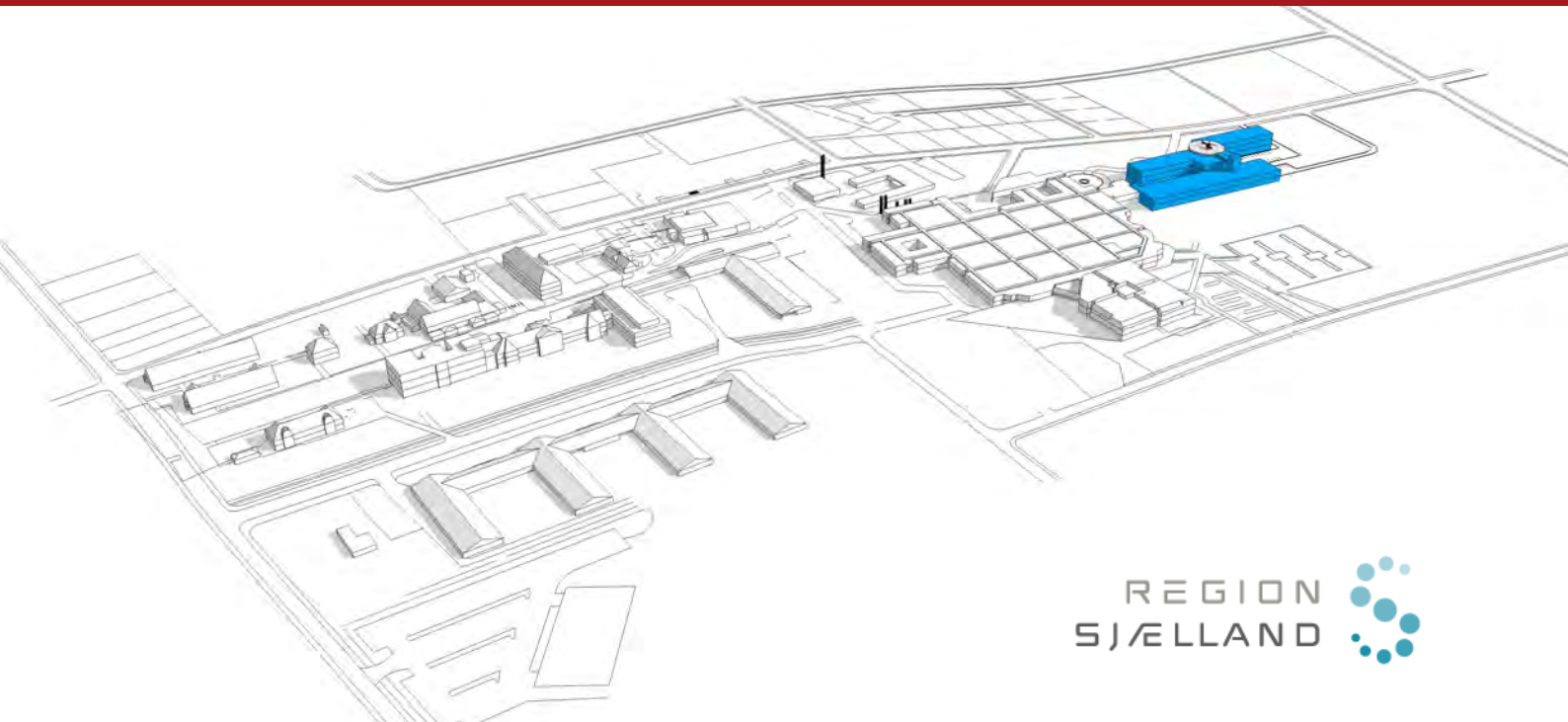


ANSØGNING OM ENDELIGT TILSAGN TIL PROJEKT:

Ny Fælles Akutafdeling ved Slagelse Sygehus



REGION
SJÆLLAND 

Arkitektfirmaet C.F.Møller
Søren Jensen A/S
NIRAS A/S

NOVEMBER 2009 - rev 27.11.09

ANSØGNING OM ENDELIGT TILSAGN TIL PROJEKT:

Ny Fælles Akutafdeling ved Slagelse Sygehus

Dato: 27.11.2009

INDHOLDSFORTEGNELSE

ANSØGNING 11-PUNKTSLISTEN

| | Side |
|---|------|
| Projektbeskrivelse | 3 |
| Projektoplysninger | 5 |
| Dimensionering og økonomi | 6 |
| Flexibilitet i byggeriet | 9 |
| Patientsikkerhed og patientforhold | 10 |
| Bedre opgaveløsninger og ressourceanvendelse | 11 |
| Risikovurdering | 11 |
| Projektorganisering og løbende opfølgning i byggeperioden | 12 |
| Nedlagte sygehusbygninger | 15 |
| Præhospital indsats | 15 |
| Forudsætninger for tilsagnet | 16 |

BILAGSFORTEGNELSE

- 1A Udkast til byggeprogram nov. 2009
- 1B Akutafdeling/skitse sept. 2009/rev. 20.11.09
- 1C Udbygningsskitse dec. 2008/rev. 10.02.09
- 2 Projektoplysninger
- 3 Præhospital indsats
- 4 Økonomisk overslag

Slagelse Sygehus, Ny Akutafdeling - Ansøgning om endeligt tilsagn

Projektbeskrivelse

Den overordnede vision for nybyggeri ved Slagelse Sygehus er det patientfokuserede Sygehus, hvor den enkelte patient oplever et velplanlagt behandlingsforløb med færrest mulige flytninger, understøttet af gode og hensigtsmæssige fysiske rammer

Realiseringen af visionen stiller store krav til de fysiske og teknologiske rammer for nybygning af Akutafdelingen ved Slagelse Sygehus, herunder

- Patient- og personalevenlige omgivelser med meget dagslys, godt indeklima, grønne omgivelser, kunst m.v. (healing architecture),
- Byggeri med arkitektonisk holdbarhed, fremtidssikrede løsninger og høj bygningsmæssig kvalitet.
- Høj fleksibilitet, hvor sygehusbyggeriet løbende og med få omkostninger kan tilpasses udviklingen indenfor behandling, pleje og forskning,
- Bedst mulig udnyttelse af fremtidens teknologier indenfor behandling, logistik og levering af serviceydelser
- God logistik hvor der skabes bedst mulig sammenhæng mellem nybyggeriet og de eksisterende bygninger.
- God infrastruktur med en hensigtsmæssig afvikling af de forskellige transportformer til og fra sygehusområdet og indenfor sygehusområdet
- Totaløkonomisk byggeri, hvor både anlægsøkonomi samt drift og vedligeholdelse optimeres – og hvor der vælges fremtidssikrede tekniske og energimæssige løsninger

Region Sjælland har med rapporten "Akutmodtagelser i Region Sjælland – rammer og principper" af 30.april 2008, tilsluttet sig Sundhedsstyrelsens anbefalinger i udmeldingen "Styrket Akutberedskab" fra juni 2007.

En Akutafdeling skal indrettes og arbejdsgangene tilrettelægges således, at patienten hurtigt vurderes af fagkyndigt personale (triage) med henblik på beslutning om patientens videre forløb. Der kan blive tale om indlæggelse til behandling på anden afdeling på sygehuset, indlæggelse på akutafdelingen (hvis indlæggelsesbehovet skønnes til få timer eller 1–3 dage) eller hjemsendelse og måske opfølgende ambulante behandling eller møde hos egen praktiserende læge.

Akutafdelingen indrettes derfor med et antal senge, så patienten ikke skal flyttes til en anden afdeling ved korte indlæggelsesbehov. Akutafdelingen skal således sikre et kort og intensivt forløb ved modtagelse af den akutte patient.

Indretningen af akutafdelingen sker i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger og ud fra eksperterudvalgets anbefalinger.

Projektet muliggør en integration af akutafdelingen og den præhospitale indsats med det formål at anvende ressourcerne bedst muligt og samtidigt fremme udviklingen i kvaliteten og sikkerheden for regionens borgere. Herunder indgår, at præhospitale enheder som f.eks. ambulancer, læge- og akutbiler fysisk kan placeres i umiddelbar tilknytning til akutafdelingen.

Der er i programoplægget indarbejdet en helikopter-landingsplads på ca. 30 x 30 meter på taget af akutafdelingen, som afslutning på akutsøjlen elevator-forbindelse.

På helikopter-landingspladsen (helipad'en) kan der lande mindre helikoptertyper af den slags, der i vore nabolande anvendes som lægehelikoptere – d.v.s. med plads til en patient på bære – en læge og en paramediciner, foruden piloten.

Det skal ved udarbejdelsen af projektforslag vurderes, om det vil være mere hensigtsmæssigt, at etablere en helikopterlandingsplads på jorden med umiddelbar adgang til akutsøjlen. Det indgår i vurderingen heraf, at forsvarets redningshelikoptere p.g.a. deres størrelse ikke vil kunne benytte helipad'en.

Også muligheden for et samvirke med den kommende akutmodtagelsesfunktion i det nye psykiatriske

sygehus nybyggeri i Slagelse er medtænkt i projektet.

Det nye psykiatri-sygehus, som fremover vil være beliggende på nabomatriklerne i umiddelbar nærhed til Slagelse Sygehus har netop været budt ud i en åben idé konkurrence, hvor mange nyskabende ideer og forslag til et nyt psykiatrisk sygehus af høj arkitektonisk kvalitet blev høstet.

Mange af disse gode ideer skal nu søges indarbejdet i en forestående projekt-konkurrence.

Den psykiatriske skadestue tænkes naturligt placeret i umiddelbar sammenhæng med den psykiatriske afdeling, hvilket vil give stor fleksibilitet for personalet og en lettere overflytning af patienter fra den psykiatriske skadestue til den egentlige psykiatriske afdeling.

Den akutte psykiatriske modtagelse placeres syd for Stadionvej med 2-300 meter til den somatiske akutafdeling.

Denne unikke nærhed mellem det nye psykiatriske sygehus og den nye somatiske akutafdeling giver nogle synergi-muligheder og kan styrke samarbejdet om akutte patienter med såvel somatiske som psykiatriske problemstillinger, fx patienter med komorbiditet af forskellig karakter, delir, afrusningsbehov, demens, spiseforstyrrelser eller afgiftning af patienter, der har forsøgt selvmord.

I rapporten: "Den akutte indsats i psykiatrien planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen" fra 2009, anser Sundhedsstyrelsen det for ideelt, at den akutte psykiatriske modtagelse placeres i fysisk nærhed/geografisk nærhed til den somatiske akutafdeling, og det vil de planlagte sygehusinvesteringer i Slagelse opfylde til fulde samtidig med, at den akutte psykiatriske modtagelse er i umiddelbar sammenhæng med de psykiatriske funktioner, hvilket sikrer robusthed og faglig bæredygtighed.

Der er i den nye somatiske akutafdeling supplerende indtænkt et mindre omfang fysiske lokaliteter til psykiatri- modtagelse, med henblik på at sikre, at patienter, der ankommer til den somatiske akutafdeling og som befinder sig i "grænseområderne" mellem at være somatisk og/eller psykiatrisk lidende, kan tilses af psykiatrisk ekspertise forud for en overflytning til den i øvrigt nærtliggende psykiatriske akutafdeling.

Der vil i det hele taget blive skabt sammenhængende miljømæssige og socialt bæredygtige løsninger - herunder logistiske, service og tekniske løsninger - i forhold til det nye psykiatri-sygehus på nabomatriklerne i Slagelse.

Akutafdelingskonceptet er i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Formålet med en akutafdeling er en hurtigere og forbedret modtagelse af den akutte patient – uanset om patienten kommer gående eller indbringes liggende med ambulance.

Et særligt ekstra opmærksomhedspunkt i projektet er, at der forudsættes en indplacering af primærsektorens lægevagts-funktion i akut-afdelingen.

Og derudover er der i projektet lagt an på, at der i den nye akutafdelingsbygning etableres et hjerteafsnit og et intensiv-afsnit.

Baggrunden for dette er dels, at det nuværende hjerte-afsnit fysisk er placeret i den renoveringsmodne del af det gamle Slagelse Sygehus i afstand fra akutafdelingen på ca. 400 meter, og det nuværende intensiv-afsnit er ligeledes uhensigtsmæssigt logistisk placeret i en afstand fra akutafdelingen på ca. 200 meter.

Ved at inkorporere hjerte- og intensiv-afsnittene i akut-afdelingsprojektet kan opnås optimeringer af arbejdsgangene i forhold til de "tunge" akut-patientgrupper. Og ved at dimensionere sengekapaciteterne i akutafdelingen således, at patienterne kan have ophold i afdelingen i op til 48 timer, vil patientforløbene i vid udstrækning kunne foregå uden overflytninger i det i øvrigt bygningsmæssigt udstrakte Slagelse Sygehus.

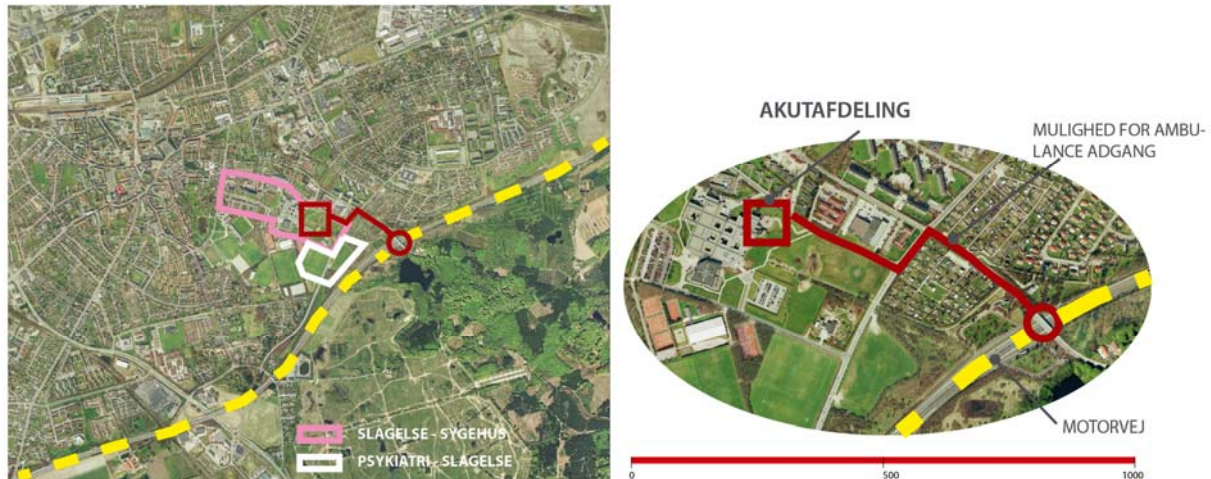
Projektet med etablering af Fælles Akutafdeling (FA) i Slagelse er i relation til ekspertpanelets brev til regionerne af 17. april 2009 et såkaldt fase 1-projekt, hvortil der er givet et foreløbigt tilsagn om støtte med ca. 300 mio. kr.

Projektet udarbejdes indenfor de forudsætninger, rammer og arealstandarder m.m., som regeringen har

fastlagt – og som fremgår af ekspertpanelets sceningsnotat af 27. november 2008.

Arbejdet sker endvidere på grundlag af det i marts måned 2009 udarbejdede ideoplæg til akutafdeling (i uddrag vedlagt som bilag 1B) – samt under iagttagelse af udbygningsskitsen fra december 2008 (bilag 1C). Bemærk venligst at der i begge tilfælde er tale om arbejdsdokumenter – og derfor kan der være afvigelser i forhold til byggeprogrammet, som i så fald vil være gældende.

Der sikres dermed en hensigtsmæssig og funktionel placering af akutafdelingen, idet placeringen sikrer at evt. senere renovering/udbygning af sygehuset kan finde sted – og dermed yderligere bidrage til optimering af opgaveløsningen via såvel en forbedret logistik som arbejdstilrettelæggelse.



Konsekvenser for bebyggelsesmønsteret for akutafdelingen og evt. kommende udbygning, fremgår af bilaget med udbygningsskitsen.

M.h.t. sikring af fleksibilitet i kommende udbygning, henvises til bemærkningerne under pkt. 4

Projektoplysninger

Der henvises til vedlagte "Bilag 2 (projektoplysninger til brug for endelig indstilling).

Dimensionering og økonomi:

Dimensioneringen af akutafdelingen tager sit udgangspunkt i de beregninger der fremgår i seneste version af "Notat vedr. dimensionering af skadestue og akutmodtagelse på de 6 store sygehuse i Region Sjælland", som er udarbejdet af Health Consult Aps, d. 28.11. 2008.

Arealerne omfatter de primære funktioner i akutafdelingen. Ambulancehal, billediagnostik, evt. satellit laboratorium, kontorer, møderum og garderober er beregnet som et tillæg hertil. (se side 8)

Primærfunktionsarealerne fremkommer ifl. notatet som følger:

Tabel 1 (uddrag): Dimensionering af skadelejer og skaderum, tilrettet efter brugermøde.

| Sygehus | 2007 *) | 2020 **) | Beregningsgrundlag for antal us/beh-rum til skadestuebesøg | | | | | | |
|----------|----------------------|---------------------------|--|-------------------------------|--|-----------------------------------|----------------------|--|-----------------------|
| | Antal skadestuebesøg | Antal skadestuebesøg 2020 | Antal skader i gnsn/døgn ***) | Antal skader i gnsn/time ***) | Antal skader i tidsrummet kl. 8-18 ****) | Antal skader i gnsn/time kl. 8-18 | Gnsn. us tid i timer | Antal lejer kl. 8-18 med 90 % udnyttelse | Forslag til antal rum |
| Slagelse | 29.100 | 32.752 | 90 | 4 | 63 | 6,3 | 1 | 7,0 | 4 |

*) Afrundede aktivitetstal fra 2007 jf. regionens notat: "Akutmodtagelser i Region Sjælland - rammer og principper" af 30. april 2008

***) Fremskrevet med den gennemsnitlige befolkningstilvækst på 4,6% samt den gennemsnitlige realvækst på 7,6 %

****) 365 dage og 24 timer

*****) jf. en registrering i Hillerød, ankommer ca. 70 % af døgnets patienter i tidsrummet 8-18

Tabel 2 (uddrag): Dimensionering af antal undersøgelses- og behandlingsrum til akutte indlæggelser:

| Sygehus | 2007 aktivitet | 2020 aktivitet | Beregningsgrundlag for antal us-rum til akutte indlæggelser | | | | | |
|----------|------------------------------|-----------------------|---|--|---|----------------------|--|-----------------------|
| | Antal akutte indlæggelser *) | Antal akutte indl.**) | Antal akutte indl. i gnsn/døgn ***) | Antal akutte indl. i tidsrummet kl. 8-18 ****) | Antal akutte indl. i gnsn/time kl. 8-18 | Gnsn. us tid i timer | Antal rum kl. 8-18 med 90 % udnyttelse | Forslag til antal rum |
| Slagelse | 18.822 | 21.165 | 58 | 41 | 4,1 | 1,5 | 6,8 | 7 |

*) Jf. 11 måneders registrering af akutte indlæggelser fordelt på sygehuse/specialer. Antallet er inkl. flytninger på grund af ændret specialefordeling og naturlige optageområder. Data er ekskl. obstetrik og inkl. pædiatri

***) Fremskrevet med den gennemsnitlige befolkningstilvækst på 4,6% samt den gennemsnitlige realvækst på 7,5 %

****) 365 dage/år og 24 timer/døgn

*****) jf. en registrering i Hillerød, ankommer ca. 70 % af døgnets patienter i tidsrummet 8-18

Kapaciteten forventes revurderet med nye data, når sygehusplanens forudsætninger foreligger.

Tabel 3 (uddrag): Dimensionering af akutte modtagesenge:

| Sygehus | 2007 aktivitet | 2020 aktivitet | Beregningsgrundlag for antal akutte modtagesenge | | | | |
|----------|------------------------------|------------------------|--|---------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| | Antal akutte indlæggelser *) | Antal akutte indl. **) | Antal indlæggelser i akutte modtagesenge ***) | I % af alle akutte indlæggelser | Liggetid i akut modtage-senge ****) | Antal sengedage i akutte modtagesenge | Antal akutte modtagesenge (70%) |
| Slagelse | 18.822 | 21.165 | 10.895 | 51,5% | 1,2 | 13.070 | 50 |

*) Jf. 11 måneders registrering af akutte indlæggelser fordelt på sygehuse/specialer. Antallet er inkl. flytninger på grund af ændret specialefordeling og naturlige optageområder. Data er ekskl. obstetrik og inkl. pædiatri

**) Fremskrevet med den gennemsnitlige befolkningstilvækst på 4,6% samt den gennemsnitlige realvækst 7,5%

***) Baseret på forudsætninger fra Grovskitseerne

****) Baseret på skøn over andel, der har behov for ophold i op til 48 timer

I datagrundlaget for grovskitsen, er der beregnet et sengedagsbehov i 2020 på 21.165 sengedage i AMA-funktionen, svarende til 43 senge ved en 70% belægning. Det er forudsat, at patienterne alene opholder sig i AMA-sengene i max 24 timer.

Efterfølgende har sygehusledelsen besluttet, at der af hensyn til effektive og gode patientforløb skal være en mulighed for opholdstid på op til 48 timer til grund. Det skyldes i særlig grad ønsket om, at de korttidsindlagte ikke udsættes for overflytninger – men kan færdigbehandles i AMA-området. Det betyder, at stationær sengekapaцитet overflyttes til AMA – og en beregning, baseret på en periodevis optælling af over 20.000 akutindlagte på Slagelse Sygehus, indikerer at AMA-området i stedet bestykses med 50 senge, altså yderligere 7 sengepladser. Der vil samtidig blive reduceret med 6 senge i det stationære område. At det ikke er samme antal fysiske senge skyldes brug af den højere belægningsprocent i de stationære sengeområder..

Samlet er kapacitetsbehovet følgende, inkl. efterfølgende tilretninger:

Tabel 4 (uddrag): Kapacitetsbehov i akutafdelingen – antal pladser

| Slagelse Sygehus | Skadestue Rum | Modtagelse antal UB rum | | Antal triage pladser | Antal traumerum | Antal akutte modtagesenge |
|------------------|---------------|-------------------------|--|----------------------|-----------------|---------------------------|
| Slagelse | 4 | 7 | | 10 | 2 | 50 |

Arealramme:

Arealberegningerne er tilrettede og svarer herefter til ekspertpanelets anbefalinger, jf. ovenstående.

Det betyder, at kapacitetsbehovet udløser følgende arealramme til Akutafdelingen:

Tabel 5 (uddrag): Arealbehov (netto) for primærfunktioner i akutafdelingen i Slagelse, tilrettet ekspertpanelets arealstandarder og sygehusledelsens beslutning om 50 AMA-pladser:

| Areal til fælles akutmodtagelse *) | Areal UB rum **) | Areal til triage ***) | Areal til Skaderum a 50 kvm | Areal til traume ****) | Areal personale & forsyning | Areal akutte modtage-senge *****) | Psykiatri Mod-Tagelse #) | Nettoareal I ALT |
|------------------------------------|------------------|-----------------------|-----------------------------|------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|--------------------------|------------------|
| Slagelse | 210 | 300 | 200 | 240 | 240 | 1.750 | 105 | 3.045 |

*) Areal til kontorer, møderum, garderober, billeddiagnostik og satellit laboratorium er ikke medregnet

**) 7 modtagerum a 30 kvm netto/rum

***) 30 kvm/plads inkl. venteareal mm

****) 120 kvm/plads

*****) 50 senge a 35 kvm netto/seng

#) Udmøntes senere

Som det fremgår, er der ikke taget alle arealbehov med i ovenstående – og for at nå frem til et retvisende areal, er der behov for følgende tillæg:

| | |
|---|----------------------------|
| Nettoareal ifl. tabel 5 | 3.045 m ² |
| Ambulancetjeneste: | 150 m ² |
| Tillæg for 2 billeddiagnostiske modaliteter a 90 m ² | 180 m ² |
| Tillæg for laboratoriesatellit: | 30 m ² |
| Tillæg for kontorer, møderum og garderober 12 % | 440 m ² |
| I ALT arealramme | 3.845 m² |

Der er antaget at være behov for plads til 2 ambulancer samtidigt samt plads til bårevask, depoter og et dekontamineringsrum. Det må forventes, at præhospitalsplanen senere kan angive et udvidet behov for parkering af ambulancer i området. Det vil derfor være et krav, at arealet tilrettelægges på en måde, så det evt. kan udvides på et senere tidspunkt når denne forudsætning er på plads. Udvidelsen finansieres via midlerne til oprustning af præhospitalsplanen.

Intensiv

Intensivfunktionen er i forbindelse med det tidligere grovskitsearbejde dimensioneret til 15 pladser – a 50 m² netto, svarende til en funktion på

i alt

750 m² netto.

Hjerteovervågning

Hjerteovervågningsenheden foreslås ligeledes placeret i forbindelse med akutafdelingen med 20 pladser a 35 m² netto, svarende til en sengefunktion på i alt 700 m² netto. Hertil kommer behovet for 5 undersøgelses- og behandlingsrum i tilknytning til funktionen, svarende til 5X30 m² netto til hjertefunktionen – og dermed

i alt

850 m² netto.

Ikke mindst hjerteovervågningsenheden har en høj prioritet, da netop denne gruppe patienter i dagens situation ikke har tidssvarende faciliteter – og desuden berøres af den nye akutafdelings placering, hvor afstanden til denne øges.

I udbygningssskitserne fra foråret 2009, er begge funktioner vist beliggende på etagerne over akutafdelingen – og forbundet med denne med et sæt akutelevatorer – i akutsøjlen.

Samlet set betyder de nævnte forudsætninger og ændringerne heri, at akutafdelingens nettoarealbehov ved en brutto-/nettofaktor på 2,0 svarer til et

| | |
|---------------------------|-----------------------------|
| Samlet bruttoareal | 10.890 m² |
| - fordelt på | |
| Fælles akutafdeling | 7.690 m ² brutto |
| Intensivfunktion | 1.500 m ² brutto |
| Hjerteovervågning | 1.700 m ² brutto |

Økonomi:

Med anvendelse af en anslået m²-pris på op til ca. 27.000 kr – samt med nødvendige udgifter til terræn, helipad og sikring af god (elevator-) forbindelse til den nuværende OP-afdeling, skønnes det samlede projekt at kunne holde sig indenfor tilsagnsrammen på 300 mio. kr. Se økonomibilag for nærmere specifikation.

Fleksibilitet i byggeriet

Nævrende byggeri planlægges med en fysisk disponering og en bygnings- og installationsmæssig struktur, der sikrer robusthed for ændringer i både projekteringsfasen, efter hospitalet er taget i brug, og i et langsigtet udviklingsperspektiv. Flexibilitet og fremtidssikring opnås ved at give bygninger og tekniske installationer stor tilpasningsmulighed.

Hovedgrebene for at sikre flexibilitet og fremtidssikring kan beskrives følgende hovedelementer:

- Vertikal organisering
- Horisontal flexibilitet på både bygnings- og etageniveau
- Flexibilitet i valget af konstruktions- og installationsprincipper
- Flexibilitet i valget af materialer og byggeprincipper
- Valg af logistikprincipper, IT infrastruktur o.l
- Valg af fleksible og fremtidssikrede forsyningsprincipper for de tekniske anlæg (Se punkt 2.2 og 6.1)

Flexibilitet ift. grænseflader og samspil mellem somatik og psykiatri:

Der vil ved udarbejdelse af byggeprogram fase 2 – ved planlægning af ekstern logistik, herunder trafikale forhold og parkering – blive planlagt ud fra en helhedsplan, der vil omfatte dels det eksisterende sygehus og den nye akutafdeling og dels det kommende nye psykiatriske sygehus på nabogrunden.

Forsyningsmæssigt kan en helhedsplan og strategiske valg ift. opvarmning (og afkøling) mv. tilsvarende inddrages.

Flexibilitet i byggeriet tilstræbes, som nævnt i indledningen under pkt. 1, ved standardiserede løsninger – standardindretning af sengestuer og undersøgelsesrum, således at der i høj grad kan tilbydes behandling til forskellige patienttyper inden for standardiserede rammer. Herudover vil der være behov for specialrum til særlige formål.

Standardiseringen forventes ligeledes at kunne medvirke til integrering af modtageforhold for de psykiatriske patienter – om end der i dimensioneringen skal tages højde for yderligere kapacitetsbehov til psykiatrien.

Flexibilitet sikres endvidere i forhold til at der planlægges for automatiske (robot-)løsninger til varetagelse af en moderne og fremtidssikret logistik, som skal kunne integrere det eksisterende sygehus med ny akutafdeling, psykiatri og evt. til dette formål videreudbygges tunnelforbindelserne imellem eksisterende og kommende bygningsdele.

Trafikalt er Slagelse Sygehus placeret syd-øst for centrum, og er afgrænset af veje, alle med adgang til området. På baggrund af den tidligere udarbejdede udbygningsskitse (baseret på grovskitsen) har det været vurderet, at nettoeffekten af bygningsudvidelsen ville medføre en øget trafikbelastning på det omkringliggende vejnet. Akutafdelingen udgør imidlertid kun en del af den tidligere udarbejdede udbygningsskitse – og dermed en mindre øgning i trafikbelastningen.

Området er i dag kendetegnet af en vældig god kobling til det omkringliggende vejnet, herunder en central placering ift. Vestmotorvejen. Dette medfører en hensigtsmæssig trafikafvikling, både lokalt og regionalt. Det forventes at adgangsvejene opretholdes. Endvidere er der mulighed for at eksempelvis akutkørsel kan tilkobles direkte til den nærliggende motorvej.

Patientsikkerhed og patientforhold

Patientsikkerheden får et løft via etablering af 1-sengsstuer overalt i nybyggeriet. Der er på dette område evidens for, at infektionsrisici, uheld og andre utilsigtede hændelser (UTH'er) kan forventes reduceret væsentligt. Hertil bidrager endvidere anvendelse af god lysætning, og afprøvede materiale- og overfladevalg, der medvirker til både en bedre hygiejne og til at mindske faldulykker.

Projektet inddrager i alle faser de anbefalinger og principper, der kommer til udtryk i notatet fra december 2008 fra Dansk selskab for Patientsikkerhed om principper for investeringer i fremtidens sygehusstruktur.

Nye installationer indebærer endvidere forbedret el-sikkerhed..

Når det angår patientforhold i øvrigt, er princippet om ene-stuer i akutafdelingen medvirkende til at bedre serviceniveauet, ved bl.a. at tilbyde højere grad af komfort, privathed og ro. Også de stationære afdelingers patienter vil profitere heraf, idet der forventes mere ro i vagttiden, da nyankomne akutpatienter ikke griber forstyrrende ind i afdelingernes rutiner i vagttiden.

Patienterne tilbydes en bedre kontinuitet i behandlingen via de forbedrede og sammenhængende forløb – og med tidlig udarbejdelse af første bud på en behandlingsdiagnose i akutafdelingen.

Bedre opgaveløsninger og ressourceanvendelse

Generelt kan det understreges, at der forventes en bedre kvalitet og mere sikker og hensigtsmæssig modtagelse af patienter ved etablering af samlet og fælles akutafdeling.

Med en ny akutafdeling ved Slagelse Sygehus, gives der mulighed for en bedre ressourceudnyttelse gennem en mere målrettet indsats ved bemanningen af henholdsvis akutafdelingen – og de stationære afdelinger.

Med byggeprogrammets forslag til en moderne – og til en vis grad robotanvendt, logistikløsning, skabes der arealeffektive forhold, der videre afspejles i en bedre driftsøkonomi.

Den mere rationelle logistik ved valget af automatiske løsninger – vil i en overgangsperiode frem mod tilslutning af såvel psykiatrisk hospital som den evt. videre udbygning af det somatiske sygehus, være præget af behovet for at videreføre nogle af de aktuelle logistikformer. Dermed opnås den fulde effekt først ved fuld udbygning.

Indførelse af lean-principperne i logistikløsningerne bidrager således til bedre ressourceanvendelse via bl.a. en reduktion af UTH via færre fejlleverancer m.m.

Til sikring af en optimal ressourceudnyttelse i forbindelse med planlægning, projektering, opførelse og drift af bygningen og dens tekniske anlæg fokuseres primært på at begrænse energiforbruget i den daglige drift idet et moderne sygehus med dagens og fremtidens behandlingsteknologier vil afstedkomme store energiforbrug i forhold til andre institutioner. Som supplement til begrænsninger til energiforbrugene skal ligeledes overvejes alternative forsyningsmåder så vidt angår varme og el-forsyninger. Princippet bag energispareindsatsen vil i videst muligt omfang være at reducere de interne varmebelastninger såvel effekt- som tidsmæssige, således at afledt forbrug til ekstra ventilation og køling elimineres eller begrænses mest muligt.

Bæredygtighed samt udarbejdelse af strategi for hele energidelen vil indgå i det videre planlægningsforløb. Således vil bæredygtighed blive inddraget og relateret til regionens strategi på dette område, herunder udarbejdes redegørelse og analyse af bæredygtighed i relation til miljø, ressourcer, økonomi samt sociale forhold.

Vedr. energi planlægges dette – ud fra en kommende helhedsplan – under hensyn til fortsat drift af det eksisterende sygehus, udbygning af akutafdelingen og en mulig fremtidig udbygning af sygehuset samt psykiatrien.

Risikovurdering

Projektet følger de normale procedurer for anlægsarbejder i henhold til byggeregulativ for Region Sjælland. Byggeregulativet beskriver regionens administrative og politiske behandling af bygge- og anlægssager. F.eks. fremgår det af regulativet, at økonomiske afvigelser i forhold til afgivet anlægsbevilling skal forelægges regionsrådet.

Projektet vil indgå som en del af regionens budgetopfølgning. Dvs. der sker opfølgning på økonomi og tidsplan med forelæggelse for regionsrådet 3 gange om året.

Herudover vil Økonomi fungere som "ekstern" og uvildig controller på projektet. Der vil ske en løbende gennemgang af økonomien og tidsplan, uafhængigt af Byggeenheden i Region Sjælland.

Selvom projektet har en vis størrelse, forventes der ikke større risiko for forsinkelser eller økonomiske overskridelser end normalt ved regionens anlægsarbejder. Projektet er ikke af et omfang eller med et indhold, der i større grad afviger fra regionens normale arbejder.

De økonomiske overskridelser på anlægsarbejder har i regionens levetid være begrænset.

Projektorganisering og løbende opfølgning i byggeperioden

Det centrale udgangspunkt ved gennemførelse af bygge- og anlægssager i Region Sjælland er, at disse for at sikre optimale helhedsløsninger, faglighed og lokal forankring, løses i samarbejde mellem de operative enheder og Bygninger & Service (KoncernByg), bl.a. ved at involvere de berørte brugere. Ved bygge- og anlægssager er Regionsrådet bygherre, den aktuelle operative enhed er ansvarlig for bevillingen, som bygherrefunktion, og Bygninger & Service (KoncernByg) varetager rollen som intern bygherrerådgiver.

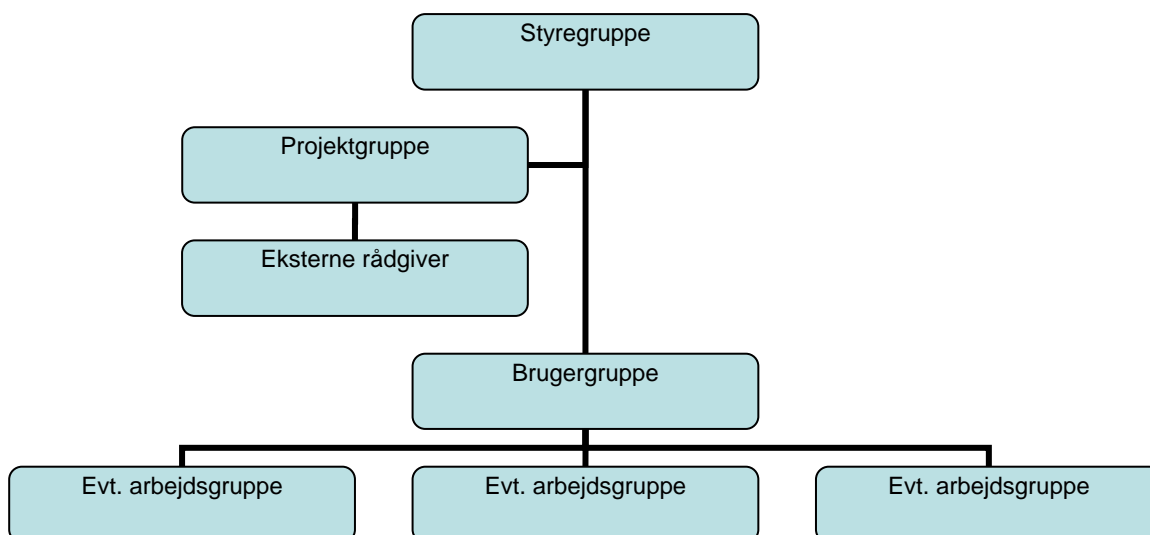
De operative enheder er ligeledes ansvarlige for brugerinvolvering med udgangspunkt i nedenstående model for organisering af bygge- og anlægssager i Region Sjælland.

Etablering af en organisationsmodel til bygge- og anlægssager med involvering af brugerne er et udtryk for at det er de fremtidige arbejdsopgaver og de tilknyttede aktiviteter der er i centrum når der skal gennemføres bygge- og anlægssager i Region Sjælland.

Det vil sige, at de fremtidige arbejdsopgaver og aktiviteter, som skal planlægges og etableres, skal være udgangspunktet for, hvordan bygningerne indrettes.

Det er derfor vigtigt, at deltagerne i processen er opmærksomme på både det fysiske og det psykiske arbejdsmiljø, når der drøftes indretning af de fysiske rammer.

Bygge- og anlægssager i Region Sjælland organiseres efter følgende model.



På Region Sjællands større byggesager etableres der en *styregruppe*, en *brugergruppe* samt en *projektgruppe*.

Styregruppen, der er overordnet ansvarlig for at projektets økonomiske, tidsmæssige og bygningsmæssige forhold overholdes, sammensættes af:

- en ledelsesrepræsentant fra den operative enhed.
- en ledelsesrepræsentant for den aktuelle geografi.
- en ledelsesrepræsentant for Region Sjællands Koncernbyg.

Brugergruppen, definerer og følger op på krav og ønsker ud fra den fremtidige aktivitet indenfor de fysiske ramme. Ligeledes vurderer brugergruppen de brugsmæssige kvaliteter ved foreslåede løsninger, og er ansvarlige for at inddrage nødvendige interne og eksterne interessenter og nedsætter det nødvendige antal arbejdsgrupper, for specifikke områder / funktioner.

Brugergruppen følger projektet og modtager løbende status mht., de fremsatte krav og ønsker.

Brugergruppen sammensættes af:

- en ledelsesrepræsentant for hvert af de fagligt berørte områder i den operative enhed.
- en arbejdsmiljørepræsentant udpeget af MED-udvalget.
- en medarbejderrepræsentant udpeget af MED-udvalget.

Projektgruppen, definerer, planlægger og følger op på de projekt- og procesmæssige forhold omkring projektet. Ligeledes er projektgruppen ansvarlig for de byggetekniske og juridisk faglige forhold ved projektet.

Projektgruppen som er ansvarlig for projektets fremdrift deltager i såvel styregruppe- og brugergruppemøder.

Projektgruppen sammensættes af:

- en repræsentant for det tekniske område i den operative enhed.
- en repræsentant fra den operative enheds administration.
- en byggekonsulent fra Region Sjællands Koncernbyg.
- en projektleder fra den eksterne rådgiver.

Nedenstående principhandlingsplan for større byggeopgaver viser hvornår de forskellige parter i byggesagen yder en indsats i forløbet.

For den operative enhed er der i faserne idéoplæg, program, projektforslag og projektering hovedsagelig tale om indsats fra brugergruppen.

I udførelsesfasen er der tale om at lederen for den operative enhed godkender licitationsresultatet og diverse kontrakter og aftaler.

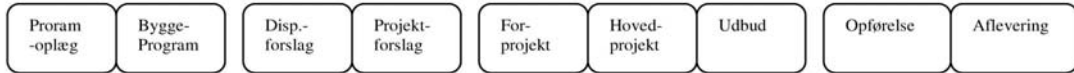
I udførelsesfasen og driftsfasen er der tale om at den operative enheds tekniske organisation deltager i anførte praktiske opgaver, herunder afleveringsforretning og etablering af drift- og serviceaftaler.

Principhandlingsplan for større byggeopgaver. (Pkt. 2.2 i Byggeregulativ for Region Sjælland-se bilag)

Projektfaser, interne:



Eksterne:



Organisatoriske faser



Principhandlingsplan:

| Den operative enhed | | | | | |
|---|--|---|---|---|---|
| Idéoplæg | Program | Projektforslag | Projektering | Udførelse | Drift |
| Definere ønsker og behov. Indsamle grundlag og analyser. Opstille forudsætninger | Sammenfatte forhold af betydning for indretning og funktion m.v. Belyse og vurdere alternative muligheder for indretning og fremtidig drift. Udarbejde opgørelse over samtlige udgifter. | Bistå med oplysninger om funktion og drift. Medvirke i udarbejdelse af forslag til inventarmontering. Bidrage til afsættelse af den fornødne ramme til inventar udvendig og indvendigt. | Medvirke ved udarbejdelse af forslag til løst og fast inventar samt udstyr. | Godkende licitationsresultat Godkende kontrakter og aftaler efter indstilling fra Bygninger & Service Forestå montering og indkøb af bygherreleverancer f.eks. inventar og udstyr. Medvirke i afleverings- og overdragelsesforretning. Medvirke i garantieftersyn | Varetage drift. Etablere drift og serviceaftaler Forestå vedligeholdelse. Udarbejder oplæg til endeligt regnskab |
| Bygninger & Service eller den eksterne rådgiver | | | | | |
| Rådgive og bistå med tekniske og økonomiske oplysninger, samt bistå med ovenstående Bistå med juridisk bistand Indstille til Regionsrådet | Bistå med konkrete analyser og oplysninger. Bearbejde oplæg til operationelt program | Udarbejde forslag sammen med eksterne rådgivere. Koordinere den nødvendige myndighedsbehandling | Udarbejde projekter sammen med eksterne rådgivere. Varetage bygherrens funktion i forbindelse med udbud og licitation. Bistå med juridisk bistand | Udarbejde kontrakter og aftaler der indstilles til den operative enhed. Udføre bygherretilsyn Styre tid og udføre økonomistyring. Gennemføre afleveringsforretning, forestå overdragelsesforretning, udarbejde regnskab, forestå 1- og 5-års eftersyn. | Forestå overordnet planlægning af vedligeholdelse |
| Tværgående funktioner | | | | | |
| Øk. : Bistå med overordnet økonomistyring. K&U: Bistår med overordnet planlægning | Øk. : Bistå med økonomiopgørelser Org. og HR Bistå i personale-spørgsmål | It. : Bistå med teknisk rådgivning | Øk. : Bistå ved etablering af nødvendige forsikringer | Øk. : Bistå overordnet økonomistyring i udførelsen B&S, Indkøb Bistå med udbud og indkøb af bygherrelev, samt medvirke ved drift og serviceaftaler | Alle: Indgå i normal drift Øk.: Endeligt byggeregnskab revideres |

Nedlagte sygehusbygninger

Region Sjælland forventer fuld låneoptagelse til projektet.

