

BETÆNKNING

ANGÅENDE

RIGSHOSPITALET BYGNINGSMÆSSIGE FORHOLD

AFGIVET AF
DEN AF UNDERVISNINGSMINISTERIET
DEN 8. JANUAR 1947 NEDSATTE
KOMMISSION



J. H. SCHULTZ A/S
UNIVERSITETS-BOGTRYKKERI
KØBENHAVN
1952

SOCIALFORSKNINGSINSTITUTTETS
BIBLIOTEK
BORGERGADE, 28, K - MI 9811

61.721 / 7 a.3



INDHOLDSFORTEGNELSE.

	Side
Indledning	1
Det nuværende Rigshospital	10
A. Indledende bemærkninger	11
Rigshospitalets opgaver	11
Hospitalets tilblivelse	12
Hospitalets bygninger og kritik af disses placering	12
B. Pladsforholdene	13
C. De enkelte enheder og kommissionens kritik af disse (herunder ønskelige udvidelser)	14
Kommissionens forslag	20
A. Almindelige bemærkninger	20
B. Udkast til program for en skitsekonkurrence om forslag til ombygning og udvidelse af Rigshospitalet	24
a. Oplysninger og vejledning	25
I. Indledende bemærkninger	25
II. Skematisk fortegnelse over de eksisterende og fremtidige enheder	25
III. Adgangs- og trafikforhold	27
IV. Hospitalsenhedernes placering	27
V. Kritik af Rigshospitalets nuværende indretning	28
VI. De enkelte hospitalsenheder	28
b. Almindelige konkurrencebetingelser	53
Anmærkninger til konkurrenceprogrammets afsnit a	56
Til I. Indledende bemærkninger	56
a. Pavillon- eller bloksystem	56
b. Differentiering og fagspecialisering	57
c. Luftfornyelsens betydning for byggeriets udformning	58
d. Verdenshjørnernes betydning for sygestuernes placering	58
e. Bygningernes konstruktion	58
Til II. Skematisk fortegnelse over de eksisterende og fremtidige enheder	59
Til IV. De enkelte hospitalsenheder	60
A. Standardtype for sengeafsnit, operationsafdelinger m. v.	60
Standardtype for sengeafsnit	60
Standardtype for afdelingskontorer	62
Standardtype for plejemoderkontor m. v.	63
Standardtype for operationsafsnit	63
B. De enkelte enheder	63

INDHOLDSFORTEGNELSE
VEDRØRENDE DE ENKELTE ENHEDER

	Side	Side	Side
1. Modtageafdeling	14	30	63
2—3. Skadeafdeling	14	31	63
4—6. De medicinske afdelinger	14	31	64
7—9. De kirurgiske afdelinger	14	32	64
10—11. Medicinske og kirurgiske auditorier	15	34	65
12. Lægevidenskabeligt bibliotek	15	34	65
13. Røntgendiagnostisk afdeling	15	34	65
14. Radioterapeutisk afdeling	15	35	73
15. Centrallaboratorium	16	38	78
16. Angiocardiologisk speciallaboratorium	16	40	78
17. Blodbank	16	40	78
18. Kæbekirurgisk afdeling og tandklinik	16	40	79
19. Ortopædisk afdeling	16	41	79
20. Plastikkirurgisk afdeling	16	43	80
21. Neuromedicinsk afdeling	16	44	80
22. Neurokirurgisk afdeling	16	44	81
23. Tuberkuloseafdeling	16	45	81
24. Fysiurgisk klinik og afdeling	16	45	82
25. Arbejdsmedicinsk klinik	17	47	84
26. Oftalmologisk afdeling	17	47	85
27. Otolaryngologisk afdeling	17	47	85
28. Afdelingen for børnesygdomme	17	47	85
29. Dermatologisk afdeling	17	48	86
30—34. Fødeafdelingerne A og B (med afdelingerne I, L og M)	17	48	86
35. Psykiatrisk afdeling	17	48	88
36. Apotek	17	48	88
37. Sektionsstuen	17	48	89
38. Fotografisk og grafisk atelier	17	48	89
39. Medicinsk studiesal	17	48	89
40. Centralarkiv	17	49	89
41. Patientbibliotek	17	49	90
42—44. Sygeplejerskeskole og elevboliger, enkelte lejligheder og sygeafdeling for funktionærer	18	49	90
45. Portørcentral	18	49	92
46—48. Sikringsrum, tunnelsystem	18	49	92
49. Køkken (vaskeri)	18	50	95
50. Det medicinske studenterråd	18	50	96
51. Kantiner	18	50	96
52—54. Systuer og linnedmagasin	18	51	98
55. Administration	18	51	98
56. Mødesal og repræsentationslokaler	18	51	98
57. Varmeanlæg	18	51	98
58. Maskinafdeling og værksteder	18	51	100
59. Boliger	18	52	102
60. Vuggestue og børnehave	19	52	109
61. Diverse	19	52	110

