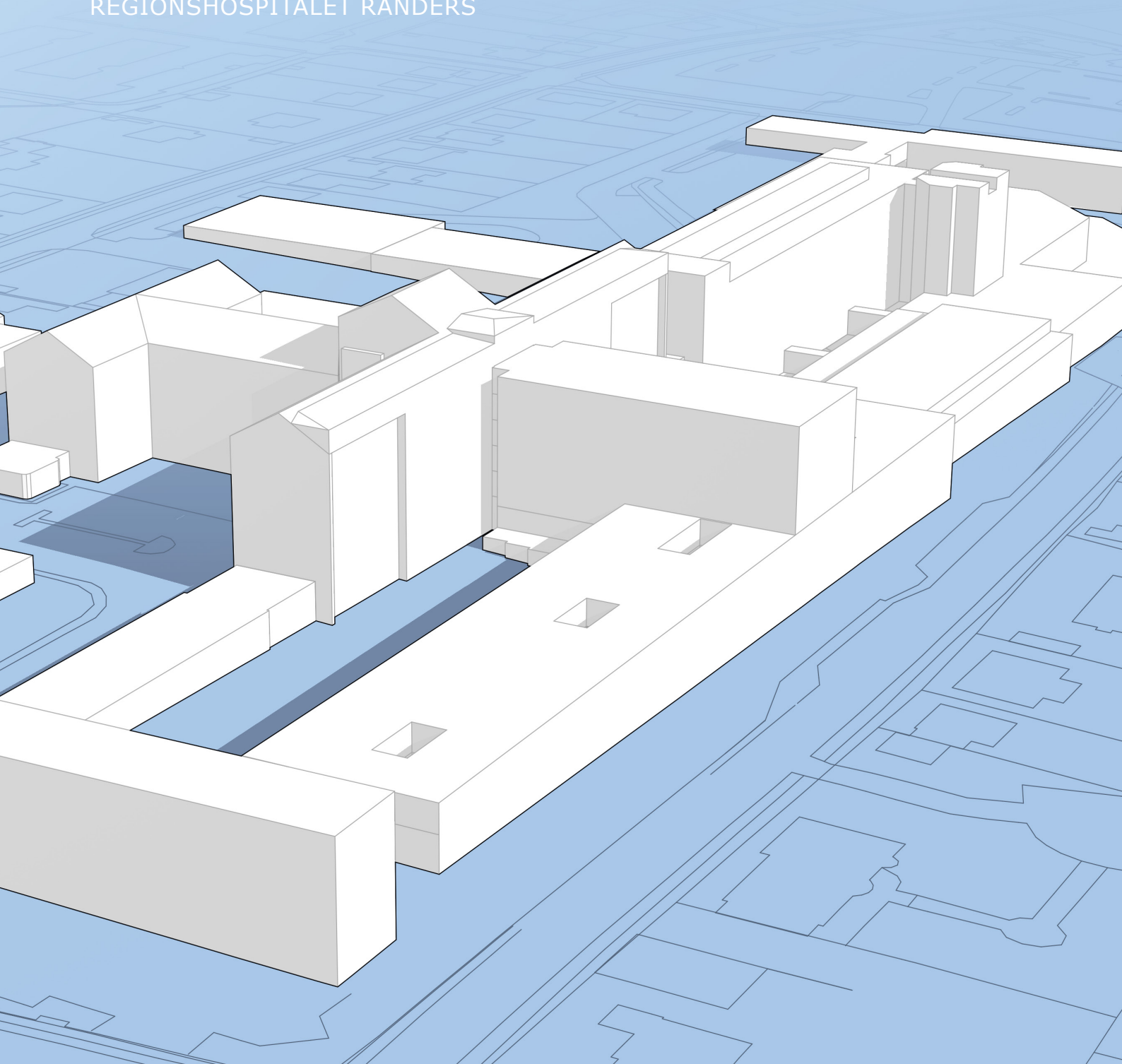


GENERALPLAN 2017

REGIONSHOSPITALET RANDERS



Bygherre:

Region Midtjylland
Regionshospitalet Randers
Skovlyvej 15
8930 Randers
Tlf.: 89 10 20 00
www.regionhospitalet-randers.dk

midt
regionmidtjylland

Rådgiver:

Aarhus Arkitekterne a/s
Europaplads 16
8000 Aarhus C
Tlf.: 70 24 40 00
aarhus@aa-a.dk
www.aa-a.dk

aarhus
arkitekterne

Indhold

1. Resumé	5
2. Indledning	6
2.1 Nuværende behandlingstilbud	8
2.2 Procesbeskrivelse	9
3. Mål og forudsætninger	10
3.1 Mål	10
3.1.1 Region Midtjylland	10
3.1.2 Regionshospitalet Randers	11
3.2 Forudsætninger	13
3.2.1 Nuværende organisering	13
3.2.2 Nuværende fysiske forhold	16
3.2.3 Optageområde	18
3.2.4 Demografi	18
3.2.5 Udvikling i dagens aktiviteter	19
3.2.6 Kapacitetsberegning	20
3.2.7 Personale og kontorarbejdspladser	28
3.2.8 Samlet fremtidig behov	29
4. Fremtidige forhold	30
4.1 Fremtidige tilbud	30
4.1.1 Fysisk helhedsplan	30
4.1.3 Driftsmæssige tiltag	31
4.1.4 Nuværende og ny teknologi	31
4.2 Principper for fremtidig organisering	33
4.2.1 Fremtidige funktionssammenhænge og bygningslogistik	33
4.2.2 Fremtidig logistik og funktionel bygningsstruktur	35
4.2.3 Ekstern trafiklogistik	37
4.2.4 Lokalplansrelaterede forhold	38
5. Dimensionering og arealer	39
5.1 Generelt om arealstandarder	39
5.2 Funktionsområdernes fremtidige arealbehov	40
6. Udbygningsplaner og faseopdeling	51
7. Overslag	65
7.1 Tids- og investeringsplan	65
8. Det videre forløb	67
9. Bilag	68
9.1 Nye navne	68
9.2 Arealstandarder	70

1. Resumé

Regionshospitalet Randers er et af Region Midtjyllands fem akuthospitaler og har behov for tidssvarende faciliteter og kapacitet til at håndtere den stadig stigende aktivitet, der er resultatet af dels den generelle udvikling, dels befolkningsvækst, dels konkrete tiltag som udrednings- og behandlingsretten. Dertil kommer forventninger og ønsker fra patienter og borgere til fremtidens hospital.

Hospitalets bygninger er løbende blevet vedligeholdt og renoveret i nødvendigt omfang, men der er kun i begrænset omfang – i forbindelse med særskilte og enkeltstående ombygninger – sket opgradering til moderne standarder for hospitalsbyggeri som ved etablering af nye dagkirurgiske lokaler og udvidelse af skopienheden. Hovedvægten af sengekapaleteten er således fortsat 2- og 4-sengsstuer og sengeafsnittene har svært ved at opfylde arbejdsmiljømæssige pladskrav og brugernes forventninger til en moderne sengeafdeling.

Hovedelementerne i generalplanen er en indretning, hvor den stationære kapacitet placeres i den vestlige ende af hospitalet, den ambulante og dagkirurgiske kapacitet samt blodprøvetagning m.m. placeres i den østlige ende tæt på p-huset. Derudover skal der være generelt gode adgangsforhold og tidligt i arbejdet sættes fokus på wayfinding, indretning af forhal og tilsvarende.

Overordnet er generalplanen opdelt i 2 faser, der hver er delt i etaper. Den første fase dækker over tiden hvori indeværende investeringsplan gælder, dvs. til og med 2024. I den bliver sterilcentralen ombygget i første omgang, der bliver etableret bedre wayfinding, forhallen bliver gjort tidssvarende m.m. Derudover bliver der i sidste del af perioden bygget et niveau 5 ovenpå den nye akutmodtagelse, samt ekstra "sengeetager" i forlængelse af den øvrige eksisterende sengemasse. Dette sker for at påbegynde en sengeudtynding i resten af hospitalet i fase 2, så hospitalet i højere grad kan tilbyde ensengsstuer. I det nybyggede vil intensivområdet også indgå, hvilket giver plads til at den centrale operationsgang kan udvides, ligeledes i fase 2. Derudover skal dagkirurgien flyttes og bygges større og ambulatorieområder skal hhv. restaureres eller etableres.

Fase 1 koster sammenlagt ca. 245 mio. kr. svarende til det afsatte på investeringsplanen. I dette indgår også tekniske projekter ift. bl.a. forberedelse af hovedforsyningerne til hospitalet med henblik på at kunne håndtere de efterfølgende projekter.

Fase 2 koster sammenlagt 505 mio. frem til 2032.

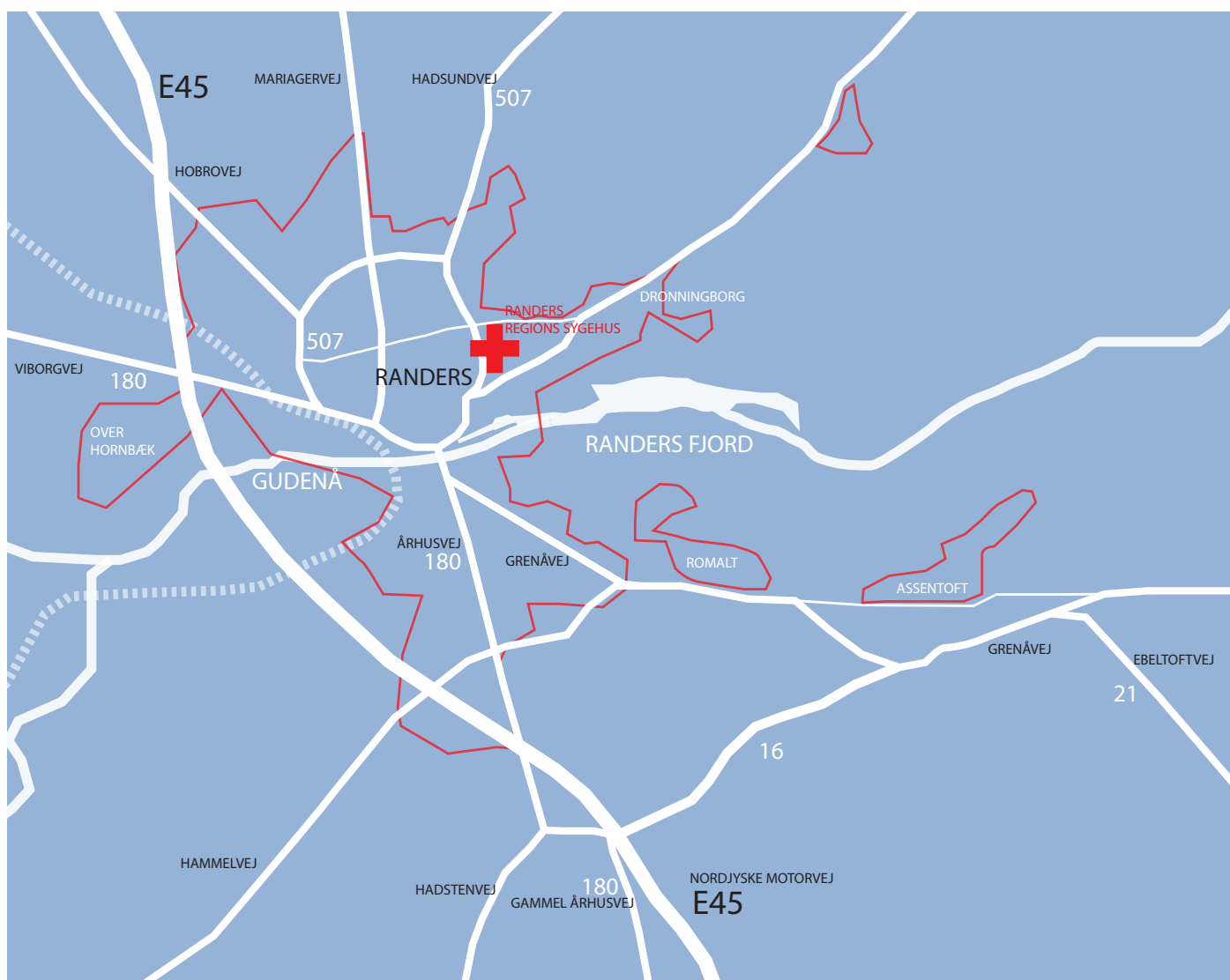
I alt koster gennemførelsen af hele Generalplanen ca. 745 mio. kr.



2. Indledning

Regionshospitalet Randers er, med placeringen midt mellem Aalborg og Aarhus og kun 6 km fra motorvej E45, en krumtap i det akutte beredskab i Midt- og Østjylland. Hospitalet håndterer årligt ca. 160.000 ambulante besøg og knap 40.000 indlæggelser. Ibrugtagningen af den nye akutbygningen i 2016 er første skridt på vejen til at sikre gode patientforløb med en fornuftig logistik og mulighed for optimal udnyttelse af både rammer og personaleressourcer.

At få resten af hospitalet til at leve op til de gode forhold i akutmodtagelsen og til de forhold, der er ved at blive bygget som standard i resten af Region Midtjylland, blev udgangspunktet for at lave en ny generalplan for regionshospitalet. Den gamle masterplan fra 2009 var udgangspunktet for akutbyggeriet, men de øvrige principper og ideer i den er dels blevet overhalet af erfaringerne fra de øvrige hospitalsbyggerier, dels overskrider den de økonomiske muligheder i regionen.



Udarbejdelsen af denne generalplan fik som mål at den fremtidige indretning kan sikre:

- at hospitalets fysiske rammer, herunder sengestuer, opdateres til aktuel standard og dermed lever op til patienternes forventninger om udredning og behandling på et moderne hospital på samme niveau som regionens øvrige hospitaler.
- at produktionskapaciteten i form af blandt andet operationsfaciliteter, dagkirurgi, billeddiagnostik, ambulatoriefaciliteter med flere udvides og tilpasses den forventede udvikling og fremtidige behov.
- at de fysiske rammer understøtter hospitalets ambitioner, om at levere høj kvalitet og optimal patientservice på patientens præmisser. Det indebærer blandt andet fokus på patientlogistik og wayfinding, herunder:
 - o at kapaciteten til det store antal ambulante og dagkirurgiske patienter så vidt muligt kan samles tættest muligt på p-huset og dermed kan undgå at skulle transporteres gennem hele hospitalet.
 - o at gående patienter og transport af senge, varer og lignende så vidt muligt adskilles.
- at de fysiske rammer så vidt muligt understøtter arbejdsgange og optimering af internt flow.

Hovedelementet i generalplanen er en indretning, hvor den stationære kapacitet placeres i den vestlige ende af hospitalet i relation til akutmodtagelsen, den ambulante og dagkirurgiske kapacitet samt blodprøvetagning m.m. placeres i den østlige ende tæt på P-huset. Derudover skal der være generelt gode adgangsforhold, og tidligt i arbejdet sættes fokus på wayfinding, indretning af forhal og tilsvarende.

Tidsplanen for om- og tilbygning er udarbejdet, så den dels tilpasses regionsrådet gældende investeringsplan, dels med flere "stop-op" tidspunkter indbygget. Disse gør det muligt at revidere eksempelvis relativ størrelse og placering af funktioner samt rækkefølge på delelementer set i lyset af den viden, der er kommet til i mellemtiden. Første "stop-op" ligger ca. i år 2020.

At rækkefølge og størrelsesorden for til- og ombygninger er tilpasset investeringsplanen betyder også, at generalplanen indeholder en række kompromiser. Eksempelvis arbejdes der med en forudsætning om at adskille opvågning og intensiv afsnitene, at bibeholde en etagemæssig adskillelse af to kirurgiske sengeafsnit, som dermed ikke kan optimeres driftsmæssigt, fortsat at adskille dagkirurgi og den centrale operationsgang med deraf følgende manglende fleksibilitet samt opdeling af billeddiagnostikken på to etager. Den nuværende operations- og skopikapacitet ombygges ikke i henhold til de nye arealstandarder ligesom flere ambulatorieområder ikke bliver gennemgribende renoveret. Samlet vurderes det imidlertid, at realisering af generalplanen indeholder væsentlige forbedringer i forhold til de nuværende fysiske rammer på hospitalet.

Generalplanen inkluderer hospitalets egen matrikel i Randers og derved ikke hverken psykiatriens bygninger eller Grenaa Sundhedshus.

2.1 Nuværende behandlingstilbud

Hospitalet har en bred sammensætning af lægefaglige specialer.

Specialesammensætning		
Kirurgiske specialer	Medicinske specialer	Andre specialer
Ortopædisk kirurgi	Kardiologi	Pædiatri, inkl. neonatologi
Kirurgi (inkl. bryst-, tyktarms- og endetarmskræft)	Lungesygdomme	Oftalmologi
Urologi	Gastroenterologi og hepatologi	Oto-rhino-laryngologi
Gynækologi og obstetrik	Endokrinologi	Neurologi (dog kun begrænset)
	Geriatrici	Hæmodialyse
	Infektionsmedicin	Regional tandklinik
	Reumatologi	

Skema over Regionshospitalet Randers lægefaglige specialer.

Udviklingen på hospitalsområdet er generelt karakteriseret ved en forholdsvis stor specialisering, hvilket også er fastholdt i den nyeste specialeplan. Internt i regionen er der et stort fokus på fordelingen af funktioner.

Regionshospitalet Randers besidder en særlig spydspidsposition inden for områderne:

- Akut hospitalsfunktion
- Kvinde specialerne: Gynækologi/obstetrik
- Børn: Pædiatri og neonatologi
- Kræftkirurgi: Bryst-, tyktarms- og endetarmskræft, samt udredning af lungekræft
- Screening: Hospitalet huser Afdelingen for Folkeundersøgelser, der administrerer de nationale screeningsprogrammer i Region Midtjylland og hospitalets Patologiske Afdeling varetager de afledte prøver for hele regionen på livmoderhalskræftområdet.

Der er god tradition for et sundhedsfagligt samarbejde med Aarhus Universitetshospital. Øre-næse-hals, øjenssygdomme, neurologi og hæmodialyse er blandt nogle af disse samarbejdsopgaver.

Der foreligger tilknytningsaftaler (dvs. aftaler om forskning, uddannelse og klinik) vedrørende universitetsfunktioner inden for det kirurgiske speciale.

Hospitalet råder selv over en række servicefunktioner, som understøtter hospitalets hovedfunktioner. Det gælder f.eks. patientkøkken, HR, et servicesekretariat m.m.

2.2 Procesbeskrivelse

I udarbejdelsen af den foreliggende generalplan, er der overordnet taget udgangspunkt i regionens planlægningsrapporter, herunder hospitalsplanen, akutprogrammet og øvrige overordnede aftaler. Derudover har en forudsætning været de dele af Masterplanen fra 2009, der er gennemført, hvilket vil sige opførelsen af P-huset (2012) og akutbyggeriet, der rummer akutmodtagelse, skadestue, lægevagt og undervisning (2016). Derudover har det bærende været ønsker og overvejelser fra hospitalets afdelingsledelser, såvel kliniske som ikke kliniske.

Masterplanen fra 2009 blev af regionsrådet udelukkende behandlet ift. akutbyggeriet og p-huset, hvorved resten af hospitalet ikke blev inkluderet ift. at få tidssvarende faciliteter. Dertil kommer at der i mellemtiden er sket en generel udvikling i sundhedsvæsenet samt tilrettelæggelse i regionen i form af Omstillingsplanen fra 2011, der ændrede placeringen af funktioner samt Spar1519, der lavede yderligere, mindre justeringer til dette.

I processen har der været foretaget en dataindsamling, som er blevet udført i samarbejde med afdelingerne på Regionshospitalet Randers. På baggrund af dataindsamling er fremskrivningen forestået af Lohfert & Lohfert.

Dataindsamlingen har haft til formål dels at afdække relevante historiske aspekter og dels belyse afdelingernes fremtidige behov/ønsker. De kvantitative data er baseret på indrapporterede produktionsdata, og de mere kvalitative data er fremkommet ved afvikling af flere workshops og brugermøder. Derudover har det været nødvendigt at gennemføre ad-hoc møder med nøglepersoner for en uddybning og kvalificering af data, nye arbejdsmetoder og fremtidige fysiske nærhedskrav qua nye driftsmæssige og organisatoriske samarbejdsbehov.

Arbejdet har haft en styregruppe bestående af hospitalsledelsen og repræsentanter fra afdelingsledelseskredsen. Derudover har de øvrige afdelingsledelser været inviteret til bredere workshops samt været involveret i bilaterale møder med Aarhus Arkitekterne*. Afdelingsledelserne har i relevant omfang involveret deres medarbejdere, og Hoved-MEDudvalget har ligeledes været inddraget.

Generalplanen har udviklet sig af flere omgange, fra den mest optimale indretning og tilrettelæggelse med udgangspunkt i den eksisterende bygningsmasse, til en indpasning til investeringsplanen i en form, der tager højde for flest mulige af afdelingernes ønsker.



* I løbet af 2017 vil aarhus arkitekterne ændre navn til LINK arkitektur Danmark

3. Mål og forudsætninger

3.1 Mål

3.1.1 Region Midtjylland

Regionsrådet vedtog i september 2007 en akutplan, der sætter rammerne for organiseringen af det akutte område, herunder etableringen af fælles akutmodtagelser med speciallæger i front. Akutplanen blev i 2008 fulgt op af en hospitalsplan.

Hospitalsplanen hviler på en række grundlæggende principper og udgør den politiske ramme og mål for regionens hospitaler herunder Regionshospitalet Randers:

- Høj og dokumenterbar kvalitet
- Nærhed til patientbehandlingen
- Sammenhængende patientforløb
- Bemanding med faguddannet personale
- En effektiv organisering
- Fremdrift gennem forskning og udvikling
- Opgradering af de fysiske rammer

Hospitalsplanen og akutplanen definerer, at der er fem akuthospitaler i regionen, hvoraf Regionshospitalet Randers er et af dem. Som akuthospital lægger hospitalet sig op af det gældende akutprogram, hvor det nyeste blev vedtaget i efteråret 2015. Her er opstillet følgende mål:

Mål for Patientoplevels kvalitet:

- Patienten oplever at få den rette hjælp, på rette tidspunkt
- Patienten oplever høj faglig kvalitet
- Patienten oplever sig ventet og velkommen
- Patient og pårørende oplever sig inddraget og ved hvad der skal ske

Mål for faglig kvalitet:

- Alle patienter visiteres korrekt
- Alle patienter triageres korrekt
- Alle udredningsforløb startes rigtigt
- Alle patienter har et korrekt og sikkert forløb i akuthospitalet
- Alle patientforløb afsluttes korrekt

Mål for organisatorisk kvalitet:

- Akutte patienter modtages i akutafdelingen.
- Alle akutte patienter vurderes af relevant speciallæge inden en time.
- Alle akutte patienter får lagt en behandlingsplan inden fire timer.
- Alle akutte patienter er på rette behandlingssted, på rette tidspunkt, med det rette team, i hele patientforløbet.
- Al personale i akutafdelingen har akutrelevante kompetencer.
- Akutlæger (speciallæge fra akutafdelingen) 24/7 i alle akutafdelinger.
- Øvrige specialister yder assistance i akutafdelingen efter anmodning fra akutlæge.
- Akutafdelingen har indlæggelses- og koordinationsret i hele akuthospitalet.
- Adgang til subakutte tider i alle relevante funktioner indenfor et døgn.
- Aktuell skriftlig status følger patienten, når patienten flyttes.
- Kommuner og praktiserende læger har adgang til rådgivning fra hospitalets specialister.
- Der opstilles og opfølges i samarbejde mellem akuthospitalerne, kommunerne og de praktiserende læger lokale og operationelle mål for gode udskrivelses- og indlæggelsesforløb for akutte patienter.

3.1.2 Regionshospitalet Randers

Med udvælgelsen som akuthospital i Region Midtjylland formulerede hospitalsledelsen i 2012 en mission og en vision, 4 hovedspor samt en række udviklingsstrategier for at skabe et fremtidssikkert akuthospital, der i bygninger og i arbejdets organisering fokuserer på høj faglig kvalitet, gennemtænkt logistik og en optimal udnyttelse af personaleressourcer.

Mission

Hospitalet skal fremme borgernes muligheder for sundhed ved at levere sundhedsydelser, som lever op til internationalt anerkendte faglige standarder. Hospitalet bidrager med forskningsmæssige resultater af høj kvalitet og samarbejder med uddannelsesinstitutioner om gennemførelse af effektive uddannelsesforløb.

Vision

Hospitalet er et af landets mest attraktive hospitaler for både patienter, borgere og medarbejdere.

De 4 hovedspor:

- Vi vil skabe det mest velfungerende akuthospital i Region Midtjylland, hvor vi har en stærk tværfaglig fælles akutmodtagelse med optimale patientforløb i nye fysiske rammer.
- Vi vil udvikle individuelle og veltilrettelagte elektive behandlings- og kræftscreeningsforløb, hvor vi er i front både fagligt og i tilrettelæggelsen af forløbene, så vi er en stærk samarbejdspartner for kommuner, praksis, universitetshospitalet og regionshospitaler.
- Vi vil fremme forskning og innovation for at udvikle kvaliteten i behandlinger og patientforløb.
- Vi vil fastholde og udvikle et attraktivt lærings- og arbejdsmiljø.

