

Fremtidens Psykiatri

Generalplan for Psykiatrien i Region Syddanmark



regionsyddanmark.dk

August 2009



Region Syddanmark

Forord

Psykiatrien i Region Syddanmark står i årene der kommer overfor anlægsinvesteringer på ca. 2 mia. kr. i nye og eksisterende bygninger.

Opgaven er kompleks og udfordrende, fordi vi taler om byggeri, der måske skal huse psykiatri i 50 år eller mere. Derfor skal vi både:

- bygge til det kendte
- bygge til det planlagte
- bygge til det, vi endnu ikke har hverken viden om eller fantasi til at forestille os.

Den styrende tænkning bag byggeprojekterne skal være psykiatriens nationale værdier:
"Respekt, Faglighed og Ansvar"

De færdige fysiske rammer skal understøtte de grundlæggende principper i Region Syddanmarks psykiatriplan fra december 2007:

- Afstigmatisering
- Patienten i fokus
- Lokal tilgængelighed/nærhed
- Både faglig og patientoplevet kvalitet
- Ensartet serviceniveau i regionen
- Faglig bæredygtighed og specialisering
- Fra vagttid til dagtid

De fysiske byggeprojekter kommer til at gå hånd i hånd med et sideløbende organisatorisk "byggeprojekt" for psykiatriens højt kvalificerede medarbejdere og ledelser.

I Psykiatrien er vi nemlig vant til at tænke den stationære afdeling som behandlingens omdrejningspunkt og lokalpsykiatrien som satellitter. Med regionens psykiatriplan fra december 2007 skal psykiatrien i Region Syddanmark nu tænke lokalpsykiatrien som omdrejningspunkt og sengeafdelingen som en højtspecialiseret back up funktion som er til rådighed, når der er behov for det. Samtidig skal alle sengeafsnit i psykiatrien fremover være integrerede åbne og lukkede afsnit.

Begrebet "lukket afdeling" vil være fortid i Region Syddanmarks psykiatri.

Hvad angår de fysiske byggeprojekter er generalplanen den referenceramme, der overordnet fastlægger:

- dimensioneringsgrundlag for de enkelte byggerier
- kvadratmeterstandarder, udgifter m.v.
- principper for god bygningsstandard i psykiatrien
- principper for indretning indendørs og udendørs
- inspiration til byggerierne

Denne ramme skal konkretiseres lokalt i forbindelse med de enkelte projekter. Her bliver der rig mulighed for indflydelse på at skabe de fysiske rammer, der passer til de lokale forhold, opgaver, patienter og personale.

Det er et bærende princip her som på alle andre områder, at løsningerne er forankret i faglighed. Derfor har personale, ledelse, patienter og pårørende været inviteret med til at udvikle generalplanen og flere end 60 fagfolk har bidraget i løbet af processen. Denne involverende model vil blive videreført i de kommende års lokale byggeprojekter.

Afslutningsvis vil jeg gerne takke alle de involverede medarbejdere, ledere, brugere og pårørende, for de store og væsentlige bidrag til generalplanen, som de har ydet.

Også en tak til Arkitektfirmaet C. F. Møller for grundlaget for generalplanen samt til arkitekt Knut Bergsland, SINTEF, Trondheim, der med sin store indsigt i og viden om fysiske rammer i psykiatrien har bidraget til, at generalplanen også er vurderet i bredere nordisk og europæisk perspektiv.

Agnete Philipsen



Psykiatridirektør

Titel

Fremtidens Psykiatri
Generalplan for Psykiatrien
i Region Syddanmark

August 2009

Udgivet af

Region Syddanmark
Damhaven 12
7100 Vejle
Telefon 7663 1000

Findes også på:

www.fremtidenspsykiatri.dk

Indhold

Forord til Generalplan	3
Resumé	6
1. Generelle forudsætninger for generalplanen	8
2. Psykiatriens kapacitetsbehov i 2018 (primærrum).	10
3. Faciliteter - og standarder for godt psykiatribyggeri.	16
4. Funktioner og arealbehov i et eksempel på et lokal-psykiatrisk center	28
5. Funktioner og arealbehov i en psykiatrisk døgnfunktion.	30
6. Anlægsøkonomi.	32
 Bilag 1: Ordliste.....	34
Bilag 2: Proces for udarbejdelse af generalplan	35
Bilag 3: Det gode fremtidige patientforløb, børne- og ungdomspsykiatriske patienter.....	37
Bilag 4: Det gode fremtidige patientforløb, voksenpsykiatriske patienter	44
Bilag 5: Fokuspunkter - brugerkommentarer - tjekliste	50
Bilag 6: Oversigt over rumbehov til det gode patientforløb	52
Bilag 7: God psykiatrisk bygningsstandard	56
Bilag 8: Rumprogram, lokalpsykiatrisk enhed, Aabenraa (forslag).....	58
Bilag 9: Rumprogram, døgnfunktion, Aabenraa (forslag).....	59
Bilag 10: Kort opsummering fra studietur til England og Helsingør.....	62



Resumé

Generalplanen er et vigtigt dokument, der i årene frem skal fungere som rammesættende manual og guideline for de lokale psykiatribyggerier i Region Syddanmark.

Brugerinddragelse har været nøgleord i udarbejdelsen af generalplanen. Arbejdsprocessen er beskrevet i bilag 2.

Generalplanen består af 6 kapitler og en bilagssamling, hvor bilag 1 er en ordliste, hvor nogle af generalplanens fagspecifikke begreber defineres.

Generalplanen fastlægger og beskriver dimensioneringsgrundlag, kvadratmeter-standarder, principper for god bygningsstandard, principper for indretning inde og ude og giver generel inspiration til byggerierne.

Generalplanen, som er udarbejdet i perioden januar-juni 2009, tager udgangspunkt i den af regionsrådet i december 2007 godkendte psykiatriplan, "Fremtidens psykiatri", samt det arbejde regionen har udført i regi af Danske Regioner vedr. "God psykiatrisk bygningsstandard" (Bilag 7).

Det understreges, at denne plan hverken kan eller skal bruges til detailplanlægning af de enkelte byggerier, men alene er en plan, der skitserer de retningslinier, som regionen ønsker at opbygge fremtidens psykiatri omkring.

I **kapitel 1** beskrives de generelle forudsætninger, som generalplanen er bygget op på.

Af væsentlige præmisser kan fremhæves:

- 90% belægning på de psykiatriske senge og som udgangspunkt det sengetal der er anført i psykiatriplanen.
- Kvadratmeterpris på 22.000 kr og brutto/netto faktor på 1,8 som fastlagt for psykiatrien af Regeringens Ekspertudvalg (Erik Juhl udvalget).
- Udnyttelsesgraden af ambulante behandlingsrum er sat til 245 dage og 7 timer pr. dag som anbefalet af ekspertudvalget.
- Arealnormen pr. sengestue er 43,8 kvm i almenpsykiatrien, 48,6 i gerontopsykiatrien og 60,2 kvm i børne- og ungdomspsykiatrien.
- Den ambulante kapacitet er fremskrevet til 2018-niveau ud fra en forventet stigning i den ambulante aktivitet på 50% i almenpsykiatrien og oligofreni-psykiatrien og 70% i gerontopsykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien.

Det skal nævnes, at generalplanen ikke omfatter de særlige forhold i retspsykiatrien og specialfunktionerne for det psykiatriske område, som er beskrevet i Psykiatriplanen.

I **kapitel 2** estimeres det fremtidige aktivitetsniveau og det deraf følgende arealbehov indenfor regionens psykiatri. Til beregningerne er anvendt C. F. Møllers beregningsmodel og det valgte fremskrivningsår er 2018.

Samlet viser beregningerne, at der i 2018 vil være behov for følgende antal primærrum til ambulant behandling:

- Almenpsykiatri: ca. 200 rum.
- Børne- og ungdomspsykiatri: 46 rum.
- Gerontopsykiatri: 38 rum.
- Oligofreni: 4 rum.
- ECT: 6 behandlingsrum med 3 opvågningspladser tilknyttet pr. rum.

Samlet viser beregningerne, at der i 2018 vil være behov for 553 senge fordelt på:

- Almenpsykiatri: 412 senge.
- Børne- og ungdomspsykiatri: 53 senge.
- Gerontopsykiatri: 88 senge.

Psykiatriplanen lægger op til i alt 536 senge fordelt med 416 senge til almenpsykiatrien, 54 senge til børne- og ungdomspsykiatrien og 44 senge til gerontopsykiatrien¹. Der er således god overensstemmelse mellem generalplanen og psykiatriplanen bortset fra, at generalplanen begrundet i den demografiske fremskrivning forudser et større behov for gerontopsykiatriske senge. Det anbefales i kapitlet, at psykiatriplanens sengetal fastholdes, og at udviklingen i antal af ældre og sengeforbrug følges tæt.

Kapitel 3 beskriver, hvad der udover de primære behandlingsrum skal være af rum og faciliteter for fysisk og bygningsmæssigt at understøtte en effektiv, velfungerende og menneskelig psykiatri i stadig udvikling.

Der opstilles i kapitlet en række principper og forudsætninger for god standard, hvorefter såvel lokalpsykiatri som døgnfunktion gennemgås detaljeret.

¹ Desuden en markant udvidelse inden for retspsykiatrien, men dette ligger uden for Generalplanen.



Det fremhæves, at følgende principper og forudsætninger bør lægges til grund for al psykiatribyggeri:

- Godt førstehåndsindtryk (god ydre udformning, der ikke forvirrer og samtidig minimerer institutionspræget; lave bygninger og små enheder).
- Gode orienteringsmuligheder (tydelig skiltning og logistiske trafikmønstre, korte korridorer).
- Høj kvalitet i materialeforbruget.
- Bemandet reception.
- Synlig PsykInfo-funktion.
- Gode lydforhold og dæmpning af støj. Hindre, aflede og skærme uro.
- Sikkerhed via normalitet (Undgå tydelige overvågnings- og sikkerhedsforanstaltninger).
- Høj udnyttelsesgrad af faciliteter.
- Indretning skal ske, så faciliteternes funktionalitet og udnyttelsesgrader balanceres hvilket betyder, at en række rum bør kunne benyttes til flere formål.
- Større grupperum og specialrum.
- Adgang til afslapningsrum ude og inde.

I **kapitel 4** og **kapitel 5** findes en kort beskrivelse af funktioner og arealbehov i et eksempel på hhv. en lokalpsykiatrisk funktion og en døgnfunktion på baggrund af de standarder, der lægges i kapitel 3. Beregningen er foretaget på enheder, der størrelsesmæssigt modsvarer Aabenraa, der er karakteriseret ved, at der ligger en psykiatrisk døgnfunktion i byen, som bygningsmæssigt er adskilt fra det lokalpsykiatriske center, sådan som psykiatriplanen foreskriver.

Vedr. lokalpsykiatrisk center (kapitel 4):

- Lokalpsykiatrisk center i Aabenraa servicerer et befolkningsunderlag på ca. 55.000 indbyggere - med en aktivitet der i 2018 svarer til ca. 9.700 ambulante besøg svarende til et behov for 10 primærrum, altså behandlerkontorer, ambulatorie-, konsultations- og grupperum, hvori den ambulante aktivitet finder sted.
- I tillæg hertil vil der være et behov for en række støtte- og birum til de patientrettede aktiviteter og personalefaciliteter for at centret i sin helhed kan danne rammer om en fremtidsrettet psykiatrisk behandling, der kendetegnes ved gode og effektive forløb.
- Resultatet af eksemplet bliver et samlet areal på 963 kvm. i det lokalpsykiatriske center, svarende til 96 kvm. netto pr. behandlingsrum. Ved nybygning anslås anlægsudgiften til 38,1 mio. kr.

Vedr. døgnfunktion (kapitel 5):

- Døgnfunktionen i Aabenraa servicerer et befolkningsunderlag på ca. 240.000 indbyggere med en aktivitet, der i år 2018 svarer til 79 almenpsykiatriske, 14 gerontopsykiatriske og 9 ungdomspsykiatriske senge - i alt 102 sengepladser. Hertil kommer ambulante funktioner i geronto- og børne- og ungdomspsykiatri.
- Resultatet af eksemplet bliver et samlet nettoareal på 10.058 kvm. fordelt på 8.804 kvm. til sengeafsnit og 1.254 kvm til ambulante funktioner.
- Anlægsudgiften til denne døgnfunktion er i **kapitel 6** beregnet til 415 mio. kr.

I **kapitel 6** er der foretaget en økonomisk beregning for alle døgnfunktionsbyggerierne og et udgiftsskøn for alle lokalpsykiatriske byggerier.

1. Generelle forudsætninger for generalplanen

Generalplanen tager udgangspunkt i psykiatriplanen for Region Syddanmark. Herunder skitseres kort de overordnede grundlæggende forudsætninger, som generalplanen er bygget op om:

1) De organisatoriske rammer

- Placering af døgnfunktioner i 4 hovedfunktionsområder.
- Etablering af et antal lokalpsykiatriske centre i hvert hovedfunktionsområde til almenpsykiatriens ambulante funktioner.
- De ambulante funktioner inden for oligofreni-, geronto- og børne- og ungdomspsykiatri er som udgangspunkt placeret i tilknytning til de respektive døgnfunktioner. Der er reserveret plads i de lokalpsykiatriske centre til disse områders udgående funktioner for så vidt muligt at sikre nærhed til brugerne.

2) Dimensioneringen

- Udgangspunktet for det fremtidige antal senge indenfor almenpsykiatri, gerontopsykiatri og børne- og ungdomspsykiatri er psykiatriplanens anbefalinger.
- Alle sengestuer er 1-sengstuer.
- Stigningen i henvisningsfrekvensen inden for børne- og ungdomspsykiatrien er forudsat opfanget primært af en stigning i antallet af ambulante besøg.
- Der er taget højde for den demografiske udvikling i regionen frem til 2018.
- Der forudsættes en belægningsprocent på 90.
- Aldersgrænserne for hhv. børn- og unge, voksne og ældre er de samme som angivet i psykiatriplanen.
- Der er i videst muligt omfang taget højde for, at borgere uanset hvor de er bosat i regionen skal have samme tilbud.
- Personalets viden om nødvendige fremtidige behov og ønsker har bidraget til de skitserede lokale- og arealbehov.

Herudover tager generalplanen afsæt i regionens definerede kriterier for "god psykiatrisk bygningsstandard", som beskrevet i psykiatriplanen:

- Integreret sygehusbehandling
- Fleksibilitet i indretningen
- Privatliv
- Adgang til naturen
- Tryghed og overskuelighed
- Terapeutiske og rekreative aktiviteter
- Emotionsdæpende omgivelser

I forbindelse med beregningerne af primærrum har C. F. Møller anvendt funktionsplanlægning som grundlæggende metode til dimensionering og fysisk udformning af afdelinger/funktioner. Grundprincippet i dimensioneringen er således, at der tages udgangspunkt i den aktivitet, der skal foregå i lokalerne. I et patientbehandlende sengeafsnit er det patientvolumenet, der er aktivitetsgrundlaget (patienter per år og per dag).

C. F. Møllers beregningsmodel, der som udgangspunkt er opbygget efter Danske Regioners retningslinier for udnyttelsesgrader og arealstandarder, er i en række tilfælde tilpasset udmeldinger fra Ekspertudvalget (Erik Juhl Udvalget).

Generalplanen tager udgangspunkt i Ekspertudvalgets overordnede forudsætninger om at maksimere fleksibilitet og elasticitet i bygningsmassen for at fremtidssikre sygehusbyggerierne.

Langt hovedparten af anbefalingerne fra Ekspertudvalget vedrører alene det somatiske område. Dog er der i rapporten fra november 2008 enkelte anbefalinger, der er knyttet direkte til det psykiatriske område, og som der regnes med i denne generalplan. Det drejer sig om følgende:

- Kvadratmeterpris på 22.000 kr.
- Brutto/nettofaktor på 1,8
- Belægningsprocent på 90

Af Ekspertudvalgets rapport fremgår det eksplicit, at *"De øvrige tilpasninger på det somatiske område i forhold til kapacitetsudnyttelse og fremtidigt behov mv. anvendes ikke på psykiatriprojekter²".* En række af udvalgets anbefalinger møntet på det somatiske område er dog taget med i denne generalplan, da de anses for lige så relevante på psykiatriens område. Det drejer sig om følgende anbefalinger:

- Årlig udnyttelse af ambulante primærrum svarende 245 dage.
- Daglig udnyttelse af ambulante primærrum svarende til 7 timer.
- Fremskrivning på 50% af ambulant aktivitet inden for almenpsykiatrien.

² Jf. side 86 i Ekspertudvalgets rapport.



Herudover har regionen valgt at tage udgangspunkt i følgende:

- Fremskrivningen af ambulant aktivitet inden for børne- og ungdomspsykiatrien er på 70%, idet det er forudsat, at stigningen i henvisningsraten inden for denne patientkategori alene skal opfanges via ambulant aktivitet.
- Fremskrivning af ambulant aktivitet inden for gerontopsykiatrien er på 70% for at imødekomme den demografiske udvikling for aldersgruppen.
- Arealstandarden på almenpsykiatriske sengeafsnit er sat til 43,8 kvm. (netto) pr. sengestue³ med henblik på at imødekomme mange patienters behov for rummelighed og sikre mulighed for skærmning på ned til 2 senge.
- Arealstandarden på børne- og ungdomspsykiatriske sengeafsnit er sat til 60,2 kvm. (netto) pr. sengestue. Bl.a. forhold som små sengeafsnit (7-9 senge), 2 ekstra stuer til overnattende forældre og rummelige opholds- og aktivitetsarealer, er med til at give en relativ høj arealnorm per sengeplads.
- Arealstandarden for de gerontopsykiatriske sengeafsnit er sat til 48,6 kvm. (netto) pr. sengestue. Bl.a. forhold som mindre sengeafsnit (14 senge) og handicap toilet til alle sengestuer er med til at give en højere arealnorm end i almenpsykiatrien.
- Sengeberegningerne i psykiatriplanen er fremskrevet med den demografiske udvikling frem til 2018.

Projekter, der ikke er omfattet af generalplanen

Generalplanen omhandler ikke de særlige bygningsmæssige forhold for retspsykiatrien i Middelfart og de særlige forhold der knytter sig til varetagelse af universitetsfunktionen i Odense. De almenpsykiatriske basisfunktioner begge steder vil være omfattet af generalplanen.

Herudover tager generalplanen ikke højde for behovet for scannerkapacitet til dækning af psykiatriens scanningsbehov. Et behov, der forventes at stige markant de kommende år med udviklingen i bl.a. neuropsykiatrien. Som udgangspunkt forventes psykiatriens scanningsbehov at blive dækket af somatikkens scannerkapacitet, hvor psykiatrien er tilstede på samme matrikel som somatikken (Vejle, Odense, Svendborg og

Aabenraa). Det indebærer, at psykiatriens udbygningsbehov skal indgå i udbygningsplaner for somatikkens scannerkapacitet disse steder. For at undgå transport af patienter vil der i Esbjerg og Middelfart, hvor der ikke er matrikelfællesskab, skulle ses på, hvordan og hvor den nødvendige scannerkapacitet kan tilvejebringes.

³ I arealstandarden er udover arealet til sengestuen også indeholdt areal til bi- og støtterum dvs. de rum der er nødvendige for at en sengeafdeling kan fungere (toilet/bad i tilknytning til et sengerum, personalerum i et sengeafsnit, div. depotrum etc.).

2. Psykiatriens kapacitetsbehov i 2018 (primærrum)

I dette kapitel gives på baggrund af kvalificerede fremskrivninger et bud på, hvor mange primærrum og hvor mange sengepladser, psykiatrien i Region Syddanmark skal rumme i 2018 for at kunne varetage den forventede psykiatriske behandling.

Først gennemgås det forventede behov for primærrum i den ambulante aktivitet.

Dernæst gennemgås den forventede sengekapacitet for de psykiatriske sengeafdelinger. Sidst gennemgås det forventede kapacitetsbehov til ECT-behandling.

I beregningerne er kapaciteten matematisk fordelt på de fire hovedfunktionsområder på baggrund af befolkningsunderlaget i hvert område. Det skal bemærkes, at faglige og planlægningsmæssige forhold kan gøre, at den endelige fordeling af kapacitet mellem hovedfunktionsområder kan blive korrigeret.

Det siger sig selv, at primærrum og senge udløser en række supplerende og nødvendige pladskrævende støttefunktioner. Disse er beskrevet i de følgende kapitler.

Ambulant aktivitet

Resumé på beregning af ambulante primærrum (samtalerum)

Samlet viser beregningerne, at der i 2018 vil være behov for følgende antal primærrum til ambulant behandling:

- | | |
|-------------------------------|-------------|
| • Almenpsykiatri: | ca. 200 rum |
| • Børne- og ungdomspsykiatri: | 46 rum |
| • Gerontopsykiatri: | 38 rum |
| • Oligofreni: | 4 rum |

Beregning af det ambulante kapacitetsbehov

Beregningen af ambulant kapacitet er foretaget på baggrund af en fremskrivning af aktivitetstal for 2007, hvor fremskrivningen er baseret på følgende forudsætninger:

- Aktivitetsforøgelse på 50 % til år 2018 for almenpsykiatri, 70% for børne- og ungdomspsykiatri og 70% for gerontopsykiatri
- Samtalerum: drift 245 dage pr. år, 7 timer pr. dag. 20% af den ambulante aktivitet forudsættes foretaget i samtalerum
- Behandlerkontorer: drift 245 dage, 4 timer pr. dag. 80% af den ambulante aktivitet forudsættes foretaget i behandlerkontorer⁴
- Gennemsnitlig undersøgelsestid på 60 minutter (almen og BUP) og 75 minutter (geronto).
- Der dimensioneres med et antal specielle behandlingsrum med særlig indretning/udstyr. Der er i dimensioneringen af behandlingsrum taget højde for de patienter, som vil modtage flere behandlinger på samme dag (jf. næste kapitel).
- Ambulante besøg i 2008 fra Hedensted Kommune (Region Midt) er taget ud af materialet, idet der ikke længere foreligger en aftale om, at disse patienter behandles i Region Syddanmark.
- Ambulante besøg fra registrerede udgående teams er ikke medtaget.

⁴ Det er beregnet at det koster det samme kvm-antal at vælge at placere 80% af den ambulante aktivitet i behandlerkontorer med 4 timers udnyttelse pr dag, som det vil koste at lægge al ambulant aktivitet ind i samtalerum og sætte plads af til arbejdspladser for alle behandlere.



Indenfor almenpsykiatrien bliver resultatet som vist nedenfor.

TABEL: Ambulant behandling, standardrum - fremskrevet med 50%

Lokal-psykiatriske centre	Amb. u/b 2007	Amb u/b 2018 fordelt efter befolkning	Amb. u/b pr. dag	Minutter pr. u/b	Forslag til antal behandler-kontorer	Forslag til antal samtalerum	Forslag til antal rum i alt
Vestjylland	31.259	38.448	157	60	32	5	37
Sønderjylland	35.816	37.142	152	60	31	5	36
Lillebælt*	33.866	59.541	243	60	49	7	56
Fyn*	32.029	64.323	263	60	53	8	61
Ialt	132.970	199.454	815		165	25	190

* Korrigeret for beregnende antal besøg foretaget på patienter + 70 år, som er tillagt under gerontopsykiatrien.

Når beregningerne for de enkelte hovedfunktionsområder skal nedbrydes til de enkelte lokalpsykiatriske centre må det forventes, at det samlede antal rum bliver en smule større, idet man bliver nødsaget til at runde op til antal hele rum i en række tilfælde. Et samlet antal standardrum i størrelsesorden 169 behandlerkontorer og 31 samtalerum er derfor det mest realistiske.

Ifølge Danmarks statistiks befolkningsprognose, vil der i 2018 være 736.055 personer mellem 21-70 år i regionen, svarende til ca. 0,27 behandlerkontor/samtalerum per 1.000 indbyggere ved 200 standardrum.

Inden for børne- og ungdomspsykiatrien bliver resultatet som vist neden for.