BILAG.

	Side
Bilag 1. Skematisk oversigt over de nuværende afdelinger	115
Bilag 2. Oversigt over polikliniker (ambulatorier) og klinikafdelinger	116
Bilag 3. Totalopgørelse vedrørende kommissionens forslag	117
Bilag 4. Oversigt over eventuel anbringelse af de foreslåede enheder	120
Bilag 5. Skrivelse af 26. juni 1950 fra Kbhvn.s magistrat	122
Bilag 6. Skrivelse af 17. april 1952 fra kommissionen til Undervisningsministeriet	123
Bilag 7. Grafisk fremstilling over kræftdødeligheden i Danmark og antallet af sengepladser... .	125
Bilag 8. Skrivelse af 8. oktober 1951 fra Landsforeningen til Kræftens Bekæmpelse	126
Bilag 9. Skrivelse af 4. august 1951 fra sundhedsstyrelsen	127
Bilag 10. Skrivelse af 21. september 1951 fra Kbhvn.s Belysningsvæsen	128
Bilag 11. Oversigtsplan over det nuværende Rigshospital	129



Indledning.

Ved skrivelse af 8. januar 1947 nedsatte Undervisningsministeriet en kommission med den opgave at overveje og til ministeriet afgive betænkning om en omordning af Rigshospitalets bygningsmæssige forhold.

Skrivelsen til kommissionens daværende formand, kontorchef (nu departementschef) i Undervisningsministeriet *Alb. Michelsen*, har følgende ordlyd:

„Undervisningsministeriet har besluttet at nedsætte en Kommission med den Opgave at overveje og til Ministeriet afgive Betænkning over en Omordning af Rigshospitalets bygningsmæssige Forhold.

Kommissionen bemyndiges til, i det Omfang den finder det fornødent, at indhente Oplysninger hos Myndigheder eller Personer samt til at tilkalde særlig sagkyndig Bistand, hvor dette skønnes af Interesse.

Man skal herved anmode Hr. Kontorchefen om at ville indtræde i og overtage Hvervet som Formand for denne Kommission. Til Medlemmer af denne har Ministeriet iøvrigt Dags Dato beskikket følgende:

Som Repræsentant for Undervisningsministeriet sammen med Hr. Kontorchefen:

Fuldmægtig (nu ekspeditionssekretær) i Ministeriet *Vagn Jensen*.

Som Repræsentant for Finansministeriet:

Afdelingschef i Finansministeriet *Chr. Meldgaard Christiansen*.

Som Repræsentant for Sundhedsstyrelsen:

Overlæge *Poul Guildal*.

Som Repræsentant for Statens Bygningsdirektorat:

Overingeniør *Carl Bruun*.

Som Repræsentant for Københavns Universitet:

Professor, Dr. med. *P. Flemming Møller*.

