udledes noget om det fremtidige behov. Det man kan sige er, at udviklingen hidtil har formet sig sådan, at det med et stort set uændret antal sengepladser har været muligt at tage et stadig større antal patienter i behandling. Man kan derimod ikke sige noget om, hvor længe den udvikling kan fortsætte og dermed påvirke behovet for sengepladser i nedadgående retning.

De stagnerende/faldende indlæggelsestal i de sidste par år, jfr. tabel 5, kan ikke umiddelbart tages som udtryk for, at behovet for indlæggelser er stagnerende eller faldende (har »toppet«). Stagnationen, der i øvrigt ikke er generel, idet stigningen er fortsat på de amtskommunale afdelinger, må i hvert fald i et vist omfang henføres til, at det i forbindelse med gennemførelse af arbejdstidsnedsættelsen i 1974, der ikke blev kompenseret gennem ansættelse af mere personale, var nødvendigt at lukke nogle afdelinger på de tidligere statshospitaler.

4.3. Sygehusemæssige faktorer.

I betænkningen af 1956 fremhævedes særligt den betydning, sygehusernes kvalitet og placering kan have på indlæggelsestallene. Det forudsagdes, at en forbedring af sygehuserne med hensyn til pladsantal, pleje og behandling ville medføre en øget tilstrømning af patienter, og i samme retning ville det virke, såfremt man kom ind på at bygge mindre hospitaler spredt ud over landet, således at den gennemsnitlige afstand til hospitalerne formindskedes. I 1965-betænkningen blev det anført, at disse forudsigelser med al ønskelig tydelighed var blevet bekræftet af erfaringerne fra statshospitalet i Glostrup, hvor indlæggelsestallet fra hospitalets landområde, som tidligere betjentes af statshospitalet i Nykøbing Sjælland, var blevet mangedoblet siden Glostrup-hospitalets åbning i 1960. Vel havde det for de nytilkomne indlæggelseskategoriers vedkommende fortrinsvis drejet sig om mere kortvarige indlæggelser; men at behovet for hospitalspladser var blevet forøget, fandtes uomtvisteligt.

Der kan dog også anføres argumenter og dokumentation for, at en forbedring af sygehusernes standard og beliggenhed kan medføre en nedsættelse af sengebehovet, jfr. nedenfor.

Tabel 7.

Antal udskrivninger fra psykiatriske hospitaler og fra psykiatriske afdelinger i perioden 1961-1976 fordelt efter indlæggelsernes varighed.

År	0-13 dage		14-90 dage		91-360 dage		361 dage og derover		I alt	
	antal udsk.	andel af al. udsk. %	antal udsk.	andel af al. udsk. %	antal udsk.	andel af al. udsk. %	antal udsk.	andel af al. udsk. %	antal udsk.	andel af al. udsk. %
<i>A.: Psykiatriske hospitaler.</i>										
1961/62	2220	16.6	7981	59.6	2267	16.9	929	6.9	13397	100.0
1962/63	2430	17.0	8532	59.8	2329	16.3	971	6.8	14262	99.9
1963/64	2612	16.9	9175	59.2	2518	16.3	1187	7.7	15492	100.1
1964/65	2896	18.5	9319	59.4	2442	15.6	1023	6.5	15680	100.0
1965/66	2885	18.1	9480	59.6	2387	15.0	1157	7.3	15909	100.0
1966/67	3219	19.6	9534	58.1	2476	15.1	1187	7.2	16416	100.0
1967/68	3042	17.7	10036	58.5	2671	15.6	1411	8.2	17160	100.0
1968/69	4198	22.5	10684	57.3	2623	14.1	1138	6.1	18643	100.0
1969/70	4980	24.8	11408	56.9	2591	12.9	1085	5.4	20064	100.0
1970/71	5301	25.5	11525	55.4	2708	13.0	1279	6.1	20813	100.0
1971/72	5843	27.4	11530	54.1	2598	12.2	1338	6.3	21309	100.0
1972/73	6509	29.3	11914	53.5	2673	12.0	1153	5.2	22249	100.0
1973/74	6705	30.3	11485	51.8	2594	11.7	1377	6.2	22161	100.0
1974/75	6454	30.4	10810	51.0	2470	11.6	1479	7.0	21213	100.0
1975/76	6532	31.0	10752	51.1	2440	11.6	1325	6.3	21049	100.0
<i>B.: Psykiatriske afdelinger.</i>										
1966/67	4420	45.0	5001	50.9	386	3.9	15	0.2	9822	100.0
1967/68	4811	46.2	5258	50.5	324	3.1	17	0.2	10410	100.0
1968/69	4924	45.6	5600	51.9	246	2.3	17	0.2	10787	100.0
1969/70	6203	49.5	6035	48.1	295	2.4	8	0.1	12541	100.1
1970/71	7304	52.4	6324	45.3	321	2.3	2	0.01	13951	100.01
1971/72	8048	54.1	6384	42.9	411	2.8	30	0.2	14873	100.0
1972/73	9016	57.4	6314	40.2	350	2.2	16	0.1	15696	99.9
1973/74	8636	54.9	6697	42.6	382	2.4	20	0.1	15735	100.0
1974/75	8738	54.8	6826	42.8	367	2.3	22	0.1	15953	100.0
1975/76	8510	54.9	6582	42.5	376	2.4	33	0.2	15501	100.0
<i>C.: Psykiatriske hospitaler + psykiatriske afdelinger.</i>										
1966/67	7639	29.1	14535	55.4	2862	10.9	1202	4.6	26238	100.0
1967/68	7853	28.5	15294	55.5	2995	10.9	1428	5.2	27570	100.1
1968/69	9122	31.0	16284	55.3	2869	9.7	1155	3.9	29430	99.9
1969/70	11183	34.3	17443	53.5	2886	8.9	1093	3.4	32605	100.1
1970/71	12605	36.3	17849	51.3	3029	8.7	1281	3.7	34764	100.0
1971/72	13891	38.4	17914	49.5	3000	8.3	1368	3.8	36182	100.0
1972/73	15525	40.9	18228	48.0	3023	8.0	1169	3.1	37945	100.0
1973/74	15341	40.5	18182	48.0	2976	7.9	1397	3.7	37896	100.1
1974/75	15192	40.9	17636	47.5	2837	7.6	1501	4.0	37166	100.0
1975/76	15042	41.2	17334	47.4	2816	7.7	1358	3.7	36550	100.0

Kilde: Institut for Psykiatrisk Demografi.

Betydningen af de sygehushæssige faktorer er af særlig interesse i den nuværende situation, hvor der skal planlægges for, at amtskommunerne i løbet af en årrække kan opbygge egne behandlingsinstitutioner, nærmere ved den befolkning, de skal betjene, og forbedre standarden af de eksisterende institutioner.

Udgangssituationen vil formentlig i høj grad være afgørende for, hvorledes bedre sygehuse i henseende til placering og standard vil påvirke behovet på længere sigt.

For en *forøgelse af behovet* taler, at det er en almindelig erfaring, også inden for det almindelige sygehusvæsen, at populært sagt enhver ny sygehusseng der etableres, vil blive belagt eller med andre ord, at behovet i høj grad retter sig efter udbudet. Det kan endvidere med talrige eksempler dokumenteres, at f.eks. sygehuse anvendes forholdsvis mere af nærboende end af fjernboende. Alt efter hvor dårligt placeret den hidtidige institution har været - og Nykøbing Sjælland var uhyre dårligt placeret i forhold til Københavns amt - vil »behovet« da vokse, mere eller mindre. Endvidere forelå der utvivlsomt en mangelsituation i Københavns amt - Nykøbing Sjælland tilfældet: Sengedækningen blev bedre for det pågældende område efter Glostrup-hospitalets ibrugtagning.

Der er da også, som det fremgår af *tabel I* foran i afsnit 1, en tydelig sammenhæng mellem forbruget af senge og antallet af sengepladser. De amtskommuner, der har mange senge inden for grænserne bruger forholdsvis flere senge end de amtskommuner, der ikke har så mange senge inden for grænserne.

For at bedre placerede sygehuse kan *ned-sætte behovet* taler, at en fjern beliggenhed kan udstrække indlæggelsestiden fordi den nødvendige kontakt med pårørende eller andre, der skal tage sig af den syge efter udskrivningen, vanskeliggøres. Endvidere kan en fjern beliggenhed bevirke, at daghospitalsbehandling eller ambulant behandling vanskeligere kan iværksættes eller ikke kan iværksættes på så tidligt et tidspunkt i behandlingsforløbet.

I »Betænkning om den psykiatriske service i det storkøbenhavnske område« (juli 1975) er det således anført, at den relativt lange liggetid for patienter fra Frederiks-

borg og Roskilde amter, navnlig i forhold til København og Frederiksberg, der har et relativt stort antal psykiatriske plejepatienter, bl.a. må tilskrives den for disse områder eksisterende lange afstand mellem patienternes bopæl og de psykiatriske sygehuse.

Endvidere kan nævnes, at det tidligere statshospital i Glostrup har et relativt stort antal dagpatienter samtidig med, at der i det pågældende område er en relativ lav *senge-dækning*.

Sammenfattende kan det om den betydnings, sygehusenes standard og beliggenhed har for behovet for sengepladser, siges, at en forbedring af sygehusenes standard og placering kan virke såvel i retning af en *forøgelse af behovet* som i retning af en *formindskelse af behovet* for sengepladser. I hvilken retning virkningen vil være størst vil formentlig i meget høj grad afhænge af udgangssituationen: I et tilfælde hvor det eksisterende sygehus ligger meget langt fra det landområde, det betjener (og standarden tilmed er ringe og antallet af sengepladser relativt lille), er det helt sikkert, at en central placering af »bedre« - og forholdsvis flere - senge vil bevirke en *forøgelse af behovet* for indlæggelser og sengepladser, eller måske rettere sagt, at et hidtil skjult behov for sengepladser viser sig. En *forøgelse af indlæggelsestallet* vil dog ikke medføre en tilsvarende stigning i forbruget af senge, da de »nye« patienter typisk har en kort liggetid.

I dag vil udgangssituationen i de fleste områder af landet være den, at ethvert område har nogenlunde acceptabel afstand til et psykiatrisk sygehus eller (lille) psykiatrisk afdeling. Oprettelsen af de amtskommunale afdelinger har medført, at psykiatriske institutioner er blevet bedre fordelt rundt omkring i landet. I de færreste tilfælde vil der foreligge en Københavns amt - Nykøbing Sjælland-situation. En yderligere decentralisering af det psykiatriske sygehusvæsen vil dog nok medføre en *forøgelse af indlæggelsestallet*, men måske ikke af sengeforbruget, da pladser på fjernliggende sygehuse erstattes af pladser på nærmere liggende, hvorved muligheden for at forkorte liggetiden for patienter, der hidtil er blevet henvist til det fjernliggende sygehus, forbedres.

Man kan måske endda sige, at en væsent-

lig forudsætning for, at man hidtil i vid udstrækning synes at have klaret sig nogenlunde med et, efter sagkyndige redegørelser, for lille antal senge, der ikke er blevet forøget i forhold til befolkningstilvæksten, netop har været, at psykiatrien gradvis er blevet mere decentraliseret. Indlæggelses-tallet er nok forøget, men samtidig er ligge-tiden bragt væsentlig ned, bl.a. fordi det har været lettere at anvende andre behandlings-former end heldøgnsindlæggelser.

Med hensyn til betydningen af en forbedret standard, såsom bedre lokaleforhold og bedre personalenormering, bemærkes, at en sådan forbedret standard muligvis vil tiltrække flere patienter, men det synes umiddelbart at måtte opvejes af, at en forbedret standard giver bedre behandlingsmuligheder og dermed øger mulighederne for hurtigere udskrivning. Et andet spørgsmål er, hvorledes egentlige behandlingsmæssige fremskridt vil indvirke på sengebehovet.

4.4. Ambulant behandling og daghospitalsbehandling m.v. på sygehusene.

Ambulant behandling.

Det registrerede antal ambulante konsultationer og antal ambulant behandlede patienter i sygehusvæsenet er øget stærkt i perioden 1959-1974. I 1959/60 blev der ydet ambulant behandling til godt 5.000 patienter ved godt 15.000 konsultationer. I 1973/74 var de tilsvarende tal henholdsvis ca. 22.000 og ca. 95.000. En del af den store stigning må dog bl.a. ses på baggrund af, at alkoholklinikkerne først fra midten af perioden er taget med i opgørelserne over ambulante patienter og konsultationer ved psykiatriske sygehuse. En landsdækkende registrering af ambulante ydelser er endnu ikke gennemført, som det er tilfældet med indlæggelser og dagpatientperioder.

Dagpatienter.

Antal personer tilmeldt som dagpatienter på en tvær snitsdato:

1967		1972		1976	
M	K	M	K	M	K
205	247	558	530	927	770

Det ses, at antallet af dagpatienter er stigende. Det udgjorde i 1967 3,9 % af de heldøgnsindlagte, i 1972 9,10% og i 1976 15,8%.

Der er således i perioden registreret en betydelig forøgelse af andre behandlings-former end heldøgnsindlæggelse, såvel af behandling i hospitalsambulatorier som af dagpatientbehandling.

Forøgelsen af disse behandlingsformer må utvivlsomt have været afgørende for, at det i perioden har været muligt at modtage et stærkt stigende antal indlæggelser i forhold til stort set det samme antal sengepladser.

Det må antages, at disse behandlingsformer formindsker behovet for sengepladser.

Der foreligger ikke sikre oplysninger om, hvorvidt etablering af halvvejsinstitutioner (patientkollegier, -pensionater m.v.) kan nedbringe behovet for egentlige sengepladser - først og fremmest fordi sådanne institutioner kun findes i meget berænset antal.

4.5. Psykiatrisk service uden for sygehusene, i den primære sundhedstjeneste og den sociale sektor.

Der foreligger ikke mere omfattende undersøgelser, der direkte viser, hvilken betydning en god eller forbedret psykiatrisk service i den primære sundhedstjeneste (psykiatrisk bistand til alment praktiserende læger, flere speciallæger m.v.) og den sociale sektor har for sengebehovet. Det må dog antages, at en forbedret psykiatrisk service i den primære sundhedstjeneste og i den sociale sektor vil kunne formindske sengebehovet, jfr. nedenfor i kapitel VII om forholdet til primær sundhedstjeneste og socialsektor.

For så vidt angår plejehjemsområdet viser Århus/Ringkøbing-undersøgelsen, jfr. kapitel VIII, helt klart, at et meget betydeligt antal patienter med psykiske lidelser kan huses på almindelige plejehjem, hvorfor gode muligheder for plejehjemsanbringelse i høj grad kan formindske behovet for psykiatriske sygehussenge.

5. Konklusion vedr. de faktorer, der påvirker det fremtidige behov.

Hvis man ser bort fra befolkningsudviklingen, som med relativ stor sikkerhed kan forudsiges, må det konkluderes, at de faktorer, der påvirker behovet for sengepladser, dels ikke er entydige (sygdomshyppigheden m.v.), dels er mere eller mindre uudforskede (navnlig i relation til faktorerne deldøgnsindlæggelser og ambulant behandling samt psykiatrisk service i primær sundheds-tjeneste og socialsektor).

Der er imidlertid lagt op til, at amtskommunernes planer i den særlige planlægningsrunde skal udformes således, at de kan yde et bidrag til at belyse mulighederne for

alternative behandlingsformer, og dermed yde et bidrag til, at grundlaget for det videre planlægningsarbejde kan forbedres, også med hensyn til beregningen af det fremtidige behov for sengepladser og andre foranstaltninger samt med hensyn til sammenhængen mellem antallet af sengepladser og alternative behandlingsformer. Med den nuværende viden kan intet sikkert siges.

Det bemærkes, at der også inden for det somatiske sygehusvæsen og inden for den sociale sektor, f.eks. plejeboligområdet, er betydelige vanskeligheder forbundet med at opgøre pladsbehovet. Disse vanskeligheder er langt fra særegne for den psykiatriske sygehusfunktion.

B. BØRNEPSYKIATRI.

1. Indledning.

De principielle vanskeligheder ved at opstille generelle behovsnormer for den voksenpsykiatriske sygehusfunktion gør sig i mindst samme omfang gældende for det børnepsykiatriske område. Generelle behovsnormer vil som tidligere anført alene kunne tjene som udgangspunkt for den mere konkrete planlægning i sygehuskommunerne, og der må antages at være væsentlige afvigelser mellem de enkelte sygehuskommuners behov som følge af demografiske forhold (alderssammensætning, urbanisering, erhvervsforhold m.v.) og af de behandlingstilbud, som findes ved andre institutioner for børn (skolepsykologiske kontorer, børnerådgivningscentre, observations- og behandlingshjem, åndssvageforsorg m.v.).

Imidlertid vil selve det at opstille generelle landsdækkende skøn over behovet være forbundet med ganske betydelige problemer, idet det kan være vanskeligt at foretage en klar afgrænsning af, hvad der kan betegnes som behandlingskrævende psykiske lidelser hos børn.

Hertil kommer, at den nuværende kapacitet på det børnepsykiatriske område må anses for at være helt utilstrækkelig. Det er således generelt kun de mest alvorligt syge børn, som de børnepsykiatriske afdelinger kan tage sig af og ofte kun efter lang vente-

tid. Dette betyder, at det ikke er muligt at tage direkte udgangspunkt i den eksisterende børnepsykiatriske service ved vurderingen af det fremtidige behov. De lange ventetider og ligeledes ofte lange transportafstande medfører, at den alment praktiserende læge er tilbageholdende med at henvise, og at en række børn i stedet indlægges på pædiatriske afdelinger, hvor man imidlertid ikke har den fornødne behandlingsmæssige ekspertise. Der må antages at være et ganske betydeligt skjult behov, som ikke kan aflæses af ventelister m.v. Dette har også kunnet konstateres ved åbningen af nye børnepsykiatriske ambulatorier m.v.

Endvidere er den traditionelle målestok for sygehusbehov, nemlig antal senge, ganske uanvendelig for så vidt angår den børnepsykiatriske sygehusfunktion, idet der heri bør indgå såvel en betydelig anvendelse af deldøgnsindlæggelser og ambulant behandling som en udstrakt udadgående virksomhed med konsulentbistand til andre sygehuspecialer, praktiserende læger, sociale institutioner, skolevæsenet m.v. Som mål for behovet vil det formentlig være mere relevant at anvende antallet af børnepsykiatere, selv om der herigennem ikke angives noget om omfanget af bygningsmæssige faciliteter.

I tabel I er foretaget en opgørelse af antallet af hel- og deldøgnspladser på børne-

psykiatriske afdelinger fordelt på sygehuskommunerne dels ud fra institutionernes beliggenhed, dels ud fra patienternes hjemsted. Det fremgår heraf, at der er meget store variationer i sygehuskommunernes forbrug af børnepsykiatrisk service, som helt klart ikke kan forklares ved regionale forskelle i behovet. Tværtimod fremgår det med al tydelighed, at de sygehuskommuner, hvori der er beliggende børnepsykiatriske afdelinger, generelt ligger på et væsentligt højere forbrug end de omkringliggende sygehuskommuner, som indgår i de pågældende afdelingers indlæggelsesområder. Pladsforbruget ses således direkte at være faldende med afstanden til den børnepsykiatriske afdeling.

2. Tidligere behovsskøn.

Igennem årene er der foretaget en lang række epidemiologiske undersøgelser af forekomsten af psykiske lidelser hos børn, men de giver imidlertid ikke særlig entydige resultater, heller ikke om behovet for egentlig børnepsykiatrisk bistand. I 1956-betænkningen er der heller ikke angivet behovsnormer for børnepsykiatrien.

Den første danske behovsanalyse er foretaget af Gjersøe (Ugeskrift for Læger 1963:125:1699-1702), som i 1963 ansløgte et behov på 500-600 børnepsykiatriske senge under forudsætning af en tilfredsstillende udbygget ambulant service og tilfredsstillende udbygning af børne- og åndssvagefor-sorgen m.v.

I betænkningen vedrørende koordinering og udbygning af foranstaltninger for børn og unge med psykiske afvigelser (nr. 564/1970) anslås, at der under tilsvarende forudsætninger som ovenfor er behov for 1 Vi-2 børnepsykiatriske senge pr. 10.000 indbyggere svarende til i alt 800-900 senge.

I »Psiatriens udvikling i Danmark i den nærmeste fremtid,« 1970, anføres, at man som minimum må påregne et behov for ambulant børnepsykiatrisk undersøgelse/behandling af 1 % af børnepopulationen svarende til 2,5 ‰ af befolkningen pr. år. Det anføres, at 1/3 - 1/5 af disse patienter formentlig vil have behov for indlæggelse på specialafdeling, flertallet til observation og korterevarende behandling af gennemsnitlig

3 måneders varighed, et mindre antal til langtidsbehandling fra ét til flere år. Det samlede minimumsbehov for sengepladser skønnes på basis heraf at være 0,15-0,20 ‰ af befolkningstallet, i alt 750-1000 senge.

Til dækning af det skitserede behov for sengeafdelinger og rent ambulatorisk virksomhed skønnes der i 1970-betænkningen at blive behov for ca. 50 speciallæger ud over de ca. 25, som i 1970 var beskæftiget inden for sygehusvæsenet. Dertil kom servicefunktionerne til socialcentre, skolevæsen m.v., som ud fra en behovsanalyse i Århus-området antoges at modsvare 35-40 børnepsykiateres fulde arbejdstid. Ved en fuld udbygning skulle der herefter være behov for i alt 110-115 børnepsykiatriske speciallæger inden for sygehusvæsenet.

I de »Vejledende retningslinier for planlægningen af sygehusvæsenets fremtidige udbygning«, 1971, er der ikke opstillet særskilte sengebehovsnormer for børnepsykiatrien, men det er forudsat, at der etableres børnepsykiatri i hvert amt.

3. Forhold, der bør indgå ved vurderingen af det fremtidige behov.

I afsnittet vedrørende voksenpsykiatrien er omtalt de faktorer, som påvirker det fremtidige sengebehov. Disse faktorer er naturligvis også afgørende ved en vurdering af behovet for børnepsykiatri, og der vil derfor alene blive anført enkelte supplerende bemærkninger.

Den udstrakte mangel på børnepsykiatriske sygehuskapacitet, der har været og stadig er, betyder, at det ikke er muligt på grundlag af disse afdelingers indlæggelsesfrekvenser m.v. at vurdere, hvorvidt der er sket ændringer i hyppigheden af psykiske lidelser hos børn. De epidemiologiske undersøgelser giver heller ikke et klart billede heraf, men der er dog næppe tvivl om, at det børnepsykiatriske sygdomsbegreb igennem de senere år er blevet udvidet til også at omfatte visse tilstande, som tidligere ansås for »uartighed« o.lign.

Den ringe kapacitet betyder også, at der i dag eksisterer en meget høj henvisningstærskel. En forøgelse af kapaciteten og en mindskeelse af transportafstande vil helt sikkert medføre et forøget »behov« eller ret-

Tabel 1.

Antal hel- og deldøgnspladser på børnepsykiatriske afdelinger i 1975/76 fordelt efter institutionernes beliggenhed og efter patienternes hjemsted.

Område	Befolkning i alderen 0-14 år	Antal hel- og deldøgnspladser beliggende i området	Antal hel- og deldøgnspladser fordelt efter patienternes hjemsted	Pladsforbrug ¹⁾ pr. 1000 indb. i alderen 0-14 år
Københavns kommune	77.977	66 ²⁾	55,1	0,71
Frederiksberg kommune	12.674	—	1,7	0,13
Københavns amtskommune	148.505	30 ³⁾	19,9	0,13
Frederiksborg amtskommune	78.899	—	8,0	0,10
Roskilde amtskommune	49.890	—	3,5	0,07
Hovedstadsområdet i alt	367.945	96	88,2	0,24
Vestsjællands amtskom.	62.637	—	3,8	0,06
Storstrøms amtskom.	54.833	—	1,1	0,02
Bornholms amtskom.	10.579	—	—	—
Fyns amtskom.	100.155	—	5,9	0,06
Sønderjyllands amtskom.	59.553	—	6,5	0,11
Ribe amtskom.	51.890	—	5,5	0,11
Vejle amtskom.	76.515	—	6,7	0,09
Ringkøbing amtskom.	66.011	—	8,3	0,13
Århus amtskom.	130.641	72 ⁴⁾	48,8	0,37
Viborg amtskom.	54.384	16 ⁵⁾	9,6	0,18
Nordjyllands amtskom.	110.516	20 ⁶⁾	19,0	0,17
Andet	—	—	0,6	—
Landet ÷ hovedstadsområdet	777.714	108	115,8	0,15
Hele landet	1.145.659	204	204,0	0,18
Hele landet ÷ Københavns kommune	1.067.682	138	148,9	0,14

Kilde: Internt materiale i Demografisk Institut m.v.

Noter:

- 1) Pladsforbruget er beregnet ud fra de enkelte sygehuskommuners samlede antal hel- og deldøgnsdage divideret med den gennemsnitlige belægning for alle afdelingerne (udnyttelsesgrad 100%). Pladserne på Bispebjerg hospital er dog henført direkte til Københavns kommune.
- 2) Rigshospitalets børnepsykiatriske afdeling (18 pladser) modtager i princippet patienter fra hele landet. Den børnepsykiatriske afdeling på Bispebjerg hospital (48 pladser) har alene Københavns kommune som optageområde.
- 3) Den børnepsyk. afd. på KAS Nordvang (30 pladser) har som optageområde alle sygehuskommuner øst for Storebælt bortset fra Københavns kommune samt Færøerne og Grønland.
- 4) Børnepsykiatrisk hospital i Århus (72 pladser) har som optageområde alle sygehuskommuner vest for Storebælt bortset fra Viborg, Ringkøbing og Nordjyllands amtskommuner.
- 5) Børnepsyk. afd. på Viborg sygehus Øst (16 pladser) har som optageområde Viborg og Ringkøbing amtskommuner.
- 6) Børnepsyk. afd. på Ålborg psykiatriske sygehus (20 pladser) har alene Nordjyllands amtskommune som optageområde.

tere sagt, at et hidtil skjult behov vil vise sig. Det diagnostiske mønster vil formentlig ændre sig væsentligt, da der vil blive henvist helt nye patientkategorier, f.eks. hæmmede børn og børn med psykosomatiske symptomer. Disse patienter må antages i højere grad at kunne behandles ambulant og ved deldøgnsindlæggelser. Ligeledes vil en placering nærmere ved patienternes bopæl i øvrigt i sig selv give mulighed for øget anvendelse af mindre institutionaliserede behandlingsformer.

Endelig skal stærkt fremhæves, at behovet for børnepsykiatrisk sygehuskapacitet må vurderes i meget nær sammenhæng med den kapacitet, som findes i de øvrige behandlingsinstitutioner m.v. for børn med psykiske afvigelser (primær sundhedstjeneste, socialektoren og skolevæsenet).

Udvalget finder ikke, at det fremtidige behov kan beregnes ud fra befolkningsmæssige fremskrivninger af det nuværende børnepsykiatriske sygehusforbrug (hvad enten dette måles i senge eller antal børnepsykiatere), idet der formentlig i øjeblikket er et ganske betydeligt udækket behov. Det er udvalgets opfattelse, at der er betydelig usikkerhed omkring behovets nøjagtige størrelse, men det er i hvert fald af en sådan størrelsesorden i forhold til den nuværende kapacitet, at der næppe skulle være risiko for, at der opstår overkapacitet ved en gradvis udbygning som nærmere beskrevet i kapitel VI, afsnit B. Netop igennem en etapevis etablering af børnepsykiatrisk ambulatorium og stationært afsnit vil man lokalt få grundlaget for at vurdere behovets mere eksakte størrelse.

Afslutningsvis skal nævnes, at den eksisterende mangel på uddannede børnepsykiatere i sig selv vil sætte grænser for, hvor hurtigt specialet vil kunne udbygges i alle sygehuskommuner. I den første særlige planlægningsrunde bør sygehuskommunerne ikke forsøge at tage hensyn hertil, men alene vurdere, hvad de finder er en rimelig udbygning i de kommende år. Dette vil give de centrale myndigheder mulighed for dels at vurdere behovet for uddannelsesstillinger til børnepsykiatere, dels at melde tilbage til sygehuskommunerne, i hvilket omfang deres udbygningsønsker rent faktisk kan realiseres.

C. PSYKIATRIENS STILLING I ANDRE EUROPÆISKE LANDE.

Sammenligninger fra land til land med hensyn til sygdomsbehandlende institutioner frembyder vanskeligheder, idet en funktion i nogle lande kan høre under sygehusvæsenet, i andre lande under f.eks. socialvæsenet eller blive varetaget af private fonds. En anden vanskelighed er indsamlingen af data, som er af meget vekslende kvalitet i de forskellige lande.

De følgende oplysninger stammer hovedsageligt fra publikationer udgivet af WHO (A. R. May: *Mental health Services in Europe*, 1976, og WHO: *Results of a workshop in Manheim*, 1977). *Figur 1* og *tabel 1* viser antallet af psykiatriske senge i forskellige lande. Samtidig er vist antallet af sengepladser for åndssvage, fordi disse i flere lande ikke er til at udskille fra psykiatriske pladser. Det ses, at Danmark er placeret ret lavt i rangfølgen med hensyn til antallet af sengepladser, - langt under Norge, Sverige og Finland. Også med hensyn til antallet af somatiske sygehussenge ligger Danmark lavt, sammenlignet med andre europæiske lande.

Som helhed betragtet har de østeuropæiske lande ret lave sengetal, svarende til at man her har lagt særlig vægt på udviklingen af ambulant service.

A.R. May konkluderer, at det ikke er muligt at anbefale noget bestemt antal senge pr. 1.000 indbyggere gældende for alle lande. Dette antal afhænger af befolkningsmæssige og geografiske forhold og af udbygningen af andre behandlingsmuligheder; i lande med en spredt befolkning og store

geografiske afstande vil en forholdsvis større del af behandlingen ofte mere praktisk foregå under indlæggelse.

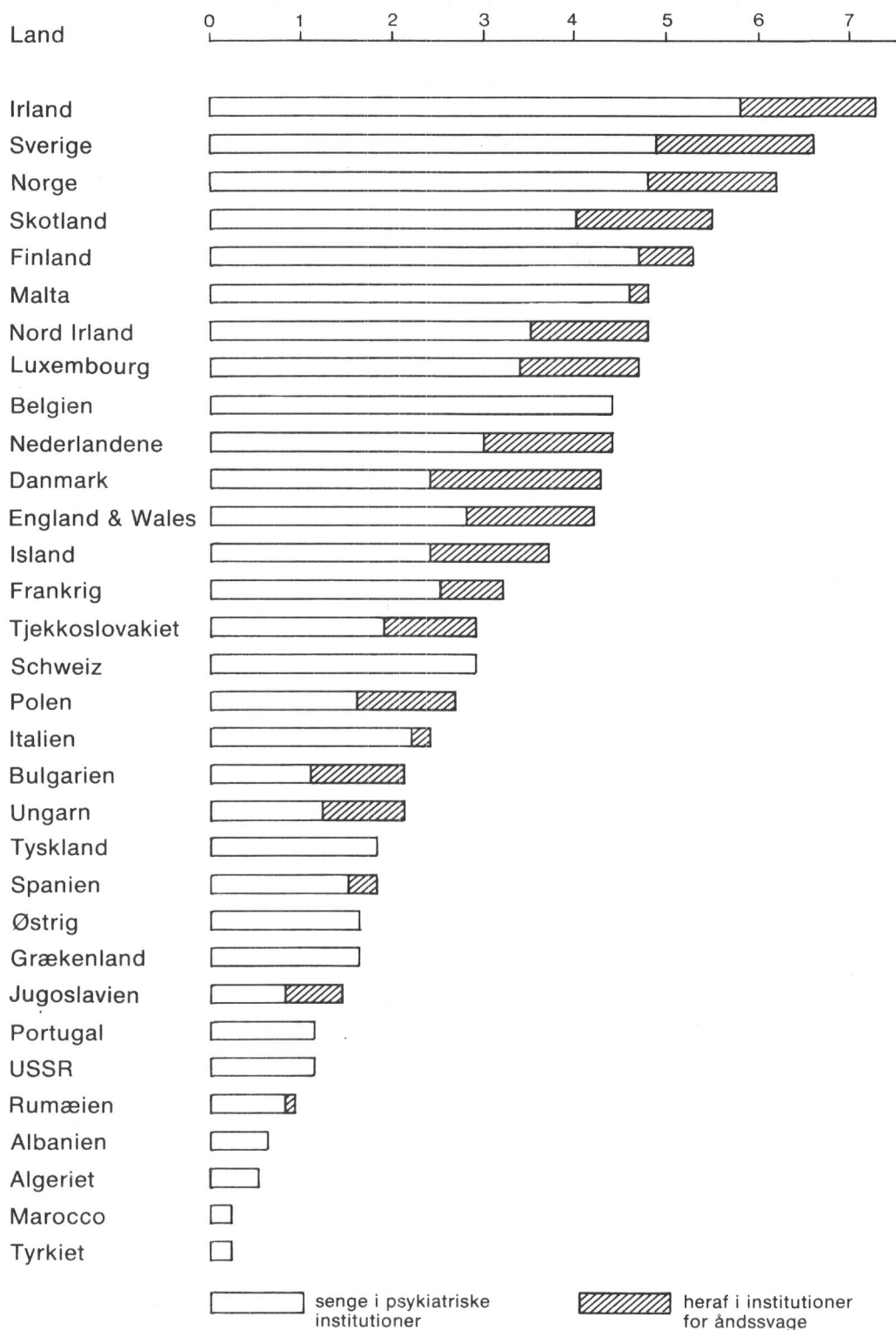
En stor del af de psykiatriske sengepladser findes i de fleste europæiske lande stadig på *store institutioner*, med mere end 1.000 pladser.

Tendensen i de fleste europæiske lande er i de senere år gået i retning af, at de store psykiatriske hospitaler erstattes af mindre institutioner. Hensigten er her, at disse institutioner optimalt skal ligge, hvor befolkningstætheden er størst og i forbindelse med det øvrige sygehusvæsen og socialvæsenet, altså svarende til et distriktskykiatrisk princip. I mange tilfælde har man dog i første omgang været nødt til at formindske de eksisterende institutioners sengetal, evt. opdele disse i flere mindre afsnit. I nogle lande har man tidligere haft meget høje psykiatriske sengetal, op til 2-3 gange så høje som de danske, og disse sengetal er de fleste steder søgt formindsket i takt med bestræbelser på at overføre de kroniske patienter til institutionstyper uden for hospitalsvæsenet. Nedsikringer i sengetallet er f.eks. sket i England og Irland. Tilsvarende, meget drastiske, nedsikringer har fundet sted i USA.

Svarende til den distriktskykiatriske udvikling lægges der i de fleste lande vægt på udviklingen af daghospitalsbehandling og ambulant behandling. Pålidelige statistikker over disse aktiviteter er dog kun tilgængelige for et fåtal af lande.

Figur 1.

Antal senge pr. 1000 indbyggere på psykiatriske institutioner i 1972 i forskellige lande.



Kilde: A.R. May: Mental health Services in Europe (WHO, Geneve, 1976).

Tabel 1.
Antal psykiatriske sengepladser pr. 1000 indbyggere i 1972 i forskellige lande, fordelt efter institutionstyper.

Land	Senge på psyk. sygehuse og afdelinger	Senge på andre institutionstyper	Senge på institutioner for åndssvage	Samlede antal senge til psykiatriske og åndssvage patienter
Albanien	0.6	...	...	0.6
Algeriet	0.5	...	0.0	0.5
Australien	1.6	...	...	1.6
Belgien	2.8	1.6	...	4.4
Bulgarien	0.5	0.6	1.0	2.1
Danmark	2.3	0.1	1.9	4.3
Finland	4.4	0.3	0.6	5.3
Frankrig	2.3	0.2	0.7	3.2
Grækenland	1.6	...	0.0	1.6
Island	1.3	1.1	1.3	3.7
Irland	5.8	0.0	1.5	7.3
Italien	2.2	...	0.2	2.4
Luxemburg	3.0	0.4	1.3	4.7
Malta	4.6	...	0.2	4.8
Marocco	0.2	...	...	0.2
Nederlandene	2.9	0.1	1.4	4.4
Norge	2.6	2.2	1.4	6.2
Polen	1.3	0.3	1.1	2.7
Portugal	1.1	0.0	0.0	1.1
Rumænien	0.7	0.1	0.1	0.9
Spanien	1.5	...	0.3	1.8
Sverige	3.5	1.4	1.7	6.6
Schweiz	2.7	0.2	...	2.9
Tjekkoslaviet	1.3	0.6	1.0	2.9
Tyrkiet	0.2	0.0	...	0.2
Tyskland	1.8	...	...	1.8
Ungarn	0.7	0.5	0.9	2.1
U.K.				
England & Wales	2.8	0.0	1.4	4.2
Nord Irland	3.5	0.0	1.3	4.8
Skotland	3.9	0.1	1.5	5.5
USSR	1.1	...	...	1.1
Jugoslavien	0.8	0.0	0.6	1.4

Kilde: A.R. May: Mental health Services in Europe (WHO, Geneve, 1976)

Kapitel V.

Karakteristik, de diagnostiske hovedgrupper, jfr. vejledende retningslinier afsnit 2.2.

A. VOKSENPSYKIATRI.

1. Indledning.

Psykiatrisk sygehusvæsen må, ligesom somatisk sygehusvæsen, organiseres og indrettes under hensyn til de patientgrupper, der skal behandles, og de behandlingsmetoder man råder over.

Den karakteristik af de krav, som behandlingen af psykiatriske patienter stiller til sygehusvæsenet samt af de forskellige diagnostiske hovedgrupper, der er givet i de vejledende retningslinier, vil i dette kapitel blive uddybet og suppleret på forskellige måder.

Det er *ikke* tanken, at søge at give en beskrivelse af, hvorledes en psykiatrisk afdeling bør fungere og ej heller af, hvorledes personalenormeringen bør være.

2. De psykiatriske sygdomme.

Afgrænsning:

Psykiatriens fagområde er sygdomme og tilstande, der domineres af psykiske symptomer, eller for hvis opståen sjælelige faktorer er af væsentlig betydning.

For de fleste af disse tilstande gælder det, at de vel har eksisteret til alle tider og i alle samfund, men at de ikke altid er blevet opfattet som udtryk for sygdom. Medvirkende til det nuværende samfunds opfattelse af psykiske lidelser som sygelige tilstande har været øget viden om den måde, hvorpå disse lidelser opstår og om deres udbredelse samt den erfaring, at de kan påvirkes af behandling.

De egentlige sindssygdomme, psykoserne, afviger så åbenlyst fra det normale, at erkendelsen og afgrænsningen af disse tilstande ikke frembyder noget væsentligt problem.

For andre sindslidelser, f.eks. neuroser og karakterafvigelser, gælder det imidlertid, at overgangen mellem det normale og det sygelige er gradvis, idet de sygelige træk eller symptomer i lette former forekommer hos en meget stor del af befolkningen. Skellet mellem det normale og det sygelige vil i praksis påvirkes af samfundsstrukturen. Visse symptomer og karaktertræk vil volde større vanskeligheder i et samfund end i et andet, og samfundet kan vise større eller mindre vilje og evne til at rumme personer med sådanne træk.

Hertil kommer, at et sygdomsbillede ofte kan være sammensat af såvel psykiske som somatiske og eventuelt tillige sociale elementer, således at det kan være vanskeligt at afgøre, hvorvidt hovedlidelsen er af psykisk eller somatisk karakter, jfr. nedenfor i kapitel VII om almen lægepraksis.

I det følgende vil der på grundlag af den nu herskende opfattelse blive givet en kort beskrivelse af de diagnostiske hovedgrupper inden for de psykiatriske sygdomme.

Opdeling

Traditionelt inddeles de psykiatriske sygdomme, hvis behandling varetages af det psykiatriske sygehusvæsen i følgende 3 hovedgrupper:

Psykoser (egentlige sindssygdomme)

Neuroser

Karakterafvigelser

I de vejledende retningslinier er dog anvendt følgende inddeling svarende til den inddeling, der i en årrække har været anvendt i statistikker vedr. psykiatrisk sygehusvæsen:

a. Skizofreni

b. Manio-depressiv psykose

c. Reaktive lidelser

d. Aldersbetingede lidelser.

Sygdomsgrupperne under a, b og d hører til psykosegruppen, medens der i c indgår såvel psykoser som neuroser og karakterafvigelser m.v., jfr. nedenfor.

Oligofreni (åndssvaghed) regnes også med ul gruppen af psykiatriske sygdomme. I Danmark er behandlingen af og omsorgen for åndssvage imidlertid udskilt af det psykiatriske sygehusvæsen, idet disse opgaver varetages af åndssvageforsorgen.

Organisationen af behandlingen af og omsorgen for åndssvage er derfor ikke medtaget i de vejledende retningslinier for planlægning af psykiatrisk sygehusvæsen og vil heller ikke blive behandlet i denne betænkning.

Dette er dog ikke ensbetydende med, at åndssvage ikke kan indlægges til behandling på psykiatrisk sygehus, jfr. nedenfor.

Det er ikke afklaret, om en evt. udlægning af åndssvageforsorgen og den øvrige særforplejelse kan tænkes at påvirke organisationen af og funktionerne for det psykiatriske sygehusvæsen.

Skizofreni

Ved skizofreni forstås en gruppe sygdomme, hvis fælles træk er karakteristiske gennemgribende forandringer i tankegang og følelsesliv. Symptomerne kan bestå i vrangforestillinger og hallucinationer, og ofte isolerer den syge sig fra andre. Skizofreni fører uden behandling oftest til svær invaliditet, men med de nuværende behandlingsmetoder kan symptomerne mildnes væsentligt. Hos en mindre gruppe kræver disse sygdomme langvarig sygehusindlæggelse, og hos de fleste patienter er der behov for årelang ambulant efterbehandling, evt. genindlæggelse i perioder med større sygdomsaktivitet. Efter udskrivning vil der ofte være behov for anbringelse under beskyttede forhold i patientpensionat eller beskyttet bolig. Hos en lille gruppe kan sygdommen have en sådan sværhedsgrad, at indlæggelse på sygehus i årevis kan være nødvendig.

Under indlæggelse er der behov for intensiv medikamentel behandling, beskæftigelse i ergoterapi og værksteder, ligesom revalideringsforanstaltninger kan komme på tale.

Manio-depressiv psykose.

Den manio-depressive psykose viser sig ved periodevis optræden af sygelig nedtrykthed (depression) eller opstemthed (mani). I depressionsperioden er patienten på urealistisk vis selvbefredende, uoverkommende, rådvild og selvmordsforsøg forekommer ofte. I manifaserne ses selvovervurdering, udtalt handle- og virketrang med tendens til vredesanfald, hvis udfoldelsesmulighederne indskrænkes. De enkelte anfald helbredes oftest fuldstændigt, og i de raske perioder er patienterne erhvervsdygtige. Mere udtalt **symptomgivende** anfald kræver indlæggelse, medens lettere anfald kan behandles ambulant. Behandlingen består af medikamentel behandling og elektrostimulationsbehandling m.v. Patienterne har ofte behov for langvarig forebyggende medikamentel behandling under ambulant kontrol.

Reaktive lidelser:

»Reaktive lidelser« er en samlebetegnelse for en gruppe af forskelligartede lidelser. Det drejer sig dels om tilfælde, hvor ydre faktorer har betydning for lidelsernes opståen, dels om tilfælde, hvor betegnelsen »reaktiv« ikke henviser til den måde, hvorpå den psykiatriske lidelse opstår, men til at det oftest er en reaktion på ydre omstændigheder, der bringer patienten i kontakt med psykiatriske institutioner. Det drejer sig om neuroser, karakterafvigelser, psykogrie (reaktive) sindssygdomme m.m. Endvidere henregnes affektreaktioner, alkoholisme og medicinmisbrug til denne gruppe.

De psykogene eller reaktive psykoser opstår som en sindssygelig reaktion på en sjælelig belastning. De kan opstå hos ellers robuste mennesker ved voldsomme katastrofesituationer, men opstår under almindelige forhold oftest hos mennesker, der er særligt disponerede. Symptomerne kan være depression, forstyrrelser af bevidstheden eller forfølgelsesforestillinger. Sygdommene kræver hyppigt indlæggelse på sygehus, men i reglen af kortere varighed.

For de øvrige lidelser i denne gruppe gælder det generelt, at man tilstræber overvejende ambulant behandling. Dette gælder

såvel neurotiske personer, der karakteriseres ved hæmninger og indskrænkninger i personlighedens udfoldelse, som for **psykopatier**, hvorved man forstår varige karakterafvigelser, der væsentligst er præget af mangelfulde hæmninger over for drifter og behov. Disse patientkategorier indlægges hovedsagelig kun på psykiatriske afdelinger, når de beskrevne karaktertræk bringer personen i konflikt med omgivelserne, eller når de danner baggrund for alkohol- eller medicinmisbrug. Det samme gælder sinker og lettere grader af ændssvaghed, som i de foreliggende statistikker regnes til denne gruppe.

Patienter med reaktive lidelser udgør en stor del af det psykiatriske klientel hos praktiserende læger, socialvæsenet og alkoholambulatorier.

Aldersbetingede lidelser.

De aldersbetingede organiske hjernelidelser er senil demens (alderdomssløvsind) og arteriosklerotisk demens (sløvsind på grund af åreforkalkning). Symptomerne ved begge lidelser er karakterforandringer, fremadskridende hukommelsessvigt og anfaldsvise forvirringstilstande, som regel mest udtalt og vedvarende ved den senile demens. Ved den arteriosklerotiske demens kan disse symptomer optræde mere periodevis, ligesom personligheden kan være uændret. Ofte har disse patienter tillige legemlige sygdomme, der kan forværre den psykiske tilstand. Behandlingen består i behandling af eventuelle somatiske sygdomme, genoptræning og i visse tilfælde psykofarmakologisk behandling. En del af disse patienter har så stort et plejebehov, at de må være på institution, jfr. nedenfor i kapitel VIII om plejehjem m.v.

For så vidt angår *unge sindslidende* henvises til afsnit B. nedenfor.

3. Psykiatriske undersøgelses- og behandlingsmetoder.

Den psykiatriske undersøgelse forudgår altid den psykiatriske behandling, men kan ikke altid klart adskilles fra denne. Undersøgelsen består i en indgående drøftelse og udredning af patientens mulige dispositioner til psykiatrisk lidelse, levnedsløb og fø-

lelsesmæssige udvikling, hans reaktionsmåde og tidligere og nuværende konflikter og problemer. Undersøgelsen er grundlæggende og vejledende for den videre behandling, hvad enten denne varetages af en psykiater, af patientens egen læge, læger på andre specialafdelinger, andre personalekategorier som socialrådgivere, ergoterapeuter, psykologer eller team af sådanne.

Foruden den psykiatriske undersøgelse er en *observation* af patienten i afdelingen, i ergoterapien eller værksted ligesom *psykologisk undersøgelse* hyppigt nødvendig, og indhentning af oplysninger fra pårørende, offentlige myndigheder og andre, som patienten har været i kontakt med, kan være vejledende for diagnosen.

Den legemlige undersøgelse indgår som et obligatorisk led i den psykiatriske undersøgelse, idet legemlige sygdomme som f.eks. hjernesvulster, stofskiftesygdomme, forstyrrelse i væske- og saltstofskifte og lav blodprocent kan være årsag til psykiatriske symptomer. En del psykiatriske patienter har hovedsagelig somatiske symptomer, hvorfor en somatisk afklaring netop for disse patienter er meget vigtig. Hertil kommer, at psykiatriske patienter, specielt psykotiske med forvrænget legemsopfattelse, kan fremstille deres sygehistorie på en sådan måde, at der er risiko for, at legemlige sygdomme overses. En indgående legemlig, herunder neurologisk, undersøgelse er vigtig, ligesom adgangen til konsulenthjælp fra andre lægelige specialer er nødvendig.

Adgang til veludrustet *laboratorium* er nødvendig såvel vedr. de indlagte patienter som vedr. patienter, der kontrolleres ambulant, idet f.eks. undersøgelser for medikamenter i blod kan være nødvendige med regelmæssige mellemrum.

Adgang til specialundersøgelser såsom røntgenundersøgelse, elektrokardiografisk undersøgelse, elektroencefalografi og radioaktiv undersøgelse af hjernen - scanning - er nødvendig. Hertil kommer yderligere, at en del patienter, hvis hovedlidelse er legemlig sygdom, ofte med fordel kan undersøges og behandles på psykiatriske afdelinger, hvis den legemlige sygdom har medført adfærdsforstyrrelser eller psykiske forandringer.

Behandlingsmetoder.

De psykiatriske behandlingsmetoder kan deles i *somatiske*, som omfatter medikamentelle og fysiske behandlingsmetoder, og i *psykoterapi*, hvorunder også vil blive nævnt forskellige former for beskæftigelses-terapi og genoptræning.

De somatiske behandlingsmetoder.

Den medikamentelle, psykofarmakologiske, behandling har som tidligere nævnt undergået en gradvis udvikling, som formentlig vil fortsætte både med hensyn til udvikling af nye medikamenter og med hensyn til udvikling af forfinede behandlingsmetoder. Foruden de antipsykotisk (antidepressivt og neuroleptisk) virkende stoffer og litium kan nævnes angstdæmpende medikamenter og sovemidler, som i de senere år er fremkommet i rigt mål. De *frembyder* fordele sammenlignet med tidligere benyttede medikamenter som barbituraterne, men samtidig beskrives der i stigende omfang uhenigtsmæssig tilvænning.

Af andre somatiske behandlingsmetoder kan nævnes elektrostimulationsbehandlingen, som nu, med modificeret teknik og hvor patienten er i fuld bedøvelse med samtidig indgift af muskelafslappende stoffer, er en skånsom behandlingsmetode til f.eks. endogene depressioner.

Psykoterapi.

Ved psykoterapi forstås behandling af psykiske sygdomme med psykiske virkemidler.

I behandlingen af enhver psykisk lidelse, i undersøgelses- og samtalesituationen med en psykiatrisk patient, indgår et psykoterapeutisk element.

Ved neuroser og grænsepsykotiske tilstande er psykoterapi den vigtigste behandlingsform. Ved nogle få psykiatriske afdelinger er der ansat psykoanalytisk uddannede psykiatere.

Den egentlige psykoanalyse, der strækker sig over flere år med 4-5 timer ugentlig, er der sjældent mulighed for at gennemføre, og selv mere kortvarig psykoanalytisk orienteret psykoterapi med begrænset målsætning kræver megen tid, mindst 10-20 timer.

Foruden disse individuelle former for psykoterapi findes forskellige former for

gruppeterapi, hvor man efterhånden er kommet ind på at arbejde med grupper af patienter med mangeartede problemer og fra forskellige diagnostiske kategorier spændende fra alkohol- og stofmisbrugere til såvel neurotiske som psykotiske patienter.

Tilsvarende kan nævnes *familieterapi*, hvor familiens interne kommunikationsmønster og øvrige problemer vurderes, og hvor man søger at få familien til samlet at bearbejde sine problemer.

Mulighed for uddannelse i de forskellige terapiformer er i Danmark yderst begrænsede, men der er dog bestræbelser i gang for at øge disse muligheder.

Miljøbehandling.

Medens man tidligere søgte at fjerne den psykisk syge fra det belastende miljø og isolere ham under rolige og ikke belastende forhold, har man nu indset, at den langvarigt indlagte patient risikerer at glide ind i en passiv og rutinepræget livsform. Man søger derfor at indrette sygemiljøet således, at det i ønskeligt omfang stiller krav til patientens initiativ og ansvarsfølelse.

På visse afdelinger forsøger man konsekvent at anvende hele afdelingens dagligdag i behandlingsmæssigt øjemed, f.eks. på den måde, at afdelingens patienter deltager i de daglige gøremål som rengøring, madlavning etc. sammen med personalet.

Patienternes beskæftigelse, revalidering og undervisning.

Gennem tiderne har der fundet en vis form for beskæftigelse sted af psykiatriske patienter. Det har tidligere fortrinsvis drejet sig om almindeligt forefaldende arbejde, hvor patienterne i en vis udstrækning har medvirket ved sygehusets daglige drift. Yderligere har der været sysselsætning af forskellig art, og der findes stadig aktiviteter som at deltage på »havehold«, »fejehold« og lignende, hvor mindre grupper af fortrinsvis kroniske patienter under opsyn af et personalemedlem udfører forskellige praktiske funktioner. I denne forbindelse kan nævnes, at de patienter, der var anbragt i familiepleje, var sysselsat derved, at de ganske naturligt hjalp til i de familier, hvor de var anbragt.

I det nuværende psykiatriske sygehusvæsen kan man skelne mellem *sysselsætning* som nævnt foran og *ergoterapi*, herunder *industriterapi*.

Ergoterapi er et vigtigt led i den psykiatriske behandling og kan endvidere bidrage til at normalisere patienternes adfærd. I den psykiatriske afdeling har ergoterapien to hovedfunktioner, en observerende og en behandlende. I sidstnævnte indgår beskæftigelsestilbud af afledende art, arbejdsopgaver til styrkelse af patienternes selvtilid, træning i udholdenhed, præcision m.v. Ergoterapien kan indeholde egentlige værksteder, industriterapi-lokaler, kontorer og køkkener med genoptræning og revalidering for øje. Herudover bør der være lokaler, som indbyder til hobby og lystbetonede aktiviteter.

Revalideringsforanstaltninger bør ofte iværksættes på et forholdsvis tidligt tidspunkt i behandlingsforløbet. Det kan ofte være hensigtsmæssigt at revalideringen, også under indlæggelsen, sker i samarbejde med social- og sundhedsforvaltningerne.

Ikke sjældent kan egentlig *undervisning* af patienter komme på tale under indlæggelsen. Hyppigt er der behov for ordblindeundervisning, men også fag som dansk og regning kan komme på tale. Visse steder er der optræning i kontorfunktioner, maskinskrivning, bogholderi etc.

Socialrådgivning.

Socialrådgivning i bred forstand indgår som et nødvendigt led i mange patienters psykiatriske behandling. En udredning af patientens sociale og arbejdsmæssige situation og hans behov for sociale hjælpeforanstaltninger er vigtig. Ofte er der, efter patientens tilladelse, kontakt med arbejdsplads og sociale myndigheder, hvilket kan være nødvendigt for at komme frem til en løsning af patientens sociale problemer, hvilket kan være en forudsætning for bedring af den psykiske tilstand. Indgående samtaler med familien er ofte nødvendige.

4. De forskellige personalegrupper og deres funktioner.

I det psykiatriske behandlingsarbejde deltager hyppigt flere personalegrupper end i

traditionelt somatisk behandlingsarbejde, og opgavefordelingen mellem de forskellige personalegrupper kan være en anden, afhængig af afdelingens struktur, patienternes diagnoser etc.

Som på de somatiske afdelinger er det lægen, der undersøger patienten, såvel somatisk som psykiatrisk, ligesom lægen leder behandlingen. Imidlertid kan den lægelige behandling i mindre grad på psykiatriske afdelinger end på de somatiske stå isoleret. Et tæt samarbejde om behandlingen mellem læger, psykologer, socialrådgivere, ergoterapeuter, sygeplejersker, sygehjælpere, plejere samt hjælpepersonale i øvrigt er nødvendigt. Alle disse personalegrupper, som patienten møder i sin dagligdag, må have samme mål med henblik på miljøet og holdningen i afdelingen.

Ved visse former for psykiatrisk behandling som f.eks. adfærdsterapi og gruppeterapi, genoptræning af erhvervsevne og sociale færdigheder, herunder af evnen til at varetage hjemlige huslige funktioner og lign., kan personalegrupper som psykologer, socialrådgivere og ergoterapeuter spille en afgørende rolle.

Sygeplejerskens arbejdsområde er delvis et andet end i det somatiske sygehusvæsen. De plejemæssige opgaver er færre, observation, administration og patientkontakt er det vigtigste. Den psykiatriske hjemmesygeplejerskes opgaver omtales nærmere nedenfor i afsnittet om psykiatrisk hjemmesygepleje. Den psykiatriske afdeling har behov for et relativt stort antal *sekretærer*, dels til at føre de udførlige journaler m.v., dels til at bistå med at koordinere den ambulante efterbehandling.

Personaleforbruget kan være meget varierende for de forskellige indlagte patientkategorier. Til at tage sig af svært syge, urolige patienter indlagt i lukket afdeling kræves f.eks. mere personale end til at tage sig af en selvhjulpne patient i værkstedsterapi.

I øvrigt vil personaleforbruget oftest være forskelligt i de forskellige faser af en indlæggelse.

Indlæggelses/asen kræver en ret betydelig arbejdsindsats af læger, psykologer, sygeplejersker og plejere med hensyn til undersøgelse, diagnosticering og behandling. Hvis det drejer sig om akutte, urolige patienter, der har måttet indlægges på lukket

afdeling, kan det af sikkerhedsmæssige årsager være nødvendigt med dobbelt plejervagt. På åbne, rolige afdelinger gør sikkerhedshensynet sig mindre gældende.

Underforløbet af en indlæggelse, når patienten gradvis bedres, bliver kravene til den lægelige og plejemæssige indsats relativt mindre, medens personalegrupper som ergoterapeuter, fysioterapeuter, værkstedspersonale, socialrådgivere m.v. træder relativt mere ind i behandlingen.

I *udskrivningsfasen* såvel som ved den *ambulante efterbehandling* er det atter den lægelige/sygeplejerskemæssige arbejdsindsats, der dominerer. Dog kan andre personalegrupper som socialrådgivere, ergoterapeuter og psykologer have betydelige opgaver også i denne fase med henblik på at mindske patientens gentilpasningsproblemer i det tidligere miljø.

Ved de *relativt kortvarige indlæggelser*, hvor de sociale og familiemæssige kontakter er bevaret, kræves der relativt større arbejdsindsats af personalegrupper med specialiseret uddannelse, end ved de *længerevarende indlæggelser*. Dette forhold synes at afspejle sig i personalesammensætningen på de psykiatriske afdelinger ved de almindelige sygehuse, hvor den gennemsnitlige liggetid er kortere end på de tidligere statshospitaler. Medens de psykiatriske modtageafdelinger i Københavns-området og de amtskommunale psykiatriske afdelinger nogenlunde har en personalenormering som det somatiske sygehusvæsen, har navnlig de ældre tidligere statshospitaler en langt lavere normering, og den »hierarkiske pyramide« er bredere, dvs. består af forholdsvis mere personale med en kortvarig uddannelse.

Med hensyn til sammenligninger mellem personaleforbruget på de forskellige grupper af psykiatriske institutioner og det somatiske sygehusvæsen henvises i øvrigt til kapitel IX nedenfor.

Den stadige udvikling af de psykiatriske behandlingsmetoder og anvendelse af del-døgnsindlæggelser og ambulant behandling stiller nye krav til det psykiatriske behandlingspersonale.

I visse stationære afdelinger sker der ændringer i retning af en mere hjemlig, mindre stiv omgangsform, hvor personalet sammen med patienter af begge køn udgør et sluttet

samfund, som gennem støttende og accepterende holdning forsøger at fremme helbredelsen. Man forsøger i forbindelse hermed at give patienterne større ansvar og selvstændighed over for egne behov og letter dermed overgangen til livet uden for institutionen. Samtidig er der tegn på, at de indlagte patientgrupper bliver »tungere« og dermed forholdsvis mere personalekrævende. Alle disse ændringer har medført, at det nu er patientmiljøet og behandlingen, der træder i forgrunden, medens det tidligere mere var det pleje- og sikkerhedsmæssige, og det stiller særdeles store krav til undervisning og videreuddannelse af personalet. Dette gælder ikke mindst på de tidligere statshospitaler, hvor en stor del af personalet hidtil har haft korterevarende uddannelser.

Her kan specielt nævnes plejergruppen, der ved de ændrede psykiatriske behandlingsmuligheder får ændrede funktionsområder, og hvor behovet for efteruddannelse trænger sig på. Man skal her henvise til »Betænkning om uddannelse af plejere« (betænkning nr. 777/1976), hvori det foreslås, at plejeruddannelsen for fremtiden finder sted som en overbygning på sygehjælperuddannelsen. For plejere, uddannet efter den hidtidige ordning, foreslås en efteruddannelse, hovedsagelig i somatiske fag. Denne efteruddannelse foreslås afsluttet med et bevis, der sidestiller de tidligere uddannede plejere med de *ny-uddannede*, dog uden kompetence som sygehjælpere. I betænkningen forudsættes det, at den nuværende psykiatriske efteruddannelse af plejere bibeholdes.

For alle personalegrupper gælder generelt, at der som følge af psykiatriens hastige udvikling er et stort behov for å-jourføring af viden og efteruddannelse, ligesom inddragelse af nye funktionsområder medfører personalemæssige omstillinger i f.eks. dag/nathospitalsfunktionen og i deri ambulante (efter)behandling.

Sluttelig kan nævnes, at der også stilles andre krav end tidligere til selve indretningen af afdelingerne for heldøgnsindlagte. Der er brug for små stuer (en- og tosenkstuer), der skal være mulighed for beskæftigelse af patienterne i selve afdelingen og der er behov for tilstødende lukkede haver og lignende. Der bør til disse ofte meget syge

patienter være et forholdsvis stort personale, der muliggør, at patienterne kan blive passende beskæftigede, og at de kan pacificeres i urofaser med mindst mulig brug af fysiske tvangsmidler (bæltfiksatation og lignende).

5. Heldøgns- og deldøgnsindlæggelse, ambulant behandling og psykiatrisk hjemmesygepleje.

5.1. Heldøgnsindlæggelse.

En del psykiatriske lidelser kan i visse faser kun behandles under indlæggelse på psykiatrisk afdeling.*) Dette gælder især de egentlige sindssygdomme, hvor patienten i perioder kan have behov for intensiv behandling og overvågning. Ligeledes kræver afvænnning fra medicin- og alkoholmisbrug i visse tilfælde indlæggelse på sygehus. Også for de øvrige psykiske lidelsers vedkommende er der imidlertid i kriseperioder eller af diagnostiske grunde ofte brug for sygehusindlæggelse, som regel af kortere varighed.

Medens det tidligere var reglen, at de psykiatriske afdelinger var *lukkede*, gælder dette nu kun for en mindre del af afdelingerne. De patientkategorier, der har behov for indlæggelse på lukkede afdelinger, er specielt patienter med sygdomsfaser præget af uro og aggressivitet eller selvmordstanke, ligesom afvænnning fra medicinmisbrug bedst foregår der.

Yderligere anbringes som regel patienter, der efter sindssygeloven indlægges mod deres vilje, på lukkede afdelinger, der også som regel benyttes, hvis en patient efter samme lov skal tilbageholdes på sygehuset mod sin vilje. Endelig kan sindssyge kriminelle dømt til behandling eller anbringelse på psykiatrisk sygehus i perioder have behov for indlæggelse på lukkede afdelinger.

Som en særlig patientgruppe, der kan have behov for lukkede afdelinger, må nævnes senilt konfuse plejepatienter, der ikke vil kunne finde tilbage til afdelingen ved egen hjælp.

De lukkede afdelinger, der skal varetage behandlingen af de mest urolige patienter,

kræver en ret høj personalenormering, ofte med dobbelt plejervagt, og patienternes beskæftigelsesmuligheder ved hjælp af ergoterapi m.v. bør tilgodeses under betryggende ydre forhold.

Antallet af patienter i lukkede afdelinger, beregnet for urolige, bør være ret lille, formentlig ikke over 10-14 pr. afdeling.

I de *åbne afdelinger* indlægges de rolige patienter og de patienter, der er ovre sygdommens akutte eller urolige faser. Det kan dreje sig om lettere manio-depressive patienter, patienter med reaktive lidelser, når de akutte symptomer er blegnet, og om langtidsindlagte psykotiske patienter, der fortsat har behov for en vis pleje og tilsyn, og som ofte er i stand til at arbejde i sygehusekets værksteder, ergoterapi og lign.

Visse steder er patienterne samlet i afdelinger efter tilstand. For øjeblikket arbejder man de fleste steder henimod en vis integrering af alle patienter uanset tilstand.

De åbne afdelinger bør formentlig have 16-20 sengepladser, hvoraf 2-4 pladser kan bruges til dag- og natpatienter i udslusningsfaser, jfr. nærmere nedenfor afsnit 5.2.

Personaleforbruget på de åbne afdelinger er hyppigt mindre end på de akutte, lukkede modtageafdelinger, og det sikkerhedsmæssige aspekt behøver ikke at blive tilgodeset på samme måde. Selv om der ikke af sikkerhedsmæssige grunde behøver at være mandlige plejere på samme måde som på de lukkede afdelinger, må det påpeges, at man bør tilstræbe plejepersonale af begge køn af hensyn til miljøet i afdelingen.

Grænsen mellem åbne og lukkede afdelinger er blevet mindre skarp end tidligere. Nogle afdelinger kan lukkes, når bestemte patienter gør dette nødvendigt, men således at de øvrige patienter har fri udgang. Ved tilstrækkelig personalenormering eller ved brug af »faste vagter« kan lukning af afdelingen ofte undgås. Specielt kan fysisk tvang reduceres eller undgås, når f.eks. selvmordsfarlige eller konfuse patienter kan tilbydes »punktvagter«, som sikrer, at de ikke forlader afdelingen.

På de tidligere statshospitaler blev akut indlagte patienter ofte modtaget på lukkede afdelinger, hvorfra de senere blev visiteret til andre afdelinger, afhængig af sygdommens art og symptomer, patientens alder etc.

*) Udtrykket afdeling kan anvendes i flere betydninger.

Samtidig var der en ret streng kønsopdeling, »mands- henholdsvis kvindehospital«, med hver sin administrerende overlæge. I de amtskommunale psykiatriske afdelinger har mænd og kvinder været på samme afdeling på samme måde som på de somatiske afdelinger. Der synes at være terapeutiske fordele ved blandede afdelinger, og det volder sjældent større ulemper, heller ikke når patienterne er i mere udtalte psykotiske faser. På de nyere afdelinger er toilet- og bade faciliteterne ofte indrettet til blandet belægning, men på de ældre tidligere statshospitalet ville manglende sanitære installationer kunne stille sig i vejen for belægning af afdelingen med patienter af begge køn.

For alle psykiatriske afdelinger gælder, at der bør være mulighed for at modtage akutte patienter straks, når indlæggelse ønskes og helst på en afdeling, der svarer til patientens øjeblikkelige tilstand. På denne måde vil antallet af tvangsindlæggelser formentlig fortsat vise faldende tendens, idet patienten kan komme under behandling før sygdommen når at udvikle sig så vidt, at der opstår fare for patienten eller dennes omgivelser.

Yderligere er det hensigtsmæssigt, at patienterne - hvis indlæggelse på lukket afdeling har været nødvendig - hurtigt kan flyttes til åbne afdelinger, når bedringen er indtruffet, ligesom det omvendte kan blive tilfældet, hvis en patients tilstand forværres under indlæggelse.

Af disse grunde er det vigtigt, at der altid er en vis mængde tomme sengepladser, der muliggør rotering.

5.2. Deldøgnsindlæggelse (dag-/nathospitalsbehandling).

Deldøgnsindlæggelse kan ofte udgøre et hensigtsmæssigt led i udskrivningsfasen som en overgang mellem indlæggelsesperioden og den ambulante efterbehandling. Men også som selvstændig indlæggelsesform har deldøgnsindlæggelserne gennem de senere år vundet frem, og de kan utvivlsomt for visse patientgruppers vedkommende erstatte heldøgnsindlæggelser. Endelig kan daghospital anvendes som en mere langvarig foranstaltning for kroniske

patienter, som med støtte af daghospital kan udskrives til egen bolig.

I daghospitalet spiller ergoterapi og værkstedsterapi en stor rolle. Daghospitalsbehandlingen har den fordel, at patienten bevarer eller hurtigere genoptager tilknytningen til sit hidtidige miljø. Det er derfor vigtigt, at afstanden mellem sygehuset og patientens hjem ikke er for stor.

Daghospitalsbehandling egner sig ikke for urolige eller selvmordsfarlige patienter eller i tilfælde, hvor en midlertidig adskillelse fra det hjemlige miljø er et nødvendigt led i behandlingen.

Man kan tænke sig mindst to hensigtsmæssige former for dagpatientophold: 1) Dagpatientophold i den stationære afdeling, hvorfra udslusningen af patienter gradvist finder sted efter heldøgnsindlæggelse. Patienterne vil være omgivet af samme terapeutiske team som under heldøgnsindlæggelsen. Et brud med behandlingsteamet og medpatienterne i denne vanskelige fase må ofte anses for uhensigtsmæssig. 2) Videre kan tænkes en dagafdeling, specielt beregnet for patienter, som man ikke skønner har behov for heldøgnsindlæggelse.

Antallet af pladser i et daghospital bør stå i et vist forhold til antallet af sengepladser. En hensigtsmæssig størrelse synes at være fra $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$ af heldøgnspladserne. Hvis man ønsker dagpatienter i de stationære afdelinger, kan $\frac{1}{5}$ - $\frac{1}{10}$ af pladserne benyttes til dagpatienter.

I nogle tilfælde kan det være et hensigtsmæssigt led i udskrivningsfasen, at patienten allerede inden udskrivningen genoptager sit erhvervsarbejde. I sådanne tilfælde, hvor patienten »bor« på sygehuset samtidig med at erhvervsarbejdet er genoptaget, taler man om, at patienten er indlagt som **natpatient**. Sådanne indlæggelser registreres dog sædvanligvis ikke som deldøgnsindlæggelser, men som heldøgnsindlæggelser.

En enkelt institution, Montebello dag- og nathospital, Gentofte, modtager ikke heldøgnsindlæggelser. Indlæggelse sker enten som dagpatient eller som natpatient.

Personaleforbruget i dag/nathospitalet er ofte relativt stort, hvilket kan hænge sammen med et ofte ret stort patientskifte sammenlignet med de stationære afdelinger. Generelt gælder, at der i dag/nathospitalet er brug for mere personale med specialise-

ret uddannelse end i de traditionelle mere plejeprægede afdelinger for heldøgnsindlagte.

Institutionstyper som *patientkollegier, -pensionater, -kollektiver og lign.* »*halvvejs-institutioner*« omtales nærmere nedenfor i kapitel VI, A, afsnit 4.5. Disse institutioner kan i nogle tilfælde have karakter af *efterbehandlingsinstitutioner*, dvs. at de på lignende måde som dag/nathospital kan danne overgang mellem en heldøgnsindlæggelse og patientens tilbagevenden til en tilværelse uden for sygehusmiljøet. I andre tilfælde kan disse institutioner tjene som en mere *varig anbringelsesform*, på et lavere plejeniveau end traditionel heldøgnsindlæggelse.

5.3. Ambulant behandling.

Ved de fleste psykiatriske sygehuse/afdelinger, er der et (lukket) efterbehandlingsambulatorium, hvor man hovedsagelig beskæftiger sig med efterbehandling af tidligere hel- eller deldøgnsindlagte patienter. Man kan her specielt nævne den medikamentelle efterbehandling af patienter med skizofreni og manio-depressiv psykose. Formålet med behandlingen er dels at støtte patienten i at tage den ordinerede medicin for at undgå recidiver samt, hvis genindlæggelse viser sig påkrævet, da at kunne foranstalte genindlæggelsen på det mest hensigtsmæssige tidspunkt. Også på andre områder kan efterbehandlingen have en støttende funktion, f.eks. i form af råd og vejledning til at løse familiemæssige og sociale problemer.

Efterbehandlingen af udskrevne patienter kan kræve så megen specialsagkundskab, at den ikke umiddelbart kan overlades til de alment praktiserende læger og de kommunale hjemmesygeplejersker; her kommer psykiatriske, til sygehusene knyttede hjemmesygeplejersker ind i billedet, jfr. nedenfor i afsnit 5.4.

Ved en del psykiatriske sygehuse/afdelinger er der etableret et såkaldt *forvisitationsambulatorium*, hvortil patienter henvises af den alment praktiserende læge, og hvor der forud for en evt. indlæggelse finder journaloptagning sted, således at patienten kan visiteres til den mest hensigtsmæssige behandlingsform: det kan dreje sig om fortsat behandling hos alment praktiserende

læge eller praktiserende speciallæge, om fortsat behandling i sygehusets ambulatorium, om indlæggelse i deldøgns- eller heldøgnsafdeling, eller henvisning til andre institutioner som f.eks. nervesanatorier, institutioner for alkoholikere, rekreationshjem, somatiske afdelinger etc. Forvisitationsambulatorierne kan også fungere som ambulatorier, hvortil den alment praktiserende læge kan henvise patienter, uden at det sker med henblik på indlæggelse. Der kan således være tale om, at der i sygehusvæsenet etableres en tilsvarende ambulant funktion, som den, der varetages af praktiserende speciallæger.

Der henvises i øvrigt til kapitel VII, hvor der nærmere er redegjort for de behandlingsopgaver, der varetages af alment praktiserende læger og praktiserende speciallæger.

Der er mange steder utvivlsomt et stort behov for en *psykiatrisk skadestuefunktion*, hvor der døgnet rundt er adgang til psykiatrisk bistand i akutte tilfælde, uden at der behøver at blive tale om en (heldøgnsindlæggelse. En sådan funktion kan varetages af de almindelige skadestuer, såfremt der er (let) adgang til psykiatrisk assistance. Skadestuefunktionen kan også være knyttet til en psykiatrisk modtageafdeling.

5.4. Psykiatrisk hjemmesygepleje.

I de senere år er der blevet ansat psykiatriske hjemmesygeplejersker ved flere psykiatriske sygehuse og afdelinger. I 1976 var der ca. 50 hjemmesygeplejersker, der var ansat ved psykiatriske afdelinger. Disse hjemmesygeplejersker varetager særlige opgaver i forbindelse med udskrivning og efterbehandling af patienter fra de pågældende sygehuse.

Erfaringerne med psykiatriske hjemmesygeplejersker ansat på sygehusene har været gode. Mulighederne for at udskrive og forebygge tilbagefald af sygdommen og dermed genindlæggelse synes at være blevet forbedret de steder, hvor der er etableret en psykiatrisk hjemmesygeplejeordning.

En psykiatrisk hjemmesygeplejeordning må derfor betragtes som et naturligt led i det psykiatriske sygehusvæsen.

Henset til, at psykisk syge på lige fod med somatisk syge må have mulighed for at

få hjælp af de kommunalt ansatte hjemmesygeplejersker, må sygehusvæsenets psykiatriske hjemmesygeplejeordning betragtes som et supplement til den almindelige kommunale hjemmesygeplejeordning.

Den psykiatriske hjemmesygeplejerskes særlige funktioner må ses på baggrund af, at den psykiatriske hjemmesygeplejerske i kraft af sin ansættelse på sygehus har særlig gode muligheder for at bistå og støtte patienterne i den ofte vanskelige udskrivningsfase - efter en i nogle tilfælde årelang indlæggelse - og sikre kontinuitet i behandlingen på sygehuset og den efterbehandling, som ofte vil være nødvendig efter udskrivningen. Den psykiatriske hjemmesygeplejerske kan således på sygehuset være med til at forberede udskrivningen bl.a. ved at formidle den nødvendige kontakt til det hjemlige miljø. Hvis patienten udskrives til et plejehjem, kan det være af betydning, at personalet på plejehjemmet kan få vejledning om behandlingen. For patienten er det vigtigt at føle, at der er samarbejde mellem plejehjemmet og sygehuset. Tilsvarende gælder i de tilfælde, hvor patienten efter udskrivning henvises til et daghjem eller dagcenter. Også ved samarbejde med den praktiserende læge og de kommunalt ansatte hjemmesygeplejersker (og hjemmehjælpere) vil den psykiatriske hjemmesygeplejerske kunne medvirke til at skabe den fornødne kontinuitet i behandlingen.

I nogle tilfælde kan det være hensigtsmæssigt eller nødvendigt, at den psykiatriske hjemmesygeplejerske i længere tid eventuelt mere varigt tager sig af en væsentlig del af hjemmesygeplejen over for udskrevne patienter.

Rådgivning og undervisning over for kommunale hjemmesygeplejersker og hjemmehjælpere vil naturligt være en opgave for en sygehusansat psykiatrisk hjemmesygeplejerske. Der henvises herved til de vejledende retningslinier afsnit 3.4., jfr. kapitel VII, afsnit 7.1., hvor det er anført, at de psykiatriske patienter kan frembyde særlige vanskeligheder som følge af deres sygdoms særlige karakter, og at hjemmesygeplejersker og hjemmehjælpere i dag kun i ringe grad er uddannet til at tage de specielle problemer op, som kan opstå i forbindelse med psykisk syge patienter, hvorfor

der er behov for en støttende indsats over for disse personalegrupper.

For den kommunale hjemmesygepleje drejer det sig i øvrigt ikke blot om at forbedre mulighederne for at hjælpe udskrevne psykiatriske patienter, men også for at hjælpe det ikke ubetydelige antal ældre, der har aldersbetingede sindslidelser, uden at indlæggelse har været nødvendig. Det kan i denne forbindelse nævnes, at der ved social- og sundhedsforvaltningerne i nogle af de store kommuner er ansat psykiatriske hjemmesygeplejersker.

Endelig kan nævnes, at der ved Københavns kommunes psykiatriske sygehusvæsen er etableret en distriktpspsykiatrisk sygeplejeordning, som bl.a. varetager særlige forvisitationsopgaver.

6. Samarbejde mellem det (voksen)-psykiatriske og de somatiske specialer på sygehusene.

Udviklingen inden for det somatiske sygehusvæsen har i dette århundrede og ikke mindst i årene efter 2. verdenskrig været præget af en stadig stigende specialisering, der, samtidig med at den har medført en opsplitning og fordeling af den samlede viden på et stadigt større antal sagkyndige, har forøget de sagkyndiges indbyrdes afhængighed og nødvendiggjort et intimt samarbejde, for at den fornødne samlede viden kan komme patienterne til gode - først og fremmest inden for undersøgelsesteknik, men også inden for behandling. Siden begyndelsen af 1950'erne har det været erkendt, at dette gensidige behov for samarbejde også omfatter det psykiatriske speciale.

Det er derfor velkendt inden for det almindelige sygehusvæsen, at der ved organisationen, fastsættelsen af personalenormering m.v. må tages hensyn til de forskellige specialers gensidige behov for samarbejde.

Blandt de *psykiatriske* patienter, jfr. afsnit 3 ovenfor, vil behovet for somatisk udredning, laboratorieprøver, *neurofysiologiske* og *neuro-radiologiske* undersøgelser formentlig være størst hos de akut indlagte, medens langtidspatienterne skønmæssigt vil have samme behov for somatisk undersøgelse og behandling som gennemsnitsbefolkningen. Derimod vil der for langtidspa-

tienternes vedkommende ofte være et behov for kontrolundersøgelser af laboratoriemæssig og anden art. Ligeledes vil patienter med legemlige sygdomme, som oprindeligt kunne være medvirkende årsag til indlæggelse på psykiatrisk afdeling, fortsat kunne have et øget behandlingsbehov.

En oversigt over ydelser leveret fra somatiske sygehuse til det tidligere statshospital i Glostrup og den tidligere statslige psykiatriske afdeling på Odense sygehus samt antal tilsyn ydet herfra til somatiske sygehuse fremgår af *tabel 1*.

I *tabel 2* er der en oversigt over tilsyn ydet af psykiatriske afdelinger til somatiske

afdelinger ved amtskommunale sygehuse i 1974/75.

Som eksempel på samarbejdet afdelingerne imellem kan f.eks. nævnes Centralsygehuset i Slagelse, hvor patienter, indlagt efter selvmordsforsøg, principielt indlægges i psykiatrisk afdeling, men observeres på intensiv afdeling i fornødent omfang.

Som et skøn over omfanget af den psykiatriske tilsynsvirksomhed på de københavnske hospitaler kan anføres, at Rigshospitalets og Kommunehospitalets psykiatriske afdelinger årligt yder 1.000-1.500 konsultationer til patienter indlagt på de somatiske afdelinger.

Tabel I.

Ydelser) leveret fra somatiske sygehuse i 1974/75 til Statshospitalet i Glostrup og den statslige psykiatriske afdeling på Odense sygehus og de hermed forbundne udgifter. Antal tilsyn ydet fra nævnte statshospital og psykiatriske afdeling til somatiske sygehuse.*

	Statshosp. i Glostrup		Psyk. afd. i Odense	
	Us./behdl.	kr.	Us./behdl.	kr.
Klinisk fysiologisk afdeling	478	26.500	1,5 E	50.566
Klinisk foto			536 E	1.754
Blodbank	2 1	620	189,4	25.922
Fysiurgisk ambulatorium/afd.	10.747	361.602	595 E	782
Patologisk institut	330	34.412	38 E	7.323
Narcoseafdeling	741	183.827	812 E	47.918
Recoveryafdeling			25.871 E	89.245
Klinisk kemisk afdeling	378.838 E	553.103	137.569 E	119.677
Røntgendiagnostikafdeling	1.303	166.732	2.344 E	95.911
Skadestue			705	98.274
Dermatovenerologisk ambulatorium			17	1.342
Tandklinik			21	5.172
EEG- og EMG undersøgelser	563	25.352	71	16.938
Øjenklinik	283	17.571	39	4.503
Øreklinik	224	48.922	46	5.459
Blodtypesereologisk afdeling	14.722 E	25.469		
EKG undersøgelser	1.485	83.799		
I alt		1.527.909		570.786
Antal tilsyn til somatiske sygehuse	839		481	
Antal sygedage	152.267		15.420	

*) Angivet i antal undersøgelser, behandlinger eller omregnede enheder.

Kilde: Internt materiale fra indenrigsministeriet, direktoratet for statshospitalerne.

Tabel 2.

Tilsyn ydet af psykiatriske afdelinger til somatiske afdelinger ved amtskommunale sygehuse i 1974/75.'

Amtskomm.	Sygehus- senge	Psykiatrisk afdeling	tilsyn				tilsyn pr. seng		
			med. afd.	kir. afd.	andre afd.	I alt	med. afd.	kir. afd.	I alt
København	1052	KAS Gentofte	471 ¹⁾	170 ¹⁾	532 ¹⁾	1173 ²⁾	2,2	0,6	1,1
Frederiksborg	501	FAS Hillerød	971	71	48	1090	5,8	0,5	2,2
Vestsjælland	511 364	Slagelse Holbæk	77	37	41	155 233	0,9	0,3	0,3 0,6
Storstrøms	523	Næstved				278			0,5
Bornholm	213	Rønne	230	20		250	2,9	0,2	1,2
Fyn	369 1429	Svendborg Odense	128 ¹⁾ 176	32 ¹⁾ 69	21 ¹⁾ 280	226 ²⁾ 525	0,9 0,6	0,2 0,4	0,6 0,4
Ribe	548	Esbjerg				159			0,3
Vejle	553 356 377	Vejle Horsens Kolding				307 301 ca. 800			0,6 0,8 1,4
Ringkøbing	469 508	Herning Holstebro				129 347			0,3 0,7
Århus	376 392	Silkeborg Randers	114 260	25 47	20 35	159 610 ³⁾	1,0 2,8	0,2 0,5	0,4 0,9
Viborg	220	Thisted				162			0,7
Nordjylland	499	Hjørring	192	17	47	256	1,3	0,1	0,5

1) Tallet refererer til antallet af tilsete patienter

2) Tallet er antallet af ydelser, hvor der altså kan være flere tilsyn til hver patient.

3) I tallet er incl. 268 tilsyn på andre sygehuse.

Kilde: Materiale udarbejdet af overlæge Thøger Harder, centralsygehuset i Slagelse.

7. Underopdelinger inden for psykiatrien.

7.1. Indledning.

Inden for det psykiatriske fagområde er der kun udskilt 2 selvstændige specialer, nemlig (voksen)psykiatri og børnepsykiatri, medens der f.eks. inden for det medicinske og det kirurgiske fagområde er udskilt en lang række selvstændige specialer, hvortil kommer en lang række ekspertområder.

Der skal ikke her forsøges givet nogen nærmere redegørelse for denne forskel i specialiseringsgrad mellem den psykiatriske blok på den ene side og f.eks. den medicinske og kirurgiske blok på den anden side. Så meget kan dog siges, at den manglende specialisering inden for psykiatrien bl.a. skyldes, at selv om man kan skelne mellem forskellige psykiatriske diagnosegrupper inden for hvilke behovene for de forskellige be-

handlingsformer er nogenlunde ensartede, vil det ofte være således, at patienter i forskellige diagnosegrupper under et *behandlingsforløb* kan have det samme behandlings- og plejeb behov. Særligt kan nævnes, at behandling med somatiske behandlingsmetoder, f.eks. medikamentel behandling, sjældent kan stå alene, men må følges op af psykoterapi m.v., jfr. ovenfor afsnit 3.

Inden for det voksenpsykiatriske speciale findes dog visse underopdelinger, hvoraf kan nævnes *retspsykiatri*, *gerontopsykiatri*, *behandling af unge stofmisbrugere* samt *behandling af alkoholmisbrugere*, medens *ungdomspsykiatri* er et specielt arbejdsområde såvel inden for det voksenpsykiatriske som det børnepsykiatriske speciale, jfr. nedenfor afsnit B.

Retspsykiatri vil blive nærmere omtalt nedenfor i kapitel VI, A. afsnit 6.2. om sygehusvæsenets retspsykiatriske opgaver. Gerontopsykiatri, der omfatter såvel ældre, der bliver sindslidende som sindslidende, der bliver ældre, omtales nærmere nedenfor i kapitel VIII om plejehjem m.v.

For så vidt angår behandlingen af unge stofmisbrugere og alkoholmisbrugere er der grund til at fremhæve, at organisationen af den psykiatriske sygehusfunktion over for disse patienter må ske under hensyntagen til det omfang, i hvilket der er etableret særlige behandlingsinstitutioner for disse patientgrupper.

7.2. Særligt om alkoholmisbrugere.

Ifølge sygehuslovens § 16 påhviler det amtskommunerne at drive behandlingsinstitutioner for alkoholskadede i det omfang, behandlingen ikke finder sted på psykiatriske hospitaler og afdelinger. Forvaltningen af disse opgaver varetages af amtsrådenes sygehusudvalg.

Efter statshospitalernes overførelse til amtskommunerne som et led i det amtskommunale sygehusvæsen er ansvaret for den samlede behandlingsindsats over for alkoholmisbrugere henlagt til amtskommunerne.

Der skulle således være skabt gode muligheder for at etablere fastere samarbejds-linier mellem de psykiatriske afdelinger og de særlige behandlingsinstitutioner, som amtskommunerne driver i henhold til syge-

huslovens § 16. Det drejer sig først og fremmest om ambulatorier for alkoholskadede, men også om behandlingshjem for indlagte alkoholskadede samt efter omstændighederne andre hermed beslægtede institutioner, hvor hovedvægten er lagt på den lægelige og den lægelige-socialle behandling af patienterne. Den ambulante bistand til alkoholmisbrugere varetages mange steder i samarbejde med patientforeninger.

Amtskommunernes opgaver i henhold til sygehuslovens § 16 er nærmere beskrevet i indenrigsministeriets cirkulære af 2. juni 1975: Vejledende retningslinier for udarbejdelsen af planer for driften af behandlingsinstitutioner for alkoholskadede.