Finansieringen bliver således:

| | | | |
|-----------------|---------------|---------------|-----------------|
| Kvalitetsfonden | 60,0% | 180,00 | mio. kr. |
| Henlagte midler | 27,5% | 82,50 | mio. kr. |
| Låneoptagelse | 12,5% | 37,50 | mio. kr. |
| I alt | 100,0% | 300,00 | mio. kr. |

Regionens egenfinansiering er således på 120 mio. kr. Der påregnes ikke at gennemfører noget salg af bygninger i forbindelse med projektet.

Præhospital indsats

Det præhospitale område indeholder alt det som foregår, inden patienten kommer til et sygehus. Med samlingen af den akutte behandling på 4 akutsygehuse i Region Sjælland vil der, alt andet lige, blive længere transporttid for visse patienter - specielt fra regionens yderområder. Det er derfor altafgørende for optimal behandling, at der hurtigt kan komme kvalificeret hjælp frem til akut syge og tilskadekomne. De præhospitale ressourcer (ambulance, akutbil, lægebil), som er de første hos patienten, er på denne måde sygehusvæsenets forlængede arme, øjne og øre.

En god præhospital indsats betyder i høj grad to ting - hurtig hjælp og kvalificeret hjælp. Dette kan nås ved rigtig placering og god mulighed for back up til dem, som arbejder i 'feltet'.

I forlængelse af drøftelser i sommeren 2009 om styrkelse af det præhospitale område i henhold til vedlagte notat, besluttede Regionsrådet i forbindelse med vedtagelsen af budget 2010 at igangsætte en analyse af de præhospitale akuttilbud i Region Sjælland.

Aktuelt (primo november 2009) er konkret et udvalg under nedsættelse, som får til opgave nærmere at vurdere og kortlægge behovet for kapacitet og organisering af det præhospitale akutberedskab i Region Sjælland, jf. vedlagte kommissorium. Det er forventningen, at dette arbejde vil være afsluttet ultimo marts måned 2010, hvorefter det er forventningen, at man politisk vil skulle drøfte forslagene.

Når analyse og politisk behandling i Region Sjælland er færdig, vil resultaterne heraf blive fremsendt til Ekspertpanelet.

Forudsætninger for tilsagnet

Projektet udarbejdes indenfor de forudsætninger, rammer og arealstandarder m.m., som regeringen har fastlagt – og som fremgår af ekspertpanelets sceningsnotat af 27. november 2008.

Arbejdet sker endvidere på grundlag af det i marts måned 2009 udarbejdede ideoplæg til akutafdeling (bilag 1B) – samt udbygningsskitser fra december 2008 (bilag 1C).

Det kapacitetsmæssige beregningsgrundlag for akutafdelingen, anvendes beregninger fra udarbejdelsen af Grovskitsen for Slagelse Sygehus, dateret d. 2. september 2008 - og ajourført med notat af Health Consult Aps, dateret 28.11.2008.

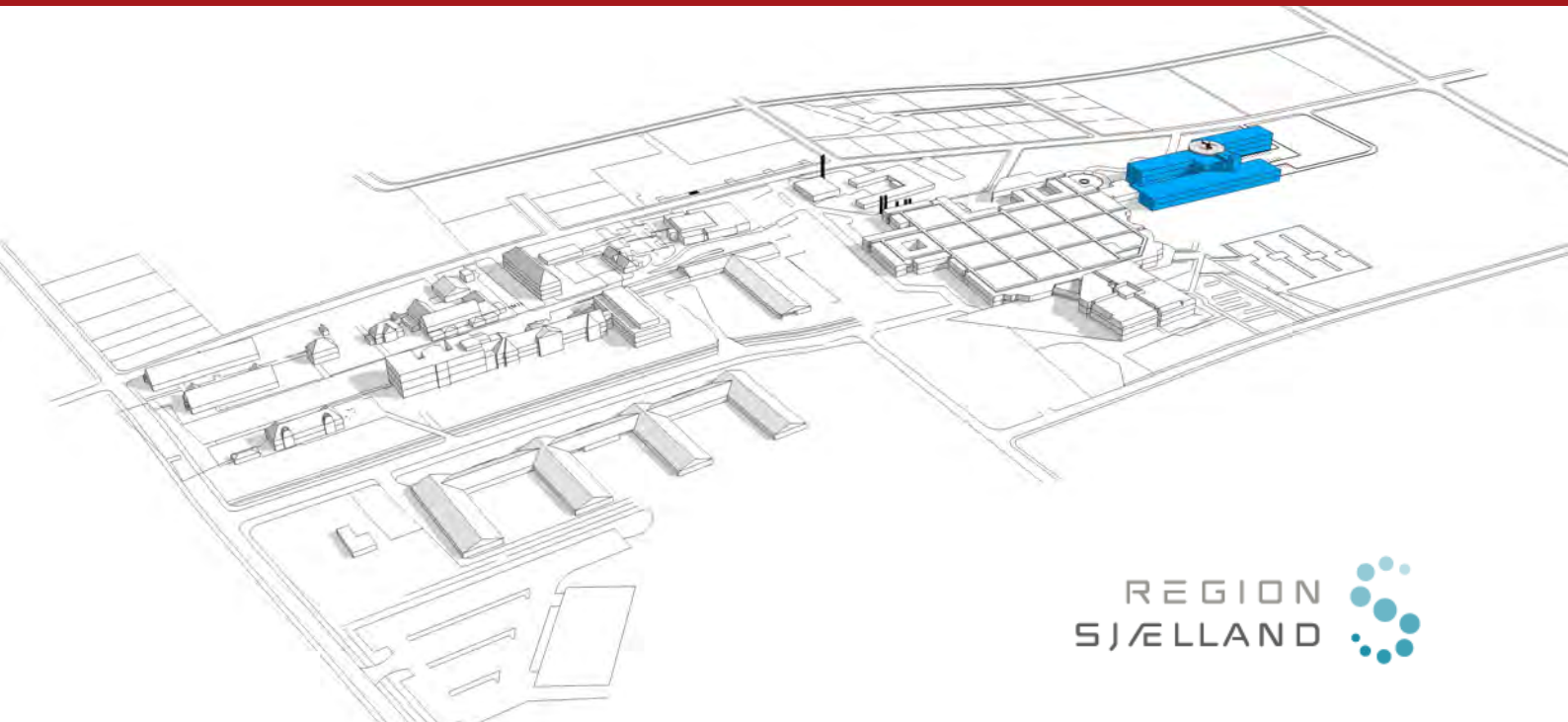
Grovskitsearbejdet baseredes på den daværende sygehusplan, som p.t. er under revision – og hvor resultatet forventes til behandling i det nye regionsråd, d.v.s. efter årsskiftet.

Der er derfor væsentlige forudsætninger i en samlet helhedsplan for sygehusenheden i Slagelse, bl.a. størrelse og specialesammensætning, der ikke er fuldt belyst. Det gælder også spørgsmålet om det kan forventes at dele af det ældste byggeri på Slagelse Sygehus, fortsat påregnes anvendt – ligesom graden af integrering med den nye psykiatri på nabogrunden afklares i løbet af de kommende måneder. Det er derfor en erkendt udfordring, at planlægning og programmering af akutafdelingen må ske på en så fleksibel måde, at ændringer kan tilpasses resultaterne af sygehusplanprocessen.

ANSØGNING OM ENDELIGT TILSAGN TIL PROJEKT:

Ny Fælles Akutafdeling ved Slagelse Sygehus

Bilag 1A. Udkast til byggeprogram



Slagelse Sygehus, Ny Akutafdeling - udkast til byggeprogram 27.11.2009

1

Overordnet generelt grundlag:

1.1 Indledning og baggrund

Projektet med etablering af Fælles Akutafdeling (FA) i Slagelse er i relation til ekspertpanelets brev til regionerne af 17. april 2009 et såkaldt fase 1-projekt, hvortil der er givet et foreløbigt tilsagn om støtte med ca. 300 mio. kr.

Der forestår en mere detaljeret projektbeskrivelse – i form af bl.a. dette byggeprogram, til indsendelse til panelets videre behandling af den endelige indstilling til regeringen om godkendelse af projektet, jf regeringens brev af 26. januar 2009 med foreløbigt tilsagn om sygehusinvesteringer i Region Sjælland.

Dette notat udgør på et overordnet strategisk niveau og i skitse-mæssig form første udkast af det byggeprogram der skal ligge til grund for den egentlige projektering af Akutafdelingen i Slagelse. Notatet produceres med øje for den samlede leverance – og viderebearbejdes og detaljeres yderligere frem mod udgangen af januar 2010 (fase 2) – og planlægges at foreligge i endelig form, i foråret 2010 (fase 3), når totalrådgiver/bygherrerådgiver er udpeget.

Dette udkast er således et skridt på vejen frem mod et egentlig byggeprogram i henhold til PAR/FRI-standarden og i henhold til Region Sjællands eget byggeregulativ. På den baggrund har dette notat til formål at uddybe det til ekspertpanelet tidligere fremsendte, og indgår således som en del af den samlede dokumentation til ekspertpanelet.

Forudsætninger:

Byggeprogrammet udarbejdes indenfor de forudsætninger, rammer og arealstandarder m.m., som regeringen har fastlagt – og som fremgår af ekspertpanelets screeningsnotat af 27. november 2008.

Arbejdet sker endvidere på grundlag af den i foråret 2009 udarbejdede udbygningssskitse for Slagelse Sygehus.

M.h.t. det kapacitetsmæssige beregningsgrundlag for akutafdelingen, ønsker Region Sjælland, at der indtil videre anvendes det grundlag, der er beregnet i forbindelse med udarbejdelsen af Grovskitsen for Slagelse Sygehus, dateret d. 2. september 2008 - og ajourført med notat af Health Consult Aps, dateret 28. November 2008.

Grovskitsearbejdet blev baseret på den daværende sygehusplan, som p.t. er under revision – og hvor resultatet forventes til behandling i det nye regionsråd, d.v.s. efter årsskiftet.

Der er derfor væsentlige forudsætninger i en samlet helhedsplan for sygehusenheden i Slagelse, bl.a. størrelse og specialesammensætning, der ikke er fuldt belyst. Det gælder også spørgsmålet om hvor længe de ældste og mest utidssvarende bygningsenheder på Slagelse Sygehus, fortsat påregnes anvendt – ligesom den konkrete udformning af integrering med den nye psykiatri på nabogrunden henstår til afklaring i de kommende måneder. Det er derfor en erkendt udfordring, at planlægning og programmering af akutafdelingen må ske på en så fleksibel måde, at ændringer kan tilpasses resultaterne af sygehusplanprocessen.

De forudsætninger, der er anvendt i forb.m. grovskitsearbejdet er blevet til før ekspertpanelets udmeldinger – og enkelte, relevante forudsætninger er derfor tilrettede så der nu er overensstemmelse med de af ekspertpanelets anbefalede arealstandarder, udnyttelsesgrader m.v. – det vil fremgå af teksten i afsnit 8, hvor tilpasningerne er foretaget.

Visionen for Nyt Slagelse Sygehus:

Den overordnede vision for nybyggeri ved Slagelse Sygehus er det patientfokuserede Sygehus, hvor den enkelte patient oplever et velplanlagt behandlingsforløb med færrest mulige flytninger, understøttet af gode og hensigtsmæssige fysiske rammer.

Nøgleordene for de holdninger og værdier, som de fysiske rammer skal understøtte i forhold til patienter og pårørende, er integritet, respekt og privatliv.

Det er endvidere visionen, at Slagelse Sygehus ved nybygningen og etableringen af gode og hensigtsmæssigt indrettede rammer, sammenhængende patientforløb og forbedrede behandlingsforhold og infrastruktur kan fastholde og tiltrække højt kvalificeret personale til den kliniske virksomhed, herunder forskning og uddannelse m.v.

Realiseringen af visionen stiller store krav til de fysiske og teknologiske rammer for nybygningen af Slagelse Sygehus, herunder

- Patient- og personalevenlige omgivelser med meget dagslys, godt indeklima, grønne omgivelser, kunst m.v. (healing architecture),
- Byggeri med arkitektonisk holdbarhed, fremtidssikrede løsninger og høj bygningsmæssig kvalitet.
- Høj fleksibilitet, hvor sygehusbyggeriet løbende og med få omkostninger kan tilpasses udviklingen indenfor behandling, pleje og forskning,
- Bedst mulig udnyttelse af fremtidens teknologier indenfor behandling, logistik og levering af serviceydelser
- God logistik hvor der skabes bedst mulig sammenhæng mellem nybyggeriet og henholdsvis de eksisterende bygninger og evt. kommende udbygninger.
- God infrastruktur med en hensigtsmæssig afvikling af de forskellige transportformer til og fra sygehusområdet og indenfor sygehusområdet
- Totaløkonomisk byggeri, hvor både anlægsøkonomi samt drift og vedligeholdelse optimeres – og hvor der vælges fremtidssikrede tekniske og energimæssige løsninger

1.2 Overordnede visioner for bæredygtighed

Bæredygtighed:

Arbejdet med at få præciseret, formuleret og fastlagt visioner for bæredygtighed deles op i 2 aktiviteter. Aktivitet 1 vil bestå af en identifikation af hvilke områder indenfor bæredygtighed, der vil være i fokus i projektet. I aktivitet 2 fastlægges ambitionsniveauet.

Aktivitet 1.

Fokusområderne vil blive identificeres i dialog med den gruppe/udvalg i regionen, der arbejder med dette. Der tages udgangspunkt i det materiale, der allerede foreligger, og de overvejelser, der er gjort (f.eks. "Visioner, mål og fokusområder", når dette foreligger fra regionen (ikke modtaget endnu). Der arbejdes som udgangspunkt ud fra den brede opfattelse af

bæredygtighed, hvor såvel miljømæssig, social og økonomisk bæredygtighed tages i betragtning.

Indledningsvist gennemføres et møde, hvor samtlige mulige fokusområder diskuteres. Hvad indeholder de, hvad vil konsekvenserne være ved ikke at tage hensyn til disse? På baggrund af dette udarbejdes et notat med begrundede fokusområder. Dette kommenteres og tilrettes.

Den økonomiske bæredygtighed håndteres i forbindelse med vurderingen af de enkelte mulige tiltag. Det kan dels gøres ved beregninger af omkostningerne i anlæg, eller (at foretrække) ud fra totaløkonomiske vurderinger, hvor driftsomkostninger(/-besparelser) og evt. bortskaffelsesomkostninger desuden tages i betragtning.

På den miljømæssige bæredygtighed vil samtlige miljøpåvirkninger blive vurderet for væsentlighed, men på nuværende tidspunkt er det sikkert, at såvel indeklimate og energiforbrug vil være i fokus.

Den sociale bæredygtighed vil ligeledes blive screenet, og der vil tilsvarende blive identificeret fokusområder for den. Der er ikke på nuværende tidspunkt sikkerhed omkring hvilke fokusområder, der vil være i forhold til den sociale bæredygtighed.

Fokusområderne søges rangordnet, så der i det videre projekt kan være en rettesnor for hvor væsentlige de forskellige fokusområder er, i den situation, der skulle være konflikt mellem tiltag på de forskellige områder.

Det anbefales, at antallet af fokusområder begrænses til 5.

Aktivitet 2:

For hvert fokusområde beskrives ambitionsniveauet. Dette gøres, ved at opstille mål for hvert fokusområde. Målene skal udstikke rammerne for løsningerne, men ikke pege på løsningerne. Der skal være mulighed for at vælge de løsninger, der sammen med arkitektur, funktion osv. passer bedst i helheden. Derfor er det vigtigt, at det er rammer og ikke løsninger, der fastlåses på dette tidspunkt.

Målene skal samtidigt formuleres, så det efterfølgende kan eftervises, om de er opfyldte eller ej.

Målene vil beskrive visionerne – der hvor projektet gerne skulle nå hen i forhold til bæredygtighed.

Bæredygtighedsmålene kan indarbejdes direkte i byggeprogrammet.

Arbejdet med formulering af bæredygtighedsmålene, der tilkendegiver visionerne, vil foregå i tæt dialog med den gruppe/udvalg i regionen, der arbejder med bæredygtighed.

Med udgangspunkt i notatet om fokusområder, diskuteres på et møde hvor ambitionsniveauet skal ligge for de enkelte fokusområder. Der udarbejdes et notat med bæredygtighedsmål. Notatet kommenteres og tilrettes.

Det videre arbejde med bæredygtighed:

Når grundlaget for valg af løsninger er på plads, planlægges det videre forløb på baggrund af ovenstående grundlag og vil således blive bearbejdet i fase 2.

1.3 Udvalgelse af tiltag der indarbejdes i endeligt byggeprogram.

(afsnittet uddybes og detaljeres i fase 2)

2 Projektets grundlag:

2.1 Projektets formål, behov, funktion og afgrænsninger.

Region Sjælland har med rapporten "Akutmodtagelser i Region Sjælland – rammer og principper" af 30.april 2008, tilsluttet sig Sundhedsstyrelsens anbefalinger i udmeldingen "Styrket Akutberedskab" fra Juni 2007.

Akutafdelingen i Slagelse følger derfor i sin funktionalitet beskrivelsen af den fælles akutmodtagelse.

Det betyder, at akutafdelingen forventes at kunne modtage visiterede patienter ved akut opstået sygdom og tilskadekomst. Den forestående planlægning af regionens præhospitale indsats forventes således at indgå i et nært funktionelt samvirke med akutafdelingen – og der er derfor reserveret plads til at præhospitalederne fysisk kan placeres i den nye akutafdeling – og præcisering af pladsbehov m.m. uddybes i de kommende måneder.

Det anses for en naturlig forudsætning, at vagtlægeordningens konsultationslokaler indpasses i akutafdelingen, mens telefonvisitationen forventes at forblive på sin nuværende plads.

Det forudsættes, at sygehusenheden i Slagelse fremover som minimum indeholder samtlige de lægelige specialer og diagnostiske faciliteter, der er nødvendige for at kunne opfylde kravene til det styrkede akutberedskab, d.v.s.

- Intern medicin
- Ortopædisk kirurgi
- Kirurgi
- Anæstesi med intensiv funktion
- Billeddiagnostik
- Klinisk biokemi

Det betyder, at der modtages akut syge og tilskadekomne patienter i akutafdelingen, hvor der foregår den umiddelbare vurdering (triage), diagnosticering, stabiliserende og indledende behandling, observation og pleje eller eventuelt visitation til specialafdeling.

Det er akutafdelingens formål at sikre en hurtig og sikker håndtering af akutte patienter. Dette formål skal opfyldes under hensyntagen til høj kvalitet baseret på en høj grad af standardiserede kliniske retningslinier.

Akutafdelingen medvirker til

- sikring af ét sammenhængende patientforløb for den enkelte patient baseret på et tæt tværfagligt samarbejde
- reduktion af det akutte arbejde i sygehusets øvrige afdelinger m.h.p. større produktivitet og effektivitet for det samlede sygehus

Akutafdelingen råder over faciliteter m.v., der giver mulighed for færdigbehandling af patienter og med mulighed for observation i kortere perioder (i op til 48 timer).

Akutafdelingen omfatter således følgende funktioner: triagefunktion, traumerum, akutmodtagelse, skadestue samt sengeafsnit til observation og kortvarige indlæggelser (AMA= Akut Modtage Afdeling). Hertil kommer diagnostiske faciliteter.

Akutafdelingen etableres som en ny tilbygning til den eksisterende nyere del af sygehuset i Slagelse – se illustrationerne, der fremgår af bilag 1B Akutafdeling/skitse.

Der sikres dermed en hensigtsmæssig og funktionel placering af akutafdelingen, idet placeringen sikrer at den senere udbygning af sygehuset kan finde sted – og først dermed optimeres opgaveløsningen via såvel en forbedret logistik som arbejdstilrettelæggelse.

Der skal endelig peges på muligheden af et samvirke med den kommende psykiatriske funktion.

Tilbygningen af akutafdelingen sker altså i en forventning om en evt. senere udbygning af sygehuset i Slagelse – fx. som vist i udbygningsskitsen, og hvor der opnås en balance imellem de funktioner, sygehuset fremover skal rumme og den opgave akutafdelingen skal udfylde i den sammenhæng.

2.2 Fastlæggelse af niveauer for projektets fleksibilitet og fremtidssikring:

Det moderne hospital er en højteknologisk vidensvirksomhed, hvor nye behandlingsformer, teknologisk udvikling, krav ressourcebesparelser, mv. løbende ændrer forudsætningerne for den daglige drift.

I det perspektiv skal et fremtidssikret hospitalsbyggeri ses som et procesbyggeri der konstant skal tilpasse sig nye krav til funktionalitet.

Nærværende byggeri planlægges med en fysisk disponering og en bygnings- og installationsmæssig struktur, der sikrer robusthed for ændringer i både projekteringsfasen, efter hospitalet er taget i brug, og i et langsigtet udviklingsperspektiv. Flexibilitet og fremtidssikring opnås ved at give bygninger og tekniske installationer stor tilpasningsmulighed.

Hovedgrebene for at sikre fleksibilitet og fremtidssikring kan beskrives under fem hovedelementer:

- Vertikal organisering
 - Disponeringer og placeringer af tracéer for de tekniske systemer
 - Varetransport med automatiserede logistiksystemer.
 - Umiddelbar teknisk tilgang til alle tunge behandlingsfunktionsrum.
 - Reduktion af driftsforstyrrelser og gener ved ombygning.
- Horizontal fleksibilitet på både bygnings- og etageniveau
 - Samvirke mellem tværgående kliniske funktioner i forhold til nærværende byggeri og henover bygningsstel.
 - Sikring af optimale transport – og gangafstande såvel mellem de enkelte kliniske funktioner og internt indenfor de kliniske enheder.
 - En overordnet strukturering af vertikale transportkærner.
- Flexibilitet i valget af konstruktions- og installationsprincipper
 - Plandisponeringen muliggøres ved at der kun opereres med et minimum af bærende hovedlinier og insitu-støbte dækkonstruktioner i den bærende konstruktion, således at de frie gulvarealer giver stor frihed til ændrede rumdisponeringer og ombygninger.
 - De tekniske installationer designes med redundans, udvidelses- og tilpasningsmuligheder, således at hospitalet er fleksibelt og

fremtidssikret gennem muligheder for at operative enheder uhindret kan ændre funktion og antallet af behandlinger kan øges gennem udvidelse og effektivisering.

- **Fleksibilitet i valget af materialer og byggeprincipper**
 - Valg af standard materialer der umiddelbart kan tilvejebringes ved renoveringer og ombygninger.
 - Valg af kompletterende bygningsdele der sikre muligheden for etablering af fri gulvarealer.
 - Valg materialer og byggeprincipper der kan nedtages/etableres med minimale gener for kliniske funktioner dels internt og dels på under- og overliggende etager.

- **Valg af logistikprincipper, IT infrastruktur o.l**
 - Centrale elementer i fremtidssikringen er en robust IT infrastruktur udstyr. IT infrastrukturen disponeres i en kvalitet og med en kapacitet, der kan håndtere de fremtidige krav for herved at sikre, at hospitalet kan opnå det fulde udbytte af fremtidig teknologisk udvikling samt opfylde nuværende og fremtidige ønsker og krav.

 - Det logistiske koncept til varetransport betyder meget for et fleksibelt hospital. Ved så vidt muligt at koncentrere de logistiske opgaver centralt frem for på afdelingerne øges fleksibiliteten, da det vil være relativt simpelt at ændre, hvad der kan fremføres til afdelingerne samt leverancehyppigheden. Ved at koncentrere den primære lagerføring i centralt kan de bygningsmæssige bindinger på afdelingerne reduceres, da der vil være mindre behov til birum.

3 Organisation:

3.1 Organisationsdiagram og procedurer for kommunikation.

(afsnittet uddybes og detaljeres i fase 2)

4 Grundforhold:

4.1 Beskrivelse af aktuelle byggefelt.

(afsnittet uddybes og detaljeres i fase 2)

4.2

Beskrivelse af eksterne logistikforhold, herunder adgangsforhold for kørende og gående, parkeringsforhold, helikopterlandingsplads m.v.

Trafikalt er Slagelse Sygehus placeret syd for centrum, og er afgrænset af veje, alle med adgang til området. På baggrund af den tidligere udarbejdede udbygningsskitse (baseret på grovskitsen) har det været vurderet, at nettoeffekten af bygningsudvidelsen ville medføre en øget trafikbelastning på det omkringliggende vejnet. Akutafdelingen udgør imidlertid kun en del af den tidligere udarbejdede udbygningsskitse – og dermed en mindre øgning i trafikbelastningen.

Området er i dag kendetegnet af en god kobling til det omkringliggende vejnet, herunder en central placering ift. Vestmotorvejen. Dette medfører en hensigtsmæssig trafikafvikling, både lokalt og regionalt. Det forventes at adgangsvejene opretholdes. Endvidere er der mulighed for at eksempelvis akutkørsel kan tilkobles direkte til den nærliggende motorvej. Parkering vil som udgangspunkt kunne ske på de eksisterende arealer. Endeligt parkeringsbehov vil blive analyseret i det videre forløb.

Planlægning med akutsøjle og med mulighed for fremtidig helipad for lægehelikopter medfører, at design for helipad integreres som en del af hele trafikplanlægningen. Ved design af landingsplads for helikopter overholdes således krav fra Statens Luftfartsvæsen samt internationale vejledninger. Indflyvninger vil blive planlagt under hensyntagen til den kommende helhedsplan og den samlede udbygning i Slagelse.

(afsnittet uddybes og detaljeres i fase 2)

4.3 Vurdering af geotekniske forhold.

(afsnittet uddybes og detaljeres i fase 2)

4.4. vurdering af forureningsforhold.

(afsnittet uddybes og detaljeres i fase 2)

5

Myndighedsforhold:

5.1 Afdækninger af relevante forhold i gældende kommune- og lokalplaner.

(afsnittet uddybes og detaljeres i fase 2)

6

Tekniske forsyninger:

6.1

Tekniske forsyninger og forsyningssikkerhed:

I den fremtidige udbygning af såvel sygehusets somatiske del som den psykiatriske del samt i den efterfølgende driftsfase vil der løbende foregå en udvikling såvel i nye teknologier som behandlingsformer.

Dette sammenholdt med den øvrige udvikling i det omkringliggende samfund – med øgede krav til økologi, bæredygtighed, ressourcebesparelser mv. - er det derfor vigtigt, at de

tekniske forsyninger og tilhørende distributionsprincipper planlægges, projekteres og udføres under hensyntagen til disse forhold.

Der etableres følgende eksterne forsyninger/afledninger:

- vandforsyning
- Varmeforsyning
- Kølevandsforsyning
- Spilde- og regnvand
- El-forsyning
- IT-forsyninger

Vandforsyning:

Vandforsyningen til brugsvand, brandvand og sprinkling påregnes etableres fra offentlige ringforbundne vandforsyning. Herved opnås muligheden for forsyninger fra 2 sider således der opnås en vis grad af forsyningssikkerhed såvel kapacitetsmæssigt som bakteriologisk. Spørgsmålet om niveauet for forsyningssikkerheden bør nærmere efterfølgende afklares i en helhedsplan.

Sprinklerforsyningen til akutbygningen kan umiddelbart etableres fra eksisterende sprinklercentral i hovedkomplekset, bygning 45.

Forsyning af teknisk vand til opvaskemaskiner, bækkenskyllere, mv. etableres ved nye centraler.

Varmeforsyning:

Varmeforsyningen til bygningsopvarmning, ventilationsvarmeblader samt produktion af varmtbrugsvand påregnes etableret med fjernvarme som nuværende sygehus. Ved nuværende varmforsyning er etableret en reserveforsyning i form af et naturfyret kedekanlæg.

Ved fastlæggelser af kommende dimensionesgrundlag er det vigtigt at inddrage de overordnede mål og visioner til bæredygtighed i form af alternative forsyningsformer.

Spildevand og regnvand:

Afledningen fra nybyggeriet af spildevand, regnvand og drænvand forventes at foregå direkte til det offentlige kloak- og regnvandsledninger.

Afløbssystemerne for nuværende sygehus bevares uændrede med afledning til offentlige ledninger.

Der er fra de offentlige myndigheder fokus på hvilke miljøbelastende stoffer der udledes fra hospitalet. Dette vil medføre at der kan forventes at skulle udføres særlige foranstaltninger til opsamling og/eller rensning af særlig kritiske spildevandsstrømme. Omfanget af disse særlige tiltag kan først nærmere fastlægges i forbindelse med de kommende projektfaser. Der skal efter aftale med kommunen indhentes en samlet udledningstilladelse for nuværende og kommende byggeri.

Evt. krav fra kommunen til maksimal regnvandsafledning pr. ha skal efterfølgende nærmere afklares. Regnvandssystemet kapacitet fastlægges på baggrund af fremtidssikrede regnvandsmængder.

El-forsyning:

Hovedforsyningen påregnes udført fra lokal forsyningselskab som en mellemspændingsforsyning på 15 kV. Der skal påregnes etableret ny transformer

Ved fastlæggelser af kommende dimensioneringsgrundlag er det vigtigt at inddrage dels de overordnede mål og visioner til bæredygtighed i form af alternative forsyningsformer og dels en overordnet forsyningsstrategi for hele matriklen.

Nødstrømsforsyningen etableres med en kapacitet der kan dække bygningens samlede elforbrug. Nød-elværkerne udføres på lavspændingsniveau.

Til udvalgte anlæg og rumfunktioner etableres no break-forsyninger.

7 Logistikforhold:

7.1 Generelt

I et moderne sygehus skal de respektive flow-former være separerede, således at der ikke som udgangspunkt foregår en sammenblanding af de forskellige trafikformer. Ved denne opdeling opnås en større ro og en bedre orden i bevægelsesmønstrene. Det vil gøre det mindre sandsynligt, at der opstår fejl - og misforståelser – og dermed en bedre sikkerhed for patienter og personale. Principielt skabes der således egne – og logiske - transportveje for patienter, ligesom det af patienthensyn søges skabt skærmede transportveje for de sengeliggende patienter.

Hospitallogistikken kan betragtes som rygraden i hospitalets ydelser og har som hovedformål at binde de kliniske funktioner og servicefunktioner sammen til en velfungerende helhed. Med de logistiske løsninger der tilvejebringes, er det et selvstændigt mål at minimere fx ventetid, spildtid og tomkørsel og føre til lave omkostninger samt højt sikkerhedsniveau for personer og varer under transport.

Af tendenserne i de senere års udvikling indenfor hospitalers forsyningslogistik kan udledes:

- Høj grad af automatisering af rutinefunktioner indenfor såvel kommunikation som forflytning, med reduceret mandskabsbehov til følge,
- Mere IT og administrativ sammenkobling af interne og eksterne systemer, så der opnås en logistik-integration med leverandører.
- Brug af IT i hospitalernes forsyningskæde såsom e-commerce, e-procurement og e-kataloger kan reducere omkostninger til ordrehåndtering og anden tilknyttet administration.
- Stregkoder anvendes på tværs af sygehusenes forsyningskæder til bl.a. varemottagelse, lagring, lagerkontrol, brugsdata og opbevaring.
- Design af flow og bygninger understøttes af værktøjer til simulering af logistikflow, .
- Fokus på ergonomi i forbindelse med segmentering af logistikflows og omsætning til fysiske løsninger.
- "Lean bølgen", bl.a. standardiseret arbejde.
- Voice recognition, pluk og genkendelse af tale ved shipment adresser, varenumre, transport etc.

I nærværende projekt bør inddrages de seneste erfaringer fra nye sygehusbyggerier i Skandinavien og Central-Europa med moderne løsninger, som er efterprøvede og dermed kan dokumentere deres værdi.

I valget af logistikløsninger er det endvidere vigtigt, at støtte løsninger, hvor der tillades transporter i et bredere tidsinterval, hvorved risici for flaskehalse i "peak-hour" minimeres.

Det forudsættes, at al kommunikation i forb.m. rekvirering af forsyninger m.m. foregår med elektronisk rekvirering –/svar-afgivelse.

For at få det fulde udbytte af disse systemer er det vigtigt, at der udarbejdes en helhedsplan for hele hospitalskomplekset såvel for den somatisk som psykiatrisk del.

Da nærværende akutcenterafdeling er en mindre del af et fremtidigt større bygningskompleks vil det derfor kunne forventes, at logistiksystemerne til akutcentret i en overgangsperiode skal opkobles det nuværende logistiksystem.

Det er derfor vigtigt at de fremtidige systemer fysisk planlægges og disponeres således der efterfølgende kan ske en implementering med minimale gener for driften.

Automatiseringsgrad

På baggrund af betragtninger over de voldsomme mængder af forsyninger m.m. der vil være behov for, vil det som nævnt være nærliggende at udbygge de eksisterende logistikteknologier med en høj grad af automatisering, hvori f.eks. kan indgå:

- Centralsug til visse typer affald.
- Centralsug til snavset linned/tøj.
- Rørpostsystem til laboratorieprøver og medicin o.a. smågods.
- Automatisk Gående Vogne (AGV'er) til mere voluminøse og tungere delemler.
Det vil være muligt at transportere senge til sengevask med AGV'er. Dette kræver dog en tilpasning af sengene.
- IT-system til overblik over alle lokationer og alt transportudstyr (Shop Floor Control).
- Brug af planlægnings systemer til kapacitetsplanlægning og til jobstyring af transporter.

Belastningen af transportsystemerne afhænger af tidsfordelingen af de enkelte aktiviteter. Disse må derfor dokumenteres yderligere inden endelig stillingtagen til investeringsbehovet.

7.2 Intern logistik

Det interne personflow

Patienter, pårørende og besøgende:

Efter patientens ankomst til akutafdelingen (triage) foretages der en første diagnostik af patienten og der udarbejdes en behandlingsplan. Imens opholder patienten sig i akutcentrets diagnostiske sengepladser. Er der behov for seng eller transportbære, vil der være adgang til rene fra et nærliggende senge- og bæredepot.

Såfremt behandlingsplanen medfører, at patienten enten skal indlægges til observation på en af de tilknyttede sengeafdelinger eller til behandling, transporteres patienten i seng - eller transportbære – til den relevante afdeling. Denne liggende transport til sengeafdelingerne foregår i særskilte korridorer på stueplanen, som ikke er en del af det offentlige område, frem til elevatorerne som har forbindelse direkte til sengeafdelingerne. Den liggende transport til behandlingsafdelingerne (OP) beliggende i det eksisterende hovedkompleks foregår i kældergange på niveau 1. Dermed udsættes patienter i seng alene for én enkelt vertikal bevægelse undervejs.

Gående patienter:

Patienter som er selvhjulpne, d.v.s. gående , evt. i kørestol, ankommer til akutafdelingen via hovedindgangen til et centralt beliggende reception-/modtage-/venteområde.

Udskrevne patienter:

Patienter som efter endt behandling skal transporteres hjem, vil evt. ske via akutafdelingens hovedindgang, hvis nærmere undersøgelser viser at det er hensigtsmæssigt.

Personale:

Ansatte påregnes at anvende eksisterende personaleindgange og anvende garderoberne i hovedkompleksets niv. 1 og klæder om til arbejdstøj her.

Herfra bevæger man sig horisontalt til akutbygningen via gangarealer på niv. 01.

Efterfølgende analyseres nærmere behovet for indretningen af supplerende garderober i akut-bygningens niv. 1.

Der udpeges ikke særlige elevatorer til personalet.

Vareforsyning:

Al vareforsyning foregår som nævnt fra centraldepotet.

Hvorvidt nuværende centraldepot vil have en kapacitet og en hensigtsmæssig beliggenhed i forhold til en kommende udbygning af hospitalet såvel somatisk som psykiatrisk del bør efterfølgende nærmere vurderes.

På centraldepotet sættes varerne på lager og ompakkes i standardvogne til afdelingerne i henhold til deres bestillinger. Det forventes, at afdelinger benytter sig af et 2-bakkesystem.

Den interne varetransport fra centraldepotet foregår via gangarealer på niveau 1 med f.eks. AGV-fremførsel, idet det vurderes at eksisterende transportveje i hovedkomplekset har en fri bredde der giver mulighed for 2-vejs AGV-fremførsel.

Fra gangarealer på niv. 1 vil der mulighed for elevatortransport til den pågældende etage, hvor der planlægges med en afsætningsplads for vogne som placeres i umiddelbar tilknytning til elevatorerne.

Post:

Hospitalet modtager som udgangspunkt al sin post digitalt. Posten arkiveres og fordeles efter beskrevne procedurer.

Post i papirformat leveres til den centrale varemottagelse. Her bliver det registreret, åbnet og videredistribueret digitalt.

Pakkepost ankommer ligeledes til den centrale varemottagelse, hvor det registreres og sorteres. Derefter bookes det til at medgå førstkommande interne transportafgang til den relevante afdeling. Udgående pakkepost vedlægges returtransporter fra afdelingen til centrale varemottagelse, hvor det lægges klar til afhentning af postbil.

Medicin:

Fra apoteket kan medicin og væsker distribueres med vogne i niveau 1 via gangarealer. Herfra er der mulighed for elevator transport i alle trafikknudepunkterne til alle hospitalets afdelinger, hvor det opbevares i de dertil indrettede depoter, medicinrum og -køleskabe.

Vogntransportmediet er relevant såfremt der er tale om større mængder, der skal transporteres på samme tid til samme destination.

Fremtidigt bør det nærmere vurderes hvorvidt medicinforsyningen kan foregå med en Pill-Picker, dosisdispenseringsapparatet, som via robot omlader til et rørpostsystem. Dette minimerer behovet for plads til medicinrum på afdelingerne, men kræver til gengæld, at apoteket er leveringsdygtigt med kort varsel – det gælder også cytostatica og antibiotica, som blandes i apoteket og skal anvendes indenfor få timer af patienten. En omorganisering som denne, hvor sygeplejersken på afdelingen ikke længere bruger tid på medicin dispensering i medicinrummet vil betyde bedre arbejdsmiljø på afdelingerne – og en større sikkerhed i medicingivningen..

Væsker udgør et meget stort volumen af apotekets leverancer. Og på afdelingerne – særligt intensiv afsnittene og afdelinger med dialyse – er håndteringen af væsker og opbevaringen heraf et vigtigt fokusområde både ergonomisk og pladsmæssigt. Typisk vil der leveres væsker flere gange dagligt for at undgå at bruge meget depotplads på afdelingen. Det kan være en mulighed at anbringe væskerne i depoter i akutbygningens niv. 1, da der er tale om betydelige mængder med en betydelig vægt og stor omsætnings hastighed..

Senge:

Transport med liggende patienter mellem akutbygningen og øvrige behandlingsområder foregår som hovedregel i niv. 1.

Selve transporten kan foregå med seng – eller med en transportbåre.

Fra akutfunktion i niveau 2 benyttes sengeelevators til de andre overliggende niveauer.

Hvorvidt sengevask og –redning foretages på de enkelte afdelinger eller centraliseres i egentlige sengecentraler bør nærmere efterfølgende vurderes.

Såfremt der vælges at centralisere denne funktion vil det være nødvendigt med et areal på niv. 1 til parkering af rene senge.

Mad:

Eksisterende centralkøkken er placeret som en fritliggende bygning med tunnelforbindelse det sygehuskomplekset.

Det forudsættes at funktionsdelingen mellem centralkøkkenet og de køkkener der er beliggende i behandlingsblokkene bygger på principperne i cook-and-chill produktionsformen. Afhængigt af den valgte kapacitet for opbevaring i de decentrale køkkener kan behovet for leverancerne af denne nedkølede mad foregå med længere intervaller imellem.

Opvask af service til servering og anretning foregår på henholdsvis blokkøkkenet og i afdelingerne.

Hvorvidt patienter og pårørende i akut-delen skal have mulighed for at få frisk frugt, sandwich's, drikkevarer, mv. via nemt tilgængelige automater skal nærmere afklares.

Tøjforsyning til personale:

Hvorvidt forsyningen af arbejdstøj til personale, fremtidigt skal foregå med udleveringsautomater skal nærmere vurderes.

Linned- og tøjforsyning til afdelinger:

Forsyning af patienttøj og sengelinned m.v. fremføres på vogn med AGV direkte fra Vaskeriet via gangarealer på niv. 1 – og frem til afsætningsplads ved trafikcentrene på de enkelte etager.

Vognene trilles herfra manuelt til nicher på de forbrugende funktioner – hvorfra det rene linned/tøj tages efterhånden som det forbruges. Supplerende kan der omlæsses fra vogn til skabe alt efter funktionens behov.

Når vognen i nichen er nærved tømt, lægges det resterende uforbrugte linned ovenpå den nye vogn – og den tomme vogn går retur.

Sterilgoods:

Eksisterende sterilcentral er beliggende i hovedkomplekset. Her varetages vask, pakning og sterilisering af instrumentarium. Der pakkes i procedurebakker, som indeholder et standardsortiment til en række definerede procedurer.

I sterilcentralen pakkes endvidere sterilt engangsudstyr.

Fra sterilcentralen fragtes sterilvarerne i vogn til de funktioner som har behov for sterilforsyning.

Da transporten foregår igennem ikke-sterile områder, skal procedurer varetages for ikke at kompromittere indholdets sterilstatus, d.v.s. med udpakning i først rent – og efterfølgende sterilt område.

Affaldshåndtering:

Alle funktioner producerer større eller mindre mængder af affald – og forskellige typer af affald. Det skal kildesorteres efter gældende regler – og som princip foreslås, at det sker på en måde, så affaldet i mindst muligt omfang kræver plads – og endvidere ikke får lov til at hobe sig op i de kliniske funktioner, men bortskaffes hurtigst muligt.

Der etableres derfor et affaldsrum for det kildesorterede affald på hver funktion, hvorfra det fjernes til affaldscentralen.

Det bør nærmere overvejes om de volumenmæssigt største affaldsmængder, som tilsammen udgør ca. 80 % af alt affald, fremføres til affaldscentralen med et vacuum-røranlæg – en afprøvet teknologi, som ses på flere skandinaviske sygehuse.

Fra sugeanlægges 60cm. rør kommer affaldsposerne automatisk i container, der bortkøres med lastbil. Afhentningsfrekvenser kan styres v.h.a. automatiske meldinger til vognmanden, når det programmerede antal containere er fyldte.

Al andet affald, herunder særligt sygehusaffald, risikoaffald, glas, metal m.m.m. fjernes fra afdelingernes affaldsrum med returvogn, der fremføres med AGV til affaldscentralen. Disse affaldstyper, herunder patologisk affald, mærkes tydelig, således at de nødvendige håndteringsprocedurer kan varetages bedst muligt.