Som Repræsentanter for Rigshospitalet:

Direktør for Rigshospitalet *E. Fabricius-Bjerre*,

Professor, Overlæge, Dr. med. *Hj. Helweg*,

Professor, Klinikchef, Dr. med. *Eggert Møller*,

Professor, Overkirurg, Dr. med. *E. Dahl-Iversen*.

Som Repræsentant for Rigshospitalets Sygeplejersker:

Forstanderinde for Rigshospitalets Sygepleje Frøken *E. Magnussen*.

Som Repræsentation for Rigsdagens i Folketingets Finansudvalg repræsenterede Partier:

Landstingsmand, Proprietær *M. C. Korsgaard*,
Folketingsmand, Gaardejer *J. Chr. Jensen-Broby*,
Folketingsmand, Direktør */ Chr. Jensen*,
Folketingsmand, fhv. Minister *A. M. Hansen*,
Folketingsmand, Professor, Dr. med. *Mogens Fog*.

Som Kommissionens Sekretær er efter Aftale med Hr. Kontorchefen antaget Sekretær i Undervisningsministeriet *J. Munck-Hansen*."

Ved Undervisningsministeriets skrivelse af 25. april 1949 blev departementschef *Alb. Michelsen* fritaget for hvervet som formand for og medlem af kommissionen.

Ved skrivelse af samme dato beskikkede ministeriet kontorchef i Undervisningsministeriet frk. *A. Vøhtz* som formand for og medlem af kommissionen.

I henhold til sin derom fremsatte anmodning blev overlæge *P. Guildal* ved Undervisningsministeriets skrivelse af 24. november 1949 fritaget for hvervet som medlem af kommissionen.

Ved skrivelse af samme dato blev den af Indenrigsministeriet udpegede nye repræsentant for Sundhedsstyrelsen, professor, overlæge, dr. med. *E. Husfeldt* af Undervisningsministeriet beskikket som medlem af kommissionen.

På kommissionens 6. møde den 1. juli 1948 nedsattes et arbejdsudvalg (konkurrenceudvalget) med den opgave at fastlægge og over for kommissionens plenum fremkomme med forslag om rammerne for en arkitektkonkurrence og om, efter hvilke nærmere regler en sådan skulle foregå.

Udvalget kom til at bestå af:

Ekspeditionssekretær *Vagn Jensen*, formand.
Overingeniør *Carl Bruun*.
Direktør *E. Fabricius-Bjerre*.
Professor, dr. med. *Hj. Helweg*.
Folketingsmand, direktør */ Chr. Jensen*.

Kommissionens sekretær fungerede som arbejdsudvalgets sekretær.

Efter derom af konkurrenceudvalget til kommissionen og af denne derefter til Undervisningsministeriet afgivet indstilling om tilvejebringelse af en bevilling til besøg på en række nye eller ombyggede fremmede hospitaler modtog man den 2. juni 1949 meddelelse om, at den fornødne bevilling hertil var givet.

Konkurrenceudvalget aflagde herefter fra den 12. til den 20. juni 1949 besøg på Söder-Sjukhuset, Karolinska Sjukhuset og Serafimer Lazarettet i Stockholm samt på Rikshospitalet og Ullevål Sykehus i Oslo. Endvidere havde man i Stockholm to konferencer med Centrala Sjukvårdsberedningens teknikere.

I rejsen deltog som særlig tilkaldte arkitekt (nu chefarkitekt) *Peter Nielsen*, Statens bygningsdirektorat, og medlem af kommissionen, professor *Flemming Møller*. Endelig deltog kommissionsmedlem, forstanderinde frk. *Eli Magnussen*, der var i Stockholm i anden anledning, i nogle af hospitalsbesøgene i nævnte by.

I tidsrummet 17.—26. oktober 1949 foretog konkurrenceudvalget en rejse til franske og svejtsiske hospitaler. .