TABEL: Ambulant behandling, standardrum - fremskrevet med 70%

BUP	Amb. u/b 2007	Amb u/b 2018 fordelt efter befolkning	Amb. u/b pr. dag	Minutter pr. u/b	Forslag til antal behandler-kontorer	Forslag til antal samtalerum	Forslag til antal rum i alt
Vestjylland*	6.050	8.898	36	60	8	2	10
Sønderjylland*	5.092	8.616	35	60	7	1	8
Lillebælt*	7.085	14.153	58	60	12	2	14
Fyn*	8.541	13.839	56	60	12	2	14
Ialt	26.768	45.506	185		39	7	46

* Inkl. patienter fra andre regioner, dog ekskl. 863 besøg fra Hedensted.

Af tabellen fremgår det, at der i 2018 vil være behov for 46 standardrum indenfor børne- og ungdomspsykiatrien.

Indenfor gerontopsykiatrien, har det været nødvendigt at foretage en række særskilte antagelser for så vidt angår opgørelse af antallet af besøg i hhv. Lillebælt og Fyn, idet der ikke har været dækkende data for opgørelse af antal ambulante besøg for 70+-årige på de almenpsykiatriske afdelinger i disse 2 områder.

For at skabe et rimeligt grundlag for at fremskrive aktiviteten til 2018 i disse områder er det således i nedenstående beregninger forudsat, at antallet af ambulante besøg per 1000 indbyggere på 70 år eller derover har været

det samme i Lillebælt og på Fyn som i Vestjylland i 2007. Da disse ambulante besøg i 2007 har været registreret under almenpsykiatrien er de trukket ud af aktivitetstallene under almenpsykiatrien.

Samlet ser resultatet af beregningerne således ud:

TABEL: Ambulant behandling, standardrum - fremskrevet med 70%

Geronto	Amb. u/b 2007	Amb u/b 2018 fordelt efter befolkning	Amb. u/b pr. dag	Minutter pr. u/b	Forslag til antal behandler-kontorer	Forslag til antal samtalerum	Forslag til antal rum i alt
Vestjylland*	3.096	5.674	23	75	6	1	7
Sønderjylland*	4.563	8.482	35	75	9	2	11
Lillebælt* (1)	4.525	6.118	25	75	7	1	8
Fyn* (1)	5.265	9.390	38	75	10	2	12
Ialt	17.449	29.663	121		32	6	38

* Inkl. patienter fra andre regioner.

(1) Antallet af ambulant besøg i 2007 bygger på en antagelse om, at andre besøg pr. 1.000 indbyggere + 70 år har været det samme som i vestjylland i 2007.

Inden for gerontopsykiatrien vil der således være behov for 38 standardrum i 2018.

For så vidt angår ambulante besøg til oligofrenipatienter, viser beregninger med en forudsætning om 50% vækst frem til 2018, at der på regionsplan vil være behov for 2 standardrum. Med et oligofreniteam i hver hovedfunktion vil der dog reelt blive brug for i alt 4 standardrum på regionsniveau.

Antal senge på stationære afdelinger i 2018

Resumé på beregning af antal senge

Samlet viser beregningerne, at der i 2018 vil være behov for 553 senge fordelt på:

- Almenpsykiatri: 412 senge
- Børne- og ungdomspsykiatri: 53 senge
- Gerontopsykiatri: 88 senge

Psykiatriplanen lægger op til i alt 536 senge fordelt med 416 senge til almenpsykiatrien, 54 senge til børne- og ungdomspsykiatrien og 44 senge til gerontopsykiatrien⁵. Der er således god overensstemmelse mellem generalplanen og psykiatriplanen bortset fra, at generalplanen begrundet i den demografiske fremskrivning forudser et større behov for gerontopsykiatriske senge.

Beregning af sengebehov

Beregningen af sengebehov er foretaget på baggrund af en fremskrivning af data om antal indlæggelser og senge-dagsforbruget i 2007 opgjort på køn, alder og kommune, hvor fremskrivningen er baseret på følgende forudsætninger:

⁵ Desuden en markant udvidelse inden for retspsykiatrien, men dette ligger uden for Generalplanen.

- Demografisk fremskrivning af patienttal og sengebehov baseret på befolkningsprognose fra Danmarks Statistik frem til 2018 samt nuværende sygdomsbillede.
- 90 % belægning.
- Aldersgrænserne oplistet i psykiatriplanen er benyttet.
- Datamaterialet er korrigeret for evt. retspsykiatriske patienter, der har opholdt sig på almenpsykiatriske afsnit i 2007.
- Borgere bosat i et givet hovedfunktionsområde benytter faciliteter i samme hovedfunktionsområde uanset om dette ikke var tilfældet i 2007.
- Borgere fra Hedensted Kommune (Region Midt) er ikke medtaget, idet der ikke længere foreligger en samarbejdsaftale med kommunen.
- Børnesenge (0-13 år) forudsættes flyttet til Odense.

Almenpsykiatri

Nedenfor er vist beregningerne af det fremtidige sengebehov fordelt på de fire hovedfunktionsområder inden for almenpsykiatrien. Tabellen viser, at der i 2018 vil være et samlet behov for 412 almenpsykiatriske senge i regionen, hvilket er i god overensstemmelse med psykiatriplanens tal, der er en smule højere.

Almenpsykiatrien

	Antal normerede senge 2018	Korrektion retspsyk. patienter	Antal normerede senge 2018 efter korrektion	Antal senge 2018 - fordelt efter befolkning	Antal senge i psykiatriplan
Vestjylland	89	-1	88	79	81
Lillebælt	113	-11	102	123	122
Sønderjylland	84	-15	69	77	79
Fyn	150	-4	146	133	134
Andre*	7	-	7	-	-
Ialt	443	-31	412	412	416

* Eksl. Patienter fra Hedensted kommune

I psykiatriplanen er der korrigeret for forskelle i indlæggelsesfrekvens mellem de forskellige dele af regionen. I tabellen ovenfor er samme korrektion foretaget på de nye beregninger (kolonne 4), ligesom der er korrigeret for forskelle i liggetid, idet den gennemsnitlige liggetid på regionsniveau er brugt i fordelingsfaktoren.

Børne- og ungdomspsykiatri

Nedenfor er vist beregningen af det fremtidige sengebehov fordelt på de fire hovedfunktionsområder inden for børne- og ungdomspsykiatrien, idet alle regionens børnesenge (0-13 år) i henhold til psykiatriplanen skal flyttes til Odense.

I den første kolonne er vist antal senge såfremt dagens aktivitet demografisk fremskrives til 2018. I den anden kolonne er der korrigeret for forskelle i indlæggelsesfrekvens samt udligning af den gennemsnitlige liggetid mellem hovedfunktionsområderne. Den tredje kolonne viser antallet af senge angivet i Psykiatriplanen. Der er overensstemmelse mellem psykiatriplan og generalplan.

Børne- og ungdomspsykiatri

	Antal normerede senge 2018	Antal senge 2018 - fordelt efter befolkning	Antal senge i psykiatriplan
Vestjylland	12	9	9
Lillebælt	13	14	14
Sønderjylland	5	9	9
Fyn*	18	21	22
Andre**	5		
Ialt	53	53	54

*Inkl. børn fra hele RS, samt inkl. højt specialiseret funktion

** eksl børn og unge fra Hedensted kommune

Gerontopsykiatri

Nedenfor er vist beregningen af det fremtidige sengebehov fordelt på de fire hovedfunktionsområder inden for gerontopsykiatrien.

I den første kolonne er vist antal senge såfremt dagens aktivitet demografisk fremskrives til 2018. I den anden kolonne er der korrigeret for forskelle i indlæggelsesfrekvens samt udligning af den gennemsnitlige liggetid. Den tredje kolonne viser antallet af senge angivet i psykiatriplanen. Beregningerne viser, at der vil være et behov for 88 gerontopsykiatriske senge i 2018 i regionen, svarende til et sengebehov, der ligger 22 senge over det, der er forudsat i psykiatriplanen.

Gerontopsykiatrien

	Antal normerede senge 2018	Antal senge 2018 - fordelt efter befolkning	Antal senge i psykiatriplan
Vestjylland	11	17	13
Lillebælt	18	25	18
Sønderjylland	22	18	14
Fyn	37	28	21
Andre*	0		
Ialt	88	88	66

* ekskl. Patienter fra Hedensted kommune

Reduktion i liggetid over tid - gælder det inden for psykiatrien?

Sundhedsstyrelsens opgørelser vedr. udvikling i den gennemsnitlige liggetid indenfor det somatiske område viser et fald i den gennemsnitlige liggetid på omkring 5% om året gennem de seneste ca. 10 år. Desværre findes der ikke umiddelbare tilsvarende opgørelser fra centrale myndigheder inden for det psykiatriske område. Opgørelser fra Region Syddanmark viser dog at der gennem de seneste ca. 10 år også er sket en reduktion i den gennemsnitlige liggetid indenfor det psykiatriske område - dog med tendens til stagnerende og let stigende liggetid de seneste 5 år.



Spørgsmålet er, om der over den næste 10-årige periode kan forventes et fald i den nuværende gennemsnitlig liggetid, som i givet fald bør indregnes som en forudsætning i den fremtidige dimensionering af antal psykiatriske senge i Region Syddanmark?

Følgende taler for, at der bliver behov for færre senge i 2018:

- Mere effektive og intensiverede behandlingsforløb under indlæggelse.
- Ovenstående understøttes af bedre fysiske rammer.
- Udbygning af lokalpsykiatrien vil betyde undgåede og kortere indlæggelser.

Følgende taler imod, at der bliver behov for færre senge i 2018:

- Fremtidens indlagte patienter vil være de dårligste patienter.
- Eventuel udvidelse af almenpsykiatriens målgruppe.
- Samfundsmæssigt pres på, ikke at udskrive for tidligt.

Der er således forhold, der trækker i begge retninger. Derfor er der ikke indregnet et generelt fald i den gennemsnitlig liggetid eller antallet af indlæggelser i forbindelse med dimensioneringen af det fremtidige sengebehov.

Det bør dog fortsat fastholdes, som forudsat i psykiatriplanen, at den forventede stigning i sengetallet for gerontopsykiatrien klares indenfor det nuværende samlede sengetal i voksenpsykiatrien gennem konvertering af almenpsykiatriske senge. Udviklingen i det fremtidige sengeforbrug for de gerontopsykiatriske patienter følges nøje mhp. evt. senere justering af denne præmis.

ECT

Beregningsen af ECT-rum er baseret på følgende overordnede forudsætninger:

- Uændret antal ECT-behandlinger i 2018.
- 245 arbejdsdage pr. år med 7 timers effektiv udnyttelse af stuerne.
Sædvanligvis gives ECT-behandling 3 dage om ugen, hvilket der er korrigeret for.
- Det forudsættes, at hver behandling tager 30 min..
- Til hver stue dimensioneres der med 3 opvågningsenge.

Resultatet af beregningen fremgår af tabellen neden for.

	ECT 2007	ECT 2018	Behand- linger pr. dag	Minutter pr. behandling	Timer pr. dag i dagtid (100%)	Beregnet antal rum	Forslag til antal rum
Vestjylland	1.038	1.038	7,06	30	3,53	0,5	1
Sønderjylland	1.282	1.282	8,72	30	4,36	0,6	1
Lillebælt	1.025	1.025	6,97	30	3,49	0,5	1
Fyn	1.584	1.584	10,78	30	5,39	0,8	1
Psykiatri ialt	4.929	4.929	34		17	2,4	4

Der vil således ud fra en aktivitetsmæssig betragtning være behov for 4 ECT-stuer i alt. Hertil kommer 12 opvågningspladser.

Herudover fastholdes de nuværende ECT-funktioner i hhv. Middelfart og Svendborg for at sikre at det er muligt på alle døgnfunktioner at yde ECT-behandling til indlagte patienter.

3. Faciliteter – og standarder for godt psykiatribyggeri

I kapitel to var fokus sat skarpt på psykiatriens primærrum.

I kapitel 3 beskrives, hvad der udover primærrummene skal være af rum og faciliteter for fysisk og bygningsmæssigt at understøtte en effektiv, velfungerende og menneskelige psykiatri i stadig faglig udvikling.

C. F. Møller har derfor sammen med udvalgte nøglemedarbejdere gennemgået et antal "typiske" patientforløb for at afdække, hvilke faciliteter, der bør være til stede, og hvor og hvordan de bør indrettes for at sikre størst mulig helhed, kontinuitet, funktionalitet og åbenhed. Det er også i denne del af processen, der har været mulighed for at inddrage visioner om helbredende arkitektur og indretning.

Forløbene er udvalgt så de dækker såvel ambulante forløb som indlæggelsesforløb for de tre relevante specialer.

Rapporter og oversigt over forløbsbeskrivelserne findes i bilag 3-6.

Dette kapitel indledes med en overordnet sammenfatning af principper og forudsætninger for gode standarder, når visioner og ønsker skal gå hånd i hånd med forudsætningerne beskrevet i kapitel 1.

Dernæst følger en detaljeret beskrivelse af indretningen af et lokalpsykiatrisk center og sidst en detaljeret beskrivelse af indretningen af en døgnfunktion.

Principper og forudsætninger for gode standarder

Følgende bør lægges til grund for al psykiatribyggeri:

- Godt førstehåndsindtryk (god ydre udformning, der ikke forvirrer og samtidig minimerer institutionspræget; lave bygninger og små enheder).
- Gode orienteringsmuligheder (tydelig skiltning og logistiske trafikmønstre, korte korridorer).
- Høj kvalitet i materialeforbruget.
- Bemandet reception.
- Synlig PsykInfo-funktion.
- Gode lydforhold og dæmpning af støj. Hindre, aflede og skærme uro.
- Sikkerhed via normalitet (Undgå tydelige overvågnings- og sikkerhedsforanstaltninger).
- Høj udnyttelsesgrad af faciliteter.

- Indretning skal ske, så faciliteternes funktionalitet og udnyttelsesgrader balanceres hvilket betyder, at en række rum bør kunne benyttes til flere formål.
- Større grupperum og specialrum.
- Adgang til afslapningsrum ude og inde.

For lokalpsykiatriske centre bør følgende endvidere lægges til grund:

- Ambulant behandlingskapacitet fordeles på behandlerkontorer (80% af aktiviteten) og samtalerum for 4-5 personer (20% af aktiviteten).
- Etablering af behandlerkontorer i behandlingsområdet.
- Samlokalisering med nære samarbejdspartnere vil kunne gavne samarbejdet og arealudnyttelsen.

For døgnfunktioner bør følgende endvidere lægges til grund:

- Patientområder med oplevet kontrol (Sengeafsnit med struktur for gradvis mestring).
- Udnyttelse af rum på tværs af ambulatorier og sengefunktioner.
- Udnyttelse af rum på tværs af sengeafsnit.
- Fokus på synergi i arealudnyttelse gennem deling af rum/funktioner på tværs af almenpsykiatrien, børne- og ungdomspsykiatrien og gerontopsykiatrien.
- Akutindlæggelse vil som udgangspunkt ske i FAM (Fælles Akut Modtagelse) eller i egen skadestuefunktion, hvor psykiatrien ikke indgår i FAM – herudover faciliteter til at håndtere indlæggelsessituationen i nærheden af de enkelte sengeafsnit.
- Størrelsen på de integrerede åben/lukkede sengeafsnit – almenpsykiatrien ca. 16 senge, gerontopsykiatrien ca. 14 senge og børne- og ungdomspsykiatrien 7-9 senge.
- Udearealer anbefales som lukkede gårdmiljøer skabt om muligt gennem bygninger og ikke hegn. Overdækket udendørs aktivitetsområde anbefales overvejet i sammenhæng med indendørs motionsrum.
- Skærmning – mindste skærmningsmodul på 2 senge, herefter udvidelse med moduler af 2 senge.
- Brede gange og afbrudte gangforløb.
- Behandlerkontorer placeres inde på sengeafsnittene – indrettes så det er muligt med op til 4 personer på kontorerne.
- En ECT-enhed i en døgnfunktion i hvert hovedfunktionsområde.
- Fællesarealer – planlægges med kantine/fælles cafe, motionshal og andre fælles rum.



Det ambulante forløb i et lokalpsykiatrisk center

Generel beskrivelse

Der vil i hver hovedfunktion være en række lokalpsykiatriske centre, der bliver indgangsporten til almenpsykiatrien med ambulante behandlingstilbud, herunder vurdering af, om indlæggelse kan være et relevant tilbud. Indlæggelse vil i givet fald finde sted på hovedfunktionens døgnenhed(er).

I hvert af regionens 4 hovedfunktionsområder samles alle sengene i en til to døgnfunktioner. Herudover er den ambulante behandling i børne- og ungdomspsykiatrien, gerontopsykiatrien og oligofreniteamet placeret sammen med døgnfunktionen.

Det gode, ambulante patientforløb for den almenpsykiatriske patient har således betydning for kravene til de lokalpsykiatriske centre, mens de øvrige grundforløb relaterer sig til de af døgnfunktionerne, der både indeholder døgnsege til almen, børne- og ungdoms- og gerontopsykiatrien.

Det lokalpsykiatriske center varetager ambulant behandling af almenpsykiatriske patienter, og alle aktiviteter har et tydeligt behandlingsmæssigt sigte. Patienterne er som udgangspunkt henvist til centret, som har åbent på hverdage.

I centret tilbydes udredning og såvel akut (indenfor åbningstiden) som planlagt tværfaglig behandling med undersøgelse, vurdering og konsultationer. Der er typisk tale om en række samtaler/besøg - individuelt, i gruppe med eller uden netværkspersoner - men også mere intensive, specialiserede og strukturerede ambulante forløb indgår. De vil ofte være baseret på centrets udgående, opsøgende teams, som medvirker til at gøre behandlingstilbuddet og -intensiteten målrettet patientens behov.

Dimensionering

Centret dimensioneres i henhold til prognosen for aktiviteten i 2018, som vist i foregående kapitel. Der skal sikres plads til den besøgsaktivitet, der fremgår af beregningerne og herudover vurderes i henhold til de nævnte principper, hvilke typer af faciliteter, der skal til for at sikre gode forløb.

Bygningen

Et lokalpsykiatrisk center kan ligge i en selvstændig bygning uden andre aktiviteter tilknyttet. Alternativt kan man samlokalisere med nærtbeslægtede samarbejdsparterne. Eksempelvis den kommunale socialpsykiatri, almen praksis, speciallæger m.v. Derved kan de fysiske rammer medvirke til at udbygge samarbejdet.

En synergieffekt af samlokalisering er, at en række funktioner, som har med ejendommens drift og service at gøre, kan anvendes til flere sider, hvorved højere arealeffektivitet opnås. Det gælder viceværtsfunktion, køkken, vareforsyning o.lign. Endelig vil en samlokalisering understøtte mulighed for at etablere faciliteter som kantine, motionsrum etc.

Ved nybyggeri kan funktions- og arealanvendelsen målrettes til den fremtidige brug, og dermed sikre god udnyttelse af alle arealer. Er der til gengæld tale om placering af centret i eksisterende bygninger, skal fokus være rettet mod at kernefunktionerne får tilstrækkelig med plads og kan opnå den ønskede funktionalitet.

Patientens vej

Det lokalpsykiatriske center bør placeres centralt i bymiljøet, i forbindelse med offentlig transport og med enkel og let adgang for gangbesværede. Centret indrettes med én fælles indgang for alle patienter.

Indgangsrummet

I indgangsrummet placeres en bemandet reception samt gode og indbydende ventefaciliteter. Indgangsrummet indrettes med en tydelighed og overskuelighed, således at patienter og pårørende ikke er i tvivl om, hvor receptionen er placeret. Skiltning, farver og lysætning skal understrege venligheden i rummet.

Receptionen er bemandet i åbningstiden, og for at gøre receptionsfunktionen mindre sårbar, også sikkerhedsmæssigt, kan sekretariatet placeres i et nærtliggende lokale med visuel kontakt til receptionen. Ved receptionen er der ventepladser.

Det er vigtigt, at der er rummelighed i venteområdet, ikke mindst af hensyn til f.eks. angstprægede patienter og andre, der kan blive utilpas af små og trange lokaler. Samtidig skal der skabes mulighed for at vente uden at føle sig til skue.

I venteområdet skal der være adgang til "PSYKINFO"-



funktionen med skriftlig information, interaktiv PC m.v. enten i form af særskilt rum eller afgrænset areal i venteområdet på ca. 15 kvm. Patienter og pårørende ønsker at blive mødt med masser af information, gerne som et "vidensmæssigt påklædningsrum". Arrangementer i PSYKINFO-regi skal tænkes ind i centrets store møde-/behandlingsrum.

Venteområdets møblement bør vælges som robust og solidt inventar, der står fast.

Generelt er det vigtigt, at lokalerne i de offentlige områder indrettes med fokus på kunst og farver (Det helbredende miljø), ud fra tesen om at miljøet skal virke imødekommende og ikke provokerende. I modsætning til behandlerrum, der indrettes som neutrale rum for ikke at virke forstyrrende på behandlingen.

Ved venteområdet indrettes toiletter inkl. handicap-toilet og garderobe og mulighed for bad.

Behandling i samtalerum/behandlerkontorer

En skønsmæssig opgørelse over fordelingen af konsultationer på forskellige rumtyper viser, at langt størsteparten (ca 80%) foregår i samtalerum og behandlerkontorer, hvor der er op til 4 personer til stede af gangen. Det anbefales derfor, at centrets ambulantkapacitet primært knyttes til et antal behandlerkontorer/samtalerum af mindre størrelse med plads til 4 personer.

Grupperum

Den ambulante almenpsykiatriske patient kommer i nogle tilfælde ledsaget af pårørende og/eller netværkspersoner. Konsultationerne vil derfor foregå i rum, hvor arealbehovet afhænger af det varierende antal deltagere.

Der etableres et antal gruppebehandlingsrum til gruppeterapeutiske og psykoedukative aktiviteter i centret med plads til 8-10 personer og ét undervisnings- og behandlingsrum med plads til op til 25 personer, som for at sikre sambrug af behandlingsrum kan opdeles til to mindre - og hvor der desuden kan afholdes visitations-)konferencer o.lign. (jf. nedenfor).

Medarbejderne har også peget på, at behandlingsmæssige (og personalemæssige) aktiviteter i centret vil fordre rum til ca. 40 personer. Det vurderes dog at forekomme i et begrænset omfang, som gør det ønskeligt at anvende lokaler udenfor centret i de

tilfælde, hvor der er behov for plads til flere end 25 personer. Der er derfor ikke placeret et familiesamtalerum med plads til 40 personer i det lokalpsykiatriske center.

Specialrum

Der vil være behov for specialrum til særlige formål. Det gælder et somatisk undersøgelsesrum, rum til fysioterapeutisk kropsundersøgelse og rum til psykologisk test. Disse rum indrettes, så de også kan anvendes til generelle formål - ligesom standardrum forventes udnyttet til specielle formål.

I henhold til psykiatriplanens forudsætninger, hvor centret udfører behandlingsopgaver, etableres der ikke et særligt rum til ADL-træning i det lokalpsykiatriske center. Et mindre ADL-køkken, som et diagnostisk instrument i udredningen kan overvejes i de enkelte projekter.

Krav til rum

Rummene skal placeres, så samtaler ikke forstyrres af andre aktiviteter. Det indebærer, at vægge og døre skal være lydisolerede. Indretningen af behandlerrummene skal være neutral, dvs. kun med det nødvendige møblement (stole og borde), og en udsmykning, der afbalanceres med hensyn til, at det samlede miljø skal virke imødekommende uden unødigt institutionspræg.

Der skal således skabes udbredt fleksibilitet i anvendelse af samtale- og grupperum ved brug af opdelende foldevægge, forudsat at krav til lydforhold i behandlingsrum kan efterleves. Store rum kan dermed opdeles i mindre rum og anvendes til flere formål.

Rummene indrettes med faste aflåste depotskabe.

Pauserum - inde og ude

Patienterne i centret er i intensive forløb, og der er derfor behov for pauserum, hvor patienterne kan opholde sig mellem samtaler og behandlinger og slappe af i rolige omgivelser.

I tilknytning til pausearealer afsættes der ekstra arealer til torvelignende rumdannelser, hvor patienterne både kan søge kontakt til andre og have mulighed for at trække sig tilbage - eksempelvis i nicher.

Udover de indre torvelignende rum anbefales adgang til pauserum ude, så der frit kan vælges, om pausen kan ske inde eller ude. I den forbindelse kan de rygende patienters behov indpasses, da der ikke tillades rygning indendørs.