Patienter med alkoholmisbrug som hoveddiagnose eller bidiagnose til andre psykiatriske diagnoser udgør en meget stor del af de patienter, der indlægges i psykiatriske institutioner. Ca. 13 % af de patienter, der blev indlagt i 1975/76, indlagdes således med hoveddiagnosen alkoholisme, medens antallet af indlæggelser, hvor alkoholisme enten var hoved- eller bidiagnose udgjorde 27 % af indlæggelserne. Alkoholmisbrugere bliver indlagt på psykiatriske afdelinger i situationer, hvor en sådan indlæggelse skønnes rimelig; det kan dreje sig om såvel afbrydelse af drikketur som mere langvarige indlæggelser til afvænnning, stabilisering og resocialisering.

Det er en forudsætning for en hensigtsmæssig ambulant behandling af disse patienter, at der er mulighed for at kunne hen-vise til videre behandling i et ambulatorium for alkoholskadede, samt at der sker en ko-ordinering af de behandlingsmæssige be-stræbelser ved et nært samarbejde mellem den psykiatriske afdeling og alkoholambula-toriet.

7.3. Særligt om unge stofmisbrugere.

Det særlige behandlingssystem for narkotika-misbrugere, der er opbygget i overens-stemmelse med anbefalinger fra kontaktud-valget vedrørende ungdomsnarkomani - nu kontaktudvalget vedrørende alkohol- og narkotikaspørgsmål - varetages efter bi-standslovens ikrafttræden af amtskommu-nerne.

I socialministeriets cirkulære af 18. marts 1976 om bistandslovens bestemmelser om institutionerne under amtskommunerne, punkt 92, er der nærmere redegjort for amtskommunernes opgaver over for børn og unge, der på grund af narkotikamisbrug, alkoholisme eller andre psykiske og/eller sociale problemer af tilsvarende karakter har særlige sociale adfærdsvanskeligheder.

Det er således indlysende, at der på dette område, ligesom på det **ungdomspsykiatriske** område i øvrigt, jfr. nedenfor afsnit B, bør etableres et tæt samarbejde mellem det psykiatriske sygehusvæsen, socialvæsenet og skolevæsenet, således at den samlede offentlige indsats såvel over for den enkelte klient/patient som over for hans omgivelser kan samordnes. I det hele taget gælder det, at mange af de særlige forhold, der gør sig gældende vedrørende de **ungdomspsykiatriske** patienter også gør sig gældende vedrørende de unge stofmisbrugere.

Psykiatriske afdelingers opgaver over for unge stofmisbrugere er flere. En hel klar sygehusopgave er at tage sig af unge psykotiske patienter, hvad enten stofmisbruget er opstået i forbindelse med en psykose, eller psykosen er opstået som en komplikation til stofmisbruget.

Herudover har man visse steder indrettet særlige afdelinger for unge stofmisbrugere, hvor man tager sig af den primære afgiftning, den primære stabilisering og af det samarbejde, der er nødvendigt, for at patienterne kan få en gnidningsfri overførsel til efterbehandlingsinstitutionerne.

Generelt medfører sygehusenes arbejde med unge stofmisbrugere et nært samarbejde med de institutioner, der tager sig af disse unge.

Sygehusvæsenet kunne kun langsomt omstille sig til at tage sig af de unge stofmisbrugere, der repræsenterede en ny patientkategori. Man bør derfor også på dette område være opmærksom på nødvendigheden af en tilstrækkelig fleksibilitet i sygehusvæsenet i relation til ændringer i antallet og arten af sundhedsmæssige problemer i befolkningen.

8. Patientbevægelsen på de psykiatriske institutioner, patienternes fordeling med hensyn til alder, køn og diagnoser m.v.

Indledning.

Ovenfor i kapitel IV, A, afsnit 4., er der givet en oversigt over udviklingen i de senere år i alders- og diagnosefordelingen for de patienter, der indlægges/er indlagt på psykiatriske institutioner. Endvidere er der oversigter, der viser henholdsvis udviklingen vedrørende liggetider og vedrørende 1. gangindlæggelsernes andel af det samlede antal indlæggelser. Endelig er der oplysninger om udviklingen i antallet af dagpatienter, i antallet af ambulante patienter samt i antallet af konsultationer. Nedenfor i kapitel VI, afsnit 3.2., er psykiatriske specialsygehuse og psykiatriske afdelinger ved almindelige sygehuse sammenlignet med hensyn til antallet af indlæggelser pr. seng m.v.

De oplysninger der gives i det følgende vedrører antallet af indlæggelser og udskrivninger, diagnosefordelingen, alders- og kønsfordeling m.v. i et enkelt år og vil omfatte samtlige psykiatriske institutioner, herunder i visse tilfælde alkoholbehandlingshjem.

Antal indlæggelser og udskrivninger i 1975/76.

Tabel 1 viser patientbevægelsen på samtlige psykiatriske institutioner i finansåret 1975/76. Der var i alt 12.476 sengepladser incl. alkoholbehandlingshjem, som modtog i alt 39.359 indlæggelser. Oversigter over patientbevægelsen på de enkelte sygehuse/afdelinger offentliggøres årligt af sundhedsstyrelsen i Medicinalberetning II.

Liggetid.

Hovedparten af de psykiatriske indlæggelser er kortvarige. *Figur 1* giver en illustration af dette forhold. Det ses, at 61 % af de udskrevne patienter har været indlagt mindre end 1 måned, og at kun 4 % har været indlagt i mere end 1 år. For så vidt angår de psykiatriske afdelinger ved somatiske sygehuse blev 97 % af patienterne udskrevet inden 3 måneder.

Selv om således kun en ganske lille del af indlæggelserne er af længere varighed, præ-

Tabel 1.
Patientbevægelser¹⁾ i finansåret 1975/76 på de psykiatriske institutioner.

Institution	Antal norme- rede pladser 1.4.1975	Antal ptt. 1.4.1975	Antal indlæg- gelser	Antal udskriv- ninger	Døde	Antal sengedage
Psykiatriske hosp. og plejehospitaler incl. tilh. plejehjem ²⁾	10.569	9.317	20.708	20.878	1.234	3.385.705
Psykiatriske afd. på somatiske sygehuse	1.009	913	15.499	15.459	163	335.647
Nervesanatorier	633 ⁴⁾	425	2.153	2.188	2	147.502
Alkoholbehand- lingshjem	109	89	802	792	0	36.667
Børnepsykiatriske afdelinger ³⁾	156	104	197	205	0	40.240
I alt	12.476	10.848	39.359	39.522	1.399	3.945.761

1) heldøgnspatienter.

2) excl. børnepsykiatriske afdelinger herpå, men incl. statshospitalet i Torshavn.

3) excl. børnepsykiatrisk afdeling på Bispebjerg hospital med 48 pladser, der ikke er omfattet af den psykiatriske centralregistrering.

4) incl. 120 dagpatientpladser på Montebello, Gentofte.

Kilde: Materiale fra Institut for Psykiatrisk Demografi.

ger de langvarigt indlagte hospitalspopula-
tionens sammensætning. *Tabel 2* viser, at af
de patienter, der var indlagt den 27. sep-
tember 1972, havde 56,2 % været indlagt
mere end et år og 33,8 % mere end 5 år.

Indlæggelses- og udskrivningssted og indlæggelse småde.

Tabel 3 viser, hvorfra patienterne indlægges
og *tabel 4* viser, hvortil de udskrives. Det
ses, at langt den største del af patienterne
indlægges fra eget hjem og udskrives til eget
hjem. Overflytning mellem psykiatriske in-
stitutioner udgør kun 6-7 % af indlæggelser
og udskrivninger.

4 % af indlæggelserne i 1975/76 var
tvangsindlæggelser, og disse fandt hoved-
sagelig sted på psykiatriske specialsygehuse
og på de københavnske modtageafdelinger,
jfr. nærmere nedenfor i afsnit 10.

I 1975/76 vedrørte 0,3 % af indlæggel-
serne **indlæggelser til retslige observationer**
og 0,4 % vedrørte indlæggelser i henhold til

dom til behandling og anbringelse, jfr.
nærmere nedenfor i kapitel VI, A, afsnit
6.2. om sygehusvæsenets retspsykiatriske
opgaver.

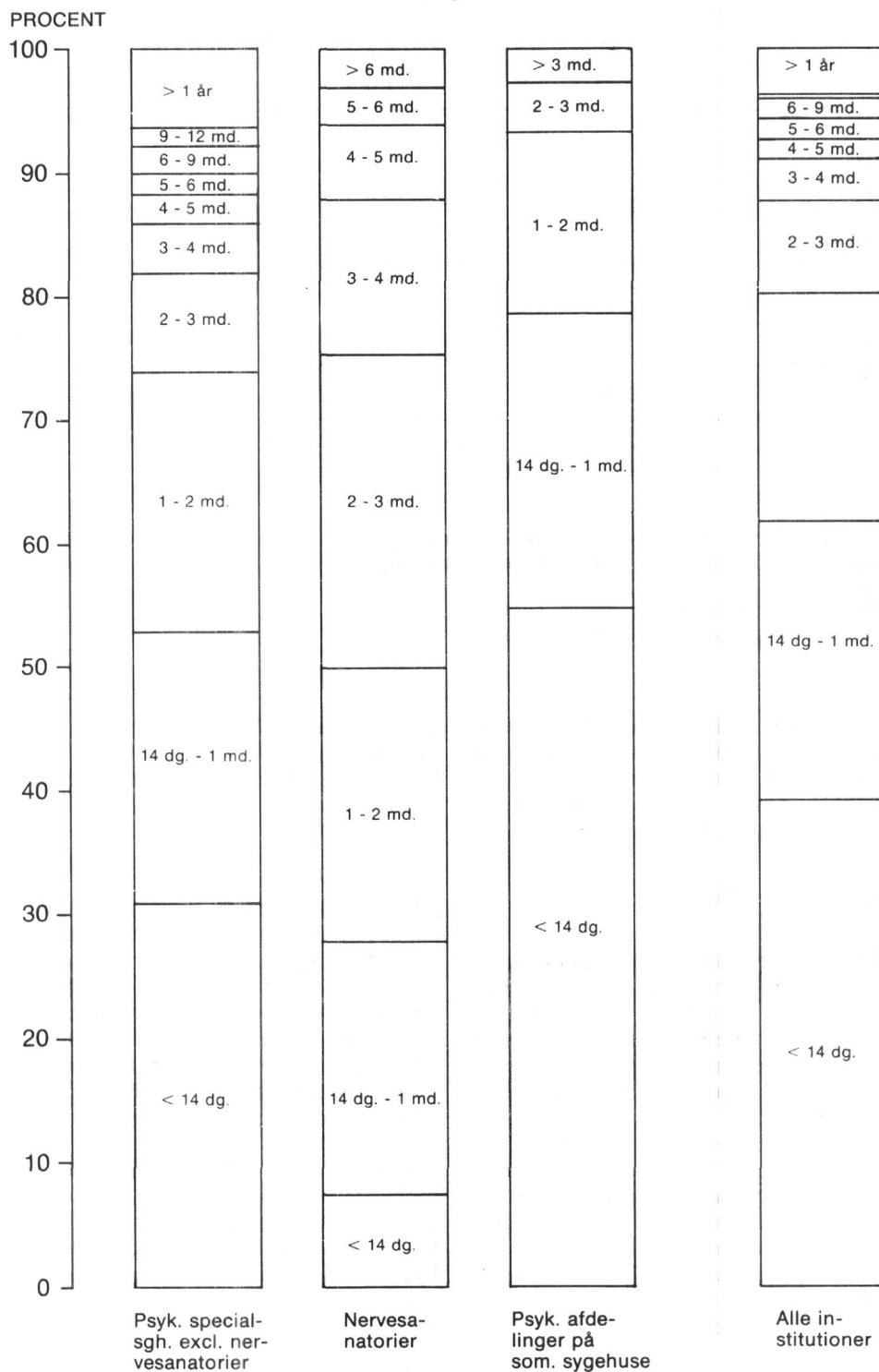
Alder og køn.

Aldersfordelingen af de patienter, der ind-
lægges og de, der på en bestemt dato befin-
der sig på sygehusene, er forskellig. *Tabel 5*
og *figur 2* illustrerer disse forhold. Tallene
stammer fra den sidste tværsnitsundersø-
gelse, den 27. september 1972, af patien-
terne på de psykiatriske institutioner og fra
indlæggelsestallene på de psykiatriske in-
stitutioner i det tilsvarende finansår, finansår-
ret 1972/73.

*Tabel 5, højre kolonner, viser den relative
indlæggeshyppighed* pr. 100.000 indbyg-
gere i de forskellige aldersgrupper og det
tilsvarende antal patienter pr. 100.000 ind-
byggere, der befandt sig på psykiatriske in-
stitutioner på en bestemt dato (tværsnitsda-
toen). Det fremgår heraf, at den højeste ind-

Fig. 1.

Udskrivninger¹⁾ i finansåret 1975/76 fra forskellige institutionstyper fordelt efter indlæggelsernes varighed.



Note: 1) heldøgnspatienter

Kilde: Institut for Psykiatrisk Demografi

Tabel 2.

Heldøgnspatienter indlagt den 27.9.1972 på psykiatriske institutioner fordelt efter diagnose og opholdets varighed.

Diagnoser	0-1 år		1-5 år		5-10 år		10-25 år		I alt	
	antal	%-andel	antal	%-andel	antal	%-andel	antal	%-andel	antal	%-andel
Skizofreni	802	18.7	655	15.3	425	9.9	2406	56.1	4288	100.0
Manio-depressiv psykose	773	67.6	144	12.6	76	6.6	150	13.1	1143	99.9
Præsenile og senile psykoser	662	36.3	899	49.3	223	12.2	40	2.2	1824	100.0
Cerebrovasculære lidelser	297	37.0	379	47.3	103	12.8	23	2.9	802	100.0
Syfilis	6	6.0	26	26.0	12	12.0	56	56.0	100	100.0
Epilepsi	34	33.3	23	22.5	21	20.6	24	23.5	102	99.9
Andre organiske lidelser	224	43.8	144	28.1	83	16.2	61	11.9	512	100.0
Psykogene psykoser	372	82.9	39	8.7	16	3.6	22	4.9	449	100.1
Neuroser	644	89.2	47	6.5	16	2.2	15	2.1	722	100.0
Karakter-afvigelser	623	81.2	75	9.8	29	3.8	40	5.2	767	100.0
Oligofreni	51	39.8	27	21.1	13	10.2	37	28.9	128	100.0
Alkoholisme	306	75.0	77	18.9	13	3.2	12	2.9	408	100.0
Narkomani	80	97.6	1	1.2	1	1.2	—	—	82	100.0
Uklassificerbare psykoser	227	48.8	127	27.3	49	10.5	62	13.3	465	99.9
Andre diagnoser	126	94.7	4	3.0	—	—	3	2.3	133	100.0
Total	5227	43.8	2667	22.4	1080	9.1	2951	24.7	11925	100.0

Kilde: Institut for Psykiatrisk Demografi.

Tabel 3.

Indlæggelser) på psykiatriske institutioner i finansåret 1975/76, fordelt efter det sted, hvorfra patienterne indlægges.*

Indlagt fra eget hjem		Indlagt fra psyk. institution		Indlagt fra somatisk hospital el. nervesanatorium		Indlagt fra anden institution		Samtlige indlæggelser	
Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
28.056	71,3	2.662	6,8	4.137	10,5	4.504	11,4	39.359	100,0

*) Heldøgnspatienter.

Kilde: Institut for Psykiatrisk Demografi.

Tabel 4.

Udskrivninger*) fra psykiatriske institutioner i finansåret 1975/76, fordelt efter det sted, hvortil patienterne udskrives.

Døde		Udskrevet til eget hjem		Udskrevet til psyk. institution		Udskrevet til somatisk hospital		Udskrevet til anden institution		Samtlige udskrivn.	
Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
1.399	3,5	29.076	73,6	2.402	6,1	1.630	4,1	5.015	12,7	39.522	100,0

*) Heldøgnspatienter.

Kilde: Institut for Psykiatrisk Demografi.

Tabel 5.

Aldersfordelingen for patienter indlagt i 1972/73 og patienternes aldersfordeling ved en tværsnitsundersøgelse 27.9.72 på psykiatriske institutioner udtrykt i relation til antallet af personer i befolkningen i de pågældende aldersgrupper.

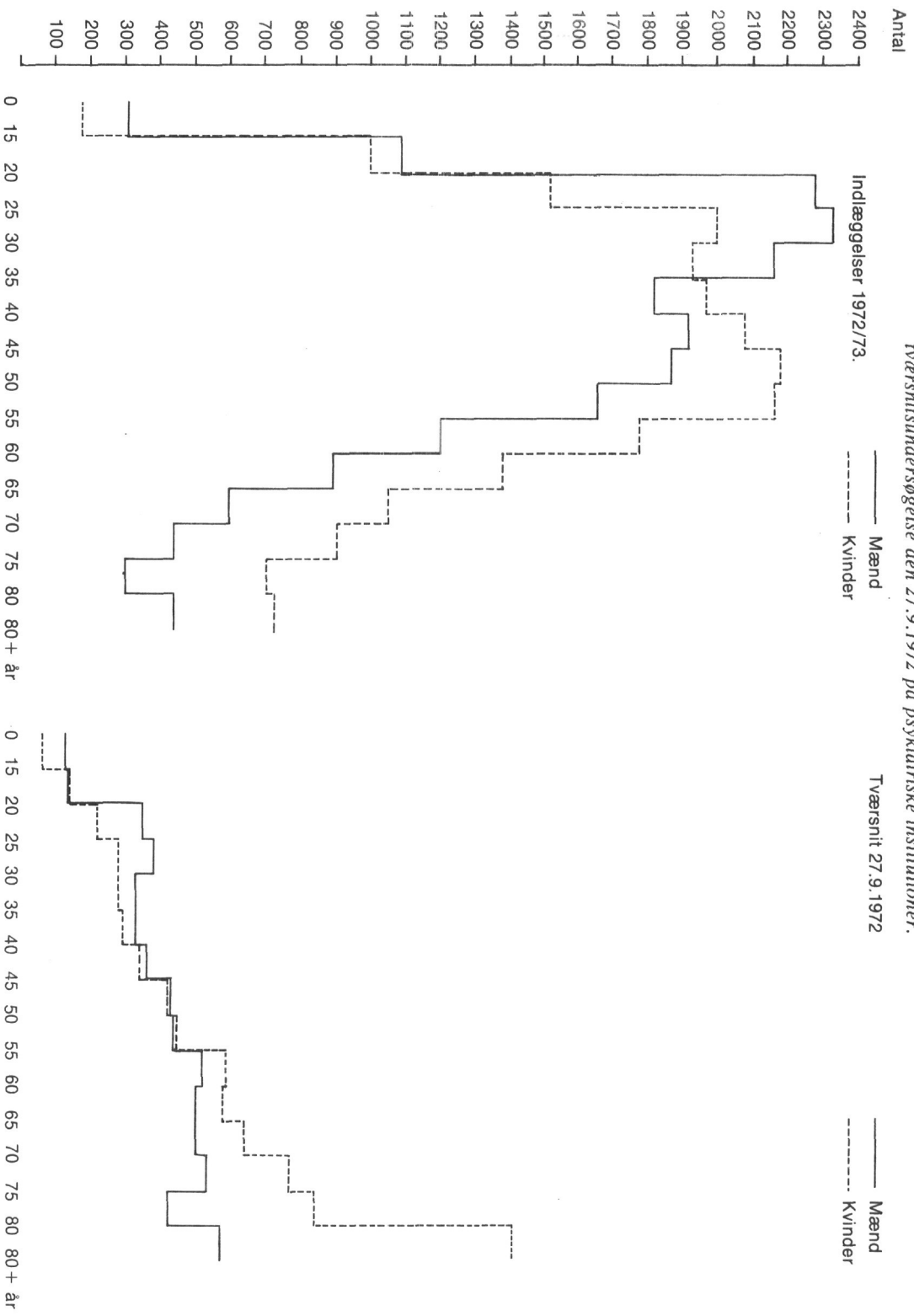
Alder	Indlæggelser ¹⁾ 1972/73				Tværsnit 27.9.1972 ²⁾			
	Mænd		Kvinder		Mænd		Kvinder	
	Antal	pr. 100000	Antal	pr. 100000	Antal	pr. 100000	Antal	pr. 100000
0-14 år	308	53	182	32	123	21	49	9
15-19 år	1090	568	999	553	128	67	130	72
20-24 år	2281	1157	1523	815	340	172	211	113
25-29 år	2326	1057	2000	970	366	166	267	129
30-34 år	2161	1295	1926	1209	320	192	271	170
35-39 år	1820	1257	1970	1381	318	220	278	195
40-44 år	1923	1384	2076	1484	352	253	329	235
45-49 år	1871	1294	2183	1472	415	287	414	279
50-54 år	1661	1127	2160	1424	432	293	442	291
55-59 år	1195	880	1783	1248	510	375	576	403
60-64 år	890	681	1375	972	487	373	570	403
65-69 år	586	562	1053	861	494	474	625	511
70-74 år	434	559	904	900	522	672	761	758
75-79 år	388	747	704	970	412	792	829	1143
80+ år	433	981	722	1084	561	1270	1397	2097
I alt	19367	779	21560	855	5780	233	7149	283

1) Heldøgnspatienter.

2) Hel- og deldøgnspatienter.

Kilde: Institut for Psykiatrisk Demografi.

Fig. 2.
 Aldersfordelingen for patienter indlagt i 1972/73 og patienternes aldersfordeling ved en
 tværnuisundersøgelse den 27.9.1972 på psykiatriske institutioner.



læggeshyppighed findes i de yngre og midaldrende aldersklasser med maksimum i aldersgruppen 40-44 år hos både mænd og kvinder, mens antallet af hospitaliserede patienter pr. 100.000 indbyggere stiger stærkt i de ældste aldersklasser. Såvel indlæggeshyppighed som hospitaliseringshyppighed er i de yngre aldersgrupper højere hos mænd end hos kvinder, mens det omvendte er tilfældet i de ældre aldersklasser.

Med befolkningens nuværende aldersfordeling bevirker disse rater, at patientgruppens alderssammensætning ved henholdsvis indlæggelse og på en bestemt dato er som vist på figur 2 og i tabel 5, *venstre kolonner*. Det ses, at indlæggelserne domineres af de yngre og midaldrende patienter, mens de meget høje rater for patienter hospitaliserede på en bestemt dato i de ældste aldersklasser medfører, at antallet af hospitaliserede patienter i hver aldersklasse stiger jævnt gennem aldersklasserne. Antallet af kvinder i de ældste aldersklasser er mere end dobbelt så stort som antallet af mænd, dels på grund af deres højere rater, dels på grund af det større antal kvinder i befolkningen i disse aldersgrupper.

Diagnoser.

Tabel 6 viser den diagnostiske fordeling af indlæggelserne i 1975/76 på de forskellige institutionstyper. Det ses, at specielt nervesanatorierne skiller sig ud fra de øvrige institutioner, idet mere end 4/5 af indlæggelserne tilhører de såkaldte reaktive lidelser. De psykiatriske specialsygehuse (excl. nervesanatorier) og de psykiatriske afdelinger adskiller sig ikke væsentligt med hensyn til diagnostisk fordeling af indlæggelserne, bortset fra at de psykiatriske specialsygehuse har relativt lidt flere indlæggelser af patienter med skizofreni og manio-depressiv psykose og lidt færre af patienter med »andre diagnoser«.

Figur 3, som omfatter alle institutioner, viser forskellen i diagnostisk fordeling af indlæggelser og af tværnsnitstal 1972. Det ses, at hovedparten af indlæggelserne udgøres af de reaktive lidelser, mens den mest fremtrædende diagnose blandt de på et givent tidspunkt indlagte patienter er skizofreni. Forskellen i fordeling skyldes forskel

i liggetid for patienter med de forskellige diagnoser.

Førstegangsindlæggelser.

En stor del af patienterne indlægges flere gange. Specielt for patienter med skizofreni har behandlingsmønsteret ændret sig i de senere årtier fra at være typisk en enkelt årelang indlæggelse til flere, relativt kortvarige indlæggelser. Dette forhold vanskeliggør sammenligninger af indlæggelsestal fra år til år. For at få et mål for, hvor mange nye patienter, der hvert år indtræder i behandling på sygehusene, har man som noget specielt for psykiatrien indført begrebet førstegangsindlæggelser, der betegner indlæggelse af patienter, der ikke tidligere har haft forbindelse med en psykiatrisk institution. Tabel 7 viser for hver diagnosegruppe førstegangsindlæggelsernes andel af det samlede indlæggelsestal. Det ses, at der for alle diagnoser til sammen er ca. dobbelt så mange genindlæggelser som førstegangsindlæggelser, mens førstegangsindlæggelserne for patienter med skizofreni kun udgør ca. 7 % af det samlede antal indlæggelser. Specielt for skizofreni gælder det dog, at denne diagnose i nogle tilfælde først stilles ved en senere indlæggelse, således at denne % i virkeligheden er større. For manio-depressiv psykoses vedkommende er forholdet 1 til 5, blandt de reaktive lidelser ca. 1 til 3, og for organiske hjernelidelser og gruppen »andre diagnoser« gælder det, at antallet af førstegangsindlæggelser og genindlæggelser er nogenlunde lige stort.

Dagpatienter.

Ud over pladser til heldøgnsindlagte patienter findes der ved de fleste institutioner dagpatientpladser, enten samlet på særlige afdelinger eller som enkelte pladser på sengeafdelingerne. Antallet af personer, der ved tværnsnitsundersøgelsen den 27. september 1972 var registreret som dagpatienter var 1088. På en tværnsnitsdato i 1976 var der tilmeldt 1697 patienter som dagpatienter. For de fleste patienter udgør dagpatientperioden en fortsættelse af en indlæggelse.

Ikke-senile, kroniske langtidspatienter.

På de tidligere statshospitaler og Set. Hans

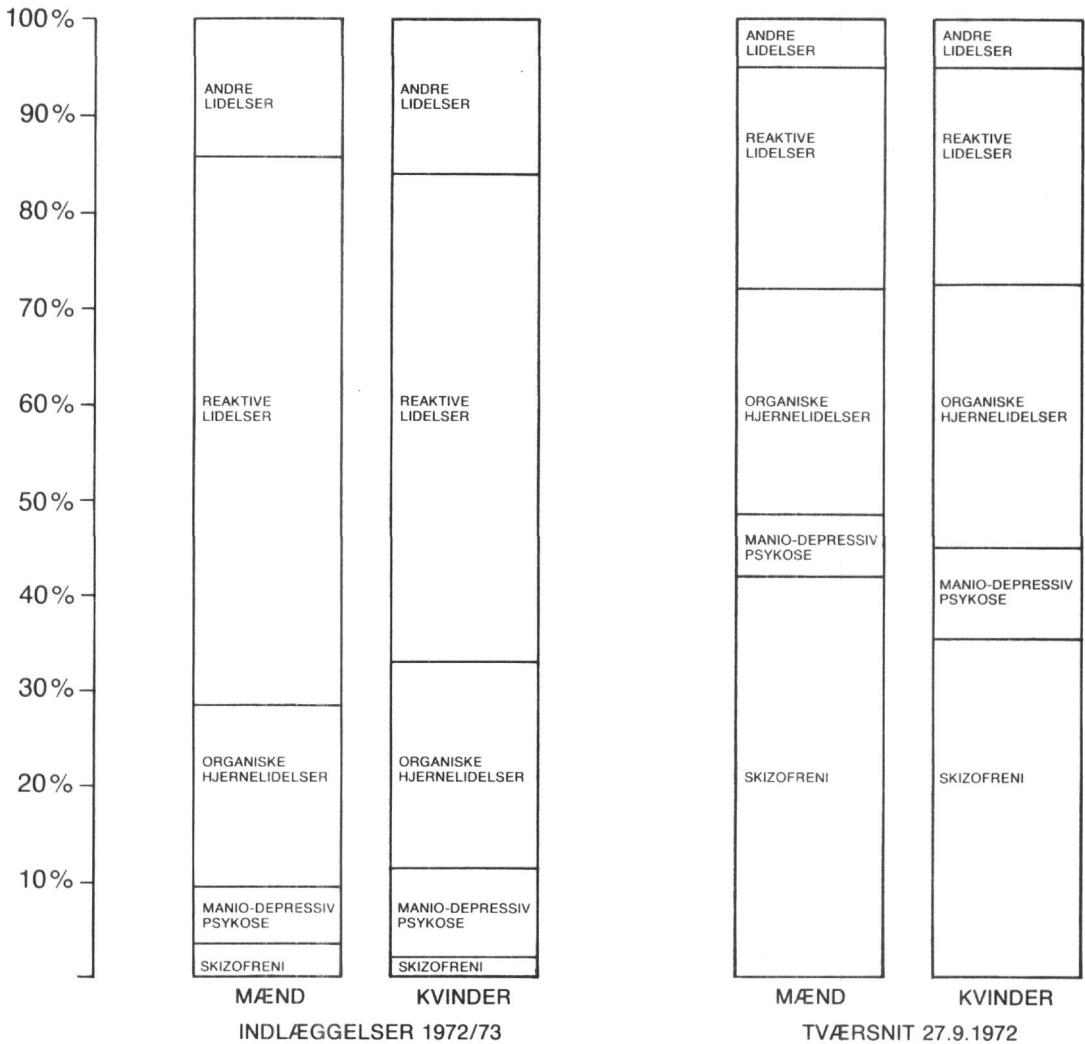
Tabel 6.
Den diagnostiske fordeling af indlæggelserne på psykiatriske institutioner i finansåret 1975/76*).

Diagnose	Alle institutioner		Psykiatriske specialsygehuse excl. nervesanatorier		Nerve-sanatorier		Psykiatriske afdelinger	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Skizofreni	4.034	10.5	3.136	15.1	28	1.3	870	5.6
Manio-depressiv psykose	6.168	16.1	3.694	17.8	260	12.1	2.214	14.3
<i>Organiske lidelser:</i>								
Præsenile og senile psykoser	1.962	5.1	1.112	5.4	34	1.6	816	5.3
Psykoser v. karlidelser i centralnervesystemet	854	2.2	633	3.1	3	0.1	218	1.4
Psykoser v. syfilis i centralnervesystemet	17	0.04	17	0.1	—	—	—	—
Psykiatriske lidelser ved epilepsi	151	0.4	111	0.5	1	0.04	39	0.3
Andre organiske hjernelidelser	1.777	4.6	836	4.0	22	1.0	919	5.9
<i>Reaktive lidelser:</i>								
Psykogene (reaktive) psykoser	3.014	7.9	1.599	7.7	200	9.3	1.215	7.8
Neuroser	4.199	10.9	1.784	8.6	913	42.4	1.502	9.7
Psykopati	5.315	13.9	2.680	12.9	525	24.4	2.110	13.6
Oligofreni	348	0.9	196	0.9	9	0.4	143	0.9
Alkoholisme	4.617	12.0	2.371	11.4	39	1.8	2.207	14.2
Medicininmisbrug	1.368	3.6	745	3.6	19	0.9	604	3.9
<i>Andre lidelser:</i>								
Uklassificerbare psykoser	1.357	3.5	782	3.8	12	0.6	563	3.6
Andre diagnoser	3.179	8.3	1.012	4.9	88	4.1	2.079	13.4
I alt	38.360	99.94	20.708	99.8	2.153	100.04	15.499	99.9

*) Heldøgnspatienter samt excl. børnepsykiatriske afdelinger og alkoholbehandlingshjem.
Kilde: Institut for Psykiatrisk Demografi.

Fig. 3.

Den diagnostiske fordeling af indlæggelser på psykiatriske institutioner i 1972/73 og af patienter indlagt på psykiatriske institutioner d. 27.9.1972.



hospital har man i dag stadig et stort antal patienter, der er indlagt for mange år siden, og som man med de daværende behandlingsmetoder ikke formåede at udskrive, selv om patienter med samme sygdomsbillede i dag i mange tilfælde enten ikke indlægges eller udskrives efter kort tid. Disse patienter er imidlertid nu så tilpassede hospitalstil værelsen, at udskrivning ikke kan gennemføres.

Man plejer derfor ved omtalen af de ikke-senile, kroniske langtidspatienter at

skelne mellem »de gamle langtidspatienter«, som man definerer som patienter indlagt før et vist tidspunkt, i de nedenfor omtalte undersøgelser før 1967, og »nye langtidspatienter«.

Beregninger foretaget på engelske hospitalsmaterialer tyder for øjeblikket på, at de »gamle langtidspatienter« formindskes i antal med en vis procentdel årligt. I Danmark var der ved tværnsnitsundersøgelsen i 1972 4.031 patienter, der havde været indlagt uden afbrydelse i mindst 5 år. Disses antal

Tabel 7.
*Først egangsyndlæggelsernes andel af det samlede indlæggelsestal for de forskellige
 diagnosegrupper på psykiatriske institutioner i 1975/76*).*

Diagnosegruppe	Førstegangs- indlæggelser	Alle indlæggelser	Førstegangsindl. i % af alle indlæggelser
Skizofreni	288	4040	7.1
Manio-depressiv psykose	1283	6171	20.8
Organiske hjernelidelser	2541	4768	53.3
Reaktive lidelser	6241	19743	31.6
Andre diagnoser	2196	4637	47.4
Alle diagnoser	12549	39359	31.9

*) Heldøgnspatienter.

Kilde: Institut for Psykiatrisk Demografi.

skulle ifølge det ovennævnte i 1982 være faldet til 1.570 og i 1987 til 980. Afgangen sker hovedsageligt ved dødsfald. Psykiatriske speicalplejehjem under bistandsloven vil dog kunne modtage en del af disse patienter.

Langt større vanskeligheder har man imidlertid ved beregningen af antallet af pladser på sygehusene til de nye, ikke-senile langtidspatienter (defineret som patienter med en liggetid over 1 år), da dette antal bl.a. vil afhænge af mulighederne for behandling i de aktive sygdomsfaser og udbygningen af patientkollegier, -pensionater, beskyttede boliger m.v.

Man har især i England arbejdet med beregninger af antallet af disse fremtidige kroniske patienter, dels ud fra nationale statistikker, dels ud fra psykiatriske registre, omfattende mindre områder. Man må dog advare mod at overføre resultaterne af disse beregninger på danske forhold. I England har man tidligere haft et stort antal psykiatriske pladser, men disse er ved energiske bestræbelser på at overføre kroniske patienter til institutioner uden for hospitalsvæsenet faldet fra 244 pr. 100.000 i 1954 til 215 pr. 100.000 i 1974, et antal der ikke afviger meget fra det danske.

De engelske beregninger tyder på, at man i 1982, under forudsætning af en fortsat udbygning af »halvvejs institutioner«, vil få brug for 33-45 pladser pr. 100.000 indbyggere til de nye kroniske langtidspatienter (Hailey 1974, The new chronic psychiatric population. Brit. J. prev. soc. Med. 28, pp. 180-186. Fryers 1974, Psychiatric inpatients in 1982: How many beds? Psychological Med. 4, pp. 196-211). Heri er ikke medregnet pladser til senile langtidspatienter, ej heller pladser til børn og unge.

Både danske og engelske undersøgelser tyder i øvrigt på, at de nye langtidspatienter også i betydeligt antal ophobes i daghospitalet, hvilket man må tage hensyn til ved beregning af behovet for disse pladser.

De ambulante ydelser.

På samtlige institutioner blev i 1973/74 behandlet 22.116 patienter, hvortil der er ydet i alt 94.982 konsultationer. Oversigter over ambulante funktioner offentliggøres årligt i Medicinalberetning II.

9. Den psykiatriske centralregistrering i Institut for Psykiatrisk Demografi.

Institut for Psykiatrisk Demografi er en del

af det forskningscenter, der findes opbygget i forbindelse med Psykiatrisk Hospital i Århus (tidligere Statshospitalet ved Århus). Der henvises herved til kapitel VI, A. afsnit 7. om psykiatrisk forskning og undervisning.

Det psykiatriske statistikudvalg startede sammen med Århus Universitets Arvebiologiske Institut og på grundlag af en kumulativ, manuel registrering i instituttet et specielt system til registrering af psykiatriske indlæggelser og udskrivelser bl.a. til brug for sundhedsstyrelsens medicinalstatistik. Siden 1953 har Medicinalberetning II indeholdt en fyldig, samlet psykiatrisk statistik. I 1966 flyttedes disse manuelle registre til Statshospitalet ved Århus og indgik sammen med Samsø-projektet og Århus amtsregistrering som stammen i Institut for Psykiatrisk Demografi. Siden 1969 har der været et individbaseret computer-system med CPR-nummeret, indlæggelsen, dvs. oplysninger om indlæggelses- og udskrivningsdato, samt hospitalskoden som basal enhed.

Siden 1. april 1970 har næsten alle ca. 12.000 psykiatriske senge i landet årligt registreret deres ca. 40.000 heldøgnsindlæggelser og siden 1974 indlæggelserne i dag- og nathospital (ca. 4.000).

De manuelle registre, som stadig af joulføres med kopi af udskrivningsbrev på alle de psykiatriske indlæggelser, bruges rutinemæssigt til dagligt at give de psykiatriske sygehuse og afdelinger information om nyindlagte patienter. Som forskningsarkiv danner det sammen med de gamle arkiver et meget værdifuldt informationssystem.

EDB-systemet anvendes såvel til forskning som planlægning foruden til de i Medicinalberetning II trykte tabeller.

Gennem årene har flere landsomfattende og lokale planlægningsopgaver fundet deres løsning bl.a. ved specielt konstruerede tabeller eller lister på grundlag af EDB-registreringen.

Da centralregistreringen er en samlet landsdækkende registrering af psykiatriske patienter indeholdende en række planlægningsrelevante oplysninger, vil amtskommunerne herigennem kunne få et særdeles velegnet grundlag for deres planlægning. Planlægningsstatistik til brug for de enkelte amtskommuner vil som følge af centralregistreringen kunne udarbejdes væsentligt

nemmere end på det somatiske område, hvor det er de enkelte amtskommuner, som foretager patientregistreringen på egne sygehuse, hvorved der i planlægningen opstår problemer med at fremskaffe oplysninger om patienter indlagt på fremmede sygehuse. Samtidig giver den individbaserede registrering grundlag for at foretage statistiske opdelinger på patientkategorier, indlæggelsesvarighed, køn- og aldersgrupper, hjemstedsbopælskommuner m.m. såvel ved periode- som tværsnitsopgørelser. Til brug for fastlæggelsen af hovedprincipperne ved en afvikling af indlæggelsesoverenskomster vil amtskommunerne kunne få statistiske oplysninger om, hvilke »fremmede« institutioner man især benytter, og hvilke patientkategorier, det drejer sig om. Ligeledes vil der kunne foretages ret dybtgående analyser af de enkelte institutioners kapacitet og af amtskommunernes nuværende samlede forbrug af psykiatriske sygehusedydelser, som bl.a. vil kunne anvendes ved beslutninger om den nærmere kapacitetsmæssige udbygning af den psykiatriske service og ved fastlæggelsen af distriktspsykiatriske indlæggelsesområder.

Der findes for udnyttelsen af registrene et kontrolråd, som varetager de i særlige statutter nedfældede regler.

Udvalget kan anbefale, at amtskommunerne tager kontakt med Institut for Psykiatrisk Demografi. Som grundlag for nærmere drøftelse kan det anbefales at rekvirere den i 1976 udsendte brugerhåndbog til grundlag for nærmere drøftelser i hvert enkelt tilfælde. (Henvendelse Institut for Psykiatrisk Demografi, Psykiatrisk Hospital ved Århus, 8240 Risskov. Tlf. 06- 17 77 77, lokal 493).

10. Forholdet til loven om sindssyge personers hospitalsophold.

For det psykiatriske sygehusvæsen gør der sig det særlige forhold gældende, at der i medfør af loven om sindssyge personers hospitalsophold (lov nr. 118 af 13. april 1938 som ændret ved lov nr. 175 af 11. juni 1954, lov nr. 182 af 7. juni 1958 og lov nr. 225 af 7. juni 1972) kan foretages indlæggelse og tilbageholdelse af en sindssyg mod dennes vilje.

Det er kun en lille del, i 1975/76 ca. 4 %,

af indlæggelserne på psykiatriske sygehuse/afdelinger, der finder sted som tvangsindlæggelse og de tvangsendlagtes sygehusophold er typisk af kortere varighed.

Tvangstilbageholdelse finder sted i endnu færre tilfælde.

Ifølge lovens § 1, stk. 2, jfr. stk. 1, må indlæggelse og tilbageholdelse af en sindssyg mod dennes vilje kun finde sted på stats- eller kommunale hospitaler eller på private helbredelsesanstalter, som er autoriserede til at modtage sindssyge til behandling. Autorisation meddeles af justitsministeren efter indstilling fra sundhedsstyrelsen, og den skal søges fornyet, når anstalten skifter ledende læge. En meddelt autorisation kan til enhver tid tilbagekaldes.

Autorisationskravet gælder kun »private helbredelsesanstalter.« Der er meddelt autorisation til kolonien Filadelfia, Dianaland.

Berettiget til at modtage tvangsendlæggelser/foretage tvangstilbageholdelser *uden autorisation* er således de tidligere statshospitaler til behandling af sindslidende samt de dertil knyttede plejehjem m.v., Københavns kommunes psykiatriske institutioner, herunder psykiatriske afdelinger på kommunens almindelige sygehuse, Rigshospitalets psykiatriske afdeling samt psykiatriske afdelinger på almindelige amtskommunale sygehuse og på Frederiksberg hospital.

Det har hidtil blandt psykiatere været en udbredt opfattelse, at autorisationskravet også gjaldt statslige og kommunale psykiatriske sygehuse og afdelinger, og at sådan autorisation kun var givet til de tidligere statshospitaler og de hertil hørende plejehjem, Rigshospitalet samt Københavns kommunes psykiatriske institutioner, herunder de psykiatriske modtageafdelinger på Kommunehospitalet og Bispebjerg hospital. Justitsministeriet har imidlertid over for indenrigsministeriet givet udtryk for, at bestemmelsen i sindssygelovens § 1 skal forstås således, at sindssygelovens bestemmelser uden autorisation også gælder for psykiatriske afdelinger ved amtskommunale sygehuse.

Noget andet er, at varetagelsen af sygehusfunktionen over for tvangsendlagte og tvangstilbageholdte kan stille særlige krav til indretning og personalenormering, jfr. ovenfor i afsnit 5.1. om åbne og lukkede afdelinger.

Tvangsendlæggelse/tvangstilbageholdelse kan ikke foretages på sygehuse/afdelinger, der ikke er under psykiatrisk ledelse, uanset om de er statslige, kommunale eller private.

Man kan rejse det spørgsmål, om den

omstændighed, at et psykiatrisk sygehus/afdeling er *berettiget* til at modtage tvangsendlæggelser i medfør af sindssygeloven, også medfører en *pligt* hertil for psykiatriske sygehuse/afdelinger.

Hertil kan anføres:

Pligten til at modtage sindssyge (og andre syge) til behandling på sygehus må henføres til amtskommunerne og Københavns og Frederiksberg kommuner, der i medfør af sygehusloven, jfr. § 2 i loven om overførelse af statshospitalerne til amtskommunerne, varetager sygehusvæsenet.

Inden for sygehuslovens rammer må sygehuskommunerne være frit stillet med hensyn til, hvorledes de vil stille sygehusemæssig behandling og undersøgelse til rådighed, f.eks. for sindssyge personer, herunder personer der i medfør af sindssygeloven kan tvangsendlægges. Dvs. at en sygehuskommune kan bestemme at tvangsendlæggelser kun skal finde sted på visse nærmere angivne psykiatriske sygehuse/afdelinger i sygehuskommunen, eventuelt på et psykiatrisk sygehus/afdeling uden for sygehuskommunens grænser.

Denne frihed - inden for sygehuslovens rammer - gælder naturligvis kun i det omfang der ikke i lovgivningen findes afvigende bestemmelser.

De eneste bestemmelser i sindssygeloven om *pligt* til at modtage sindssyge personer findes i § 5, stk. 2, og i § 10, stk. 1.1 § 5, stk. 2, er fastsat, at sindssyge som ved politiets foranstaltning begæres indlagt som farlige for sig selv eller for andre *straks* skal modtages på statens eller kommunens sindssygehospitaler. I § 10, stk. 1, er fastsat, at sindssyge personer, der rummer fare for retssikkerheden, og som ifølge *bestemmelse* fra overøvrigheden skal anbringes på hospital eller anstalt, *snarest muligt* skal modtages på statens eller kommunens sindssygehospitaler.

De nævnte bestemmelser i sindssygeloven berører ikke sygehuskommunernes adgang til inden for sygehuslovens rammer at bestemme, hvor denne modtagelsesforpligtelse skal opfyldes.

For så vidt angår *retspsykiatriske patienter*, jfr. overførelseslovens § 3, er det i bemærkningerne til lovforslaget anført, at de patientgrupper, der er omfattet af § 3 - som hidtil - skal modtages *snarest muligt*. I

visse tilfælde kan sygehuskommunerne ikke selv bestemme, hvor modtagelsesforpligtelsen for retspsykiatriske patienter skal opfyldes. Foruden de tilfælde, der er omfattet af overførelseslovens § 3, stk. 2, (anbringelse på sikringsanstalten i Nykøbing Sjælland), gælder det i visse tilfælde, der er

nærmere angivet i indenrigsministeriets bekendtgørelse nr. 184 af 31. marts 1976 om amtskommunernes indbyrdes betalingsforpligtelser i forbindelse med varetagelsen af retspsykiatriske opgaver. Der henvises herved til kapitel VI., A., afsnit 6.2., om sygehusvæsenets retspsykiatriske opgaver.

B. UNGDOMSPSYKIATRI.

I Danmark findes der ikke et speciale i ungdomspsykiatri. Som der nærmere er redegjort for i de vejledende retningslinier, afsnit 2.2.1. vil undersøgelse og behandling af unge imidlertid ofte stille særlige krav til tilrettelæggelsen af den psykiatriske service, og det er baggrunden for, at der i de senere år en række steder er oprettet særlige ungdomspsykiatriske afdelinger eller på anden måde etableret en særlig ungdomspsykiatrisk service.

I en børnepsykiatrisk afdeling (Risskov) er et afsnit reserveret behandling af unge. Den ungdomspsykiatriske afdeling på Bispebjerg Hospital er indrettet i et afsnit af den voksenpsykiatriske afdeling, og den ungdomspsykiatriske afdeling på Montebello, Helsingør, er bygget i tilknytning til den psykiatriske afdeling der. Begge afdelinger fungerer som selvstændige enheder.

Den ungdomspsykiatriske afdeling i Viborg og et af afsnittene på den psykiatriske afdeling P, amtssygehuset Nordvang i Glostrup, blev etableret til imødegåelse af narkoproblemer hos unge, jfr. A., afsnit 7.3. ovenfor, men har senere taget en bredere målsætning op med behandling også af unge, som ikke er misbrugere. Dagprogrammer for unge er etableret på flere psykiatriske afdelinger. F.eks. har den psykiatriske afdeling på Filadelfia kunnet yde langvarig og speciel behandling af unge. I Vordingborg har samarbejdet mellem statshospitalet, nu amtshospitalet, og amts- og socialcenter ført til en betydelig udbygning af den ungdomspsykiatriske service med et ganske vist begrænset antal sengepladser, men med dertil knyttede boligmiljøer egnede til udskrivning af unge, som har brug for varierende grader af støtte. Ungdomspsykiatri er således udviklet både fra voksenpsykiatri og fra børnepsykiatri og drives af speciallæger fra begge disse områder.

Den ungdomspsykiatriske service må -

ligesom den børnepsykiatriske - tilrettelægges under hensyntagen til, at behandlingen af unge ofte må foregå i tæt samarbejde med skolevæsenet og socialvæsenet. Unge med psykiske lidelser vil ofte også have skolemæssige vanskeligheder, og der er eksempler på, at samarbejde mellem en psykiatrisk afdeling og det lokale skolevæsen har ført til en så omfattende skoleundervisning, at denne danner grundstammen i den unges dagprogram under indlæggelsen.

Inden for socialvæsenet er der institutioner for unge, der kan yde bistand til unge med psykiske afvigelser, jfr. i øvrigt socialministeriets cirkulære af 18. marts 1976 om bistandslovens bestemmelser om institutionerne under amtskommunerne, afsnit IV. Unge, der er behandlet ambulant på en psykiatrisk afdeling eller som har været indlagt, vil som et led i efterbehandlingen ofte have brug for at blive placeret på en institution for unge. Disse institutioner vil ofte, i varierende grader, have brug for konsultativ ungdomspsykiatrisk bistand.

Den ungdomspsykiatriske service må således såvel i det daglige arbejde som i planlægningsmæssig henseende betragtes som et led i den samlede service, som amtskommuner og kommuner stiller til rådighed for unge. Den ungdomspsykiatriske service bør derfor etableres på amtsplan. Hertil kommer, at behandlingen i videst muligt omfang må gennemføres i tæt samarbejde med den unges forældre.

En arbejdsgruppe nedsat af direktoratet for statshospitalerne afgav i december 1975 en redegørelse om behovet for særlige foranstaltninger for unge, der har været psykotiske siden barndommen. Arbejdsgruppen påpegede, at der for denne - talmæssigt forholdsvis lille - gruppe kunne foreligge specielle behov, som antagelig bedst kunne imødekommes ved oprettelse af institutioner, der dækker en eller flere amtskommuner. Det kunne - ligesom for andre unge - dreje sig om beskyttede boliger, skole-, erhvervs- og uddannelsesmuligheder i institutioner af beskyttet karakter, behandlingshjem, specielle afdelinger under sygehusvæsenet o.lign. foranstaltninger.

C. BØRNEPSYKIATRI.

1. De børnepsykiatriske sygdomme.

Da såkaldte *infantile psykosers* mest karakteristiske symptom er en svær kontaktforstyrrelse, der kan medføre en total åndelig isolation af barnet i forhold til omgivelserne. Mange af disse børn udvikler intet sprog og kan reagere abnormt på sanseindtryk, kan frembyde tegn på panisk angst, være uberegneligt aggressive og selvdestruktive. Disse børn udgør en relativ lille del af de børnepsykiatriske patienter, men den langvarige behandling af dem beslaglægger i høj grad arbejdskraft og sengepladser. De såkaldte *grænsepsykotiske* børn lider af kontaktforstyrrelse af samme art som de psykotiske børn, men forstyrrelsen er mindre gennemgribende. Behandlingen af disse børn er ligeledes årelang, og i perioder vil undersøgelse og behandling under indlæggelse være nødvendig. En del tyder på, at de grænsepsykotiske patienters antal er tiltagende. Hos ældre børn ses *skizofreni*, *manio-depressiv psykose* og *psykogen psykose* med de samme symptomer og behandlingsbehov som hos voksne.

De såkaldte *infantile neuroser* frembyder et mere broget symptom billede end neuroser hos voksne. Nogle patienter er først og fremmest indadvendte og selvusikre, andre frembyder mere udadrettede symptomer. En del neurotiske børn får legemlige nervøse symptomer som mavepine og hovedpine. Endelig vil mange infantilt neurotiske børn have en blanding af alle disse symptomer. Af specielle neurotiske sygdomsbilleder hos børn kan nævnes skolefobi, hvor børnene ikke tør skilles fra familien for at gå i skole og *anorexia nervosa*, hvor store børn eller unge holder op med at spise i en sådan grad, at tilstanden bliver livstruende. De neurotiske tilstande er hos børn langt hyppigere end de psykotiske. Disse børn behandles fortrinsvis ambulant, men en indlæggelse med adskillelse fra familien kan være nødvendig. Kun hos ældre børn ses *neuroser* med samme symptommønster som hos voksne.

Karakterafvigelser hos børn kan skyldes, at de i de første leveår ikke har haft mulighed for at opnå en stabil gensidig følelsesmæssig kontakt med en enkelt voksen. Disse børn er uden behandling ude af stand

til at indgå i forpligtende kontaktforhold og til at tilpasse sig almindelige samfundsnormer, udvikler sig i asocial retning og kan blive kriminelle. Behandlingen er først og fremmest pædagogisk. Indlæggelse er dog påkrævet i en del tilfælde først og fremmest for som grundlag for den videre behandling at få diagnosticeret adfærdsforstyrrelsernes natur. Det er en undersøgelse, der er personalekrævende på grund af de store adfærdsmæssige vanskeligheder, disse børn frembyder.

Børn med *hjerneskade* kan ud over symptomer som epilepsi og spasticitet frembyde adfærdsmæssige problemer, som kan minde om de karakterafvigende børns. Afklaring af diagnose og tilrettelæggelse af behandling kræver ofte indlæggelse i børnepsykiatrisk afdeling og samarbejde med andre lægelige specialer.

Børn med svære *tale- og sprogforstyrrelser* får ikke sjældent sekundært hertil psykiske lidelser, og behandling såvel ambulant som under indlæggelse kan være nødvendig.

Det samme gælder børn med svære eller kroniske *legemlige sygdomme* som f.eks. leucæmi, asthma og diabetes.

Mange børn frembyder symptomer på psykisk lidelse, som ikke kan rubriceres under ovennævnte sygdomskategorier. Det drejer sig ofte om primært normale børns reaktion på et svært belastende miljø eller livssituation. Disse tilstande benævnes *miljøreaktioner* og kan være langvarige og afdæmpede, men også akutte og voldsomme således at hurtig indgriben er påkrævet. Behandlingen kan bestå i, at miljøet forsøges ændret, eller at børnene i længere eller kortere tid må opholde sig borte fra dette. Hos de større børn præges miljøreaktionens symptomer af den begyndende pubertet.

2. Børnepsykiatriske undersøgelses- og behandlingsmetoder.

Den børnepsykiatriske undersøgelsesform: Den væsentligste forskel fra den psykiatriske undersøgelse af voksne er, at man for børnenes vedkommende så godt som altid må supplere undersøgelsen af barnet med samtaler med forældrene om den samlede familiesituation. Oplysninger må desuden

indhentes skriftligt fra eller gennem direkte kontakt med skoler, daginstitutioner, døgninstitutioner, skolepsykologiske kontorer, familievejledning o.s.v.

Børn skal være forholdsvis gamle, før de selv kan beskrive deres problemer og symptomer. I en samtale fortæller barnet oftest indirekte om sin egen oplevelse af sit forhold til familiemedlemmer og andre gennem en beskrivelse af skole og hjem og sine oplevelser der. De mindre børn kan evt. udtrykke det gennem leg på tomandshånd med undersøgeren, f.eks. vise familiens situation gennem dukkeleg eller vise egne aggressioner og angst gennem leg med legetøj. Supplerende psykologisk undersøgelse er hyppigere nødvendig end for voksnes vedkommende.

De børnepsykiatriske sygdomme nødvendiggør en række legemlige undersøgelser og iagttagelser i forbindelse med legemlig sygdom. Under indlæggelse iagttages barnet i dagligdags situationer i samspil med voksne og andre børn, f.eks. i spise-, sove- og legesituationer. Mange af de børn, som indlægges, har skolemæssige problemer, således at undervisningen under indlæggelsen ikke kun har det formål at vedligeholde kundskaber, men også at klarlægge faglige problemer og måder at afhjælpe disse på.

Medikamentel behandling benyttes fortrinsvis i form af antipsykotiske stoffer til de psykotiske børn, som ikke mindst på grund af deres stærke angst kan have behov herfor i årevis, måske hele livet. Hos enkelte børn med symptomer på grund af lettere hjerneskade kan behandling med antiepileptiske stoffer eller centralstimulerende stoffer, som f.eks. amfetamin have en god virkning, men derudover anvendes medikamentel behandling kun lidt til børn.

Psykoterapi i form af samtaler eller legeterapi benyttes fortrinsvis til de neurotiske børn, men i støttende realitetskorrigerende form også til visse psykotiske og karakterafvigende børn. Et barn er så afhængig af sine omgivelser, at en individuel behandling så godt som altid ledsages af samtaler med forældrene, således at deres holdning søges ændret i forbindelse med bedringen i barnets tilstand. De senere år er man blevet opmærksom på betydningen af egentlig familierapi, d.v.s. en behandling, hvor ikke kun barnets men de forskellige familiemed-

lemmers problemer i forhold til hinanden tages op med hele familien til stede samtidig. Denne behandling benyttes ikke mindst til børn med miljøreaktion.

For barnet er skolen nok et væsentligere påvirkningssted end arbejdspladsen for den voksne, og ofte må man som led i en ambulant behandling, med forældrenes samtykke, tage kontakt med lærerne direkte eller via skolepsykologen vedr. barnets faglige og adfærdsmæssige problemer.

Har familien hyppig kontakt med socialvæsenet f.eks. gennem besøg af familievejleder, må dennes råd til familien naturligvis koordineres med den børnepsykiatriske behandling. Det samme gælder sundhedsplejersken.

Miljøbehandlingen er et væsentligt led i behandlingen af børn såvel under indlæggelse i den børnepsykiatriske afdeling som i døgninstitution, når barnets tilstand eller familiens forhold nødvendiggør en anbringelse der, og i daginstitution såvel under barnets ambulante behandling som led i efterbehandling efter indlæggelse.

3. De forskellige personalegrupper.

Personalet i et børnepsykiatrisk ambulatorium omfatter flere personalegrupper, mindst: Læge, psykolog, socialrådgiver og sekretær. I den børnepsykiatriske afdeling består plejepersonalet af sygeplejersker og pædagoger samt eventuelt plejere og sygehjælpere samt de til afdelingen knyttede læger, psykologer, socialrådgivere og sekretærer. Ved personalenormeringen bør tages hensyn til den tid, der medgår til tilsyn inden for sygehusvæsenet samt til forsknings- og uddannelsesmæssige behov f.eks. praktikantundervisning og til afdelingens interne undervisning. Til afdelingen bør endvidere knyttes skoleundervisning i en mere udbygget form end almindelig sygehusundervisning, idet en meget stor del af de børnepsykiatriske patienter har faglige skolevanskeligheder. Skolevæsenet i den kommune, hvor sygehuset er beliggende, er ansvarlig for undervisningen og stiller lærere til rådighed, som oftest lærere med specialuddannelse, mens det påhviler sygehusvæsenet, at der er egnede lokaler til formålet.

Et vist bygningsmæssigt fællesskab mellem det børnepsykiatriske og det pædiatri-

ske speciale vil desuden medføre, at man i det omfang det er hensigtsmæssigt, kan have fælles stab af psykologer, socialrådgivere og særlige pædagoger, hvilket indebærer såvel faglige som formentlig økonomiske fordele, jfr. nærmere nedenfor i kapitel VI.

4. Patientbevægelser på de børnepsykiatriske afdelinger.

Antal indlæggelser og udskrivninger i 1975/76.

Tabel 1.
Patientbevægelser i 1975/76 på de børnepsykiatriske afdelinger*).

	Antal norm. pi. 1.4.1975	Antal ptt. 1.4.1975	Antal indl.	Antal udskr.	Antal sygedage
Heldøgn		104	207	205	40.556
Deldøgn		49	109	94	16.695
I alt	156	153	316	299	57.251

*) Excl. børnepsykiatrisk afdeling, Bispebjerg hospital.
Kilde: Institut for Psykiatrisk Demografi.

Det fremgår bl.a. af tabellen, at antallet af indlæggelser pr. plads ligger på ca. 2 årligt. Af indlæggelserne var ca. 2/3 drenge og 1/3 piger. Der foreligger ikke umiddelbart tilgængelige oplysninger om indlæggelsernes aldersfordeling.

Liggetid.

Tabel 2.
Antal udskrivninger fra børnepsykiatriske afdelinger i perioden 1975/76 fordelt efter indlæggelsernes varighed*).

0-13 dage		14-90 dage		91-360 dage		361 dage og derover		I alt	
Antal udsk.	% - andel	Antal udsk.	% - andel	Antal udsk.	% - andel	Antal udsk.	% - andel	Antal udsk.	% - andel
27	13.2	57	27,8	101	49.3	20	9.8	205	100.1

*) Heldøgnspatienter samt excl. børnepsykiatrisk afdeling, Bispebjerg Hospital.
Kilde: Institut for Psykiatrisk demografi.

Det fremgår af tabellen, at hovedparten af indlæggelserne på de børnepsykiatriske afdelinger er langvarige, hvilket må ses på baggrund af, at der er så få børnepsykiatriske pladser til rådighed, at kun de dårligste børn kan indlægges.

Kapitel VI.

Organisationen af det psykiatriske sygehusvæsen, jfr. vejledende retningslinier afsnit 2.3.

A. VOKSENPSYKIATRI.

1. Institutioner m.v. omfattet af overførelseslovens § 1, stk. 1.

Følgende psykiatriske institutioner, afdelinger m.v. er i medfør af overførelseslovens § 1, stk. 1, jfr. § 2, stk. 1, overført til de amtskommuner, hvori de er beliggende som en del af det amtskommunale sygehusvæsen:

10 statshospitaler, beliggende i henholdsvis Glostrup, Vordingborg, Nykøbing Sjælland, Middelfart, Vedsted, Augustenborg, Århus, Viborg, Ålborg og Brønderslev,

4 statslige psykiatriske afdelinger på sygehusene i henholdsvis Rønne, Odense, Thisted og Hjørring,

2 statslige psykiatriske ambulatorier ved sygehusene i henholdsvis Horsens og Hillerød,

7 plejehjem, hvoraf plejehjemmet i Ballerup var henlagt under statshospitalet i Glostrup, Hvedholm under statshospitalet i Middelfart, Råmosegård, Dalstrup og Randers plejehjem under statshospitalet ved Århus, plejehjemmet Søndermarken under statshospitalet i Viborg og Visborggård plejehjem under statshospitalet i Ålborg samt

2 hospitaler under opførelse i henholdsvis Hillerød og Odense.

Statshospitalsvæsenet belagde efter særlig overenskomst pladserne på *4 amtskommunale plejehjem*, nemlig plejehjemmene i Sorø, Stege og Sakskøbing, der blev belagt af statshospitalet i Vordingborg, og sygehuset i Holbæk, der blev belagt af statshospitalet i Nykøbing Sjælland.

Samtidig med overførelsen af statshospitalerne m.v. blev disse indlæggelsesoverenskomster ophævet. Den overførelse, der har fundet sted vedr. de 4 amtskommunale plejehjem vedrører altså statshospitalsvæ-

senets benyttelsesret ifølge overenskomst. For de amtskommunale plejehjem gælder i øvrigt de samme regler som for de institutioner, der er omfattet af overførelseslovens § 1, stk. 1, hvilket bl.a. indebærer, at de henhører under det amtskommunale sygehusvæsen, jfr. overførelseslovens § 2, stk. 1.

Til amtskommunerne er således overført *dels* institutioner, der er specialsygehuse, nemlig de tidligere statshospitaler med dertil knyttede plejehjem, *dels* psykiatriske (senge-) afdelinger ved almindelige amtskommunale sygehuse.

På de overførte institutioner var der pr. april 1976 i alt 7.132 pladser excl. familieplejpladser, svarende til ca. 84 % af det samlede antal pladser på psykiatriske institutioner uden for København, jfr. oversigten i *bilag B* over samtlige psykiatriske institutioner pr. april 1976.

2. Overførte specialsygehuse og indlæggelsesoverenskomster.

2.1. Overførte specialsygehuse fordelt efter de amtskommuner, hvortil de er overført.

Af bilag B fremgår bl.a., hvilke amtskommuner der har modtaget hvilke specialsygehuse, idet de institutioner, der før 1. april 1976 hørte under direktoratet for statshospitalerne, er grupperet efter de amtskommuner, hvori de er beliggende.

/ *amtskommune* (Nordjyllands) har modtaget 2 specialsygehuse samt et plejehjem. 6 *amtskommuner* (Københavns, Vestsjællands, Storstrøms, Fyns, Viborg og Århus) har modtaget 1 specialsygehus med dertil hørende et eller flere plejehjem eller benyt-

telsesret til plejehjem. 2 *amtskommuner* (Sønderjyllands og Ribe) har modtaget et specialsygehus, hvortil der ikke hører plejehjem.

5 *amtskommuner* (Roskilde, Bornholms, Vejle, Ringkøbing og Frederiksborg) samt Frederiksberg kommune har ikke modtaget noget specialsygehus. Frederiksborg amtskommune har dog modtaget et under opførelse værende sygehus i Hillerød, taget i brug fra den 1. april 1976.

2.2. De overførte specialsygehuses hidtidige landområder m.v.

I medfør af overførelseslovens § 2, stk. 2, skal der indtil videre på de af § 1 omfattede institutioner også modtages patienter, der

har bopæl eller i særlige tilfælde midlertidigt ophold i det forud for lovens ikrafttræden gældende landområde. Udgifterne ved behandling m.v. af patienter, der i overensstemmelse hermed har ret til at blive modtaget på en institution, der tilhører en anden amtskommune, afholdes af den amtskommune (Frederiksberg kommune), hvor den pågældende har bopæl eller midlertidigt ophold.

I overførelseslovens § 2, stk. 4, er det fastsat, at aftaler mellem to eller flere amtskommuner (Frederiksberg kommune) om ændring i de hidtidige landområder skal godkendes af indenrigsministeren. Hvis der ikke kan opnås enighed om sådanne aftaler, kan indenrigsministeren træffe afgørelse om ændring af landområderne efter anmodning fra en af de berørte parter.

De tidligere statshospitalers landområder (excl. børnepsykiatriske afdelinger) ved udgangen af marts 1976:

Institution:

Københavns amts sygehus Nordvang:
(*Statshospitalet i Glostrup*)
(herunder K.A.S. Ballerup
(Ballerup plejehjem))

Amtshospitalet, Nykøbing Sj.:
(*statshospitalet i Nykøbing S*)
(herunder Holbæk amts plejehjem og
sikringsanstalten i Nykøbing S).

Amtshospitalet i Vordingborg:
(*Statshospitalet i Vordingborg*)
(herunder plejehjemmene i Sorø, Stege og
Sakskøbing).

Middelfart sygehus:
(*Statshospitalet i Middelfart*)
(herunder Hvedholm plejehjem).

Landområde:

Københavns amtskommune.
Patienter fra Gentofte kommune (bortset fra
Vangede og Dyssegård sogne) indlægges dog
direkte på Rigshospitalets afdeling O.

Frederiksborg amtskommune, Roskilde
amtskommune, undtagen Køge, Skovbo og
Vallø kommuner. Vestsjællands amtskommune,
undtagen Fuglebjerg, Hashøj, Haslev, Korsør,
Ringsted, Skælskør, Slagelse og Sorø
kommuner.

Del af Roskilde amtskommune: Køge, Skovbo
og Vallø kommuner.
Del af Vestsjællands amtskommune: Fuglebjerg,
Hashøj, Haslev, Korsør, Ringsted, Skælskør,
Slagelse og Sorø kommuner.
Storstrøms amtskommune.
Bornholms amtskommune.
Frederiksborg kommune.
Grønland.

Fyns amtskommune. Vejle amtskommune,
undtagen Brædstrup, Gedved, Horsens,
Kolding, Lunderskov og Vamdrup kommuner.

Augustenborg sygehus:
(Statshospitalet i Augustenborg)

Psykiatrisk hospital i Hviding:
(Statshospitalet i Vedsted)

Psykiatrisk hospital i Århus:
(Statshospitalet ved Århus)
(herunder Råmosegård, Dalstrup og Randers
plejehjem).

Viborg sygehus:
(Statshospitalet i Viborg)
(herunder plejehjemmet Søndermarken).

Ålborg psykiatriske sygehus:
(Statshospitalet i Ålborg)
(herunder Visborggård plejehjem).

Brønderslev sygehus:
(Statshospitalet i Brønderslev)

Sønderjyllands amtskommune. Del af Ribe
amtskommune: Brørup og Vejen kommuner.
Del af Vejle amtskommune: Kolding,
Lunderskov og Vamdrup kommuner.

Ribe amtskommune undtagen Brørup og Vejen
kommuner.

Del af Vejle amtskommune: Brædstrup, Gedved
og Horsens kommuner.
Århus amtskommune.

Ringkøbing amtskommune. Viborg
amtskommune.

Nordjyllands amtskommune

Nordjyllands amtskommune.

Kilde: Indenrigsministeriets bekendtgørelse nr. 96 af 20. marts 1970 om statshospitalerne til behandling af sindslidende som ændret ved bekendtgørelse nr. 15 af 17. januar 1973.

Det fremgår af ovenstående, at kun 2 amtskommuner, nemlig Københavns og Nordjyllands har fået overført specialsygehuse, der alene er bestemt til at betjene amtskommunen selv, samtidig med at (dele af) disse amtskommuner ikke indgår i andre, dvs. udenamts, specialsygehuses landområder.

For de øvrige amtskommuner, hvad enten de er »yder« eller »bruger« amtskommuner eller begge dele, er forholdene mere eller mindre komplicerede. 5 amtskommuner, nemlig Storstrøms, Fyns, Sønderjyllands, Viborg og Århus amtskommuner er *udelukkende yder-amtskommuner*. Viborg amtskommune har kun én bruger-amtskommune, nemlig Ringkøbing, medens Storstrøms amtskommune har adskillige bruger-amtskommuner, nemlig Roskilde, Bornholms og Vestsjællands amtskommuner samt Frederiksborg kommune (og Grønland). 6 amtskommuner er *udelukkende bruger-amtskommuner*, nemlig Bornholms, Roskilde, Vejle, Ribe, Ringkøbing og Fre-

deriksborg amtskommuner samt Frederiksborg kommune.

Vejle er bruger i 3 forskellige amtskommuner, Roskilde i 2, de øvrige i 1 fremmed amtskommune.

1 amtskommune, nemlig Vestsjællands er *såvel bruger som yder-amtskommune*. I tabel I vises de tidligere statshospitalers sengetal (incl. plejehjem, men excl. børne-psykiatriske afdelinger) samt antallet af senge pr. 1000 indbyggere i de respektive landområder.

2.3. De enkelte sygehuskommuners forbrug af sengedage på de overførte specialsygehuse.

Tabel 2 viser de enkelte sygehuskommuners forbrug af sengedage på de overførte specialsygehuse i 1975/76, dvs. det sidste år før overførelsen til amtskommunerne. Det ses, at nogle specialsygehuse, såsom Nordvang, Augustenborg, Hviding, Ålborg og Brønderslev ganske overvejende betjener den amtskommune, hvori de er beliggende,

Tabel I.

	Sengepladser april 1976*)	Befolkningen i landområdet 1. juli 1976	Senge pr. 1000 indbygger
Statshospitalet i Glostrup	718	561.082	1,28
Statshospitalet i Nykøbing Sj.	818	586.382	1,39
Statshospitalet i Vordingborg	1007	630.263	1,60
Statshospitalet i Viborg	691	483.473	1,43
Statshospitalet i Ålborg og Brønderslev	652	472.941	1,38
Statshospitalet i Middelfart	1062	628.767	1,69
Statshospitalet i Augustenborg	434	331.510	1,31
Statshospitalet i Vedsted	239	186.573	1,28
Statshospitalet ved Århus	1104	634.702	1,74
I alt	6725	4.825.905	1,39

*) Statshospitalet i Hillerød er ikke medtaget, da det først er taget i brug efter overførelsen.

mens andre, som Viborg, Nykøbing Sj., Vordingborg og Middelfart har haft en meget betydelig del af pladserne belagt med udenamts patienter.

Dette er i hovedsagen, hvad man måtte forvente under hensyntagen til landområderne for de pågældende sygehuse. Det fremgår dog af tabellen sammenholdt med landområderne, at de forskellige sygehusekommuners forbrug af sengedage på de overførte sygehuse ikke alene kan henføres til sygehusernes landområder. Det er navnlig iøjnefaldende, at Københavns og Nordjyllands amtskommuner har et relativt stort sengedagsforbrug på udenamts specialsygehuse, navnlig på henholdsvis Amtshospitalet i Nykøbing Sjælland og Psykiatrisk hospital i Århus, der tidligere også dækkede de respektive amtskommuner. Forklaringen herpå må være, at Københavns og Nordjyllands amtskommuners egne specialsygehuse er relativt nye, ibrugtaget henholdsvis i 1960 og 1970, og at det endnu ikke har

været muligt, eller måske heller ikke ønsket, at hjemtage patienter, der ved ibrugtagningen af de nye sygehuse var indlagt på de sygehuse, der tidligere dækkede de pågældende amtskommuner.

Det anførte forbrug af sengedage svarer dog ikke til særlig mange patienter, i Nordjylland - Århus tilfældet ca. 115 og i København - Nykøbing Sjælland tilfældet ca. 73, (antallet af patienter beregnet ved at dividere sengedagsforbruget med 360). Det drejer sig fortrinsvis om kroniske patienter og plejepatienter.

Også i andre tilfælde, hvor sengedagsforbruget ikke følger landområderne, kan dette i et vist omfang henføres til stedfundne ændringer i disse landområder. Herudover kan nævnes, at der i indenrigsministeriets bekendtgørelse nr. 96 af 20. marts 1970 om statshospitalet til behandling af sindslidende (fællesregulativ for statshospitalet) i § 2, stk. 3, var optaget en bestemmelse, hvorefter patienter, der inden 6 måneder ef-

Tabel 2.

De enkelte sygehuskommuners forbrug af sengedage på de overførte specialsygehuse i 1975/76.

	Amtssyge- huset Nordvang	Amtssyge- tal Nykøbing S.	Amtssyge- tal	Vordingborg	Middelfart sygehus	Augusten- borg sygehus	Psykiatrisk hospital i Hviding	Psykiatrisk hospital i Århus	Viborg sygehus	Alborg psykiatriske sygehus	Brønderslev sygehus	Overførte specialsyge- huse i alt
Københavns kommune	4.379	4.052	383	218	61	19	733	784	426	365		11.420
Frederiksberg kommune	4.133	16.546	46.055	606	0	0	118	365	0	0		67.823
Københavns amt	225.009	26.288	6.783	1.524	803	5	2.064	1.868	444	420		265.208
Frederiksborg amt	1.996	92.159	3.691	0	3	0	732	33	19	0		98.633
Roskilde amt	308	47.234	15.640	30	0	0	17	12	36	0		63.277
Vestsjællands amt	579	100.202	41.046	2.940	730	0	730	540	9	0		146.776
Storstrøms amt	776	9.749	150.406	1.097	730	0	732	290	0	0		163.780
Bornholms amt	15	3.741	17.688	21	365	0	365	0	0	0		22.195
Fyns amt	192	721	734	199.780	465	3	1.078	416	35	0		203.424
Sønderjyllands amt	1	1.286	10	367	106.504	2.129	1.019	616	17	0		111.949
Ribe amt	33	0	374	6.256	3.527	78.651	1.156	2.129	1.095	730		93.951
Vejle amt	752	1.045	0	73.319	16.734	9	31.119	2.291	454	1.411		127.134
Ringkøbing amt	5	0	365	1.873	789	422	640	88.052	7.876	30		100.052
Århus amt	935	2.043	1.095	368	125	26	305.923	8.248	2.075	996		321.834
Viborg amt	468	383	0	725	0	91	2.156	116.046	7.765	1.141		128.775
Nordjyllands amt	365	1.262	33	738	2	0	41.397	8.167	87.064	91.801		230.829
Andet	101	2.627	15.390	75	1.470	408	737	525	680	365		22.378
	240.047	309.338	299.693	289.937	132.308	81.763	390.716	230.382	107.995	97.259		2179.438

Kilde: Institut for Psykiatrisk Demografi.

ter udskrivning fra et statshospital skulle genindlægges, uanset folkeregisteradresse kunne modtages på det hospital, hvor patienten sidst blev behandlet under forudsætning af, at vedkommende hospital fandt en sådan foranstaltning ønskelig.

Bekendtgørelsen og dermed den nævnte bestemmelse blev ophævet i forbindelse med statshospitalernes overførelse til amtskommunerne.

Bestemmelsen blev fortolket liberalt, således at genindlæggelse blev muliggjort ikke blot inden 6 måneder efter *udskrivning*, men også såfremt der blot inden for de 6 måneder havde været *ambulant kontakt* mellem patienten og det udskrivende hospital. Denne *halvårsregel*, som umiddelbart kun gjaldt statshospitalerne, blev i praksis også anvendt af Københavns kommune i forhold til statshospitalerne og omvendt. Pr. 1. april 1976 var der således på Set. Hans hospital indlagt 89 patienter, som var modtaget i kraft af *hal* vårsregien; flertallet heraf var patienter, der var udskrevet til bopæl i Roskilde amtskommune, hvori Set. Hans hospital er beliggende, men som ikke udgør en del af hospitalets landområde. Det er derfor noget ganske specielt for Set. Hans hospital, at det omstændighed, at udskrevne patienter - efter måske lang tids indlæggelse - bosætter sig i nærheden af hospitalet, bevirker, at de ikke mere er bosiddende i hospitalets landområde.

Der foreligger ikke oplysninger om, i hvilket omfang halvårsreglen har været anvendt mellem statshospitalerne indbyrdes.

Halvårsreglen kom altså i anvendelse i tilfælde af genindlæggelse på samme sygehus og såvel i tilfælde, hvor det var landområdet, der var flyttet, som i tilfælde, hvor det var patienten.

Endvidere bør nævnes *clearingordningen*, der var en specialaftale mellem Københavns kommunes hospitalsvæsen og direktoratet for statshospitalerne gående ud på modtagelse af patienter fra modpartens landområde i konkrete tilfælde, hvor der var en særlig grund til patientens placering uden for bopælskommunens sygehus. Disse særlige grunde kunne være mange, men navnlig menneskelige hensyn af forskellig art. Til belysning af ordningens omfang kan oplyses, at i oktober kvartal 1975 lå på kø-

benhavnske institutioner 57 patienter hjemmehørende i statshospitalernes område med i alt 3392 sygedage. På statshospitalerne lå i samme kvartal 31 patienter hjemmehørende i Københavns kommune med i alt 1703 sygedage.

Der blev af de to direktorater holdt et vist regnskab med sygedagstallene, men nogen *økonomisk clearing* fandt ikke på noget tidspunkt sted. Clearingordningen bortfaldt den 1. april 1976.

Efter sygehuslovens § 5 påhviler det alene en amtskommune at yde vederlagsfri behandling over for personer, der har bopæl eller i særlige tilfælde midlertidigt ophold i amtskommunen. Indlæggelser ud over amtsgrænsen på bopælsamtskommunens regning kræver som regel samtykke (kaution) fra bopælsamtskommunen, samt at den fremmede amtskommune er villig til at modtage patienter fra en anden amtskommune.

Disse regler i sygehuslovens § 5 er dog modificeret af overførelseslovens § 2, stk. 2, hvorefter der indtil videre på de af loven omfattede institutioner også skal modtages patienter, der har bopæl eller i særlige tilfælde midlertidigt ophold i det forud for lovens ikrafttræden gældende landområde for vedkommende institution, og således at udgifterne herved afholdes af bopælsamtskommunen.

Det må anbefales, at amtskommunerne i forbindelse med aftaler om afvikling af indlæggelsesoverenskomsterne træffer sådanne aftaler, at genindlæggelser på det hidtidige sygehus i ønskeligt omfang bliver mulige. Udvalget må endvidere anbefale, at amtskommunerne i øvrigt af menneskelige grunde stiller sig imødekommende over for ønsker om indlæggelse på en institution i en anden amtskommune, f.eks. begrundet i patientens ønske om at blive indlagt på en institution i nærheden af sin familie eller omvendt i et ønske om at blive indlagt langt borte fra familie og bekendte. Endelig bør ønsker om genindlæggelse på en bestemt institution kunne imødekommes uanset bopæls skift.

Man må dog herved være opmærksom på, at det kan forekomme, at patienter efter udskrivning skifter bopæl for at være sikker på i tilfælde af genindlæggelse at blive ind-

lagt på et sygehus, der ligger nær familie og venner.

2.4. De enkelte sygehuskommuners forbrug af sengedage og antal indlæggelser på henholdsvis indenamts og udenamts institutioner.

Sengedagsforbrug, indenamts ludenamts.

Til belysning af udgangssituationen og dermed størrelsen af de problemer, den enkelte

sygehuskommune står overfor i relation til målet på længere sigt: selvforsyning - samt i hvilken grad selvforsyning kan forventes opnået - vises i nedenstående oversigt de enkelte sygehuskommuners forbrug af sengedage på henholdsvis indenamts institutioner, dvs. institutioner, der ligger inden for sygehuskommunens grænser, uanset ejerforhold, og udenamts institutioner i finansåret 1975/76. Københavns kommunes psykiatriske institutioner er dog henført til Københavns kommune uanset beliggenhed.

De enkelte sygehuskommuners forbrug af sengedage på henholdsvis indenamts og udenamts institutioner i finansåret 1975/76.

Sygehus-kommune	Institutioner	Sengedage 1975/76	% af kommunens samlede sengedagsforbrug.
Københavns kommune	Rigshospitalet	15.346	1,3
	Kommunehospitalet	29.680	2,4
	Øresundshospitalet	34.981	2,9
	Bispebjerg hosp.	48.233	3,9
	Sct. Hans hospital	654.199	53,3
	Brøndbylund m.v.	116.779	9,5
	Ringbo m.v.	128.750	10,5
	Sundbygård	56.280	4,6
	Hedelund	74.967	6,1
	Udenamts institutioner	67.242	5,5
	I alt	1226.457	100,0
Frederiksberg kommune	Frederiksberg hospital	22.133	17,1
	Udenamts institutioner	107.118	82,9
	I alt	129.251	100,0
Københavns amtsk.	Amtssygehuset Nordvang	225.009	72,0
	Montebello Gentofte	1.204	0,4
	Udenamts institutioner	86.329	27,6
	I alt	312.542	100,0
Frederiksborg amtsk.	Montebello, Helsingør		
	incl. afd. i Spanien	23.184	17,3
	Udenamts institutioner	110.683	82,7
	I alt	133.867	100,0

Sygehus-kommune	Institutioner	Sengedage 1975/76	% af kommunens samlede sengedags- forbrug
Roskilde amtsk.	Udenamts institutioner	96.677	100,0
Vestsjællands amtsk.	Holbæk centralsygehus	5.198	2,6
	Slagelse centralsygehus	20.224	10,2
	Amtshospitalet Nykøbing S.	100.202	50,4
	Filadelfia psyk. afd.	15.364	7,7
	Dianalund Nervesanatorium	8.902	4,5
	Udenamts institutioner	48.744	24,5
	I alt	198.634	99,9
Storstrøms amtsk.	Næstved centralsygehus	12.725	7,0
	Amtshospitalet Vordingborg	150.406	82,7
	Udenamts institutioner	18.788	10,3
	I alt	181.919	100,0
Bornholms amtsk.	Rønne centralsygehus	4.718	16,9
	Udenamts institutioner	23.280	83,1
	I alt	27.998	100,0
Fyns amtsk.	Svendborg sygehus	10.483	4,4
	Odense sygehus	12.157	5,1
	Middelfart sygehus	199.780	83,9
	Udenamts institutioner	15.795	6,6
	I alt	238.215	100,0
Sønderjyllands amtsk.	Augustenborg sygehus	106.504	89,8
	Udenamts institutioner	12.040	10,2
	I alt	118.544	100,0
Ribe amtsk.	Esbjerg centralsygehus	11.973	11,1
	Psyk. hospital i Hviding	78.651	72,6
	Udenamts institutioner	17.642	16,3
	I alt	108.266	100,0
Vejle amtsk.	Horsens sygehus	5.383	3,5
	Vejle sygehus	13.798	8,9
	Jysk nervesanatorium	6.943	4,5
	Udenamts institutioner	128.344	83,1
	I alt	154.468	100,0
Ringkøbing amtsk.	Herning centralsygehus	5.299	4,8
	Udenamts institutioner	105.592	95,2
	I alt	110.891	100,0

Sygehus-kommune	Institutioner	Sengedage 1975/76	% af kommunens samlede sengedagsforbrug
Århus amtsk.	Silkeborg centralsygehus	10.261	2,9
	Randers centralsygehus	8.658	2,4
	Psyk. hospital i Århus	305.923	85,6
	Udenamts institutioner	32.668	9,1
	I alt	357.510	100,0
Viborg amtsk.	Thisted sygehus	5.486	4,0
	Viborg sygehus	116.046	84,4
	Udenamts institutioner	15.912	11,6
	I alt	137.444	100,0
Nordjyllands amtsk.	Hjørring sygehus	9.671	3,9
	Ålborg psyk. sygehus	87.064	35,4
	Brønderslev sygehus	91.801	37,3
	Udenamts institutioner	57.458	23,4
	I alt	245.994	100,0

Kilde: Institut for Psykiatrisk Demografi.

Oversigten viser sygehuskommunernes sengedagsforbrug i finansåret 1975/76 og dets fordeling på indenamts og udenamts institutioner. Det ses, at der er en del sygehuskommuner - Frederiksberg, Frederiksborg, Roskilde, Bornholm, Vejle og Ringkøbing dvs. de sygehuskommuner, der ikke har overtaget noget specialsygehus - der har mere end 80 % af sengedagsforbruget placeret udenamts. For Frederiksborg amtskommune er situationen dog under ændring på grund af ibrugtagningen af de nye afdelinger i Hillerød. Tillige ser det ud til, at der selv i områder der er velforsynede med institutioner, vil være et sengedagsforbrug på udenamts institutioner på op mod 10 %, hvoraf formentlig kun en mindre del kan henføres til funktioner, der varetages på lands- og landsdelsplan.

Det fremgår i øvrigt af oversigten, at der findes psykiatriske sengepladser ved et eller flere almindelige sygehuse i de fleste sygehuskommuner.

Hvis man ser bort fra sygehuskommunerne i hovedstadsområdet (Københavns og Frederiksberg kommuner, Københavns,

Roskilde og Frederiksborg amtskommuner), hvor »selvforsyningen« skal ansues for hovedstadsområdet som helhed, ses det endvidere af oversigten, at det navnlig for Bornholms, Vejle og Ringkøbing amtskommuner, vil være en betydelig opgave - i løbet af en årrække - at nå frem til, at den væsentligste del af deres sengeforbrug dækkes ved egne institutioner.

Antal indlæggelser, indenamts ludenamts.

Hvis man vil vurdere, hvad det er for patientgrupper - langtids- eller korttidsliggende - der optager sengepladserne på henholdsvis indenamts og udenamts institutioner, og dermed hvad det er for patientgrupper, bruger-amtskommunerne skal skaffe plads til, må sengedagsforbruget sammenholdes med en oversigt over antallet af indlæggelser fra de enkelte sygehuskommuner fordelt på henholdsvis indenamts og udenamts institutioner, jfr. nedenstående oversigt.

Af oversigten fremgår endvidere, hvilke psykiatriske institutioner der findes i de enkelte sygehuskommuner, uanset ejerforhold

samt antallet af normerede sengepladser pr. april 1976 på hver enkelt institution.

Københavns kommunes psykiatriske institutioner er dog henført til Københavns kommune uanset beliggenhed.

De enkelte sygehuskommuners indlæggelsestal på henholdsvis indenamts og udenamts institutioner i finansåret 1975/76.