I Paris besøgte hospital Beaujon og arkitekterne *Rou Spitz, Nelson og Lopez*, der byggede moderne hospitaler i henholdsvis Nantes, St. Lö og Brest. I Lille besøgte det næsten fuldførte universitetshospital. I Basel aflagdes besøg på Bürgerspital og i Zürich på Universitetsklinik.

Da professor *Helweg* og overingeniør *Bruun* var sygemeldt på rejsetidspunktet, deltog lægerådets nye formand, professor, overlæge, dr. med. *H. Ehlers* og chefarkitekt *Peter Nielsen* i deres sted i den sidstnævnte rejse.

I sommeren 1950 afgik overingeniør *Bruun* efter gentagne sygdomsperioder ved døden.

Konkurrenceudvalgets sekretær, kommissionssekretær *Munck-Hansen*, trak sig på samme tid tilbage af helbredshensyn.

På kommissionens 8. møde, den 11. april 1951, anmodede professor *Helweg* om fritagelse for hvervet som medlem af konkurrenceudvalget, da han ikke længere var lægerådsformand og derhos havde søgt sin afsked fra hospitalet. Professor *Ehlers* indstilledes i stedet til medlem af kommissionen såvel som af udvalget, og dette suppleredes endvidere med professorerne *Eggert Møller* og *Husfeldt*, ligesom kommissionen godkendte, at chefarkitekt *Peter Nielsen*, der som særlig sagkyndig havde deltaget i udvalgsarbejdet, remplacerede overingeniør *Bruun*. I overensstemmelse hermed indstilledes arkitekten til medlem af kommissionen. Endelig indstilledes sekretær i Undervisningsministeriet *Jens Louis Petersen* til sekretær i stedet for den fratrådte sekretær *Munck-Hansen*, hvis hverv i det forløbne tidsrum var blevet varetaget af konkurrenceudvalgets formand. De foreslåede nye kommissionsmedlemmer tillige med den nye sekretær er herefter blevet beskikket i overensstemmelse med indstillingerne.

I kommissionens senere møder har fg. forstanderinde, frk. *A. Wagner*, deltaget i stedet for forstanderinde, frk. *E. Magnussen*, som siden 1. september 1950 har opholdt sig i udlandet.

Konkurrenceudvalgets formand har i tiden 1. maj 1951 til 10. marts 1952 af Undervisningsministeriet været stillet til udelukkende rådighed for udvalgsarbejdet. Endvidere har udvalgets sekretær i tiden 20. september 1951 til 5. februar 1952 været fritaget for tjeneste i Undervisningsministeriet af hensyn til udvalgets arbejde.

Konkurrenceudvalget har haft ialt 92 møder foruden et antal mere formløse forhandlinger og besigtigelser. Et nedsat underudvalg, bestående af chefarkitekt *Peter Nielsen* (formand), professorerne *Eggert Møller* og *H. Ehlers* samt direktør *I. Chr. Jensen* har yderligere afholdt en række møder til udarbejdelse af forslag til konkurrenceprogram.

Konkurrenceudvalget afgav sin beretning og indstilling i marts 1952 bestående af: Konkurrenceudvalgets betænkning (10 sider).

Bilag I. Lægerådets forslag (48 sider) (udeladt i kommissionsbetænkningen).

- II. Udvalgets detaljerede redegørelse med konklusioner (353 sider) (forkortet i kommissionsbetænkningen).
- III. Udkast til konkurrencevilkår (41 sider) (kommissionsbetænkningen side 24).

Konkurrenceudvalgets materiale er in extenso overgivet til Undervisningsministeriet til eventuel brug ved nybygningsprogrammets gennemførelse. Det nævnte materiale danner med udeladelse af diskussionsindlæg, udregninger og en række bilag grundlaget for kommissionens betænkning.

Kommissionen har ialt afholdt 12 plenarmøder.

Det nuværende Rigshospital.

A. Indledende bemærkninger.

Rigshospitalets opgaver.