Vasketøj:

Brugt linned fra patienter og personale anbefales fjernet med enten et separat centraltsugesystem eller alternativt med returvogn. Returvogne skal kunne vaskes.

Sugesystem til vasketøj fra afdelingerne vil lette trafikpresset på korridorer og elevatorer. Samtidig opnås den fordel, at vasketøjet bortskaffes fra afdelingerne umiddelbart – uden at henligge på urent depot på afdelingen med risici for bakterieopformering til følge.

Vasketøj lægges i vasketøjspose – og når den er fyldt skubbes den ind i suge-systemets afsendelsespost, hvorefter den automatisk forsendes til vaskeriet.

Afsendelsesposten foreslås at blive samlokaliseret med den tilsvarende til restaffald.

Blodprøver og andre prøver:

Principperne for håndteringen af prøver, herunder transport mellem akutbygningen og laboratorier skal nærmere efterfølgende afklares, herunder muligheden for anvendelse af rørpostanlæg.

Ligeledes bør muligheden for opsætningen af decentralt analyse-udstyr undersøges.

8 Funktions- og rumprogram:

8.1 Generelt

Der henvises til de indledende bemærkninger i kapitel 2.1.

Akutafdelingens funktionelle forhold tager udgangspunkt i tilrettelæggelse af det typiske patientforløb, som det er beskrevet i Region Sjællands rapport om Akutmodtagelser, Heraf fremgår følgende:

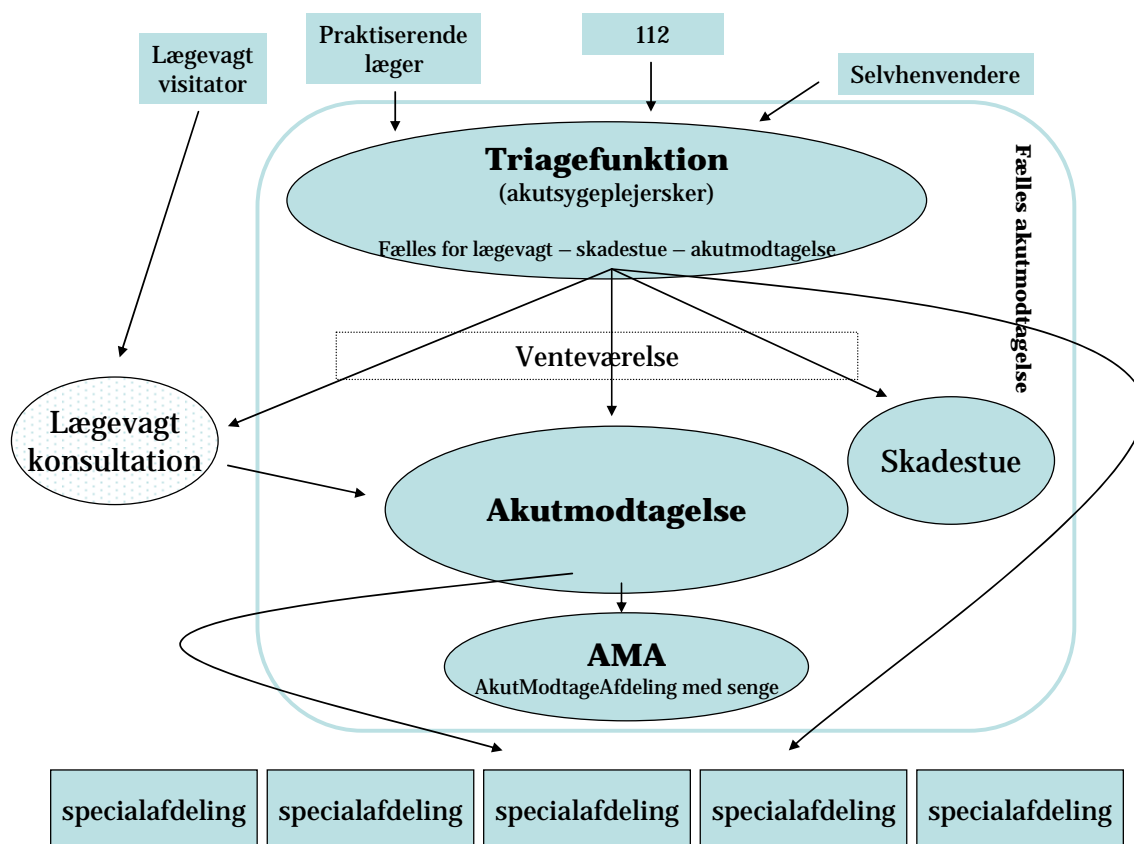
Patientforløb:

Principielt alle akutte patienter kommer ind i sygehuset via den fælles akutmodtagelse.

Fødende går dog umiddelbart videre til fødeafdeling – ligesom børn forudsættes at komme umiddelbart videre til specialafdeling.

Spørgsmålet om de psykiatriske patienters evt. ankomst via akutmodtagelsen afventer nærmere planlægning af bygningen af det nærliggende psykiatriske hospital.

Det typiske patientforløb er skematisk illustreret i følgende figur:



Delfunktioner i akutafdelingen

Som nævnt i afsnit 2.1. består afdelingen af følgende funktioner:

- Ambulancehal: lukket, frostfri parkerings- og aflæsningshal med plads til 2 ambulancer af gangen. De ambulanceindbragte ankommer denne vej ind i sygehuset. Dekontamineringsrum etableres i tilknytning hertil.
- Separat ankomst og venterum for selvhenvendere, der i øvrigt visiteres, diagnosticeres og behandles i samme faciliteter som de der ankommer med ambulance.
- Præhospital funktion – areal reserveres i underetage (med dagslys), nærmere funktion fastlægges når præhospitalplanen foreligger
- Triage-funktionen varetager den indledende vurdering og visitation, ved patientens ankomst til akutmodtagelsen. I triagen bedømmes patientens tilstand og de nødvendige forholdsregler sættes i værk, herunder eventuelt tilkald af relevant lægelig assistance. Det bemærkes, at mange patienter allerede ved ankomst til sygehuset vil være triageret i et vist omfang som led i den præhospital indsats eller af den praktiserende læge.

- Modtagelse: På baggrund af den foretagne triagering varetager modtagelsen diagnosticering, stabiliserende og indledende behandling, observation og pleje eller eventuelt visitation til specialafdeling. Målet er at der skal være taget stilling til alle patienter senest indenfor 4 timer efter ankomsten.
- Traume-rum: Til særligt syge og tilskadekomne, der indbringes i akut livstruende tilstand etableres to traumestuer, bestykket med loftshængt røntgen, intubationsudstyr, operationsleje og anæstesiudstyr m.v.. Den ene traumestue udstyres endvidere med hjertestopudstyr.
- AMA-senge: Et fælles sengeafsnit til kortvarig observation / indlæggelse og færdigbehandling af relevante patienter (max. 48 timer). Formålet med etablering af senge i den fælles akutmodtagelse er først og fremmest at færdigbehandle så mange patienter så muligt uden skift mellem afdelinger. Erfaringerne viser, at det netop er i skiftene mellem afdelinger, at risici for tab af information og fejl er størst. Patienter der kræver undersøgelse eller behandling på specialafdeling skal visiteres direkte hertil, således at sengene i akutmodtagelsen anvendes til aktiv behandling eller konstateret behov for yderligere observation.
- Skadestuer organiseres som en del af den fælles akutmodtagelse, og således at lettere tilskadekomne og mere syge patienter i modtagelsen holdes fysisk adskilt.
- Diagnostik: Akutafdelingen har umiddelbar adgang til udførelse af røntgen-, CT-, MR- og ultralydundersøgelser hele døgnet. Afdelingen er placeret som nabo til røntgenafdelingen og forventes funktionelt at kunne benytte sig af apparatur derfra. Der er dog programmeret plads til to modaliteter, henholdsvis et konventionelt gennemlysningsapparat og en CT-scanner i akutafdelingen, således at den samlede billediagnostiske kapacitet kan vurderes når sygehusets fulde udbygning kendes. Det vurderes nødvendigt at apparaturet placeres fysisk så tæt som muligt på den fælles modtagelse.
- På tilsvarende måde som for billediagnostiske undersøgelser sikres den fælles akutmodtagelse umiddelbar adgang til de nødvendige laboratorieundersøgelser hele døgnet enten ved at funktionerne integreres i afdelingen. En stor del af laboratorieundersøgelserne forudsættes at kunne varetages af personale i den fælles akutmodtagelse. Endvidere forudsættes, at mulighederne for telemedicinske løsninger udbygges.
- Sygehuset medvirker i at varetage de præhospitale funktioner, herunder bemanningen af læge- og sygeplejebiler. Funktionerne tilknyttes derfor fagligt til den fælles akutafdeling med henblik på at sikre et tæt samarbejde og effektiv samlet ressourceudnyttelse.

8.2 Datagrundlag

Dimensioneringen af akutafdelingen tager sit udgangspunkt i de beregninger, der har udgjort grundlaget for den såkaldte "Grovskitse", fra august og september 2008.

Forudsætningen for dimensioneringen var den gældende sygehusplan – og indtil der foreligger en revision af denne, vil det være grovskitsens forudsætninger og beregninger, der ligger til grund. Bl.a rækker den demografiske fremskrivning frem til år 2020.

Beregningerne er dog tilrettede for de faktorer som afviger fra ekspertudvalgets anbefalinger – det gælder bl.a. m.h.t. arealstandarderne – således at der er fuld overensstemmelse - det vil fremgå af følgende redegørelse:

Arealstandarder:

| Funktioner | Kvm. Netto | Evt. kommentar |
|----------------------------------|------------|--|
| Sengepladser: | | |
| - Akut modtagesenge | 35 | 70 % belægning |
| - Hjerterovervågning | 35 | 70 % belægning |
| - Intensivpladser | 50 | 70 % belægning |
| Undersøgelles- og behandlingsrum | | |
| - Standard | 30 | |
| - Spec. Undersøgelsesrum | 50 | |
| Diagnostik | | |
| - billeddiagnostik, konv., CT | 90 | |
| - billeddiagnostik, UL | 30 | |
| - Laboratoriearbejdsplads | 15 | |
| - Operationsstue | 120 | |
| - Kontorarbejdsplads | 10 | |
| - Møderum | 2 | |
| - Vagtrum for personale | 12 | Pr. plads i møderummet Inkl. toilet/bad |

Arealbehov:

Det samlede arealbehov til akutafdelingen i Slagelse, er beregnet i forbindelse med grovskitsearbejdet – og fremgår i seneste version af "Notat vedr. dimensionering af skadestue og akutmodtagelse på de 6 store sygehuse i Region sjælland", som er udarbejdet af Health Consult Aps, d. 28.11.2008.

Arealerne omfatter de primære funktioner i akutafdelingen og er således excl. ambulancehal, billeddiagnostik, evt. satellit laboratorium, kontorer, møderum og garderober.

Primærfunktionsarealerne fremkommer ifl. notatet som følger, idet der i en efterfølgende bearbejdning er foretaget korrektioner, således at forudsætningerne stemmer med ekspertpanelets anbefalinger:

Tabel 1 (uddrag): Dimensionering af skadelejer og skaderum, tilrettet efter brugermøde.

| Sygehus | 2007 *) | 2020 **) | Beregningsgrundlag for antal us/beh-rum til skadestuebesøg | | | | | | |
|----------|----------------------|---------------------------|--|--------------------------------|---|-----------------------------------|----------------------|--|-----------------------|
| | Antal skadestuebesøg | Antal skadestuebesøg 2020 | Antal skader i gnsn/døgn (***) | Antal skader i gnsn/time (***) | Antal skader i tidsrummet kl. 8-18 (****) | Antal skader i gnsn/time kl. 8-18 | Gnsn. us tid i timer | Antal lejer kl. 8-18 med 90 % udnyttelse | Forslag til antal rum |
| Slagelse | 29.100 | 32.752 | 90 | 4 | 63 | 6,3 | 1 | 7,0 | 4 |

*) Afrundede aktivitetstal fra 2007 jf. regionens notat: "Akutmodtagelser i Region Sjælland - rammer og principper" af 30. april 2008

***) Fremskrevet med den gennemsnitlige befolkningstilvækst på 4,6% samt den gennemsnitlige realvækst på 7,6 %

****) 365 dage og 24 timer

*****) jf. en registrering i Hillerød, ankommer ca. 70 % af døgnets patienter i tidsrummet 8-18

Tabel 2 (uddrag): Dimensionering af antal undersøgelses- og behandlingsrum til akutte indlæggelser:

| Sygehus | 2007 aktivitet | 2020 aktivitet | Beregningsgrundlag for antal us-rum til akutte indlæggelser | | | | | |
|----------|------------------------------|------------------------|---|---|---|----------------------|--|-----------------------|
| | Antal akutte indlæggelser *) | Antal akutte indl. **) | Antal akutte indl. i gnsn/døgn (***) | Antal akutte indl. i tidsrummet kl. 8-18 (****) | Antal akutte indl. i gnsn/time kl. 8-18 | Gnsn. us tid i timer | Antal rum kl. 8-18 med 90 % udnyttelse | Forslag til antal rum |
| Slagelse | 18.822 | 21.165 | 58 | 41 | 4,1 | 1,5 | 6,8 | 7 |

*) Jf. 11 måneders registrering af akutte indlæggelser fordelt på sygehuse/specialer. Antallet er inkl. flytninger på grund af ændret specialefordeling og naturlige optageområder. Data er ekskl. obstetrik og inkl. pædiatri

***) Fremskrevet med den gennemsnitlige befolkningstilvækst på 4,6% samt den gennemsnitlige realvækst på 7,5 %

****) 365 dage/år og 24 timer/døgn

*****) jf. en registrering i Hillerød, ankommer ca. 70 % af døgnets patienter i tidsrummet 8-18

Kapaciteten forventes revurderet med nye data, når sygehusplanens forudsætninger foreligger.

Tabel 3 (uddrag): Dimensionering af akutte modtagesenge:

| Sygehus | 2007 aktivitet | 2020 aktivitet | Beregningsgrundlag for antal akutte modtagesenge | | | | |
|----------|------------------------------|------------------------|--|---------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| | Antal akutte indlæggelser *) | Antal akutte indl. **) | Antal indlæggelser i akutte modtagesenge (***) | I % af alle akutte indlæggelser | Liggetid i akut modtagesenge (****) | Antal sengedage i akutte modtagesenge | Antal akutte modtagesenge (70%) |
| Slagelse | 18.822 | 21.165 | 10.895 | 51,5% | 1,2 | 13.070 | 50 |

*) Jf. 11 måneders registrering af akutte indlæggelser fordelt på sygehuse/specialer. Antallet er inkl. flytninger på grund af ændret specialefordeling og naturlige optageområder. Data er ekskl. obstetrik og inkl. pædiatri

***) Fremskrevet med den gennemsnitlige befolkningstilvækst på 4,6% samt den gennemsnitlige realvækst 7,5%

****) Baseret på forudsætninger fra Grovskitserne

*****) Baseret på skøn over andel, der har behov for ophold i op til 48 timer

I datagrundlaget for grovskitsen, er der beregnet et sengedagsehov i 2020 på 21.165 sengedage i AMA-funktionen, svarende til 43 senge ved en 70% belægning. Det er forudsat, at patienterne alene opholder sig i AMA-sengene i max 24 timer.

Efterfølgende har sygehusledelsen besluttet, at der af hensyn til effektive og gode patientforløb skal lægges mulighed for en max-opholdstid på 48 timer til grund. Det skyldes i særlig grad ønsket om, at de korttidsindlagte ikke udsættes for overflytninger – men kan færdigbehandles i AMA-området. Det betyder, at stationær sengekapacitet overflyttes til AMA – og en beregning, baseret på en periodevis optælling af over 20.000 akutindlagte på Slagelse Sygehus, indikerer at AMA-området i stedet skal bestykes med 50 senge, altså yderligere 7 sengepladser. Der vil samtidig blive reduceret med 6 senge i det stationære område. At det ikke er samme antal fysiske senge skyldes brug af den lavere belægningsprocent i AMA-sengene.

Samlet er kapacitetsbehovet følgende, inkl. efterfølgende tilretninger:

Tabel 4 (uddrag): Kapacitetsbehov i akutafdelingen – antal pladser

| Slagelse Sygehus Kapacitet i akutafdelingen | Skadestue Rum (2 lejer pr. rum) | Modtagel se antal UB rum | | Antal triage pladser | Antal traumerum | Antal akutte modtage- senge |
|---|--|--------------------------------|--|----------------------------|--------------------|--------------------------------------|
| Slagelse | 4 | 7 | | 10 | 2 | 50 |

Arealramme:

Grovskitsens arealberegninger er tilrettet og svarer herefter til ekspertpanelets anbefalinger, jf. ovenstående.

Det betyder, at kapacitesbehovet udløser følgende arealramme til Akutafdelingen:

Tabel 5 (uddrag): Arealbehov (netto) for primærfunktioner i akutafdelingen i Slagelse, tilrettet ekspertpanelets arealstandarder og sygehusledelsens beslutning om 50 AMA-pladser:

| Areal til fælles akutmodtagelse *) | Areal UB rum **) | Areal til triage ***) | Areal til Skaderum a 50 kvm | Areal til traume ****) | Areal personale & forsyning | Areal akutte modtage-senge *****) | Psykiatri Mod-Tagelse #) | Nettoareal I ALT |
|------------------------------------|------------------|-----------------------|-----------------------------|------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|--------------------------|------------------|
| Slagelse | 210 | 300 | 200 | 240 | 240 | 1.750 | 105 | 3.045 |

*) Areal til kontorer, møderum, garderober, billeddiagnostik og satellit laboratorium er ikke medregnet

**) 7 modtagerum a 30 kvm netto/rum

***) 30 kvm/plads inkl. venteareal mm

****) 120 kvm/plads

*****) 50 senge a 35 kvm netto/seng

#) Udmøntes senere

Det kan bemærkes, at der er reserveret et areal på foreløbig 105 kvm netto til psykiatriske modtagefunktioner.

Som det fremgår, er der i tabel 5 ikke taget alle arealbehov med – og for at nå frem til et retvisende areal, er der behov for følgende tillæg:

| | |
|---|-------------------------|
| <i>Nettoareal ifl. tabel 5</i> | <i>3.045 kvm</i> |
| <i>Ambulancetjeneste:</i> | <i>150 kvm.</i> |
| <i>Tillæg for 2 billeddiagnostiske modaliteter a 90 kvm</i> | <i>180 kvm</i> |
| <i>Tillæg for laboratoriesatellit:</i> | <i>30 kvm</i> |
| <i>Tillæg for kontorer, møderum og garderober 12 %</i> | <i>440 kvm</i> |
| <i>I ALT arealramme</i> | <i>3.845 kvm</i> |

Der er antaget at være behov for plads til 2 ambulancer samtidigt samt plads til bårevask, depoter og et dekontamineringsrum. Det må forventes, at præhospitalsplanen senere kan angive et udvidet behov for parkering af ambulancer i området. Det vil derfor være et krav, at arealet tilrettelægges på en måde, så det evt. kan udvides på et senere tidspunkt når denne forudsætning er på plads. Udvidelsen finansieres via midlerne til oprustning af præhospitalsstjenesten.

Samlet set betyder de nævnte forudsætninger og ændringerne heri, at akutafdelingens nettoarealbehov ved en brutto-/nettofaktor på 2,0 svarer til et

bruttoareal på *7.690 kvm.*

8.3

Funktionsmæssige sammenhænge og nærhedskriterier:

Akutafdelingens indre funktionalitet fremgår i hovedsagen af beskrivelsen af delfunktionerne i foregående afsnit. Der er i de kommende måneder behov for yderligere detaljering af enkeltheder i arbejdsprocessen med den akutte patient, således at afdelingens placering af rum og delfunktioner svarer til kravene om driftseffektivitet. Det gælder ligeledes tilrettelæggelsen af de logistiske løsninger, hvor kravet er en fleksibel planlægning, således at der kan indpasses robotbaserede løsninger, når det kan økonomisk forsvares i forbindelse med gennemførelse af en helhedsplan for Slagelse Sygehus. I mellemtiden forventes manuelle løsninger, svarende til dagens situation, at blive gældende, men skal udredes nærmere i løbet af fase 2.

Det skal bemærkes, at der med foreliggende forslag til placering af akutafdelingen kan opnås en række funktionsmæssige fordele:

- Placeringen på området levner gode muligheder for en senere udbygning af sygehuset, som fx illustreret i udbygningsskitsen fra foråret 2009 – ligesom der opretholdes gode muligheder for en fremtidig samdrift med det psykiatriske kompleks, der forventes opført på nabogrundene.
- Med en fuld nyudbygning, kan hele eller dele af de ældste bygningsenheder frasælges til andre formål.
- Naboskabet til nuværende røntgenafdeling kan give hensigtsmæssige arbejdsgange og synergieffekter for dele af den billeddiagnostiske aktivitet – ikke mindst f.s.v.a. brug af ny MR-scanner-enhed.
- Naboskab til laboratoriefaciliteter kan medvirke i at sikre en enkel og hurtig besvarelse af diagnostiske prøver fra akutafdelingen
- Placeringen på grunden indebærer, at det er muligt at indtænke de behov der udløses af den præhospitale indsats – det gælder både helikopterlandingsplads og evt. garageanlæg til ambulancer.
- Personale til præhospitalsaktiviteterne kan få reserveret funktionsarealer i forbindelse med akutafdelingen – behovet forventes præciseret i løbet af de kommende måneder.
- Til gengæld må der forventes logistiske udfordringer, såfremt det trækker ud m.h.t. gennemførelse af en helhedsplan for sygehusenheden, da de eksisterende, ældre og ikke tidssvarende bygninger i så fald fortsat vil være i brug. Da de med den valgte placering af akutafdelingen ligger "på den anden side" af den del af sygehuset der under alle omstændigheder forventes bevaret, vil afstande og vejføringer – også for de akutte patienters videre behandlingsforløb, ikke være optimale. Det vurderes dog fuldt muligt – især for en kortere overgangsperiode.

Et særligt område, hvor de funktionsmæssige sammenhænge vurderes kritiske, er i forhold til sygehusets intensivfunktion og i forhold til hjerteovervågningsfunktionen.

Region Sjælland foreslår derfor, at der indenfor den afsatte ramme på begyndes projekteringen af disse funktioner, som med betydelig hensigtsmæssighed og hensyn til en kommende videre udbygning af sygehuset, kan placeres i forbindelse med akutafdelingen:

8.4 Intensivafdeling :

Intensivfunktionen er i forb.m. det tidligere grovskitsearbejde dimensioneret til 15 pladser – a 50 kvm netto, svarende til en funktion på i alt 750 kvm, netto.

I udbygningsskitserne fra foråret 2009, er intensivfunktionen vist beliggende på en etage over akutafdelingen – og forbundet med denne med et sæt akutelevatorer.

8.5. Hjerterovervågning

Hjerterovervågningsenheden foreslås ligeledes placeret i forb.m. akutafdelingen med 20 pladser a 35 kvm netto, svarende til en sengefunktion på i alt 700 kvm netto. Hertil kommer behovet for 5 undersøgelses- og behandlingsrum i tilknytning til funktionen, svarende til yderligere 5X30 kvm netto – og dermed i alt 850 kvm netto til hjertefunktionen.

Ikke mindst hjerterovervågningsenheden har en høj prioritet, da netop denne gruppe patienter i dagens situation ikke har tidssvarende faciliteter – og endvidere berøres af den nye akutafdelings placering, hvorved afstanden til denne øges.

I udbygningsskitserne fra foråret 2009, er hjerterovervågnings-funktionen vist beliggende på en etage over akutafdelingen – og forbundet med denne med et sæt akutelevatorer.

8.6. Rumprogrammer

For de nævnte funktioner er der opstillet følgende forslag til rumprogrammer, som har været drøftet med repræsentanter for brugerne i de respektive områder.

Det bemærkes at alle rumprogrammer respekterer de rammer, der er angivet ovenfor:

8.5.1: Akutafdelingen

| Rumliste, Slagelse | | Forslag November 2009 | | | Netto | | Brutto | | Bemærkning |
|---------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------|-------|---------|------------|--------------|--------------|----------------------|------------|
| Fælles Akut Modtagelses enhed | Rumtype | Rumbeskrivelse | Antal | Pr. rum | kvm. Total | Total | kvm. Total | Nettoramme o.a. | |
| Sengeafsnit | | | | | | 1.747 | 3.494 | 1.855 | |
| AMA | 1-sengsstuer | | 47 | 18 | 846 | | | | |
| | toilet/bad | | 50 | 7 | 350 | | | | |
| | Isolationsstuer m/sluse | | 3 | 22 | 66 | | | | |
| | Opholdsrum, patienter og pårørende | | 3 | 25 | 75 | | | | |
| | arbejdsstation | | 6 | 12 | 72 | | | | |
| | Reception | | 1 | 18 | 18 | | | | |
| | skyllerum | | 3 | 18 | 54 | | | | |
| | rent depot | | 3 | 12 | 36 | | | | |
| | Personaleophold | | 2 | 25 | 50 | | | | |
| | Personaletoiletter | | 4 | 3 | 12 | | | | |
| | Personlearbejdspladser | | 7 | 7 | 49 | | | | |
| | Kontor, afd.leder | | 3 | 10 | 30 | | | | |
| | Medicinrum | | 3 | 8 | 24 | | | | |
| | Køkken | | 2 | 25 | 50 | | | | |
| | Rengøring | | 3 | 5 | 15 | | | | |
| Modtageforhold for psykiatri | | | | | | 105 | 210 | incl. i 1855 | |
| Primærrum | Modtagerum | Flere rum | 1 | 105 | 105 | | | | |
| Ambulancetjeneste | | | | | | 150 | 300 | 150 | |
| Ambulancehal | Garage til 2 ambulancer m/aflæsning | | 1 | 150 | 150 | | | | |
| | inkl. rum til bærevaske og depoter | | | | | | | | |
| Skadestue/akutmodtagelse | | | | | | 1.344 | 2688 | 1.400 | |
| Primærrum | Triagerum | | 5 | 18 | 90 | | | | |
| | Traumerum m/leje og røntgen | det ene til hjertestop | 2 | 120 | 240 | | | | |
| | skadestue-lejer | 2 lejer pr. rum | 4 | 24 | 96 | | | | |
| | Standardundersøgelsesrum | | 7 | 18 | 126 | | | | |
| | Specialrum: gipsestue, brandsår | | 2 | 24 | 48 | | | | |
| | Vagtlægeordning, kontor | kontor | 3 | 12 | 36 | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | Billeddiagnostik, incl. birum | CT og konv.rtg. | 2 | 90 | 180 | | | | |
| | Ultralyd, incl birum | | 2 | 18 | 36 | | | | |
| | Medicinrum | | 2 | 12 | 24 | | | | |
| | Laboratoriesatellit | m/prøvetagning | 1 | 24 | 24 | | | | |
| | Morsrum, inkl. forrum | | 1 | 20 | 20 | | | | |
| | | | | | 0 | | | | |
| | isolat for kemisk forurenede | bruserum | 1 | 24 | 24 | | | | |
| | 1-sengsrum m/sluse og toilet/bad | | 1 | 24 | 24 | | | | |
| | | | | | 0 | | | | |
| | skyllerum | | 4 | 18 | 72 | | | | |
| | Rent lager | | 4 | 6 | 24 | | | | |
| | Nicher | til vogne m/forbrugsvarer | 8 | 3 | 24 | | | | |
| | Rengøringsrum | | 2 | 4 | 8 | | | | |
| | Toilet, handicap, patienter | | 2 | 10 | 20 | | | | |
| | Toilet, patienter | | 4 | 3 | 12 | | | | |
| | Ventareal | | 1 | 60 | 60 | | | | |
| Personalefaciliteter | | | | | | | | | |
| | Personaleophold | m. te-køkken | 2 | 20 | 40 | | | | |
| | Konference-/møderum | | 1 | 30 | 30 | | | | |
| | Reception | 1 sekretær | 1 | 12 | 12 | | | | |
| | Arbejdsstation | sygeplejersker | 4 | 7 | 28 | | | | |
| | Kontor | afd. sygeplejerske | 1 | 10 | 10 | | | | |
| | Vagtrum | Bag receptionen | 1 | 24 | 24 | | | | |
| | Toilet | personale | 4 | 3 | 12 | | | | |
| Vagtværelser | | | | | | 54 | 108 | incl. i 1.400 | |
| Primærrum | Vagtværelser | inkl. toilet/bad | 3 | 12 | 36 | | | | |
| | Opholdsrum | "Lounge" | 1 | 18 | 18 | | | | |
| Kontorarbejdspladser | | | | | | 339 | 678 | | |
| Personale i 2007 ? | Kontorarbejdspladser, anslået | | | | | | | | |
| | | Led. Overlæge | 1 | 10 | 10 | | | | |
| | | Oversygeplejerske | 1 | 10 | 10 | | | | |
| | | Overlæge | 4 | 10 | 40 | | | | |
| | | Afdelingslæge | 4 | 7 | 28 | | | | |
| | | Reservelæger | 12 | 7 | 84 | | | | |
| | | Afd. sygeplejerske | 1 | 10 | 10 | | | | |
| | | Udd.ansv. Sygepl. | 1 | 10 | 10 | | | | |
| | | Led. lægesekretær | 1 | 7 | 7 | | | | |
| | | Lægesekretær | 10 | 7 | 70 | | | | |
| | | | | | 70 | | | | |
| | | Afd. sekretær | | | | | | | |
| Arealbehov i alt m² | | | | | | 3.739 | 7.478 | 3.845 | |

8.5.2: Hjerterovervågning

| | Forslag Sept. 2009 | | | Netto kvm. | | | Brutto | Bemærkning |
|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|-------|------------|-------|------------|--------------|------------------------|
| | Rumtype | Rumbeskrivelse | Antal | Pr. rum | Total | Total | kvm. | |
| HJERTEOVERVÅGNING | | | | | | | | Nettoramme o.a. |
| Hjerterovervågning Sengeafsnit | | | | | | 722 | 1.444 | 700 |
| | 1-sengstue | Ekstra syge pt. | 4 | 24 | 96 | | | |
| | 1-sengstue | | 16 | 17 | 272 | | | |
| | Bad/toilet | til hver stue | 20 | 7 | 140 | | | |
| | Arbejdsstation | | 1 | 12 | 12 | | | |
| | Kontor, afd.sgpl. | | 1 | 10 | 10 | | | |
| | Overvågningscentral | | 1 | 15 | 15 | | | |
| | Kontor m/2 PC arb.pl. | | 1 | 10 | 10 | | | |
| | reception | | 1 | 12 | 12 | | | |
| | Møderum | 10 personer | 1 | 20 | 20 | | | |
| | rent depot, linnedepot, udstyr | Opdeles på flere rum | 1 | 30 | 30 | | | |
| | kontormaskiner | | 1 | 6 | 6 | | | |
| | Personaleophold | | 1 | 15 | 15 | | | |
| | Personaletoaletter | m/bad | 2 | 5 | 10 | | | |
| | Samtalerum | pårørende | 1 | 12 | 12 | | | |
| | Toilet/gardrobe for pårørende | | 1 | 10 | 10 | | | |
| | Opholdsrum | pårørende | 1 | 15 | 15 | | | |
| | Afd.køkken | | 1 | 12 | 12 | | | |
| | | | | | | | | |
| | Medicinrum | | 1 | 10 | 10 | | | |
| | Affaldsrum | | 1 | 5 | 5 | | | |
| | Skyllerum | | 1 | 10 | 10 | | | |
| | | | | | | | | |
| Behandlingsrum | Undersøgelsesrum | EKG-rum | 2 | 16 | 32 | 98 | 196 | 150 |
| | Undersøgelsesrum | ArbejdsEKG | 1 | 20 | 20 | | | |
| | Undersøgelsesrum | Pacemakerkontrol | 1 | 16 | 16 | | | |
| | Undersøgelses-behandlingsrum | Pacemaker implantat | 1 | 30 | 30 | | | |
| | | | | | | | | |
| Arealbehov i alt m² | | | | | | 820 | 1.640 | 850 |

8.5.3: Intensivfunktion

| | Forslag september 2009 | | | Netto kvm. | | | Brutto | Bemærkning |
|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|-------|------------|-------|------------|--------------|------------------------|
| | Rumtype | Rumbeskrivelse | Antal | Pr. rum | Total | Total | kvm. | |
| INTENSIVAFDELING | | | | | | | | Nettoramme o.a. |
| Intensivt Sengeafsnit | | | | | | 749 | 1.498 | 750 |
| | sengsstue | evt. åben løsning | 10 | 24 | 240 | | | |
| | 1-sengstue | | 3 | 30 | 90 | | | |
| | 1-sengsstue m/isolat | | 2 | 30 | 60 | | | |
| | Forrum | m/slusefunktion | 2 | 7 | 14 | | | |
| | Bad/toilet | til isolat | 2 | 7 | 14 | | | |
| | Arbejdsstation | | 1 | 15 | 15 | | | |
| | Kontor, afd.sgpl. | | 1 | 10 | 10 | | | |
| | Kontor m/PC arb.pl. | | 6 | 7 | 42 | | | |
| | Kontor m/2 PC arb.pl. | | 1 | 10 | 10 | | | |
| | Møderum | 10 personer | 1 | 25 | 25 | | | |
| | rent depot, linnedepot, udstyr | Opdeles på flere rum | 1 | 100 | 100 | | | |
| | Personaleophold | | 1 | 15 | 15 | | | |
| | Personaletoaletter | m/bad | 2 | 5 | 10 | | | |
| | Samtalerum | pårørende | 1 | 12 | 12 | | | |
| | Toilet/gardrobe for pårørende | | 1 | 10 | 10 | | | |
| | Opholdsrum | pårørende | 1 | 15 | 15 | | | |
| | | | | | | | | |
| | Medicinrum | væsker | 1 | 10 | 10 | | | |
| | Affaldsrum | | 1 | 5 | 5 | | | |
| | Skyllerum | | 2 | 10 | 20 | | | |
| | | | 2 | | | | | |
| | Afd.køkken | | 1 | 12 | 12 | | | |
| | Morsrum | | 1 | 20 | 20 | | | |
| | | | | | | | | |
| Arealbehov i alt m² | | | | | | 749 | 1.498 | 750 |

8.6 Brutto-/nettoforhold:

Som anført i Ekspertpanelets anbefalinger opereres der i programmeringen af akutafdeling m.m., generelt med en brutto-/nettofaktor på 2,0.

Der er tale om et gennemsnit, som kan variere for den enkelte funktion, afhængig af om der er forhold, der kan spille ind på behovet for brutto-arealer til fx teknik. Det kan i den videre projektering af akutafdelingen m.m. og i den praktiske udformning af byggeriet vise sig nødvendigt og hensigtsmæssigt at anvende en lidt højere faktor for akutafdelingen, da det er en relativt installationstung funktion.

Konsekvensen vil i så fald være at andre, knap så installationstunge, områder anvender en lavere faktor, således at gennemsnittet kan opretholdes.

8.7 Handicapforhold:

Alle områder skal indrettes på en måde, der sikrer at handicappede uden urimeligt besvær kan færdes i og benytte de planlagte faciliteter.

(afsnittet uddybes og detaljeres i fase 2)

8.8 Hygiejneforhold/isolationsforhold:

I det videre arbejde, inddrages hygiejneorganisationen ved Slagelse Sygehus, således at der sikres overensstemmelse med såvel landsdækkende som lokale hygiejneforskrifter

(afsnittet uddybes og detaljeres i fase 2)

9

Bygningsforhold:

9.1 Grænseflader til eksisterende byggeri, herunder fastlæggelse af bruttoetagehøjder

(afsnittet uddybes og detaljeres i fase 2)

9.2

Funktionsmæssige krav til bærende konstruktioner, herunder konstruktionsprincipper.

Bærende konstruktioner:

Bærende konstruktioner udformes generelt til opfyldelse af byggeprogrammets krav – herunder med størst mulig fleksibilitet under afvejning af de økonomiske konsekvenser. Dette gælder blandt andet valg af konstruktionstyper, placering af bærelinjer og modulering, beliggenhed af stabiliserende elementer samt samlingsdetaljer.

Konstruktioner udføres i henhold til gældende norm, de opstillede krav fra bygherre, brugere, leverandører, operatører med mere samt øvrige myndighedskrav.

Design:

Modulering fastlægges for opnåelse af optimal disponering og fleksibilitet.

Konstruktive principper og materialevalg vælges i henhold til bygherrens prioriteringer for miljøoptimeret projektering.

Anvendelse og placering af tunge bygningsdele vælges under hensyntagen til energiteknisk optimale løsninger. Desuden sikres optimale byggetekniske detaljer ved bygningens overflade samt mellem rum med forskellige temperaturniveauer.

Der tages hensyn til generelle principper for installationsføringer herunder placering af teknikrum, skakte og mulighed for vandrette føringer. Desuden sikres optimale løsninger i forbindelse med specielle rum med specialudstyr og lignende.

Konstruktioner udformes generelt for optimal understøttelse af de akustiske krav herunder akustik og støj.

Konstruktioner sikres tilstrækkelig stivhed til opnåelse af specificerede krav til vibrationskomfort.

Det sikres ligeledes at konstruktioner udføres optimalt i forhold til de brandtekniske forhold og strategi. Principper for eventuel brandisolering vælges i dialog med bygherre.

Omfanget af tunge bærende/stabiliserende vægge samt placering af disse optimeres af hensyn til ønsker om fleksibilitet.

Løsninger vælges generelt under hensyntagen til optimal bygbarhed og sikkerhed på byggepladsen.

Ved design af landingsplads for helikopter samt underliggende konstruktioner overholdes krav fra Statens Luftfartsvæsen samt internationale vejledninger. Der skal planlægges med en helikopter med max. startvægt på 5,0 t.

Der vurderes i dialog med bygherre om de bærende konstruktioner skal forberedes for evt. senere udvidelse ovenpå. Såfremt det skønnes aktuelt, fastlægges principper for overbygningernes konstruktioner med tilhørende belastninger. Der fastlægges intervaller for vægt og brugslaste, som giver tilstrækkelige rammer for en senere færdigprojektering. Der opstilles i dialog med bygherre krav til overflader.

Konstruktionsprincipper:

Primære bærende konstruktioner tænkes udført som elementbyggeri, hvor det under hensyntagen til fleksibilitet skønnes økonomisk fordelagtigt. Hvor der er øgede krav til fleksibilitet og robusthed, kan de bærende konstruktioner tænkes udført i pladsstøbt beton. Muligheden for anvendelsen af alternative konstruktive principper herunder stål analyseres, og det vurderes om disse er økonomisk fordelagtige.

De bærende konstruktioner udføres med bæreevneoverskud herunder mulighed for etablering af fremtidig huller af hensyn til fleksibilitet.

Løsninger vælges i henhold til de opstillede krav til levetid og vedligeholdelse for byggeriets konstruktioner.

Lastspecifikation:

De bærende konstruktioner udføres i henhold til brugslaste fastlagt i dialog med bygherre og tilhørende interessenter med udgangspunkt i gældende norm. Lasterne opstilles for områder med forskellige anvendelser under hensyntagen til fleksibilitet. Det aftales med bygherre i hvilket omfang der skal tages hensyn til eventuelle ændrede fremtidige anvendelser og heraf kommende øgede belastninger.

Der sikres mulighed for udskiftning af tungt udstyr og lignende. Således udarbejdes der i dialog med bygherre en strategi, som sikrer fremtidig adgang og tilpas robusthed og lastansættelse/bæreevne af de berørte konstruktioner.

10

Installationer:

10.1 Generelle forhold, herunder krav til fleksibilitet, fremtidssikring, drift og vedligeholdelse.

De tekniske installationer og logistikanlæg med tilhørende disponeringer af horisontale og vertikale arealer planlægges udlagt således, at behovet for fleksibilitet og fremtidssikring imødekommes gennem robusthed, tilgængelighed, forsyningssikkerhed, serviceringmuligheder, samt mulighederne for senere udvidelser og tilpasninger.

Disse intentioner vil genspejles i det valgte princip for det konstruktive system, som udover en stor fleksibilitet i indplacering og fremføringen af de tekniske anlæg også giver en stor grad af

fleksibilitet i indretningen af de enkelte etager, herunder indplaceringen af tungt medicoteknisk udstyr.

Således understøtter de bygnings- og installationsmæssige valg, at større og mindre enheder på hospitalet kan ændre funktion over tid og at antallet af behandlinger kan øges løbende gennem effektiviseringer og udvidelser.

Erfaringsvis vil et hospital være under en kontinuerlig udvikling hvilket vil medføre løbende omkostninger til at kunne foretage ombygninger og moderniseringer. Til de direkte omkostninger skal tillægges afledte omkostninger i form af driftsforstyrrelser med deraf følgende nedgang i de omkring liggende berørte afdelingers produktivitet.

10.2 Grænseflader til eksisterende byggeri

Grænsefladerne i forhold til eksisterende sygehus herunder integrering af svagstrøms tekniske anlæg vil efterfølgende i fase 2 blive nærmere bearbejdet.

10.3

Fastlæggelse af hovedprincipper for disponering og fremføring af tekniske anlæg, herunder krav fremføringsprincipper

På niv. 1 disponeres med teknikarealer til de hhv. interne produktionsanlæg, hovedfordelingsanlæg for bygningens eksterne forsyninger, samt ventilationsanlæggene for alle etager. Med placeringen af teknikarealerne på plan 01 vil der således efterfølgende være muligheder for at udføre ekstra etager. Alle teknikarealer såvel horisontale som vertikale disponeres arealmæssigt med et tillæg således at der efterfølgende kan bygningen udvides ved enten udbygninger eller ekstra etager.

Fremføringsarealer for hovedforsyninger fra henholdsvis terræn og nuværende hovedkompleks, bygning 45 tænkes etableret i en underkælder/tunnel som har direkte tilknytning til hovedforsyninger placeret i underkælder i hovedkomplekset. Herved opnås der den fordel at de interne forsyninger placeret således, at de interne gangarealer på niv. 1 beregnet for primært beregnet person- og varetransport ikke belastes af pladskrævende hovedledninger. Ligeledes vil der fremtidigt være muligheder for udbygninger og indførelse af nye teknologier under gener for person- og varetransport.

I direkte tilknytning til teknikarealer på niv. 1 etableres på de øvrige etager et antal lodrette skaktene for hhv. VVS, ventilation og el-tekniske anlæg udføres som separate bygningsmæssige skakte, som indplaceres i de enkelte planindretninger således, at adgangen for drift og vedligeholdelse kan udføres udenfor de kliniske arealer. De arbejdsmiljømæssige forhold for det tekniske personale vil således blive optimale idet de anlæg og delkomponenter der vil kræve vedligeholdelse er placeret i teknikrummet med hensyntagen til indbygningshøjder, friarealer, belysning, mv.