Sygehus-kommune	Institutioner	Normeret antal sengepladser april 1976	Antal indlæggelser 1975/76	% af kommunens samlede indlæggelsestal
Københavns kommune	Rigshospitalet	106*)	699	6,4
	Kommunehosp.	82	1636	14,9
	Øresundshosp.	104	59	0,5
	Bispebjerg hosp.	121	2672	24,4
	Sct. Hans hosp. m.v.	2080	3728	34,0
	Brøndbylund m.v.	343	109	1,0
	Ringbo m.v.	372	68	0,6
	Sundbygård	210	73	0,7
	Hedelund	288	111	1,0
	Udenamts inst.		1799	16,4
	I alt	3706	10954	99,9
Frederiksberg kommune	Frederiksberg hosp.	141	1069	77,0
	Udenamts inst.		319	23,0
	I alt	141	1388	100,0
Københavns amtsk.	Amtssgh. Nordvang	718	3628	75,7
	K.A.S. Gentofte	24 (dgpl.)		
	Montebello Gentofte	160 (dag/natpl.)		
	Udenamts inst.		1165	24,3
	I alt	902	4793	100,0
Frederiksborg amtsk.	Montebello, Helsingør incl. afd. i Spanien	(incl. 292 dag/natpl.)	367	30,8
	FAC, Hillerød	160		
	Udenamts inst.		824	69,2
	I alt	452	1191	100,0
Roskilde amtsk.	Udenamts inst.		997	100,0
Vestsjællands amtsk.	Holbæk centralsgh.	19	282	13,3
	Slagelse centralsgh.	76	1162	54,7
	Nykøbing S. amtsh.	818	298	14,0
	Sorø Plejehjem	99	1	0,0
	Filadelfia psyk.a.	191	58	2,7

Sygehus- kommune	Institutioner	Normeret antal sengepladser april 1976	Antal ind- læggelser 1975/76	% af kommunens samlede ind- læggelsestal
	Dianalund Nervesan. Udenamts inst.	116	111 214	5,2 10,1
	I alt	1319	2126	100,0
Storstrøms amtsk.	Næstved centralsgh. Vordingborg amtsh. Udenamts inst.	32 908	424 1117 72	26,3 69,2 4,5
	I alt	940	1613	100,0
Bornholms amtsk.	Rønne centralsgh. Udenamts inst.	15	214 64	77,0 23,0
	I alt	15	278	100,0
Fyns amtsk.	Svendborg sygehus Odense sygehus Middelfart sygehus Udenamts inst.	34 40 1062	425 900 1086 142	16,6 35,3 42,5 5,6
	I alt	1136	2553	100,0
Sønderjyllands amtsk.	Augustenborg sgh. Udenamts inst.	434	850 139	85,9 14,1
	I alt	434	989	100,0
Ribe amtsk.	Esbjerg centralsgh. Psyk. hosp. Hviding Udenamts inst.	40 239	520 526 90	45,8 46,3 7,9
	I alt	279	1136	100,0
Vejle amtsk.	Horsens sygehus Vejle sygehus Jysk Nervesan. Udenamts inst.	20 43 100	371 708 98 628	20,6 39,2 5,4 34,8
	I alt	163	1805	100,0
Ringkøbing amtsk.	Herning centralsgh. Udenamts inst.	23	253 886	22,2 77,8
	I alt	23	1139	100,0
Århus amtsk.	Silkeborg sygehus Randers centralsgh. Århus psyk. hosp. Udenamts inst.	32 25 1104	492 473 1890 252	15,8 15,2 60,8 8,1
	I alt	1161	3107	99,9

Sygehus-kommune	Institutioner	Normeret antal sengepladser april 1976	Antal indlæggelser 1975/76	% af kommunens samlede indlæggelsestal
Viborg amtsk.	Thisted sygehus	22	279	21,5
	Viborg sygehus	691	976	75,3
	Udenamts inst.		41	3,2
	I alt	713	1296	100,0
Nordjyllands amtsk.	Hjørring sygehus	32	327	18,7
	Ålborg psyk. sgh.	345	1009	57,7
	Brønderslev sygeh.	307	281	16,1
	Udenamts inst.		132	7,5
	I alt	684	1749	100,0

*) Heraf er 30 sengepladser ifølge overenskomst beregnet til patienter fra Københavns kommune.
Kilde: Institut for Psykiatrisk Demografi.

Hvis man sammenligner de enkelte sygehuskommuners sengedagsforbrug på udenamts institutioner med antallet af indlæggelser på udenamts institutioner ses det, at den andel af indlæggelserne, der sker udenamts, næsten i alle tilfælde er relativt mindre end det udenamts sengedagsforbrug - kun i 2 tilfælde, Københavns kommune og Sønderjyllands amtskommune, er der tale om, at antallet af indlæggelser udenamts er relativt større end det udenamts sengedagsforbrug.

Det må betyde, at de patienter, der indlægges udenamts, sædvanligvis har en længere liggetid end de patienter, der indlægges indenamts. Forholdet mellem udenamts sengedagsforbrug og udenamts indlæggelser afspejler endvidere de forskelle mellem specialsygehusene og de psykiatriske afdelinger på de almindelige sygehuse, som der er nærmere redegjort for nedenfor i afsnit 3.2. og 3.3.

2.5. Afvikling af indlæggelsesoverenskomsterne.

Når der her tales om afvikling af indlæggelsesoverenskomster tænkes på de overenskomster, der er begrundet i, at landområderne for de tidligere statshospitaler indtil videre er opretholdt, jfr. overførelseslovens § 2, stk. 2. Men det må i øvrigt være sådan,

at en sygehuskommune ikke på længere sigt kan basere en væsentlig del af sit sengedagsforbrug på udenamts institutioner. (Hovedstadsområdet betragtes i denne henseende som ét indlæggelsesområde). Et vist udenamts sengeforbrug vil dog altid forekomme. Det kan dreje sig om sengedage på nervesanatorier, eller på den psykiatriske afdeling på kolonien Filadelfia, eller det kan dreje sig om sengedage, der skyldes, at visse opgaver varetages på lands- og landsdelsbasis. Endvidere kan man ikke udelukke, at der for grænseområder, der ligger tæt ved et specialsygehus i en anden amtskommune, indgås specielle begrænsede indlæggelsesoverenskomster af mere varig karakter.

Endelig vil der på grund af tilfældige årsager, dvs. akut opstået sygdom under midlertidigt ophold i en anden amtskommune altid være et vist sengeforbrug på udenamts institutioner.

I øvrigt henvises til det foran i afsnit 2.3. anførte om ønskeligheden af en vis smidighed med hensyn til indlæggelser uden for bopælsamtskommunen, når menneskelige grunde taler herfor.

Det første spørgsmål, der rejser sig i forbindelse med indlæggelsesoverenskomsterne er, hvorvidt alle overenskomster i løbet af en årrække (inden for planlægningsperioden) skal afvikles. Det næste, over hvor lang tid.

Til det første spørgsmål kan henvises til, hvad der er anført i de vejledende retningslinier, nemlig at indlæggelsesoverenskomsterne skal afvikles. Kun hvor der foreligger ganske særegne omstændigheder - typisk hvor der er store investeringer bundet i specialsygehuset, og hvor indlæggelsesoverenskomsten er til meget ringe hinder for en tidssvarende behandlingsindsats i amtskommunen - vil det kunne være indiceret, at forlænge indlæggelsesoverenskomsten ud over, hvad der betinges af en rimelig afviklingsfrist.

Retningslinierne siger derimod intet om, hvor lang afviklingstiden bør være, og udvalget mener ikke at kunne fastsætte nogen (længste) tidsfrist for afvikling af indlæggelsesoverenskomsterne. Ifølge de vejledende retningslinier bør der imidlertid i vedkommende amtskommuners planer, efter forhandlinger mellem de berørte amtskommuner, fastsættes en tidsramme for afviklingen.

I mange tilfælde bør afviklingstiden være forholdsvis kort, med de forbehold som hensynet til visse kroniske patienter måtte tilsige.

Det er naturligvis navnlig hensynet til de amtskommuner uden for hovedstadsområdet, der ikke har overtaget noget specialsygehus, der har bevirket, at man ikke mener at kunne fastsætte en maksimumsfrist for afviklingen.

Et tredje vigtigt spørgsmål i denne sammenhæng er, hvorledes overenskomsterne skal afvikles, dvs. i hvilken takt de forskellige patientgrupper skal hjemtages. Efter udvalgets opfattelse vil det være uheldigt, såfremt afviklingen gennemføres således, at alle de »lette« patientgrupper først hjemtages og derefter de »tunge« (urolige, støjende, langtidsindlagte). Hjemtagningen eller modtagelse inden for amtets grænser bør så vidt muligt ske således, at alle grupper af psykiatriske patienter hjemtages og modtages i nogenlunde samme takt.

Med hensyn til *den fremtidige anvendelse af de overførte specialsygehuse* henvises til de vejledende retningslinier afsnit 2.3.1.

Det bør dog nævnes, at kun 3 amtskommuner, nemlig Københavns, Viborg samt Nordjyllands, har modtaget specialsygehuset, der er fuldt funktionsdygtige. For Viborg gør sig det særlige forhold gældende, at

det samtidig betjener Ringkøbing amtskommune, og at der derfor kan opstå ledig kapacitet, såfremt Ringkøbing opbygger egen service.

6 amtskommuner, nemlig Vestsjællands, Storstrøms, Fyns, Sønderjyllands, Ribe og Århus, har modtaget sygehuset, hvor det vil være nødvendigt at reducere antallet af sengepladser, såfremt en tiltrængt modernisering skal kunne gennemføres. Hertil kommer de problemer, der rejser sig af, at 5 af disse sygehuse har en beliggenhed, der giver anledning til særlige overvejelser. Kun i Århus amtskommune er der tale om, at specialsygehuset ligger i det byområde, hvor amtskommunens øvrige hovedsygehuse ligger.

3. Den nuværende organisation af det psykiatriske sygehusvæsen.

3.1. Institutionstyper, antal pladser m.v.

Undersøgelse og behandling af patienter med psykiske lidelser på sygehus finder sted dels på psykiatriske specialsygehuse, dels på psykiatriske afdelinger ved somatiske sygehuse. Gruppen specialsygehuse omfatter foruden de overførte specialsygehuse (med dertil hørende plejehjem) Københavns kommunes psykiatriske institutioner, visse privatejede institutioner (Jysk Nervesanatorium, Dianalund Nervesanatorium og den psykiatriske afdeling på Kolonien Filadelfia) samt Montebelloinstitutionerne, der ejes af Københavns kommune, Københavns og Frederiksborg amtskommuner i fællesskab. Afdelingerne ved de somatiske sygehuse findes på sygehuse, der ejes dels af sygehuskommunerne dels af staten (Rigshospitalet). Nogle af afdelingerne ved de amtskommunale sygehuse hørte indtil den 1. april 1976 under direktoratet for statshospitalerne, jfr. ovenfor under afsnit 1, men har i øvrigt fungeret på samme måde som de amtskommunale.

Det kan i denne forbindelse nævnes, at et formentligt ikke helt ubetydeligt antal patienter med psykiske lidelser indlægges på somatiske afdelinger, navnlig medicinske.

Langt den største del, nemlig ca. 90 %, af sengepladserne til varetagelse af undersøgelse og behandling af psykiatriske patienter findes på de psykiatriske specialsygehuse.

se, og det vil uden for Københavns kommune især sige de overførte specialsygehuse. Baggrunden herfor er det psykiatriske sygehusvæsens historiske udvikling, jfr. kapitel II, afsnit 2, hvoraf fremgår, at det siden slutningen af det forrige århundrede og indtil 1. april 1976 principielt har været betragtet som en statsopgave at drage omsorg for behandling, kur og pleje af sindslidende, medens det almindelige somatiske sygehusvæsen er forblevet en (amts)kommunal opgave.

Som det fremgår af det historiske afsnit, har Københavns kommune dog siden begyndelsen af det 19. århundrede opretholdt sit eget psykiatriske sygehusvæsen, ligesom Frederiksberg kommune på et ret tidligt tidspunkt og de fleste amtskommuner i årene efter 2. verdenskrig har oprettet psykiatriske afdelinger ved de almindelige sygehuse.

Bilag B indeholder en oversigt over de psykiatriske institutioner og sengepladser pr. april 1976.

Det fremgår bl.a. af bilaget, at det samlede antal sengepladser på psykiatriske institutioner (excl. børnepsykiatriske afdelinger) pr. april 1976 udgjorde 12.068.

På specialsygehuse var der i alt 10.877 sengepladser, heraf 668 på nervesanatorier. På psykiatriske afdelinger på somatiske sygehuse var der i alt 1.191 sengepladser.

Med hensyn til institutioner og antal sengepladser i de enkelte sygekommuner henvises til afsnit 2.4. foran samt til kapitel IV, A, afsnit 1.

I tabel 3 vises, hvorledes indlæggelserne i 1975/76 fordelte sig på de forskellige grupper af institutioner.

Tabel 3.

Indlæggelsestal, normerede sengetal og gennemsnitligt antal indlæggelser pr. sengeplads på psykiatriske institutioner, excl. børnepsykiatriske afdelinger i finansåret 1975/76.

	Normerede sengepladser april 1976		Antal indlæggelser 1/4 75-31/3 76		Gnm. antal indlæggelser pr. sengeplads
	Antal	%-vis fordel.	Antal	%-vis fordel.	
Psykiatriske sygehuse	10.209	84,6	20.708	54,0	2,0
Psykiatriske afdelinger	1.191	9,9	15.499 ¹⁾	40,4	15,6 ¹⁾
Nervesanatorier	668	5,5	2.153 ²⁾	5,6	4,0 ²⁾
Alle institutioner	12.068	100,0	38.360 ^{1) 2)}	100,0	3,3 ^{1) 2)}

1) excl. afdelingerne på FAC, Hillerød, KAS, Gentofte samt den militærpsykiatriske afdeling på Rigshospitalet. Afdelingerne på FAC i Hillerød er først taget i brug 1.4.1976.

2) excl. 139 dagpladser på Montebello-institutionerne.

I bilag C er vist, hvorledes de indlagte patienter på de psykiatriske afdelinger og institutioner fordelte sig på de enkelte sygekommuner ved tværsnitsundersøgelsen den 27. september 1972.

En væsentlig og stadig stigende del af sygehusemæssig undersøgelse og behandling af

psykiatriske patienter foregår som tidligere omtalt *ambulant*, eller ved indlæggelse som *daglnatpatient*, jfr. ovenfor i kapitel IV, A, afsnit 4.4. og kapitel V, A, afsnit 5.

Ved såvel specialsygehuse som psykiatriske afdelinger er der ambulatorier. Ved de overførte specialsygehuse afholdes der ikke

blot konsultationer på selve sygehusene, men også i en række byer i deres landområder, ligesom Set. Hans hospital har et ambulatorium i København.

Ved de fleste specialsygehuse og psykiatriske afdelinger er der ud over pladser til heldøgnsindlagte pladser til dagpatienter, enten samlet på særlige afdelinger eller som enkelte pladser på sengeafdelingerne.

Institutionsformer som patientkollegier, -pensionater el.lign. »halvvejsinstitutioner« findes endnu kun i meget begrænset omfang under, eller i nærmere tilknytning til specialsygehusene og de psykiatriske afdelinger, jfr. nedenfor afsnit 4.5.

3.2. Den nuværende organisation uden for København.

3.2.1. Almindelig karakteristik af specialsygehusene og de psykiatriske afdelinger.

De overførte specialsygehuse, der udgør grundstammen i det psykiatriske sygehusvæsen uden for København, er gennemgående store institutioner med et antal pladser, der varierer fra ca. 240 til ca. 950 (excl. de til specialsygehusene knyttede plejehjem).

Specialsygehusene er regionalt fungerende og skal i princippet være i stand til at varetage al psykiatrisk undersøgelse og behandling i deres landområde. Visse opgaver varetages dog på lands- og landsdelsplan, jfr. nedenfor afsnit 6. De fungerer således både som akutte modtageafdelinger og behandlingsafdelinger for patienter med et kortvarigt behandlingsbehov og som behandlingsafdelinger for patienter med længere varende behandlingsbehov. I de fleste specialsygehusers landområder findes der psykiatriske afdelinger ved de almindelige sygehuse. Da der sker en vis visitationsmæssig udvælgelse af de patienter, der modtages på de psykiatriske afdelinger, vil der som følge heraf indirekte ske en vis visitationsmæssig udvælgelse af de patienter, der modtages på specialsygehusene.

Et af sygehusene, nemlig Brønderslev sygehus, er dog overvejende beregnet for patienter med et længerevarende behandlingsbehov, men modtager akutte indlæggelser fra området omkring Brønderslev.

Nogle sygehuse, f.eks. Nordvang, Viborg og Ålborg er distriktspsykiatrisk organiseret, dvs. opdelt i afdelinger, der dækker hver sit geografiske indlæggelsesområde inden for det samlede sygehus' landområde.

Specialsygehusene fungerer dog noget forskelligt, hvilket skyldes flere ting. Nogle specialsygehuse, navnlig de ældre, har en del kroniske patienter, der har opholdt sig i mange år på sygehus. Endvidere er der en hel del plejepatienter på nogle af sygehusene, ikke mindst dem, hvortil der ikke er knyttet noget psykiatrisk plejehjem.

Endelig kan forskelligheder henføres til, om specialsygehusene er beliggende centralt i distriktet eller perifert, hvilket har betydning med hensyn til mulighederne for ambulant behandling og daghospitalsbehandling.

Forskelligheder i befolkningens aldersfordeling i de respektive områder kan også spille ind.

Den del af specialsygehusene, der består af plejehjem og den særlige plejehjemsfunktion inden for det psykiatriske sygehusvæsen omtales nedenfor i kapitel VIII, afsnit 5 og 7.1. Når intet andet er anført indgår plejehjemmene i statistikker og andre talmæssige oplysninger vedr. de tidligere statshospitaler som de hører under.

De psykiatriske afdelinger på de amtskommunale somatiske sygehuse er gennemgående små, fra ca. 20-40 senge, en enkelt afdeling har dog 76, og generelt kan siges, at de inden for deres område varetager en mere begrænset funktion end specialsygehusene inden for deres områder.

Afdelingerne færdigbehandler som hovedregel de patienter, de modtager, og overflytter kun i specielle tilfælde patienter til specialsygehusene. Der sker på den anden side en vis visitationsmæssig udvælgelse, således at f.eks. tvangsindlæggelser, indlæggelser af særligt urolige patienter samt i nogle områder senile patienter sker på specialsygehusene, der også har afdelinger for akutte patienter.

Graden af visitationsmæssig specialisering er forskellig fra afdeling til afdeling. Et eksempel på samspillet mellem en psykiatrisk afdeling med 25 senge ved et almindeligt sygehus og et specialsygehus er beskrevet for et område bestående af *Randers kommune samt nærliggende kommuner*, jfr.

tabel 4. (Kilde: M. Kastrup, Y. Nakane, A. Dupont og M. Bille: »Psychiatrie treatment in a delimited population with particular reference to outpatients«, Acta Psychiat. Scand., 53, p.35-50).

Tabel 4.

Indlæggelse af patienter med hjemsted i Randers kommune eller nærliggende kommuner på henholdsvis Psykiatrisk hospital i Århus, psykiatrisk afd., Centralsygehuset i Randers og Jysk Nervesanatorium, Vejle fjord, i perioden 1.4.70 - 31.3.74.

	Antal indlæggelser	% af alle indlæggelser
Psykiatrisk hospital i Århus	904	31,7
Psykiatrisk afd., Centralsygehuset i Randers	1798	63,0
Jysk Nervesanatorium	153	5,3
I alt	2855	100,0

Tabel 4 viser, at der fra det pågældende område registreredes i alt 2.855 indlæggelser i en 3-års periode. 31,7 % af indlæggelserne fandt sted på specialsygehuset, 63,0 % på den psykiatriske afdeling og 5,3 % på et nervesanatorium. Man fandt en vis visitationsmæssig udspecialisering, således at patienter med skizofreni og aldersbetingede psykoser fortrinsvis indlagdes på psykiatrisk hospital i Århus, patienter med neuroser og karakterafvigelse fortrinsvis på Randers psykiatriske afdeling. Det relativt store antal patienter med neuroser og karakterafvigelse her skyldtes delvis overflytninger fra centralsygehusets øvrige afdelinger. Jysk Nervesanatorium modtog ganske overvejende neurotiske og karakterafvigende patienter.

Man foretog også en undersøgelse af den ambulante service i området. Ambulatoriet i forbindelse med psykiatrisk afdeling i Randers behandlede i 1970/71 489 patienter, mens 125 behandlede i specialsygehusets konsultation i Randers. Specialsygehusets konsultation fungerede overvejende som ef-

terbehandlingsambulatorium, kun 20 % af patienterne var henvist af praktiserende læger mod 46% af patienterne i den psykiatriske afdelings ambulatorium.

De psykiatriske afdelinger ved de almindelige sygehuse uden for København fungerer altså ikke som akutte modtageafdelinger på samme måde som de psykiatriske afdelinger ved de almindelige sygehuse i København og Frederiksberg, jfr. nedenfor afsnit 3.3.

Tabel 5 illustrerer denne forskel mellem disse afdelinger og de øvrige psykiatriske afdelinger. I København og Frederiksberg blev således 13,7 % af patienterne udskrevet til specialsygehuse, fra de øvrige afdelinger kun 3,3 %.

Tabel 5.

Overflytning til psykiatrisk specialsygehus fra psykiatriske afdelinger henholdsvis i og uden for København og Frederiksberg i % af samtlige udskrivninger fra disse institutioner. Finansåret 1975/76.

	Psykiatriske afdelinger i Københavns og Frederiksberg kommuner	Psykiatriske afdelinger uden for Københavns og Frederiksberg kommuner
Overflytning til specialsygehus	1158	219
Samtlige udskrivninger	8455	6662
Overflytning til specialsygehus i % af samtlige udskrivninger	13,7%	3,3%

3.2.2 Sammenligning mellem specialsygehuse og de psykiatriske afdelinger med hensyn til antal indlæggelser m.v.

Antallet af sengepladser og årlige indlæggelser på henholdsvis de overførte specialsygehuse og de psykiatriske afdelinger ved almindelige sygehuse uden for København er vist i tabel 6.

Tabel 6.

Indlæggelser i finansåret 1975/76 og normerede sengepladser pr. apr. 1976 på de overførte specialsygehuse med tilhørende plejehjem (excl. børnesykeiatiske afdelinger) og på de psykiatiske afdelinger ved almindelige sygehuse uden for Københavns kommune.

	Normerede senge- pladser pr. april 1976	Antal ind- læggelser 1/4 75- 31/3 76	Gnm. antal indlæggel- ser pr. sengeplads
Overførte specialsygehuse:	6863	16023	2,3
Psykiatiske af- delinger uden for Københavns kommune:	594 ¹⁾	9306	15,7

1) Excl. F.A.C., Hillerød og K.A.S., Gentofte.

Det ses, at de psykiatiske afdelinger (excl. afdelingerne på F.A.C., Hillerød, og K.A.S., Gentofte,) uden for Københavns kommune råder over til sammen 594 sengepladser til voksne patienter mod de overførte specialsygehuses 6.863 (incl. plejehjem). I finansåret 1975/76 modtog de psykiatiske afdelinger 9.306 indlæggelser mod specialsygehuses 16.023, et antal indlæggelser pr. seng på henholdsvis 15,7 og 2,3.

Man bør dog nok holde de til specialsygehuse horende plejehjem udenfor ved opgørelsen af antal indlæggelser pr. seng. Næsten ingen indlæggelser finder sted direkte på plejehjemmene, og overflytninger mellem specialsygehuse og dertil horende plejehjem registreres ikke som indlæggelser.

Antal indlæggelser pr. seng på specialsygehuse excl. plejehjem var i 1975/76 5,7.

Det må dog understreges, at der på dette område er betydelige variationer mellem specialsygehuse. Hvis man ser bort fra plejehjemspladserne under sygehusvæsenet, havde K.A.S. Nordvang således ca. 10 indlæggelser pr. seng i 1974/75, Ålborg 6 indlæggelser. Hviding sygehus med 2,1, Middelfart med 1,4 og Brønderslev med 1 indlæggelser pr. seng lå lavest.

Disse forskelle må i høj grad bero på det forskellige antal kroniske patienter og ple-

jepatienter på sygehuse, hvilket antal bl.a. hænger sammen med såvel dækningen med psykiatiske plejehjem under sygehusvæsenet som med mulighederne for at få anbragt psykiatiske plejepatienter på plejehjem under bistandsloven. Jo flere kroniske patienter og/eller plejepatienter på sygehuse, jo mindre antal indlæggelser pr. seng, eller måske rettere sagt, jo færre senge er der til rådighed for indlæggelser. Også for specialsygehuse gælder det, at hovedparten af indlæggelserne er kortvarige, jfr. kapitel V, A., afsnit 8.

Endvidere må forskellene i nogen grad kunne henføres til, hvorvidt der er psykiatiske afdelinger og hvor mange i landområdet eller ej. Hvis der ikke er psykiatiske afdelinger eller kun få pladser på psykiatiske afdelinger, må det alt andet lige øge indlæggelsestallet pr. seng, idet alle de »lette« patientgrupper modtages på specialsygehuset. Nord vang tilhører denne gruppe, idet der i Københavns amt ikke er psykiatiske sengeafdelinger på de almindelige sygehuse.

For så vidt angår de psykiatiske afdelinger, er der naturligvis også forskelligheder med hensyn til antallet af indlæggelser pr. seng. Variationen ligger mellem ca. 12 og ca. 18 indlæggelser pr. seng om året.

Det, der er anført ovenfor med hensyn til antallet af kroniske patienter og plejepatienters betydning for forskellene mellem de enkelte specialsygehuse vedr. antallet af indlæggelser pr. seng, gælder også som en del af forklaringen på forskellene i denne henseende mellem gruppen af specialsygehuse og gruppen af psykiatiske afdelinger. Endvidere må forskelligheder henføres til, at det formentlig fortrinsvis er de forholdsvis »lette« patientgrupper, der modtages på de amtskommunale afdelinger.

Det må endvidere antages, at en bedre personalenormering på de amtskommunale afdelinger og disse afdelingers placering centralt i deres små distrikter i nogle tilfælde gør det muligt at gennemføre behandlingen hurtigere end på de ringere normerede specialsygehuse med store landområder og dermed ofte lange afstande til patienternes bopæl.

Hvis man ser på fordelingen af indlæggelser mellem førstegangs- og genindlæggelser er andelen af førstegangsindlæggelser, som

man måtte forvente, lidt større på de amtskommunale psykiatriske afdelinger end på specialsygehuse. Med hensyn til andelen af førstegangsinlæggelser er der ingen forskel på de amtskommunale afdelinger og de københavnske modtageafdelinger.

Med hensyn til den diagnostiske fordeling af indlæggelser i 1975/76 på henholdsvis specialsygehuse og psykiatriske afdelinger henvises til kapitel V, A. afsnit 8.

3.3. Særligt om Københavns og Frederiksberg kommuner.

I Københavns kommune fungerer de psykiatriske afdelinger ved Kommunehospitalet, Bispebjerg hospital og Rigshospitalet (delvis) som modtageafdelinger. Afdelingen ved Øresundshospitalet fungerer som plejeafdeling. De akutte og andre patienter, der modtages, færdigbehandles på de pågældende afdelinger eller overflyttes til Københavns kommunes specialsygehus, Set. Hans hospital, såfremt behandlingen skønnes at blive langvarig. Visse patienter (gen)indlægges direkte på Set. Hans hospital.

Københavns kommune er opdelt således, at hver af de 4 modtageafdelinger, der betjener kommunen, modtager patienter fra et bestemt distrikt, hvis størrelse og geografi er afpasset efter afdelingernes sengetal og beliggenhed. Denne - distriktspsykiatriske - visitationsordning er suppleret med, at afdelingerne på Set. Hans hospital - bortset fra afdelingerne for senilt konfuse patienter - er knyttet til en eller to modtageafdelinger.

Under Københavns kommunes hospitalsvæsen findes endvidere en række psykiatriske plejehospitaler, - afdelinger og - hjem, der modtager patienter, fortrinsvis senile, der ikke har behov for intensiv psykiatrisk behandling. Indlæggelse på disse institutioner finder sted efter indstilling og visitation fra kommunens psykiatriske modtageafdelinger og fra Set. Hans hospital. Der henvises i øvrigt til kapitel VIII, afsnit 4.4.

Den psykiatriske afdeling på Frederiksberg hospital fungerer som modtageafdeling på samme måde som de københavnske afdelinger. Afdelingen på Frederiksberg hospital fungerer også delvis som modtageafdeling for patienter fra Københavns kom-

mune. Frederiksberg kommunes specialsygehus er Vordingborg. Plejepatienter fra Frederiksberg indlægges også på københavnske plejehospitaler.

3.4. Særligt om Rigshospitalet.

Rigshospitalet, der pr. april 1976 havde 106 voksenpsykiatriske senge (heraf 12 på militærpsykiatrisk afdeling), fungerer som modtageafdeling for patienter fra Gentofte kommune (bortset fra Vangede og Dysegård sogne) samt for et område inden for Københavns kommune.

Med hensyn til de særlige opgaver, som Rigshospitalets psykiatriske afdeling varetager, henvises til afsnit 6. nedenfor om psykiatrisk undersøgelse og behandling, der varetages på lands- og landsdelsplan.

3.5. Særligt om nervesanatorierne.

Dianalund (116 senge), Jysk Nervesanatorium, (100 senge) og Montebelloinstitutionerne er beregnet til patienter med neurotiske lidelser.

Der indlægges dog også i et vist omfang patienter med andre psykiske lidelser, herunder sindssygdomme.

Montebelloinstitutionerne, der består af Montebello Helsingør med 152 senge for voksne og 40 senge for unge, Montebello Spanien med 100 senge, samt Montebello Gentofte, der udelukkende er dag/nathospital (40 senge, 120 dagpladser), anvendes næsten udelukkende af de sygehuskommuner, der i fællesskab ejer disse institutioner, nemlig Københavns kommune og Københavns og Frederiksborg amtskommuner.

Dianalund dækker fortrinsvis området øst for Lillebælt, medens Jysk Nervesanatorium fortrinsvis dækker Jylland.

3.6. Særligt om den psykiatriske afdeling på Kolonien Filadelfia.

Afdelingen, der pr. april 1976 havde 191 senge, benyttes fortrinsvis af sygehuskommunerne i hovedstadsområdet samt af Vestsjællands og Storstrøms amtskommuner. På afdelingen er etableret en særlig ungdomspsykiatrisk service.

4. Den fremtidige organisation af det psykiatriske sygehusvæsen.

4.1. Indledning.

Det langsigtede mål for planlægningen af det psykiatriske sygehusvæsen i den enkelte sygehuskommune, uden for hovedstadsområdet, er, at der i princippet skal opnås selvforsyning vedr. psykiatrisk sygehusfunktion på samme måde som vedr. somatisk sygehusfunktion. Det er endvidere fastslået i retningslinierne, at nye psykiatriske afdelinger skal placeres ved almindelige sygehuse, fortrinsvis på sygehustyper, der i medicinalstatistikens terminologi ligger over det delte sygehus' niveau. Ved en centraliseret løsning, jfr. nedenfor, bør afdelingerne placeres på hovedsygehusniveau.

Det fremgår endvidere af retningslinierne, at det er vigtigt, at den psykiatriske enhed opbygges således, at der er mulighed for dag- og nathospitalsbehandling, samt at der i betydeligt omfang kan varetages ambulante opgaver.

I det følgende uddybes de vejledende retningsliniers forslag i øvrigt vedr. den fremtidige organisation af det psykiatriske sygehusvæsen og i forbindelse hermed angives, hvilke ændringer vedr. de eksisterende psykiatriske sygehuse og afdelinger, der vil være nødvendige for at gennemføre de vejledende retningsliniers forslag vedr. den fremtidige organisation. De særlige problemer, der vedrører den fremtidige benyttelse af de overførte (ikke fuldt funktionsdygtige) specialsygehuse og afviklingen af indlæggelsesoverenskomsterne, behandles dog ikke nærmere i denne sammenhæng. Der henvises herom til de vejledende retningslinier afsnit 2.3.1. samt til afsnit 2.5. foran. For så vidt angår den del af plejehjemsfunktionen for psykiatriske plejepatienter, der fortsat forudsættes varetaget af sygehusvæsenet, henvises til kapitel VIII nedenfor.

Det er indlysende, at hovedproblemerne vedr. den fremtidige organisation vil være temmelig forskellige, alt efter den enkelte sygehuskommunes udgangssituation, dvs. om den har overtaget et fuldt funktionsdygtigt specialsygehus, et specialsygehus, der ikke er fuldt funktionsdygtigt, eller slet ikke har modtaget noget specialsygehus.

En række problemer med hensyn til opbygningen af den fremtidige psykiatriske

service er dog *fælles* for sygehuskommunerne, uanset forskellig udgangssituation. Disse *fælles problemstillinger*, der drøftes nedenfor, vedrører bl.a. sådanne spørgsmål som *distriktspsykiatrisk organisation og decentralisering/centralisering*.

Disse spørgsmål må indgå i sygehuskommunernes overvejelser om den fremtidige organisation af deri psykiatriske service, herunder med hensyn til spørgsmålet om, hvilke opgaver et (ikke fuldt funktionsdygtigt) specialsygehus bør have i fremtiden.

4.2. Distriktspsykiatrisk organisation.

Det er et hovedsynspunkt i de vejledende retningslinier, at det psykiatriske sygehusvæsen bør opbygges distriktspsykiatrisk, dvs. bestå af enheder, der varetager al psykiatrisk sygehusundersøgelse og -behandling over for en nærmere angiven befolkningsgruppe, afgrænset ved geografiske kriterier eller på anden måde.

Et sådant distriktspsykiatrisk princip var også en hovedtanke bag »Betænkning om psykiatriens udvikling i Danmark i den nærmeste fremtid« (1970). Det ansås heri for vigtigt, at behandlingen så vidt muligt varetages af samme medicinalpersoner gennem hele behandlingsforløbet. Den psykiatriske service foresloges derfor opbygget således, at de enkelte psykiatriske enheder varetager al psykiatrisk sygehusundersøgelse og -behandling over for deres distrikt. Samtidig gik man ind for, at den psykiatriske service i distriktet integreres derved, at sygehusets læger, socialrådgivere, psykologer, hjemmesygeplejersker m.fl. varetager udadgående rådgivende opgaver over for praktiserende læger, sociale institutioner m.v. i distriktet. Endelig gik man ind for, at en sådan distriktspsykiatrisk organiseret sygehusfunktion skulle baseres på forholdsvis små distrikter og dermed på enheder, der ikke var særlig store (60-sengsmodellen, jfr. nedenfor afsnit 4.4.).

I de senere år er der på det sygehusmæssige område i flere tilfælde foretaget en omorganisering af psykiatriske specialsygehuse (Nordvang, Ålborg, Viborg), således at de er blevet opdelt i afdelinger, der hver tager sig af sygehusmæssig behandling inden for et bestemt område inden for syge-

husets samlede landområde. Københavns kommune har indført en distriktpsykiatrisk visitationsordning.

Den distriktpsykiatriske opbygning af selve sygehusfunktionen er ikke alle steder fulgt op af en udstrakt udadgående konsultativ funktion over for andre behandlergrupper og sociale institutioner i distriktet.

Udvalget kan fuldt ud tilslutte sig det synspunkt, at den psykiatriske service bør opbygges distriktpsykiatrisk. Udvalget må dertil lægge megen vægt på, at den distriktpsykiatriske organisering af selve de sygehusemæssige funktioner bliver fulgt op af en udstrakt udadgående virksomhed, jfr. nedenfor i kapitel VII om samarbejde med den primære sundhedstjeneste og den sociale sektor.

En distriktpsykiatrisk organisation af den sygehusemæssige funktion indebærer, at enhederne sengemæssigt skal dimensioneres sådan, at der i forhold til det område de skal betjene, er sengepladser til såvel akutte og korttidsindlagte patienter som til længere tids indlagte og langtidsindlagte.

Udgangspunktet er således, at der - i modsætning til det somatiske sygehusvæsen - ikke skal foretages en specialisering mellem enhederne. Dette udgangspunkt er i øvrigt i princippet en videreførelse af det princip, hvorefter statshospitalerne hidtil har fungeret, blot anvendt for mindre enheder og områder.

Der er dog forskellige områder, hvor man kunne rejse det spørgsmål, om der ikke burde ske en vis specialisering, dvs. at visse undersøgelses- og behandlingsopgaver på amtsplan koncentrerer på 1 eller 2 enheder. Det drejer sig navnlig om følgende områder:

a) *ungdomspsykiatri*, b) *gerontopsykiatri* og c) *tvangsindlæggelser /tvangstilbageholdelser i medfør af sindssygeloven, særligt urolige eller voldsomme patienter*.

I det følgende drøftes disse specialiserings spørgsmål nærmere:

a) *Ungdomspsykiatri*.

Efter udvalgets opfattelse vil der i nogle tilfælde kunne oprettes særlige ungdomspsykiatriske afdelinger, hvilket for de fleste amtskommuner vedkommende vil medføre, at de ungdomspsykiatriske patienter må samles på én enhed. Ungdomspsykiatrisk

service vil dog også kunne integreres i en almindelig afdeling, jfr. ovenfor i kapitel V, B.

b) *Gerontopsykiatri*.

Det er udvalgets opfattelse, at det i almindelighed må frarådes, at de gerontopsykiatriske patienter - der omfatter såvel gamle, der er blevet sindslidende, som sindslidende der er blevet gamle - der har brug for aktiv psykiatrisk behandling, enten akut eller med henblik på at stille diagnosen eller som led i en længerevarende behandling, samles på særlige *enheder*. Ved at integrere disse gerontopsykiatriske patienter i de almindelige psykiatriske enheder, kan man generelt set bedst sikre dem de bedste behandlingsmuligheder.

Gerontopsykiatriske patienter, der ikke har brug for aktiv behandling eller dagligt psykiatrisk tilsyn, bør placeres på plejehjem, enten under sygehusvæsenet eller under bistandsloven, alt efter lidelsens art, jfr. nærmere nedenfor i kapitel VIII om plejehjem.

c) *Tvangsindlæggelser/tvangstilbageholdelser i medfør af sindssygeloven, særligt urolige eller voldsomme patienter*.

Spørgsmålet er her, om der ved enhver »enhed« bør være et lukket afsnit, jfr. ovenfor i kapitel V, A, afsnit 5.1.

Antallet af tvangsindlæggelser er så lille og de tvangsindlagte liggetid ofte så kort, at der kun vil være brug for nogle få lukkede afsnit i hver sygehuskommune til denne gruppe patienter.

Man kan imidlertid ikke alene se på spørgsmålet om tvangsindlæggelser. Også spørgsmålet om tvangstilbageholdelser må inddrages. Antallet af tvangstilbageholdte er ganske vist langt mindre end antallet af tvangsindlagte, men deres liggetid vil gennemgående være længere. Hertil kommer, at patienter der hverken er tvangsindlagte eller tvangstilbageholdte lejlighedsvis kan blive så voldsomme eller urolige, at de må anbringes på lukket afsnit. Endelig kan der være behov for at kunne anbringe visse senilt konfuse patienter på lukket afsnit.

Det må derfor nok være den almindelige regel, at der ved alle enheder bør etableres

lukkede afsnit eller afsnit, der kan lukkes, når det er nødvendigt, og ske en passende normering med personale, således at de pågældende grupper kan modtages/beholdes. Det synes f.eks. uheldigt, om tvangstilbageholdte skulle overføres til en anden enhed.

Det bør i øvrigt nævnes, at grænsen mellem lukkede og åbne afdelinger ikke mere er så skarp som tidligere, jfr. ovenfor kapitel V, A, afsnit 5.1.

Gennemførelse af en distriktpsikiatrisk organisation.

En distriktpsikiatrisk opbygning forudsætter, at enhederne får en vis størrelse, jfr. nedenfor i afsnit 4.4.. For de bestående psykiatriske afdelinger ved somatiske sygehuse vil det formentlig i de fleste tilfælde indebære en udvidelse af deres sengetal. Som det fremgår af afsnit 3.2.1. foran, færdigbehandler de psykiatriske afdelinger uden for Københavns og Frederiksberg kommuner selv de fleste af deres patienter, og de udskrives i hovedparten af tilfældene efter kortere tids indlæggelse. Liggetider på op til et år eller mere forekommer kun i få tilfælde. Dette må i hvert fald i et vist omfang henføres til, at der finder en vis visitationsmæssig udvælgelse sted af de patienter, der modtages på de psykiatriske afdelinger. Hvis de psykiatriske afdelinger også skal tage sig af langtidsindlagte må sengetallet forøges, ligesom afdelingerne må forsynes med lukkede afsnit, såfremt de skal kunne modtage tvangsindlæggelser og foretage tvangstilbageholdelser efter sindssyge-loven. Hvorvidt der kan opstilles normer for størrelsen af den mindste fuldt funktionsdygtige enhed drøftes nedenfor i afsnit 4.4. under omtale af 60-sengsmodellen.

For de overførte specialsygehuse vil en gennemførelse af det distriktpsikiatriske princip betyde, at de må opdeles i mindre enheder - sådan som det allerede er sket flere steder - der dækker hver sit område.

4.3. Decentralisering/centralisering.

I de amtskommuner, der har overtaget et specialsygehus, er der som udgangspunkt skabt en betydelig centralisering og samtidig ofte en vis specialisering, idet specialsy-

gehusene varetager funktioner, som de psykiatriske afdelinger ikke varetager.

Rent praktisk vil situationen i de fleste tilfælde altså være, i hvor høj grad den nuværende specialisering og centralisering på specialsygehuse bør nedbringes.

Fordelen ved en mere *centraliseret* funktion, dvs. at flere distriktpsikiatriske opbyggede enheder placeres samlet eller i nærheden af hinanden, vil bl.a. være, at en rationel subspecialisering lettere lader sig gennemføre, ligesom forsknings- og uddannelsesmæssige hensyn kan tale for en vis koncentration.

En vis centralisering bør utvivlsomt bevares eller opbygges ved de sygehuse, der fungerer som universitetssygehuse eller ligger i byer, der har somatiske landsdelssygehuse.

Dertil kommer, at en række behandlingsformer, som vel kan trives på flere decentraliserede (mindre) afdelinger, kan tænkes tilrettelagt mere rationelt og økonomisk på den større, centraliserede. Der tænkes f.eks. på ergoterapi i videste forstand incl. revalideringsforanstaltninger inden for sygehusets rammer. Et større antal optrænings- og uddannelsesmuligheder for patienterne forudsætter her en institution af en vis størrelsesorden. Det må dog i denne forbindelse tages i betragtning, hvilke muligheder der måtte være for på flere decentraliserede afdelinger at etablere et samarbejde med anden ergoterapi på sygehus og revalideringsvirksomhed under amtskommunens sociale forvaltning. Man kan formentlig ikke se bort fra, at årsagen til, at nogle specialsygehuse har opbygget en betydelig selvstændig ergoterapi og revalideringsvirksomhed, der i hvert fald ikke på alle områder afviger væsentligt fra den ergoterapi og revalideringsvirksomhed, der foregår henholdsvis på de somatiske sygehuse og i den sociale sektor, må søges i, dels at specialsygehuse administrativt og i de fleste tilfælde også beliggenhedsmæssigt har været adskilt fra de somatiske sygehuse, hvilket selvsagt har vanskeliggjort eller umuliggjort et tæt samarbejde om fælles faciliteter, dels at det ligeledes på grund af den administrative opsplitning har været vanskeligt at etablere det fornødne samarbejde med revalideringsvirksomhed i den sociale sektor.

Nu, hvor såvel ansvaret for det samlede sygehusvæsen som ansvaret for revalideringsinstitutioner, beskyttede virksomheder m.v. er blevet samlet hos amtsrådet - omend under forskellige udvalg - skulle de administrative barrierer for hensigtsmæssigt samarbejde og arbejdsfordeling på de nævnte områder være fjernet.

En centraliseret funktion bør i øvrigt så vidt muligt kun etableres/bevares under forudsætning af, at enhederne placeres/er placeret centralt i sygehuskommunen og i nærheden af et hovedsygehus. Kun i disse tilfælde kan der ved en centraliseret funktion i et vist omfang opnås de særlige fordele, der knytter sig til en decentraliseret funktion, jfr. nedenfor.

For decentralisering taler, at en decentraliseret organisation synes at passe bedst til en distriktpsykiatrisk opbygning af sygehusfunktionen. **Indlæggelsesformer** som dag/nathospital og ambulant behandling, hvilke har vist sig i en vis udstrækning at kunne erstatte helt eller delvis en heldøgnsindlæggelse, vil også bedst kunne anvendes, hvis enheden ikke ligger for langt fra det sted, patienterne bor. Endvidere vil mulighederne for at gennemføre en udstrakt udgående virksomhed over for distriktet være bedre, såfremt »enheden« ligger centralt placeret i det distrikt, den skal betjene. Men også og ikke mindst af hensyn til de patienter, der skal indlægges - og måske være indlagt i lang tid - er det vigtigt, at enheden ikke er placeret for langt fra deres hjemegn, således at mulighederne for, at de kan bevare kontakten med familie og venner bliver de bedst mulige. Tilsvarende kan eventuel genoptagelse af arbejdet under samtidig indlæggelse nemmere finde sted, hvis enheden ikke ligger for langt fra arbejdsstedet/bopælen. Lignende hensyn gør sig også gældende ved overvejelser om den rette størrelse og placering af plejehjem, jfr. nedenfor i kapitel VIII. Disse menneskelige hensyn, der taler stærkt for decentralisering, opvejes ikke af, at der er nogle tilfælde, hvor en patient foretrækker at blive indlagt på en institution langt fra hjemegnen, jfr. nedenfor i afsnit 5, om de private sygehuse.

Der er dog grund til at understrege, at centralisering - decentralisering langt fra altid vil være et enten-eller. I større byområ-

der vil »decentralisering« således ofte være ensbetydende med en vis centralisering eller måske rettere »koncentration« af psykiatrisk - og anden - sygehusfunktion.

Hertil kommer, at mulighederne for decentralisering er begrænset derved, at en psykiatrisk enhed skal placeres ved et somatisk sygehus af en vis størrelse og udspecialisering. I de vejledende retningslinier er det anført, at psykiatriske enheder - ved en decentraliseret løsning - fortrinsvis vil kunne placeres på de sygehustyper, der i medicinalstatistikens terminologi ligger over det delte sygehus' niveau. Dvs. sygehuse med mere end 2 kliniske afdelinger og det vil i de fleste tilfælde sige de sygehuse, der tidligere blev kaldt centralsygehuse. Uden for hovedstadsområdet er det ret få centralsygehuse eller sygehuse med mere end 2 kliniske afdelinger (ud over langtidsmedicin), som ikke enten ligger i nærheden af et specialsygehus, eller allerede har en psykiatrisk sengeafdeling (undtagelser: Nykøbing F, Sønderborg, Haderslev, Holstebro, Fredericia, Skive). Når udvalget har ment at måtte gå ind for, at en psykiatrisk afdeling fortrinsvis placeres ved de nævnte sygehustyper, skyldes det først og fremmest hensynet til behovet for samarbejde mellem det psykiatriske og flere somatiske specialer, I nogle tilfælde vil hensynet til at opnå fordelene ved en decentraliseret organisation dog kun kunne gøre det forsvarligt, at afdelingen placeres ved et *delt* sygehus.

For en ordens skyld bemærkes, at udvalget bestemt må fraråde, at psykiatriske afdelinger placeres ved sygehuse der ikke har akut somatisk sygehusfunktion.

4.4. »Mindste funktionsduelige enhed«.

Gennemførelse af en distriktpsykiatrisk organisation af det psykiatriske sygehusvæsen rejser ganske naturligt det spørgsmål, om der kan siges noget om den størrelse, en enhed bør have for at kunne fungere distriktpsykiatrisk, dvs. tage sig af alle sygdomstilfælde inden for distriktet.

I betænkning om »Psykiatriens udvikling i Danmark i den nærmeste fremtid«, 1970, har man indgående beskæftiget sig med dette spørgsmål. Man nåede frem til, at mindste funktionsduelige enhed ville være

en afdeling med 60 senge og 15 pladser til dagpatienter.

60-sengsmodellen er opstillet på grundlag af en række forskellige præmisser, dels med hensyn til forskellige sengekategorier og tilsvarende patientkategorier, dels med hensyn til sengebehovet for de pågældende patientkategorier pr. 1.000 indbyggere.

Sengene inddeltes i følgende 3 grupper:

- A) Senge beregnet for patienter med en gennemsnitlig liggetid på ca. 3 uger (herefter kaldt A-senge). Dette svarer til den liggetid, der findes på afdelinger uden plejepatienter.
- B) Senge beregnet for patienter med gennemsnitlig liggetid fra 1/4-1 år, det vil sige 2 årlige indlæggelser (herefter kaldt B-senge).
- C) Senge beregnet for kroniske patienter (herefter kaldt C-senge), hvor udskrivnings- og revalideringsmulighederne er små.

Det er herefter ud fra forskellige forudsætninger beregnet hvor stor en andel af de psykiatriske sygehussenge, der skal anvendes til de forskellige patientkategorier. A- og B-senge forudsættes at lægge beslag på hver 1/4 af sengepladserne, medens C-senge forudsættes at lægge beslag på 1/2 af sengepladserne. Ud fra visse nærmere angivne præmisser med hensyn til sengebehovet, når man herefter frem til, at en enhed på 60 senge vil være en passende størrelse. Heraf forudsættes 15 senge at være A-senge, 15 senge at være B-senge og 30 senge at være C-senge.

60-sengsmodellens anvendelighed må først og fremmest afhænge af en vurdering af om forudsætningerne med hensyn til de forskellige sengekategoriers indbyrdes størrelsesforhold må antages at holde stik, herunder navnlig forudsætningen om, at *halvdelen* af pladserne vil være belagt med kroniske patienter (og plejepatienter).

Et andet og i denne sammenhæng mindre væsentligt spørgsmål er, hvor stor en befolkning en sådan 60-sengsenhed kan betjene. Herom henvises til kapitel IV, hvoraf fremgår, at udvalget ikke mener, at det er muligt at opstille nogen anvendelig norm for det fremtidige sengebehov.

Når de amtskommunale psykiatriske afdelinger hidtil har kunnet fungere (godt) med et sengetal betydeligt lavere end 60,

f.eks. med 30-40 sengepladser, hænger det sammen med, at afdelingerne hidtil ikke har taget sig af alle patientkategorier inden for området, f.eks. ikke - hvad der i denne sammenhæng er centralt - langtidsliggende kroniske patienter og plejepatienter. Spørgsmålet er herefter, om den omstændighed, at disse afdelinger også skal tage sig af langtidsliggende patienter vil gøre det nødvendigt, at afdelingernes sengetal groft sagt fordobles, hvis de fortsat skal betjene det samme område som hidtil med A- og B-senge.

Besvarelsen af dette spørgsmål kan ikke umiddelbart baseres på, hvor mange af det samlede antal sengepladser (uden for København), der i øjeblikket er belagt med kroniske patienter og plejepatienter. For mange af de nuværende kroniske patienter gælder det, at de har været så længe på sygehus, at de ikke kan udskrives, selv om patienter, der nu bliver syge med tilsvarende sygdomsbilleder, kan behandles og udskrives.

Med hensyn til plejepatienterne kan man heller ikke umiddelbart lægge det nuværende antal til grund, først og fremmest fordi en stor del af disse patienter, hvis der var mulighed derfor, kunne være enten på psykiatrisk plejehjem under sygehusvæsenet eller på plejehjem under bistandsloven, jfr. nedenfor i kapitel VIII.

Ved planlægningen af det fremtidige psykiatriske sygehusvæsen må det lægges til grund, at (nye) plejepatienter ikke skal være på sygehusene, men på plejehjem eller lignende, enten under sygehusvæsenet eller under socialvæsenet, hvilket selvsagt vil forudsætte en koordinering af sygehusplanlægningen med den sociale **udbygningsplan**lægning, samarbejde omkring visitation m.v.

Spørgsmålet om »den mindste funktionsduelige enhed« er derfor i høj grad et spørgsmål om, hvor mange nye kroniske patienter, fortrinsvis inden for gruppen af skizofrene patienter, man må regne med pr. år, og hvor længe en kronisk patient vil lægge beslag på en sygehusseng.

Disse spørgsmål kan ikke besvares, bl.a. fordi antallet af disse patienter vil afhænge af mulighederne for behandling i de aktive sygdomsfaser og udbygningen af patientkollegier, pensionater m.v.

Med hensyn til den mindste funktionsduelige enhed kan formentlig *konkluderes*, at en psykiatrisk afdeling må have en vis størrelse for at kunne klare alle sygdomstilfælde inden for et område, og at de fleste af de nuværende amtskommunale afdelinger er for små til at klare alle sygdomstilfælde. Det vil formentlig være rimeligt at tage som udgangspunkt, at »den mindste funktionsduelige enhed« er på ca. 60 senge.

Man kan dog ikke lægge sig fast på *en* enheds-størrelse som den eneste rigtige, der skal gælde generelt. Såfremt en analyse af de lokale forhold tilsiger det, vil en »enhedsstørrelse«, der såvel er *lidt* mindre end 60 senge, som noget større kunne komme på tale. Her tænkes bl.a. på, at spørgsmålet om »enhedsstørrelsen« ofte vil bero på antallet af »egnede« somatiske sygehuse i amtskommunerne, jfr. ovenfor afsnit 4.3.

Med hensyn til antallet af dagpatientpladser i forhold til antallet af sengepladser, vil der formentlig ofte være brug for betydelig flere dagpatientpladser end svarende til 1/4 af sengetallet.

4.5. Patientkollegier, -pensionater m.v. Tilhørsforhold.

De institutionstyper, der her vil blive omtalt kan efter deres funktion deles i 2 hovedgrupper: *efterbehandlingsinstitutioner* og institutioner beregnet til mere *varigt* ophold.

4.5.1. Efterbehandlingsinstitutioner.

Efter en heldøgnsindlæggelse kan udskrivningen, der erfaringsmæssigt kan volde vanskeligheder, ofte med fordel foregå etapevis med aftrappende plejeniveau efterfulgt af ambulant behandling. Her vil en *deldøgns* indlæggelse (dag/nathospitalsbehandling) ofte kunne være hensigtsmæssig som en overgang mellem indlæggelsesperioden og den ambulante efterbehandling.

En deldøgnsindlæggelse som dagpatient forudsætter imidlertid, at patienten har et sted at bo uden for sygehuset. Hertil kommer, at nogle patienter kan have behov for i en overgangsperiode at bo under beskyttede forhold under et vist tilsyn fra vedkommende psykiatriske sygehus/afdeling.

Københavns kommune har oprettet patientpensionater, hvor udskrevne patienter mod betaling kan leje et værelse.

Nogle af de tidligere statshospitaler har forbindelse med patientkollegier, der kan huse udskrevne i en vis tid efter udskrivningen.

Nogle steder råder man over private lejligheder, som stilles til rådighed for udskrevne patienter.

Til denne gruppe af institutions- eller foranstaltningstyper hører også Højvang-kollegiet ved Århus.

Kollegiet, der er en selvejende institution, blev oprettet i 1968 på initiativ af Landsforeningen Sindslidendes Vel. Institutionen blev etableret som en særfororgsinstitution under socialministeriet på grund af sin karakter af socialpædagogisk og revalideringsmæssig foranstaltning i forbindelse med udslusning af patienter fra hospitaler for sindslidende.

Efter bilstandslovens ikrafttræden er institutionen for en tidsbegrænset periode godkendt som særligt plejehjem til periodevis indlæggelse til rekreation eller behandling (bilstandslovens §112-114). Når Højvang-kollegiets godkendelse efter bilstandsloven er gjort tidsbegrænset, skyldes det, at socialministeriet har ment, at sagen, forinden der træffes endelig afgørelse om godkendelse af institutionen efter bilstandsloven, burde forelægges for psykiatriudvalget.

Kollegiets formål er at modtage psykiatriske patienter på efterbehandlingsstadiet med henblik på at stabilisere deres helbreds-, erhvervs- og boligsmæssige samt øvrige sociale forhold. Kollegiet er normeret til 18 interne og 10 eksterne beboere. Ophold på kollegiet kan sædvanligvis højst vare ½ år. Der modtages fortrinsvis yngre beboere.

På kollegiet optages også personer, der ikke har været indlagt, og hvor optagelsen på kollegiet er et led i gennemførelsen af en revalideringsplan. Beslutning om optagelse på kollegiet træffes af socialstyrelsen efter indstilling fra det sociale udvalg i pågældendes opholdskommune.

Kollegiets bestyrelse er af den opfattelse, at kollegiet under hensyn til sit formål fortsat bør være henført til det sociale område.

Der er et stort udækket behov for sådanne efterbehandlingsinstitutioner/foranstaltninger. Det kan imidlertid diskuteres, hvorvidt sådanne institutioner/foranstaltninger bør oprettes under sygehusvæsenet eller under socialvæsenet, jfr. ovenfor om baggrunden for at godkendelsen af Højvang-kollegiet efter bilstandsloven er gjort tidsbegrænset.

Det er udvalgets opfattelse, at afgrænsningen af arbejdsopgaverne mellem sygehusvæsenet og socialvæsenet vedr. psykiatriske patienter så vidt muligt må ske på samme måde som vedr. somatiske patienter.

De her nævnte foranstaltninger for udskrevne psykiatriske patienter må nærmest sidestilles med revalideringsforanstaltninger.

Opgavefordelingen mellem sygehusvæsen og socialvæsen må derfor baseres på, at bistandsloven tager sigte på revalideringsforanstaltninger med socialt og erhvervsmæssigt formål, medens den lægelige, helbredsbetonede, revalidering forudsættes at blive varetaget som sygehusopgave. Der henvises herved til socialministeriets cirkulære af 18. marts 1976 om bistandslovens bestemmelser om institutionerne under amtskommunen, pkt. 60.

På det psykiatriske såvel som på det somatiske område vil der være en glidende overgang mellem den erhvervsmæssige og helbredsbetonede revalidering, og opdelingen vil derfor til en vis grad bero på et skøn.

Hvis foranstaltningen/institutionsopholdet bl.a. indgår i en erhvervsmæssig revalidering bør institutionen oprettes under bistandsloven.

Hvis sigtet med foranstaltningen derimod hovedsageligt er efterbehandling med det formål at revalidere patienten til at kunne klare sig selv, at blive funktionsduelig i almindelighed, følger det af det foran anførte, at institutionen må kunne oprettes under sygehusloven. Den patientgruppe det her drejer sig om, vil typisk være invalidepensionister, som ikke kan revalideres i erhvervsmæssig henseende.

Over for denne patientgruppe er det revalideringsmæssige sigte med ophold under beskyttede forhold i kortere eller længere tid efter udskrivningen - sammen med andre udskrevne patienter, der kan være hinanden til gensidig støtte og under et vist tilsyn fra vedkommende psykiatriske afdeling - at optræne patienten til at kunne klare en nogenlunde selvstændig tilværelse i egen bolig. Sigtet med foranstaltningen er dermed også at forebygge genindlæggelser.

Konklusionen må herefter være, at disse efterbehandlingsinstitutioner afhængig af formålet, jfr. foran, må kunne oprettes såvel under bistandsloven som under sygehusloven - i hvert fald så længe bistandsloven har det nuværende indhold.

Udvalget er opmærksom på, at det overvejes i forbindelse med udlægning af statens særforborg til amtskommuner og kommu-

ner, at tillægge amtsrådet ansvaret for, at der findes den fornødne kapacitet af specialinstitutioner for særforborgens patientgrupper, såfremt disses behov ikke fuldtud kan tilgodeses inden for det øvrige sociale institutionsområde. Man kunne tænke sig, at amtsrådet på lignende måde fik ansvaret for, at der findes den fornødne kapacitet af specialinstitutioner for psykiatriske patienter, jfr. kapitel VIII, afsnit 7.2., om tilsvarende overvejelser på plejehjemsområdet.

4.5.2. Institutioner til mere varigt ophold.

Institutioner til mere varigt ophold bør formentlig lortrinsvis oprettes under bistandsloven, hvorefter der foruden plejehjem kan oprettes beskyttede boliger, kollektivboliger m.v., jfr. nedenfor i kapitel VII, afsnit 7.2.

5. Særligt om de private sygehuse.

I det nuværende psykiatriske sygehusvæsen indgår følgende private sygehuse: Jysk Nervesanatorium, Dianalund Nervesanatorium samt den psykiatriske afdeling under Kolonien Filadelfia. Disse sygehuse bør efter udvalgets opfattelse søges bevaret som et led i det fremtidige psykiatriske sygehusvæsen.

Ved bestræbelserne på at decentralisere det psykiatriske sygehusvæsen samtidig med at det organiseres distriktskykiatrisk, hvilket generelt set rummer en lang række fordele i relation til patientbehandlingen, må det ikke overses, at der er nogle patienter, der ikke ønsker at blive indlagt til psykiatrisk behandling på et lokalt sygehus, eller i øvrigt af særlige grunde ønsker at blive indlagt uden for hjemstedssygehuskommunen. Sådanne ønsker om indlæggelser bør kunne imødekommes både af rent menneskelige hensyn og af behandlingsmæssige grunde. Amtskommunerne bør derfor i planlægningen af det psykiatriske sygehusvæsen tage hensyn til den kapacitet, der forfindes på de private sygehuse.

De private sygehuse synes særlig velegnede til at tage sig af sådanne patientgrupper. Der må også tages hensyn til, at nervesanatorierne i særlig grad er beregnet til at behandle neurosepatienter i de relativt få

tilfælde, hvor behandlingen bedst kan foregå under indlæggelse. Endvidere, at den psykiatriske afdeling på Filadelfia har etableret en særlig ungdomspsykiatrisk virksomhed.

Endelig bør også samfundsøkonomiske hensyn tages i betragtning. De private sygehuse har gennemgående en standard, såvel bygnings- som personalemæssigt, der gør dem fuldt funktionsdygtige i forhold til de funktioner, de varetager.

De særlige visitationsmæssige spørgsmål, der rejser sig ved anvendelsen af andre sygehuse end amtskommunens egne, bør der tages stilling til i amtskommunernes sygehusplan. Det vil formentlig være hensigtsmæssigt, at der indgås aftale med vedkommende private sygehuse om en vis årlig benyttelse, således at visitationsreglerne fastlægges under hensyn hertil.

Såfremt en amtskommune imidlertid ønsker at nedtrappe sin benyttelse af et af de private sygehuse, vil det være rimeligt, at en sådan nedtrapning finder sted over et passende åremål og efter aftale med det private sygehus, således at dette får mulighed for at tilrettelægge sin virksomhed og personaleforhold herefter.

6. Psykiatrisk undersøgelse og behandling på lands- og landsdelsplan samt sygehusvæsenets retspsykiatriske opgaver.

6.1. Lands- og landsdelsfunktioner.

I psykiatriudvalgets kommissorium er det anført, at udvalget for så vidt angår den del af den psykiatriske sygehusfunktion, som eventuelt bør varetages på landsdelsplan, bør begrænse sig til nærmere at fastlægge, hvilke funktioner der skal have denne status i det fremtidige sygehusvæsen. Den geografiske placering af sådanne funktioner og de mere praktisk betonedede problemer med hensyn til visitation, betaling m.v. forudsættes derimod behandlet i indenrigsministeriets udvalg om landsdelsspecialer.

Indenrigsministeriets udvalg om landsdelsspecialer blev nedsat den 28. januar 1975 med følgende kommissorium:

»Udvalgets opgave vil være at foretage en afgrænsning af de lægefaglige områder, der bør henregnes til lands- eller landsdelsfunktionerne,

at fremkomme med forslag til disse funktioners geografiske placering og den konkrete landsdækning på basis af funktionernes krav til sygehusmæssige ressourcer (bygninger, senge, ambulatorier, personale, teknisk udstyr, hjælpeafdelinger m.v.) under hensyntagen til det faktiske sygehusvæsen,

at overveje de visitationsmæssige problemer og søge at opstille modeller for visitation til indlæggelse på landsdelsspecialeafdelinger,

at gennemdrøfte de økonomiske problemer, der er forbundet med drift af landsdelsspecialeafdelinger og fremkomme med eventuelle forslag til, hvorledes de økonomiske byrder mest rimeligt kan fordeles.

Endelig bør udvalget overveje på hvilken måde, det vil være hensigtsmæssigt at følge den fremtidige udvikling inden for diagnostik og patientbehandling med henblik på etablering af nye landsdelsfunktioner, herunder om dette eventuelt vil kunne ske ved nedsættelse af et mere permanent rådgivende udvalg.»

Udvalget har den 21. januar 1977 afgivet delbetænkning vedrørende lands- og landsdelsfunktioner (betænkning nr. 791/1977).

Udvalget finder, at lands- og landsdelsfunktionernes omfang og karakter er underkastet løbende ændringer i så høj grad, at det ikke vil være hensigtsmæssigt én gang for alle at afgrænse de lægefaglige områder, der bør henregnes til lands- og landsdelsfunktionerne, og at placere disse funktioner geografisk.

Udvalget har derfor lagt hovedvægten på, at stille forslag om etablering af en permanent organisation, der løbende kan afgrænse lands- og landsdelsfunktionerne, samt stille forslag om disses fordeling mellem sygehuse og at foreslå en klarere og mere systematisk styring af lands- og landsdelsfunktionerne gennem udarbejdelse af retningslinier for visitationen.

Udvalget anbefaler således, at der nedsættes et stående planlægnings- og visitationsudvalg, der skal være rådgivende over for sundhedsstyrelsen, indenrigsministeriet og amtskommunerne, og som bl.a. skal have følgende opgaver:

- at foretage en løbende analyse af de lægefaglige områder, der aktuelt henregnes

til lands- og landsdelsfunktionerne, herunder en løbende analyse af den aktuelle visitation til lands- og landsdelsfunktionerne,

- at opstille vejledende retningslinier for visitationen til lands- og landsdelsfunktionerne.

Landsdelspecialudvalget anbefaler endvidere, at der på grundlag af de af planlægnings- og visitationsudvalget udarbejdede retningslinier i hver enkelt amtskommune tilvejebringes lægefagligt underbyggede retningslinier både for den interne amtskommunale visitation og for visitationen til lands- og landsdelssygehus, således at de konkrete skøn over den enkelte patients behov for sygehusbehandling inden for afstukne rammer så vidt muligt kan overlades til den praktiserende læge.

Da det vil tage nogen tid at tilvejebringe disse retningslinier, er det udvalgets opfattelse, at de hidtidige regler for visitation til lands- og landsdelssygehuse indtil videre bør opretholdes, uanset om statens tilskud til visse afdelinger afskaffes.

Med hensyn til afgrænsning af lands- og landsdelsfunktionerne er det landsdelspecialudvalgets opfattelse, at det i praksis næppe vil være hensigtsmæssigt med ét afgrænsningskriterium alene. *Generelt* må man søge at afgrænse lands- og landsdelsfunktionerne til funktioner, der vedrører sjældnere sygdomme, som kun bør behandles et fåtal af steder i landet, samt sygdomme hvis diagnosticering og/eller behandling forudsætter tilstedeværelsen af mange hjælpeafdelinger. Endvidere funktioner, der i henseende til diagnosticering og/eller behandling kræver et stort ressourceforbrug, f.eks. i form af specialapparatur.

Som anført i de vejledende retningslinier afsnit 2.3.3. forekommer psykiatrisk undersøgelse og behandling på lands- og landsdelsplan især over for voksne døve sindslidende samt visse retspsykiatriske patienter. For så vidt angår børnepsykiatrisk undersøgelse og behandling på lands- og landsdelsplan henvises til afsnit B, nedenfor.

Langt den overvejende del af sygehusvæsenets retspsykiatriske opgaver varetages dog på amtsplan, jfr. nedenfor i afsnit 6.2.

Til belysning af spørgsmålet om, hvorvidt der i øvrigt inden for psykiatrien er opgaver, der varetages/bør varetages på lands-

og landsdelsplan, nævnes nedenfor nogle af de opgaver, som særlig har været varetaget af Rigshospitalet:

- I specielle tilfælde af retspsykiatrisk art har retslægerådet kunnet anmode om observation med henblik på erklæringsudstedelse på Rigshospitalets psykiatriske afdeling.
- Rigshospitalet har påtaget sig behandling af medicinalpersoner med psykiske sygdomme og misbrugsproblemer. - Ligeledes har Rigshospitalet i forbindelse med sundhedsstyrelsen påtaget sig fortsat ambulant behandling og kontrol af en del af disse patienter.
- Til Rigshospitalets psykiatriske poliklinik er knyttet en seksologisk klinik. Denne har på landsbasis modtaget patienter med seksuelle problemer. Det er dog tanken, at behandlingen af disse patienter også skal foregå andre steder. Også patienter inden for de seksuelle minoriteter (transseksuelle, transvestitter etc.) er blevet undersøgt og behandlet, ligesom kønsskifteoperation o.lign. er blevet gennemført i samarbejde med somatiske afdelinger.

Som en særlig landsfunktion kan endelig nævnes militærpsykiatrien. Til Rigshospitalet er knyttet en landsdækkende militærpsykiatrisk klinik, hvor undersøgelser og behandling af tjenstgørende personel finder sted.

Der har hidtil kun i meget begrænset omfang været tale om, at der ved de større psykiatriske enheder i universitetsområderne, hvor der i særlig grad foregår psykiatrisk grundforskning, er sket en forskningsbetinget udskillelse af psykiatriske ekspertområder (»subspecialer«) med den deraf følgende konsekvens, at undersøgelse og behandling af visse patientgrupper bør foregå på lands- og landsdelsplan. Dette vil muligvis ændre sig i fremtiden.

6.2. Sygehusvæsenets retspsykiatriske opgaver.

De særlige opgaver over for retsmyndighederne, som indtil 1. april 1976 blev varetaget af statens hospitaler for sindslidende, varetages nu af amtskommunerne og Københavns og Frederiksberg kommuner, jfr. overførelseslovens § 3.

I en delbetænkning af maj 1974 fra udvalget om statshospitalernes overgang til amtskommunerne er der nærmere redegjort for disse opgaver. I det følgende vil der derfor kun blive givet en kort redegørelse for overførelseslovens bestemmelser om disse opgaver.

Efter § 3, stk. 1, påhviler det amtskommunerne og Københavns og Frederiksberg kommuner på disses psykiatriske sygehuse eller sygehusafdelinger at modtage:

- a. Personer, der efter retskendelse skal indlægges til mentalundersøgelse.
- b. Personer, der i henhold til dom eller kendelse skal anbringes i psykiatrisk sygehus eller på anden måde undergives psykiatrisk behandling.
- c. Personer, der efter justitsministeriets eller overrøvrighedens bestemmelse skal anbringes i psykiatrisk sygehus.
- d. Personer, der som vilkår for prøveløsladelse eller tiltalefrafald skal undergives psykiatrisk behandling.

Efter § 3, stk. 2, påhviler det Vestsjællands amtskommune indtil videre at drive den til statshospitalet i Nykøbing Sjælland knyttede sikringsanstalt. På anstalten skal modtages:

- a. Personer, der i henhold til dom eller administrativ beslutning skal anbringes i sikringsanstalten.
- b. Personer, der efter retskendelse skal indlægges til mentalundersøgelse i hospital for sindslidende, og som af anklagemyndigheden skønnes at burde anbringes i sikringsanstalten.

I medfør af § 3, stk. 4, skal væsentlige ændringer i den i stk. 2 nævnte sikringsanstalts forhold godkendes af indenrigsministeren. Afgørelsen træffes efter forhandling med justitsministeren.

Det er i bemærkningerne til lovforslaget anført, at det forudsættes, at de retspsykiatriske patienter, som hidtil, modtages snarest muligt på de pågældende sygehuse/afdelinger.

I indenrigsministeriets bekendtgørelse nr. 184 af 31. marts 1976 om amtskommunernes indbyrdes betalingsforpligtelser i forbindelse med varetagelsen af retspsykiatriske opgaver er der fastsat nærmere regler om

disse betalingsforpligtelser. Der er endvidere fastsat regler om, i hvilke tilfælde anklagemyndigheden m.fl. kan bestemme, at retspsykiatriske patienter skal anbringes eller behandles uden for hjemstedsamtskommunen.

Det er efter bekendtgørelsen den almindelige regel, at undersøgelse og behandling m.v. af retspsykiatriske patienter skal ske på det psykiatriske sygehus eller den sygehusafdeling, som er beliggende i patientens hjemstedsamtskommune. Indlæggelse m.v. på et psykiatrisk sygehus uden for hjemstedsamtskommunen kan i almindelighed kun ske efter samtykke fra denne.

Fra disse almindelige regler gælder følgende undtagelser:

Såfremt der er afsagt retskendelse om indlæggelse til *mentalundersøgelse*, kan anklagemyndigheden bestemme, at undersøgelsen skal foretages på et psykiatrisk sygehus uden for hjemstedsamtskommunen.

Vedfuldbyrdelse af domme m.v. til *anbringelse* eller *behandling* på psykiatrisk sygehus kan den statsadvokat, der har behandlet sagen, bestemme, at anbringelse eller behandling skal ske på et psykiatrisk sygehus uden for hjemstedsamtskommunen, hvis retssikkerhedshensyn eller andre særlige hensyn, herunder hensynet til den forurettede, taler herfor.

På samme betingelser kan justitsministeren (direktoratet for kriminalforsorgen) træffe bestemmelse om anbringelse uden for hjemstedsamtskommunen af personer, der efter straffelovens § 49, stk. 2, overføres til psykiatrisk sygehus, samt af personer, der prøveløslades eller benådes på vilkår om anbringelse eller behandling på psykiatrisk sygehus.

De hidtil gældende retningslinier for meddelelse af friheder til personer, som er dømt til anbringelse i et statshospital, er opretholdt. Nye regler er under udarbejdelse i justitsministeriet.

Sikringsanstalten i Nykøbing Sjælland har 17 pladser. I 1957 blev der i tilknytning til sikringsanstalten oprettet en særlig observationsafdeling beregnet til mentalobservation af mandlige observander, der skønnes at være særlig farlige eller tilbøjelige til at undvige. I 1958 oprettedes en retspsykiatrisk klinik på psykiatrisk hospital i Århus.

I Københavns-området varetages en del mentalundersøgelser af justitsministeriets psykiatriske undersøgelsesklínik.

Hovedparten af de mentalobservationer, der finder sted på psykiatrisk sygehus eller afdeling, foretages på de retspsykiatriske klinikker/afdelinger i Nykøbing Sjælland og Århus. I 1973/74 blev der indlagt i alt 140 patienter til observation, heraf 53 på psykiatrisk hospital i Århus og 44 på amthospitalet i Nykøbing Sjælland.

I 1973/74 blev der indlagt i alt 180 patienter til anbringelse eller behandling.

Et ikke ubetydeligt antal mentalerklæringer udfærdiges af embedslæger uden psykiatrisk speciallægeuddannelse.

Det er fra psykiaterside blevet anført, at det næppe er nogen ønskelig ordning, idet mentalobservation kræver speciel psykiatrisk sagkundskab.

Varetagelsen af de retspsykiatriske opgaver kan stille særlige krav til organisationen af det psykiatriske sygehusvæsen, og der må ved planlægningen af det psykiatriske sygehusvæsen tages hensyn hertil. Udvalget har imidlertid ikke ment at kunne give nærmere retningslinier for varetagelsen af de retspsykiatriske opgaver, først og fremmest fordi justitsministeriet ikke er repræsenteret i udvalget.

Inden for kriminalforsorgen anbringes psykisk afvigende kriminelle fortrinsvis i Anstalten i Herstedvester, der nu er det eneste fængsel, der er psykiatrisk ledet.

Af psykiatere beskæftiget inden for kriminalforsorgen er det anført, at man i kriminalforsorgen, specielt på Anstalten ved Herstedvester, i de senere år har konstateret et stigende antal indsættelser af sindssyge, såvel afsonere som varetægtsindsatte. Anstalten er imidlertid ikke beregnet til et psykotisk klientel. Hvad angår afsonere kan det stigende antal bl.a. hænge sammen med nedsat anvendelse af mentalobservation. Hvad angår varetægtsindsatte hænger det sammen med, at de almindelige psykiatriske afdelinger ikke kan præstere den meget store grad af retssikkerhed, som politiet kræver specielt vedrørende indsatte i varetægt.

Der er rejst spørgsmål om, hvorvidt der inden for det psykiatriske sygehusvæsen på landsdelsbasis bør oprettes særligt sikrede afsnit til den mindre del af det retspsykiatriske klientel, som er særligt adfærdsvanskelige og/eller undvigelsestruede, og som kun vanskeligt kan huses på almindelige psykiatriske afdelinger, jfr. Ugeskrift for Læger 1977: 139: 682-684.

7. Psykiatrisk forskning og undervisning.

Det psykiatriske sygehusvæsen varetager på samme måde som det somatiske sygehusvæsen en række forsknings- og undervisningsopgaver.

Inden for disse områder kan man skelne mellem opgaver, der er koncentreret til et fåtal af sygehuse og opgaver, der kan varetages på alle sygehuse. Psykiatrisk grundforskning er centraliseret til psykiatriske sygehuse i Århus, Odense og hovedstadsområdet. I overførelseslovens § 6 er indeholdt en særlig bestemmelse om statsrefusion af disse udgifter samt af udgifterne ved centraliseret psykiatrisk registrering ved Psykiatrisk hospital i Århus (Institut for Psykiatrisk Demografi), jfr. ovenfor i kapitel V, A, afsnit 9.

Udgifterne ved studenterundervisning, der tidligere blev afholdt over statshospitalernes almindelige budget, afholdes nu i medfør af lov nr. 296 af 26. juni 1975 om sygehusvæsenets deltagelse i uddannelse inden for kliniske fag ved det lægevidenskabelige studium mv. af staten (undervisningsministeriet). Studenterundervisningen foregår på Rigshospitalet, de psykiatriske modtageafdelinger i Københavns kommune, Københavns amts sygehus Nordvang, Psykiatrisk hospital i Århus samt Odense sygehus.

Forskning på amtsplan.

Den kliniske forskning er forskning som kan forekomme på ethvert sygehus som led i det sædvanlige kliniske arbejde. Den kliniske forskning, der i en del tilfælde har karakter af løbende kvalitetskontrol af behandlingen, udgør sammen med grundforskningen en nødvendig forudsætning for, at undersøgelses- og behandlingsarbejdet på psykiatriske sygehuse og afdelinger kan blive bedst muligt.

Den almindelige forskning inden for det psykiatriske sygehusvæsen finansieres gennem statens lægevidenskabelige forskningsfond, fra andre fondsmidler, herunder udenlandske fonds samt af sygehuskommunerne.

Sygehuskommunerne har oprettet regionale lægevidenskabelige forskningsfonds, der finansieres af de pågældende sygehus-

kommuner, sædvanligvis således, at der til fonden hvert år bevilges et bestemt beløb pr. ansat læge og eventuelt andre personalegrupper, og udvalget går ud fra, at de overførte specialsygehuse og de psykiatriske afdelinger i øvrigt overalt er eller vil blive inddraget i og tilgodeset gennem disse fonds.

Undervisning luddannelse på amtsplan.

De undervisnings- og uddannelsesmæssige opgaver, der påhviler det almindelige psykiatriske sygehusvæsen er stort set af samme art, som dem, der påhviler det somatiske svgehusvæsen. Ansættelse på psykiatrisk henholdsvis børnepsykiatrisk afdeling indgår således i speciallægeuddannelsen af psykiatere, henholdsvis børnepsykiatere. Endvidere indgår ansættelse på psykiatrisk afdeling som et obligatorisk led i uddannelsen til speciallæge i neurologi. Ansættelse på psykiatriske afdelinger kan indgå i uddannelsen af alment praktiserende læger, jfr. nedenfor i kapitel VII, afsnit 4.4.

For gruppen af plejepersonale kan nævnes, at plejeruddannelsen hidtil særligt har været beregnet på varetagelsen af plejeopgaver ved psykiatriske institutioner og derfor har fundet sted på psykiatriske institutioner. Med hensyn til en eventuel nyordning af plejeruddannelsen henvises til kapitel V, A, afsnit 4.

I uddannelsen til sygeplejerske indgår 4 måneders praktik på psykiatrisk sygehus.

Uddannelse i psykiatri og/eller børnepsykiatri, dog ikke nødvendigvis gennem ansættelse/praktik på en psykiatrisk sygehusafdeling, indgår i uddannelserne for psykologer, ergoterapeuter, socialrådgivere, sygehjælpere, pædagoger m.v.

Som en særlig undervisningsfunktion for det psykiatriske sygehusvæsen kan nævnes undervisning i psykiatri af personalegrupper, der ikke direkte har med patientbehandlingen at gøre. Miljøet og team-arbejdet på psykiatriske afdelinger har en sådan betydning, at det er nødvendigt, at også personalemedlemmer, der ikke direkte deltager i behandlingen har en vis psykiatrisk viden, (f.eks. kan nævnes rengøringspersonale, køkkenpersonale, laboranter, sekretærer og værkstedspersonale).

Det er udvalgets opfattelse, at der er et stort behov for (efter)uddannelse i psykiatri, såvel for de personalegrupper, der er beskæftiget i sygehusvæsenet, som dem der er beskæftiget i plejehjemssektoren og i den primære sundhedstjeneste.

Nedenfor i kapitel VII og VIII er disse uddannelsesspørgsmål nærmere berørt for så vidt angår den primære sundhedstjeneste og plejehjemssektoren.

B. BØRNEPSYKIATRI

1. Børnepsykiatriske afdelinger ved overførte specialsygehuse.

Sammen med de respektive statshospitaler

Institution:

Børnepsykiatrisk afdeling v/Københavns amts sygehus, Nordvang:
(Statshospitalet i Glostrup)

blev der overført følgende børnepsykiatriske afdelinger til amtskommunerne med følgende landområder:

Landområde:

Københavns amtskommune
Frederiksborg amtskommune
Roskilde amtskommune
Vestsjællands amtskommune
Storstrøms amtskommune
Bornholms amtskommune
Frederiksberg kommune
Færøerne
Grønland

Psykiatrisk Børnehospital v/Psykiatrisk Hospital ved Århus:
(Statshospitalet ved Århus)

Fyns amtskommune
Sønderjyllands amtskommune
Ribe amtskommune
Vejle amtskommune
Århus amtskommune

Børnepsykiatrisk afdeling v/ I Viborg sygehus:
(Statshospitalet i Viborg)

Ringkøbing amtskommune
Viborg amtskommune

Børnepsykiatrisk afdeling v/ Ålborg psykiatriske sygehus:
(Statshospitalet i Ålborg)

Nordjyllands amtskommune

Kilde: Indenrigsministeriets bekendtgørelse nr. 558 af 25. oktober 1973 om ændring af bekendtgørelse om statshospitalerne til behandling af sindslidende.

Det fremgår af foranstående, at der var etableret børnepsykiatriske afdelinger ved 4 af de i alt 10 statshospitaler. I 2 tilfælde er der tale om, at landområdet for den børnepsykiatriske afdeling falder sammen med landområdet for specialsygehuset i øvrigt, nemlig afdelingen i Ålborg, der dækker Nordjyllands amtskommune, og afdelingen i Viborg, der dækker Viborg og Ringkøbing amtskommuner.

De børnepsykiatriske afdelinger i Glostrup og Århus dækker derimod et betydeligt større landområde end det pågældende specialsygehus i øvrigt. Afdelingen i Glostrup dækker således de 6 amter øst for Storebælt samt Frederiksberg kommune (samt Færøerne og Grønland), medens afdelingen i Århus dækker 5 af de 8 amter vest for Storebælt.

De børnepsykiatriske afdelinger er alle af nyere dato, og de er beliggende ved sygehuse, der vil kunne videreføres med deres hidtidige funktioner.

Der skulle således ikke være særlige problemer forbundet med at videreføre disse afdelinger som led i det amtskommunale sygehusvæsen.

I takt med, at der etableres og udbygges en børnepsykiatrisk funktion i de enkelte amtskommuners sygehusvæsen, må indlæggelsesoverenskomsterne vedrørende de bestående børnepsykiatriske afdelinger afvikles.

Afvikling af indlæggelsesoverenskomster på dette område synes ikke at kunne give anledning til særlige problemer for »yder-amtskommunerne«.

Der vil således næppe opstå ledig kapacitet i forbindelse med afviklingen af en indlæggelsesoverenskomst. Afviklingen af indlæggelsesoverenskomsterne må i øvrigt ske under hensyntagen til, at visse opgaver vedrørende undersøgelse og behandling af psykisk syge børn fortsat bør ske på lands- og landsdelsplan, jfr. nedenfor afsnit 4.

2. Nuværende børnepsykiatriske afdelinger.

Ved statshospitalernes overførelse til amtskommunerne 1. april 1976 var der ikke etableret børnepsykiatriske sengeafdelinger i det amtskommunale sygehusvæsen. Derimod var der på Københavns amts sygehus i Gentofte og på Vejle sygehus etableret et børnepsykiatrisk ambulatorium. Også i Herning er søgt oprettet et børnepsykiatrisk ambulatorium. Overlægestillingen dér har imidlertid i en årrække ikke kunnet besættes.

Københavns kommune har på det børnepsykiatriske område - ligesom på det voksenpsykiatriske - opbygget sin egen service. Københavns kommunes børnepsykiatriske afdeling ligger på Bispebjerg hospital, hvor der også findes såvel en voksen- som en ungdomspsykiatrisk afdeling.

Endvidere er der en børnepsykiatrisk afdeling på Rigshospitalet.

I april 1976 blev der åbnet en børnepsykiatrisk (senge-)afdeling med 15 pladser i forbindelse med det børnepsykiatriske ambulatorium på Vejle sygehus. I efteråret 1976 blev der i Hillerød oprettet et børnepsyki-

atrisk ambulatorium i tilknytning til de psykiatriske afdelinger dér.

I nedenstående oversigt over de børnepsykiatriske sengeafdelinger er vist antallet af senge/pladser pr. april 1976.

*Oversigt over børnepsykiatriske sengeafdelinger
pr. april 1976.*

Institution	Antal senge/pladser pr. april 1976
Børnepsykiatrisk afd. Bispebjerg	48
Børnepsykiatrisk afd. Rigshospitalet	18
Børnepsykiatrisk afd. Glostrup	30
Børnepsykiatrisk afd. Århus	72
Børnepsykiatrisk afd. Viborg	16
Børnepsykiatrisk afd. Ålborg	20
Børnepsykiatrisk afd. Vejle	15
	219

Med hensyn til antallet af årlige indlæggelser og udskrivninger på de børnepsykiatriske afdelinger henvises til kapitel V, C, og med hensyn til de enkelte amtskommuners sengepladsforbrug på børnepsykiatriske afdelinger henvises til kapitel IV, B.

3. Etablering og udbygning af den børnepsykiatriske funktion.

Den mest hensigtsmæssige organisation af den børnepsykiatriske funktion synes at være en kombination af en sygehusafdeling med et forholdsvis beskeden sengetal til at dække de nødvendige indlæggelser, en veludbygget ambulant funktion og en udstrakt udadgående virksomhed over for andre sygehuse i amtskommunen, social- og skolevæsen m.v. Der henvises i øvrigt til de vej-

ledende retningslinier afsnit 2.3.2., hvor der nærmere er redegjort for organiseringen af den børnepsykiatriske funktion i sygehusvæsenet.

Den eksisterende mangel på uddannede børnepsykiatere sætter grænser for, hvor hurtigt den børnepsykiatriske funktion fuldt ud kan etableres i alle amtskommuner. Hertil kommer, at udgangssituationen i mange amtskommuner er den, at opbygningen af den børnepsykiatriske funktion skal startes fra grunden.

På denne baggrund synes det rimeligt i første række at stile imod at få etableret en ambulant og udadgående børnepsykiatrisk funktion i amtskommunerne. Herved vil man kunne tilgodese det store - og mange steder hovedsagelig udækkede - behov, som der er i det øvrige sundhedsvæsen (børneafdelinger, skolelæger, praktiserende læger, sundhedsplejersker) og i social- og skolevæsenet for børnepsykiatrisk konsulentbistand og undervisning. Endvidere kan man formentlig på den måde bedst sikre, at der bliver etableret hensigtsmæssigt samarbejde og opgavefordeling mellem den børnepsykiatriske sygehusfunktion og andre institutioner, faggrupper og myndigheder, der også tager sig af børn med psykiske lidelser.