Rigshospitalet er et universitetshospital. Foruden sygebehandlingen har Rigshospitalet ligesom universitetet videnskabelig forskning og undervisning som opgaver. Undervisningens emne er syge mennesker, hvilket gør opgaverne vanskelige, men ikke ændrer deres mål. Forskningens mål er at udrede de uløste sygdomsproblemer. Undervisningens mål er ved eksempel og vejledning at oplære de vordende læger til at yde det bedste inden for sygdomsbekæmpelsen. Hensynet til patienterne kræver en arbejdsindsats, der ligger ganske på linie med forskningens og undervisningens mål.

Selv om Det kgl. Frederiks Hospitals og Rigshospitalets opgaver — siden det første havde udviklet sig til at blive et egentligt universitetshospital — har været de samme, og fortsat bør være de samme, har arbejdet med disse opgaver dog skiftet stærkt i tidens løb. En befolknings sygdomme er ikke konstante, men viser tværtimod en idelig skiften. Sygdomme, som optog tidligere generationer af læger, er helt eller så godt som helt udryddede, f. eks. kopper, pest, spedalskhed, trikinose, barselsfeber, koldfeber, nyfødtes øjenbetændelse og ægyptisk øjensygdom. Men ikke blot i sammenligning med forrige århundrede er der sket store fremskridt. Også inden for de 40 år, der er gået, siden Rigshospitalet blev bygget, er der sket store forandringer. Gonorrhoe, syfilis, lupus, kirtelsyge og gigtfieber er trængt tilbage. Lungetuberkulosen synes det at skulle gå på samme måde. Skarlagensfeber, difteri og tyfus er stærkt reduceret i tal. Selv om disse sidste sygdomme ikke alle i deres akutte stadier kom til behandling på Rigshospitalet, så udgjorde deres følgesygdomme, f. eks. nyrelidelser og hjertelidelser en ikke ringe del af Rigshospitalets belægning.

Når disse mange frygtede sygdommes forsvinden ikke har gjort hospitalerne overflødige, skyldes det, at der hånd i hånd med den skildrede udvikling er sket en rivende teknisk udvikling, som har gjort det muligt, at tidligere gådefulde og upåvirkelige sygdomme nu kan diagnosticeres og helbredes. Som eksempler kan nævnes avitaminoserne, rygmarvs- og hjernesvulster, lungesvulster og nethindeafløsninger o. m. a. Medfødte misdannelser, som tidligere ansås for håbløse, og som man ikke vovede sig i lag med, kan nu opereres, endog i livsvigtige organer som hjertet og de store hovedpulsårer. Insulin, leverpræparater og andre organpræparater holder liv i patienter, som tidligere var dømt til en snarlig død. Med røntgenstråler og radium har man givet sig i lag med kræften. Disse store fremskridt er kun nået ved en stærk forøgelse og vidtdreven specialisering af de lægelige opgaver. I mange tilfælde fordrer vedligeholdelsen af den helbredelse, der er opnået, en fortsat lægelig kontrol. Den tidligst mulige erkendelse af et sygdomstilfælde vil ofte blive afgørende for behandlingens resultat.

Foruden de lægelige fremskridt er der i første halvdel af dette århundrede kommet en ny social indstilling hos befolkningen. Den tidligere frygt for sygehuset er afløst af et

almindeligt krav om adgang til de mange nye undersøgelses- og helbredelsesmidler, som naturligvis bør være allemandseje. Med den almindelige forbedring af den sociale standard er der også sket en stigning af de krav, som befolkningen med rimelighed kan stille til hospitalerne i henseende til sygestuernes og konsultationslokalernes størrelse, opholdsstuer, toilet- og baderum samt separate værelser til journaloptagelse og undersøgelse. Samtidig er befolkningen vokset i antal og i gennemsnitlig levealder. Med alderen følger flere skavanker, så lægernes arbejde vokser. Endelig er det antal unge læger, der hvert år dimitteres fra Københavns universitet, vokset fra 55 i 1910 til 193 i 1948. Men Rigshospitalets bygninger er i alt væsentligt de samme som i 1910.