Udover ovennævnte arealer disponeres med arealer for IT-krydsfelter på grundlag af sygehusets IT-strategi.

Ventilation:

Generelt opbygges ventilationsanlæggene funktions- og kapacitetsmæssigt på grundlag af dels de enkelte områders eller lokalers kravspecifikationer til termisk indeklime og luftkvalitet og dels under hensyntagen til overordnede bæredygtighedsmål.

Ventilationsanlæggene opbygges som standardiserede friskluftanlæg.

I områder med særlige krav til hygiejne, sikkerhed og/eller arbejdsmiljø etableres særlige foranstaltninger i form af kontrolleret trykforhold, særlige filtreringer, punktsug, stinkskebe,

LAF-bænke, mv. Ligeledes vil der i områder med særligt medicoteknisk udstyr, såsom scannere, mv. blive etableret foranstaltninger til sikring af indeklimaet på grundlag af de enkelte leverandørers kravsspecifikationer.

For generelt at tilgodese ønskerne om fremtidssikrede og fleksible ventilationsanlæg dimensioneres teknikarealerne, herunder de lodrette bygningsmæssige føringsveje, samt kanalsystemerne på de enkelte etager under hensyntagen hertil, idet der ved funktionsmæssige ændringer vil være store tidsmæssige som økonomiske omkostninger såfremt disse forhold løbende skal tilpasses.

De enkelte ventilationsanlæg opbygning og funktion tilrettelægges således, at kravene til minimering af energiforbruget tilgodeses i form af:

- Højeffektive varmegenvinding under hensyntagen til risiko for overføring af luftbåren smitte.
- Lave el-udgifter til transport af luften
- Tilpasninger af ventilationsgraden i forhold til de enkelte områders og/eller lokalers benyttelse (VAV).

Friskluftindtag etableres via fritstående skorstene på terræn
Luftafkast for både komfort- og procesanlæg etableres over tag.

10.4 Materialevalg

(afsnittet uddybes og detaljeres i fase 2)

10.5 Krav til indretninger af teknikarealer.

(afsnittet uddybes og detaljeres i fase 2)

10.6 Transportanlæg: elevatorer, stolstørrelser.

(afsnittet uddybes og detaljeres i fase 2)

11

Inventar og særligt behandlingsudstyr:

11.1 Arealkrævende behandlingsudstyr

(afsnittet uddybes og detaljeres i fase 2)

11.2 Anvendelse af eksisterende behandlingsudstyr.

(afsnittet uddybes og detaljeres i fase 2)

12

Lydforhold og akustik:

12.1 Krav, efterklang, trinlyd, m.v.

(afsnittet uddybes og detaljeres i fase 2)

12.2 ekstern støj

(afsnittet uddybes og detaljeres i fase 2)

12.3 Støjforhold under byggeri.

(afsnittet uddybes og detaljeres i fase 2)

13

Drift og vedligeholdelse:

13.1 Overflader og rengøring.

(afsnittet uddybes og detaljeres i fase 2)

13.2 Drift og betjening.

(afsnittet uddybes og detaljeres i fase 2)

13.3 Driftbudgetter.

(afsnittet uddybes og detaljeres i fase 2)

14

Miljøforhold:

14.1

Vurdering af miljømæssige forhold på baggrund af eksisterende oplysninger om området samt bygherres øvrige oplysninger

(afsnittet uddybes og detaljeres i fase 2)

15

Tidsplan:

15.1 Tidsfølgeplan, dec. 2008

Vedlagt.

15.2

Udarbejdelse af rammetidsplan for projektering og udførelse, herunder myndighedsbehandling, arbejdsmiljøforhold, bygherres godkendelse m.v.

(afsnittet uddybes og detaljeres i fase 2)

16

Økonomi:

16.1 Groft overslag. Oktober 2009.

Vedlagt.

16.2

Der udarbejdes på m² - niveau budgetramme opdelt på bygningsudgifter, inventar/udstyr, omkostninger, udforudseelige udgifter, byggeplads-/vinterforanstaltninger

(afsnittet uddybes og detaljeres i fase 2)

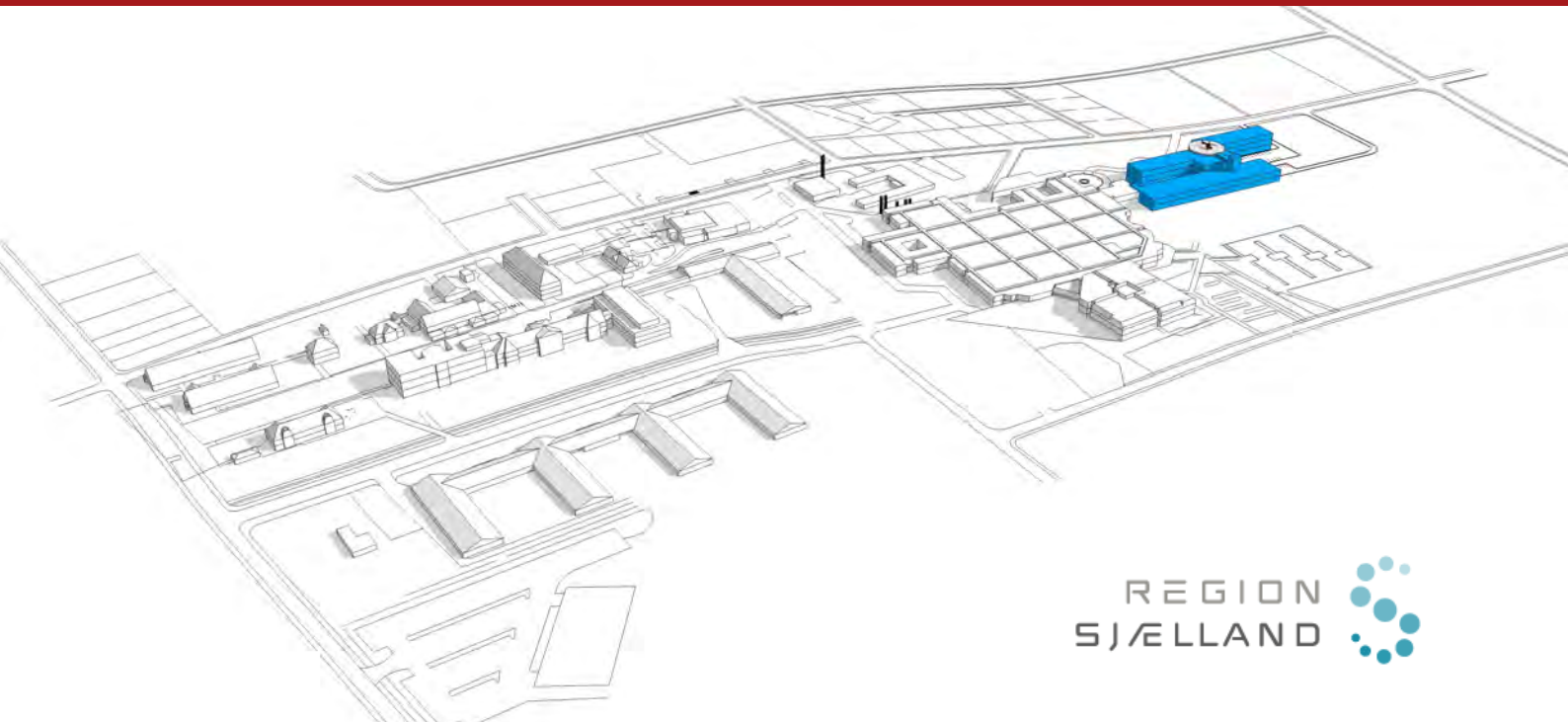
17

Kvalitetssikring:

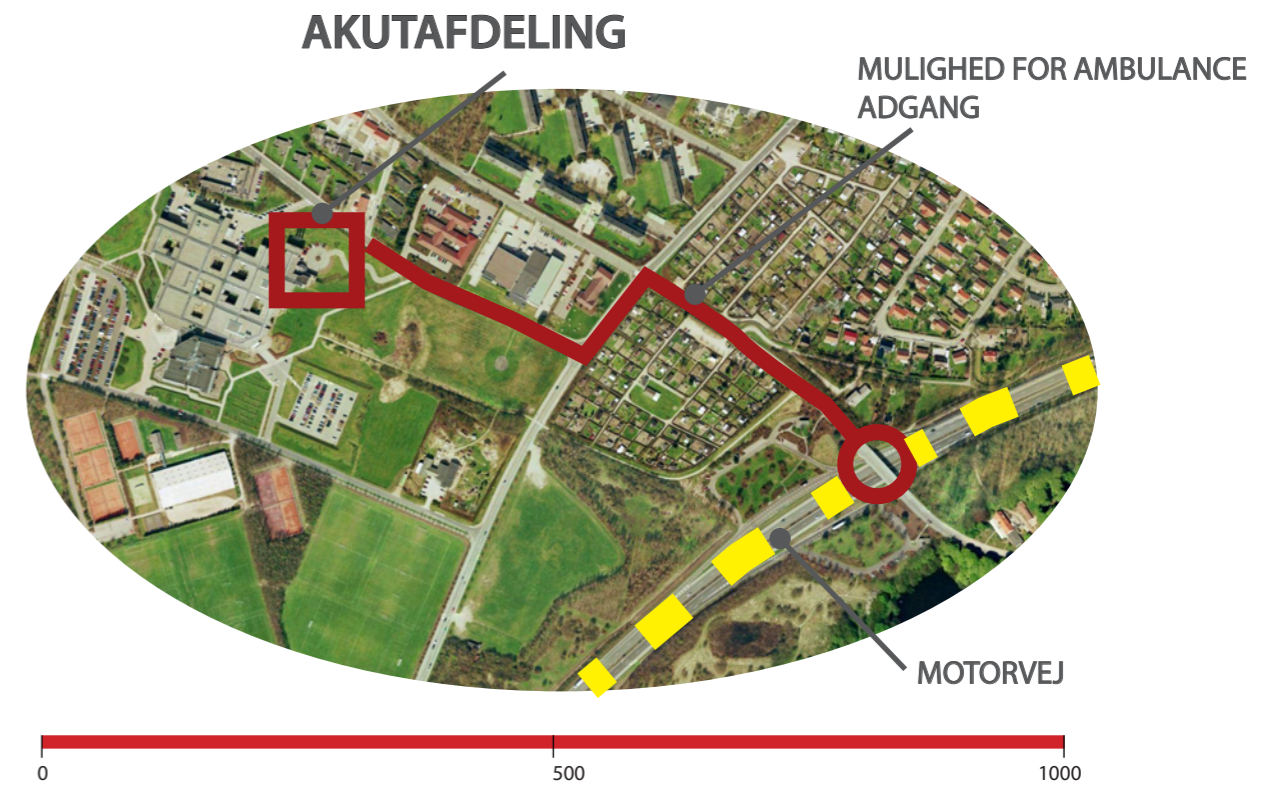
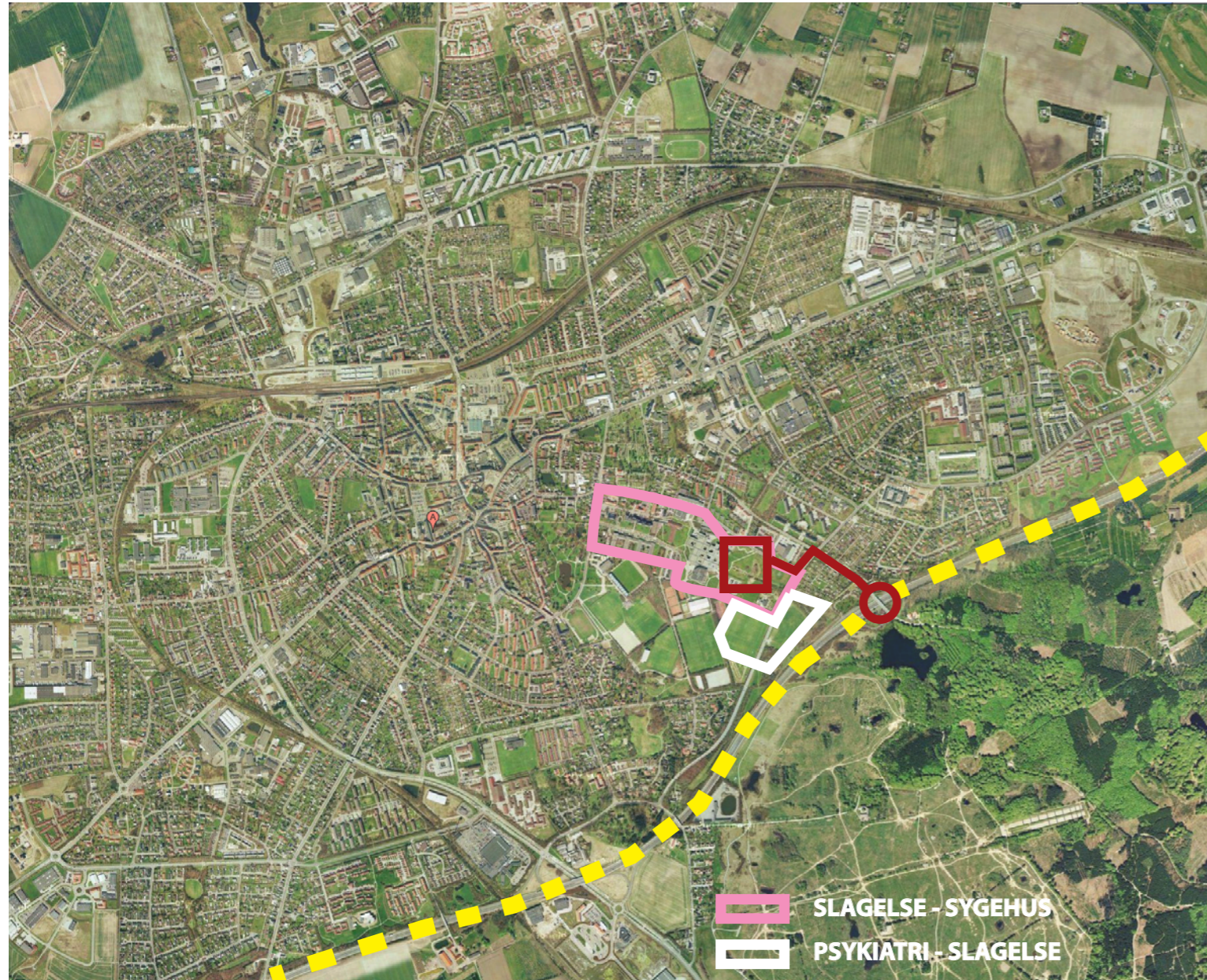
ANSØGNING OM ENDELIGT TILSAGN TIL PROJEKT:

Ny Fælles Akutafdeling ved Slagelse Sygehus

Bilag 1B. Akutafdeling/skitse sept. 2009 - rev. 20.11.09

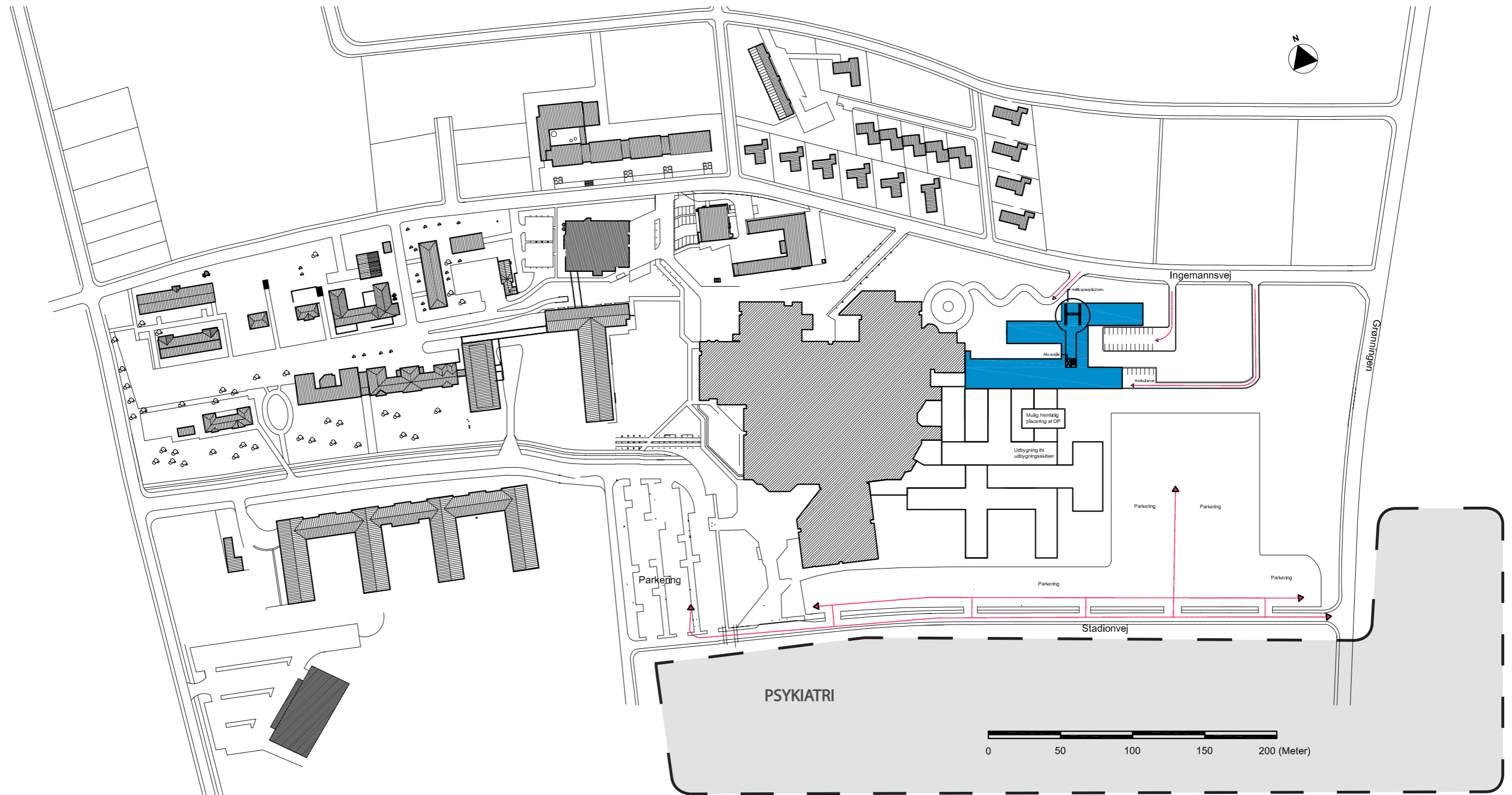


SLAGELSE SYGEHUS-ADGANGSFORHOLD

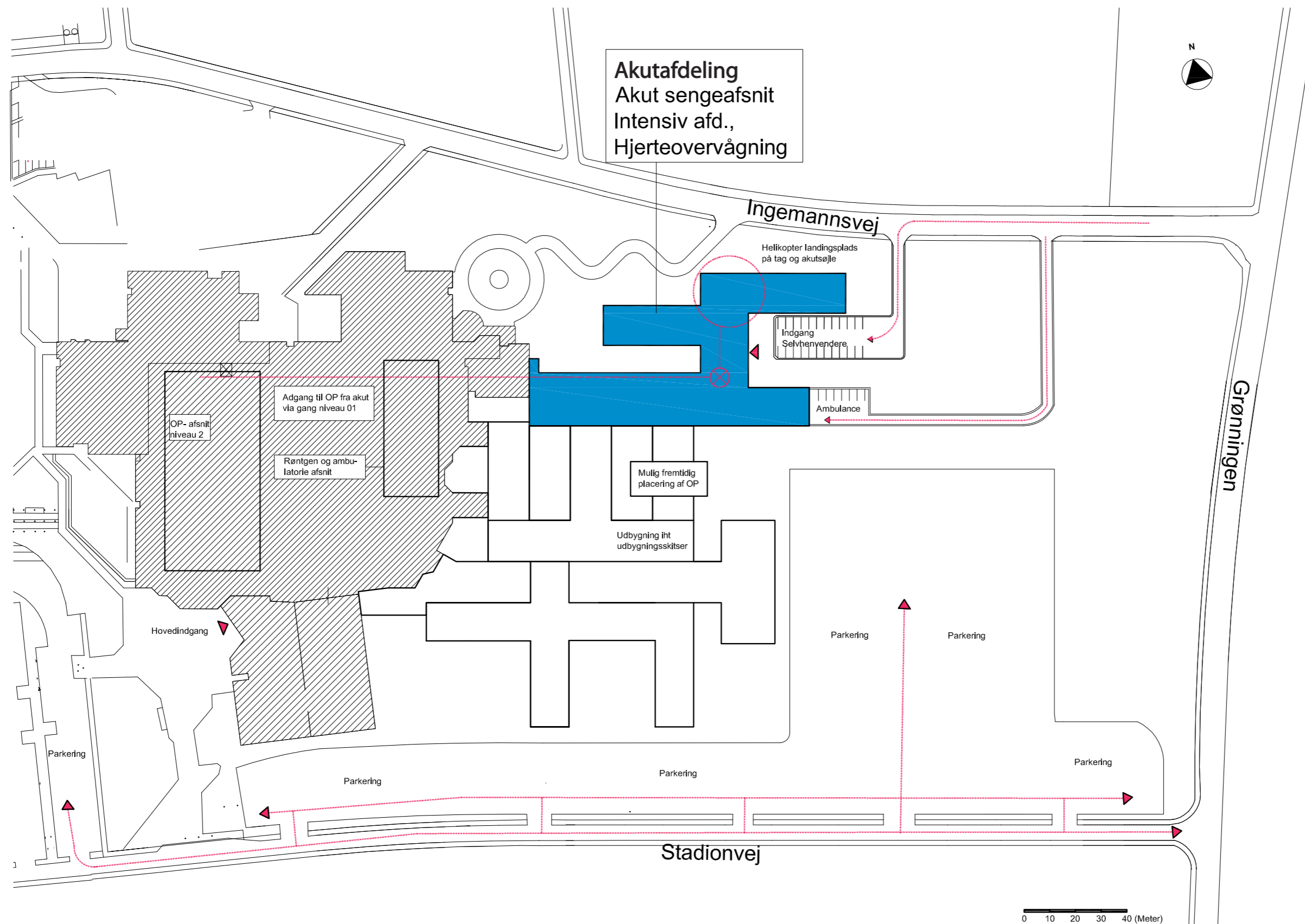


OVERSIGTSPLAN

AKUTAFDELING

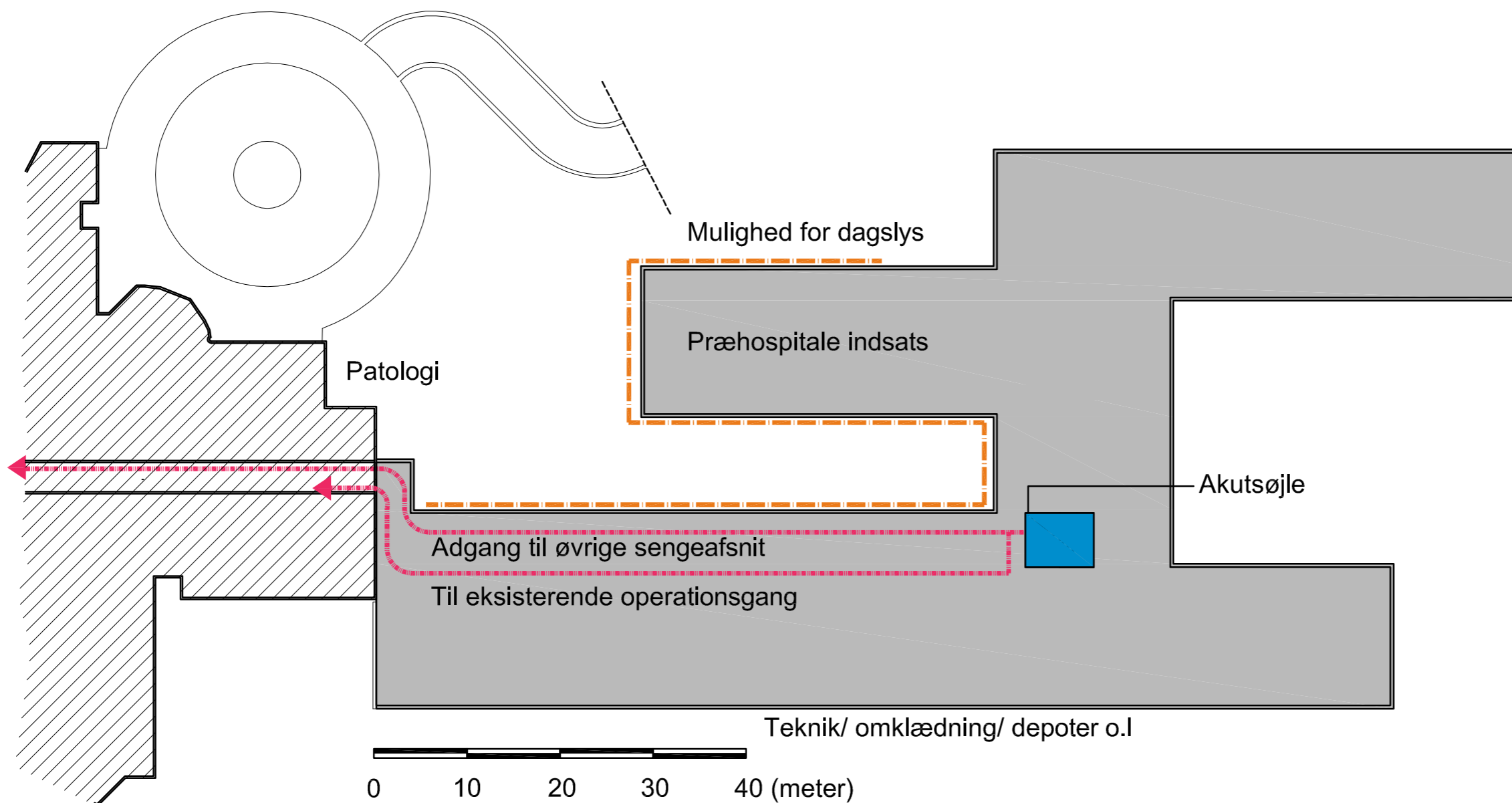


OVERSIGTSPLAN



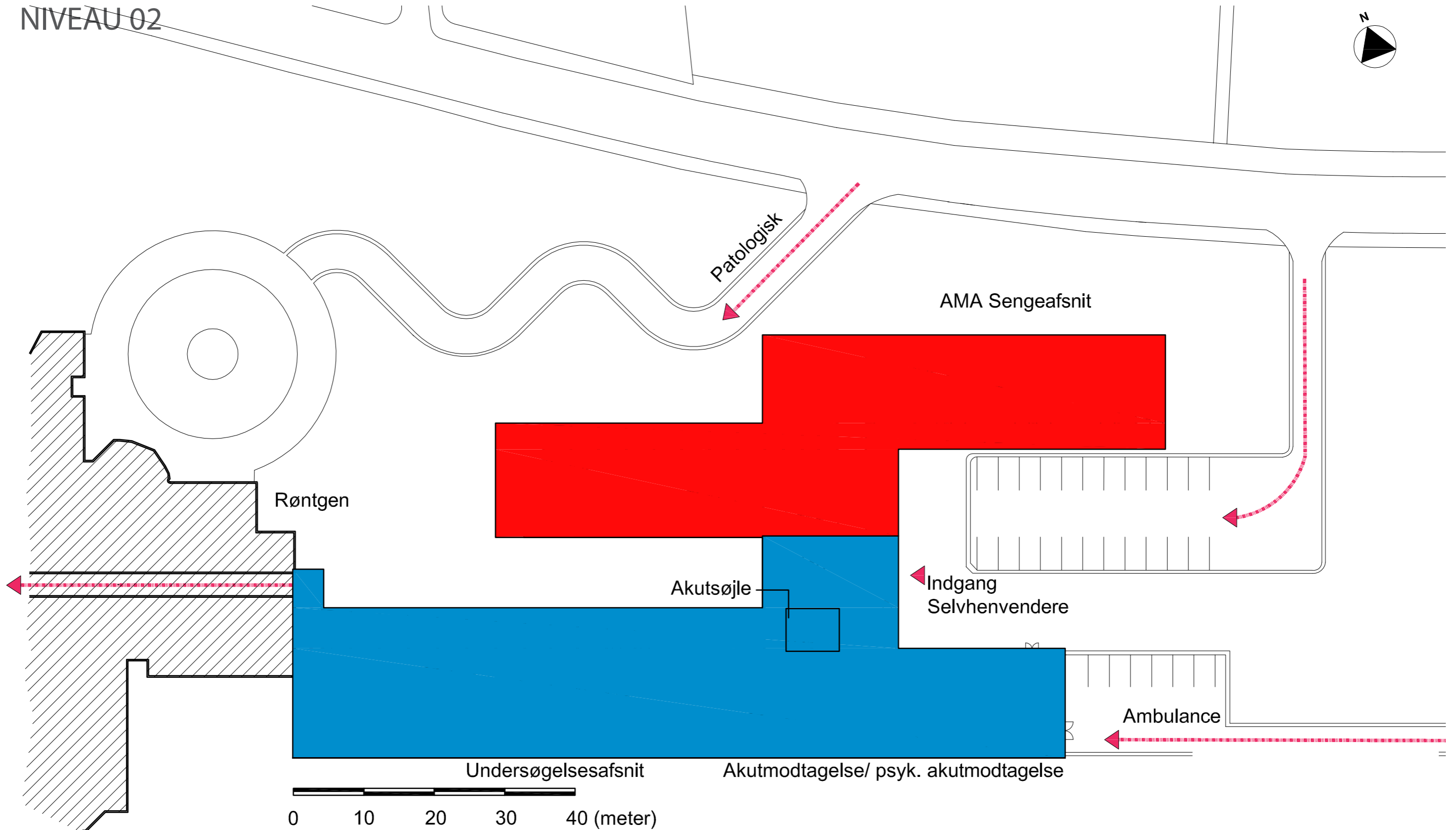
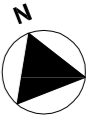
AKUTAFDELING - PLAN

NIVEAU 01



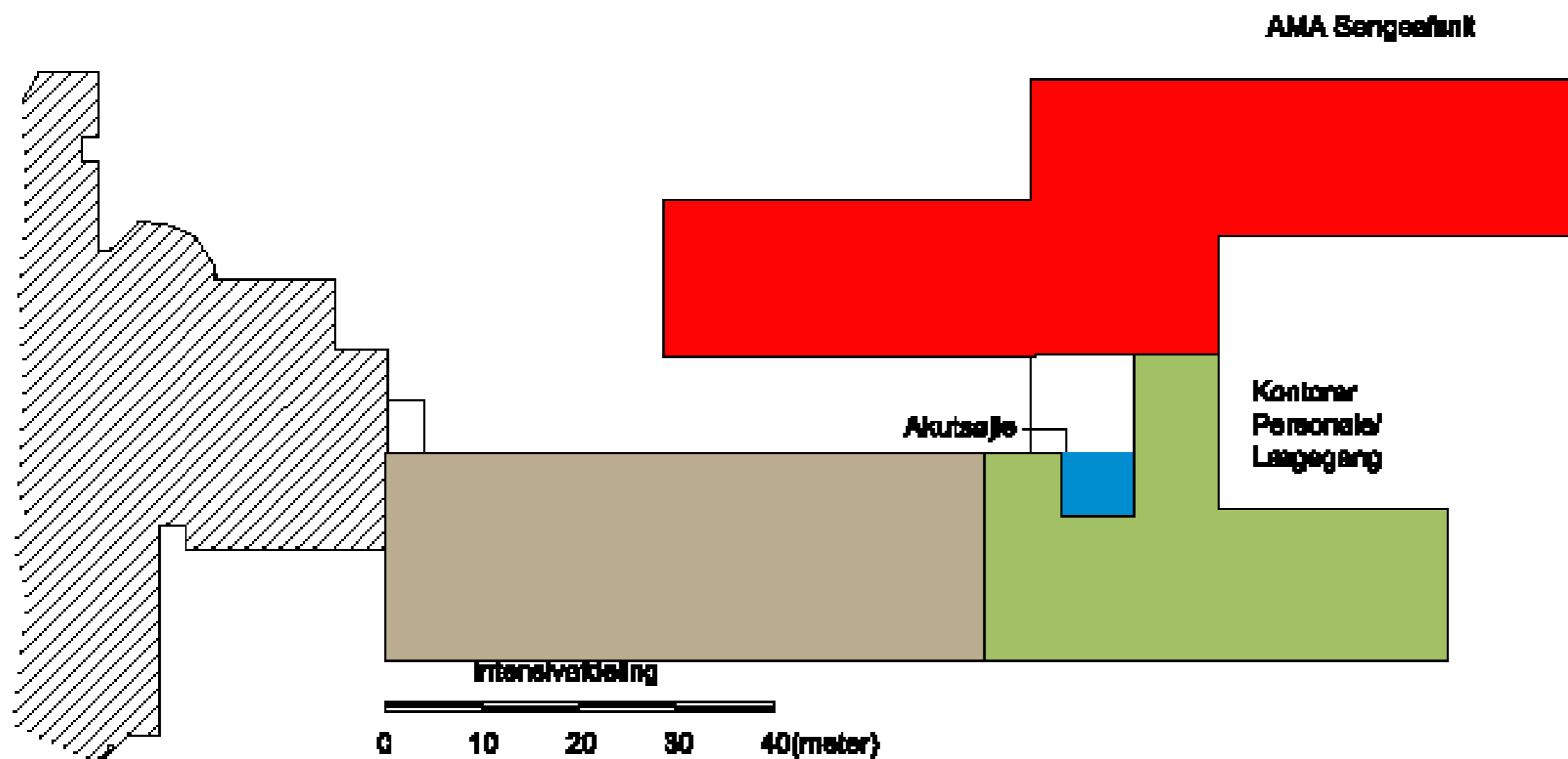
AKUTAFDELING - PLAN

NIVEAU 02



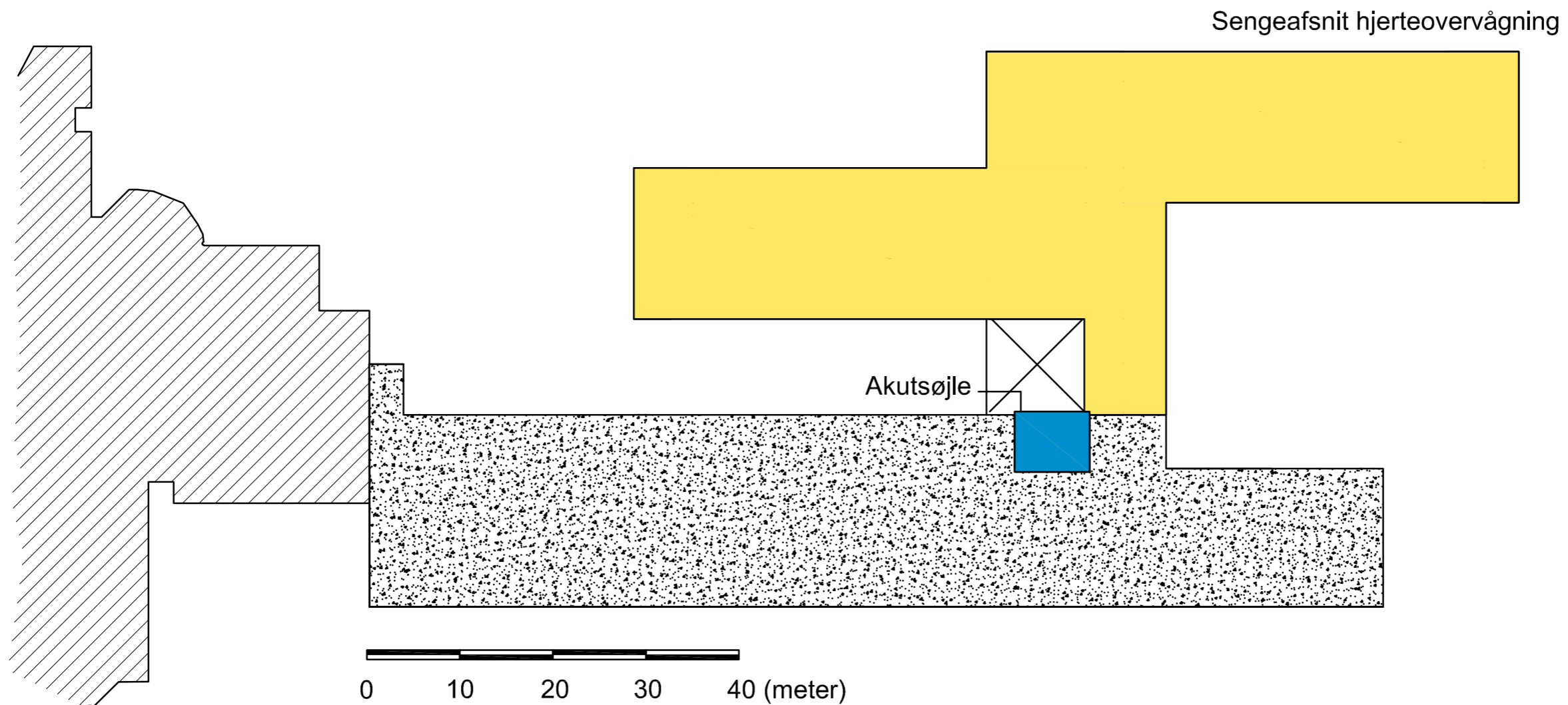
AKUTAFDELING - PLAN

N



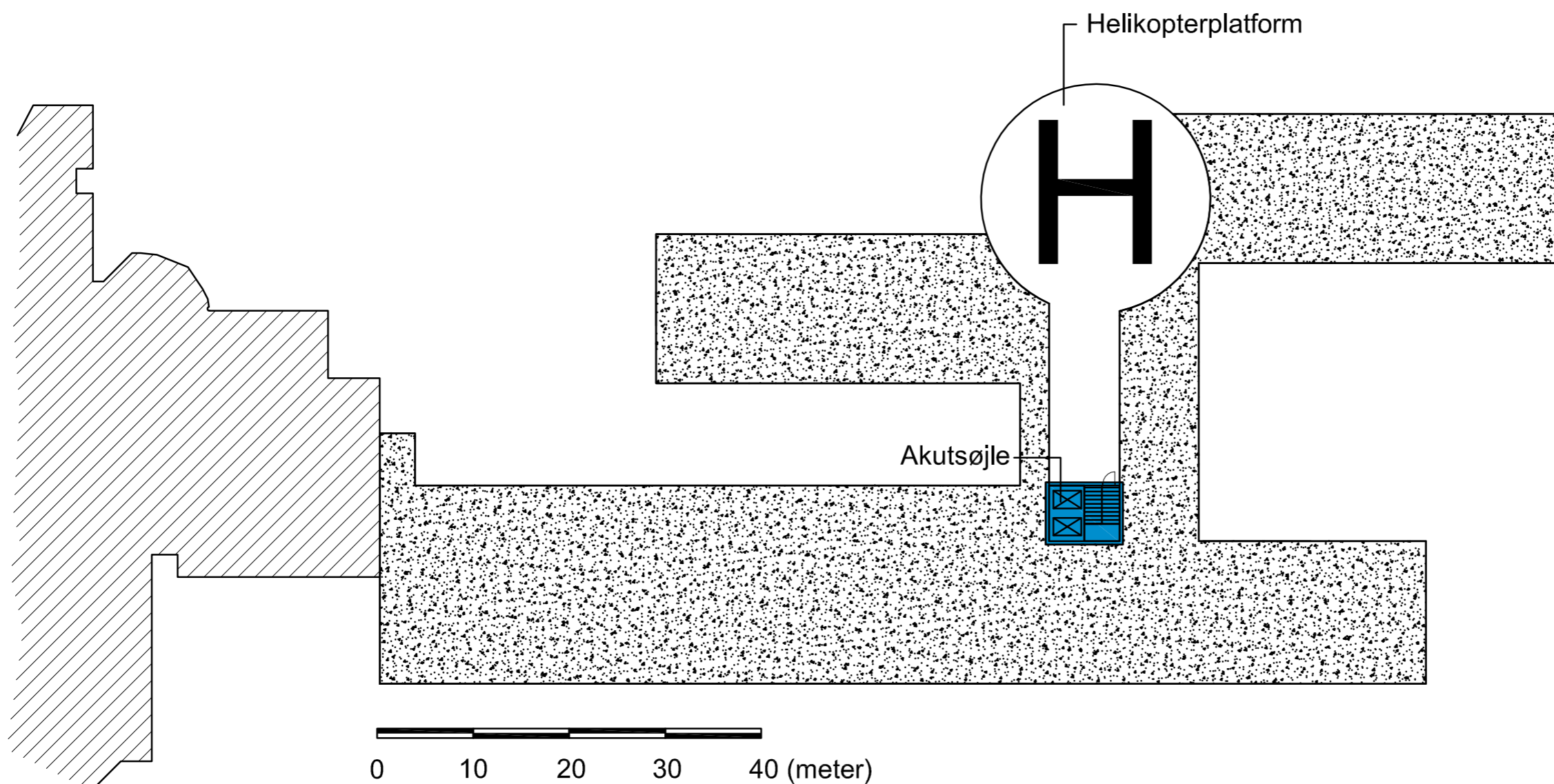
AKUTAFDELING - PLAN

NIVEAU 04

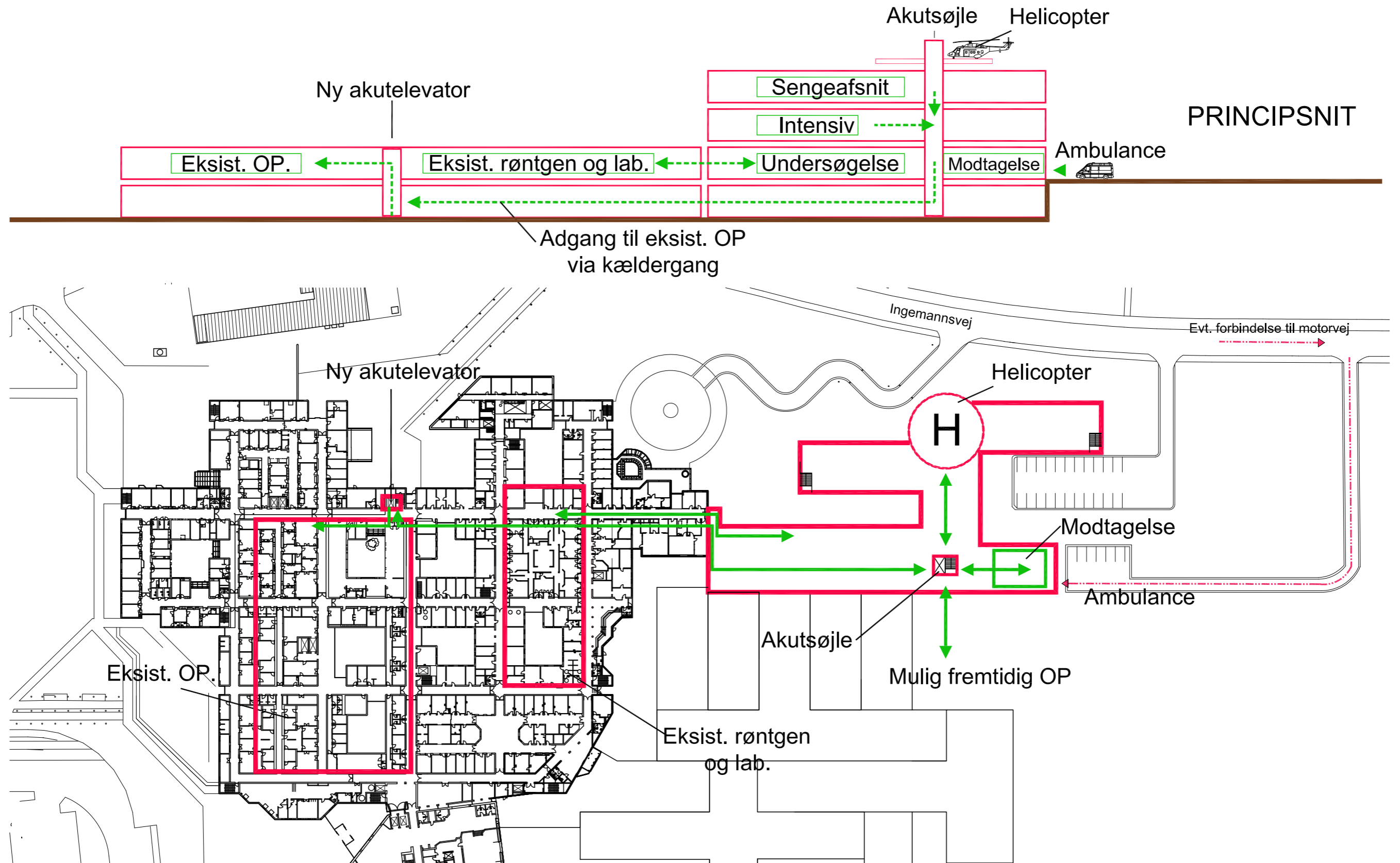


AKUTAFDELING - TAGPLAN

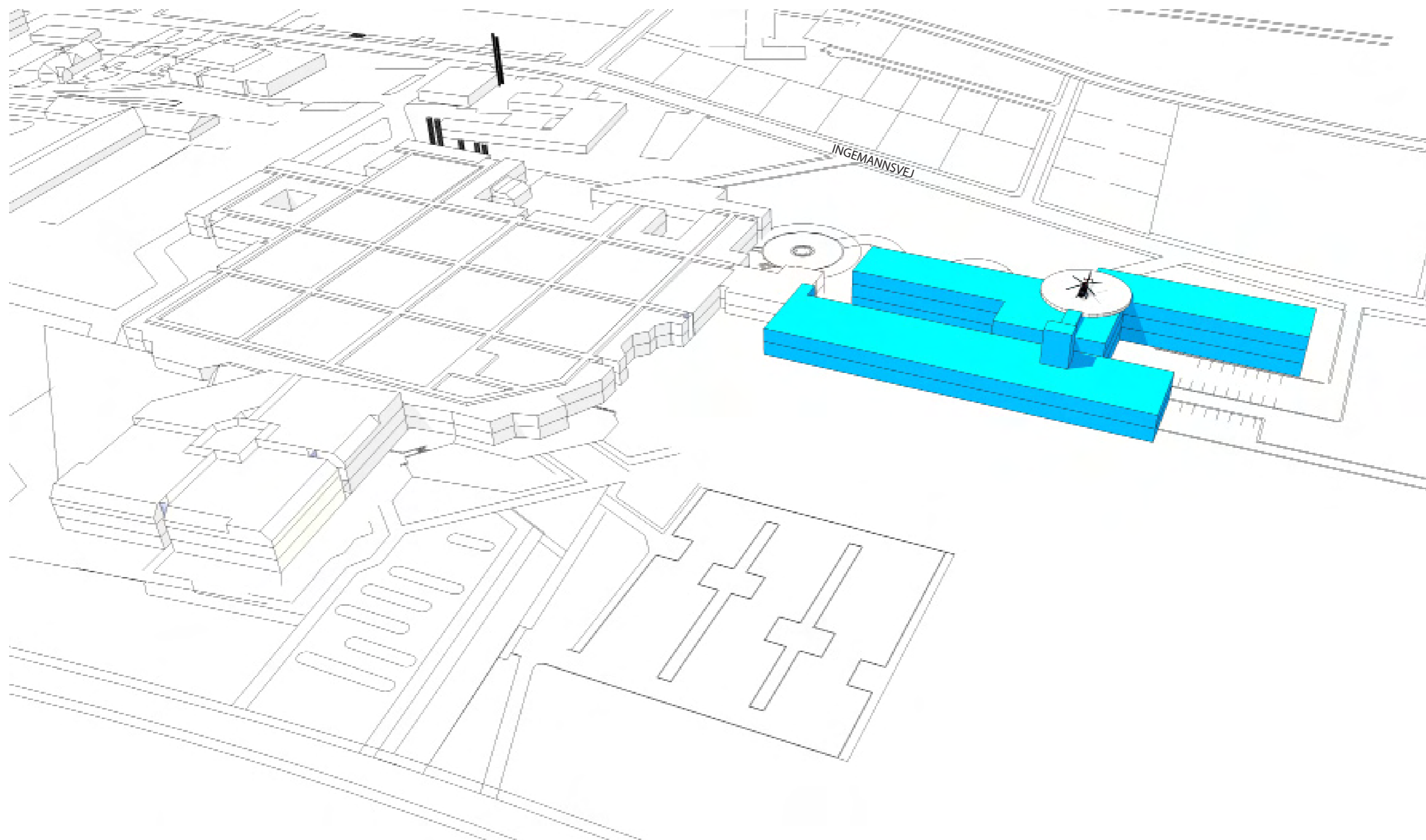
NIVEAU 05



INTERN LOGISTIK



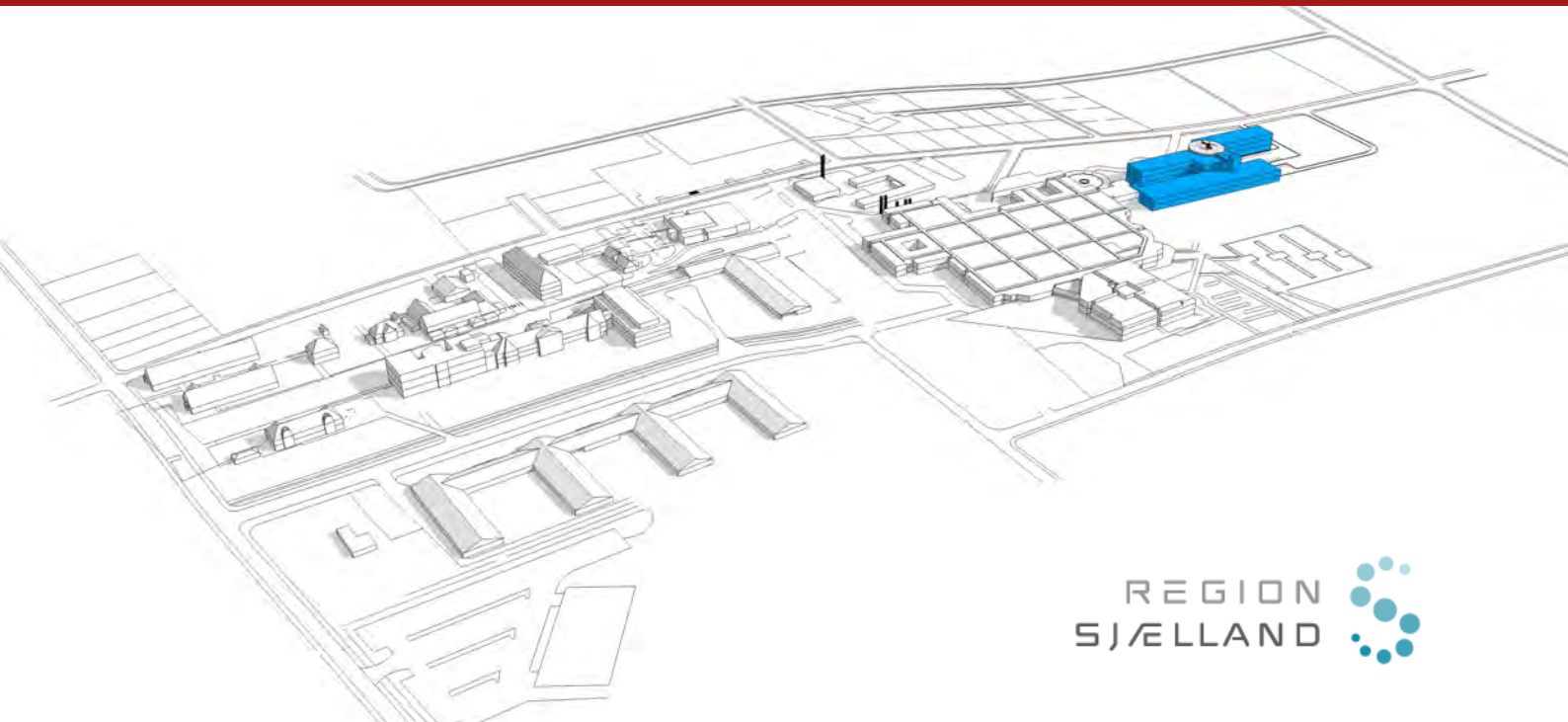
UDBYGNING-AKUTAFDELING



ANSØGNING OM ENDELIGT TILSAGN TIL PROJEKT:

Ny Fælles Akutafdeling ved Slagelse Sygehus

Bilag 1C. Udbygningskitse dec. 2008 - rev. 10.02.09

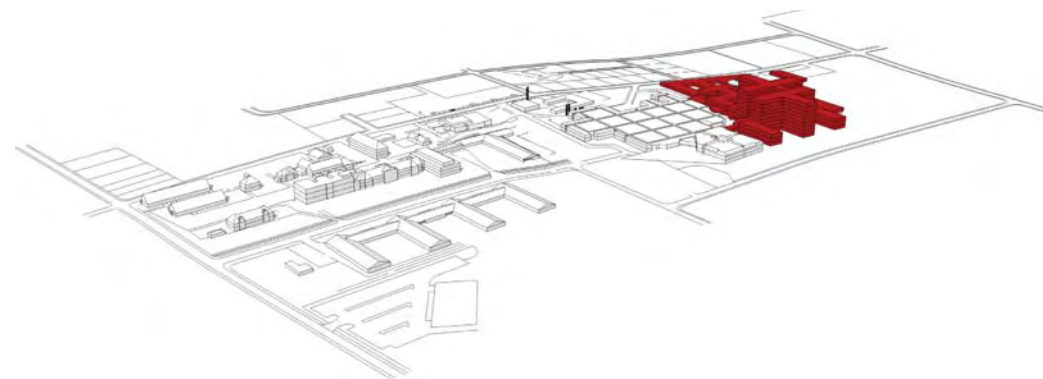
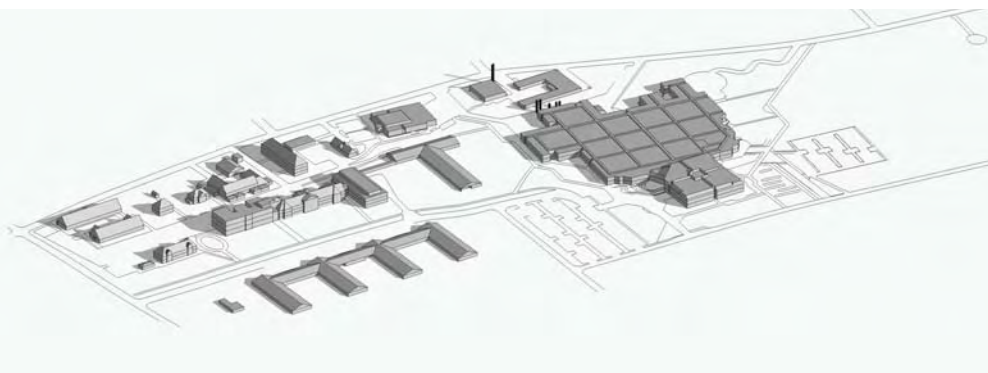


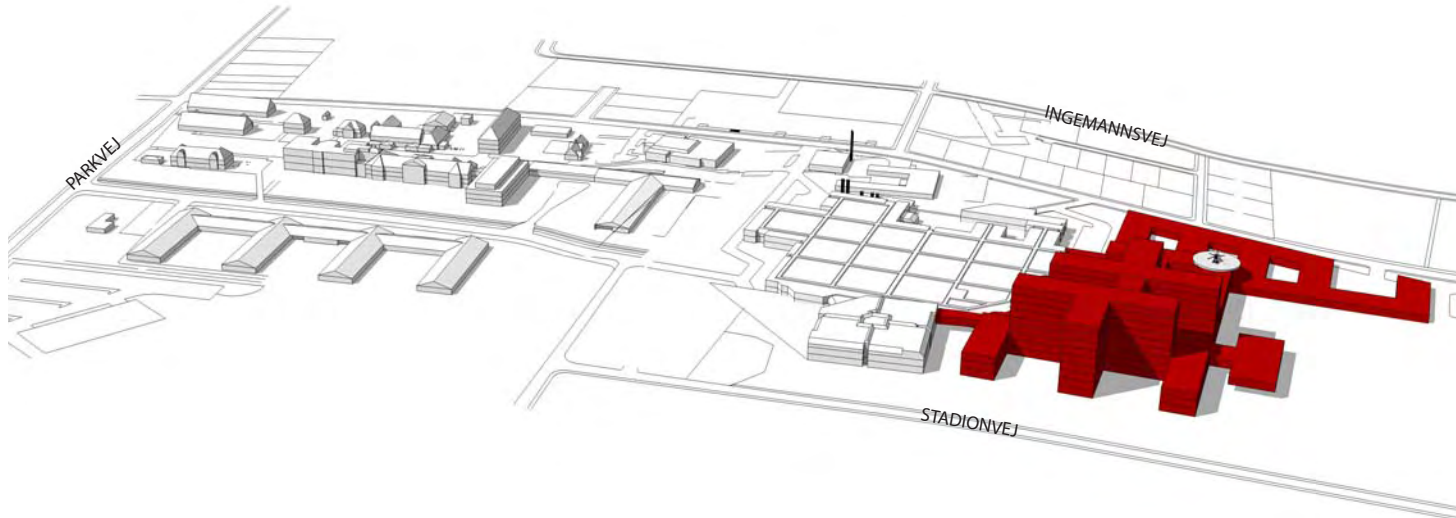
REGION
SJÆLLAND 

SLAGELSE

REV 10.02.09

GENERALPLANLÆGNING Udbygningsskitse





GENERALPLANLÆGNING

Udbygningsskitse

INDHOLD

| | | |
|------|---|-------|
| 1. | INDLEDNING OG FORMÅL | s. 5 |
| 2. | EKSISTERENDE FORHOLD | s. 6 |
| 2.01 | Bygningsmæssige rammer | s. 6 |
| 2.02 | Eksisterende logistik | s. 6 |
| 3. | FREMTIDIGE FORHOLD/UDBYGNINGSSKITSE | s. 17 |
| 3.01 | Vision/Forudsætninger - Fremtidig Kapacitet | s. 17 |
| 3.02 | Planmæssige forhold/ myndigheder | s. 18 |
| 3.03 | Fremtidig logistik | s. 25 |
| 3.04 | Etapeudbygning | s. 28 |
| 3.05 | Udvidelses muligheder | s. 30 |
| 4. | TIDSFØLGEPLAN | s. 31 |
| 5. | ANLÆGSØKONOMI | s. 32 |

1. INDLEDNING OG FORMÅL

Denne "Udbygningsskitse" for sygehusfunktionerne på Sygehus Syds matrikel i Slagelse er en videreførelse af arbejdet med "Grovskitse for et nyt Slagelse Sygehus", dateret 2. september 2008.

Som led i arbejdet frem mod en egentlig generalplan blev Arkitektfirmaet C. F. Møller (m/underleverandørerne Niras A/S, Søren Jensen A/S og Nosyko A/S) med Byggeafdelingens notat af 26. september 2008, anmodet om at udarbejde forslag til udbygningsskitser for de 3 hovedmatrikler i Sygehus Syd, herunder Slagelse.

Forslaget har i løbet af perioden september – december 2008 været drøftet i generalplangruppen for Slagelse Sygehus – senest d. 12. december 2008, hvor der blev givet tilslutning til det forslag der her præsenteres.

Udbygningsskitsen angiver på hvilken måde en udbygning kan finde sted – under forudsætning af den aktivitet og kapacitet, der tidligere er fastlagt under arbejdet med grovskitsen. Flere muligheder har undervejs været drøftet – men et scenarie, hvor den eksisterende gamle bygningsmasse udfases til fordel for et betydeligt nybyggeri er fastholdt i alle tilfælde. Den ældre bygningsmasse kan herefter overgå til andre formål, bortsælges e.a.

Ved Slagelse Sygehus er der mulighed for en forenklet byggelogistik, idet der mod såvel øst som syd kan anvises byggefelter med god tilgængelig, hvor man kan opføre nybyggeri, uden at det vil være til voldsom gene for det eksisterende sygehus' brugere, mens der bygges.

Med det her foreliggende forslag til udbygning af Slagelse Sygehus, er det opfattelsen i generalplangruppen, at der kan sikres gode og tidssvarende undersøgelses-, behandlings- og plejefaciliteter i Slagelse.

2. EKSISTERENDE FORHOLD

2.01 Bygningsmæssige forhold

Areal

Grundareal udgør 183.500 m²

Samlet bebyggelse udgør ifølge BBR: 60.500 m²

Med tillæg af udnyttede kælder og tagetager udgør arealet ca. 82.000 m².

Bygningsmæssig "kvalitet"

Det samlede sygehus består først og fremmest af et samlet nyere byggeri/"hoved"bygning fra sidst 80'erne og først 90'erne, bestående af behandlingsbygning og sengetårn.

Ligeledes er det her, mellem bygning 45 og 46, at en egentlig hovedindgang er placeret.

I samme periode er tilføjet et nyt centralkøkken som selvstændig bygning.

Disse nyere bygninger er af høj arkitektonisk og materialemæssig kvalitet og skønnes velegnede til at indgå i en fremtidig udbygning.

I umiddelbar nærhed er teknisk afdeling og kedelhus placeret.

Øvrige bygninger er placeret spredt over et stort område med forskellige tilhørende indgange. De forskellige bygninger spænder over adskillige tidsperioder.

Flere af de eksisterende bygninger er i tvivlsom byggeteknisk stand og uhensigtsmæssigt indrettet i forhold til at kunne tilvejebringe et sammenhængende fremtidigt sygehus.

Den spredte bygningsmasse giver uhensigtsmæssig logistik og arbejdsgange.

2.02 Eksisterende logistik

Extern trafik

Adgang til sygehusets forskellige bygninger foregår fra alle omkringliggende veje.

Områdets parkeringsforhold bærer præg af den spredte bygningsmasse – dvs. at parkeringen er spredt tilsvarende ud på hele området.

En større parkeringsplads er placeret ved hovedindgangen til bygning 45.

Intern

Patienter ankommer til hovedbygningen via hovedindgangen, indeholdende information og kantinefaciliteter.

Fra hovedindgangen er der adgang til bla. ambulatorier, fys/ergo og sengeafsnit.

Sekundære indgange fører personale til feks. centralomklædning i nederste niveau.

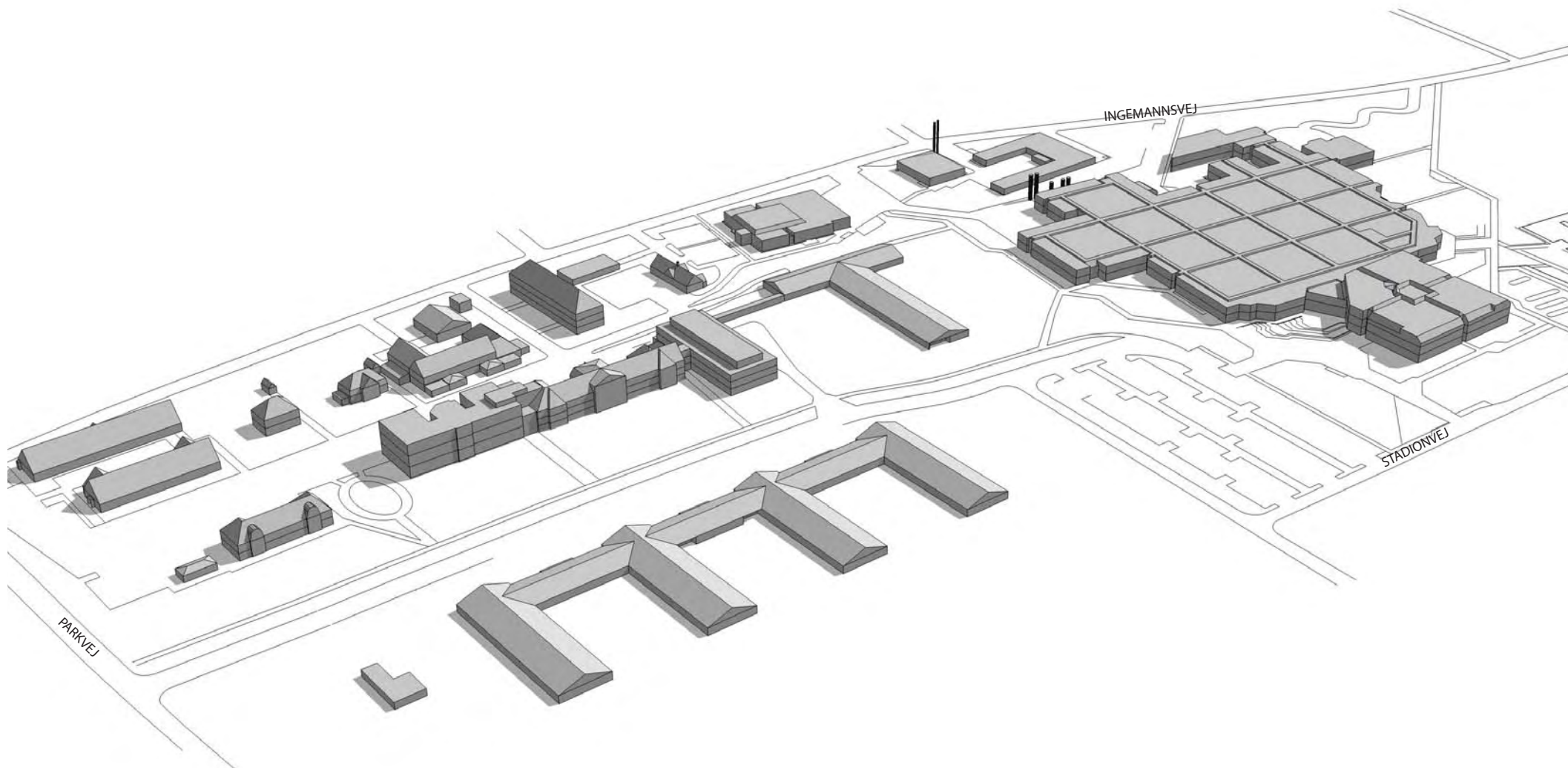
Et internt, stramt, gangsystem/gridsystem fordeler patienter og personale rundt til bygningens enkelte afsnit.

Gange er lyse og brede med ovenlys.

Elevatorene forbinder forsyningsfaciliteter i underetagen med behandlingsafsnit i ovenliggende etager.

Tunneladgang forbinder den store hovedbygning med centralkøkken, den "gamle" hovedbygning (med tilhørende ambulatorier og sengeafsnit) og sengeafsnit/fællesambulatoriet længst mod syd-vest.

EKSISTERENDE FORHOLD

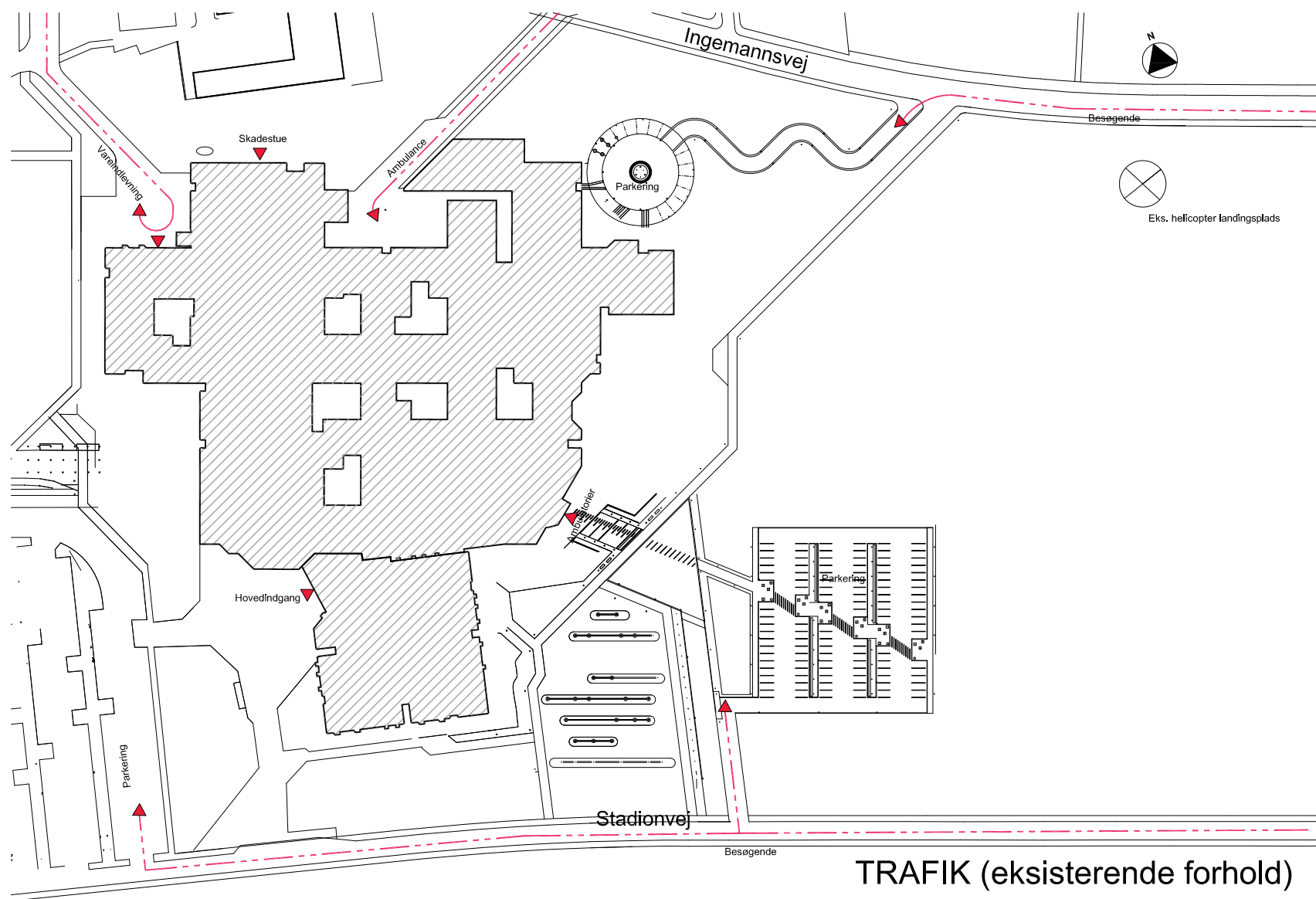


Arealer



| Bygning nr. | BBR areal m ² | Etageareal m ² inkl. udnyttet tagetage og kælder. |
|---------------------|--------------------------|--|
| 1 | 6189 | 2790 |
| 2 | | 4561 |
| 3 | 2545 | 2728 |
| 4 | | 2435 |
| 5 | 154 | 154 |
| 10 | 69 | 69 |
| 11 | 952 | 1407 |
| 12 | 2574 | 3509 |
| 13 | 1748 | 3415 |
| 14 | 2979 | 4195 |
| 15 | 703 | 98 |
| 16 | 2314 | 4108 |
| 17 | 257 | 257 |
| 30 | 614 | 1260 |
| 31 | 707 | 1799 |
| 32 | 294 | 304 |
| 33 | 23 | 23 |
| 34 | 148 | 326 |
| 35 | 44 | 44 |
| 36 | 1586 | 2388 |
| 37 | 28 | 28 |
| 38 | 252 | 252 |
| 39 | 194 | 194 |
| 40 | 1728 | 2852 |
| 42 | 1398 | 2081 |
| 43 | 450 | 896 |
| 44 | 1170 | 1177 |
| 45 | 19840 | 27947 |
| 46 | 7762 | 6790 |
| 49 | 124 | 147 |
| 50 | 124 | 147 |
| 51 | 124 | 147 |
| 53 | 124 | 147 |
| 54 | 124 | 147 |
| 55 | 200 | 200 |
| 56 | 200 | 200 |
| 57 | 200 | 200 |
| 58 | 200 | 200 |
| 59 | 200 | 200 |
| 60 | 170 | 170 |
| 61 | 170 | 170 |
| 62 | 170 | 170 |
| 63 | 170 | 170 |
| 64 | 170 | 170 |
| 65 | 1264 | 1896 |
| Areal i alt. | 60.456 | 82.568 |

Diagrammer - Trafik



Generel signatur (gælder alle sygehuse)

TEKNIK

- Ventilation
- Kedelcentral
- Varmecentral
- Gasanlæg
- Nød-EL
- Nød-rand
- Teknisk afdeling
- Affald
- Containergård
- Gartnerafdeling
- Værksted



CENTRALKØKKEN

• SENGEOMRÅDE

- Medicinsk
- Kirurgisk
- Ortopædkirurgisk
- Gastro
- Ønkologisk
- Geriatrik
- Børneafdeling
- Neurologisk
- Øre-næse-halsafdeling
- Patienthotel



KONTORER/ADM./PERSONALE O.L.

- Økonomi-og planlægning
- Ledelse
- Arbejds miljø
- HR-afdeling
- Sekretærcentral
- Lægegang
- Vagtværelser
- Administration
- Drift- og service
- Portørcentral
- Postcentral
- Tilidsmand
- IT-afdeling
- Medicoteknisk afdeling
- Bibliotek
- Sygehuspræst
- Socialrådgiver
- Undervisning
- Møderum
- Kiosk
- Foredragssal
- Medicinsk historisk samling
- Personale
- Omklædning
- Garderobes



FÆLLESAREALER

- Gangarealer
- Hovedindgang/forhal
- Trapper
- Elevatorer
- Venteområder
- Information
- Café
- Kantine
- Pårørende rum



FYSIOTERAPI/ERGOTERAPI

- Idrætsklinik
- Bandagist
- Kiosk



AMBULATORIER

- Børneamb.
- Børneinkontinens klinik
- Børnepsykiologisk amb.
- Børnepsykiolog
- Børneterapi
- Kirurgisk amb.
- Medicinsk amb.
- Klinisk biokemisk amb.
- Lungemedicinsk amb.
- Nyre amb.
- Hjemmedialyse
- Dialyse
- Diabetes/stofskifte amb.
- Diæstet
- Såramb.
- Kardiologisk amb.
- Hjerte amb.
- Mave/tarmamb.
- Hepatologisk amb.
- Neurologisk amb.
- Endokrinologisk amb.
- EEG lab.
- Øjenamb.
- Stomiamb.
- Øre-næse-halsamb
- Audiologisk afdeling.
- Mammaklinik
- Arbejds-og miljømedicinsk klinik
- Specialtandplejen
- Afdelingen for lindrende indsats.
- Reumatolog



OPERATIONSAFSNIT

- Dagkirurgi
- Organ
- Gynækologisk
- Ortopæd
- Tand-mund og kæbe
- Øjen
- Anæstesiuddeling
- Opvågning
- Intensiv afdeling
- Neonatal



APOTEK

- Cystostatikaenhed



RENGØRING

- Sengenavask
- Sengenødning
- Vaskeri
- Rengøring



DEPOTER, O.L.

- Journalarkiv
- Sikringsrum
- Linned



AKUTOMRÅDE

- Skadestue
- Skadeklinik
- Lægevagt
- Lægeambulance
- Ambulancetilførsel
- Lægeambulance
- Medicinsk AMA
- Smerteklinik



LABORATORIER

- Patologisk afdeling
- Klinisk molykylærtibiolog
- Transfusionscenter
- Klinisk biokemisk afdeling
- Blodbank
- Kapel
- 6-timersstue



Billeddiagnostik

- Neuklearmedicinsk afdeling



STRÅLEBEHANDLING



FØDEAFDELING

- Fødestuer
- Jordmoder
- Amb. For gravide



VARERMODTAGELSE

- Sterilvarer
- Mad
- Tøj
- Apotekervervarer
- Centrallager



STERILCENTRAL



BOLIGER

- Lægeboliger



UUDNYTTET

- Tom etage
- Tom bygning



ANDET

- Funktioner - anden lejer/kommunen e.lign.
- Alkoholrådgivning
- Misbrugscenter



TUNNELSYSTEM



INDGANGE

- Tilkørsel



VEJE

- Parkering
- Cykelparkering
- Garager/carporte



TERRÆNKOTER



- Akutsøjle



- Elevator



- Trapper



- Intern trafik



Funktionsdiagrammer

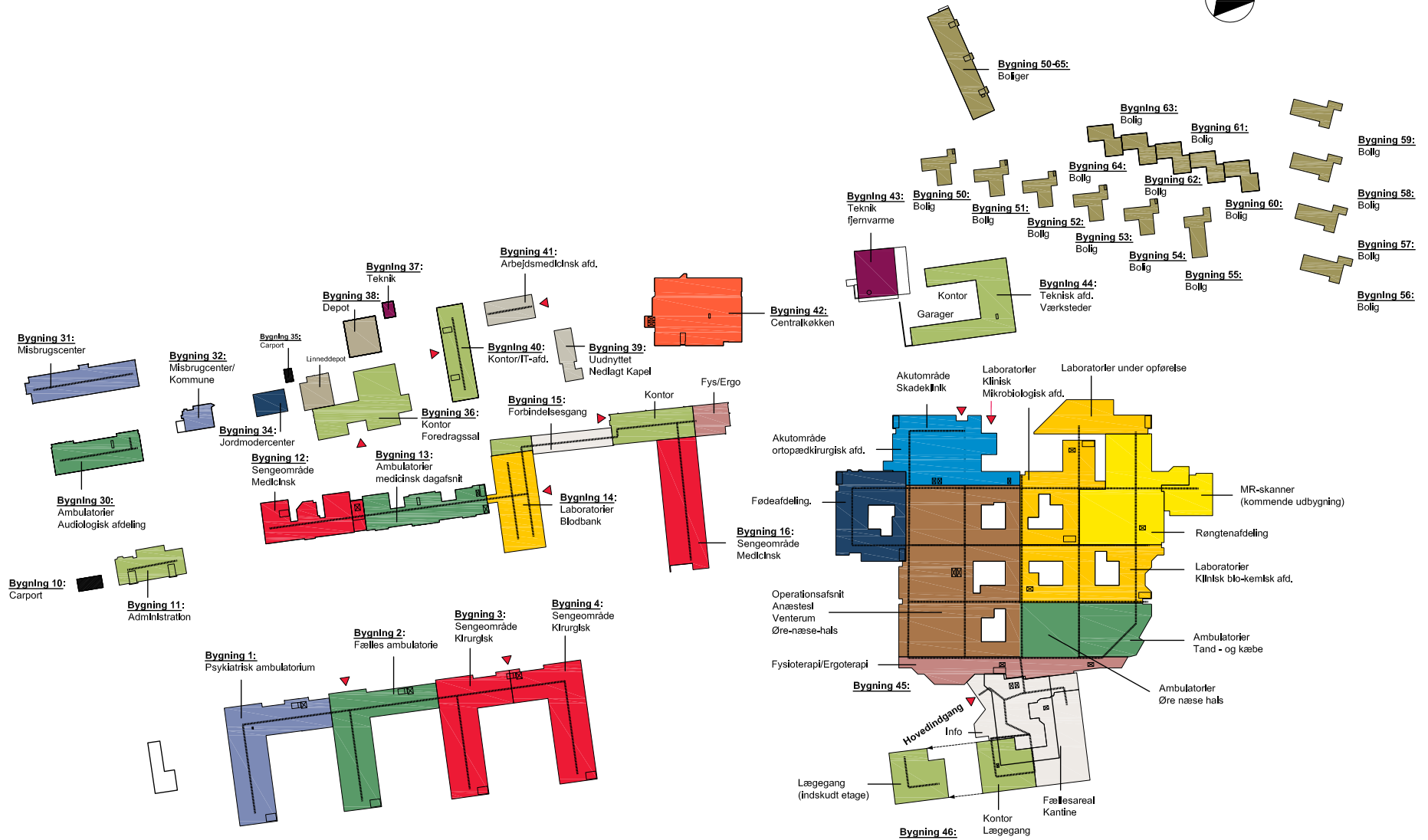
NIVEAU -01



NIVEAU 01



NIVEAU 02



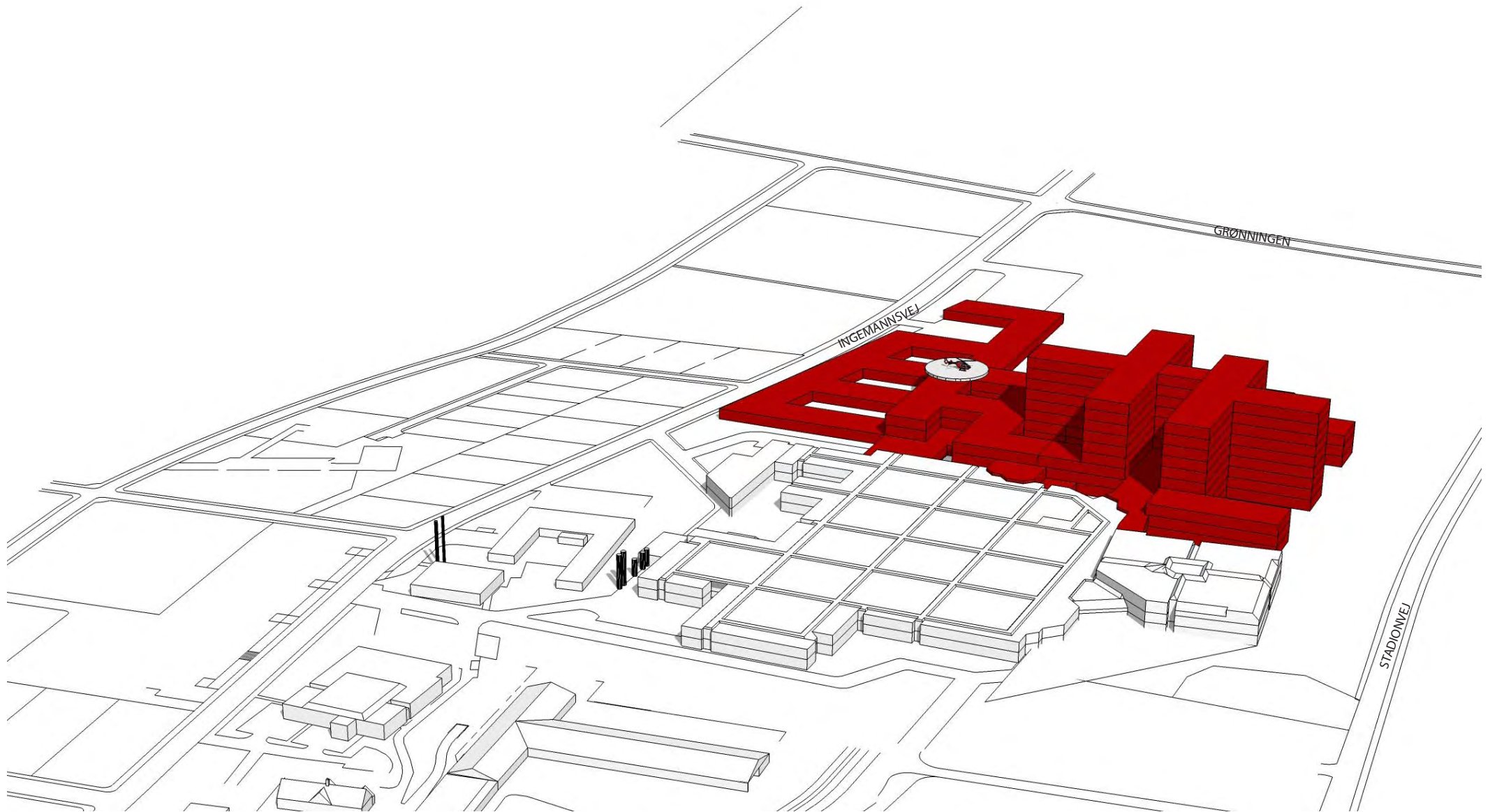
NIVEAU 03



NIVEAU 04



3. UDBYGNINGSSKITSE



3.0 FREMTIDIGEFORHOLD/UDBYGNINGSSKITSER

3.01 Visioner /forudsætninger – Fremtidig kapacitet

Slagelse Sygehus har i sygehusplanen haft status som et akutsygehus med en række højt specialiserede behandlingstilbud. Akutmodtagelsen har på kort sigt behov for at blive udbygget for at kunne leve op til sygehusplanens mål, som bl.a. medfører at en stor del af de akutte patienter, som tidligere er gået til Næstved fremover modtages i Slagelse. Det er planen, at den eksisterende akutmodtagelse udbygges svarende til at det areal, der hidtil har rummet fødefunktionen, kan inddrages i en interim akutmodtagelse, som skal være funktionsdygtig frem til ibrugtagning af det nye Slagelse Sygehus. Det er vurderingen i generalplangruppen for Slagelse Sygehus, at det er muligt indenfor disse rammer, men at arealet er utilstrækkeligt til en mere permanent løsning. Det vil blive vurderet i løbet af januar måned 2009, om der yderligere vil være behov for arealtillæg i form af en midlertidig barakløsning.

Aktivitet og kapacitet:

Datagrundlaget for Slagelse Sygehus, med aktiviteter fremskrevet til år 2020, sådan som det er beregnet i forbindelse med grovskitsearbejdet, viser at der forventes en stærk øgning i antallet af senge, som følge af ændret opgave- og funktionsfordeling i henhold til sygehusplanen.

Antallet af senge i 2020 bliver 370 mod hidtil 250 senge primo 2007. I særlig grad vil sengekapaciteten være rettet mod medicinske patienter (157 senge), men også geriatriske (79 senge) og ortopædkirurgiske (64 senge) patienter. I tillæg til de 370 senge kommer beregnede 43 AMA-senge til brug for observation og diagnostik i det fælles akutmodtageafsnit.

Også den ambulante aktivitet forventes i datagrundlaget at blive stærkt forøget med en fordobling, hvorved kapaciteten til ambulantbehandling og dagbehandling øges til 68 standardrum og op til 34 specialindrettede ambulatorierum. Hertil kommer 50 dagpladser.

Øgningen af den operative aktivitet, udløser et behov svarende til 15 OP-stuer til indlagte patienter og 10 stuer til dagkirurgi, heraf alene 5 stuer til varetagelse af ØNH-specialet.

Fødslerne forudsættes samlet i Næstved – og forsvinder dermed fra Slagelse.

Det samlede arealbehov fremgår af den skematiske oversigt, hvor det summeres op til 109.754 kvm bruttoareal.

Funktionsfordeling:

I udbygningsskitserne indplaceres funktionerne under hensyntagen til følgende principper:

-Det eksisterende "nye" sygehus bevares med stort set de funktioner, der ligger der i dag, således at ombygning begrænses mest muligt.

-Adgangsveje til sygehuset søges adskilt, således at der skabes særlige indgange for henholdsvis patienter, personale og forsyninger, ligesom det fælles akutmodtageområde får separerede adgangsveje for ambulancer

og selvhenvendere.

Der etableres alene overflade parkeringsmuligheder

Den eksisterende hovedindgang bevares og udbygges på en sådan måde, at den udgør den ene ende af en glasgade, der har til formål at sammenkæde de fremtidige sygehusfunktioner. I den anden, østlige, ende af glasgaden etableres en ny hovedindgang, der ligger velplaceret i forhold til ankomst og parkeringsarealer. I forbindelse med glasgaden placeres personalekantine og publikumscafe, der dog forudsættes adskilt, men fysisk nært beliggende med sambrug af nødvendige køkkenfaciliteter.

Fra glasgaden vil der være enkel adgang til dagbehandlingsområderne med ambulatorier og dagkirurgiske funktioner i terrænniveau mod vest og syd.

Operationsafdelingen foreslås ændret til en dagkirurgisk funktion, som logistisk passer bedre ind i sammenhængen med de øvrige ændringer.

Mod øst placeres et nyt akutområde med separat ambulanceindgang, triage- og traumefaciliteter, undersøgelses- og behandlingsrum samt AMA-senge til brug for diagnosticering af patienter.

Akutområdet er placeret sådan, at der på etagerne lige over, via en direkte elevatorforbindelse, er direkte adgang til såvel operationsafdeling som til intensivområdet for de patienter, der har behov for øjeblikkelig behandling. Hermed samles de nødvendige akutfunktioner i en "akutsøjle", som i det vertikale plan afsluttes med en forbindelse til helikopterplatformen. Fra denne kan indfløjne patienter uden unødige omlastninger, komme direkte under akut behandling.

Diagnostiske røntgen- og laboratoriefaciliteter skal befinde sig i umiddelbar nærhed af akutområdet.

Den betydeligt udvidede sengekapacitet placeres i et nybyggeri ovenpå ambulatorier (mod syd) og ovenpå operationsafdeling og intensiv (mod øst). I forslaget er de foreløbigt udformet i en T-form, som levner mulighed for en indretning af sengeafdelingerne ud fra et gruppeplejebegreb, hvor en sengeafdeling på fx 24 senge er delt i 3 grupper. Men andre muligheder kan uden vanskeligheder også tilrettelægges.

Den eksisterende bygning 46, der i dag rummer ortopædi-senge og intensivafsnit, forudsættes også fremover at rumme ca. 70 senge. Det må dog konstateres at indretningen i dag er utidssvarende for så vidt angår bl.a. toilet/bad-forhold. Det foreslås derfor som alternativ, at bygningen fremover i stedet indrettes til brug for en patienthotelfunktion til patienter i dagbehandling, raske ledsagere og andre grupper. Opmærksomheden skal i den forbindelse henledes på, at hotelsenge ikke fuldt ud kan erstatte døgnplejesenge i forholdet 1:1, ligesom udnyttelsesgrad (belægningsprocent) ofte vil være noget lavere end for egentlige sengepladser. Gennemføres denne del af forslaget, kan det blive aktuelt at lægge yderligere en etage på sengefløjene.

Efter færdiggørelse af udbygningen kan den eksisterende ældre bygningsmasse anvendes til andre formål. I generalplangruppen har det været vigtigt at gøre opmærksom på, at den viste løsningsmulighed med placering af et fuldt udbygget fælles akut område ikke kan stå alene, men må følges op af den fulde udbygning

i en tidsmæssig kontinuerlig forlængelse af projekterings- og byggeproces. I modsat fald opnås ikke den indre funktionalitet og hensigtsmæssige logistik, som er målet med udbygningen til et moderne, specialiseret akutsygehus.

Endelig bemærkes, at den her viste udbygningsskitse alene illustrerer en mulig fordeling af arealbehovene – og må ikke opfattes som et forsøg på at designe en endelig løsning.

Miljø - bæredygtighed

Der tages udgangspunkt i de fokusområder, der er fremlagt i Region Sjællands lokale agenda 21: "Region Sjællands Strategi for Bæredygtig Udvikling", som på overordnet niveau redegør for, hvordan der skal tages hånd om bl.a. klima og vedvarende energi, bæredygtig udvikling og bevidstheden herom.

Mere konkret varetages bæredygtigheden i sygehusudbygningen ved at gennemføre en proces, hvor der indledningsvist gennemføres en screening for at identificere de bæredygtighedsparametre, der er relevante at fokusere på generelt og i det enkelte sygehusprojekt.

Efter en identifikation, foretages en indbyrdes prioritering af belastningerne og ambitionsniveauet for nedbringelse af belastningerne fastlægges. Det er væsentligt, at der opstilles succeskriterier for opnåelse af et tilfredsstillende bæredygtighedsniveau.

I forhold til den miljømæssige bæredygtighed forventes fokus på f.eks.:

- energioptimering
- bl.a. dagslysforhold, rengøringsvenlighed
- arbejds miljø
- ressourceforbrug – såvel vand som knappe materialeressourcer.

Ledningsforhold

Ved gennemgang af de eksterne ledningsoplysninger via LER fremgår det, at der selvfølgelig skal tages hensyn til de eksisterende ledninger, men at der umiddelbart ikke forventes behov for større ledningsomlægninger i forhold til det kommende byggefelt. Dog skal specielt ledningstracé vest for den nyere del af sygehuset respekteres og inddrages i den videre planlægning vedr. midlertidig udbygning af akutmodtagelsen.

3.02 Planmæssige forhold / Myndigheder

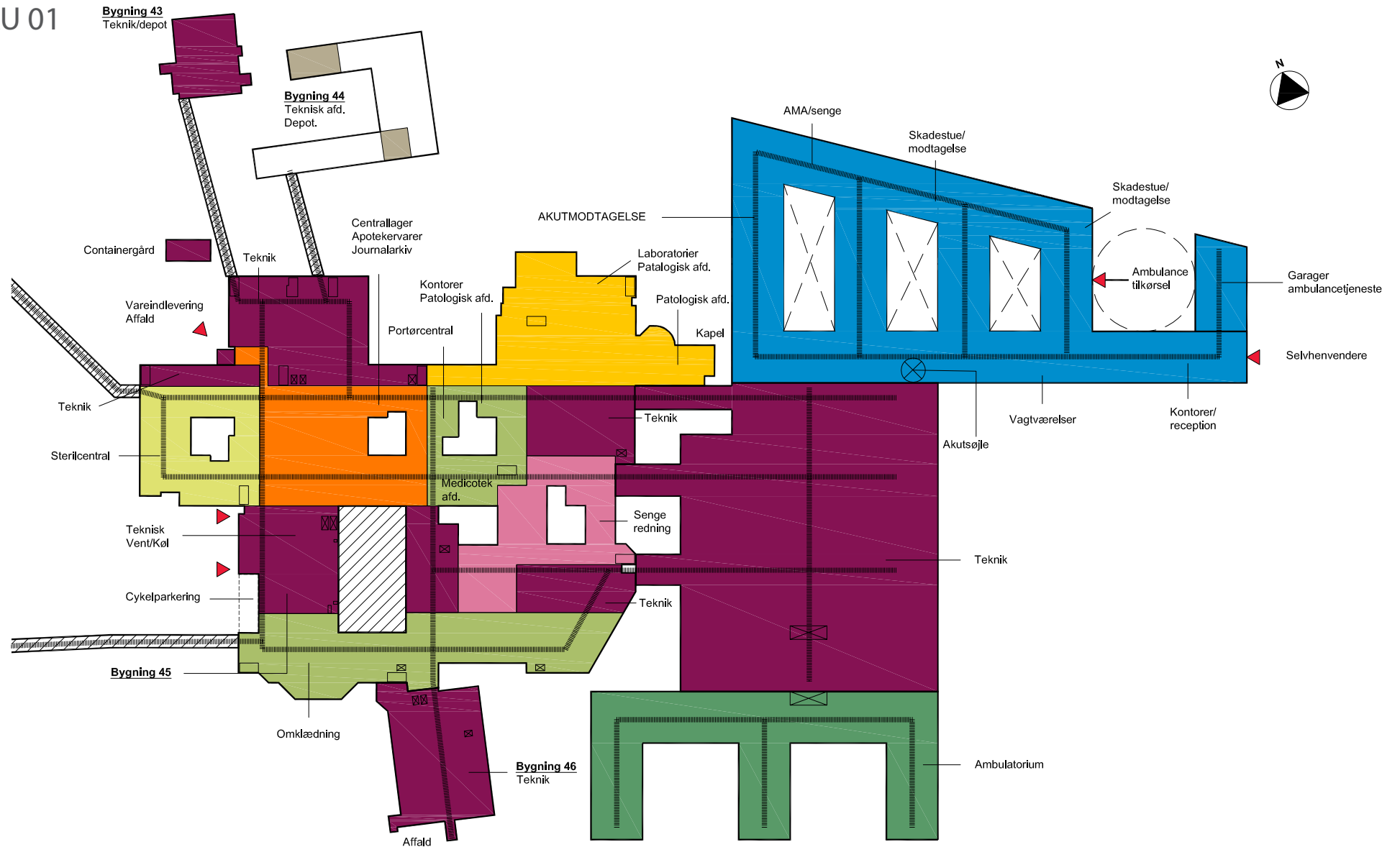
Området er reguleret af Lokalplan nr. 58 for centralsygehuset.

Lokalplanen foreskriver ny bebyggelse i max. 3 etager – svarende til eksisterende bygn. 46. Maximal bebyggelsesprocent er angivet til 55 – hvilket svarer til en mulig bebyggelse på ca. 100.000 m². Lokalplanen foreskriver ikke retningslinjer m.h.t. parkeringskrav.

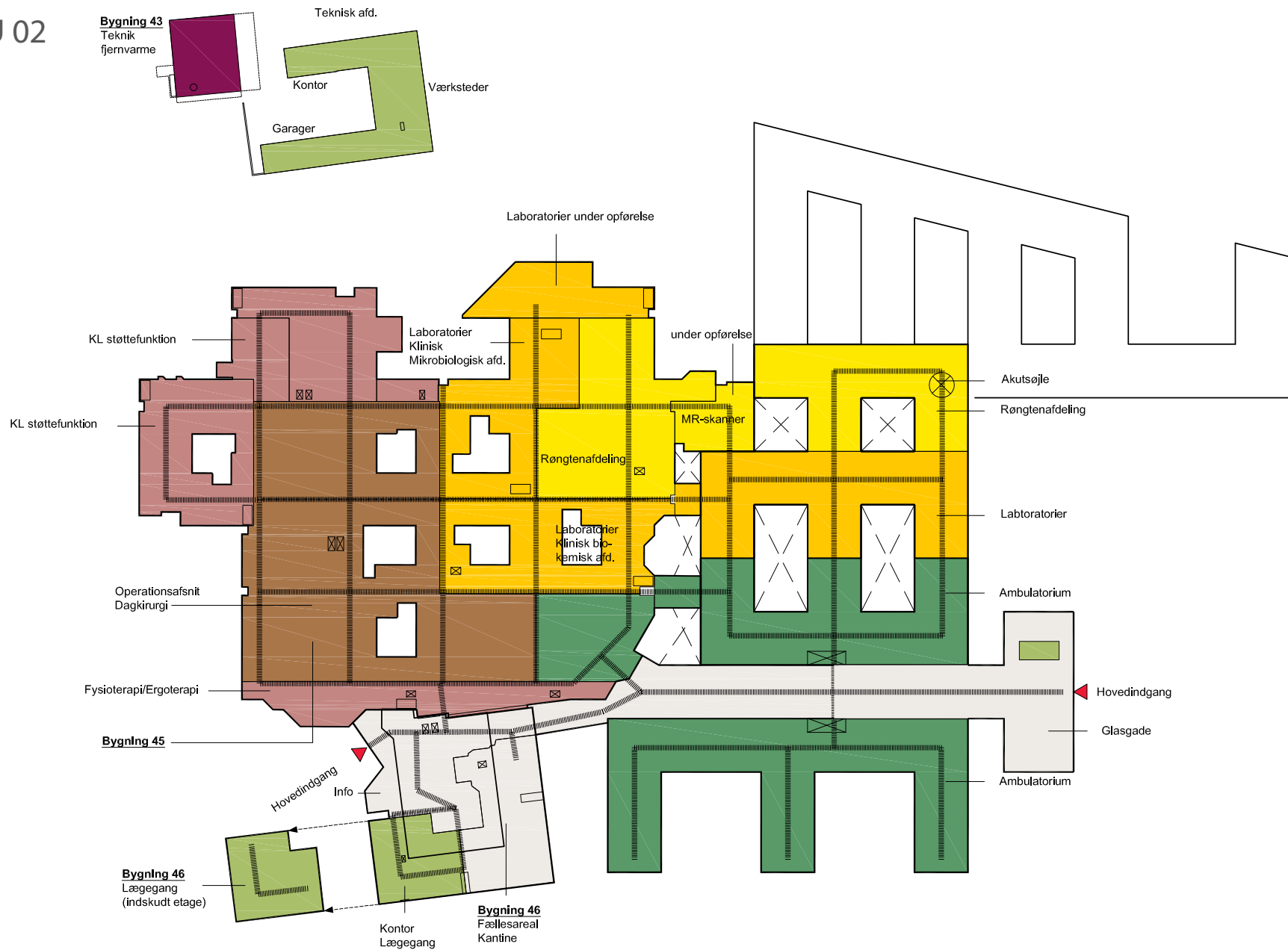
Lokalplanen er udarbejdet i 1982 og er afstemt de daværende idéer omkring en udvidelse af sygehuset. Planerne vurderes at være forældede og en ny lokalplan må udarbejdes. Alternativt skal søges dispensation vedr. bygningshøjden og bebyggelsesprocenten.

Funktionsplaner

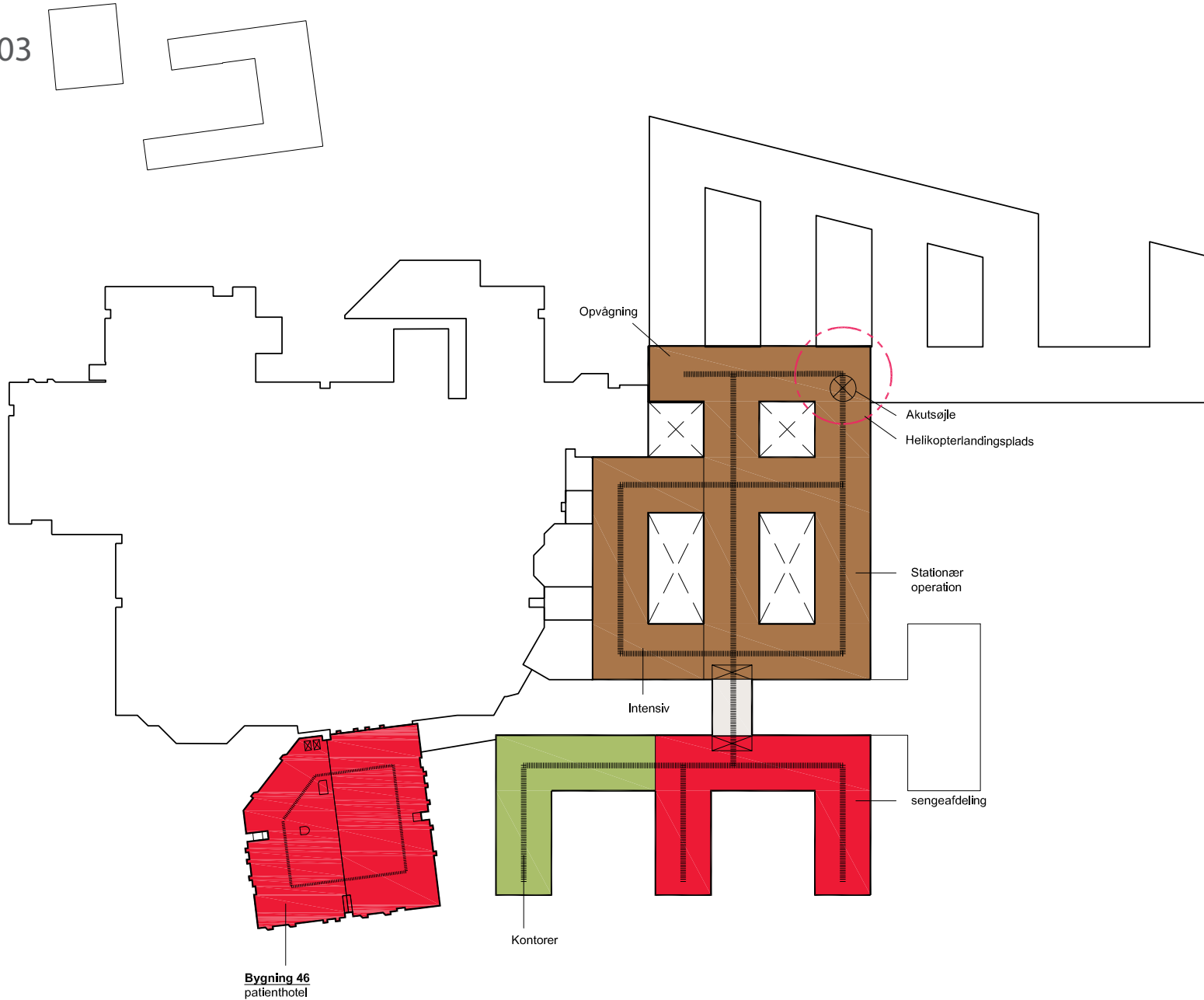
NIVEAU 01



NIVEAU 02

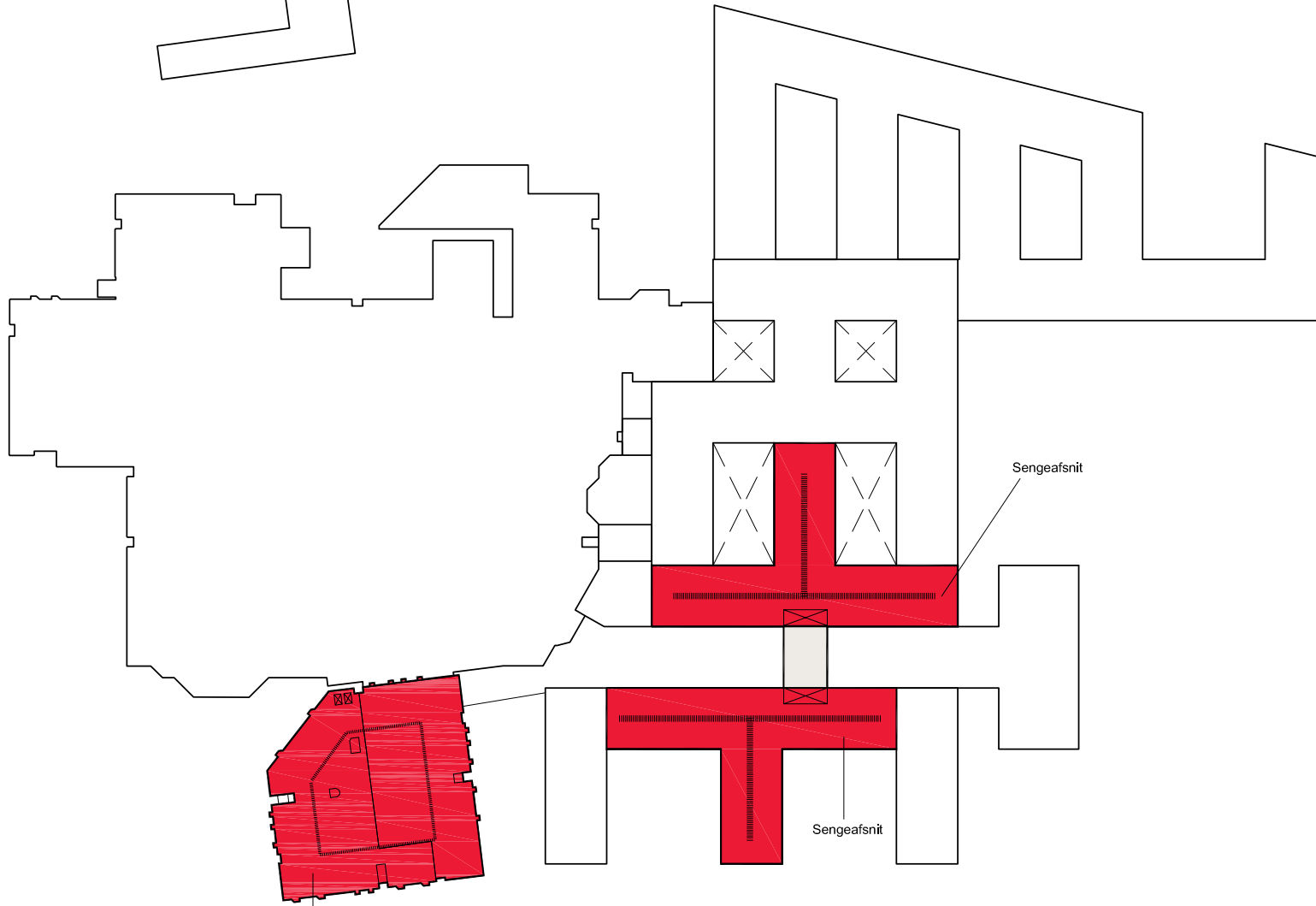


NIVEAU 03



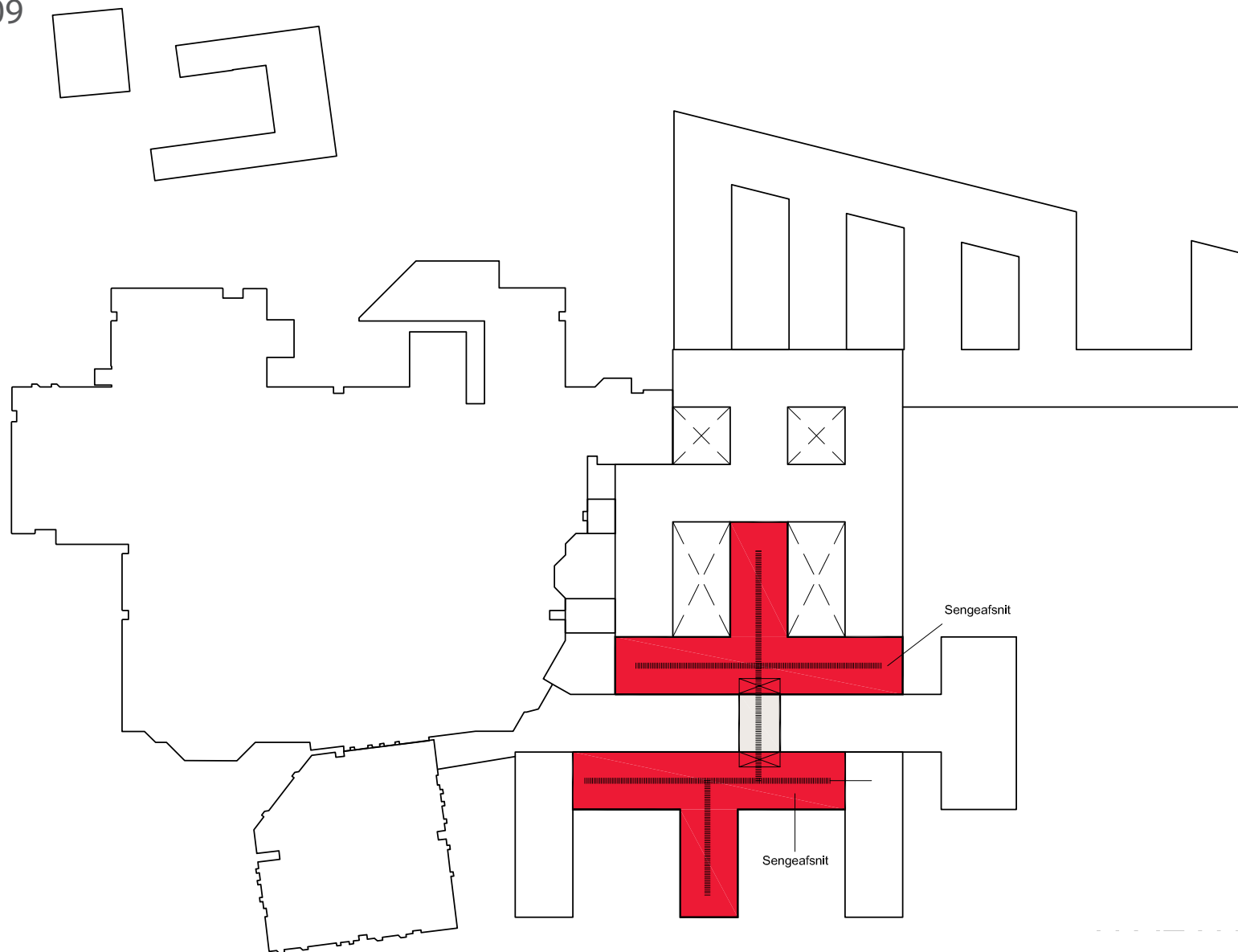
Bygning 46
patienthotel

NIVEAU 04



Bygning 46
patienthotel

NIVEAU 05-09



3.03 Fremtidig logistik

Extern trafik.

Udbygningen af Slagelse Sygehus som, følge af dets status som et af regionens akutsygehuse, medfører væsentlige ændringer af sygehusaktiviteterne. Der kan bl.a. forventes en stor vækst i de ambulante aktiviteter på over en fordobling, hvilket svarer til en daglig stigning på ca. 200 ambulante behandlinger. I tillæg hertil kommer en øget bemanning. Således vurderes nettoeffekten af bygningsudvidelsen at medføre en øget trafikbelastning på det omkringliggende vejnet.

Det forventes, at hovedparten af mertrafikken vil afvikles uden for spidstimeperioderne (ambulante patienter), og stigningen vil således ikke give anledning til trafikale problemer.

Området er i dag kendetegnet af en vældig god kobling til det omkringliggende vejnet, herunder en central placering i forhold til Vestmotorvejen. Dette medfører en hensigtsmæssig trafikafvikling, både lokalt og regionalt. Det forventes, at adgangsvejene opretholdes.

Væksten i den ambulante aktivitet vil medføre et øget behov for parkering. Med udbygningen af sygehuset nedlægges et større parkeringsareal. Det anbefales, at omfanget af parkering ift. udbygningsskitserne øges med ca. 150 pladser. Dette svarer til det nedlagte areal til besøgsarkering på ca. 100 p-pladser plus ekstra 50 p-pladser for at imødekomme presset fra den stigende aktivitet samt personaletilvækst. Det store P-areal ved nuværende hovedindgang bibeholdes og vil først og fremmest være til brug for ambulante patienter og brugere af patienthotellet.

Intern.

Via den nye hovedindgang/gennemgående "gade" fordeles patienter til de ambulante funktioner i ankomstniveau.

Ligeledes kan personale fordele sig til de respektive afsnit, herunder omklædningsafsnit i underetagen, via hoved"gaden".

Via elevatorkærner kan besøgende komme direkte fra hovedindgangen op i sengeafsnittene.

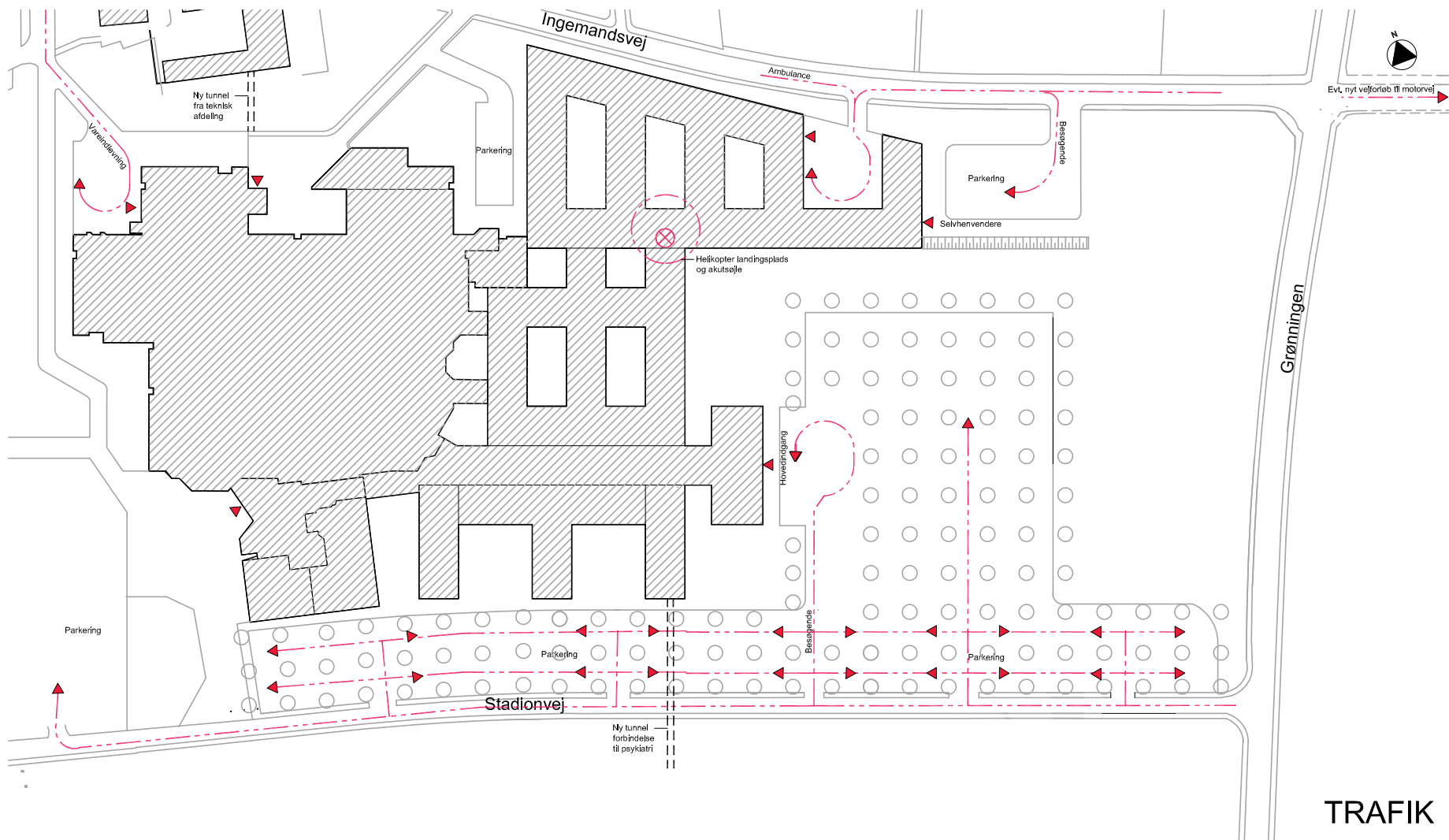
Via gamle hovedindgang gives adgang til patienthotel og dagkirurgisk område.

Fra underetagens depoter og lagre fører gange og kælder direkte til de nye afsnit.

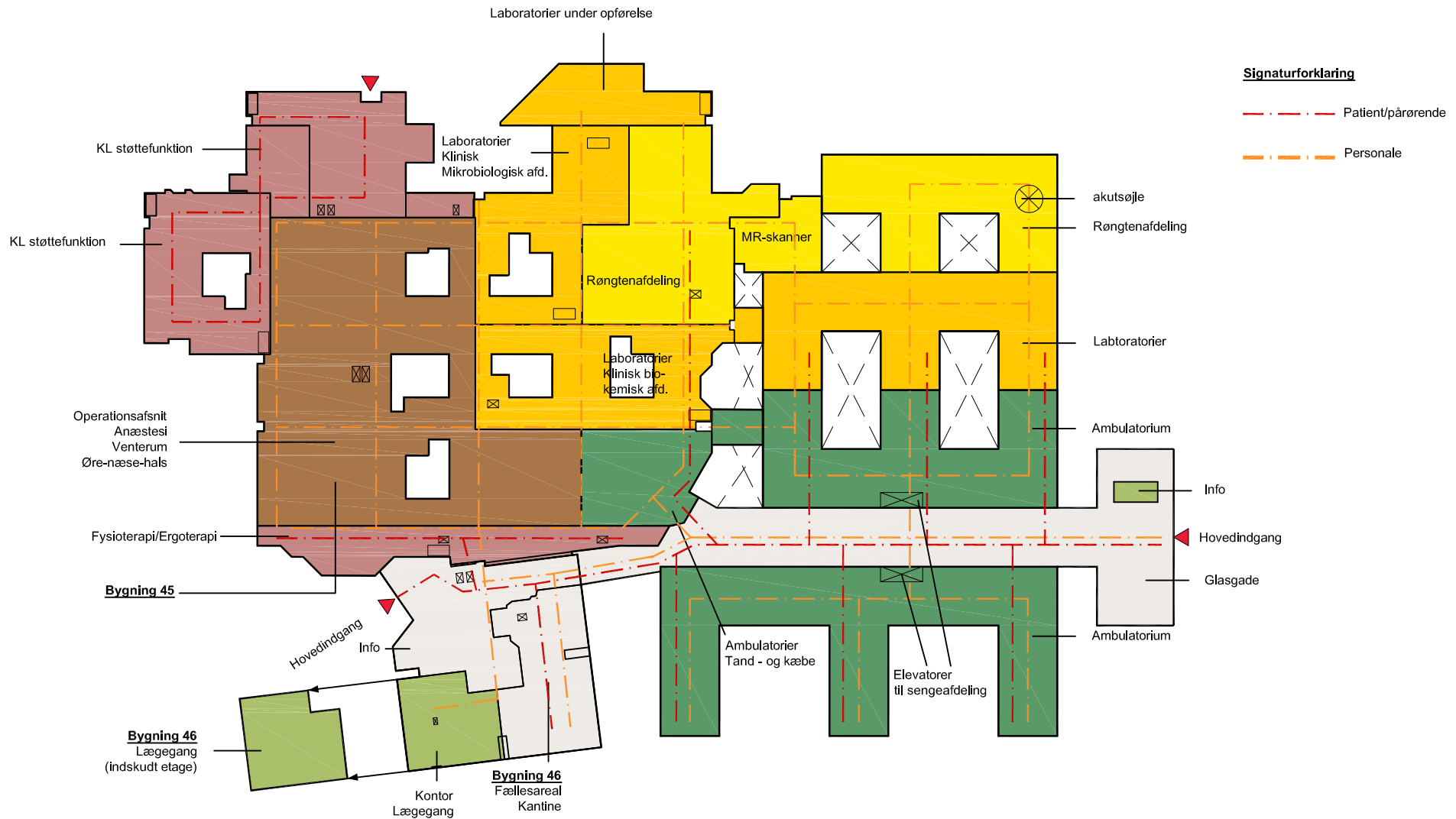
Ny tunneladgang til teknisk afdeling etableres.

Ligeledes kan ny tunnelforbindelse fra kælderniveau føres under Stadionvej og til ny psykiatrisk bygning.

Herved skabes direkte adgang til f.eks. centralkøkkenet.



TRAFIK



3.04 Etapeudbygning

Etapeudbygning

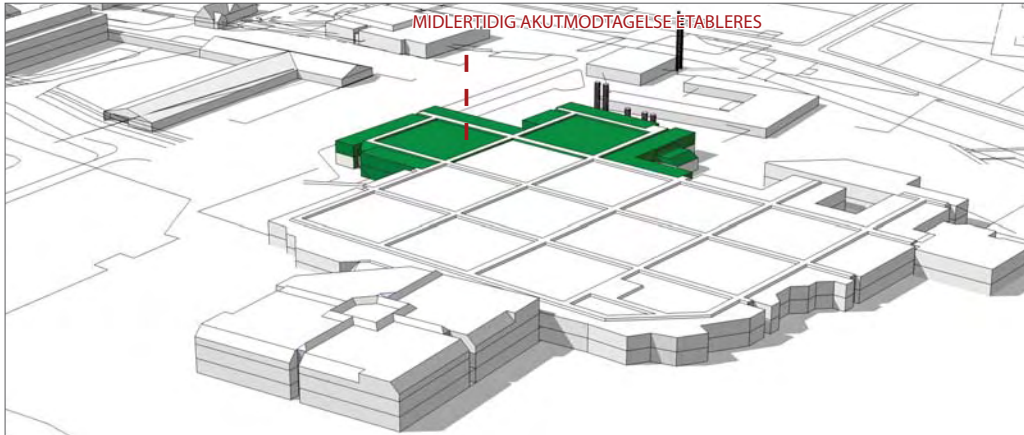
Den samlede udbygning foreslås overordnet udført i følgende tempi/etaper:

- Etablering af midlertidig akutenhed, hvor nuværende skadestue befinde sig.
Nuværende fødeafsnit nyindrettes til AMA-senge.
- Nybyggeriet udføres i sin fulde udstrækning, inkl. ny akutenhed.
- Eksisterende sengeafsnit, ambulatorier og laboratorieafsnit flytter til nye bygninger.
Sengeafsnit fra bygning 46 flytter til nye afsnit.
Midlertidig akutenhed flytter til de nye omgivelser.
- Ombygninger foretages i eksisterende bygn. 45 og 46.
Bla. ombygges nuværende OP-afsnit til brug for dagkirurgi.
Nuværende sengeafsnit og intensiv i bygn 46 ombygges til patienthotel.
- i takt med at nybyggeriet færdiggøres, etableres nye udearealer og parkeringspladser

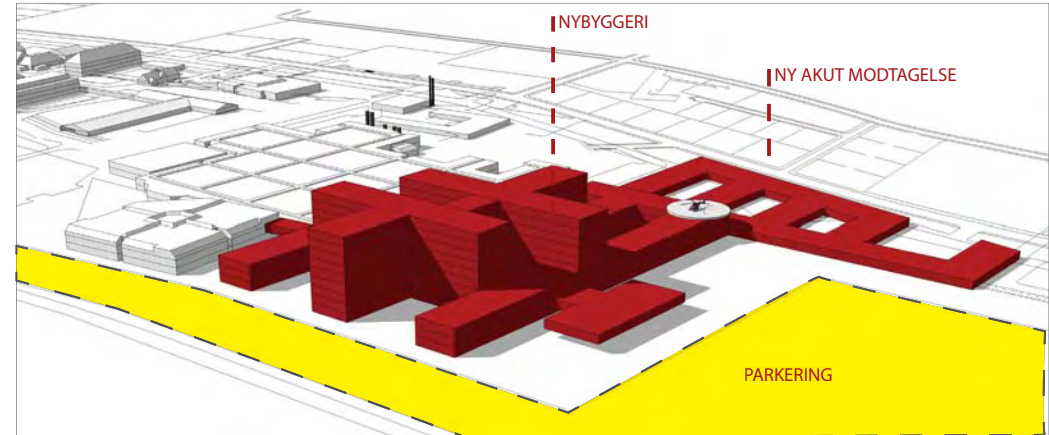
Fordeling på etaper



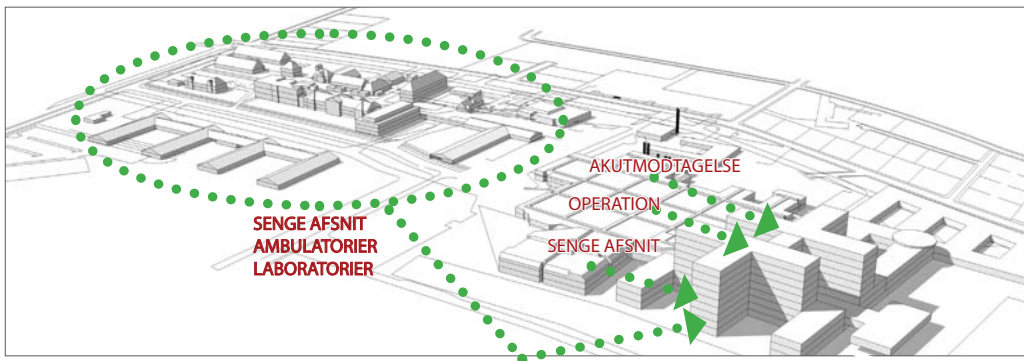
ETAPE 1



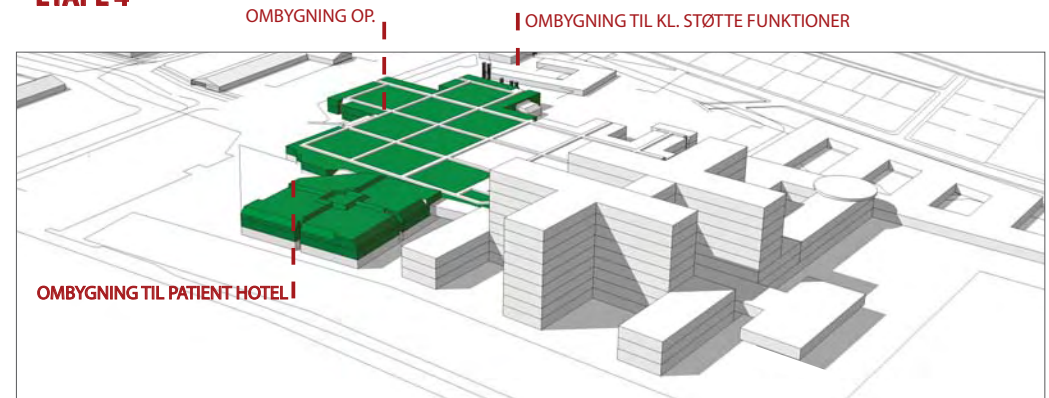
ETAPE 2



ETAPE 3



ETAPE 4



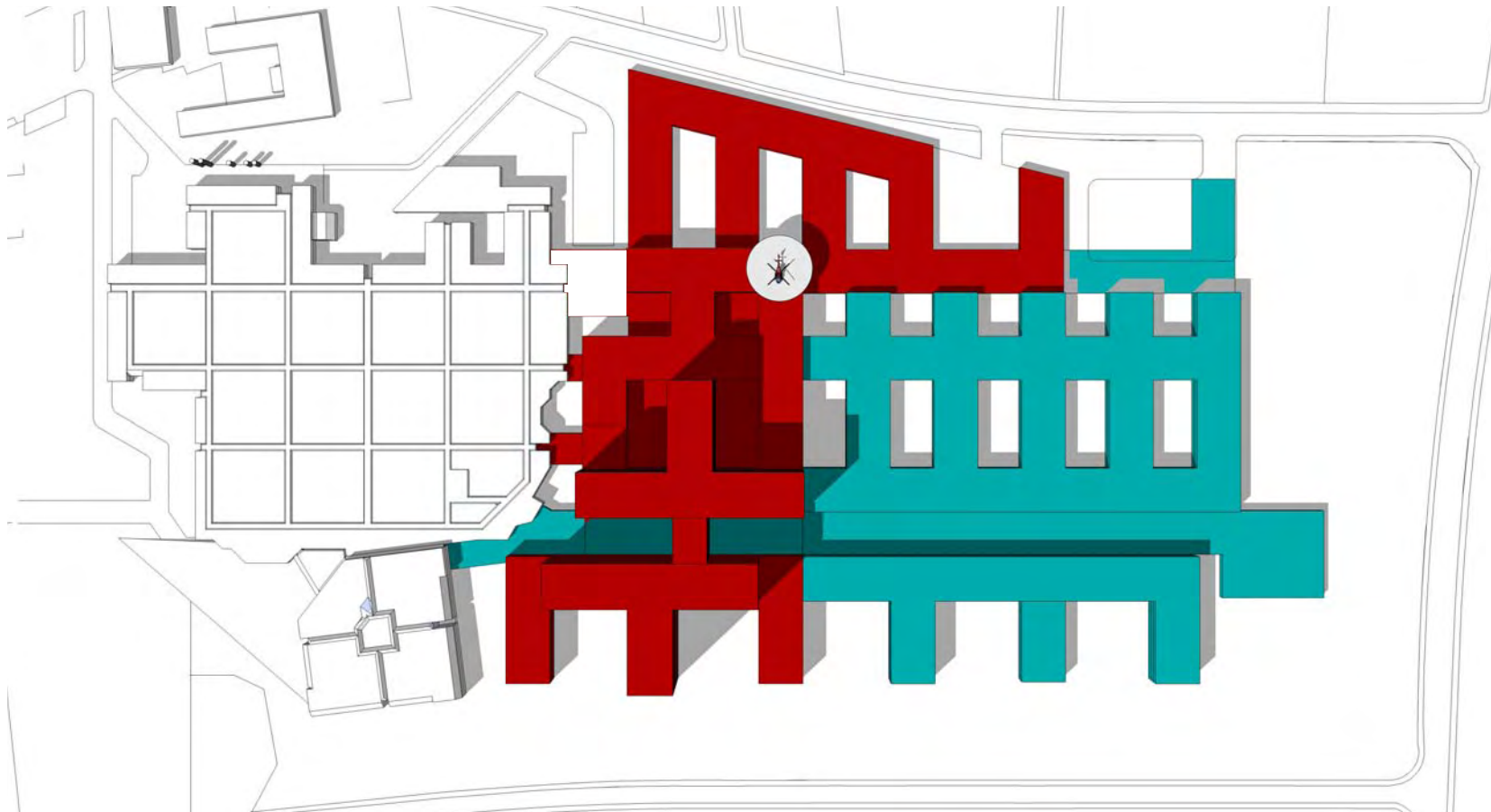


Udvidelsesmuligheder

Fremtidige udvidelser af bygningsmassen tænkes først og fremmest at kunne foregå mod øst.

Hoved"gaden" forlænges mod øst og nye funktioner kan naturligt placeres på begge sider i forlængelse af eksisterende byggeri – efter samme principper, med ambulante funktioner i ankomst-niveau, et "bagland" af tilknyttede funktioner så som røntgen og laboratorier.

På niveauet over placeres behandlingsafsnit og endelig kan yderligere sengeafsnit placeres øverst i senge"tårne", med direkte adgang fra hoved"gaden".



4. TIDSFØLGEPLAN

Slagelse Sygehus, udbygning

19. dec. 2008

| År: | 2009 | 2009 | 2010 | 2010 | 2011 | 2011 | 2012 | 2012 | 2013 | 2013 | 2014 | 2014 | 2015 | 2015 | 2016 | 2016 | 2017 | 2017 | 2018 | 2018 |
|---|---|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | H1. | H2. | H1. | H2. | H1. | H2. | H1. | H2. | H1. | H2. | H1. | H2. | H1. | H2. | H1. | H2. | H1. | H2. | H1. | H2. |
| Samlet Planlægning, program. & projektering samlet, udførelse | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Planlægn., program, projektering, fase 1 Udførelse, fase 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Planlægn., program, projektering, fase 2 Udførelse, fase 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Planlægn., program, projektering, fase 3 Udførelse, fase 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Planlægn., program, projektering, fase 4 Udførelse, fase 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Planlægn., program, projektering, fase 5 Udførelse, fase 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Noter: | <p>Fase 1 Etablering midl. Fælles akutmodtagelse, ombygn. gl. fødeafd. & nybygning/pavillion</p> <p>Fase 2 Etablering af nyt OP-afsnit, , røntgen, laboratorier, ambulatorier, sengestuer mv., ca. 90.000 m2</p> <p>Fase 3 Ombygning af eksist. OP-afsnit mv.</p> <p>Fase 4 Ombygning af eksist. sengebygning til patienthotel</p> <p>Fase 5 Terræn & parkering ~ ca. 18.000 m2 --> bemærkning: vil forløbe i faser tilpasset færdiggørelse af byggeriet</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

5. ANLÆGSØKONOMI

Det økonomiske overslag for henholdsvis nybyggeri og ombyggeri baseres på gennemsnitspriser pr kvm.

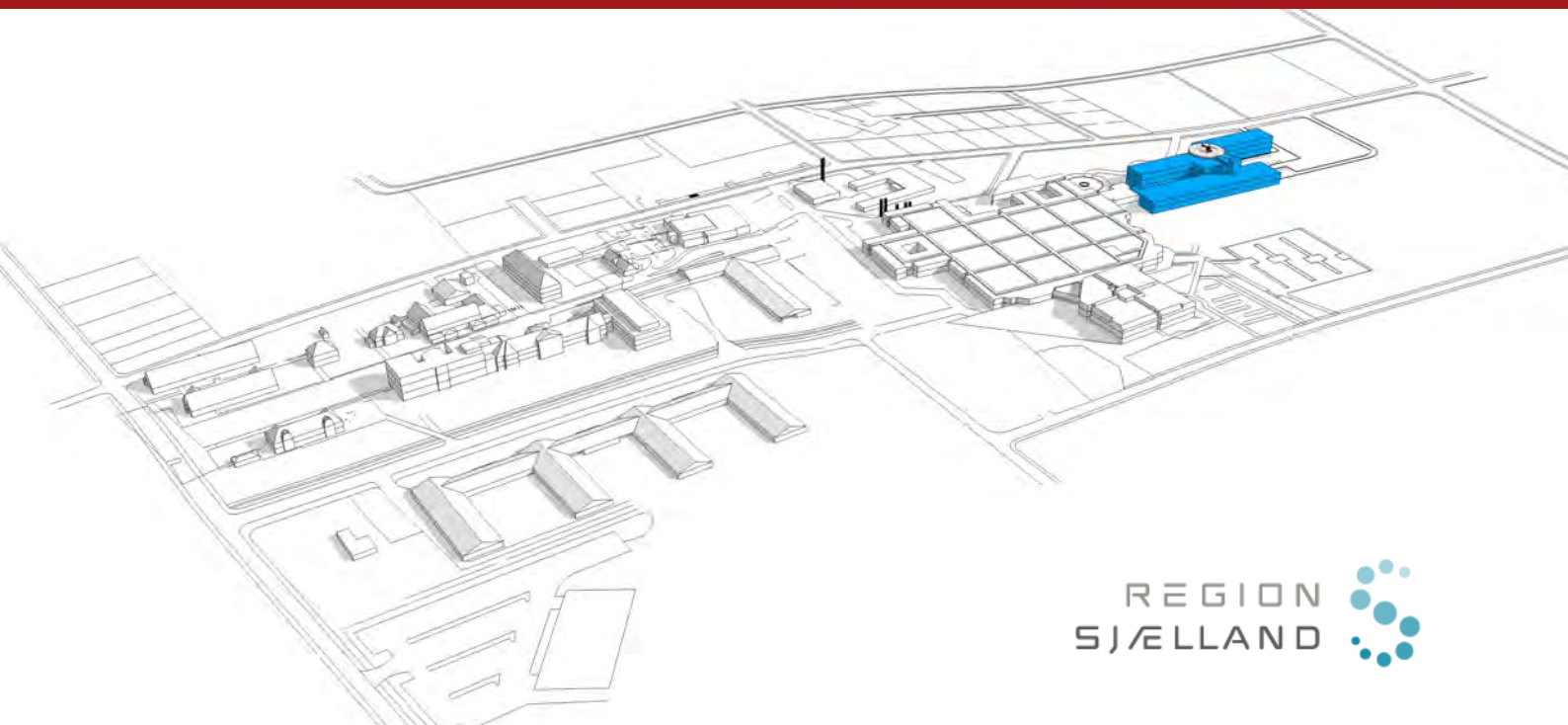
Beløbene er inkl. fast inventar, teknisk udstyr, apparatur og løst inventar. Beløbet er endvidere eksl. moms.

| <u>Udbygningsplan</u> | <u>Enhed M²</u> | <u>kr. excl. moms</u> |
|--|-----------------|-----------------------|
| Terrænarbejder: | 18000 | 21.600.000 |
| Ombygning: KL støttefunktioner, OP dagafsnit, patienthotel. | 12700 | 245.800.000 |
| Nybygning: Ambulatorier, OP afsnit, akutmodtagelse, røngten, lab., sengeafsnit, kontorer/servicefunktioner. | 99300 | 2.657.000.000 |
| Pris i alt excl. moms | | 2.924.400.000 |

ANSØGNING OM ENDELIGT TILSAGN TIL PROJEKT:

Ny Fælles Akutafdeling ved Slagelse Sygehus

Bilag 2. Projektoplysninger



Projektoplysninger (Bilag 2)

Tabel A. Grund og byggeri for Akutafdelingen, Slagelse Sygehus

| | Areal (m ²), brutto |
|---|---------------------------------|
| Grundareal totalt for sygehuset - bebyggelsesgrad | 183.355 / 35 |
| Bebygget areal | |
| Bruttoetageareal | 65.123 |
| Heraf kælderareal | 19.400 |
| Parkeringsarealer (uden for bygning) *) | |
| Friarealer for evt. kommende udbygning *) | |

*) Dimensioneres i detailprojektet indenfor anlægsrammen

Tabel B. Arealstandarder

| | Arealstandard (m ² , <u>netto</u>) | Forventet pris pr. m ² | Kommentar (evt) |
|---|--|-----------------------------------|--|
| Sengeafsnit (pr. sengeplads). Det bedes angivet, hvor stor en andel wc/bad udgør heraf. | AMA-senge: Ved 1-sengsstuer: 35 m ² netto : | 27.000 kr | Der planlægges kun med 1-sengestuer . Arealfordelingen er som følger: 1-sengsstue: 18 m ² WC/bad: 7 m ² |
| Intensiv (pr. sengeplads) | 50 m ² netto | 27.000 kr | Der planlægges kun med 1-sengestuer . Arealfordelingen er som følger: 1-sengsstue: 24 -30 m ² WC/bad: 7 m ² |
| Hjerteovervågning | 35 m ² netto | 27.000 kr | Der planlægges kun med 1-sengestuer . Arealfordelingen er som følger: 1-sengsstue: 17 -24 m ² WC/bad: 7 m ² |
| Billeddiagnostik | 90 m ² netto | | |
| Traumerum | 120 m ² netto | | |
| Undersøgelsesrum | Standardrum: 30 m ² netto | 27.000 kr | |

| | | | |
|----------------------------|---|--|---|
| | Specialrum: 50 m ² netto | | |
| Kontorer (pr fast plads) | 10 m ² netto for klinik 7 m ² netto for PC-arbudsplads | | Inkl. WC, kopirum, printerrum m.m. |
| Møderumsplads | 2 m ² netto pr. mødeplads | | |
| Omlædningsplads | 1 m ² netto pr. omlædningsplads | | |
| Anvendt brutto/nettofaktor | Somatik: 2,0 | | Somatik: 2,0 er generelt anvendt, dvs. inkl. tværgående trafikarealer, tekniske funktioner og konstruktionsarealer |

Tabel C. Arealforbrug

| | Senge- stuer (incl. tilknyttet bad/toilet) *) | Behand- lingsareal | Kontor | Fælles- arealer ** | Labora- torier o.lign. | Øvrige service- funktioner (køkken steril- central, central- depot mv.) | Ambu- lance- tjeneste | I alt |
|------------------|---|-----------------------|--------|-----------------------|------------------------------|--|-----------------------------|--------|
| Areal, netto | 2.267 | 794 | 440 | 838 | 240 | 716 | 150 | 5.445 |
| Areal, brutto | 4.534 | 1.588 | 880 | 1.676 | 480 | 1.432 | 300 | 10.890 |

*) Inkl. intensivsenge

***) Patientservice, personaleservice, ledelse/administration, undervisning, forskning

Tabel D: Behandlingskapacitet m.v.

| | 2007 | 2020 |
|--|-------|--------|
| Antal senge | | |
| - AMA-senge | 0 | 50 |
| - Hjerterovervågningssenge | 12 | 20 |
| - Intensivsenge | 9 | 15 |
| Antal sengedage | | |
| - AMA-senge v/70 % belægning | 0 | 12.775 |
| - Hjerterovervågningssenge v/70 % belægning | 3.100 | 5.110 |
| - Intensivsenge v/70 % belægning | 2.300 | 3.830 |

Projektøkonomi

Tabel E: projektøkonomi *)

| Mio.kr. (excl.moms) | Nybyggeri | Ombygning |
|--|--------------------|-----------|
| Grundkøb | 0 | |
| Projekteringsudgifter (ekstern rådgivning) | | |
| Byggemodning/infrastruktur | | |
| Parkeringsarealer og veje **) | | |
| Håndværkerudgifter/entreprise | | |
| Byggestyring | | |
| IT | | |
| Medico-teknisk udstyr/apparatur | Ca. 75.000.000 | |
| Andet | | |
| I alt, konkret byggeri | 299.998.000 | |
| Evt. følgeinvesteringer, bl.a. genhusning | | |
| I alt | | |

*) Der henvises til specifikationen i bilag 8

***) Det samlede nybyggede bruttoetageareal er beregnet til 10.890 m² (se tabel C). I bruttoetagearealet er ikke medtaget parkeringspladser i byggeriet.

Investeringsprofil for etablering af ny Slagelse Akutafdeling.

| Fordeling anlægsinvestering over år. | | | | | | |
|---|--------|----------|----------|----------|----------|----------|
| År | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | I alt |
| Kr. | 2 mio. | 9,1 mio. | 165 mio. | 123 mio. | 0,9 mio. | 300 mio. |

Effektiviseringer mv.

Tabel F: Effektiviseringer og udnyttelsesgrader mv.

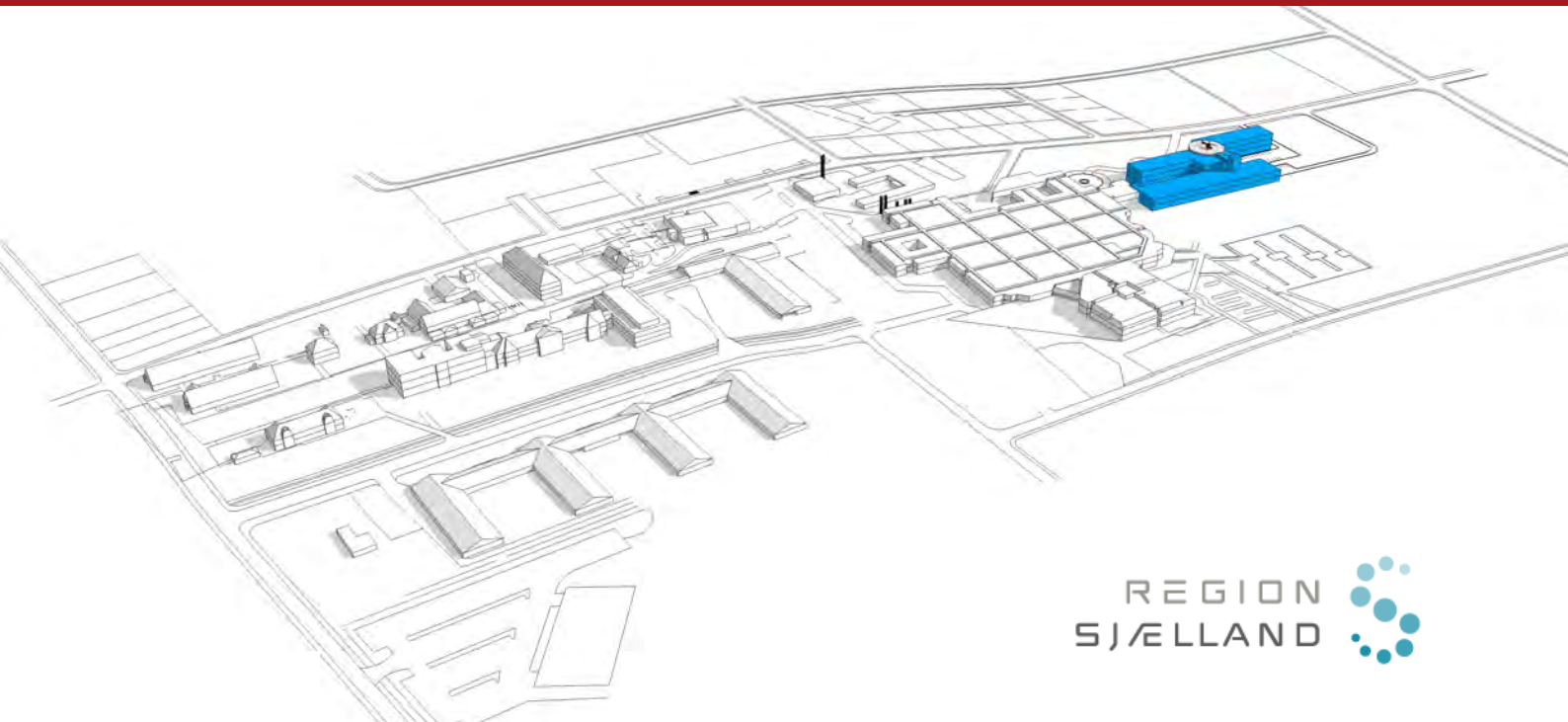
| | Mio.kr., helårsniveau | % ift investering | % ift sygehusets driftsbudget |
|--|--------------------------|----------------------|-------------------------------------|
| Effektiviseringsgevinst ved fuld implementering | | *) | *) |
| | | | |
| | | I dag | I ny akutafdeling |
| Udnyttelsesgrader, rum og apparatur | | 365/7/24 | 365/7/24 |
| Belægningsprocenter i akutte modtagesenge, hjerteovervågning og intensiv | | 85% | 70% |
| Åbningstid | | Kl. 0-24 | Kl. 0-24 |
| | | | |
| | | | |

*) Etablering af den akutte modtageafdeling udgør en partiel løsning af den samlede udbygning af Slagelse sygehus – og vil medføre en højere kvalitet i patientbehandlingen. Regionen ønsker derimod ikke at angive en bestemt kapitalisering af effektiviseringsgevinsten, da det vil være for skønspræget på nuværende tidspunkt.

ANSØGNING OM ENDELIGT TILSAGN TIL PROJEKT:

Ny Fælles Akutafdeling ved Slagelse Sygehus

Bilag 3. Præhospitale indsats



REGION
SJÆLLAND



Bilag A

Analyse af de præhospitale akuttilbud i Region Sjælland.

Der nedsættes et udvalg, som får til opgave nærmere at vurdere og kortlægge behovet for kapacitet og organisering af det præhospitale akutberedskab i Region Sjælland.

Behovet for denne analyse er femfoldig:

For det første er de enkelte elementer inden for akutområdet (lægevagt, skadeklinikker, skadestuer, ambulancer, akutbiler med paramediciner, akutbiler med sygeplejersker, lægebiler, AMK med/uden sundhedsfagligt personale og de fælles akutmodtagelser) etableret, udviklet og optimeret enkeltvis, hvorfor der kan være behov for et serviceeftersyn i henseende til en samlet optimal løsning, som indebærer et optimalt samspil mellem de enkelte elementer i det præhospitale akutområde.

For det andet forventes den fremtidige sygehusstruktur med øget specialisering generelt at medføre færre steder, hvor den specialiserede behandling udføres og dermed længere afstand for befolkningen. Det er derfor vigtigt at fastholde befolkningens tryghed i takt med den nye udvikling inden for sygehusvæsenet, særligt i de områder hvor der vil blive længere afstande til et sygehus. Et centralt mål er, at der i alle egne af Region Sjælland er tryghed for, at befolkningen hurtigt kan komme til den relevante behandling. Den præhospitale indsats skal derfor tilbyde hurtig og effektiv transportmulighed og tidlig livreddende indsats.

For det tredje har Regeringen i forbindelse af udlodningen af midler fra Kvalitetspuljen som en udtrykkelig forudsætning for tilsagn til nye sygehusinvesteringer fastlagt, at ”der udarbejdes klare, detaljerede og realistiske planer for, hvordan den præhospitale indsats kan udvikles i takt med samling af sygehusets opgaver”.

For det fjerde er en fornyet plan en forudsætning for, at Region Sjælland kan få del i den pulje på 250 mio. kr., der er afsat i Kvalitetsfonden til facilitering af løsninger i udkantsområder med store afstande. Fokus for støtten er fastlagt til at være facilitering af løsninger på det præhospitale område i udkantsområder med store afstande, herunder organisering af nære tilbud i form af f.eks. skadeklinik/lægehus i eksisterende lokaler.

Endelig skal bemærkes, at Regeringen den 12. august 2009 nedsatte et præhospitalt akutudvalg, der får til opgave at beskrive den nuværende præhospitale indsats i regionerne, samt vurdere mulige løsninger på de præhospitale problemer i udkantsområder, herunder opstille principper for hvordan f.eks. lægevagtordning, skadeklinikker i almen praksis eller sygehus kan inddrages. Herudover forudsætter Regeringen, at der opstilles forslag til organisering af en helikoptertjeneste, hvortil der er afsat 100 mio. kr. og endelig lægger Regeringen ind som forudsætning, at den præhospitale hjælp under normale omstændigheder skal være fremme inden for 15 minutter efter opkald til 112.

På den baggrund nedsættes der et udvalg, der skal

1. beskrive den nuværende præhospitale indsats i Region Sjælland, herunder samspillet mellem de enkelte elementer på akutområdet
2. opstille løsningsmodeller for det præhospitale område i udkantsområder med store afstande samt i byområder med korte afstande, herunder hvilke modeller der giver den

størst mulige nytte og tryghed for borgerne

3. på baggrund af regeringsarbejdet vurdere hvorledes en helikopterordning bedst kan tilgodes Region Sjællands forhold
4. på baggrund af regeringens forudsætning om at hjælp under normale omstændigheder skal være fremme inden for 15 minutter efter opkald til 112, vurdere konsekvenserne for Region Sjælland og hvilke ændringer dette i givet fald vil medføre
5. der ønskes opstillet scenarier for den fremtidige udvikling i den præhospitale akutindsats under de forskellige forudsætninger om responstid, helikoptertjeneste mv.
6. der ønskes en vurdering af de økonomiske konsekvenser af de opstillede scenarier, herunder en angivelse af omprioriteringerne i forhold den nuværende indsats.

Udvalget sammensættes af repræsentanter for direktionen (formand), akutmodtagelserne, ambulance-entreprenørerne, Præhospitalt Center, de praktiserende læger samt sygehusledelserne og det involverede personale.

Udvalget afgiver sin endelige rapport, når der er tilstrækkelig klarhed om den konkrete fremtid i sygehusstrukturen. Udvalget kan dog afgive delrapporter, idet omfang udvalget vurderer, at der er behov herfor.

Rapporten vurderes af parterne inden den drøftes i det relevante politiske forum og behandles i Forretningsudvalget.

Notat om den præhospitale indsats



Indholdsfortegnelse

| | |
|--|-----------|
| RESUME: | 3 |
| 1. INDLEDNING | 4 |
| 2. FORUDSÆTNINGER FOR PLANLÆGNING AF DEN PRÆHOSPITALE INDSATS I REGION SJÆLLAND | 5 |
| 2.1 REGION SJÆLLANDS GEOGRAFI OG DEMOGRAFI | 5 |
| 2.2 VURDERING AF RISICI OG SÅRBARHED | 6 |
| 3. ORGANISERING AF DET PRÆHOSPITALE OMRÅDE | 7 |
| 4. DEN AKUTTE PATIENT | 9 |
| 4.1 MÅLSÆTNING FOR AKUT HJÆLP | 9 |
| 4.2 MULIGHEDERNE FOR AKUT HJÆLP HOS LÆGE OG PÅ SYGEHUS | 10 |
| 4.3 MULIGHEDERNE FOR AKUT HJÆLP VIA 112 | 11 |
| 4.4 DE PRÆHOSPITALE RESSOURCER | 12 |
| 5. MEDICINSK KOORDINATION, DISPONERING OG VISITATION | 13 |
| 5.1 AKUT MEDICINSK KOORDINATION – AMK..... | 14 |
| 6. PLACERING AF DE PRÆHOSPITALE RESSOURCER | 15 |
| 7. KVALITET, UDVIKLING OG FORSKNING | 20 |
| 7.1 FORSKNING | 20 |
| 7.2 KVALITET OG UDVIKLING..... | 20 |

Resume:

Det præhospitale område udgør en væsentlig del af regionernes sundhedstilbud til borgerne. Akut hjælp til syge og tilskadekomne og transport af patienterne til sygehuset foregår inden for feltet 'det præhospitale område', og området er derfor en vital del af den regionale planlægning af sundhedsområdet.

I henhold til bekendtgørelse 977 om planlægning af sundhedsberedskabet og det præhospitale område skal Regionsrådet i hver valgperiode godkende en plan for sundhedsberedskabet og den præhospitale indsats. En sådan plan vil blive fremlagt til efteråret efter forudgående høring i kommunerne.

Der har over længere tid i forbindelse med udbud af ambulancekørsel, specialeplanlægning i sygehusvæsenet, nyt sygehusbyggeri og den aktuelle opbygning af de nye akutafdelinger været fokus på en nødvendig styrkelse af det præhospitale område.

For at sikre den rette fremdrift i udbygningen af området, hvilket bl.a. omfatter udbud af akut- og lægebiler, er det administrationens vurdering, at der på nuværende tidspunkt er behov for en politisk godkendelse af en række tiltag.

Notat om den præhospitale indsats for Region Sjælland 2009 beskriver Region Sjællands administrative og driftsrettede organisering af det præhospitale område og den nødvendige udbygning heraf, og er således 'rammen' for den mere detaljerede planlægning af alarmering, visitation, disponering og sundhedsfaglige indsats.

Notatet indeholder forslag til styrkelse af det præhospitale område. Disse anses for væsentlige i forhold til en fremtidig effektiv og sundhedsfaglig optimal drift af området. Forslagene er således:

- Styrkelse af den regionale Akut Medicinske Koordination AMK i Slagelse
- Omplacering af regionens akut- og lægebiler
- Etablering af to yderligere akutbiler i regionen

Forslagene har tidligere været drøftet i Ad hoc udvalget vedr. organisering af den fremtidige patientbefordring og i Forum for Sygehusplanlægning, og vil blive fremlagt med beskrivelse af de økonomiske konsekvenser i forbindelse med Budget 2010.

1. Indledning

Det *præhospitale område* omfatter den sundhedsfaglige indsats der gives til borgerne i tilfælde af tilskadekomst eller akut opstået sygdom, fra hændelse sker til definitiv behandling, som oftest på sygehuset, kan iværksættes. Dette indebærer såvel alarmering og patienttransport som akut behandling til syge og tilskadekomne, og har til formål at redde liv og førlighed, forbedre helbredsudsigter, mindske smerter og andre symptomer, yde omsorg og skabe tryghed.

Den præhospitale indsats dækker ikke kun planlægning og udførelse af dagligdags situationer, men skal også kunne håndtere større ulykker, katastrofer og om nødvendigt beredskabet i forbindelse med krigshandlinger.

Ifølge Sundhedslovens §§ 169 og 210 har Regionsrådet ansvaret for planlægning af det præhospitale område, herunder ansvaret for at planlægge og gennemføre foranstaltninger der sikrer syge og tilskadekomne nødvendig hjælp ved ulykker og katastrofer.

Det præhospitale område er herudover underlagt en lang række mere specifikke myndighedskrav herunder eksempelvis:

- Beredskabsloven inkl. insatstaktiske retningslinjer
- Bek. 977 om planlægning af sundhedsberedskabet og den præhospitale indsats samt uddannelse af ambulancepersonale mv.
- Den nationale sårbarhedsvurdering
- Koppeplan
- Justitsministeriets vejledning vedr. musikfestivaler

Hertil kommer Sundhedsstyrelsens vurdering af den akut medicinske indsats, håndbog vedr. sundhedsberedskabets planlægning og Sundhedsstyrelsens generelle grundlag for specialeplanlægning.

Bekendtgørelse 977 fra 2006 indebærer at regionerne udarbejder en samlet plan for sundhedsberedskabet og den præhospitale indsats, idet Regionsrådet er endeligt ansvarlig herfor.

Målsætningen for den præhospitale indsats er, at den sker hurtigt, effektivt og professionelt med høj sundhedsfaglig kvalitet og at den kan ydes til alle borgere i regionen. Det præhospitale beredskab er et dagligt beredskab, som i princippet fungerer på samme måde uanset mængden af opgaver.

Regionerne er også forpligtet til at have et *sundhedsberedskab* med en plan for sundhedsvæsenets udvidelse og omstilling af pleje- og behandlingskapacitet i tilfælde af store ulykker, epidemier og katastrofer.

Det foreliggende notat om den præhospitale indsats beskriver den aktuelle organisering af det præhospitale område samt en styrkelse heraf.

Notatet indeholder definitioner, beskrivelser og forklaringer som er vigtige i forståelsen af det præhospitale arbejde og planlægning, og baserer sig på den præhospitale leders mere detaljerede beskrivelse af området, som aktuelt behandles i Det Præhospitale Udvalg.

2. Forudsætninger for planlægning af den præhospitale indsats i Region Sjælland

Præhospitalt beredskab og præhospital indsats bestemmes i høj grad af dækningsområdets geografi, infrastruktur, befolkningssammensætning og sårbarhed. Samtidig vil det præhospitale område, som en del af den samlede regionale sundhedsindsats, være påvirket af de til enhver tid gældende sundheds- og sygehusplaner for regionen. Det præhospitale område skal således organiseres omkring en række faktorer, som kun indirekte har noget med den præhospitale opgave at gøre.

Beredskabet i et område skal bl.a. tilpasses:

- Afstanden til nærmeste sygehus, som modtager akutte patienter
- Den af Sundhedsstyrelsen godkendte specialeplan for regionen
- Muligheden for at tilbyde avanceret præhospital behandling
- Befolkningstætheden
- Infrastrukturen
- Placeringen af industri, havne, lufthavne og broer/tunneller

Den præhospitale indsats skal ses som en integreret del af det samlede sundhedstilbud til regionens borgere, og er i mange tilfælde forudsætningen for et vellykket akut patientforløb.

2.1 Region Sjællands geografi og demografi

Region Sjælland er geografisk karakteriseret ved lange afstande fra nord til syd og fra vest til øst. Regionen strækker således fra Sjællands Odde i nord til Rødby i Syd – afstanden herimellem er 220 km, og fra Kalundborg i vest til Greve i øst – afstanden på tværs af regionen er 100 km. Befolkningen er spredt over hele regionen med størst koncentration i og omkring de 15 store og mellemstore byer. Regionen har, i modsætning til de andre regioner, ikke nogen naturlig metropol.

Region Sjællands sundhedsvæsen skal som udgangspunkt betjene ca. 800.000 indbyggere, og der er internt i regionen store forskelligheder mellem områderne. Den syd- og sydøstlige og nordvestlige del af regionen er forholdsvis tyndt befolket, mens omvendt den østlige del af regionen er forholdsvis tæt befolket.



Udover den særlige geografi og demografi har Region Sjælland en række trafikale knudepunkter, som der i forhold til planlægningen af det præhospitale område, bør fokuseres på.

Gennem regionen løber togstrækninger hhv. Sydbanen og Vestbanen som begge oppebærer meget store trafikmængder. Strækningerne transporterer både passagerer og gods. Hertil kommer motorvejene til og fra København, hvor trafikmængden, specielt omkring Køge Bugt strækningen, er meget stor. Endelig har regionen trafikanlæg som Storebælt og Roskilde Lufthavn, som også skal indtænkes i regionens sundhedsberedskab.

Den præhospitale indsats er, som ovenfor nævnt, tæt forbundet med regionens sygehusplan. I takt med en stigende specialisering og samling af behandling på regionens sygehuse og sygehuse uden for regionen, vil behovet for transport af patienter – både i akutte og planlagte situationer blive større. Derfor bliver behovet og mulighederne for at starte en relevant behandling af akut syge og tilskadedkomne patienter også større, og der fokuseres derfor på at komme hurtigt frem til patienterne og igangsætte behandling, frem for transporttiden til sygehuset.

2.2 Vurdering af risici og sårbarhed

En anden faktor som indgår i planlægning af det præhospitale område er den løbende vurdering af risici, permanente som temporære, som det præhospitale område skal kunne håndtere.

Risikobetonet industri, virksomheder med eksplosionsfare eller kemikalieforekomster kan begrunde et større beredskab, og vurderes i forbindelse med planlægningen af regionens sundhedsberedskab.

I løbet af året forekommer der i regionen en række forskellige arrangementer, som kræver ekstra opmærksomhed i et præhospitalt perspektiv. Det kan dreje sig om aktiviteter, som i forbindelse med sin afvikling kan medføre større eller mindre fare for at ulykker – også større – kan forekomme. Sådanne aktiviteter kan eksempelvis være:

- Sportsarrangementer som cykelløb, motorløb, fodboldkampe eller andre sportslige aktiviteter
- Musikfestivaler
- Demonstrationer

Region Sjællands nok mest kendte arrangement er Roskilde Festivalen, hvor op mod 90.000 mennesker forsamles i en uge på et ganske lille område. Regionen har også andre musikfestivaler (Vig, Femø, Ringsted osv.), og en lang række tiltag som det årlige cykelløb 'Tøserunden'. I 2009 huser regionen og DGI Landsstævne i Holbæk. I forbindelse med sådanne arrangementer vurderes behovet for evt. ekstra beredskab eller andre tiltag, som kan være nyttige i potentielt farlige situationer.

I 2007 blev i alt 18 arrangementer risikovurderet og i 2008 var tallet steget til 22. Det forventes, at dette tal fortsat vil øges.

I 2008 udløste hhv. Roskilde Festivalen og Vig Festivalen ekstra beredskab i form af enten ambulance- eller lægebilsredskab.

3. Organisering af det præhospitale område

Det præhospitale område er organiseret i to dele med to meget forskellige opgaver.

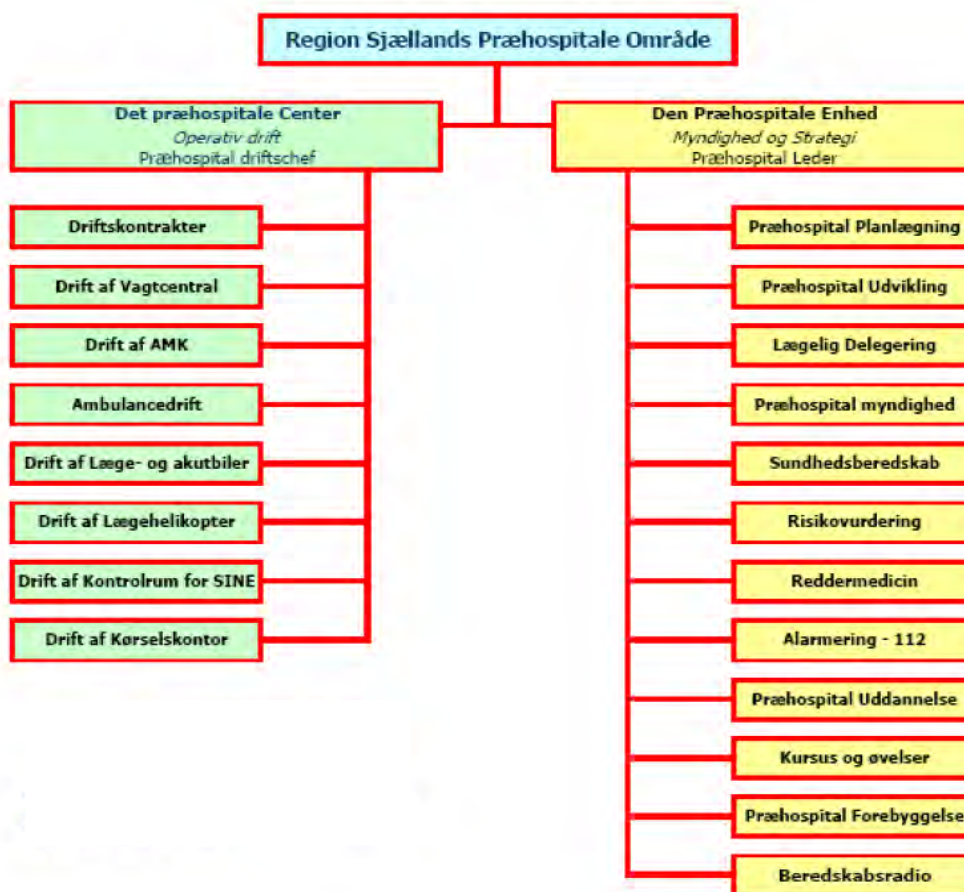
Den præhospitale enhed er en planlægningsenhed placeret centralt i regionens tværgående enhed Kvalitet og Udvikling, hvor også sygehus- og specialeplanlægning varetages. I spidsen for denne enhed er den præhospitale leder, som regionen skal udpege jf. bekendtgørelse 977 om planlægning af sundhedsberedskabet. Den præhospitale leder har bl.a. til opgave at sikre en koordineret planlægning af den præhospitale indsats, føre kontrol med uddannelse af ambulancepersonale og samarbejde med andre myndigheder.

Også planlægningen af uddannelse for ambulancepersonale (elev- og vedligeholdelsesuddannelse) planlægges i den præhospitale enhed. Opgaven indeholder bl.a. koordinering med regionens sygehuse om praktikophold.

Den præhospitale leder fastsætter de sundhedsfaglige krav til ambulancetjenesterne, og har det overordnede tilsyn med de entreprenører, som kører ambulancer i regionen, og håndterer henvendelse og klager i forhold til ambulanceområdet.

Præhospitalt Center er regionens driftsenhed på det præhospitale område. Centeret er oprettet pr. 1. januar 2009, og varetager alle opgaver omkring transport af patienter – både akut og planlagt.

Præhospitalt Center består af regionens kørselskontor, regionens lægebilenhed og vil med udgangen af 2009 drive regionens fælles vagtcentral og AMK (Akut Medicinsk Koordination). Centeret varetager samtidig opgaven omkring etablering det fælles nationale radiokommunikationssystem SINE.



Præhospitalt Center ledes af en tredelt ledelse med en driftschef, en sundhedsfaglig chef og en sekretariatschef.

Præhospitalt Center vil fra 2010 være ansvarlig for opfølgning og controlling af regionens kontrakter på kørsels- og ambulanceområdet, der i dag varetages af Kvalitet og Udvikling.

I Præhospitalt Center er også placeret regionens kørselsbestillingsfunktion, som i udgangspunktet ikke er en del af det præhospitale område. Placeringen af kørselsfunktionen er sammentænkt med placeringen af regionens kommende døgnbemandede vagtcentral, og man håber med placeringen af disse på samme lokalitet at skabe synergi og gode arbejdsmiljøforhold for personalet, som vil være på centeret hele døgnet.

Sundhedsberedskabs- og Præhospitalt Udvalg

Ifølge bek. 977 skal regionsrådet nedsætte et sundhedsberedskabs- og præhospitalt udvalg, som har til opgave at koordinere samarbejdet om sundhedsberedskabet og den samlede præhospitale indsats imellem sygehusvæsenet, ambulanceberedskabet, den primære sundhedstjeneste, de tilgrænsende regioner, kommunerne i regionen, politiet og redningsberedskabet. Region Sjællands udvalg består i øjeblikket af følgende 17 medlemmer:

- Den præhospitale leder (formand)
- Driftschef – Præhospitalt Center
- Sundhedsfaglig chef – Præhospitalt Center
- Medarbejder i den præhospitale enhed (sekretær)
- Repræsentant for primærsektoren i Region Sjælland (evt. lægevagt)
- Repræsentant for Sygehus Nord
- Repræsentant for Sygehus Syd
- Repræsentant for Psykiatrien
- Repræsentant for Falck
- Repræsentant for Roskilde Brandvæsen
- Repræsentant for de kommunale redningsberedskaber
- Repræsentant for Det Statslige Redningsberedskab – Beredskabsstyrelse Sjælland
- Repræsentant for kommunerne
- Repræsentant for Alarmcentralen (Slagelse Politi)
- Repræsentant for Midt- og Vestsjællands Politi
- Repræsentant for Sydsjællands og Lolland-Falster Politi
- Repræsentant for Embedslægen i Region Sjælland

Repræsentanterne for ambulanceentreprenørerne er selvfølgelig betinget af, hvem der på har vundet ambulancekontrakterne i regionen. Der er således også mulighed for at udvalget kan udvides, hvis flere end to entreprenører får kontrakt på ambulancekørsel.

Pga. de mange interessenter i udvalget, og dermed det store antal medlemmer, er der nedsat en række underarbejdsgrupper, som refererer til udvalget. Arbejdsgrupperne beskæftiger sig bl.a. med planlægning og udvikling af alarmcentral, lægemiddelredskab, krisestøtteplan, interhospitale transporter mv.

4. Den akutte patient

4.1 Målsætning for akut hjælp

Enhver borger kan blive ramt af sygdom eller komme til skade mere eller mindre akut. En akut tilstand kan opstå i forbindelse med ulykker/uheld, ved fødsler eller ved en akut opstået tilstand som f.eks. hjertestop eller pludselig blokering af luftvejene. I disse tilfælde kommer borgeren i kontakt med sundhedsvæsenet – først den præhospital del, og herefter starter et patientforløb bestående af en række tilrettelagte handlinger indtil det tidspunkt, hvor forløbet kan afsluttes med en udskrivelse.

En ganske stor del af alle patientforløb opstår akut, og er derfor karakteriseret ved et hurtigt forløb som indeholder alarmering, visitation, patienttransport og akut undersøgelse og behandling. For et akut patientforløb skal følgende målsætninger indfries:

- Akut behandling skal kunne leveres med samme høje kvalitet døgnet rundt – året rundt
- Borgerne skal have let adgang til en kompetent og effektiv døgndækket akutbetjening
- Det akutte beredskab skal være enstrenget
- Alle der kommer til skade eller bliver akut syge, skal kunne forvente en hurtig og kvalificeret vej til den rette hjælp

For at kunne opfylde disse mål, er det nødvendigt med en sammenhæng mellem visitation, præhospital indsats og den akutte modtagelse af patienter. Det er således nødvendigt at sygehusplan, præhospital plan og den primære sundhedstjeneste sammentænkes.

Samtidig er det vigtigt, at borgeren i en akut situation modtager den rette hjælp, og derfor bliver visiteringen af de præhospital ressourcer (ambulance, akutbil, lægebil) afgørende. Ligesom for sygehusområdet generelt, er det således også på det præhospital område vigtigt at borgeren modtager:

- Den rette hjælp
- På det rette tidspunkt
- På det rette sted

Information til borgerne omkring mulighederne for hjælp og brugen af disse muligheder, er også en del af målsætningen for akut hjælp. Hvis borgerne er bekendt med mulighederne for at få hjælp og hvor man får denne, vil dette i høj grad kunne målrette hjælpen til de rigtige.

Der er derfor igangsat et arbejde med borgerrettet information omkring førstehjælp. Førstehjælp anses for et væsentligt element i den præhospital indsats, og regionen vil aktivt kunne støtte afholdelse af førstehjælpskurser på arbejdspladser, på skoler, i foreninger osv. Der er også, i forhold til brugen af 112, brugen af vagtlæge og mulighederne for selvhenvendelse på skadestuerne, et stort informationsbehov. En øget viden hos befolkningen omkring hvornår man skal ringe til 112, vil langt hen ad vejen sikre, at ambulancer og andre præhospital ressourcer ikke sendes forgæves eller unødigt.

Som et særligt indsatsområde for Regionen skal der etableres en mulighed for udvidet førstehjælpskurser til beboerne på regionens mindre øer.

4.2 Mulighederne for akut hjælp hos læge og på sygehus

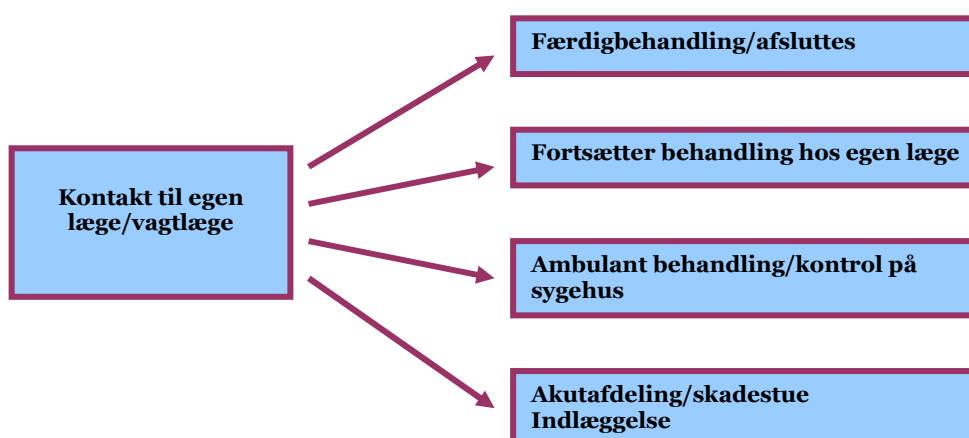
Ifølge Sundhedsstyrelsens anbefalinger skal den akutte patients indgang til sundhedsvæsenet ske via

- Den praktiserende læge i dagtid og vagtlæge uden for almindelig arbejdstid
- 112 Alarmcentralen ved akutte livstruende tilstande og ulykker

Alle borgere i Regionen har i dag mulighed for at konsultere en praktiserende læge, når de er syge. I de allerfleste tilfælde opstår behovet for lægehjælp ved mindre alvorlige tilstande, men de praktiserende læger vil også modtage mere syge patienter, som kræver akut behandling og indlæggelse.

Når den praktiserende læge lukker, træder vagtlægesystemet i kraft. Hvis man har behov for læge uden for åbningstid, kan man ringe til vagtlægen, hvor der er mulighed for telefonkonsultation, besøg hos vagtlægen eller besøg af vagtlægen i hjemmet. Region Sjællands vagtlægesystem er enstrengt og har ét telefonnummer uanset patienternes bopæl.

Både egen læge og vagtlæge kan behandle og/eller færdigbehandle patienterne. Hvis mulighederne herfor ikke er tilstrækkelige, kan patienten sendes til videre behandling på sygehuset.



Fra de praktiserende læger og fra vagtlægen kan patienter indlægges akut på regionens sygehuse, idet visitation sker i henhold til regionens sygehusplan med specialsygehus i Roskilde og Næstved, akutsygehus i Køge, Holbæk, Slagelse og Nykøbing F, og andre sygehuse i Kalundborg, Nakskov og Fakse. Henvise læge tager stilling til om patientens tilstand fordrer transport til sygehuset – og i givet fald hvilken – eller om patient eller pårørende selv kan transportere sig til sygehuset

Borgere med akut opståede skader kan indenfor 24 timer efter skadens opståen selv henvende sig på skadestuerne i Næstved, Slagelse, Holbæk, Roskilde, Køge og Nykøbing F, og skadeklinikker placeret i Stege, Fakse, Vordingborg, Nakskov, Ringsted, Kalundborg og Odsherred uden forudgående visitation. Skadeklinikkerne er om dagen og om aftenen bemandet med særligt uddannede behandler-sygeplejersker, som kan tage sig af mindre skader.

Mulighederne for akut hjælp findes let tilgængeligt på regionens hjemmeside, og kan samtidig findes på www.sundhed.dk

4.3 Mulighederne for akut hjælp via 112

I henhold til EU direktiv 2002/22/EF har Danmark, ligesom alle andre EU-lande, et alarmnummer. I Danmark er nummeret 112, og dette dække fælles alarmering til politi, brand- og redningstjeneste og ambulance (akut- og lægebil). Alle 112 opkald går til en af de otte alarmcentraler i Danmark (Aalborg, Århus, Viborg, Esbjerg, Odense, Slagelse, Hillerød og København), og betjenes af politiet med undtagelse af København, hvor Københavns Brandvæsen betjener alarmcentralen.

Region Sjælland er dækket af centralen i Slagelse. I de tilfælde, hvor alle alarmoperatører er optaget, går opkaldet straks videre til en af de andre alarmcentraler i landet. Dette sker i 8-10 % af alle opkald.

- Opkald besvares af politifolk med alarmoperatøruddannelse.
- Alarmcentralen i Slagelse modtager p.a. 140.000 opkald. Heraf er 95.000 fejl eller chikane
- Af de 45.000 reelle opkald er 85 % sundhedsfaglige kald
- De resterende 15 % er opkald til politi, brand eller redning

Alarmcentralernes opgave er at modtage 112 opkald, og efter vurdering sende opgaven videre til politiets, redningsberedskabet eller ambulancetjenestens vagtcentraler. Alarmcentral foretager således efter givne visitationsretningslinjer en vurdering af opkaldet, og videresender deres vurdering til det/de modtagere, som foretager den tekniske disponering af ressourcer. Det er de sektorielle vagtcentraler, som har overblikket over status og placering af ledige ressourcer. Sideløbende kan 112-operatøren iværksætte en række praktiske foranstaltninger med henblik på at standse ulykke (afmærkning, strømafbrydelse osv.).

112-operatøren rådgiver anmelderen om iværksættelse af førstehjælp, hvorfor det er vigtigt at operatøren har gode kommunikationskompetencer og kan rådgive med sundhedsfaglig indsigt. Den præhospitale leder i regionen er ansvarlig for, at den anvendte førstehjælpsvejledning er korrekt.

Alarmeringsfunktionen opfattes i dag som en væsentlig del af det sammenhængende patientforløb. Alle opkald kræver stillingtagen til, om borgeren skal have hjælp, hvor meget det haster og om der skal sendes en ambulance. I sammenhæng med en øget vægt på kvalificeret præhospital indsats og den stigende specialisering af de præhospitale ressourcer, er der et stigende behov for at sikre en hensigtsmæssig anvendelse af ressourcerne.

Region Sjælland arbejder i øjeblikket med at kortlægge mulighederne for igangsættelse af et pilotprojekt med alarmcentralen i Slagelse om medhør på og, senere, rådgivning ved sundhedsfaglige opkald til 112. Opgaven skal varetages af regionens AMK (se s. 14), som også skal varetage rådgivning af de regionale akut- og lægebiler. Projektet skal kortlægge mulighederne for at give en mere kvalificeret hjælp til anmelder, og samtidig en bedre disponering af de præhospitale ressourcer. Det er dog fortsat operatørerne på 112 som besvarer alle opkald.

Samtidig har en arbejdsgruppe under Sundhedsstyrelsen beskrevet de sundhedsfaglige opgaver i alarmeringsfasen. Rapporten som er sendt i høring i april 2009 anbefaler bl.a. at der indføres medicinsk elektronisk disponeringsvejledning med henblik på at sikre en korrekt opgaveløsning og dokumentation, og at der på landsplan arbejdes videre med at lade regionerne overtage den sundhedsfaglige del af alarmeringsopgaven.

4.4 De præhospitale ressourcer

Når 112 kontaktes er det ofte i forbindelse med alvorlig situation. Alarmcentralen vurderer behovet for hjælp og ambulance til skadestedet. Region Sjælland råder over fire slags præhospitale ressourcer – ambulancer, akutbiler, sygeplejerskebiler og lægebiler. Det kan dog inden for en årrække blive aktuelt, at Region Sjælland også skal have en lægehelikopter evt. i samarbejde med Region Hovedstaden.

Ambulancer

Den hjælp der primært sendes i forbindelse med akut sygdom eller tilskadekomst er ambulancer. Disse køres i dag af to entreprenører – Falck og Roskilde Brandvæsen, men dette kan ændres i forbindelse med regionens udbud af opgaven.

Der er på nuværende tidspunkt 25 ambulance-stationer i regionen med i alt 74 ambulancer. I 2007 blev der kørt ca. 70.000 ambulanceture. I takt med en øget behandlingsindsats på stedet, delvist betinget af længere afstande til akutafdelingerne, forventes tidsforbruget pr. ambulance at stige i de kommende år. Samtidig må et øget antal opgaver pga. stigende levealder og øget indbyggertal forventes. Denne tendens er bl.a. observeret i Norge, hvor antallet af ambulanceture er konstant stigende.

Det er målet, at ambulancekørslen tilrettelægges på en sådan måde, at nærmeste relevante ressource altid sendes, uanset hvilken entreprenører denne ressource tilhører. Der vil blive taget hensyn til kompetencen hos personalet, således at denne udnyttes fuldt ud. Målet hermed er:

- Hurtig fremkørsel til skadestedet
- Hurtigt overblik og første behandling på stedet
- Hurtig indbringelse til rette definitive behandlingssted
- Evt. afslutning af behandling på stedet

Målsætningerne kan understøttes af fokus på bedre sundhedsfaglig disponering samt etablering af direkte rådgivning til ambulancepersonalet via AMK. Også det nye landsdækkende digitale beredskabsradiosystem SINE, som kan sammenkoble samtaler mellem lægebil, akutbil, AMK og akutafdelingerne, giver mulighed for at understøtte ambulancernes personale.

En ambulance er udstyret med opsamlings- og bæreudstyr til sikker håndtering og transport af en syg eller tilskadekommet patient. Hertil kommer avanceret førstehjælpsudstyr og en mindre beholdning af medicin til brug for ambulancebehandlerne. Ambulancerne er således udstyret så der kan ydes syge, tilskadekomne og fødende en skånsom optagning, overvågning og behandling, samt skånsom transport til sygehuset. Ambulancerne kan via radio og telefon kommunikere med alarmcentralen, vagtcentralen, øvrige indsatsenheder og de aktuelle akutafdelinger på sygehusene.

Alle ambulancer er pr. 1. januar 2009 som minimum bemandet med en ambulanceassistent og en ambulancebehandler. Assistenten har ingen delegerede medicinske kompetencer. Det har behandlere i et vist omfang som gør det muligt at løse visse sundhedsfaglige opgaver.

Akutbiler

En akutbil er et specielt indrettet køretøj, som er udstyret med avanceret førstehjælpsudstyr til behandling, en begrænset mængde medicin samt avanceret kommunikationsudstyr. En akutbil kan ikke transportere patienter.

Akutbilen vil fremtidigt været bemandet med en paramediciner, som på lægelig delegering fra den præhospitale leder har fået tildelt definerede kompetencer til at vurdere og indlede behandling af akutte tilstande. Der er i øjeblikket ikke uddannet nok paramedicinere til at dække alle regionens akutbiler, der i stedet for er bemandet med ambulancebehandlere med en særlig ekstra

uddannelse. Paramedicineren kan selvstændigt udføre visse livreddende procedurer, eksempelvis i forbindelse med hjertestop eller svær tilskadekomst

Akutbilen skal disponeres sundhedsfagligt til særligt hastende opgaver eller til opgaver, hvor der er behov for paramedicinerens særlige kompetencer. Akutbilen er et supplement til ambulancen, men vil ofte kunne være fremme før denne.

Befolkningstætheden har betydning for nytteværdien af akutbiler, men herudover vil også tilgængeligheden til det totale præhospitale beredskab i tyndt befolkede områder have betydning for placeringen af akutbilerne.

Lægebiler

En lægebil er et specielt indrettet køretøj med udstyr til medicinsk behandling og kommunikationsudstyr. Lægebilen er bemannet med en paramediciner/lægeassistent og en speciallæge i anæstesiologi, og kan disponeres til at starte behandling på skadestedet og fortsætte denne under transporten til sygehuset. En lægebil kan ikke transportere patienter, og lægen kører derfor ved behov med i ambulancen.

Lægebilen skal disponeres til de tilfælde, hvor en lægelig indsats gør en forskel. Dette er især ved vejrtrækningsbesvær, trafikulykker, nedstyrtning, til fastklemte eller drukneulykker. Lægebilens primære opgave er:

- Hurtig, kvalificeret undersøgelse, behandling og visitation af patienter
- Avanceret præhospital intensiv behandling af kritisk syge patienter
- I situationer med mange tilskadekomne at kunne varetage den sundhedsfaglige rolle som koordinerende læge (KOOL) på skadestedet sammen med den øvrige indsatsledelse

Lægebilerne disponeres i dag via 112, men vil ved indførelse af sundhedsfaglig disposition kunne udnyttes langt mere effektivt. I 2007 udførte lægebilerne i Holbæk og Slagelse 3657 opgaver fordelt som vist nedenfor.

Sygeplejerskebiler

En sygeplejerskebil er udstyret som en lægebil og bemannet med en anæstesisygeplejerske med tillægsuddannelse.

5. Medicinsk koordination, disponering og visitation

I Sundhedsstyrelsens rapport 'Styrket akutberedskab' anbefales det, at regionerne etablerer sammenhæng og samarbejde mellem alarmcentral, vagtcentral, præhospitale indsatsordninger, almen praksis, akutafdelingerne og regionens AMK. Samarbejdet skal dreje sig om disponering, visitation og fordeling af patientkategorier, og er en forudsætning for høj kvalitet, hensigtsmæssig disponering og effektiv ressourcestyring.

Sundhedsstyrelsen fremhæver ligeledes behovet for etablering af central koordinering af regionens præhospitale beredskab, hvilket bør ske gennem oprettelse af en døgnaktiv AMK i hver region. Sundhedsstyrelsen peger på, at denne funktion kan varetage den daglige koordinering af den præhospitale indsats og fungere som konkret sundhedsfaglig rådgivning og støtte for personalet i det præhospitale arbejdsfelt. I beredskabssituationer vil det ligeledes være denne funktion som varetager det overordnede operative ansvar for ledelsen og koordinationen af det samlede sundhedsberedskab i regionen.

5.1 Akut Medicinsk Koordination – AMK

AMK har til opgave at koordinere den samlede akutte indsats for regionens sundhedsvæsen ved større ulykker og ekstraordinære hændelse f.eks. influenzaepidemier. AMK skal varetage den operative løsning af tværgående beredskabsmæssige opgaver og være i kontakt med andre regioners AMK, eksterne myndigheder og andre organisationer i relevante situationer.

Region Sjælland har i dag en sådan funktion – AMK Sjælland, bemandet med erfarne læger. Den koordinerende funktion aktiveres, hvis der er behov for en overordnet sundhedsfaglig koordineret indsats ved opgaver i forbindelse med regionens sundhedsberedskab.

Den daglige opgavevaretagelse beror i dag overvejende på udsendelse af centralt/regionalt meldinger om nedbrud på f.eks. regionale CT -scannere. Der indhentes to gange dagligt belægningsoversigter på regionens intensivafdelinger som opfølgende formidles til afdelingerne. Opgaven løses for nuværende i dagtid og på hverdage af sekretærgruppen i AMK, og i vagtperioder overgår sekretærfunktionen til Skadeklinikken på Slagelse Sygehus.

For at styrke det præhospitale område og imødegå et generelt stigende behov for koordination foreslås der i 2010 etableret en døgnaktiv AMK. Denne placeres i Præhospitalt Center sammen med regionens vagtcentral.

Funktionen skal fungere som omdrejningspunkt for kommunikation og koordination af den præhospitale indsats i regionens sundhedsvæsen, og får en lang række opgaver:

Beredskabsmæssige – den operative ledelse og koordination af sundhedsvæsenets indsats i beredskabssituationer placeres her. AMK fungerer som entydig indgang til regionens sundhedsvæsen hele døgnet, og skal derfor være kendt af alle relevante aktører og samarbejdspartnere i sundhedsberedskabet. Opgaverne vil bl.a. være

- At modtage alarm fra anden instans
- At foretage den nødvendige alarmering i eget væsen og vurdere den nødvendige indsats fra sygehuse, primær sektor mv.
- At skabe overblik over sygehusenes modtagekapacitet
- At iværksætte sundhedsberedskabsplaner

I ekstraordinære situationer planlægges det at AMK skal kunne fungere som regionens samlede koordinerende enhed i forhold til dispositionen af regionens sengemasse. Dette kan bl.a. betyde at der iværksættes ekstraordinære udskrivninger, at senge inddrages til isolation af patienter og at AMK visiterer patienter fra skadesteder direkte til alle regionens sygehuse. Dette skal foregå i henhold til retningslinjer og beskrivelser, som er aftalt med sygehusene.

Præhospital disponering, rådgivning og koordinering – AMK skal fungere som rådgivning for ambulancer, akutbiler og lægebiler. AMK får samtidig til opgave at fungere som central visitation for de præhospitale ressourcer, så f.eks. paramedicinere via AMK kan sende patienter direkte til et bestemt sygehus. Dette er ikke muligt i dag. På sigt vil disponeringen af akut- og lægebilerne blive en vigtig del af opgaveporteføljen. AMK placeres fysisk samme sted som regionens vagtcentral, og der vil på denne måde være fuldstændigt overblik for ressourcerne. Disponeringsopgaven afhænger dog af et fremtidigt samarbejde med politiet omkring opkaldene til 112. Denne del af opgaverne vil bl.a. bestå i:

- Sundhedsfaglige spørgsmål fra ambulancer, akut- og lægebiler
- Central visitation for disse
- Disponering af de præhospitale ressourcer

- Overblik over tilgængelige ressourcer på sygehusene (CT-skannere, intensiv senge osv.)

AMK foreslås bemanded med uddannet sundhedspersonale, som skal være til stede hele døgnet.

Etableringen af en døgndækket AMK vil foregå i to faser. Fase 1 vil bestå af selve etableringen samt uddannelse af personale, og AMK vil i denne fase kunne fungere som rådgivning og central visitation for regionens præhospitale enheder. Fase 2 igangsættes sammen med det tidligere omtalte pilotprojekt om medhør på 112 kan iværksættes.

Der vil i forbindelse med Budget 2010 blive fremlagt en sag om dimensionering og finansiering af regionens AMK.

6. Placering af de præhospitale ressourcer

Den fremtidige organisation af det præhospitale område lægger vægt på, at opgaverne prioriteres ud fra en sundhedsfaglig vurdering, så borgerne med det største behandlingsbehov modtager den rette hjælp hurtigst. Derfor er placeringen af specielt de avancerede præhospitale ressourcer (akut- og lægebiler) afgørende.

Med en omplacering af regionens akut- og lægebiler kan en langt højere del af regionens borgere få adgang til avanceret præhospital behandling. Samtidig vil styrkelsen af den sundhedsfaglige disponering via AMK betyde at befolkningen får

- Hurtigere adgang til yderligere ressourcer i form af sundhedsfaglig ekspertise, udstyr og medicin
- Hurtigere visitation og transport til relevant behandlingssted
- Mulighed for behandling af komplikationer undervejs
- En hurtig indsats af sundhedsfaglig indsatsledelse ved større ulykker og beredskabsmæssige situationer

Der etableres tre akutområder i regionen. Et akutområde består af en lægebil og et antal akutbiler og ambulancer. Lægebilen fungerer som sundhedsfaglig backup for de tilknyttede enheder.

Omplaceringen af akutbilerne i regionen vil betyde, at ca. 580.000 borgere vil kunne nå inden for 20 min. Ca. 30.000 vil dog være dækket af to akutbilsområder. Alt i alt vil det dog betyde, at ca. 270.000 flere borgere i regionen vil kunne nå af en akutbil inden for 20 min.

Fremtid placering:

Akutområde 1 består af:

- En lægebil som placeres på sygehuset i **Roskilde**. Begrundelsen herfor er, at Roskilde er regionens største by og sygehuset er udpeget til specialsygehus og derfor ikke indeholder akut modtagelse for alle patienter. Sygehuset vil skulle modtage patienter med særlige krav til avanceret behandling. Lægebilen vil i disse særlige tilfælde kunne køre rendez vous med ordinær ambulance og på denne måde yde behandling allerede før ankomst til sygehuset.

Der vil kunne opnås stor nyttevirkning af denne placering, som er midt imellem Holbæk og Køge, to af de kommende akutte modtagelser.

- En akutbil placeret i **Nykøbing S**. Begrundelsen herfor er dels den geografiske afstand til nærmeste akutte modtagesygehus, dels den store befolkningstilvækst i sommertiden i dette område. Af samme grund foreslås bemanningen med anæstesisygeplejerske og redder uændret.
- En akutbil placeret ved sygehuset i **Kalundborg**. Begrundelsen herfor er et relativt stort indbyggertal i byen, samt et stort opland med relativ lang afstand til akut modtagelse.
- En akutbil placeret på sygehuset i **Holbæk**. Begrundelsen herfor er stort indbyggertal i byen, placeringen ved motorvej samt et stort opland. Sygehuset skal også i fremtiden have akut modtagelse.
- En akutbil placeret på sygehuset i **Køge**. Begrundelsen herfor er den store befolkningstæthed i hele bugtområdet samt placering ved motorvej. Sygehuset vil i fremtiden skulle have en stor akut modtagelse.

Akutområde 2 består af:

- Lægebilen opretholdes på sygehuset i **Slagelse**. Begrundelsen herfor er dels byens størrelse, dels dens strategiske placering ved motorvejen, hvor den hurtigt kan nå såvel Korsør området som Sorø området. Sygehuset vil, udover at være akut modtagesygehus, skulle huse specialer som karkirurgi og håndkirurgi, begge med opgaver indenfor det akutte område. Lægebilen vil i disse særlige tilfælde kunne køre rendez vous med ordinær ambulance og på denne måde yde behandling allerede før ankomst til sygehuset.

Lægebilen i Slagelse indgår samtidig i varetagelsen af Storebæltsberedskabet.

- En akutbil placeret i **Ringsted**. Begrundelsen herfor er et relativt stort antal indbyggere, samt et opland, som hurtigt kan nås. Placeringen skal også ses i sammenhæng med de øvrige akutbiler langs motorvejen (med risiko for større trafikuheld).
- En akutbil placeret på sygehuset i **Næstved**. Denne akutbil skal dække et tæt befolket område, samt et opland omkring byen. Den vil også kunne nå lidt fjernt beliggende områder langs kysten.
- En akutbil placeret i **Faxe**. Begrundelsen herfor er et stort udækket område svarende til den sydlige del af Stevns og Sydsjælland. Her er områder med lang afstand til akut modtagelse.
- En akutbil placeret i **Dianalund**. Begrundelsen herfor er et udækket område i den vestlige del af midtsjælland. Dianalund er den største by og en større psykiatrisk enhed er placeret her.

Akutområde 3 består af:

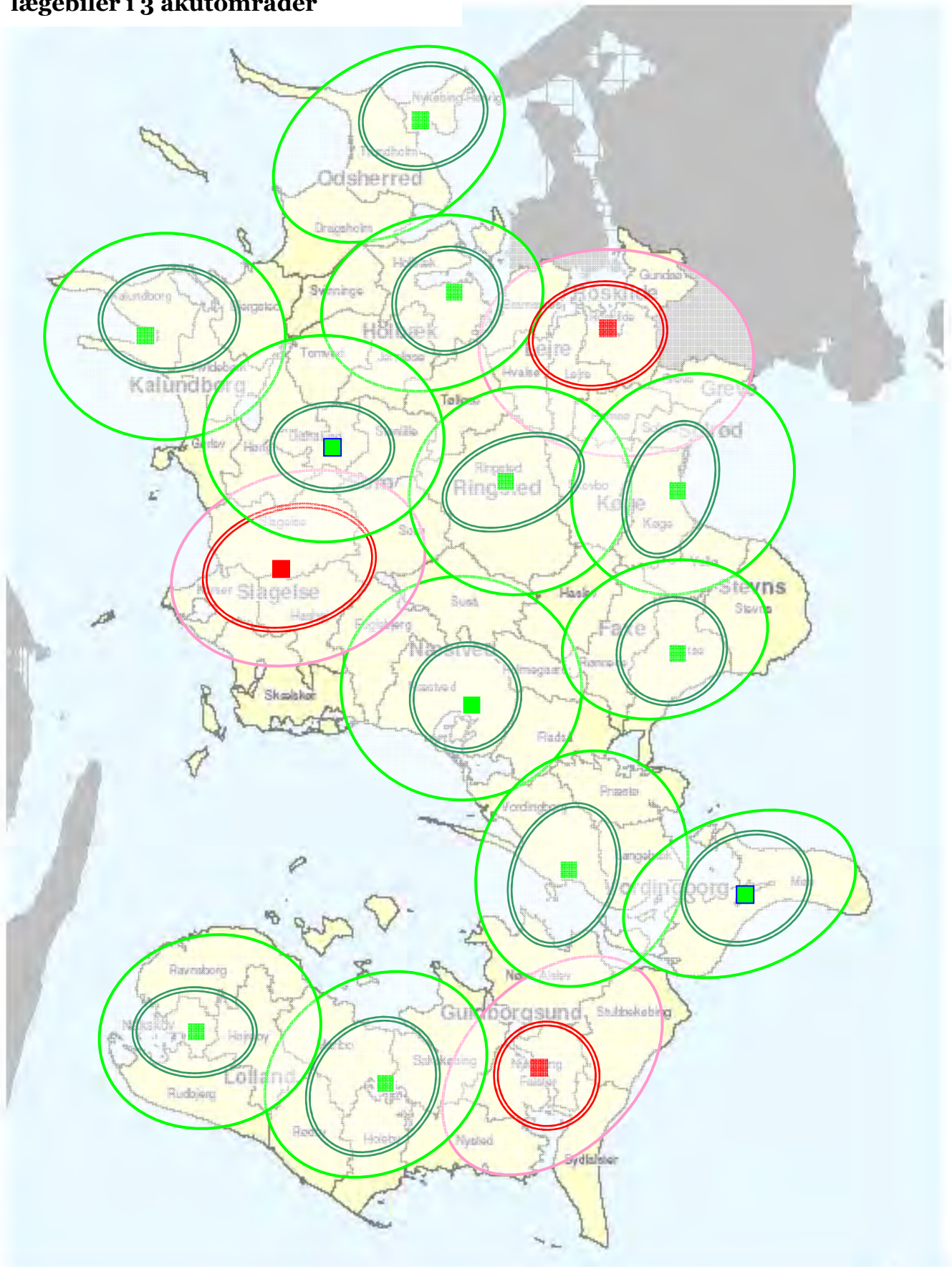
- En lægebil placeret på sygehuset i **Nykøbing F**. Begrundelse herfor er at Nykøbing er den største by syd for Storstrømmen, motorvej samt en geografi og infrastruktur, som betyder mindre tilgængeligt opland, som blot kan nås fra en retning og lang afstand over broen.

- En akutbil placeret i **Vordingborg**. Begrundelsen er erstatning for den nuværende lægebil til dækning af det sydsjællandske område med en større by og et opland med lang afstand til akut modtagelse.
- En akutbil placeret på sygehuset i **Nakskov**. Begrundelsen herfor er stort indbyggertal i byen, samt tilstedeværelse af flere store industrier. Dertil kommer delvis ophørt akut modtagelse på sygehuset, samt stort opland med relativ lang afstand til akut modtagelse. Akutbilen bemannes med anæstesisygeplejersker til understøtning af sygehuset, som fortsat i del døgnet modtager akutte patienter som aflastning for sygehuset i Nykøbing F.
- En akutbil placeret i **Maribo**. Begrundelsen herfor er væsentligst de store afstande på Lolland med relativ lang afstand til akut modtagelse samt motorvej. Dertil kommer erfaringer, som viser et stort behov for disse ydelser i denne del af regionen.
- En akutbil placeret i Stege. Begrundelsen for dette er, at der er tale om en middelstor ø uden dækning af præhospitale ressourcer. Bilen kan på sigt samarbejde med sundhedscentret i Stege, herunder lægevagten.

Forslaget forøger antallet af akutbiler i regionen til 12 mod de nuværende 10. Den foreslåede placering kan ses på nedenstående kort.

De grønne markeringer angiver placeringen af akutbiler og deres dækningsområde hhv. 10 og 20 min. De røde markeringer angiver placeringen af lægebiler og deres dækningsområde hhv. 10 og 20 min.

Fremtidig placering af akut- og lægebiler i 3 akutområder

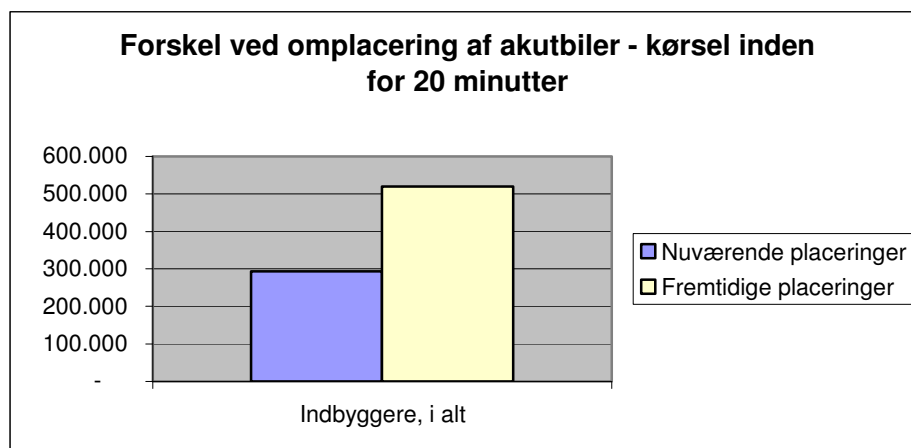


Som ovenfor beskrevet vil langt flere borgere i regionen kunne dækkes af de avancerede præhospitale ressourcer med den foreslåede omplacering og tilføjelse.

Tabellerne nedenfor viser forskellene i dækningen ved hhv. 20 og 10 min.

| <i>Akutbilers placering, befolkningsgrundlag inden for 20 minutter</i> | | | | |
|--|----------------|----------------------------|----------------|----------------|
| Nuværende placering | Indbyggere | Fremtidig placering | Indbyggere | Forskel |
| Nykøbing S | 28.263 | Nykøbing S | 28.263 | - |
| Kalundborg | 37.242 | Kalundborg | 37.242 | - |
| Ruds-Vedby | 28.653 | Holbæk | 61.545 | 32.892 |
| Borup | 54.889 | Køge | 118.930 | 64.041 |
| Sorø | 53.504 | Næstved | 75.042 | 21.538 |
| - | - | Ringsted | 64.663 | 64.663 |
| Stege | 17.912 | Faxe | 38.153 | 20.241 |
| Sakskøbing | 30.687 | Vordingborg | 42.538 | 11.852 |
| Rødby | 14.789 | Maribo | 25.878 | 11.089 |
| Nakskov | 27.563 | Nakskov | 27.563 | - |
| I alt ved omplacering | 293.501 | | 519.817 | 226.316 |
| | | Dianalund | 48.275 | |
| | | Stege | 17.912 | |
| I alt inkl. nye akutbiler | 293.501 | | 586.003 | 292.503 |
| Korrektion (dobbeltdækning) | -11.057 | | -32.725 | |
| I alt | 282.444 | | 553.278 | 270.835 |

| <i>Akutbilers placering, befolkningsgrundlag inden for 10 minutter</i> | | | | |
|--|----------------|----------------------------|----------------|----------------|
| Nuværende placering | Indbyggere | Fremtidig placering | Indbyggere | Forskel |
| Nykøbing S | 16.746 | Nykøbing S | 16.746 | - |
| Kalundborg | 18.977 | Kalundborg | 18.977 | - |
| Ruds-Vedby | 12.882 | Holbæk | 32.621 | 19.739 |
| Borup | 17.963 | Køge | 45.907 | 27.943 |
| Sorø | 24.042 | Næstved | 45.422 | 21.380 |
| - | - | Ringsted | 28.671 | 28.671 |
| Stege | 7.715 | Faxe | 13.375 | 5.661 |
| Sakskøbing | 11.173 | Vordingborg | 11.966 | 793 |
| Rødby | 6.287 | Maribo | 15.395 | 9.109 |
| Nakskov | 16.027 | Nakskov | 16.027 | - |
| I alt ved omplacering | 131.811 | | 245.106 | 113.295 |
| | | Dianalund | 16.490 | |
| | | Stege | 7.715 | |
| I alt inkl. nye akutbiler | 131.811 | | 269.311 | 137.500 |



Som det ses af ovenstående figur, vil omplaceringen til tættere befolkede områder betyde en væsentlig forøgelse af dækkede borgere.

Akut- og lægebilerne køres i dag af Falck, som driver og bemander bilerne med hhv. paramedicinere, ambulancebehandlere med særlig uddannelse og lægeassistenter. Lægerne (og sygeplejerskerne på bilerne i Nykøbing Sj. og Maribo) er ansat i regionens lægebilfunktion, som er placeret i Præhospitalt Center. Når den endelige placering af akut- og lægebilerne er godkendt, vil driften blive sendt i udbud.

Der vil i forbindelse med Budget 2010 blive fremlagt en sag om etablering af to nye akutbiler.

7. Kvalitet, udvikling og forskning

7.1 Forskning

Region Sjælland har en målsætning om at styrke forskning, som i forbindelse med Budget 2009 blev prioriteret.

Der er på det præhospitale område ikke særlig stor tradition for forskning. Der findes derfor heller ikke meget tilgængelig forskning på området – hverken i Danmark eller i udlandet.

Indtil nu har de data som indsamles ved kørsel med ambulancer og andre præhospitale ressourcer ikke tilhørt regionerne. Data opsamles i systemet hos de entreprenører, som har kontrakt på opgaverne, og der har på derfor ikke været fri adgang til disse. I forbindelse med etablering af regionens egen vagtcentral ændres dette, så regionen fremadrettet selv ejer de data som indsamles.

Dette giver en oplagt mulighed for at øge fokus på forskning på det præhospitale område. Med nem adgang til data om alle kørsler bliver det muligt at få overblik over reelle responstider, antallet af ture i forskellige områder osv. Dette øger forskningspotentialet, og giver samtidig bedre mulighed for planlægning.

Der kan f.eks. forskes i:

- Færdigbehandling på stedet
- Behovet for lægebiler versus akutbiler
- Disponering af ressourcer
- Muligheden for udvidet brug af telemedicin

Der vil i forbindelse med udbud af kørsel med akut- og lægebiler blive indarbejdet krav om deltagelse i mulige regionale forskningsprojekter.

7.2 Kvalitet og udvikling

Det danske sundhedsvæsen skal i løbet af en årrække akkrediteres i forbindelse med Den Danske KvalitetsModel (DDKM). Det præhospitale område vil også på sigt skulle akkrediteres, og der arbejdes i øjeblikket med fastsættelse af standarder for området.

Et af hovedelementerne i akkreditering er muligheden for dokumentation. I dag foregår arbejdet med dokumentation ikke optimalt – bl.a. indtastes behandlinger foretaget af lægerne på lægebilerne manuelt.

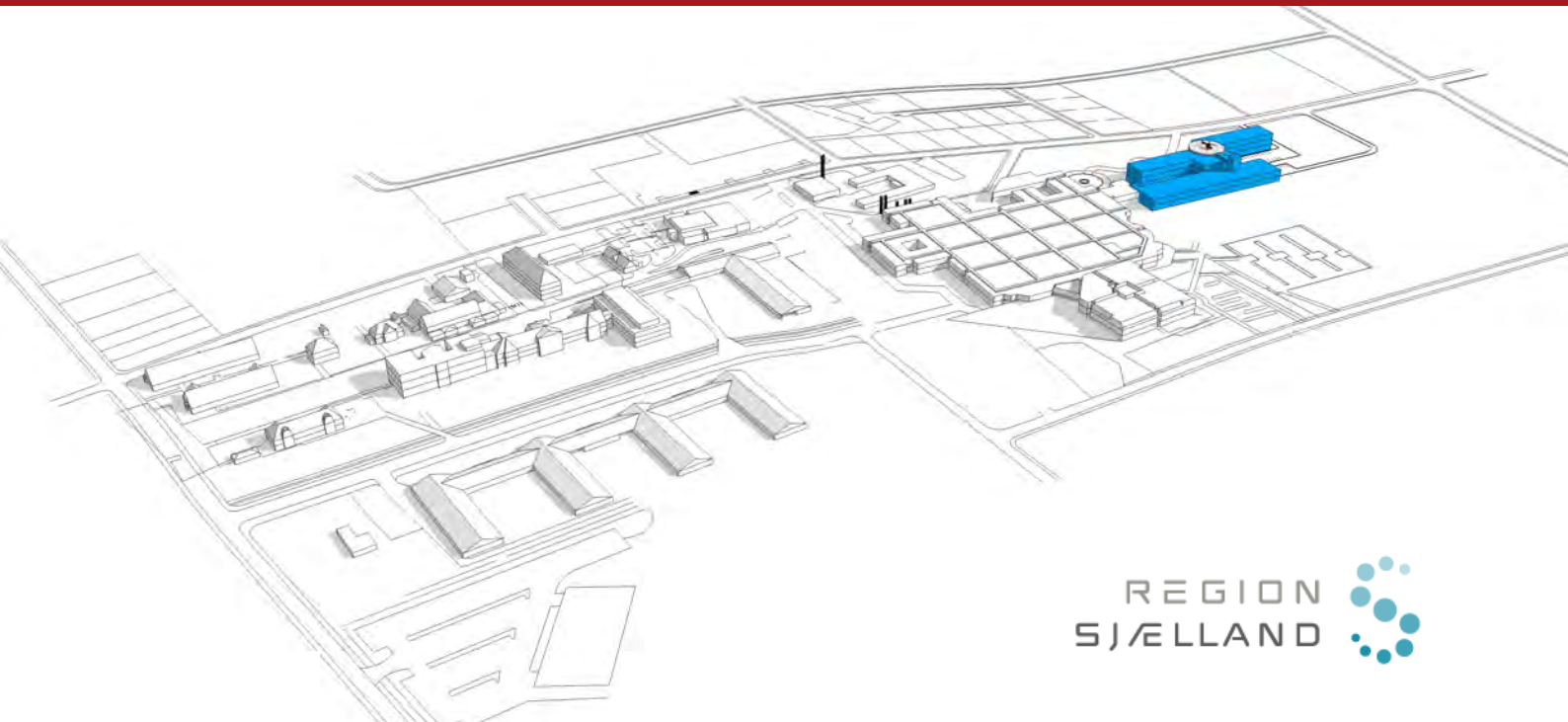
Der igangsættes derfor et projekt om indførelse af elektroniske journaler på akut- og lægebilerne i regionen. Projektet skal både ses som et udviklingsprojekt som kan give endnu bedre muligheder for forskning og som forberedelse til DDKM. Projektet igangsættes i to faser. I fase 1 indføres den elektroniske journal på lægebilerne, og i fase 2 på akutbilerne evt. i forbindelse med udbuddet.

Der afsættes samtidig midler til et udviklingsprojekt, som skal samkøre den elektroniske præhospitale journal med en ny elektronisk akutjournal som skal tages i brug på akutafdelingerne.

ANSØGNING OM ENDELIGT TILSAGN TIL PROJEKT:

Ny Fælles Akutafdeling ved Slagelse Sygehus

Bilag 4. Økonomiske overslag



REGION
SJÆLLAND 

| | Slagelse m ² | Enhedspriser | Overslag kr. |
|--|-------------------------|--------------|--------------|
| Slagelse akut | | | |
| Sengeafsnit, AMA | 3500 | 27.000 | 94.500.000 |
| Ambulance hal | 150 | 25.000 | 3.750.000 |
| Skadestue/akut | 2688 | 27.000 | 72.576.000 |
| Vagtværelse | 113 | 25.000 | 2.825.000 |
| Kontorarbejdspladser | 565 | 25.000 | 14.125.000 |
| Hjerteovervågning | 1640 | 27.000 | 44.280.000 |
| Intensiv | 1498 | 27.000 | 40.446.000 |
| Indretning af kælder. præhospitals-området/ akutpsyk. | Anslået | | 6.000.000 |
| Forbindelse til eksist. OP | Anslået | | 6.000.000 |
| Helikopterlandingsplads | Anslået | | 7.000.000 |
| Terræn | 7000 | 1.200 | 8.400.000 |
| I alt ekskl. moms | | | 299.902.000 |

| | | |
|---------------------|----------------------|--------|
| Samlet areal brutto | Total m ² | 10.154 |
|---------------------|----------------------|--------|