Erfaringerne med i opbygningsfasen at lægge hovedvægten på den ambulante og udadgående virksomhed har været gode.

Ved udbygningen af den børnepsykiatriske funktion med en sengeafdeling, der ikke bør være mindre end 15-20 pladser, må man være opmærksom på, at mulighederne herfor kan øges, hvis en sådan sengeafdeling etableres i tilknytning til en pædiatrisk afdeling. Det kan i denne forbindelse nævnes, at en arbejdsgruppe nedsat under speciallægekommissionen i en redegørelse fra 1976 (aftrykt i Ugeskrift for Læger 1976: 138: 1353-1356), har peget på, at en nærmere tilknytning mellem børnepsykiatri og pædiatri inden for amtskommunerne af mange grunde synes hensigtsmæssig og giver bedre muligheder for at få opbygget den børnepsykiatriske service på amtsplan.

Ved opbygningen af den børnepsykiatriske funktion i sygehusvæsenet bør der tages hensyn til den bistand, der kan ydes af praktiserende børnepsykiatere, jfr. de vejledende retningslinier afsnit 3.3.

4. Børnepsykiatrisk undersøgelse og behandling på lands- og landsdelsplan.

Som anført i de vejledende retningslinier afsnit 2.3.3. er behandling på landsdelsplan indiceret over for børn, der foruden at have specifikke sansedefekter som blindhed, døvhed eller svære sproglige vanskeligheder, har alvorlige psykiske lidelser. Disse børn er så relativt få, at den enkelte afdeling ikke vil kunne forventes at få tilstrækkelig erfaring i behandlingen af dem. Det samme kan vise sig at være tilfældet for børn med andre specielle problemer, f.eks. børn, der er blevet hjerneskadede efter alvorlige cra-

nietraumer, eller børn for hvis behandling særlige kulturelle forudsætninger er nødvendige, f.eks. de grønlandske børn.

Børnepsykiatrisk behandling på lands- eller landsdelsplan har endelig fundet sted over for langtidsindlagte psykotiske børn. Antallet af patienter er her så ringe og kravene til indsatsen så specielle, at det kan være indiceret at organisere indsatsen på landsdelsplan. Det kan dog ikke udelukkes, at henvisning af disse børn til landsdelsafdelinger kan have haft sammenhæng med den ringe børnepsykiatriske kapacitet i de enkelte amtskommuner.

Kapitel VII.

Forholdet til primær sundhedstjeneste og socialektor (bortset fra plejehjem), jfr. vejledende retningslinier afsnit 3.1 - 3.4.

1. Indledning.

Som nævnt i kapitel I nedsatte udvalget i maj 1976 en arbejdsgruppe om samarbejdet mellem det psykiatriske sygehusvæsen, den primære sundhedstjeneste og den sociale sektor m.v. Kommissoriet for arbejdsgruppen er optaget som bilag D.

Fremstillingen af de pågældende afsnit i de vejledende retningslinier er baseret på et af arbejdsgruppen udarbejdet udkast.

I marts 1977 afgav arbejdsgruppen en redegørelse til udvalget.

Udvalget kan tilslutte sig de synspunkter, der er anført i redegørelsen.

Udvalget har derfor fundet det rigtigst, at

arbejdsgruppens redegørelse optages direkte i betænkningen som »kommentar« til retningsliniernes afsnit om forholdet til primær sundhedstjeneste og socialektor (bortset fra afsnittet om plejehjem, der kommenteres i kapitel VIII).

Det indledende afsnit i redegørelsen om arbejdsgruppens nedsættelse, sammensætning og virksomhed er dog ikke medtaget. Med hensyn til arbejdsgruppens sammensætning henvises til kapitel I, afsnit 3.

En del af de til redegørelsen hørende bilag er optaget i denne betænkningss bilags-afsnit.

Redegørelse fra den af psykiatriudvalget nedsatte arbejdsgruppe vedr. den primære sundhedstjeneste og den sociale sektor.

2. Baggrunden for arbejdsgruppens nedsættelse.

I psykiatriudvalgets kommissorium er det bl.a. fastsat, at udvalget skal stille forslag til, hvorledes behandlingsbehovet bør søges dækket på amtsplan, bl.a. med hensyn til samarbejde med almen lægepraksis, psykiatrisk speciallægepraksis og den sociale sektor (almindelige plejehjem, alderdomshjem m.v.).

Bl.a. under henvisning til denne bestemmelse i kommissoriet sendte Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) den 8. januar 1976 et brev til psykiatriudvalget, hvori man dels erklærede sig enig i, at der er behov for at beskæftige sig indgående med den fremtidige organisation af behandlingen af patienter med psykiske lidelser, dels nærmere redegjorde for arbejdet med psykiske lidelser i almen praksis, herunder for de psyki-

ske lidelser, der i særlig grad egner sig til behandling i almen lægepraksis.

Selskabet anførte endvidere, at man, fordi den lægelige behandling af patienter med psykiske lidelser i langt de fleste tilfælde varetages af alment praktiserende læger og fordi der i hovedparten af de resterende tilfælde er behov for samarbejde med den alment praktiserende læge, fandt det uhensigtsmæssigt, at 5 af udvalgets 6 lægelige medlemmer repræsenterede special psykiatri, og at alment praktiserende læger ikke var repræsenteret i udvalget. Selskabet tilbød samarbejde med udvalget.

DSAM'S skrivelse af 8. januar 1976 er optaget som *bilag E*.

Udvalget blev endvidere omkring samme tidspunkt, som man modtog henvendelsen fra DSAM, gjort bekendt med, at man fra socialforskningsinstituttets side havde vist

særlig interesse for udvalgets arbejde. Denne interesse var navnlig begrundet i, at instituttet havde gennemført og i 1975 offentliggjort en undersøgelse om psykisk handicappede (publikation nr. 67).

På denne baggrund indbød psykiatriudvalget repræsentanter for de alment praktiserende læger og for socialforskningsinstituttet til på et møde (den 23. april 1976) at redegøre for deres synspunkter om den fremtidige organisation af behandlingen og omsorgen for patienter med psykiske lidelser.

På mødet uddybede repræsentanter for *de alment praktiserende læger* de synspunkter, som var kommet til udtryk i den ovenfor anførte skrivelse af 8. januar 1976 fra DSAM. Det blev understreget, at patienter med egentlige psykoser kun udgør en lille del af klientellet i almen praksis, hvorimod patienter med nervøse lidelser, udgør indtil omkring 30% af klientellet - og at det er så mange patienter, at det udgør et meget stort dilemma for almen praksis, idet mulighederne for en effektiv behandlingsindsats ofte er yderst små. Det blev endvidere anført, at de alment praktiserende læger har dette dilemma fælles med psykiaterne. Psykiaterne har selv givet udtryk for, dels at disse patienter (med nervøse lidelser) udgør så mange, at psykiaterne kun kan overkomme en brøkdel af det arbejde, som det vil være ønskeligt at udføre for disse patienter, dels at de behandlingsmæssige fremskridt, der er sket - navnlig i de sidste 20-30 år - for så vidt angår psykoserne, ikke tilnærmelsesvis har været så store for andre psykiske lidelser (herunder nervøse lidelser). Dette betinger i sig selv, at der nødvendigvis må gøres en ekstra indsats for at forbedre behandlingen af/hjælpe disse patienter.

Det blev endvidere gjort gældende, at selv om psykiatri i almen praksis i et vist omfang omfatter en anden patientgruppe end den psykiaterne kommer ud for, er der en sådan grad af patientsammenfald (patienter med »reaktive lidelser«), at forbedret indsats over for disse patienter i almen praksis vil kunne nedsætte presset på de psykiatriske sygehuses sengepladser, bl.a. ved en begrænsning af antallet af indlæggelser. Det blev anført, at en forudsætning for en mere effektiv behandling af patienter

med »nervøse lidelser« bl.a. var et nærmere samarbejde mellem psykiatere og alment praktiserende læger.

Et sådant nærmere samarbejde ville også gavne behandlingen i almen praksis af patienter med psykoser (bl.a. i henseende til tidligere diagnosticering af sygdommen og bedre opfølgning efter udskrivningen af den behandling, der er foretaget på psykiatrisk sygehus).

Endelig blev fremhævet betydningen af en bedre uddannelse i psykiatri af de alment praktiserende læger.

Repræsentanterne for *socialforskningsinstituttet* redegjorde for instituttets undersøgelse vedrørende de psykisk handicappede. Undersøgelsen viste, at de tidligere (indlagte) psykiatriske patienter har ringere vilkår end befolkningen i øvrigt i flere henseender: Økonomisk, boligmæssigt samt med hensyn til social kontakt. Der synes at være et behov for såvel en større indsats og støtte fra hospitalernes side i forbindelse med udskrivningen som en udvidelse af de sociale omsorgsforanstaltninger (dagcentre, beskyttede værksteder, hjemmehjælp m.v.).

Det var efter dette møde klart for udvalget, at spørgsmålet om bistand til patienter med psykiske lidelser i den primære sundhedstjeneste og i den sociale sektor og samarbejdet til sygehusvæsenet måtte behandles ret indgående, og at dette burde ske i en arbejdsgruppe under udvalget, hvorved det var muligt at inddrage repræsentanter for de alment praktiserende læger og for socialforskningsinstituttet i arbejdet.

3. Hovedsynspunkter, der er lagt til grund for arbejdsgruppens overvejelser og forslag.

Arbejdsgruppens overvejelser om og forslag til, hvorledes man kan forøge mulighederne for at behandle og pleje patienter med psykiske lidelser uden for sygehus, i primær sundhedstjeneste og socialsektor, har ganske naturligt taget sit udgangspunkt i de oplysninger og vurderinger, der er fremført af de alment praktiserende læger og socialforskningsinstituttet, og som har været den umiddelbare baggrund for arbejdsgruppens nedsættelse.

Hvis man til dette udgangspunkt for arbejdsgruppens arbejde, d.v.s. behandlingsmulighederne i primær sundhedstjene-

ste og social sektor, følger relationerne mellem disse 2 sektorer og sygehusfunktionen, kan hovedsynspunkterne bag arbejdsgruppens overvejelser og forslag beskrives således:

Udviklingen gennem de seneste årtier har været præget af en stigende registreret sygelighed, også på det psykiatriske område. Der kan peges på mulige årsager hertil, f.eks. betydningen af en række samfundsmæssige forhold (bolig- og arbejdsmiljø, familieforhold o.s.v.).

Det har imidlertid været muligt for det psykiatriske sygehusvæsen at tage stadig flere patienter under behandling uden nogen væsentlig forøgelse af sengetallet. Dette skyldes bl.a. bedre behandlingsmuligheder (f.eks. medikamentel behandling og miljøbehandling), der har muliggjort en nedsættelse af gennemsnitsliggetiden og en stærk forøgelse af den ambulante virksomhed.

Udviklingen inden for det psykiatriske sygehusvæsen svarer således ret nøje til den, man kender fra det somatiske sygehusvæsen, og må ud fra en isoleret sygehus- eller institutionsbetragtning siges at være rigtig og i tråd med tanken om at indskrænke den egentlige institutionsbehandling til de patienter, som ikke kan klare sig eller behandles uden for institution, og/eller som er bedst tjent med behandling på institution.

Den primære sundhedstjeneste og socialvæsenet er imidlertid ikke i tilstrækkelig grad indrettet og udbygget til at hjælpe de psykiatriske patienter. Forholdene for psykiatriske patienter uden for institutionerne er belyst i socialforskningsinstitutets publikation fra 1975 om psykisk handicappede (publikation nr. 67).

Alene det forhold, at det ofte ikke er muligt at yde patienterne den nødvendige støtte uden for institution, begrænser naturligvis mulighederne for udskrivning, men indebærer også en øget risiko for tilbagefald for de udskrevne patienter, således at genindlæggelse bliver nødvendig.

Udover disse mekanismer, som direkte indvirker på det psykiatriske sygehusvæsens kapacitet og behandlingsopgaver, er der imidlertid også en voksende erkendelse af, at man ved at forbedre den primære sundhedstjenestes og socialsektorens forudsætninger for at tilgodese de psykisk li-

dendes særlige behov for behandling i en tidlig fase af sygdommen dels i en række tilfælde vil kunne undgå, at indlæggelse bliver nødvendig, dels vil kunne forbedre patienternes muligheder og almene tilstand med deraf følgende aflastning for det samlede system (sygehusvæsenet, den primære sundhedstjeneste, socialsektoren og ikke mindst patienternes nære relationer, familie, ægtefæller m.v.).

Koordinationen mellem de tre sektorer må således have en fremskudt plads i de enkelte amtskommuners planlægning af den psykiatriske service, idet indsatsen og udbygningen inden for hver af sektorerne nøje påvirker de øvrige.

De erfaringer, man har at bygge på, er imidlertid meget sparsomme, hvorfor det ikke er muligt at anviser bestemte veje til løsning af problemerne. Det er alene muligt at beskrive de væsentligste samarbejdslinier og mulige modeller, som selvsagt må tilpasses lokale forhold, herunder karakteren af de psykiatriske institutioner, den enkelte amtskommune har overtaget.

4. Almen lægepraksis.

Indledning.

Det er ikke tanken her at søge at give nogen fyldestgørende beskrivelse af den alment praktiserende læges arbejde med psykisk lidende patienter. Det er alene tanken med udgangspunkt i foreliggende oplysninger om omfanget og arten af de psykiske lidelser, der forekommer i almen lægepraksis, at søge at anskueliggøre hvilke særlige behandlingsmæssige problemer disse patienter frembyder, og hvorledes disse problemer kan søges afhjulpet.

Der er dog grund til at nævne, at der i årene 1966-68 er gennemført et socialpsykiatrisk praksisforskningsprojekt, der belyser mange og væsentlige sider af den alment praktiserende læges arbejde med behandling af patienter med psykiske lidelser. Forskningsprojektet, der blev gennemført i samarbejde mellem almenmedicinere og psykiatere, omfattede et antal lægepraksis i Københavns-området og i Ringkøbing amt. Overlæge Børge Stahl har i »Almenmedicinen og de psykisk lidende patienter«, december 1976, fremlagt en oversigt over re-

sultaterne fra dette praksisforskningsprojekt, i det følgende kaldt PFP i overensstemmelse med den forkortelse, deltagerne i projektet har anvendt. Oversigten forventes trykt i »Bibliotek for Læger«. Nogle af resultaterne fra PFP vil blive omtalt nedenfor.

4.1. Arten og omfanget af psykiske lidelser i almen lægepraksis.

Der er i tidens løb foretaget forskellige undersøgelser, der belyser psykiatriske/psykiske lidelsers betydning/forekomst i almen lægepraksis. En oversigt over disse undersøgelser findes i ovennævnte oversigt over resultaterne fra PFP. I det følgende skal nogle af disse undersøgelser omtales.

Århus-undersøgelse.

I betænkning nr. 165/1956 vedrørende statens sindssygevesen er der redegjort for en undersøgelse, der blev foretaget i 1950 vedrørende patient-læge-kontakter i 22 lægepraksis (i alt 27 læger) fortrinsvis fra Århus og omegn (i alt ca. 17.000 patient-læge-kontakter (ydelser) i 1 måned). 9% (spredning: (0,2) 2-32%) af disse ydelser blev registreret som »psykiatriske«, 13% (spredning: 2-40%) som »psykiatrisk og somatisk« og 78% (spredning: 56-93%) som alene somatisk.

De fleste af de i undersøgelsen deltagende læger fremhævede, at de psykisk betingede ydelsers andel i den anvendte arbejdstid var langt større end andelen i ydelsernes antal, idet disse ydelser gennemsnitlig tager væsentlig længere tid end de øvrige. Man gik derfor ud fra, at de psykisk betonedede ydelser havde lagt beslag på mindst 30% af lægernes tid, sandsynligvis mellem 40 og 50%.

Der fandtes ikke at være holdepunkt for, at der med hensyn til de anførte forhold var væsentlig forskel på by og land.

Kontaktmønsterundersøgelse.

I Ugeskrift for Læger 1972: 134: 2547-2533 og 2607-2615, er refereret en kontaktmønsterundersøgelse, hvor 80 praktiserende læger i 2 perioder à 14 dage skulle registrere årsagerne til kontakterne fra patient til læge (»det indadgående kontaktmønster«) og den

alment praktiserende læges kontakter til andre dele af sundhedsvæsenet og det sociale område i anledning af patienthenvendelser (»det udadgående kontaktmønster«).

Kontaktårsagerne var på forhånd opstillet som: Somatisk, psykisk eller social.

Resultatet blev (vedrørende det indadgående kontaktmønster):

Somatisk 70,1% (spredning: 48-92%)

Psykisk 10,3% (spredning: 0-29%)

Social 1,8% (spredning: 0-13%)

Resten af årsagerne vedrørte børneundersøgelser, receptfornyelser m.v.

Det fremgik endvidere af undersøgelsen, at 40,3% af patientkontakterne betegnede en ny episode, medens 54,3% var led i løbende behandling eller kontrol, og 6,4% var uoplyst. Det var alene inden for de somatiske patientkontaktårsager, at der var en overvægt af nye episoder, medens der inden for de psykiske og sociale var en tydelig overvægt af kontakter som led i en løbende behandling eller kontrol.

Patientkontakternes årsager sammenholdt med udadgående kontakter viste, at sociale patientkontaktårsager i 64,5% af tilfældene bevirkede kontakt til den sociale sektor. Somatiske eller psykiske patientkontaktårsager medførte kun i henholdsvis 21,6% og 23,7% af tilfældene en kontakt udtil - for de somatiske tilfældes vedkommende hyppigst til speciallæge og for de psykiske oftest til den sociale sektor.

Det udadgående kontaktmønster varierede meget fra læge til læge, hvorfor det tilsyneladende var ret individuelt, hvilke kontakter den enkelte læge havde. Der var dog visse fællestræk for læger med samme urbaniseringsforhold, muligvis på grund af ensartede betingelser med hensyn til muligheden for at komme i kontakt med de forskellige sektorer.

Det distriktskykiatriske forskningsprojekt på Samsø.

Det distriktskykiatriske forskningsprojekt på Samsø, der blev oprettet i 1957, viser noget om, hvor mange patienter, der, set ud fra de praktiserende lægers og sygehuslægenes synspunkt, har behov for henvisning til psykiatrisk service.

Henvisningsfrekvensen må ses på baggrund af, at der siden oprettelsen af projektet har været særdeles

let adgang til psykiatrisk service med en psykiatrisk klinik i de praktiserende lægers klinikhus og psykiaterbesøg på det lokale sygehus, plejehjem og alderdomshjem samt i patienternes hjem (ca. 40% af samtlige konsultationer er hjemmebesøg). Der er psykiaterbesøg på øen hver uge og ingen venteliste. Man har fra den psykiatriske kliniks side altid stimuleret lægerne til at henvise patienter i så stor udstrækning, som de måtte ønske. Den psykiatriske service er baseret på et meget nært samarbejde med de praktiserende læger og lægerne på sygehuset.

I perioden fra 1957 til 1976 har der været en gennemsnitlig årlig henvisningsfrekvens til den psykiatriske service på 11 pr. 1000 beboere under 15 år og 18 pr. 1000 beboere 15 år og derover (i 1976 var der ca. 5000 indbyggere på Samsø, heraf ca. 1000 under 15 år og ca. 4000 på 15 år og derover).

Førstegangskontakt med den psykiatriske service har i perioden 1957-1976 ligget på ca. 12 pr. 1000 pr. år sammenlignet med ca. 5 pr. 1000 pr. år for hele Danmark. Førstegangsyndlæggelserne på psykiatrisk hospital har ligget på ca. 1,5 pr. 1000 pr. år sammenlignet med ca. 2,5 for Danmark som helhed; for alle indlæggelsernes vedkommende har frekvensen ligget på ca. 3 pr. 1000 pr. år sammenlignet med 7 pr. 1000 for hele Danmark. Godt 2% af befolkningen på Samsø er til stadighed i psykiatrisk behandling sammenlignet med lidt over 0,5% i hele Danmark.

Der har således i den distriktpsychiatri service på Samsø gennemsnitligt været godt 2 gange så mange første-kontakter med psykiatrisk service som i hele Danmark. På trods af dette har førstegangsyndlæggelserne på psykiatrisk hospital ligget lidt under niveauet for hele Danmark, og hyppigheden af samtlige indlæggelser har kun været knap halvt så stor. Antallet af personer, der til stadighed er i psykiatrisk behandling på Samsø, ligger ca. 4 gange så højt som for hele landet.

Der er intet, der tyder på, at den psykiatriske sygelighed er højere på Samsø end i den øvrige del af Danmark, og det kan også nævnes, at den psykiatriske henvisningsfrekvens på Samsø svarer til, hvad man har fundet i lignende distriktpsychiatriiske serviceprojekter i England og USA.

Det socialpsykiatriske praksisforskningsprojekt (PFP).

I 1967 blev der af de i PFP deltagende lægepraksis registreret i alt 3.672 forskellige patienter (både børn og voksne) med psykiske lidelser svarende til ca. 9% af den befolkning, der hørte til disse lægepraksis (ca. 41.000).

Børn med psykiske lidelser udgjorde fra 2-4% af de børn, der hørte til de deltagende lægepraksis.

Omkring halvdelen af klientellet med psykiske lidelser skønnedes at bestå af patienter med en langvarig (kronisk) lidelse, den anden halvdel af patienter med en kortvarig lidelse, dvs. at lidelsen kun førte til en enkelt eller få kontakter med lægen i den periode, der var omfattet af undersøgelsen.

Ifølge PFP beslaglagde de psykisk lidende kun en lidt større andel af den praktiserende læges arbejde end svarende til antallet (10% af besøgene, 12% af konsultationerne).

De omtalte undersøgelser belyser på forskellig måde hvor mange af den alment praktiserende læges patienter, der har psykiske lidelser, og hvor stor en del af den alment praktiserende læges ydelser/arbejdstid, der vedrører patienter med psykiske lidelser.

Det synes rimeligt at antage, at henimod 10% af de alment praktiserende lægers patienter har en psykisk lidelse.

Kun en enkelt af undersøgelserne (Århus-undersøgelsen) viser noget om antallet af patienter med somatiske lidelser, der samtidig har psykiske problemer. Meget tyder på, at denne patientgruppe er mindst dobbelt så stor som den gruppe, der har en psykisk lidelse.

I denne forbindelse kan nævnes, at socialforskningsinstituttet ved en undersøgelse i 1975 har skønnet, at antallet af personer med nervøse lidelser i vid forstand (psykisk sårbare) andrager op mod Vi mill. mennesker, svarende til ca. 10% af befolkningen.

Det er i øvrigt karakteristisk for undersøgelserne, at der er en betydelig spredning i de resultater, de enkelte deltagende læger kommer til. Det hænger formentlig i nogen grad sammen med, at begrebet »psykisk lidelse« ingeniunde er entydigt.

Anvendelsen af begrebet vil derfor i høj grad bero på den enkelte deltagende læges personlige opfattelse. I PFP er således udtrykkeligt anført, at man har defineret begrebet »psykisk lidelse« på den vis, at den enkelte deltagende praktiserende læge selv har vurderet, om den patient, der har henvendt sig, har været præget af en psykisk

sygdom, eller en psykisk lidelse spillede ind for patientens henvendelse.

Der skal ikke her gøres noget forsøg på nærmere at definere begrebet »psykisk lidelse«. Så meget kan dog formentlig siges, at begrebet fortrinsvis må være begrænset til de patientgrupper, der er fælles for alment praktiserende læger og psykiatere, dvs. patienter der har lidelser, som med rimelighed kan betegnes med en psykiatrisk diagnose. Det betyder navnlig, at de tilfælde, hvor der foreligger en somatisk (hoved)lidelse, men hvor der samtidig er psykiske og eventuelt tillige sociale problemer, ikke medtages under gruppen »psykiske lidelser« - uanset at der i en vis forstand foreligger en psykisk lidelse og uanset, at disse tilfælde sædvanligvis vil blive henregnet til gruppen af »nervøse lidelser«.

Det er indlysende, at det i praksis vil være vanskeligt at drage nogen skarp grænse mellem de psykiske lidelser, hvori der indgår somatiske og eventuelt tillige sociale elementer, og de somatiske lidelser, hvori der indgår psykiske og eventuelt tillige sociale elementer. Dette afgrænsningsproblem er dog næppe af større betydning - i hvert fald ikke for de praktiserende læger - idet sådanne psykiske lidelser for den alment praktiserende læge ofte vil frembyde de samme behandlingsmæssige problemer, som de somatiske lidelser, hvori der indgår psykiske og eventuelt tillige sociale elementer.

Alle former for psykiske lidelser forekommer i almen lægepraksis. Den største gruppe kan henregnes til gruppen »reaktive lidelser« (neuroser, karakterneuroser/-afvigelser, alkoholmisbrug, medicinmisbrug m.v.), medens psykosegrupperne (skizofreni, manio-depressiv psykose, aldersbetingede sindslidelser) kun udgør en mindre del.

I PFP blev de psykisk lidende inddelt efter følgende hoveddiagnoser:

Psykosers, neuroser, karakterneuroser m.v., misbrug og »andet«. Psykosers udgjorde omkring 20% af diagnoserne (lidt flere i København end i Ringkøbing amt), neuroser 60-70%, relativt flest i Ringkøbing amt. De 3 øvrige diagnosegrupper talte relativt mest i Københavns-området. Hvis man ser på diagnosefordelingen i forhold til alderen steg hyppigheden af psykosers med alde-

ren. Neuroser forekom især i aldersgrupperne mellem 25 og 64 år.

Den alment praktiserende læge behandler selv langt de fleste af de psykisk lidende patienter. Kun en mindre del henvises til psykiatrisk behandling, ambulant eller under indlæggelse. PFP viser således, at den alment praktiserende læge i København selv behandlede omkring 85% af disse patienter uden henvisning til psykiater. I Ringkøbing amt behandlede den alment praktiserende læge selv omkring 95% af de psykisk lidende. Hertil kom, at en del patienter blev henvist til social støtte af en eller anden art.

Ved behandling af psykisk syge patienter kan der være tale om, at lægen foretager behandling i form af længerevarende samtaler (15-20 minutter) - eventuelt i form af psykoterapi - eller behandler med psyko-farmaka (f.eks. psykotikere i medikamentel langvarig behandling eller medikamentel neurosebehandling). Det må dog også betragtes som en behandling, hvis lægen blot ved at undersøge patienten og berolige pågældende har undgået, at der har udviklet sig en længerevarende psykisk lidelse.

4.2. De særlige behandlingsmæssige problemer vedrørende patienter med psykiske lidelser.

Psykosersne udgør ikke det store problem for de alment praktiserende læger. Dels udgør de kun en mindre del af de psykiske lidelser i almen praksis, dels er der tale om velbeskrevne sygdomme.

Det må antages, at de praktiserende lægers muligheder for at behandle de *psykotiske* patienter generelt set er tilfredsstillende, omend en forbedret bistand fra psykiatere til alment praktiserende læger vil kunne være af værdi, når diagnosen skal stilles og i relation til den rette psykofarmakologiske behandling af disse patienter.

Herudover er der med henblik på en rationel visitation og efterbehandling af de psykotiske patienter, der kræver midlertidig behandling i psykiatrisk institution, behov for at tilvejebringe en hensigtsmæssig organisation af samarbejdet mellem alment praktiserende læger og psykiatere.

Det er de psykiske lidelser, der tilhører gruppen »reaktive lidelser«, der frembyder

de store behandlingsmæssige problemer, dels fordi de udgør størstedelen af de psykiske lidelser i almen lægepraksis, dels fordi sygdomsbillederne ofte er meget sammenfattede. Det drejer sig om neuroser, karakterneuroser/-afvigelser, alkohol- og medicinmisbrug m.v. Selv om det i et vist omfang drejer sig om sygdomme med forholdsvis eksakte sygdomsbilleder, vil der ofte være store problemer forbundet med at fastlægge diagnose og behandling. Der er oftest tale om, at patienterne har et blandet sygdomsbillede, som kun kan beskrives ved anvendelse af flere diagnoser. Sociale forhold vil ofte spille ind.

Hertil kommer, at psykiske forhold kan spille ind mere eller mindre forbundet med somatisk sygdom - uden at man dog af den grund vil henregne disse lidelser til gruppen af »reaktive lidelser«, men nok til gruppen »nervøse lidelser«. Det drejer sig om patienter, som over en længere årrække har været udsat for u hensigtsmæssige belastninger og følelsesmæssige frustrationer, og som i deres manglende trivsel reagerer med en broget mangfoldighed af symptomer (hovedpine, svimmelhed, trykken for brystet, mavesmerter, kvalme og appetitløshed, muskelsmerter, uro, rastløshed, nervøsitet, søvnløshed, mismod og ikke mindst træthed). Disse patienter er overordentlig vanskelige at registrere med den sædvanlige diagnoseliste, idet der udover somatiske og psykiske elementer i diagnosen ofte indgår socialt betingede elementer.

De alment praktiserende læger har givet udtryk for, at de generelt set ikke føler, at de har tilfredsstillende behandlingsmuligheder over for disse patienter.

Heroverfor kunne anføres, at den alment praktiserende læge selv behandler langt størsteparten af de psykisk lidende - og af øvrige »nervøse patienter« - og kun i begrænset omfang henviser til speciallægebehandling, ambulant eller under indlæggelse, hvilket ikke umiddelbart tyder på, at der her foreligger specielle behandlingsmæssige problemer for den alment praktiserende læge. Sagen kan imidlertid også være den, at disse patienter vanskeligt kan behandles ved traditionel henvisning til speciallæge.

Sygdomsbilledet er så sammensat, at en hensigtsmæssig behandling - som det er anført af de praktiserende læger - ofte kræver

samarbejde mellem flere personalegrupper (alment praktiserende læger, psykiatere, psykologer, hjemmesygeplejersker, socialrådgivere og andre sociale sagsbehandlere). En hensigtsmæssig behandling vil endvidere ofte forudsætte, at behandlingen foregår i patientens vante miljø (eventuelt det lågehus, hvor han plejer at komme).

De praktiserende læger har også peget på, at det er nødvendigt, at de gennem uddannelse (grunduddannelse, videreuddannelse, efteruddannelse) i psykiatri og psykologi får bedre muligheder for selv - eller i samarbejde med andre - at behandle disse patienter.

4.3. Muligheder og konkrete forslag til at afhjælpe de behandlingsmæssige problemer/forbedre behandlingsmulighederne.

4.3.1. Indledning.

Det er allerede nævnt, at de behandlingsmæssige problemer, som den alment praktiserende læge ofte står over for ved psykisk lidende patienter, må søges afhjulpel dels gennem forbedring af den alment praktiserende læges samarbejds muligheder med andre behandlergrupper, dels gennem en forbedret uddannelse af den alment praktiserende læge bl.a. i psykiatri.

Det må understreges, at bedre samarbejds muligheder og bedre uddannelse i vidt omfang er 2 sider af samme sag. Samarbejdet bør tilrettelægges således, at der herudaf udvikler sig en frugtbar - gensidig - uddannelsessituation, hvorved den alment praktiserende læge i samarbejdet med »specialisterne« opbygger egen viden og kunnen, der vil komme ikke blot de psykisk lidende til gode, men også de øvrige »nervøse patienter«.

I det følgende omtales samarbejdsproblematikken.

De uddannelsesmæssige aspekter i mere formel forstand vil blive omtalt nedenfor under afsnit 4.4.

4.3.2. Bestående ordninger og forsøgsordninger, der generelt eller mere konkret tilsigter at forbedre behandlingsmulighederne.

Samarbejde mellem almen lægepraksis og social- og sundhedsforvaltningen.

Mulighederne for en øget indsats i almen lægepraksis over for de psykisk lidende beror bl.a. på et godt (forbedret) samarbejde mellem den alment praktiserende læge og behandlergrupperne i social- og sundhedsforvaltningerne (hjemmesygeplejersker, sundhedsplejersker, sociale sagsbehandlere m.fl.).

Arbejdsgruppen må derfor stærkt anbefale, at man arbejder videre med og søger at vurdere resultaterne af de (forsøgsordninger, der er etableret adskillige steder i landet med henblik på som et led i gennemførelsen af socialreformen at forbedre samarbejdet mellem almen lægepraksis og den stedlige social- og sundhedsforvaltning.

I nogle tilfælde (f.eks. Roskilde, Støvring, Brande, Horsens) har disse forsøg været baseret på etablering af *klientsammenfald* mellem den praktiserende læge på den ene side og behandlergrupper, hjemmesygeplejersker, sundhedsplejersker m.fl. på den anden side.

Disse samarbejdsordninger bør i fornødent omfang tilpasses de psykisk lidendes særlige behov, jfr. nærmere nedenfor i afsnit 7. om samarbejde med kommunernes social- og sundhedsforvaltninger.

I forbindelse med spørgsmålet om et udbygget samarbejde mellem alment praktiserende læger og social- og sundhedsforvaltningerne har arbejdsgruppen været opmærksom på, at mulighederne herfor i ikke ringe grad afhænger af under hvilke økonomiske (honoreringsmæssige) vilkår, dette samarbejde kan finde sted. En væsentlig hindring i så henseende er blevet fjernet gennem landsoverenskomsten om almen lægegerning af 30. marts 1976, hvorigennem der er åbnet adgang for honorering af de alment praktiserende læger for telefoniske henvendelser fra kommunernes social- og sundhedsforvaltning og for mødevirksomhed dér.

Forsøg i almen lægepraksis med samarbejde med andre faggrupper.

Mange alment praktiserende læger (eventuelt i samarbejde med f.eks. DS AM) er i de senere år aktivt gået ind i forsknings- og forsøgsvirksomhed om udvikling af hensigtsmæssige samarbejdsformer mellem alment praktiserende læger og andre faggrupper. Der har således f.eks. været gennemført forsøg med psykologsamarbejde og socialrådgiversamarbejde i almen lægepraksis. Forsøgsresultaterne, der er offentliggjort i Ugeskrift for Læger 1976: 138: 2667-2672 og 1655-1663, synes at vise, at der i almen lægepraksis vil være brug for nævnte samarbejde ikke mindst til gavn for de psykisk lidende patienter. Arbejdsgruppen kan i høj grad anbefale, at forsknings- og forsøgsvirksomheden om udvikling af hensigtsmæssige samarbejdsformer i almen lægepraksis fortsættes.

Samarbejde mellem alment praktiserende læger og speciallæger.

Det er anført, at de særlige behandlingsmæssige problemer som de psykisk lidende frembyder for de alment praktiserende læger, bl.a. hænger sammen med, at disse patienter vanskeligt kan behandles ved traditionel henvisning til speciallæge. Der synes derfor at måtte udvikles nye samarbejdsformer mellem alment praktiserende læge og speciallæge, således at speciallægen løbende kan støtte den praktiserende læge.

I denne forbindelse kan nævnes, at der flere steder i landet, som led i en distriktspsykiatrisk opbygning af den psykiatriske sygehusfunktion, er etableret ordninger, hvorefter der med regelmæssige mellemrum afholdes *konferencer* mellem alment praktiserende læger og psykiatere på det stedlige psykiatriske sygehus/afdeling eller i lægehuset, hvor man drøfter behandlingen af konkrete psykiske tilfælde i almen lægepraksis.

Enkelte steder i landet er der etableret et **undervisningssamarbejde mellem alment praktiserende læger og en psykiatrisk overlæge med særlig uddannelse i analytisk orienteret psykoterapi og i supervision.** Dette undervisningssamarbejde i form af supervision foregår ved drøftelser af båndoptagel-

ser af samtaler fra lægernes konsultationer. Ordningen og erfaringerne med psykoterapi i almen praksis er beskrevet i Ugeskrift for Læger 1975: 137: 2653-2656.

Endelig kan nævnes den særlige *distrikts-psykiatriske forsøgsordning i Ringkøbing amt*. Amtskommunen har indgået en aftale med Foreningen af Speciallæger og en praktiserende speciallæge i psykiatri om adgang for alment praktiserende læger, sygehuslæger, hjemmesygeplejersker, sundhedsplejersker og andet sundhedspersonel til at konsultere speciallægen vedrørende behandlingen m.v. af patienter med psykiske problemer.

Ordningen står principielt åben for alle læger i amtet, men har fortrinsvis praktisk betydning for Lemvig-området (ca. 50.000 indbyggere). Bistanden ydes i form af telefonkonsultationer og møder, og der er for telefonkonsultationer aftalt en enhedstakst uanset sagens karakter. For tiden 1. januar til 1. juli 1975 er der ydet følgende bistand:

	Antal telefon-samtaler	Antal møder	%
Praktiserende læger	271	7	74
Sygehuslæger	26		7
Hjemme-sygeplejersker	46		12
Ergoterapeuter/			
fysioterapeuter	9		2
Andet			
sundhedspersonale	20		5
	372	7	100

Der er både i amtskommunen og hos alment praktiserende læger tilfredshed med den gennemførte forsøgsordning.

En sammenligning af udviklingen i antallet af indlagte patienter på psykiatriske afdelinger henholdsvis fra det område i Ringkøbing amt, der fortrinsvis dækkes af distriktspsykiatriordningen, og fra den resterende del af Ringkøbing amt synes at vise, at der efter etableringen af den distriktspsykiatriske ordning er blevet indlagt forholdsvis færre patienter fra det førstnævnte område sammenlignet med det sidstnævnte område.

4.3.3. Arbejdsgruppens forslag til organisering af specialsagkyndig bistand til/undervisning af alment praktiserende læger m.fl.

De særlige problemer, som den praktiserende læge står overfor ved behandling af patienter med psykiske lidelser, har været kendt i årevis, og der er da som nævnt også gjort en del spredte forsøg på at løse dem, ligesom gennemførelsen af socialreformen - og statshospitalernes overførelse til amtskommunerne - skulle kunne forbedre mulighederne herfor.

Problemerne er imidlertid generelt set uløste - og vil antagelig forblive uløste, medmindre der gøres en særlig indsats for at løse dem.

I forbindelse med planlægningen af det psykiatriske sygehusvæsen må man derfor tage det spørgsmål op, hvorledes man bedst muligt sikrer, at den *specialviden*, som sygehusvæsenet sidder inde med - eller tilsvarende specialviden - vedrørende behandling af psykisk lidende patienter, kanaliseres ud til de alment praktiserende læger, og at det sker på den mest hensigtsmæssige måde.

Herved må det tages i betragtning, at årsagen til at de nævnte problemer ikke hidtil er blevet løst, selv om de har været kendt, formentlig bl.a. må søges i, at den hidtidige organisation ikke naturligt har kunnet løse disse problemer. Ansættelsesforhold og overenskomstforhold er ikke indrettet herpå, og det drejer sig til dels om arbejdsopgaver, der afviger fra traditionel lægegering.

De organisatoriske forudsætninger for, at disse problemer kan løses, vil formentlig bestå i, at der etableres en »enhed« i systemet, hvorfra rådgivende og undervisende funktion vedrørende behandlingen af patienter med psykiske lidelser kan udgå.

De psykiatriske speciallæger vil få en central placering i systemet, men man bør være opmærksom på, at psykiatere ikke generelt er uddannet til at behandle de mere diffuse »nervøse lidelser«. Det er derfor vigtigt at inddrage andre faggrupper, f.eks. psykologer og læger med socialmedicinsk erfaring samt socialrådgivere og andre sociale sagsbehandlere i behandlingen og i rådgivningen. Der er formentlig heller ikke tvivl om, at de alment praktiserende læger

vil kunne tilføre de psykiatriske speciallæger betydelig inspiration og viden om, hvilke problemer læger og patienter står overfor uden for institutionerne.

Ved tilrettelægning af enhedens nærmere funktioner må det i øvrigt tages i betragtning, at også andre faggrupper end alment praktiserende læger kan have behov for bistand/undervisning vedrørende behandling af patienter med psykiske lidelser. Plejehjemsarbejdsgruppens undersøgelser har således vist, at en betydelig del af beboerne på almindelige kommunale plejehjem har psykiske lidelser, hvorfor det er ønskeligt, at personalet tilbydes undervisning i psykiatri, f.eks. ved gennemgang af aktuelle sygehistorier fra vedkommende institution. Endvidere bør hjemmesygeplejersker, hjemmebørnehjælpere m.fl. kunne tilbydes tilsvarende undervisning i psykiatri.

Vedrørende enhedens administrative tilknytning foreligger forskellige muligheder:

Model 1. Enheden kan være en del af den distriktpsychiatriske funktion, der etableres i sygehusvæsenet. En sådan model vil på grund af opdelingen i mindre geografiske områder indebære gode muligheder for at fremme kommunikationen mellem primær og sekundær sundhedstjeneste og den sociale sektor. Samtidig kan man sikre enhed i den psykiatriske service inden for amtskommunen og dermed kontinuitet i behandlingen.

Bemærkninger.

Distriktpsychiatri er ikke noget entydigt begreb. I relation til det psykiatriske sygehusvæsen betyder distriktpsychiatri først og fremmest, at al psykiatrisk sygehusbehandling af patienter fra et nærmere angivet geografisk område varetages af en bestemt afdeling. Det ligger dog også i den distriktpsychiatriske idé, at den pågældende afdeling skal udøve en udstrakt udadgående konsultativ virksomhed over for behandlergrupper uden for sygehusvæsenet, der i vidt omfang tager sig af de samme patientgrupper, som - lejlighedsvis - indlægges til behandling på sygehuset. Ikke blot læger forudsættes at deltage i sådan udadgående virksomhed, men også sygeplejersker, psykologer, socialrådgivere m.fl.

Det er således indlysende, at en distriktpsychiatrisk organiseret psykiatrisk sygehusafdeling i særlig grad vil være egnet til at være »enhed« for udadgående konsultative og undervisende funktioner.

De »distriktpsychiatriske« afdelinger er imidlertid ikke alle steder normeret med henblik på, at personalet i betydeligt omfang skal varetage udadgående opgaver, hvorfor etableringen af en »enhed« nogle steder vil kræve ansættelse af mere personale på afdelingen, ligesom stillingsbeskrivelserne må tilpasses varetagelsen af udadgående funktioner.

Endelig kan nævnes, at »enhedens« placering som en del af en distriktpsychiatrisk opbygget sygehusafdeling forudsætter, at afdelingen ikke ligger for langt fra det distrikt, den betjener.

Model 2. Hvor det psykiatriske sygehus ikke er organiseret efter den distriktpsychiatriske model, kan den udadvendte enhed eventuelt etableres ved, at sygehusvæsenet stiller konsulenter til rådighed for de alment praktiserende læger. Sygehusvæsenets speciallæger må i så fald pålægges pligt til at yde konsultativ bistand, hvilket må fastsættes i deres stillingsbeskrivelse.

Bemærkninger.

Ordningen rummer langt fra de fordele som den distriktpsychiatriske ordning, dels fordi kun læger forudsættes at deltage i ordningen, dels fordi den ikke i så høj grad sikrer/fremmer en hensigtsmæssig kontinuitet i behandlingen inden for og uden for sygehusvæsenet.

Ordningen kan imidlertid etableres uden væsentlige ændringer i sygehusvæsenets organisation og kan derfor anvendes som en midlertidig løsning.

Model 3. Hvor der er praktisk mulighed for det, kan praktiserende speciallæger i psykiatri påtage sig den konsultative bistand over for de alment praktiserende læger m.fl. En forsøgsordning af denne art har fungeret i en enkelt amtskommune gennem nogle år, jfr. foran om den distriktpsychiatriske forsøgsordning i Ringkøbing amt.

Bemærkninger.

Ordningen har de samme mangler og fordele som ordningen nævnt under 2.

Ordningen egner sig formentlig i særlig grad til områder, der ligger langt fra et psykiatrisk sygehus/afdeling.

Model 4. Den udadventede enhed kan etableres i form af en ekspertgruppe tilknyttet amtskommunens socialcenter, således at undervisning og konsultativ bistand udgår herfra. Denne model skaber gode muligheder for at opbygge en alsidigt sammensat ekspertgruppe, der omfatter såvel psykiatere som andre faggrupper. Endvidere kan opnås nære relationer til de lokale social- og sundhedsforvaltninger, som i betydelig udstrækning har kontakt med de samme patienter, og som i forvejen har adgang til at trække på ekspertbistand fra socialcentret. Det må i denne model anses for at være en væsentlig fordel, at lægerne bevarer forbindelsen til klinisk arbejde enten gennem tidsbegrænset besættelse af stillingerne eller gennem delte ansættelser, således at lægerne samtidig fungerer i klinisk arbejde.

Bemærkninger.

Ordningen har på mange måder de samme fordele som ordningen nævnt under model 1, i hvert fald hvor socialcentrets psykiatriske konsulenter samtidig er ansat i sygehusvæsenet, og dette er organiseret distriktpsykiatrisk.

Ordningen har den yderligere fordel, at den sikrer en særlig god kontakt til den sociale sektor.

Det må indbygges i ordningen, at den alment praktiserende læge *direkte* kan henvende sig til socialcentrets speciallæger m.fl.

Hvilken ordning, der bør foretrækkes, er vanskeligt at angive, da dette i første række må afhænge af lokale forhold og muligheder. Flere af disse ordninger vil kræve forhandlinger mellem overenskomstens parter for at kunne gennemføres. Det kan heller ikke udelukkes, at der i samme amtskommune kan gøres forsøg med flere af de her skitserede løsninger eller kombinationer af disse.

Arbejdsgruppen går i øvrigt ud fra - og må anbefale, at de bestående muligheder for at etablere et tæt samarbejde mellem vedkommende praktiserende læge og psykiatriske sygehuslæge (afdeling) om konkrete »fælles« patienter udnyttes i videst muligt omfang. I de tilfælde, hvor en patient har været indlagt eller står umiddelbart over for en indlæggelse på psykiatrisk sygehus, må der helt naturligt kunne etableres gensidig information og tæt samarbejde om diagnoser, observationer, behandlingsforsøg m.v. vedrørende den enkelte patient.

4.4. Psykiatrisk uddannelse og efteruddannelse af alment praktiserende læger.

Den »enhed«, der foreslås oprettet, jfr. foregående afsnit, vil direkte eller indirekte få betydelige uddannelsesmæssige funktioner. Men denne uddannelse/undervisning vil naturligvis ikke kunne erstatte, men kun supplere, en mere formaliseret undervisning i psykiatri. Det er indlysende, at det er nødvendigt, at uddannelse i psykiatri (og børnepsykiatri) m.v. indgår i hensigtsmæssigt omfang og indhold i såvel grunduddannelse som videreuddannelse og efteruddannelse af alment praktiserende læger.

Af flere grunde er det nok *efteruddannelsen*, man i denne forbindelse særlig må rette opmærksomheden mod. Dels har de nuværende alment praktiserende læger (forlængst) gennemgået grund- og videreuddannelse, dels er grund- og videreuddannelse lagt i faste rammer, som man ikke uden videre kan gennemføre ændringer i.

Psykiatri og børnepsykiatri har i mange år indgået i lægernes *grunduddannelse*.

Først fra 1970 blev der stillet krav om *videreuddannelse* i psykiatri for alment praktiserende læger.

Efter den ordning, der blev indført i 1970 vedr. tilladelse til at udøve virksomhed som alment praktiserende læge, krævedes bl.a. ansættelse i mindst 3 måneder (praksis: sædvanligvis 6 måneder) på psykiatrisk afdeling. Sådan ansættelse er med virkning for de læger, der får eksamen efter 1. januar 1977 ikke mere obligatorisk, idet uddannelsessøgende, der ikke har gennemgået 3 måneders klinisk uddannelse i psykiatri, i ste-

det for skal gennemgå et klinisk/teoretisk kursus i dette fag af 1 måneds varighed.

Et udvalg under sundhedsstyrelsen er i gang med at udarbejde vejledende retningslinier for disse kurser, der tænkes afholdt flere steder i landet.

Arbejdsgruppen ønsker ikke at udtrykke nogen stillingtagen til, hvorvidt denne nyordning er hensigtsmæssig eller ej, idet psykiatriudvalget i en skrivelse af 30. marts 1976 over for indenrigsministeriet har afgivet en udtalelse om nyordningen. Psykiatriudvalgets skrivelse af 30. marts 1976 er optaget som *bilag F*.

Kun få alment praktiserende læger kan forventes at få mulighed for ansættelse på børnepsykiatrisk afdeling som led i deres uddannelse.

På børnepsykiatriens område er der derfor behov for en passende efteruddannelse af de alment praktiserende læger.

Efteruddannelse af alment praktiserende læger foregår fortrinsvis i lægeforeningens regi.

Der arrangeres centraliserede kurser af lægeforeningens uddannelseskomité. Lokalt forestår kredsforeningerne uddannelsstilbuddet, der visse steder er af betydeligt omfang.

Efteruddannelsen finansieres af de delta-gende læger selv. I nogle tilfælde ydes et vist tilskud fra lægeforeningen. De praktiserende læger deltager i betydeligt omfang i disse efteruddannelseskurser. Der er i disse år en særlig udtalt interesse for efteruddannelse i psykiatri, psykologi og socialmedicin.

Arbejdsgruppen kan anbefale, at man fra sygehuskommunernes side i videst muligt omfang, f.eks. via sygesikringslovens § 23, stk. 4-udvalg, samarbejder med de alment praktiserende læger om gennemførelse af efteruddannelseskurser, ikke mindst inden for psykiatri og børnepsykiatri.

5. Speciallægepraksis.

I 1975/76 var 168 psykiatriske speciallægepraksis registrerede som ydere til sygesikringen (÷ Københavns og Frederiksberg kommuner). Heraf var ca. 50 heltidspraksis og ca. 120 deltidspaksis, fortrinsvis med samtidig hospitalsansættelse. Der er sket en kraftig stigning i antallet af psykiatriske

speciallægepraksis gennem de senere år. I 1974/75 var der 140. Tilbage i 1965 var der ca. 60 praktiserende speciallæger i psykiatri, heraf 15 heltidspraktiserende og 45 deltidspaktiserende. Der er nu praktiserende speciallæger i psykiatri i alle amtskommuner.

Også antallet af ydelser i psykiatrisk speciallægepraksis er steget stærkt. Fra 39.989 ydelser (÷ Københavns og Frederiksberg kommuner) til gruppe 1-sikrede i 1973/74 til 58.635 i 1974/75 og 70.274 i 1975/76. De 70.274 ydelser i 1975/76 fordelte sig på 60.280 konsultationer (deraf 13.535 førstegangskonsultationer), 9.308 telefonkonsultationer og 567 besøg.

Den offentlige Sygesikring yder i henhold til sygesikringslovens § 6, stk. 3, fri lægehjælp ved speciallæge til gruppe 1-sikrede efter henvisning fra alment praktiserende læge. De nærmere vilkår for speciallægebehandling er fastsat i overenskomsten mellem Sygesikringsens Forhandlingsudvalg og Foreningen af Speciallæger vedrørende anden speciallægehjælp end øjen- og ørelægehjælp. Honoreringen gives pr. konsultation (henholdsvis telefonkonsultation eller besøg). Antallet af konsultationer, der kan honoreres er limiteret, således at en henvisning maksimalt omfatter 7 konsultationer inden for 12 på hinanden følgende måneder. Efter fornyet henvisning kan behandlingen udstrækkes til i alt 12 konsultationer - og hvor ganske særlige forhold gør sig gældende 15 konsultationer. En ændring af limiteringsbestemmelserne er under overvejelse i organisationerne.

Der findes ingen særlig overenskomst vedrørende børnepsykiatriske speciallægepraksis, men børnepsykiatere, der måtte ønske det, kan tilslutte sig overenskomsten på de for psykiatere gældende vilkår.

Den offentlige Sygesikrings udgifter til psykiatrisk speciallægepraksis var i 1975/76 for gruppe 1-sikrede ca. 11,5 mill. kr. Gruppe 2-sikrede har i henhold til sygesikringslovens § 6, stk. 4, ret til tilskud fra Den offentlige Sygesikring i forbindelse med psykiatrisk speciallægebehandling. Denne ret er ikke betinget af henvisning fra alment praktiserende læge. I øvrigt ydes tilskuddet til speciallægebehandling på samme vilkår som for gruppe 1-sikrede. Hvis limiteringen overskrides, ydes tilskud efter reglerne om

lægehjælp i almen praksis. En opgørelse over Den offentlige Sygesikrings udgifter til psykiatrisk speciallægebehandling af gruppe 2-sikrede findes ikke.

Der findes kun meget få nyere undersøgelser af virksomheden i psykiatrisk speciallægepraksis. I en artikel i Ugeskrift for Læger 1976: 138: 3292-3297, har læge Carlo Rasmussen fremlagt et materiale om virksomheden i en psykiatrisk heltidsspeciallægepraksis for perioden 1. juni 1972 til 1. juni 1975. Materialet er for lille til at foretage endelige konklusioner ud fra, men på en række punkter bekræfter det dog det generelle indtryk af virksomheden i psykiatrisk speciallægepraksis, som beskrevet i de følgende afsnit.

Behandlingen af sværere psykotiske lidelser beslaglægger kun en mindre del af de praktiserende speciallægers arbejde. Hovedparten af arbejdsindsatsen er helligt undersøgelse/behandling af andre psykiske sygdomme. Antallet af patienter, som færdigbehandles i speciallægepraksis - og altså ikke henvises til viderebehandling i sygehusvæsenet - er betydeligt. I forhold til den undersøgelses- og behandlingsvirksomhed, som foregår i sygehusvæsenet og i almen lægepraksis, er det dog, uanset den oven for omtalte stigning i antallet af praktiserende speciallæger, stadig kun en mindre del af de psykisk syge som behandles i speciallægepraksis. Tendensen til en stigning i antallet af nedsættelser i speciallægepraksis må imidlertid antages at fortsætte i de kommende år.

Der er grund til at tro, at speciallægepraksis kan udgøre et værdifuldt led i amtskommunernes samlede service over for psykisk syge. Speciallægepraksis vil formentlig i et vist omfang kunne aflaste sygehusvæsenet og vil med et veludbygget samarbejde med almen lægepraksis kunne yde bidrag til, at psykiatri i højere grad kommer til at indgå i den alment praktiserende læges arbejde.

Amtskommunerne bør imidlertid være opmærksomme på, at en udbygning af det psykiatriske sygehusvæsen efter en distriktpsykiatrisk tankegang let kan føre til, at der bliver mulighed for dobbeltdækning, hvis antallet af praktiserende speciallæger, der nedsætter sig i amtskommunen, samti-

dig øges, uden at der sker en koordinering med sygehusplanlægningen.

Da den generelle problematik omkring koordinationen af planlægningen inden for sygehusvæsenet og de praktiserende speciallægers virkeområde behandles i et af indenrigsministeriet nedsat prioriteringsudvalg*) vedrørende social- og sundhedssektoren, har arbejdsgruppen afstået fra at beskæftige sig med de organisatoriske problemer i forbindelse med denne koordinering.

Arbejdsgruppen er opmærksom på, at speciallægeoverenskomsten har åbnet adgang for, at der med henblik på at opnå en rimelig ensartet speciallægedækning kan træffes aftale mellem overenskomstens parter om, at der ikke kan ske nyetablering af speciallægepraksis i områder, hvor der allerede er en tilfredsstillende speciallægedækning (jfr. speciallægeoverenskomstens § 9, stk. 1). Arbejdsgruppen er endvidere opmærksom på, at der efter landsoverenskomsten om *almen lægegerning* er mulighed for at aftale særlige retningslinier for henvisning fra alment praktiserende læge til speciallæge (jfr. landsoverenskomstens § 42, stk. 3).

Med hensyn til efter hvilke retningslinier koordineringen bør ske, er det ikke muligt at give nogen endelige løsninger. En vis sygehustilknytning for et områdes praktiserende speciallæger kunne være ønskelig, dels for at sikre en hensigtsmæssig visitation og behandling af patienterne, dels for at give de praktiserende speciallæger gode muligheder for at vedligeholde forbindelsen med sygehusets faglige miljø. Hvor omfattende en sådan tilknytning i det konkrete tilfælde bør være må imidlertid afhænge af de lokale forhold og muligheder.

Man kan endvidere pege på den særlige ordning, man i Ringkøbing amtskommune siden 1. november 1974 har gennemført om distriktpsykiatri i Lem vig-området, jfr. ovenfor afsnit 4.3.2.

Amtskommunerne synes således at have en vis valgfrihed - i hvert fald over for visse patientkategorier - med hensyn til i hvilken form psykiatrisk specialviden i fremtiden skal stilles til rådighed for borgerne respek-

*) Dette udvalg har nu afgivet betænkning, nr. 809/1977.

tive andre led i den samlede service for psykisk syge. Eksistensen af alternative behandlingsmuligheder vil være en fordel for patienterne. Samtidig er det imidlertid vigtigt at gøre sig klart, at disse alternative muligheder rummer risici, som bør forebygges gennem en koordineret planlægning af områderne.

6. Særligt om børnepsykiatri.

I de vejledende retningslinier er det vedrørende den børnepsykiatriske sygehusfunktion fremhævet, at undersøgelse og behandling af psykisk syge børn - ligesom voksenpsykiatri - er et amtsspeciale. Den børnepsykiatriske funktion bør derfor etableres i de enkelte amtskommuners sygehusvæsen, og denne opgave bør tillægges høj prioritet. Endvidere bemærkes det, at den mest hensigtsmæssige organisation af funktionen synes at være en kombination af en sygehusafdeling med et forholdsvist beskedent sengetal til at dække de nødvendige indlæggelser, en veludbygget ambulant funktion og en udstrakt udadgående virksomhed over for andre sygehuse i amtskommunen, socialvæsenet, skolevæsenet m.v. Det påpeges i forbindelse hermed, at relationer til disse sektorer gør det ønskeligt, at børnepsykiatriske afdelinger placeres i nærheden af amtskommunernes socialcentre.

Det er således fastslået, at en væsentlig del af de børnepsykiatriske afdelingers indsats vil komme til at bestå i udadgående virksomhed overfor andre afdelinger i amtskommunen, specielt pædiatriske afdelinger og overfor skole-, sundheds- og socialvæsenet. Arbejdet uden for institutionen er således i princippet led i selve opbygningen af den amtskommunale afdeling. Dette skyldes bl.a. at samfundets indsats overfor børn, der har eller kan få sådanne problemer, at specifik børnepsykiatrisk bistand er fornøden, varetages af flere forskellige administrative systemer, der kun i et vist omfang råder - eller bør råde over egen børnepsykiatrisk ekspertise.

Det er samtidig fremhævet, at den eksisterende mangel på børnepsykiatriske behandlingsmuligheder i amtskommunerne formentlig påvirker indlæggelsesmønstret. Der er grund til at antage, at samme forhold er en af årsagerne **til**, at de alment praktise-

rende læger erfaringsmæssigt har været tilbageholdende med at henvise børn til specialbehandling på sygehusafdeling. Ventetiderne har været så lange og afstanden til behandlingsstedet så stor, at henvisning udover et minimum af uafviselige tilfælde formentlig har været betragtet som mere eller mindre formålsløs. Da speciallægemanglen samtidig medfører, at den praktiserende læge ikke kan få nævneværdig bistand til selv at indlede et behandlingsforløb, står man i en særdeles vanskelig udgangssituation.

Herudover gør der sig på det børnepsykiatriske, måske i endnu højere grad end på det voksenpsykiatriske, område vanskeligheder gældende ved generelt at fastlægge skarpe kriterier for, hvornår specifik børnepsykiatrisk indsats er indiceret. Uden for de »klassiske« psykiatriske diagnosers områder (typisk: Psykoser, neuroser og hjerneskader) vil der ofte kunne være tale om glidende overgange af tilstande fra det mere sygdomsprægede, hvor børnepsykiatrisk bistand vil være nødvendig, til adfærdsvanskeligheder i skole, daginstitutioner o.lign., hvor børnenes afvigende adfærd ikke har sygdomskarakter, men i højere grad bestemmes af socialpsykologiske forhold, og hvor en hensigtsmæssig påvirkning af børnene og støtte til familien bør ske ved skolepsykolog, socialforvaltningens medarbejdere o.lign.

/ . Et veludbygget samarbejde mellem den børnepsykiatriske sygehusafdeling, socialsektor, skolepsykologiske kontorer, skolelæger og lægepraksis vil kunne give bedre muligheder for tidlig diagnose og lettere adgang til som led i behandlingen at anvende foranstaltninger inden for skolevæsen eller socialvæsen (anden skoleplacering, specialundervisning, daginstitutionsophold m.v.). I andre tilfælde vil samarbejdet gøre det muligt for andre behandlere med støtte i en superviserende børnepsykiatrisk ekspertise selv at iværksætte eller fortsætte en undersøgelse eller behandling. (Eksempelvis hvor den praktiserende læge efter drøftelse med skolepsykolog indhenter råd hos børnepsykiater eller konfererer et behandlingsforløb). Disse spørgsmål er nærmere belyst nedenfor i afsnit 6.1.-6.4.

2. Endelig vil der være tilfælde, hvor børnenes adfærdsvanskeligheder - og fami-

liernes bagvedliggende problemer - er et såvel socialpsykologisk som pædagogisk problem, der i vid udstrækning må søges løst gennem skolepsykologiske kontorer, rådgivningsklinikker o.s.v. Denne problematik er nærmere belyst nedenfor i afsnit 6.5.

6.1. Behovet for samarbejde mellem den praktiserende læge og børnepsykiatere, psykologer m.v.

Til belysning af hyppigheden/omfanget af forekomsten af børn med psykiske lidelser i almen praksis og i forbindelse hermed de alment praktiserende lægers behov for bistand fra børnepsykiatere, psykologer m.v. kan nævnes et for nyligt offentliggjort forskningsprojekt, hvori samarbejdet mellem en gruppe alment praktiserende læger og en børnepsykiater er beskrevet.

I løbet af en 1-års periode frembød ca. 5% af de børn, der hørte til vedkommende praksispopulation, symptomer, der kunne tyde på psykisk lidelse, hvilket svarede til 10% af de børn, der i undersøgelsesperioden blev set af den alment praktiserende læge. Aldersmæssigt var der signifikant op-hobning af børn i de første år efter skolegangens begyndelse og påfaldende få børn, hvis symptomer blev fundet ved de profylaktiske undersøgelser af de yngre børn. Det påpeges, at man må regne med den mulighed, at en relativt stor del af de børn, som har psykiske problemer, ikke møder til de profylaktiske undersøgelser, og at de psykiske og sociale problemer i familien i sig selv er en medvirkende årsag til, at fremmødet svigter. Vedrørende de profylaktiske børneundersøgelser er bemærket det betydningsfulde i, at lægen får tid til at tale med mor og barn og tid til at kontakte de pædagogiske og sociale institutioner, som barnet og familien er i berøring med. Imidlertid vil der fortsat være en gruppe børn, som ikke kommer til disse undersøgelser, og hvor der er behov for et samarbejde mellem den primærkommunale socialforvaltning og lægerne evt. formidlet gennem sundhedsplejerskeordningen. I det ovenfor nævnte projekt indgik børnepsykiateren i samarbejde med de praktiserende læger, således at han med disse dels drøftede, hvilke børns symptomer, der var af en sådan sværhedsgrad, at

de måtte tillægges så megen vægt, at en behandling hos den alment praktiserende læge burde iværksættes med eller uden supervision af børnepsykiateren, dels hvilke børn der burde henvises til speciallæger evt. børnepsykiatrisk ambulatorium eller afdeling. Det viste sig, at der kun for få børns vedkommende var behov for henvisning til børnepsykiatrisk afdeling.

Ofte vil de alment praktiserende læger være klar over/opmærksomme på hvilke børn i deres praksis, der har psykiske lidelser, men i mange tilfælde må behandlingen opgives fordi behandlingsmulighederne er så begrænsede, at der ikke er mulighed for en relevant henvisning videre i systemet.

Desuden vil den alment praktiserende læge ofte føle sig usikker over for, om henvisning til speciallæge er fornøden. Dette gælder f.eks. børn, som over en længere periode har frembudt f.eks. psykosomatiske symptomer eller været adfærdsvanskelige. I disse tilfælde ville det være ønskeligt, om den alment praktiserende læge kunne have mulighed for at drøfte problemerne omkring det enkelte barn med en psykolog fra det skolepsykologiske kontor.

I ikke få af disse tilfælde har barnets familie sociale problemer, hvor det er ønskeligt, at der desuden etableres et samarbejde mellem en sagsbehandler i socialforvaltningen og den alment praktiserende læge.

Det er således ønskeligt, om der omkring børn med psykiske lidelser kunne etableres et samarbejde mellem de alment praktiserende læger, sagsbehandlerne fra socialforvaltningen, skolelægerne og det udbyggede skolepsykologiske kontor, hvor man råder over såvel skolepsykologer som kliniske psykologer.

Behovet for samarbejde mellem de alment praktiserende læger og de skolepsykologiske kontorer er gensidigt. Personalet på de skolepsykologiske kontorer vil specielt have behov for nærmere oplysninger/viden om sygdomme, som giver sig udslag i såvel legemlige som psykiske symptomer, f.eks. psykosomatiske og neurologiske sygdomme herunder epilepsi. Der kunne desuden etableres mulighed for til en sådan kontaktgruppes møder at tilkalde en børnepsykiater i de tilfælde, hvor det skønnes fornødent.

Børnepsykiateren skal ikke kun deltage i samarbejde vedrørende visitation med hen-

syn til om barnet skal behandles på børnepsykiatrisk ambulatorium eller afdeling, men også deltage i samarbejde med hensyn til planlægning af det enkelte barns behandling og også over en længere periode kunne være rådgivende for en behandling, der udføres af den alment praktiserende læge alene eller i samarbejde med sundhedsplejersken, f.eks. i form af forældrerådgivning.

6.2. Behovet for samarbejde mellem den børnepsykiatriske enhed og skolevæsenet.

Da børn i høj grad er afhængige af deres omgivelser, ikke kun familien, men f.eks. også skolen, er det et naturligt led i behandlingen af et barn med psykiske lidelser, at der etableres et samarbejde mellem børnepsykiateren og skolevæsenet. Det gælder både med hensyn til undersøgelse og behandling af barnet. En ændret skoleplacering eller etablering af specialundervisning kan f.eks. supplere behandlingen i det børnepsykiatriske ambulatorium eller udgøre det væsentligste led i behandlingen. Et samarbejde med såvel det skolepsykologiske kontors personale som den enkelte lærer, skolelæge og skolesundhedsplejerske er nødvendigt. I denne forbindelse tænkes ikke specielt på, at børnepsykiateren skal have en egentlig konsulentfunktion indenfor skolevæsenet, bortset fra i de største kommuner. Udover kontakten omkring det enkelte barn kan der være brug for regelmæssige konferencer mellem personalet på det skolepsykologiske kontor, skolelægen og det børnepsykiatriske ambulatorium om tilrettelæggelsen af behandlingen af de patienter/elever, man har drøftet, således at den samlede behandling af den enkelte patient koordineres på den mest hensigtsmæssige måde.

Specielt må behovet for samarbejde mellem det skolepsykologiske kontor og det børnepsykiatriske ambulatorium omkring de patienter, som anbringes på observationsskole, fremhæves. Disse elever har ofte store problemer såvel pædagogiske som psykiske og sociale. I disse tilfælde må observationsskolens personale inddrages i samarbejdet, ligesom det er ønskeligt, at socialforvaltningen så tidligt som muligt inddrages i de tilfælde, hvor der bliver tale om evt. anbringelse på døgninstitution.

Et samarbejde mellem det børnepsykiatriske ambulatorium og skolevæsenet vil desuden være indiceret omkring en del centerskoleelever - specielt hvor centerskolen opretter specialundervisning for psykotiske og hjerneskadede børn.

6.3. Behovet for samarbejde mellem den børnepsykiatriske enhed og den primærkommunale sociale sektor.

Med hensyn til socialvæsenet er der behov for samarbejde med såvel den primærkommunale sociale sektor som med socialcentret. Ikke alene er der behov for et sådant samarbejde i de tilfælde, hvor de børnepsykiatriske patienters familie har sociale problemer, men også i adskillige andre tilfælde - f.eks. når børn af pædagogiske grunde bør anbringes i daginstitution, eller når de som led i behandlingen eller som efterbehandling ønskes anbragt på en døgninstitution (børnehjem, skolehjem eller behandlingshjem), i privat dag- eller døgnpleje, på efterskole eller kostskole, og dette kun kan gennemføres, hvis familien får økonomisk støtte. I nogle tilfælde etableres kontakten skriftligt, ved at man fra den børnepsykiatriske afdeling sender en anmodning til kommunens socialforvaltning om bistand, men det vil ofte være af betydning, at den skriftlige kontakt suppleres med telefonsamtaler og evt. direkte konferencer, hvor man drøfter hvilke foranstaltninger, der vil være mest hensigtsmæssige i forhold til den enkelte patient.

Medens personalet i en børnepsykiatrisk afdeling således direkte kan kontakte den primærkommunale socialforvaltning, er det ikke helt afklaret, hvorledes socialforvaltningen skal tage kontakt med det børnepsykiatriske ambulatorium i de tilfælde, hvor socialforvaltning og socialudvalg ønsker en klient børnepsykiatrisk undersøgt, bortset fra de tilfælde hvor det sker i henhold til bistanndslovens § 123 (når det er absolut påkrævet af hensyn til et barns velfærd, kan det sociale udvalg indtil barnets fyldte 18 år uden samtykke fra forældremyndighedens indehaver træffe beslutning om, at anbringe barnet i en psykiatrisk hospitalsafdeling eller et hospital for sindslidende med tilslutning af hospitalets overlæge, selv om de almindelige betingelser i henhold til lovgiv-

ningen om sindslidende personers hospitalsophold ikke er opfyldt).

I de øvrige tilfælde, hvor socialforvaltning og socialudvalg finder, der er behov for børnepsykiatrisk undersøgelse eller kontakt med børnepsykiater for at drøfte det enkelte barns problemer, vil henvendelsen dels kunne ske via socialforvaltningens lægekonsulent eller sagsbehandler til familiens egen læge og gennem denne til den børnepsykiatriske afdeling, dels vil henvendelse kunne ske til socialcentret med ønske om kontakt til centrets børnepsykiatriske konsulent. I de tilfælde hvor et barn allerede har eller har haft kontakt med den børnepsykiatriske afdeling, vil socialforvaltningen efter tilladelse fra familien kunne få oplysninger om undersøgelsens resultat, men det er tvivlsomt om man herudover direkte vil kunne begære undersøgelser.

I specielle tilfælde er der ikke alene fra socialforvaltningens side, men også fra det sociale udvalgs side behov for en direkte kontakt til børnepsykiateren, f.eks. gennem dennes deltagelse i møde med socialudvalget eller enkelte af dets medlemmer. I de tilfælde, hvor barnet er eller har været undersøgt i den børnepsykiatriske afdeling vil børnepsykiateren kunne deltage i mødet, men i de tilfælde hvor barnet er afdelingen ubekendt vil det være den til socialcentret knyttede børnepsykiater som deltager.

En tilsvarende arbejdsopdeling må forventes at være den, der benyttes, når man i daginstitutioner (vuggestuer, børnehaver og fritidshjem) har behov for kontakt med børnepsykiateren. I mange tilfælde er opholdet i daginstitution en så væsentlig del af barnets behandling, at man fra det børnepsykiatriske ambulatorium optager kontakt med daginstitutionens personale omkring børn, som er patienter i ambulatoriet; men i de tilfælde, hvor det drejer sig om børn, der ikke er patienter i ambulatoriet, må bistand hentes fra socialcentrets børnepsykiater.

Det tilsvarende må være tilfældet, når det drejer sig om børn anbragt på døgninstitution. Nogle af disse vil dog have en børnepsykiater direkte tilknyttet som tilsynsførende psykiater.

6.4. Behovet for samarbejde mellem den børnepsykiatriske enhed og amtskommunens socialcenter.

Ifølge bistanndsloven er det pålagt amtskommunerne at oprette rådgivningscentre for børn og unge i tilslutning til deres socialcentre. Børnerådgivningscentre, skolepsykologiske rådgivningskontorer og børnepsykiatriske hospitalsambulatorier supplerer hinanden, og kan ikke erstatte hinanden. Et samarbejde mellem rådgivningscentret og den børnepsykiatriske enhed i amtet bør etableres, for at det enkelte barn kan blive behandlet det mest hensigtsmæssige sted. Samarbejde er dog ikke kun nødvendigt af hensyn til visitationen, men er også i mange tilfælde nødvendigt omkring den enkelte patient/klient, f.eks. i de tilfælde hvor et barn, der er undersøgt i den børnepsykiatriske afdeling, skal anbringes på en døgninstitution, idet amtskommunens socialcenter for en del anbringelsers vedkommende skal inddrages. I andre tilfælde ønskes et barn, der undersøges og behandles i rådgivningscentret, børnepsykiatrisk undersøgt f.eks. under indlæggelse i den børnepsykiatriske afdeling.

I visse undersøgelsessager kan socialcentret ønske børnepsykiaterens deltagelse f.eks. i sager vedrørende adoption, hvor det kan dreje sig såvel om undersøgelser af adoptanterne og deres børn som af de børn, der skal bortadopteres.

Som nævnt må det forventes, at der fortsat skal være psykiatrisk tilsynsførende ved en del af døgninstitutionerne herunder skolehjem og behandlingshjem, og at denne tilsynsvirksomhed får tilknytning til socialcentret. Man kan til de enkelte institutioner knytte psykiatere eller børnepsykiatere uden tilknytning til amtets sygehusvæsen, men mange steder vil der af kapacitetsmæssige grunde ikke være mulighed for andre børnepsykiatere end de til sygehusvæsenet knyttede. Det kan desuden være ønskeligt, at det børnepsykiatriske arbejde inden for sygehusvæsenet og døgninstitutionerne kombineres, idet der vil være et ikke ringe patient/elev sammenfald. Der vil ofte være så stor overlappning mellem det inden for sygehusvæsenet og det i socialcentret udførte børnepsykiatriske arbejde, at det i de mindre amter kan være hensigtsmæssigt, at

arbejdet udføres af de samme børnepsykiatere med deltidsfunktion inden for såvel sygehusvæsenet som socialvæsenet. I de større amter kan arbejdet derimod have et sådant omfang, at der dels må være ansat børnepsykiatere inden for sygehusvæsenet, dels inden for den sociale sektor.

6.5. Anvendelse af skolepsykologiske kontorer, rådgivningsklinikker m.v.

Som tidligere nævnt vil der være tilfælde, hvor børnenes adfærdsvanskeligheder - og familiernes bagvedliggende problemer - er et såvel socialpsykologisk som pædagogisk problem, der i vid udstrækning må søges løst gennem skolepsykologiske kontorer, rådgivningsklinikker m.v.

Det drejer sig om psykisk sårbare børn, som ikke er psykisk lidende i egentlig forstand og derfor ikke med rimelighed kan/bør henføres under sygdomsbegrebet. For denne gruppe af psykisk sårbare børn er det vigtigt at undgå en stigmatisering i et sygdomsmønster. Psykisk sårbare børn udviser ofte en adfærd, der afviger fra det socialt ønskelige, enten som normalpsykologiske reaktioner på abnorme situationer eller med et handleberedskab, som de har indlært under belastende betingelser i den hidtidige udvikling. Reaktion herpå må være en psykologisk-pædagogisk procedure, til rådighed for hvilken, der findes fagfolk - herunder højt uddannet akademisk arbejdskraft. Denne arbejdskapacitet er bl.a. organiseret i enheder som de skolepsykologiske kontorer og rådgivningsklinikkerne, som nogle steder er særdeles velfungerende og andre steder bør/kan udvikles til at blive det. Til skolepsykologiske kontorer og rådgivningsklinikker er der såvel som til socialforvaltningen iøvrigt knyttet en vis medicinsk sagkundskab, om end ikke altid i tilstrækkelig udstrækning.

I forbindelse med behandlingshjælpen til psykisk sårbare børn kan specielt anføres psykologernes mulige indsats. Disse repræsenterer forskellige arbejdsområder - såvel pædagogiske, kliniske som socialpsykologiske - og kan supplere hinanden på en frugtbar måde. Dette er ikke mindst påkrævet i et så komplekst område som støtte til psykisk uafbalancerede børn, deres familier og skolerelationer. I de unge år drejer det sig

om udviklingsforløb, der oftest ligger inden for et bredt defineret normalitetsområde, men som indebærer risici for at tage retning mod det alvorligt afvigende. For at forhindre, at det går virkeligt skævt, skal der ske en påvirkning af en lang række små led i udviklingsprocessen, og hertil kræves en ganske intensiv og kvalificeret indsats.

6.6. Sammenfatning vedrørende børnepsykiatri.

Vanskeligheden ved på forhånd generelt at afgrænse de grupper, over for hvilke de forskellige typer af foranstaltninger er indiceret, vil meget vel kunne vise sig mindre i praksis, når det drejer sig om at vurdere konkrete enkelttilfælde. Også på det børnepsykiatriske område er der i mindre grad tale om et enten/eller mellem forskellige foranstaltninger end om, at disse for at kunne virke hensigtsmæssigt forudsætter en tæt kontakt, gensidig fortrolighed med synspunkter uanset faglig placering m.v. De vidt forgrenede berøringsflader mellem børnepsykiatrien og de øvrige sektorer gør det imidlertid kompliceret at pege på bestemte konkrete samarbejdsmodeller. Man må begrænse sig til at slå fast, at samarbejde udad fra den børnepsykiatriske afdeling til amtskommunens socialcenter, rådgivningscenter og skolepsykologiske kontorer må være et selvfølgeligt led i planlægningen af afdelingens funktion. Desuden vil et samarbejde til almen lægepraksis og de kommunale socialforvaltninger være nødvendigt.

Endelig bemærkes, at børnepsykiatrisk speciallægepraksis efter alt at dømme vil kunne udgøre et værdifuldt alternativ til ambulant sygehusbehandling. Der er bl.a. grund til at tro, at en række hæmninger over for henvisning til sygehusbehandling ikke vil findes over for behandling hos praktiserende speciallæge.

7. Samarbejde med den sociale sektor.

7.1. Samarbejde med social- og sundhedsforvaltninger.

I socialforskningsinstitutets undersøgelse «Psykisk handicappede», der udkom i 1975, er redegjort for de sociale leveforhold for ca. 500 personer, der 6 år forud for under-

søgelsetidspunktet var udskrevet fra en psykiatrisk hospitalsafdeling.

Hovedindtrykket er, at de tidligere psykiatriske patienter har ringere vilkår end befolkningen i øvrigt i flere henseender: Økonomisk og boligmæssig, samt med hensyn til social kontakt. De er ofte enlig stillede, ikke mindst efter skilsmisse, og føler sig både ensomme, svigtede og diskriminerede. En meget stor del er ude af stand til at ernære sig selv, idet kun 40% af mændene lever af egne indkomster, og 20% lever af en kombination af offentlige ydelser og (begrænsede) egne indkomster. 50% af mændene og 40% af kvinderne har invalidepension. De pågældende personer har også en række fysiske sygdomme, og de udviser en høj grad af psykisk sårbarhed.

To trediedele af patienterne havde været genindlagt i de forløbne 6 år, og mange havde som nævnt fået invalidepension. Knap halvdelen af samtlige udskrevne har ifølge egne oplysninger henvendt sig til socialkontoret i de forløbne 6 år, og en fjerdedel af alle mener ikke at have fået tilstrækkelig støtte fra socialforvaltningen.

Socialforskningsinstituttets undersøgelse viser således, at der er nær sammenhæng mellem den indsats, som kan ydes af den sociale sektor og af sundhedsvæsenets psykiatriske funktioner. Ydelser fra de to sektorer vil i betydeligt omfang kunne supplere hinanden.

Undersøgelsen kan ikke bruges til en vurdering af, om den enkelte institution har handlet mere eller mindre hensigtsmæssigt. F.eks. kan antallet af genindlæggelser være udtryk for en hensigtsmæssig udskrivningspraksis. Undersøgelsen viser derimod, at der i en lang række tilfælde er behov for et nærmere samarbejde mellem de psykiatriske behandlingsinstitutioner, social- og sundhedsforvaltninger, socialcentre og andre involverede instanser.

Behovet for samarbejde aktualiseres bl.a. i forbindelse med indlæggelser på og udskrivning fra psykiatriske sygehuse, hvor der ofte er behov for samarbejde og gensidig orientering direkte mellem sygehusvæsenet og den enkelte kommune, således at socialforvaltningerne, hvor det er nødvendigt, kan påbegynde planlægning af en eventuel social indsats, dels i forhold til patienten, dels i forhold til dennes familie og

pårørende. Social- og sundhedsforvaltningerne vil samtidig ofte kunne forsyne sygehusvæsenet med oplysninger vedrørende patientens sociale situation, og derigennem belyse bl.a. mulighederne for klientens fortsatte behandling uden for institution. Dette samarbejde finder allerede i dag sted omkring mange psykiatriske institutioner.

For kommunernes social- og sundhedsforvaltninger fremtræder de psykisk lidende ikke som en gruppe sociale klienter, for hvem et særligt hjælpeapparat står til rådighed. Bistandsloven og den øvrige sociale lovgivning indeholder således ikke særregler for denne gruppe af klienter, men hele det sociale hjælpeapparat står i princippet til rådighed.

Som følge af de psykiske lidelsers særlige karakter er der dog næppe tvivl om, at sociale klienter med disse lidelser volder social- og sundhedsforvaltningerne særlige problemer, i første række som følge af de ofte meget komplicerede problemstillinger, der kan foreligge, og på grund af psykotiske patienters af og til manglende sygdomserkendelse. Psykiske, somatiske og sociale elementer indgår ofte med vekslende styrke, hvad der kan gøre det overmåde vanskeligt at finde den mest hensigtsmæssige bistandsform.

I forbindelse med sager, hvori psykiske og sociale og eventuelt også somatiske problemer spiller en væsentlig rolle, kunne som en blandt flere mulige samarbejdsmodeller peges på etablering af et behandlingsteam - en kontaktgruppe. Dette vil ikke blot kunne være aktuelt i den forebyggende fase, men også ved institutionsophold, udskrivning og revalidering.

Det er klart, at ikke alle sager hvor to eller flere organer er involveret behøver at indebære etablering af en kontaktgruppe. Heller ikke det sociale, somatiske eller psykiske problems »størrelse« er afgørende i denne forbindelse. En sag kan som bekendt udmærket være alvorlig på alle leder og kanter uden at indebære koordinationsproblemer, ligesom det omvendte kan være tilfældet. Behovet for koordinering af den samlede indsats vil derfor være afgørende for, hvorvidt der skal etableres en kontaktgruppe, samt hvor formaliseret denne »gruppedannelse« skal være.

Kontaktgruppen kunne - afhængig af sa-

gens karakter - f.eks. tænkes sammensat af én medarbejder fra forvaltningens rådgivergruppe, én medarbejder ved den behandlende institution, klientens læge og hjemmesygeplejerske. Der er således tale om personer, der har en direkte behandlende funktion over for klienten.

Det afgørende i denne forbindelse er således at få etableret en personlig kontakt mellem de behandlende personer, og at disse meget klart fastlægger deres indbyrdes rollefordeling, samt at ansvaret for koordinering af den samlede indsats i alle sags faser klart placeres. Ansvaret for koordinering kan gå på skift mellem gruppens medlemmer afhængig af, hvor hovedvægten i behandlingen ligger.

En sådan ad hoc-gruppedannelse omkring mere komplicerede sager vil bl.a. indebære fordele bestående i forenkling af samarbejdslinier, udvikling af personligt kendskab, kundskabsafsmitning, sikker information, hurtigere løsning og en bedre prioritering af indsatsen, herunder en hurtigere afslutning af sager, hvor et behandlingsresultat er udelukket.

For social- og sundhedsforvaltningerne vil der ofte være behov for at trække på psykiatrisk og psykologisk ekspertise til støtte for den konkrete sagsbehandling, og det bør indgå i kommunernes planlægning, hvorledes de organisatoriske problemer i denne forbindelse skal løses. Der bør i amtskommunernes planlægning af den psykiatriske service tages højde for, at de personelle ressourcer anvendes på en måde så det sikres, at alle kommuner i lige høj grad får adgang til at trække på ekspertise, i hvert fald i de mest komplicerede tilfælde.

Der kan næppe opstilles ensartede modeller for, hvor denne konsultative service administrativt skal placeres, men det synes på forhånd nærliggende, at den placeres i tilslutning til den »enhed« i amtskommunen, hvorfra den konsultative bistand til de alment praktiserende læger skal udgå, jfr. foran under afsnit 4.3.3.

En placering af den psykiatriske ekspertise i det amtskommunale socialcenter vil imidlertid være i overensstemmelse med intentionerne bag socialreformen, hvorefter sagkundskab til støtte for kommunernes social- og sundhedsforvaltninger, som generelt rækker ud over de enkelte kommuners

formåen, placeres i socialcentret, og bistandsloven har også i overensstemmelse hermed pålagt de amtskommunale socialcentre at stille sagkyndige, herunder lægelig ekspertise, til rådighed for kommunernes social- og sundhedsudvalg.

I praksis vil de sociale medarbejdere (socialkonsulenter) ofte være centrale personer i socialcentrenes arbejde, idet de pågældende har ansvaret for centrets ydelser over for den enkelte primærkommune. Denne funktion finder ofte sted ved, at socialkonsulenten deltager i mere komplicerede opgaver i de kommunale social- og sundhedsforvaltninger.

Socialkonsulenten kan foruden at stille sin personlige erfaring til rådighed tilbyde en særlig hjælp fra den til socialcentret knyttede gruppe af specialister, en hjælp, der koordineres igennem socialcentret. Centret benytter sig af en række specialister, bl.a. speciallæger i psykiatri og børnepsykiatri. Endvidere kan kliniske eller andre psykologer deltage i dette arbejde. Specialisterne kan efter behov virke som baggrundsteam for socialkonsulenterne i selve socialcentret eller på anden måde virke til støtte for det lokale arbejde herunder med hensyn til koordination af de forskellige behandlingsmuligheder.

En konsultativ service som den skitserede vil formentlig kunne fungere i de fleste amtskommuner, men den bør ikke betragtes som den eneste mulige løsning. Vælger man en af de andre i afsnit 4.3.3. nævnte modeller, må organisationen og den konsultative service naturligvis tilpasses efter forholdene.

I kommuner med et relativt stort befolkningsunderlag kan kommunerne eventuelt i et vist omfang råde over egne specialister. Hvor dette er tilfældet, må socialcentrets organisation og kapacitet opbygges under hensyn hertil.

Endelig bør nævnes de allerede eksisterende rådgivningscentre og mentalhygiejniske rådgivningsklinikker, som imidlertid kun stedvis er udbygget og i nogen grad har været helliget børneproblemer. Her findes en model af tværfagligt samarbejde uden for sygehusvæsenet mellem sociale, psykologiske og lægelige medarbejdere. Disse institutioner har bl.a. den fordel, at de lettere kan

få kontakt med personer, som ikke ønsker at betragte sig selv som psykisk syge.

Blandt de bistandsformer, som kommunernes social- og sundhedsforvaltninger kan stille til rådighed for psykisk syge patienter i hjemmet, skal specielt nævnes mulighederne for hjemmesygepleje, sundhedspleje og hjemmehjælp.

På dette område gælder som for almen praksis, at indsatsen må tage sit udgangspunkt i lokale forhold og allerede opbyggede ordninger, men det er vigtigt, at amtskommunernes planer for det psykiatriske sygehusvæsen kommer til at indeholde en beskrivelse af de eksisterende ordninger og en vurdering af, hvorledes denne virksomhed fremover kan indgå i indsatsen over for psykiatriske patienter.

Man må her være opmærksom på, at hjemmesygeplejersker og hjemmehjælpere i dag kun i ringe grad er uddannet til at tage de specielle problemer op, som opstår i forbindelse med bistand til psykisk syge patienter. Der er derfor behov for en særlig pædagogisk indsats, en indsats, som enten kan have sit udgangspunkt i den »enhed« i systemet, som er omtalt i afsnit 4.3.3. eller i den psykiatriske hjemmesygepleje, som allerede i dag findes knyttet til flere psykiatriske sygehuse og til enkelte større kommuner.

7.2. Samarbejde med sociale institutioner m.v.

Samarbejdet mellem det psykiatriske sygehusvæsen, de psykiatriske plejehjem og de almindelige plejehjem er behandlet i en redegørelse fra psykiatriudvalgets arbejdsgruppe vedrørende psykiatriske plejehjem m.v., jfr. kapitel VIII.

Samarbejdet med dag- og døgninstitutioner for børn og unge er beskrevet i afsnit 6.

Her skal omtales nogle andre institutions typer, som bør inddrages i overvejelserne omkring planlægning af det psykiatriske sygehusvæsen, idet disse institutioner i vidt omfang står til rådighed for personer med psykiske lidelser. Der opstår derfor såvel samarbejds- som koordinationsproblemer i forhold til det psykiatriske sygehusvæsen.

Beskyttede boliger og kollektivboliger er mellemformer mellem almindelige boliger

og plejehjem. Beboerne har adgang til bistand til pasning af lejlighed og til en begrænset pleje, der bl.a. gør det muligt at tilbyde vedvarende tilsyn med svagelige personers helbredstilstand og yde dem hurtig hjælp i akutte sygdomstilfælde.

Disse plejeboliger kan forventes at blive mere almindelige i kommunerne i de kommende år. Det er derfor vigtigt at være opmærksom på, at en række af de synspunkter, der gælder vedrørende anbringelse af psykiatriske plejepatienter i den almene plejehjemssektor, ligeledes kan anlægges i forhold til disse boligformer, som for visse patientgrupper, koordineret med en distriktspsykiatrisk service, vil kunne rumme særlige fordele, idet det f.eks. vil kunne lette muligheden for daghospitalsbehandling, ambulant behandling o.lign., når patienten kan udskrives til et gunstigt boligmiljø.

I denne sammenhæng må endvidere nævnes *daghjem*, der yder vedvarende tilsyn, pleje og omsorg i dagtimerne for beboere, som opholder sig i eget hjem om natten, samt *dagcentre* med plejehjemsforebyggende og aktiverende sigte, som gennemføres ved f.eks. fysio- og ergoterapi samt manuelle beskæftigelser og kulturelle arrangementer.

Medens kommunerne har ansvaret for, at der findes det fornødne antal plejeboliger, har amtskommunerne det tilsvarende ansvar for revalideringsinstitutioner og forsorgshjem m.v.

Revalideringsklinikker og optræningsinstitutioner har arbejdsvurdering, arbejdsmæssig optræning eller omskoling til formål, og *beskyttede virksomheder* tilbyder beskæftigelse til personer, der ikke kan opnå eller fastholde beskæftigelse på det almindelige arbejdsmarked. Disse institutioner modtager i et vist omfang klienter med psykiske vanskeligheder. Der findes endvidere enkelte institutioner med døgnophold, bl.a. som led i efterbehandling med revalideringsformål for psykiatriske patienter.

Forsorgshjem skal yde behandling, revalidering og omsorgsforanstaltninger for *personer, der er hjemløse*, og tilstræbe, at klienterne i videst muligt omfang kan vende tilbage til erhvervsmæssig beskæftigelse. De omfatter dels institutioner til længerevarende ophold - forsorgs- og optagelseshjem - dels institutioner til korterevarende op-

hold - beskyttede pensionater, kollegier, herberger, hjælpecentre m.v. Institutioner i den sidstnævnte gruppe har til formål at tilbyde ophold i et beskyttet miljø og at bistå ved en tilbagevenden til en tilværelse uden for institution. Disse institutioner modtager i et vist omfang klienter fra de psykiatriske hospitaler.

Ved planlægningen af det psykiatriske sygehusvæsen må der derfor lægges vægt på den service for psykiatriske patienter, som kan ydes af disse revaliderings- og forsorgsinstitutioner, og herunder på behovet for koordineret planlægning og visitation.

Kapitel VIII.

Plejehjem tn.v., jfr. vejledende retningslinier afsnit 3.5.

1. Indledning.

Som nævnt i kapitel I nedsatte udvalget i december 1975 en arbejdsgruppe, der særligt skulle beskæftige sig med spørgsmålet om psykiatriske plejehjem m.v. Arbejdsgruppen foranledigede gennemført en undersøgelse af det psykiatriske islæt i plejehjemspopulationen i Århus og Ringkøbing amter. Rapporten vedr. denne undersøgelse er optaget som *bilag G*.

Arbejdsgruppen afgav i oktober 1976 en redegørelse til udvalget.

Udvalget kunne tilslutte sig de synspunkter, der var anført i redegørelsen, som derefter dannede grundlag for fremstillingen

vedr. plejehjem i de vejledende retningslinier afsnit 3.5.

Udvalget har derfor fundet det rigtigst, at arbejdsgruppens redegørelse optages direkte i betænkningen som »kommentar« til retningsliniernes **plejehjemsafsnit**.

Det indledende afsnit i redegørelsen om arbejdsgruppens nedsættelse og sammensætning er dog ikke medtaget. Med hensyn til arbejdsgruppens sammensætning henvises til kapitel I, afsnit 3.

En del af de til redegørelsen hørende bilag er optaget i denne betæknings bilagsafsnit.

Redegørelse fra den af psykiatriudvalget nedsatte arbejdsgruppe vedr. psykiatriske plejehjem m.v.

2. Baggrunden for arbejdsgruppens nedsættelse.

I kommissoriet for psykiatriudvalget er specielt fremhævet ønskeligheden af, at udvalget behandler spørgsmålet om den psykiatriske plejehjemsfunktions forhold til sygehusvæsenet og til den sociale sektor (almindelige plejehjem m.v.). Der tænkes i denne forbindelse især på, at de psykiatriske plejehjem under direktoratet for statshospitalerne foreløbig forudsættes opretholdt med deres hidtidige funktioner, og at de derfor overføres til sygehusvæsenet, uanset at der i amtskommunerne i dag findes psykiatriske plejehjem under **social-** og sundhedsudvalgene, og uanset at de almindelige plejehjem i et vist omfang er belagt med patienter, som formentlig burde anbringes på psykiatriske plejehjem. En afkla-

ring af institutionernes målsætning, tilhørsforhold, visitation m.v. er derfor påkrævet.

I § 1 i loven om statshospitalernes overførelse til amtskommunerne er det anført, at statshospitalerne til behandling af sindslidende samt de dertil knyttede plejehjem m.v. overføres til de amtskommuner, hvori de er beliggende. I § 2, stk. 1, er det fastsat, at der på de af § 1 omfattede institutioner samt Københavns kommunes psykiatriske institutioner ydes behandling m.v. i overensstemmelse med reglerne i lov om sygehusvæsenet.

Det fremgår bl.a. af bemærkningerne til lovforslagets § 1, at det har vist sig vanskeligt i praksis klart at afgrænse arbejdsopgaverne mellem de psykiatriske hospitaler og plejehjem og institutioner inden for den øvrige sociale forsyning, navnlig de almindelige plejehjem, der oprettes, drives og finan-

sieres efter omsorgslovens (nu bistandslovens) regler. I et vist omfang er de psykiatriske hospitaler og de almindelige plejehjem således i dag belagt med patienter, som formentlig burde være indlagt på psykiatrisk plejehjem, ligesom der omvendt burde ske omvisitering af patienter fra psykiatriske plejehjem til almindelige plejehjem. Endelig er der i enkelte (amts) kommuner oprettet psykiatriske plejehjem i henhold til omsorgsloven (nu bistandsloven).

Det fremgår endvidere, at det under udarbejdelsen af lovforslaget har været overvejet, om de nævnte vanskelige afgrænsningsproblemer måtte medføre, at der stilledes forslag om, at en del af statshospitalsvæsenet, specielt de som »plejehjem« benævnte institutioner, for fremtiden skulle drives af amtskommunernes social- og sundhedsudvalg i henhold til bistandsloven.

Man foretrak imidlertid af flere grunde ikke at foreslå noget sådant. De institutioner under statshospitalsvæsenet, der hidtil har været betegnet som psykiatrisk »plejehjem«, (og de egentlige statshospitaler) blev derfor ved overførslen omfattet af sygehuslovens regler og dermed umiddelbart underlagt de amtskommunale sygehusudvalgs forvaltning og finansieres som sygehusudgift, dvs. fuldt ud betalt af amtskommunen. Til støtte for denne ordning blev anført, at de nævnte psykiatriske plejehjem efter deres målsætning er efterbehandlings- og langtidsbehandlingssygehuse, hvilket bl.a. viser sig ved, at de drives i nær tilknytning til de enkelte hospitaler. Desuden ville en henføring af statshospitalernes psykiatriske plejehjem til social- og sundhedsudvalgene have nødvendiggjort en ændring af det foreslåede kompensationssystem, da de nugældende regler i bistandsloven bestemmer, at plejehjemmenes drift finansieres af primærkommunerne med refusion fra staten – inden for visse maksimumsgrænser – af halvdelen af udgifterne.

I bemærkningerne blev det dog understreget, at den foreslåede – og nu gennemførte – ordning primært har karakter af en overgangsløsning, og at en endelig stillingtagen til de psykiatriske plejhjems tilhørsforhold måtte afvente arbejdet i psykiatriudvalget.

Det kan bl.a. i denne forbindelse anføres, at der på grund af de forskellige finansieringsmåder efter bistandsloven og sygehusloven kan opstå vanskeligheder med hensyn til såvel planlægning af som drift af plejeinstitutioner for patienter med psykiske lidelser.

3. Arbejdsgruppens virksomhed.

Arbejdsgruppen skulle selv foretage den nærmere afgrænsning af sine opgaver.

Arbejdsgruppen besluttede, at der skulle foretages en nærmere undersøgelse i 3 områder af landet, hvor forholdene er forskellige, så: si med hensyn til, hvilke institutionstyper og antal pladser man råder over for psykiatriske plejepatienter, som med hensyn til urbaniseringsgraden – nemlig Københavns kommune, Århus amtskommune og Ringkøbing amtskommune.

Undersøgelsen skulle vedrøre såvel institutionstyperne som de derpå anbragte patientkategorier.

3.1. For *Københavns kommune* kunne umiddelbart tilvejebringes oplysninger såvel om de forskellige institutionstyper og deres størrelse og personalenormering som om patientbelægningen (patientkategorier) inden for det samlede psykiatriske sygehusvæsen med det hertil knyttede særlig udbyggede net af psykiatriske plejeinstitutioner, der er koordineret såvel med den samlede sygehusfunktion som med de somatiske plejeinstitutioner. Arbejdsgruppen fandt derfor ikke grundlag for at iværksætte særlige undersøgelser vedr. Københavns kommunes psykiatriske plejeinstitutioner, ligesom man ikke fandt det påkrævet at undersøge forekomsten af psykiske lidelser m.v. hos personer anbragt på plejeinstitutioner under bistandsloven.

Oplysninger om institutioner og patienter i Københavns kommune er optaget som *bilag H*.

3.2. For *Århus amtskommune* forelå en rapport om alderdomshjem og plejehjem i Århus amt, afgivet i 1972 af en af Århus amtsråd nedsat arbejdsgruppe, samt en betænkning vedr. problematikken omkring specialplejehjem i Århus amt, afgivet i december 1974 af en arbejdsgruppe under det i

henhold til sygesikringslovens § 23, stk. 4, nedsatte udvalg og godkendt af dette udvalg.

Derimod forelå bl.a. ingen nyere undersøgelser af, hvor mange personer med psykiske lidelser hjemmehørende i Århus amtskommune, der er anbragt på almindelige plejehjem. Det blev derfor besluttet at gennemføre en undersøgelse med det formål at søge at tilvejebringe en oversigt over, hvilke **psykiatriske** patienter hjemmehørende i Århus amtskommune, der på en given dato befandt sig på psykiatrisk afdeling, psykiatrisk hospital, somatisk sygehus samt på plejehjem og alderdomshjem, idet formålet først og fremmest skulle være at undersøge, om de psykiatriske patienter, der tilhørte plejekategorien, var anbragt på rette måde der, hvor de befandt sig.

Der er udarbejdet en særlig rapport over Århus-undersøgelsen optaget som *bilag G*.

3.3. For *Ringkøbing amtskommune* forelå en rapport fra samarbejdsorganet for de 18 kommuner i Ringkøbing amt, Alderdoms- og plejehjemmene, fra september 1971 til november 1973. I rapporten findes bl.a. oplysning om, hvor mange af beboerne på disse hjem, der havde et *plejebæhov* hidrørende fra en psykisk lidelse.

Det blev herefter besluttet, at der for så vidt angik Ringkøbing amtskommune alene var behov for at foretage en stikprøvevis undersøgelse vedr. nogle af de plejehjem, der var omfattet af rapporten fra samarbejdsorganet for de 18 kommuner i Ringkøbing amt for at undersøge, i hvilket omfang denne rapport hviler på det samme grundlag som Århus og Københavns undersøgelserne/opgørelserne. Resultatet af undersøgelsen i Ringkøbing amt indgår i rapporten over Århus undersøgelsen, jfr. bilag G.

3.4. Typer af plejehjem.

I undersøgelsen vedr. plejepatienter i Århus og Ringkøbing amter har man med henblik på patienter med psykiske lidelser, som ikke er anbragt på de nedennævnte H-plejehjem under sygehusvæsenet, anvendt betegnelserne A-, B- og C-plejehjem, svarende til den kategorisering af hjemmene,

som var anvendt i de forudgående undersøgelser i Århus amt.

A- og B-plejehjem er hjem, hvis hovedsigte er plejen af personer, hvis helbredstilstand (legemligt plejebæhov) gør ophold på plejeinstitution nødvendig. B-hjem er beregnet for nogenlunde selvhjulpne beboere med et moderat plejebæhov (svarer til hjem, der tidligere kaldtes alderdomshjem), mens A-hjem er beregnet for beboere med betydeligere plejebæhov.

C-plejehjem er psykiatriske specialplejehjem, som er beregnet for psykiatriske plejepatienter af en sådan art, at det er nødvendigt, at en del af funktionærerne, især de ledende, har psykiatrisk uddannelse. Tillige bør der være tilknyttet fast psykiatrisk speciallægetilsyn. *Lille -c- plejehjem* er små hjem (med 10-15 pladser) for beboere med kroniske psykoser eller andre indgribende længerevarende psykiske lidelser uden specielt alderspræg.

H-plejehjem er plejehjem, der er filialer af psykiatriske sygehuse. H-plejehjemmene under det amtskommunale sygehusvæsen er de plejehjem, der indtil den 1. april 1976 blev drevet i tilknytning til statshospitalerne for sindslidende som filialer af disse og dermed i medfør af overførelseslovens § 1, jfr. § 2, stk. 1, er overført til det amtskommunale sygehusvæsen sammen med statshospitalerne. Disse hjem drives og finansieres således efter reglerne i sygehusloven. På disse hjem må en del af plejepersonalet have psykiatrisk uddannelse.

Det psykiatriske tilsyn med hjemmene varetages af speciallæger fra det pågældende psykiatriske sygehus. Der henvises i øvrigt til *afsnit 5*, hvor disse plejehjem nærmere omtales.

Københavns kommunes psykiatriske plejeinstitutioner drives og finansieres som en del af Københavns kommunes (psykiatriske) hospitalsvæsen og er således ligesom H-hjemmene sygehustilknyttede plejeinstitutioner.

Københavns kommunes psykiatriske plejeinstitutioner (plejehospitaler, -afdelinger og -hjem) omfatter institutionstyper, der funktionelt kan sidestilles med såvel C- som H-plejehjem.

4. Resumé af tilvejebragte oplysninger/foretagne undersøgelser.

4.1. Generelt.

Som nævnt i afsnit 3 er det fundet indiceret at foretage en sammenligning mellem forholdene i henholdsvis Københavns kommune, Århus og Ringkøbing amtskommuner. Motiveringen forefindes i den store forskel, der mellem disse områder er med hensyn til antallet af patienter med psykiatriske lidelser anbragt under sygehusvæsenet (på psykiatrisk afdeling, på psykiatrisk hospital eller på et hospitalsplejehjem). Medens der i hele Danmark er anbragt 2,3 % af befolkningen på sådanne institutioner, er det tilsvarende tal for Københavns kommune ca. 7 %, for Århus amt 1,9 % og for Ringkøbing amt 1,3 %. Da så store forskelle ikke alene kan være betinget af forskelle i sygdomshyppigheden, må det i hvert fald delvis dreje sig om forskelle med hensyn til principperne for institutionsanbringelse. Herved er det påfaldende, at Ringkøbing amt er det amt, der råder over det største antal plejehjemspladser, nemlig svarende til 11 % af befolkningen sammenlignet med landsgennemsnittets godt 8 % og med Århus amts knap 9 %. Da det er kendt, at mange psykiatriske plejepatienter opholder sig på almindelige plejehjem, kunne det tænkes, at en relativt stor del af Ringkøbing amts psykiatriske plejepatienter opholder sig på kommunale plejehjem. Medens man for Københavns kommunes vedkommende som nævnt i alt væsentligt kunne støtte sig til foreliggende opgørelser, fandtes det indiceret at foretage undersøgelser i marken i Århus og Ringkøbing amter.

4.2. Århus amtskommune.

I Århus amt tilstræbtes en analyse af klientellet på samtlige plejehjem. Kontakten med plejehjemmene etableredes gennem kommunerne. Plejehjemmene besøgte herefter af medlemmer af en arbejdsgruppe (3 læger og 1 socialrådgiver), som i samråd med plejehjemmenes ledelse (og i mange tilfælde deres læger) søgte at vurdere det psykiatriske islæt i plejehjemmenes klientel. Tillige indhentes gennem samtlige sygehusafdelinger i amtet oplysninger om antallet af dér

anbragte plejepatienter med psykisk lidelse og fra kommunerne oplysninger om personer på venteliste til plejehjem (herunder psykiatriske) samt om psykisk lidende personer, som på anden måde var kommunerne bekendt som trængende til ophold på plejehjem.

Resultatet blev, at ca. 27% af samtlige plejehjemsbeboere måtte vurderes som psykisk lidende; af disse fandtes ca. 1/5 (ca. 5% af samtlige plejehjemsbeboere) at være fejlanbragt i en sådan grad, at flytning af dem var ønskelig; flertallet af disse ønskedes flyttet til psykiatrisk specialplejehjem. Udover disse klart fejlanbragte patienter fandtes et lidt større antal, som nok efter tilstandens art burde have været anbragt på anden institution, men som man dog efter omstændighederne ikke ønskede flyttet. Når man til de her omtalte patientgrupper fjøede dem, der blev bekendt igennem undersøgelserne på sygehusene og gennem forespørgsler til kommunerne, blev resultatet, at henvend 600 psykisk lidende personer måtte anses for at være egnede til placering på psykiatrisk specialplejehjem (C/c-hjem) svarende til ca. 1 % af befolkningen. Det samlede behov for pladser på psykiatrisk hospitalsplejehjem (H-hjem) beregnedes på samme måde til 223 svarende til knap 0,4 % af amtets befolkning.

Af de ca. 600 (608) psykisk lidende personer, som måtte anses for at være egnede til placering på psykiatrisk specialplejehjem (C/c-hjem) befandt sig 327 på almindelige plejehjem (A- og B-hjem), 02 på psykiatrisk sygehus, 12 på H-plejehjem, 2 på psykiatriske afdelinger, 12 på somatiske sygehuse, 5 på psykiatriske institutioner uden for Århus amt, 120 var optaget på venteliste til C-hjem, og 48 befandt sig i eget hjem, men skønnedes at have behov for optagelse på C-hjem uden at de dog var optaget på nogen venteliste.

Af de 223 psykisk lidende personer, som skønnedes at være egnede til placering på psykiatrisk hospitalsplejehjem (H-hjem) befandt sig 122 på H-hjem, 42 på psykiatrisk sygehus, 16 på psykiatriske institutioner uden for Århus amt, 42 på A- og B-hjem og 1 på somatisk sygehus.

I alt var der på undersøgelsesdagen blandt Århus amts beboere 2.435 institutionaliserede personer med psykisk lidelse svarende til 4,3 % af befolkningen.

4.3. Ringkøbing amtskommune.

Her foretoges en stikprøveundersøgelse med specielt henblik på en sammenligning

med resultaterne af undersøgelsen i Århus amt. Med samme fremgangsmåde som den, der var anvendt i Århus amt, undersøgtes 7 plejehjem, der var udpeget som sandsynligvis repræsentative for amtet, hvad det psykiatriske islæt angik. Undersøgelsen gav til resultat, at 41% af beboerne var psykisk lidende. Når hertil føjedes foreliggende oplysninger om antallet af personer hjemmehørende i Ringkøbing amt og anbragt på psykiatrisk hospital eller **hospitalsplejehjem**, kunne det beregnes, at 5,6 % af amtets befolkning var anbragt på institution fortrinsvis på grund af psykisk lidelse.

I betragtning af, at det var sandsynliggjort, at der i Københavns kommune fandtes relativt få psykiatriske patienter på institutioner under socialvæsenet, måtte man konkludere, at de store forskelle, der var mellem de 3 områder med hensyn til antallet af psykiatriske patienter under hospitalsvæsenet, ikke afspejlede nogen stor forskel med hensyn til antallet af institutionsanbragte personer med psykiske lidelser (ud over den forskel, der er en naturlig følge af, at procentdelen af befolkningen, der er over 65 år, er næsten dobbelt så stor i Københavns kommune som i de to andre områder).

Med hensyn til de psykisk lidende beboere på plejehjem under socialvæsenet måtte det vel erkendes, at en stor del hellere burde befinde sig på specialplejehjem, men at dog langt de fleste kunne passes på forsvarelig måde på almindelige plejehjem under forudsætning af, at der var tilstrækkelig adgang til psykiatrisk speciallægeassistan-
ce.

Rapporten over Århus/Ringkøbing undersøgelsen er optaget som *bilag G*.

4.4. Københavns kommune.

De i bilag H (1-7) givne oplysninger om psykiatriske plejehjem kan resumeres således:

I 14 psykiatriske institutioner (plejehospital (gerontopsykiatrisk hospital), plejehjem, plejeafdeling m.v.) var den 24. februar 1976 indlagt 1990 personer; - I det Københavns kommunes folketal pr. 1. januar 1976 var 545.400, svarer dette patienttal til ca. 3,6 % af totalbefolkningen. Af de 1990 patienter var 1708 over 65 år. Det svarer til ca. 1,5%

af antallet af over 65-årige i København (som 1. januar 1976 var 117.163 eller 21,5% af den totale befolkning).

De nævnte psykiatriske institutioner er alle under lægelig ledelse af fast ansat psykiatrisk speciallæge. Plejepersonalet (overvejende sygeplejersker og sygehjælpere) ledes af psykiatrisk uddannet sygeplejerske. Visse af institutionerne er administrativt og lægeligt integreret helt i Set. Hans hospital; andre har selvstændig lægelig ledelse og fælles administration. På samtlige institutioner kan foretages tvangsindlæggelse/tvangstilbageholdelse i henhold til loven om sindsyge personers hospitalsophold.

Til 2 af institutionerne er knyttet særlige daghospitaler, hvorfra indlæggelse - evt. for kortere perioder - kan finde sted.

De indlagte patienter adskiller sig ikke principielt fra de patienter, der findes i psykiatriske hospitaler, men institutionerne kan karakteriseres derved, at patienterne overvejende er ældre langtidsindlagte, kroniske patienter med begrænset behov for psykiatrisk lægebehandling. Den dominerende diagnose er senil eller arteriosclerotisk demens, men også andre former for demens forekommer (alkoholikere m.v.). Hertil kommer et antal skizofrene patienter samt enkelte andre mindre grupper. På de større nye plejehospitaler er belægningen overvejende *gamle, som er blevet sindslidende*; på de ældre og noget mindre hjem i noget højere grad *sindslidende, som er blevet gamle*. Navnlige de første har almindeligvis foruden det psykiatriske et betydeligt somatisk plejebestand.

Ved afgørelsen om plejehjemsanbringelse af ældre vil en række kriterier indicere indlæggelse i plejehjem med psykiatrisk uddannet personale. Sammenfattende om disse kriterier kan anføres, at placering af ældre i psykiatrisk plejehjem beror på, om klienten har behandlingskrævende psykiske lidelser eller psykiske forstyrrelser, der gør det umuligt eller dog vanskeligt at pleje ham i almindelige plejehjem. Ved visitationen lægges vægt på de pårørendes bopæl og på besøgshyppigheden - således at man, hvor ingen pårørende m.v. findes, normalt vil indstille til de fjernere liggende plejehospitaler.

Patientbevægelsen var i 1974/75 935 indlæggelser og 749 afgåede (en ny institution blev åbnet). Af de 749 afgik 545 ved døden, medens 204 blev udskrevet (76 til eget hjem, 105 til anden psykiatrisk institution og 23 til anden somatisk institution).

Aktuelt er der til de nævnte psykiatriske plejehjem en venteliste på ca. 150 (overvejende patienter, som er indlagt på andre psykiatriske eller somatiske hospitalsafdelinger). Fra psykiatriske afdelinger (incl.

psykiatriske plejeafdelinger) er indstillet ca. 50 til somatiske plejehjem (eller beskyttet bolig o.l.).

En undersøgelse af, i hvilket omfang beboerne i de almindelige københavnske plejehjem har psykiske lidelser, er ikke foretaget af arbejdsgruppen. De nævnte relativt små ventetal kan formentlig tages som udtryk for, at såvel de somatiske som de psykiatriske plejeinstitutioner finder, at det alt-overvejende flertal af patienterne (beboerne) er »velplacerede«.

5. Plejehjem knyttet til psykiatriske sygehuse under det amtskommunale sygehusvæsen.

5.1. Lovgrundlag og antal m.v.

Plejehjemmene knyttet til de tidligere statshospitaler (H-plejehjem) er som nævnt ovenfor under afsnit 2 (om baggrunden for arbejdsgruppens nedsættelse) og afsnit 3.4., den 1. april 1976 sammen med statshospitalerne overført til de amtskommuner, hvori de er beliggende og udgør nu en del af de pågældende amtskommuners sygehusvæsen, jfr. § 1 og § 2 i lov nr. 328 af 26. juni 1975 om statshospitalernes overførelse til amtskommunerne. Disse plejehjem drives og finansieres således efter reglerne i sygehusloven.

De pågældende H-plejehjem falder med hensyn til deres forhistorie i 2 grupper, af hvilke den ene udgøres af plejehjem, der indtil 1. april 1976 udgjorde filialer af statshospitaler, medens en anden gruppe udgøres af amtskommunale plejehjem, der ifølge overenskomst med indenrigsministeriet udelukkende belagdes med patienter fra det lokale statshospital; uanset at disse sidstnævnte plejehjem også før 1. april 1976 ejermæssigt var amtskommunale, har de stedse fungeret som H-hjem, ikke som C-hjem. For begge typer af H-plejehjem gælder det således, at de funktionelt udgør filialer af de pågældende psykiatriske hospitaler, således at overflytninger mellem hospital og plejehjem kan ske internt-administrativt. For patienternes ophold på plejehjemmene gælder de samme juridiske bestemmelser, som for ophold på psykiatriske hospitaler, hvilket bl.a. indebærer, at såvel tvangsindlæggelse som tvangstilbagehol-

delse kan finde sted på disse plejehjem; en tvangsindlæggelse direkte på et plejehjem forekommer dog næppe i praksis, og i det hele sker de allerfleste indlæggelser på plejehjemmene via det pågældende hospital. Som filialer af et psykiatrisk hospital har plejehjemmene en lægelig ledelse. Det psykiatriske tilsyn med plejehjemmets patienter varetages af læger fra hospitalet, medens det daglige somatiske tilsyn varetages af fast tilknyttede praktiserende læger eller læger fra nærmeste sygehus, såfremt dette ligger i umiddelbar nærhed af plejehjemmet.

I *tabel I* findes en oversigt over de plejehjem, der har været tilknyttet statshospitalerne.

Det vil ses, at plejehjemmene er af varierende størrelse. Når plejehjemmene i Ballerup og Viborg (Søndermarken) er væsentlig større end de andre, skyldtes det, at der på tidspunktet for deres oprettelse (i begyndelsen af 1950-erne) var et meget preserende behov for fremskaffelse af plejehjemspladser i de pågældende regioner; statshospitalet i Nykøbing Sjælland kunne slet ikke klare det pres, som opstod på grund af den meget hurtige befolkningstilvækst i landområdet, der indbefattede Københavns omegn; oprettelsen af plejehjemmet Søndermarken var en forudsætning for, at den nødvendige, meget radikale modernisering af statshospitalet i Viborg kunne finde sted.

5.2. Hjemmenes funktion, patienter og personale m.v.

Med hensyn til belægning af H-hjemmene gælder det, at de er særlig egnede til at huse patienter, som vel ikke længere behøver egentlig hospitalsmæssig behandling, men på den anden side er uegnede til udskrivning til eget hjem eller til almindelige plejehjem (A- eller B-hjem), idet deres tilstand gør det nødvendigt, at de er på en institution, som råder over psykiatrisk uddannet plejepersonale, og som har regelmæssigt psykiatrisk speciallægetilsyn. Forskellen over for psykiatriske specialplejehjem (C-hjem) af kommunal eller amtskommunal art, for hvilke de to sidstnævnte krav for så vidt er ønskelige, består fortrinsvis deri, at man på H-hjem kan placere patienter, hvis tilstand er svingende, og for hvem genind-

Tabel I.
Belægning af plejehjem i forbindelse med de tidligere statshospitaler.

Moderhospital	Plejehjem	Belægning pr. 1.4.74	Belægning pr. 1.4.75
Glostrup	Ballerup	274	275
Nykøbing S.	Holbæk	229	215
Vordingborg	Sorø	96	88
	Stege	113	103
	Sakskøbing	180	130
Middelfart	Hvedholm	110	104
Århus	Råmosegård	116	104
	Dalstrup	137	129
	Randers	137	113
Viborg	Søndermarken	212	177
Ålborg	Visborggård	86	83
I alt		1690	1521

læggelse på psykiatrisk hospital er en nogenlunde nærliggende mulighed, en mulighed, der da gerne skal kunne realiseres, så snart der er behov for det; ligeledes er det vigtigt, at tilbageflytning til plejehjemmet kan ske omgående og rent internt, således at de lange ventetider, som ofte gælder, såfremt patienten fra hospitalet skal overflyttes til C-plejehjem, kan undgås. Endelig ligger det i sagens natur, at patienter, som må tilbageholdes mod deres vilje, ikke kan placeres på C-hjem, hvorimod tilbageholdelsesmuligheden som anført består for H-hjem.

H-plejehjemmene fungerer på noget forskellig måde; således er patientbevægelsen på plejehjemmet i Ballerup af helt anden størrelsesorden end den, der gælder for de øvrige plejehjem, hvilket først og fremmest skyldes et meget stort pres på moderhospitalet, statshospitalet i Glostrup, der har bevirket, at man i ikke ringe udstrækning har måttet benytte Ballerup til egentlige hospitalsmæssige funktioner. Dette afspejler sig også i den ganske særlig store personale-normering i Ballerup, jfr. tabel 2, der viser

personalenormeringen pr. 1. april 1971 udtrykt dels i antal plejepersoner pr. patient, dels i antal personale pr. patient.

Den i løbet af finansåret 1974/75 indtrufne nedgang i belægningen, jfr. tabel 1 ovenfor i afsnit 5.1., må ses i sammenhæng med arbejdstidsnedsættelsen for personalet pr. 1. december 1974, der har nødvendiggjort en nedskæring af patienttallet.

Belægningen på plejehjemmene kan groft deles i 2 patientgrupper: På den ene side de egentlige aldersbetingede lidelser, på den anden side længerevarende sindslidelser hos patienter, der ikke er mærket af alderen, overvejende skizofrene. Sidstnævnte kategori af patienter er stadig den dominerende for H-plejehjemmene, men dens dominans er dog - ligesom på de psykiatriske hospitaler - aftaget i betydelig grad i løbet af de sidste ca. 20 år; klientellet præges mere og mere af aldersbetingede lidelser.

I *bilag I* findes en oversigt over henholdsvis alders- og diagnosefordeling på patienter indlagt på de tidligere statshospitalers plejehjem den 27. september 1972.

Tabel 2.

Personalenormeringen på plejehjem i forbindelse med de tidligere statshospitaler i relation til patientnormeringen (de tidligere amtskommunale plejehjem med overenskomst med indenrigsministeriet er ikke medtaget).

	Ballerup	Hvedholm	Råmose- gård	Dalstrup	Randers	Sønder- marken	Visborg- gård
Plejepersonale pr. 1.4.71	163	19	19	36	44	90	29
Samlet personale pr. 1.4.71	239	46	44	63	57	151	61
Normerede patienter pr. 31.3.72	320	122	113	130	144	250	89
Antal plejeperso- ner pr. patient	0,51	0,16	0,17	0,28	0,31	0,36	0,33
Antal personale pr. patient	0,75	0,38	0,39	0,48	0,40	0,60	0,69

De fleste af de ældre plejehjem har tidligere tillige haft den funktion at fungere som plejecenter for patienter anbragt i familiepleje. Dette har været ganske særlig udtalt for Dalstrup og Råmosegård, der indtil ca. 1950 havde lige så mange patienter i familiepleje som på selve plejehjemmet. I tiden derefter har familieplejeinstitutionen i stadig aftagende grad vist sig formålstjenlig, og meget få patienter er blevet anbragt i familiepleje. Efterhånden som familieplejepatienterne er blevet gamle og skrøbelige, er de ofte blevet overført til de pågældende hospitalsplejehjem, hvis belægning derfor i ikke ringe grad har været præget af sådanne patienter.

Om flere af de ældre plejehjem må siges, at det tidligere umiskendeligt har præget dem, at de oprindelig er indrettet som forørgelsesgårde, og indretningsmæssigt står de endnu for en stor del meget tilbage for den status, man ellers plejer at finde på plejehjem drevet af det offentlige. I overensstemmelse hermed og med den relativt svage - ofte helt urimeligt svage - personalenormering, som gælder for de fleste af dem, er driftsomkostningerne relativt lave for disse ældre plejehjem. Den utilstrækkelige personalenormering bevirker for de fleste H-plejehjem, at der til disse indtil videre må foretages en forsigtig visitering, således at man undgår at overflytte særlig krævende patienter til dem. Dette bevirker atter, at patienter, som befinder sig på hospitaler, og som meget vel burde kunne være på H-plejehjem, ikke kan overflyttes til sådanne,

men på urationel måde belægger pladser på hospitalerne. Tilsvarende huses på H-hjemmene en betydelig gruppe af plejepatienter, som meget vel ville kunne være på A- eller B-plejehjem (eller C-hjem, såfremt sådanne fandtes i nævneværdigt omfang), men som det viser sig meget vanskeligt at få overflyttet til kommunale plejehjem, dels på grund af pladsmangel, dels på grund af den rådende ængstelse ved at modtage personer, der er eller har været psykisk afvigende.

6. Plejehjem under bistandsloven, herunder psykiatriske plejehjem.

6.1. Lovgrundlag og antal m.v.

Det påhviler primærkommunerne at sørge for den nødvendige bistand til pensionister og andre, således at de kan forblive i eget hjem længst muligt, i form af boligmuligheder (lov om boligbyggeri), hjemmesygepleje (lov om hjemmesygeplejerskeordninger), hjemmehjælp, omsorgsarbejde, dagcenter- og daghjemsvirksomhed (bistandsloven). I det omfang, pensionister og andre ikke kan forblive i eget hjem, påhviler det primærkommunerne at sørge for nødvendige boligforanstaltninger i form af beskyttede boliger

og plejehjem (bistandsloven), og herunder falder også plejehjem for beboere med psykiske lidelser (psykiatriske plejehjem).

Plejehjem efter bistandsloven kan enten drives af en eller flere kommuner, amtskommuner eller som selvejende institutioner, med hvilke kommunalbestyrelsen indgår overenskomst. Hjem, der er oprettet før bistandslovens ikrafttræden, kan dog på nærmere angivne vilkår være privatejede, hvilket bl.a. gør sig gældende for nogle ældre, mindre psykiatriske plejehjem.

Af *tabel 1 i bilag J* fremgår, at det overvejende antal (45) psykiatriske plejehjem - dvs. plejehjem der fortrinsvis er beregnet for psykiatriske patienter - under bistandsloven er selvejende eller private hjem. 6 er kommunale og 4 er amtskommunale. Arbejdsgruppen er imidlertid bekendt med, at flere amtskommuner planlægger oprettelse af amtskommunale psykiatriske plejehjem, f.eks. Københavns, Frederiksborg, Fyns og Ribe amtskommuner.

Af *tabel 1 i bilag J* fremgår, at de 55 psykiatriske plejehjem har 1110 pladser.

De psykiatriske plejehjem under bistandsloven udgør kun en lille del, nemlig 4%, af samtlige plejehjem og råder endda kun over 2,3% af *det samlede antal plejehjemspladser*, som udgør ca. 46.500. Der er gennemsnitlig kun 20 pladser pr. hjem på de psykiatriske plejehjem mod gennemsnitlig 35 på samtlige plejehjem. Ca. 60% af pteidserne på de psykiatriske plejehjem ligger i Frederiksborg, Vejle, Århus og Nordjyllands amter. Belægningsprocenterne er som på de somatiske plejehjem meget høj (ca. 95%).

Der henvises i øvrigt til *teksten i bilag J*, hvor usikkerheden omkring disse plejehjems nærmere klassifikation er fremhævet.

6.2. Vejledende regler om plejepatienter på psykiatriske plejehjem.

I den af sundhedsstyrelsen i 1970 udsendte publikation: »Om psykiatriske plejehjem, der drives i henhold til omsorgsloven« er anført følgende om det klientel, der hører hjemme i et psykiatrisk plejehjem:

Det drejer sig om personer, der

- 1) lider af langvarige sindslidelser, og som
- 2) frembyder moderate adfærdsforstyrrelser, men som
- 3) ikke har behov for ophold og behandling på psykiatrisk hospitalsafdeling - eller på

et under psykiatrisk hospitalsafdeling hørende plejehjem, - men som dog ikke er i stand til at klare sig i eget hjem.

På almindelige plejehjem kan optages andre grupper af psykiatriske plejepatienter, f.eks. senilt demente, som er rolige og ikke frembyder adfærdsforstyrrelser.

De sindslidende, der optages i psykiatriske plejehjem, fordeler sig hovedsagelig i to kategorier:

- 1) patienter med kroniske psykoser og karakterafvigelse, og
- 2) sværere demente patienter.

6.3. Indretning.

På psykiatriske plejehjem under socialvæsenet findes kravene til indretning stort set at være de samme som til indretning af almindelige plejehjem, og man følger her boligministeriets vejledning af 1967 om projektering af plejehjem.

I den førnævnte publikation fra sundhedsstyrelsen »Om psykiatriske plejehjem, der drives i henhold til omsorgsloven«, er det anført, at de almene krav til indretning af psykiatriske plejehjem bør være omtrent de samme som for almindelige plejehjem. Beboerne må så vidt muligt have adgang til at bo i eneværelser. Dog kan det være hensigtsmæssigt for nogle af de psykiatriske plejepatienter, at de bor på tosengs-stuer, som dog bør være maksimum. Behovet for rum til fysioterapi er i almindelighed mere begrænset. Til gengæld er der brug for lokaler til fællesvirksomhed i form af gymnastik, evt. dans og behovet for areal til beskæftigelsesterapi samt indretning af værksteder er særlig stort. I stedet for to kvadratmeter pr. beboer regner man derfor med tre kvadratmeter pr. beboer til disse aktiviteter på psykiatriske plejehjem.

6.4. Personale.

I den nævnte publikation fra sundhedsstyrelsen er det om personalet anført:

I forhold til personale på almindelige plejehjem vil man på psykiatriske plejehjem under socialvæsenet kunne erstatte sygehjælpere med plejere (uddannet ved psykiatriske institutioner). Ved psykiatriske plejehjem, der ikke har legemligt handicappede, er der kun behov for en enkelt sygeplejerske, og de øvrige vil kunne erstattes med personale, der har en praktisk uddannelse, som kvalificerer dem til at aktivere beboerne med forskellige former for arbejde.

Af *tabel 2 i bilag J* fremgår, at psykiatriske plejehjem gennemgående har en lav personalenormering, 53 ansatte pr. 100 pladser mod 72 for samtlige plejehjem under bistandsloven. De hyppigst forekommende uddannelsesgrupper er sygehjælpere, sy-

geplejersker og plejehjemsassistenter/diakoner. Plejere er ikke særskilt registreret, men det vides, at der blandt personale med anden uddannelse er en del med denne uddannelse.

7. Arbejdsgruppens overvejelser og forslag.

7.1. Fremtidig målsætning og tilhørsforhold for psykiatriske plejehjem knyttet til amtskommunale sygehusvæsen.

I Århus amt - og til dels Ringkøbing amt - er foretaget en tilbundsgående undersøgelse, der viser, hvilke kategorier af patienter/beboere med psykiske lidelser, der findes på plejehjem såvel under bistandsloven som på psykiatriske plejehjem knyttet til psykiatriske sygehuse under det amtskommunale sygehusvæsen (H-plejehjem). Det er herunder undersøgt, hvilke af de patienter, der for tiden befinder sig på plejehjem under sygehusvæsenet, der ville kunne overføres til plejehjem under bistandsloven. Arbejdsgruppen mener, at der hermed er tilvejebragt et bedre grundlag for en stillingtagen til spørgsmålet om den fremtidige målsætning og tilhørsforhold for de psykiatriske plejehjem under det amtskommunale sygehusvæsen (H-plejehjem), jfr. det ovenfor i *afsnit 2* anførte om baggrunden for arbejdsgruppens nedsættelse.

Ovenfor i *afsnit 5* er det nærmere beskrevet, hvilke patientgrupper H-plejehjem er særligt egnede til at huse.

Forskellen mellem C-plejehjem (psykiatriske plejehjem under bistandsloven) og H-plejehjem (plejehjem knyttet til psykiatriske sygehuse) er beskrevet således: »Forskellen over for psykiatriske specialplejehjem (C-hjem) af kommunal eller amtskommunal art, består fortrinsvis deri, at man på H-hjem kan placere patienter, hvis tilstand er svingende, og for hvem genindlæggelse på psykiatrisk hospital er en nogenlunde nærliggende mulighed, en mulighed, der da gerne skal kunne realiseres, så snart der er behov for det; ligeledes er det vigtigt, at tilbageflytning til plejehjemmet kan ske omgående og rent internt, således at de lange ventetider, som ofte gælder, såfremt patienten fra hospitalet skal overflyttes til C-plejehjem, kan undgås. Endelig ligger det i sagens natur, at patienter, som tilbageholdes mod deres vilje, ikke kan placeres på C-hjem, hvorimod tilbageholdelsesmuligheden som anført består for H-hjem«.

Det er arbejdsgruppens opfattelse, at varetagelse af plejefunktionen for de anførte

kategorier af psykiatriske plejepatienter, der af de anførte grunde bør befinde sig på H-plejehjem fremfor på C-plejehjem, fortsat bør være en opgave, der skal henhøre under det amtskommunale sygehusvæsen. Arbejdsgruppen har herved navnlig lagt vægt på den særlige relation til loven om sindsyge personers hospitalsophold (behandlings- og sikkerhedssynspunktet).

I henhold til loven om sindsyge personers hospitalsophold skal udskrivning nægtes, når den behandlende læge skønner, at udskrivning er uforvarselig, enten fordi patienten er farlig for sig selv eller andre eller fordi udskrivning væsentligt vil forringe udsigterne for patientens helbredelse. Uden for disse tilfælde må den behandlende læge ikke nægte at efterkomme en anmodning om udskrivning, medmindre den må antages at ville medføre væsentlige ulemper for patienten selv, og justitsministeren tiltræder nægtelsen. - Bestemmelserne om nægtelse af udskrivning, efter at der er fremsat anmodning om udskrivning, anvendes sjældent på H-plejehjem. Det må dog ikke desto mindre anses for væsentligt, at muligheden for at nægte udskrivning foreligger.

De anførte grunde med hensyn til den lette adgang til at overflytte patienter mellem psykiatrisk sygehus og H-plejehjem (smidighedssynspunktet) må også tillægges vægt, men får dog mindre betydning, hvis en tilsvarende smidighed kan opnås, f.eks. i forholdet mellem amtskommunale C-hjem (under bistandsloven) og vedkommende amtskommunale sygehusvæsen.

Det følger af foranstående, at de nuværende psykiatriske plejehjem under det amtskommunale sygehusvæsen bør forblive under sygehusvæsenet. Efter arbejdsgruppens opfattelse gælder dette tilsvarende for nuværende plejeinstitutioner, som er knyttet til Københavns psykiatriske hospitalsvæsen (i det følgende medregnet under betegnelsen H-hjem).

Arbejdsgruppen har herved ikke taget stilling til, i hvilket omfang de enkelte sygehustilknyttede plejehjem på længere sigt fortsat bør opretholdes, idet dette bl.a. vil afhænge af den service for psykiatriske plejepatienter, som allerede findes i de enkelte amtsområder, eller som kan tænkes udbygget i henhold til sygehuslovens og bistandslovens regler.

Den her omhandlede kategori af psykiatriske plejehjem må indgå i amtskommunernes planlægning vedr. psykiatrisk sygehusvæsen. Spørgsmålet om plejehjemmenes fremtidige anvendelse må derfor bl.a.

overvejes efter principielt samme retningslinier som spørgsmålet om de hidtidige statshospitalers fremtidige anvendelse. Men det er samtidig klart, at planlægningen af disse plejehjem nøje må koordineres med planlægningen af den service for psykiatriske plejepatienter, som findes inden for bilstandslovens plejeinstitutioner og andre støttemuligheder.

Denne planlægningsopgave vedr. psykiatriske plejehjem under sygehusvæsenet vil - ligesom opgaven vedr. det psykiatriske sygehusvæsen i øvrigt - stille sig forskelligt i de enkelte amtskommuner alt efter standarden af det institutionsapparat, som amtskommunen har overtaget. Det fremgår således klart af undersøgelserne i de 3 områder, at plejeopgaven for patienter med psykiatriske lidelser er løst på højst forskellig måde såvel inden for sygehusloven som på bilstandslovens område. Det fremgår også klart, at løsninger af tilfredsstillende kvalitet kan opnås på forskellige måder, selvom der i 2 af områderne på kortere eller lidt længere sigt er behov for en vis udbygning af specialinstitutioner i henhold til bilstandsloven (C-hjem, jfr. nærmere nedenfor i afsnit 7.2.). Det må derfor være afgørende, at man ved planlægningen af den fremtidige forsyning med psykiatriske plejehjem under sygehusvæsenet tager udgangspunkt i den samlede forsyning med plejeinstitutioner i vedkommende amtsområder og herudfra tilrettelægger en for vedkommende område tilpasset samlet udbygningsplan.

De vejledende retningslinier for planlægningen af psykiatrisk sygehusvæsen indeholder også retningslinier for varetagelsen af den her omhandlede plejhjemsfunktion under sygehusvæsenet.

7.2. Psykiatriske plejehjem uden for København og andre plejeforanstaltninger for patienter med psykiske lidelser under social- og sundhedsforvaltningerne (bilstandsloven).

Der findes ikke i den nugældende bilstandslov særlige regler om specialplejeinstitutioner for patienter med psykiske lidelser. Samtlige plejeboliger (plejhjem eller beskyttet bolig) henhører som nævnt under kommunalbestyrelsernes ansvar (lovens § 79), men kan oprettes og drives af en eller

flere kommuner, amtskommuner eller som selvejende institutioner, med hvilke kommunalbestyrelserne indgår overenskomst (§ 80).

Det fremgår som nævnt klart af undersøgelsen i Århus og Ringkøbing amtskommuner, at der såvel i Århus (27%) som i Ringkøbing området (41%) er et betydeligt antal beboere (patienter) med psykiske lidelser på alle kategorier af plejhjem under bilstandsloven, og at disse i langt størstedelen af tilfældene må betragtes som velplacerede, selv om man i en del tilfælde i en tænkt Visitationssituation kunne have ønsket sig en ændret anbringelse f.eks. på et C-hjem, hvis en sådan mulighed havde foreligget.

Det fremgår endvidere af undersøgelsen, at et vist antal specialenheder for psykiatriske plejepatienter allerede findes eller kunne tænkes etableret i forbindelse med almindelige plejhjem (c-hjem). Plejeinstitutionsservice for psykiatriske patienter indgår således i vidt omfang som en mere eller mindre integreret service i den almene plejhjemssektor, og kun i forholdsvis begrænset omfang er der tale om specialinstitutioner (C-hjem). Der kan anføres gode argumenter for såvel de mere integrerede løsninger, som for etablering af specialinstitutioner. Der findes dog i næsten alle amtsområder et større eller mindre behov for udbygning af pladser på C-hjem (eller c-hjem), og det må betragtes som givet, at kommunalbestyrelsernes ansvar for etablering af plejeinstitutioner (bilstandslovens § 79) også omfatter plejhjem m.v. for patienter med psykiske lidelser. Under alle omstændigheder må udbygningsplanlægningen inden for de enkelte amtsområder af plejhjem m.v. efter bilstandsloven derfor indbefatte foranstaltninger for disse klienter, herunder med de fornødne specialforanstaltninger.

Som det vil fremgå af beskrivelsen ovenfor i afsnit 6., findes der et vist antal specialplejhjem under bilstandsloven, der er etableret med særligt henblik på psykiatriske plejepatienter (C-hjem). Endvidere er en del institutioner under forberedelse eller planlægning, idet der i flere amtskommuner er overvejelser om udbygning af plejeinstitutioner for patienter med psykiske lidelser.

Arbejdsgruppen har overvejet, om der evt. skulle være behov for, at bilstandslovens regler udbygges med en forpligtelse for

amtskommunerne til at sørge for, at der tilvejebringes de fornødne specialforanstaltninger af plejehjemskarakter for denne klientgruppe, som ikke varetages af de foran nævnte H-hjem. Det er herved oplyst over for arbejdsgruppen, at det i betænkning om udlægning af ændssvageforsorgen og den øvrige særforborg*) er foreslået, at der i bistanndsloven skabes hjemmel til, at amtsrådet får ansvaret for, at der findes den fornødne kapacitet af specialinstitutioner for voksne og ældre handicappede, hvis behov for social indsats ikke fuldt ud kan tilgodeses inden for det øvrige sociale institutionsområde.

Det er med dette forslag tilsigtet, at amtskommunerne skal kunne supplere den sociale indsats bl.a. af plejehjemskarakter med foranstaltninger, som er hensigtsmæssige for at tilsikre den fornødne specialservice for særforborgens klientgrupper, og det er samtidig foreslået, at denne specialservice skal planlægges og virke i et snævert samspil med de mere almene kommunale foranstaltninger. Det er således amtskommunens ansvar at etablere et »sikkerhedsnet« for, at den fornødne kapacitet af specialinstitutioner er til rådighed.

På tilsvarende måde kunne man forestille sig, at bistanndsloven blev suppleret med præcisering af et amtskommunalt ansvar for, at den fornødne kapacitet af specielle plejeforanstaltninger for patienter med psykiske lidelser er til rådighed i det omfang, dette ikke fuldt ud kan tilgodeses inden for den almene plejehjemssektor.

Arbejdsgruppen er af den opfattelse, at det alvorligt må overvejes, at bistanndsloven udbygges med en sådan bestemmelse, idet man må anse det for hensigtsmæssigt, at ansvaret for udbygningen af disse specialinstitutioner placeres under amtskommunen, både fordi der som oftest er tale om større oplande for disse institutioner, og fordi der i almindelighed har kunnet spores ønske fra kommunerne om bistand til løsning af plejeopgaver for disse ofte vanskelige psykiatriske klientgrupper.

Som nævnt foran må udbygningen af sådanne specialforanstaltninger ske i sammenhæng med de tilgængelige institutionsressourcer inden for hvert amtsområde

både inden for bistanndslovens plejehjemssektor og med hensyn til mulighederne for anbringelse på H-hjem. Koordinationen mellem udbygningsplanlægningen af disse amtskommunale C-hjem og sygehusvæsenets H-hjem kunne f.eks. varetages af de i sygesikringslovens § 23, stk. 2, nævnte udvalg.

Med hensyn til standarden på C-plejehjem (og såvel H- som c-hjemmene) må ved udbygningen (nyindretning) gælde stort set de sædvanlige standardkrav med hensyn til bygningsmæssig udformning m.v., dog med visse modifikationer jfr. nedenfor, således som de f.eks. fremgår af boligministeriets og sundhedsstyrelsens vejledninger, og således som udbygningen rent faktisk er foretaget i forbindelse med de senest indrettede C-plejeinstitutioner.

Ved at tage hensyn til de almindelige anvisninger opnår man yderligere en især på længere sigt ønskelig fleksibilitet i forhold til den samlede plejeinstitutionssektor, idet ændret anvendelse lettere vil kunne gennemføres ved et evt. fremtidigt ændret behov, ligesom der i øvrigt er gode muligheder for, at eksisterende plejeinstitutioner kan dække specialbehov, evt. inden for mindre institutionsafsnit, i forbindelse med omsorg og pleje af patienter med psykiske lidelser.

Ved indretningen af C-plejehjem (og tilsvarende H-plejehjem) må der i øvrigt tilstræbes mindre institutionsenheder og placering så nær patienternes tidligere hjemmemiljø eller omgangskreds som muligt, og der må yderligere tilstræbes opdeling i mindre og for patienterne/beboerne overskuelige enheder inden for den enkelte institution. Ved den bygningsmæssige udformning bør der i øvrigt tages hensyn til de betydelige kontaktbehov, som mange psykiatriske plejepatienter har, f.eks. ved udformningen af fællesfaciliteter (opholdsrum og lign.) og ved, at der etableres forbindelse mellem beboerværelserne.

Det er i øvrigt efter undersøgelsen klart for arbejdsgruppen, at der i udvidet omfang er behov for udbygning af forskellige samarbejdsformer og andre koordinerende foranstaltninger mellem den psykiatriske funktion og den samlede plejehjemssektor, hvilke spørgsmål omhandles i det følgende.

*) Betænkning nr. 781/1976.

7.3. Specialsagkyndig psykiatrisk medvirken til visitation m.v. til bistandslovens plejeinstitutioner samt psykiatrisk konsulentbistand.

Det fremgår af arbejdsgruppens undersøgelse, at der ved visitation til den samlede plejehjemssektor må tages vidtgående hensyn til psykiske lidelser, som findes i betydeligt omfang hos plejehjemsklientellet. Visitationen til bistandslovens plejeinstitutioner er et kommunalt anliggende, idet bestemmelse om optagelse træffes af vedkommende sociale udvalg (social- og sundhedsforvaltningen). For at opnå den bedst mulige udnyttelse af plejehjemspladserne og de beskyttede boliger er der imidlertid søgt tilvejebragt en samordning på amtsplan mellem såvel social som medicinsk sagkundskab bl.a. med det formål at sikre, at der tages hensyn til mulige alternativer til plejhjemsanbringelse f.eks. ved ydelse af anden form for bistand, der muliggør, at pågældende vil kunne klare sig i eget hjem. Efter bistandslovens § 83 skal amtsrådet nedsætte et eller flere rådgivende udvalg, som det sociale udvalg skal indhente en udtalelse fra, inden der sker optagelse. Disse rådgivende udvalg (§ 83-udvalg) består af repræsentanter for amtskommunens socialcenter og sygehusvæsen - fortrinsvis en afdeling for medicinsk langtidsbehandling - samt for embedslægevæsenet.

Det kan efter § 83, stk. 2, ved aftale mellem amtsråd og en kommunalbestyrelse fastsættes, at det sociale udvalg kan undlade at indhente en udtalelse fra udvalget. Reglen er i nogle amtskommuner udnyttet i betydeligt omfang; i andre amtskommuner er en mere omfattende anvendelse af § 83-udvalgene i hvert fald endnu ikke etableret.

Det er arbejdsgruppens opfattelse, at der i en lang række tilfælde er behov for, at det sikres, at psykiatrisk specialsagkundskab medinddrages i arbejdet i de nævnte rådgivende udvalg, ligesom der er behov for, at de sociale udvalg (social- og sundhedsforvaltningen) i øvrigt får mulighed for at trække på sådan sagkundskab i tilfælde, hvor der opstår spørgsmål om eventuel institutionsanbringelse af klienter med psykiske problemer, og således at denne konsulentbistand kan udøves inden spørgsmålet om plejeanbringelse er blevet akut for patienten. Tilsvarende behov for psykiatrisk konsulentbistand, hvad enten den udøves af

psykiatrisk speciallæge eller af andet specialpersonale (psykiatriske hjemmesygeplejersker eller f.eks. socialrådgivere tilknyttet psykiatrisk sygehus) opstår i forbindelse med udskrivning fra psykiatriske sygehuse.

Det er arbejdsgruppens opfattelse, at indpasningen i visitationsarbejdet af psykiatrisk sagkundskab fra sygehusvæsenet allerede vil kunne opbygges på grundlag af den nuværende formulering af bistandslovens § 83, men der bør herudover peges på behovet for, at psykiatrisk sagkundskab medvirker direkte i det lokale arbejde bl.a. med det formål at yde bidrag til at forebygge institutionsanbringelse, såfremt støtte til personen eller det omgivende miljø vil kunne muliggøre forbliven i hjemmet.

Arbejdsgruppen skal endvidere pege på det ønskelige i, at egnede anbringelses- eller udskrivningssituationer på de sygehustilknyttede plejhjem (H-hjem) medinddrages i arbejdet i de rådgivende § 83-udvalg for derved at sikre en bedre udnyttelse af såvel bistandslovens plejeinstitutioner og øvrige støttemuligheder som af sygehusvæsenets plejhjem.

Der er således i undersøgelsen påvist et ret betydeligt antal anbringelser, som med fordel kunne placeres/være placeret under en anden institutionsform, end den aktuelle, og herunder må et ikke ringe antal plejepatienter på H-plejhjemmene antages med fordel at kunne placeres/kunne være placeret under bistandslovens institutionsapparat.

På tilsvarende måde foreslår arbejdsgruppen, at der etableres fastere *konsulentordninger* af psykiatrisk sagkundskab for plejeinstitutionerne. På næsten alle plejeinstitutioner er der ifølge undersøgelsen patienter med psykiske lidelser, og der er registreret et udbredt ønske fra alle plejeinstitutionstyperne om mulighed for at kunne trække på psykiatrisk konsulentbistand. Det vil efter arbejdsgruppens opfattelse være naturligt, at sådan konsulentbistand ydes fra de psykiatriske sygehuse både således, at der bliver tale om konsulentbistand vedr. enkelte patienter og herudover mere generel konsulentvirksomhed over for personalet f.eks. bestående i vejledning (undervisning) på grundlag af foreliggende konkrete situationer. Intensiteten af en sådan ordning i det enkelte tilfælde må bero

på en nærmere vurdering af behovet for hvert enkelt hjem under hensyntagen til de dér anbragte patienter/beboere. Behovet må tages op til vurdering med regelmæssige mellemrum og i øvrigt, når særlige omstændigheder måtte gøre det rimeligt.

Psykiatrisk konsulentbistand kan i visse tilfælde ydes af psykologisk eller psykiatrisk sagkundskab tilknyttet amtskommunens socialcenter eller eventuelt af praktiserende psykiater eller af psykiatrisk konsulent, der er knyttet til en kommunal social- og sundhedsforvaltning. Ikke mindst i forbindelse med udskrivning eller efterbehandling kan konsulentvirksomheden med fordel udøves af psykiatrisk hjemmesygeplejerske eller andet personale med kendskab til behandling af psykiske lidelser. Såfremt ansvaret for etablering af specialplejehjem for patienter med psykiske lidelser ved en ændring af bistandsloven henlægges til amtskommunen, måtte man i overensstemmelse med den foran omtalte betænkning vedr. særforsorgens udlægning forvente, at ansvaret for visitation henlægges til amtsrådets social- og sundhedsudvalg (socialcentret), men således at der skal ske indstilling fra vedkommende sociale udvalg. Ved en sådan visitationsordning måtte det forventes, at der blev tilvejebragt yderligere muligheder for en koordineret udnyttelse af det samlede plejehjemsapparat.

7.4. Personaleuddannelse.

Bl.a. på grund af den store forekomst af psykiske lidelser på samtlige plejeinstitutioner er det af stor betydning, at der hos personalet tilvejebringes kendskab til omsorg og pleje af patienter med psykiske lidelser.

Der er derfor i det følgende givet en kort oversigt over uddannelsesforholdene for plejehjemmenes personalegrupper med særlig henblik på kendskab til omsorg og pleje af psykiske lidelser.

På såvel plejehjem under det psykiatriske sygehusvæsen som plejehjem under bistandsloven vil *basispersonale med nedestående uddannelser* være repræsenteret i større eller mindre omfang:

Sygeplejerske.

Uddannelsens varighed er 3 *lå.* år, heraf 32 uger teori og 138 uger praktik. I teorien indgår 30 timer psykologi, 20 timer pædagogik og 30 timer psykiatri. I praktikken indgår 4 måneder på psykiatrisk sygehus eller psykiatrisk afdeling.

I betænkning nr. 730/1975 om grunduddannelse af sygeplejersker stilles bl.a. forslag om, at der i grunduddannelsen, der fortsat skal være 3 ½ år, lægges større vægt på undervisningen i forebyggende og revaliderende samt psykiatriske, herunder psykosomatiske emner og på sundheds- og sygeplejen i den primære sundhedstjeneste.

Plejehjemsassistent.

Uddannelsens varighed er 2 år, heraf 46 uger teori og 57 uger praktik. I teorien indgår psykologi og pædagogik 195 timer, psykiatri 45 timer og gerontologi og geriatri 45 timer. I praktikken indgår 13 uger på psykiatrisk plejehjem.

I et under indenrigsministeriet nedsat udvalg vedr. koordinering af visse uddannelser til pleje og omsorg foregår der for tiden overvejelser om koordinering af plejehjemsassistentuddannelsen med den af socialuddannelseskommissionen foreslåede socialpædagogiske uddannelse til omsorgsassistent, som har været gennemført som forsøg på omsorgsseminariet i Odense. Formålet er bl.a. at nå frem til en uddannelse, hvor det socialpædagogiske indhold har samme vægt som det sygeplejemæssige.

Sygehjælper.

Uddannelsens varighed er 1 år, heraf 300 timer teori, der omfatter 22 timers undervisning i psykologi og mentalhygiejne. Praktikken foregår på 3 forskellige afdelinger, hvoraf den ene kan være en **langtids-**medicinsk afdeling eller et plejehjem.

I det nævnte udvalg vedr. koordinering af pleje- og omsorgsuddannelser foregår der overvejelser om evt. etablering af en særlig plejehjemssygehjælperuddannelse, der i højere grad sigter mod arbejdet på plejehjem end tilfældet er med den nuværende mere sygehusorienterede sygehjælperuddannelse.

Plejer.

Den nuværende uddannelse af plejere ved psykiatriske helbredelsesinstitutioner er af 1 års varighed. Foruden den praktiske oplæring omfatter uddannelsen 350-400 timers teoretisk undervisning, eksempelvis i fagene sygepleje, psykiatri, psykologi, anatomi og fysiologi m.v.

En arbejdsgruppe under uddannelsesnævnet for sundhedsvæsenet har i betænkning nr. 777/1976 om uddannelse af plejere foreslået en fornyelse af **plejer**-uddannelsen som en overbygning på sygehjælperuddannelsen, således at personer, der har gennemgået den 1-årige sygehjælperuddannelse, gennemgår en supplerende uddannelse af 31/32 ugers varighed. Heraf udgør praktikken 21/22 uger og den teoretiske undervisning 10 uger. Medregnet sygehjælperuddannelsen vil den samlede plejeruddannelse blive af 20 måneders varighed, såfremt den måtte blive gennemført efter forslaget.

På plejehjemmene findes herudover i mindre omfang personale med *andre uddannelser*, f.eks. omsorgsassistenten fra åndssvageforsorgens personalehøjskole, fysioterapeuter, ergoterapeuter, beskæftigelsesvejledere og personale med **socialpædagogiske** uddannelser.

Det er indlysende, at personalet ved psykiatriske plejehjemsinstitutioner - H-plejehjem og C-plejehjem - må have en uddannelsesmæssig baggrund, der giver dem mulighed for at tilgodese patienternes/beboernes specielle behov. Det vil sige, at der i personalets *grunduddannelse*, foruden de fag der vedrører den somatiske sygepleje, må indgå fagene psykiatri, psykologi og **pædagogik** i passende omfang. Undersøgelsen i Århus og Ringkøbing amter viser imidlertid, at der blandt beboere på almindelige plejehjem findes så mange med psykiske lidelser, at det må anses for nødvendigt, at også personalet på disse institutioner har en hensigtsmæssig psykiatrisk uddannelse. Det må endda antages, at jo bedre personalet er uddannet inden for dette felt, jo mindre vil der være behov for oprettelse af egentlige psykiatriske specialplejeinstitutioner, idet man i så fald vil kunne påtage sig at modtage/beholde beboere selv med sværere psykiske lidelser på almindelige plejehjem.

Arbejdsgruppen skal derfor *henstille* til udvalget om koordination af pleje- og omsorgsuddannelser at være opmærksom på disse forhold både med hensyn til udbygningen af plejehjemsassistentuddannelsen og i givet fald også med henblik på uddannelse til plejehjemssygehjælper.*)

Arbejdsgruppen skal endvidere pege på behovet for *efteruddannelse* i psykiatriske

emner af det ansatte personale på de almene og specielle plejeinstitutioner.

Udover behovet for at personalet får adgang til kursusformer inden for emneområder som psykiatri, psykologi, pædagogik, omsorg, forebyggelse o.lign., er der efter udvalgets opfattelse betydeligt behov for, at der etableres »job-træning« på de enkelte institutioner og herunder evt. med deltagelse af forskellige samarbejdsparter fra andre institutioner eller fra den primære social- og sundhedstjeneste. Man skal bl.a. *foreslå*, at der søges tilvejebragt forskellige kursusmodeller til inspiration for etablering af sådan »job-træning«, ligesom man foreslår, at der på amtsplan tages initiativer til etablering af sådanne kursusformer på institutionerne. Det vil herunder være en helt naturlig ting, at den foran foreslåede sagkyndige konsulentbistand medvirker i personaleuddannelsen, f.eks. ved gennemgang af aktuelle sygehistorier fra vedkommende institution. Det må ligeledes være en naturlig ting, at de lokale social- og sundhedsteam indgår i sådanne programmer bl.a. med det formål gensidigt at udveksle erfaringer og udbygge samarbejdet.

7.5. Finansiering.

Det er i undersøgelsen godtgjort, at der er et betydeligt antal patienter med psykiatriske lidelser på plejehjemmene og herunder på plejehjemstyper under bistandsloven. I det foregående er derfor foreslået en række koordinationsforanstaltninger inden for det samlede net af plejeinstitutioner, herunder også H-plejehjemmene. Som nævnt er der imidlertid betydelig forskel på finansieringen af plejeinstitutionerne under **sygehusloven** og under bistandsloven, idet de førstnævnte finansieres fuldt ud af amtskommunerne, medens de sidstnævnte finansieres med 50% af kommunerne og 50% af staten, selv i de tilfælde, hvor en institution drives af en amtskommune. Det har derfor været anført, at denne forskel i finansieringsmåden kunne være med til at forvride planlægningen, og specielt er det anført, at de efter bistandsloven ansvarlige myndigheder - kommunerne - kunne være mindre interesserede i at sørge for etablering af det for-

*) Udvalget har nu afgivet betænkning, nr. 802/1977.

nødne antal specialinstitutioner (C-hjem) for psykiatriske patienter.

Arbejdsgruppen har derfor overvejet mulighederne for at etablere en mere neutral finansieringsordning. Man kunne f.eks. tænke sig, at et af de 2 finansieringssystemer blev anvendt for begge områder, hvorved fuld neutralitet med hensyn til plejeinstitutionsfinansiering ville være tilvejebragt. Arbejdsgruppen har dog ikke ment at kunne gå ind for nogle af disse muligheder, idet bistandslovens finansieringssystem for plejehjem, hvori ikke indgår bidrag fra amtskommunerne, må betragtes som helt uegnet for H-plejehjemmene, for hvilke amtskommunerne har ansvaret, ligesom sygehuslovens finansiering ikke med rimelighed kan anvendes for plejehjem under bistandsloven, bl.a. fordi det vil være urimeligt, at kommunerne skal have ansvaret, men amtskommunerne bære de fulde udgifter.

Arbejdsgruppen har derfor - foruden at lægge afgørende vægt på den samlede koordinering af områderne - i stedet vurderet de muligheder som foreligger for en mere neutral finansiering, såfremt der gennemføres den foran i afsnit 7.2. omtalte ændring af bistandsloven, hvorefter amtskommunerne pålægges ansvaret for etableringen af den fornødne kapacitet af specialinstitutioner for psykiatriske plejepatienter. Såfremt denne regel gennemføres og bistandslovens finansieringssystem i øvrigt anvendes, vil det betyde, at udgiften til disse institutioner skal afholdes af amtskommunen, men således at vedkommende kommune (den indlæggende kommune) heraf skal refundere 50% af udgifterne. Ved en sådan finansieringsform, ville der være skabt fuld neutralitet i forhold til den samlede plejehjemssektor - og til den øvrige omsorgssektor, herunder de forskellige former for forebyggende støtteformer - under bistandsloven,

idet vedkommende kommune (og dermed den henvisende instans) i alle tilfælde skulle udrede halvdelen af udgifterne. Derimod ville der ikke være tilvejebragt fuld neutralitet i forhold til H-plejehjemmene, hvortil udgifterne afholdes fuldt ud af amtskommunen.

Også på dette punkt ville det imidlertid være muligt at tilvejebringe fuld neutralitet inden for de samlede pleje- og omsorgsforanstaltninger, såfremt man gennemførte den ændring af sygehusloven, at halvdelen af udgifterne ved H-plejehjem afholdes af vedkommende kommune.

En eventuel gennemførelse af såvel ændret ansvarsplacering for psykiatriske specialplejehjem som ændret finansiering kan i givet fald tænkes gennemført samtidig med gennemførelsen af ændringerne i bistandsloven som følge af særforsogets udlægning.

For Københavns (og Frederiksberg) kommuners vedkommende, som udgør såvel primær- som amtskommuner, ville en sådan ordning dog ikke i princippet medføre ændringer, idet udgifterne ved samtlige psykiatriske specialinstitutioner i forvejen afholdes fuldt ud af kommunerne.

Arbejdsgruppen skal pege på disse muligheder for gennemførelse af en mere neutral finansiering, idet arbejdsgruppen ikke har ment at burde stille konkrete forslag om ændret finansiering, fordi man i første række har ment at burde belyse forholdene for psykiatriske plejepatienter på grundlag af gældende lovgivning.

Det skal sluttelig bemærkes, at det som nævnt er arbejdsgruppens opfattelse, at der under alle omstændigheder er behov for, at der sker en nøje koordinering af udbygningsplanlægningen i de enkelte amtsområder for H-plejehjemmene og for bistandslovens plejeinstitutioner.

Kapitel IX.

Ressourceforbrug.

1. Indledning.

Udvalget er i kommissoriet blevet anmodet om at redegøre for det forventede ressourceforbrug ved udvalgets forskellige forslag. Som det fremgår af de foregående kapitler, har udvalget imidlertid set det som sin hovedopgave at tilvejebringe et bredt og differentieret grundlag for planlægningen af den fremtidige psykiatriske sygehusvæsen i amtskommunalt regie frem for at pege på eksakte løsninger for organiseringen og udbygningen af den psykiatriske service. Man har først og fremmest søgt at belyse, hvor sygehuskommunerne i deres planlægning måtte have reelle valgmuligheder, og hvilke forhold der særligt må indgå ved en lokal vurdering heraf.

Udvalget har således ikke fundet det hensigtsmæssigt at søge at opstille normer for den fremtidige behandlingskapacitet, men har istedet peget på en række faktorer, som øver afgørende indflydelse på behovet for psykiatrisk service. Man finder ikke, at de tidligere opstillede sengebehovsnormer vil være et egnet grundlag for den amtskommunale planlægning. Det følger heraf, at der fra udvalgets side ikke er lagt op til en given kapacitets mæ s sig udvidelse, hvilket jo må være en første forudsætning for at beregne det fremtidige ressourceforbrug. I den forbindelse kan dog nævnes, at i overførelsesudvalget - der var nedsat til at udarbejde forslag til, hvorledes overførelsen af statshospitalerne til amtskommunerne kunne gennemføres, jfr. de almindelige bemærkninger til lovforslaget - blev anlægsudgifterne for perioden 1974-1985 ved en modernisering og udbygning af det voksenpsykiatriske sygehusvæsen uden for København svarende til 2,0 seng pr. 1000 indbyggere anslået til 1,6 mia. kr.*).

Udvalget har ligeledes for så vidt angår den nærmere organisation samt samarbejdet med den primære sundhedstjeneste og socialsektoren først og fremmest søgt at belyse de væsentligste hermed forbundne problemer og på basis heraf opstillet forskellige løsningsmuligheder. De ressourcemæssige konsekvenser af de alternative løsninger vil imidlertid i høj grad afhænge af den nuværende organisation af den psykiatriske service m.v. i den enkelte amtskommune, hvorfor det ikke er muligt at foretage generelle beregninger heraf.

Endelig må konstateres, at den faktiske udgangssituation er så forskellig mellem sygehuskommunerne, at økonomiske konsekvensberegninger for udvalgets forslag ville blive meget vanskelige og komme til at bygge på en lang række hypotetiske forudsætninger.

På denne baggrund har udvalget fundet, at anvendelige beregninger over det fremtidige ressourceforbrug må tage sit udgangspunkt i den enkelte sygehuskommunes situation og ønsker, hvorfor sådanne beregninger må tilvejebringes igennem den konkrete lokale planlægning. Det er udvalgets opfattelse, at økonomiske konsekvensberegninger må indgå som en integreret del af den amtskommunale planlægning af det psykiatriske sygehusvæsen.

Det må således forventes, at der som led i den første særlige planlægningsrunde vil komme til at foreligge ressourcemæssige oplysninger fra de enkelte sygehuskommuner, som vil være værdifulde for den videre planlægning på centralt og regionalt plan.

Nedenfor vil blive nærmere omtalt dels en række karakteristika ved ressourceanvendelsen i det psykiatriske sygehusvæsen set i relation til det somatiske, dels hvilke økonomiske beregninger, der bør indgå i planlægningen og grundlaget herfor.

*) Opgjort i 1970-priser excl. anlægsudgifterne til fuldførelsen af forinden påbegyndte byggearbejder.

2. Beskrivelse af det psykiatriske sygehusvæsens ressourceforbrug.

2.1. Ressourceforbrugets historiske udvikling.

Af tabel 1 fremgår udviklingen i de offentlige sygehuses driftsudgifter siden 2. verdenskrig. Det ses, at væksten i driftsudgifterne ved de offentlige psykiatriske specialsygehuse har været lavere igennem hele perioden end for de somatiske sygehuse. Dette har betydet, at mens de psykiatriske specialsygehuses andel af de samlede driftsudgifter til offentlige sygehuse i 1945/46 udgjorde ca. 25%, er andelen i 1974/75 faldet til ca. 12%. Tabellen omfatter bl.a. ikke de private nervesanatorier, hvor der netop i perioden er sket en vis udbygning, ligesom udgifterne ved de psykiatriske afdelinger på somatiske sygehuse er henregnet til disse. Dette kan imidlertid ikke ændre væsentligt i den konstaterede tendens. I 1974/75 udgjorde således driftsudgifterne ved samtlige psykiatriske specialsygehuse incl. nervesanatorier og psykiatriske afdelinger ved somatiske sygehuse ca. 15% af driftsudgifterne for det samlede sygehusvæsen. Heraf kan uddrages, at ressourceindsatsen i den psykiatriske sygehusbehandling helt generelt er vokset langsommere igennem perioden end ressourceindsatsen i den somatiske sygehusbehandling.

Af tabellen fremgår endvidere, at væksten i de offentlige psykiatriske specialsygehuses driftsudgifter har været større end den tilsvarende vækst i bruttonationalproduktet, således at der i 1974/75 anvendtes knap dobbelt så meget af bruttonationalproduktet til det psykiatriske sygehusvæsen som lige efter 2. verdenskrig. Denne udvikling svarer ret nøje til udviklingen i de samlede udgifter til offentligt forbrug.

Den gennemsnitlige årlige vækst for de offentlige psykiatriske specialsygehuse har i den betragtede periode været 11,9%. En stor del heraf skyldes naturligvis stigninger i priser og lønninger. Realvæksten kan skønnes at have været ca. 4% årlig, hvilket er ca. 2/3 af, hvad den kan skønnes at have været for de offentlige somatiske sygehuse.

Væksten i ressourceindsatsen må ses i sammenhæng med forøgelsen i antallet af

patienter og dermed i aktiviteten, jfr. kapitel IV, som såvel for det somatiske som det psykiatriske sygehusvæsens vedkommende primært må antages at være et resultat af udviklingen dels i befolkningens størrelse og alderssammensætning og dels i de lægelige behandlingsmuligheder. Driftsudgifterne *pr. sygedag* for det psykiatriske sygehusvæsen er steget med 11,9% årligt, mens de for det somatiske er steget med 13,7%, hvilket svarer meget nøje til den tilsvarende udvikling i de samlede driftsudgifter. Dette betyder, at mens driftsudgifterne *pr. sygedag* på et somatisk sygehus i 1945/46 var knap 2 gange så stor som på et psykiatrisk, var den i 1974/75 ca. 3 gange så stor. Samtidig er driftsudgifterne *pr. indlæggelse* siden midten af 50'erne steget ca. dobbelt så hurtigt i det somatiske sygehusvæsen som i det psykiatriske (driftsudgifterne *pr. indlæggelse* i det psykiatriske sygehusvæsen må målt i faste priser - skønnes at være blevet mindre igennem perioden)*). Den forskellige udvikling i udgifterne *pr. sygedag/indlæggelse* for det psykiatriske og somatiske sygehusvæsen må især ses på baggrund af at de fremskridt, der i behandlingsmæssig henseende er sket på de to områder, er opnået på forskellig måde. De øgede og forbedrede behandlingsmuligheder inden for det somatiske område har først og fremmest kunnet realiseres ved en stærkt øget specialisering og anvendelse af avanceret apparatur med deraf følgende øget *pe. sonaleforbrug*. Inden for det psykiatriske område har indførelsen af den medikamentelle behandling været det afgørende fremskridt, og denne har været af langt mindre ressourcekrævende karakter. Dette kan imidlertid kun delvis være årsagen til driftsudgifternes

*) Anvendelsen af indlæggelses- og sygedagstal for en så lang periode som indikator for aktivitetsudviklingen, er forbundet med en række betænkeligheder. En ændring af behandlingsprincipperne f.eks. hen imod flere korte, men gentagne indlæggelser i stedet for én lang eller hen imod en mere koncentreret patientbehandling med kortere liggetid til følge vil i sig selv kunne føre til, at udgifterne *pr. indlæggelse/sygedag* ændres, uden at udgiften *pr. behandlet patient* behøver at være forandret, og dermed uden at der er sket ændringer i effektivitet/serviceniveau. Inden for det psykiatriske område har der i perioden været en stigende genindlæggelsesfrekvens samtidig med, at liggetiden har været faldende, jfr. kapitel IV, hvilket kan forklare en del af den forholdsvis lavere vækst i udgiften *pr. indlæggelse* på det psykiatriske område.

*Tabel I.
Udviklingen i offentlige sygehuses driftsudgifter¹⁾ i perioden 1945/46 - 1974/75.*

	Off. psykiatriske special- sygehuse incl. tilhørende plejehjem.		Off. somatiske sygehuse		Off. sygehuse i alt		Årlig stig- ning i udgif- terne til off. forbrug. %	Årlig stig- ning i brutto- nationalpro- duktet. %
	Mill. kr.	Årlig stig- ning %	Mill. kr.	Årlig stign. %	Mill. kr.	Årlig stign. %		
1945-46	32,9		128,3	10,7	161,2	10,5	8,7 ²⁾	7,6 ²⁾
1955-56	82,3	9,6	353,4	12,0	435,7	11,3	6,9	7,3
1960-61	122,2	8,2	623,2	17,8	745,4	17,4	15,7	11,4
1965-66	251,0	15,5	1412,9	17,2	1663,9	16,6	15,9	11,0
1970-71	466,8	13,2	3123,5	18,3	3590,3	18,0	16,1	12,5
1974-75	851,0	16,2	6117,0		6968,0			

1) Bruttoudgifter excl. forrentning og afskrivning med fradrag af ydelser leveret til fremmede m.m. Opgørelsen er i denne tabel som i de følgende excl. udgifterne på Færøerne og Grønland.

2) Vækstprocent for perioden 1947-1955, idet der ikke foreligger sammenlignelig nationalregnskabsstatistik for 1945 og 1946.

Kilde: Internt materiale i indenrigsministeriet baseret på medicinalberetninger m.v., medicinalstatistiske meddelelser 1976/6, samt nationalregnskabsstatistikken.

lavere vækst. Det må derfor antages, at der generelt har været en forholdsvis lavere stigning i serviceniveauet/standarden inden for det psykiatriske sygehusvæsen end inden for det somatiske.

Udviklingen i sygehusvæsenets *anlægsudgifter* har i nogen grad fulgt de samme tendenser som for driftsudgifternes vedkommende. Efter et meget lavt niveau i 1940'erne er anlægsudgifterne til almindelige somatiske sygehuse - i perioden som helhed - vokset endnu kraftigere end de tilsvarende driftsudgifter. Denne udvikling har nået sit højdepunkt i forbindelse med de senere års meget store byggerier af højt specialiserede sygehuse, og der er indtruffet en faldende tendens, som forventes yderligere forstærket i de kommende år. Af *tabel 2* fremgår de gennemsnitlige årlige anlægsudgifter igennem de sidste 25 år ved de tidligere statshospitaler for sindslidende. Efter meget små anlægsudgifter i begyndelsen af 50'erne ses en - for perioden som helhed - svagt stigende tendens, som imidlertid har været mindre end den tilsvarende vækst i driftsudgifterne.

Tabel 2.
Anlægsudgifterne inden for statens
hospitalsvæsen for sindslidende 1950/51-1974/75
(mill. kr., løbende priser).

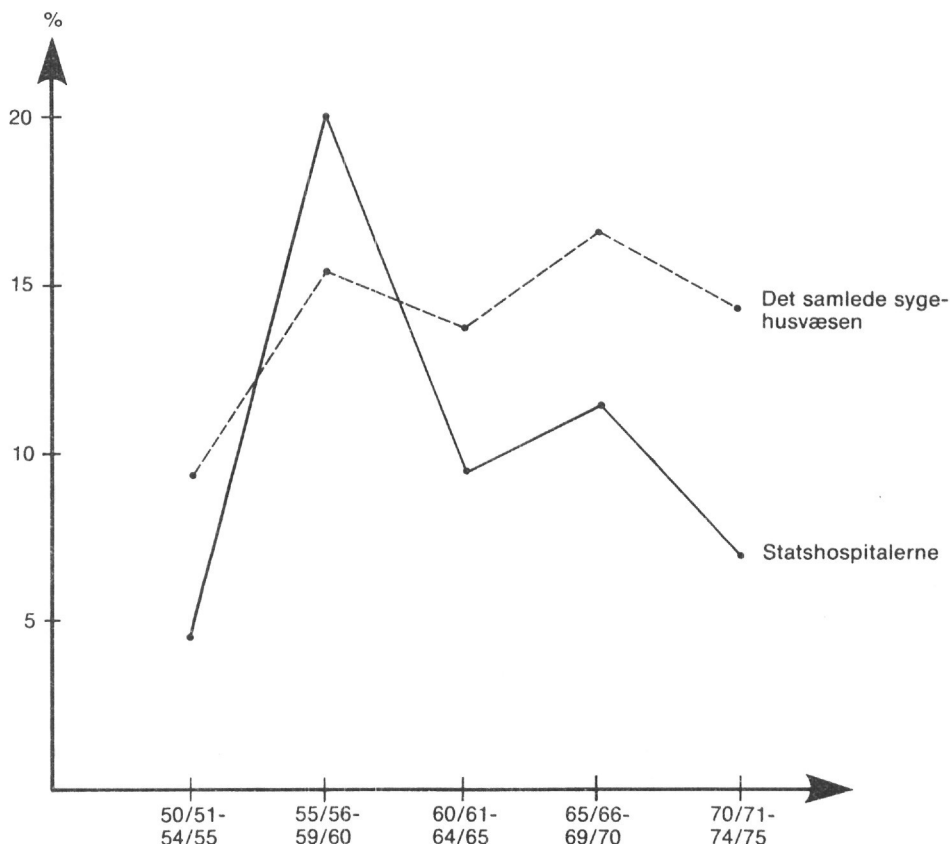
	Gennemsnitlige årlige anlægsudgifter
1950/51 - 1954/55	2,1
1955/56 - 1959/60	17,4
1960/61 - 1964/65	12,6
1965/66 - 1969/70	29,2
1970/71 - 1974/75	32,5

I *figur 1* nedenfor er anlægsudgifternes andel af de samlede drifts- og anlægsudgifter beregnet for henholdsvis det samlede sygehusvæsen og statshospitalerne. Det fremgår heraf, at bortset fra 2. halvdel af 50'erne, hvor statshospitalernes anlægsudgifter lå relativt højt som følge af omfattende bygningsarbejder, bl.a. i Viborg, Glostrup og Brønderslev, har anlægsaktiviteten været væsentlig lavere end for det samlede sygehusvæsen i den pågældende periode.

Det må således konkluderes, at der ikke er sket en generel investeringsmæssig opfølgning af den afgørende ændring af det psykiatriske sygehusvæsen, som indførelsen af den medikamentelle behandling medførte, som blot tilnærmelsesvis svarer til opfølgningen af udviklingen inden for det somatiske sygehusvæsen. Der er da også almindelig enighed om, at en række af de tidligere statshospitalers bygningsmæssige standard er meget lav og ikke giver særlig hensigtsmæssige rammer for den moderne psykiatriske behandlingsfunktion.

Den ringe bygningsmæssige standard og statshospitalernes lave sengekapacitet i forhold til de i 1956- og 1965-betænkningerne opstillede behovsnormer var da også årsagen til, at der i overvejelserne i forbindelse med udarbejdelsen af lovforslaget om statshospitalernes overførelse indgik et forslag om en særlig statslig anlægsskud på 2,3 mia. kr. Dette stred imidlertid mod de generelle principper i byrde- og opgavefordelingsreformen, hvorefter statens besparelser ved opgaveoverførelser modsvares af en tilsvarende forøgelse i statens generelle tilskud. I loven er kompensationen til amtskommunerne da også fastsat til de for staten sparede drifts- og anlægsudgifter. I forbindelse hermed diskuteredes, om en del af denne kompensation (totalbalancepuljen) skulle være et »øremærket« anlægstilskud for at stimulere til øgede investeringer på området samt afhjælpe de uligheder, der ville opstå mellem amtskommunerne på overførelsestidspunktet som følge af statshospitalernes placering og forskellige standard m.v. Fra statens side fandt man imidlertid ikke, at man igennem et anlægstilskud burde stimulere til øget anlægsaktivitet på området. Derimod blev det i loven fastsat, at den samlede kompensation ikke udelukkende fordeles mellem amtskommunerne efter objektive udgiftsbehovskriterier, men at en mindre del heraf i en 10-årig periode gives som et særligt udligningstilskud ud fra en fordelingsnøgle, som søger at tage hensyn til de ovennævnte forskelle i overførelsessituationen. Som grundlag for fastlæggelsen heraf blev anvendt statens faktiske investeringer i de enkelte amtskommuner siden 1958/59. Tilskuddets størrelse blev beregnet til 70 mill. kr. årlig over en 10-årig periode (i alt 700 mill. kr.), idet man ved

Figur 1.
Anlægsudgifternes andel af de samlede drifts- og anlægsudgifter i perioden 1950/51 - 1974/75 for henholdsvis statshospitalerne og det samlede sygehusvæsen.



opgørelsen heraf gik ud fra et princip om, at samtlige amtskommuner skulle kunne bringes op på niveau med den amtskommune, som havde haft de største statsinvesteringer pr. indbygger i perioden 1958/59-1972/73 (opregnet til 1973-priser, men med 2% årlig afskrivning). Det vil sige, at de 700 mill. kr. svarer til det beløb, som skulle have været investeret i de øvrige amtskommuner, såfremt de skulle have stået i samme situation som den bedst stillede. Fordelingsnøglen blev fastlagt ud fra forskellene i anlægsudgifternes størrelse i de enkelte amtskommuner sat i relation til amtskommunernes indbyggertal og befolkningsvæksten for perioden 1958/59-1973/74.

2.2. Det nuværende ressourceforbrug.

De samlede driftsudgifter ved psykiatriske

specialsygehuse og afdelinger udgjorde i 1974/75 ca. 1150 mill. kr. svarende til ca. 15% af hele sygehusvæsenets driftsudgifter og til 0,6% af bruttonationalproduktet og til 2,7% af udgifterne til offentligt forbrug. Af tabel 3 fremgår udgifternes fordeling mellem de enkelte institutionstyper. Det ses, at 2/3 af udgifterne hidrører fra psykiatriske hospitaler incl. tilhørende plejehjem. I tabellen er udgifterne ved hver institutionstype sammenholdt med de tilsvarende indlæggelses- og sengedagstal. De herved beregnede enhedsudgifter bliver lidt overvurderede, idet det ikke er muligt at korrigere for ambulante behandlinger, daghospitalspatienter m.v., men de kan give et groft billede af forskellene i ressourceforbrug.

Den gennemsnitlige udgift pr. indlæggelse og pr. sengedag var således i 1974/75 henholdsvis 29.600 kr. og 280 kr., mens den for

*Tabel 3.
Driftsudgifterne¹⁾ ved psykiatriske specialsygehuse og afdelinger i 1974/75.*

	Samlede udgifter mill. kr.	Udgift pr. indlæggelse ⁴⁾ kr.	Udgift pr. sengedag kr.
Psykiatriske hospitaler incl. tilhørende plejehjem-)	767	35. HK)	250
Psykiatriske plejehospitaler incl. tilhørende plejehjem	102	196.200	240
Nervesanatorier	54	23.400	325
Psykiatriske afdelinger på somatiske sygehuse ²⁾)	225	15.900	525
I alt	148	29.600	280

Kilde:

Medicinalstatistiske Meddelelser 1976:6 samt internt materiale fra Demografisk institut. Opdelingen på institutionstyper er foretaget ud fra sundhedsstyrelsens »Gruppering af sygdomsbehandlende institutioner m.m. pr. 7/4-1976«.

Noter:

1) bruttoudgifter excl. forrentning og afskrivning med fradrag af ydelser til fremmede m.v.

2) incl. psykiatrisk afdeling på Kolonien Filadelfia.

3) skønnet tal. jfr. anmærkning til tabel 4.

4) Den beregnede enhedsudgift svarer til et helt indlæggelsesforløb, uanset om dette varer udover et regnskabsår. De hertil hørende gennemsnitlige liggetider er henholdsvis ca. 4½ måned, ca. 2 år. ca. 2½ måned og ca. 1 måned. Det skal endvidere bemærkes, at antallet af patienter, der bliver kroniske og **langtidsindlagte**, har været faldende siden indførelsen af de forbedrede behandlingsmetoder. Dette betyder, at enhedsudgiften for patienter, der blev indlagt i 1974/75, reelt vil være noget lavere end den her angivne.

det somatiske sygehusvæsen var 7.900 kr. og 720 kr.*). Mellem de enkelte psykiatriske institutionstyper er der ret store forskelle i de gennemsnitlige udgifter pr. indlæggelse og pr. senge dag. Dette må først og fremmest ses som udtryk for, at deres patientklientel og dermed deres behandlings- og

plejefunktion er væsentlig forskellig, jfr. kapitel V og VI, men det kan ikke afvises, at de også delvist kan ses som en følge af forskelligt serviceniveau.

I *tabel 4* er foretaget en regional fordeling af driftsudgifterne, således at udgifterne er opgjort efter patienternes hjemstedsamtskommune uafhængigt af den ydende institutions geografiske beliggenhed og ejerskab. Det fremgår heraf, at specielt Københavns og Frederiksberg kommuner har et meget højt udgiftsniveau,**) men at der også mellem de øvrige amtskommuner indbyrdes er væsentlige forskelle (fra 110 kr. til 190 kr.

*)	Udgift pr. indl. kr.	Udgift pr. sengedag kr.
a. Alm. sygehuse med mindst 3 kliniske specialer. 800 senge og derover	9200	880
b. Alm. sygehuse med mindst 3 kliniske specialer, under 800 senge	7300	710
c. Delte sygehuse	5900	580
d. Blandede sygehuse	5100	470
e. Somatiske specialsygehuse	11200	430

**) Dette skyldes til en vis grad, at de psykiatriske plejeinstitutioner i Københavns kommune henhører under sygehusvæsenet, mens plejehjemsfunktionen for psykiatriske patienter i de øvrige sygehuskommuner i vidt omfang varetages på plejehjem under bistandsloven, jfr. ovenfor i kapitel VIII.

Tabel 4.

Den regionale fordeling af driftsudgifterne på psykiatriske specialsygehuse og afdelinger i 1974/75.
(kr. pr. indbygger).

	Psyk. hosp. incl. tilh. plejehjem	Psyk. plejehosp. incl. tilh. plejehjem	Nerve- sanato- rier	Psyk. afd. på som. sygehuse	I alt
Københavns K	390	170	20	190	770
Frederiksberg K	150	70	10	110	340
Københavns A	140	—	20	30	190
Frederiksborg A	70	—	35	15	120
Roskilde A	100	—	10	10	120
Hovedstadsområdet i alt	210	60	20	80	370
Vestsjællands A	110	—	10	55	175
Storstrøms A	110	—	—	20	130
Bornholms A	80	—	—	50	130
Fyns A	90	—	5	25	120
Sønderjyllands A	100	—	5	5	110
Ribe A	100	—	—	30	130
Vejle A	90	—	5	35	130
Ringkøbing A	120	—	5	25	150
Århus A	160	—	5	20	185
Viborg A	160	—	—	15	175
Nordjyllands A	130	—	—	10	140
Hele landet ÷ hoved- stadsområdet	120	—	5	25	150
Hele landet	150	20	10	45	225
Hele landet ÷ Køben- havns kommune	120	—	10	25	155

Kilde: Medicinalstatistiske Meddelelser 1976:6 samt internt materiale i indenrigsministeriet m.v. Opdelingen på institutionstyper er foretaget ud fra sundhedsstyrelsens »Gruppering af sygdomsbehandlende institutioner m.m. 7/4-1976«.

Anm:

Driftsudgifterne ved de enkelte institutioner er fordelt på sygehuskommunerne efter deres andel af sengedage.

Udgifterne ved de psykiatriske afdelinger på almindelige sygehuse er opgjort på følgende måde:

Københavns kommunehospital, Bispebjerg hospital samt Rønne, Odense, Thisted og Hjørring sygehuse: regnskabsstal

Øresundshospitalet: Andel af regnskabsstal for hele hospitalet på basis af antal senge.

Øvrige psykiatriske afdelinger i indre hovedstadsområde: Beregnet på basis af gns. udgift pr. normeret lægestilling på de psyk. afd. på Bispebjerg og Københavns kommunehospital.

Øvrige psykiatriske afdelinger uden for indre hovedstadsområde: Beregnet på basis af gennemsnitlig udgift pr. normeret lægestilling på de psyk. afd. på Rønne, Odense, Thisted og Hjørring sygehuse.

Som følge af de ovennævnte usikkerhedsmomenter ved udgiftsfordelingen er tallene afrundet. Regionale forskelle i sygehuspersonalets aflønning (stedtillæg) kan forklare maksimalt 5-6% af variationerne i ressourceindsatsen. Endvidere kan indlæggelse af psykiatriske patienter på somatiske afdelinger i områder med meget dårlig forsyning af psykiatriske institutioner formentlig forklare visse mindre forskelle.

pr. indbygger). Forskellene i ressourceforbrug følger stort set de i kapitel IV påviste forskelle i sengeforbrug. Det er dog værd at bemærke, at mens Ringkøbing amtskommune har landets laveste sengeforbrug, svarer udgiften pr. indbygger til gennemsnittet for hele landet excl. hovedstadsområdet, at Københavns amtskommune med et relativt lavt sengeforbrug har et højt udgiftsniveau, og at Storstrøms amtskommune med et relativt stort sengeforbrug har lave udgifter. Dette viser med al tydelighed, at der er meget store forskelle i patientklientel samt behandlingsform og/eller serviceniveau mellem de enkelte psykiatriske hospitaler. Den gennemsnitlige sengedagsudgift på psykiatriske hospitaler (incl. tilhørende plejehjem) varierer således også meget (fra ca. 170 kr. til ca. 340 kr. pr. sengedag).

Som yderligere belysning af det psykiatriske sygehusvæsen er der i *tabel 5* foretaget en opgørelse af personaleforbruget pr. april 1976 på de enkelte institutionstyper. Det fremgår heraf, at personaleforbruget ved de egentlige psykiatriske sygehuse (excl. tilhørende plejehjem) er ca. halvt så stort som ved de somatiske sygehuse. Endvidere er der en ret stor forskel i selve personalestrukturen. Det akademisk uddannede behandlerpersonale udgør således på de psykiatriske hospitaler 5,7% af det samlede personale mod 8,1% på somatiske sygehuse. Inden for denne gruppe er der på de psykiatriske sygehuse beskæftiget relativt mange psykologer og socialrådgivere, således at den lægelige andel af personalet kun bliver halvt så stor som på somatiske sygehuse. Det pleje-uddannede personale udgør en højere andel af det øvrige personale på de psykiatriske sygehuse. Sygeplejerskerne udgør kun ca. ¼ heraf, mens de på de somatiske sygehuse udgør mere end halvdelen af plejepersonalet. Det kan på denne baggrund konkluderes, at de psykiatriske sygehuse sammenlignet med somatiske sygehuse har en væsentlig bredere hierarkisk behandlerpyramide, og at personalet generelt har et lavere uddannelsesniveau.

Nervesanatoriernes personalestruktur er meget atypisk for det psykiatriske sygehusvæsen. Der er således beskæftiget meget højt-uddannet behandlerpersonale, mens plejepersonalegruppen er lille. Forbruget af

akademisk personale er 0,13 pr. normeret plads, hvor det ved de psykiatriske sygehuse kun er 0,07. Selv om nervesanatoriernes samlede personale kun udgør 0,82 pr. plads mod 2,09 på somatiske sygehuse, har de således en normering af læger m.v., som i højere grad svarer til det somatiske sygehusvæsens (0,17 akademisk personale pr. normeret seng).

For så vidt angår de psykiatriske sygehuses plejehjem og Københavns kommunes psykiatriske plejehospitaler med tilhørende plejehjem skal alene peges på, at personaleforbruget ligger på nogenlunde samme niveau som for almindelige plejehjem under bistandsloven (gennemsnitlig 0,72 pr. plejehjemsplads, april 1976).

De nuværende årlige personaletællinger giver desværre ikke mulighed for at opgøre det samlede personaleforbrug på de almindelige somatiske syghuses psykiatriske afdelinger. Ud fra sundhedsstyrelsens lægetælling, maj 1976, kan dog uddrages, at der er beskæftiget 0,14 læge pr. normeret seng, hvilket er ca. 3 gange så meget som på de psykiatriske sygehuse (excl. tilhørende plejehjem). De psykiatriske afdelingers lægeforbrug svarer således knapt til det gennemsnitlige for somatiske sygehuse (0,16 pr. normeret seng) og til ca. ¾ af lægeforbruget på almindelige somatiske sygehuse med mindst 3 kliniske specialer.

Udvalget har i marts 1977 foretaget en særlig tælling af personalet ved *børnepsykiatriske afdelinger* beliggende såvel på almindelige somatiske sygehuse som på psykiatriske specialsygehuse. Resultaterne heraf fremgår af *tabel 6* nedenfor.

Det ses, at det samlede personaleforbrug på børnepsykiatriske afdelinger udgør 377 heltidsbeskæftigede svarende til ca. 0,7% af sygehusvæsenets samlede personaleforbrug ved senge- undersøgelses- og behandlingsafdelinger. Personaleforbruget beregnet pr. hel- og deldøgnsplads*) er således lidt større end det tilsvarende samlede personaleforbrug pr. seng ved somatiske sygehuse og ca. dobbelt så stort som det tilsvarende

*) Ved de følgende personalesammenligninger pr. plads er for børnepsykiatrien ikke medregnet det personale, der er beskæftiget ved børnepsykiatriske afdelinger med udelukkende ambulant virksomhed.

samlede personaleforbrug ved psykiatriske specialsygehuse.

De børnepsykiatriske afdelinger har en relativt snæver hierarkisk behandlerpyramide, hvor personalets uddannelsesniveau som helhed ligger over det tilsvarende for det samlede sygehusvæsen. Det akademisk uddannede personale udgør således en væsentlig større relativ andel, mens plejepersonalet er af samme omfang, og øvrigt sundhedsfagligt personale er meget lille.

1 marts 1977 er der på de børnepsykiatriske afdelinger beskæftiget 0,23 læge pr. hel- og deldøgnsplads, hvilket er lidt større end lægeforbruget på almindelige somatiske sygehuse med mindst 3 kliniske specialer, mens lægeforbruget pr. seng på somatiske sygehuse som helhed er 0,16 og på psykiatriske specialsygehuse er 0,04. Samtidig har de børnepsykiatriske afdelinger en meget høj bemanding af ikke-lægeligt akademisk personale, således at det samlede forbrug af akademisk personale pr. plads er mere end dobbelt så stort som på somatiske sygehuse generelt (og 8-9 gange så stort som på psykiatriske specialsygehuse).

Endelig skal nævnes, at der er beskæftiget 1,03 plejepersonale pr. plads på de børnepsykiatriske afdelinger, hvilket er lidt større end for somatiske sygehuse generelt, ligesom forholdet mellem sygeplejersker og andet plejepersonale svarer hertil.

3. Økonomiske beregninger i den lokale planlægning af det psykiatriske sygehusvæsen.

Økonomiske beregninger bør indgå som en integreret del af sygehuskommunernes planlægning. Formålet hermed vil være, at der igennem planlægningen kan foretages en politisk vurdering af, om der er en rimelig sammenhæng mellem nytte og omkostninger ved forslagene til den fremtidige organisation og udbygning af den psykiatriske service, at der vælges den mindst ressourcekrævende i videste forstand blandt i øvrigt ligeværdige løsningsmuligheder, og at planforslagene kan afvejes over for sygehuskommunens finansielle muligheder. De forskellige typer af økonomiske beregninger, som bør være en del af planlægningen, adskiller sig dermed heller ikke fra, hvad

der kendes fra planlægningen af det somatiske sygehusvæsen, hvorfor der ikke her vil blive givet en generel beskrivelse heraf. Der skal alene peges på de særlige problemer, som kan opstå i forbindelse med økonomiske konsekvensberegninger ved planlægningen af det psykiatriske sygehusvæsen. Det skal dog understreges, at de økonomiske beregninger bør indgå ved selve udarbejdelsen af forslag - der må således være en vekselvirkning mellem opstilling af løsningsmuligheder baseret på planlægningsrelevant statistik, jfr. kapitel V., A., afsnit 9., og konsekvensberegninger. Ligeledes bør opgørelsen af det økonomiske ressourceforbrug indeholde såvel de samlede drifts- og anlægsudgifter ved forslagenes fulde gennemførelse som en tidsfølgeplan herfor, og man må ud fra planen kunne vurdere dels de økonomiske konsekvenser af de enkelte delforslag, dels det samlede fremtidige ressourceforbrug for sygehuskommunens psykiatriske sygehusvæsen.

Udvalget har foreslået, at der etableres en særlig kort planlægningsrunde for det psykiatriske sygehusvæsen, bl.a. med det formål at formidle en udveksling af synspunkter mellem sygehuskommunerne og de centrale sundhedsmyndigheder omkring de overførte specialsygehuses fremtidige funktioner og afviklingen af indlæggelsesoverenskomster. Der kan således blive tale om, at ikke alle sygehuskommuner kan nå at opstille en detaljeret plan for den fremtidige organisation m.v. Dette bør imidlertid ikke hindre, at der foretages økonomiske konsekvensberegninger, men det kan - ligesom den korte tidsfrist - medføre, at de bliver mindre omfattende og detaljerede. Den særlige planlægningsrunde vil for en række amtskommuner komme til hovedsagelig at gå ud på at fastlægge hovedprincipperne for en afvikling af indlæggelsesoverenskomster efter forhandling med de implicerede amtskommuner. Men sådanne afviklingsaftaler må nødvendigvis bygge på økonomiske beregninger over, hvad en opbygning/afvikling af sygehuskapacitet i amtskommunen selv vil koste, selv om disse evt. kun kan blive af ganske grov karakter. På lignende måde vil en beslutning om f.eks. funktionsmæssig omdannelse af et specialsygehus have så omfattende præjudicerende virkninger for anlægsaktivitet m.v.. at den

Tabel 5.
Sygehusvæsenets personale¹⁾ fordelt efter institutionstype, april 1976.

	Psyk. hospitaller	Psyk. hospitaller plejehjem	Kbhs. komm. psyk. plejehosp. incl. tilhørende plejehjem	Nervesana- torier	Psykiatriske specialsyge- huse i alt	Somatiske sygehuse	Sygehusvæsenet i alt
A. Senge-, undersøgelses- og behandlingsafdelinger							
1. Overlæger	114	4	8	18	144	1409	1553½
2. Sygehuslæger	0	0	0	0	0	40	40
3. 1. reservelæger/reserve- læger (stud. vikar)	193	2	0	27	222	3713	3934½
4. Andre læger (incl. forsk.)	6	3	5	0	13	146	167
Læger i alt	313	4,0%	13	1,3%	379½	5307½	5695½
				45	10,1%	7,6%	7,0%
5. Tandlæger	7	0	0	0	7	25	32
6. Psykologer	46	0	0	13	59	70	128½
7. Farmaceuter	3	0	0	0	3	67½	70½
8. Socialrådgivere	81	2	2	13	97	165	262
9. Andet akademisk personale	21	0	0	0	2	92	94
Ikke-lægel.akadem.pers. i alt	138	1,8%	2	0,2%	167	419	586
				26	1,6%	0,6%	0,7%
10. For- og viceforstanderinder	1	8	4	3	16	178	194
11. Oversygeplejersker	43	4	4	4	55	369	424
12. Afdelingssygeplejersker	365	67	49	26	506	2006	2512
13. Øvrige sygeplejersker	708	117	62	78	964	12714	13678
Sygeplejersker i alt	1117	14,2%	119	11,6%	1541	15266	16806
				111	14,4%	21,7%	20,6%
14-18: Personale med anden plejeuddannelse							
20. Lægesekretærer	2800	35,7%	307	30,0%	3652	12500	16152
23+24. Ergoterapeuter + be- skæftigelseshjælpere	237	5	5	33	279	4118	4409½
Øvrigt personale (19-29 excl. 20,23,24)	106	21	17	34	178	472	650
30-34. Elever	122	27	147	19	314	5049	5363
	513	28	88	13	642	6024	6666
A. I alt	5343	68,1%	697	68,1%	7151	49154	56326
		796	57,9%	315	70,4%	70,0%	69,2%

B. Hjælpeafdelinger Alle personalekategorier	2500	580	326	132½	3538	21070	250854)
A + B. I alt	7843	100%	1376	100%	1023	100%	100%
Personale pr. seng	1,13	0,67	0,84	0,82	1,00	2,09	1,83

Kilde:
Medicinalstatistiske Meddelelser, 1976:3 og 1976:6. Opdelingen på institutionstype er foretaget ud fra sundhedsstyrelsens »Gruppering af sygdomsbehandlende institutioner m.m. pr. 7/4-1976«.

Noter:

- 1) Deltidsbeskæftigede er omregnet til heltidsbeskæftigede i forholdet 2:1. Der er afrundet til hele tal.
- 2) Incl. 1 overlæge + 8 andre læger tilknyttet Kbh.s kommunes centralvisitation.
- 3) Incl. 13 lægesekretærer i den centrale sygehusforvaltning.
- 4) Incl. 477 heltidsbeskæftigede i den centrale sygehusforvaltning.
- 5) Antal besatte lægestillinger under specialet psykiatri og børnepsykiatri udgjorde i maj 1976 for samtlige institutioner 546, hvoraf 358 var beskæftiget ved psyk. specialsygehuse, hvilket betyder at 188 var beskæftiget på almindelige sygehuses psykiatriske afdelinger.

nødvendigvis også må bygge på som minimum grove beregninger af det fremtidige ressourceforbrug.

Såvel i den situation, at et overført specialsygehus er fuldt ud funktionsdygtigt, som at det er nødvendigt med en funktionsmæssig omdannelse/renovering, eller at en benyttelsesoverenskomst besluttet afviklet, vil et af hovedspørgsmålene i planlægningen være, om man ved opbygning af eventuel ny sygehuskapacitet skal vælge en central eller decentral løsning. Ved valget herimellem må der nødvendigvis skulle indgå økonomiske overvejelser, og det er først og fremmest på dette område, at man i planlægningen kan have gavn af økonomiske alternativberegninger. Som nærmere omtalt i kapitel VI giver en decentral opbygning mulighed for, at en større del af patientbehandlingen kan ske ambulant, ved deldøgnsindlæggelser (dag/nathospital) og ved andre mindre institutionaliserede behandlingsformer. Ligeledes kan der lettere etableres en distriktspsykiatrisk organisation. Til gengæld giver en mere central opbygning større muligheder for en rationel subspecialisering og vil være gavnlig for forsknings- og uddannelsesaktiviteter, ligesom en række af de psykiatriske behandlingsformer f.eks. ergoterapi og revalidering vil kunne tilrettelægges mere rationelt på større enheder. Ved en decentral løsning vil en ikke for ressourcekrævende tilrettelæggelse af disse behandlingsaktiviteter kræve et meget nært samarbejde med de tilsvarende funktioner i det somatiske sygehusvæsen og socialvæsenet.

Man må derfor gøre sig klart, at valget mellem alternative organisatoriske løsninger ikke kan bygge på, hvad det vil koste at opføre og drive et vist antal senge ved henholdsvis en central/decentral placering. Det vil være nødvendigt, at man for hver af løsningerne har vurderet, med hvilken vægt de forskellige behandlingsformer (ambulant, heldøgns- og deldøgnsindlæggelser m.v.) bør indgå ved den psykiatriske undersøgelse og behandling af de enkelte patientkategorier. Relevante økonomiske konsekvensberegninger vil således som minimum forudsætte, at man for hvert alternativ har opgjort kapacitetsbehovet for de enkelte behandlingsformer.

Såfremt man overvejer at nedlægge helt

	Børnepsyki- atriske afd. med udeluk- kende ambulant virksomhed ²⁾	Børnepsyk. afd. med ambulatorium og stationært behandlingsafsnit						Børnepsyk. afd. i alt
		Beliggende på alm. som. sygehus ³⁾		Beliggende på psyk. specialsygehus ⁴⁾		I alt		
		Antal heltids- be- skæftede	Antal heltids- besk. pr. plads	Antal heltids- be- skæftede	Antal heltids- besk. pr. plads	Antal heltidsbe- skæftede	Antal heltidsbesk. pr. plads	
1. Overlæger	2	8		13		21		23
2.-4. Øvrige læger	1	14		15		29		30
Læger i alt	3	22	0,27	28	0,20	50	0,23	53
6. Psykologer	2	8½		16		24½		26½
8. Socialrådgivere	2	8½		12½		21		23
5., 7., 9. Øvrigt akad. personale	-	-		-		-		-
Ikke-lægel. akad. pers. i alt	4	17	0,21	28½	0,21	45½	0,21	49½
10.-13. Sygeplejersker i alt	-	38½	0,48	82½	0,60	121	0,55	121
14.-18. Personale med an- den plejeudd.	1	33	0,41	71½	0,52	104½	0,48	105½
19.-29. Andet personale	4½	18	0,22	25½	0,18	43½	0,20	48
30.-34. Elever	-	-	-	-	-	-	-	-
Personale i alt	12½	128½	1,59	236	1,71	364½	1,66	377
Antal hel- og deldøgnspladser		81 ⁵⁾		138				219 ⁵⁾

Kilde: Sertelling foretaget af psykiatriudvalget.

Noter:

1) Antal heltidsbeskæftede, deltidsbeskæftede omregnet til heltidsbeskæftede i forholdet 2:1.

2) KAS Gentofte og FAC Hillerød.

3) Rigshospitalet, Vejle sygehus og Bispebjerg hospital.

4) Ålborg psykiatriske sygehus, KAS Nordvang, Viborg sygehus Øst samt Psykiatrisk hospital i Århus.

5) Heraf kan 4 pladser ikke belægges for tiden.

eller delvist et psykiatrisk sygehus for at etablere en decentral løsning bør det indgå i den økonomiske konsekvensberegning, hvilke anlægsudgifter, der evt. spares ved anvendelse af sygehusets bygninger og faciliteter til et helt andet formål (f.eks. til plejehjem eller til somatisk sygehusformål). Ligeledes bør der tages hensyn til, hvorvidt et af de organisatoriske alternativer forudsætter, at visse aktiviteter i højere grad varetages af en anden myndighed (f.eks. at man ved en decentral løsning forudsætter, at revalideringsvirksomhed m.v. i overvejende grad varetages af socialvæsenet).

Endelig skal peges på, at det også i visse tilfælde kan være nødvendigt direkte at inddrage regionplanmæssige synspunkter omkring den lokale økonomiske udvikling inden for sygehuskommunen ved valget mellem en central/decentral løsning. Det skal dog fremhæves, at afgørende for valget mellem en central eller decentral løsning i første række må være hensynet til patienterne og disses pårørende og i denne forbindelse, hvorledes man fremmer de behandlingsmæssige hensyn bedst muligt.

Et andet hovedproblem i planlægningen af det psykiatriske sygehusvæsen vil være at få tilvejebragt et hensigtsmæssigt samarbejde med den primære sundhedstjeneste og socialsektoren. I kapitel VII er fremhævet, at et forbedret samarbejde mellem sygehusvæsenet og almen praksis omkring patienter med psykiske lidelser dels kan betyde en hurtigere diagnosticering og iværksættelse af passende behandling og kontrol, dels kan formindske antallet af plejhjemsanbringelser og indlæggelser på psykiatriske afdelinger. Det påpeges, at der i første række er behov for, at den alment praktiserende læge får adgang til at trække på psykiatrisk og anden specialviden, og at der derfor bør etableres en »enhed«, hvorfra en rådgivende og undervisende funktion kan udgå. Det skal i den forbindelse understreges, at der næppe i øjeblikket er grundlag for at foretage en nærmere økonomisk analyse af, i hvilket omfang det er hensigtsmæssigt at søge undersøgelses- og behandlingsopgaver overført fra sygehusvæsenet til almen praksis. Man må således i planlægningen primært henholde sig til, at anvendelse af mindre institutionaliserede behandlingsformer normalt også er billigere.

Endvidere må etableringen af konsulentordninger forventes først over nogle år at kunne medføre mærkbare ændringer i opgavefordelingen, idet den alment praktiserende læge skal opbygge en egen viden og kunnen. Økonomiske alternativberegninger på dette område vil således alene kunne anvendes ved en stillingtagen til, hvorledes konsulentordningen (enheden) nærmere skal organiseres.

Tilsvarende synspunkter vil gælde for så vidt angår den nærmere tilrettelæggelse af det psykiatriske sygehusvæsens samarbejde med primærkommunernes social- og sundhedsforvaltninger og de under bistandsloven hørende plejehjem. Finansieringsproblemerne vedr. anvendelsen af plejehjem hørende henholdsvis under sygehusvæsenet og socialvæsenet (bistandsloven) er nærmere omtalt i kapitel VIII.

Ovenfor er kort diskuteret anvendelsen af økonomiske alternativberegninger i planlægningsprocessen. Det må naturligvis samtidig være sådan, at der for samtlige planforslag foretages en opgørelse af de afledte amtskommunale drifts- og anlægsudgifter. Udvalget har ikke fundet det rigtigt at foretage en særlig skema-binding af, hvilke økonomiske oplysninger der bør indgå i planen. De særlige omstændigheder i forbindelse med den første, hurtige, planlægningsrunde for den psykiatriske funktion gør det således umuligt at opstille helt bestemte og konkrete krav til opgørelsen af ressourceforbrug, som vil kunne anvendes i alle landets sygehuskommuner. Men efter den første planlægningsrunde vil planlægningen af det psykiatriske sygehusvæsen blive en integreret del af den almindelige sygehusplanlægning og må således også være omfattet af de hertil hørende ressourcekemaer.

Ved udarbejdelsen af de økonomiske konsekvensberegninger må anvendes de principper herfor som anvendes ved sygehuskommunens tværgående økonomiske planlægning (flerårsbudgetteringen). Af hensyn til de centrale sundhedsmyndigheders behandling af planerne skal det understreges, at det klart må angives hvilket pris- og lønniveau, der er anvendt. Det grundlag, som beregningerne foretages på, vil naturligvis afhænge af, hvor konkrete og detaljerede de enkelte planforslag er. Ved opgø-

reisen af de afledte udgifter kan det være nødvendigt i visse tilfælde at anvende normtal (udgift pr. seng/sengedag og lign.). Til brug herfor skal kort nævnes, hvad den i kapitel VI, A., afsnit 4.4. omtalte 60-sengsmodel skønnes at ville koste. Anlægsudgifterne kan således skønnes til ca. 19 mill. kr., mens de årlige driftsudgifter skønnes at blive 12-13 mill. kr., svarende til en driftsudgift pr. sengedag (incl. dagpatientdage samt ved en udnyttelsesgrad på 85%) på 515-560 kr.*). I *bilag K* findes en detaljeret oversigt over beregningen af løn-

*) De skønnede drifts- og anlægsudgifter omfatter modellens 60 senge og 15 dagpatientpladser, men er excl. evt. tilhørende plejehjem. Der er anvendt 1976/77 prisniveau.

Anlægsskønnet omfatter udgifterne til grundmodning, bygningsarbejder samt fast og løst inventar. Derudover kan komme udgifter til arealerhvervelse, varmemforsyning, køkken- og vaskeriforsyning samt lægeboliger. Skønnet er udarbejdet af arkitektfirmaet Boeck-Hansen og Stærmosen til brug for Fyns amtskommune.

Driftsskønnet omfatter såvel lønudgifter som udgifter til vareforbrug, fremmede tjenesteydelser m.v., men excl. forrentning og afskrivning. I lønudgiften indgår såvel lønninger til personale ved sygeafdelingerne som ved hjælpeafdelinger (køkken, rengøring, administration m.v.). Den specificerede lønudgiftsberegning fremgår af bilag K og er foretaget af udvalget med bistand fra amtsrådsforeningen.

udgiften for 60-sengsmodellen. Men det må generelt anbefales, at der anvendes et betydeligt mere detaljeret beregningsgrundlag. Såfremt visse aktiviteter tænkes videreført med nogenlunde uændret organisation og opgaver (formål), vil de afledte driftsudgifter med fordel kunne beregnes ved normale driftsfremskrivninger (med pris/mængde-faktorer). Hvis det derimod drejer sig om helt nye aktiviteter eller væsentlige ændringer i de tidligere, må der foretages en konkret vurdering af de enkelte opgavers omfang og det hermed forbundne personaleforbrug som grundlag for beregningen af de afledte driftsudgifter. Det må i den forbindelse fremhæves, at de vejledende retningslinier lægger op til en øget vægt på udadgående aktiviteter til den primære sundhedstjeneste og den sociale sektor, på samarbejdet med det somatiske sygehusvæsen og på anvendelse af mindre institutionaliserede behandlingsformer. En psykiatrisk institution kan således f.eks. udmærket tænkes at få et væsentligt forøget aktivitetsniveau (i form af bl.a. flere ambulante konsultationer, tilsyn på somatiske afdelinger samt konsulentbistand) uden at have behov for større bygningsmæssige ændringer, og driftsudgifternes beregning må da nødvendigvis bygge på en detaljeret vurdering af personalebehovet.

Kapitel X.

Pensions- og indtægtsinddragelsesregler m.v. for patienter indlagt på psykiatriske institutioner under sygehusvæsenet.

1. Indledning.

Det er ikke forudsat i kommissoriet, at udvalget skal beskæftige sig med spørgsmål vedr. pensions- og indtægtsinddragelsesregler m.v. for patienter indlagt på psykiatriske institutioner. Disse spørgsmål er heller ikke berørt i de vejledende retningslinier for planlægning af psykiatrisk sygehusvæsen. Indenrigsministeriet har imidlertid tilkendegivet, at man ville finde det ønskeligt, at dette regelsæt bliver undergivet en vurdering i udvalget.

Baggrunden for, at udvalget beskæftiger sig med disse spørgsmål, er i øvrigt, at der i bemærkningerne til lovforslaget om statshospitalernes overførelse til amtskommunerne er givet udtryk for, at de psykiatriske hospitaler og dertil hørende plejehjem også på dette punkt burde sidestilles med somatiske sygehuse. Det var forudsat, at sidestillingen evt. kunne ske derved, at der blev gennemført et fælles regelsæt om pensions- og indtægtsinddragelse for psykiatriske og somatiske sygehuse.

Et sådant fælles regelsæt er imidlertid ikke blevet gennemført. Det er i flere sammenhænge tilkendegivet, at gennemførelse af ensartede regler om pensions- og indtægtsinddragelse for psykiatriske og somatiske sygehuse måtte afvente psykiatriudvalgets overvejelser om det psykiatriske sygehusvæsens fremtidige funktioner.

Hertil kommer, at udvalget må lægge vægt på, at overførelseslovens intentioner om at skabe ligestilling mellem psykiatriske og somatiske patienter, også med hensyn til de økonomiske vilkår for behandling på sygehus, bliver gennemført i videst muligt omfang.

Nedenfor i afsnit 2. gives en kort fremstilling af de gældende regler på dette område. I afsnit 3. redegøres der for baggrunden for

de ændringer i disse regler, der blev gennemført i forbindelse med statshospitalernes overførelse til amtskommunerne den 1. april 1976. I afsnit 4. er der redegjort for udvalgets vurdering af mulighederne for at gennemføre et fælles regelsæt på dette område for somatiske og psykiatriske institutioner. I afsnit 5. redegøres for udvalgets vurdering af og forslag til ændringer i det gældende regelsæt for psykiatriske institutioner. Udvalgets synspunkter er sammenfattet i afsnit 5.6. Endelig omtales i afsnit 6. forskellige spørgsmål vedr. inddragelse af børnetilskud, når børn indlægges på sygehus.

2. Regler om pensions- og indtægtsinddragelse samt om udbetaling af lommepege.

Reglerne om inddragelse af pensioner, dvs. folkepension, invalidepension og enkepension, af andre indtægter end disse pensioner samt om udbetaling af lommepege er forskellige for henholdsvis plejehjem under bistandsloven, somatiske sygehuse, psykiatriske institutioner samt særforsorgsinstitutioner.

I det følgende forstås ved »pension« folkepension/invalidepension/enkepension, medens der ved »(egne) indtægter« forstås andre indtægter end folke-, invalide- og enkepension.

Pr. 1. april 1976, samtidig med statshospitaleraes overførelse til amtskommunerne, blev der for så vidt angår somatiske sygehuse indført regler om pensionsinddragelse for visse patientgrupper. For så vidt angår psykiatriske institutioner blev der gennemført ændringer i de hidtil gældende regler vedr. indtægtsinddragelse. Der er nærmere redegjort for disse ændringer og baggrunden

herfor nedenfor i afsnit 3. For oversigtens skyld omtales såvel de tidligere gældende som de nugældende regler samlet nedenfor.

For så vidt angår plejehjem under bistandsloven (tidligere omsorgsloven) er der ikke sket ændringer pr. 1. april 1976 bortset fra, at lovhjemlen nu findes i bistandsloven.

Reglerne for særfororgsinstitutioner er også uændrede, men de omtales i øvrigt ikke nærmere.

Som *bilag L* er optaget en skematisk oversigt over pensions- og indtægtsinddragelsesreglerne og de pågældende lovbestemmelser.

2.1. Plejehjem under bistandsloven.

a. Pensionsinddragelse.

Med virkning fra udgangen af den måned, der følger efter indlæggelsesmåneden indtages pensionen, idet der dog af denne udbetales et beløb til personlige fornødenheder (lommepenge), jfr. nedenfor under pkt. c.

Reglen modificeres dog således: Er der rimelig udsigt til, at den pågældende vil kunne udskrives inden ca. 3 måneder efter optagelsen, kan betalingen (pensionsinddragelsen) nedsættes, således at den pågældende yderligere beholder et beløb til dækning af udgifter til husleje o.lign. - Bestemmelsen, der findes i bistandslovens § 85, stk. 1, omtales i det følgende som bistandslovens dispensationsregel.

b. Indtægt sinddragelse.

Med virkning fra udgangen af den måned, der følger efter indlæggelsesmåneden, indtages 60% af egne indtægter. Den samlede betaling kan dog ikke overstige udgiften ved opholdet, beregnet efter det senest afsluttede regnskab for hjemmet. Den samlede betaling må endvidere ikke overstige det maksimum, der af socialministeren fastsættes som grænse for en kommunes adgang til statsrefusion af driftsudgifter for plejehjem (for 1977 109.100 kr. pr. plads i hovedstadsområdet og 90.900 kr. pr. plads i resten af landet).

Der gælder på tilsvarende måde som vedr. pensionsinddragelse følgende *modifi-*

kation af hovedreglen: Er der rimelig udsigt til, at den pågældende vil kunne udskrives inden ca. 3 måneder efter optagelsen, kan betalingen (indtægtsinddragelsen) nedsættes, således at den pågældende (yderligere) beholder et beløb til dækning af udgifter til husleje o.lign.

Indtægtsinddragelse er yderligere begrænset således:

Har den, der er optaget i et plejehjem, forsørgelsespligt over for en ægtefælle, der ikke er optaget i et hjem, eller over for børn, beregnes betalingen af indtægten (indtægtsinddragelsen) ud over pensionen først, efter at der er afsat et rimeligt beløb til opfyldelse af forsørgelsespligten, således at ægtefælless og børnenes levevilkår ikke forringes på grund af den pågældendes optagelse i plejehjemmet.

Der er hjemmel til at foretage indtægtsinddragelse i indtægter hos den ægtefælle, der ikke er optaget i plejehjemmet: Har den ægtefælle, der ikke er optaget i plejehjemmet, indtægter, kan det sociale udvalg kræve betaling i overensstemmelse med bestemmelserne vedr. forsørgelsespligt i lov om offentlig forsorg, nu bistandsloven.

Endvidere gælder, at der ved opgørelsen af indtægten for en beboer i et plejehjem bortses fra mindre indtægter ved pågældendes personlige arbejde under opholdet i hjemmet. Reglen er således, at der bortses fra beløb, der ikke overstiger det dobbelte af beløbet til personlige fornødenheder (jfr. pkt. c).

De inddragne indtægter tilfalder vedkommende plejehjem (kommunen).

c. Lommepenge.

Når *pensionsinddragelsen* påbegyndes (fra udgangen af den måned, der følger efter indlæggelsesmåneden), bliver der udtaget et beløb af pensionen til personlige fornødenheder (lommepenge). Beløbet er direkte fastsat i loven. Det pristalsreguleres efter de regler, der gælder for regulering af pensionen. Beløbet udgjorde pr. 1. april 1977 3.144 kr. årligt.

For pensionister under 60 år ydes et tillæg svarende til 20% af dette beløb, dvs. pr. 1. april 1977 i alt 3.768 kr. årligt. Når forholdene i de enkelte tilfælde taler derfor, kan der ydes en pensionist under 60 år et beløb

på 8.364 kr. (pr. 1. april 1977) til personlige fornødenheder.

For *ikke-pensionister*, der får inddraget egne *indtægter*, fastsættes indtægtsinddragelsen således, at pågældende bevarer samme beløb til lommepenge som en pensionist i samme alder.

2.2. Somatiske sygehuse.

Reglerne om somatiske sygehuse finder anvendelse på de institutioner, der er omfattet af sygehusloven, bortset fra de institutioner, der er nævnt nedenfor under 2.3. Det vil bl.a. sige, at reglerne om somatiske sygehuse også gælder for nervesanatorierne samt for de psykiatriske afdelinger, der også før 1. april 1976 var amtskommunale.

a. Pensionsinddragelse.

Før 1. april 1976 var der ikke regler om inddragelse af pension for patienter indlagt på somatiske sygehuse.

Pr. 1. april 1976 er som noget nyt gennemført den regel, at de sociale pensioner inddrages, dvs. udbetales med et beløb til personlige fornødenheder (lommepenge), såfremt det sociale udvalg, når pensionisten er indlagt på somatisk sygehus, træffer bestemmelse om optagelse på plejehjem under bistandsloven. Inddragelsen sker fra udgangen af måneden efter den måned, hvor det sociale udvalg har truffet beslutning om optagelse på plejehjem (plejhjemsindstillingskriteriet).

b. *Indtægtsinddragelse* finder fortsat ikke sted på somatiske sygehuse.

c. Lommepenge.

For pensionister, der er indlagt på somatiske sygehuse m.v., og som får inddraget deres pension, udbetales lommepenge efter reglerne i bistandsloven for pensionister på plejehjem, jfr. ovenfor.

Med virkning fra 1. marts 1977 er gennemført en regel, hvorefter der til enlige pensionister, udover lommepengebeløbet,

udbetales et beløb til dækning af udgifter til husleje og lignende. Bestemmelsen svarer i princippet til ovennævnte dispensationsregel (bistandslovens § 85, stk. 1).

2.3. Psykiatriske institutioner.

Det drejer sig om de af overførelseslovens § 2, stk. 1, omfattede institutioner og tilsvarende institutioner, dvs. følgende institutioner:

- de tidligere statshospitaler og de hertil hørende plejehjem,
- de pr. 1. april 1976 under opførelse værende statshospitaler i Odense og Hillerød,
- de på samme tidspunkt eksisterende statslige psykiatriske afdelinger på sygehusene i Rønne, Odense, Thisted og Hjørring,
- Københavns kommunes psykiatriske institutioner, herunder de psykiatriske afdelinger på Kommunehospitalet og Bispebjerg hospital,
- Kolonien Filadelfias afdeling for sindslidende (»tilsvarende institution«).

a. Pensionsinddragelse.

Efter udløbet af 6 måneder udover indlæggelsesmåneden inddrages pensionen. Ved fornyet ophold inddrages pensionen, når den samlede opholdstid udover indlæggelsesmåneden er 6 måneder regnet fra 1½ år forud for indlæggelsen.

Der er ikke sket ændringer i disse regler i forbindelse med statshospitalernes overførelse til amtskommunerne pr. 1. april 1976.

Der udbetales ikke lommepenge i pensionens sted, jfr. nedenfor under c.

b. Indtægtsinddragelse.

Før 1. april 1976.

Efter udløbet af den 6. måned efter indlæggelsesmåneden inddroges for personer, der var fyldt 60 år, 60% af egne indtægter. Indbetalingen (indtægtsinddragelsen) kunne dog ikke overstige 5.400 kr. årligt, svarende til 15 kr. pr. dag, hvilket var væsentligt mindre end maksimumsbeløbet for plejehjem under omsorgsloven (bistandsloven).

Ved gentagne indlæggelser anvendtes bestemmelsen først, når den samlede opholdstid udover indlæggelsesmånederne udgjorde 6 måneder regnet fra 1. år forud for indlæggelsen.

De inddragne indtægter tilfaldt vedkommende institution.

Efter 1. april 1976.

Har en patient været indlagt i 9 måneder, kontinuert eller sammenlagt i løbet af det sidste 1½ år, inddrages 60% af indtægterne efter samme regler som for beboerne på plejehjem under bilstandsloven. At bilstandslovens inddragelsesregler for plejehjem finder anvendelse indebærer først og fremmest, at der ikke mere gælder et særligt lavt maksimum for, hvor meget der årligt kan kræves indbetalt.

Indtægtsinddragelse er ikke mere begrænset til personer, der er fyldt 60 år.

Dispensationsreglen for bilstandslovens plejehjem gælder ikke for psykiatriske institutioner.

c. Lommepege.

Reglerne om lommepegeudbetaling er stort set uændrede. Der udbetales således stadig efter behov: Såfremt et skøn over patientens behov og helbredstilstand taler herfor, kan der af den psykiatriske institution udbetales et beløb til personlige fornødenheder (tidligere småfornødenheder).

Størrelsen af det til hver patient udbetalte beløb må ikke overstige det maksimumbeløb, der til enhver tid er fastsat for beboere på plejehjem under bilstandsloven.

2.4. Særforsorgsinstitutioner.

Reglerne om *pensionsinddragelse* og *indtægtsinddragelse* er stort set identiske med de regler, der gjaldt for psykiatriske institutioner før 1. april 1976.

3. Baggrunden for de pr. 1. april 1976 gennemførte ændringer i reglerne om pensions- og indtægtsinddragelse.

3.1. Overførelseslovens § 9, stk. 1.

Ved § 9, stk. 1, i lov om statshospitalernes overførelse til amtskommunerne ophævedes i bilstandslovens § 115 ordene »samt sindslidende«. Endvidere ophævedes bilstandslovens § 121 og § 122, der omhandlede behandling og pleje af sindslidende.

I bemærkningerne til § 9, stk. 1, i lovforslaget hed det: »Med den foreslåede ændrede opgavefordeling på det psykiatriske hospitalssområde og efter vedtagelsen af lov nr. 333 af 19. juni 1974 om social bistand, hvo-refter sociale problemer af overvejende bolig-mæssig, erhvervsmæssig og tilpasnings-mæssig art for patienter, hvis lidelser ikke kræver ophold og behandling på et psyki-atrisk hospital eller plejehjem, er omfattet af bilstandslovens almindelige regler, her- under om revalidering, plejehjem og beskyt- tede boliger m.v., er grundlaget for opret- holdelse af en særlig forsorg for sindslid- ende som særforsorg bortfaldet«.

Endvidere hed det:

»Ophævelsen af bilstandslovens § 122 medfører, at den hidtidige hjemmel for in- denrigsministeren til at fastsætte særlige regler om betaling (inddragelse af egne ind- tægter) for patienter over 60 år ved indlæ- ggelse på institutioner for sindslidende bort- falder. Den foreslåede bestemmelse inde- bærer tillige en ophævelse af bestemmel- serne i de sociale pensionslove om inddra- gelse af pension ved indlæggelse på disse institutioner, idet disse bestemmelser hen- viser til forsorgslovens § 70, nu lov om so- cial bistand § 122. Formålet med den fore- slåede bestemmelse er også på dette punkt at sidestille psykiatriske hospitaler og dertil hørende plejehjem med somatiske sygehuse, idet der ikke finder indtægtsafgivelse sted ved indlæggelse på almindelige syge- huse. Også på dette punkt vil de psykiatri- ske plejehjem, der overføres til amtskom- munerne (samt de psykiatriske plejehjem under Københavns hospitalsvæsen), såle- des adskille sig fra de plejehjem, der er om- handlet i bilstandslovens kapitel 16, bl.a. med den virkning, at bestemmelserne i bi- standslovens § 84 om inddragelse af sociale

pensioner og egne indtægter ved indlæggelse på kommunale plejehjem, ikke finder anvendelse ved indlæggelse på de pågældende psykiatriske plejehjem.

Indenrigsministeriet har sammen med socialministeriet og de kommunale organisationer taget op til overvejelse, om det måtte være rimeligt og ønskeligt, at der ved ændringer af de sociale pensionslove og af sygehusloven søges tilvejebragt hjemmel for fastsættelse af særlige betalingstakster, evt. i form af pensionsinddragelse, i forbindelse med meget langvarige sygehusindlæggelser. Det er hensigten, at eventuelle fællesregler skal kunne træde i kraft pr. 1. april 1976.«

3.2. Overvejelser om nye regler fælles for somatiske og psykiatriske sygehuse.

Indenrigsministeriet nedsatte den 4. februar 1975 en arbejdsgruppe, der skulle redegøre for de økonomiske, administrative og lægelige konsekvenser af følgende to muligheder:

1. At der ikke til erstatning af de hidtidige regler (der bortfaldt med ophævelsen af bistandslovens § 122), indføres regler om pensionsinddragelse m.v. hverken specielt for psykiatriske patienter eller fælles for psykiatriske hospitaler og somatiske sygehuse.

2. At der til erstatning for de gældende regler ved overførelsen af statshospitalerne indføres et regelsæt fælles for indlæggelse på psykiatriske hospitaler og almindelige sygehuse, herunder rekonvalescenthjem. Arbejdsgruppen kunne i denne forbindelse vælge at bruge de før 1. april 1976 gældende regler (evt. ajourført af hensyntagen til udviklingen) som fælles regelsæt eller at udarbejde nye fællesregler.

Arbejdsgruppen skønnede, at en løsning svarende til alternativ 1 ville betyde en merudgift for staten på ca. 122 mill. kr. Arbejdsgruppen fandt derfor en sådan løsning urealistisk, hvorfor den koncentrerede sit arbejde om kommissoriets 2. del.

Arbejdsgruppen fandt, at der ville være betydelige vanskeligheder forbundet med at indføre et fælles regelsæt, navnlig fordi der på de psykiatriske sygehuse mere permanent huses et betydeligt antal plejepatienter, som det kunne være vanskeligt eller

uhensigtsmæssigt at afgrænse i forhold til de ikke-plejepatienter, hvis behandling kræver langvarig sygehusindlæggelse.

Arbejdsgruppen afsluttede sit arbejde med en redegørelse i juni 1975 og resume-rede selv sine forslag således:

»a. Arbejdsgruppen foreslår - hvis et fælles regelsæt for de psykiatriske sygehuse/plejehjem og de almindelige somatiske sygehuse ønskes gennemført - at der indtages pension m.v., efter at patienten er indstillet til plejhjemsanbringelse.

Gruppen finder endvidere - hvis inddragelse efter en vis liggetid ønskes bibeholdt - at en 9 måneders grænse må foretrækkes frem for en 6 måneders frist.

Sluttelig foreslår gruppen aldersgrænsen ophævet for indtægtsinddragelser.

b. Umiddelbart foreslår man som den mest hensigtsmæssige løsning, at der gældende for de nærmeste år indføres et plejhjemsindstillingskriterium inden for det somatiske sygehusområde og udelukkende en tidsfrist på 9 måneder for de psykiatriske patienters vedkommende. Aldersgrænsen for indtægtsinddragelse foreslås ophævet generelt.

Arbejdsgruppen er bekendt med, at indenrigsministeriet har nedsat et udvalg med den opgave at udarbejde et planlægningsgrundlag for den psykiatriske funktion. Det pågældende udvalg skal bl.a. behandle spørgsmålet om den psykiatriske plejhjemsfunktions forhold til det almindelige sygehusvæsen og til den sociale sektor (almindelige plejehjem m.v.).

Gruppen anbefaler, at man afventer det ovennævnte psykiatriudvalgs betænkning, før et fælles regelsæt vedr. pensionsinddragelse m.v. for de psykiatriske sygehuse/plejehjem og de almindelige somatiske sygehuse indføres.«

3.3. Gennemførelse af pensionsinddragelsesregler for plejepatienter på somatiske sygehuse.

Socialministeriet kunne ikke tilslutte sig, at den hidtil gældende 6 måneders regel for inddragelse af *pensioner for pensionister indlagt på psykiatriske institutioner* blev forlænget til 9 måneder; 6 måneders reglen blev derfor opretholdt, i folkepensionslovens § 26 for folkepensionister, i invalide-

pensionslovens § 31 for invalidepensionister og i enkepensionslovens § 10 for personer, der modtager enkepension (love nr. henholdsvis 157, 158 og 159 af 31. marts 1976). Den hidtidige afgrænsning af »psykiatriske institutioner«, jfr. afsnit 2.3. ovenfor, i relation til de særlige regler om pensionsinddragelse blev opretholdt.

Ved de samme love blev gennemført arbejdsgruppens forslag om, at *pensioner for pensionister indlagt på somatisk sygehus inddrages - med undtagelse af beløb til lommepenge - fra udgangen af måneden efter den måned, hvor det sociale udvalg har truffet bestemmelse om, at den pågældende skal optages på plejehjem.*

3.4. Ændring af reglerne om indtægtsinddragelse for patienter på psykiatriske institutioner.

Indenrigsministeriet fulgte for så vidt angår inddragelse af indtægter for *patienter indlagt på psykiatriske institutioner* arbejdsgruppens forslag om, at den hidtidige 6 måneders regel skulle forlænges til 9 måneder, samt at den hidtidige aldersgrænse på 60 år skulle ophæves.

Indenrigsministeriet fulgte derimod ikke arbejdsgruppens forslag om, at der for patienter på somatiske sygehuse skulle indføres regler om indtægtsinddragelse efter et plejehjemsindstillingskriterium.

Hjemlen for inddragelse af egne indtægter for patienter indlagt på psykiatriske institutioner findes nu i sygehuslovens § 5 a, jfr. lov nr. 156 af 31. marts 1976 om ændring af lov om sygehusvæsenet. Ved denne lovændring blev *ikke* opretholdt den hidtidige (lave) maksimumsgrænse (5.400 kr. om året) for inddragelse af egne indtægter, idet reglerne for plejehjem under bistandsloven finder anvendelse. De hidtidige regler om udbetaling af lommepenge blev opretholdt ved sygehuslovens § 5a.

Den hidtidige afgrænsning af »psykiatriske institutioner«, jfr. afsnit 2.3. ovenfor, i relation til reglerne om indtægtsinddragelse (og pensionsinddragelse) og om udbetaling af lommepenge blev opretholdt.

3.5. Virkningen af de ændrede regler om indtægtsinddragelse.

Udvalget er bekendt med, at indenrigsministeriet i november 1976 har foretaget et rundspørge til samtlige sygehuskommuner med henblik på at få oplyst, hvorledes administrationen af de nye regler om indtægtsinddragelse i sygehuslovens § 5a er forløbet. Ministeriet lagde særlig vægt på at få oplyst, om de nye regler i forhold til det hidtidige regelsæt havde lempet forholdene for de psykiatriske patienter, som det var tilsigtet, eller om det modsatte havde været tilfældet, eller om reglerne ikke havde haft nogen virkning i så henseende.

Besvareelserne synes at tyde på, at forlængelse af 6 måneders reglen til en 9 måneders regel ikke reelt har medført forandringer i den patientkreds, der er omfattet af reglerne. Derimod har ophævelsen af 60 års grænsen øget denne kreds, ligesom ophævelsen af den tidligere maksimumsgrænse har bevirket en skærpelse.

4. Vurdering af mulighederne for at gennemføre fælles regelsæt om pensions- og indtægtsinddragelse for psykiatriske og somatiske institutioner.

4.1. Indledning.

I de vejledende retningslinier for planlægning af psykiatrisk sygehusvæser er det anført, at plejehjemsfunktionen vedr. visse grupper af psykiatriske plejepatienter fortsat skal høre under sygehusvæsenet, medens plejehjemsfunktionen vedr. andre grupper af psykiatriske plejepatienter fortsat skal høre under socialvæsenet. På det somatiske område hører samtlige plejehjemsfunktioner under socialvæsenet.

Den omstændighed, at visse psykiatriske plejehjemsopgaver hører under sygehusvæsenet, er ikke i sig selv til hinder for, at pensions- og indtægtsinddragelsesreglerne på det psykiatriske område ligesom på det somatiske baseres på en sontring mellem sygehuse og plejehjem.

Udvalget har overvejet mulighederne for på dette område at sidestille de psykiatriske sygehuse med de somatiske sygehuse og de psykiatriske plejehjem under sygehusvæsenet med plejehjem under bistandsloven.

For de psykiatriske sygehuse ville det medføre, at pensionsinddragelse skulle foretages efter et plejehjemsindstillingskriterium, medens der ikke i noget tilfælde skulle foretages inddragelse af egne indtægter, eller med andre ord: Ophævelse af de gældende indtægtsinddragelsesregler for patienter indlagt på psykiatriske sygehuse og ændring af det gældende varighedskriterium for pensionsinddragelse til et plejehjemsindstillingskriterium.

For de psykiatriske plejehjem under sygehusvæsenet ville sidestillingen med plejehjem under bistandsloven indebære, at de gældende varighedskriterier for pensions- og indtægtsinddragelse - henholdsvis 6 og 9 måneder - skulle erstattes med regler, hvorefter pensions- og indtægtsinddragelsen foretages fra udgangen af den måned, der følger efter indlæggelses/optagelsesmåneden.

Udvalget har lagt til grund, at der ikke bliver tale om at ændre de gældende regler om pensions- og indtægtsinddragelse for somatiske patienter, hvorfor vurderingen af konsekvenserne af indførelse af fælles regelsæt for de respektive kategorier af somatiske og psykiatriske institutioner er sket på grundlag af de gældende regler for somatiske patienter (på henholdsvis sygehuse og plejehjem).

En afgørende forudsætning for, at pensions- og indtægtsinddragelsesreglerne på det psykiatriske område ligesom på det somatiske område kan baseres på en sondring mellem sygehuse og plejehjem, må være, at der på det psykiatriske område - ligesom på det somatiske område - kan foretages en forholdsvis skarp afgrænsning mellem sygehuse og plejehjem, både funktionelt og på det institutionelle plan.

Denne forudsætning kan imidlertid ikke opfyldes i øjeblikket og heller ikke i den nærmeste fremtid. For det første, fordi et betydeligt antal plejepatienter til stadighed opholder sig på de psykiatriske sygehuse, som således rent faktisk ved siden af den egentlige sygehusfunktion varetager en plejehjemsfunktion. For det andet, fordi det nogle steder også på det rent institutionelle plan er vanskeligt at foretage en sondring mellem psykiatriske sygehuse og psykiatriske plejehjem.

Disse spørgsmål belyses nærmere i det følgende.

4.2. Antallet af plejepatienter på de psykiatriske sygehuse.

Til belysning af dette spørgsmål kan nævnes forholdene på de tidligere statshospitaler (excl. dertil hørende plejehjem). Der er betydelige forskelle mellem de enkelte statshospitaler på dette område, men man regner med, at det for statshospitalerne som helhed gælder, at henvend 25% af pladserne er belagt med patienter, der enten ville kunne være på et psykiatrisk plejehjem under de tidligere statshospitaler eller på et plejehjem under bistandsloven. Som et konkret eksempel kan nævnes, at det fremgår af den i kapitel VIII omtalte undersøgelse af det psykiatriske islæt i plejehjemspopulationen i Århus og Ringkøbing amter, jfr. bilag G, at 237, svarende til mellem 25% og 30%, af de patienter, der den 10. marts 1976 opholdt sig på statshospitalet ved Århus, lige så godt kunne have været anbragt på plejehjem.

Pr. april 1976 var der ca. 5000 pladser på de tidligere statshospitaler, hvoraf ca. 25% svarende til ca. 1250 pladser som nævnt var belagt med plejepatienter, og ca. 1750 pladser på plejehjemmene under de tidligere statshospitaler; i alt ca. 6.750 pladser på statshospitaler og plejehjem.

Af det samlede antal pladser på ca. 6.750 var således ca. 3000 belagt med plejepatienter. Af disse befandt sig godt 41% (ca. 1250) på de tidligere statshospitaler, medens **knapp** 59% (ca. 1750) befandt sig på plejehjem knyttet til de tidligere statshospitaler.

Plejepatienterne på de tidligere statshospitaler har i mange tilfælde opholdt sig dér i årevis, og på grund af mangel på plejehjemspladser til denne patientgruppe er det ikke realistisk at forvente dem overflyttet til plejehjem (under bistandsloven eller under det psykiatriske sygehusvæsen), uanset indstilling herom.

For så vidt angår Københavns kommunes psykiatriske institutioner foreligger der **ikke** tilsvarende skøn over, hvor mange af de indlagte patienter, der må betragtes som plejepatienter. Til belysning af spørgsmålet kan nævnes, at der pr. april 1975 var i alt 3.454 pladser på Københavns kommunes psykiatriske institutioner (excl. de psykiatriske afdelinger ved de somatiske sygehuse), heraf 1282 på Set. Hans hospitals almen

psykiatriske afdelinger og 2172 på psykiatriske plejehospitaler, - hjem og -afdelinger. Med hensyn til spørgsmålet om antallet af »plejepatienter« på Set. Hans hospitals almen psykiatriske afdelinger henvises til bilag H.6.

På de somatiske sygehuse er det kun nogle ganske få % af pladserne, der er belagt med plejepatienter, hvortil kommer at den enkelte plejepatient kan påregnes overflyttet til plejhjem i løbet af relativ kort tid (max. ½-1 år).

Det fremgår af foranstående, at antallet af plejepatienter, der til stadighed opholder sig på de tidligere statshospitaler, er så stort, både absolut og i sammenligning med antallet af plejepatienter på de psykiatriske plejhjem knyttet til de tidligere statshospitaler, at det af mange grunde vil være uholdbart at give plejepatienterne på de tidligere statshospitaler en anden retsstilling i relation til spørgsmålet om inddragelse af pension og egne indtægter end den, der gælder for plejepatienter på de psykiatriske plejhjem. Også for så vidt angår Københavns kommunes psykiatriske institutioner vil det være uholdbart at sondre mellem forskellige institutionstyper i relation til spørgsmålet om pensions- og indtægtsinddragelse, jfr. nedenfor om sondringen mellem sygehuse og plejhjem på det psykiatriske område.

Anvendelse af de gældende regelsæt for henholdsvis somatiske sygehuse og plejhjem under bistandsloven på henholdsvis psykiatriske sygehuse og psykiatriske plejhjem under sygehusvæsenet ville medføre, at plejepatienterne på de psykiatriske sygehuse ikke i noget tilfælde kom til at afgive egne indtægter, medens plejepatienterne på de psykiatriske plejhjem skulle afgive egne indtægter.

Endvidere må nævnes, at selve den omstændighed at plejepatienterne på de psykiatriske sygehuse i mange tilfælde ikke kan forventes overflyttet til plejhjem uanset indstilling herom gør det vanskeligt at anvende et plejhjemsindstillingskriterium som grundlag for pensionsinddragelse. Dette problem ville dog evt. kunne løses derved, at plejhjemsindstillingskriteriet for så vidt angår de psykiatriske sygehuse blev suppleret/erstattet af et kriterium, hvorefter der blev lagt vægt på, om patienten skønne-

des egnet til tilbagevenden til eget hjem eller ej.

4.3. Sondring mellem sygehuse og plejhjem inden for det psykiatriske sygehusvæsen.

For så vidt angår de overførte institutioner, dvs. de hospitaler og plejhjem, der indtil 1. april 1976 hørte under direktoratet for statshospitalsvæsenet, kan man gå ud fra, at betegnelsen af de respektive institutioner afspejler en forskellig funktion som henholdsvis sygehus og plejhjem. En undtagelse er måske Ballerup plejhjem, der formentlig i højere grad fungerer som langtids-sygehus end som plejhjem.

For så vidt angår de psykiatriske institutioner, der hører under Københavns kommune, er det derimod blevet anført, at de uanset betegnelse ikke på tilsvarende måde kan opdeles i institutioner, der fortrinsvis varetager plejhjemsfunktioner og institutioner, der fortrinsvis varetager sygehusfunktioner.

Nogle af udvalgets medlemmer har gjort gældende, at det er uheldigt og umuligt inden for gruppen af institutionsanbragte psykiatriske patienter at udskille en særlig plejepatientgruppe og dermed også på det institutionelle plan at sondre mellem sygehuse og plejhjem. Det er herved blevet anført, dels at den overvejende del af de institutionsanbragte psykiatriske patienter til stadighed i større eller mindre grad vil have brug for speciallægelig behandling, dels at en sådan sondring kunne lede tanken hen på ældre tiders uheldige sondring mellem helbredeligt og uhelbredeligt sindssyge. Det er dog langt den overvejende opfattelse i udvalget, at det både er muligt og nødvendigt at sondre mellem psykiatriske sygehuspatienter og psykiatriske plejhjemspatienter, bl.a. baseret på graden af behovet for speciallægelig behandling. En sådan sondring anvendes allerede i vidt omfang, i hvert fald på det område, der tidligere hørte under direktoratet for statshospitalerne.

4.4. Særligt om kroniske patienter.

En ikke helt ubetydelig del af pladserne på de overførte specialsygehuse (excl. plejhjem) samt Københavns kommunes psykiatriske institutioner er belagt med kroniske patienter, dvs. patienter som kræver stadig eller hyppig behandling, og som på grund af adfærdsforstyrrelser hverken kan forventes udskrevet til eget hjem eller overflyttet til plejhjem (under sygehusvæsenet eller bistandsloven). Denne gruppe af patienter udgør skønsmæssigt hen ved 10% af de ind-

lagte patienter på de tidligere statshospitaler (excl. plejehjem).

Det er formentlig ikke urimeligt at denne patientgruppe, der altså rettelig hører hjemme på sygehusene og derfor er sygehuspatienter, i relation til pensions- og indtægtsinddragelse sidestilles med patienter på plejehjem (på grundlag af varighedskriteriet).

4.5. Konklusion vedr. mulighederne for at gennemføre fælles regelsæt.

Det vil være fremgået af det foregående, at der vil være betydelige problemer forbundet med at lade pensions- og indtægtsinddragelsesregler på det psykiatriske område bero på en sondring mellem sygehuse og plejehjem.

Sidestilling af psykiatriske og somatiske sygehuse ville på indtægtsinddragelsesområdet betyde en lempelse for de psykiatriske patienter og navnlig sikre, at der på dette område var ligestilling mellem psykiatriske og somatiske *syge hus patienter*. Til gengæld ville den anførte sidestilling medføre en begunstiggelse af de psykiatriske plejepatienter på sygehusene, som navnlig ville være uheldig i forhold til plejepatienterne på de psykiatriske plejehjem under sygehusvæsenet, men også i relation til - psykiatriske og somatiske - plejepatienter på plejehjem under bistandsloven.

Udvalget mener herefter, at der indtil videre må opretholdes et særligt regelsæt på dette område for de psykiatriske institutioner under sygehusvæsenet. Opretholdelsen af et særligt regelsæt må dog betragtes som en midlertidig løsning.

En mere varig ordning af spørgsmålet om pensions- og indtægtsinddragelse for psykiatriske patienter - herunder evt. ved gennemførelse af et fælles regelsæt for somatiske og psykiatriske sygehuse på den ene side og for psykiatriske plejehjem under sygehusvæsenet og plejehjem under bistandsloven på den anden side - må bero på udviklingen i de kommende år, navnlig med hensyn til i hvilket omfang det lykkes at få udbygget den fornødne plejehjemskapacitet for psykiatriske patienter og dermed få nedbragt antallet af plejepatienter på de tidligere statshospitaler. Endvidere må man

se, hvordan det går med antallet af kroniske sygehuspatienter.

På denne baggrund har udvalget ikke fundet grundlag for at foreslå, at der for tiden gennemføres grundlæggende ændringer i det regelsæt, der gælder for psykiatriske institutioner.

Derimod bør der snarest muligt gennemføres en række forholdsvis mindre ændringer i dette regelsæt, jfr. redegørelsen i det følgende afsnit.

5. Udvalgets forslag til ændringer i det gældende regelsæt om pensions- og indtægtsinddragelse m.v. for psykiatriske patienter.

5.1. Indledning.

Det fremgår af det foregående afsnit, at der efter udvalgets opfattelse indtil videre må opretholdes et særligt regelsæt om pensions- og indtægtsinddragelse for patienter, der er indlagt på psykiatriske institutioner under sygehusvæsenet. Et sådant regelsæt bør være udformet således, at der i videst muligt omfang opnås ligestilling mellem psykiatriske og somatiske patienter også på dette område.

Det fremgår endvidere af det foregående afsnit, at udvalget ikke mener, at der for tiden bør søges gennemført grundlæggende ændringer i det gældende regelsæt om pensions- og indtægtsinddragelse for patienter indlagt på psykiatriske institutioner. Heri ligger først og fremmest, at udvalget ikke mener, at der bør ændres i den gældende ordning, hvorefter der først kan ske pensions- og indtægtsinddragelse, når indlæggelsen har haft en vis varighed. Dette betyder imidlertid *ikke* at udvalget mener, at indlæggelsens varighed alene kan anvendes som kriterium for afgørelsen af, hvorvidt en psykiatrisk patient må betragtes som en plejepatient eller som en sygehuspatient - der eksisterer i det hele taget ikke noget objektivt kriterium for en sådan afgørelse. Det er imidlertid hensigtsmæssigt, at spørgsmålet om pensions- og indtægtsinddragelse først tages op, når indlæggelsen har haft en vis varighed, simpelt hen fordi hovedparten af de henved 40.000 årlige indlæggelser på de

psykiatriske institutioner er kortvarige. I 1975/76 blev således ca. 61% udskrevet efter en liggetid på mindre end 1 måned og knap 95% blev udskrevet efter en liggetid på mindre end 6 måneder. Knap 4% blev udskrevet efter en liggetid på mere end 1 år. Der henvises herved til kapitel V,A, afsnit 8. om patientbevægelsen m.v. på de psykiatriske institutioner.

Den omstændighed, at et varighedskriterium alene ikke er et egnet grundlag til at adskille plejepatienter fra sygehuspatienter, indebærer, at nogle plejepatienter - i sammenligning med plejepatienterne på bistandslovens plejehjem - kommer til at ligge for længe, før der foretages pensions- og indtægtsinddragelse. Denne begunstiggelse af plejepatienterne på de psykiatriske institutioner er dog mere tilsyneladende end reel, dels fordi der uanset indlæggelsens varighed kan foretages pensions- og indtægtsinddragelse for patienter, der overflyttes til en psykiatrisk institution fra et plejehjem, og for hvem der hidtil har været foretaget indtægtsinddragelse og pensionsinddragelse efter de for plejehjem gældende regler, dels fordi selve afgørelsen af, hvorvidt en patient må betragtes som en plejepatient, oftest først vil kunne træffes efter en vis tid. Meget få patienter visiteres til psykiatriske institutioner som »plejepatient«.

Et varighedskriterium kan imidlertid også indebære, at der bliver foretaget pensions- og indtægtsinddragelse for patienter, der uanset langvarig indlæggelse ikke kan side-stilles med plejepatienter. Der er således en relativ stor gruppe af psykiatriske patienter, som nødvendigvis må behandles i længere tid på et sygehus, men som ikke des mindre har gode udsigter til udskrivning respektive helbredelse. Mange psykiatriske patienter gennemlever en flerårig periode, under hvilken de permanent er indlagt eller gennemgår en række indlæggelser, uden at dette indebærer nærliggende udsigt til, at de pågældende bliver kroniske patienter. For en stor del af disse patienter er det af afgørende betydning for deres helbredsmæssige og sociale fremtid, at de bevarer deres hjem og i det hele taget ikke på grund af afgivelse af pension og andre indtægter i forbindelse med indlæggelse mister muligheden for en mere langsigtet planlægning af deres økonomiske og sociale forhold.

Det er imidlertid vanskeligt at vurdere, hvor mange psykiatriske sygehuspatienter af denne kategori, der kommer i klemme som følge af de gældende varighedskriterier for pensions- og indtægtsinddragelse. Vanskelighederne herved skyldes navnlig, at der ikke foreligger oplysninger om, i hvor mange tilfælde varighedskriterierne opfyldes på grund af summationsreglerne, dvs. i hvor mange tilfælde en række gentagne indlæggelser inden for et tidsrum af 1½ år sammenlagt kommer op på henholdsvis 6 og 9 måneder. Så meget kan dog siges, at det er en stor del af pladserne på de psykiatriske sygehuse, der er belagt med patienter af denne kategori. Disse patienter, som altså nødvendigvis må behandles i længere tid på et sygehus enten ved en enkelt langvarig indlæggelse eller ved gentagne indlæggelser i en vis periode, men som ikke des mindre har gode udsigter til at blive udskrevet respektivt helbredt, bør i princippet ikke være stillet anderledes end somatiske sygehuspatienter med hensyn til de økonomiske vilkår for behandling på sygehus.

5.2. Indtægtsinddragelsesreglerne.

Det er især indtægtsinddragelsesreglerne, der har givet anledning til kritik og navnlig efter de ændringer, der blev gennemført i forbindelse med statshospitalernes overførelse til amtskommunerne.

Pr. 1. april 1976 blev som nævnt ovenfor i afsnit 3.4. gennemført følgende ændringer af de hidtil gældende regler for indtægtsinddragelse:

- varighedskriteriet blev forlænget fra 6 til 9 måneder enten kontinuert eller inden for 1 ½ år,
- bestemmelsen om at kun personer, der var 60 år eller derover, skulle afgive egne indtægter blev ophævet, således at indtægtsinddragelsesreglerne nu gælder alle patienter uanset alder,
- den hidtidige lave maksimumsgrænse for det beløb der kunne inddrages - 5.400 kr. årligt svarende til 15 kr. pr. dag - blev ophævet og erstattet af de maksimumsgrænser, som socialministeren i henhold til bistandsloven fastsætter for den samlede betaling for ophold på plejehjem under bistandsloven (for 1977 109.100 kr. årligt i hovedstadsområdet og 90.900 kr. i resten af landet).

Formålet med ændringerne var at lempe forholdene for de psykiatriske patienter, men ændringerne synes ikke at have haft den tilsigtede virkning, tværtimod, jfr. foran afsnit 3.5. om indenrigsministeriets rundspørge til sygehuskommunerne om, hvordan de nye regler har virket.

Efter udvalgets opfattelse er det uholdbart at kræve indtægtsafgivelse af en patient, som har rimelig udsigt til at kunne udskrives, ligesom det er uholdbart straks at kræve indtægtsafgivelse af en patient, for hvem varighedskriteriet er opfyldt allerede ved indlæggelsen på grund af forudgående ophold i psykiatrisk institution inden for V/2 år.

Reglen er uholdbar ikke blot set ud fra et ligestillingsprincip, men også fordi den i nogle tilfælde kan modvirke gennemførelsen af et hensigtsmæssigt behandlingsforløb. Det må påregnes, at patienter vil forlange sig udskrevet, inden behandlingen er afsluttet, alene for at undgå at skulle afgive pension eller egne indtægter, ligesom det må påregnes, at andre patienter af samme grund vil nægte at lade sig genindlægge, selv om det af behandlingsmæssige grunde er indiceret.

Udvalget mener derfor, at sygehuslovens § 5a om indtægtsinddragelse snarest bør *suppleres* med en dispensationsmulighed.

Hvilken varighedsgrænse, der bør vælges, beror på et skøn. Der vil næppe være nogen væsentlig forskel på, om der vælges en 6 måneders eller 9 måneders grænse. Allerede inden 6 måneder vil langt det overvejende antal indlagte atter være udskrevet, og der vil derfor kun i relativt få tilfælde skulle tages stilling til spørgsmålet om dispensation (hel fritagelse for indtægtsinddragelse), der må baseres på en udtalelse fra vedkommende overlæge om, hvorvidt der er rimelig udsigt til, at patienten vil kunne udskrives inden for et tidsrum af omkring 3 måneder. Efter forløbet af de 3 måneder vil der på ny kunne dispenseres.

Udvalget mener ikke, at der bør fastsættes nogen øvre tidsgrænse for dispensationsadgangen.

Udvalget har endvidere overvejet, om indtægtsinddragelsesreglerne *yderligere* burde *suppleres* og *begrænses* med en genindførelse af en aldersgrænse, evt. den tidligere 60 års grænse, således at alle patienter un-

der en vis alder, evt. 60 år, i psykiatriske institutioner på forhånd var fritaget for indtægtsafgivelse.

Det er vanskeligt at begrunde en 60 års grænse eller anden aldersgrænse for den sags skyld. De foreliggende statistikker om liggetider i forskellige aldersklasser giver ikke holdepunkter for at fasttætte netop en 60 års grænse. Gruppen af plejepatienter på de psykiatriske institutioner er imidlertid i høj grad domineret af de ældre og ældste aldersgrupper.

Administrativt ville en genindførelse af en aldersgrænse betyde en meget stor lettelse og formentlig fjerne grundlaget for en stor del af den kritik, der har været af de ændringer i indtægtsinddragelsesreglerne, der blev gennemført den 1. april 1976 samtidig med statshospitalernes overførelse til amtskommunerne.

Når udvalget ikke foreslår en fuldstændig ophævelse af indtægtsinddragelsesreglerne for psykiatriske patienter, hænger det sammen med, at en stor del af patienterne på de psykiatriske institutioner, ikke mindst blandt de ældre, må sidestilles med de plejepatienter, der opholder sig på plejehjem under bistandsloven, og hvor der finder indtægtsafgivelse sted.

Udvalget mener at måtte anbefale, at der genindføres en aldersgrænse. Udvalget mener, at det vil være mest naturligt at fastsætte aldersgrænsen til 67 år. Det vil altså sige, at kun patienter over 67 år, der har ligget en vis tid, og hvor dispensationsreglen ikke bør komme i anvendelse, skal afgive indtægter.

Hvis en aldersgrænse på 67 år indføres, har udvalget ikke noget at indvende imod, at man med hensyn til varighedskriteriet vender tilbage til 6 måneder. Med en aldersgrænse på 67 år - folkepensionsalderen - er det af administrative grunde hensigtsmæssigt, at tidspunkterne for vurdering af en patients udsigter til udskrivning til eget hjem - såvel i relation til spørgsmålet om hjælp efter den sociale lovgivning til betaling af husleje o.lign. når pensionen bortfalder, jfr. nedenfor, som i relation til spørgsmålet om der bør inddrages indtægter - falder sammen. I forbindelse med nedsættelse af varighedskriteriet til 6 måneder bør summationsreglen dog lempes, således at kun ophold inden for 12 måneder tæller med

ved opgørelsen af, hvorvidt varighedskriteriet er opfyldt, jfr. nedenfor om en tilsvarende ændring af summationsreglerne for så vidt angår pensionsinddragelse.

Udvalget mener, at det er rimeligt at lempe summationsreglen ud fra den betragtning, at patienter, der er udskrevet mere end halvdelen af tiden, i hvert fald ikke kan sidestilles med plejehjemspatienter. Også summationsreglerne bør fastsættes således, at de oplagte dispensationstilfælde på forhånd udskilles.

Følges disse forslag, vil indtægtsinddragelsesreglerne i sammenligning med de regler, der gjaldt før 1. april 1976, være *lempet* derved, at varighedskriteriet er gjort dispensabelt, at summationsreglen kun vedrører 12 måneder imod hidtil 18 måneder samt at aldersgrænsen er forhøjet fra 60 til 67 år, men *skærpet* derved at det før 1. april 1976 gældende maksimumsbeløb på 15 kr. pr. dag er bortfaldet.

Med en ordning, hvorefter indtægtsinddragelsesreglerne er gjort dispensable og aldersgrænsen forhøjet, er det ikke urimeligt, at der gælder samme maksimumsgrænser for betalingen for ophold på psykiatriske institutioner som for plejehjem under bistandsloven.

5.3. Pensionsinddragelsesreglerne.

Pr. 1. april 1976 blev der ikke gennemført ændringer i pensionsinddragelsesreglerne for psykiatriske patienter. De regler, der nu gælder, og hvorefter pensionen inddrages efter 6 måneders indlæggelse enten kontinuert eller inden for 1½ år, er altså de samme som de før 1. april 1976 gældende.

De grunde, der er anført ovenfor for at supplere indtægtsinddragelsesreglerne med en dispensationsmulighed, taler for, at også pensionsinddragelsesreglerne bliver suppleret med en dispensationsmulighed.

Udvalget har imidlertid ikke ment at burde foreslå, at der på nuværende tidspunkt gennemføres ændringer i de gældende pensionsinddragelsesregler for psykiatriske patienter, jfr. dog nedenfor om summationsreglen.

Udvalget har herved lagt vægt på, at det af mange grunde er ønskeligt, at der findes

en klar, objektiv, ensartet regel, som de sociale myndigheder praktisk kan administrere.

Endvidere - og navnlig - har udvalget lagt vægt på, at der i tilfælde hvor pensionen bortfalder for tidligt dvs., hvor der er en rimelig udsigt til, at pensionisten kan udskrives til eget hjem, efter *den sociale lovgivning* (bistandsloven og/eller pensionslovene) kan ydes hjælp til betaling af husleje og andre faste udgifter.

I de tilfælde, hvor man må regne med, at pensionen vil bortfalde som følge af 6 måneders reglen, men hvor der er udsigt til, at patienten vil kunne udskrives til eget hjem, må der tages kontakt med vedkommende socialforvaltning med henblik på at få afklaret spørgsmålet om hjælp i god tid forinden pensionen bortfalder.

Udvalget mener dog, at der bør gennemføres den realitetsændring i pensionsinddragelsesreglerne, at summationsreglen lempes således at det tidsrum, inden for hvilket indlæggelser tælles med, nedsættes fra 18 til 12 måneder. Begrundelsen herfor er den samme som anført i forbindelse med indtægtsinddragelsesreglerne.

5.4. Reglerne om udbetaling af lommepenge.

De gældende regler om udbetaling af lommepenge til patienter indlagt på psykiatriske institutioner under sygehusvæsenet, der nu findes i sygehuslovens § 5a, stk. 4, svarer til de før 1. april 1976 gældende regler.

Ifølge sygehuslovens § 5a, stk. 4, udbetaler den psykiatriske institution et beløb til personlige fornødenheder (lommepenge), såfremt et skøn over patientens behov og helbredstilstand taler herfor. Størrelsen af det til hver patient udbetalte beløb kan ikke overstige det beløb til personlige fornødenheder, der kan udbetales efter §§ 84 og 114 i lov om social bistand.

Bestemmelsen i sygehuslovens § 5a, stk. 4, om udbetaling af lommepenge finder også anvendelse i relation til *pensionister*, der under indlæggelse på en psykiatrisk institution må afgive deres pension. En *pensionist*, der som følge af optagelse på *et plejehjem under bistandsloven* må afgive sin pension, har derimod *krav* på et bestemt (minimums) beløb i lommepenge. Tilsva-

rende gælder *pensionister*, der under indlæggelse på et *somatisk sygehus* må afgive deres pension i medfør af »plejhjemsindstillingskriteriet«.

I bistandsloven findes ingen bestemmelse om udbetaling af lommepenge til plejhjemsbeboere, der ikke er pensionister. Lommepenge til plejhjemsbeboere, der hverken er pensionister eller har egne indtægter, jfr. nedenfor, må derfor udbetales efter bistandslovens almindelige regler.

For så vidt angår plejhjemsbeboere, der *ikke er pensionister*, men har egne indtægter gælder en regel om, at indtægtsinddragelsen skal fastsættes således, at pågældende bevarer samme beløb til personlige fornødenheder som en pensionist i samme alder (bistandslovens § 84, stk. 3). Den samme regel gælder ved fastsættelse af indtægtsinddragelse for psykiatriske patienter efter sygehuslovens § 5a, stk. 1.

Efter udvalgets opfattelse bør der foretages den *realitetsændring* i lommepengereglerne for patienter på psykiatriske institutioner, at det fastsættes, at *pensionister*, hvis pension fremtidig bortfalder som følge af indlæggelse i psykiatrisk institution, *skal* have udbetalt lommepenge efter samme regler som for pensionister, der optages i plejhjem (bistandslovens § 84). Dvs., at man for denne gruppe fraviger behovsprincippet for lommepengeydelsen. I praksis ville en sådan regel, når den begrænses til fremtidige indlæggelser, næppe få større økonomiske konsekvenser.

Baggrunden for dette forslag er, at det efter udvalgets opfattelse er rimeligt, at alle patienter hvis pension inddrages som følge af, at de bliver indlagt/optaget på en institution, får lommepenge, og at der ikke her bør skelnes mellem somatiske og psykiatriske patienter. Behovet for lommepenge er meget forskelligt for forskellige patienter, hvad enten de er somatiske eller psykiatriske, og for begge typer vil det i mange tilfælde være hensigtsmæssigt, at der ydes de pågældende bistand med administrationen af lommepengene. Men på dette område er det hverken rimeligt eller praktisk muligt at sætte en principiel grænse mellem somatiske og psykiatriske patienter.

Hertil kommer, at den nuværende ordning, hvorefter pensionister, der har indtægter eller formue, kan miste lommepenge ved ind-

læggelse i psykiatrisk institution, i praksis har vist sig vanskelig at acceptere for patienter og pårørende, specielt naturligtvis i tilfælde, hvor der sker overflytning fra somatisk plejhjem.

Udvalget har ikke taget stilling til, hvorvidt udgifterne til lommepenge til pensionister bør afholdes af sygehuskommunen i medfør af sygehuslovens § 5a, stk. 4, eller om de bør finansieres på samme måde som den tilsvarende lommepengeydelse til pensionister indlagt på plejhjem under bistandsloven. Enkelte medlemmer har tilkendegivet, at lommepenge til pensionister skal afholdes af pensionen i overensstemmelse med bistandslovens regler.

Bortset fra de pensionister, hvis pension fremtidig bortfalder som følge af indlæggelse, bør det hidtidige behovskriterium opretholdes for patienter i psykiatriske institutioner.

5.5. Afgrænsning af de institutioner og afdelinger, der bør betragtes som en psykiatrisk institution under sygehusvæsenet i relation til reglerne om pensions- og indtægtsinddragelse m.v.

Pensions- og indtægtsinddragelsesreglerne for de psykiatriske institutioner er også efter 1. april 1976 begrænset til de sygehuse, plejhjem og psykiatriske afdelinger, der indtil den 1. april 1976 hørte under direktoratet for statshospitalerne, herunder institutioner under opførelse, samt til de kommunale og private psykiatriske institutioner, hvortil der indtil 1. april 1976 blev ydet statstilskud i medfør af § 70 i forsorgsloven, dvs. Københavns kommunes psykiatriske institutioner, herunder de psykiatriske afdelinger på Kommunehospital og Bispebjerg hospital, samt den psykiatriske afdeling på Kolonien Filadelfia.

De psykiatriske afdelinger ved de somatiske sygehuse, der også før 1. april 1976 var amtskommunale, afdelingen på Frederiksborg hospital, den psykiatriske afdeling på Rigshospitalet samt nervesanatorierne er således ikke omfattet af de pensions- og indtægtsinddragelsesregler, der gælder for psykiatriske institutioner, men er omfattet

af de regler, der gælder for somatiske sygehuse. Dvs. at der ikke i noget tilfælde foretages indtægtsinddragelse, medens der efter 1. april 1976 foretages pensionsinddragelse efter et plejehjemsindstillingskriterium.

Indlæggelse på disse afdelinger og sanatorier tæller heller ikke med ved opgørelsen af, om varighedskriteriet for de psykiatriske institutioner er opfyldt i kraft af summationsreglen.

Hidtil har det formentlig ikke haft større betydning, at de amtskommunale psykiatriske afdelinger m.v. ikke har været omfattet af pensions- og indtægtsinddragelsesreglerne. Plejepatientproblematikken for disse afdelinger adskiller sig formentlig ikke væsentligt fra den, der gælder for somatiske sygehusafdelinger, og liggetiderne har været endnu kortere end på de psykiatriske sygehuse. Den helt overvejende del af patienterne udskrives, inden spørgsmålet om pensions- og indtægtsinddragelse overhovedet ville opstå efter de gældende varighedskriterier for pensions- og indtægtsinddragelse på psykiatriske institutioner. I 1975/76 blev således 97% af patienterne på de amtskommunale afdelinger og de øvrige psykiatriske afdelinger ved somatiske sygehuse udskrevet inden 3 måneder. Der kan herved henvises til kapitel V,A, afsnit 8, figur 1, hvor der er foretaget en sammenligning af indlæggelsernes varighed på forskellige typer af psykiatriske institutioner.

Der foreligger dog ikke oplysninger om hvor mange af patienterne på de amtskommunale psykiatriske afdelinger m.v., der på grund af summationsreglerne ville have opfyldt varighedskriterierne for pensions- og indtægtsinddragelse.

Udvalget finder det uholdbart, at der ikke på dette område gælder samme regler for alle psykiatriske institutioner og afdelinger under sygehusvæsenet, herunder nervesanatorierne. Særlig uholdbart virker det, at visse psykiatriske afdelinger ved de somatiske sygehuse er omfattet af de særlige pensions- og indtægtsinddragelsesregler alene i kraft af den »tilfældige« omstændighed, at de før 1. april 1976 hørte under direktoratet for statshospitalerne, medens tilsvarende amtskommunale afdelinger ikke er omfattet af disse regler. Hertil kommer, at det må antages, at kapaciteten på de (amtskommunale) psykiatriske afdelinger vil blive for-

øget i de kommende år - bl.a. for at disse afdelinger også kan modtage patientgrupper, der behøver mere langvarig indlæggelse - samtidig med at kapaciteten på de overførte specialsygehuse formindskes.

Da udvalget, som nævnt ovenfor under afsnit 4., ikke mener, at det for tiden eller i den nærmeste fremtid vil være muligt, for så vidt angår de overførte psykiatriske sygehuse og tilsvarende institutioner, at erstatte de gældende pensions- og indtægtsinddragelsesregler med de regler, der gælder for somatiske sygehuse, bliver konsekvensen af foranstående, at anvendelsesområdet for de særlige pensions- og indtægtsinddragelsesregler, der gælder for patienter indlagt på psykiatriske institutioner - med de af udvalget foreslåede ændringer - må udvides til også at gælde for de patienter, der er indlagt på amtskommunale psykiatriske afdelinger, de psykiatriske afdelinger på Frederiksberg hospital og på Rigshospitalet samt nervesanatorierne.

5.6. Sammenfatning af udvalgets vurdering af og forslag til ændringer i det gældende regelsæt om pensions- og indtægtsinddragelse m.v. for patienter indlagt på psykiatriske institutioner under sygehusvæsenet.

Udvalget mener ikke, at der for tiden bør søges gennemført et fælles regelsæt om pensions- og indtægtsinddragelse m.v. for psykiatriske og somatiske institutioner. Det gældende regelsæt - med visse ændringer - for psykiatriske institutioner må derfor opretholdes, men som en midlertidig ordning, idet spørgsmålet om indførelse af fælles regelsæt må tages op senere og vurderes i lyset af udviklingen i de kommende år med hensyn til antallet af plejepatienter og kroniske patienter på de psykiatriske sygehuse.

Udvalget foreslår, at der snarest gennemføres følgende ændringer i det gældende regelsæt:

Indtægtsinddragelsesreglerne (sygehuslovens § 5a).

- reglerne *suppleres* med en dispensationsadgang,
- reglerne *begrænses* til kun at omfatte personer på 67 år eller derover,

- varighedskriteriet nedsættes fra 9 til 6 måneder samtidig med, at det tidsrum, inden for hvilket indlæggelser tælles med ved opgørelse af, om varighedskriteriet er opfyldt, nedsættes fra 18 måneder til 12 måneder. Varighedskriteriet for indtægtsinddragelse kommer derved til at svare til det, der gælder for pensionsinddragelse, jfr. nedenfor.

Pensionsinddragelsesreglerne.

Der gennemføres den ændring, at det tidsrum, inden for hvilket indlæggelser regnes med ved opgørelsen af, om varighedskriteriet på 6 måneder er opfyldt, *nedsættes* fra 18 måneder til 12 måneder.

Udvalget understreger, at der i de tilfælde, hvor pensionen inddrages, bør ydes hjælp i henhold til den sociale lovgivning til betaling af husleje o.lign., såfremt det må anses for rimeligt under hensyn til pensionistens muligheder for at blive udskrevet til eget hjem.

Lompepengereglerne.

Der foretages den ændring i de gældende regler, at der indføres en bestemmelse om, at en *pensionist* i fremtidige tilfælde af pensionsbortfald ved indlæggelse på psykiatriske institutioner får *krav* på lommepenge efter tilsvarende regler, som gælder for pensionister, der er indlagt på plejehjem under bistandsloven.

Reglernes anvendelsesområde.

Udvalget foreslår, at det gældende regelsæt om pensions- og indtægtsinddragelse samt udbetaling af lommepenge for patienter indlagt på psykiatriske institutioner under sygehusvæsenet - med de af udvalget foreslåede ændringer - *udvides* til at omfatte samtlige psykiatriske institutioner og afdelinger under sygehusvæsenet, dvs. også de psykiatriske afdelinger ved somatiske sygehuse, der før 1. april 1976 var amtskommunale, den psykiatriske afdeling på Frederiksberg hospital, den psykiatriske afdeling på Rigshospitalet samt nervesanatorierne.

De økonomiske konsekvenser af udvalgets forslag.

Udvalget har ikke foretaget beregninger vedr. de økonomiske konsekvenser af de anførte forslag til ændringer af de gældende regler om pensions- og indtægtsinddragelse samt om udbetaling af lommepenge for patienter indlagt på psykiatriske institutioner under sygehusvæsenet.

Det vil dog komme til at dreje sig om forholdsvis små beløb, og merudgifter respektive mindre indtægter på et område vil formentlig blive ophævet af merindtægter/mindre udgifter på andre områder.

6. Inddragelse af børnetilskud i tilfælde hvor børn bliver indlagt på børnepsykiatriske afdelinger.

Det er af nogle medlemmer af udvalget blevet gjort gældende, at der vedr. inddragelse af børnetilskud i tilfælde, hvor børn indlægges på sygehus, følges en strengere praksis, når det drejer sig om indlæggelser på børnepsykiatriske afdelinger (under de tidligere statshospitaler) end på almindelige børneafdelinger (pædiatriske afdelinger), uanset at der ikke mere i lovgivningen er støtte for en sådan forskelsbehandling.

Det er endvidere blevet gjort gældende, at det i mange tilfælde er uheldigt, at børnetilskud inddrages selv i tilfælde af forholdsvis langvarige indlæggelser. Børnetilskuddene indgår i de pågældende familiers budgetter, hvor de for en ikke ringe dels vedkommende anvendes til faste udgifter, som ikke umiddelbart kan bortfalde fordi barnet bliver indlagt. Hertil kommer, at hjemmet i forbindelse med barnets indlæggelse som regel får en del ekstra udgifter i forbindelse med forældrenes besøg på sygehuset respektive børnenes besøg i hjemmet, besøg som ofte udgør et meget væsentligt led i behandlingen. I erkendelse af disse faktiske forhold har der dog som regel kunnet opnås ordninger med kommunerne om finansiel støtte i sådanne tilfælde. Dette medfører imidlertid en del administrativt besvær for såvel kommune som for sygehus og for de pågældende familier, hvorfor det ville betyde en væsentlig forenkling, såfremt børnetilskuddene ikke bortfalder - bortset måske fra de tilfælde hvor der er tale om meget langvarige indlæggelser, og hvor udsigterne til barnets udskrivning til eget hjem er meget små.

I henhold til loven om børnetilskud og andre familieydelse, jfr. lovbekendtgørelse nr. 531 af 29. oktober 1976, § 11, stk. 1, nr. 4, er retten til at modtage børnetilskud bl.a. betinget af, at barnet ikke er anbragt uden for hjemmet i henhold til lov om social bi-

stand eller i øvrigt forsørges af offentlige midler. I socialministeriets cirkulære af 3. januar 1977 om ændring af lov om børnetilskud og andre familieydelser er det bl.a. anført, at *midlertidig indlæggelse på sygehus ikke betragtes som forsørgelse af offentlige midler.*

Den nævnte bestemmelse i loven om børnetilskud og andre familieydelser blev gennemført ved lov nr. 425 af 25. august 1976 og afløste en bestemmelse, hvorefter retten til modtagelse af børnetilskud var betinget af, at barnet ikke var anbragt uden for hjemmet i henhold til lovgivningen om *særforsorg* eller lov om børne- og ungdomsforsorg eller var undergivet erhvervsmæssig revalidering uden for hjemmet i henhold til lov om revalidering eller i øvrigt blev forsørgt af offentlige midler.

Udvalget har ikke ment at burde tage stilling til, i hvilke tilfælde institutionsanbringelse eller indlæggelse på et sygehus bør bevirke, at børnetilskuddet bortfalder. Men udvalget finder det principielt urimeligt og uheldigt, såfremt der på dette område følges en anden praksis i relation til børn indlagt på børnepsykiatriske afdelinger (under de tidligere statshospitaler) end på pædiatriske afdelinger.

Til belysning af spørgsmålet om hvorvidt indlæggelse på børnepsykiatrisk afdeling (ved de tidligere statshospitaler) typisk vil være af midlertidig varighed eller ej, kan nævnes, at der i 1975/76 blev udskrevet 205 heldøgns patienter fra de børnepsykiatriske afdelinger (excl. den børnepsykiatriske af-

deling, Bispebjerg hospital). Heraf blev 27 svarende til 13,2% udskrevet inden 14 dage, 57 svarende til 27,8% blev udskrevet efter en liggetid på mellem 14 og 90 dage, dvs. at ca. 41% blev udskrevet inden 3 måneder. 101 svarende til 49,3% blev udskrevet efter en liggetid på mellem 91 og 360 dage, medens 20 svarende til 9,8% blev udskrevet efter en indlæggelsestid på mere end 361 dage.

Indlæggelserne på de børnepsykiatriske afdelinger er således i mange tilfælde forholdsvis langvarige (mere end 3 måneder), hvilket formentlig kun gælder for en meget lille del af indlæggelserne på de pædiatriske afdelinger. De forholdsvis lange liggetider for børn på børnepsykiatriske afdelinger må ses på baggrund af, at der hidtil har været så få børnepsykiatriske pladser til rådighed, at kun de dårligste børn har kunnet indlægges. I takt med at børnepsykiatriske sengeafdelinger etableres i alle amtskommuner, vil antallet af mere kortvarige indlæggelser formentlig blive dominerende.

De anførte tal, hvorefter ca. 41% af de udskrevne er udskrevet inden 3 måneder, viser dog, at man heller ikke i øjeblikket kan gå ud fra, at enhver indlæggelse på en børnepsykiatrisk afdeling vil blive langvarig. Spørgsmålet om hvorvidt børnetilskuddet skal inddrages som følge af barnets indlæggelse på en børnepsykiatrisk afdeling herunder en afdeling, der er knyttet til et tidligere statshospital, må derfor bero på et skøn i hvert enkelt tilfælde over indlæggelsens forventede varighed.

Bilagsafsnit

Oversigt over de tidligere statshospitaler og dertil knyttede plejehjem.

Oversigten, der hovedsagelig er udarbejdet på grundlag af internt materiale i direktoratet for statshospitalerne, indeholder for de enkelte institutioner oplysninger om ibrugtagningstidspunktet, de væsentligste ombygnings- og moderniseringsarbejder m.v. samt om antallet af normerede sengepladser og fordelingen af sengestuer efter sengepladser pr. oktober 1974. Med hensyn til antallet af normerede sengepladser pr. april 1976 henvises til bilag B.

Oversigten er opstillet kronologisk, dog er plejehjemmene, uanset alder, opført i forbindelse med det hospital, de er knyttet til.

1. Statshospitalet ved Århus (incl. Børnepsykiatrisk Hospital) og dertil knyttede plejehjem.

/./ Statshospitalet ved Århus incl. Børnepsykiatrisk Hospital.

Hospitalets oprindelige del, der blev taget i brug 1. september 1852, havde plads til 130 patienter.

Allerede i 1861 var hospitalet udvidet til 400 sengepladser. 1886-88 skete der yderligere udvidelse af patientbygningerne, dog kun med 68 pladser. Omkring århundredskiftet opførtes ny vaskeribygning og maskinhus samt nogle funktionærboliger.

I årene 1934-41 gennemførtes gennemgribende indre ombygning og modernisering af hospitalet og foretoges udvidelse af kedel- og maskinhus.

Gennem de senere år er der gennemført et ret omfattende byggeprogram for hospitalets udbygning og modernisering, hvoraf kan nævnes:

Børnepsykiatrisk afdeling (nu betegnet Børnepsykiatrisk hospital), der blev taget i brug i august 1958.

Psykiatrisk institut opført i årene 1962-1968, - et enkelt afsnit er dog først opført 1971/72. Håndværkerhus opført i 1964. Midlertidig patientafdeling opført i 1963. 4 patientafdelinger, »Solbakken«, færdig i 1967. Revalideringsværksted færdig i 1973. Behandlingshjem for psykotiske børn, »Skovhuset«, færdig i 1972. Afdelinger for geriatriske patienter, færdig i 1973.

Desuden bl.a.:

Ombygning af tidligere funktionærbolig til behandlingshjem for psykotiske børn, »Strandhuset«, 1965/66. Ombygning af gammel kontorbygning til terapiformål, 1973/74. I de senere år er der endvidere foretaget diverse større og mindre indvendige ombygnings- og moderniseringsarbejder i de ældre hospitalsbygninger, herunder vaskeri og varmecentral.

I årene 1963-1968 er opført et antal funktionærboliger.

Hospitalets byggeudvalg afgav i 1968 betænkning om modernisering af det ældre hospitalskompleks.

Antal normerede sengepladser og fordelingen af sengestuer efter sengepladser pr. oktober 1974.

Pr. oktober 1974 var der 680 normerede sengepladser, der fordelte sig således på 244 sengestuer (excl. to midlertidigt lukkede afdelinger og excl. Børnepsykiatrisk Hospital, jfr. nedenfor):

59	1-sengsstuer
96	2-sengsstuer
30	3-sengsstuer

- 21 4-sengsstuer
- 18 5-sengsstuer
- 6 6-sengsstuer
- 5 7-sengsstuer
- 4 8-sengsstuer
- 4 12-sengsstuer

På *Børne-psykiatrisk Hospital* var der pr. oktober 1974 72 senge, der fordelte sig således på 36 sengestuer:

- 6 1-sengsstuer
- 24 2-sengsstuer
- 6 3-sengsstuer

1.2. Råmosegård plejehjem.

Råmosegård plejehjem er opført 1899 som forsørgelsesanstalt og i 1902 indrettet til kommunalt plejehjem for sindslidende kvinder. 1. oktober 1912 blev plejehjemmet overtaget af statshospitalet. I 1913-15 opførtes 2 nye sidefløje til hovedbygningen samt en værkførerbolig.

1936/37 blev hovedbygningen udvidet til omtrent dobbelt længde og samtidig foretoges gennemgribende ombygning og modernisering af bestående bygninger.

Mindre tilbygninger og indvendige moderniseringsarbejder er foretaget gennem årene.

1967/68 opførtes en ny terapi- og forsamlingsal og i 1971/72 ny patientafdeling.

Antal normerede sengepladser og fordelingen af sengestuer efter sengepladser pr. oktober 1974.

Pr. oktober 1974 var der 113 normerede sengepladser, der fordelte sig således på 36 sengestuer:

- 6 1-sengsstuer
- 13 2-sengsstuer
- 6 3-sengsstuer
- 4 4-sengsstuer
- 5 5-sengsstuer
- 1 6-sengsstuer
- 1 16-sengsstue

1.3. Dals trup plejehjem.

Dalstrup plejehjem er opført i 1881 som forsørgelsesanstalt og i 1904 indrettet til kommunalt plejehjem for sindslidende mænd.

1. januar 1943 blev plejehjemmet overtaget af staten. I 1950/52 blev der foretaget udvidelse og gennemgribende modernisering.

1944/45 opførtes bygninger med opbevarings-, arbejds- og redskabsrum m.v. for gartneriet.

1954/55 og i 1961/62 opførtes nogle funktionærboliger. I de senere år er der foretaget diverse indvendige ombygnings- og moderniseringsarbejder - specielt i patientafsnit.

Antal normerede sengepladser og fordelingen af sengestuer efter sengepladser pr. oktober 1974.

Pr. oktober 1974 var der 130 normerede sengepladser, der fordelte sig således på 44 sengestuer:

- 8 1-sengsstuer
- 22 2-sengsstuer
- 4 4-sengsstuer
- 8 6-sengsstuer
- 2 7-sengsstuer

1.4. Randers plejehjem.

Plejehjemmet er indrettet i det tidligere katolske sygehus på Fabersvej, som staten lejede i 1955 af amtskommunen. Ved plejehjemmet er der foretaget forskellige nyindretninger og forbedringer.

Antal normerede sengepladser og fordelingen af sengestuer efter sengepladser pr. oktober 1974.

Pr. oktober 1974 var der 144 normerede sengepladser, der fordelte sig således på 48 sengestuer:

- 8 enestuer
- 5 2-sengsstuer
- 25 3-sengsstuer
- 5 4-sengsstuer
- 1 5-sengsstue
- 2 6-sengsstuer
- 2 7-sengsstuer

2. Statshospitalet i Vordingborg og dertil knyttede plejehjem.

2.1. Statshospitalet i Vordingborg.

Hospitalets oprindelige del, der rummede 120 patienter, blev taget i brug 3. april 1858.

I 1870/71 skete der en større udvidelse af hospitalet ved opførelse af nye patientbygninger, værksteds- og depotbygninger m.v.

Omkring 1910 opførtes 2 nye patientpaviloner, en lægebolig og 2 mindre personaleboliger.

I 1921-23 foretoges en indre modernisering af de gamle patientbygninger, modernisering af centralkøkken og vaskeri samt opførelse af en ny varmecentral og maskinmesterbolig.

I samme periode opførtes bl.a. 2 nye patientbygninger.

I perioden 1960-70 er bl.a. udført følgende:

Opførelse af et nyt terapi- (kultur) center med festsal, bibliotek og diverse undervisnings- og studiekredslokaler samt kiosk (1965/67). Modernisering af bygning med 3 kvindeafdelinger, opført 1870/71 (1967/69). I 1968/69 blev opført revalideringsværksted.

Desuden er der i samme periode foretaget indre moderniseringer af nogle ældre afdelinger i de oprindelige bygninger, og 3 patientbygninger fra henholdsvis 1870/71 og 1921/23. er ombygget til terapiformål.

Endelig er der i samme periode gennemført nyopførelser og ombygninger af funktionærboliger.

Antal normerede sengepladser og fordelingen af sengestuer efter sengetal pr. oktober 1974.

Pr. oktober 1974 var der 615 normerede sengepladser, der fordelte sig således på 165 sengestuer:

- 44 1-sengsstuer
- 57 2-sengsstuer
- 8 3-sengsstuer
- 21 4-sengsstuer
- 4 5-sengsstuer
- 16 6-sengsstuer
- 1 7-sengsstue
- 2 8-sengsstuer
- 2 12-sengsstuer
- 2 15-sengsstuer
- 2 16-sengsstuer
- 1 17-sengsstue
- 4 21-sengsstuer
- 1 23-sengsstue

2.2. Plejehjemmet i Sorø (amtskommunalt).

Plejehjemmet blev oprettet som en afdeling af Sorø sygehus i 1876. Plejehjemmet er senere udvidet og er stillet til rådighed for sindssygevæsenet i henhold til en i 1948 indgået overenskomst med Sorø amtskommune. Der er gennemført begrænsede moderniseringer af afdelingerne samt opført et terapiværksted.

Pr. oktober 1974 var der 106 normerede sengepladser. Der foreligger ikke oplysning om antallet af sengestuer og pladsernes fordeling herpå.

2.3. Stege plejehjem (amtskommunalt).

Oprindelig tugthus for Møn, men omdannedes i 1851 til anstalt for uhelbredelige sindssyge. Hjemmet er beliggende ved sygehuset. Hjemmet er ifølge overenskomst stillet til rådighed for statshospitalsvæsenet.

I 1940 nyopførtes en bygning for mandspatienter.

I 1955 fuldførtes en modernisering af dele af kvindeafsnittet. Senere er bl.a. gennemført forbedringer af sanitære rum.

Pr. oktober 1974 var der 142 normerede sengepladser. Der foreligger ikke oplysning om antallet af sengestuer og pladsernes fordeling herpå.

2.4. Sakskøbing plejehjem (amtskommunalt).

Oprettet i 1860 som anstalt for amtets sindssyge. Efter en i 1948 indgået overenskomst med amtskommunen er plejehjemmets pladser stillet til rådighed for statshospitalsvæsenet.

Hjemmet har i årenes løb gennemgået forskellige udvidelser og moderniseringer.

Pr. oktober 1974 var der 166 normerede sengepladser. Der foreligger ikke oplysning om antallet af sengestuer og pladsernes fordeling herpå.

3. Statshospitalet i Viborg (incl. børnepsykiatrisk afdeling) og dertil knyttet plejehjem.

3.1. Statshospitalet i Viborg incl. børnepsykiatrisk afdeling.

Statshospitalet i Viborg er opbygget omkring det gamle tugthus, der blev opført 1743, men som senere navnlig i årene 1861-65 blev udvidet og ombygget. Ved lov af 4. maj 1875 bestemtes, at straffeanstalten, der ellers skulle have været nedrevet, kunne omdannes til anstalt for uhelbredelige sindssyge.

Hospitalet blev taget i brug 7. maj 1877.

Hospitalets modernisering, vedtaget ved lov af 31. marts 1953, blev påbegyndt oktober 1955 og afsluttet februar 1967.

De gamle tugthusbygninger er nu jævnet med jorden. / 7969 blev der indrettet en børnepsykiatrisk afdeling med 16 senge ved inddragelse af en voksenafdeling (22 senge). Endvidere er der inddraget yderligere en voksenafdeling for at skaffe plads til indretning af en ungdomspsykiatrisk afdeling med 16 pladser (behandlingsafsnit for stofmisbrugere).

Antal normerede sengepladser og fordelingen af sengestuer efter sengetal pr. oktober 1974.

Pr. oktober 1974 var der på statshospitalet og plejehjemmet Søndermarken i alt 770 normerede sengepladser, der fordelte sig således på i alt 349 sengestuer (excl. børnepsykiatrisk afdeling, jfr. nedenfor):

- 128 1-sengsstuer
- 113 2-sengsstuer
- 16 3-sengsstuer
- 92 4-sengsstuer

På børnepsykiatrisk afdeling var der pr. oktober 1974 16 normerede sengepladser, der fordelte sig således på 9 sengestuer:

- 2 1-sengsstuer
- 7 2-sengsstuer

3.2. Plejehjemmet Søndermarken.

Plejehjemmet Søndermarken er opført i henhold til lov af 31. marts 1953 og taget i brug 1. april 1957.

Pr. oktober 1974 var der 250 normerede sengepladser. Der foreligger ikke særskilt

opgørelse vedr. disse pladser's fordeling på sengestuer.

4. Statshospitalet i Middelfart og dertil knyttet plejehjem.

4.1. Statshospitalet i Middelfart.

Statshospitalet blev taget i brug i 1888 og blev allerede i 1896 udvidet. I 1912-13 blev der opført diverse funktionærboliger.

I 1936-37 opførtes en tuberkuloseafdeling med 100 senge. I årene 1968-74 er hospitalet blevet forsynet med centralvarme fra en nyopført varmecentral. I sammenhæng hermed er der etableret tunnelsystem, som senere skal indgå i et moderne transportsystem.

Endvidere er i de senere år opført terapi-bygning samt funktionærboliger. Af større istandsættelsesarbejder kan nævnes en modernisering af 8 patientafdelinger.

Antal normerede sengepladser og fordelingen af sengestuer efter sengetal pr. oktober 1974.

Pr. oktober 1974 var der 827 normerede sengepladser, der fordelte sig således på 240 sengestuer (excl. enkelte midlertidigt lukkede afdelinger):

- 19 1-sengsstuer
- 104 2-sengsstuer
- 9 3-sengsstuer
- 23 4-sengsstuer
- 31 5-sengsstuer
- 52 6-sengsstuer
- 2 7-sengsstuer

4.2. Hvedholm plejehjem.

Plejehjemmet er indrettet i den tidligere hovedbygning til herregården Hvedholm og taget i brug 1929.

Den nuværende hovedbygning er resultatet af genopbygning efter en brand ca. 1680 samt en meget radikal ombygning 1878-82.

Der er igennem årene foretaget en del forbedringer og hovedistandsættelser.

Antal normede sengepladser og fordelingen af sengestuer efter sengetal pr. oktober 1974.

Pr. oktober 1974 var der 110 normerede sengepladser, der fordelte sig således på 21 sengestuer:

- 4 3-sengsstuer
- 6 4-sengsstuer
- 7 6-sengsstuer
- 1 7-sengsstue
- 2 8-sengsstuer
- 1 9-sengsstue

5. Statshospitalet i Nykøbing Sj. (ind. Sikringsanstalten) og dertil knyttet plejehjem.

5.1. Statshospitalet i Nykøbing Sj., ind. Sikringsanstalten.

Statshospitalet i Nykøbing Sj. blev taget i brug i 1915 med 650 senge.

I begyndelsen af 1920'erne blev der opført yderligere 3 patientafdelinger samt en bygning med værelser for sygeplejersker.

Inden for de bestående rammer er der gennem årene foretaget større eller mindre ændringer uden indflydelse på bygningernes ydre arkitektur.

I de senere år er der foretaget modernisering incl. en mindre tilbygning af 4 ens patientafdelinger: Lindehus (1962), Poppelhus (1963), Birkehus (1967) og Bøgehus (1968).

I perioden 1968-72 har alle bygninger fået centralvarmeforsyning fra fælles varmecentral, der i den anledning er moderniseret.

I 1963 blev en tidligere afdeling under Sikringsanstalten (Bakkegården) ombygget til almindelig patientafdeling - for rekonvalescenter.

Endvidere er der de senere år opført funktionærboliger, samt børnehave for funktionærernes børn.

Spørgsmål om hospitalets modernisering har været behandlet i et særligt udvalg, der afgav betænkning i 1965.

Antal normerede sengepladser og fordelingen af sengestuer efter sengetal pr. oktober 1974.

Pr. oktober 1974 var der 599 normerede sengepladser, der fordelte sig således på 198 sengestuer (incl. Sikringsanstalten):

- 85 1-sengsstuer
- 57 2-sengsstuer
- 5 3-sengsstuer
- 19 4-sengsstuer
- 3 5-sengsstuer
- 4 6-sengsstuer
- 4 7-sengsstuer
- 11 8-sengsstuer
- 2 9-sengsstuer
- 1 14-sengsstue
- 2 15-sengsstuer
- 1 16-sengsstue
- 1 18-sengsstue
- 2 19-sengsstuer
- 1 20-sengsstue

5.2. Holbæk plejehjem.

Oprettet som sindssygeanstalt og tvangsarbejdsanstalt. Beliggende ved Holbæk sygehus. Tvangsarbejdsanstalten er nedlagt og hjemmet moderniseret.

Stillet til rådighed for statshospitalsvæsenet i 1954 ved overenskomst med amtskommunen.

Pr. oktober 1974 var der 298 normerede pladser. Der foreligger ikke oplysninger om antallet af sengestuer og sengepladsernes fordeling herpå.

6. Statshospitalet i Vedsted.

Hospitalet, der er beliggende ca 7 km syd for Ribe er indrettet i en gammel grænsestation, der blev indrettet til sindssygehospital efter genforeningen. Hospitalet blev taget i brug den 1. april 1923 og havde da 190 senge.

Hospitalet er senere udvidet nogle gange. I 1930 opførtes en enkelt nybygning og i 1959 blev denne bygning udvidet med diverse lægelokaler m.v.

I de senere år er der sket en del moderniseringsarbejder i patientafdelinger og lægeafsnit, herunder indretning af nyt laboratorium samt opførelse af funktionærboliger m.v.

I perioden 1961-67 blev hospitalet forsynet med centralvarme fra fælles ny varmecentral. Der skete samtidig betydelige forbedringer i de fleste patientafsnit.

I 1968/69 er der opført en ny patientafdeling med 18-20 senge.

Antal normerede sengepladser og fordelingen af sengestuer efter sengetal pr. oktober 1974.

Pr. oktober 1974 var der 239 normerede sengepladser, der fordelte sig således på 60 sengestuer:

- 9 1-sengsstuer
- 6 2-sengsstuer
- 6 3-sengsstuer
- 14 4-sengsstuer
- 11 5-sengsstuer
- 12 6-sengsstuer
- 1 8-sengsstue
- 1 9-sengsstue

7. Statshospitalet i Augustenborg.

Hospitalet, der blev taget i brug i 1932, er indrettet i det tidligere hertugslot med tilhørende økonomi- og staldbygninger - dog suppleret med en del nybygninger.

I 1935/36 blev gennemført en større udvidelse. Gennem de senere år er der foretaget en del mindre moderniseringsarbejder i såvel patientafdelinger som vaskeri, køkken og tekniske anlæg.

I 1961/62 blev der opført funktionærbolig, indrettet nye administrationskontorer samt indrettet laboratorium m.v.

I 1965/66 blev opført en mindre, midlertidig behandlingsbygning. Der er desuden opført 2 nye terapibygninger.

Antal normerede sengepladser og fordelingen af sengestuer efter sengetal pr. oktober 1974.

Pr. oktober 1974 var der 443 normerede sengepladser, der fordelte sig således på 84 sengestuer:

- 13 1-sengsstuer
- 12 2-sengsstuer
- 9 3-sengsstuer
- 11 4-sengsstuer
- 3 5-sengsstuer
- 4 6-sengsstuer
- 9 7-sengsstuer
- 3 8-sengsstuer
- 12 9-sengsstuer
- 3 10-sengsstuer
- 2 11-sengsstuer
- 1 12-sengsstue
- 1 18-sengsstue
- 1 19-sengsstue

8. Statshospitalet i Brønderslev.

Hospitalet er opført i henhold til lov af 31. marts 1953 og blev indviet den 7. oktober 1957.

Antal normerede sengepladser og fordelingen af sengestuer efter sengetal pr. oktober 1974.

Pr. oktober 1974 var der 307 normerede sengepladser, der fordelte sig således på 136 sengestuer:

- 61 enestuer
- 27 2-sengsstuer
- 48 4-sengsstuer

9. Statshospitalet i Glostrup (incl. børnepsykiatrisk afdeling) samt dertil knyttet plejehjem.

9.1. Statshospitalet i Glostrup incl. børnepsykiatrisk afdeling.

Statshospitalet er opført i henhold til lov af 31. marts 1953 og indviet den 25. august 1960.

Det første psykiatriske hospital her i landet, der blev placeret i tilknytning til et somatisk sygehus med tunnelforbindelse til dette.

I de senere år er der gennemført en ret stor udbygning af hospitalet, hvoraf kan nævnes:

Opførelse af nyt revalideringsværksted og opførelse af en ny dobbeltkorridorafdeling (1968). Om- og tilbygning af læge- og behandlingsafsnittene og opførelse af børnehaven med 40 pladser for funktionærernes børn (1969). Ombygning af 4 patientafdelinger til 2 ordinære afdelinger og daghospital (1972). Opførelse af et behandlingsafsnit for stofmisbrugere med plads for 10 indlagte patienter (1973).

Antal normerede sengepladser og fordelingen af sengestuer efter sengetal pr. oktober 1974.

Pr. oktober 1974 var der 416 normerede sengepladser, der fordelte sig således på 224 sengestuer (excl. børnepsykiatrisk afdeling, jfr. nedenfor):

- 120 1-sengsstuer
- 60 2-sengsstuer
- 44 4-sengsstuer

På *børnepsykiatrisk afdeling* var der pr. oktober 1974 30 normerede sengepladser, der fordelte sig således på 14 sengestuer:

- 2 enestuer
- 10 2-sengsstuer
- 2 4-sengsstuer

9.2. Plejehjemmet i Ballerup.

Plejehjemmet er opført i henhold til lov af 31. marts 1953 og indviet 1. april 1957.

Plejehjemmet er i 1968-70 udvidet med bl.a. følgende:

En dobbeltbolig, hvor oversygeplejersken og overassistenten bor (tidl. oversygeplejerskebolig inddraget til administration), 3 nye sengeafdelinger med i alt 70 senge, samt ny terapibygning.

Endvidere er der i 1969 opført børnehave for funktionærernes børn.

Antal normerede sengepladser og fordelingen af sengestuer efter sengetal pr. oktober 1974.

Pr. oktober 1974 var der 320 normerede sengepladser, der fordelte sig således på 151 sengestuer:

- 62 1-sengsstuer
- 49 2-sengsstuer
- 40 4-sengsstuer

10. Statshospitalet i **Ålborg** (incl. børnepsykiatrisk afdeling) og dertil knyttet plejehjem.

10.1. Statshospitalet i Ålborg incl. børnepsykiatrisk afdeling.

Hospitalet er opført i henhold til lov af 31. marts 1953. Opførelsen blev påbegyndt i 1966 og afsluttet i 1973. Hospitalet blev taget i brug i 1970. Placeret i tilknytning til amtssygehuset i Ålborg (sygehus Syd) og lunnelforbundet med dette.

Børnepsykiatrisk afdeling med lægekontorer og skolelokaler blev taget i brug i 1973.

Antal normerede sengepladser og fordelingen af sengestuer efter sengetal pr. oktober 1974.

Pr. oktober 1974 var der 256 normerede sengepladser, der fordelte sig således på 129 sengestuer (excl. børnepsykiatrisk afdeling, jfr. nedenfor):

- 54 enestuer
- 49 2-sengsstuer
- 26 4-sengsstuer

På *børnepsykiatrisk afdeling* var der pr. oktober 1974 20 normerede sengepladser, der fordelte sig således på 16 sengestuer:

- 12 enestuer
- 4 2-sengsstuer

10.2. Visborggård plejehjem.

Plejehjemmet blev i 1932 indrettet i den tidligere hovedbygning til herregården Visborggård, restaureret 1913. Ved denne lejlighed blev vestfløjen forsynet med en etage mere, således at hele hovedbygningen er i 2 etager, under hovedfløj delvis kælder og begge sidefløje har udnyttet tagetage.

I april 1971 henlagt under Ålborg statshospital.

I de senere år er udført mindre ombygnings- og moderniseringsarbejder.

Antal normerede sengepladser og fordelingen af sengestuer efter sengetal pr. oktober 1974.

Pr. oktober 1974 var der 89 normerede sengepladser, der fordelte sig således på 21 sengestuer:

- 3 enestuer
- 2-sengsstuer
- 3-sengsstuer
- 4-sengsstuer
- 5-sengsstuer
- 6-sengsstuer
- 10-sengsstue

Oversigt over psykiatriske institutioner og sengepladser.

Institutioner april 1976	Sengepladser april 1976	Institutioner april 1976	Sengepladser april 1976
A. Psykiatriske specialsygehuse.		<i>Samlet antal pladser:</i>	
I. Institutioner overført fra staten.		På i alt 10 sygehuse	4.983
<i>Århus amtskommune:</i>		På i alt 11 plejehjem	1.742
Psykiatrisk hospital i Århus	717	På i alt 4 børnepsykiatriske hosp./afd.	138
Råmosegård plejehjem	113	Institutioner overført fra staten	6.863
Dalstrup plejehjem	130	Familieplejepladser i alt	86
Randers plejehjem	144	II. Københavns kommunes institutioner:	
Børnepsykiatrisk hospital i Århus	72	<i>Set. Hans Hospital</i>	
Familieplejepladser	44	(almen psykiatriske afdelinger samt plejeafdelinger).	
<i>Storstrøms amtskommune:</i>		Afdeling A	156
Amtshospitalet i Vordingborg	615	Afdeling B	149
Sorø*) plejehjem	113	Afdeling C	160
Stege plejehjem	180	Afdeling D	296
Sakskøbing plejehjem	22	Afdeling E	168
Familieplejepladser		Afdeling F	185
<i>Viborg amtskommune:</i>		Afdeling G	159
Viborg sygehus Øst	473	Afdeling H	141
Søndermarken plejehjem	218	Afdeling L	288
Børnepsykiatrisk afd., Viborg	16	Stubberupgård	60
<i>Fyns amtskommune:</i>		Holme	41
Middelfart sygehus	952	I alt	1.803
Hvedholm plejehjem	110	Familieplejepladser	
Familieplejepladser	2	<i>Psykiatriske plejeafdelinger og -hospitalet:</i>	
<i>Vestsjællands amtskommune:</i>		Avnstrup	237
Amtshospitalet i Nykøbing Sj.	575	Solgården	40
Sikringsanstalten	17	Stenslettegård	55
Holbæk plejehjem	226	Gyvelholm	22
<i>Ribe amtskommune:</i>		Gurrelund	70
Psykiatrisk Hospital, Hviding	239	Ringbo	280
Familieplejepladser	5	Brøndbylund	288
<i>Sønderjyllands amtskommune:</i>		Hedelund	288
Augustenborg sygehus	434	Sundbygård	210
Familieplejepladser	13	I alt	1.490
<i>Københavns amtskommune:</i>		Københavns kommune i alt	3.293
Amtssygehuset, Nordvang	398		
Ballerup plejehjem	320		
Børnepsykiatrisk afd., Glostrup	30		
<i>Nordjyllands amtskommune:</i>			
Brønderslev psykiatriske sygehus	307		
Ålborg psykiatriske sygehus	256		
Visborggård plejehjem	89		
Børnepsykiatrisk afd., Ålborg	20		

Institutioner april 1976	Sengepladser april 1976	Institutioner april 1976	Sengepladser april 1976
III. Private/fælleskommunale institutioner:			
<i>Hospitaller:</i>			
Kolonien Filadelfia, psyk. afd.	191	Rønne sygehus (overført statsafd.)	15
<i>Nervesanatorier:</i>		Svendborg sygehus	34
Montebello, Helsingør		Odense sygehus (overført statsafd.)	40
voksne (heraf 15 dag- og 9 natpl.)	152	Esbjerg sygehus	40
Montebello, Helsingør		Vejle sygehus	43
ungdom (heraf 4 dagpl.)	40	Vejle sygehus, børn	15
Montebello, Spanien	100	Horsens sygehus	20
Montebello, Gentofte		Horsens sygehus (overført statsligt amb.)	–
(heraf 120 dag- og 40 natpl.)	160	Holstebro sygehus (amb.)	–
Dianalund	116	Herning sygehus, voksne	23
Jysk nervesanatorium, Vejlefjord	100	Herning sygehus, børn (amb.)	–
		Silkeborg sygehus	32
		Randers sygehus	25
		Thisted sygehus (overført statsafd.)	22
		Hjørring sygehus (overført statsafd.)	32
I alt	668	I alt	652
Private/fælleskommunale institutioner i alt	859	heraf 15 børnepsykiatriske pladser	
A.I + II + III Psykiatriske specialsygehuse i alt	11.015	B.I + II + III Psykiatriske afdelinger ved somatiske sygehuse i alt	1.272
		heraf 269 pladser på overførte statsafdelinger og 81 på børnepsykiatriske afd.	
B. Psykiatriske afdelinger ved somatiske sygehuse.		A. + B. Psykiatriske specialsygehuse samt psykiatriske afdelinger.	
I. Københavns kommune:		I alt	12.287
Rigshospitalet, afd. O	94	Heraf	
Rigshospitalet, psyko-kemisk amb.	–	børnepsykiatriske hospitaler/afdelinger	
Rigshospitalet, afd. OF	12	i alt	219
Rigshospitalet, børn	18		
Københavns kommunehospital	82		
Bispebjerg, voksne	104		
Bispebjerg, ungdom	17		
Bispebjerg, børn	48		
Øresundshospitalet (plejeafd.)	104		
I alt (heraf 66 børnepsyk.pladser)	479		
II. Frederiksberg kommune:			
Frederiksberg hospital	141		
III. Amtskommunerne:			
KAS, Gentofte (dagpl.)	24		
K AS, Gentofte, børn (amb.)			
Hillerød sygehus (to overførte statsafd.)	160		
Holbæk sygehus	19		
Slagelse sygehus	76		
Næstved sygehus	32		

*) Sorø plejehjem er overført til Vestsjællands amtsk., men hører fortsat til Amtshospitalet i Vordingborg.

Kilder: Direktoratet for statshospitalerne.
Københavns hospitalsvæsen 1975/76. Kbh. 1976.
Sundhedsstyrelsens medicinalstatistiske meddelelser. 1976:3. og 1976:6.
Anm.: Opgørelsen af familieplejepladser under punkt A.I er pr. 1.4.1975.
For så vidt angår de psykiatriske afdelinger på Frederiksberg amts centralsygehus i Hillerød er der tale om statshospitalet, som har været under opførelse i Hillerød og som er taget i brug efter overførelsen. Før 1.4.1976 var der alene henholdsvis et statsligt og et amtskommunalt psykiatrisk ambulatorium.

Patienter indlagt på psykiatriske institutioner ved tværtnitsundersøgelsen den 27. september 1972, fordelt efter institution og hjemsted.

(Kilde: Institut for Psykiatrisk Demografi).

Statshospitaler

	København kommune	Frederiksberg kommune	Københavns amt	Frederiksborg amt	Roskilde amt	Vestsjællands amt	Storstrøms amt	Bornholms amt	Fyns amt	Sønderjyllands amt	Ribe amt	Vejle amt	Ringkøbing amt	Århus amt	Viborg amt	Nordjyllands amt	Færøerne, Grønland og udlandet	Ukendt	I alt
Nykøbing	15	46	87	284	118	291	6	1	4	3	-	5	1	5	-	3	9	1	879
Vordingborg	3	147	23	10	45	143	502	71	11	-	2	-	2	3	2	-	30	7	1001
Middelfart	1	4	8	1	-	8	4	-	733	1	21	260	8	2	3	2	1	-	1057
Århus	4	1	9	3	1	2	2	1	8	3	4	125	3	1065	9	168	3	1	1412
Viborg	4	1	7	-	-	2	1	-	2	2	8	10	298	31	394	45	1	2	808
Vedsted	-	-	1	-	-	-	-	-	-	7	268	-	4	-	-	-	1	-	281
Augustenborg	-	-	2	1	-	2	2	2	2	378	15	58	2	1	1	-	4	1	471
Brønderslev	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	3	4	-	5	4	263	1	-	282
Ålborg	3	1	2	-	-	-	2	1	-	2	4	3	25	5	31	268	-	1	348
Glostrup	31	15	981	8	2	7	5	-	2	-	2	4	2	6	2	1	8	-	1076
Torshavn	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	57	-	58
I alt	61	215	1122	307	166	456	524	76	762	396	327	469	345	1123	446	750	115	13	7673

Andre psykiatriske hospitaler.

	Københavns kommune	Frederiksberg kommune	Københavns amt	Frederiksborg amt	Roskilde amt	Vestsjællands amt	Storstrøms amt	Bornholms amt	Fyns amt	Sønderyllands amt	Ribe amt	Vejle amt	Ringkøbing amt	Århus amt	Viborg amt	Nordjyllands amt	Færøerne, Grønland og udlandet	Ukendt	I alt
Filadelfia	27	10	16	14	13	56	9	—	11	1	3	2	—	7	5	5	1	—	180
Set. Hans	2184	8	20	2	78	8	4	1	3	—	1	1	—	4	2	3	2	1	2322
Ringbo	374	1	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	380
Brøndbylund	351	20	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	374
Sundbygård	92	22	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	114
Øresunds-hospitalet	168	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	168
I alt	3196	61	42	16	91	64	13	1	14	1	4	3	—	11	7	9	3	2	3538

Nervesanatorier

Dianalund	12	16	9	5	11	20	6	1	24	1	1	2	—	5	—	—	—	—	113
Jysk Nerve-sanatorium	—	—	—	—	—	—	—	—	2	4	2	20	29	27	1	13	—	—	98
Montebello	40	—	51	92	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	183
Helsingør	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Montebello	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Gentofte	61	—	65	12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	138
I alt	113	16	125	109	11	20	6	1	26	5	3	22	29	32	1	13	—	—	532

Psykiatriske afdelinger ved somatiske sygehuse.

	Københavns kommune	Frederiksborg kommune	Københavns amt	Frederiksborg amt	Roskilde amt	Vestsjællands amt	Storstrøms amt	Bornholms amt	Fyns amt	Sønderyllands amt	Ribe amt	Vejle amt	Ringkøbing amt	Århus amt	Viborg amt	Nordjyllands amt	Færøerne, Grønland og udlændet	Ukendt	I alt
Frederiksberg	70	63	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	133
Kommunehospitalet	87	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	87
Bispebjerg	172	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	173
Rigshospitalet	35	-	12	4	-	-	3	-	2	-	-	-	-	2	-	2	4	-	64
Psykiatriske afdelinger uden for København	-	-	24	-	-	63	35	5	88	-	31	65	17	91	7	39	-	-	466
I alt	365	63	37	4	-	63	38	5	90	-	31	65	17	93	7	41	4	-	923

Børnepsykiatriske afdelinger.

Århus	-	-	-	-	-	-	-	-	5	5	6	11	-	24	-	7	-	-	58
Viborg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	-	8	2	-	-	15
Glostrup	-	-	7	3	5	1	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20
Rigshospitalet	8	-	4	1	1	1	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	17
Bispebjerg	35	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	37
I alt	43	-	13	4	6	2	2	2	6	5	6	11	5	25	8	9	-	-	147

Kommissorium for den under psykiatriudvalget nedsatte arbejdsgruppe om den primære sundhedstjeneste og den sociale sektor (arbejdsgruppe 2).

Arbejdsgruppen skal til udvalget fremkomme med praktiske, konkrete forslag til en forbedring af samarbejdet mellem sygehusene på den ene side og socialsektoren og den primære sundhedstjeneste på den anden side for så vidt angår patienter med psykiske lidelser. Arbejdsgruppen skal i forbindelse hermed overveje, hvorledes behandlingsmulighederne i almen lægepraksis for så vidt angår disse patienter kan forbedres. Forslagene skal udarbejdes med henblik på, at de kan indgå i de vejledende retningslinier for sygehusplanlægningen i det gældende planlægningssystem.

Som et led i sit arbejde bør arbejdsgruppen beskæftige sig med følgende emner:

- a. Hvilken bistand har almen praksis behov for fra psykiater (fra sygehus og speciallægepraksis), fra psykolog, socialrådgiver, hjemmesygeplejerske m.fl.
- b. Hvilke ændringer er ønskelige i selve uddannelsen i psykiatri til almen praksis, og hvilken psykiatrisk efteruddannelse er der behov for til alment praktiserende læger.

- c. Forslag til omsorgsforanstaltninger såvel før, under som efter indlæggelse for patienter med psykiske lidelser (pensionater, beskyttede boliger, værksteder m.v.).

- d. Forslag til samarbejde mellem sygehusene og den sekundær- og primærkommunale socialsektor i øvrigt.

Det er ikke arbejdsgruppens opgave at iværksætte forskning eller analysepræget arbejde, men gruppen kan fremkomme med forslag om iværksættelse af sådant arbejde.

2. fase af arbejdet vil bestå i en eventuel revision og supplerung af de ovenfor nævnte forslag m.v. under hensyn til resultatet af de undersøgelser, der foretages af arbejdsgruppen vedrørende psykiatriske plejehjem.

Arbejdsgruppen skal danne sig et skøn over de ressourcemæssige konsekvenser af de givne forslag.

Arbejdsgruppen bør fremkomme med en indstilling til udvalget omkring den 1. december 1976.

Greve Strand, den 8. januar 1976

Hr. amtsrådsmedlem, cand. jur. Rudolf Knudsen
Bredgade 2, 6920 Videbæk.

Til det af Indenrigsministeriet nedsatte udvalg med henblik på planlægning af den fremtidige psykiatriske funktion.

Dansk selskab for almen medicin har erfare, at Indenrigsministeriet har nedsat et udvalg med den opgave at udarbejde et planlægningsgrundlag for den psykiatriske funktion.

Udvalget skal bl.a. beskæftige sig med en underopdeling af faget psykiatri og med en opdeling mellem den sygehusemæssige funktion og den del, der bør varetages udenfor sygehusvæsenet. Udvalget skal endvidere søge at skønne over undersøgelses-, behandlings- og plejebehovet og stille forslag til, hvorledes behandlingsbehovet bør søges dækket bl.a. med hensyn til samarbejde med almen lægepraksis, psykiatrisk speciallægepraksis og den sociale sektor.

Dansk selskab for almen medicin er enig i, at der er behov for at beskæftige sig indgående med den fremtidige organisation af behandlingen af patienter med psykiske lidelser.

Selskabet skal i denne forbindelse fremhæve, at psykiske lidelser i almen praksis falder i to hovedgrupper:

1) Den væsentligste gruppe patienter repræsenterer individuelle tilpasningsvanskeligheder til et voldsomt dynamisk samfund. Dette viser sig ved manglende trivsel fysisk, psykisk, socialt og eksistentielt og giver sig hyppigt udslag i dårligt definerede »sygdomme«, som kun antydning vist er beskrevet i de psykiatriske lærebøger. På grund af de komplekse årsagsforhold må behandlingen dels ske ved en integreret

medicinsk, social, psykologisk og pædagogisk indsats og dels i samarbejde med patientens familie og som hovedregel i patientens eget miljø.

Behandlingen af disse patienter sker undertiden - men ikke nødvendigvis altid - ved en integreret indsats fra flere faggrupper. Netop fordi nogle skal tage sig af disse patienter og fordi behandlingstilbuddet har været begrænset, har de praktiserende læger fået en ikke ringe erfaring i behandlingen af sådanne patienter. Vi er dog opmærksom på, at alment praktiserende læger undertiden bl.a. på grund af insufficient grunduddannelse henviser sådanne patienter til andre faggrupper, herunder også speciallæger i psykiatri, som derved også får en vis indsigt i sådanne problemer. Det er dog selskabets opfattelse, at det på længere sigt er vigtigt at satse på almenmedicinens uddannelse med henblik på varetagelse af disse opgaver i et tværfagligt samarbejde fremfor at satse på en udbygning af det psykiatriske speciale med henblik på også at varetage de her omtalte opgaver.

2) Behandlingen af patienter med egentlige psykoser udgør kvantitativt et mindre problem. Disse behandles i øjeblikket af alment praktiserende læger, praktiserende speciallæger og i psykiatriske institutioner. Desværre findes der ikke tal for, hvorledes behandlingen af psykotiske patienter fordeles sig på de enkelte faggrupper, bl.a. fordi det drejer sig om temmelig få patienter per praktiserende læge, skønsmæssigt mindre end 10 patienter med nyopstået psykose per år per praktiserende læge. Der er dog med

henblik på en rationel visitation og efterbehandling af de psykotiske patienter, der kræver midlertidig behandling i psykiatrisk institution, behov for at tilvejebringe en hensigtsmæssig organisation af samarbejdet mellem alment praktiserende læger og speciallæger i psykiatri.

Netop fordi den lægelige behandling af patienter med psykiske lidelser i langt de fleste tilfælde varetages af alment praktiserende læger, og fordi der i hovedparten af de resterende tilfælde er behov for samarbejde med den alment praktiserende læge, finder Dansk selskab **for** almen medicin det

uhensigtsmæssigt, at 5 af udvalgets 6 lægelige medlemmer repræsenterer specialt psykiatri, og at alment praktiserende læger ikke er repræsenteret i udvalget.

Under hensyntagen til den kvalitative fordeling af behandlingen af psykiske lidelser mellem den primære og sekundære lægetjeneste burde mindst 3 af udvalgets 6 lægelige medlemmer repræsentere almen medicin. Vi er opmærksom på, at udvalget ikke er ansvarlig for, hvorledes dets medlemmer er blevet valgt og skal af hensyn til det saglige udvalgsarbejde tilbyde samarbejde med udvalget.

På selskabets vegne

Carsten Vagn-Hansen

Halvor Heuch

Carl Erik Mabeck

cc: Den almindelige danske lægeforening.
Praktiserende Lægers Organisation
Dansk Psykiatrisk Selskab

Den 30. marts 1976.

I skrivelse af 4. marts 1976 (2.s.ktr.j.nr. 500057-49/1976) har indenrigsministeriet anmodet om en udtalelse fra psykiatriudvalget vedrørende den betænkning, som den af sundhedsstyrelsen nedsatte speciallægekommission har afgivet om uddannelsen i almen medicin, navnlig med henblik på psykiatriens placering i denne uddannelse.

Det fremgår af betænkningen, at den hidtidige ordning, hvorefter der opnås tilladelse til at udøve virksomhed som alment praktiserende læge (B-autorisation) på baggrund af en 2-årig videreuddannelse, omfattende bl.a. teoretiske kurser af 120 timers varighed, med det fremlagte forslag til ændring af lægeloven vil blive erstattet af en ordning, hvorefter alle læger efter en fælles almenuddannelse på 18 måneder får ret til selvstændig virksomhed som læge.

Speciallægekommissionen foreslår derfor, at der i tilknytning til lægelovsændringen oprettes et speciale i almen medicin og fastlægges uddannelseskrav, der kræves gennemført som en betingelse for at opnå tilladelse til at praktisere for den offentlige sygesikring. Som overgangsbestemmelser foreslås bl.a., at læger med lægevidenskabelig embedseksamen efter 1. januar 1977 for at opnå tilladelse til at praktisere for den offentlige sygesikring skal gennemføre en 3-årig videreuddannelse.

Det fremgår endvidere af betænkningen, at medens der efter den hidtidige ordning for tilladelse til at udøve virksomhed som alment praktiserende læge bl.a. kræves ansættelse i mindst 3 måneder på psykiatrisk afdeling, vil et sådant (obligatorisk) krav

ikke blive stillet i forbindelse med de foreslåede fremtidige ordninger. Uddannelsessøgende, der ikke har gennemgået 3 måneders klinisk uddannelse i psykiatri, skal således i stedet gennemgå et klinisk-teoretisk kursus i dette fag, formentlig af 1 måneds varighed og placeret på udvalgte afdelinger.

I denne anledning skal man udtale, at det er psykiatriudvalgets opfattelse, at det krav om ansættelse i mindst 3 måneder på en psykiatrisk afdeling, som indgår i den hidtidige ordning for at opnå tilladelse til at udøve virksomhed som alment praktiserende læge (B-autorisation), må betragtes som et minimumskrav i enhver lægeuddannelse. En læge bør i hvert fald ikke kunne opnå tilladelse til at praktisere for den offentlige sygesikring, medmindre han har gennemgået i det mindste en sådan uddannelse i psykiatri, som er obligatorisk efter den hidtidige B-autorisationsordning. Det ønskelige ville være 6 måneders ansættelse på en psykiatrisk afdeling, således som den nuværende rotationsordning i praksis er tilrettelagt på de fleste sygehuse, hvor man har en rotationsordning.

Psykiatriudvalget skal herved henvise til, at psykiatriske sygdomme eller sygdomme, hvori der indgår et psykisk element, udgør en meget betydelig del såvel af de sygdomme, hvis behandling kræver indlæggelse på sygehus, som af dem, der giver anledning til henvendelse til alment praktiserende læger.

Forslag, hvorefter psykiatriens placering i uddannelsen af læger til almen praksis forringes, synes slet ikke at være i harmoni med bestræbelserne for at styrke den pri-

mære sundhedstjeneste i forhold til sygehusvæsenet.

Psykiatriudvalget må derfor udtrykke den største betænkelighed ved det af speciallægekommissionen fremsatte forslag til udannelsen i almen medicin, herunder overgangsordningerne, hvori ansættelse af en varighed på mindst 3 måneder på en psykiatrisk afdeling ikke indgår som et obligatorisk led.

Viden om psykiatiske sygdomme og disses behandling er efter udvalgets opfattelse et emne, der dårligt egner sig til indlæring ved et kursus. Såfremt det ikke er muligt at gøre ansættelse på en psykiatrisk afdeling obligatorisk, skal udvalget pege på den mulighed, at der som et supplement til det foreslåede månedskursus indføres den ordning, at alment praktiserende læger, som har praksisreservelæge r/amanuenser, får adgang til sammen med reservelægen/amanuensen på regelmæssige konferencer (1 å 2 gange månedligt) med en psykiatrisk speciallæge at drøfte de spørgsmål med hensyn til undersøgelse, diagnosticering og behandling af patienter med psykiske lidelser, der foreligger i almen praksis.

For så vidt baggrunden for, at der ikke stilles forslag om at gøre ansættelse på en psykiatrisk afdeling obligatorisk, er, at der ikke for tiden er det fornødne antal stillinger på psykiatiske afdelinger, skal psykiatriudvalget henstille, at sådan ansættelse gøres obligatorisk, så snart det fornødne antal stillinger er tilvejebragt.

Man skal i øvrigt herved bemærke, at psykiatriudvalget endnu ikke har taget stilling til, hvorvidt det nuværende antal læger ansat på psykiatiske specialsygehuse kan anses for hensigtsmæssigt i forhold til antallet af sengepladser og de opgaver med hensyn til ambulant behandling m.v., der allerede påhviler disse sygehuse. Man skal dog henlede opmærksomheden på, at antallet af sengepladser på de psykiatiske specialsygehuse (excl. psykiatiske plejehospitalet/afdelinger/hjem) pr. læge gennemsnitligt er mere end 3 gange så stort som på de almindelige somatiske sygehuse, herunder de til disse sygehuse knyttede psykiatiske afdelinger.

P. U. V.
Rudolf Knudsen.

Rapport vedrørende en undersøgelse af det psykiatriske islæt i plejehjemspopulationen i Århus og Ringkøbing amter, foretaget på foranledning af en af Indenrigsministeriets psykiatriudvalg nedsat arbejdsgruppe.

Af Ebbe Kyst, Ida Ryberg, Erik Strömghren og Anita Weeke

I kommissoriet for Indenrigsministeriets psykiatriudvalg fremhæves specielt ønskeligheden af, at udvalget behandler spørgsmålet om *den psykiatriske pleje hjemsfunktioners forhold til sygehusvæsenet og til den sociale sektor* (almindelige plejehjem m.v.).

Der er særdeles vægtige grunde til, at dette punkt fremhæves i kommissoriet. På den ene side vides det, at der på de psykiatriske institutioner under sygehusvæsenet findes et ret betydeligt antal patienter, som skønnes ikke at have hospitalsmæssig behandling behov, men lige så godt eller bedre ville kunne plejes og trives på plejehjem under socialvæsenet, og på den anden side vides det, at der på de sidstnævnte institutioner findes et betydeligt antal patienter, hvis lidelser overvejende er af psykisk natur, og som for en dels vedkommende antages at ville være bedre placeret på hospitalsafdelinger eller på plejehjem under sygehusvæsenet. Det er klart, at en rationel planlægning af behandlingen og plejen af de psykiatriske patienter, som opholder sig på institution, må være helt afhængig af de omtalte persongrupperes størrelsesforhold. Medens der i årenes løb ved flere lejligheder er foretaget summariske opgørelser over antallet af patienter, der fra psykiatriske hospitaler ville kunne overføres til almindelige plejehjem, haves der kun spredte og usikre opgørelser over antallet af psykiatriske patienter på plejehjem under socialvæsenet, som kunne have behov for overflytning til psykiatrisk specialinstitution. Hertil kommer, at visse opgørelser synes at tyde på, at fordelingen af de psykiatriske patienter mellem sygehusvæsenet og socialvæsenet frembyder store forskelle i de forskellige landsdele, forskelle, der er så store, at de ikke kan forklares som følger af forskelle i sygdomsfrekvensen.

Under diskussionerne i arbejdsgruppen, i hvilken blandt andet Københavns kommune, Ringkøbing amt og Århus amt var repræsenteret, blev det hurtigt klart, at der mellem disse 3 administrative enheder var meget betydelige forskelle i de nævnte henseender. Medens det for hele Danmark gælder, at p.t. 2,3 % af befolkningen er anbragt på psykiatrisk hospitalsafdeling eller plejehjem under hospitalsvæsenet, er det tilsvarende tal for Ringkøbing amt kun ca. 1,3 %, for Århus amt ca. 1,9 % og for Københavns kommune ca. 7,0 %. Så store forskelle ville næppe kunne forklares som følger af forskelle i sygdomshyppigheder. Det er ganske vist velkendt, at Københavns kommunes befolkning er en såkaldt »residualbefolkning«, d.v.s. en befolkning, der er karakteriseret ikke blot af en større afvandring end tilvandring, men også af en kvalificeret vandring, nærmere bestemt således, at det i sundhedsmæssig og social henseende er et positivt udvalg af befolkningen, der vandrer fra, medens de, der bliver tilbage, har en overrepræsentation af sundhedsmæssigt og socialt skrøbelige personer; de personer, der på grund af en kronisk lidelse er anbragt på institution, har i almindelighed ringe chance for at flytte fra kommunen, hvorved de kommer til at udgøre en stadig stigende procentdel af kommunens skrumpende befolkning. Det synes dog udelukket, at disse velkendte faktorer alene kan forklare Københavns kommunes helt afvigende position på det her omhandlede område. Rent administrative placeringsmæssige forhold må antages at spille ind. Dette sandsynliggøres af det forhold, at der i Københavns kommune synes at være relativt få psykiatriske patienter placeret under socialvæsenet. Modsætningsvis er det klart fra tidligere undersøgelser af plejehjemsklientellet i

Ringkøbing amt, at en meget stor del af de der anbragte patienter har psykiatriske lidelser; når hertil føjes, at Ringkøbing amt er det amt i landet, der er bedst forsynet med plejehjemspladser, må det være nærliggende at antage, at patienter af den art, som i Københavns kommune ville blive anbragt under hospitalsvæsenet, i mange tilfælde i Ringkøbing amt i stedet vil opholde sig på plejehjem under socialvæsenet.

Alt dette taget i betragtning måtte det forekomme nærliggende at foretage en nærmere *sammenligning* af forholdene i *Københavns kommune* og *Ringkøbing amt*, ikke blot med hensyn til de kvantitative forhold, men også med hensyn til spørgsmålet om, hvilken anbringelse af plejepatienterne, der var den mest formålstjenlige. Da de to områder må betragtes som diametralt modsatte i de herhenhørende henseender, måtte det ligeledes være rimeligt at foretage en supplerende undersøgelse i *Århus amt*, der befinder sig i en mellemstilling mellem disse yderpunkter.

For Københavns kommune forelå opgørelser, der med forholdsvis beskedne supplement kunne antages at give en god belysning af forholdene der. Også i Århus amt forelå resultater fra tidligere undersøgelser, men dog ikke tilstrækkelige til at give et klart billede af situationen. Da tillige mulighederne for at foretage en både ekstensiv og intensiv undersøgelse var gode i Århus amt, besluttede man sig til at gennemføre en undersøgelse af samtlige plejehjem dersteds. I Ringkøbing amt var der tillige foretaget grundige undersøgelser på et udvalg af plejehjem, og man skønnede, at resultaterne af disse undersøgelser suppleret med begrænsede, men repræsentative undersøgelser foretaget med samme metodik som undersøgelserne i Århus amt, ville kunne give en god belysning af Ringkøbing-problemerne.

Undersøgelserne i Århus og Ringkøbing amter er foretaget af en arbejdsgruppe bestående af 1. reservelæge Anita Weeke, reservelæge Ebbe Kyst (begge ansat ved Institut for psykiatrisk demografi), socialrådgiver Ida Ryberg og overlæge Erik Strömgen (begge ansat ved Kvindehospitalet, Psykiatrisk Hospital i Århus).

Inden beskrivelsen af undersøgelsens metodik påbegyndes, skal nogle *definitions-spørgsmål* kort berøres.

Der tales i nærværende rapport om 4 *hovedtyper af plejehjem*:

A- og B-hjem er plejehjem, hvis hovedsigte er plejen af personer, for hvem tilstedeværelsen af et legemligt plejebenhov gør opholdet på institutionen nødvendigt. *B-hjem* er beregnet for nogenlunde selvhjulpne patienter med moderat plejebenhov, medens *A-hjem* er beregnet for patienter med betydeligt plejebenhov.

C-hjem er psykiatriske specialplejehjem, der ligesom *A-* og *B-hjem* sorterer under socialvæsenet, men som er beregnet for psykiatriske plejepatienter af en sådan art, at det er nødvendigt, at en del af funktionærerne, specielt de ledende, har psykiatrisk uddannelse. Tillige bør der til et *C-hjem* være knyttet fast psykiatrisk speciallægetilsyn.

H-hjem er i nærværende rapport betegnelsen for plejehjem, som er filialer af et psykiatrisk hospital. Også her må en del af plejepersonalet have psykiatrisk uddannelse, ligesom der sker regelmæssigt tilsyn af speciallæger fra det pågældende psykiatriske hospital. Patienterne modtages sædvanligvis kun på sådanne plejehjem ved overflytning fra moderhospitalet. Psykiatriske plejepatienter, hvis sygdomme er af en sådan natur, at de lejlighedsvis kan tænkes at ville forlange sig udskrevet, uden at udskrivelse er forsvarlig, bør finde ophold på *H-plejehjem*, uanset om deres sygdoms natur iøvrigt ville kunne gøre pleje på et *C-hjem* rimelig; kun på psykiatriske hospitaler og disses plejehjem er sådan tilbageholdelse lovmedholdelig. Tillige er *H-hjem* særligt egnede for plejepatienter, hvis sygdom nu og da forværres i en sådan grad, at overflytning til psykiatrisk hospital er indiceret; en sådan overflytning fra et *H-plejehjem* kan ske rent administrativt og uden de formaliteter, som ellers kræves ved indlæggelse på psykiatrisk hospital.

Det er på forhånd klart, at mange psykiatriske plejepatienter vil kunne huses på *A-* og *B-hjem*, såfremt deres psykiske lidelse ikke er af en sådan art, at den kræver specielt sagkyndig plejemæssig eller behandlingsmæssig indsats, og tillige er af en sådan art, at den ikke påfører medpatienterne urimelige gener.

Om de tre landområder, hvis forhold bliver sammenlignet, skal anføres:

Københavns kommune havde pr. 1. januar 1976 545.350 indbyggere, Århus amt 562.660 indbyggere og Ringkøbing amt 254.131 indbyggere. Af tabel 14 fremgår, at aldersklasserne over 65 år er væsentligt stærkere repræsenteret i København, hvor de udgør 21,5%, end i Århus og Ringkøbing amter (hhv. 12,6% og 11,4%).

Københavns kommunes sygehusvæsen råder (1976) over ca. 3800 psykiatriske sengepladser (foruden et betydeligt antal dagpladser), Århus amt over ca. 1100 pladser (af hvilke ca. 200 er belagt med udenamts patienter). Ringkøbing amt råder kun over ca. 20 pladser (Herning Sygehus), idet det psykiatriske hospital i Viborg (med tilhørende plejehjem) varetager størstedelen af den psykiatriske sygehusservice til Ringkøbing amts beboere.

Herefter skal der gøres rede for *fremgangsmåden ved undersøgelsen i Århus amt*.

Undersøgelsens *formål* har været at få oplysning om så vidt muligt alle personer i amtet, som på grund af psykisk lidelse har behov for pleje på en institution. Undersøgelsen rummer 4 dele:

1) Undersøgelse af klientellet på samtlige plejehjem under socialvæsenet.

2) Undersøgelse af klientellet på de psykiatriske hospitalsafdelinger med tilhørende plejehjem.

3) Undersøgelse vedrørende psykiatriske plejepatienter på somatiske sygehusafdelinger.

4) Opgørelse vedrørende personer, som af psykiske årsager er optaget på venteliste til plejelinstitution, eller som på anden måde er primærkommunerne bekendt som trængende til sådan optagelse.

Ad 1: Plejhjemsundersøgelsen foretoges på følgende måde: Ved henvendelse gennem amtsborgmesteren sikrede man sig støtte fra social- og sundhedsforvaltningen samt sygehusforvaltningen; endvidere opnåedes det gennem formanden for Foreningen af kommuner i Århus amt, at kommunerne orienteredes om den forestående undersøgelse, dels mundtligt ved et møde af borgmestrene, dels skriftligt. Gennem kommunerne udsendtes herefter til samtlige plejehjem en anmodning om at deltage i undersøgelsen. Anmodningen ledsagedes af skemaer, på hvilke samtlige beboere pr. 10.

marts 1976 skulle opføres (ved CPR-nr. og hjemstedskommune), og på hvilke der forefandtes rubrikker til angivelse af, hvorvidt de pågældende var psykisk lidende; for beboere af denne art skulle tillige angives, om de var velanbragt, og hvis ikke, hvorledes de da efter hjemmets formening burde anbringes. - Hjemmene underrettedes om, at repræsentanter for arbejdsudvalget ville aflægge besøg på hjemmene med henblik på en nærmere uddybning af de rejste spørgsmål. Sådanne besøg blev herefter gennemført.

Ad 2: Undersøgelsen på Psykiatrisk Hospital og tilhørende plejehjem blev foretaget efter retningslinier, som i det væsentlige var kendt fra tidligere lignende undersøgelser dersteds. Samtlige patienter blev vurderet med hensyn til plejebestand og ønskelig placering. Vurderingen af patienterne blev foretaget af de til de enkelte afsnit knyttede overlæger. I tilknytning til denne undersøgelse indhentedes tillige oplysninger om personer med hjemstedskommune inden for Århus amt, men anbragt på psykiatriske institutioner uden for Århus amt.

Ad 3: Til samtlige sygehusafdelinger sendtes forespørgsler om derværende psykiatriske plejepatienter og disses ønskelige placering.

Ad 4: Samtlige primærkommuner blev spurgt om antallet af psykiatriske patienter på venteliste til plejehjem, om andre patienter, som efter kommunens mening var trængende til anbringelse på psykiatrisk institution, samt om plejepatienter, som af den pågældende kommune var anbragt på institution uden for amtets grænser.

Gennemførelsen af undersøgelsen stødte ikke på større vanskeligheder. Når plejhjemsundersøgelsen ikke som håbet kunne gennemføres på 3 måneder, men tog det meste af 6 måneder, skyldtes det først og fremmest, at besøgene på de enkelte plejehjem tog noget længere tid end beregnet. Der var de fleste steder stor interesse for de pågældende problemer, således at man ikke kunne begrænse sig til at søge de stillede spørgsmål relevant besvaret, men også måtte komme ind på tidskrævende diskussioner af problemerne i almindelighed, hvilket selvsagt gjorde udbyttet af besøgene væsentlig mere værdifuldt. At undersøgelsen ikke kunne tilendebringes før ferietiden

dens begyndelse, bevirkede en yderligere forsinkelse.

I dagene efter udsendelsen af spørgeskemaerne modtog man talrige henvendelser fra plejehjemmenes ledere som udslag af en vis usikkerhed med hensyn til, hvorledes skemaerne skulle besvares. Efterhånden som skemaerne indløb i udfyldt stand, blev det klart, at der stadig var betydelig usikkerhed med hensyn til skemaernes rette udfyldelse. Dette havde man forudset, og allerede af den grund havde man anset besøg på hjemmene for helt nødvendige. Besøgene på de i alt 137 hjem gennemførtes i begyndelsen (for 6 hems vedkommende) således, at alle 4 medlemmer af arbejdsgruppen deltog, idet man ønskede at sikre sig ensartethed i anvendelsen af definitioner og kriterier. De resterende besøg foretoges overvejende af 2 medlemmer ad gangen, af og til med bistand af hospitalets hjemmesygeplejersker. I de fleste tilfælde var ved møderne foruden hjemmets leder også en eller flere af de plejefunktionærer, som havde bedst kendskab til beboerne, til stede. Møderne indledtes med, at man rekapitulerede undersøgelsens formål og de anvendte kriterier. Herved kunne det forekomme, at hjemmets funktionærer mente, at nogle af de af dem selv udpegede beboere burde udgå af undersøgelsen, medens andre snarere burde inddrages. Herefter blev hver enkelt af de således udpegede patienter gennemgået, dels i form af et struktureret interview på grundlag af et spørgeskema, der i almindelighed udfyldtes af den ene af de besøgende, medens den anden foretog frie notater til belysning af den enkelte patients karakteristika, notater, der oftest var så udførlige, at en senere diskussion om fornødent kunne gennemføres. Endvidere udfyldtes - ofte som sidste led i besøget - et skema til belysning af hjemmets struktur, personalnormering, pleje- og behandlingsmæssige faciliteter m.v. En personlig undersøgelse af beboerne fandt kun undtagelsesvis sted i særlige tvivlstilfælde. - Den efterhånden presserende tidsfaktor bevirkede, at man i enkelte tilfælde lod et medlem af arbejdsgruppen varetage besøg alene, fortrinsvis på de ganske små hjem. Dette skete på et tidspunkt, da anvendelsen af kriterierne var meget vel indarbejdede.

Det var ved besøgene i nogle tilfælde

mærkbart, at plejehjemmets personale ikke havde gjort sig undersøgelsens rent deskriptive natur klar. Det forekom, at man forventede, at besøgene kunne bevirke, at nogle af beboerne blev flyttet andetsteds hen, hvilket man i visse tilfælde var meget betænkelig ved. Sådanne betænkeligheder havde utvivlsomt i nogle tilfælde farvet de først fremkomne oplysninger, ligesom de i det hele nok kunne bevirke en vis forsigtighed i omtalen af beboerne. Det lykkedes dog i alle tilfælde at overvinde betænkeligheder af denne art, og man havde i det hele indtryk af, at personalet udtalte sig med frihed og realitetssans.

Resultater

Den 10. marts 1976 befandt der sig på de 137 plejehjem under socialvæsenet i Århus amt i alt 4.838 beboere. Disses fordeling efter køn og alder fremgår af tabel 1. Det ses, at 65% af beboerne var kvinder, og at langt størstedelen af beboerne befandt sig i aldersgrupperne 70-89 år. Ikke mindre end 10,8% var 90 år eller derover. Aldersfordelingen var nogenlunde den samme for de to køn, dog med en svag tendens til relativ dominans af mænd under 15 år og af kvinder over 75 år.

Beboerne udgjorde 0,9% af amtets befolkning.

Af tabel 2 og 3 fremgår, at af samtlige 4.838 beboere måtte 1.297 (430 mænd og 867 kvinder) betegnes som *psykisk lidende*, d.v.s. 26,8%. Kønsproportionen (67% kvinder) blandt de psykisk lidende var meget nær den samme som i hele plejehjemsbefolkningen. Af mændene var 25,2% psykisk lidende, 27,7% af kvinderne. Med hensyn til aldersfordelingen er der væsentlige forskelle mellem de psykisk lidende og de øvrige beboere, idet de psykisk lidende udgør en væsentlig større andel i de yngre aldersgrupper end i de ældre. Det er således klart, at et psykisk handicap ofte må være årsag til en relativt tidlig anbringelse på plejehjem.

Det kan i denne forbindelse oplyses, at der for 269 af de 1.297 psykisk lidende beboere forelå oplysning om, at de tidligere havde været indlagt på psykiatrisk hospital eller afdeling, d.v.s. 20,7% af den psykisk lidende gruppe.

Tabel 4 viser fordelingen af de psykisk lidende beboere efter køn og *diagnose*.

Den diagnostiske klassificering hviler helt på sundhedsstyrelsens »klassifikation af sygdomme 1971«, som er baseret på World Health Organization's »International Classification of Diseases« (ICD). De i denne klassifikation indeholdte meget talrige psykiatriske diagnoser er i nærværende redegørelse sammenfattet i 15 hovedgrupper, hvilket er i overensstemmelse med en praksis, som i de sidste årtier har været anvendt ved de landsomfattende tværnsnitsopgørelser over hospitaliserede psykiatriske patienter. De her fremførte tal er derfor direkte sammenlignelige med foreliggende tal fra tværnsnitsundersøgelserne.

Det vil ses, at de to dominerende grupper som venteligt er *dementia senilis* (det almindelige alderdomssløvsind) og *arteriosclerosis cerebri* (hjernelidelse på grundlag af åreforkalkning); tilsammen udgør de 48,2% af hele gruppen. Det vil ses, at der også i dette materiale viser sig den karakteristiske kønsforskel, som findes næsten overalt i verden visende sig ved, at *dementia senilis* er relativt hyppigst hos kvinder, medens *arteriosclerosis cerebri* er relativt hyppigst hos mænd.

Der er lagt vægt på at skelne mellem disse to sygdomme, uanset at der mange steder råder en vis tilbøjelighed til at blande dem sammen. En skelnen imellem dem er imidlertid af stor betydning for vurderingen af de pågældende patienters fremtidsmuligheder; medens *dementia senilis* er en jævnt fremadskridende sygdom, der i de fleste tilfælde hurtigt fører til en tilstand, som gør beskæftigelse endstige revalidering umulig, er situationen helt anderledes i mange tilfælde af *hjernearteriosclerose*, hvor det drejer sig om en anfaldsvis fremadskridende sygdom, hvor intervallerne mellem anfaldene ofte er så lange, at patienterne under disse kan revalide res i ikke ringe grad, hvilket understøttes af, at deres personlighed ofte er ganske uændret, således at de ikke blot kan medvirke ved, men også være meget interesserede i revaliderende foranstaltninger. Det er derfor af afgørende betydning for dem, at de placeres på institutioner, hvor passeride beskæftigelsesmuligheder foreligger.

De *skizofrene*, som på de psykiatriske

hospitaller og hospitalsplejehjemmene udgør hen ved 40% af patienterne, beslaglægger på plejehjemmene kun 1% af pladserne og udgør 3,5% af de psykisk lidende beboere. Denne gruppe af patienter viser en påfaldende ophobning på visse mindre plejehjem, hvor personalets egnethed til pasningen af sådanne patienter har bevirket en visitationsmæssig udvælgelse.

12% af de psykisk lidende har *manio-depressiv psykose* som hoveddiagnose. Det drejer sig om over 3% af hele plejehjemsbefolkningen. Man genfinder den for denne sygdom karakteristiske betydelige overvægt af kvinder. Gruppen er i behandlingsmæssig henseende særdeles vigtig, idet det er af afgørende betydning for disse patienter, at de får adgang til den rette behandling, som i de fleste tilfælde kan være af medikamentel art. Kendskabet til sygdommen - specielt dens lettere grader - er ofte utilstrækkeligt såvel blandt plejepersonale som blandt læger uden speciel psykiatrisk uddannelse, hvilket fører til, at mange sådanne tilfælde ikke erkendes, eller, selv om de erkendes, ikke får den mest formålstjenlige behandling.

Epilepsi som hoveddiagnose forekom kun hos 9 patienter, hvorimod epileptiske anfald forekom hos en hel del patienter med andre hoveddiagnoser.

»Anden organisk hjernelidelse« omfatter patienter med traumatiske hjerneskader og forskellige betændelsesagtige eller degenerative hjernelidelser.

Psykogen sindssygdom forekom kun hos 39 beboere. Denne sygdomsform spiller en stor rolle blandt indlæggelserne på psykiatriske hospitaler, men da det som regel drejer sig om kortvarige sygdomme, er det forståeligt, at den ved en tværnsnitsundersøgelse på institutioner, der fortrinsvis huser kroniske patienter, ikke spiller nogen større rolle. Mere hyppige er *neuroser* og *karakterafvigelser*, hvorved er fundet den sædvanlige kønsforskel visende sig ved, at *neuroser* er relativt hyppigst hos kvinder, *karakterafvigelser* hos mænd.

O ligofre ni omfatter både åndssvage og sinker, også her med relativ dominans af mænd.

Alkoholisme og *medicinmisbrug* forefandt som hoveddiagnose kun hos ganske få beboere, men som bidiagnose hos adskilligt flere.

Tabel 5 viser de psykisk lidende beboeres fordeling efter *alder* og *diagnose*, hvorved de 15 hidtil anvendte diagnosegrupper nu er reduceret til 5, også dette i overensstemmelse med traditioner fra tværsnitsundersøgelserne. Betegnelsen »*reaktive lidelser*« kræver en særlig forklaring. Det drejer sig om en særdeles heterogen gruppe, som det dog ved analysen af indlæggelser på psykiatriske afdelinger har vist sig at være meget praktisk at sammenfatte. Det drejer sig om personer, hvis psykiske konstitution på en eller anden måde er svækket, således at de ved belastning let kommer til at reagere med kortvarige abnormtilstande, som kan bringe dem ind på psykiatrisk afdeling; ofte drejer det sig om småbegavede eller karakterafvigende personer.

De forskellige diagnosegrupper fordeler sig på ret karakteristisk måde over aldersskalaen. I de yngste grupper dominerer de skizofrene sammen med de reaktive lidelser, der imidlertid også spiller en rolle blandt de noget ældre. De manio-depressive har deres højeste frekvens efter 70-årsalderen, medens de organiske hjernelidelser (der jo indbefatter den senile demens og den arteriosclerotiske hjernelidelse) tiltager stærkt i de højeste aldersklasser.

I tabel 6a og 6b er de samme 5 diagnosegrupper sat i relation til totalbefolkningen i Århus amt inddelt efter alder (befolkningen opgjort pr. 1.1.76. jævnfør statistisk tabelværk 1976: II). Det vil ses, at de 430 psykisk lidende plejehjemsbeboere udgjorde 2.03‰ af den mandlige befolkning over 15 år, de 867 psykisk lidende kvinder 3.94‰ af den kvindelige befolkning over 15 år. Beregnet med hele amtets befolkning som baggrund bliver de tilsvarende prævalenstal 1.54‰ og 3.05‰.

Tabel 7 viser resultatet af forsøg på at inddele de psykisk lidende beboere efter *demensgrad*. Det vil ses, at de to grupper, der indbefatter de psykisk lidende beboere, som slet ikke er demente, og dem, hvis demens kun viser sig ved en let hukommelsessvækkelse, tilsammen omfatter over halvdelen af de psykisk lidende.

Af tabel 8 fremgår, hvor stor en del af de

psykisk lidende det pågældende hjem leddelse *ønsker flyttet* fra hjemmet; det drejer sig om 260 af de 1297, d.v.s. 20%. Det er påfaldende, at de skizofrene er blandt dem, der åbenbart er mest velaccepteret, hvormod beboere med karakterafvigelser eller psykogene sindslidelser tydeligvis frembyder store problemer, som gør dem uegnede til at blive, hvor de er.

Af tabel 9 kan ses, hvorledes de psykisk lidende beboere, som skønnedes *dårligt placerede* på deres nuværende opholdssted, foreslås placeret i stedet. Denne fordeling illustreres af første kolonne. Af anden kolonne fremgår, hvorledes de øvrige psykisk lidende beboere burde have været placeret, såfremt der i øjeblikket forelå en *visitationssituation*. Kolonnen illustrerer altså, hvor de pågældende efter deres tilstand ville høre hjemme. Når det alligevel skønnes, at de bør forblive, hvor de er, skyldes det i de fleste tilfælde, at de på grund af et langvarigt ophold på institutionen har opnået en sådan tilknytning til denne, at flytning skønnes inhuman. Tillige kunne der være tale om, at flytning til en i og for sig mere velegnet institution ville bringe beboeren på for lang afstand fra hjemegn og pårørende. Det drejer sig ialt om 289 beboere, som egentlig ikke burde være på A- eller B-hjem, d.v.s. 22.3% af samtlige psykisk lidende beboere.

Det vil ses, at der i tabel 9 opereres med 2 institutionstyper, som har specielle, ikke officielt anerkendte betegnelser: »lille-c-institution« og »lille-å-institution«; som »lille-c« betegnes små institutioner (med 10-15 pladser), som er særligt indstillet på at huse patienter med kroniske psykoser eller andre indgribende, længerevarende psykiske abnormtilstande uden specielt alderspræg. Når man ønsker at understrege behovet for sådanne institutioner, skyldes det dels, at man under plejehjemsundersøgelsen har fundet nogle få hjem af denne type, som virkelig synes at opfylde en vigtig mission, dels at det forekommer klart, at patienter af de omtalte typer ikke er egnede til anbringelse på C-hjem. der fortrinsvis huser konfuse og demente patienter. På samme måde er man kommet til at opleve et behov for mindre institutioner for ikke revaliderbare lettere åndssvage og sinker.

Tabel 10 illustrerer for de enkelte diagno-

segrupper, hvorledes samtlige 1297 psykisk lidende beboere burde placeres, hvis de nu befandt sig i en Visitationssituation. Det fremgår, at netop de skizofrene ofte skønnes egnede til lille-c-institutioner, hvorimod flertallet af de manio-depressive skønnes egnede til A- eller B-plejehjem. En relativt stor del af patienter med organisk hjernelidelse skønnes bedst egnede til C-hjem.

Af tabel 11 fremgår, i hvilken udstrækning der for de enkelte diagnosegrupper er behov for specialkyndig psykiatrisk assistance, enten gennem konsulent eller mid-

lertidig indlæggelse på psykiatrisk afdeling. Det ses, at sådant behov især er til stede for de manio-depressive og de skizofrene, men også i betydelig udstrækning for patienter med psykogen psykose, neurose og karakterafvigelse. Behovet føles mindre for de egentlige aldersbetingede lidelser.

Ser vi herefter på, hvorledes enkelte **kriterier** påvirker hjemmenes indstilling til, hvorvidt en psykisk lidende beboer skal flyttes eller ej, fremgår blandt andet følgende:

Det samlede antal personer på hjemmene, hvis adfærd på grund af psykose var ufordragelig og/eller støjende.....	127	
Heraf ønskede hjemmet at flytte.....	79	= 62%
Det samlede antal personer på hjemmene, hvis adfærd på grund af karakterafvigelse var ufordragelig.....	73	
Heraf ønskede hjemmet at flytte.....	31	= 43%
De resterende psykisk lidende personer på hjemmene, som ikke kan betegnes som støjende eller ufordragelige.....	1097	
Heraf ønskede hjemmet at flytte.....	150	= 14%
Omvendt:		
Blandt de i alt 260 personer, som hjemmet ønskede flyttet, udgjorde personer, hvis adfærd på grund af psykose var støjende og/eller ufordragelig.....	79	eller 30%
Personer, der var ufordragelige på grund af karakterafvigelse.....	31	eller 12%
Personer, der ikke var støjende eller ufordragelige.....	150	eller 58%

Resultaterne af undersøgelsen vedrørende *psykiatriske patienter på de somatiske sygehuse i Århus amt samt psykiatriske plejepatienter på de psykiatriske afdelinger og hospitaler med tilhørende plejehjem* samt psykiatriske hospitaler uden for Århus amt i det omfang, det drejer sig om patienter hjemmehørende i Århus amt, fremgår af tabel 12.

Henvendelserne til *kommunerne* i Århus amt har givet til resultat, at der den 10.3.76 befandt sig følgende antal personer på *venteliste til plejehjem* af de 3 nævnte kategorier:

Tabel X				
	A-hjem	B-hjem	C-hjem	I alt
Mænd	183	251	45	479
Kvinder	268	433	75	776
I alt	451	684	120	1255

Endvidere fremgik det af kommunernes besvarelser, at der på nævnte dato i Århus amt befandt sig følgende antal *personer i eget hjem*, om hvilke det gjaldt, at de overvejende på grund af psykisk lidelse havde *behov for anbringelse på plejehjem* af en af de 3 nævnte kategorier, men *ikke* var opført på nogen *venteliste*:

Tabel Y				
	A-hjem	B-hjem	C-hjem	I alt
Mænd	1	7	22	30
Kvinder	2	13	26	41
I alt	3	20	48	71

Det skal bemærkes, at de i tabellerne X og Y indeholdte tal må anses for at være be-
hæftet med stor usikkerhed. For venteli-

sterne gælder det, at de kan indeholde personer, som p.t. befinder sig f.eks. på psykiatrisk hospital og derfor også indgår i statistikkerne fra disse. Tallene vedrørende plejehjeminstitutionstrængende personer, der befinder sig i eget hjem uden at være opført på venteliste, er selvsagt behæftet med endnu større usikkerhed, idet kommunernes kendskab til sådanne personer må være utilstrækkeligt og især varierende fra kom-

mune til kommune. Ikke desmindre må tallene siges at være så store, at de afspejler et ganske betragteligt latent behov.

På grundlag af kommunebesvarelserne er 91 plejehjem i det øvrige Danmark (d.v.s. uden for Århus amt) forespurgt vedrørende i alt 140 beboere, hjemmehørende i Århus amt. Resultatet af denne enquete fremgår af tabel Z.

Tabel Z

140 personer hjemmehørende i Århus amt, men anbragt på plejehjem udenamts i juni 1976.

	Ingen psykisk lidelse	Psykisk lidende - men skønnes dog relativt velplaceret	Psykisk lidende - og burde placeres anderledes	I alt
Antal personer	70	60		134*)

*) 6 personer var døde inden juni 1976.

Ser man herefter på, hvor stort det samlede behov for pladser på C-hjem (incl. lille-c) må antages at være i Århus amt, når man ved en sammenfatning af tallene i tabellerne 9, 12, X og Y til en sum på 608 pladser (tabel 9: 281 + 46, tabel 12: 113, tabel X: 120, tabel Y: 48). Herved må tages i betragtning den omtalte mulige overlapning mellem de fra kommunerne opgivne ventelistetal (tabel X) og de fra institutioner under sygehusvæsenet opgivne antal af C-egnede patienter. Selv om denne overlapning skulle være total - hvad den med sikkerhed ikke er - kan behovet for C-pladser p.t. beregnes til minimalt ca. 500. Det må skønnes, at overlapningen næppe overstiger 20, således at behovet formentlig ligger væsentlig nærmere ved 600 end ved 500, altså svarende til ca. IVcc af befolkningen.

Spørgsmålet om, hvorvidt der fra disse tal kan generaliseres til behovet for C-hjem i hele landet, må nok - under hensyn til materialets ret betydelige omfang - i det væsentlige besvares bekræftende.

Undersøgelsen i Ringkøbing amt.

Undersøgelsen indledtes med et orienteringsmøde på plejehjemmet i Brande, ved hvilket social- og sundhedsforvaltningen samt sygehusforvaltningen var repræsenteret, ligesom embedslæger og forskellige plejehjemsledere. 7 plejehjem i amtet blev udpeget som tilsammen udgørende et nogenlunde repræsentativt udsnit. Efter mødet foretoges i fællesskab en gennemgang af klientellet på plejehjemmet i Brande, og de relevante kriterier diskuteredes. I de følgende måneder foretoges undersøgelser på yderligere 6 plejehjem efter samme fremgangsmåde som den, der var anvendt i Århus amt. Resultaterne fremgår af tabel 13. Af de 294 beboere, der udgjorde 11% af samtlige plejehjemsbeboere i amtet, skønnedes de 120 (41%) at være psykisk lidende, og de 13 af disse (4%) skønnedes ikke at være velanbragt.

Det er bemærkelsesværdigt, at så relativt få af de psykisk lidende vurderedes som ikke velanbragt, og dette til trods for, at graden af psykisk lidelse alt i alt ikke på nogen måde var mindre udtalt, end hvad der

var fundet at være tilfældet på plejehjem i Århus amt i al almindelighed. Medvirkende til dette forhold er formentlig, at en relativt stor del af personalet har nogen psykiatrisk uddannelse, men muligvis også en relativt stor tolerance over for psykiatiske patienter.

Med hensyn til repræsentativitetsspørgsmålet kan bemærkes, at plejehjemmet i Borbjerg, hvis ledende funktionærer havde særlig god psykiatrisk uddannelse, i nogen grad havde specialiseret sig i at modtage psykisk lidende beboere, men disse udgjorde dog kun 13 af de 22 beboere. Til sammenligning kan anføres, at plejehjemmet Thorshøj i Holstebro blandt 56 beboere havde 36, der skønnedes at være psykisk lidende, uden at der vidstes at være særlige visitationsmæssige forhold, der kunne forklare dette.

Såfremt man på grundlag af resultaterne fra de 7 omtalte plejehjem, der formodes at være repræsentative for plejehjem i Ringkøbing amt, skulle generalisere, måtte det altså antages, at ca. 41% af de ca. 2700 plejhjemsbeboere i amtet skulle være psykisk lidende, d.v.s. i alt 1081 personer. Antallet af personer bosiddende i Ringkøbing amt og indlagt på psykiatrisk hospital eller plejehjem under psykiatrisk hospital, udgjorde i marts 1976 337; lægges dette tal til de psykisk lidende plejhjemsbeboere fås i alt 1418 personer, som på grund af psykisk lidelse er anbragt på institution, d.v.s. 5,6% af amtets befolkning.

Til sammenligning tjener, at af Århus amts indbyggere var samtidig 1297 på grund af psykisk lidelse anbragt på plejehjem inden for amtets grænser og 64 personer af samme grund på plejehjem andetsteds, i alt 1361 personer. På psykiatiske afdelinger og hospitaler og disse plejehjem, befandt sig 1074 personer bosiddende i Århus amt, i alt altså 2435 institutionaliserede psykiatiske patienter, svarende til 4,3% af amtets befolkning.

Gyldigheden af en sammenligning mellem de 2 amter er naturligvis afhængig, dels af de undersøgte Ringkøbing-plejhjems repræsentativitet for amtets plejehjem, dels af, at den i de to amter anvendte undersøgelsesteknik er den samme. Med hensyn til det sidste punkt skulle der næppe være nævneværdige fejlmuligheder, idet det er de

samme undersøgere, der har besøgt plejehjemmene i begge amter; undersøgelsen i Ringkøbing amt blev foretaget på et tidspunkt, da undersøgelsen i Århus amt var vel indarbejdet, og kriterierne lå så fast, som sådanne overhovedet kan ligge. Med hensyn til repræsentativitetsspørgsmålet må som nævnt antages, at de 7 plejehjem er udvalgt således, at de er så repræsentative som muligt. Alligevel kan tilfældigheder naturligvis have bevirket, at andelen af psykiatiske patienter på undersøgelsestidspunktet afveg i den ene eller den anden retning fra det for hele amtet gældende gennemsnit. Hertil kommer, at det har vist sig, at aldersfordelingen for beboerne på de 7 plejehjem afviger noget fra aldersfordelingen blandt beboerne på samtlige plejehjem i Ringkøbing amt (hvilken sidste fordeling ligger meget tæt ved den, der gælder for beboerne på plejehjemmene i Århus amt); der er en vis forskydning imod de yngre aldersklasser, hvilket igen kan forklare en noget større repræsentation af psykisk lidende personer.

Der findes imidlertid visse muligheder for sammenligninger med tidligere undersøgelser af plejhjemsklientellet i Ringkøbing amt. I »Rapport fra samarbejdsorganet for de 18 kommuner i Ringkøbing amt, aldersdoms- og plejehjem, fra september 1971 til november 1973«, findes i bilag 6 en opgørelse over en række symptomer hos beboerne på 16 aldersdoms- og plejehjem i amtet. I denne opgørelse findes ganske vist ikke alle psykiatiske symptomer medtaget, men dog nogle af de vigtigste og hyppigste, idet det fremgår, hvor mange af beboerne, der led af følgende afvigelser: periodisk konfusion; moderat demens (desorienteret); sværere demens (rodende); sværere demens (griset, hallucineret). 188 af de 589 beboere faldt ind under en af disse grupper, d.v.s. 32%. Når hertil kommer, at som nævnt ikke alle psykiske symptomer er medtaget, er afvigelsen fra de ved nærværende undersøgelse gjorde fund næppe stor. Det skal bemærkes, at 4 af de 16 hjem er identiske med 4 af de 7, som blev udvalgt til nærværende undersøgelse; på disse 4 hjem fandtes efter de ovennævnte kriterier 38% psykisk lidende. Lægges hertil personer med psykiske symptomer, som ikke hører til de 4 nævnte grupper, kommer man givetvis op på et tal, der snarest ligger over de 41%, som ved

nærværende undersøgelse fandtes for de 7 undersøgte hjem som helhed; på de omtalte 4 hjem fandtes ved undersøgelsen i 1976 36% psykisk lidende, hvilket giver en formodning om, at man ved denne undersøgelse i hvert fald ikke har defineret begrebet »psykisk lidende« videre, end hvad der har været gældende ved undersøgelsen i 1972.

Andre sammenligningsmuligheder fremgår af tabellerne 16 og 17. Tabel 16 viser de psykisk lidende beboere på plejehjem i de 2 amter fordelt efter grad af psykiatrisk plejebestand. Det ses, at fordelingen er praktisk talt den samme i de to amter. Af tabel 17 fremgår en tilsvarende god overensstemmelse med hensyn til behov for psykiatrisk konsulentbistand eller midlertidig indlæggelse på psykiatrisk institution.

Det må være rimeligt at søge at skønne over, hvor store fejlmulighederne i værste fald kunne tænkes at være. Når man har fundet, at 41% af beboerne var psykisk lidende, må det nok - al usikkerhed taget i betragtning - siges at være usandsynligt, at gennemsnittet for amtet skulle være under 35%, men selv om man går så vidt som til at antage, at andelen skulle være af samme størrelse som på de århusianske plejehjem, nemlig 26,8%, når man derved kun ned på i alt ca. 1060 institutionaliserede psykiatiske patienter i Ringkøbing amt, svarende til 4,2‰ af befolkningen, altså praktisk talt det samme som de 4,3‰, som med sikkerhed kunne siges at være gældende for Århus amts befolkning.

Sammenligningen mellem Ringkøbing og Århus amter viser altså, at man ikke af den omstændighed, at hospitaliserede psykiatiske patienters frekvens er væsentlig lavere i Ringkøbing amt end i Århus amt, kan drage den slutning, at institutionaliseringen af psykiatiske patienter er mindre udtalt i Ringkøbing end i Århus, tværtimod; det drejer sig blot om anvendelse af forskellige institutionstyper. På den anden side kan man ikke uden videre af den kendsgerning, at der i Ringkøbing amt er langt flere institutionaliserede psykiatiske patienter end i Århus amt, drage den slutning, at behovet for institutionspladser til sådanne patienter er så meget større i Ringkøbing amt. Der skal således erindres om, at der i Århus amt befinder sig ikke mindre end 1255 personer på venteliste til plejehjem, heraf 120 til

C-hjem, samtidig med at der blandt de patienter, der er indstillet til A- eller B-hjem, sikkert også befinder sig en hel del, hvis plejebestand først og fremmest skyldes psykiatiske årsager. Tilsvarende tal foreligger p.t. ikke for Ringkøbing amts vedkommende, men der er dog næppe tvivl om, at det for tiden er væsentligt lettere at komme på plejehjem i Ringkøbing amt end i Århus amt, ligesom det for Ringkøbing amts indbyggere også er lettere at komme på psykiatrisk hospital eller afdeling. Tages der hensyn til disse faktorer, er der alt i alt næppe grundlag for at antage, at institutionaliseringsbehovet for psykiatiske patienter frembyder væsentlige forskelle mellem de to amter.

Sammenligner man de her fremlagte tal med dem, der foreligger for *Københavns kommunes* vedkommende, og går man ud fra, at tilbøjeligheden til at anbringe psykiatiske plejepatienter under socialvæsenet er lidet udtalt i Københavns kommune, må man drage den slutning, at forskellen med hensyn til frekvensen af institutionalisering af psykiatiske patienter ikke er nær så stor som antaget og vel næppe større, end hvad der kan ses som en rimelig følge af rent demografiske forhold i Københavns kommune, først og fremmest karakteriseret ved, at det drejer sig om en kommune, hvis indbyggertal er hurtigt faldende.

Når der er så stor forskel mellem de tre landområder med hensyn til anbringelse af psykiatiske plejepatienter på institution, er det nærliggende at spørge, om nogen af de 3 administrationsmåder er at foretrække for de andre. Dette spørgsmål må besvares såvel fra et behandlingsmæssigt, et plejemæssigt som et økonomisk synspunkt. Ser man på situationen i Københavns kommune, er der selvsagt ingen tvivl om, at plejepatienter anbragt under sygehusvæsenet behandlingsmæssigt vil kunne få mindst lige så gode forhold, som de ville få under socialvæsenet. Miljømæssigt vil et hospitalsteren dog næppe altid byde de samme muligheder som dem, der kan stå til rådighed for socialvæsenets institutioner, og det må vel også siges, at nyere tiders sociale institutioner ofte indretningsmæssigt befinder sig på et højere niveau, end hvad der er almindeligt under sygehusvæsenet, ligesom socialvæsenet synes at have haft mere held med

hensyn til opnåelse af passende personale-normering, end hvad der har været tilfældet inden for sygehusvæsenet (ikke mindst under statshospitalerne). Som følge heraf er nyere plejehjem under socialvæsenet da også væsentligt dyrere i drift end plejehjem under sygehusvæsenet.

Hvad den psykiatriske behandlings kvalitet angår, kan det ikke undgås, at en del plejehjem under socialvæsenet må stå tilbage. Kun få af dem har fast psykiatrisk konsulent, og på mange af dem savnes personale med uddannelse i psykiatrisk pleje. Den på sådanne plejehjem ofte tilstedeværende prisværdige tilbøjelighed til at ville beholde psykiatriske patienter, selv om de er til ulempe for omgivelserne, kunne understøttes i væsentlig grad, såfremt der var bedre adgang til psykiatrisk konsulentvirksomhed.

Når man søger at danne sig et billede af, hvilke institutioner man *i fremtiden* bør have til rådighed for de psykiatriske plejepatienter, kan man kun delvis drage slutninger fra det klientel, som i øjeblikket befinder sig på plejehjem og hospitaler. En ikke ringe del af disse patienter hører til en type, som efterhånden vil formindskes i antal. Det er patienter, som har fået deres sindslidelse på et tidspunkt, da terapien var langt mindre effektiv, end den har været de sidste årtier, og som derfor er gået glip af mulighed for resocialisering og nu om stunder ikke kan have nævneværdig gavn af en mere speciel psykiatrisk terapi med revaliderende sigte. Til trods for, at der således er en del psykiatriske patienter, som nu i modsætning til tidligere næppe vil nå frem til et plejekræ vende stadium, må det understreges, at en anden meget stor del af plejepatienterne, nemlig de, der lider af aldersbetingede psykiske sygdomme, næppe vil aftage i antal, men tværtimod tiltage som følge af forskydningen i befolkningens aldersfordeling. Behovet for passende afdelinger til disse patienter er endnu langt fra opfyldt, og det vil givetvis tiltage. Flere C-hjem vil være fornødne. Det er imidlertid under forløbet af nærværende undersøgelse blevet helt klart, at det, man bør tilstræbe, er oprettelse af relativt små C-afdelinger i tilslutning til eksisterende A- eller B-hjem, således at de pågældende patienter bedre kan bevare kontakten med deres pårørende, end

tilfældet vil være, såfremt man samler C-patienterne på større hjem, der skal dække et stort landområde. Et i behandlingsmæssig henseende meget vigtigt moment bør stadig have in mente: Uanset at disse aldersbetingede lidelser i princippet er fremadskridende, er det dog således, at henvend halvdel af patienterne, nemlig de, der lider af cerebral arteriosclerose, kan have aktiv behandling behov med revaliderende foranstaltninger i de gode perioder.

Hvad de først omtalte grupper af psykiatriske plejepatienter angår, - de patienter, som ikke lider af egentlige aldersbetingede lidelser, - vil antallet af dem som nævnt sikkert aftage; men der vil dog restere så mange patienter af denne type, at bevarelsen respektive oprettelsen af små psykiatriske plejehjem af hjemlig karakter vil være meget ønskelig.

Der havde nok på forhånd været nogen forventning om, at et betragteligt antal af plejhjemsbeboere måtte have chance for at blive placeret på anden måde: i eget hjem med hjemmehjælp, i kollektiv, beskyttet bolig eller lignende. Undersøgelsen har dog kun kunnet finde frem til et meget begrænset antal beboere af denne type, hvilket må ses i sammenhæng med, at disse patienter allerede visitationsmæssigt for størstedelen er skåret fra, og at der desuden igennem længere tid har gjort sig bestræbelser gældende for at få sådanne beboere skrevet ud. Alt i alt er klientellet på plejhjemmene da efter personalets samstemmende vidnesbyrd i de senere år blevet væsentligt tungere og derfor også mere **personalekræ** vende. Dette giver sig blandt andet udslag i den kendsgerning, at hjem, der oprindeligt er betragtet som rene B-hjem, efterhånden mere og mere har antaget karakter af A-hjem.

Hvad endelig de egentlige **hospitalsplejehjem** angår, må det skønnes, at behovet for sådanne i Århus amt på nuværende tidspunkt i det store og hele er tilfredsstillende dækket. Det antal patienter, som befinder sig på hospital og burde være på H-hjem, opvejes af det antal, som befinder sig på H-hjem, men kunne være på almindelige plejehjem. På dette punkt kan der imidlertid ikke generaliseres til andre amter, idet Århus amt er relativt rigeligt forsynet med H-hjem, medens nogle andre amter har for få eller slet ingen H-hjemspladser. For

landet som helhed må det antages, at antallet af pladser på H-hjem er tilstrækkeligt, men dels er disse hjem altså meget ujævnt fordelt, dels er de for nogles vedkommende uheldigt placeret, således at udnyttelsen af dem ikke bliver så god, som den kunne være.

Ved indsamlingen og bearbejdelsen af undersøgelsens materiale er der ydet bistand fra forskellige sider:

Ved undersøgelsens begyndelse deltog amtslæge Jørgen Lambertsen, Randers, 1. reservelæge Peer Liisberg (Psykiatrisk Hospital i Århus) samt hjemmesygeplejerskerne Asta Jensen og Anette Lassen (Kvindehospitalet, Psykiatrisk Hospital i Århus) i nogle af besøgene på plejehjemme-

ne. I mange tilfælde medvirkede foruden plejehjemmenes personale også de tilknyttede praktiserende læger.

Programør Søren Skadhede, Institut for psykiatrisk demografi, (chef: overlæge, dr. med. Annalise Dupont) har gennemført den datamatiske behandling af materialet, og sekretærarbejdet er blevet udført af sekretærer ved nævnte institut og ved Kvindehospitalet, Psykiatrisk Hospital i Århus.

Det har været af stor betydning, at alle de nævnte tillige med de implicerede kommunale og amtskommunale instanser har vist stor forståelse for og handlekraftig medvirken til gennemførelsen af den ofte noget forcerede undersøgelse.

Tabel I.

Fordeling af personer, boende på plejehjem i Århus amt d. 10.3.1976 med hjemsted i Århus amt, efter køn og alder.

Alder	Mænd		Kvinder		Mænd + kvinder	
	Antal	% af mandlige beboere	Antal	% af kvindelige beboere	Antal	% af alle beboere
-29	7	0,4	2	0,1	9	0,2
30-34	10	0,6	2	0,1	12	0,2
35-39	3	0,2	2	0,1	5	0,1
40-44	9	0,5	8	0,3	17	0,4
45-49	9	0,5	18	0,6	27	0,6
50-54	21	1,2	27	0,9	48	1,0
55-59	41	2,4	50	1,6	91	1,9
60-64	58	3,4	66	2,1	124	2,6
65-69	95	5,6	143	4,6	238	4,9
70-74	190	11,1	324	10,3	514	10,6
75-79	277	16,2	558	17,8	835	17,3
80-84	447	26,2	874	27,9	1.321	27,3
85-89	364	21,3	710	22,7	1.074	22,2
90-94	144	8,4	305	9,7	449	9,3
95-99	29	1,7	40	1,3	69	1,4
100-	2	0,1	3	0,1	5	0,1
I alt	1.706	99,8	3.132	100,2	4.838	100,1
	35% af Mænd + Kvinder		65% af Mænd + Kvinder			

Tabel 2.
De psykisk lidende beboere på plejehjem i Århus amt med hjemsted i Århus amt fordelt efter køn og alder.

Alder	Mænd		Kvinder		Mænd + Kvinder	
	N	%	N	%	N	%
-49	16	3,7	16	1,8	32	2,5
50-54	11	2,6	16	1,8	27	2,1
55-59	21	4,9	25	2,9	46	3,5
60-64	37	8,6	40	4,6	77	5,9
65-69	43	10,0	65	7,5	108	8,3
70-74	57	13,3	113	13,0	170	13,1
75-79	60	14,0	161	18,6	221	17,0
80-84	90	20,9	225	26,0	315	24,3
85-89	63	14,7	145	16,7	208	16,0
90-94	28	6,5	52	6,0	80	6,2
95+	4	0,9	9	1,0	13	1,0
I alt	430	100,1	867	99,9	1.297	99,9

Tabel 3.
Forekomsten af psykisk lidelse blandt beboere på Århus amts plejehjem, fordelt efter køn og alder.

Alder	Mænd			Kvinder		
	Psykisk lidende	Samtlige beboere	Psykisk lidende i % af samtlige	Psykisk lidende	Samtlige beboere	Psykisk lidende i % af samtlige
-49	16	38	42,1	16	32	50,0
50-54	11	21	52,4	16	27	59,2
55-59	21	41	51,2	25	50	50,0
60-64	37	58	63,8	40	66	60,6
65-69	43	95	45,3	65	143	45,5
70-74	57	190	30,0	113	324	34,9
75-79	60	277	21,7	161	558	28,9
80-84	90	447	20,1	225	874	25,7
85-89	63	364	17,3	145	710	20,4
90-94	28	144	19,4	52	305	17,0
95+	4	31	12,9	9	43	20,9
Alle aldersklasser	430	1.706	25,2	867	3.132	27,7

Tabel 4.

De psykisk lidende beboere på plejehjem i Århus amt med hjemsted i Århus amt fordelt efter køn og diagnose.

Diagnose	Mænd		Kvinder		Mænd + kvinder	
	N	%	N	%	N	%
Skizofreni	20	4,7	26	3,0	46	3,5
Manio-depressiv psykose	24	5,4	128	14,8	152	11,7
Dementia senilis	96	22,3	277	31,9	373	28,8
Arteriosclerosis cerebri	99	23,0	153	17,6	252	19,4
Hjernesyfili	1	0,2	0	0,0	1	0,1
Epilepsi	5	1,2	4	0,5	9	0,7
Anden organisk hjernelidelse	21	4,9	32	3,7	53	4,1
Psykogen sindssygdom	12	2,8	27	3,1	39	3,0
Neurose	20	4,7	51	5,9	71	5,5
Karakterafvigelse	50	11,6	66	7,6	116	8,9
Oligofreni	48	11,2	54	6,2	102	7,9
Alkoholisme	14	3,3	4	0,5	18	1,4
Medicinemisbrug	0	0,0	2	0,2	2	0,2
Uklassificerbar sindssygdom	16	3,7	31	3,6	47	3,6
Andre diagnoser	4	0,9	12	1,4	16	1,2
I alt	430	99,9	867	100,0	1.297	100,0

Tabel 5.

De psykisk lidende beboere på plejehjem i Århus amt med hjemsted i Århus amt fordelt efter køn, alder og diagnose.

Alder	Skizofreni		Manio-depressiv psykose		Organiske hjerne-lidelser		Reaktive lidelser		Andre lidelser		Ialt	
	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K
-49	3	1	0	2	2	2	11	10	0	1	16	16
50-54	0	3	0	1	3	1	8	11	0	0	11	16
55-59	4	4	0	3	4	5	13	13	0	0	21	25
60-64	2	2	2	8	11	11	18	17	4	2	37	40
65-69	5	4	4	13	12	26	20	21	2	1	43	65
70-74	4	7	8	23	19	40	24	38	2	5	57	113
75-79	2	1	4	25	37	94	17	33	0	8	60	161
80-84	0	2	3	30	58	139	23	40	6	14	90	225
85-89	0	2	3	16	52	99	5	19	3	9	63	145
90-94	0	0	0	7	21	41	4	1	3	3	28	52
95+	0	0	0	0	3	8	1	1	0	0	4	9
I alt	20	26	24	128	222	466	144	204	20	43	430	867

Tabel 6 a.

De psykisk lidende beboere på Århus amts plejehjem fordelt efter køn, alder og diagnose, i antal og i rater per 100.000 af befolkningen i Århus amt i de pågældende aldersgrupper.

Mænd

Alder	Skizofreni		Manio-depressiv psykose		Organiske hjernelidelser		Reaktive tilstande		Andre tilstande		Alle diagnoser	
	Antal	Rate pr. 100.000	Antal	Rate pr. 100.000	Antal	Rate pr. 100.000	Antal	Rate pr. 100.000	Antal	Rate pr. 100.000	Antal	Rate pr. 100.000
15-19	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
20-24	—	—	—	—	—	—	1	4	—	—	1	4
25-29	1	4	—	—	—	—	2	8	—	—	3	11
30-34	—	—	—	—	—	—	1	4	—	—	1	4
35-39	—	—	—	—	—	—	2	12	—	—	2	12
40-44	—	—	—	—	1	7	2	14	—	—	3	21
45-49	2	14	—	—	1	7	3	22	—	—	6	43
50-54	—	—	—	—	3	21	8	55	—	—	11	76
55-59	4	28	—	—	4	28	13	92	—	—	21	148
60-64	2	15	2	15	11	85	18	139	4	31	37	286
65-69	5	43	4	34	12	102	20	171	2	17	43	367
70-74	4	46	8	92	19	218	24	276	2	23	57	654
75-79	2	36	4	72	37	666	17	306	—	—	60	1.080
80-84	—	—	3	90	58	1.735	23	688	6	179	90	2.692
85-89	—	—	3	218	52	3.782	5	364	3	218	63	4.582
90-94	—	—	—	—	21	4.084	4	1.070	3	802	28	7.487
95+	—	—	—	—	3	6.000	1	2.000	—	—	4	8.000
Alle aldersklasser 15+	20	9	24	11	222	105	144	68	20	9	430	203

Oplysning om baggrundsbefolkningen i Århus amt pr. 1.1.1976 er hentet fra Statistisk tabelværk 1976: II

Tabel 6 b.

De psykisk lidende beboere på Århus amts plejehjem fordelt efter køn, alder og diagnose, i antal og i rater per 100.000 af befolkningen i Århus amt i de pågældende aldersgrupper.

Kvinder

Alder	Skizofreni		Manio-depressiv psykose		Organiske hjernelidelser		Reaktive tilstande		Andre tilstande		Alle diagnoser	
	Antal	Rate pr. 100.000	Antal	Rate pr. 100.000	Antal	Rate pr. 100.000	Antal	Rate pr. 100.000	Antal	Rate pr. 100.000	Antal	Rate pr. 100.000
15-19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20-24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25-29	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
30-34	-	-	-	-	1	5	-	-	-	-	1	5
35-39	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
40-44	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
45-49	1	7	2	14	1	7	3	20	-	-	4	27
50-54	3	19	1	6	-	-	7	48	1	7	11	75
55-59	4	27	3	20	5	33	11	71	-	-	16	103
60-64	2	14	8	56	11	77	13	87	-	-	25	167
65-69	4	30	13	97	26	194	17	118	2	14	40	279
70-74	7	64	23	212	40	368	21	157	1	7	65	485
75-79	1	13	25	313	94	1.176	38	350	5	46	113	1.040
80-84	2	42	30	624	139	2.890	33	413	8	100	161	2.014
85-89	2	96	16	768	99	4.750	40	832	14	291	225	4.678
90-94	-	-	7	1.118	41	6.550	19	912	9	432	145	6.958
95+	-	-	-	-	8	9.756	1	160	3	479	52	8.307
							1	1.220	-	-	9	10.976
Alle aldersklasser 15+	26	12	128	58	466	212	204	93	43	20	867	394

Tabel 7.
Psykisk lidende beboere på plejehjem i Århus amt fordelt efter demensgrad.

Ikke demente.....	543 personer 41,9%
Hukommelsessvækkede, men ikke desorienterede.....	204 personer 15,7%
Moderat desorienterede.....	297 personer 22,9%
Svært desorienterede.....	253 personer 19,5%

Tabel 8.
Psykisk lidende beboeres tilpasning til plejehjemmet i relation til diagnose. Århus amt.

Diagnose	Er tilfreds- stillende anbragt	Ønskes flyttet	I alt
Skizofreni	42	4	46
Manio-depressiv psykose	118	34	152
Dementia senilis	289	84	373
Arteriosclerosis cerebri	195	57	252
Hjernesyfilis	1	0	1
Epilepsi	8	1	9
Anden organisk hjernelidelse	35	18	53
Psykogen sindssygdom	29	10	39
Neurose	68	3	71
Karakterafvigelse	89	27	116
Oligofreni	92	10	102
Alkoholisme	16	2	18
Medicinmisbrug	2	0	2
Uklassificerbar sindssygdom	38	9	47
Andre diagnoser	15	1	16
I alt	1.037	260	1.297

Tabel 9.

Psykisk lidende beboere på plejehjem (A- og B-hjem) i Århus amt. Hører hjemme på nedenstående institutionstyper.

Institutionstype	1 Ønskes flyttet	2 Ønskes aktuelt ikke flyttet	3 I alt (1+2)
Eget hjem, pensionistbolig	3	8	11
Hjemme m. dagophold	0	1	1
Beskyttet bolig m. døgnvagt	8	28	36
C-plejehjem (for senile)	126	155	281
H-hjem	33	9	42
Psykiatrisk hospital	17	3	20
Lille c-institution	9	37	46
Åndssvageforsorgsinstitution	5	22	27
Lille å-institution	4	26	30
Alkoholishjem	6	0	6
Blinde- eller døvehjem	1	0	1
I alt, andet end A- el. B-hjem	212	289	501
A- el. B-hjem	48*)	748	796
I alt	260	1.037	1.297

*) Denne gruppe omfatter patienter, der burde flyttes til en anden A- eller B-institution end den aktuelle, eller som ville være velanbragt på A- eller B-institution under forudsætning af konsulentbistand eller midlertidig indlæggelse.

Tabel 10.

Rette visitationsmæssige anbringelse af psykisk lidende beboere på Århus amts pleje', jern med hjemsted i Århus amt, fordelt efter diagnosegruppe.

	Skizo- freni	Manio- depressiv psykose	Organiske hjerne- lidelser	Reaktive lidelser	Andre lidelser	I alt
Hjemme med eller uden dagophold eller beskyttet bolig eller kollektiv	0	12	5	28	3	48
A- eller B-plejehjem	18	115	401	220	42	796
C-plejehjem for senile	3	17	237	17	7	281
Lille c-institution	21	4	5	11	5	46
Psykiatrisk hospitalsplejehjem	2	2	31	5	2	42
Psykiatrisk hospital	2	2	8	5	3	20
Åndssvageforsorgsinstitution	0	0	0	26	1	27
Lille å-institution	0	0	1	29	0	30
Andre institutioner	0	0	0	7	0	7
I alt	46	152	688	348	63	1.297

Tabel II.

Psykisk lidende personer på Århus amts plejehjem med hjemsted i Århus amt, som har brug for enten psykiatrisk konsulentbistand eller *midlertidig* indlæggelse på psykiatrisk hospital, fordelt efter diagnose.

Diagnose	Har brug for psykiatrisk konsulent	Har brug for midlertidig indlæggelse	Ingen af disse (inkluderer »ikke spurgt«)	I alt
Skizofreni	12	5	29	46
Manio-depressiv psykose	65	33	54	152
Dementia senilis	40	18	315	373
Arteriosclerosis cerebri	38	20	194	252
Hjernesyfilis	0	1	0	1
Epilepsi	0	0	9	9
Anden organisk hjernelidelse	7	5	41	53
Psykogen sindssygdom	20	7	12	39
Neurose	17	5	49	71
Karakterafvigelse	24	6	86	116
Oligofreni	4	2	96	102
Alkoholisme	3	0	15	18
Medicinisbrug	0	0	2	2
Uklassificerbar sindssygdom	16	7	24	47
Andre diagnoser	1	1	14	16
I alt	247	110	940	1.297

Tabel 12.

Antal plejepatienter, hjemmehørende i Århus amt, som den 10.3.76 opholdt sig på psykiatriske hospitaler i hele landet, på plejehjem derunder samt på sygehusene i Århus amt, og som skønnes egnede til overflytning til, respektive fortsat ophold på, en af nedennævnte plejehjemskategorier.

Nuværende opholdssted	Psykiatrisk hospital	H-plejehjem	C-hjem	A-hjem	B-hjem	Anden institution
Statshospitalet ved Århus	—	42	82	54	53	6
Plejehjemmene under Statshospitalet ved Århus	—	122	12	37	64	1
Psykiatriske afde- linger i Randers og Silkeborg	—	—	2	—	2	1
Somatiske sygehuse i Århus amt	13	1	12	29	6	3
Psykiatriske insti- tutioner uden for Århus amt	—	16	5	1	1	2
I alt	13	181	113	121	126	13

Tabel 13.
Plejhjemsundersøgelsen i Ringkøbing amt.
Forekomsten af psykisk lidelse blandt beboere på 7 repræsentativt udvalgte A- og B-hjem.

Plejhjem	Beboere i alt	Psykisk lidende	Heraf ikke velanbragt, skønnedes egnet til
Aulum plejhjem	42	14	2: C-hjem 1: Institution under Åndssvageforsorg
De Gamles Hjem, Aulum	46	15	1: C-hjem
Ørbæklund, Brande	35 (+ 20 udenamts)	9	1: C-hjem
Lindegården, Herning (2 af 4 afdelinger)	52	18	2: B-hjem + psyk. indl. el. kons. 1: H-hjem 1: C-hjem
Thorshøj	56	36	1: C-hjem 1: Psyk. hospital 1: Institution under Åndssvageforsorg
Borbjerg	22	13	1: A-hjem + psyk. indl.
Ringkøbing	41	15	0
I alt	294	120 41% af alle	13

Tabel 14.
Befolkningens aldersfordeling i Københavns kommune, Århus amtskommune og Ringkøbing amtskommune pr. 1. januar 1976.

	Københavns kommune		Århus amtskommune		Ringkøbing amtskommune	
Antal indbyggere:	545.350		562.660		254.131	
Indbyggere over 65 år:	117.163	21,5%	70.978	12,6%	29.008	11,4%
Indbyggere over 75 år:	44.646	8,2%	26.295	4,7%	10.706	4,2%

Tabel 15

Sammenligninger mellem Århus og Ringkøbing amter.

I: Procentisk aldersfordeling af samtlige plejehjemsbeboere og af de psykisk lidende beboere i de 2 områder.

Alder	Samtlige beboere				Psykisk lidende			
	Mænd		Kvinder		Mænd		Kvinder	
	Århus	Ringk.	Århus	Ringk.	Århus	Ringk.	Århus	Ringk.
0-64	9,3	14,7	5,8	10,4	19,8	19,6	11,1	12,3
65-74	16,7	21,1	14,9	24,6	23,3	23,9	20,5	27,0
75-84	42,4	32,1	45,7	35,5	34,9	30,4	44,6	32,4
85+	31,6	32,1	33,8	29,5	22,1	26,1	23,7	28,4
I alt	100,0 N 1706	100,0 N 109	100,2 N 3132	100,1 N 183	100,1 N 430	99,9 N 46	99,9 N 867	100,1 N 74

Tabel 16.

De psykisk lidende beboere på plejehjem i Århus og Ringkøbing amt fordelt efter grad af psykiatrisk plejebehov.

	Århus amt		Ringkøbing amt	
	Antal	%	Antal	%
Ringe eller intet psykiatrisk plejebehov	431	33%	41	34%
Moderat psykiatrisk plejebehov	540	42%	57	48%
Svært psykiatrisk plejebehov	326	25%	22	18%
I alt	1.297	100%	120	100%

Tabel 17.

Behov for psykiatrisk konsulentbistand eller midlertidig indlæggelse på psykiatrisk institution blandt plejehjemsbeboere i Århus og Ringkøbing amt.

	Har brug for psykiatrisk kons.		Har brug for indlæggelse		Har brug for enten psyk. kons. eller indlæggelse	
	Antal	% af beboere	Antal	% af beboere	Antal	% af beboere
Århus amt	247	5,1%	110	2,3%	357	7,4%
Ringkøbing amt	18	6,2%	9	3,1%	27	9,3%

Tabel 18.

Psykisk lidende beboere i Århus amt og Ringkøbing amt, fordelt efter aktuelt ønskelig anbringelse og anbringelse i en tænkt Visitationssituation.

	Er dårligt tilpasset, ønskes aktuelt flyttet til en af nedennævnte institutioner				Rette anbringelse i en tænkt visitationssituation, uanset om pt. aktuelt er veltilpasset eller ej			
	Århus		Ringkøbing		Århus		Ringkøbing	
	Antal	% af plejehjemsbeboere	Antal	% af plejehjemsbeboere	Antal	% af plejehjemsbeboere	Antal	% af plejehjemsbeboere
Eget hjem, pensionistbolig, kollektiv m.m. med el. uden dagophold på institution	11	0,2	—	—	48	1,0	10	3,4
C-hjem el. c-hjem	135	2,8	6	2,1	327	6,8	14	4,8
H-hjem eller psykiatrisk hospital	50	1,0	2	0,6	62	1,3	3	1,0
Å-institution	9	0,2	1	0,3	57	1,2	1	0,3
Andet	7	0,1	1	0,3	7	0,1	2	0,7
A- el. B-hjem	48	1,0	3	1,0	796	16,5	90	30,8
I alt	260	5,3	13	4,3	1.297	26,9	120	41,0

Tabel 19.

Samlede antal institutionsanbragte psykiatriske patienter, Århus amt og Ringkøbing amt i marts/april 1976. Antal og rater pr. 1000 indbyggere.

	På psykiatrisk hospital eller H-hjem		På A- eller B-hjem		Tilsammen	
	Antal	pr. 1000	Antal	pr. 1000	Antal	pr. 1000
Århus amt	1.074	1,9	1.361	2,4	2.435	4,3
Ringkøbing amt	337	1,3	1.081	4,3	1.418	5,6

Psykiatrisk service i Københavns kommune.

1. De forskellige institutionstyper. Organisation.

Københavns kommune råder over psykiatriske modtageafdelinger på 4 almindelige (somatiske) hospitaler: Rigshospitalet, Frederiksberg hospital, Kommunehospitalet og Bispebjerg hospital. På Bispebjerg hospital findes endvidere en børnepsykiatrisk og en ungdomspsykiatrisk afdeling.

På Set. Hans hospital ved Roskilde er der 7 almenpsykiatriske afdelinger.

For patienter, der ikke har behov for intensiv psykiatrisk behandling, driver Københavns hospitalsvæsen en række psykiatriske plejehjem/ plejeafdelinger/ plejehospitaler fortrinsvis for senile patienter, hvortil indlæggelse foregår efter indstilling og visitation fra kommunens psykiatriske modtageafdelinger og fra Set. Hans hospital. Nogle af disse plejeinstitutioner udgør en del af Set. Hans hospital.

I tilknytning til Set. Hans hospital er endvidere etableret *patientpensionater*, hvor udskrevne patienter mod betaling kan leje et værelse.

Såvel ved Set. Hans hospital som ved andre af kommunens psykiatriske institutioner er der *daghospitalspladser* og *ambulatorievirksomhed*.

Endelig kan nævnes, at kommunen råder over pladser på *nervesanatorier*.

I *bilag H.I.* er der en oversigt over institutionerne m.v., det normerede antal pladser pr. 1. april 1975, gennemsnitsbelægning samt indlæggelser m.v. i 1974/75.

I *bilag H.2.* er skematisk angivet organisation af den psykiatriske service i Københavns kommune.

2. Særligt om Københavns kommunes psykiatriske plejeinstitutioner.

I *bilag H.3.* er en oversigt over normeret plejepersonale m.v. i 1975/76 ved Køben-

havns hospitalsvæsens psykiatriske plejeinstitutioner.

Det bemærkes, at de institutioner, under hvilke der ikke er anført nogen overlæge, betjenes lægeligt af andre psykiatriske institutioner. Det bemærkes endvidere, at de faktiske personaletal i et vist omfang afviger fra de normerede tal. Nogle af institutionerne betjenes af specialpersonale (f.eks. socialrådgivere) fra andre institutioner, uden at det pågældende personale direkte er »normeret« ved institutionen.

I *bilag HA.* er en oversigt over sygestuernes fordeling efter sengetal på disse institutioner.

Af *bilag H.5.* om Københavns kommunes psykiatriske plejeinstitutioner 1974/75 fremgår bl.a. patientbevægelsen, patienternes aldersfordeling samt diagnoser (indlæggelsesgrunde).

I *bilag H.6.* er der en opgørelse af antal »plejepatienter« på Set. Hans hospitals almenpsykiatriske afdelinger tirsdag den 23. marts 1976. I Københavns kommunes bemærkninger til denne opgørelse er bl.a. anført, at opgørelsen er fremkommet på den måde, at man har anmodet overlægerne om at oplyse, hvilke af de indlagte patienter der måtte skønnes lige så vel at kunne placeres på en af kommunens psykiatriske plejeinstitutioner. Kommunen har endvidere bemærket, at det opgjorte antal »plejepatienter« i betragtning af den usikkerhed, der knytter sig til begreberne »psykiatrisk plejepatient« eller »plejehjemspatient« givetvis må tages med alt muligt forbehold. Man havde endvidere spurgt overlægerne om, hvor stort et antal af de nævnte plejepatienter der af særlige humane grunde - f.eks. fordi de har haft langvarigt ophold på Set. Hans hospital - måtte skønnes ikke at burde overflyttes til plejeinstitution, selv om dette »teknisk« var muligt. Af oversigten fremgår, at dette »meget diffuse og hypotetiske« spørgsmål er besvaret med: 89 i alt.

3. Koordination af psykiatriske plejeinstitutioner under hospitalsvæsenet med plejeinstitutioner under socialvæsenet (bistandsloven).

Københavns kommune har i løbet af den sidste halve snes år successivt gennemført sontring mellem somatiske og psykiatriske *ældre* plejepatienter, idet de sidstnævnte er hospitalsvæsenets opgave for så vidt de skal anbringes på institution (eller daghospital), medens de førstnævnte er socialforvaltningens opgave.

Med hensyn til retningslinierne for denne sontring mellem psykiatriske og somatiske *ældre* plejepatienter samt med hensyn til definitionen af en psykiatrisk plejepatient i øvrigt henvises til *bilag H.7.*: Notat om begrebet »Psykiatrisk plejepatient« m.v.

Der foreligger ingen opgørelser af hvor mange patienter med en psykisk lidelse, der er anbragt på plejehjem under socialvæsenet i Københavns kommune og som er velanbragt dér.

Psykiatrisk service i Københavns kommune.

Institution	1974/1975		
	Normerede pladser pr. 1/4-1975	gennem- snits belægning	Indlæggelser
<i>Psykiatriske modtage afd.:</i>			
Rigshospitalet	30	38	708
Frederiksberg Hosp.	55	60	1214
Kommunehospitalet	85	80	1670
Bispebjerg Hosp.	104	140	3160
sub total	274	318	6752
<i>Almen psykiatriske afd., Sct. Hans Hospital (S.H.H.)</i>			
Afdeling A	156	141	437
Afdeling B	149	121	421
Afdeling C	178	148	536
Afdeling D	296	255	751
Afdeling E	170	148	555
Afdeling F	185	163	325
Afdeling H	148	134	395
sub total	1282	1110	3420
<i>Psykiatriske plejefld. og hospitalet.</i>			
Lindegården, S.H.H.	288	284	76
Avnstrup	230	224	70
Boserup, S.H.H.	162	151	27
Stubberupgård, S.H.H.	60	57	19
Holme, S.H.H.	41	39	18
Solgården	40	39	19
Stenslettegård	55	56	7
Gyvelholm	22	22	3
Gurrelund	70	73	2
Skjoldborg	28	20	5
Ringbo	280	280	90
Brøndbylund	288	286	92
Hedelund ¹⁾	288	123	242
Sundbygård	210	205	192
Øresunds Hospitalet	110	98	35
sub total	2172	1957	897

Institution	1974/1975		
	Normerede pladser pr. 1/4-1975	Igennem- snits belægning	Indlæggelser
<i>Sct. Hans Hospital:</i>			
Beskyttet bolig	14	ca. 14	4
Patient pensionat	58	ca. 58	110
Familiepleje	2	6	1
<i>Bispebjerg Hosp.:</i>			
Ungdomspsykiatri	17	16	84
Børnepsykiatri	48	32	55
<i>Psykiatriske daghospitaler:</i>			
Sct. Hans Hosp.	ca. 188 ²⁾	129	656
Sundbygård	40	35	152
Kommunehospitalet	20	15	160
Øresunds Hospitalet	25	28	125
Rigshospitalet	ca. 9	9	65
Montebello, Gentofte	30	70	475
sub total	ca. 312	286	1633
<i>Nervesanatorier:</i>			
Montebello, Helsingør	36	47	288
Montebello, Spanien	30	10	132
Dianalund	10	12	62
sub total	76	69	482
Overførstergården	29	23	144
Total	ca. 4284	ca. 3889	13582

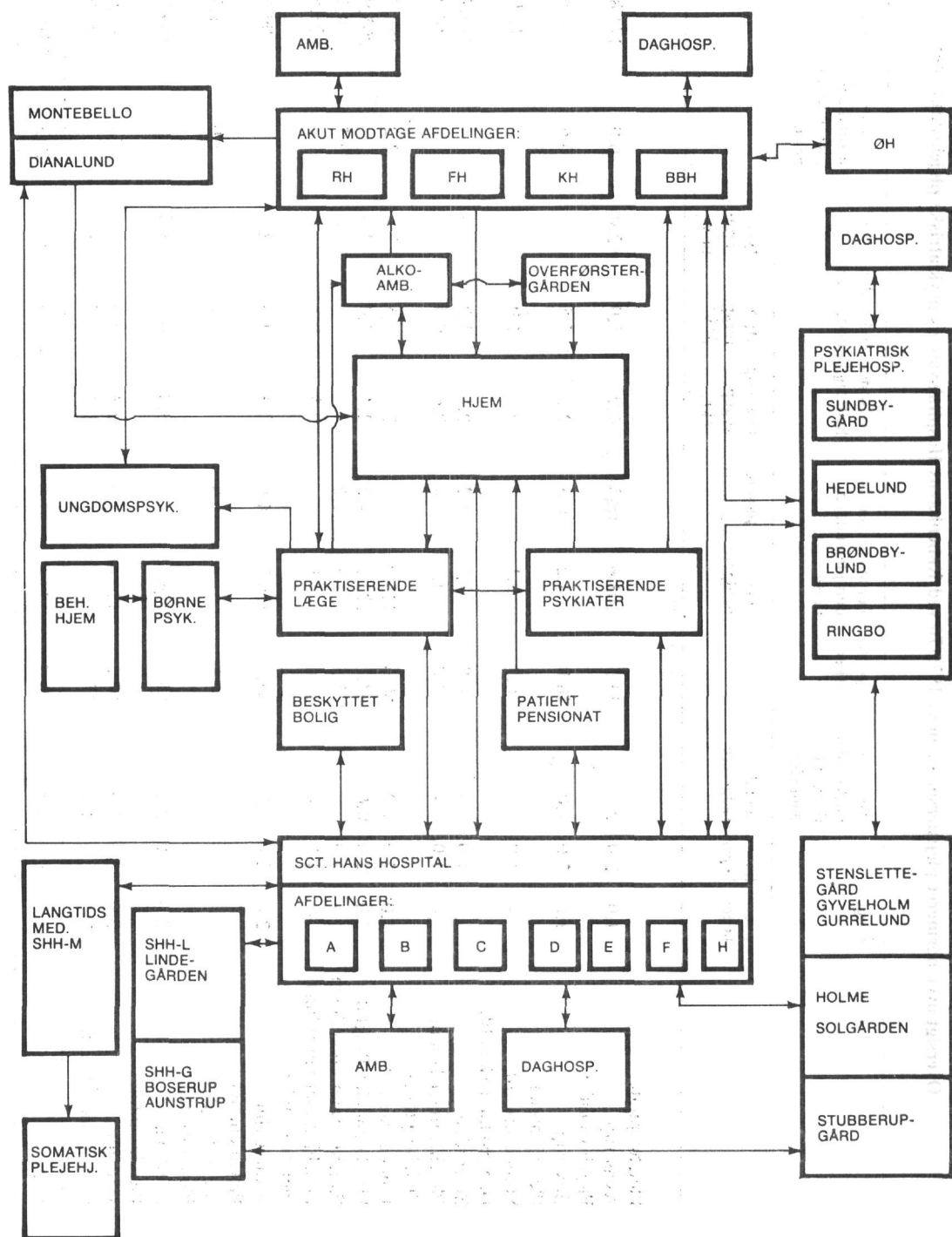
1974/1975		
	Behandlede patienter	Antal konsultationer
<i>Ambulatorievirksomhed:</i>		
Kommunehospitalet	1232	6626
Bispebjerg Hosp. afd. E	—	3230
Bispebjerg Hosp. Børnepsyk.	113	670
Bispebjerg Hosp. Ungdomspsyk.	167	1253
Sct. Hans, Forchhammersvej ³⁾	2383	19845
Amb. for alkoholskadet	1860	17611
Total		49235

1) Dette plejehospital blev åbnet i august 1974 og pr. 1/4-1975 var 216 af 288 pladser taget i brug.

2) Tallet fremkommer ved at dividere det samlede antal »dagpatientmødedage« med 250.

3) På hospitalet i Roskilde er yderligere registreret 2842 behandlinger og 420 behandlede patienter.

Psykiatrisk service i Københavns kommune



Oversigt over normeret plejepersonale m.v. 1975/76 ved Københavns Hospitalsvæsenes psykiatriske plejelinstitutioner.

	Læger		Andre akademiske eller tilsv. uddannelser		Sygeplejersker		Personer med anden uddannelse		Personer med anden sundhedsfaglig uddannelse		Personer u/sundhedsfagl. uddannelse	I alt
	over-læger	hus-læger	social-rådgivere				syge-hjælpere	plejere	læge- og sygepl. sekr.	ergo-terap. m.v.		
Plejehospitalet Avnstrup	1,0	2,0	0,5	33,5	103,6	18,3	1,9	5,0	2,0	6,0	173,8	
Plejehospitalet Boserup	1,0	2,0	1,0	18,0	4,2	50,3	2,2	5,5	—	0,6	84,8	
Plejhjemmet Stubberupgård	—	1,0	—	6,3	9,1	—	0,5	1,0	—	—	17,9	
Den psykiatriske afd. Solgården	—	1,0	—	8,8	3,2	4,2	0,5	1,0	—	—	18,7	
Plejhjemmet Holme	—	1,0	—	4,0	4,0	—	0,6	0,4	—	—	10,0	
Plejehospitalet Lindegården	1,0	2,0	1,0	60,6	115,0	—	2,5	1,5	2,4	2,2	188,2	
Plejehospitalet Ringbo	2,0	2,0	0,6	64,1	123,6	4,2	2,4	3,0	2,0	—	203,9	
Plejhjemmet Gyvelholm	—	1,0	—	5,5	1,1	1,2	—	—	—	0,5	9,3	
Plejhjemmet Gurrelund	—	1,0	—	19,6	4,9	—	0,5	0,5	—	—	26,5	
Plejehospitalet Brøndbylund	2,0	2,0	1,0	65,4	126,8	4,0	2,3	4,0	2,0	—	209,5	
Plejhjemmet Stenslettegård	—	1,0	—	8,8	1,4	9,3	—	—	—	1,0	21,5	
Plejehospitalet Sundbygård	2,0	2,0	2,0	53,6	98,1	—	3,0	6,0	3,0	—	169,7	
Plejehospitalet Hedelund	2,0	2,0	1,0	65,2	124,4	—	2,3	4,0	2,0	—	202,9	
ØH., psyk. plejeafd.	0,5	—	1,0	13,3	59,2	—	1,2	2,7	1,9	—	79,8	
I alt	11,5	20,0	8,1	426,7	778,6	91,5	19,9	34,6	15,3	10,3	1416,5	

Sygestuernes fordeling efter sengetal. Marts 1976.

Institution	Antal senge- pladser	1-sengs	2-sengs	3-sengs	4-sengs	5-sengs	6-sengs	8-sengs	Antal sygestuer
1. Plejehospitalet Avnstrup	237	7	15	14	-	22	8	-	66
2. Plejehospitalet Boserup	159	9	28	4	1	-	13	-	55
3. Plejehjemmet Stubberupgård	60	9	10	3	2	-	1	1	26
4. Den psykiatriske afd. Solgården	40	1	7	4	2	1	-	-	15
5. Plejehjemmet Holme	41	6	5	3	4	-	-	-	18
6. Plejehospitalet Lindegården	288	72	36	-	36	-	-	-	144
7. Plejehospitalet Ringbo	280	30	47	-	39	-	-	-	116
8. Plejehjemmet Gyvelholm	22	-	-	3	2	1	-	-	6
9. Plejehjemmet Gurrelund	70	19	15	7	-	-	-	-	41
10. Plejehospitalet Brøndbylund	288	72	36	-	36	-	-	-	144
11. Plejehjemmet Stenslettegård	55	-	2	1	-	-	8	-	11
12. Plejehospitalet Sundbygård	210	54	42	-	18	-	-	-	114
13. Plejehospitalet Hedelund	288	72	36	-	36	-	-	-	144
14. Øresundshosp. psyk. plejeafd.	104	6	7	-	3	-	12	-	28
I alt	2142	357	286	39	179	24	42	1	928

Københavns Hospitalsvæsen
Direktoratet

2100 København Ø.
Carl Nielsens Allé 9

Tlf. (01) 29 01 00 d. 15. marts 1976

Hoslagt en oversigt vedrørende Københavns kommunes psykiatriske plejehospitaler 1974/75.

Det skal i denne forbindelse bemærkes:
at alle 14 institutioner i lægelig henseende er under ledelse af psykiatrisk **speciallæge**,

at 6 af de 14 institutioner i lægelig henseende er integreret i Set. Hans hospital (de 4 tillige i teknisk-administrativ henseende en del af Set. Hans hospital),

at alle institutionerne til dels er bemandet med psykiatrisk uddannet personale,

at institutionerne er hospitalsmæssigt organiserede, for så vidt som »sygestuerne« er af sædvanlig hospitalsstørrelse, d.v.s. fra 1-6-sengsstuer, og der er sygeplejemæssig døgnvagt, og

at der sker jævnlige overflytninger fra disse

institutioner til andre psykiatriske institutioner (specielt det øvrige Set. Hans hospital).

Det må endvidere bemærkes, at der på Set. Hans hospital findes et betydeligt antal overvejende langtidsindlagte patienter af ganske samme type som patienterne på de nævnte 14 institutioner, og at der således ikke patientmæssigt er tale om nogen klar sondring mellem hospital og plejehospital.

Endelig bør det bemærkes, at en enkelt af institutionerne (Gurrelund) for tiden er under afvikling, og at patienterne agtes placeret dels på Set. Hans hospital, dels på et eller flere af de øvrige psykiatriske plejehospitaler; placeringen vil navnlig blive bestemt af patienternes varierende somatiske plejebehov.

Institution	norm. sengetal 24.2.76	belægning (excl. dagpt) 24.2.76	af belægningen var følgende						
			under 40 år	40-64 år	65-69 år	70-74 år	75-79 år	80-84 år	85 år og der- over
1. Plejehosp. Avnstrup	237	227	0	34	13	34	35	56	55
2. Plejehosp. Boserup	159	149	0	50	26	21	27	16	9
3. Plejehosp. Stubbe- rupgård	60	57	2	26	12	7	3	5	2
4. Den psyk. afd. Sol- gården	40	37	3	19	8	3	3	1	0
5. Plejehjemmet Holme	41	40	0	13	12	8	2	4	1
6. Plejehosp. Linde- gården	288	274	0	22	9	32	44	71	96
7. Plejehosp. Ringbo	280	277	1	18	13	33	59	70	83
8. Plejehosp. Gyvel- holm	22	22	1	8	2	4	4	2	1
9. Plejehosp. Gurre- lund	70	51	0	9	9	8	7	14	4
10. Plejehosp. Brønd- bylund	288	284	0	20	26	36	65	70	67
11. Plejehjemmet Sten- slettegård	55	53	0	22	8	12	6	4	1
12. Plejehosp. Sundby- gård	210	201	0	9	15	32	38	54	53
13. Plejehosp. Hede- lund	288	229	0	22	23	38	45	43	58
14. Øresundshosp., psyk. plj.	104	89	0	3	6	9	22	26	23
I alt	2142	1990	7	275	182	277	360	436	453

antal indlægg. 1974/75	antal af- gæde 1974/75	heraf afgangsgrund				har institut.				patienterne har overvejende nede- nævnte indlæg- gelsesgrunde
		døde	udskr. eget hjem	overfl. anden psyk. inst.	overfl. anden somat. inst.	antal dagst. dg. 74/75	ergo- tera- pi	fysio- terapi	forsaml. festsal	
36	52	47	1	4	0	0	+	+	+	senilt-konfuse
24	24	14	1	9	0	0	+	+	+	kronisk schizofreni
17	13	1	3	9	0	0	+	÷	÷	schizofrene (kvinder)
16	19	0	10	9	0	750	+	÷	(+)	schizofreni (selvhjulpne)
18	16	0	1	15	0	63	+	÷	÷	schizofreni (selvhjulpne)
69	77	63	4	6	4	0	+	+	+	senile og arterioscler. demens
168	164	147	8	5	4	0	+	+	+	senil-konfuse
8	6	1	1	3	1	0	+	÷		schizofreni (selvhjulpne)
5	25	6	0	19	0	0	+	÷		schizofreni (selvhjulpne)
102	105	98	6	1	0	0	+	+	+	senil-konfuse
13	11	3	1	7	0	0	+	÷	÷	senil demens/kron. schizofr.
95	101	68	26	3	4	8929	+	+	+	senile og arterioscler. demens
329	95	71	12	10	2	0	+	+	+	senil demens
35	41	26	2	5	8	7072	+	+	+	senil dementia
935	749	545	76	105	23	16814	-	-	-	

Antal »plejepatienter« på Sct. Hans hospitals almenpsykiatriske afdelinger tirsdag den 23. marts 1976.

Afdl.	Antal normerede senge	Antal »plejepatienter«							I alt	Heraf af særlige grunde »uegnede«
		under 40 år	40-64 år	65-69 år	70-74 år	75-79 år	80-84 år	over 85 år		
A	156	10	26	7	5	3	—	—	51	11
B	149	5	10	5	3	5	3	1	32	15
C	160	2	5	5	4	7	7	2	32	20
D	296	—	25	8	7	6	2	1	49	6
E	157	2	23	16	4	2	1	—	48	10
F	185	—	8	6	4	4	2	1	25	5
H	141	3	23	7	5	6	3	1	48	22
I alt	1244	22	120	54	32	33	18	6	285	89

Notat om begrebet »Psykiatrisk plejepatient« in.v.

Af inspektør G. Thomassen, Set. Hans hospital (januar 1976).

I betænkning af 22/5 1964 fra udvalget om de ældre plejepatienter i København (d.v.s. *plejepatienter over 65 år*) sondres mellem 2 slags psykiatriske plejepatienter nemlig

- 1) plejepatienter med årelange psykiske lidelser, som nu er blevet gamle og
- 2) gamle mennesker, der tidligere har været psykisk raske, men hos hvem der som et alderdomssymptom sker en psykisk reduktion i større eller mindre grad.

Gruppe 1 vil som oftest have ophold i psykiatrisk institution og opnåelse af en vis alder bør ikke give anledning til optagelse i (somatisk) plejehjem: Gruppe 2 kan derimod i praksis volde tvivl, fordi der er alle overgange mellem yderpunkterne: patienter med væsentligst somatisk plejebæhov og på den anden side patienter, hvor plejebæhovet væsentligst skyldes psykiske symptomer. Hertil kommer at tilstanden ikke er stationær; en patient kan snart høre til den ene snart til den anden gruppe.

Udvalget opstiller 6 kriterier, hvis forekomst indicerer indlæggelse i plejehjem med psykiatrisk uddannet personale:

- A) konfusion med forekomst af uro og sengeflugt
- B) forekomst af selvmordsrisiko
- C) forekomst af vrangforestillinger eller/og hallucinationer med ufordragelighed
- D) symptomer på sindssyge, forårsaget af spiritus- eller medicinmisbrug i større grad
- E) svær demens
- F) betydelige adfærdsforstyrrelser, forårsaget af svær karakterdefekt.

Sagt på anden måde hedder det i betænkningen:

»Afgørende for, om en plejepatient skal indlægges i et psykiatrisk plejehjem, må det herefter være, om den pågældende har behandlingskrævende psykiske symptomer el-

ler psykiske symptomer, der gør det vanskeligt eller umuligt for de almindelige plejehjem at passe patienten.«

På grundlag af disse retningslinier har Københavns kommune successivt gennemført sondringen mellem somatiske og psykiatriske *ældre* plejepatienter, idet de sidstnævnte er hospitalsvæsenets opgave for så vidt de skal anbringes på institution (eller daghospital) medens de førstnævnte er socialforvaltningens opgave.

I betænkning af 7/2 1969 om behovet for psykiatriske plejepladser i København defineres en psykiatrisk plejepatient således:

»En patient med psykiatrisk hoveddiagnose og med et forventeligt behov for varig pleje i et sådant omfang, at en hospitalsmæssigt organiseret sygepleje er nødvendig«.

Denne definition dækker alle psykiatriske patienter *uanset alder*.

Udvalget lod foretage en tælling af institutionsanbragte og nåede til, at der 15/5 1968 var 2204 psykiatriske plejepatienter - heraf 525 under 65 år. - Imidlertid taler betænkningen om, at der findes et antal såkaldte langtidspatienter » - der på mange måder kan sammenlignes med de egentlige plejepatienter, og hvoraf en del, uden at dette kunne kritiseres, kunne have været karakteriseret som plejepatienter ved den omhandlede tælling« -.

Det må anses for tvivlsomt om begrebet psykiatrisk plejepatient er så entydigt, at det kan bruges til noget. (Bortset måske fra de gamle som *bliver* psykisk reducerede, og hvor man nok kan have brug for en sontring mellem psykiatriske ældre plejepatienter og somatiske ældre plejepatienter, hvilke sidste vel iøvrigt næppe normalt vil kaldes patienter, men snarere »beboere«).

På Set. Hans hospital vil man næppe kunne sondre fornuftigt mellem »plejepatienter« og »ikke-plejepatienter«. Alle pati-

enter har behov for »pleje« og for en vis »behandling«. I visse tilfælde dominerer plejebehovet i andre behandlingsbehovet. Patienterne er naturligvis til en vis grad fordelt efter de forskellige behov, men nogen klar afgrænsning er der ikke. Eksempelvis kan det forekomme, at langtidsindlagte ældre (med held) plejes på samme afsnit som korttidsindlagte unge. -

Set. Hans hospitals »plejehjem« eller »plejehospitaler« adskiller sig heller ikke klart fra hospitalets almene psykiatriske afdelinger.

Gennemsnitsalderen for patienterne på de 5 institutioner Lindegården, Boserup, Holme, Stubberupgård og Solgården er bortset fra Lindegården vel lidt - men ikke meget - højere end for hospitalet som helhed. - (Selv på Lindegården, der har de ældste patienter, er 8% af patienterne under 65 år). Selv om plejehjemmene normalt er belagt med »langtidsindlagte«, så findes de samme kategorier også på de almene afdelinger og der sker hyppigt flytninger af patienter fra »plejehjem« til »hospitalet« og omvendt.

Forholdet på statshospitalerne er formentlig det samme. Ifølge undersøgelsen »Ten years later« 1969 var 1/3 af patienterne i danske psykiatriske institutioner i 1957 stadig til stede ved tællingen 10 år senere i 1967 (og det store tal kan jo ikke skyldes specielt de geronto-psykiatriske patienter, som indlægges på plejehospital, fordi de bliver psykisk lidende, thi denne gruppe af patienter uddør erfaringsmæssigt i løbet af 3-4 år efter indlæggelsen).

Man burde formentlig helt opgive betegnelserne »psykiatrisk plejepatient« og »psykiatrisk plejehjem«. - Betegnelsen »plejehjem« opfattes vel nu normalt som et sted, hvor livsvarig placering forventes og hvor egentlig - eller i hvert fald kontinuerlig - lægebehandling er ophørt. Men de psykiatriske patienter vil netop have behov for kontinuerlig behandling eller i hvert fald tilsyn af psykiatrisk lægelig eller anden ekspertise. - Betegnelsen »psykiatrisk plejehospital« forekommer mere relevant, men det vil formentlig føles sprogligt lidt stødende at bruge denne om ganske små institutioner, hvor man vel gerne vil have ordet

»hjem« med. (På plejehjemmet Holme har man overvejet en navneændring men patienterne vedtog ved en afstemning, at man ønskede at bibeholde navnet, men f.eks. Solgården benævnes »den psykiatriske afdeling« Solgården).

Uanset hvad man nu vil kalde de psykiatriske institutioner er det imidlertid vigtigt, at der ikke ved opstilling af definitioner på forskellige institutionstyper sker nogen begrænsning af den »fri bevægelighed« mellem de forskellige mulige opholdssteder for indlagte psykiatriske patienter. Patienterne bør uanset alder, diagnose o.s.v. kunne anbringes (indlægges til og udskrives fra) de steder hvor de ud fra en helhedsvurdering af pleje- og behandlingsbehov (herunder behov for kontakt med pårørende) er bedst placeret. Altså bør en fuld integrering - også af det geronto-psykiatriske klientel - finde sted, og formentlig bør det ske på distriktsmæssig basis. En inddeling af det psykiatriske sygehusvæsen i institutionstyper med tilhørende forskelle i patienternes sociale status (specielt pensionsrettigheder, betalingsafgivelse, lommepenge m.v.) vil være højst uheldig, idet ethvert sådant »båsesystem« vil kunne kompromittere den »fri bevægelighed« og iøvrigt virke diskriminerende eller »stigmatiserende« overfor patienterne.

Til *planlægningsbrug* vil man formentlig kunne operere med forskellige »sengekategorier« f.eks. (som i Dansk Psykiatrisk Selskabs betænkning) A-senge (beregnet for patienter med ca. 3 ugers liggetid), B-senge for patienter med liggetid $\frac{1}{4}$ - 1 år og C-senge for »kroniske« patienter - når blot man gør sig klart, at der her må være tale om en meget grov inddeling alene til »arbejdsbrug« (planlægning).

Iøvrigt kan man indenfor det psykiatriske sygehusvæsen formentlig sondre mellem *interne* d.v.s. indlagte patienter og *eksterne* patienter d.v.s. patienter, som det psykiatriske sygehusvæsen har en fastere eller løsere kontakt med i form af daghospitalsbehandling, ambulant behandling, hjemmebesøg og tilsynsvirksomhed i »halvvejshuse« (patientpensionater, kollegier, beskyttede boliger eller hvad man nu vil kalde dem).

Alders- og diagnosefordeling af patienter indlagt på de til de tidligere statshospitaler knyttede plejehjem ved tværsnitsundersøgelsen den 27. september 1972.

Aldersfordeling af plejehjemspatienter på statshospitalernes plejehjem. Censusedundersøgelsen 27.9.1972. Dagpatienter på plejehjemmene ikke medregnet.

Alder (år)	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-	Total
<i>Risskov</i>																		
Fabersvej R	-	-	1	2	4	3	10	8	12	14	13	21	23	13	7	2	-	133
Dalstrup	-	-	-	-	4	1	4	11	20	21	16	22	13	8	3	5	-	128
Råmosegård	-	-	-	-	-	2	1	5	9	15	13	18	23	17	6	2	-	111
<i>Vordingborg</i>																		
Sakskøbing	3	3	8	7	4	6	16	16	23	16	18	25	14	7	3	3	-	172
Stege plejhj.	-	1	1	-	2	5	12	9	15	22	15	19	17	8	1	1	-	128
Alleen Sorø	-	1	1	1	3	3	4	5	12	14	13	17	19	3	6	-	-	102
<i>Viborg</i>																		
Søndermarken	-	1	1	1	3	4	12	9	25	29	31	23	42	22	17	4	-	224
Nicolajgade	-	1	-	1	1	1	1	3	10	15	11	17	9	2	3	2	-	77
<i>Middelfart</i>																		
Hvedholm	-	-	-	-	1	-	2	7	13	14	20	16	16	22	6	2	1	120
<i>Nykøbing Sj.</i>																		
Holbæk	-	-	1	3	1	2	4	11	17	27	37	60	43	31	10	5	-	252
<i>Glostrup</i>																		
Ballerup	3	11	9	13	12	9	18	22	23	26	25	35	42	37	37	11	1	334
<i>Ålborg</i>																		
Visborggård	-	-	-	1	1	1	3	5	7	12	16	18	9	8	3	4	-	88

Patienter indlagt på statshospitalernes plejehjem den 27. september 1972 fordelt efter diagnose
Dagpatienter på plejehjemmene ikke medregnet.

Mænd + kvinder	Antal	%
Skizofreni	1.132	59,9
Manio-depressive psykoser	91	4,8
Præsenile og senile psykoser	189	10,0
Psykoser ved vaskulære lidelser i central- nervesystemet	135	7,1
Syfilitiske central- nervesystemsygdomme	25	1,3
Epilepsi	17	0,9
Andre organiske hjer- nelidelser	73	3,9
Psykogene psykoser	34	1,8
Neuroser	16	0,8
Karakterafvigelser	43	2,3
Oligofreni	28	1,5
Alkoholisme	31	1,6
Narkomani	2	0,1
Ikke-klassificerbare psykoser	74	3,9
Andre diagnoser	—	—
I alt	1.889	99,9

Psykiatriske plejehjem (bistandsloven).

Oplysningerne i tabellerne stammer fra ressourcetællingen den 7. april 1976. Institutionerne er talt af Danmarks Statistik sammen med de almindelige pleje- og daghjem, men er her udskilt på grundlag af rubrikken på tælleskemaet, hvor det kan anføres, om institutionen *fortrinsvis* er beregnet for psykiatriske patienter. Det er klart, at registrering af psykiatriske specialinstitutioner (C- eller c-plejehjem) derfor er behæftet med betydelig usikkerhed, idet det bl.a. bygger på den enkelte institutions vurdering af, hvorvidt beboerne må betegnes som psykiatriske patienter. Specielt giver registreringen ikke alle oplysninger om antallet af plejepatienter med psykiske lidelser inden for den samlede plejehjemssektor under bistandsloven.

Institutionerne er fordelt geografisk ved anvendelse af følgende fremgangsmåde: Kommunalt ejede institutioner er opført under det geografiske område, hvor **ejer-**

kommunen er beliggende. Private og selvejende institutioner med overenskomst er opført under det geografiske område, hvor overenskomstkommunen er beliggende, mens private og selvejende institutioner, der har indberettet, at de ikke havde overenskomst med nogen kommune eller amtskommune, er opført under det geografiske område, hvor institutionen er beliggende. Da kommuner kan indlægge klienter på hjem, som kommuner i en anden amtskommune ejer eller har overenskomst med eller på helt private hjem uden overenskomst beliggende i en anden kommune, kan det antal pladser, den enkelte amtskommune reelt disponerer over, afvige fra det i tabel 1 anførte.

I tabel 2 er det samlede personale omregnet til heltidsbeskæftiget og fordelt efter funktion og uddannelse. Opgørelsen er sket på grundlag af antal arbejdstimer, og heltidsbeskæftiget er ansat til 40 timer pr. uge.

Tabel I.

Oversigt over plejehjem fortrinsvis beregnet for psykiatriske patienter. Ejerforhold, pladsforhold m.v. april 1976.

	Amts- kom- munalt	Kommu- nalt	Fælles- kommu- nalt	Selv- ejende eller privat	Antal pladser	Antal klien- ter	Belæg- nings- procent	Gnsnt. antal pladser pr. hjem
	1	2	3	4	5	6	7	
Københavns kommune				3	52	52	100	17
Frederiksberg kommune				3	30	30	100	10
Københavns amt				2	70	67	96	35
Frederiksborg amt				7	132	132	100	19
Roskilde amt				1	10	10	100	10
Vestsjællands amt				4	62	62	100	16
Storstrøms amt				2	57	58	102	29
Bornholms amt				—	—	—	—	—
Fyns amt				3	33	33	100	11
Sønderjyllands amt				3	39	39	100	13
Ribe amt		1		1	17	17	100	9
Vejle amt				7	192	165	86	27
Ringkøbing amt		1		1	39	38	97	20
Århus amt		2		4	123	122	99	21
Viborg amt		1		2	46	45	98	15
Nordjyllands amt	4	1		2	208	169	81	30
Hele landet	4	6		45	1.110	1.039	94	20
Samtlige plejehjem								
(psykiatriske + somatiske)	35	867	25	402	46.525	44.629	96	35
heraf amtskommunale	35				1.470	1.373	93	42
kommunale		867			30.461	29.052	95	35
fælleskommunale			25		1.411	1.385	98	56
Selvejende eller private				402	13.183	12.810	97	33

Tablet 2.
Oversigt over personaleforhold på plejehjem fortrinvis beregnet for psykiatriske patienter april 1976.

Admi- ni- stra- tivt per- so- nale	Læ- ger an- sat på in- sti- tu- tio- nen	Sy- ge- ple- jer- sker	Sy- ge- hjel- pere	Fy- sio- te- ra- peu- ter	Er- go- te- ra- peu- ter	Fod- ple- je- re	Be- skæf- ti- gel- ses- hjel- pere og om- sorgs- konsu- len- ter	Ple- je- hjem- ssi- sten- ter og dia- koner	So- ci- al- pæ- da- go- gisk ud- dan- nel- se	Personale med and- re af me- re end 1 års va- rig- hed	Ik- ke ud- dan- net per- so- nale og per- so- nale un- der ud.	Køk- ken-, ren- gø- rings- og an- delt hjel- pe- per- sona- le	Per- so- na- le per- so- nale	Ple- je- hjem- plad- ser	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
0,6	0,1	2,2	1,8	0,1	0,1	0,1	0,9	2,0	0,4	0,4	—	1,8	8,7	19,0	37
0,2	—	0,7	3,4	—	0,2	0,1	2,0	0,2	—	—	—	6,8	4,3	16,8	56
—	—	6,8	19,0	0,4	2,5	—	2,0	0,7	6,0	3,5	3,4	10,0	11,6	67,7	97
4,1	—	9,4	3,8	—	1,0	1,5	1,1	1,0	—	2,5	—	11,8	24,3	60,6	46
—	—	—	1,0	—	—	—	—	—	—	—	—	3,0	1,6	5,6	56
1,0	—	2,0	2,0	—	—	0,1	2,0	2,0	1,0	3,0	2,0	11,0	12,5	37,6	60
1,0	—	—	2,0	—	—	—	—	—	—	—	—	4,1	8,5	15,5	27
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1,0	—	1,4	1,0	—	—	—	—	1,0	—	—	2,0	—	7,3	13,7	42
—	—	2,3	—	—	0,1	—	—	4,5	—	3,7	1,2	0,8	3,9	16,4	42
—	—	—	2,7	—	—	—	—	3,0	—	—	0,2	2,6	1,9	10,4	61

Vejle amt	4,5	0,1	8,6	12,4	-	0,4	2,1	2,1	7,0	-	7,8	1,4	5,0	41,0	92,7	48
Ringkøbing amt	-	-	1,0	1,0	-	-	0,2	0,2	1,0	-	-	0,7	5,4	7,8	17,0	44
Århus amt	0,1	-	1,3	3,2	-	-	0,5	0,5	2,0	1,0	3,0	-	3,5	23,6	38,2	31
Viborg amt	-	-	1,0	-	-	0,5	-	-	1,0	-	0,1	2,0	0,9	10,5	16,1	35
Nordjyllands amt	2,5	0,1	23,8	40,8	0,1	1,5	5,1	5,1	2,0	-	21,6	2,0	8,4	45,5	153,2	74
Hele landet	15,0	0,3	60,4	94,0	0,6	6,3	13,8	13,8	30,4	8,4	45,6	14,9	74,8	212,8	578,5	53
Samtlige plejehjem (psykiatriske + somatiske)	629	76	3451	10.184	194	207	79	449	657	49	537	312	4282	12.320	33.427	72

Beregning af lønudgift for 60-sengsmodellen.

Bilag K

Beregning af lønudgift for 60-sengsmodellen¹⁾ (1976/77-lønniveau⁷⁾)

	Årlig lønudgift pr. hel-tidsbesk. 1000 kr.	Alternativ ²⁾ I		Alternativ ³⁾ II		Alternativ III ⁴⁾	
		Antal	lønudg. 1000 kr.	Antal	lønudg. 1000 kr.	Antal	lønudg. 1000 kr.
<i>Læger</i>							
Overlæger	235	2	470	2	470	2	470
1. reservelæger	160	2	320	2	320	2	320
Yngre læger	110	4	440	4	440	4	440
Vagtillæg ⁵⁾)			280		280		280
I alt læger		8	1510	8	1510	8	1510
<i>Andet akad. uddannet personale</i>							
Kliniske psykologer	135	2½	340	1	135	1	135
Ledende socialrådgivere	100	1	100	1	100	1	100
Alm. socialrådgivere	90	2	180	3	270	3	270
I alt andet akad. ⁶⁾)		5½	620	5	505	5	505
<i>Plejepersonale</i>							
Oversygeplejersker	100	1	100	1	100	1	100
Afdelingssygeplejersker	90	3	270	4	360	4	360
Sygeplejersker	80	17	1360	23½	1880	23½	1880
Sygehjælpere, plejere m.v.	70	29	2030	20	1400	25	1750
Vagtillæg			570		570		635
I alt plejepersonale		50	4330	48½	4310	53½	4725
<i>Personale med anden sundhedsfaglig udd.</i>							
Lægesekretærer	80	6	480	7	560	7	560
Ledende ergoterapeuter	100	1	100	1	100	1	100
Alm. ergoterapeuter	90	2	180	2	180	2	180
I alt pers. med anden s.udd. ⁸⁾)		9	760	10	840	10	840
<i>Elever</i>							
Sygepleje- og plejerelever ⁶⁾)	40	7	280	7	280	7	280
<i>Administrationspersonale</i>							
Kontorpersonale ⁸⁾)	75	3	225	3	225	3	225
<i>Øvrigt personale på hjælpeafd.</i>							
Rengørings- og køkkenpersonale m.v. ¹⁾)	65	20	1300	20	1300	20	1300
Vikarer ved sygdom, ferie m.v. ⁹⁾)			720		715		750
<i>Personale i alt</i>		102½	9745	101	9685	106½	10135

Noter:

1) Incl. dagafsnit, men excl. tilhørende plejehjem.

2) Forholdet mellem læger og øvrigt personale det samme som ved KAS Nordvang, dog således at administrations- og andet hjælpepersonale er fastsat ud fra beskæftigede pr. normeret seng på KAS Nordvang, jfr. sundhedsstyrelsens personaletælling april 1976.

3) Normering baseret på Fyns amtskommunes skøn herover (ingen af afd. lukket). For de personalegrupper, som ikke indgår i amtskommunens skøn, er anvendt alternativ I's tal.

4) Normering svarer til alternativ II, dog regnes med, at en af afdelingerne skal kunne fungere som lukket.

5) Der er regnet med en bunden vagt i klasse D og en tilkaldevagt i klasse B.

6) Vagtillæg medregnet under vagtillæg for plejepersonale.

7) Højeste stedtillægssats, men excl. eventuelle tilskud til pensionskasse.

8) Evt. vagtillæg er ikke medregnet i lønudgiften.

9) Vikarudgiften beregnet som 8% af lønudgifterne.

Oversigt over pensions- og indtægtsinddragelsesregler m.v.

Institution	Plejehjem		Somatisk sygehus	
	Type	før 1.4.1976	før 1.4.1976	efter 1.4.1976
Pensionsinddragelse		lovbest.: Oms.lov § 10 <i>Indhold:</i> Inddragelse af sociale pensioner fra udgangen af måneden efter indlæggelsesmåneden. Modifikation ved udsigt til udskrivelse inden for ca. 3 mdr.	lovbest.: bistandsloven §§ 84 og 114. <i>Indhold:</i> uændret	lovbest.: 1) fp.lov § 26 stk. 1 (efter 29/4 77: stk. 1 og 2), 2) ip.lov § 31, stk. 1 (efter 29/4 77: stk. 1 og 2) og 3) ep.lov § 10 stk. 1 (ændret indhold efter 29/4 77). <i>Indhold:</i> Ved udgangen af måneden efter indlæggelsesmåneden bortfald af bistands- og plejetilæg. <i>Indhold:</i> Som tidligere. Desuden inddragelse af pension fra udgangen af den måned, hvor det sociale udvalg har truffet beslutning om plejehjemsoptagelse. Med virkning fra 1/3 77 dog modifikation for enlige pensionister i perioden indtil plejehjemsoptagelse faktisk finder sted.
Indtægtsinddragelse		lovbest.: Oms.lov §§ 10 og 13. <i>Indhold:</i> Fra udgangen af den måned, der fulgte efter indlæggelsesmåneden, inddragelse af 60% af egne indtægter, dog højst faktiske pris pr. plads på pgl. institution og ikke mere end det af socialministeriet fastsatte maksimum. Særlige bestemmelser m.h.t. ægtefællers gensidige forsørgelsespligt. Modifikation ved udsigt til udskrivelse inden for ca. 3 mdr.	lovbest.: bistandsloven §§ 84, 85 og 114. <i>Indhold:</i> uændret	lovbest.: ÷ lovbest.: ÷
Lomme- penge		lovbest.: Oms.lov §§ 10 og 11. <i>Indhold:</i> Udbetaling af lomme- penge når pensionsinddragelsen iværksættes. Satser pr. 31/3 1976: alm.: 2796 kr. årl. under 60: 3355 kr. årl. særlig: 7416 kr. årl. For ikke-pensionister fastsættes indtægtsinddragelsen således, at pågældende bevarer samme be- løb til lomme- penge som en pensi- onist i samme alder.	lovbest.: bistandslovens §§ 84, stk. 1 og 2, samt 114. <i>Indhold:</i> Uændret. Satser pr. 1/4 1977: alm.: 3144 kr. årl. under 60: 3768 kr. årl. særlig: 8364 kr. årl. Beløbene reguleres hver 1/4 og 1/10.	lovbest.: ÷ lovbest.: 1) fp.lov § 26 stk. 1 (efter 29/4 77: stk. 1 og 2), 2) ip.lov § 31, stk. 1 (efter 29/4 77: stk. 1 og 2) og 3) ep.lov § 10 stk. 1 (ændret indhold efter 29/4 77). <i>Indhold:</i> Udbetaling af lomme- penge efter reglerne i bistandslo- vens §§ 84 og 114 når pensions- inddragelse iværksættes.

Psykiatrisk institution		Særforsorgsinstitution	
før 1.4.1976	efter 1.4. 1976	før 1.4.1976	efter 1.4.1976
lovbest.: 1) fp.lov § 26, stk. 1 og 2 (dáværende), 2) ip.lov § 31, stk. 1 og 2 (dáværende) og 3) ep.lov § 10, stk. 1 (dáværende). Indhold: efter udløbet af 6 mdr. ud over indlæggelsesmåneden, kontinuert eller sammenlagt over 1½ år, inddragelse af pensionen.	lovbest.: 1) fp. lov § 26, stk. 1 og 2 (efter 29/4 77: stk. 1 og 3) 2) ip.lov § 31 stk. 1 og 2 (efter 29/4 77: stk. 1 og 3) og 3) ep.lov § 10, stk. 2 og 3. Indhold: uændret.	lovbest.: 1) fp.lov § 26, stk. 1 og 2 (dáværende), 2) ip.lov § 31, stk. 1 og 2 (dáværende) og 3) ep.lov § 10, stk. 1 (dáværende) Indhold: Efter udløbet af 6 mdr. ud over indlæggelsesmåneden, kontinuert el. sammenlagt over 1½ år, inddragelse af pensionen.	lovbest.: 1) fp. lov § 26, stk. 1 og 2 (efter 29/4 77: stk. 1 og 3), 2) ip.lov. § 31, stk. 1 og 2 (efter 29/4 77: stk. 1 og 3) og 3) ep.lov § 10, stk. 2 og 3. Indhold: uændret.
lovbest.: § 4 i im.ets. bkg. af 28/3 1973 udstedt med hjemmel i OF.lov § 70, stk. 2. Indhold: For personer over 60 år: Efter udløbet af 6 måneder ud over indlæggelsesmåneden, kontinuert el. sammenlagt inden for 1½ år, inddrages af 60% af egne indtægter, dog højst 15 kr. pr. dag (450 kr. pr. mdr.). For personer under 60 år: Ingen indtægtsinddragelse.	lovbest.: sygehuslovens § 5a, stk. 1, 2 og 3. Indhold: Efter udløbet af 9 mdr. ud over indlæggelsesmåneden, kontinuert el. sammenlagt inden for 1½ år, inddrages hos alle 60% af egne indtægter, dog højst den faktiske udgift pr. plads på den pågl. institution og højst det af socialministeriet fastsatte maksimum for plejehjem under bistandsloven.	lovbest.: OF.lov § 70, stk. 2 og soc.mi.ets bkg. af 30/4 1965. Indhold: For personer over 60 år: Efter udløbet af 6 mdr. ud over indlæggelsesmåneden, kontinuert el. sammenlagt inden for 1½ år, inddrages 60% af egne indtægter, dog højst 400 kr. om måneden. For personer under 60 år: Inddragelse af halvdelen af egne indtægter ud over 325 kr. om måneden, dog højst 400 kr. om måneden.	lovbest.: bistandslovens § 120, stk. 1 og 2, samt soc.min.ets bekg. af 30/4 1965. Indhold: For personer over 60 år: maksimum for indtægtsinddragelse følger herefter de for plejehjem under bistandsloven gældende regler (dvs. væsentlig forhøjelse) ellers uændret. For personer under 60 år: uændret.
lovbest.: § 5 i im.ets. bkg. af 28/3 1973, udstedt med hjemmel i OF.lov § 70 stk. 2. Indhold: Efter et skøn over patientens behov og helbredstilstand kan der udbetales et beløb til småformødenheder, dog højst det af soc.min.et fastsatte maksimum for lommepenge til beboere på plejehjem.	lovbest.: sygehuslovens § 5a, stk. 4. Indhold: uændret.	lovbest.: OF.lov § 70, stk. 2. Indhold: For personer over 60 år: Udbetaling af lommepenge efter oms.lovens regler når de tidsmæssige betingelser for pensions- og indtægtsinddragelse er opfyldt. For voksne personer under 60 år: Lommepenge udbetales efter regler fastsat af socialmin. (oms.lovs lommepengeregler, dog undgt. for åndssvage (behovskrit.)).	lovbest.: bistandslovens § 120, stk. 2 og § 117, stk. 2. Indhold: uændret, f.s.v.a. personer over 60 år henvises nu til bistandslovens § 84.