Personale og støttefaciliteter

Til personalet indrettes en række enkeltmandskontorer og derudover kontorarbejdspladser i samlede, åbne rum. Det forudsættes at al behandling foregår i behandlingsområdet. Derfor anbefales det, at der etableres behandlerkontorer, hvori der kan foregå konsultationer mellem behandler og op til 3 gæster. Behandlerkontorer er forbeholdt ansatte med minimum 4 timers behandling på kontoret pr. dag. Der henvises til gennemgang af døgnfunktionen senere i kapitel 4 for argumentation for valg af dette alternativ.

Til elever indrettes særlige kontorarbejdspladser.

Der afsættes plads til minimum 3 sekretærer/administrative medarbejdere i det enkelte center.

Plads til debriefing og lign.

Fra personalesiden er der udtrykt ønske om, at der gives mulighed for, at personalet for en kort stund i løbet af dagen kan trække sig tilbage. På den baggrund afsættes plads til debriefing og lign.

Møde- og konferencerum

Der etableres møde- og konferencerum med IT og teledstyr af tidssvarende standard, hvormed der kan skabes videokonferencekontakt med døgnfunktionerne m.v. Det anbefales at anvende det største mødelokale.

Personaleophold og te-køkken

Der skal være en opholdsstue med te-køkken. Af rekrutterings- og fastholdelsesmæssige grunde kan personalekantine, motionsrum etc. overvejes. Dette vurderes mest realistisk ved samlokalisering med andre samarbejdspartnere, jf. afsnit om "Bygningen" herover.

Kontorer til udgående og opsøgende teams

Til de udgående og opsøgende teams afsættes plads til teamkontorer og opholdsrum. Der afsættes et særlig rum til udgående medarbejdere i børne- og ungdomspsykiatrien, et rum til gerontopsykiatrien og et rum til oligofreniteam/TIT-team/retspsykiatrisk distriktpsykiatri.

Birum

Her medregnes medicinrum, rengøringsrum, depoter, affaldsrum, toiletter, kopi/printerrum samt garderobe og bad til personalet.

Drift- og forsyningsforhold

Til servicering af det lokalpsykiatriske center vil der i

mindre omfang være behov for leverance af vareforsyning, vasketøj, medicin og evt. mad. I rumlisten er der taget udgangspunkt i, at nævnte forsyninger leveres fra en ekstern leverandør, der ikke befinder sig på samme matrikel.

Der vil med de her givne anbefalinger samlet set være gode muligheder for at leve op til ambitionerne, som findes i både psykiatriplanen, i regionens notat om bygningsmæssige standarder (bilag 7) - og de som er kommet til udtryk blandt den brede kreds af nøglepersoner, som har leveret input og bidraget med faglige synspunkter til dette arbejde.

Den psykiatriske døgnfunktion - incl. ambulante funktioner i børne- og ungdomspsykiatrien, gerontopsykiatrien og oligofreniteam

Generel beskrivelse

Døgnfunktionen varetager intensiv behandling af patienter i alle aldre, der for en periode har behov for behandling under indlæggelse - evt. under skærmede former. Funktionen har derfor åbent døgnnet rundt, alle årets dage.

En døgnfunktion giver tilbud om udredning og såvel akut (herunder også akutte tvangsindlæggelser) som planlagt tværfaglig behandling med undersøgelse, vurdering og konsultationer m.m. Det vil foregå som samtaler - individuelt, i gruppe med eller uden netværkspersoner - men også mere intensive behandlingsformer med anvendelse af forskellige teknikker indgår.

Døgnfunktionen opbygges med integrerede afsnit med skærmmingssektioner, hvorved der opnås en høj grad af fleksibilitet i indretning og daglig anvendelse.

For alle behandlingstilbud gælder, at de omfatter medicinske, psykologiske og sociale aspekter i et tæt samarbejde med andre instanser - ikke mindst kommunale samarbejdspartnere.

Særligt vedrørende almenpsykiatrien

Døgnfunktionen er et behandlingsmæssigt supplement til de lokalpsykiatriske centre, hvor den ambulante virksomhed foregår, og der vil derfor være et nært samarbejde imellem disse enheder, der ligger fysisk adskilt fra hinanden.



Særligt vedr. børne- og ungdomspsykiatrien og gerontopsykiatrien

De ambulante børne- og ungdomspsykiatriske behandlingstilbud og de ambulante gerontopsykiatriske behandlingstilbud placeres som udgangspunkt i tilknytning til hhv. de børne- og ungdomspsykiatriske og de gerontopsykiatriske senge i døgnfunktionen. Til børn under 13 år er der alene sengepladser i Odense.

Særligt vedr. oligofreni

Oligofreniteamet er placeret sammen med en døgn-enhed i hvert hovedfunktionsområde.

Dimensionering

Sengepladserne følger de i Psykiatriplanen angivne antal pladser. Herudover vurderes hvilke typer af faciliteter, der skal til for at sikre gode forløb i henhold til de nævnte principper og forudsætninger. Endelig dimensioneres for udgående, opsøgende teamfunktioner.

Bygningen

Med princippet om at minimere institutionspræget, skal døgnfunktionen etableres som en selvstændig og lav bygning. I Odense og Åbenrå vil den psykiatriske døgnfunktion ligge sammen med det somatiske akutsygehus, hvilket indebærer at psykiatrien forventes at indgå i den Fælles Akut Modtagelse (FAM) og drift- og servicefunktioner vil kunne samdrives med god service og totaløkonomi som resultat (Se også bilag 7: God bygningsstandard, Region Syddanmark, 30.maj 2008).

Ved nybyggeriet i Odense, Vejle og Åbenrå vil det være muligt at optimere funktions- og arealanvendelsen til det fremtidige brug - og dermed opnå en effektiv arealudnyttelse. Er der omvendt tale om helt eller delvis placering i eksisterende bygninger, som i Esbjerg og Middelfart, kan det erfaringsmæssigt være vanskeligere at opnå samme effektivitet.

Den samlede enhed med voksenpsykiatrisk døgnfunktion, børne- og ungdomspsykiatrien og gerontopsykiatrien, skal give mulighed for, at en række funktioner kan deles mellem de 3 indsatsområder. Det gælder især offentlige områder og behandlingsfaciliteter, der kan bookes.

Der skal lokalemæssigt og indretningsmæssigt generelt tages højde for, at for nogle af de indlagte vil der blive stadigt kortere indlæggelsesforløb, mens der for alle forventes at blive tale om et stadigt mere intensivt behandlingsforløb.

Af patienthensyn forudsættes det, at patienten indlægges og færdigbehandles på samme afsnit. Det stiller krav til fleksibel indretning, så skærmning er mulig indenfor afsnittets rammer - og under behandling af det samme personale. Skærmningsarealet skal tilpasses behov, der ændrer sig over tid, se nedenfor.

For at sikre patienters adgang til udearealer, er det hensigtsmæssigt at byggeriets patientrettede dele placeres i terrænniveau. Drift, forsyninger og visse kontorarealer kan evt. være placeret på et andet etageniveau.

Bygningen skal i sin indretning i øvrigt bære præg af god plads og rummelighed, da det virker emotionsdæmpende.

Patientens vej

Den psykiatriske døgnfunktion kan med fordel placeres med god forbindelse til offentlig transport - og med enkel og let adgang for gangbesværede. Døgnfunktionen indrettes med få indgange, således at der er én fælles hovedindgang for alle ambulante og ikke-akutte patienter, samarbejdspartnere, pårørende og personale. Derudover skal der være separat indgang for de akutte patienter.

I forbindelse med placering af modtagefaciliteter og logistikken indenfor sengeafsnittene bør man tilstræbe at undgå lange transportveje for liggende patienter, eksempelvis ved indlæggelsessituationen, ved medicingivning og andet i forhold til skærmede patienter.

Der kan for personalet evt. placeres en indgang, hvor det vurderes hensigtsmæssigt i forhold til garderober.

Indlæggelse i voksenpsykiatrien

Den akutte voksne patient forventes i fremtiden at blive indlagt via det lokalpsykiatriske center eller via den psykiatriske akutmodtagelse (PAM). PAM vil i Odense og Åbenrå være integreret i den fælles akutmodtagelse (FAM), medens PAM i Esbjerg og Vejle integreres i den psykiatriske skadestuefunktion.

Den psykiatriske skadestuefunktion vil udover sengeposter indeholde venterum, udredningsrum, samtalerum og personalefaciliteter. Der arbejdes videre ud fra Danske Regioners anbefaling om at placere 10% af sengekapaciteten i FAM og omregningsfaktor på 0,7 ved overflytning af almene senge til skadestuen. Dvs. med 10 senge i skadestuen kommer de 7 gennem



reduktion i sengetallet på de almene afsnit og de 3 er nye.

I tilknytning til sengeafsnittene etableres modtagelses-faciliteter som:

- "Politirum", til den akutte patient med en tvangsforanstaltning. Politirummet placeres diskret i forhold til øvrige offentlige områder og indgange.
- Venterum til pårørende til akut indlagte patienter.
- Toilet/bad.
- Somatisk undersøgelsesrum.

Sikkerhedshensyn betyder, at der skal være god plads i modtagefunktionen som helhed, og at der skal være en flugtvej for personalet.

Indlæggelse i børne- og ungdomspsykiatrien

Ved de 4 børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger etableres modtagelsesfaciliteter for unge som beskrevet under voksenpsykiatrien, med umiddelbar adgang til sengeafsnittene. Børn forventes kun indlagt i Odense, og her direkte i sengeafsnittet.

Indgangsrummet

I indgangsrummet er der en bemandet reception og gode og indbydende ventefaciliteter. Indgangsrummet indrettes med en overskuelighed så ingen er i tvivl om, hvor receptionen er placeret. Skiltning, farver og lys-sætning understreger venligheden i rummet.

I henhold til principperne listet indledningsvist er det vigtigt at receptionen som minimum er bemandet i dagtiden. Funktionen kan gøres mindre sårbar, også i sikkerhedsmæssig forstand, ved at sekretariatet placeres nær ved i et lokale med visuel kontakt til receptionen.

Rummelighed i lokalerne anbefales, således at personer der f.eks. er angstprægede, ikke påvirkes i uønsket retning af små og trange lokaler. Venteområdets møblement bør vælges som robust og solidt inventar, der står fast.

I forbindelse med venteområdet indrettes der toiletter, inkl. handikaptilet og garderobe.

Ved receptionen er der ventepladser og nær venteområdet vil der være adgang til PSYKINFO-funktionen, der placeres i et særskilt rum på ca. 15 kvm. eller i en afskærmet del af venteområdet.

Fra indgangsrummet skal på der på en tydelig måde være adgang til både børne- og ungeambulatoriet, gerontoambulatoriet og til alle sengeområderne.

Døgnehedens sengeafsnit

Sengeafsnit indrettes med ca. 16 pladser i almenpsykiatrien, alle som et-sengsstuer med eget toilet og bad. 2 af pladserne i hvert afsnit får en størrelse så de kan håndtere bariatriske (stærkt overvægtige) patienter (de samme stuer som indrettes med handicaptilet - se nedenfor)

Patienter og pårørende samt en række medarbejdere anbefaler, at patientens privatsfære respekteres på den måde, at samtaler og behandlingsaktiviteter kan foregå i neutrale rum, som f.eks. særlige behandlingsrum. Samtaler kan også foregå på kontorer eller i patientens eget rum.

Til det formål vil der være behov for samtalerum til ca. 5 personer, grupperum til 10 personer og konference-rum til 20-25 personer.

Særlige forhold vedr. sengeafsnit i børne- og ungdomspsykiatrien

I børne- og ungdomspsykiatriens sengefunktion forventes et sengeafsnit at bestå af 7-9 sengepladser, alle som et-sengsstuer med eget toilet og bad., ifl. psykiatriplanen og de forudsætninger den er bygget på.

Særlige forhold vedr. sengeafsnit i gerontopsykiatrien

Det gerontopsykiatriske sengeområde vil bestå af ca. 14 senge i et-sengsstuer med eget toilet og bad. Afsnittet indrettes i hovedtræk som et almenpsykiatrisk afsnit. Dog under hensyntagen til, at de gerontopsykiatriske patienters behov på enkelte punkter afviger fra de almenpsykiatriske. De er ofte i en tilstand hvor behovene i højere grad er rettet mod observation og skærmning end behandlingsfaciliteter i form af gruppe- og samtalerum.

Sengestuer

Sengestuer indrettes som enkle og overskuelige rum med få møbler. Der skal være plads til patientens ejendele i et skab, og være et bord med spisestuestol samt en lænestol. Samtidig skal indretningen af døgnfunktionen i det hele taget tilskynde patienterne til at anvende fællesarealer / opholdsstuer. Dette kræver nøje arkitektonisk balancegang.



En somatisk sygehusseng anses for uønsket. Der skal være mulighed for at fiksere patienten i sengen.

Døren til sengestuen skal kunne låses af patienten indefra, men samtidig skal det være muligt for personalet at åbne døren udefra. Dørene bør endvidere udføres som en almindelig bred dagligdør samt en bidør, der begge kan åbnes i påkrævede tilfælde.

Særlige forhold vedr. sengestuer i børne- og ungdomspsykiatrien

Forholdene for børne- og ungdomspsykiatriens patienter og deres forældre kan udtrykkes sådan, at jo yngre børn, jo mere behov er der for forældrenes tilstedeværelse. Dette søges imødekommet via familierum - enten som ekstra rum i afdelingen eller som en hotelagtig funktion udenfor afdelingen.

For at skabe mulighed for at pårørende kan opholde sig tæt på patienten skal der i børne- og ungdomspsykiatrien både oprettes deciderede familierum som ekstra rum i afdelingen og i tillæg hertil en familielejlighed. For børne- og ungdomspsykiatrien i Odense, hvor de yngste patienter (under 13 år) befinder sig kan kapaciteten evt. udvides.

Særlige forhold vedr. sengestuer i almenpsykiatrien og gerontopsykiatrien

I almenpsykiatrien og gerontopsykiatrien forventes anvendelsen af familierum at være beskeden. Der dimensioneres med 2 familie/gæsterum til almen- og gerontopsykiatrien, hvoraf den ene dimensioneres til også at kunne rumme familiesamvær i dagtimerne med plads til legefaciliteter m.v..

Det foreslås at samle familierummene og de 3 vagtværelser, der samlet dimensioneres til døgnfunktionen, i et gæsteafsnit i fællesområdet.

Udemiljøet

Studier viser, at udsigten fra sengestuer og opholdsrum har indvirkning på patientens og personalets velbefindende. Udsigt til natur virker således beroligende for patienten, ligesom at udsigt til natur formodes at forkorte indlæggelsestiden og virke nedsættende på forbruget af medicin.

Det anbefales derfor, at adgangen fra sengestuerne til en lukket gård sker via gangareal, og at der etableres en "løngang" mellem gang og gård således at patienterne kan vælge at opholde sig i en overgangzone inden det åbne gårdrum. Løngangen kan samtidig fungere som rygezone og udvendigt ophold i regnvej.

Det anbefales, at skærmningen mod det frie udføres som en bebyggelse og ikke i form af et hegn. En omkransende bebyggelse skal udføres således, at en flugtsituation gøres vanskelig.

Der bør overvejes etablering af et overdækket udeområde på størrelse med 2-3 badmintonbaner med afskærmning på tre sider til fysisk aktivitet (boldspil, gymnastik m.v.) som afhængig af økonomi og pladsforhold i det enkelte projekt kan anvendes som supplement eller erstatning for den andet steds omtalte indendørs motionshal. Modellen er med succes anvendt bl.a. i Newcastle.

Toilet og baderum

Patienten skal fra sengestuen have direkte adgang til toilet og baderum. Baderummet skal generelt være ca. 6 m², men et par toiletter/baderum på de almenpsykiatriske og børne- og ungdomspsykiatriske sengeafsnit og samtlige på gerontopsykiatriske sengeafsnit skal have en størrelse (ca. 10 m²), der er egnet til brug for patienter med hjælpemidler, handicappede og svært overvægtige patienter.

Skærmede enheder

Integrerede afsnit skal indrettes på en fleksibel måde, så de nødvendige faciliteter, såsom opholds- og spisearealer, personalets arbejdsstation m.m. er i direkte tilknytning til den skærmede enhed. Arbejdsstationer kan evt. indrettes sådan at de kan betjene både det skærmede område og det åbne område ved brug af låsbare døre til begge områder. De skærmede enheder foreslås at kunne indrettes med minimum 2 senge - som ved behov udvides i moduler á 2 senge.

Patienterne kan ved denne organisering selv opleve fremgang i behandlingen i takt med at skærmningsbehovet reduceres.

Arealforbruget i forbindelse med de skærmede sektioner øges, idet der er behov for en dublering af opholdsarealer og et arealtillæg til personalets arbejdsstation. Den modulære opdeling af skærmningsarealet betyder også behov for plads til de dørarrangementer, der skal sikre en adskillelse mellem modulerne.

Gangarealer

Patienter og personale anbefaler at der undgås "institutionelle gangforløb". Gangene bør i udformning have små eller større nicher, hvor patienter og personale kan samtale under afskærmede forhold. Gangen kan



med fordel udvides ved indgang til sengestuer således at der opstår en forgang ind til sengestuen. Loftet i denne forgang ses ofte sænket hvorved der opnås en overgangszone, der for nogle antages at have en beroligende effekt.

I gangarealet ud for sengestuerne kan der indrettes nicher med en siddehøjde, hvor der er mulighed for en patient at opholde sig og følge med i hvad der sker i omgivelserne. Her kan der endvidere foregå rolige samtaler mellem patient og personale. I varierede og spændende gangforløb, bør der planlægges med erfaringerne for anvendelsen af høje og velbelyste rum.

Lys influerer i meget høj grad på menneskers velbefindende og det er dokumenteret, at lys har en medicinsk effekt. Derudover medvirker dagslys til at øge energiniveauet, ligesom det kan have en positiv effekt på stressniveauet. Tilsvarende kan lyssætning anvendes bevidst i relation til forbedring af patientsikkerheden.

Konsekvensen er, at der skal sikres gode dagslysforhold i alle områder med patienter og personale.

Behandlingsrum m.v. på de enkelte sengeafsnit

Der er et klart ønske fra patienter og pårørende, at personalet kommer ud blandt patienterne i højere grad end tilfældet er mange steder i dag. "Glasburet", som det kendes fra traditionelle hospitalsgange, skal undgås. Personalet skal være synligt uden at virke overvågende.

Der er behov for et antal samtale-, møde-, undervisnings-, gruppe- og konferencerum af forskellig størrelse - mindst ét bør have telekonferencefaciliteter, så kommunikation med samarbejdspartnere, supervisorer o.a. kan foregå på enkel facon. For antal og størrelse henvises til kapitel 6. Et rum, som evt. kan være det samme som telekonferencerummet, udstyres så der kan optages videosekvenser med patienterne til brug for den behandlingsmæssige proces.

Rum, der er tiltænkt aktiviteter med patienterne, som også kan anvendes til interne personalekonferencer, møder med kommunale samarbejdspartnere, patientnetværk m.m., indrettes neutralt med rigeligt lys, neutrale farver og en neutral og dog ikke-institutionspræget udsmykning.

Med fordel kan conference-/møderum placeres med direkte adgang til personalets arbejdsstation.

Behandlerkontorer indenfor sengeafsnittene

Af Principper for God Bygningsstandard i Psykiatrien fremgår, at behandling af indlagte primært bør foregå indenfor sengeafsnittene. På den baggrund anbefales det at behandlerkontorer etableres indenfor sengeafsnittene. Modellen forventes at have følgende positive effekter:

- Patienterne vil opleve behandlerne mere tilgængelig og som en mere integreret del af hverdagen i sengeafdelingerne.
- Nemt at finde patienten.
- Personale har nem adgang til lægen - og omvendt.
- Tæt tilknytning til personalet i andre situationer end de traditionelt arbejdsmæssige,
- Tæt kontakt til kolleger fra samme afsnit.
- Godt at kunne observere patienterne i mere uformelle situationer.

Desuden vil der i døgnfunktionerne fremadrettet på det almenpsykiatriske område kun være behandling af indlagte, så behovet for at have behandlerkontor adskilt fra sengeafsnittene er ikke tilstede på samme måde, som i dag.

Der indrettes derfor kontorer indenfor sengeafsnittene til de personalegrupper, der har behov for enkeltkontorer. Udover afdelingslederen handler det om behandlere, der gennemfører behandlingssamtaler af et vist omfang (ca. 4 timers individuel behandlingsaktivitet pr. dag).

Der indrettes med behandlerkontorer med plads til 4 mødedeltagere. Heri forventes hovedparten af konsultationer/individuelle behandlinger at foregå. Herudover etableres enkelte samtalerum med plads til ca. 6-8 personer i hvert afsnit.

Valget af behandlerkontorer begrundes med:

- Høj fleksibilitet for behandlerne - planlægning kræver ikke koordinering med kolleger.
- Her-og-nu samtaler kan afvikles uden ventetid.
- Mindre risiko for at behandlingsrum/samtalerum bliver flaskehals.
- 80 % af behandlernes samtaler kan rummes på eget kontor.

Særlige forhold vedr. behandlerkontorer i børne- og ungdomspsykiatrien og gerontopsykiatrien

For børne- og ungdomspsykiatriske og gerontopsykiatriske sengeafsnit kan der begrundet i tilstedeværelsen af ambulatoriefunktion for begge områder indenfor



døgneheden være undtagelser for princip om behandlerkontorer inde i afsnittet.

Multirum

Der etableres et mindre aktivitets-/multirum på hvert sengeafsnit, så indhold og størrelse på en bæredygtig måde svarer til afsnittets patientantal. Rummets tilbud skal ses i sammenhæng med multirummet i fællesområdet, således at de på god måde supplerer hinanden.

Opholdsareal

På det enkelte sengeafsnit skal der være opholdsarealer for patienterne – gerne i varierende størrelser – og spredt på flere enheder i afdelingen. Nicher er i den forbindelse en type opholdsareal. Opholdsarealerne placeres på en måde, så personalet kan overskue afdelingen – d.v.s. med færrest mulige døde vinkler.

Samtidig har patienterne et behov for, at de i opholdsarealerne både kan opnå kontakt med andre patienter og personale – og finde mulighed for at kunne trække sig tilbage, uden at det nødvendigvis skal foregå til egen stue.

Opholdsarealerne skal være venlige og indbydende at opholde sig i. Lys, farver, støjdemping, og grønne planter medvirker til at opnå den hensigt.

De korte korridorforløb anbefales så vidt muligt at indgå i åbne opholdsarealer – og tildeles en bredde som nemt tillader to personer at passere hinanden, dvs. ca. 2,4 m eller mere.

Særlige forhold vedr. sengeafsnittene inden for børne- og ungdomspsykiatrien

Til særligt udadreagerende patienter skal der være et såkaldt "afstressningsrum", hvor man uden stor dramatik for andre, kan give følelser og kræfter afløb og/eller opholde sig i uforstyrret fra andre.

Det anbefales, at der til hver børne- og ungdomspsykiatrisk sengeenhed er køkken-alrum, aktivitetsrum og samtalerum – og at der er to opholdsarealer – af forskellig størrelse således at to grupper kan udøve aktiviteter uden at genere hinanden. Det største opholdsareal anvendes til fælles spisning.

Med den overskuelige størrelse på den børne- og ungdomspsykiatriske sengeenhed og at der i samme bygning foregår ambulant aktivitet, anbefales det, at behandlingsrum og -faciliteter i øvrigt udgør en fælles

ressource for indlagte og ambulante børne- og ungdomspsykiatriske patienter.

Det gælder også en skolefunktion, idet undervisningspligten skal varetages under indlæggelse og/eller under længerevarende intensive ambulante forløb.

Der er desuden behov for gruppebehandlingsrum af forskellig størrelse afhængig af antallet af deltagere, psykoedukationsrum, legeterapirum m.m – rumlisten for Aabenraa supplerer listen (se kapitel 5 og bilag 9).

På baggrund af en skønsmæssig vurdering af fordelingen af konsultationer/behandlinger i de nævnte rumtyper, forgår hovedparten i samtale-/behandlerkontorer og for grupperummene er der tale om fleksible løsninger, som tillader at rum bruges til flere formål.

Aktivitetsfaciliteter

Der skal være aktivitetsfaciliteter både indenfor og udenfor sengeafsnittet. Faciliteterne udenfor afdelingen kan med fordel deles med de øvrige behandlingsenheder, og skal derfor kunne reserveres/bookes på forhånd.

Aktivitetsfaciliteterne på de enkelte sengeafsnit skal indrettes, så der kan foregå flere aktiviteter i rummene, hvorved udnyttelsen af arealerne bliver bedst muligt.

Der etableres et depot til fysioterapeutiske redskaber for at skabe let tilgang til aktivitetsredskaber i de enkelte afsnit til anvendelse i opholdsarealer og rum på afsnittet.

Fællesområde - Kantine/ café

Det foreslås, at der i fællesområdet for døgneheden planlægges en fælles kantine/café. Ikke alle patienter kan benytte den fælles kantine på grund af deres tilstand, men vil have behov for at kunne indtage måltider i mere rolige omgivelser evt. på egen sengestue eller -afsnit. Cafeområdet bør indrettes med mulighed for nicher hvor patienterne kan placere sig i mindre enheder.

Fællesområde - sports- og motionsrum

Motion og bevægelse, tilpasset den enkelte patients behov, anses for at være et vigtigt led i behandlingen – og bør prioriteres. Der er tale om fællesfaciliteter, som alle behandlende funktioner i døgnfunktionen kan benytte efter et bookingprincip. Det bør endvidere



være muligt for personalet på bestemte tidspunkter at benytte faciliteterne.

I fællesområdet anbefales det, at der placeres en motionshal til indendørs motion dimensioneret efter, at der kan være to badmintonbaner ved siden af hinanden, i alt m/tillægsarealer ca. 250 netto kvm. Dette i kombination med det overdækkede udeområde beskrevet under "ude-miljøet".

I forbindelse med motionshallen, afsættes der et areal til træningsudstyr med styrke- og smidighedstræning - ligeledes til anvendelse efter et bookingprincip af døgnfunktionens brugere. Arealet - og udstyrsparken - kan variere og afhænge af hvilke typer behov, der vurderes at være vigtigst. Mulighed for at trække udstyr ud i uderummet bør forfølges.

Endelig anbefales det, at der afsættes areal til brug for aktiviteter, der kan være relevante at have i døgnfunktionen, men hvor det enkelte sengeafsnit vil være for lille til at kunne rumme aktiviteten. Det drejer sig om værkstedsaktiviteter, der medfører specielt eller bekosteligt udstyr, og hvor aktiviteterne struktureres af fysio- og ergoterapeuter i et samarbejde med patienter og øvrigt personale.

Fællesområde - andre faciliteter

ECT-rum til behandling skal forefindes på området - og ikke foregå på et hospitals anæstesiafdeling. ECT-enheden dimensioneres efter aktivitetsprognosen, svarende til 1 rum i hver hovedfunktion. Enheden bestykses yderligere med forberedelsesrum og 3 opvågningspladser.

ECT-enheden placeres så den er enkel at komme til for alle brugerafdelinger, og samtidig med en diskret adkomst, skærmet fra de offentlige områder.

I fællesområdet placeres hjertestarter-udstyr i skabe, der er enkle at komme til.

I fællesområdet skal der endvidere være adgang til et somatisk undersøgelsesrum med undersøgelsesleje og standardinstrumenter m.m. til brug i tilfælde af, at en patient bliver dårlig eller kommer til skade.

Andre faciliteter -drifts- og servicenum

Der er behov for arealer til modtagelse af forsyninger, mad (helt, delvist eller slet ikke forarbejdet), medicin, vasketøj, ejendommens drift m.m.

I eksemplet Aabenraa i kapitel 5 angives forslag til dimensionering af lokaler til drift og service, idet der er forudsat at drifts- og serviceområdet drives sammen med et nærtliggende hospital. Det vil være situationen for døgnfunktionen i Aabenraa, Odense, Svendborg og Vejle. I Esbjerg og Middelfart vil der med placering på egen matrikel være brug for et areal til selvstændige tekniske funktioner. På niveau med tilsvarende sygehusbyggerier på egen matrikel tillægges der 10% i areal til disse 2 byggeprojekter til de tekniske funktioner.

Særligt vedr. Børne- og ungdomspsykiatrisk ambulatorium

Vedr. indretning af ambulatorie- og behandlingsfaciliteter henvises til foranstående vedr. det lokalpsykiatriske center samt beskrivelserne ovenfor.

I den børne- og ungdomspsykiatriske ambulatoriefunktion skal der generelt være afsat plads til at stille barne- og klapvogne. Skifte- og puslefaciliteter skal være til rådighed i toiletrum m.m., ligesom der generelt stilles krav om handicapvenlige forhold med god tilgængelighed.

Til børne- og ungdomspsykiatrisk ambulatoriefunktion skal der være et antal samtale- og behandlerrum, som svarer til aktivitetsprognosen for området. Hertil kommer specialrum, som kan deles med døgnfunktionen, idet de er beliggende nær hinanden.

Det drejer sig bl.a. om

- Et neutralt indrettet test- og terapilokale med plads til op mod 10 personer. Lokalet skal udstyres med videokamera samt skab til rekvisitter.
- Legeterapilokale - med skab eller depot til rekvisitter.
- Rum til undersøgelse af patientens motoriske forhold - der skal være højt til loftet (rum til aktiv udfoldelse).
- Rum til fysioterapeutisk kropsundersøgelse (uden krav til loftshøjde).
- Somatisk undersøgelsesrum, indrettet for børneundersøgelser.

I den konkrete planlægning forudsættes, hvor det er muligt, sambrug af rum - og at specialrum kan anvendes som standardrum - og omvendt.

I ambulatorieområdet vil flere patienter være i intensive ambulante forløb med eksempelvis heldags tilstedeværelse et antal dage i træk, hvilket stiller særlige krav til faciliteter, hvor den nødvendige terapeutiske



kommunikation kan foregå samt faciliteter, der imødekommer denne alderskategoris øvrige behov.

Det drejer sig bl.a. om

- Et stort gruppe-samtalerum til bl.a. flerfamiliesamtaler, hvor behovet kan være op til 40 personer til stede samtidig. Der indrettes et enkelt rum af denne type, der forventes at dække hele døgnhedens behov i forbindelse med større forsamlinger.
- Grupperum af forskellig størrelse, med mulighed for fleksibel inddeling.
- Pauserum, et loungeagtigt område m./bl.a. internet, legefaciliteter o.a. til den relevante aldersgruppe.
- Motionsrum/sportsfaciliteter, som dels skal være i ambulatorieområdet - og dels kan deles med andre patientgrupper, såfremt det ikke er "åbne" faciliteter, men de kan reserveres på forhånd.
- Skolefunktion, som deles med døgnfunktionen.
- Kantine/cafe - deles med resten af huset.

Endelig er der behov for bi- og personalerelaterede rum, herunder kontorer, som anbefales placeret blandt behandlingsfaciliteterne.

Se rumlisten for eksemplet Aabenraa for supplerende oversigt. (Bilag 9).

Særligt vedr. Gerontopsykiatrisk ambulatorium

Vedr. indretning af ambulatorie- og behandlingsfaciliteter henvises til foranstående vedr. det lokalpsykiatriske center samt beskrivelserne ovenfor.

I det gerontopsykiatriske ambulatorium, er der behov for samtalerum (standardrum), svarende til aktivitetsprognosen for området. Hertil kommer specialrum, som kan deles med den gerontopsykiatriske døgnfunktion, som ligger lige i nærheden.

Det gælder grupperum med plads til op til henholdsvis 10 og 20 tilstedeværende, test- og terapilokale og medicinrum.

For det gerontopsykiatriske område gælder i særdeleshed at krav om handicapvenlige adgangsforhold opfyldes.

Personale og støttefaciliteter

Til personalet indrettes en række enkeltmandskontorer og derudover kontorarbejdspladser i samlede, åbne rum. Det forudsættes at al behandling foregår i behandlingsområdet.

Det anbefales, at der etableres behandlerkontorer, hvori der kan foregå konsultationer mellem behandler og op til 3 gæster. Behandlerkontorer er forbeholdt ansatte med minimum 4 timers behandling på kontoret pr. dag. Der henvises til gennemgang af døgnfunktionen senere i kapitel 4 for argumentation for valg af dette alternativ.

Til elever indrettes særlige kontorarbejdspladser.

Til forskningsopgaven afsættes særlige forskningspladser i fællesområdet.

Til undervisnings- og udviklingsopgaven og kvalitetsområdet anbefales, at der afsættes særlige arbejdspladser. Undervisningsopgaven forudsættes løst i de afsatte undervisningsrum, grupperum og auditorium i døgnfunktionen.

Niveuaet beskrevet er udtryk for løsningsforslag på basisopgaven i psykiatrien. De særlige krav til universitetsfunktionen på uddannelses- og forskningsområderne er der ikke taget højde for i generalplanen

Plads til debriefing og lign.

Fra personalesiden er der udtrykt ønske om, at der gives mulighed for at personalet for en kort stund i løbet af dagen kan trække sig tilbage. På den baggrund afsættes plads til debriefing og lign. i de allerede afsatte kontorer og samtalerum.

Møde- og konferencerum

Der etableres flere møde- og konferencerum med IT og teleudstyr af tidssvarende standard, hvormed der kan skabes videokonferencekontakt med lokalpsykiatrien m.v. Det anbefales at anvende de største mødelokaler i sengeafsnittene.

I fællesområdet etableres et større auditorium for hele døgnfunktionen.

Personaleophold og te-køkken

Der skal være opholdsstuer med te-køkken tilknyttet de enkelte sengeafsnit.

Kontorer til udgående og opsøgende teams

Til de udgående og opsøgende teams afsættes plads til teamkontorer og opholdsrum. Der afsættes særlig rum til udadgående medarbejdere i børne- og ungdomspsykiatrien, gerontopsykiatrien og oligofreniteamet.



Birum

Her medregnes et antal medicinrum, rengøringsrum, depoter, affaldsrum, toiletter, kopi/printerrum og garderobe og bad til personalet.

Sikkerhed

Sikkerheden i en psykiatrisk afdeling spiller en vigtig rolle for både patienter og personalet. Det er af afgørende betydning, at der er gode oversigtforhold i bygningen, således at personale og patienter kan opnå god kontakt med hinanden - og personalet kan få kontakt til hinanden og om nødvendigt, aktivere en alarm, så der kan skaffes den fornødne hjælp. Korte afstande i byggeriet kan hjælpe til at assistance kommer hurtigt frem. Gode oversigtforhold er ønskeligt - også ud fra et normalitetshensyn, idet indtrykket af overvågning dermed kan mindskes.

Lyden af alarmer minimeres af hensyn til patienterne og kan understøttes af visuelle lysalarmer, ligesom trådløs teknik forventes anvendt, når sikkerheden vurderes at være i orden.

Brugen af aflåsning er et nødvendigt tema i en psykiatrisk afdeling. Under hensyn til principperne om normalitet, minimal institutionspræg og det ligeværdige møde, bør det tilstræbes, at lyden af låse og nøgler minimeres af hensyn til patienterne. Brugen af magnetkort og kodelåse bør udvikles i fremtiden under hensyntagen til brugbarheden og driftssikkerheden.

Brandalarmer er en nødvendighed, men igen bør lydniveauet begrænses.

Ved valg af møbler til en psykiatrisk institution skal valget nøje vurderes ud fra at møbler kan blive anvendt som våben.

Sammenfattende vil der med de her givne anbefalinger være gode muligheder for at leve op til ambitionerne - både i psykiatriplanens visioner og i regionens notat om bygningsmæssige standarder (bilag 7).

4. Funktioner og arealbehov i et eksempel på et lokal-psykiatrisk center

På baggrund af de foregående kapitlers beskrivelser af patientforløb, rumbehov og indretninger til den ambulante funktion, gives der i det følgende en oversigt over de funktioner, der placeres i *et eksempel* på nybygget lokalpsykiatrisk center i Aabenraa.

Aabenraa er karakteriseret ved, at der i byen også ligger en psykiatrisk døgnfunktion, som bygningsmæssigt er adskilt fra det lokalpsykiatriske center, sådan som psykiatriplanen foreskriver.

Det lokalpsykiatriske center i Aabenraa har et befolkningsunderlag på ca. 55.000 indbyggere. Den estimate rede aktivitet vil i 2018 udgøre ca. 9.700 ambulante besøg, som svarer til 40 besøg pr. dag (245 hverdage pr. år). Med 0,27 primærrum (behandlerkontorer og samtalerum) pr. 1.000 indbyggere i aldersgruppen 20-69 årige vil der være behov for 10 ambulatorie-, konsultations- og grupperum, hvori den ambulante aktivitet finder sted. I det omfang konsultationerne foregår i behandlerkontorer betragtes de som primærrum.

I tillæg hertil vil der være behov for en række støtte- og birum til de patientrettede aktiviteter samt personalefaciliteter for at centret i sin helhed kan danne rammerne om en fremtidsrettet psykiatrisk behandling, der kendetegnes ved gode patientforløb.

I sin opbygning vil centerets funktioner grupperes omkring et fællesområde hvilket skal sikre, at funktionerne via fællesområdet alle har en berøring og en samhørighed med hinanden.

Funktioner og rum fra kapitel 3 fordeles på delområderne i henhold til beskrivelserne i afsnittet om patientforløb i et lokalpsykiatrisk center, idet der samtidig gøres antagelser om samtidighed og mulighed for sambrug af rummene for at opnå en god udnyttelsesgrad.

Indgangen til det lokalpsykiatriske center sker via receptionsområdet, og via fællesområdet skabes adgang til centrets øvrige delområder.

I arbejdsgrupperne er der givet informationer om hvor mange personer, der antages at opholde sig i rummene samtidig, og lægges erfaringer om pladskrav til grund, kan det beregnes, hvor mange kvadratmeter, hvert enkelt rum skal bestå af. Som eksempler herpå er nedenfor angivet et forslag til areal for udvalgte rum – alt sammen i nettokvadratmeter. For flere detaljer henvises til rumlisten i bilag 8.

• Reception inkl. 2 kontorarbejdspladser	18 kvm.
• Somatisk undersøgelsesrum	18 kvm.
• Test- og terapilokale m. videokamera (6-10 pers.)	30 kvm.
• Medicinrum	8 kvm.
• Terapirum (musik, værksted, etc.) til deling	120 kvm.
• Visitationsrum/ konference- rum, max. 20 personer	40 kvm..
• Behandlerkontorer (kontorarbejdsplads, telefonsamtaler, pause, refleksion, samtaler m.plads til max 3 gæster	12 kvm.
• Teamkontor, arbejdsbase for udgående, opfølgende behandlerteam med 4 pladser	28 kvm.
• Garderob m/bad. Pr. skab	1,1 kvm.
• Grupperum til 10 - 25 personer, gruppe- behandlingsrum, undervisning/ psykoeduktion	45 kvm.
• Samtalerum	18 kvm.
• Kontorer til administrative funktioner (2 personer)	14 kvm.

Foruden de nævnte rum, vil der til centrets drift være faciliteter til modtagelse og opbevaring af forsyninger, administration og IT, affald mv.

Det anbefales, at grupperum, visitations-/konferencerum, testrum m.m. deles, da den daglige udnyttelse af de enkelte funktioner er beskeden.

På denne baggrund anbefaler C. F. Møller, at der i det lokalpsykiatriske center etableres følgende behandlings- og multirum til nævnte formål, foruden behandlerkontorer:

2 rum à 18 kvm	36 kvm.
1 rum	45 kvm.
2 rum à 25 kvm	50 kvm.

I bilag 8 er anført en detaljeret rumliste for Aabenraa som viser, at der med primær-, støtte- og birum vil være behov for i alt 963 kvm netto til det lokalpsykiatriske center.

Fordelt på de oprindeligt 10 primærrum, andrager det i gennemsnit 96 kvm. for hvert rum.

Brutto-arealet vil være på 963 kvm x 1,8 = 1734 kvm. Ved en kvadratmeterpris på 22.000 kr. vil nybyggeri anslået koste ca. 38,1 mio. kr.



5. Funktioner og arealbehov i en psykiatrisk døgnfunktion

På baggrund af de beregnede behov for primærrum til den stationære, psykiatriske funktion for patienter med behov for indlæggelse, gives der i det følgende en oversigt over de funktioner, der placeres i en typisk nybygget døgnfunktion i eksemplet Aabenraa - og det tilsvarende arealbehov.

Døgnfunktionen består i henhold til psykiatriplanen ikke alene af en almenpsykiatrisk sengefunktion, men tillige af hovedfunktionsområdets børne- og ungdomspsykiatri (både senge- og ambulantfaciliteter) og gerontopsykiatri (både senge- og ambulantfaciliteter).

Døgnfunktionen (inkl. de ambulante funktioner inden for børne- og ungdomspsykiatrien og gerontopsykiatrien) i Aabenraa servicerer et befolkningsunderlag på ca. 240.000 indbyggere med en aktivitet, der i år 2018 svarer til 79 almenpsykiatriske sengepladser, hvortil kommer 14 gerontopsykiatriske og 9 børne- og ungdomspsykiatriske senge - i alt 102 sengepladser.

Endvidere beregnes fremskrivningen i eksemplet til en aktivitet på ca. 8.500 ambulante behandlinger til børne- og ungdomspsykiatriske patienter og 8.600 til gerontopsykiatriske patienter. Tallene svarer til et dagligt fremmøde på 35 patienter i begge funktioner, hvilket udløser et behov på henholdsvis 8 og 11 konsultationsrum (samtalerum/behandlerkontorer) inden for hvert speciale, hvori den ambulante psykiatriske aktivitet kan foregå for henholdsvis børn og unge samt for gerontopsykiatriske patienter.

I tillæg hertil, med baggrund i redegørelserne i de foregående kapitler, og støttet af betragtningerne over konsekvenser af det erfaringsbaserede design (EBD) vil der være et behov for en række støtte- og birum til de patientrettede aktiviteter og personalefaciliteter. Alt sammen med det formål at skabe helhed i rammerne for en fremtidsrettet psykiatrisk behandling med gode forløb.

I sin opbygning vil døgnfunktionens forskellige funktioner grupperes omkring et fællesområde. D.v.s. at delfunktionerne via fællesområdet alle har en berøring og en sammenhæng med hinanden. Funktioner og rum fra kapitel 3 fordeles på delområder i henhold til informationer og tilkendegivelser fra arbejdsgruppen vedr. bygningsmæssige standarder:

Indgang sker via receptionsområde og fra fællesområde er der adgang til alle behandlingsområder og

sengeområder. Ved sengeområdet til hhv. voksenpsykiatri (inkl. gerontopsykiatri) og børne- og ungdomspsykiatrien er placeret separate akutmodtagelser med relation til de skærmede delafsnit.

I arbejdsgruppen er der givet informationer om hvor mange personer, der forventes at være til stede samtidigt i rummene - og lægges erfaringer herom til grund - kan det estimeres, hvor mange kvadratmeter, der vil være behov for til de enkelte rum. Som eksempler herpå er nedenfor angivet et forslag til nettoareal for udvalgte rum. For flere detaljer henvises til rumlisten vedr. Aabenraa i bilag 9.

• Reception i forhal inkl. sekretariat m/9 arbejdspladser	68 kvm.
• Undersøgelsesrum	18 kvm.
• Hjertestarter	3 kvm.
• ECT-enhed inkl. præ og post	100 kvm.
• Motionsrum (også til personale)	80 kvm.
• Kantine m/køkken (cafémiljø) 50 pladser	130 kvm.
• Enestuer	17 kvm.
• Toilet/bad til enestue	6 kvm.
• Plads til overnattende forældre/pårørende	17 kvm.
• Afstresningsrum	30 kvm.
• Medicinrum	8 kvm.
• Skolestuer (fælles ressource)	25 kvm.
• Større møderum på afsnit til 15-25 personer	45 kvm.

I bilag 9 er anført en detaljeret rumliste, som viser, at der med primær-, støtte- og birum, vil være behov for i alt 8.804 kvm. netto til døgnfunktionen i Aabenraa. Fordelt på de oprindeligt 102 sengeposter, andrager det ca. 86 kvm. netto pr. sengeplads.

Hertil kommer henholdsvis 895 kvm. og 359 kvm. netto til ambulantfaciliteter til hhv. børne- og ungdomspsykiatrien og gerontopsykiatrien.

Arealnormen for sengeafsnittene, dvs. inklusiv alle de bi- og støtterum i sengeafsnittet, som selve sengeposter trækker med sig, udgør

For almenpsykiatriske sengeafsnit:
72 senge fordelt på 3.396 kvm: 47,1 kvm netto pr. sengeplads

For gerontopsykiatriske sengeafsnit:
v/14 senge pr. afsnit a 681 kvm: 48,6 kvm netto pr. sengeplads



For børne- og ungdomspsykiatrisk sengeafsnit:
v/9 senge pr. afsnit a 542 kvm:
60,2 kvm netto pr. sengeplads

Det ses at arealnormen pr. seng i et afsnit øges, når der er færre pladser. Det er dog ikke hele forklaringen på at arealnormen i børne- og ungdomspsykiatrien og gerontopsykiatrien er højere end almenpsykiatrien.

I gerontopsykiatrien er der til alle sengestuer tilknyttet et handicap toilet/-bad på 10 kvm. – som alene ”forklarer” 4 kvm. I modsat retning trækker, at der i mindre omfang forventes at være behov for specialrum til behandlingsformål (jf. kapitel 4).

I børne- og ungdomspsykiatrien er der tilknyttet 2 ekstra stuer til overnattende forældre, og de større opholds- og aktivitetsarealer er med til at give en relativt høj arealnorm per sengeplads.

Det anbefales, at der for sengefunktionerne tages udgangspunkt i de nævnte arealnormer med den nødvendige tilpasning, såfremt pladsantallet pr. afsnit ændres.

6. Anlægsøkonomi

Anbefalingerne til standarder for fremtidige psykiatriske byggerier, som de er beskrevet i generalplanen, er blevet omsat til skitser til rumprogrammer og antal kvm. for de enkelte anlægsprojekter, som indgår i implementeringsplanen for "Fremtidens Psykiatri". Herefter er den samlede anlægsøkonomi beregnet på grundlag af den fra Ekspertudvalget udmeldte kvm pris for psykiatribyggerier (22.000 kr, indeks 120,2) opskrevet til det nuværende prisindeks (125,3), der anvendes for byggerier i 2009.

Resultaterne af beregningerne for døgnfunktionsbyggerierne fremgår af tabellen nedenfor.

(I mio. kr., indeks 125,3)	Beregning på baggrund af generalplanen	Seneste skøn i investeringsoversigt 2009-2012	Bemærkninger
Aabenraa - nybyggeri	415	377	
Esbjerg - om- og tilbygning	174	182	
Vejle - nybyggeri	508	437	Excl. grundkøb og parkeringskælder under bygningen.
Middelfart - om- og tilbygning	223	201	Incl. bygning til sygehus-administrationen.
Odense - nybygning	539	514	Excl. grundkøb og universitetsforpligtigelser (undervisning og forskning).
Ialt	1.859	1.711	

De store afvigelser i forhold til seneste investeringsskøn skyldes at projekterne i de nye beregninger bliver noget større. Væksten i kvm kan primært henføres til, at den ambulante aktivitet (børne- og ungdomspsykiatrien og gerontopsykiatrien) bliver udvidet kraftigt (ca. 70%).

Det der ikke er indregnet i ovenstående, udover hvad der er fremhævet under de enkelte projekter, er:

- Særlige tiltag i forhold til bæredygtighed og energibesparelser for at leve op til krav til energiklasse1, f.eks. jordvarmeanlæg, solfangere m.v. - det vurderes fra rådgivere, at anlægsberegninger skal tillægges 5-10%, hvis dette skal nås. Der er tale om krav, der løbende kan ændre sig.
- Yderligere scannerkapacitet som følge af den udvidede aktivitet - skal medregnes i udbygningsplaner for somatikken på dette område.
- Kalkulationstillæg for usikkerhed ved tidligt skøn. Nogle bygherrerådgivere anbefaler 10% afsat hertil. Regionens bygningsafdeling vurderer, at 5% vil være nok.

Det anbefales derfor, at der kalkuleres med 15% oveni de nævnte 1,859 mia. kr., hvilket i alt vil sige 2,138 mia. kr. i indeks 125,3.

Det anbefales, at udgiftsskønnet for de enkelte døgnfunktionsprojekter tilpasses de nye beregninger fremadrettet i forlængelse af vedtagelse af generalplanen.

Når det gælder vurdering af konsekvenserne af anbefalingerne i generalplanen for de lokalpsykiatriske centre viser beregningerne, at der bliver brug for ca. 32.-35.000 kvm til at rumme lokalpsykiatrien. I implementeringsplanen er der regnet med ca. 36.000 kvm. Med den usikkerhed der er knyttet til dels skønnet over antal kvm. og dels skønnet over hvor mange steder regionen vil leje sig ind, hhv. købe eller renovere lokalpsykiatriske centre anbefales det, at anlægs-udgiftsskønnet fra implementeringsplanen på 169 mio. kr. til udbygning af lokalpsykiatrien (indeks 125,3) fastholdes.



Bilag 1: Ordliste

Primærrum:

- er de rum som huser funktionens primære opgaver - og som kan knyttes til en registrerbar aktivitet.

Det gælder fx

- sengerum, til hvilke der registreres sengedage
- konsultationsrum til hvilke der registreres behandlingskontakter (ambulante besøg).

Det drejer sig om følgende typer rum:

- Standardrummene
 - Behandlerkontorer
 - Samtalerum
- Specialrummene
 - Konsultationsrum
 - Grupperum
- ECT-rum, hvori der foregår ECT-behandling

Det er som regel primærrummene evt. arealnormer er knyttede til, fx. 40 kvm pr. sengeplads.

Bi- og støtterum:

- er de rum der er nødvendige for at primærrummet kan fungere. Fx

- toilet/bad i tilknytning til et sengerum.
- Personalerum i et sengeafsnit.
- Div. depotrum

Brutto-/nettofaktor:

- er forholdet mellem en given funktions brutto- og nettoareal. Nettoarealet er summen af rummenes indvendige areal - i opgørelsen regnes kun funktionsarealer med. Bruttoarealet indeholder herudover korridorarealer, tekniske rum, murværk o.lign. I ekspertudvalgets anbefalinger udgør faktoren 1,8 for psykiatrisk byggeri - og 2,0 for somatisk byggeri. Forskellen kan i høj grad tilskrives behovet for teknikarealer i somatikken.

Offentligt område:

- områder, som alle har adgang til, såsom indgangsparti og fællesområder.

Semioffentligt område:

- er områder inde på sengeafdelinger, terapirum og lignende - i modsætning til de private områder som omfatter sengestuen.

Døgnfunktion, sengeafdeling og sengeafsnit:

- Døgnfunktionen er hele den bygningsmasse, der indeholder de tre sengeafdelinger, almenpsykiatri, børne- og ungdomspsykiatri og gerontopsykiatri. Hver sengeafdeling består af et antal sengeafsnit med 8-16 senge.

Bilag 2: Proces for udarbejdelse af generalplan

I december 2007 blev Region Syddanmarks psykiatriplan "Fremtidens Psykiatri" politisk godkendt i Regionsrådet. Afsættet i psykiatriplanen er dels de politiske hensigtserklæringer, dels anbefalinger fra faglige temagrupper nedsat i forbindelse med udarbejdelsen af psykiatriplanen, og dels relevante nationale og internationale anbefalinger. Hovedvægten i psykiatriplanen er lagt på organisering af fremtidens psykiatri i Region Syddanmark, mens planen kun i beskedent omfang beskæftiger sig med størrelsen, og dermed dimensioneringen, af de fremtidige psykiatriske funktioner i regionen.

Med udgangspunkt i "Fremtidens Psykiatri" ønskede regionen at få udarbejdet en overordnet masterplan/generalplan for udviklingen af psykiatrien i Region Syddanmark. Med en generalplan forstås en plan, hvori de overordnede aktivitets-, kapacitets-, og arealmæssige behov, og den indbyrdes funktionalitet mellem de enkelte psykiatriske enheder, bliver fastlagt. Endelig indeholder planen også overordnede anbefalinger om fremtidens bygningsstandarder inden for psykiatrien.

Organisering af generalplanarbejdet:

Konsulenter fra Arkitektfirmaet C. F. Møller's sundhedsafdeling blev bedt om at forestå udarbejdelsen af nærværende generalplan med reference til psykiatriens styregruppe for anlægsprojekter.

Styregruppen består af følgende medlemmer:

Psykiatridirektør Agnete Philipsen
Adm. sygehusdirektør Peter Henriksen
Lægefaglig direktør Anders Meinert Pedersen
Sygeplejefaglig direktør Ole Rytto
Næstformand for psykiatriens FMU Line Gessø Hansen
Afdelingschef for bygningsafdelingen Peter Holm
Anlægschef Torben Kyed Andersen
Chefkonsulent Berit Matzen,
sekretær for styregruppen (frem til marts 2009)
Chefkonsulent Karsten Sauer,
sekretær for styregruppen (fra marts 2009)

Herudover har repræsentanter fra regionens anlægssekretariat og konsulenter fra C. F. Møller deltaget i styregruppemøder.

Til kvalitetssikring af generalplanen har der været et tæt samarbejde med arkitekt Knut Bergsland, SINTEF, Norge, der bl.a. har haft udkast til gennemlæsning i flere omgange. Knut Bergsland er anerkendt i Norden og

Europa i øvrigt for sin indsigt i og viden om psykiatribyggeri i Norden og Europa. Driver bl.a. en vidensportal for psykiatribyggeri.

Styregruppen har varetager de overordnede koordinerende og besluttende opgaver i forbindelse med gennemførelsen af projektet. Anlægssekretariatet har fungeret som sekretariat for styregruppen, og har generelt haft en koordinerende rolle gennem projektet.

I forbindelse med arbejdet med generalplanen har anlægssekretariatet været udvidet med oversygeplejerske Heine Rasmussen, børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling, Kolding og oversygeplejerske Jens Egon Hansen, almenpsykiatrisk afdeling, Haderslev. Med deltagelse i alle forberedelser og gennemgående i alle arbejdsgrupper og afholdte interviews, har de været garanter for at tilrettelæggelse og gennemførelse af arbejdet med generalplanen har haft rod i klinisk psykiatrifaglig virkelighed.

Proces og informationsindsamling:

Inspirationseminar

Forud for opstart af generalplanprocessen blev der afholdt et inspirationseminar den 10. december 2008. Her blev en bred kreds af politikere, ledere og medarbejdere i psykiatrien bl.a. præsenteret for de nyeste trends indenfor sygehusbyggeri, dialogværktøjer til byggeprocesser, bruger og borgerforventninger til de fysiske rammer. Oplæggene kan genfindes under "Fremtidens Psykiatri" på regionens hjemmeside.

Generalplanprocessen

Det har fra såvel konsulenter som fra opdragsholders side været en vigtig præmis, at input til generalplanen har taget udgangspunkt i en bred brugerinddragelse. Der har som følge heraf været afholdt en række møder mellem konsulenter, personale, patienter og pårørende og repræsentanter fra regionens anlægssekretariat med henblik på at sikre klinisk viden i generalplansarbejdet.

Processen er forløbet i 2 overordnede faser.

Fase I

I denne første fase blev der bl.a. afholdt interviews med 6 fokusgrupper med sigte på at få indhentet generelle informationer om psykiatriens aktuelle virkemåde, udfordringer og fysiske forhold på tværs af regionen.



Hver af grupperne, 4 om almenpsykiatrien, 1 om gerontopsykiatri og 1 om børne- og ungdomspsykiatri, har afholdt 1 møde á 3 timers varighed. Gruppernes medlemmer har alle været udpeget af regionen.

Fokus i grupperne har været på:

- Nuværende praksis og forhold - gode og mindre gode eksempler
- Fremtidens patient - hvem skal behandles, hvor mange og med hvilke diagnoser?
- Fremtidens behandling
- Ideer til indretning af psykiatrien - erfaringer med eksisterende fysiske rammer

Desuden er der afholdt et fokusgruppeinterview med repræsentanter for patienter og pårørende.

I Fase I blev der sammen med de involverede nøglemedarbejdere afdækket, hvilke faciliteter, der er behov for af hensyn til at kunne skabe optimale rammer for det gode patientforløb i fremtiden. Der blev i den sammenhæng afholdt to møder i februar måned 2009, vedr. hhv. børne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatrien. Arbejdet er sammenfattet i to delrapporter dateret april 2009. Rapporterne danner grundlag for beskrivelserne i kapitel 4 om "Det gode Patientforløb", og er vedlagt som bilag.

Fase II

Arbejdet i grupperne i Fase I har dannet grundlag for Fase II - og med kontinuitet i deltagelsen af mange af de samme nøglemedarbejdere. I fase II er opstillet standarder for hvilke rum, der bør stå til rådighed og hvilke rum, som funktionelt hører sammen i såvel døgn- som lokalfunktioner - og under hensyntagen til de enkelte psykiatriske specialers særlige behov. Informationsindhentningen er dokumenteret ved referater fra hvert af de 3 afholdte møder.

Som bilag til generalplanen er vedlagt et idé- og inspirationskatalog over krav i forbindelse med de bygningsmæssige faciliteter. Kataloget dækker over alt fra behov for dagslys til krav til stilleområder - og hvordan begrebet kontaktbarhed skal opfattes i en funktionel og bygningsmæssig sammenhæng.

Sideløbende med ovenstående aktiviteter er der indhentet aktivtetsopgørelser fra Regionen med henblik på at fremskaffe et grundlag for estimering af hvilken kapacitet, der skal til for at imødekomme den beregnede aktivitet i 2018 - og dermed dimensioneringen af

de enkelte bygningsmæssige enheder i henhold til psykiatriplanen (jf. kapitel 3 nedenfor). Alle anvendte data er trukket og valideret af regionen.

Endelig har der været afholdt to studieture.

Repræsentanter fra C. F. Møller, psykiatristaben, regionens bygningsafdeling, sygehusledelsen og medarbejderrepræsentanter har været på studietur til:

- Highcroft Hospital, Birmingham
- Bamburgh Clinic, Newcastle
- Cartnaval Royal Hospital, Glasgow
- Helsingør Psykiatrisk Hospital

Formålet med studieturene har været at få inspiration til byggeriet og indretningen af nye hospitalsafdelinger i Region Syddanmark, herunder at tale med personalet de pågældende steder. I England/Skotland var der ligeledes mulighed for at tale med de engelske arkitekter om erfaringer vedr. byggeprocesforløb samt funktionalitet efter byggeriets afslutning. Erfaringer fra studieturene er inddraget i beskrivelserne.

Vægten har ligget på at få opbygget et grundlag for fremtidens bedste psykiatri i Region Syddanmark. Det er derfor vigtigt at holde sig for øje, at denne plan ikke kan og skal bruges til detailplanlægning af de enkelte enheder, men alene er en plan, der skitserer de retningslinier, som Regionen ønsker at opbygge fremtidens psykiatri på.

Generalplansarbejdet blev påbegyndt i januar 2009 og er med denne rapport færdiggjort i juni 2009.

Bilag 3: Det gode fremtidige patientforløb, børne- og ungdomspsykiatriske patienter

Rapport

Det gode fremtidige patientforløb Børne- og ungdomspsykiatriske patienter

01. april 2009

Indledning

I forbindelse med udarbejdelsen af Generalplanen for psykiatrien i Region Syddanmark er der bl.a. nedsat en arbejdsgruppe, som ud fra dagens praksis og forventningerne til fremtiden skal forsøge at beskrive fremtidens typiske patientforløb for en børne- og ungdomspsykiatrisk patient i Region Syddanmark.

Gruppens arbejde har været fokuseret omkring hvilke fremtidige fysiske faciliteter der er behov for, således at man indenfor dem kan varetage en fremtidssikret psykiatrisk praksis i Region Syddanmark, svarende til ambitionerne i den vedtagne psykiatriplan.

Alle patientforløb er på den ene eller den anden måde specielle, men med arbejdet i denne gruppe har det været ambitionen at ca. 80 % af samtlige patientforløb for børne- og ungdomspsykiatriske patienter kan rummes indenfor beskrivelserne, som findes i denne rapport.

Gruppens medlemmer, som alle er udpeget af Anlægssekretariatet er:

- Ledende overlæge Kim Birkedahl (Kolding)
- Afdelingssygeplejerske Torben Schjoldager (Kolding)
- Overlæge Torsten Schumann (Augustenborg)
- Sygeplejerske Susanne Frost (Augustenborg)
- Oversygeplejerske Susanne Bissenbacher (Augustenborg)
- Sygeplejerske Kirsten Asmussen (Esbjerg)
- Fysioterapeut Kirsten Houborg (Esbjerg)
- Afdelingssygeplejerske Viki Bjerg (Esbjerg)
- Læge Gitte Madsen (OUH)
- Pædagog Per Hansen (OUH)
- Oversygeplejerske Maja Jørgensen (OUH)
- Oversygeplejerske Heine Rasmussen (Anlægssekretariat)
- Oversygeplejerske Jens Egon Hansen (Anlægssekretariat)
- Sygehusplanlægger Susanne Dam Hoffmann (C.F. Møller)
- Sygehusplanlægger Karl Gaub (C.F. Møller)
- Arkitekt Torkil Leth (C.F. Møller)

Gruppen har afholdt to møder á 3 timer i perioden den 3. - 19. februar 2009.

Forudsætninger og rammer for opgaven

Der er taget udgangspunkt i de nationale værdier for psykiatrien samt Region Syddanmarks psykiatriplan⁶, herunder "det regionale paradigme-skifte" forstået således at den ambulante del af psykiatrien fremover tiltænkes en mere fremtrædende rolle som omdrejningspunkt i det samlede tilbud med sengeafdelingen som backup-funktion.

Et patientforløb er defineret som summen af alle de aktiviteter, kontakter og hændelser, som en patient oplever i mødet med sundhedsvæsenet i forbindelse med håndteringen af et givent sundhedsproblem. Fokuseringen på patientforløb er vigtig at fastholde for at sikre helhed og kontinuitet indenfor og imellem de forskellige sektorer i sundhedsvæsenet.

Der var blandt deltagerne enighed om, at følgende "typiske" patientforløb vil være de mest repræsentative forløb at tage udgangspunkt i:

- I. Et ambulant patientforløb
- II. Et patientforløb, hvor patienter henvises direkte til indlæggelse og afsluttes i ambulant regi (evt. med flere indlæggelsesperioder og ambulante forløb)
- Et patientforløb, hvor patienten henvises/begynder ambulant, herefter indlægges og ender i ambulant regi igen (evt. med flere indlæggelsesperioder og ambulante forløb) - altså I. og II. i kombinationer. Romertal I. og II. henviser til den nedenstående beskrivelse.

Den trinvis gennemgang af de typiske patientforløb har taget udgangspunkt af følgende faser:

- Henvendelsesfasen
- Visitationsfasen
- Udredningsfasen
- Behandlings- og udslusningsfasen
- Afslutnings- og udskrivelsesfasen

I det omfang deltagerne har fundet det hensigtsmæssigt er de nævnte faser blevet yderligere underopdelt.

⁶ Der henvises til kommissorium for uddybelse heraf.

Metode og proces

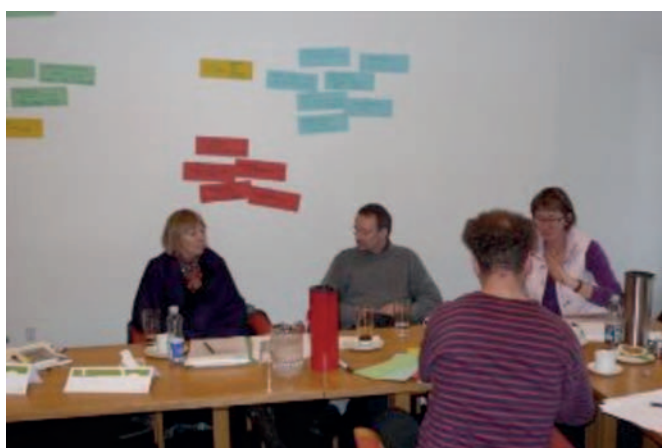
Med udgangspunkt i en fiktiv, men typisk, børne-ungdomspsykiatrisk patient (jf. ovenfor) blev deltagerne på første møde bedt om at beskrive hvilke handlinger der foretages, hvilke personalegrupper der er involverede, hvilke samarbejdspartnere der inddrages, patientnetværk m.v.. Hovedvægten i beskrivelserne skulle ligge på hvilke fysiske faciliteter, der er behov for i de enkelte trin.

På første møde blev der nedsat to arbejdsgrupper. Hver gruppe fik til opgave med fokus på de fysiske rammer at:

- 1) beskrive det typiske forløb for indlagte patienter, idet den ene gruppe skulle fokusere på børn - den anden på indlagte unge.
- 2) beskrive det typiske ambulante patientforløb

Begge grupper blev udstyret med farvede papstykker, hvor de blev bedt om at anføre nødvendige fysiske faciliteter for at gennemføre det pågældende patientforløb. Resultaterne blev herefter præsenteret i plenum, hvor deltagerne fra den anden arbejdsgruppe samt konsulenter havde mulighed for at stille uddybende spørgsmål og komme med evt. supplerende oplysninger.

Neden for er til illustration vist et billede taget på første møde.



Efter første møde sammenskrev konsulenterne resultaterne af forløbene på en måde så de i oversigtlig form kunne drøftes og tilrettes på det andet og afsluttende møde. Her blev behovene desuden graderet efter grad af nødvendighed ("need to have" ctr. "nice to have") ligesom nærhedskrav og indbyrdes sammenhæng og afhængigheder blev kortlagt.

Det samlede resultat af gruppens arbejde er præsenteret nedenfor.

Resultater

Resultaterne af gruppens arbejde er præsenteret i dette afsnit. Det er vigtigt at påpege, at resultaterne ikke kan benyttes som grundlag til at indrette fremtidens børne- og ungdomspsykiatriske enheder i Region Syddanmark, men alene skal ses som input til det videre arbejde og som et delelement i generalplanen. Gruppens arbejde vil desuden indgå som et væsentligt fundament i den gruppe som arbejder med bygningsstandarder for fremtidens psykiatri i Region Syddanmark.

Generelt er det gruppens holdning at de børne- og ungdomspsykiatriske bygninger, skal placeres nær offentlige transportmidler - og med gode rekreative, udendørs forhold.

I. Det ambulante patientforløb

Fremtidens ambulante patientforløb vil for de ungdomspsykiatriske patienter finde sted i et af de 4 hovedfunktionscentre, hvor også døgnpladserne befinder sig.

Der er i gruppen enighed om, at det er hensigtsmæssigt at der i bygningsenheden hvor BUP-funktionen er, indrettes med én indgang for alle og at der i indgangsrummet etableres en bemandet reception. Der bør være gode og indbydende ventefaciliteter, lige som der skal tænkes i informationsteknologi, herunder pc'er med PSYK.INFO, trådløs internetadgang etc.

Det er ligeledes blevet påpeget, at det er yderst vigtigt for de ungdomspsykiatriske patienter, at de faciliteter de møder i videst muligt omfang skal afspejle det "raske" liv. D.v.s. patienter skal føle sig hjemme ved ankomst og i ventefaciliteterne. For børnepatienternes vedkommende er det vigtigt, at der er legefaciliteter og meget gerne også mulighed for adgang til uden-dørsarealer. Det er med andre ord vigtigt at der etableres en form for akklimatiseringsmiljø.

Enkelte fremførte i forlængelse af ovenstående muligheden for "åben rådgivning" på sigt, hvor unge af egen fri vilje skal kunne komme og søge informationer, få en snak med en professionel og modtage information om hvilke tilbud der ydes. Der var generel enighed blandt deltagerne om at unge i fremtiden vil forlange behandling i en udstrækning som ikke kendes i dag, men der



var ikke enighed om hvor "åbent" systemet vil blive – altså om man som borger kan komme direkte ind og bede om information og hjælp.

Med udgangspunkt i de tidligere nævnte faser beskrives de forventede fysiske behov for en ambulant patient neden for. Enkelte rum f.eks. samtalerum kan benyttes på tværs af de respektive faser, hvilket der ikke er taget højde for i beskrivelserne neden for. Faciliteterne nævnt neden for er alene relateret til behandling/udredning, mens de mere almindeligt forekommende birum er listet afslutningsvist under et.

1. Henvendelsesfasen

Denne del af patientforløbet vil typisk foregå hos den praktiserende læge og via primærkommunale instanser – og vil derfor ikke som udgangspunkt stille krav til den fysiske indretning af den fremtidige psykiatri.

Henvendelser vil endvidere kunne foregå via den psykiatriske skadestue.

I denne fase er der behov for følgende faciliteter:

- Venterum, separat for BUP
- Undersøgelsesrum, fælles med voksenpsykiatrien

2. Visitationsfasen

I den ene af arbejdsgrupperne var der på første møde enighed om, at den fremtidige visitation vil komme til at foregå centralt – altså i én "virtuel" enhed på tværs af regionen. Det var forventningen at det centrale visitationsteam vil modtage alle henvisninger elektronisk og herudfra foretage en første visitation af patienterne til de respektive enheder efter geografi og kompetencecentrenes placering. Det forventes at den centrale visitation foregår i rum med mulighed for videokonference el.lign..

I de respektive enheder vil der derefter skulle foregå en intern fordeling af patienterne og dette vil typiske foregå ved at tværfaglige medarbejdere i det patientrelaterede visitationsteam mødes med ledelsen. Der vil i den sammenhæng være behov for et møderum til ca. 5 personer.

Visitationen kommer til at foregå i de respektive hovedfunktioner i B&U. Den endelige organisering omkring visitationen skal ikke fastlægges i dette arbejde og må forventes at kunne variere fra center til center.

Det er dog vigtigt at der i dimensioneringen af centrene åbnes for muligheden af at afholde tværfaglige visitationsmøder, hvorved at der skal forefindes et lokale af en vis størrelse.

I denne fase vil der således være behov for følgende fysiske faciliteter:

- Et visitationsrum/konferencerum (decentralt i hver enhed) med telemedicinsk udstyr.

3. Udredningsfasen

I udredningsfasen foretages en grundig beskrivelse af sygehistorien fra patient og pårørende, grundige samtaler med henblik på udredning af sygdomssymptomer og vurdering af personlighedsstrukturen. Udredning kræver ofte deltagelse og medvirken af række faggrupper.

Det er blevet påpeget, at der i dag mange steder ikke er tilstrækkeligt med samtalerum, hvilket skaber frustration blandt personalet og kan medvirke til ikke optimalt planlagte patientforløb.

Gruppens medlemmer er positivt stemt overfor tanken om "fleksible rum" – fleksibilitet i størrelse og anvendelse. Muligheden for rum med fleksible vægge bør således forfølges, idet det er særdeles vigtigt at rummene/væggene er tilstrækkelige lydisoleret. Der er desuden enighed om man i videst muligt omfang bør tilstræbe at de enkelte lokaler kan benyttes til flere formål. Dette kan komme til at betyde at der f.eks. skal installeres skabe med mulighed for aflåsning i enkelte lokaler ligesom ekstra depotrum kan blive nødvendigt.

På børneområdet er det vigtigt at huske, at der skal være plads til f.eks. barnevogne ligesom der skal være puslefaciliteter, mikroovn mv. til rådighed. Det er ligeledes ønskeligt at ventefaciliteterne placeres tæt på undersøgelsesrummene, som vil være rum til fysioterapi, motorikrum, hal areal, et somatisk undersøgelsesrum samt et legeterapirum.

I denne fase vurderer gruppen at der vil være behov for følgende fysiske faciliteter:

Børn og unge:

- Samtalerum – tilstrækkeligt mange
- Test og terapilokale med videokamera – 6-10 personer
- Neutralt rum til psykologiske tests – herunder plads til rekvisitter.



- Legeterapilokale
- Grupperum – 10-20 personer
- Et større rum til us af motoriske forhold, højt til loftet.
- Lokale til 6-10 personer inkl. bord
- En "prøvejlighed", som kan bruges til observation af patienter og deres pårørende i dagligdags situationer
- HC-venlige forhold med god tilgængelighed
- Videorum
- Rum til brug for fysioterapeutisk kropsundersøgelse
- Somatisk undersøgelsesrum

4. Behandlings- og udslusningsfasen

I denne fase vil patienten komme mere eller mindre regelmæssigt alt efter behandlingsbehov. Hyppighed og antal besøg vil variere fra patient til patient.

En del af de ambulante patienter er de såkaldte dagpatienter, som bør have stillet en række tilbud til rådighed, som både hvad angår form og indhold spænder meget bredt. Det er vigtigt at de nye lokaler kan favne dette. Konkret drejer det sig både om sportsfaciliteter/motionsrum og en række terapi- og grupperum.

Mange samtaler mellem få personer (2-4) vil foregå i lokaler, der samtidig fungere som kontorarbejdsplads for typisk en, i nogle tilfælde flere medarbejdere (kontorer).

Egentlige samtalerum skal have plads til, evt. flere, forældre-par, barnet, evt. søskende - og 2 behandlere.

Herudover er det vigtigt, at der i indretningen indtænkes "pauserum" til dagpatienterne – et loungeområde, som ikke bare er et stort, fælles venteareal. Det er vigtigt for visse patienter at der er mulighed for at de mellem samtaler og behandlinger, som foretages på samme dag og i forlængelse af hinanden, kan slappe af i rolige omgivelser. Flere kan godt opholde sig i rummet på samme tid, og der kan med fordel etableres trådløst Internet i denne type rum. Pauserummet/opholdsrummet kan udstyres med nicher, hvor der kan foregå samtaler eller familien kan samle sig her.

Patienter i dagbehandlingstilbud skal ligeledes have mulighed for at få mad under opholdet – gerne i form af et køkken, som ptt. og pårørende kan benytte.

Det blev ligeledes påpeget at det er yderst vigtigt at også "udearealer" indtænkes.

Det pointeres, at man ikke kan dele "åbne rum", fx opholdsarealer med fx voksenpsykiatriske funktioner – mens et musikrum, der alligevel skal bookes, gerne kan betragtes som en fælles ressource.

Selve indgangspartiet – hovedindgangen – kan godt være den samme som for andre psykiatriske ptt.

Dagpatienter kan opfattes som ambulante grupper, og medfører behov for grupperum.

I denne fase vil der være behov for følgende fysiske faciliteter:

- Samtalerum
- Flerfamiliesamtalerum (op til 40 personer)
- Gruppebehandlingsrum
- Undervisning - psykoedukation
- Pauserum, hvor patienterne kan opholde sig
- Sportsfaciliteter/motionsrum
- Terapirum (musik, værksted, køkken, etc.)
- Kropsterapirum
- Kantine/café til dagpatienter
- Skolerum til 4-5 elever samtidigt

5. Afslutnings- og udskrivelsesfasen

I denne fase afholdes møder med en række involverede samarbejdsparter, hvilket vil kræve større møderum.

6. andre faciliteter

For de/-t opsøgende team(s) vil der være behov for en base – i form af kontorarbejdspladser og opholdsrum.

Udover de ovenfor nævnte faciliteter som altså er direkte relateret til patientudredning og -behandling er der behov for en række andre rum såsom:

- Toiletter (mindst et handicaptollet)
- Kontorer (kontorarbejdsplads, telefonsamtaler, pause, refleksion, samtaler m/få personer, supervision m.m.)
- Sekretariat
- Personalerum
- Opholdsstue med te-køkken
- Møderum med teleudstyr
- Medicinrum
- Rengøringsrum
- Affaldsrum
- Depot
- Garderobe m/bad



II. Forløb for den indlagte patient

Der blev i arbejdet med den indlagte patient lagt vægt på de faciliteter, som er nødvendige på og/eller i direkte fysisk forbindelse til døgnafsnittet. For de faciliteter, der er nødvendige i den ambulante del af et patientforløb med en eller flere indlæggelser henvises til beskrivelsen ovenfor.

Beskrivelsen af de indlagte patientforløb neden for er som udgangspunkt delt op i to - et forløb for unge (14-20) og et forløb for børn (0-13 år), hvor sidstnævnte samles på OUH.

1. Henvendelsesfasen

Der er her tre mulige scenarier:

- 1) at patienten bliver henvist først til den ambulante psykiatri, som forestår visitation til døgnafsnit
- 2) at patienten via skadestue henvises direkte til døgnafsnit
- 3) at patienten indlægges på røde eller gule papirer

Denne del af patientforløbet vil således typisk foregå hos den praktiserende læge og via primærkommunale instanser og vil derfor ikke som udgangspunkt stille krav til den fysiske indretning af den fremtidige psykiatri.

Henvendelser vil endvidere kunne foregå via den psykiatriske skadestue.

I denne fase er der behov for følgende faciliteter:

- Venterum, separat for BUP
- Undersøgelsesrum, fælles med voksenpsykiatrien

2. Visitationsfasen

For patienter under scenarium 1) og 2) beskrevet ovenfor gælder der at visitationen foregår uden for døgnfunktionens fysiske rammer og derfor ikke stiller krav til den fremtidige indretning af døgnfunktionen.

For så vidt angår patienter indlagt på røde eller gule papirer (scenarium 3) ovenfor) vil der i forbindelse med visitationen/indbringelsen af patienten være behov for følgende fysiske faciliteter:

- Et separat undersøgelses- og modtagerum med adgang direkte til skærmet afsnit.

3. Udredningsfasen

Udredning forudsætter en grundig beskrivelse af sygehistorien fra patient og pårørende, grundige samtaler med henblik på udredning af sygdomssymptomer vurdering af personlighedsstrukturen, ressourceområder samt evnen til egenomsorg. Den psykiatriske udredning kræver deltagelse og observation fra og medvirken af en række faggrupper.

Dele af udredningen foregår i de ambulante faciliteter, jf. ovenfor.

4. Behandlings- og udslusningsfasen

Som ledetråd for vurdering af de unges behov i forb.m. behandling under indlæggelse nævnes nøgleordene Identitet og Normalitet, og at behovet for ro i og fra omgivelserne er væsentlige.

Hver enhed (afdeling) forventes at have en overskuelig størrelse på 8-12 pladser.

Der nævnes også, at understøttelse af kommunikation, enkelhed og overskuelighed samt lys og farver bør indtænkes i byggeriet, ligesom sikkerhed og værdighed for såvel patienter, pårørende som ansatte skal understøttes af den fysiske indretning.

Der bør være en mulighed for at individualisere indretningen - også i den skærmede enhed, og dermed støtte de hensyn, der udtrykkes med ledetrådene.

Der forudsættes at være enestuer med eget bad/toilet til alle patienter - og med plads til overnattende forældre i nærheden.

Skærmede enheder tilrettelægges med fleksibilitet i størrelse/omfang, og med "passende" faciliteter til rådighed i alle sektioner. Miljøhensyn skal tages således at funktionerne lever op til ledetrådene for at kunne leve op til de unges behov.

Mad spiller en væsentlig rolle - og skal indtænkes i enhedens udformning og funktionalitet.

Indretningen af afsnit må gerne være præget af fleksibilitet m.h.t. størrelse på enhederne - og forventes som minimum at indeholde køkken-alrum, aktivitetsrum eller faciliteter - og samtalerum.



2 opholdsarealer pr. enhed – det ene stort bl.a. til anvendelse som fælles spisetue.

Der skal være grupperum både til fysiske aktiviteter og til værksteder.

For så vidt angår de indlagte børn, henholdsvis de 0-4-årige og de 5-14 årige er der særlige behov, som bør imødekommes ved indretning af små lejligheder til familieafsnittet (1 sted i regionen) for de yngste – Jo mindre børnene er – jo mere tilstedeværelse af forældre – og de skal derfor sikres hensigtsmæssige faciliteter.

I øvrigt må faciliteter i det ambulante område betragtes som en fællesressource som de indlagte også kan benytte efter behov – det kan bl.a. dreje sig om skolefunktionen.

For de i den undervisningspligtige alder skal der være små klasselokaler, herunder faglokaler med IT-udstyr – og depotrum til diverse aktivitetsrekvisitter.

Der ønskes et "afstressningsrum" til udadreagerende patienter

I denne fase vil der være behov for følgende fysiske faciliteter:

- Enestuer m/ eget bad og toilet
- Plads til overnattende forældre
- Fællesarealer m/ aktiviteter og køkken-alrum
- Dagligstuer
- Grupperum med værksteder og aktiviteter
- Samtalerum
- Skolestuer (fælles ressource)
- Faglokaler og andre undervisningslokaler med IT-bestykning
- Gruppebehandlingsrum
- Undervisning - psykoedukation
- Sportsfaciliteter/motionsrum
- Terapirum (musik, værksted, køkken etc.)
- Familielejligheder
- "Afstressningsrum"
- Depotrum til aktivitetsrekvisitter
- Medicinrum
- Skyllerum
- Udefaciliteter

5. Afslutnings- og udskrivesfasen

Langt de fleste patienter vil overgå til et ambulant forløb og umiddelbart vurderes det ikke at der behov for særlige fysiske faciliteter i denne fase, som ikke kan klares fra et kontor eller i et møderum med teleudstyr (jf. neden for).

6. Andre faciliteter

Udover de ovenfor nævnte faciliteter som altså er direkte relateret til patientudredning og -behandling er der behov for en række personalerelaterede faciliteter.

Der skal være plads til spise- og hvilepauser og "power-napping"-rum ønskes.

Journalnotater og journalføring foregår i et samarbejde med patient og kan finde sted i forbindelse med kontorarbejdspladser.

Der skal være rum/faciliteter til supervision af personaleteams. Det forventes at kunne foregå i møde-/konferencerum, evt. indrettede med videokonferenceudstyr.

Konkret vil der være behov for følgende fysiske faciliteter:

- Toiletter
- Kontorer/kontorarbejdspladser
- Personalerum/-opholdsstue med te-køkken
- Power napping rum
- Møde-/konferencerum med teleudstyr
- Garderobes m/bad

Herudover er det gruppens holdning, at der i forbindelse med de respektive hovedfunktioner med fordel kan etableres en række faciliteter, som kan benyttes på tværs af afsnit og specialer. Det drejer sig f.eks. om følgende:

- Auditorium
- Undervisningsrum
- Hal
- Motionsrum
- Kantine



Det videre forløb

Resultaterne i denne rapport må ikke opfattes som et "færdigt produkt", men skal ses i en større sammenhæng. Dels har formålet med gruppens arbejde været at tage hul på debatten om fremtidens patienter og deres behandlingsbehov set ud fra den fysiske synsvinkel. Dels har gruppen bidraget med væsentlig information til det videre arbejde.

I umiddelbar forlængelse af dette arbejde, nedsættes endnu en gruppe, der således arbejder videre med begrebet bygningsstandarder. Denne gruppe vil bl.a. med udgangspunkt i resultaterne fra denne rapport udarbejde et inspirations- og idékatalog for fremtidige ny- og ombygninger med henblik på at forbedre og fastlægge standarder for byggeri til psykiatri i Region Syddanmark.

Bilag 4: Det gode fremtidige patientforløb, voksenpsykiatriske patienter

Rapport

Det gode fremtidige patientforløb Voksenpsykiatriske patienter

01. April 2009

Indledning

I forbindelse med udarbejdelsen af Generalplanen for psykiatrien i Region Syddanmark er der bl.a. nedsat en arbejdsgruppe, som ud fra dagens praksis og forventningerne til fremtiden skal forsøge at beskrive fremtidens typiske patientforløb for den voksenpsykiatriske patient i Region Syddanmark.

Gruppens arbejde har været fokuseret omkring hvilke fremtidige *fysiske* faciliteter der er behov for, således at man indenfor dem kan varetage en fremtidssikret psykiatrisk praksis i Region Syddanmark, svarende til ambitionerne i den vedtagne psykiatriplan.

Alle patientforløb er på den ene eller den anden måde specielle, men med arbejdet i denne gruppe har det været ambitionen at ca. 80 % af samtlige patientforløb for voksne psykiatriske patienter kan rummes indenfor beskrivelserne, som findes i denne rapport.

Gruppens medlemmer, som alle er udpeget af Anlægssekretariatet er:

- Personaleleder Tommy Jørgensen (Esbjerg)
- Afdelingssygeplejerske Joan Damgaard (Vejle)
- Afdelingssygeplejerske Charlotte Borg Beck (Middelfart)
- Overlæge Karin Byrting (OUH)
- Oversygeplejerske Lisbeth Harder (Svendborg)
- Sygeplejerske Pia Wittorf (Haderslev)
- Afdelingssygeplejerske Marianne Holm (Augustenborg)
- Afdelingssygeplejerske Jette Larsen (Augustenborg)
- Oversygeplejerske Heine Rasmussen (Anlægssekretariat)
- Oversygeplejerske Jens Egon Hansen (Anlægssekretariat)
- Sygehusplanlægger Susanne Dam Hoffmann (C.F. Møller)
- Sygehusplanlægger Karl Gaub (C.F. Møller)
- Arkitekt Torkil Leth (C.F. Møller)

Gruppen har afholdt to møder á 3 timer i perioden den 3. - 19. februar 2009.

Forudsætninger og rammer for opgaven

Der er taget udgangspunkt i de nationale værdier for psykiatrien samt Region Syddanmarks psykiatriplan⁷, herunder "det regionale paradigme-skifte" forstået således at lokalpsykiatrien fremover tiltænkes en markant mere fremtrædende rolle som omdrejningspunkt i det samlede tilbud med sengeafdelingen som backup-funktion. Det betyder at patienternes indgang er lokalpsykiatrien, hvor så megen behandling som muligt skal kunne foregå.

Et patientforløb er defineret som summen af alle de aktiviteter, kontakter og hændelser, som en patient oplever i mødet med sundhedsvæsenet i forbindelse med håndteringen af et givent sundhedsproblem. Fokuseringen på patientforløb er vigtig at fastholde for at sikre helhed og kontinuitet indenfor og imellem de forskellige sektorer i sundhedsvæsenet.

Der var blandt deltagerne enighed om, at følgende "typiske" patientforløb vil være de mest repræsentative forløb at tage udgangspunkt i:

- I. Et udelukkende ambulant patientforløb
- II. Et patientforløb, hvor patienter henvises direkte til indlæggelse og afsluttes i ambulant regi (evt. med flere indlæggelsesperioder og ambulante forløb)
- Et patientforløb, hvor patienten henvises/begynder ambulant, herefter indlægges og ender i ambulant regi igen (evt. med flere indlæggelsesperioder og ambulante forløb)- altså I. og II. i kombinationer. Rørmortal I. og II. henviser til den nedenstående beskrivelse.

Den trinvis gennemgang af de typiske patientforløb har taget udgangspunkt af følgende faser:

- Henvendelsesfasen
- Visitationsfasen
- Udredningsfasen
- Behandlings- og udslusningsfasen
- Afslutnings- og udskrivelsesfasen

I det omfang deltagerne har fundet det hensigtsmæssigt er de nævnte faser blevet yderligere underopdelt.

Metode og proces

Med udgangspunkt i en fiktiv, men typisk, voksenpsykiatrisk patient (jf. ovenfor) blev deltagerne på første møde bedt om at beskrive hvilke handlinger der foretages, hvilke personalegrupper der er involverede, hvilke

⁷ Der henvises til kommissorium for uddybelse heraf.



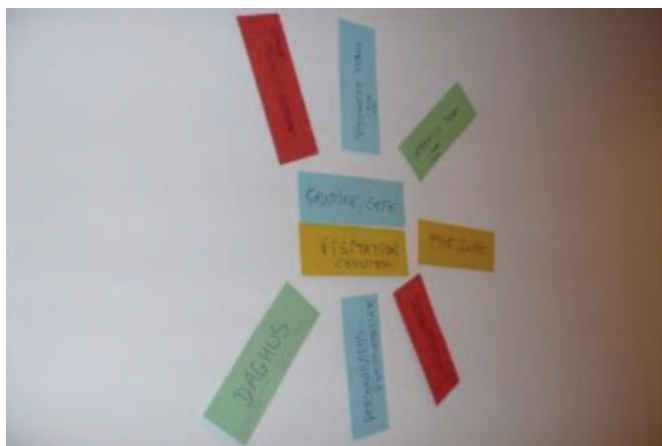
samarbejdspartnere der inddrages, patientnetværk m.v.. Hovedvægten i beskrivelserne skulle ligge på hvilke fysiske faciliteter, der er behov for i de enkelte trin.

På første møde blev der nedsat to arbejdsgrupper. Hver gruppe fik til opgave med fokus på de fysiske rammer at:

- 1) beskrive det typiske forløb for en indlagt patient, idet den ene gruppe skulle fokusere på patienter indlagt med røde eller gule papirer, mens den anden gruppe skulle fokusere på forløbet for patienter visiteret via lokalpsykiatrien.
- 2) beskrive det typiske ambulante patientforløb.

Begge grupper blev udstyret med farvede papstykker, hvor de blev bedt om at anføre nødvendige fysiske faciliteter for at gennemføre det pågældende patientforløb. Resultaterne blev herefter præsenteret i plenum, hvor deltagerne fra den anden arbejdsgruppe samt konsulenter havde mulighed for at stille uddybende spørgsmål og komme med evt. supplerende oplysninger.

Neden for er til illustration vist et billede taget på første møde.



Efter første møde sammenskrev konsulenterne resultaterne af forløbene på en måde så de i oversigtlig form kunne drøftes og tilrettes på det andet og afsluttende møde. Her blev behovene desuden graderet efter grad af nødvendighed ("need to have" ctr. "nice to have") ligesom nærhedskrav og funktionernes indbyrdes samspil blev kortlagt.

På andet møde blev der desuden lagt vægt på at skit-

sere de behov, som visse patientgrupper, herunder de ældre patienter (gerontopsykiatriske patienter) vil have behov for. For så vidt angår medarbejderne som varetager behandlingen af de oligofrene patienter er det gruppens vurdering at disse kan rummes inden for de fysiske rammer i de lokalpsykiatriske centre (kontorbase).

Det samlede resultat af gruppens arbejde er præsenteret neden for.

Resultater

Resultaterne af gruppens arbejde præsenteret i dette afsnit. Det er vigtigt at påpege, at resultaterne ikke kan benyttes som grundlag til at indrette fremtidens psykiatriske enheder i Region Syddanmark, men alene skal ses som input til det videre arbejde og som et del-element i generelplanen. Gruppens arbejde vil desuden indgå som et væsentligt fundament i den gruppe som arbejder med bygningsstandarder for fremtidens psykiatri i Region Syddanmark.

I. Det ambulante patientforløb

Fremtidens ambulante patientforløb vil for den voksne psykiatriske patient finde sted i de lokalpsykiatriske centre⁸, som ligger fysisk adskilt fra døgnpladserne. Eventuelle konsekvenser af denne adskillelse har været debatteret i gruppen, herunder snitflader til døgnpladserne og kommunerne.

Flere har således påpeget, at muligheden for fælles brug af visse faciliteter så som motionsrum/hal, musikrum, terapirum, værkssteder etc. går tabt ved adskillelsen og at det derfor i et vist omfang vil være nødvendigt at foretage dublering af en række faciliteter, som alt andet lige ikke synes optimalt.

Med hensyn til placering af de lokalpsykiatriske centre er det vigtigt at de placeres centralt i forhold til offentlige transportmidler samt at der er let adgang til centret for gangbesværede etc.

Der er i gruppen enighed om, at det er hensigtsmæssigt at der er én indgang for alle og at der i indgangsrummet etableres en bemandet reception, gode og indbydende ventefaciliteter, lige som der skal tænkes i informationsteknologi, herunder pc'er med PSYK.INFO, trådløs internetadgang etc.

⁸ Dette gælder dog ikke inden for gerontopsykiatrien, hvor den ambulante funktion forudsættes samlokalisert med døgnpladserne i de 4 hovedfunktionsområder.



Med udgangspunkt i de tidligere nævnte faser beskrives de forventede fysiske behov for en ambulant patient neden for. Enkelte rum f.eks. samtalerum kan benyttes på tværs af de respektive faser, hvilket der ikke er taget højde for i beskrivelserne neden for. Faciliteterne nævnt neden for er alene relateret til behandling/udredning, mens de mere gængse birum er listet afslutningsvist under et.

1. Henvendelsesfasen

Denne del af patientforløbet vil typisk foregå hos den praktiserende læge, som herefter fremsender elektronisk henvisning til sekretariatet i det lokalpsykiatriske center.

Der er desuden i Psykiatriplanen forudsat, at der skal oprettes døgnbemandet telefonisk hotline i hver hovedfunktion.

2. Visitationsfasen

Visitationen kommer til at foregå i de respektive lokalpsykiatriske centre. Den endelige organisering omkring visitationen skal ikke fastlægges i dette arbejde og må forventes at kunne variere fra center til center. Det er dog vigtigt at der i dimensioneringen af centrene åbnes for muligheden af at afholde tværfaglige visitationsmøder, hvorved at der skal forefindes et lokale af en vis størrelse.

I denne fase vil der således være behov for følgende fysiske faciliteter:

- Et visitationsrum/konferencerum med trådløs opkobling

3. Udredningsfasen

I udredningsfasen foretages over tid en grundig beskrivelse af sygehistorien fra patient og pårørende, grundige samtaler med henblik på udredning af sygdomssymptomer og vurdering af personlighedsstrukturen. Udredning kræver ofte deltagelse og medvirken af en række personer, herunder patientens netværk.

Gruppen har påpeget at det er vigtigt, at de lokalpsykiatriske centre er imødekommende og let overskuelige for patienterne.

Det er desuden blevet påpeget, at der i dag mange steder ikke er tilstrækkeligt med samtalerum, hvilket skaber frustration blandt personalet og kan medvirke til ikke optimalt planlagte patientforløb.

Gruppens medlemmer er positivt stemt overfor tanken om "fleksible rum" - fleksibilitet i flere dimensioner. Muligheden for rum med fleksible vægge bør således følges, idet det dog skal sikres at rummene/væggene er tilstrækkelige lydisoleret. Der er desuden enighed om man i videst muligt omfang bør tilstræbe at de enkelte lokaler kan benyttes til flere formål. Dette kan komme til at betyde at der f.eks. skal installeres skabe med mulighed for aflåsning i enkelte lokaler ligesom ekstra depotrum kan blive nødvendigt.

I denne fase vurderer gruppen at der vil være behov for følgende fysiske faciliteter:

- Samtalerum - tilstrækkeligt mange
- Grupperum (8-10 personer)
- Rum til psykologiske test (evt. eget kontor)
- Rum til ADL-vurdering
- Rum til kropsundersøgelse
- Rum til somatisk udredning
- Evt. depotrum

4. Behandlings- og udslusningsfasen

I denne fase vil patienten komme i det lokalpsykiatriske center mere eller mindre regelmæssigt alt efter behandlingsbehov. Hyppighed og antal besøg vil variere fra patient til patient.

I opbygningen af de lokalpsykiatriske centre er vigtigt at der tages højde for, at der som udgangspunkt kan gives en bred vifte af behandlingstilbud. Som det vil fremgå senere i denne rapport er det deltagernes vurdering, at en vis del af de patienter, som i dag bliver indlagt i fremtiden vil overgå til ambulant regi - enten helt eller delvist kombineret med en kort indlæggelsesperiode. Dette vil alt andet lige stille nogle nye krav til det behandlingsmæssige udbud, som man kan forvente udbudt i forbindelse med ambulant behandling. I gruppen har der således været fokus på behandlingsunderstøttende aktiviteter, f.eks. baseret på relationer og social færdighedstræning (træningskøkken mv.).

En del af de ambulante patienter er de såkaldte dagpatienter, som bør have stillet en række tilbud til rådighed, som både hvad angår form og indhold, spænder meget bredt. Det er vigtigt at de nye lokalpsykiatriske centre kan favne dette. Konkret drejer det sig både om sportsfaciliteter/motionsrum og en række terapirum.

Herudover er det vigtigt, at der i indretningen af de lokalpsykiatriske centre indtænkes "pauserum" til dagpatienterne - et rum, hvor de kan opholde sig mellem



samtaler og behandlinger og som ikke bare er et stort, fælles venteareal. Det er vigtigt for visse patienter, at der er mulighed for, at de mellem behandlinger, som foretages på samme dag i forlængelse af hinanden, kan slappe af i rolige omgivelser. Flere kan godt opholde sig i rummet på samme tid, og der kan med fordel etableres trådløst Internet i denne type rum.

Patienter i dagbehandlingstilbud skal ligeledes have mulighed for at få mad under opholdet i centret og gruppen foreslår at der indrettes et indbydende café-miljø. Dette vil også kunne benyttes af andre patienter og pårørende i centret.

Der er blandt gruppens medlemmer udbredt enighed om, at gruppebehandling og -terapi vil tage til i omfang - og det skal der tages højde for i indretningen af centrene.

I denne fase vil der være behov for følgende fysiske faciliteter:

- Samtalerum
- Familiesamtalerum
- Gruppebehandlingsrum (8-10 personer)
- Pauserum, hvor patienterne kan opholde sig mellem flere behandlinger (fx. et lounge-agtigt miljø)
- Undervisningsrum til psykoedukationsenhed, (20-25 personer)
- Rum til gruppeterapi (neutralt rum uden borde)
- Sportsfaciliteter/motionsrum inkl. omklædning med bad m/k
- Terapirum (musik, køkken etc.)
- Kantine/café til dagpatienter

5. Afslutnings- og udskrivesfasen

I denne fase afholdes møder med en række involverede samarbejdsparter, hvilket vil kræve nogle større møderum.

6. Andre faciliteter

Udover de ovenfor nævnte faciliteter som altså er direkte relateret til patientudredning og -behandling er der naturligvis brug for en række andre nødvendige rum så som:

- Toiletter (mindst et handicaptoilet)
- Kontorer/kontorarbejdspladser
- Personalerum/-opholdsstue med te-køkken
- Møderum med teleudstyr
- Medicinrum
- Rengøringsrum
- Affaldsrum

- Depot
- Kopi/printerrum
- Garderobes og badefaciliteter
- Redskabsskur
- Parkering
- Cykelstativer

Endelig skal det også bemærkes, at der fortsat forventes en del udgående aktivitet fra de lokalpsykiatriske centre. Det forudsættes at personer med udgående aktivitet har kontorfaciliteter mv. i centret.

II. Forløb for den indlagte patient

Der blev i arbejdet med den indlagte patient lagt vægt på de faciliteter, som er nødvendig på og/eller i direkte fysisk forbindelse til døgnafsnittet. For de faciliteter, der er nødvendige i den ambulante del af et patientforløb med en eller flere indlæggelser henvises til beskrivelsen ovenfor.

Der var blandt deltagerne enighed om at fremtidens indlagte patienter ikke nødvendigvis vil have de samme behov, som dagens indlagte patienter. Således var det den generelle opfattelse blandt deltagerne, at en del af de akutte patienter med en kort indlæggelsestid frem ad rettet vil blive behandlet i ambulant regi og at fremtidens indlagte patienter ikke vil have samme behov for f.eks. fysiske aktiviteter uden for sengeafsnittet.

Det er dog blevet påpeget, at der fortsat vil være patienter, som kan have fordel af at benytte faciliteter indenfor det psykiatriske behandlingsmiljø, men uden for afsnittet - faciliteter som med fordel kan deles med de øvrige afdelinger.

Tilsvarende vil fremtidens indlagte patienter have behov som ikke - eller kun delvist - findes i dag. Det drejer sig f.eks. om café miljøer, mindre opholdsnicher, direkte udgang til grøntområde etc.

Disse udviklingstendenser er i videst muligt omfang forsøgt indarbejdet i beskrivelsen af de forventede fysiske behov for den indlagte patient med lang indlæggelsestid (jf. neden for). Igen er faciliteterne nævnt neden for alene relateret til behandling/udredning, mens de mere gængse birum er listet afslutningsvist under et.



1. Henvendelsesfasen

Der er her tre mulige scenarier:

1. at patienten via egen læge bliver henvist først til lokalpsykiatrien, som forestår visitation til døgn-afsnit
2. at patienten via skadestue henvises direkte til døgnafsnit
3. at patienten indlægges akut på røde eller gule papirer

For alle 3 scenarier gælder, det at denne del af fasen ikke stiller krav til den fysiske indretning af døgnfunktionen.

2. Visitationsfasen

For patienter under scenarium 1) og 2) beskrevet ovenfor gælder der at visitationen foregår uden for døgnfunktionens fysiske rammer og derfor ikke stiller krav til den fremtidige indretning af døgnfunktionen.

For så vidt angår patienter indlagt på røde eller gule papirer (scenarium 3) ovenfor) vil der i forbindelse med visitationen/indbringelsen af patienten være behov for følgende fysiske faciliteter:

- Et såkaldt "politirum", hvor overdragelse og godkendelse af papirer kan foregå, skal være rigeligt stort.
- En akut modtagelse med seng, toilet, opholdsplads/niche og et somatisk undersøgelsesrum.

Modtagelsesfunktionen skal fysisk ligge "uden for sengeafsnittet" men med direkte adgang til stuer med mulighed for skærmning. Af hensyn til personalets sikkerhed er det vigtigt at modtagefunktionen ikke bliver for lille.

3. Udredningsfasen

Udredning forudsætter en grundig beskrivelse af sygehushistorien fra patient og pårørende, grundige samtaler med henblik på udredning af sygdomssymptomer vurdering af personlighedsstrukturen, ressourceområder samt evnen til egenomsorg. Udredning kræver ofte deltagelse og medvirken af en række personer, herunder patientens netværk.

Det har i gruppen været diskuteret, hvorvidt det meste af udredningen kan foregå på patientens enerum. Der er her lidt delte meninger, idet nogen mener at det er vigtigt at udredning/samtaler mv. foregår uden for rummet, mens andre er af den opfattelse, at enerum kan og bør benyttes i et udbredt omfang i forbindelse med udredningen.

I denne fase vil der være behov for følgende fysiske faciliteter:

- Samtalerum (ca. 5 personer)
- Konferencerum (ca. 20 personer)
- Grupperum (ca. 10 personer)

4. Behandlings- og udslusningsfasen

Der var enighed om at der i forbindelse med behandlingsforløbene i fremtiden med fordel kan skelnes mellem to patientkategorier:

1. Den akutte patient med kort indlæggelsestid
2. Den psykiatriske patient med lang indlæggelsestid

Det var med udgangspunkt i denne opdeling at gruppen på første møde kortlagde de forventede fremtidige patientforløb, herunder kravene til de fysiske aktiviteter. Et af resultaterne af arbejdet blev, at gruppens medlemmer er enige om, at de aktivitetsfaciliteter, der i dag foregår uden for et givet afsnit (værksteder, motionsrum, hal etc.) ikke i samme omfang fremover vil blive benyttet af de indlagte patienter. Disse faciliteter kan med fordel deles med de ambulante enheder for gerontopsykiatrien og BUP, som vil have til huse i samme område, evt. samme bygning.

Dette betyder til gengæld at der skal indtænkes aktivitetsmuligheder på de enkelte afsnit. Der var i gruppen enighed om, at aktivitetsrummene i videst muligt omfang skal være så fleksible som mulig. Det indebærer, at der i et rum skal være mulighed for flere aktiviteter, således at man ikke i fremtiden får tomme, ubenyttede rum stående.

Der var dog på trods af ovenstående enighed om, at der som udgangspunkt skal planlægges med en fælles kantine, som den der kendes fra Middelfart i dag. Men også at der i indretningen af de enkelte døgnafsnit skal tages højde for at en del patienter vil være så dårlige at de ikke kan deltage i den "kollektive" spisning, men vil have behov for at kunne indtage deres måltider tæt på egen stue i rolige omgivelser. Det er generelt holdningen, at der bør oprettes små opholdsnicher på afsnittene i det omfang, det ud fra en sikkerhedsmæssig betragtning er muligt.

Det er ligeledes blevet påpeget, at det er vigtigt med brede gange ligesom flere nævnte det klart hensigtsmæssige i at konferencerum placeres i afsnittet med direkte adgang til vagtrum/ kommandocentral.



Dagslys skal også indtænkes i videst muligt omfang.

Direkte udgang til grønt område fra sengestuerne vil også være at foretrække. Dette vil evt. kunne lette forholdene for rygere, idet der etableres rygefaciliteter i henhold til lovgivningen.

Enestuerne skal indrettes uden blinde vinkler og der skal i et vist omfang tages højde for udviklingen i befolkningens vægt. Ikke alle rum bør nødvendigvis indrettes til at kunne tage bariatriske patienter, men 1-2 rum bør som minimum kunne rumme denne patienttype ligesom det foreslås at døre mv. gøres bredde.

Også etableringen af handicapbad på døgnafsnit anbefales. For gerontopatientsernes vedkommende er det nødvendigt med handicapbad på alle rum.

Der skal på alle afsnit være et vaskerum med vaskemaskine, tørretumbler og tørresnor.

I denne fase vil der være behov for følgende fysiske faciliteter inde på de enkelte døgnafsnit, idet det forudsættes at der er tale om integreret åben/skærmede afsnit:

- Samtalerum (4-5 personer)
- Enestuer med eget bad/toilet og direkte adgang til udearealer
- Et handicap bad
- Aktivitetsrum/multirum
- Opholdsmuligheder i varierende størrelser
- Café miljø
- Te-køkken/Alrum
- Kontor/kommandocentral tæt ved mindste afskærmning
- Vaskerum/tørretumbler
- Stort medicinrum
- Depotplads
- Skyllerum
- Hjertestop udstyr
- Affaldsrum

Udover ovenstående skal der ligeledes være venterum, ECT-rum og opvågning i forbindelse med den psykiatriske funktion - og ikke på en anæstesiologisk afdeling.

5. Afslutnings- og udskrivelsesfasen

Langt de fleste patienter vil overgå til et ambulat forløb i lokalpsykiatrisk regi og umiddelbart vurderes det ikke at der behov for særlige fysiske faciliteter i denne fase, som ikke kan klares fra et kontor eller i et møde-

rum med teleudstyr (jf. neden for).

For en række gerontopsykiatriske patienter vil der dog skulle afholdes møder med en række involverede samarbejdsparter, hvilket vil kræve større møderum.

6. Andre faciliteter

Udover de ovenfor nævnte faciliteter som altså er direkte relateret til patientudredning og -behandling er der naturligvis brug for en række andre nødvendige rum så som:

- Toiletter
- Kontorer/kontorarbejdspladser
- Personalerum/-opholdsstue med te-køkken
- Møderum med teleudstyr
- Garderober med bad
- Depotrum

Herudover er det gruppens holdning, at der i forbindelse med de respektive hovedfunktioner med fordel kan etableres en række faciliteter, som kan benyttes på tværs af afsnit og specialer. Det drejer sig f.eks. om følgende:

- Auditorium
- Undervisningsrum
- Hal
- Motionsrum - også til personale
- Terapirum/værksteder (sanserum, køkken etc.)
- Velkomstskranke i forhal
- Kantine

Det videre forløb

Resultaterne i denne rapport må ikke opfattes som et "færdigt produkt", men skal ses i en større sammenhæng. Dels har formålet med gruppens arbejde været at tage hul på debatten om fremtidens patienter og deres behandlingsbehov set ud fra den fysiske synsvinkel. Dels har gruppen bidraget med væsentlig information til det videre arbejde.

I umiddelbar forlængelse af dette arbejde nedsættes endnu en arbejdsgruppe, der går videre med fokus på begrebet bygningsstandarder. Denne gruppe vil bl.a. med udgangspunkt i resultaterne fra denne rapport udarbejde et inspirations- og idékatalog for fremtidige ny- og ombygninger med henblik på at forbedre og fastlægge standarder for byggeri til psykiatri i Region Syddanmark.

Bilag 5:

Fokuspunkter – brugerkommentarer - tjekliste

På brugermøderne vedrørende bygningsstandarder blev deltagerne anmodet om at sætte stikord på nedenstående overskrifter der alle er vigtige fokuspunkter når der planlægges nye institutioner.

Indholdet skal betragtes som en understøtning af brugen af EBD (Evidens Baseret Design) i generalplanen. EBD har sit udgangspunkt i beviselige og erfaringsbaserede emner der videnskabeligt kan inddrages i planlægningen af byggeri.

Indgangsforhold

- Skal give indtryk af åbenhed, men også give sikkerhed for personalet
- Skranke skal være bemanded i dagtimerne
- Receptionisten skal have tid til at tage venligt imod besøgende
- Enkel lys indretning
- God lydisolering
- PsykINFO stand i området

Overskuelighed i byggeriet

- Klar opdeling, så patienterne kan se hvor de skal hen (guides)
- Personalet skal hurtigt kunne danne sig et overblik for muligheder for booking
- - og et hurtigt overblik over hvem som befinder sig i huset
- Overskuelighed er vigtigt for personalets sikkerhed

Synlighed

- God udendørs skiltning
- Undgå unødige krinkelkroge
- Gerne glas i behandlingsrum (ud mod gangen)
- Men evt. skærmning af sarte personer der ikke ønsker at blive "udstillet"

Kontaktbarhed

- Receptionistens funktion gør, at vedkommende kan afbrydes ved henvendelser
- Klokke på toiletter
- Alarmsystem til kolleger
- Det skal være let at få telefonkontakt

Rumstørrelse:

- Rumstørrelser skal være beregnet (dimensioneret) til samtaler med netværk (pårørende)
- Rum skal have plads til undervisning
- Rum skal være fleksible med lydisolerede skillevægge
- Overskuelige - brede gange

Plads til kreative aktiviteter

- Ja, er meget vigtigt
- Også til personalet
- Også i sengeafsnit

Stilleområder

- De enkelte rum skal være lydisolerede
- Stilleområder adskilt fra pauseområder, både for patienter og personale
- Mulighed for at "sarte" patienter kan skærme sig fra andre
- Lounge hvor patienterne kan "hænge ud", men rummene skal være lydisolerede
- Også for personalet

Enestuer

- Med adgang til toilet og bad
- Overveje glas i dørene
- Fixeringsmulighed ved behov => seng skal boltes fast
- Brede døre
- Plads til pårørende overnatning, svarende til patienthoteller
- Godt lys, belysning - ingen lange ledninger
- Fleksible løsninger og indretning
- Variabel indsigtsmulighed til sengestuer

Familiebesøgeområder

- God plads til besøg
- Familiebesøgsrum i de enkelte afsnit
- Plads til pårørende overnatning, svarende til patienthoteller

Rumhøjder

- Rum til fysisk aktivitet skal ekstra stor rumhøjde
- Høje rum kan kompensere for få kvm.

Gangbredder

- Brede døre og gangarealer (3 personer ved siden af hinanden)
- Undgå lange lige gange og husk nicher
- Mulighed for planter, stole m.m.
- Undgå mønstre og striber på gulve (i geronto)

Belysning

- Meget lys ind i huset - gerne fra ovenlys
- Indrette med omtanke for målgruppen og opgaverne
- Tilgængelighed til el-pærer skal mindskes
- På bedst mulig måde bruge naturlig lys - suppleret med el-lys
- Bevægelsesfølere (registrerer at alle rum er tomme ved lukning)



Sollys/ dagslys

- Udnyt dagslyset mest muligt
- Lys giver tryghed
- Udnytte det positive i dagslyset
- Bruge det aktivt
- Husk også solafskærmning
- Vigtigt, giver naturlige farver og behageligt miljø

Vinduesstørrelse

- Ikke for små vinduer og ikke for store vinduer

Udsigt:

- At kunne se langt ud på omgivelserne er godt for mange/ alle

Støj

- God støjdæmpning er meget vigtig - for alle
- F.eks. støjdæmpende væg- og loftbeklædning

Farver: (meget personlige indlæg)

- Gerne stærke farver, men ikke striber
- Lyse farver
- Neutrale, lette farver

Skiltning

- Det er enklere at orientere sig efter et tal end efter et navn eller en forkortelse

Musik

- Musik med måde og helst ikke musik over alt

Møblering

- Ikke for sterilt
- Ikke for lave stole
- Lette møbler, ikke med skarpe kanter, ikke glas eller sten
- Fleksibilitet, at borde kan sættes sammen, tilpasses til antal personer v. samtale og møde
- Ikke brændbart stof - skal kunne tørres af

Overflader

- Ikke mønstrede gulve (geronto)
- Ikke striber p.g.a. lys (geronto)

Interiør

- "At trække naturen ind"
- Anvendelse af træ varmer
- Materialer må ikke være skarpe, kunne knuses eller på anden måde være til fare

Udendørs

- God adgang til naturen
- Adgang til fysiske aktiviteter f.eks. badminton, bordtennis, petanque
- Sansehaver
- Frugttræer -> kan give aktivitet, koge frugtgrød osv.
- Haven som en del af afdelingen
- Patientstuer gerne med dør og udgang til havearealer
- Større område med park, stisystemer m.m.
- Rygeområder (problematiske i aften-/ nattimerne p.g.a. personalesikkerhed/ patient-sikkerhed)
- Små terrasser
- Gerne nicher i haven
- Udkigspunkter
- Vigtigt med mulighed for gåture, løb og fysisk udfoldelse
- Det ydre er væsentligt, giver positivt indtryk ved ankomst

Aflåsning

- bevægelsesfølere på belysning (er alle rum tomme ved lukning)

Personalarm

- alle bærer personalarm
- passende antal "løbealarmer" personale/ læge

Teknik

- Det skal være teknisk muligt at styre temperatur i hvert enkelt rum. Gælder også ventilation, via CTS-anlæg
- Naturlig ventilation
- Sikkerhedsglas i samtlige rum i patientområderne
- Aflåsning - fremover elektronisk - kan styres centralt. Cylinderlåsen er på vej ud
- Døre indrettes så man kan komme ind trods de er aflåste. På den ene side at værne om privatliv - og alligevel skabe sikkerhed
- Lysmarkering, der viser vej, hvis alarmeren går. Det skal være enkelt at komme frem
- Når personalarmen går - kan dørene blive transparente ? - ønske om åbne (visuelt) tilløbsveje
- bevægelsesfølere (er alle rum tomme ved lukning)

Bilag 6: Oversigt over rumbehov til det gode patientforløb

I: Faciliteter til brug for de ambulante patientforløb:

Fase / speciale	Børne- og ungdomspsykiatri	Voksenpsykiatri
Henvendelsesfasen	* Venterum, separat for BUP * Undersøgelsesrum, fælles med voksenpsykiatrien	* Forventes at foregå via e.l., "hotline" o.lign.
Visitationsfasen	* Et visitationsrum/konferencerum (decentralt i hver enhed) med telemedicinsk udstyr	* Et visitationsrum/konference-rum med trådløs opkobling
Udredningsfasen	* Samtalerum - tilstrækkeligt mange * Test og terapilokale med videokamera - 6-10 personer * Neutralt rum til psykologiske tests - herunder plads til rekvisitter * Legeterapilokale * Grupperum - 10-20 personer * Et større rum til undersøgelser af motoriske forhold, højt til loftet * Lokale til 6-10 personer inkl. bord * En "prøvelejlighed", som kan bruges til observation af patienter og deres pårørende i dagligdags situationer * Handikap-venlige forhold med god tilgængelighed * Videorum * Rum til brug for fysioterapeutisk kropsundersøgelse * Somatisk undersøgelsesrum	* Samtalerum - tilstrækkeligt mange * Grupperum (8-10 personer) * Rum til psykologiske test (evt. eget kontor) * Rum til ADL-vurdering * Rum til kropsundersøgelse * Rum til somatisk udredning * Evt. depotrum
Behandlings- og udslningsfasen	* Samtalerum * Flerfamiliesamtalerum (op til 40 personer) * Gruppebehandlingsrum * Undervisning - psykoedukation * Pauserum, hvor patienterne kan opholde sig * Sportsfaciliteter/motionsrum * Terapirum (musik, værksted, køkken, etc.) * Kropsterapirum * Kantine/café til dagpatienter * Skolerum til 4-5 elever samtidigt	* Samtalerum * Familiesamtalerum * Gruppebehandlingsrum (8-10 personer) * Pauserum, hvor patienterne kan opholde sig mellem flere behandlinger (fx. et lounge-agtigt miljø) * Undervisningsrum til psykoedukation, (20-25 personer) * Rum til gruppeterapi (neutralt rum uden borde) * Sportsfaciliteter/motionsrum inkl. omklædning med bad m/k * Terapirum (musik, køkken etc.) * Kantine/café til dagpatienter
Afslutnings- og udskrivelsesfasen	* Møderum	* Større møderum



Fase / speciale	Børne- og ungdomspsykiatri	Voksenpsykiatri
Andre faciliteter	* Toiletter (mindst et handicaptollet) * Kontorer (kontorarbejdsplads, telefonsamtaler, pause, refleksion, samtaler m/få personer, supervision m.m.) * Sekretariat * Personalerum * Opholdsstue med te-køkken * Møderum med teleudstyr * Medicinrum * Rengøringsrum * Affaldsrum * Depot * Garderobe m/bad * Kontorarbejdsbase for opsøgende teams	* Toiletter (mindst et handicaptollet) * Kontorer/kontorarbejds-pladser * Personalerum/-opholdsstue med te-køkken * Møderum med teleudstyr * Medicinrum * Rengøringsrum * Affaldsrum * Depot * Kopi/printerrum * Garderobe og bedefaciliteter * Redskabsskur * Parkering * Cykelstativer * Kontorer for de udegående, opsøgende funktioner

II: Faciliteter til brug for de indlagte patientforløb:

Fase / speciale	Børne- og ungdomspsykiatri	Voksenpsykiatri
Henvendelsesfasen	* Venterum, separat for BUP * Undersøgelsesrum, fælles med voksenpsykiatrien	Forventes at foregå via e.l., via fælles akut modtagelse (FAM) - eller som tvangsforanstaltning
Visitationsfasen	* Et separat undersøgelses- og modtagerum med adgang direkte til skærmet afsnit	* Et såkaldt "politirum", hvor overdragelse og godkendelse af papirer kan foregå, skal være rigeligt stort * En akut modtagelse med seng, toilet, opholdsplads/niche og et somatisk undersøgelsesrum
Udredningsfasen	* Dele af udredningen foregår i de ambulante faciliteter, jf. ovenfor	* Samtalerum (ca. 5 personer) * Konferencerum (ca. 20 personer) * Grupperum (ca. 10 personer)
Behandlings- og udslusnings-fasen	* Enestuer m/eget bad og toilet * Plads til overnattende forældre * Fællesarealer m/aktiviteter og køkken-alrum * Dagligstuer * Grupperum med værksteder og aktiviteter	* Samtalerum (4-5 personer) * Enestuer med eget bad/toilet og direkte adgang til udearealer * Et handicap bad * Aktivitetsrum/multirum * Opholdsmuligheder i varierende størrelser

II: Faciliteter til brug for de indlagte patientforløb, FORTSAT:

Fase / speciale	Børne- og ungdomspsykiatri	Voksenpsykiatri
Behandlings- og udslusnings-fasen	* Samtalerum * Skolestuer (fælles ressource) * Faglokaler og andre undervisningslokaler med IT-bestykning * Gruppebehandlingsrum * Undervisning - psykoedukation * Sportsfaciliteter/motionsrum * Terapirum (musik, værksted, køkken etc.) * Familielejligheder * "Afstressningsrum" * Depotrum til aktivitetsrekvisitter * Medicinrum * Skyllerum * Udefaciliteter	* Café miljø * Te-køkken/Alrum * Kontor/kommandocentral tæt ved mindste afskærmning * Vaskerum/tørretumbler * Stort medicinrum * Depotplads * Skyllerum * Hjertestop udstyr * Affaldsrum
Afslutnings- og udskrivelses-fasen	* Forhåndenværende møde- og kontorlokaler (evt. i ambulatorium)	* Møderum
Andre faciliteter	* Toiletter * Kontorer/kontorarbejdspladser * Personalerum/-opholdsstue med te-køkken * Power-napping rum * Møde-/konferencerum med teleudstyr * Garderober m/bad Fællesfaciliteter, som kan deles med andre afdelinger og andre specialer: * Auditorium * Undervisningsrum * Hal * Motionsrum * Kantine	* Toiletter * Kontorer/kontorarbejdspladser * Personalerum/-opholdsstue med te-køkken * Møderum med teleudstyr * Garderober med bad * Depotrum Fællesfaciliteter, som kan deles med andre afdelinger og andre specialer: * Auditorium * Undervisningsrum * Hal * Motionsrum - også til personale * Terapirum/værksteder (sanserum, køkken etc.) * Velkomstskranke i forhal * Kantine

Det er ikke tanken med den skematiske opstilling at fremhæve forskelligheder og ligheder imellem hhv. BUP og voksenpsykiatrien - skemaet tjener alene til at danne et vist overblik over mangfoldigheden i funktioner og rum-behov.

Behovene i skemaet oven for er en sammenskrivning af de oplysninger, som brugerne i patientforløbsgrupperne er nået til enighed om. Der henvises i øvrigt til rapporterne, der er vedlagt som bilag.



Bilag 7: God psykiatrisk bygningsstandard

Målsætninger for nyt sygehusbyggeri

Indledning

I forbindelse med strukturændringerne på sundhedsområdet, hvor der også på psykiatriområdet er lavet planer for den fremtidige struktur, vil der, som i somatikken være behov for betydelige investeringer i de bygningsmæssige rammer i årene fremover for at kunne gennemføre de foreliggende psykiatriplaner.

På det somatiske område er det velbeskrevet, at de bygningsmæssige rammer har stor indflydelse på behandlingseffektiviteten og kvaliteten i form af forbedret logistik, forbedrede patientforløb, reduktion i utilsigtede hændelser m.v.

Inden for psykiatrien er der på tilsvarende vis bygningsmæssige forhold, som er af stor betydning for behandlingskvaliteten og tilrettelæggelsen af effektive patientforløb samt den patientoplevede kvalitet og sikkerhedsaspektet.

Disse bygningsmæssige forhold afviger fra det, der kendes fra somatikken, i og med det er andre forhold, der gør sig gældende for den psykiatriske patientgruppe.

De bygningsmæssige rammer, med indflydelse på ovenstående forhold, søges beskrevet i nærværende notat. Notatet skal ses som et supplement til udarbejdede målsætninger for sygehusbyggeri.

Integreret sygehusbehandling

Hvor det er muligt, bør psykiatrien placeres i tæt tilknytning til et somatisk sygehus af hensyn til det faglige samarbejde mellem de lægelige specialer, psykiatriens behov for kliniske servicefunktioner samt øvrige driftsmæssige fordele.

En placering ved somatikken vil ligeledes bidrage til afstigmatisering af psykiatrien.

Fleksibilitet i indretningen

De psykiatriske afdelinger bør indrettes, så det er muligt at være i de samme fysiske rammer/afsnit under hele forløbet, således at patienten bliver indlagt, behandlet og udskrevet fra det samme afsnit. Dette stiller krav til, at de fysiske rammer er fleksible, så det er muligt at skærme patienterne i visse perioder af indlæggelsen.

Det er vigtigt, at de dårligste patienter altid kan afskærmes til den mindst mulige enhed, således at de ikke i unødigt grad sætter dagsordenen for bedre patienter. Af hensyn til behandlingsmulighederne er det endvidere ideelt, at afsnittene udformes således, at skærmede patienter kan tilknyttes samme personale, uanset om de befinder sig i skærmet eller åbent regi⁹.

Fordelen ved fleksible afsnit er, at patienterne ikke oplever det skift og brud i kontinuiteten, der følger af flytning mellem åbne og lukkede afsnit. Fleksible rammer vil være medvirkende til at reducere anvendelsen af tvangsforanstaltninger, da patienterne uanset, hvor dårlig man er, kan rummes i det samme afsnit.

Fleksibiliteten i indretningen af afdelingerne skal ligeledes medvirke en fremtidssikring af de fysiske rammer, som gør det muligt at omstille og tilpasse de fysiske rammer til fremtidige krav.

Privatliv

I den nationale psykiatriaftale for 2003-2006 er der en målsætning om, at alle psykiatriske patienter skal have enestue med eget toilet og bad.

Udover at højne den patientoplevede kvalitet vil enestuer og dermed god plads være medvirkende til at reducere affektudbrud og aggressivitet¹⁰. Derved vil der alt andet lige kunne opnås en reduktion i anvendelsen af tvang.

Som supplement til enestuerne bør der være indrettet besøgsrum på afsnittene, så patientens besøgende ikke nødvendigvis skal være på stuen

Adgang til naturen

I henhold til psykiatriloven skal indlagte psykiatriske patienter have adgang til at komme ud hver dag, hvis de ønsker dette.

De fysiske rammer i sengeafsnittene skal tage højde herfor. Det betyder, at sengeafsnit mest hensigtsmæssigt placeres i stueplan, således at patienterne uhindret kan komme ud.

For de patienter, der har behov for skærmning, skal der ligeledes være adgang til at komme ud i skærmede udearealer.

⁹ Creoarkitekter 2002.

¹⁰ Målsætninger for kvalitet i voksenpsykiatrien, Sundhedsstyrelsen 1995



Tryghed og overskuelighed

For at optimere patientforløbene og højne den patientoplevede kvalitet er det vigtigt, at patienterne oplever et trygt og overskueligt miljø, hvilket ligeledes kan medvirke til at reducere anvendelsen af tvang.

Tryghed og overskuelighed skabes ved, at patienten, som ovenfor nævnt, har mulighed for at være i de samme fysiske rammer/afsnit under hele forløbet, således at patienten bliver indlagt, behandlet og udskrevet fra det samme afsnit.

Der skal være opholdsarealer flere steder i afsnittene og af varierende størrelse. Endvidere er det af betydning, at undersøgelses og behandlingslokaler er placeret i afsnittene.

Personalerum bør også være synlige i afsnittene.

Terapeutiske og rekreative aktiviteter

"For patienterne, hvoraf mange er indlagt i længere perioder er det væsentligt, at der er gode og varierede beskæftigelsestilbud, som patienterne finder meningsfulde."¹¹

Der skal mulighed for fysisk træning i tilknytning til sengeafsnittene samtidig med, at der skal være adgang til ergoterapeutiske og rekreative aktiviteter. En del af behandlingen under indlæggelsen kan være træning af sociale færdigheder, i den sammenhæng skal der være adgang til fælles lokaler til sociale aktiviteter, så som køkken og dagligstue.

Der bør være IT og netadgang på stuerne og i fællesarealerne.

Aggressionsforebyggelse og dæmpning

Det er vist, at store rummelige lokaler og gangarealer virker aggressionsforebyggende og -dæpende.

Om fysiske rammer for psykotiske patienter tilrådes, at afdelingen/afsnittet indrettes, så afdelingen er let at overskue arkitektonisk og med tydelig skiltning, at der skal være plads nok til alle. De fysiske rammer skal give mulighed for både aktivitet og hvile. Ligeledes bør personalets kontorer ligge sådan at det er let at få kontakt med dem, der opholder sig på kontoret.¹²

Der bør være rum og plads, når man kommer på en psykiatrisk afdeling, således at man kan opholde sig i bygningen uden at træde ind i patientens private cirkler. Fra det fælles adkomstområde i afsnittene stiger graden af privatsfære ind i patientens område, og også her bør der være mulighed for at patienter, besøgende og behandlere kan opholde sig under afslappede former i "tilfældige" nicher og aktivitetsrum udenfor sengeafsnittene.

Gangene bør ikke være gennemgangsveje til andre funktioner eller afsnit, så patienterne private stue ligger ved en "landevej".¹³

Som tidligere nævnt er en fleksibel indretning af sengeafsnittene med mulighed for skærmning medvirkende til at reducere tvang og dermed også aggressionsdæpende.

Adgang til terapeutiske og rekreative aktiviteter er ligeledes et element heri.

¹¹ Folketingets ombudsmand, inspektioner ISP nr. 1989.234

¹² "Fra kaos mod samling, mestring og helhed, psykiatrisk sygepleje til psykotiske patienter", Liv Strand, 1994

¹³ Creoarkitekter 2002

Bilag 8: Rumprogram, lokalpsykiatrisk enhed, Aabenraa (forslag)

			Netto kvm.	Rum	Netto kvm.	Brutto kvm.
	Rumtype	Rumbeskrivelse	Pr. rum	Antal	Total	Total
Offentlige områder					170	306
A: Indgangsparti	Reception Sekretariat Venteområde Toiletkerne	m/2 arbejdspladser m/2 arbejdspladser inkl. 1 HC-toilet	18 14 30 12	1 2 1 1	18 28 30 12	
B: Fælles-område	Kantine/cafe Opholdsstue m/ tekøkken Legefaciliteter	max 10 samtidig	40 30 12	1 1 1	40 30 12	
Semi-offentligt område					303	545
C: Udredning og behandling:						
Standardrum	Samtalerum	op til 6 personer	18	2	36	
Specialrum	Test- og terapilokale m/video-kamera Test af pt.s motoriske forhold Grupperum, delbart Behandlerkontorer	6-10 personer 1 pt. + 1 behandler 10-25 personer m/plads til 3 gæster	25 25 45 12	1 1 1 8	25 25 45 96	
E: Tillægsarealer	Undersøgelse/behandling Medicinrum Pauserum - pauseareal	somatisk us.leje m.m. til 5 personer samtidig	18 8 50	1 1 1	18 8 50	
Personalerettede områder					341	614
D:	Afdelingsledelse Teamkontorer/kontorer Garderober Kopi/printerrum Personaleopholdsstue m/tekøkken Kontorarbejdspladser til elever/ praktikanter	m/plads til 4 medarb. m/bad max 30 personer 4 arbejdspladser	10 28 50 6 45 28	1 6 1 1 1 1	10 168 50 6 45 28	
Bi-rum	Depot Rengøringsrum Affaldsrum	rekvisitter, kontor-artikler o.lign	18 6 10	1 1 1	18 6 10	
Udgående, opsøgende teams					84	151
	Udgående team, gerontopsyk	m/plads til 4 teammed-arbejdere	28	1	28	
	Udgående team, oligofreni-TIT-retspsyk m.fl.team	m/plads til 4 teammed-arbejdere	28	1	28	
	Udgående team, BUP	m/plads til 4 teammed-arbejdere	28	1	28	
Drift- og service					65	117
	Modtage rum for forsyninger Fællesdepot		25 40	1 1	25 40	
Arealbehov i alt m²					963	1.733

Bilag 9: Rumprogram, døgnfunktion, Aabenraa (forslag)

			Netto kvm.	Rum	Netto kvm.	Brutto kvm.
	Rumtype	Rumbeskrivelse	Pr. rum	Antal	Total	Total
Offentlige områder					1.225	2.205
A: Indgangsparti	Reception i forhal Sekretariat Venteområde Toiletterne	m/2 arbejdspladser m/25 arbejdspladser inkl. 1 HC-toilet	18 175 50 8	1 1 1 2	18 175 50 16	
B: Fælles-område	Cafe til patienter og besøgende m/ køkken Opholdsstue m/ tekøkken Legefaciliteter Auditorium Aktivitetsrum/multirum Motionsrum Motionshal	30 pladser 50-100 personer m/træningsudstyr m/2 badmintonbaner	60 50 12 120 100 80 250	1 1 1 1 1 1	60 50 12 120 100 80 250	
	Undersøgelsesrum Hjertestopudstyr ECT-enhed Blodprøvetagning	somatisk depot inkl. præ og post	18 2 100 12	2 2 1 1	36 4 100 12	
	Kontorarb.pladser i forb.m. undervisning Kontorarb.pladser i forb.m. undervisning Kontorarb.pladser i forb.m. forskning Kontor til praktikvejleder Kontor til udviklingssygeplejerske Kontor til kvalitetskoordinator	8 arb.pladser, voksenpsyk 4 arb.pladser, BUP 4 arb.pladser	56 28 28 10 10 10	1 1 1 1 1 1	56 28 28 10 10 10	
Semi-offentligt område					601	1.082
F: Modtagelse (placeret i FAM ?) Fælles for voksen og geronto	Somatisk us-rum Opholdsareal/venterum "politi-rum" Samtalerum Skadestue Observationssenge v/skadestue Toiletter	Op til 6 personer Flere rum	18 18 30 18 85 30 6	1 1 1 1 1 10 10	18 18 30 18 85 300 60	
F1: Modtagelse for BUP	Akutmodtagelse m/seng og toilet, Opholdsareal/venterum Samtalerum	Op til 6 personer	36 18 18	1 1 1	36 18 18	
Voksenpsykiatrisk sengeområde					1.386	2.495
Sengeafdelinger m/15 pladser Primærrum	Sengestuer, en-sengs Toilet Sengestuer, en-sengs Toilet Undervisnings- og grupperum Samtalerum Pårørenderum Toilet Opholdsarealer Opholdsarealer Vaskerum m/tørretumbler PC-rum Depot til aktivitetsrekvisitter	SUM pr. sengeafd. Bariatriske ptt. HC-størrelse Op til 20 personer Op til ca. 5 personer v/mindste skærmning	17 6 24 10 40 18 24 6 80 25 10 12 12	13 13 2 2 1 1 1 1 1 1 1 1 1	693 221 78 48 20 40 18 24 6 80 25 10 12 12	1.247
Personalefaciliteter i sengeafd.	Arbejdsstation Arbejdsstation, tillægsareal kontor til afdelingsleder kontor til afdelingssekretær Medicinerum Skylletrum, deles mellem 2 afsnit Affaldsrum Depot	Max 8 personer v/mindste skærmning	24 12 10 10 8 5 12 18	1 1 1 1 1 1 1 1	24 12 10 10 8 5 12 18	
Voksenpsykiatrisk sengeområde					2.010	3.618
Sengeafdelinger m/14 pladser Primærrum	Sengestuer, en-sengs Toilet	SUM pr. sengeafd.	17 6	12 12	670 204 72	1.206

			Netto kvm.	Rum	Netto kvm.	Brutto kvm.
	Rumtype	Rumbeskrivelse	Pr. rum	Antal	Total	Total
	Sengestuer, en-sengs Toilet Undervisnings- og grupperum Samtalerum Pårørenderum Toilet Opholdsaraler Opholdsaraler Vaskerum m/tørretumbler PC-rum Depot til aktivitetsrekvisitter	Bariatriske ptt. HC-størrelse Op til 20 personer op til ca. 5 personer v/mindste skærmning	24 10 40 18 24 6 80 25 10 12 12	2 2 1 1 1 1 1 1 1 1 1	48 20 40 18 24 6 80 25 10 12 12	
Personalefaciliteter i sengeafd.	Arbejdsstation Arbejdsstation, tillægsareal kontor til afdelingsleder kontor til afdelingssekretær Medicinrum Skylletrum, deles mellem 2 afsnit Affaldsrum Depot	max 8 personer v/mindste skærmning	24 12 10 10 8 5 12 18	1 1 1 1 1 1 1 1	24 12 10 10 8 5 12 18	
Gerontopsykiatrisk sengeområde		1 sengeafd.		1	681	1.226
Sengeafdeling m/14 pladser Primærrum	Sengestuer, en-sengs Toilet Undervisnings- og grupperum Samtalerum Overnatningsplads for pårørende Toilet t. overnatningsplads Opholdsareal Opholdsareal, tillæg i forb.m. Vaskerum m/tørretumbler PC-rum	SUM pr. sengeafd. HC-størrelse op til 20 personer op til ca. 5 personer udenfor sengeområde udenfor sengeområde skærmet enhed	17 10 45 18 24 6 60 25 10 12	14 14 1 1 1 1 1 1 1 1	681 238 140 45 18 24 6 60 25 10 12	1.226
Personalefaciliteter i sengeafd.	Arbejdsstation Arbejdsstation, tillægsareal kontor til afdelingsleder kontor til afdelingssekretær Medicinrum Skylletrum Affaldsrum Depot	max 7 personer i forb.m. skærmet enhed	21 12 10 10 8 12 12 18	1 1 1 1 1 1 1 1	21 12 10 10 8 12 12 18	
BUP sengeområde		1 sengeafd.		1	542	976
Sengeafdeling m/9 pladser Primærrum	Sengestuer, en-sengs Toilet Toilet Undervisnings- og grupperum Samtalerum Afstressningsrum Opholdsareal v mindste skærmning Motionsrum Vaskerum m/tørretumbler PC-rum Overnattende forældre Toilet Depot til aktivitetsrekvisitter	SUM pr. sengeafd. HC-størrelse op til 20 personer op til ca. 5 personer opholdsareal extra sengestuer ?	17 6 10 45 18 30 25 25 10 12 17 6 20	9 7 2 1 1 1 1 1 1 1 2 2 1	542 153 42 20 45 18 30 25 25 10 12 34 12 20	976
Personalefaciliteter i sengeafd.	Arbejdsstation Arbejdsstation, tillægsareal kontor til afdelingsleder kontor til afdelingssekretær Medicinrum Skylletrum, deles mellem 2 afsnit Affaldsrum Depot	max 7 personer v mindste skærmning	21 12 10 10 8 5 12 18	1 1 1 1 1 1 1 1	21 12 10 10 8 5 12 18	
Personalerettede områder					1.501	2.702
	Konferencerum Afdelingsledelser (3 afd.led. a 2 pers.) Administrativ funktion	op til 30 personer Kontorplads 4 arbejdspladser	50 10 28	2 6 1	100 60 28	



			Netto kvm.	Rum	Netto kvm.	Brutto kvm.
	Rumtype	Rumbeskrivelse	Pr. rum	Antal	Total	Total
	Møderum m/teleudstyr Behandlerkontorer	Op til 10 personer m/plads til 3 gæster	24 12	2 46	48 552	Placeret i sengeområde
	Kopi/printerrum Personalekantine inkl. kantinekøkken	50 pladser	6 130	6 1	36 130	
	Personalerum/opholdsstue m/tekøkken	25 pladser	50	2	100	
Bi-rum	Depot Skylletrum, rengøringsrum Affaldsrum Personalegarderober Vagtværelser	Rekvisitter, kontorartikler o.lign 1 kvm pr. ansat inkl. bad/toilet	18 6 10 300 15	3 3 3 1 3	54 18 30 300 45	Placeret i forb.m. pårø- renderum
Udgående, opsøgende teams					168	302
	Udgående team, gerontopsyk Udgående team, BUP Udgående team, voksenpsyk Udgående team, oligofreni-team	m/plads til 4 teamedarb. m/plads til 4 teamedarb. m/plads til 4 teamedarb. m/plads til 4 teamedarb.	28 28 28 28	2 2 1 1	56 56 28 28	
Drift- og service			690		690	1.242
	Centralkøkken Centraldepot Linneddepot Medicindepot Varemodtagelse Gartner, værksteder, øvrig drift	2 ramper	60 100 50 30 50 400	1 1 1 1 1 1	60 100 50 30 50 400	
Arealbehov i alt m ²					8.804	15.847
Note: *) NB: Alle antagelser om antal medarbejdere, herunder de med behov for eget kontor, er baserede på skøn						
E 1: Amb. udredn. og behandl, BUP:					895	1.611
Standardrum	Samtalerum	Op til 6 personer	18	1	18	
Specialrum	Test- og terapilokale m/videokamera Test af pt.s motoriske forhold Grupperum Behandlerkontorer Kontorarbejdspladser i øvrigt Legeterapilokale Prøvelejlighed	6-10 personer 1 pt. + 1 behandler 10-20 personer m/op til 3 gæster	30 25 45 12 7 25 50	1 2 1 7 41 1 1	30 50 45 84 287 25 50	
Tillægsarealer	Undersøgelse/behandling Medicinium Kropsterapirum Pauserum Skolefunktion Lærerværelse Sekretariat	Somatisk us.leje m.m. Til 5 personer samtidig Til 4-5 personer samtid Kontorarb.plads	18 8 12 30 30 25 7	1 1 1 1 5 1 9	18 8 12 30 150 25 63	
E 2: Amb. udredn. og behandl, gerontopsykiatri:					359	646
Standardrum	Samtalerum	Op til 6 personer	18	2	36	
Specialrum	Test- og terapilokale m/videokamera Grupperum Behandlerkontor Kontorarbejdspladser i øvrigt	6-10 personer 10-20 personer m/op til 3 gæster	30 45 12 7	1 1 9 9	30 45 108 63	
Tillægsarealer	Undersøgelse/behandling Sekretariat Medicinium Pauserum	Somatisk us.leje m.m. Kontorarb.plads Til 5 personer samtidig	18 7 8 30	1 3 1 1	18 21 8 30	

Bilag 10: Kort opsummering fra studietur til England og Helsingør

Birmingham - Highcroft Hospital

Indviet 2003

25 senge for patienter over 65 år, daghospital der behandler 10 - 15 patienter pr. dag.



Oplevelse:

God bemandet information ved hovedindgang.
For smalle gange, men med god højde og højt lysindtag.
For små sengerum og toilet/ baderum.
God variation i materialeanvendelse.
Gode uderum, haver med buske træer, blomster og bænke.
Gode og meget lyse opholdsstuer i bygningernes hjørner.
For få (efter danske forhold) og for små personalerum og kontorer.
Manglende fleksibilitet i rumindretningen.
Byggeriet virker lidt snørklet og vanskeligt overskueligt.

Newcastle - Bamburgh Clinic

Indviet 2006

41 retsmedicinske senge (liggetid 2. 4 år). 10 akutsenge, 15 rehabilitering. senge og 16 senge til personlighedsforstyrrede.



Oplevelse:

Meget høj grad af sikring. Sluse og adgangskontrol ved indgang.
Gode brede gange med meget lysindfald, også højt lysindfald.
Opholdsniche i lave vinduer i gange.
Tilbagetrukne områder foran sengestuer.
Dårlige akustiske forhold p.g.a. mange glatte overflader. (særligt i gange).
Mange udgangsdøre til lukkede gårdrum.
Teknikservicelemme fra gange til sengestuer.
God variation i materialeanvendelse.
Gode varierede gårdrum - vandbassiner, planter, borde og bænke samt overdækkede områder til ophold (og rygning).
Stor åben sportshal (hallen var åben på en side).
Spændende idé.
Personalet havde før ibrugtagning, boet en uge i huset uden patienter.
Forbilledlig planlægningsproces p.g.a. stort samarbejde mellem ledelse, personale og rådgivere.
Naboer og pårørende var inviteret til åbent hus og information inden indflytning.



Glasgow - Gartnavel Royal Hospital

Indviet 2007

117 senge. 3 voksenafsnit, 2 gerontoafsnit og 1 intensiv afsnit.



Oplevelse:

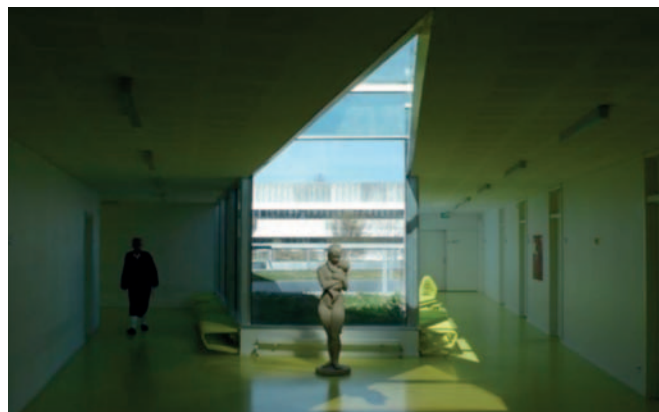
Lyst og venligt byggeri.
God plads - stor rummelighed - meget lyst.
Stor indgangsparti med åben reception og café.
Familierum i indgangsområde.
Gode rummelige sengerum i stueplan med udgang til åbne grønne haver.
Personalerum på 1. salsplan.
Løjefaldende mange låse.
Alle patienter testes ofte for stoffer.
Dobbeltdøre både, ind- og udadgående, til sengerum.
Dårlig akustik.
Få farver og ingen kunst.
Teknikservicelemme fra gange til sengestuer.
Udsigt til stort grønt område.
Stor sikkerhed i indretning af toilet/ baderum (virkede koldt og upersonligt).
Sikkerhedssystem med blinkende smålamper der angav retningen til alarmstedet.

Psykiatrisk afdeling ved Helsingør Hospital

Studietur til Helsingør den 17. maj 2009

Indviet 2006.

48 almene sengepladser, dagafsnit, ambulatorium og faciliteter til distriktspsykiatrien.



Oplevelse:

Anderledes arkitektur - nytænkning.
Er kædet sammen med det somatiske sygehus.
Store lyse indgangsforhold, men ingen reception eller mulighed for information.
Patientrum, samtalerum, behandlerrum i 1. plan og møde/ personalerum på 2. plan.
Små patientrum og toilet/ baderum.
Alle patientrum med god udsigt til natur/ grønne områder.
Udsigt til natur fra alle samtale- og møderum.
Meget små gårdum omgivet af glas i 1. plan.
Kontorer er beliggende i sengeafdeling.
Personalet har deltaget i hele planlægningsforløbet - stor tilfredshed og kendskab til bygningen.

Region Syddanmark
Damhaven 12 . 7100 Vejle
Tlf. 7663 1000

regionsyddanmark.dk

10440 - Region Syddanmark - 09.2009