Udviklingsstrategier:

- Være landets mest patientorienterede hospital, der er kendt for et højt serviceniveau.
- Sikre et godt flow i patientforløbet understøttet af hensigtsmæssige, fleksible fysiske rammer og en dynamisk organisation.
- Sikre en højere grad af patientsikkerhed gennem modernisering af de fysiske rammer.
- Yde en høj faglig kvalitet i behandlingen og forsæt udvikle den faglige kvalitet gennem samarbejde med hospitalets forskningsråd, uddannelsesinstitutioner og de store innovative virksomheder i hospitalets områder.
- Forsæt sikre sammenhængende patientforløb på basis af et velfungerende samarbejde med praktiserende læger, sundhedscentre, den kommunale hjemmepleje, pårørende m.fl.
- Have et fagligt attraktivt lærings-, uddannelses- og forskningsmiljø. Uddannelse og forskning gavner det faglige miljø og har samtidig høj prioritet i forhold til at rekruttere og fastholde personale.
- Fastholde det høje produktivitetsniveau og forsætte udviklingen med at skabe en effektiv og attraktiv arbejdsplads baseret på udvikling, optimale arbejdsgange, moderne teknologier og udstyr samt fleksible fysiske rammer, som giver et godt arbejdsmiljø.
- Anvende og udvikle den elektroniske patientjournal som et naturligt og arbejdskraftbesparende redskab i den daglige behandling af patienterne.

I efteråret 2016 revideres hospitalets strategi, herunder mission og vision. Hovedaktører i denne proces er hospitalsledelsen, afdelingsledelsen og repræsentanter fra Hoved-MEDudvalget og funktionslederkredsen. Udgangspunktet for arbejdet er, at der er ikke behov for store ændringer i visionen og missionen, udover at der for missionens del ønskes et skærpet fokus på, at det handler om hospitalets patienter.

I forhold til de 4 hovedspor fastholdes emnerne, men opdateres i forhold til de udfordringer og temaer, som Regionshospitalet Randers forventes at stå over for i de kommende år. Det gælder bl.a. et endnu tættere samarbejde mellem afdelingerne og implementering af konceptet Patientansvarlig Læge.



3.2 Forudsætninger

3.2.1 Nuværende organisering

Regionshospitalet Randers er i dag organiseret og opdelt i fire kliniske afdelinger støttet af kliniske servicefunktioner*. Som akuthospital modtager hospitalet alle de akut syge patienter gennem akutafdelingen (undtagen fødende), hvorfra de, efter udredning og indledende behandling, enten udskrives direkte eller overflyttes til de øvrige sengeafdelinger.

Kliniske afdelinger

Akutafdelingen

Akutafdelingen er den samlede betegnelse for akutmodtagelsen, skadestuen og akut dagklinik. Som akuthospital modtager hospitalet de akut syge patienter gennem akutafdelingen med henblik på diagnosticering og igangsættelse af behandling. Ved indlæggelser over 36 timer overflyttes patienten til en af hospitalets øvrige afdelinger.

Akutafdelingen er også ansvarlig for den akutklinik, der drives i Grenaa Sundhedshus.

Medicinsk afdeling

Medicinsk afdeling på Regionshospitalet Randers modtager patienter inden for 7 specialer: Lungemedicin, geriatri, hjertemedicin, gastroenterologi og hepatologi, endokrinologi, reumatologi og endokrinologi. Derudover er Dialyseafsnittet med 16 dialysepladser en del af afdelingen.

Langt de fleste indlæggelser på medicinsk afdeling starter som forløb i akutafdelingen.

Kvinde-Barn Center Randers

Kvinde-Barn Centret består af børneafdelingen og gynækologisk-obstetrisk afdeling.

Børneafdelingen består af 5 afsnit; Neonatalafsnit til for tidligt fødte og syge nyfødte børn, akutmodtagelsen, hvor større børn typisk er indlagt 1-2 døgn, et sengeafsnit til større børn, et dagafsnit og børneambulatoriet.

Gynækologi vedrører kvindesygdomme og barnløshed, mens obstetrik vedrører svangerskab og fødsel.

Afdelingen er ansvarlig for et fødeafsnit, gynækologisk og barselsafsnit samt klinik for Kvindesygdomme og Graviditet. Sidstnævnte udfører lang række behandlinger som undersøgelse og behandling af kvindesygdomme samt ambulante kirurgi.

Kirurgisk Center

Kirurgisk Center består af ortopædkirurgisk afdeling og kirurgisk afdeling.

Ortopædkirurgisk afdeling undersøger og behandler et bredt udsnit af lidelser i bevægeapparatet. Ortopædkirurgisk afdeling råder over et større ambulatorium og et sengeafsnit samt har ansvaret for den lægefaglige bemanning af hospitalets skadestue.

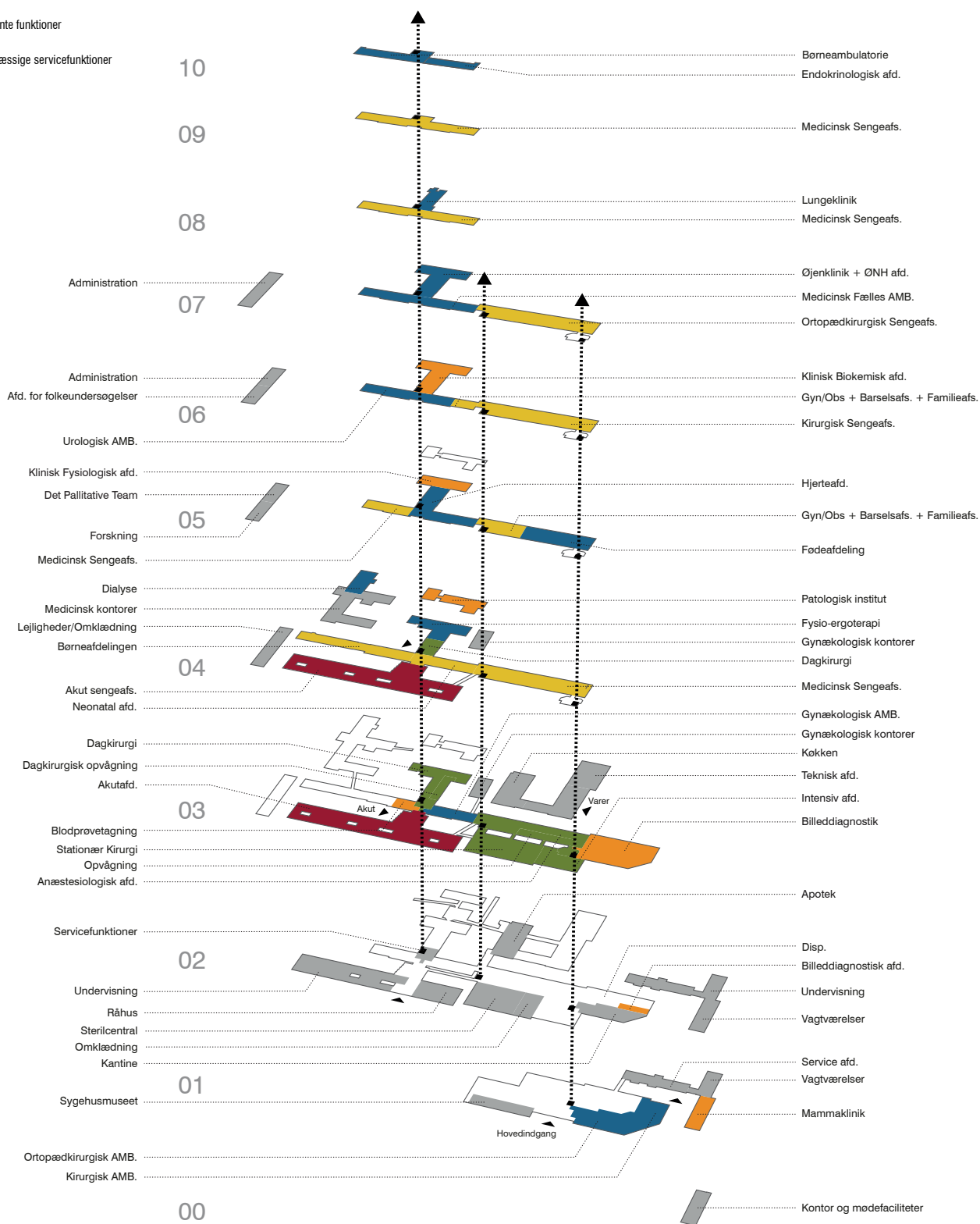
Kirurgisk afdeling har til opgave at undersøge, behandle og pleje organkirurgiske patienter og har særlige specialekompetencer inden for mave- og tarmkirurgi. Afdelingen råder over et sengeafsnit for mave- og tarmkirurgiske patienter og et kirurgisk ambulatorium hvor der, udover normale undersøgelser, også gennemføres en række kikkertundersøgelser på Endoskopisk Afsnit..

Den fælles ledelse for de to afdelinger har derudover det administrative ansvar for hospitalets operationsafsnit og tilhørende sterilcentral.

*Navnene nedenfor er de gældende ved skrivningen af nærværende generalplan, men vil blive skiftet i løbet af 2017 til borgervenlige navne. I bilag 9.1 ses en oversigt over de kommende navne.

EKSISTERENDE ORGANISATION

- Behandling
- Senge
- Kliniske servicefunktioner
- Afdelinger med Akutfunktioner
- Ambulante funktioner
- Driftsmæssige servicefunktioner



Kliniske servicefunktioner

Anæstesiologisk afdeling

Anæstesiologisk afdeling har flere forskellige funktioner – både internt på hospitalet og eksternt i regionen og kommunerne. Afdelingen er bygget op af 6 afsnit: Anæstesiafsnittet, opvågningen, dagkirurgisk afsnit, intensiv terapi afsnit, det palliative team og 2 døgnbemandede lægebiler i henholdsvis Randers og Grenaa.

Klinisk biokemisk afdeling

Klinisk Biokemisk afdeling er en tværgående afdeling, som betjener hospitalets afdelinger og nogle af regionens praktiserende læger. En vigtig ydelse er blodprøvetagning og analyse af blodet. Blodprøverne tages enten på en sengeafdeling eller i afdelingens blodprøveambulatorium. Klinisk biokemisk afdeling råder over moderne og fuldautomatisk analyseudstyr og er bemannet med bioanalytikere døgnet rundt.

Billeddiagnostisk afdeling

Billeddiagnostisk afdeling dækker over Billeddiagnostisk Afsnit og Klinisk Fysiologisk Afsnit. Det er Billeddiagnostisk afsnits primære opgave at udføre undersøgelser på patienter i undersøgelses- og behandlingsforløb på hospitalet, samt patienter henvist fra praktiserende læger og speciallæger. Afsnittet foretager CT-scanninger, mammografier, MR-scanninger, røntgenundersøgelser og ultralydscanning.

Klinisk Fysiologisk Afsnit udfører nuklearmedicinske undersøgelser med anvendelse af radioaktive lægemidler (nuklearmedicin) og klinisk fysiologiske undersøgelser uden anvendelse af radioaktive lægemidler. De nuklearmedicinske isotopundersøgelser omfatter bl.a. knoglescanninger og nyreundersøgelser, og de klinisk fysiologiske undersøgelser omfatter bl.a. lungefunktionsundersøgelser, blodtryksmålinger på benene og måling af knoglemineralindhold. Klinisk Fysiologisk afdeling varetager desuden behandlinger med radioaktivt jod for struma (forstørret skjoldbruskkirtel) og forhøjet stofskifte.

Patologisk institut

Patologisk Institut varetager de arbejdsopgaver, som knytter sig til det lægelige speciale patologisk anatomi, histologi (forandringer i væv) og cytologi (læren om celler). Specialet patologisk anatomi er et tværgående speciale, som yder diagnostisk service for de kliniske afdelinger på sygehusene i Silkeborg og Randers samt betjener praktiserende læger, speciallæger og tandlæger. Desuden varetager Patologisk Institut også undersøgelsen af celleprøver fra screeningsprogrammet vedr. livmoderhalskræft for hele Region Midtjylland.

Andre servicefunktioner

Regionshospitalet Randers har selv en række servicefunktioner som understøtter hospitalets daglige drift.

- Administration med HR, Kommunikation, Sundheds-IT, Ledelsessekretariat, Økonomi og Planlægning samt Innovation.
- Teknisk afdeling.
- Patientkøkken.
- Kvalitetsafdeling.
- Serviceafdeling.

3.2.2 Nuværende fysiske forhold

Regionshospitalet Randers består af en samlet bygningsmasse på ca. 82.000 m². Den ældste del af hospitalet er bygning Vest, der er på knap 30.000 m². Herefter er bygningsmassen udvidet i 1985 med udbygningen af bygning Øst, der er på 32.000 m². Der er senere opført enkelte øvrige bygninger, herunder patienthotel samt udvidelse af Patologisk Institut. Patienthotellet er dog senere nedlagt i forbindelse med besparelser i 2010-2011 og bygningen anvendes i dag til bl.a. mammaklinik samt servicesekretariat og vagtværelser m.m.

Senest er den nye bygning 15 på i alt 11.000 m² til fælles akutmodtagelse indviet i oktober 2016. Bygningen indeholder et råhusareal for senere indretning af kantine. Bygningen er endvidere byggeteknisk forberedt for etablering af overliggende etager. Ved indvielsen blev skadestuen og lægevagten flyttet fra de hidtidige placeringer så dette areal nu er lediggjort.

Herudover er der opført et nyt P-hus i 2012 og alle bygninger til pleje, behandling og forsyninger er forbundet med tunneller.

Hospitalets bygninger er løbende blevet vedligeholdt og renoveret i nødvendigt omfang, men der er kun i begrænset omfang – i forbindelse med særskilte og enkeltstående ombygninger - sket opgradering til moderne standarder for hospitalsbyggeri som i de nyetablerede ekstra rum i det dagkirurgiske afsnit og udvidelse af Skopienheden. Hovedvægten af sengekapaciteten er således fortsat 2- og 4-sengsstuer, og sengeafsnittene har svært ved at opfylde arbejdsmiljømæssige pladskrav og brugernes forventninger til en moderne sengeafdeling.

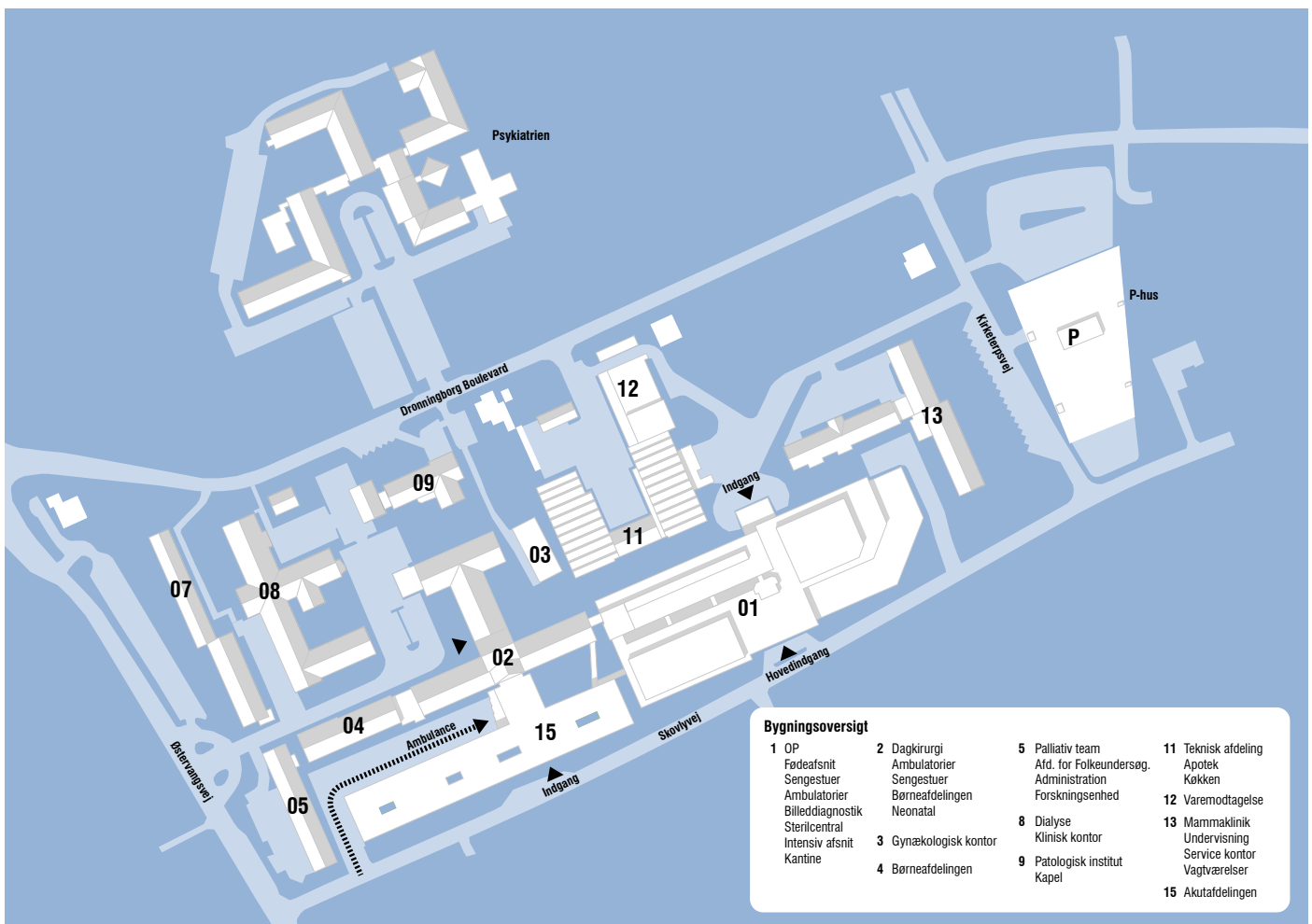
Derudover har den store udvikling i behandlingsformer og stigningen i aktivitet betydet, at mange af hospitalets funktioner er arealmæssigt presset. De bygningsmæssige forhold på hospitalet bærer derfor præg af mange midlertidige løsninger, som f.eks. ventefaciliteter til patienterne samt kontorer og sekretærarbejdspladser med for lidt plads, og som ikke muliggør indførelsen af mere arbejdsmiljøvenlige arbejdsgange baseret på nyere teknologiske hjælpemidler m.m.

Regionshospitalet Randers' arbejde med omlægningen til ambulans behandling har over tid krævet plads og indretning af nye ambulatorier. For at undgå større anlægsinvesteringer er omlægningerne sket inden for de eksisterende rammer, men det har dog betydet, at mange ambulatorier er placeret forskel-

lige steder - på bekostning af patientflow. Der er i dag meget krydsende logistik, hvor patienter, besøgende og vareforsyninger anvender samme transportveje.

Hospitalets bygningsmæssige tilstand indebærer således, at der er behov for en betydelig indsats og investering. Dertil kommer, at opdatering og ajourføring af sengepladser, ambulatorier og øvrige behandlingsfaciliteter til moderne standard, samt løbende krav om øget kapacitet og effektivisering af arbejdsgange, kræver, at der i de kommende år investeres i forbedringer af hospitalets logistik og fysiske rammer.

Illustration over Regionshospitalet Randers nuværende bygningsmasse



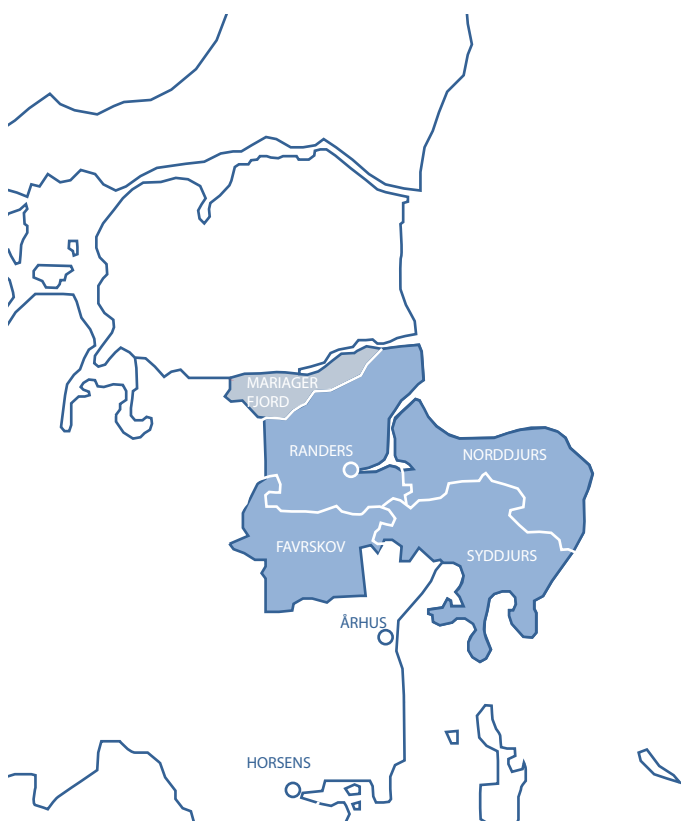
3.2.3 Optageområde

Regionshospitalet Randers har et optageområde på ca. 230.000 borgere.

Med sit basisoptageområde udfører Regionshospitalet Randers diagnostik, behandling, pleje og rehabilitering på hovedfunktionsniveau for indbyggerne i Randers, Syddjurs, Norddjurs og Favrskov kommuner. Derudover har Regionshospitalet Randers akutforpligtelsen for de borgere, der egentlig bor i andre hospitalers optageområde, men som er tættere på Randers. Det giver en øget akutforpligtelse for ca. 13.000 indbyggere.

Hospitalet har derudover, som følge af samarbejdsaftaler, et bredere optageområde for specifikke områder som kejsersnit, aborter og konkrete operationer.

Østjylland er tæt befolket, og derfor er det politisk besluttet, at hospitalet skal have et tæt samarbejde med Aarhus Universitetshospital med henblik på en hensigtsmæssig fordeling af patienterne.



3.2.4 Demografi

Beregning af patienttal og kapacitetsbehov er gennemført af konsulentfirmaet Lohfert & Lohfert. Fremskrivningen til 2025 tager udgangspunkt i aktiviteterne i 2013 og følger Region Midtjyllands generelle fremskrivningsmetode. Regionshospitalet Randers har tilvejebragt datasæt med aktivitetsdata. Prognose for befolkningsudviklingen er i rapporten hentet fra Danmarks Statistik.

Til fremskrivningen af aktiviteter er der taget udgangspunkt i befolkningsfremskrivning for Region Midtjylland, for perioden 2013 til 2025. Befolkningsfremskrivningen er opdelt på køn og aldersgrupper, for at tage højde for mulige forskelle i patient-sammensætning for de forskellige faggruppers aktiviteter.

Fremskrivningen er baseret på det nuværende sygdomsbillede, og der er ikke foretaget korrektioner i forhold til ændringer i dette. Den mekaniske fremskrivning giver et bud på, hvad demografien betyder for patienttal og kapacitetsbehov.

Der forventes en befolkningstilvækst på samlet set ca. 5 % i regionen frem til 2025. Den største relative stigning ses for aldersgruppen 75-85 år (op til ca. +70%), mens der i aldersgruppen mellem 40 og 50 år ses et fald. Især antallet af ældre borgere forventes at stige. Denne befolkningsgruppe forbruger også flest sygehusydelse. Eksempelvis vedrører 62 % af senge-dagene i 2013 borgere over 60 år.

Lohfert og Lohferts fremskrivning af Region Midtjylland data tager ikke højde for at befolknings-sammensætningen i hospitalets optageområde er lidt anderledes. Beregningen blev derfor gentaget for de fire optagekommuner, hvilket viste de samme tendenser med en marginalt større andel af ældre end generelt i regionen.

3.2.5 Udvikling i dagens aktiviteter

For Regionshospitalet Randers forsætter udviklingen med omlægningen fra stationær til ambulante aktiviteter i takt med den teknologiske og behandlingsmæssige udvikling. Der har været en kraftig vækst i den ambulante aktivitet, som vil forsætte. Hospitalet har de senere år udvidet den dagkirurgiske kapacitet og udnyttet de fysiske muligheder for ombygning.

Udviklingen af den ambulante aktivitet stiller nye krav til fleksibiliteten i de fysiske rammer, hvor det forventes at antallet af ambulatorier vokser i takt med at antallet af sengestuer reduceres. Det stiller krav til en helt anden organisering og samhørighed mellem sengeafsnit og ambulatorierne særligt på det medicinske område.

Samtidig arbejdes der på tværs af hospitalet med konceptet Patientansvarlig Læge, der også stiller krav til lægernes mulighed for eksempelvis at gå stuegang mellem operationer eller ambulatorietider.

Udredningsretten har siden 2014 været på 30 dage og den 1. oktober 2016 blev behandlingsretten skærpet til at være det samme. Begge tiltag stiller høje krav til den interne organisering og medfører en stigende aktivitet på tværs af hospitalet. Dette accelereres yderligere af den teknologiske udvikling, der gør nye udrednings- og behandlingsmetoder tilgængelige, hvilket også har betydning for organisering og indretning af hospitalet.

En politisk aftale i forsommeren 2016 har også medført stigende aktivitet i klinisk biokemisk afdeling, særligt i blodprøveambulatoriet, da hospitalerne overtog opgaven med at tage hospitalsordnede blodprøver fra patienterne fra almen praksis.

Overordnet er der fortsat et tæt samarbejde med Aarhus Universitets Hospital, der ligeledes påvirke patientstrømme til og aktiviteter på hospitalet. Hertil kommer generelle ændringer i Region Midtjylland, der eksempelvis ved spareplanen Spar1519 betød tilførsel af aktivitet til Regionshospitalet Randers.



3.2.6 Kapacitetsberegning

Med 2013 som basisår er der beregnet forventet behov for senge, operationskapacitet, intensivpladser, ambulatorie/dag-behandlingskapacitet, endoskopistuer, radiologi/mammografi, klinisk fysiologi og fødestuer. Beregningerne er lavet inklusiv de beregningsforudsætninger der generelt lægges ind.

Der er tendens til faldende gennemsnitlige liggetider og vækst i ambulante behandling. Dette er indarbejdet i dimensioneringen i tråd med de forudsætninger som blev anvendt af Ekspertpanelet i forbindelse med screening af kvalitetsfundsprojekterne (fremskrivning af aktivitet fra 2007 til 2020). For denne periode blev det forudsat, at den ambulante aktivitet ville stige med 50%, mens den gennemsnitlige liggetid vil falde med 20%.

Det er derfor i kapacitetsberegningen fra Lohfert & Lohfert forudsat at:

- Gennemsnitlig liggetid falder med ca. -1,7% pr. år fra 2013-2025
- Ambulant undersøgelse og behandling stiger med ca. +3,2% pr. år fra 2013-2025

De anvendte forudsætninger for kapacitetsudnyttelse svarer til de af Ekspertpanelet udmeldte krav til udnyttelsesgrader i forbindelse med kvalitetsfundsprojekterne. For senge betyder det, at kapacitetsbehovet beregnes i forhold til en gennemsnitlig belægning på 85 %. For børneafdelingen og intensivafsnit forudsættes en lavere gennemsnitlig belægningsgrad på 70%.

For undersøgelses- og behandlingsrum, samt operationsstuer mv forudsættes effektiv udnyttelse på 7 timer pr. dag, 245 dage pr. år.



Senge

Beregningen af sengekapaciteten foretages på baggrund af sengedage opdelt på afdelinger og aldersgrupper. Derefter på baggrund af den forventede udvikling i de enkelte aldersgrupper.

Sengekapaciteten dimensioneres under ovenstående antagelser om generelt liggetidsfald på ca. 1,7% per år samt en udnyttelsesgrad på 85% for voksne henholdsvis 70% for børn.

På afdelingernes stamafsnit forventes ca. 71.809 sengedage i 2025 og et sengebehov på 237 senge. Sammen med 42 senge i akutmodtagelsen beregnes kapacitetsbehovet til 279 senge i 2025.

Da opgørelsen blev lavet var det besluttet at alle børn og unge under 18 skulle modtages på børneafdelingen (undtage hvis det vedrører gynækologi/obstetrik), men endnu ikke implementeret. Når der i ovenstående beregning tages højde for dette, omlægges en af den kirurgiske senge, to af de ortopædkirurgiske senge og en af sengene fra Øre-Næse-Hals funktionen. Totalen er dog den samme.

Sengefremskrivning*					
Sengefremskrivning	2025				
	Udskrivninger	Sengedage (demografi)	Sengedage (liggetidsfald)	Senge	Senge korr børn
Gynækologisk/obstetrisk afd.	4.026	8.674	7.059	22	22
Medicinsk afd.	7.549	45.473	37.008	119	119
Kirurgisk afd.	3.050	11.890	9.677	31	30
Ortopædkirurgisk afd.	3.754	12.788	10.407	30	28
Øre-/ næse-/ halsklinik	676	965	785	3	2
Børneafd.	3.140	8.443	6.872	27	31
I alt				237	237

* Ekskl. Intensiv senge og akutmodtagelsen. For gynækologisk-obstetrisk er estimat for tilgang af patienter fra Aarhus medregnet i 2025 aktivitet. For ØNH er udvidelse efter 2013 medregnet i 2025 aktivitet.

Intensiv afsnit

Beregningen af Intensivkapaciteten baseres på sengedage i 2013. Aktiviteten i 2013 fremskrives på baggrund forventet ændring i indlæggelsesfrekvens på stamafdelingernes sengeafsnit. Kapacitetsbehovet beregnes under forudsætning af en gennemsnitlig belægningsgrad på 70%. I alt forventes ca. 2.668 sengedage i 2025 med et beregnet kapacitetsbehov på i alt 11 intensive behandlingspladser.

Intensiv terapi		
Aktivitet og kapacitetsbehov 2025	2025*	
	Sengedage	Intensivpl.
Intensiv Terapi Afsnit (ITA)	2.668	11

* Aktiviteten fremskrives i forhold til ændringen i indlæggelsesfrekvens på stamafdelingerne

Ambulatorier/dagbehandling

Antallet af ambulante besøg i 2013 var i alt 127.661 besøg. Dette fremskrives til 186.901 besøg i 2025, inkl. udvidet aktivitet for gynækologi og Øre-Næse-Hals klinikken. Fremskrivningsfaktoren fra 2013-2025 er ca. 45%. Med forudsætning om effektiv udnyttelse 7 timer pr. dag 245 dage pr. år beregnes et kapacitetsbehov på i alt 74 undersøgelses- og behandlingsrum.

Hertil lægges 22 specialundersøgelsesrum. Specialundersøgelsesrum er karakteriseret ved, at rummene stiller særlige krav til udstyr og/eller indretning, i forhold til de funktioner, der varetages i rummene. Specialundersøgelsesrummene er et tillæg til de beregnede rum og typisk vil udnyttelsesgraden i disse være lavere. Det beregnes således et kapacitetsbehov på i alt 96 undersøgelses- og behandlingsrum i 2025.

Fremskrivningen er eksklusiv dagkirurgi, jordmoderbesøg og dialysebehandlinger. Sidstnævnte er behandlet nedenfor. Beregningen er lavet i henhold til ekspertpanelets ca. 3,2 % pr. år. For gynækologi er estimatet for tilgangen af patienter fra Aarhus medregnet, ligesom udvidelsen af Øre-Næse-Hals klinikken efter 2013 også er medtaget.

Antallet af dialysebehandlinger i 2013 var i alt 7.809. Baseret på udviklingen 2010-2013 fremskrives antallet af dialyser ikke. Dialysen har åbent alle ugens dage med nedsat drift i weekenden. Med en forudsætning om effektiv udnyttelse 280 dage pr. år og 2 behandlinger pr. plads pr. dag beregnes et fremtidigt kapacitetsbehov på 14 dialysepladser i 2025.

Denne fremskrivning tager dog ikke højde for at der ved spareplanen Spar1519 blev omlagt til en højere andel af posedialyse.

Lohfert & Lohfert har i deres beregning ikke set på antallet af pladser i Klinisk Biokemisk Afdelings blodprøvetagning. Her er i dag seks pladser, hvis kapacitet bliver brugt fuldt ud.

Ambulatorier						
Aktivitet og kapacitetsbehov 2025 Ambulatorier*	Fremskr.**	2025 Besøg	Min/ besøg	Standard rum	Special- rum	Rum i alt
Anæstesiologisk afdeling	1,45	1.466	45	1	2	3
Fysio- og ergoterapi	1,45	17.357	60	11	3	14
Børneafdelingen	1,45	7.328	45	4	2	6
Gyn./obstetrisk afdeling***	1,45	34.302	30	11	2	13
Kirurgisk afdeling	1,45	18.657	30	6	1	7
Ortopædkirurgisk afdeling	1,45	32.152	30	10	2	12
Øjenklinikken	1,45	8.811	30	3	3	6
Øre-, næse-, halsklinikken***	1,45	5.308	30	2	2	4
Medicinsk afdeling	1,45	52.325	45	23	4	27
Urologisk afdeling	1,45	9.195	30	3	1	4
I alt		186.901		74	22	96

* Ekskl. dagkirurgi, jordmoderbesøg og dialysebehandlinger.

** I henhold til Ekspertpanelets ca. 3,2 % pr. år.

*** For gyn. er estimat for tilgang af patienter fra Århus medregnet i 2025 aktivitet. For ØNH er udvidelse efter 2013 medregnet i 2025 aktivitet.

Da der er en generel stigende tendens på området, yderligere fremmet af indførelsen af udrednings- og behandlingsret og hospitalet samtidig har overtaget blodprøvetagning på hospitalsordnede blodprøver fra almen praksis, er der her behov for kapacitetsudvidelse. En faglig vurdering med udgangspunkt i ovenstående og data fra de forgangne år er derfor, at der fremadrettet er brug for 8 pladser med udvidelsesmulighed til en niende.

En faglig vurdering med udgangspunkt i ovenstående og data fra de forgangne år er derfor, at der fremadrettet er brug for 8 pladser med udvidelsesmulighed til en niende.

Endoskopi

Antallet af endoskopier var i 2013 i alt 7.728. De fleste (6.521) blev udført på ambulante patienter. Fremskrivningen af den ambulante aktivitet følger forudsætningen om årlig gennemsnitlig vækst på ca. 3,2%. Fremskrivningen af aktiviteten for indlagte patienter foretages i forhold til ændringen i indlæggelsesfrekvens for henholdsvis kirurgi og medicin.

Den samlede fremskrivning bliver ca. 42% til i alt 10.953. Hertil lægges estimat for øget aktivitet i forhold til screeningsprogram for tarmcancer (2.250 koloskopier). Dermed bliver den forventede aktivitet i 2025 i alt 13.203 skopier. Under forudsætning af effektiv udnyttelse 7 timer pr. dag 245 dage pr. år beregnes et kapacitetsbehov på i alt 5,2 skopirum.

Efter afrunding og tillæg af et undersøgelsesrum til samtale med videre opgøres kapacitetsbehovet til i alt 7 rum for endoskopienheden i 2025.

Endoskopi						
Aktivitet og kapacitetsbehov 2025	Fremskr.	Akt. 2025	Akt. 2025	Min/	Rum-	Rum
Endoskopi*	**	i alt	m.screen***	besøg	behov	afrundet
Sigmoideoskopi	1,43	2.367	2.367	30	0,7	6
Koloskopi	1,43	4.306	6.556	60	3,8	
Gastroskopi	1,41	4.022	4.022	30	1,2	
ERCP	1,29	257	257	120	0,3	1
Undersøgelse/samtale/kapsel						1
I alt	1,42	10.953	13.203		6,0	8

* Ekskl. gyn/obs, ØNH, urologi, bronkoskopi

** I henhold til Ekspertpanelets ca. 3,2 % pr. år for ambulant aktivitet og indlæggelsesfrekvens for stationær aktivitet.

*** "Redegørelse for økonomiberegningerne for tarmscreeningsprogrammet i Region Midtjylland per August 2012", August 2012.

2.250 koloskopier i 2024.

Operationer

For operationer skelnes imellem operationer udført ambulant/dagkirurgi og operationer udført på indlagte patienter.

Antallet af operationer i 2013 er opgjort til i alt 20.291, heraf 13.772 dagkirurgi, 7.764 stationær kirurgi og i alt 3.157 for Øre-Næse-Hals- og Øjenklinikken. Den nuværende operationskapacitet er i dag påvirket af, at der i dag er udvidet åbningstid flere gange om ugen. Ved opgørelsen blev 3 lejer benyttet til 17.30 mandag og tirsdag og 2 lejer i brug til kl. 16 om onsdagen. Øvrige lejer havde åbent til kl. 15. Beregningen af fremtidigt kapacitetsbehov beror på en forudsætning om effektiv udnyttelse 7 timer pr. dag.

Stationære operationer er fremskrevet i forhold til indlæggelsesfrekvensen på stamafdelingerne, mens de ambulante operationer fremskrives med ca. 3,2% pr. år. Samlet set fremskrives antallet af operationer med ca. 34% fra 2013 til 2025 til i alt 27.148 operationer (inkl. udvidet aktivitet for gynækologi og Øre-Næse-Hals klinikken). Kapacitetsbehovet beregnes i forhold til antallet af operationer i dagtid, ca. 25.800.

Operation							
Aktivitet og kapacitetsbehov 2025	Fremskr.	Antal OP	Andel i	OP 2025	Min/	Rum-	Rumbehov
Operation	*	2025	dagtid**	dagtid	OP	behov	afrundet
Stationær kirurgi							
Gynækologi****	1,1	3.000	85%	2.550	105	2,6	10
Kirurgi	1,2	2.601	85%	2.211	145	3,1	
Ortopædkirurgi	1,2	3.244	85%	2.758	145	3,9	
Akut***							1
I alt, stationær kirurgi		8.846		7.519		9,6	11
Dagkirurgi							
Gynækologi****	1,45	3.138	100%	3.138	60	1,8	8
Kirurgi	1,45	3.178	100%	3.178	60	1,9	
Ortopædkirurgi	1,45	7.456	100%	7.456	60	4,3	
I alt, dagkirurgi		13.772		13.772		8,0	8
Øjen- og Øre-, næse-, halsklinik							
ØNH****	1,39	1.394	97%	1.359	75	1,0	1
Øjen	1,45	3.136	100%	3.136	60	1,8	2
I alt, dagkirurgi		4.530		4.495		2,8	3
I alt	1,34	27.148		25.786		20,4	22

* Indlagte fremskrives i forhold til indlæggelsesfrekvens, ambulante ca. 3,2% pr. år

** Baseret på erfaringstal.

*** Inkl. akut sectio.

**** For gyn. er estimat for tilgang af patienter fra Århus medregnet i 2025 aktivitet.

For ØNH er udvidelse efter 2013 medregnet i 2025 aktivitet.

Der beregnes et fremtidigt kapacitetsbehov på i alt ca. 20 stuer, som efter tillæg af akutstue og afrunding bliver (jf. figur på modstående side):

- 11 stuer til stationær kirurgi (inkl. akutstue)
- 8 stuer til dagkirurgi
- 1 stue til Øre-Næse-Hals klinikken
- 2 stuer til Øjenklinikken

I alt 22 operationsstuer.

Behov for forberedelse og opvågningskapacitet afhænger af koncept for håndtering af præ-/post funktion. Der kan eksempelvis etableres præ-post pladser i et perioperativt område, hvor forberedelses- og opvågningspladser kan benyttes fleksibelt. I så fald dimensioneres der normalt med 1 forberedelsesplads og mellem 1,5 (stationær kirurgi) og 2,5 (dagkirurgi) opvågningspladser pr. operationsstue. Dette vil give anledning til ca. 18 forberedelsespladser og ca. 35 opvågningspladser, ekskl. faciliteter til Øjenklinikken.

Behovene varierer for de forskellige specialer og afhænger af hvilke operationer som varetages. Regionshospitalet Regionshospitalet Randers disponerer i dag over 14 opvågningspladser knyttet til den centrale operationsgang. Derudover er der 10 opvågningspladser og 8 pladser til hjemsendelse for dagkirurgien

Såfremt man laver forskellige antagelser vedr. udnyttelsesgrader ses det at kapacitetsbehovet eksempelvis kan reduceres fra 22 rum til 17 rum, når den effektive udnyttelse hæves fra 7 til 10 timer. Dette er dog driftsmæssigt dyrere.

Radiologi og mammografi

Radiologien udførte i 2013 i alt 97.077 undersøgelser. Dette fremskrives til i alt 127.466 i 2025. Aktivitet for akutte og indlagte patienter fremskrives i forhold til indlæggelsesfrekvens, mens ambulante aktivitet fremskrives med ca. 3,2% pr. år. Noget af denne aktivitet vil foregå i vagttid. For røntgen og CT forudsættes at 85% foregår i dagtid, mens det forudsættes at 95% af ultralydsundersøgelserne og alle MR-scanningerne varetages i dagtid. Dermed bliver prognosen for aktiviteten i dagtid i 2025 i alt 111.948 undersøgelser. Baseret på antal ydelser/patient i 2013 og 2014 omsættes antal ydelser til antal patienter (besøg). Dermed beregnes 77.934 besøg i 2025 i dagtid.

For radiologien beregnes et kapacitetsbehov på i alt 7 røntgenrum, 4 CT-scannere, 3 MR-scannere og 3 ultralydsrum, i alt 17 diagnostikrum i 2025.

Af disse forudsættes 2 rum med konventionel røntgen og 1 CT placeret i den fælles akutmodtagelse. Gennemsnitlig udnyttelsesgrad i dagtid er reduceret til 75% i akutmodtagelsen, i forhold til modaliteter placeret i afdelingen.

For klinisk mammografi fremskrives aktiviteten fra 2.876 til 2.994 undersøgelser i 2025. Der beregnes et kapacitetsbehov på 1 rum til klinisk mammografi i 2025.

Beregningen er baseret på forudsætning om effektiv udnyttelse i dagtid 245 dage pr. år, 7 timer pr. dag. Der er ikke taget hensyn til, at der i dag er udvidet åbningstid på MR- og CT-scannerne.

Radiologi										
Aktivitet og kapacitet 2025	Fremskr.	Ydelser 2025			Besøg	Min/	Rum-	Fordeling 2025		Rum
Radiologi	**	I alt	Dagtid (andel)	Dagtid (antal)	2025 dagt.***	besøg	behov ****	I akutm.	I afd. *****	2025
Røntgenundersøgelser	1,30	70.290	85%	59.747	43.609	15	6,4	2	5	7
CT-scanninger	1,29	25.204	85%	21.423	12.662	25	3,1	1	3	4
MR-scanninger	1,42	8.105	100%	8.105	6.264	40	2,4		3	3
Ultralyds-undersøgelser	1,35	23.867	95%	22.673	15.399	20	3,0		3	3
Delsum, radiologi		127.466		111.948	77.934		14,9	3	14	17
Klinisk mammografi*	1,04	2.994	100%	2.994	2.994	20	0,6		1	1
Delsum, klinisk mammo.		2.994		2.994	2.994		0,6		1	1
I alt		130.460		114.942	80.928		15,4	3	15	18

* Mammografiscreening ikke omfattet. Funktionen varetages på Randers Sundhedscenter.

** Akutte og indlagte fremskrives i forhold til indlæggelsesfrekvens, ambulante ca. 3,2% pr. år. Mammo fremskrives i forhold til demografi, prognose kvinder 50-69 år.

*** Ydelser pr. besøg baseret på andele på Regionshospitalet Randers 2013/2014.

**** Beregning, 7 timer, 245 dage pr. år

***** Rundes op, 75% udnyttelse for modaliteter i akutmodtagelsen

Klinisk fysiologi og nuklearmedicin

For klinisk fysiologi var aktiviteten i 2013 i alt 6.657 undersøgelser. Dette fremskrives til i alt 9.679 i 2025. Aktiviteten vedrører stort set kun ambulante patienter og er fremskrevet med ca. 3,2% pr. år. Der beregnes behov for et kapacitetsbehov på 3 gamma/SPECT, 1 dexa-scannere, samt 2 undersøgelses- og behandlingsrum, i alt 6 rum i 2025.

I undersøgelses- og behandlingsrummene varetages diverse fysiologiske undersøgelser, som fx lungefunktion, trykmålinger mv.

Klinisk fysiologi og nuklearmedicin					
Aktivitet og kapacitetsbehov 2025	Fremskr.*	Akt. 2025	Min/ unders.	Rum- behov	Afrundet behov**
Klinisk fysiologi og nuklearmedicin		I alt			
Gamma, Spect/CT	1,45	3.546	60	2,1	3
Dexascanner	1,45	3.865	20	0,8	1
Distalt tryk, hudperfusion	1,45	922	60	0,5	2
Glucosebelastning	1,45	31	20	0,0	
Lungefunktion, breathtest	1,45	1.141	45	0,5	
Radiojod	1,45	174	60	0,1	
I alt		9.679		4,0	6

* I henhold til Ekspertpanelets ca. 3,2 % pr. år.

** Rundet op.

Fødeafsnit

Antallet af fødsler i 2013 er opgjort til ca. 1.905, hvoraf ca. 450 er kejsersnit. Fødsler pr. år fremskrives demografisk til 2025 (fremskrivning af 0-årige), hvilket giver anledning til en stigning på ca. 500 fødsler (+27%). Med 450 fødsler pr. stue pr. år beregnes et kapacitetsbehov på 6 fødestuer i 2025. Kapacitet til kejsersnit omfattes af dimensioneringen af operation.

Fødestuer				
Aktivitet og kapacitetsbehov 2025	Fremskr.*	2025	Fødsler/ stue/år	Føde- stuer
Fødsler		fødsler		
Fødsler i alt	1,27	2.421	450	6
heraf kejsersnit**	1,27	573		
I alt		2.421		6

* I henhold til demografisk prognose

** Stue til akut kejsersnit behandles i forbindelse med dimensionering for operation

3.2.7 Personale og kontorarbejdspladser

Ved udgangen af 2014 var der i alt 1.817 personer på hospitalet. Personalet er opgjort i forhold til afdelingsbetegnelser og i forhold til angivelse af stillingsbetegnelser er der foretaget en vurdering af om personalet har behov for kontorarbejdsplads.

Der skelnes imellem tre kategorier:

- **Ledelse:** Personale med personaleledelsesansvar (afdeling/afsnit/funktion). Disse arealerudmøntes typisk i 1-personers kontorer. Det skal sikres, at der i kontorområdet kan foretages fortrolige samtaler mv.
- **Høj grad af kontorarbejde:** Personer med administrative opgaver og akademiske medarbejdere (kontorarbejde) samt klinikere med væsentlig andel skrivebordsarbejde på daglig basis.
- **Mindre grad af kontorarbejdspladser (delearbejdspladser):** Personale der i perioder delvist eller i begrænset omfang har skrivebordsarbejde. Dog har de behov for adgang til arbejdsplads. For disse personer kan etableres et antal "delearbejdspladser", således at der i gennemsnit er fx 2 personer om en plads. Pladserne bør anvendes fleksibelt.

Personale og kontorarbejdspladser er fremskrevet svarende til fremskrivningsraten i Masterplanen 2009 med ca. 1,3% pr. år. Dermed beregnes i alt 2.101 personer i 2025 (+16%) og et kapacitetsbehov på i alt 659 kontorarbejdspladser i 2025.

Antallet er et udtryk for antal pladser og ikke en fuld dimensionering af kontorafsnit. Det er ikke dimensioneret møde- og conferencefaciliteter.

Nogle af kontorerne kan placeres i kontorområder. Andre har behov for nærhed til/integration i klinikken (fx afdelingssygeplejerske, sekretærer). Der er foretaget en teoretisk vurdering af hvor mange af kontorarbejdspladserne som kan placeres i klinikken.

I 2014 var 21 af de 71 lederkontorarbejdspladser afdelings- sygeplejersker. Det svarer til ca. 24 i 2025. Disse placeres i klinikken.

I 2014 havde 133 ud af de 382 personer, med behov for kontorarbejdspladser, stillingsbetegnelsen sekretærer og var knyttet til kliniske funktioner. Det svarer til ca. 154 i 2025. Nogle af disse vil der være behov for at placeret i klinikken til betjening af modtagelse, ekspedition, samt øvrig støtte til den kliniske virksomhed.

Det forudsættes, at der placeres 2 sekretærer i klinikken pr. 20 senge, undersøgelsesrum eller diagnostikum mv. På baggrund heraf beregnes at ca. 60 af sekretærene placeres i klinikken. Behovet for kontorarbejdspladser vil variere for forskellige funktionsområder. Der kan også være behov for andre personer lokalt (fx koordinatore, udviklingsfunktioner mv). Derfor antages, at ca. 70 kontorarbejdspladser placeres i klinikken (ud over afdelings- sygeplejerskerne).

Samlet set vil de ca. 660 kontorarbejdspladser fordeles som ca. 100 integreret i de kliniske afsnit og ca. 560 i kontorområder.

Fremskrivningen tager dog ikke højde for at Afdelingen for Folkeundersøgelser i mellemtiden er blevet større og der samtidig er en prioriteret indsats i den Kliniske Forskningsenhed, der ligeledes kræver kontorpladser.



3.2.8 Samlet fremtidig behov

Det beregnede fremtidige aktivitetsniveau kræver en øget kapacitet på Regionshospitalet Randers. Nedenfor viser tabellerne det afledte rumbehov. . Bemærk at gynækologi og obstetrik forkortes gyn-obs og at Øre-Næse-Hals klinikken forkortes ØNH.

Oversigt, kapacitetsbehov 2025

Kapacitetsbehov 2025 Regionshospitalet Randers	Enhed	Antal	Bemærkning
Sengeafsnit	Senge	274	ekskl. intensiv, inkl. akutmodtagelse
Intensiv terapi	Beh. Pladser	11	
Ambulatorier	Standardrum	74	
Ambulatorier	Specialrum	22	
Dialyse	Dagbeh.pladser	14	
Endoskopi	Endoskopirum	8	ekskl. gyn/obs, ØNH, urologi
Operation, stationær	OP-stuer	11	inkl. sectio
Operation, dagkir	OP-stuer	8	
Operation, ØNH/Øjen	OP-stuer	3	
Radiologi	Modaliteter	17	inkl. betjening af akutmodtagelse
Radiologi, Klinisk mammografi	Modaliteter	1	
Klinisk fysiologi og nuklearmedicin	Rum	6	
Fødestuer	Fødestuer	6	
Personale og kontorarbejdspladser	Pladser	659	

Hertil kommer de funktioner, som ikke er fremskrevet, men som forventes at kunne bibeholde deres nuværende størrelse, eksempelvis Teknisk Afdeling, patientkøkkenet m.m.

Udover at fremskrivningen viser et behov for mere plads til funktionerne, vil den stigende aktivitet også betyde behov for et stigende antal medarbejdere med deraf afledte behov.

4. Fremtidige forhold

4.1 Fremtidige tilbud

4.1.1 Fysisk helhedsplan

Hospitalet er – med undtagelse af Grenaa Sundhedshus – samlet på en enkelt matrikel. En oversigt ses nedenfor.

Som det fremgår er der flere mindre bygninger i periferien til selve hospitalet. Østervangsvej 32-36 (bygning 7) huser i dag tre opgange, hvor der er enkelte vagtværelser og kontorer i de to yderste og lejligheder i den midterste.

Østervangvej 72 (Bygning A) står i dag tom, ligesom Dronningborg Boulevard 4 (Bygning B) og Kirketerpsvej 21 (Bygning E). Ingen af disse er i særlig god stand og står og forfalder.

Dronningborg Boulevard 22 (Bygning D) er udlånt til Mødrehjælpen og Dronningborg Boulevard 14 (Bygning C) anvendes som lægebolig.

Da ingen af disse bygninger anvendes som en del af hospitalets primære opgave, vil det være hensigtsmæssigt på længere sigt at enten afhænde eller nedrive disse.

Illustration over Regionshospitalet Randers nuværende bygningsmasse



4.1.3 Driftsmæssige tiltag

Regionshospitalet Randers er i regionen kendt som et produktivt hospital – et kendemærke hospitalet ønsker at fastholde. I erkendelse af udviklingen i behandling i form af mere ambulans aktivitet, kortere liggetider for de fleste og længere for de få, manglen på læger og plejepersonale, er det nødvendigt at gennemføre nye driftsmæssige tiltag.

Et af de driftsmæssige tiltag, der er en absolut nødvendighed for de øvrige optimeringer, omhandler hovedforsyningerne. Forsyningernes nuværende kapacitet kan ikke håndtere meget mere, hvilket gør en modernisering og udvidelse af dem til en forudsætning. Der er derfor lagt to tekniske projekter ind i generalplanen, der skal håndtere dette og sikre at anlæg m.v. er forberedt til efterfølgende projekter.

På et hospital er der megen håndtering af vareforsyninger til afdelingerne, og meget affald der skal retur. Derfor er det afgørende for et produktivt hospital, at logistikken er optimal. Regionshospitalet Randers har et stort forbedringspotential på dette område. Derfor indgår der i planen en større adskillelse af logistik/varer m.v. og patienter. Dette muliggør også en større anvendelse af robotter.

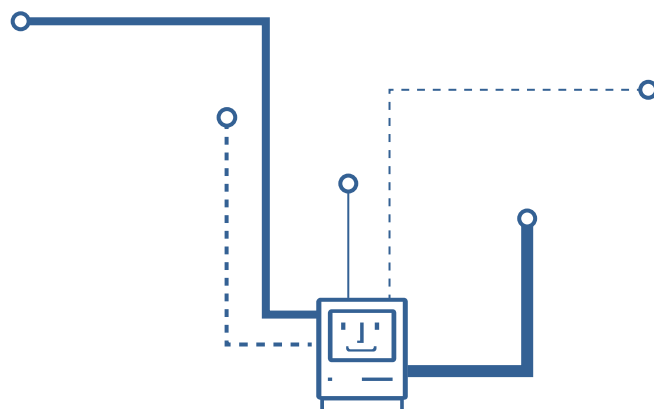
4.1.4 Nuværende og ny teknologi

Megen af den ny teknologi, der implementeres i nye hospitalsbyggerier kan med fordel implementeres på Regionshospitalet Randers, og derved bringe et eksisterende hospital op på teknologisk niveau med de øvrige hospitaler, der bygges. Det gælder både teknologier indenfor den lægefaglige behandling og teknologiske hjælpemidler for at forbedre arbejdsgange og patientsikkerheden.

Regionshospitalet Randers er regionens spydspids i implementeringen og brugen af den elektroniske patientjournal (EPJ). Med afsæt i denne platform ønsker hospitalet at udbygge mulighederne for effektiv deling og anvendelse af informationer i forbindelse med patienternes behandling. Derfor ønsker hospitalet i så stort omfang som muligt, at bruge integrerede og med hinanden kompatible systemer. Moderne IT-systemer med en høj tilgængelighed og som en naturlig integreret del af det daglige arbejde på hospitalet.

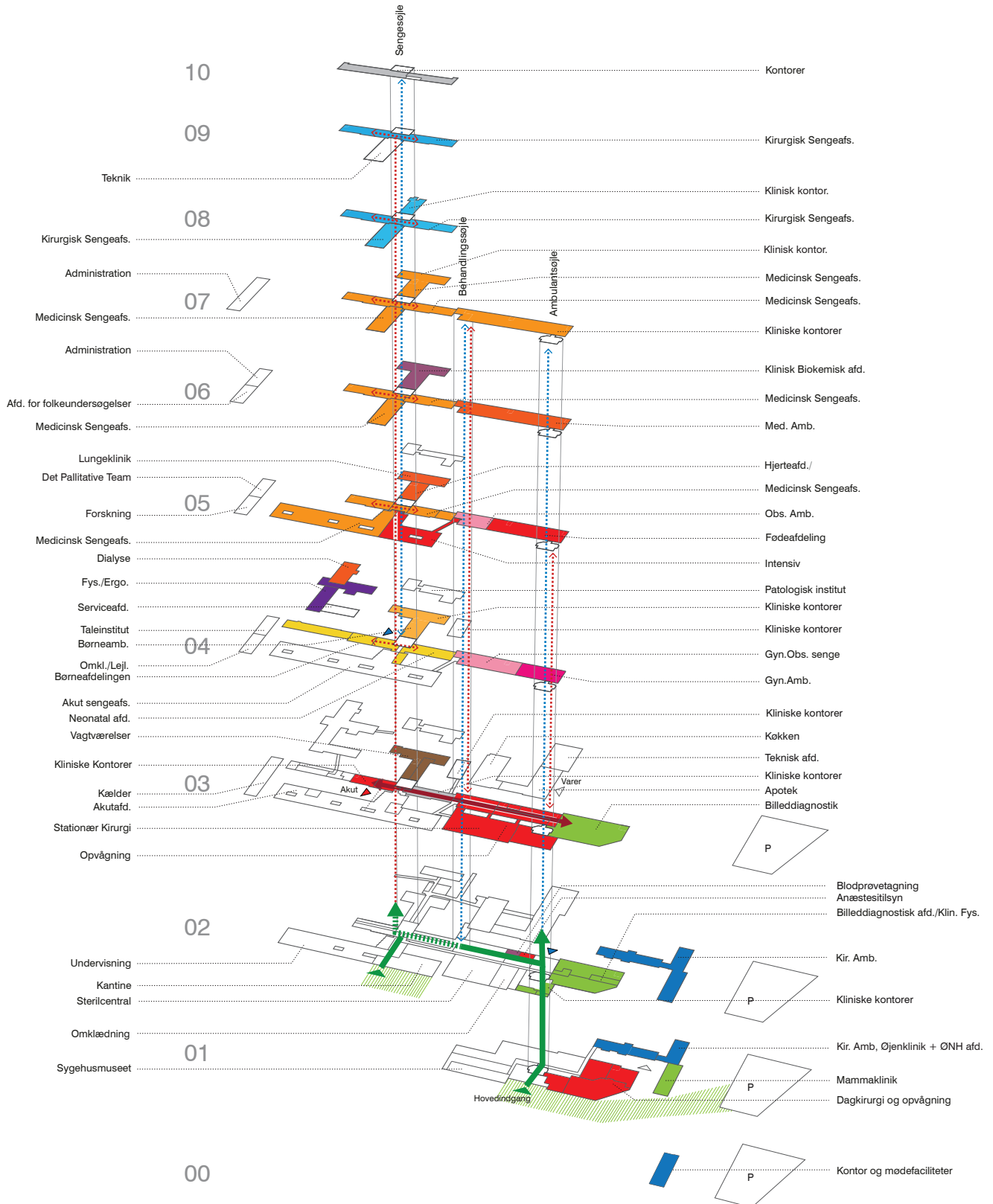
Nyeste teknologiske hjælpemidler skal i takt med moderniseringen af hospitalet integreres i de fysiske rammer; fx bedre mobildækning i det samlede hospital, monitorering, arbejdskraftbesparende og automatiseret varehåndtering, samt standardiserede teknologiske løsninger i behandlingsrum, ambulatorier og sengestuer.

Noget er mere presserende end andet – eksempelvis er der allerede implementeret bedre mobildækning i det nye akutbyggeri men ikke i den øvrige bygningsmasse, hvilket giver udfordringer ved anvendelse af øvrig teknologi.



FREMTIDIG ORGANISERING AF FUNKTIONER

- Billeddiagnostik
- Klinisk biokemi
- Fys./Ergo
- Fødestuer og OP
- Børne senge og ambulatorier
- Medicinske senge og ambulatorier
- Gyn/obs senge og ambulatorier
- Kirurgiske senge og ambulatorier



4.2 Principper for fremtidig organisering

4.2.1 Fremtidige funktionssammenhænge og bygningslogistik

Den funktionelle, logistiske hovedidé bygger videre på den meget velfungerende behandlingslinie, som Regionshospitalet Randers fik etableret i 1985. Der er i behandlingsenheden i dag samlet det centrale operationsafsnit, opvågning, intensivafdeling og billeddiagnostik med gode, interne logistikflow. Derimod ligger specialernes senge, dagbehandling, klinikgang med dagkirurgi og ambulatorier spredt i hele hospitalets bygningsmasse, uden nærhed mellem specialernes forskellige funktioner. Det interne trafiksystem i huset er præget af krydsende flowlinier med gående patienter og forsyningstransporter i de samme elevatorer og korridorer. Intensivafdelingen umuliggør dog med sin nuværende placering udbygningen af den centrale operationsgang.

Idéen bag den fremtidige bygningslogistik er at skabe funktionelle og logiske sammenhænge inden for de enkelte specialer og kloge naboskaber specialerne imellem. Ved at omlægge trafiksystemet til et optimalt differentieret flow for forsyninger, personale og patienter opnås der samlet et moderne helstøbt akuthospital med fokus på patient-hensyn og driftsoptimering.

Forudsætningen for Regionens akuthospitaler med én akut hovedindgang (Skovlyvej 9) til Regionshospitalet Randers via den fælles nye Akutmodtagelse accentueres ved at anvende den eksisterende hovedindgang 1 (Skovlyvej 15) tæt på P-huset som hovedadgangsvej for de ambulante patientforløb, mens indgang 3 (Østervangsvej 54) bruges som hovedindgang til sengeafdelingerne.

Den succesfulde omlægning af patientbehandling fra længe-revarende indlagt patientforløb til dagbaserede ambulante behandlinger har betydet en grundlæggende ændring i kravet til den fysiske placering af det enkelte speciale funktionsområder. Nærhedsbehovene for henholdsvis det medicinske og det kirurgiske speciale er ikke nødvendigvis ækvivalente. Sammenhængende patientforløb opnås bedst i det medicinske speciale ved at placere ambulatorier og senge i fysisk nærhed, mens der for det kirurgiske område er et stærkt ønske om at få de ambulante operationsfaciliteter tæt på dels det kirurgiske ambulatorium og dels den centrale operationsgang.

Med den nye logistiske struktur spares personalet for unødige lange afstande mellem kontorer, ambulatorier, de forskellige behandlingsafsnit og sengeafdelinger, hvilket betyder at patienterne vil opleve færre personale- og afdelingsskift.

Grundprincipperne i Generalplanen er at:

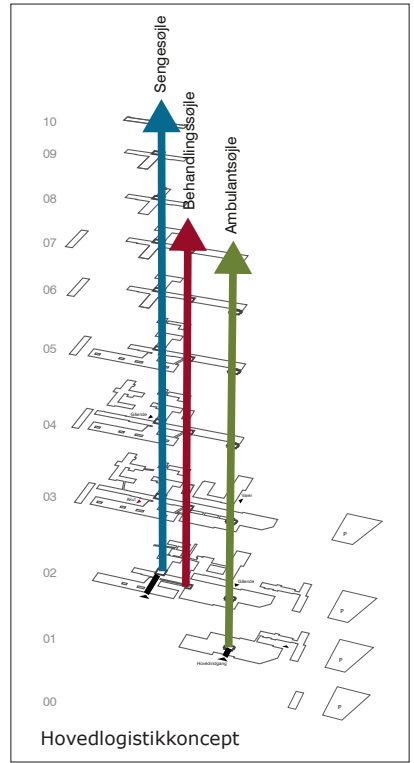
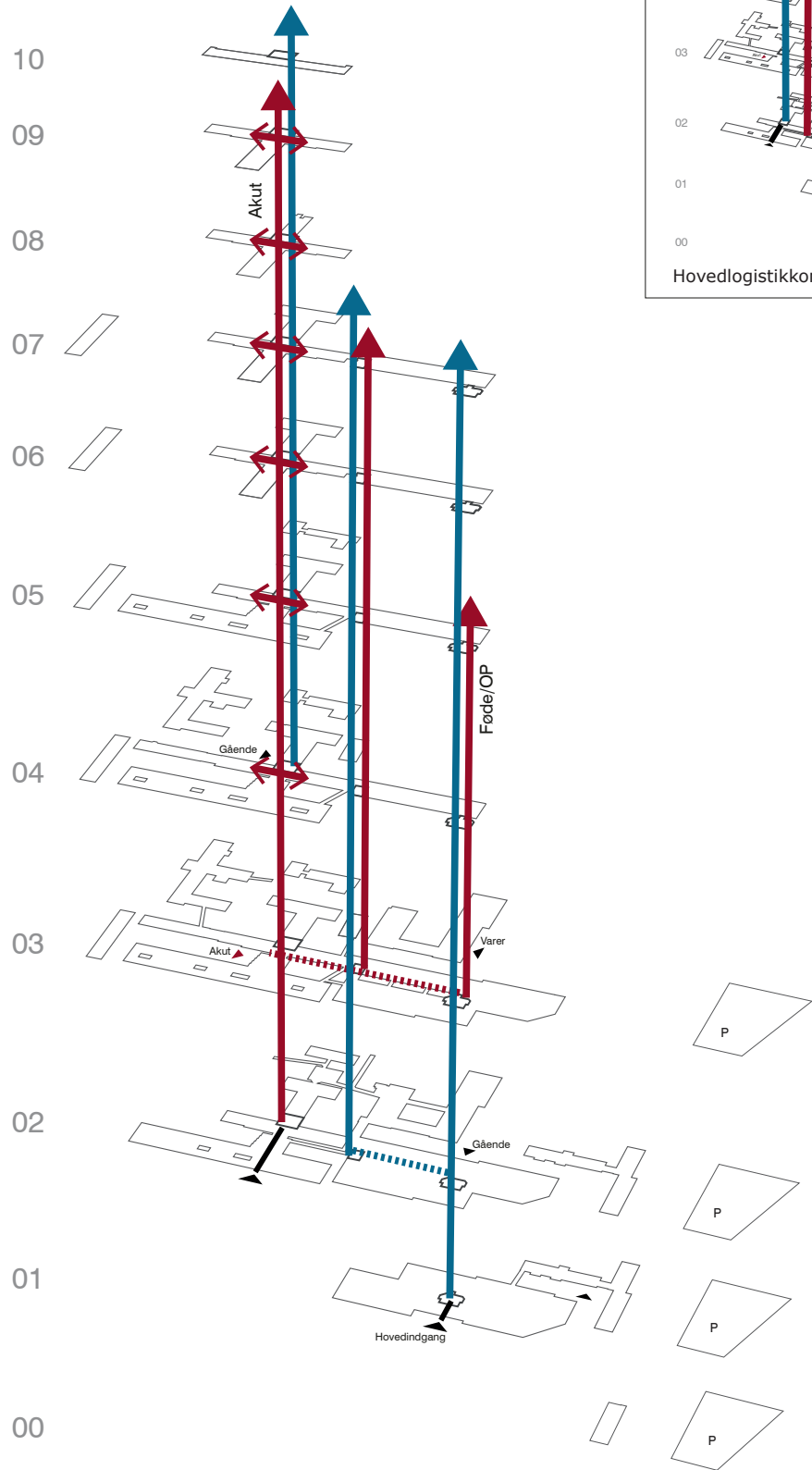
- Samle ambulante behandlingstilbud, dagkirurgi, dagafsnit og ambulatorier i den østvendte bygningsmasse med den eksisterende hovedindgang som primær adgangsvej tæt på parkeringshuset.
- Etableres en akut-søjle med sengeafdelingerne incl. intensiv og akutmodtagelsen som omdrejningspunkt i vestblokken, med direkte adgang fra traume- og akutmodtagelsen til den centrale operationsgang.
- At samle ambulatoriefunktionerne, hvilket giver en øget fleksibilitet og en bedre udnyttelse af faciliteterne samtidig med at udviklingsmulighederne i ambulante behandling fremtidssikres.
- Principielt at placere senge og ambulatorier for hvert speciale i forlængelse af hinanden på samme etage.
- At sikre ensengsstuer til størstedelen af de indlagte patienter

For at skabe fleksibilitet i byggeriet indtænkes standardisering i rumdimensionering og indretning for hermed at implementere genkendelighed og sikkerhed i de forskellige afsnit.

Med den skitserede logistik vil hospitalet fremstå med klare, logiske patientflow, som er adskilte i en akutsøjle, en ambulantsøjle og i en elektiv søjle. Bygningsstrukturen vil derved understøtte en optimeret drift i de forskellige faglige fællesskaber til gavn for patienter, pårørende og personale.

LOGISTIKDIAGRAM

- Gående
- Sengetransport
- ⋯ Kunstgang
- ▶ Indgange



4.2.2 Fremtidig logistik og funktionel bygningsstruktur

Generalplanen anviser overordnet en bygningsudvidelse over den nye akutbygning i plan 05, som en fuld etage overbygget med et sengetårn i plan 06 til 09. Derudover skal råhusarealet i bygning 15 anvendes til ny personalekantine og det fraflyttede skadestueareal/kantineområde i bygning 01 på plan 02 anvendes til udvidelse og samling af billeddiagnostik og klinisk fysiologi.

Kliniske specialer

Akutmodtagelsen

Akutmodtagelsen er samlet i bygningen 15 med stor nærhed til dels de overliggende sengeafdelinger (incl. Intensiv) på plan 5 til 9 og dels til Børneafdelingen og den centrale operationsgang.

Bygning 15 rummer i plan 03 (i samme plan som den centrale operationsgang og billeddiagnostikken) triage, modtage- og behandlingsrum, traume- og dekontamineringsfaciliteter.

I plan 04 findes akutmodtagelsens senge med en enhed for børn i tæt tilknytning til Børneafdelingen og med direkte elevatorforbindelse til de oven liggende sengeafsnit.

Medicinsk afdeling

Medicinsk afdelings subspecialer placeres efter nærhedsbehov og funktionskrav etagevist i bygning 02 og i det nye sengetårn, med udgangspunkt i samplacering af senge og ambulatorier i plan 06 i tæt tilknytning til Klinisk Biokemisk Afdeling og med de resterende senge over akutmodtagelsen. Der er god nærhed til det nye intensivafsnit i plan 05. På etagen er også hjerte- og lungeklinikken placeret. De resterende senge og kliniske kontorer er beliggende i plan 07. Alle de medicinske funktioner er således centreret ret over akutmodtagelsen med interne trappe/elevatorforbindelse.

Den eksisterende dialyseafdeling i bygning 8 udvides i de tidligere medicinske kontorarealer. Det er efterprøvet, at arealerne kan rumme de ekstra dialysepladser. Placeringen af dialyseafsnittet kan evt. ændres i løbet af gennemførelsen af generalplanen. Her vil det være en mulighed at placere afsnittet mere klinisknært i bygning 01 plan 07.

Børneafdelingen

Børneafdelingen forbliver i sin nuværende placering i plan 4, med egen indgang fra nord og med adgang til legeplads. Afdelingen har tæt forbindelse til akutmodtagelsen og neonatal-afsnittet vil komme til at ligge dør om dør med barselssengene.

Fødegang/Gynækologisk/Obstetrisk afdeling

Fødegangen forbliver i sin nuværende placering på plan 05 i bygning 01 sammen med Obstetriske ambulatorie, herved opnås en stor synergi i samarbejdsfladen de to funktioner imellem. Lige under på plan 04 er de tilhørende senge samt gynækologisk ambulatorie samlet. Obstetrikken og fødegangen opnår herved en stor nærhed til dels akutstuen på den centrale operationsgang til kejsersnit og dels stor nærhed mellem neonatale børnesenge og barselssengene.

Intensiv

Der opføres et nyt intensiv afsnit. Afsnittet er placeret i plan 05 i bygning 15 i tæt forbindelse med akutmodtagelsen og Børneafdelingens neonatale afsnit. Der er direkte elevatorforbindelse mellem akutmodtagelsen, den centrale operationsgang og intensiv afsnittet.

Anæstesi

Anæstesikontorerne er placeret centralt på plan 03 i bygning 01 i umiddelbar nærhed til de to operationsafsnit og intensiv. Anæstesitilsynet er placeret sammen med blodprøvetagningen på plan 02 i bygning 01 mellem de to afsnit.

Kirurgisk og Ortopædkirurgisk afdelinger

De kirurgiske og ortopædkirurgiske senge er placeret i plan 08 og 09 i bygning 02 og delvist i det nye sengetårn på plan 08 som en del af den samlede sengepool. De to ambulatorier placeres i plan 01 og 02 i bygning 13 med meget nær adgang til det nye dagkirurgiske afsnit, der etableres i det bygning 01 plan 01. Ambulatorieområdet vil også indeholde øre/næse/hals specialisterne. Øre-Næse-Hals samt øjenklinikken.

Central operationsgang og skopienhed

Den centrale operationsgang og skopienheden moderniseres og udvides ind i det fraflyttede intensivafdelingsareal i bygning 01 plan 03. Skopienheden og operationsgangen kan ved samlokaliseringen være fælles om et akutberedskab.

Dagkirurgisk afsnit

Der etableres et nyt dagkirurgisk afsnit med egen opvågning. Dagkirurgiskafsnit ligger i bygning 01 i plan 01 lige ved siden af den ambulante hovedindgang i umiddelbar nærhed til de kirurgiske ambulatorier. Der er elevatorforbindelse mellem den centrale operationsgang og dagkirurgien. Det er vist, at alle operationsstuer kan opnå dagslys.

Servicefunktioner

Vagtværelser

Vagtværelser indrettes i bygning 02 plan 03 i direkte forbindelse med akutmodtagelsen og den centrale operationsgang.

Klinisk biokemi

Klinisk Biokemisk afdeling er fortsat placeret centralt i bygning 02 i plan 06 med let adgang til akutmodtagelsen og øvrige afsnit. Der er etableret rørpostforbindelse til blodprøvetagning og akutmodtagelsen. Blodprøvetagningen etableres i etape 1 ved den ambulante indgang i bygning 1 på plan 2 sammen med anæstesitilsynet og med fælles reception og venteområde med til billeddiagnostikken.

Patologi

Der er i 2011 foretaget en til-og ombygning af Patologisk Institut på Regionshospitalet Randers. Der planlægges ikke yderligere udvidelse.

Fysio-og ergoterapi

Der forventes en vis decentralisering af aktiviteterne når de nye sengeafdelinger med ene-stuer og træningsfaciliteter etableres, øvrige funktioner så som træningssale, hjælpemiddeldepot og kontorer placeres i bygning 08 plan 04.

Billeddiagnostik og Klinisk Fysiologi

Billeddiagnostikken har behov for et øget scannerareal. Klinisk Fysiologisk afdeling ligger i dag uhensigtsmæssigt på plan 05 løsrevet fra billeddiagnostisk afdeling. Klinisk Fysiologisk afdeling samles med billeddiagnostikkens scannermodaliteter på plan 02 i bygning 01 på etagen under den eksisterende billeddiagnostik.

Sterilcentral

I fase 1 vil sterilcentralen blive ombygget og udvidet ind i de tilstødende omklædnigarealer i bygning 01 plan 02.

Kontorer, undervisning og forskning

Disse funktioner er arealmæssigt udlagt sammen med specialernes ambulatorier. Der er således indlagt en stor fleksibilitet i udnyttelsen af begge funktioner.

Tekniske arealer

Teknikrum og føringsveje

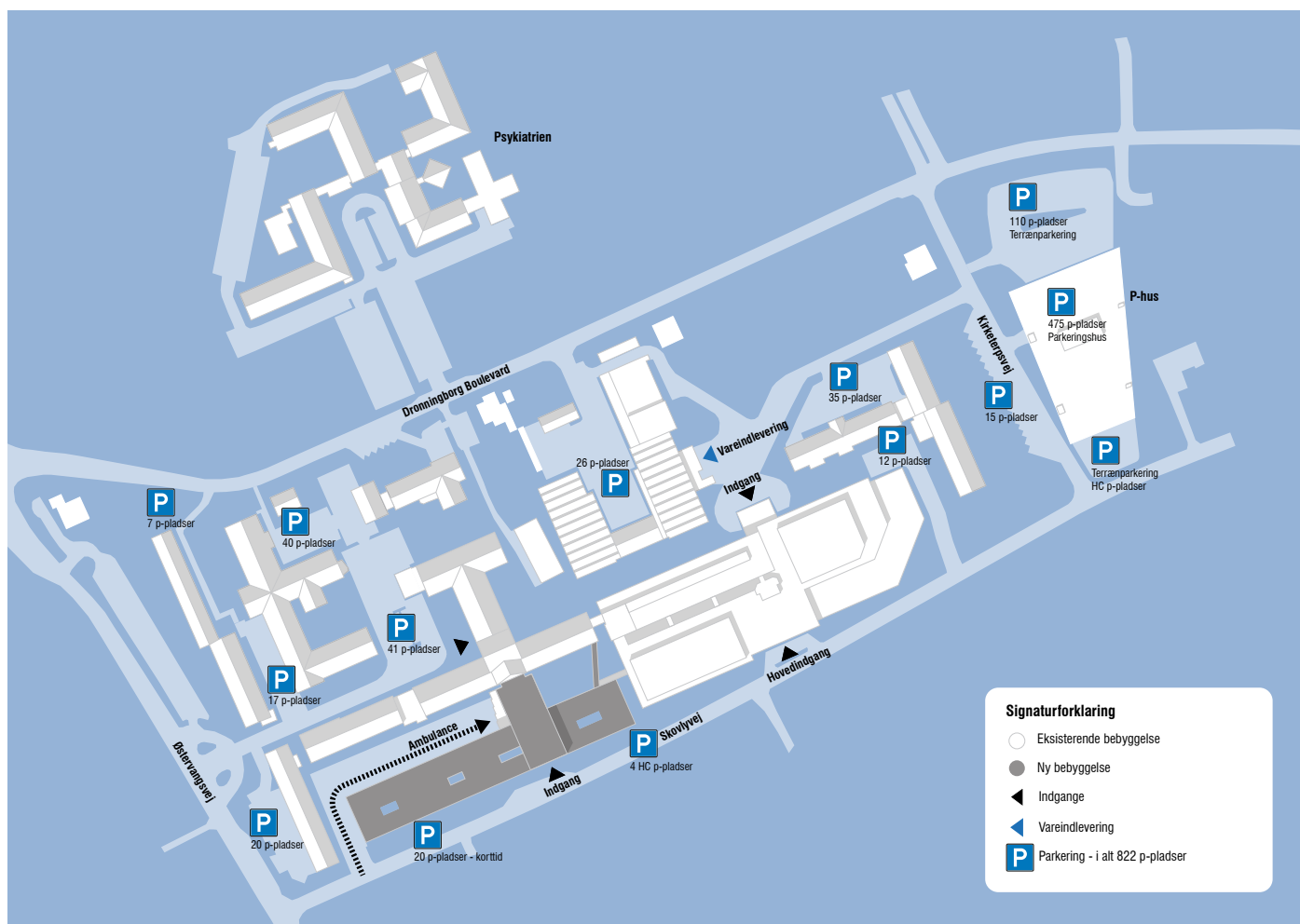
Overordnet er føringsvejeskakte og decentrale etageplacerede mindre teknikrum indeholdt i afdelingens brutto/netto-faktor 1,7. Større teknikrum er indeholdt i brutto/netto-faktor 2 ved nybyggeri.

Der er i Generalplanen afsat 70 mio. til opdatering af de overordnede tekniske anlæg i forhold til eksempelvis hovedforsyninger.

4.2.3 Ekstern trafiklogistik

Den eksterne trafiklogistik med separation af ambulancetransport til akutmodtagelsen og kørsel til Teknisk Afdeling, Serviceafdelingen, Kapel, vareaflevering og affaldshåndtering fastholdes.

For at skabe en bedre wayfinding for gående fra P-huset til ambulansfunktionernes hovedindgang er der i Generalplanen indlagt en omdisponering af de udvendige arealer mellem Skovlyvej og Kirketerpsvej



4.2.4 Lokalplansrelaterede forhold

I forbindelse med Masterplan 2009 blev der udarbejdet en ny lokalplan, i forhold til det daværende skitserede anlægsprojekt. Den planlagte udbygning af Regionshospitalet Randers havde et større omfang end den daværende lokalplan omfattede.

Den nye lokalplan omfatter byggefelter (nr. 1 – 4), samt mulighed for en yderligere udbygning ved benyttelse af byggefelterne nr. 5 – 7. Den nye lokalplan omfatter både matriklerne for hospitalet og psykiatrisk afdeling, og inkluderer dermed en mulig udbygning af sidste nævnte. I lokalplanen er der afsat en udvidelsesramme (højder, placering og arealer) for de angivende byggefelter, som de fremtidige udvidelser skal holde sig indenfor.

Denne generalplans anbefaling for udvidelse af hospitalsstrukturen opererer indenfor den tidligere masterplan og lokalplans anvisninger - byggefelt 2 og 4 og der kræves derfor ikke justeringer er i forhold til udviklingsplanen.

Gældende planer:

Lokalplan 534

Udvidelse af Regionshospitalet Randers

Kommuneplantillæg 103

til Kommuneplan 2009



Illustration fra Lokalplan 534 - Udvidelse af Regionshospitalet Randers – der illustrerer de disponerede byggefelter.

5. Dimensionering og arealer

5.1 Generelt om arealstandarder

Generalplanens arealberegning tager sine forudsætninger fra "Fremskrivning af aktivitet og dimensionering af kapacitet 2025" udarbejdet af Lohfert & Lohfert i samarbejde med Regionshospitalet Randers. Dimensioneringen af de enkelte specialiteter er beregnet på grundlag af en kapacitetsfremskrivning af hospitalets aktiviteter frem til 2025. De enkelte afdelings dimensionering beregnes ud fra behovet for etablering af primære rum som operationsstuer, sengestuer, ambulatorier mv. Med primærrummet følger en arealstandard der udover primærrummet skal indbefatte supportrum til funktionen (skyllerum, rent depot, medicinrum, toiletter mv.). Arealstandarderne for funktionerne er tilpasset de regionale anbefalinger om arealstandarder ved de nye store sygehusprojekter.

En arealstandard angiver en primær funktionsenheds f.eks. en seng eller en operationsstues nettoareal incl. andel i birum.

Den overordnede brutto/netto-faktor (b/n) er i disse retningslinjer fastsat til 2. Brutto/netto faktoren på de enkelte afdelinger anbefales til 1,7 og de øvrige til 0,3 til teknik og logistik. Disse beregninger og standarder danner grundlaget for at arealrammen kan respekteres i den beskrevne struktur.

Brutto / netto faktoren indeholder ydervægge, skillevægge, teknikarealer og korridorer. Ved ombygning anvendes faktor 1,7 på afdelingsniveau, da hovedfærdselsåre, teknikskakte og større teknikrum allerede er etablerede. Ved nybygning anvendes en højere faktor, da der her skal etableres nye trafikcentre, nye teknikarealer og nye hovedfærdselsåre. I Generalplanen er der brugt brutto/nettofaktor for nybyggeri på 2.

Eksempler på de anvendte arealstandarder er anvist i skemaet nedenfor. Se bilag 9.2 for uddybelse af arealstandarderne.

Arealstandarder	kvm - netto
Senge	35
Intensivsenge	50
Dialyse	23
Undersøgelsesrum	30
Døgnplads (voksenpsykiatri)	30
Specialundersøgelsesrum	50
Dagkirurgi	110
OP-stuer	120
Skopirum	70
Præ- og postoperative pladser	16
Billeddiagnostik	90
Fødestuer	70
Leder	10
Kontorer	7
Fælles	7
Konference	75

5.2 Funktionsområdernes fremtidige arealbehov

Der er i forbindelse med Generalplanen udarbejdet en status over hospitalets nuværende netto- og bruttoarealer. Denne udredning er udarbejdet på baggrund af det eksisterende tegningsmateriale for den samlede bygningsstruktur for Regionshospitalet. Opgørelsen er fordelt på hovedfunktioner samt arealer til tværgående logistik, teknik og kælderarealer. Hospitalets samlede arealopgørelse for de eksisterende forhold på matriklen er ca. 82.000 m² brutto, hvoraf ca. 67.000 m² er hoved-funktions-bruttoareal og ca. 15.000 m² er tværgående trafik- og teknikareal. Hospitalets samlede brutto/netto faktor ca. 2,08 og funktions-brutto/netto faktoren ca. 1,7.

På baggrund af fremskrivningen samt visionen for den kliniske struktur, viste overslaget for den første dimensionering, at gennemførelsen ville koste ca. 1,1 mia. eksklusiv teknisk istandsættelse. En justering og tilpasning til investeringsplanen samt generel hensyntagen til økonomien i Region Midtjylland har medført en skalering, så den samlede økonomi i stedet er endt på 745 mio. kr. inkl. tekniske projekter.

Der er i processen udført en beregning af kapacitets- og arealbehov baseret på det tidligere beskrevne i kapitlerne under 3.2 forudsætninger - patientgrundlag, bemanning, udnyttelsesgrader samt arealstandarder. For nogle funktioner som fx laboratorier, akutmodtagelse, skadestue og lægevagt samt inden for serviceområder er den nuværende kapacitet vurderet tilstrækkelig og vil videreføres uden omstrukturering. Beregningen og egnethedsvurderingen viser, at der er behov for at øge det øvrige kliniske areal. Det øgede arealkrav beror både på forventet øget aktivitet i de ambulante-, kirurgiske- og billeddiagnostiske funktioner, samt ved omlægning af flersengsstuer til en sengstue med eget bad og toilet. Dertil er arealerne for alle funktioner generelt beregnet ud fra de gældende arealstandarder jf. kvalitetsfundsprojekterne.

For de fremskrevet kliniske funktioner er det samlede bruttoarealbehov beregnet til ca. 38.200 m². Det nuværende disponible areal er ca. 32.300 m² fratrukket de arealer, der vurderes uanvendelige til formålet pga. eksempelvis manglende dagslys, manglende tunnelforbindelser etc. Dette medfører en tilvækst på 5.900 m² for håndtering af hospitalets forventede kliniske aktiviteter. Arealtilvæksten skal øges med teknik/logistikfaktoren 0,3, hvilket giver et areal på ca. 6.900 m². Samlet set vil Regionshospital Randers på baggrund af fremskrivning og korrigerende faktorer med Generalplanen forøges til et samlet areal på ca. 88.900 m².

Der er udarbejdet en vurdering af de enkelte funktions egnethed indenfor den eksisterende bygningsstruktur, heraf følger at den gældende arealstandard kan variere.

Generalplanen anviser, som resultat af disse vurderinger, en samlet udvidelse på ca. 6.900 m², som primært repræsenterer omlægning af sengene. Tilvækster i øvrige områder optages via udvidelser i frigjorte arealer.

De enkelte funktionsområdernes arealbehov beregnes ud fra fremskrivningens antal primærrum jf. fremskrivningen:

Rumantal x Arealstandard x brutto/nettofaktor = Arealbehov

Arealoversigt			
Funktion	Areal	B/N	Areal i alt (m²)
Medicinsk afd.	5.840	1,7	9.928
Kirurgisk afd.	1.657	1,7	2.817
Orthopædkirurgisk afd.	1.757	1,7	2.987
Gyn./Obst. afd.	1.727	1,7	2.936
ØNH/Øjen afd.	700	1,7	1.190
Pædiatrisk/Neo. afd.	1.214	1,7	2.064
Neonatal	385	1,7	655
Fys./Ergo afd.	593	1,7	1.008
Urologisk afd.	215	1,7	366
Intensiv afd.	635	1,7	1.080
Anæstesi afd.	490	1,7	833
Stationær kirurgi	1.320	1,7	2.244
Endoskopi	560	1,7	952
Dagkirurgi	1.320	1,7	2.244
Opvågning	298	1,7	507
Opvågning (dagkirurgi)	560	1,7	952
Billeddiagnostik	1.618	1,7	2.751
Mammografi	90	1,7	153
Klinisk Fysiologi/nukl.	653	1,7	1.110
Føde afd.	420	1,7	714
Dialyse	407	1,7	692
I alt	22.459	1,7	38.180
Eksisterende klinisk areal		1,7	32.300
Tilvækst afdelingsbrutto		1,7	5.880
Teknik/logistikareal		0,3	1.038
Nyt bruttoareal		2,0	6.918

Arealoversigt for de kliniskefunktioner efter fremskrivningen for Regionshospitalet Randers

Stationære sengeafsnit

Første fase for omlægningen af de stationære sengeafsnit fra flersengsstuer til 1-2 sengsstuer ligger i etape 4, hvor der etableres nybygning for udvidelse af kapaciteten. I etaperne 7-8 ombygges bygning 02 til 1-2 sengsstuer. Der foretages ingen ombygning i plan 04 i forhold til børneafdelingen. Illustrationerne på modstående side belyser, hvordan en etage kan indrettes når der gennemføres en sengeomlægningen med en kombination af 1- og 2-sengsstuer.

Senge				
Funktion	Antal primærrum	Arealstandard	Brutto/netto	Areal
Medicinsk afd.	119	35	1,7	7.081
Kirurgisk afd.	30	35	1,7	1.785
Orthopædkirurgisk afd.	28	35	1,7	1.666
Gyn./obst. afd.	22	35	1,7	1.309
ØNH/Øjen afd.	2	35	1,7	119
Pædiatrisk/neo. Afd.	20	35	1,7	1.190
Neonatal	11	35	1,7	655
				13.804

Intensiv

Ifølge fremskrivningen vil der blive et øget behov for intensivsenge. Et behov, der ikke kan indfries med den nuværende placering mellem den centrale operationsgang og Billeddiagnostisk Afdeling. Derfor planlægges i etape 4 et nyt intensivafsnit, placeret i den nybygning der etableres oven på akutbygningen med en logistikstruktur, der skaber kort afstand til både akutmodtagelsen og den centrale operationsgang.

Intensiv afd.				
Funktion	Antal primærrum	Arealstandard	Brutto/netto	Areal
Leder	1	10	1,7	17
Konference	1	75	1,7	128
				145
Anæstesi. afd.				
Funktion	Antal primærrum	Arealstandard	Brutto/netto	Areal
Undersøgelsesrum	1	30	1,7	51
Specialundersøgelsesrum	2	50	1,7	170
Leder	4	10	1,7	68
Kontorer	29	7	1,7	345
Fælles	6	7	1,7	71
Konference	1	75	1,7	128
				833

Ambulatorier og kontorer

Ambulatoriefunktioner og kontorer er specialevist placeret samlet, tæt ved de tilhørende sengeafdelinger med let adgang fra den ambulante hovedindgang. Herved opnås en stor fleksibilitet for fremtidig omlægning af behandlingsmetoder.

Medicinsk afd.				
Funktion	Antal primærrum	Arealstandard	Brutto/netto	Areal
Undersøgelsesrum	23	30	1,7	1.173
Specialundersøgelsesrum	4	50	1,7	340
Leder	8	10	1,7	136
Kontorer	59	7	1,7	702
Fælles	31	7	1,7	369
Konference	1	75	1,7	128
				2.848
Urologisk afd.				
Funktion	Antal primærrum	Arealstandard	Brutto/netto	Areal
Undersøgelsesrum	3	30	1,7	153
Specialundersøgelsesrum	1	50	1,7	85
Konference	1	75	1,7	128
				366

Børneafdelingens ambulatorier og kontorer

Børneafdelingens ambulatoriefunktion samt de tilhørende kliniske kontorer samles ved det eksisterende pædiatrisk sengeafsnit. Dette skaber en stærk funktionelrelation mellem aktiviteterne og herved opnås en stor fleksibilitet for fremtidig omlægning af behandlingsmetoder.

Pædiatrisk/neo. afd.				
Funktion	Antal primærrum	Arealstandard	Brutto/netto	Areal
Undersøgelsesrum	4	30	1,7	204
Specialundersøgelsesrum	2	50	1,7	170
Leder	3	10	1,7	51
Kontorer	21	7	1,7	250
Fælles	6	7	1,7	71
Konference	1	75	1,7	128
				874

Gynækologisk og obstetrisk ambulatorie

Gynækologi og Obstetrik samles med fødestuerne og i umiddelbar nærhed til Neonatal og resten af Børneafdelingen og tæt ved de tilhørende sengeafdelinger.

Gyn./Obst. afd.				
Funktion	Antal primærrum	Arealstandard	Brutto/netto	Areal
Undersøgelsesrum	11	30	1,7	561
Specialundersøgelsesrum	2	50	1,7	170
Leder	6	10	1,7	102
Kontorer	26	7	1,7	309
Fælles	30	7	1,7	357
Konference	1	75	1,7	128
				1.627

Fødestuer

Fødestuernes fremskrivning ændrer ikke den nuværende kapacitet, men for at opnå fleksibilitet for eventuelle fremtidig omlægninger af aktiviteter, samles funktionen med obstetrisk ambulatorium.

Føde afd.				
Funktion	Antal primærrum	Arealstandard	Brutto/netto	Areal
Fødestue	6	70	1,7	714
				714

Dialyse

Dialysen udvides med to pladser i den nuværende lokalisering. Det er muligt, hvis det vurderes at være mere hensigtsmæssigt for driften at etablere dialysefunktionen samlet i bygning 01 på plan 07 - dette vil fordrer en øget investering på ca. 11 mio. kr.

Dialyse				
Funktion	Antal primærrum	Arealstandard	Brutto/netto	Areal
Dialyserum	14	23	1,7	547
Leder	1	10	1,7	17
Konference	1	75	1,7	128
				692

Dagkirurgi

Den dagkirurgiske funktion etableres med fysisk nærhed til den kirurgiske ambulante funktion, hvilket skaber en funktionel og logisk relation driftsmæssigt mellem de to ambulante funktioner. Derved understøttes begrebet om det kirurgiske center. Dagkirurgien ligger, som en selvstændig enhed i relation til den centrale operationsgang, men forbundet via et vertikalt trafikcenter. Dagkirurgien samles med Øre-Næse-Hals klinikken og øjen-operationsfaciliteter.

Dagkirurgi				
Funktion	Antal primærrum	Arealstandard	Brutto/netto	Areal
Operationsrum	11	120	1,7	2.244
				2.244
Opvågning (dagkirurgi)				
Funktion	Antal pladser	Arealstandard	Brutto/netto	Areal
Opvågning	35	16	1,7	952
				952



Operation og Skopienhed

Den eksisterende operationsgang er velfungerende - men qua fremskrivningen, vil der blive behov for 4 ekstra operationsstuer med tilhørende opvågningspladser. Skopienheden, som ligger sammen med den centrale operationsgang, er fremskrevet med 2 stuer. Operationsgangen og skopienheden udvides ind i det tidligere intensivområde på niveau 03 i etape 5.

Stationær kirurgi				
Funktion	Antal primærrum	Arealstandard	Brutto/netto	Areal
Operationsrum	11	120	1,7	2.244
				2.244
Endoskopi				
Funktion	Antal primærrum	Arealstandard	Brutto/netto	Areal
Endoskopirum	8	70	1,7	952
				952
Opvågning				
Funktion	Antal pladser	Arealstandard	Brutto/netto	Areal
Opvågning	18	16	1,7	490
Leder	1	10	1,7	17
				507



Kirurgiske ambulatorier og kontorer

Ambulatoriefunktionen og kontorer er placeret samlet, med let adgang fra P-huset. Det kirurgiske ambulatorium er disponeret med fysisk nærhed til de dagkirurgiske operationsfaciliteter, hvilket skaber en funktionel og logisk relation driftsmæssigt mellem de to ambulante funktioner.

Kirurgisk amb.				
Funktion	Antal primærrum	Arealstandard	Brutto/netto	Areal
Undersøgelsesrum	6	30	1,7	306
Specialundersøgelsesrum	1	50	1,7	85
Leder	5	10	1,7	85
Kontorer	24	7	1,7	286
Fælles	12	7	1,7	143
Konference	1	75	1,7	128
				1.032
Orthopædkirurgisk afd.				
Funktion	Antal primærrum	Arealstandard	Brutto/netto	Areal
Undersøgelsesrum	10	30	1,7	510
Specialundersøgelsesrum	2	50	1,7	170
Leder	5	10	1,7	85
Kontorer	26	7	1,7	309
Fælles	10	7	1,7	119
Konference	1	75	1,7	128
				1.321
ØNH/Øjen afd.				
Funktion	Antal primærrum	Arealstandard	Brutto/netto	Areal
Undersøgelsesrum	5	30	1,7	255
Specialundersøgelsesrum	5	50	1,7	425
Leder	1	10	1,7	17
Kontorer	9	7	1,7	107
Fælles	1	7	1,7	12
Konference	2	75	1,7	255
				1.071

Billeddiagnostik

Radiologien er i dag placeret på niveau 03 ved Intensiv og den centrale operationsgang med to CT-scannere på plan 02. Klinisk fysiologi er placeret i bygning 02. Billeddiagnostikken samles nu som en enhed i bygning 01 på plan 03 og 02. Ved etableringen af akutmodtagelsen i akutbygningen blev arealer på plan 02 frigjort i relation til den tidligere skadestue. Dertil flytter kantinen over i et råhusareal i akutbygningen, som er planlagt for dette. Dette frigør plan 02 for andre funktioner end de billeddiagnostiske aktiviteter og skaber mulighed for samling af funktionen. I fase 05 ombygges plan 02 for udvidelse af radiologien og etablering af klinisk fysiologi aktiviteter. Der foretages ingen ombygning af de billeddiagnostiske aktiviteter på plan 03.

Billeddiagnostik (Radiologisk funktion)*				
Funktion	Antal primærrum	Arealstandard	Brutto/netto	Areal
Konventionel røntgen	5	90	1,7	765
CT - scanner	3	90	1,7	459
MR - scanner	3	90	1,7	459
Ultralyd	3	90	1,7	459
Mamma	1	90	1,7	153
Leder	4	10	1,7	68
Kontorer	21	7	1,7	250
Fælles	3	7	1,7	36
Konference	2	75	1,7	255
				2.904

* Derudover forefindes der i FAM 3 billeddiagnostiske enheder

Billeddiagnostik (Funktioner indenfor klinisk fysiologi)				
Funktion	Antal primærrum	Arealstandard	Brutto/netto	Areal
Gamma/Spect	3	90	1,7	459
Dexa	1	90	1,7	153
Nukl. us	2	90	1,7	306
Leder	1	10	1,7	17
Kontorer	3	7	1,7	36
Fælles	1	7	1,7	12
Konference	1	75	1,7	128
				1.110

Administrative aktiviteter

Administrationskontorer og øvrige servicekontorarealer forbliver uændret i administrationsbygningen. Serviceafdelingen flytter dog fra bygning 13 til bygning 08 for frigørelse af areal til etablering af kirurgisk ambulatorier.

Palliativ team				
Funktion	Antal primærrum	Arealstandard	Brutto/netto	Areal
Leder	1	10	1,7	17
Kontorer	2	7	1,7	24
				41
Forskning				
Funktion	Antal primærrum	Arealstandard	Brutto/netto	Areal
Kontorer	2	7	1,7	24
Fælles	3	7	1,7	36
				60
Afd. f. folkeundersøg.				
Funktion	Antal primærrum	Arealstandard	Brutto/netto	Areal
Leder	2	10	1,7	34
Kontorer	16	7	1,7	190
Fælles	1	7	1,7	12
Konference	1	75	1,7	128
				330
Administration				
Funktion	Antal primærrum	Arealstandard	Brutto/netto	Areal
Leder	11	10	1,7	187
Kontorer	64	7	1,7	762
Konference	6	75	1,7	765
				1.714
Service afd.				
Funktion	Antal primærrum	Arealstandard	Brutto/netto	Areal
Leder	5	10	1,7	85
Kontorer	16	7	1,7	190
Fælles	6	7	1,7	71
Konference	1	75	1,7	128
				389

Fysio- og ergoterapi

Den fremtidige aktivitet flytter til bygning 08.

Fys./Ergo afd.				
Funktion	Antal primærrum	Arealstandard	Brutto/netto	Areal
Undersøgelsesrum	11	30	1,7	561
Specialundersøgelsesrum	3	50	1,7	255
Leder	1	10	1,7	17
Kontorer	1	7	1,7	12
Fælles	3	7	1,7	36
Konference	1	75	1,7	128
				1.008

Laboratorier

Både Patologisk Institut og Klinisk Biokemisk Afdeling har gennemgået en modernisering, og der planlægges ikke med yderligere ombygninger. For optimering af de logistiske sammenhænge og patientflows flyttes laboratoriets prøvetagningsenhed til den tidligere skadestue sammen med anæstesitilsynet. Dette etableres i etape 1.

Servicefunktioner

Arealerne i generalplanen til ikke kliniske servicefunktioner såsom køkken, vareindlevering, værksteder etc., er skønnet at have en størrelse og indretning, der kan håndtere de fremtidige funktionskrav. Sterilcentralen udvides dog for håndtering af de fremtidige kliniske aktiviteter.

6. Udbygningsplaner og faseopdeling

Generalplanen tager udgangspunkt i en fase- og etapeopdelte, langsigtet udviklingsplan, og i den indgår både nybyggeri og ombygning. Udbygningen i byggetrin tager afsæt i den politisk bestemte investeringsplan og de dermed tidsplansmæssige krav for effektivering af de nye fremskrivninger af aktiviteter og kliniske koncepter. Faserne er opdelt i 2, hvorunder der ligger flere etaper.