Et rigshospital er ikke et offentligt bygningsværk, der som en domkirke, en opera eller visse museer opføres til et bestemt formål og gennem et århundrede eller mere uændret kan benyttes til sit formål. Sygdommenes idelige skiften, de behandlingsmæssige fremskridt og de sociale forhold ændrer stadig sygehusets opgaver og dermed dets bygningsmæssige behov. Den frygt for sammenklumpning og smittespredning, som med rette herskede omkring århundredeskiftet og førte til opførelsen af hospitaler med spredt bebyggelse, er nu lykkeligt overvundet. Samtidig har den nødvendige specialisering medført en ligeså nødvendig centralisering, så de forskellige specialister kan bo dør om dør og let kan mødes i et intenst og frugtbart samarbejde. Derfor er udvidelser, specialisering og centralisering de vigtigste forbedringer, der nu må anses for påkrævede.

Et moderne hospital arbejder som en specialiseret fabrik. Den stærke udspecialisering sikrer de fineste ydelser i hver afdeling, men produktet skal co-ordineres for at have værdi. Nye afdelinger må nemt kunne oprettes og andre omorganiseres alt efter de tekniske fremskridt og andre ændringer i de givne forhold. Det ideelle er en bygningsblok, som kan rumme det hele og er bygget således, at afdelingerne nemt kan udvides, formindskes eller ændres efter det skiftende behov. Driften af et sådant specialiseret hospital er meget kostbar, og tomgang i driften bør undgås. De dyre installationer må udnyttes intensivt, så de kan komme til den størst mulige nytte, og afdelingernes størrelse må være afpasset indbyrdes, så den ene ikke kommer til at vente på den anden. Patienterne må ikke ligge og fylde op længere end højst nødvendigt. Et moderne hospital er intet „kursted“ eller „rekreationshjem“. Sådanne steder kan patienterne om fornødent komme bagefter.

Medens man tidligere placerede hospitalerne i frie landlige omgivelser i byens yderkanter, har de ændrede arbejdsvilkår gjort det ønskeligt, at hospitalerne placeres mere centralt nær gode kommunikationslinier.

Efterbehandlingen foregår nu i det størst mulige omfang ambulantly, og den kræver ofte gennem kortere eller længere tid kontrolundersøgelser, som gør det nødvendigt, at patienterne uden større forstyrrelse i deres arbejde kan indfinde sig til de fornødne konsultationer. Hospitalet arbejder således ikke blot for de indlagte patienter, men må også have lokaler for ambulantly klientel. Disse lokaler kommer desuden til nytte ved at gøre det muligt i større omfang uden indlæggelse at erkende sygdomme på et tidligt stadium og således forbedre den enkelte patients chancer for helbredelse, ligesom man ved ambulantly undersøgelse kan sortere de henviste patienter i sådanne, hvis tilstand kræver indlæggelse, og de, der kan behandles ambulantly. For undervisningen af studenterne er denne side af hospitalets virksomhed ikke den mindst vigtige, idet de herved kan oplæres dels i sygdommenes erkendelse på et tidligt stadium, dels i behandlingen af lettere sygdomstilfælde, begge dele meget vigtige sider af deres fremtidige arbejde som læger.

Foruden af specialisering og centralisering præges et moderne hospital derfor af indretninger for de patienter, som søger hospitalet ambulantly.

Hospitalets tilblivelse.

Rigshospitalet er bygget i henhold til lov nr. 43 af 13. marts 1903, hvorved kirke- og undervisningsministeren bemyndigedes til at lade opføre „Bygninger for et Rigshospital samt for Universitetets Instituter for lægevidenskabelig Undervisning og Uddannelse". Planerne var udarbejdet år 1900 af Det kgl. Frederiks Hospitals lægeråd og inspektør i samarbejde med arkitekt, kgl. bygningsinspektør Martin Borch.

Af det beløb på 7 216 000 kr., der blev bevilget ved loven, falder 6 218 000 kr. på selve hospitalet og resten på de lægevidenskabelige instituter. Ved lov nr. 64 af 22. marts 1907 om tillæg til loven af 13. marts 1903 bevilgedes 303 310 kr. til udvidelse af sygeplejerskebygningen, således at der i denne også kunne blive plads til en sygeplejerskeskole.

Ved lov nr. 188 af 8. maj 1908 om tillæg til loven af 13. marts 1903 bevilgedes 804 000 kr. til 2 nye afdelinger henholdsvis for hud- og kønssygdomme og for børnesygdomme.

Hospitalet blev taget i brug i 1910. Der er siden da af mere betydende ændringer og udvidelser blevet foretaget følgende:

1. I 1920 opførtes en særlig bygning for en røntgenklinik. Da denne bygning efterhånden viste sig for lille, byggedes i 1935—36 en ny røntgenklinik som forbindelsesbygning mellem to af hospitalets pavilloner (nr. 1 og 2).
2. Den tidligere røntgenklinik blev derefter i 1937—38 forandret til lokaler for kirurgisk og medicinsk poliklinik og for tandklinikken.
3. De herved frigjorte lokaler i stueetagen under afdeling F. (øreafdelingen) overtoges af nævnte afdeling.
4. I 1929 oprettedes en afdeling for nervesygdomme, der fik lokaler på Københavns Militærhospital på Tagensvej. I 1934 udvidedes denne med en neurokirurgisk service, der 1939 etableredes som selvstændig afdeling.
5. Afdelingen for sindssygdomme blev — i 1942—43 — udvidet med en børnepsykiatrisk afdeling.
6. I 1932—34 opførtes en ny afdeling for sindssygdomme med tilhørende sygeplejerskebolig i det nordlige hjørne af hospitalets grund.
7. I 1942—43 er foretaget en mindre tilbygning til fødeafdelingerne A. og B.
8. Samme år blev børneafdelingen udvidet ved en tilbygning til poliklinikbygningen.

Hospitalets bygninger og kritik af disses placering.

Hospitalet består af et *centralkompleks*, der optages af de 2 medicinske og 2 kirurgiske afdelinger, auditorier m. v. og røntgenafdelingen samt en *ring af bygninger* uden om central- komplekset. Dette og de perifere bygninger er adskilt ved en ringvej.

Centralkomplekset omfatter 12 pavilloner, af hvilke 5 på hver side er forbundet med en overdækket gang. De 2 resterende pavilloner er sammenbygget med kirken. Fortil afsluttes komplekset af 2 større bygninger, der har tilslutning til den overbyggede gang; den ene rummer medicinsk auditorium og laboratorier m. m., den anden kirurgiske auditorium, operationsstuer og laboratorier m. m. Imellem pavillionerne 1 og 2 er den nuværende røntgenafdelingsbygning indbygget i centralkomplekset.

I kompleksets, og dermed i hele hospitalets, centrum findes grønnegården, der således indtager den centrale del af hospitalets terrain.

Uden om centralkomplekset og *uden for ringvejen* grupperer sig — foruden universitetets videnskabelige instituter — hospitalets øvrige bygninger, nemlig administrationsbygning med skade- og visitationsstue, øjenafdelingsbygning, den tidligere røntgenklinik (nu indeholdende den medicinske og den kirurgiske poliklinik og tandklinik), børneafdelingens poliklinikbygning, børneafdelingens bygning, fødeafdelingernes bygning, kedelhus, køkken- og vaskeribygning, den psykiatriske afdelings bygninger (afdelingen for voksne, børnepsykiatrisk afdeling og afdelingens sygeplejerskebolig), værkstedsbygningen, sektionsstuen for universitetets institut for patologisk anatomi, kapellet, bade- og massageklinikbygningen, sygeplejerskeboligen, afdelingen for hud- og kønssygdomme samt øre-, næse- og halsafdelingen og endelig direktørboligen og nogle overlægeboliger.

Centralkomplekset må betragtes som den mindst tidssvarende del af hospitalet. Den i centrum beliggende grønnegård indtager den mest værdifulde del af hospitalets terrain, hvor man i moderne hospitalsbyggeri anbringer særligt høje bygninger med det størst mulige antal af de for hospitalets funktioner vigtigste afdelinger og klinikker, for at transportlinierne skal blive så korte som muligt.

Pavillonsystemet omkring grønnegården har den ulempe, at det medfører en stor spredning, hvilket sinker og besværliggør arbejdet på den enkelte afdeling, ligesom det i høj grad vanskeliggør den nære kontakt mellem de forskellige afdelinger til skade for det samarbejde, der under lægevidenskabens udvikling i stedse stigende grad er blevet nødvendigt. Desuden medfører pavillonsystemet, at mange patienter cfagligt må transporteres lange strækninger i fri luft fra de sygestuer, hvor de ligger, til de forskellige klinikker, hvor de skal undersøges eller behandles.

I modsætning til centralkomplekset har størstedelen af *de uden om ringvejen grupperede bygninger* enkeltvis betragtet vist sig at være således anlagt, at de fremdeles hver for sig er tidssvarende eller i hvert fald med mindre ændringer vil kunne blive det. En undtagelse danner alene bade- og massageklinikken, der fra første færd har været uheldig i sit anlæg, og værkstedsbygningen, som må anses for ganske uhensigtsmæssig. Enkelte andre af bygningerne i dette perifere kompleks, således administrationsbygningen med dens boliger for reservelæger og kandidater, afdelingen for børnesygdomme og afdelingen for hud- og kønssygdomme, poliklinikbygningen samt køkkenet trænger allerede nu, og vil under hospitalets fortsatte udvikling i endnu højere grad komme til at trænge til udvidelser, men er iøvrigt hver for sig fuldt ud brugbare. Den væsentligste mangel ved bygningerne uden for ringvejen er deres perifere beliggenhed som en kreds af adskilte bygninger, hvilket bidrager meget til hospitalets altfor store spredning på terrainet og til transportforholdenes vanskeliggørelse.

B. Pladsforholdene.

I 1912 var Rigshospitalets normerede sengeantal (eksklusive fødeafdelingerne) 677 og antallet af behandlede patienter (eksklusive fødeafdelingerne) 5 709. I 1950 var de tilsvarende tal 1 126 og 17 900. Sengetallet, belægningen og sygedagenes fordeling for de enkelte afdelinger fremgår af den som bilag 1 medtagne skematiske oversigt over de nuværende afdelinger, ligesom antallet af ambulant behandlede patienter fremgår af den som bilag 2 medtagne oversigt over poliklinikker (ambulatorier) og klinikafdelinger.

Bilag 1.

Bilag 2.

Til dækning af det øgede pladsbehov er der i de forløbne godt 40 år, som ovenfor anført, af større bygningsmæssige forandringer kun udført, hvad der var tvingende nødvendigt på grund af røntgenologiens fremgang, hvortil kommer opførelse af den psyki-

triske afdeling og dennes udvidelse med en b ørnepsykiatrisk specialafdeling. Oprettelsen af den neuromedicinske og den neurokirurgiske afdeling har ikke medført nybygninger, idet disse afdelinger som nævnt er blevet midlertidigt installeret på Militærhospitalet.

Pladsmangelen på afdelingerne illustreres ved den stærke stigning i patienttal og antallet af konsultationer. Antallet af sygedage er også steget betydeligt, uanset at den gennemsnitlige liggetid pr. patient er forkortet næsten til det halve, nemlig fra 36,83 i 1912 til 19,98 i 1950. Forkortelsen af den enkelte patients liggetid giver tillige et indtryk af den intensivning af lægearbejdet på afdelingerne, som har fundet sted i det forløbne tidsrum. