

Område:	Det psykiatriske område	Udarbejdet af:	Torben K. Andersen/Finn Sørensen/Berit Matzen
Afdeling:	Planlægning og Udvikling	E-mail:	Berit.Matzen@regionsyddanmark.dk
Journal nr.:	07/22750	Telefon:	76631001
Dato:	15. maj 2008		

Notat

Implementeringsplan

Psykiatriplanen - fremtidens psykiatri

Indholdsfortegnelse

INDHOLDSFORTEGNELSE	2
1. INDLEDNING.....	3
1.1. STATUS PÅ IVÆRKSATTE TILTAG	3
1.2. OPSUMMERING.....	3
2. OVERORDNEDE RAMMER OG PRINCIPPER FOR IMPLEMENTERINGSPLANEN	6
2.1. PRIORITERINGSKRITERIER - DRIFT	6
2.2. PRIORITERINGSKRITERIER - ANLÆG	6
3. KONSOLIDERING	7
3.1. ETABLERING AF HOVEDFUNKTIONER	7
3.2. ETABLERING AF LOKALPSYKIATRISKE CENTRE	7
3.3. GERONTOPSYKIATRI	8
3.4. RETSPSYKIATRI.....	8
3.5. BØRNE- OG UNGDOMSPSYKIATRI	8
3.6. OLIGOFRENI PSYKIATRI.....	8
3.7. ALMENPSYKIATRI, STATIONÆRFUNKTION	9
3.8. AKUTTILBUD.....	9
3.9. BEHANDLING AF TRAUMATISEREDE FLYGTNINGE OG TORTUROFRE	9
3.10. REKRUTTERING OG FASTHOLDELSE.....	9
3.11. ENSARTET BRUGER-/PATIENT- OG PÅRØRENDE-POLITIK I HELE REGIONEN.....	10
4. HARMONISERING	10
4.1. GOD PSYKIATRISK BYGNINGSSTANDARD	10
4.2. SAMME SERVICE I ALLE HOVEDFUNKTIONER.....	11
4.2.1 <i>Sengepladskapaciteten i Fremtidens psykiatri</i>	11
4.3. SAMME KVALITET I ALLE BESLÆGTEDE ENHEDER	12
4.4. BEST PRACTICE SOM PRINCIP FOR BEHANDLING	12
5. PERFEKTIONERING	12
5.1. FORTSAT KVALITETSUDVIKLING	12
5.2. FORSKNING	13
5.3. PSYKINFO	13
5.4. KOMPETENCEUDVIKLING.....	13
5.5. SPECIALFUNKTIONER	13
5.6. KOMPETENCECENTRE	14
6. ANLÆG	14
7. ØKONOMISKE KONSEKVENSER	16
7.1. ANLÆG	16
7.1.1. <i>Ramme til anlægsmæssig udbygning af lokalpsykiatrien</i>	16
7.1.2. <i>Ramme til konsolidering af hovedfunktionerne</i>	16
7.1.3. <i>Opgørelse af det samlede investeringsbehov- anlæg</i>	16
7.1.4. <i>Anlægsøkonomisk råderum</i>	17
7.2 DRIFTSØKONOMISK RAMME FOR UDMØNTNING AF PSYKIATRIPLANEN.....	18
7.2.1. <i>Samme ressourcer til rådighed til den samme behandlingsopgave - uanset geografi</i>	18
7.2.2. <i>Økonomisk råderum</i>	18
8. ORGANISERING AF ARBEJDET MED IMPLEMENTERINGSPLANEN.....	21

1. Indledning

Med regionsrådets vedtagelse af psykiatriplanen den 20. december 2007 er rammerne for den fremtidige psykiatri i Region Syddanmark lagt.

Psykiatriplanen fastlægger den overordnede struktur for og tilrettelæggelse af den regionale behandlingspsykiatri.

Med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens definition af en hovedfunktion opdeles regionen i 4 hovedfunktionsområder. I hver hovedfunktion er der både ambulante og stationære behandling inden for børne- og ungdomspsykiatri, almenpsykiatri og gerontopsykiatri. I fremtiden vil der være stationære funktioner i Esbjerg, Vejle/Middelfart, Aabenraa og Odense/Svendborg.

Det overordnede mål i psykiatriplanen er, at den ambulante psykiatri skal være omdrejningspunkt for al behandling i den regionale psykiatri. Planen lægger op til en udbygning af de ambulante tilbud i både børne- og ungdomspsykiatrien, almenpsykiatrien via etablering af lokalpsykiatriske centre og i gerontopsykiatrien. Endvidere etableres og udbygges en lang række ambulante specialfunktioner i hele regionen.

De stationære funktioner fungerer som bagland for den ambulante psykiatri, og yder døgnbehandling, hvor de ambulante psykiatriske tilbud ikke rækker, eller hvor en indlæggelse kan skabe den ro om patienten, som er nødvendig for det videre behandlingsforløb.

På regionsrådsmødet den 20. december 2007 blev det endvidere besluttet, at psykiatrideledelsen skulle udarbejde et forslag til implementeringsplan til forelæggelse for regionsrådet i maj 2008.

Nærværende implementeringsplanen beskriver de principper og kriterier, der ligger til grund for prioriteringen af rækkefølgen for gennemførelsen af psykiatriplanens elementer.

Gennemførelsen af psykiatriplanen vil ske over en længere årrække, periodens længde vil være afhængig af tilførsel af ressourcer samt muligheder for at rekruttere og fastholde det fornødne personale.

1.1. Status på iværksatte tiltag

I forlængelse af vedtagelsen af psykiatriplanen, er der blevet udarbejdet og godkendt en ny driftsorganisation for psykiatrien i Region Syddanmark, som betyder at de tre psykiatricentre er nedlagt og erstattet af én sygehusledelse og en samlet sygehusadministration.

Pr. 1. juni 2008 er den samlede sygehusledelse på plads, og det forventes, at nyorganiseringen af den fremtidige administration for sygehusledelsen vil være gennemført med udgangen af 2008. Der fremlægges en særskilt sag om fysisk placering af sygehusadministrationen.

1.2. Opsummering

De drifts- og anlægsopgaver, der udspringer af psykiatriplanen, kan opdeles i 3 grupper:

1. Konsolidering
2. Harmonisering
3. Perfektionering

Implementeringsplanen beskriver, hvad der ligger af opgaver i forhold til de vigtigste indsatsområder – hvad er det næste skridt og hvad er målet?

Rækkefølgen af implementering af anbefalingerne i psykiatriplanen er på driftssiden fremkommet efter en prioritering ud fra følgende kriterier:

- I hvilket omfang opgaven understøtter psykiatriplanens intention om ambulante behandling som omdrejningspunkt for hele psykiatrien
- Akutte driftsmæssige udfordringer som
 - Udefra kommende pres (lovgivning etc.)
 - Kapacitetsudfordringer
 - Personale- og rekrutteringsudfordringer
- I hvilket omfang opgaven må afvente færdiggørelse af anlægsprojekter
- Krav opstillet i Den Danske Kvalitetsmodel

Når det gælder anlægsprojekterne er rækkefølgen fremkommet efter en prioritering ud fra anlægsprojekternes:

- Bidrag til løsning af presserende kapacitetstilpasningsbehov
- Bidrag til udbygning af den ambulante kapacitet i de enkelte hovedfunktioner
- Bidrag til konsolidering af den stationære kapacitet i de enkelte hovedfunktioner
- Bidrag til realisering af mulige driftsmæssige gevinster, herunder omstilling fra vagt til dagtid og reduktion i udgifter til bygningsdrift (reduktion i antal matrikler)
- Bidrag til at harmonisere behandlingskapacitet
- Bidrag til forbedret bygningsstandard i psykiatrien i Region Syddanmark
- Bidrag til gennemførelse af somatikens akutplan

I oversigten på næste side er anbefalingerne på anlægs- og driftssiden samlet op i en oversigt, der illustrerer, hvornår første fase i implementering af anbefalingerne på de væsentligste områder iværksættes, og hvornår denne fase forventes afsluttet. Afhængigt af indsatsområde kan det handle om den tid, det tager at gennemføre alle anbefalinger i planen delvist eller fuldt ud.

På anlægsområdet er start- og sluttidspunkterne for projekterne blot ment som en illustration af hvornår og hvor hurtigt de enkelte projekter i teorien kan gennemføres og skal ses i lyset af den foreslåede prioritering af projekterne.

For nærmere om indholdet af de første faser og de konkrete anlægsprojekter henvises til de uddybende afsnit.

	2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016	
	2. halvår	1. halvår	1. halvår	2. halvår	1. halvår	2. halvår	1. halvår	2. halvår	1. halvår	2. halvår	1. halvår	2. halvår	1. halvår	2. halvår	1. halvår	2. halvår	1. halvår	2. halvår
Etablering af hovedfunktioner	Drift																	
		Anlæg																
Lokalpsykiatri	Drift																	
	Anlæg																	
Gerontopsykiatri			Drift															
Retspsykiatri	Drift																	
	Anlæg																	
Børne og ungdomspsykiatri	Drift																	
Oligofreni					Drift													
Døgnfunktion almen psykiatri					Drift													
Esbjerg			Anlæg															
Vejle					Anlæg													
Aabenraa																		
Odense	Anlæg																	Anlæg
Akut tilbud			Drift															
RCT			Drift															
Rekruttering			Drift															
Samme service i alle hovedfunktioner	Drift																	
Samme kvalitet i alle beslægtede enheder	Drift																	
Best practice som behandlingsprincip	Drift																	
Kvalitetsudvikling	Drift																	
Forskning	Drift																	
PsyInfo			Drift															
Kompetenceudvikling	Drift																	
Specialfunktioner og kompetencecentre			Drift															

Anlægsinvesteringerne som følge af psykiatriplanen beløber sig til 1.371 mio. kr. og et endnu ukendt beløb til etablering af lokalpsykiatriske centre over de næste 10 år. Der er potentielt følgende finansieringskilder til de kommende års investeringer i psykiatriens fysiske rammer:

- Regionens anlægsbudget
- Ekspertudvalgets 25 mia. kr. til investeringer i sundhedsvæsnets fysiske rammer
- Salg af bygninger
- Realiserbare driftsøkonomiske gevinster

Prioritering af regionens anlægsramme vil kunne ske efter drøftelse af gennemførelsesplanen for somatikens akutplan.

Driftsøkonomisk indebærer anbefalingerne i psykiatriplanen om øget behandlingskapacitet og intensivering af behandlingsindsatsen et behov for en forøgelse af driftsbudgettet på op til 246 mio. kr. når planen er fuldt implementeret. Hastigheden på implementering af anbefalinger om øget behandlingskapacitet er i høj grad afhængig af udvidelse af psykiatriens økonomiske råderum gennem de kommende års økonomiaftaler og særlige psykiatriaftaler.

Anbefalinger på områderne kvalitetsudvikling – akkreditering, forskning, kompetenceudvikling, kompetencecentre og rekruttering og fastholdelse aktivitetsudvidelser forventes at løbe op i, hvad der svarer til 3-5 % af det nuværende driftsbudget. Gennemførelse af anbefalinger på disse områder forventes for en større dels vedkommende at skulle gennemføres gennem prioritering indenfor nuværende økonomiske rammer på psykiatriområdet specifikt og sundhedsområdet generelt.

Hvis man betragter perioden 2008-2010 under et og herudover forudsætter at SATS-pulje pengene til retspsykiatrien permanent gøres, er der nogenlunde balance i udgiftspres og finansieringsmuligheder. Men ikke mindst fra 2011 og fremefter er der brug for et løft i psykiatriens driftsbudget, der svarer til en yderligere årlig nettotilvækst på ca. 2-3 % frem til 2014 udover den allerede forudsatte vækst.

2. Overordnede rammer og principper for implementeringsplanen

Implementering af psykiatriplanen strækker sig over en lang årrække og omfatter omlægninger, ændringer og udvidelser både i forhold til tilrettelæggelse af tilbuddene i psykiatrien men i ligeså høj grad i forhold til de fysiske rammer.

De opgaver, der udspringer af psykiatriplanen og den dertil hørende driftsorganisation, kan opdeles i tre kategorier:

- Konsolidering
 - Harmonisering
 - Perfektionering
-
- Med *konsolidering* menes opgaver, der medvirker til at styrke psykiatriens fundament og basisydelse og til at tilpasse kapaciteten.
 - Med *harmonisering* menes opgaver, der medvirker til at skabe ensartet serviceniveau i hele regionen.
 - Med *perfektionering* menes opgaver, der medvirker til at højne kvaliteten i opgaveløsningen.

Tids- og implementeringsmæssigt griber opgaverne i de tre kategorier ind i hinanden, både hvad angår drifts- og anlægsopgaver. Det skal bemærkes, at hele implementeringsplanen er udarbejdet under forudsætning af tilførsel af de nødvendige ressourcer til udvidelse af behandlingstilbuddene samt de fornødne anlægsmidler til at realisere planens intentioner om samling af de stationære funktioner.

Inden for hver kategori vil der ske en prioritering af de enkelte elementer ud fra fastlagte kriterier. Nedenfor gennemgås de prioriteringskriterier for henholdsvis drift og anlæg, som ligger til grund for udarbejdelsen af rækkefølgeplanen for implementering af psykiatriplanen.

2.1. Prioriteringskriterier - drift

Rækkefølgeplanen for implementering af psykiatriplanen er prioriteret efter følgende kriterier:

- I hvilket omfang opgaven understøtter psykiatriplanens intention om ambulant behandling som omdrejningspunkt for hele psykiatrien
- Akutte driftsmæssige udfordringer som
 - Udefrakommende pres (lovgivning etc.)
 - Kapacitetsudfordringer
 - Personale- og rekrutteringsudfordringer
- I hvilket omfang opgaven må afvente færdiggørelse af anlægsprojekter
- Krav opstillet i Den Danske Kvalitetsmodel.

2.2. Prioriteringskriterier - anlæg

Gennemførelsen af psykiatriplanen med samling af de stationære funktioner på færre matrikler vil afføde et behov for tilpasning af de bygningsmæssige rammer de steder, som skal huse de fremtidige stationære funktioner. Endvidere vil udvidelsen af lokalpsykiatrien også afføde udbygninger og tilpasninger, når det gælder de fremtidige lokalpsykiatriske centre.

Der bliver tale om omfattende om- og nybygninger, for at de fysiske rammer kan leve op til kravene om en velfungerende og fremtidssikret psykiatri.

Hertil kan der komme nødvendige mindre anlægsprojekter for at *konsolidere* de enkelte hovedfunktioners muligheder for hurtigst muligt at varetage den i psykiatriplanen beskrevne behandlingsopgave, bl.a. set i lyset af den for nogle stationære funktioners vedkommende meget lange tidsperspektiv for indflytning i de nye/tilbyggede rammer.

Anlægsprojekterne prioriteres primært ud fra deres:

- Bidrag til løsning af presserende kapacitetstilpasningsbehov
- Bidrag til udbygning af den ambulante kapacitet i de enkelte hovedfunktioner
- Bidrag til konsolidering af den stationære kapacitet i de enkelte hovedfunktioner
- Bidrag til realisering af mulige driftsmæssige gevinster, herunder omstilling fra vagt til dagtid og reduktion i udgifter til bygningsdrift (reduktion i antal matrikler)
- Bidrag til at harmonisere behandlingskapacitet
- Bidrag til forbedret bygningsstandard i psykiatrien i Region Syddanmark
- Bidrag til gennemførelse af somatikkens akutplan.

3. Konsolidering

Herunder beskrives de elementer i psykiatriplanen, som skal gennemføres for at konsolidere psykiatrien. En uddybende beskrivelse af de enkelte elementer findes i psykiatriplanen – fremtidens psykiatri.

I slutningen af afsnittet er indsat en skematisk tidsplan for igangsætning og forventet færdiggørelse af elementerne, jf. den anførte forudsætning om tilførsel af ressourcer.

3.1. Etablering af hovedfunktioner

Psykiatriplanen siger, at psykiatrien skal organiseres i fire hovedfunktioner. Der skal derfor ske en fastlæggelse af afdelingsledelsesniveauet i hver hovedfunktion.

Som element i etablering af hovedfunktionerne sikres det, at borgere indenfor hovedfunktionens geografiske område har den fornødne adgang til ambulant og stationær børne- og ungdomspsykiatri, gerontopsykiatri, oligofreni psykiatri, ambulant retspsykiatri, almenpsykiatri, akutbetjening og rehabiliterings- og behandlingscentre for torturofre.

Næste skridt er, at sygehusledelsen tager initiativ til udarbejdelse af fremtidig organisation med henblik på hurtigst muligt at formere hovedfunktionerne uafhængigt af de fysiske rammer.

Målet er, at alle afdelingsledelser er på plads, inden alle anlægsprojekter er gennemført.

3.2. Etablering af lokalpsykiatriske centre

Omdrejningspunktet for hovedfunktionens psykiatriske tilbud er de i kommunerne fysisk forankrede lokalpsykiatriske centre.

Der skal i det videre forløb arbejdes med at samle ambulante funktioner i lokalpsykiatrien i takt med, at de lokalpsykiatriske centre etableres.

De næste skridt bliver at afklare den præcise placering af de lokalpsykiatriske centre samt at udarbejde model for indretning og behandlingsstandard i centrene, hvorefter en løbende udbygning påbegyndes.

Målet er, at der er etableret og idriftsat lokalpsykiatriske centre i hele regionen med udgangen af 2010.

3.3. Gerontopsykiatri

Omdrejningspunktet for det gerontopsykiatriske tilbud i hver af de fire hovedfunktioner bliver en ambulant funktion, der organiseres sammen med en specialiseret stationær funktion i hovedfunktionsområdet, herunder etablering af demens-udredningsklinikker.

Indtil ovenstående er etableret sikres det, at der indenfor eksisterende økonomiske rammer er gerontopsykiatriske sengepladser til rådighed i alle hovedfunktioner.

De næste skridt er at sikre de nødvendige sengepladser i hver hovedfunktion i overgangsfasen samt at ledelsesstrukturen for gerontopsykiatrien bringes på plads.

Målet er, at gerontopsykiatrien er på plads inden udgangen af 2012.

3.4. Retspsykiatri

Det er med psykiatriplanen besluttet, at den samlede kapacitet indenfor retspsykiatrien udbygges fra de nuværende 30 senge til 70 sengepladser, og at funktionen samles i Middelfart.

Sideløbende skal den retspsykiatriske distriktspsykiatri tilrettelægges, så der er betjening af alle 4 hovedfunktionsområder.

Endelig skal det undersøges, om det er muligt at etablere et tværregionalt specialiseret retspsykiatrisk tilbud for unge.

Næste skridt er etablering af midlertidige foranstaltninger til afbødning af presset på de almenpsykiatriske afdelinger, frem til den nye retspsykiatriske afdeling står klar.

Målet er, at de midlertidige foranstaltninger er på plads medio 2009, og at den nye retspsykiatri kan tages i anvendelse inden udgangen af 2012.

3.5. Børne- og ungdomspsykiatri

Det er med psykiatriplanen besluttet, at den ambulante funktion er indgangsporten til børne- og ungdomspsykiatrien, og at dette skal suppleres med 1 stationær funktion i hver hovedfunktion.

Planen indebærer, at den ambulante kapacitet udbygges med 30-40 %, og at det samlede antal sengepladser udvides med 6.

Formålet med kapacitetstilpasningen er at imødekomme et forventet pres i forbindelse med:

- ikrafttrædelse af udredningsretten på det børne- og ungdomspsykiatriske område
- målsætningen om, over en 4-årig periode at øge kapaciteten til at kunne behandle 1,5% af populationen mod på nuværende tidspunkt 1%.

Næste skridt er at udarbejde oplæg til udmøntning af SATS-puljemidler for 2008-12 vedrørende ovenstående.

Målet er, at ovennævnte oplæg er udarbejdet inden udgangen af 2008.

3.6. Oligofreni psykiatri

Det vurderes, at der i Region Syddanmark er ca. 3.000 kendte udviklingshæmmede med en psykisk lidelse. Disse mennesker er målgruppen for oligofreni psykiatrien.

Oligofreni psykiatrien opbygges, så der findes et oligofreni team i hver hovedfunktion suppleret med et regionsdækkende kompetencecenter.

Næste skridt er at beskrive indholdet af oligofreni team samt at afsøge mulighederne for at etablere disse.

Målet er, at der med udgangen af 2010 er etableret team i alle hovedfunktioner samt kompetencecenter.

3.7. Almenpsykiatri, stationærfunktion

Med lokalpsykiatrien som omdrejningspunkt bliver de stationære funktioner bagland for den ambulante funktion, og yder døgnbehandling, hvor de lokalpsykiatriske tilbud ikke rækker.

De stationære funktioner skal fungere som integrerede åbne/lukkede afsnit med muligheder for skærmning, så patienterne bliver indlagt, behandlet og udskrevet fra samme afsnit. De skal i forskellig udstrækning kunne varetage regionale specialfunktioner.

De næste skridt er som led i arbejdet med det gode patientforløb og sikring af kontinuitet at harmonisere arbejdet med skærmning på regionalt niveau, samt at få afklaret overgangene mellem behandlingen i lokalpsykiatrien og på de stationære afsnit og at få etableret de endelige fysiske rammer.

Målet er, at arbejdet er afsluttet med udgangen af 2015.

3.8. Akuttilbud

Som en del af det akutte tilbud skal alle borgere i regionen uanset alder sikres adgang til et døgnåbent uvisiteret akuttilbud med et kvalificeret beredskab, der kan løfte de diagnostiske opgaver, som dækker borgerens behov for umiddelbar assistance.

Indholdet skal være ensartet på tværs af regionen og samtidig organiseres under hensyntagen til lokale forhold som befolkningsunderlag og afstande.

Akuttilbudene suppleres med tilbud som f.eks. telefonisk hotline.

Næste skridt er at indarbejde beslutningerne om akuttilbud i udmøntningen af lokalpsykiatrien.

Målet er, at alle patienter akut kan komme i kontakt med psykiatrien ved udgangen af 2010. Skadestuefunktioner i Vejle og Aabenraa etableres i forbindelse med nybyggeri.

3.9. Behandling af traumatiserede flygtninge og torturofre

Region Syddanmark er ved at analysere de eksisterende behandlingstilbud i en MTV-analyse (medicinsk teknologivurdering). Når resultatet af denne analyse foreligger, iværksættes arbejde med at samordne behandlingstilbuddene på de tre centre i regionen, så ventetiderne på området kan nedbringes.

Næste skridt er på baggrund af resultatet af MTV at iværksætte initiativer, der kan reducere ventetiden.

Målet er, at ovennævnte plan er implementeret inden udgangen af 2010.

3.10. Rekruttering og fastholdelse

Uden højt specialiseret personale kan psykiatrien ikke udføre sin opgave. Derfor er der igangsat planlægning af rekruttering og fastholdelse af såvel lægeligt som andet sundhedsfagligt personale.

Der vil her være tale om initiativer, der skal iværksættes meget snart, og initiativer, der skal iværksættes på sigt og forløbe mange år frem i tiden.

Næste skridt er, at der i forlængelse af lokale initiativer i Regionens HR-stab og nationale initiativer i Danske Regioner iværksættes konkrete tiltag.

Målet er at sikre tilstrækkelig og kvalificeret arbejdskraft.

3.11. Ensartet bruger-/patient- og pårørende-politik i hele regionen

Regionsrådet har i forbindelse med psykiatriplanen godkendt en overordnet bruger-, patient- og pårørende-politik for psykiatrien i Region Syddanmark. Denne skal omsættes til lokalt velfungerende og synlige politikker.

Næste skridt er etablering af det i politikken beskrevne dialogforum mellem politikere og organisationer.

Målet er, at bruger-/patient- og pårørende-politikken er fuldt implementeret inden udgangen af 2009.

4. Harmonisering

Herunder beskrives de elementer i psykiatriplanen, som skal gennemføres for at harmonisere psykiatrien. En uddybende beskrivelse af de enkelte elementer findes i psykiatriplanen.

I slutningen af afsnittet er indsat en skematisk tidsplan for igangsætning og forventet færdiggørelse af elementerne, jf. den anførte forudsætning om tilførsel af ressourcer.

4.1. God psykiatrisk bygningsstandard

I psykiatriplanen er der beskrevet de helt overordnede krav til indretning af de fysiske rammer i de stationære funktioner i psykiatrien. De væsentligste overordnede krav er:

- Enestuer
- Flexibilitet, der tillader opdeling af patientgruppen i mindre (skærmede)enheder
- Den fornødne plads til terapeutisk og rekreative aktiviteter
- Tilstrækkelig plads i patientens enestue og fællesarealer
- Let adgang til udemiljø
- Miljøet skal være så bo-lignende som muligt

Kravene tager udgangspunkt i erfaringer med den psykiatriske patientgruppe og der er ligeledes udarbejdet vejledende arealstandarder i forbindelse med nybyggeri..

I regi af Danske Regioner er der nedsat en arbejdsgruppe, der skal komme med bud på generelle kvadratmeter-standarder ved fremtidssikret sygehusbyggeri (somatik og psykiatri) i Danmark. Resultaterne herfra vil indgå i det videre arbejde med den overordnede standard for psykiatribygninger.

Der er pt. ikke udarbejdet en god psykiatrisk bygningsstandard for et ambulant behandlingssted som et lokalpsykiatrisk center. Der skal sideløbende med den nærmere afklaring af volumen og indhold i de lokalpsykiatriske centre beskrives hvilke væsentlige krav, der skal stilles til indretning af de fysiske rammer i centrene.

På nuværende tidspunkt kan man ikke forudse alle udviklingsmuligheder. Derfor er nøgleordet – *fleksibilitet*. Psykiatriens bygningsmasse skal kunne håndtere udviklingen inden for specialet, hvor der må forventes (markante) ændringer i paradigmerne for, hvad der er rigtig og god behandling.

Gode patientforløb skal være retningsgivende for den driftsmæssige optimering og trimning af fremtidens psykiatriske stationære funktioner og lokalpsykiatriske centre og retningsgivende for den fysiske indretning af fremtidens sygehuse.

Næste skridt er, at psykiatrien arbejder med udvikling af generelle retningslinier for psykiatribyggerierne med det formål at definere den overordnede ramme for god psykiatrisk bygningsstandard på følgende områder:

1. God psykiatrisk bygningsstandard for stationære funktioner – operationalisere den overordnede standard i psykiatriplanen
2. God psykiatrisk bygningsstandard for ambulante funktioner i et lokalpsykiatrisk center – udvikle og operationalisere overordnet standard

Målet er at pkt.1 er gennemført som et særskilt projekt i 2008/09, mens pkt. 2 vil blive udviklet i sammenhæng med det videre arbejde med nærmere beskrivelse af indhold og organisering i lokalpsykiatrien, der skal ske de kommende år.

Psykiatrien vil i forhold til forberedelse af anlægsprojekterne indgå i tæt samarbejde med projektsekretariatet for somatik og psykiatri på anlægsområdet og Bygningsafdelingen. Det handler i 2008-09 bl.a. om koordinering af forberedelserne/arbejdet:

- Ekspertudvalgets screening af regionens sygehus- og psykiatriplaner
- Bæredygtigt byggeri (driftsmæssigt, miljømæssigt og energimæssigt)
- Anlægsøkonomiberegninger
- Anvendelse af informationsteknologi og telemedicin
- Evt. yderligere kapacitetsanalyser
- Fremtidig anvendelse og salg af sygehusbygninger
- Samarbejdet med kommunerne – forberedelse af lokalplan m.v.

Psykiatrien vil i det videre arbejde tage aktiv del i fælles regionale initiativer på landsplan på anlægsområdet og følge op på resultaterne af disse.

4.2. Samme service i alle hovedfunktioner

For at sikre samme service i alle hovedfunktioner gennemføres den i psykiatriplanen beskrevne dimensionering indenfor områderne almenpsykiatri, børne- og ungdomspsykiatri, gerontopsykiatri, retspsykiatri, oligofreni psykiatri samt rehabiliterings- og behandlingstilbud til traumatiserede flygtninge.

Dette vil ske i takt med anlægsplanlægningen og tilpasningen af de driftsøkonomiske rammer.

4.2.1 Sengepladskapaciteten i Fremtidens psykiatri

I forbindelse med psykiatriplanen blev der foretaget en analyse af behovet for sengepladser i psykiatrien i lyset af anbefalingerne i rapporten, den demografiske udvikling i planperioden og en konkret vurdering af behovet for sengepladser ud fra forventninger til hhv. øget eller faldende pres på indlæggelsesbehovet de kommende år. Tabellen nedenfor viser konsekvenserne af anbefalingerne i psykiatriplanen.

Tablet Sengepladser i psykiatrien

Antal pladser 2007	Speciale/ekspertområde	Ændring når psykiatriplanen er gennemført
48	Børne- og ungdomspsykiatri	+6
460	Almenpsykiatri	-44
44	Gerontopsykiatri	+22
33	Retspsykiatri	+37
585	I alt	+21

Antallet af sengepladser er fordelt ud til de enkelte hovedfunktioner ud fra en befolkningsmæssig skalering.

I Danske Regioners regi er der nedsat en arbejdsgruppe, der skal komme med bud på fremskrivningsmodeller på sundhedsområdet. Det handler om at skabe en fælles forståelsesramme i regionerne for, hvordan man opgør det fremtidige behov for sundhedsydelser og omsætter det til behov for senge og ambulans kapacitet. Resultaterne forventes at forelægges i 2008 og vil indgå i den nærmere kapacitetsanalyse forud for endelig projektering af de enkelte byggerier.

4.3. Samme kvalitet i alle beslægtede enheder

Harmoniseringen vil indebære, at man som borger kan forvente samme kvalitet i behandlingen uafhængig af, i hvilken hovedfunktion behandlingen foregår.

4.4. Best practice som princip for behandling

Harmoniseringen stopper dog ikke ved samme kvalitet, men vil også have fokus på bedste kvalitet. Det vil ske gennem systematisk arbejde med best practice, Den Danske Kvalitetsmodel, Det Nationale Indikator Projekt (NIP), kliniske databaser (DIPSY og BupBase) og nationale referenceprogrammer.

5. Perfektionering

Herunder beskrives de elementer i psykiatriplanen, som skal gennemføres for at perfektionere psykiatrien. En uddybende beskrivelse af de enkelte elementer findes i psykiatriplanen.

I slutningen af afsnittet er indsat en skematisk tidsplan for igangsætning og forventet færdiggørelse af elementerne, jf. den anførte forudsætning om tilførsel af ressourcer.

5.1. Fortsat kvalitetsudvikling

Kvalitetsudvikling er en fortløbende proces. Psykiatrien skal med fokus på patienten gennem en stærk kvalitetsorganisation til stadighed arbejde på at udvikle kvaliteten i psykiatriens kerneydelser.

Psykiatrien skal arbejde på at blive akkrediteret gennem Den Danske Kvalitetsmodel.

Psykiatrien skal aktivt omsætte resultater fra det nationale indikatorprojekt og andre databaser til læring og kvalitetsudvikling med henblik på en stadig forbedret patientbehandling.

Næste skridt er forberedelse af akkreditering i forhold til Den Danske Kvalitetsmodel 2. halvår 2010, samt etablering af en kvalitetsorganisation under psykiatriens sygehusledelse.

Målet er en fortsat løbende kvalitetsudvikling.

5.2. Forskning

Regionsrådet har med vedtagelsen af psykiatriplanen også vedtaget politik og økonomiske rammer for forskning indenfor psykiatrien. En politik der indeholder en psykiatrisk forskningsfond, der er etableret i 2008, samt opbygning af forskningssekretariat og forskningsnetværk.

Næste skridt er at få igangsat de første forskningsprojekter finansieret af forskningsfonden samt etableret psykiatriens forskningssekretariat.

Målet er, at forskningspolitikken økonomisk og organisatorisk er implementeret inden udgangen af 2011.

5.3. PsykInfo

PsykInfo funktionen i Region Syddanmark skal gøres regionalt dækkende med lokale satellitter i et netværk, koordineret fra Regionens centrale PsykInfo enhed.

Næste skridt er etablering af satellitter på alle sengematrikler.

Målet er, at der er satellitter på alle sengematrikler inden udgangen af 2009 og på alle lokalpsykiatriske centre inden udgangen af 2012.

5.4. Kompetenceudvikling

I henhold til psykiatriplanen skal der etableres et center for kompetenceudvikling. Centeret skal medvirke til den strategiske planlægning på kompetenceudviklingsområdet samt sikre, at planlægningen omsættes i konkrete uddannelsesaktiviteter etc.

Næste skridt er, at sygehusledelsen organisatorisk får indarbejdet opgaven i sin driftsorganisation.

Målet er, at kompetenceudviklingsstrategien er implementeret senest med udgangen af 2009.

5.5. Specialfunktioner

Der skal være specialfunktioner på såvel hovedfunktionsniveau som på regionalt niveau.

Formålet med specialfunktionerne er at sikre og kvalitetsudvikle diagnostik, behandling, pleje og rehabilitering af de patientgrupper, hvis sygdom eller behandlings- og plejebestov forekommer relativt sjældent, er meget kompleks og/eller meget ressourcekrævende.

I hver hovedfunktion skal der etableres følgende specialfunktioner:

- Tidlig interventionsteam.
- Selvmordsforebyggelse hos ikke-psykotiske.
- Specialiserede behandlingstilbud til ikke-psykotiske.
- Behandling af komplekse tilfælde af psykoser, affektive/bipolare lidelser og personlighedsforstyrrelser.

Næste skridt er at kortlægge, i hvilket omfang tiltagene allerede er etableret i hovedfunktionsområderne, og på baggrund heraf at udarbejde plan for, at tilbuddene findes i ønsket omfang i alle hovedfunktioner.

Målet er, at specialfunktioner indarbejdes i takt med udbygning af de lokalpsykiatriske centre.



Derudover skal der i regionalt regi fastholdes og videreudvikles følgende specialfunktioner:

- Center for spiseforstyrrelser
- Demensklínik
- Seksuelle forstyrrelser
- Spædbarnspsykiatri

Sundhedsstyrelsen forventes at komme med anbefalinger om specialeplanlægning i løbet af 2009.

Næste skridt er på baggrund af Sundhedsstyrelsens anbefalinger at udarbejde plan for, hvordan disse implementeres i Region Syddanmark.

Målet er, at Region Syddanmark frem mod 2015 får etableret funktioner i overensstemmelse med specialeplanlægningen fra Sundhedsstyrelsen.

5.6. Kompetencecentre

Kompetencecentre er organisatoriske enheder, der skal fungere som fagligt flagskib for udvikling, formidling og forskning i forbindelse af behandling af særlige målgrupper, hvor det vurderes, at der er et stort udviklingspotentiale. De i psykiatriplanen beskrevne kompetencecentre etableres i takt med, at det økonomisk og personalemæssigt bliver muligt.

Nogle af de ovenfor nævnte specialfunktioner vil blive knyttet til kompetencecentre.

Næste skridt er at udarbejde beskrivelse af grundmodel for kompetencecentre samt at foretage en prioriteret gennemgang af de områder, der nævnes i psykiatriplanen.

Målet er, at Region Syddanmark frem mod 2015 får etableret kompetencecentre.

6. Anlæg

Konsolidering af de fire hovedfunktioner bliver en væsentlig opgave de kommende år. Det der kan afføde anlægsbehov i den forbindelse kan være forhold som:

- Langt tidsperspektiv for samling af døgnfunktioner kan gøre det nødvendigt at overveje muligheder for konsolidering på de nuværende matrikler.
- De nye hovedfunktionsområder bryder de gamle amtsgrænser og bryder dermed op i eksisterende geografiske optageområder for behandlingstilbud. Der kan derfor i udgangspunktet være en over/under kapacitet på forskellige behandlingsområder, der skal tilpasses, når det bliver muligt også fysisk.
- De nye aldersgrænser for børne- og ungdomspsykiatrien og gerontopsykiatrien adskiller sig væsentligt i forhold til de nuværende gældende i området og som den nuværende døgnkapacitet er indrettet til.
- Behov for flytning af regionale funktioner før de endelige fysiske rammer er på plads – fx flytning af børnesengene fra Kolding til Odense kan blive aktuel før det nye universitetshospital er på plads, hvis Vejle-projektet er færdigt først.

Herudover kan udviklingen i efterspørgslen efter psykiatrisk behandling gøre det nødvendigt at lave yderligere kapacitetstilpasninger på de eksisterende stationære funktioner.

Ud fra de i afsnit 2 anførte kriterier prioriteres de større anlægsprojekter i følgende rækkefølge:

1. Middelfart – udvidelse af retspsykiatrisk sengekapaçitet og sammen med Esbjerg-projektet med til at muliggøre realisering af driftsøkonomiske og konsolideringseffekter i Hovedfunktion Vestjylland ved en samling i Esbjerg
2. Esbjerg – konsolidering af døgnpladskapaçiteten i Hovedfunktion Vestjylland, realisering af de driftsmæssige gevinster ved samling i Esbjerg og forbedring af nuværende bygningsstandard

3. Vejle – bidrag til realisering af driftsmæssige gevinster, konsolidering af den stationære kapacitet i Hovedfunktion Lillebælt, forbedring af bygningsstandarden og bidrag til gennemførelse af somatikens akutplan.
4. Aabenraa – bidrage til harmonisering og konsolidering af døgnkapaciteten i Hovedfunktion Sønderjylland og realisering af de driftsmæssige gevinster ved samling i Aabenraa,
5. Odense – bidrag til at harmonisere behandlingskapacitet og konsolidering af den stationære kapacitet – en del det samlede nye universitetshospital.

For en nærmere beskrivelse af de enkelte projekter henvises til bilag.

Udbygning af lokalpsykiatrien er en væsentlig forudsætning for, at reduktionen i den almenpsykiatriske sengekapacitet og tilsvarende oprustning af den specialiserede sengekapacitet (retspsykiatri, gerontopsykiatri) kan gennemføres.

Det mest akutte kapacitetsproblem i psykiatrien med væsentlige anlægsmæssige konsekvenser er behovet for flere retspsykiatriske senge. Der er allerede et stort pres på den retspsykiatriske funktion og dette pres vil kun blive stærkere. Problemet med retspsykiatriske patienter, der fylder op på almenpsykiatriske afdelinger, er allerede meget synligt i flere dele af regionen.

Derfor anbefaler psykiatrideledelsen, at anlægsprojektet i Middelfart igangsættes hurtigst muligt. Indtil projektet i Middelfart er klar til indflytning, vil psykiatrideledelsen iværksætte nødvendige foranstaltninger for at håndtere presset i retspsykiatrien i minimum 3 år frem.

Et af de anlægsprojekter, der forventes at bane vejen for de største potentielle driftsøkonomiske gevinster er samling af funktionerne i Esbjerg og Hviding på psykiatrigrunden i Esbjerg. De driftsøkonomiske gevinster er for Esbjerg-projektets vedkommende afhængigt af gennemførelse af projektet i Middelfart. Sammen med projektet i Middelfart vil det muliggøre rømning af Hviding med de forventede reduktioner i udgifter til bygningsdrift til følge. Samlingen af de stationære funktioner i Esbjerg har længe været et ønske pga. de forventede positive effekter på mere lægetid i dagtimerne, rekrutteringssituationen og begrænsning af sårbarheden i den stationære funktion. Projektet vil også bidrage til et væsentligt løft i bygningsstandarden i overensstemmelse med god psykiatrisk bygningsstandard, i kraft af at bygningerne i Hviding kan rømmes.

Der er også væsentlige konsolideringseffekter i Vejle-projektet, samtidigt med de driftsøkonomiske gevinster i form af mindre vagttid også er til stede. Projektet vil også indebære en væsentlig forbedring af bygningsstandarden i almenpsykiatrien i hovedfunktionsområdet, da den nuværende bygningsstandard i almenpsykiatrien i både Kolding og Vejle på mange måder ligger langt fra den ønskede standard.

Samling af de nuværende døgnfunktioner i Haderslev og Augustenborg rummer de samme store konsoliderings-, harmoniserings- og potentielle driftsøkonomiske gevinster, som projekterne i Esbjerg, Vejle og Kolding. I forhold til udgangssituationen i hovedfunktionsområderne Vestjylland og Lillebælt lever de stationære funktioner i hhv. Haderslev og Augustenborg op til en god psykiatrisk bygningsstandard, og der er derfor ikke det samme pres på dette felt for et hurtigt løft i standarden.

Når projekterne i Esbjerg og Vejle prioriteres forud for Åbenrå-projektet skyldes det primært disse projekters bidrag til et tiltrængt løft i bygningsstandard i hovedfunktionsområderne Vestjylland og Lillebælt.

Rækkefølgeplanen afspejler også, at det vil være muligt umiddelbart at igangsætte og gennemføre projekterne i Middelfart, Esbjerg og Vejle – også sideløbende, hvis den fornødne anlægsøkonomi er til stede. De tre projekter er ikke umiddelbart afhængige af færdiggørelse af andre anlægsprojekter i psykiatrien eller somatikken. De er heller ikke afhængige af andre større driftsomlægninger i somatikken og psykiatrien, men projekterne er alle afhængig af ændringer i lokalplaner.

Projektet i Odense er en del af det samlede universitetshospitals projekt, hvis tidsplan og fremdrift i øvrigt endnu ikke er klarlagt. Med fastholdelse af døgnpladskapaciteten i Svendborg på det nuværende niveau vil langt de fleste af psykiatriplanens anbefalinger med konsekvenser på døgn siden kunne rummes indenfor de eksisterende fysiske rammer. Der vil indenfor de nuværende rammer kunne opretholdes og videreudvikles et tilfredsstillende driftsniveau på døgn siden.

7. Økonomiske konsekvenser

7.1. Anlæg

7.1.1. Ramme til anlægsmæssig udbygning af lokalpsykiatrien

Med planen om indflytning i alle lokalpsykiatriske centre inden udgangen af 2010, vil det i lyset af den utilstrækkelige plads indenfor de eksisterende lokalpsykiatriske centre være nødvendigt at afsætte midler til finansiering af husleje eller huskøb for den ekstra bygningsmasse.

Der er endnu ikke gennemført en grundig bygningsmæssig eller faglig vurdering af de nuværende lokalpsykiatriske centres mulighed for at rumme de fremtidige funktioner i lokalpsykiatrien. Derfor kan det endnu ikke siges om de nuværende lokalpsykiatriske centre fortsat vil være egnede.

Det forudses, at etableringen af lokalpsykiatriske centre vil afføde behov for anlægsinvesteringer enten til ud- og ombygninger af eksisterende bygninger eller leje/etablering af nye fysiske rammer. Et estimat på omfanget af anlægsudgiften er under udfærdigelse.

7.1.2. Ramme til konsolidering af hovedfunktionerne

Som det tidligere er anført kan det blive nødvendigt med mindre anlægsprojekter for at konsolidere de enkelte hovedfunktioners muligheder for hurtigst muligt at varetage den i psykiatriplanen beskrevne behandlingsopgave. Omfanget af denne opgave kan endnu ikke nærmere beskrives eller sættes konkret anlægsøkonomi på.

Men den foreløbige vurdering er at det vil være nødvendigt udover anlægsøkonomien i de konkrete projekter løbende at afsætte en årlig ramme på ca. 10-15 mio. kr. på investeringsbudgettet til at sikre mulighed for gennemførelse af disse konsolideringsprojekter. Behovet vil være faldende over årene i takt med at de nye døgnfunktioner bliver bygget. Den endelige størrelse på rammen og antallet af år rammen er nødvendig er afhængig af, hvor hurtigt de større anlægsprojekter gennemføres.

7.1.3. Opgørelse af det samlede investeringsbehov- anlæg

Tabellen samler op på det investeringsbehov, der er afledt af psykiatriplanen. Summerne for de enkelte projekter skal fortsat tages om foreløbige bud på anlægsøkonomien. De skal nærmere gennemarbejdes forud for forelæggelse af forslag til investeringsplan, der følger senere i forlængelse af implementeringsplan for psykiatriplan og gennemførelsesplan for somatikens akutplan.

Udgifternes fordeling konkret på årstal ud for alle projekterne og start- og sluttidspunkterne for projekterne er blot ment som en illustration af hvornår og hvor hurtigt de enkelte projekter i teorien kan gennemføres og skal ses i lyset af den foreslåede prioritering af projekterne.

Der er fx ikke noget til hinder for at køre anlægsprojekterne i Middelfart, Esbjerg og Vejle sideløbende. Mht. placering af udgiften til Odense er det blot til illustration af den anlægs sum psykiatrien står for i dette projekt – reelt vil denne samlede anlægs sum skulle deles ud på alle de min. 8 projekt år, der går forud for færdiggørelse af dette byggeri.

Udover de anførte anlægsmidler er der behov for midler til udbygning af lokalpsykiatrien. Nærmere beregninger forelægger senere på året.

Tabel: Investeringsbehov anlæg

(i mio. kr.)	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Middelfart	15	75	70							
Esbjerg		10	55	55						
Vejle			20	130	130	56				
Odense						150	150	150	50	
Åbenrå									80	80
Konsolidering		15	15	15	10	10	10	10	10	
I alt	15	100	160	200	140	206	160	160	140	80

7.1.4. Anlægsøkonomisk råderum

Der er potentielt følgende finansieringskilder til de kommende års investeringer i psykiatriens fysiske rammer:

- Regionens anlægsbudget
- Ekspertudvalgets 25 mia. kr. til investeringer i sundhedsvæsnets fysiske rammer
- Salg af bygninger
- Realiserbare driftsøkonomiske gevinster

Ad Regionens anlægsbudget:

I den nuværende økonomiaftale for 2008 har Region Syddanmark på sundhedsområdet fået tildelt en anlægsramme på 408,5 mio. kr. til bygningsvedligeholdelse og nye anlægsprojekter. Forudsat at dette niveau holdes i perioden 2009-2017, som anlægsprojekterne strækker sig over, giver det en samlet sum på 3676,5 mio. kr. til bygningsvedligeholdelse og anlægsprojekter, der udløber af hhv. psykiatriplan og akutplan.

Ad ekspertudvalget:

Regeringen har som led i kvalitetsreformen afsat 25 mia. kr. til investeringer i en fremtidssikret sygehusstruktur. Til at rådgive regeringen er der nedsat et skandinavisk ekspertudvalg med Erik Juhl som formand. Udvalget skal vurdere regionernes anlægsprojekter ud fra en række i økonomiaftalen aftalte kriterier. De handler bl.a. om:

- Samling af enheder
- Driftsøkonomisk rentabilitet
- Effektivitet
- Kvalitet

I 2008 gennemfører udvalget en screening af regionernes sygehusplaner, herunder psykiatriplaner. På baggrund heraf indstiller udvalget til regeringen hvilke sygehusplaner/psykiatriplaner der rummer de største potentialer mht. fremtidssikring af sygehusstrukturen. Regeringen udmelder på den baggrund en foreløbig samlet ramme til de enkelte regioner.

Herefter skal der i 2009 udarbejdes mere konkrete projektbeskrivelser for de prioriterede anlægsprojekter. På den baggrund indstiller udvalget til regeringen hvilke konkrete projekter, der bedst lever op til de opstillede krav. Regeringen giver herefter med udgangen af 2009 tilsagn om anlægsmidler til prioriterede anlægsprojekter.

Ud af de afsatte 25 mia. kr. fordeles i første omgang 15 mia. kr.

De 10 mia. kr. fordeles på et senere ikke nærmere fastsat tidspunkt.

Ad Salg af bygninger

I relation til psykiatriplanen forlader psykiatrien som minimum følgende matrikler:

- Hviding
- Kolding
- Vejle
- Augustenborg
- Haderslev

Hertil kommer et endnu ukendt antal lokalpsykiatriske matrikler, som enten bliver til overs eller ikke vil være i stand til at rumme aktiviteterne i det fremtidige lokalpsykiatriske center.

Når det gælder Augustenborg og Hviding vil fraflytning af psykiatriens funktioner herfra indebære at regionen helt forlader stederne. Her er der mulighed for salg til anden part. Både mht. Augustenborg og Hviding er det endnu for tidligt at opgøre provenuet ved et fremtidigt salg. Det vil kræve nærmere analyser af potentialet de 2 steder gennem kontakt til eksperter i salg af denne type ejendomme. Det vil blive iværksat som en del af den videre proces med afklaring af investeringsbehovet.

Når det gælder Haderslev skal salg af bygninger naturligvis ses i sammenhæng med de somatiske planer for matriklen i Haderslev.

I Kolding vil de rømmede bygninger forventeligt indgå i somatikens udbygningsplaner m.h.p.. at gøre det til et akutsygehus – her kan der derfor ikke regnes med et provenu. Det samme gør sig gældende i Vejle med de bygninger den nuværende psykiatriske døgnfunktion forventes at rømme, når den nye døgnfunktion står klar i Vejle.

I den nuværende opgørelse af anlægssummerne er der ikke taget højde for evt. driftsmæssige gevinster.

7.2 Driftsøkonomisk ramme for udmøntning af psykiatriplanen

Udmøntning af psykiatriplanen skal understøtte og facilitere:

1. At der er de samme ressourcer til rådighed til den samme behandlingsopgave - uanset geografi og at sengepladserne fordeles ud fra befolkningsmæssig skalering
2. At der skabes det nødvendige økonomiske råderum for implementering af psykiatriplanens anbefalinger gennem effektiviseringer, frigjorte ressourcer ved samling af døgnfunktioner og mulige omlægninger inden for rammen mellem ambulans og stationær drift, samt ressource tilførelse fra kommende psykiatriaftaler og de årlige økonomiaftaler.

7.2.1. Samme ressourcer til rådighed til den samme behandlingsopgave - uanset geografi

Historisk og aktuelt findes der i Danmark store geografiske forskelle i psykiatriaktiviteten. Fx varierer antallet af psykiatriske sengedage til voksne fra 50 i Fanø Kommune til over 250 i Middelfart Kommune. Der er en svag statistisk sammenhæng, hvor større befolkningskoncentration (byer) tilsyneladende hænger sammen med mere behandlingskrævende psykisk sygdom. Sammenhængen er dog ikke entydig, idet også kommuner med lav befolkningskoncentration (små byer) i Region Syddanmark har psykiatriaktivitet væsentligt over gennemsnittet. Dertil kommer, at alle fire hovedfunktioner i Region Syddanmark rummer større og mindre byer såvel som egentlige landdistrikter.

For de fire hovedfunktioner i Region Syddanmark kan der derfor ikke etableres et objektivt grundlag for en fremtidig *skævdeling* af behandlingskapaciteten. Planlægningen af fremtidens psykiatri i Region Syddanmark baseres derfor på en simpel befolkningsmæssig fordeling af behandlingskapaciteten mellem de fire områder. Det betyder, at optageområder, der historisk i amternes tid havde behandlingskapacitet over gennemsnittet vil vokse mindre i planperioden end områder, der havde behandlingskapacitet under gennemsnittet.

7.2.2. Økonomisk råderum

På landsplan er nettodriftsudgifterne til psykiatrien steget årligt med fire procent i faste priser i perioden 1999 til 2005, hvilket primært skyldes en politisk målsætning om at udbygge og forbedre tilbuddene til psykisk syge. Fra 2005 til 2006 er udgiftsniveauet på landsplan stagneret.

Danske Regioners nøgletal for psykiatriområdet i 2006 viser, at udgiftsniveauet til behandlingspsykiatrien i Region Syddanmark i 2006 ligger væsentlig under landsgennemsnittet med en udgift på 8.704 kroner pr. 10.000 indbyggere. (landsgennemsnittet: 10.490 kr. pr.10.000 indb.). Når det handler om udgiften pr. borger i behandling ligger Region Syddanmark lavest med 38.000 kr. mod 55.000 kr. i landsgennemsnit.

Driftsbudgettet er finansieret ved et statsligt bloktilskud og statslige psykiatripuljer, der i alt udgør cirka 80 procent af finansieringen. Dertil kommer det kommunale grundbidrag med cirka 8 procent samt den aktivitetsbestemte kommunale medfinansiering med cirka 12 procent.

En effektiv fordeling og udnyttelse af de økonomiske ressourcer er afgørende for at realisere regionens vision om at levere sundhedsydelser på højt nationalt og internationalt niveau. Da de nye regioner ingen skatteudskrivningsret har skal kommende aktivitetsudvidelser således finansieres gennem ekstra bloktilskudsmidler, midlertidige puljer eller gennem interne effektiviseringer, omstillinger eller prioriteringer. Det er afgørende for at kunne imødekomme både en øget efterspørgsel, en forbedring af servicen og en øget kvalitet i behandlingen.

Føreløbige beregninger på udgifterne til gennemførelsen af psykiatriplanens anbefalinger, der omhandler aktivitetsudvidelser, fremgår af nedenstående tabel, der er udarbejdet ud fra den tidsplan, der er stillet op for planens gennemførelse i dette notat.

Tabel: Udgifter ved aktivitetsudvidelser

(i mio. kr.)	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Børne- og ungdomspsykiatrien	10	20	30	38	38	38
Almen voksenpsykiatrien 1)	25	50	75	100	125	150
Gerontopsykiatrien	3	6	9	12	15	17
Retspsykiatrien	9	9	23-28	23-28	23-28	23-28
Oligofreni	2	3	4	5	5	5
Traumatiserede flygtninge og torturofre	2-4	3-5	4-6	5-7	6-8	6-8
<i>I alt</i>	51-53	90-92	145-152	183-190	212-219	239-246

1) Opgørelsen er excl. udgifterne til udvidelse af målgruppen for de ikke-psykotiske. Udgiftsbehovet er endnu meget usikkert. Ekstraudgiften for Region Syddanmark svinger mellem 36-119 mio. kr. fuldt implementeret)

Der er en række ændringer i forhold til oplægget på budgetseminaret. Det kan henføres til nærmere beregninger på nogle punkter, ændret periodisering af udgifterne (trukket ud over flere år) og udeladelse af udgiften til udvidelse af målgruppen for de ikke-psykotiske p.g.a. for stor usikkerhed knyttet til tallet.

Opgørelsen svarer til en udvidelse på mellem 20-25 % i 2014 af det nuværende driftsbudget for psykiatrien i Region Syddanmark. Hertil kommer udgiften til udvidelse af behandlingstilbuddene for de ikke-psykotiske. Endelig er der ikke indregnet ekstraudgifter til gennemførelse af anbefalingerne på følgende områder:

- Kvalitetsudvikling - akkreditering
- Forskning
- Kompetenceudvikling
- Specialfunktioner
- Kompetencecentre

- Rekruttering

Et forsigtigt og meget foreløbigt skøn på udgifterne til fuld gennemførelse af anbefalingerne på disse områder lyder på et udgiftsniveau svarende til 3-5 % af psykiatriens nuværende budget i alt. Merudgifter til disse områder forventes primært at skulle finansieres gennem prioritering indenfor regionens ramme på sundhedsområdet, da der ikke umiddelbart kan forventes øget bloktilskud eller lign til fra statens side.

En del af psykiatriens nuværende aktivitetsniveau i psykiatrien er finansieret af projektmidler og er ikke permanent finansieret indenfor den nuværende budgetramme. Det drejer sig om følgende beløb:

Tabel: Aktiviteter finansieret af puljemidler i dag

<i>(i mio. kr.)</i>	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Børne- og ungdomspsykiatrien	2,4	7,0	7,0	7,0	7,0	7,0
Almenpsykiatrien		3,2	11,8	11,8	11,8	11,8
Retspsykiatrien			5,1	5,1	5,1	5,1
Gerontopsykiatrien			0,6	0,6	0,6	0,6
I alt	2,4	10,2	24,5	24,5	24,5	24,5

Tabellen viser, at blot for at fastholde det nuværende aktivitetsniveau kræver det i sig selv tilførsel af 2,4 mio. kr. i 2009 stigende til 24,5 mio. kr. årligt fra 2011 og fremover, når de sidste puljebevillinger er brugt op.

En del af den nødvendige vækst er tilført psykiatrien i form af statslige puljemidler fra efteråret 2007 og frem. Endvidere har regionsrådet prioriteret ekstra midler til psykiatrien i 2008 og frem. Nedenfor er der en oversigt over nuværende kendte bevillinger, der kan bidrage til at finansiere aktivitetsudvidelserne i psykiatriplanen.

Tabel: Prioriterede midler til psykiatrien

<i>(i mio. kr.)</i>	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Satspuljen 2008-2011:							
Børne- og ungdomspsykiatrien	4,0	25,5	33,0	40,1	44,7	44,7	44,7
Retspsykiatrien	6,3	12,6	0	0	0	0	0
RCT-området	5,3	0	5,3	5,3	5,3	5,3	5,3
Prioriteringspulje i budget 2008	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0
I alt	25,6	48,1	48,3	55,4	60,0	60,0	60,0

Hvis der forudsættes, at de ovenfor opgjorte puljefinansierede aktiviteter finder en permanent finansiering i de kommende satspuljeaftaler, psykiatriaftaler eller i de generelle økonomiaftaler er der i forhold til psykiatriplanen behov for udbygning af psykiatriens økonomiske råderum i perioden 2009-2014 med følgende beløb:

Tabel: Behov for udbygning af økonomisk råderum

<i>(i hele mio. kr.)</i>	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Behov for udbygning af økonomisk råderum	3-5	42-44	89-96	123-130	152-159	179-186

Hvis man betragter perioden 2008-2010 under ét og herudover forudsætter at SATS-pulje midlerne til retspsykiatrien permanentgøres, er der nogenlunde balance mellem udgiftspres og finansieringsmuligheder. Men ikke mindst fra 2011 og frem er der brug for et løft i psykiatriens driftsbudget, der svarer til en yderligere årlig nettotilvækst på ca. 2-3 % frem til 2014 udover den

allerede forudsatte vækst. Dette skal ses i lyset af vækstrater på 4 % i psykiatriens driftsbudgetter i perioden 1999-2005.

Forudsat at de nuværende puljefinansierede aktiviteter sikres gennem permanentgørelse af bevillingerne, kan psykiatrien med en målrettet og stram styring og produktivetsforbedringer selv levere et bidrag til gennemførelse af anbefalingerne i psykiatriplanen. Hvor stort et bidrag, til gennemførelse af anbefalingerne psykiatrien selv kommer med, skal nærmere analyseres.

Takten og hastigheden i gennemførelsen af de anbefalede aktivitetsudvidelser samt for nogle anbefalinger selve muligheden for at gennemføre dem, forudsætter øgede bloktilskuds- eller puljebevillinger de kommende mange år.

Ad realiserbare driftsøkonomiske gevinster

Samling af døgnfunktionerne på færre matrikler og rømning af psykiatrimatriklerne i Hviding og Augustenborg giver potentielle driftsøkonomiske gevinster. Besparelserne på bygningsdriftsudgifterne er endnu ikke gjort op. Gevinsten i form af samling af de stationære funktioner handler det ikke mindst om reduktion i vagttid på ikke mindst lægesiden. Det kan ikke umiddelbart kapitaliseres i driftsbesparelser men kan anvendes til styrkelse af behandlingen i dagtimerne, herunder bidrage til udbygning af de ambulante behandlingstilbud.

Principper for økonomistyring

En effektiv fordeling og udnyttelse af de økonomiske ressourcer er en af forudsætningerne for at psykiatriplanens anbefalinger kan gennemføres. Det opnås kun ved at fastholde fokus på økonomi på alle niveauer i organisationen både i den daglige arbejdstilrettelæggelse og i forbindelse med større omlægninger af psykiatriindsatsen. Der tages udgangspunkt i følgende principper:

- Benchmarking. Der gennemføres tværgående sammenligninger af udgifts- og produktivetsniveauer både internt mellem Psykiatriens driftsenheder og med driftsenheder i andre regioner for at identificere områder med yderligere forbedrings- og effektiviseringspotentialer.
- Best practice. Der foretages interne sammenligninger af arbejdsgange og resultater med henblik på at udnytte de erfaringer, som allerede er i organisationen med hensyn til effektiv arbejdstilrettelæggelse.
- Ens ressourcer til ens opgaver. Ved fordelingen af økonomiske ressourcer til behandlingspsykiatrien sikres et ensartet forhold mellem service og budget mellem Psykiatriens driftsenheder, så borgerne tilbydes samme serviceniveau i hele regionen.
- Produktivetsforbedringer. På linje med det somatiske sygehusområde arbejdes med årlige produktivetsforbedringer i budgetterne for behandlingspsykiatrien.
- Økonomiske incitamenter. Der introduceres økonomiske incitamenter for at fremme meraktivitet og forberede en forventet kommende finansiering af meraktivitet gennem statslige aktivitetspuljer, som det kendes fra det somatiske sygehusområde.
- Servicemål. Der udarbejdes servicemål, som afspejler regionsrådets prioriteringer, og som er dækkende for Psykiatriens kerneaktiviteter, herunder ny aktivitet, finansieret gennem midler fra Indenrigs- og Sundhedsministeriets psykiatripulje.

8. Organisering af arbejdet med implementeringsplanen

Direktionen – reelt psykiatridirektøren – har ansvaret for planprocessen. Der nedsættes en styregruppe for hele implementerings- og planlægningsopgaven bestående af psykiatridirektøren og sygehusledelsen, relevante afdelingschefer fra psykiatristaben og sygehusledelsens administration samt næstformanden for psykiatriens MED-udvalg.

Styregruppen kan supplere sig med en referencegruppe af fagpersoner, bruger- og pårørende-repræsentanter samt andre relevante interessenter.

Styregruppen kan etablere projektgrupper med deltagelse af repræsentanter fra det faglige ledelsessystem, relevante medarbejdere/faggrupper, eksterne ressourcefolk/konsulenter, bruger- og pårørende-organisationer, praksissektoren og kommuner.

Den regionale ledergruppe og medarbejderrepræsentanter indenfor psykiatrien involveres som rådgivere og høringsparter undervejs i processen.

Psykiatristaben understøtter og faciliterer processen i samarbejde med sygehusadministrationen, fagfolk fra klinikken, HR-staben og Økonomistaben i Regionshuset samt regionens Bygningsafdeling.

Den godkendte psykiatriplan er referencerammen og afsættet for alle elementerne i implementeringsplanen.

Herudover skal arbejdet med implementeringsplanen være kendetegnet ved de 3 personalepolitiske værdier:

- Ordentlighed
her defineret ved: Fokus på bredde i ejerskab til planen. Fokus på at skabe klarhed og overblik. Fokus på nærhed til klinisk praksis. Fokus på patient og pårørende samarbejde og inddragelse.
- Vækst i faglighed
her defineret ved: Involvering i bredden (mht. deltagerkreds) og i dybden (mht. ekspertise/substans)
- Plads til begejstring
her defineret ved: Dynamisk proces. Kreative opgaveløsningsmodeller