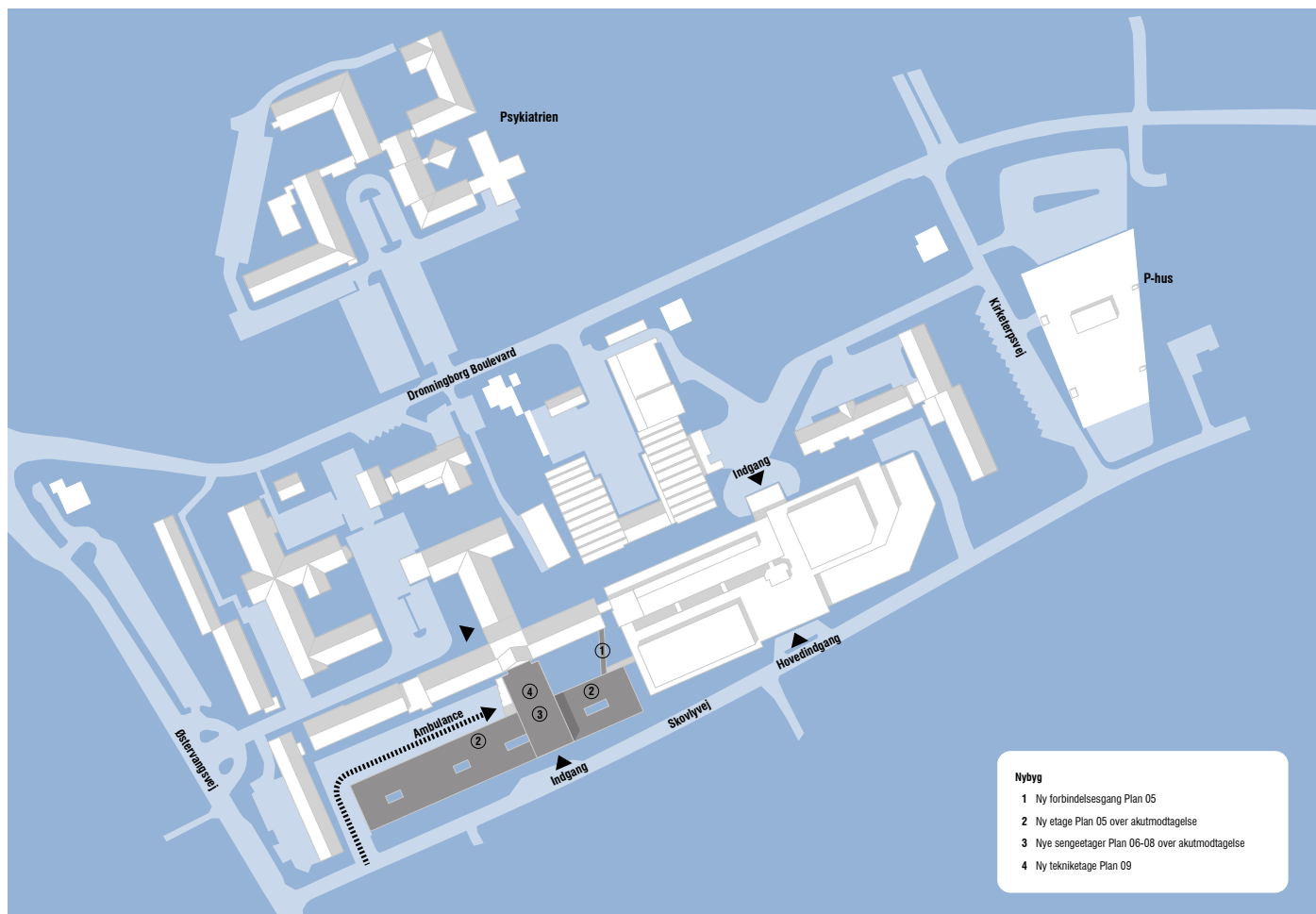
Fase 1 repræsenterer investeringsplanen frem til 2024, hvortil økonomien er konfirmeret. Fase 2 repræsenterer investeringer som kræves for at etablere den fulde udviklingsplan.

Fase 1 rummer etaperne 0-4 og Fase 2 rummer etape 5-8. Den nuværende tidsplan for de forskellige aktiviteter rummer mulighed for efter hver etape - indtil etape 6 - at stoppe op og

lave en revurdering af udviklingsplanen i relation til rækkefølge på aktiviteterne og koncepter.

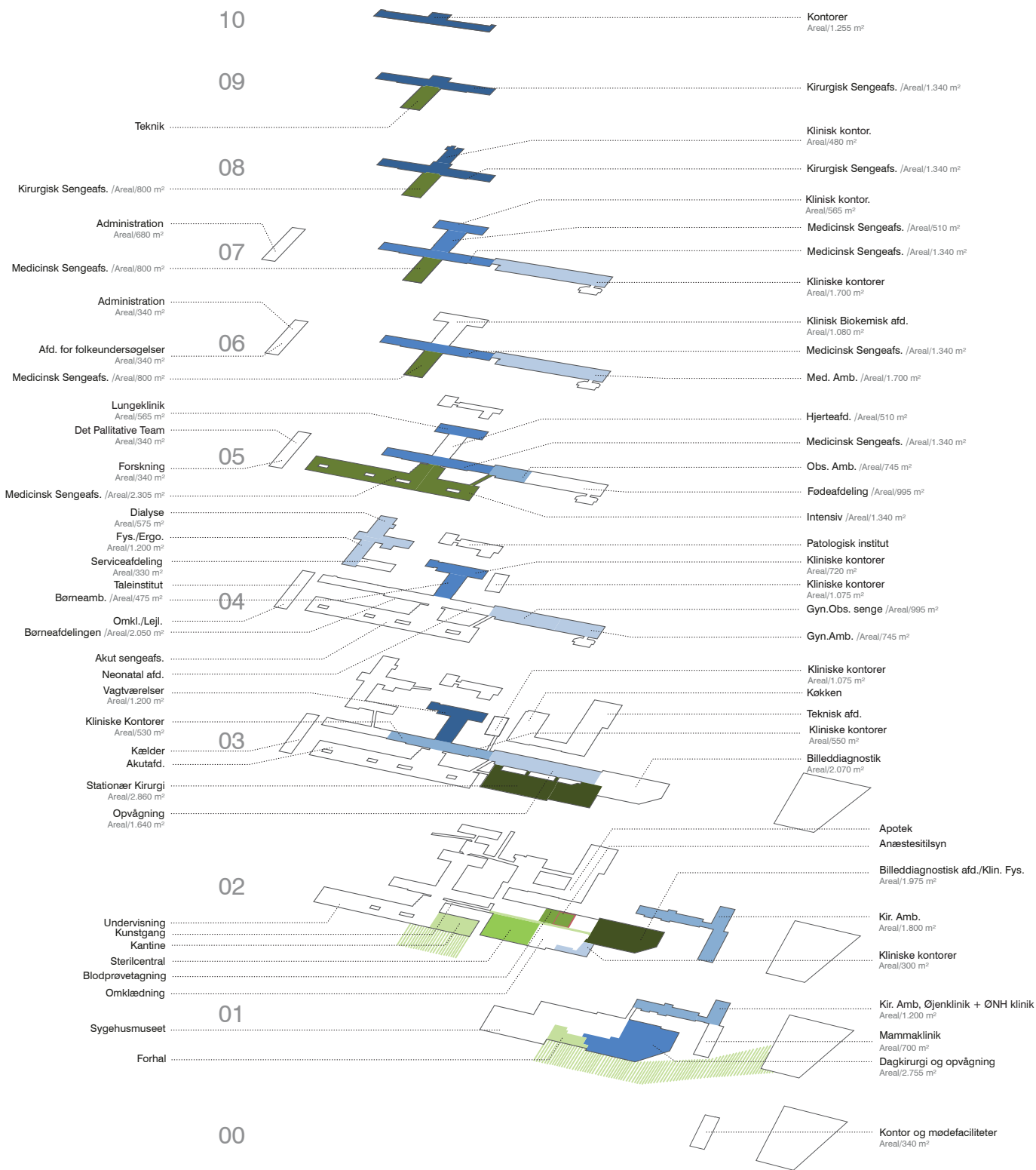
Udviklingsplanen definerer frem til indledning af etape 4 en mulighed for at gentænke koncept omkring sengestuer og ambulatorier. I etape 4 etableres nybyg for sengekapaцитet, hvilket indebærer, at denne etape også vedtager konceptet omkring sengestuer og ambulatorier samt samspillet herimellem.

Ved etape 6 indledes ombygning, for etablering af kirurgiske ambulatorier, i bygning 13, hvilket her indebærer at denne etape vedtager konceptet for samspillet mellem de kirurgiske specialer. Ved ændringer af disse parametre, skal der udarbejdes en ny udviklingsplan, der beskriver de nye forudsætninger.



BYGGEFASER

- | | |
|--|--|
| Fase 1 | Fase 2 |
| ● Etape 0 | ● Etape 5 |
| ● Etape 1 | ● Etape 6 |
| ● Etape 2 | ● Etape 7 |
| ● Etape 3 | ● Etape 8 |
| ● Etape 4 | |



Byggetrin - Fase 1

Etape 0

Som opstart på Fase 1 etableres i etape 0 fornyelse af adkomsten fra P-huset til de 2 hovedindgange, samt fornyelse af forhallen og kunstgangen i bygning 01 for derved at understøtte tilgængelighed og way-finding, hvilket vil skabe tryghed for brugerne af huset.

Etape 1

Etape 1 omfatter ombygning og udvidelse af sterilcentralen med henblik på dels at kunne håndtere det øgede flow og dels for at forbedre klimaforholdene (luftfugtighedsovervågning m.m.) og muliggøre forbedrede arbejdsgange. Derved fremtidssikres den også ift. de efterfølgende etaper.

Etape 2

Etape 2 omfatter etablering af nye blodprøvetagning og anæsthesitilsyn på plan 02 i bygning 01. Funktionerne placeres samlet i den forhenværende skadestue tæt ved hovedindgangen samt med den tidligere akutadgang. Denne vil fungere, som elektiv adgang til de ny etablerede funktioner.

Etape 2a

Etape 2a omfatter teknisk opgradering af Regionshospitalet, som er nødvendig i relation til understøttelse af de kliniske aktiviteter.

Etape 3

Etape 3 omfatter nybyggeri, der opføres over den eksisterende Akutafdeling. Bygningen rummer 1 sengsstuer og intensivstuer samt forbindelsesgang til trafikcenter på plan 05 til bygning 01 for hurtig adgang fra Intensiv til OP. Denne etape giver mulighed for senge-udtynding i eksisterende sengeafdelinger.

Etape 4

Etape 4 omfatter ombygning af plan 02 i bygning 01, for etablering af Klinisk Fysiologisk Afdeling, samt etablering af 4 nye OP-stuer og 2 nye Skopistuer på plan 03 i bygning 01.

Byggetrin - Fase 2

Etape 4a

Etape 4a omfatter en fase 2 af den tekniske opgradering af Regionshospitalet.

Etape 5

Etape 5 omfatter ombygninger i bygning 01 og 08. Bygning 01 - plan 02/07 ombygning af kontorfaciliteter. Bygning 01 - plan 03 udvides og ombygges opvågningen. Bygning 01 - plan 04 ombygges for gynækologiske og obstetriske senge samt gynækologisk ambulatorium. Bygning 01 - plan 06 ombygges til medicinsk ambulatorium. Bygning 08 - plan 04 ombygges til etablering af faciliteter Fys./ergo. og udvidelse af Dialysen med 2 pladser. Det er muligt, hvis det vurderes at være mere hensigtsmæssigt for driften at etablere dialysefunktionen samlet i bygning 01 på plan 07 - dette vil fordre en øget investering på ca. 11 mio. kr. Serviceafdelingen flyttes.

Etape 6

Etape 6 omfatter ombygninger i bygning 01, 02 og 13. Bygning 01 - plan 05 ombygning til etablering af obstetriske ambulatorier. Bygning 02 - plan 03 ombygning af kontorfaciliteter. Bygning 02 - plan 04 ombygges for pædiatrisk ambulatorier. Bygning 13 - plan 01/02 ombygges for etablering af kirurgisk ambulatorium.

Etape 7

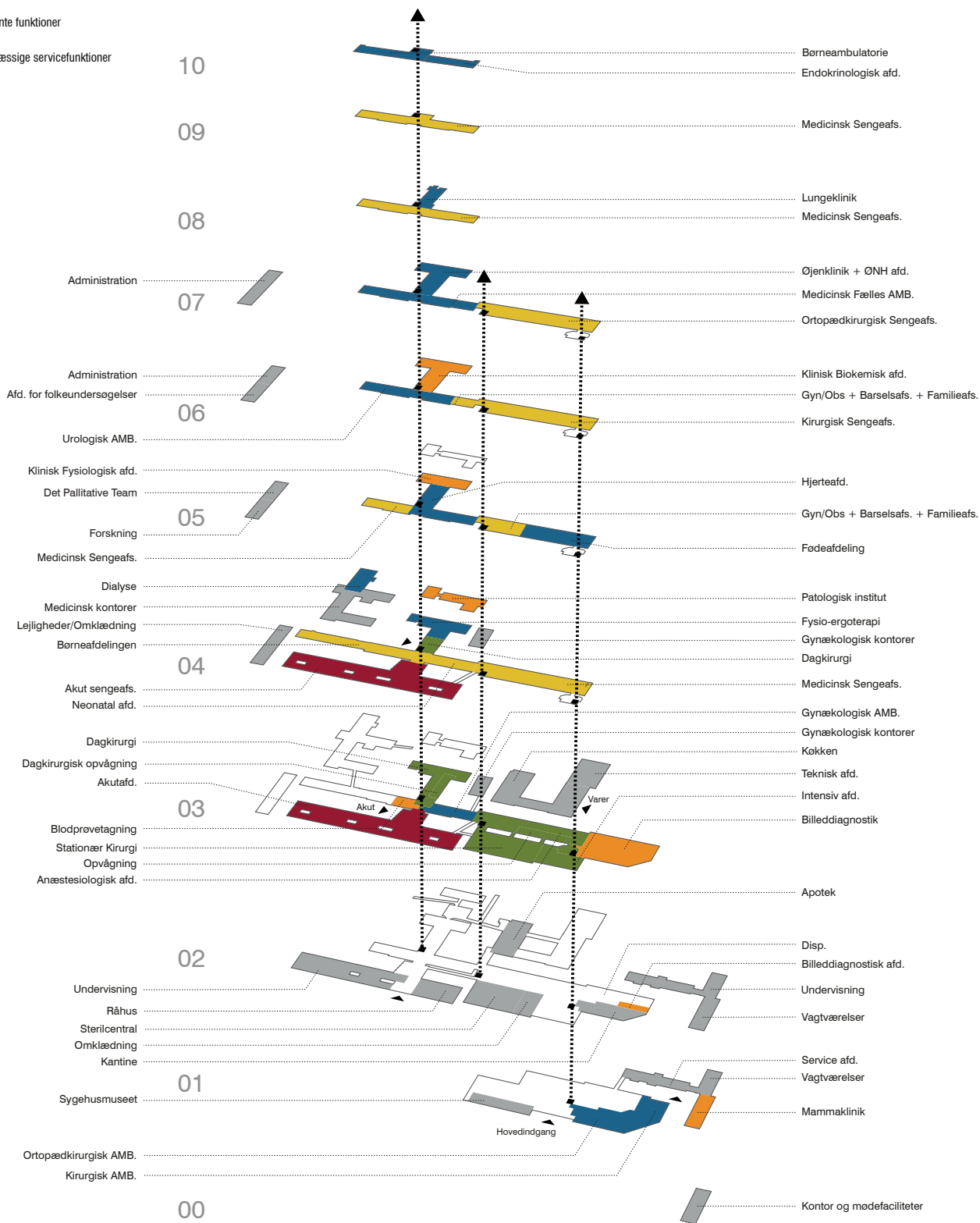
Etape 7 omfatter ombygninger i bygning 01, 02. Bygning 01 - plan 01 ombygning af fraflyttede arealer til dagkirurgiens faciliteter. Bygning 02 - plan 05 ombygning af fraflyttede arealer til medicinsk ambulatorium. Bygning 02 - plan 05-07 ombygning af fraflyttede arealer til sengeafsnit.

Etape 8

Etape 8 omfatter ombygninger i bygning 02. Plan 03 ombygning af fraflyttede arealer vagtværelser. Plan 08 ombygning af fraflyttede arealer til sengeafsnit og kontorfaciliteter. Plan 09 ombygning af fraflyttede arealer til sengeafsnit. Plan 09 ombygning af fraflyttede arealer til kontorfaciliteter.

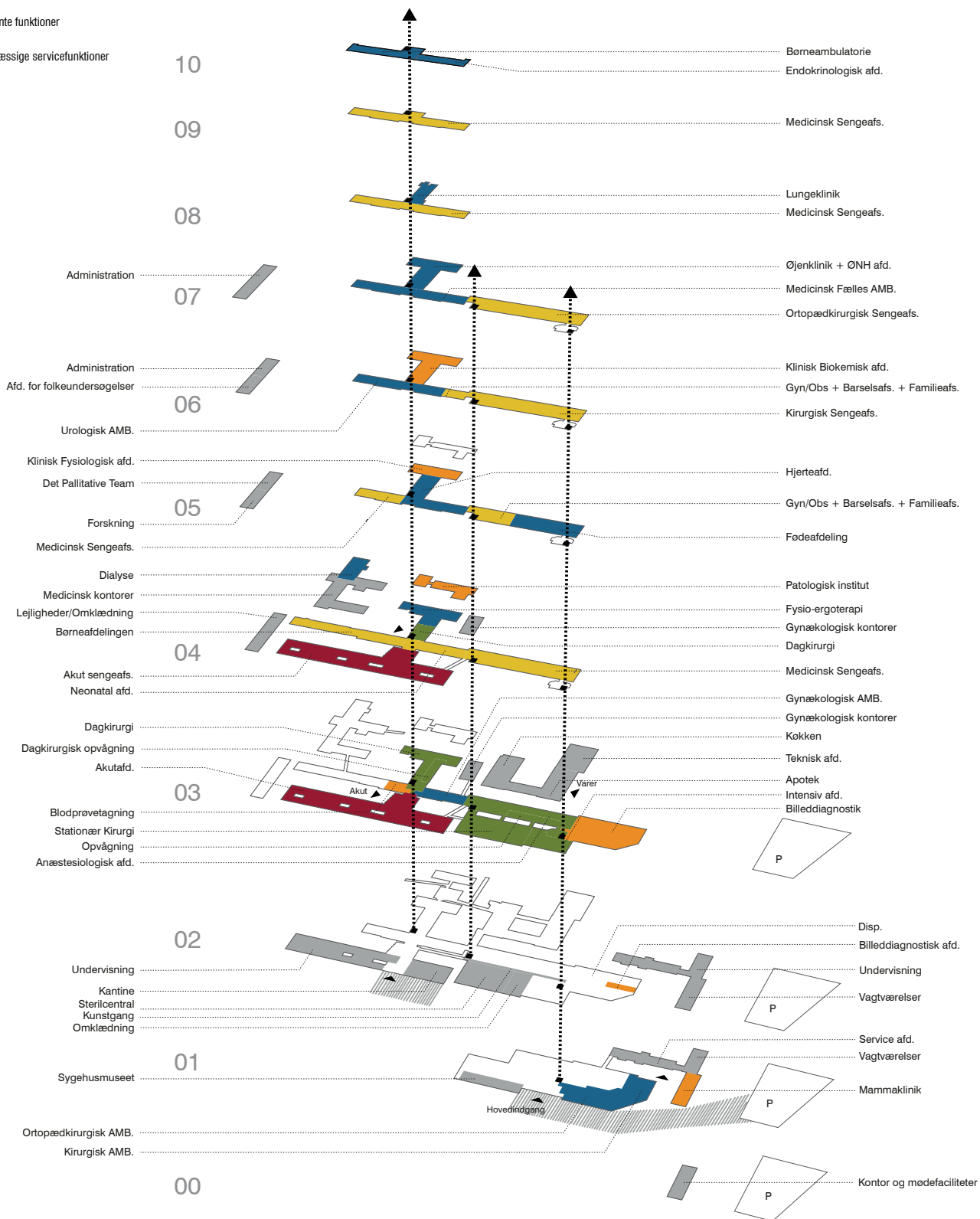
EKSISTERENDE ORGANISATION

- Behandling
- Senge
- Kliniske servicefunktioner
- Afdelinger med Akutfunktioner
- Ambulante funktioner
- Driftsmæssige servicefunktioner



ETAPE 0

- Behandling
- Senge
- Kliniske servicefunktioner
- Afdelinger med Akutfunktioner
- Ambulante funktioner
- Driftsmæssige servicefunktioner

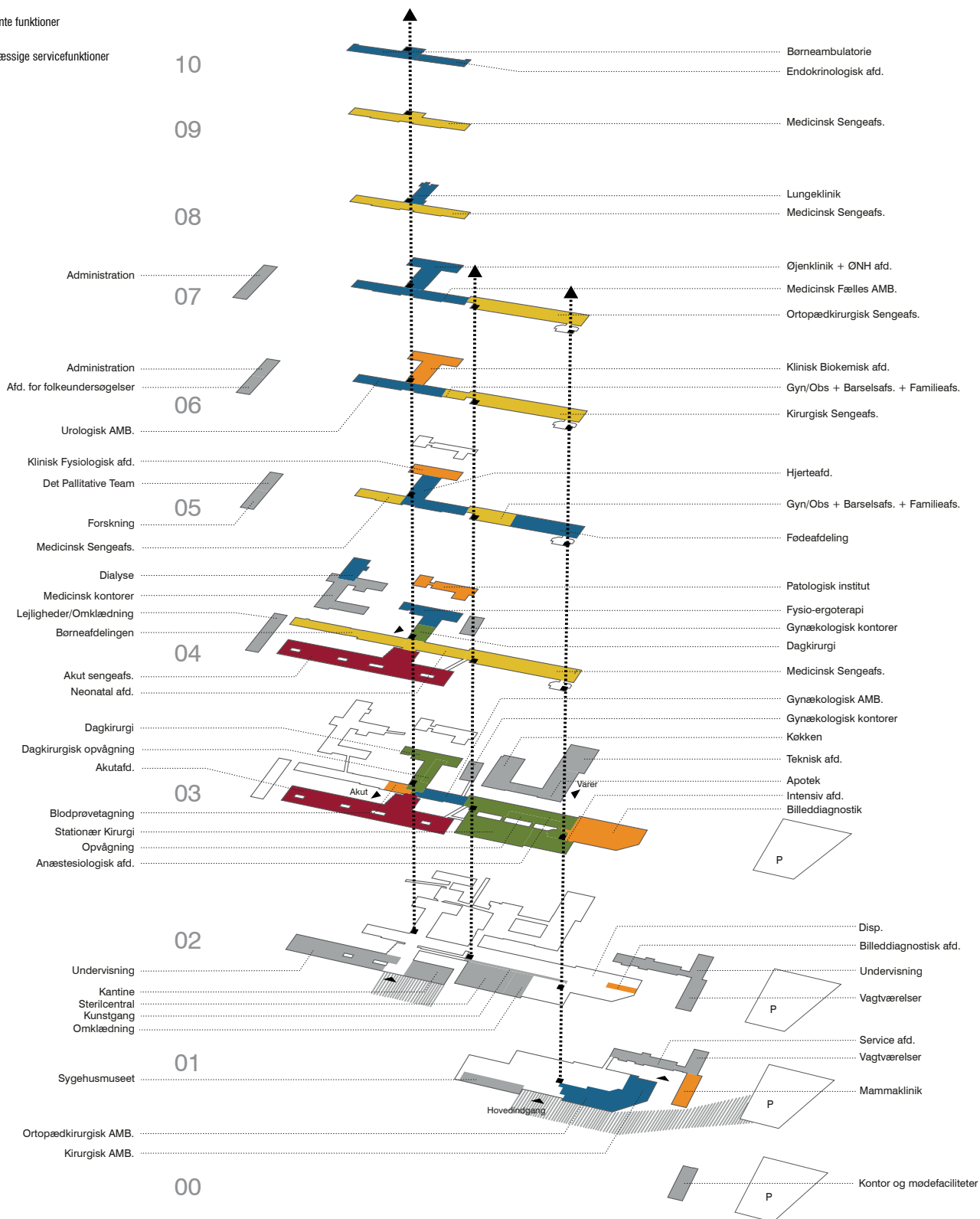


Etape 0

Som opstart på Fase 1 etableres i etape 0 fornyelse af adkomsten fra P-huset til de 2 hovedindgange, samt fornyelse af forhallen og kunstgangen i bygning 01 for derved at understøtte tilgængelighed og way-finding, hvilket vil skabe tryghed for brugerne af huset.

ETAPE 1

- Behandling
- Senge
- Kliniske servicefunktioner
- Afdelinger med Akutfunktioner
- Ambulante funktioner
- Driftsmæssige servicefunktioner

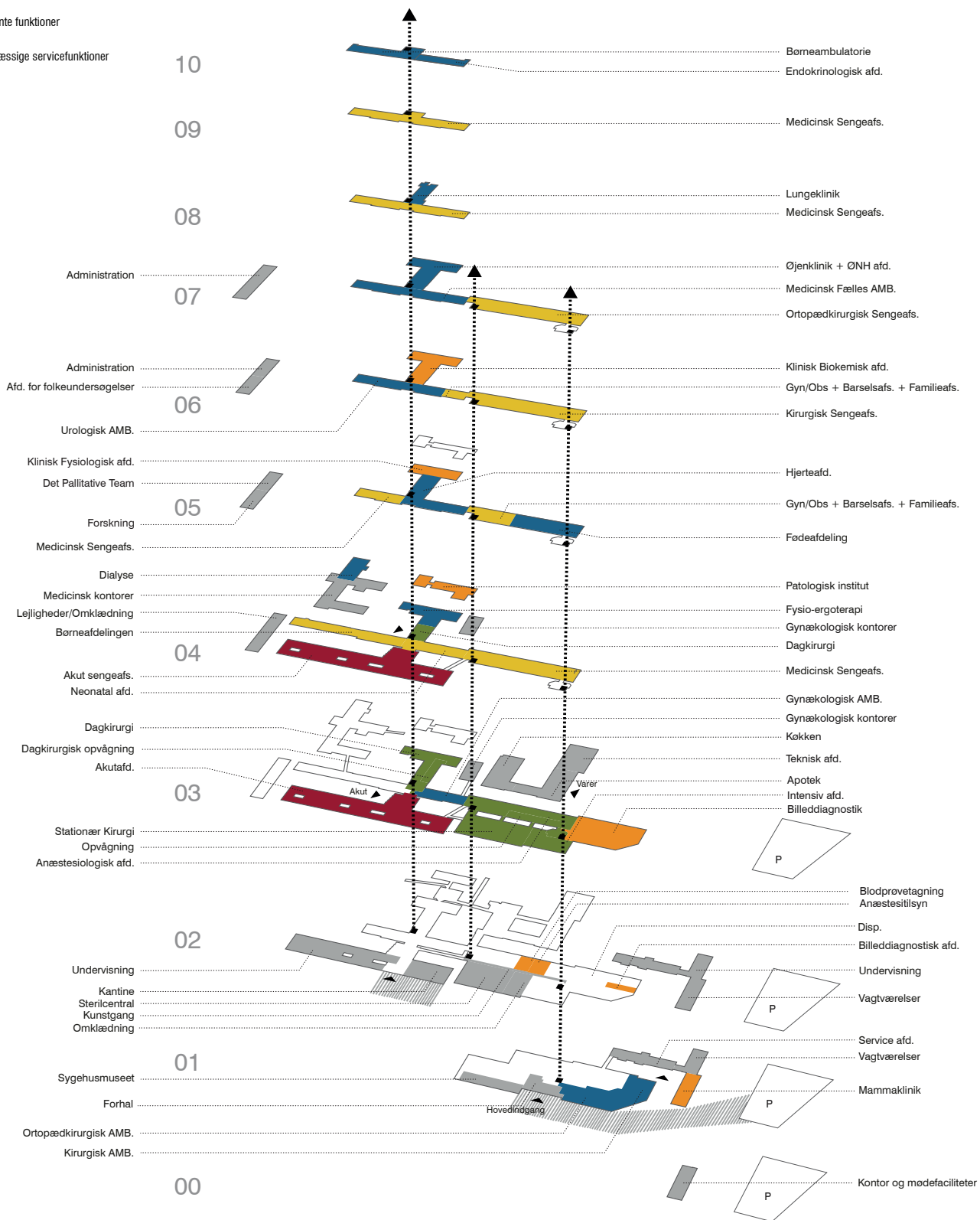


Etape 1

Etape 1 omfatter ombygning og udvidelse af sterilcen-tralen med henblik på dels at kunne håndtere det øgede flow og dels for at forbedre klimaforholdene (luftfugtighedsovervågning m.m.) og muliggøre forbedrede arbejdsgange. Derved fremtidskires den også ift. de efterfølgende etaper.

ETAPE 2

- Behandling
- Senge
- Kliniske servicefunktioner
- Afdelinger med Akutfunktioner
- Ambulante funktioner
- Driftsmæssige servicefunktioner

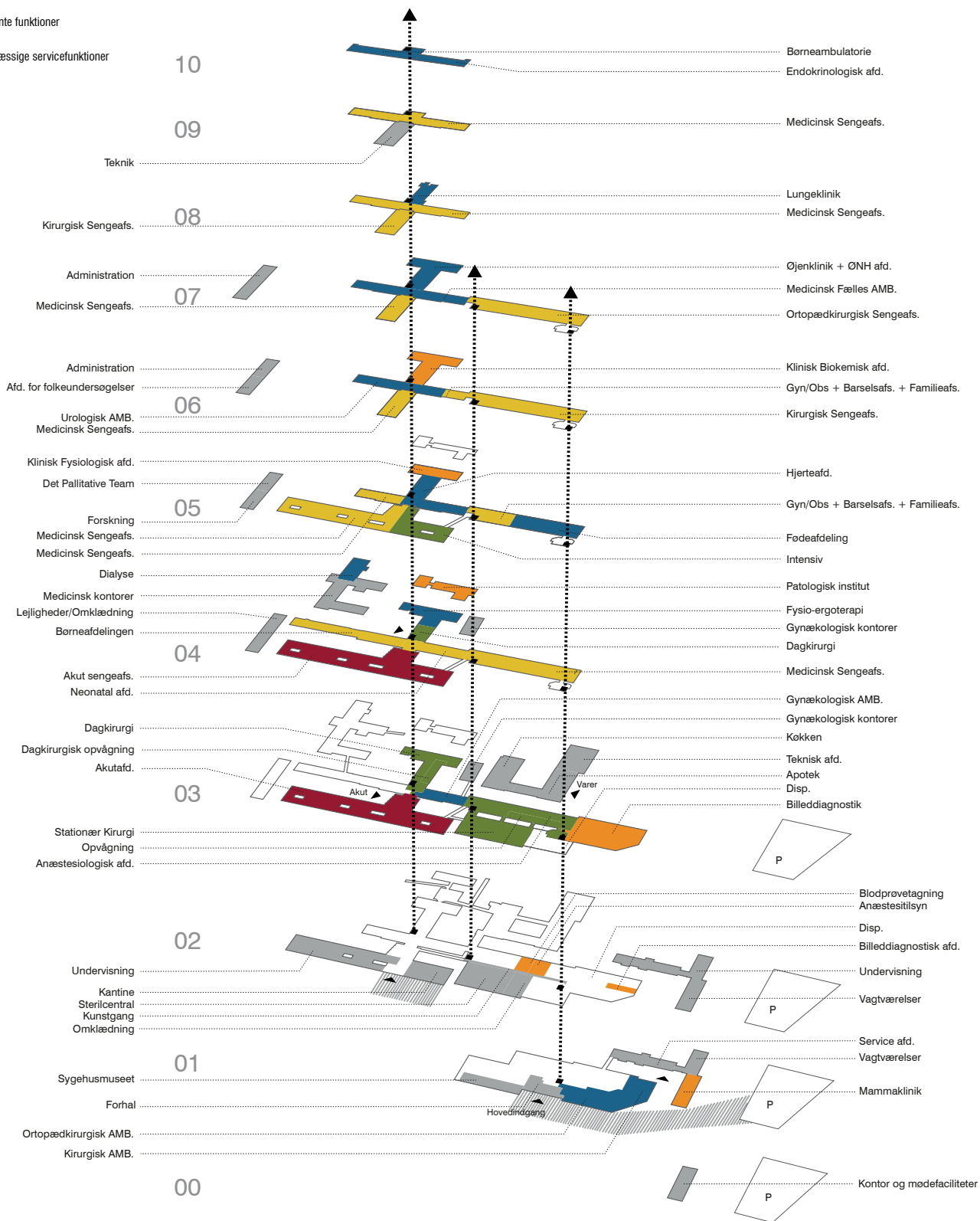


Etape 2

Etape 2 omfatter etablering af nye blodprøvetagning og anæsthesitilsyn på plan 02 i bygning 01. Funktionerne placeres samlet i den forhenværende skadestue tæt ved hovedindgangen samt med den tidligere akutadgang. Denne vil fungere, som elektiv adgang til de ny etablerede funktioner.

ETAPE 3

- Behandling
- Senge
- Kliniske servicefunktioner
- Afdelinger med Akutfunktioner
- Ambulante funktioner
- Driftsmæssige servicefunktioner

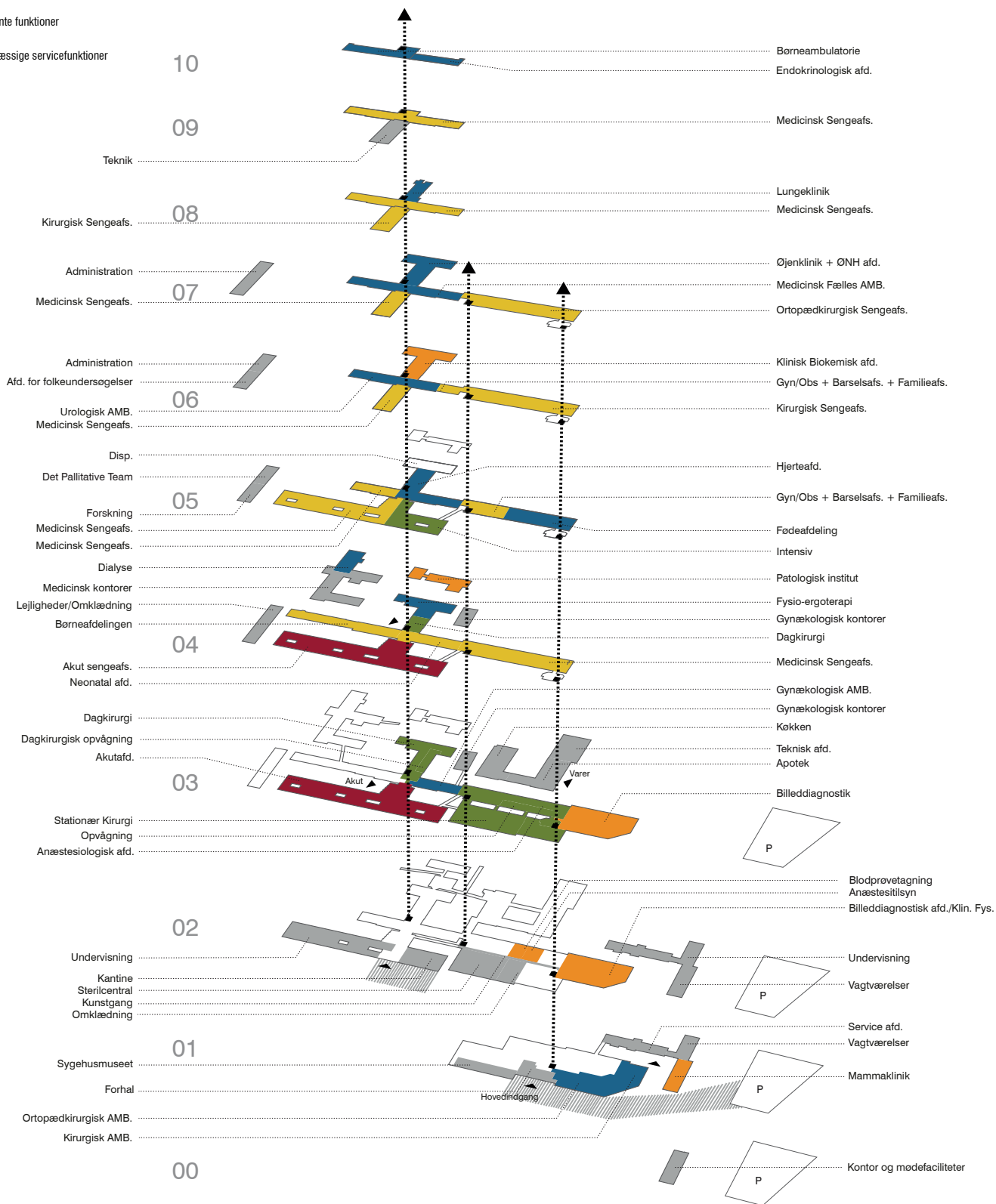


Etape 3

Etape 3 omfatter nybyggeri, der opføres over den eksisterende Akutafdeling. Bygningen rummer 1 sengsstuer og intensivstuer samt forbindelsesgang til trafikcenter på plan 05 til bygning 01 for hurtig adgang fra Intensiv til OP. Denne etape giver mulighed for senge-udtynding i eksisterende sengeafdelinger.

ETAPE 4

- Behandling
- Senge
- Kliniske servicefunktioner
- Afdelinger med Akutfunktioner
- Ambulante funktioner
- Driftsmæssige servicefunktioner

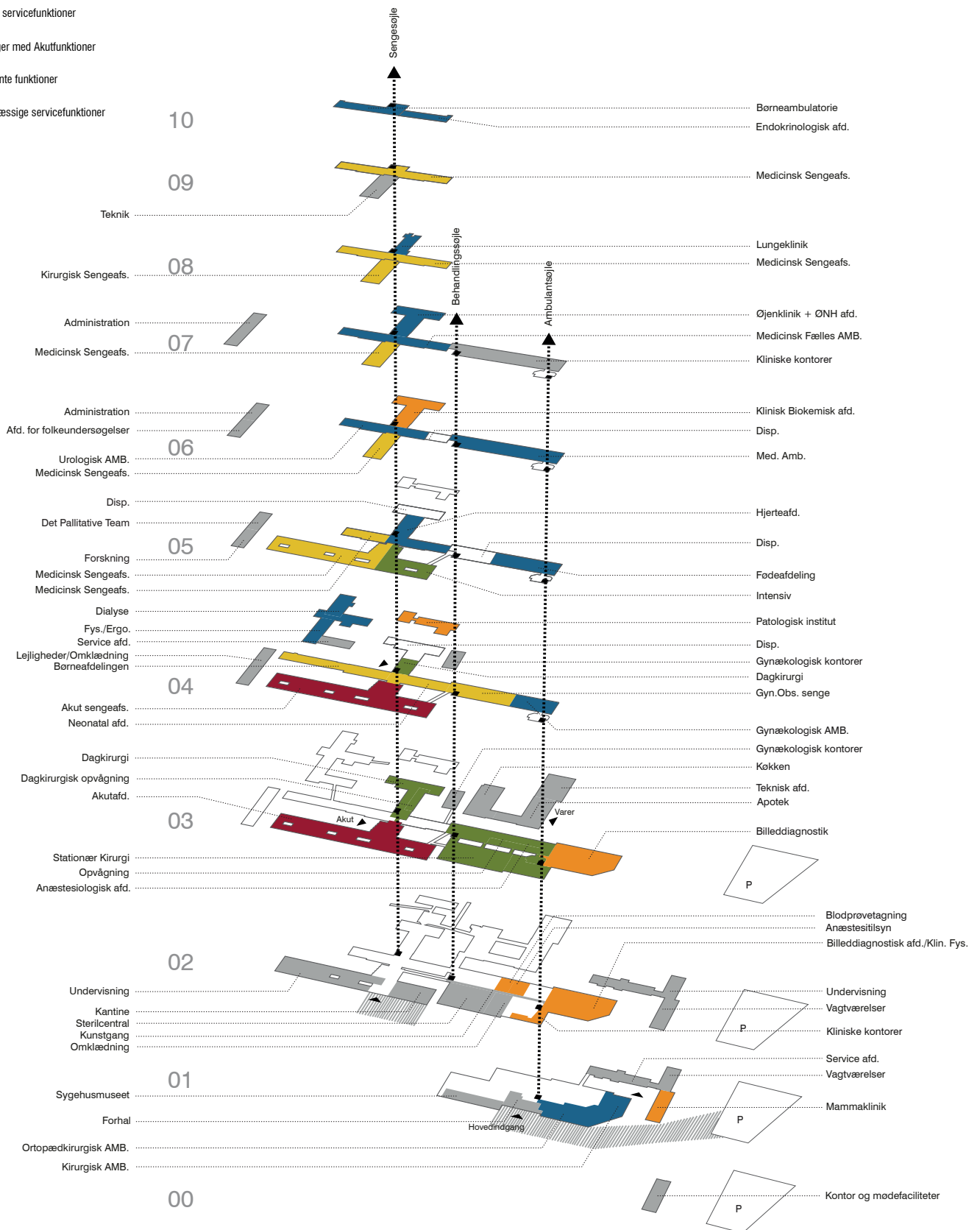


Etape 4

Etape 4 omfatter ombygning af plan 02 i bygning 01, for etablering af Klinisk Fysiologisk Afdeling, samt etablering af 4 nye OP-stuer og 2 nye Skopistuer på plan 03 i bygning 01.

ETAPE 5

- Behandling
- Senge
- Kliniske servicefunktioner
- Afdelinger med Akutfunktioner
- Ambulante funktioner
- Driftsmæssige servicefunktioner



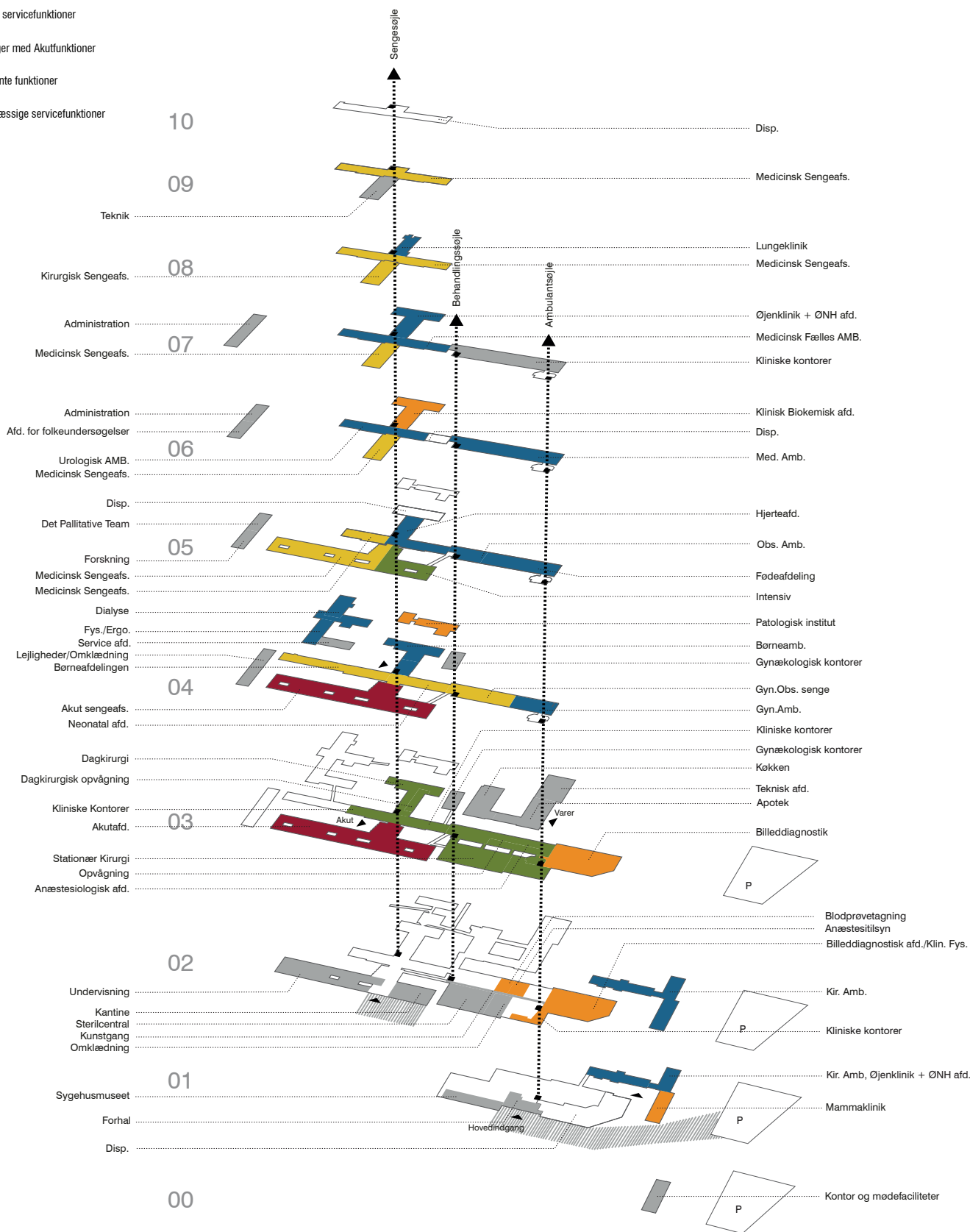
Etape 5

Etape 5 omfatter ombygninger i bygning 01 og 08. Bygning 01 - plan 02/07 ombygning af kontorfaciliteter. Bygning 01 - plan 03 udvides og ombygges opvågningen. Bygning 01 - plan 04 ombygges for gynækologiske og obstetriske senge samt gynækologisk ambulatorium. Bygning 01 - plan 06 ombygges til medicinsk ambulatorium.

Bygning 08 - plan 04 ombygges til etablering af faciliteter Fys./ergo. og udvidelse af Dialysen med 2 pladser. Det er muligt, hvis det vurderes at være mere hensigtsmæssigt for driften at etablere dialysefunktionen samlet i bygning 01 på plan 07 - dette vil fordrer en øget investering på ca. 11 mio. kr. Serviceafdelingen flyttes.

ETAPE 6

- Behandling
- Senge
- Kliniske servicefunktioner
- Afdelinger med Akutfunktioner
- Ambulante funktioner
- Driftsmæssige servicefunktioner

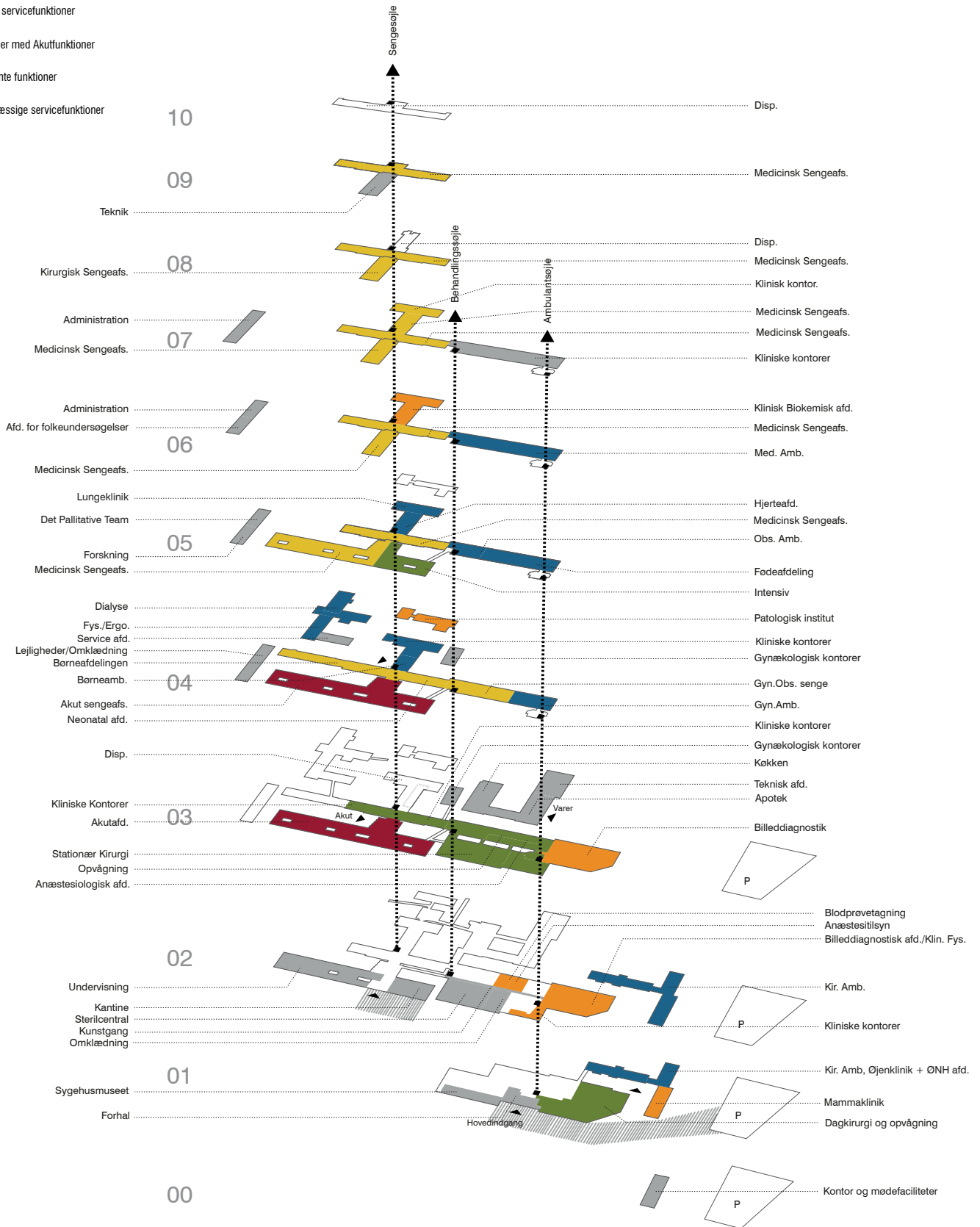


Etape 6

Etape 6 omfatter ombygninger i bygning 01, 02 og 13. Bygning 01 - plan 05 ombygning til etablering af obstetriske ambulatorier. Bygning 02 - plan 03 ombygning af kontorfaciliteter. Bygning 02 - plan 04 ombygges for pædiatrisk ambulatorier. Bygning 13 - plan 01/02 ombygges for etablering af kirurgisk ambulatorium.

ETAPE 7

- Behandling
- Senge
- Kliniske servicefunktioner
- Afdelinger med Akutfunktioner
- Ambulante funktioner
- Driftsmæssige servicefunktioner

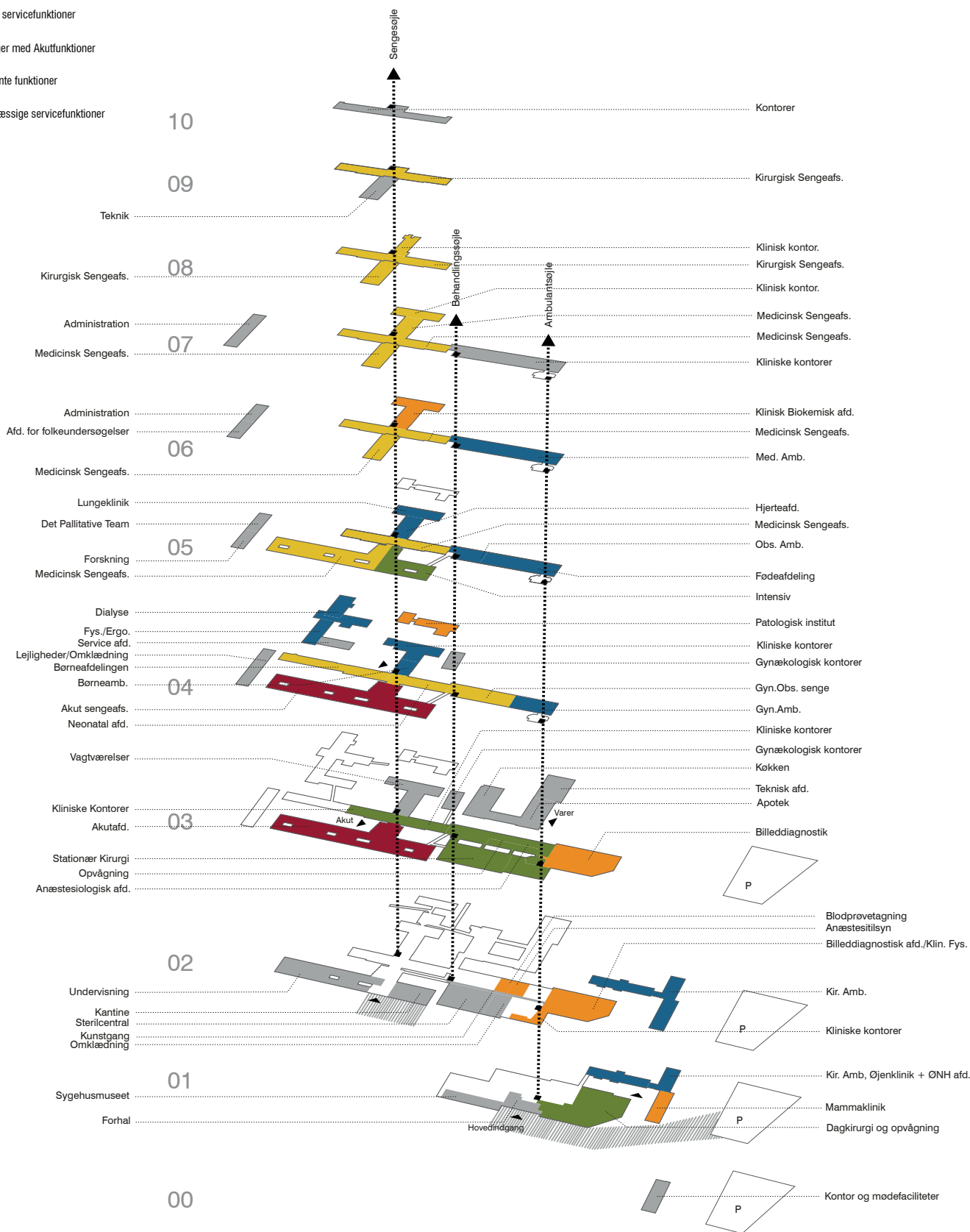


Etape 7

Etape 7 omfatter ombygninger i bygning 01, 02. Bygning 01 - plan 01 ombygning af fraflyttede arealer til dagkirurgi faciliteter. Bygning 02 - plan 05 ombygning af fraflyttede arealer til medicinsk ambulatorium. Bygning 02 - plan 05-07 ombygning af fraflyttede arealer til sengeafsnit.

ETAPE 8

- Behandling
- Senge
- Kliniske servicefunktioner
- Afdelinger med Akutfunktioner
- Ambulante funktioner
- Driftsmæssige servicefunktioner

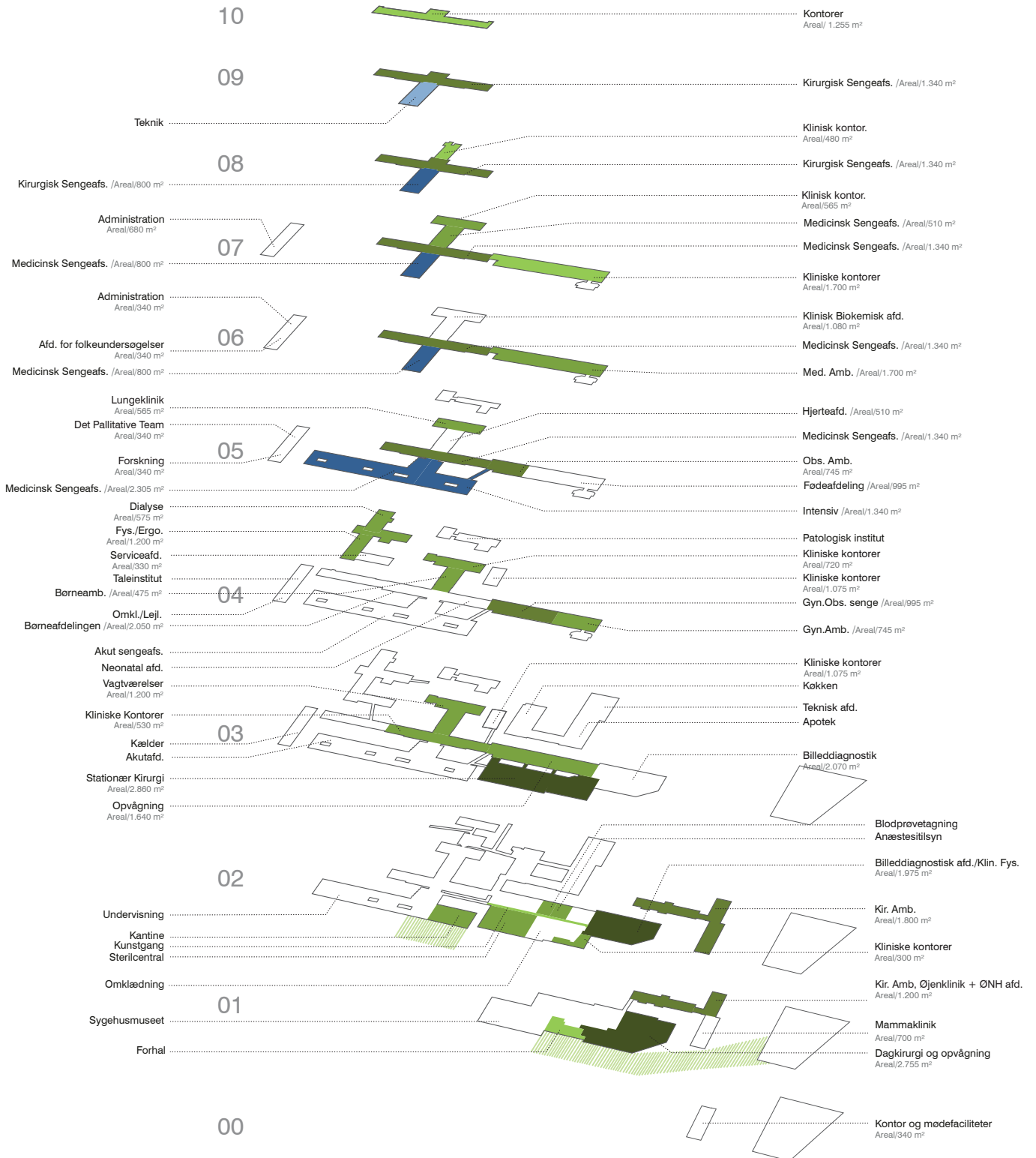


Etape 8

Etape 8 omfatter ombygninger i bygning 02. Plan 03 ombygning af fraflyttede arealer vagtværelser. Plan 08 ombygning af fraflyttede arealer til sengeafsnit og kontorfaciliteter. Plan 09 ombygning af fraflyttede arealer til sengeafsnit. Plan 09 ombygning af fraflyttede arealer til kontorfaciliteter.

Ombyg og Nybyg

- Terræn 1000 kr/m²
- Ombyg 4-2.000 kr/m²
- Ombyg 15-10.000 kr/m²
- Ombyg 18.000 kr/m²
- Ombyg 25.000 kr/m²
- Nybyg 15-10.000 kr/m²
- Nybyg 30-25.000 kr/m²



7. Overslag

7.1 Tids- og investeringsplan

For til- og ombygninger afhænger den samlede økonomi af den konkrete opgaves omfang og kompleksitet.

Der er i overslaget ikke taget højde for ekstraordinære omkostninger til evt. sanering af asbest, PCB og lignende. Der er derudover heller ikke inkluderet større selvstændige projekter vedr. klimaskærmen (primært tage og vinduer), men dette vil blive forsøgt indarbejdet i de enkelte etaper og/eller i Esco. Der kan dog opstå projekter herudover. Der er dog i overslaget medtaget et disponibelt beløb på 70 mio. til teknisk opgradering.

Overslag for nye bygninger er udarbejdet på basis af ekspertpanelets udmeldte forudsætninger af november 2010, med erfaringsmæssige m²-priser.

Overslag for ombygningsarbejder er udarbejdet ud fra en vurdering af et ca. antal m², som kan forventes at skulle renoveres i lettere eller højere grad, i forbindelse med en ændret funktion af rum i de enkelte afdelinger.

Der er i den afsatte økonomi ikke afsat beløb til evt. miljøsaneringer i eksisterende bygninger, som forekommer af asbest, pcb, bly og andre sundhedsskadelige materialer, da der ikke har været foretaget en dækkende miljøanalyse af hospitalets bygninger.

Der planlægges med en forregistrering af bygningsmassen i 2017. Der er ligeledes i økonomiske overslag, ikke foretaget vurderinger af mulige indtægter i f.m. evt. frasalg eller udlejning af bygninger.

Enhedspriser er eksklusiv:

Medicoteknisk udstyr, apparatur, It, løst inventar samt udgifter til evt. midlertidige flytninger og genhusning.

For nogle områder, hvor ombygningsgraden i den enkelte afdeling er af svingende omfang er den generelle ombygningspris pr. m² reduceret.

Byggeetaper				
Etaper	Nybygning	Ombygning	Økonomi	År for udførelse
Fase 1				
Etape 0		2.850 m ²	kr. 24.750.000	2017-2019
Etape 1		1.363 m ²	kr. 14.993.000	2017-2018
Etape 2		100 m ²	kr. 3.200.000	2017
Etape 2A			kr. 35.000.000	2019-2020
Etape 3	6.857 m ²		kr. 162.289.000	2022-2024
Etape 4		3.092 m ²	kr. 77.300.000	2024-2025
Etape 4A			kr. 35.000.000	2026
Fase 2				
Etape 5		8.668 m ²	kr. 84.188.000	2026-2027
Etape 6		5.445 m ²	kr. 82.340.000	2027-2028
Etape 7		8.550 m ²	kr. 160.209.000	2029-2030
Etape 8		5.481 m ²	kr. 65.950.000	2031
Samlede arealer og økonomi	6857 m²	35.549 m²	kr. 745.219.000	

År	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	Kr. i alt
FASE 1																
ETAPE 0: Adgangsforhold, Forhal, kunstgang, wayfinding og kantine		24.750.000														24.750.000
ETAPE 1: Bygn. 01, plan 02, Sterilcentral	14.993.000															14.993.000
ETAPE 2: Bygn. 01, plan 02 og 03, Blodprøvetagning og 01-02 Anæsthesitilsyn	3.200.000															3.200.000
ETAPE 2A: Teknisk opgradering, 1. del			35.000.000													35.000.000
ETAPE 3: Ny bygn., plan 05, 06, 07 og 08, Sengeafd., plan 09, Teknik og forbindelsesgang, plan 05						162.289.000										162.289.000
ETAPE 4: Bygn. 01, plan 02, BD/Klin. Fys., Bygn. 01, plan 03, 4xOP-stuer og 2 skopistuer								77.300.000								77.300.000
FASE 2																
ETAPE 4A: Teknisk opgradering, 2. del										35.000.000						35.000.000
ETAPE 5: Bygn. 01, plan 02, Kontorer, 01-03 Opvågning, 01-04 Gyn.obs.senge, 01-04 Gyn.amb., 08-04 Dialyse/Fys., 01-06 Amb. og 01-07 Kontor										84.188.000						84.188.000
ETAPE 6: Bygn. 13, plan 01 og 02, Kir. amb., 02-03 OP-kontor, 02-04 Børneamb., og 01-05 Obs.amb.											82.340.000					82.340.000
ETAPE 7: Bygn. 01, plan 01, Dagkir., 02-05, Senge og amb., 02-06 og 07 Senge												160.209.000				160.209.000
ETAPE 8: Bygn. 02, plan 03 Vagtvær., 02-08, Senge og kontor, 02-09 Senge og 02-10 Kontor														65.950.000		65.950.000
Forbrug total	18.700.000	34.193.000	60.443.000	77.943.000	77.943.000	127.943.000	187.943.000	245.000.000	317.532.000	402.532.000	469.060.000	519.060.000	599.060.000	679.269.000	745.219.000	745.219.000
Forudsat jævn investering i perioden, er derfor ikke helt retvisende, men vil i praksis blive tilpasset investeringsplanen.																
Budgetøkonomi	20.000.000	15.000.000	15.000.000	25.000.000	33.000.000	35.000.000	47.000.000	55.000.000	72.532.000	85.000.000	66.528.000	50.000.000	80.000.000	80.209.000	65.950.000	745.219.000
Budget total	+5 mio. *) 15.000.000	35.000.000	50.000.000	75.000.000	108.000.000	143.000.000	190.000.000	245.000.000	317.532.000	402.532.000	469.060.000	519.060.000	599.060.000	679.269.000	745.219.000	

*) Overført fra 2016

8. Det videre forløb

Generalplanen vil indgå som oplæg til Region Midtjyllands planlægning af anlægsinvesteringer, som følge af hospitals- og akutplanen. Generalplanen skal dermed ses som et grundlæggende redskab til at skabe sammenhæng mellem mindre renoveringsprojekter, de større og faseopdelte anlægsprojekter og hospitalets langsigtede udviklingsplan. I planen er der qua den lange tidsmæssige horisont indarbejdet nogle beslutningsterminer, hvor det næste investeringstrin skal gentænkes i forhold til udviklingen både i forhold til demografi og i forhold til nye teknologiske behandlingsmetoder og heraf afledte ændringer indenfor arbejdsformer.

Planlægningen og gennemførelsen af de enkelte faseopdelte anlægsprojekter vil blive gennemførte i henhold til Region Midtjyllands bygningsregulativ, som i er vist nedenfor i simplificeret form.

Planlægningen og udførelsen af de enkelte projekter vil i relevant omfang indebære brugerprocesser, hvor medarbejdere, arbejdsmiljørepræsentanter m.m. involveres og hjælper med kvalificeringen.

Som det fremgår af tabellen afsnit 7 – overslag - er tidspunktet for anlægsprojektet ikke fastlagt. Ligeledes viser tabellen et sammenhængende forløb, hvilket naturligvis vil afhænge af de anlægsmidler Region Midtjylland afsætter til fysisk modernisering og opgradering af pleje- og behandlingstilbud på Regionshospitalet Randers.

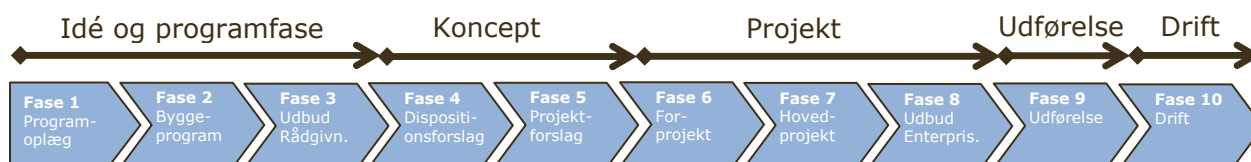


Illustration af en fases procesplan i det videre forløb

9. Bilag

9.1 Nye navne

Navneændringer		
Nuværende afdelingsnavne	Nye afdelingsnavne	Afsnit
Anæstesiologisk Afdeling	Bedøvelse og Intensiv	Bedøvelsesafsnittet Opvågningen Intensiv Terapiafsnit Dagkirurgi Klinik for lindrende behandling Akutlægebil - Randers Intensiv Klinik
Billeddiagnostisk Afdeling	Røntgen og Skanning	Røntgen Røntgen og Skanning
Klinisk Biokemisk Afdeling	Blodprøver og Biokemi	Blodprøvetagning Bloddonortagning
Klinisk Fysiologisk Afdeling	Nuklearmedicin	
Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling	Kvindesygdomme og Fødsler	Fødeafsnittet Sengeafsnit for Kvindesygdomme og Fødsler Børselsafsnittet Klinik for Kvindesygdomme og Fødsler - Randers Jordemoderklinikken
Medicinsk Afdeling	Medicinsk Afdeling	Medicinsk Sengeafsnit 1, 2, 3 og 4 Klinik for Ældresygdomme Hjerteklinikken Lungeklinikken Infektionsmedicinsk Klinik Klinik for Diabetes og Hormonsygdomme Dialyseafsnittet Diagnostisk Klinik Medicinsk Klinik - Grenaa Klinik for Gigt- og Bindevævssygdomme Klinik for Lever-, Mave- og Tarmsygdomme
Kirurgisk Afdeling	Kirurgi	Kirurgisk Sengeafsnit Operationsafsnittet Brystklinikken Kirurgisk Klinik Klinik for Kikkertundersøgelser
Fysio- og Ergoterapeutisk Afdeling	Fysioterapi og Ergoterapi	
Øjenklinik	Øjenklinik Øjensygdomme	Øjenklinikken
Øre- Næse- Halsklinik	Klinik for Øre-, Næse- og Halssygdomme	
Ortopædkirurgisk Afdeling	Ortopædkirurgi	Ortopædkirurgisk Sengeafsnit Ortopædkirurgisk Klinik - Grenaa Ortopædkirurgisk Klinik Sårklinikken
Patologisk Institut	Patologi	Kapel
Pædiatisk Afdeling	Børn og Unge	Klinik for Nyfødte Klinik for Børn og Unge
Urologisk Afdeling	Urinvejssygdomme	Urinvejsskirurgisk Klinik

Navneændringer		
Nuværende afdelingsnavne	Nye afdelingsnavne	Afsnit
Regional Specialtandpleje	Tand-, Mund- og kæbekirurgi	Regional Specialtandpleje
Akutafdelingen	Akutafdelingen	Akut Sengeafsnit Akutmodtagelsen Skadestuen Akut Dagklinik Hospitalsvisitationen
Afdelingen for Folkeundersøgelser	Afdelingen for Folkeundersøgelser	

9.2 Arealstandarder

Senge i stamafdelinger

I Generalplanen planlægges, at anvende de eksisterende sengeafdelinger frem til efter fase 4. hvor nye sengeafsnit tages i brug. I faserne herefter vil der løbende ske en sengeudtynding ved ombygning af bygning 02 til moderne sengeafdelinger. Ved nybyggeri af sengeområder planlægges der udelukkende med 1-sengestuer, mens der ved ombygning er forudsat en blanding af 1- og 2-sengstuer.

Arealstandard 35 m²

Arealstandarden indeholder birumsandelen af reception, patientventeområde, Patientopholdsrum/-spiserum, køkken, medicinrum, skyllerum, depotrum, affaldsopsamlingsrum, rengøringsrum, linnedrum, afdelingssygeplejerskekontor, arbejdspladser for sygeplejersker og sekretær samt personalerum med tekøkken og toilet.

Intensivsenge

Ifølge fremskrivningen, vil der blive et øget behov for intensivsenge. Et behov, der ikke kan indfries med den nuværende placering. Derfor planlægges et ny intensivafsnit i etape 4.

Arealstandard 50 m²

Arealstandarden indeholder birumsandelen af pårørenderum, pårørendetoiletter, pårørende opholdsrum, overvågning, medicinrum, apparaturdepot, depot, linnedrum, skyllerum, rent depot, rengøringsrum, affaldsopsamlingsrum, afdelingssygeplejerskekontor, arbejdspladser for sygeplejersker og sekretær, personalerum med tekøkken og toilet

Dialyse

Ifølge fremskrivningen, vil der blive et øget behov for dialysepladser. Derfor planlægges en udvidelse af den eksisterende kapacitet i etape 5.

Arealstandard 23 m²

Arealstandarden indeholder birumsandelen af reception, patientventeområde, medicinrum, skyllerum, depotrum, affaldsopsamlingsrum, rengøringsrum, linnedrum, afdelingssygeplejerskekontor, arbejdspladser for sygeplejersker og sekretær samt personalerum med tekøkken og toilet.

Undersøgelsesrum

Undersøgelsesrum i ambulatorier opnår størst fleksibilitet ved en standardiseret indretning og bestykning.

Arealstandard 30 m²

Arealstandarden indeholder birumsandelen af reception, patientventeområde, medicinrum, skyllerum, depotrum, affaldsopsamlingsrum, rengøringsrum, linnedrum, afdelingssygeplejerskekontor, arbejdspladser for sygeplejersker og sekretær samt personalerum med tekøkken og toilet.

Specialundersøgelsesrum

Specialundersøgelsesrum i ambulatorier er rum, der indeholder særlige funktioner, som ikke kan etableres i samtlige rum, og derfor ikke indgår i den fleksible udnyttelse af de øvrige arealer. Specialfunktionerne er ofte pladskrævende.

Arealstandard 50 m²

Arealstandarden indeholder birumsandelen af reception, patientventeområde, medicinrum, skyllerum, depotrum, affaldsopsamlingsrum, rengøringsrum, linnedrum, afdelingssygeplejerskekontor, arbejdspladser for sygeplejersker og sekretær samt personalerum med tekøkken og toilet.

Dagkirurgi

I etape 7 anvendes de fraflyttede arealer fra kirurgiskambulatorier til en ny dagkirurgisk enhed, hvor dagkirurgiske operationsstuer samles med operationsfaciliteter til Øre-Næse-Hals- og Øjen klinikken og drager nytte af fælles faciliteter som reception, venterum, birum samt præ- og postoperative.

Arealstandard 110 m²

Arealstandarden indeholder birumsandelen af patientventeområde, patient-omklædning, kirurgisk lægevask, sterildepot, dikterplads, medicinrum, skyllerum, rent depot, samtalerum, rengøringsrum, apparaturdepot, affaldsopsamlingsrum, linnedrum, afdelingssygeplejerskekontor, arbejdspladser for sygeplejersker og sekretær, personalerum med tekøkken og toilet.

Operationsfaciliteter

I etape 4 anvendes de fraflyttede Intensivarealer til udvidelse af OP og skopi-funktionen med den fremskrevet kapacitet.

Operationsstuer 120 m²

Skopirum 70 m²

Arealstandarderne indeholder birumsandelen af patientvente-område, patient-omklædning, kirurgisk lægevask, sterildepot, dikterplads, medicinrum, skyllerum, rent depot, samtalerum, rengøringsrum, apparaturdepot, affaldsopsamlingsrum, linnedrum, afdelingssygeplejerske-kontor, arbejdspladser for sygeplejersker og sekretær, personalerum med tekøkken og toilet.

Præ- og postoperative pladser

Pladserne er en kombination af overvågede senge og/eller hvilestole. For hver dagkirurgisk operationsstue ganges arealstandard med faktor 3,5 og for operationsstuer på den centrale operationsgang ganges med 2,5. Faciliteterne udvides i forbindelse med etape 5 og 7 for henholdsvis de centrale operationsfaciliteter og dagkirurgien.

Arealstandard 16 m²

Arealet tillægges den centrale operationsgangs operationsstuer og dagkirurgisk operationsafsnit.

Billeddiagnostik

Arealet på de enkelte diagnostiske rum varierer i relation til udstyr, som MR, CT, konventionel røntgen, ultralyd mv. I etape 4 etableres Klinisk Fysiologisk Afdeling i de fraflyttede arealer fra den tidligere skadestue og kantine. Radiologien udvides ind i samme område.

Arealstandard 90 m²

Arealstandarden indeholder birumsandelen af patientvente-område, patient-omklædning, teknikrum, sterildepot, medicinrum, skyllerum, rent depot, rengøringsrum, apparaturdepot, affaldsopsamlingsrum, linnedrum, afdelingssygeplejerskekontor, personalerum med tekøkken og toilet.

Arealstanden indeholder ikke kontor og møderum. I relation til diagnostikum til klinisk fysiologi som SPECT-CT og PET-CT kan der være behov for et arealtillæg.

Fødestuer

Ifølge fremskrivningen, vil der ikke være et øget behov for fødestuer. Området berøres derfor ikke.

Arealstandard 70 m²

Arealstandarden indeholder birumsandelen af reception, patientventeområde, medicinrum, skyllerum, depotrum, affaldsopsamlingsrum, rengøringsrum, linnedrum, afdelingssygeplejerskekontor, arbejdspladser for sygeplejersker og sekretær samt personalerum med tekøkken og toilet.

midt
regionmidtjylland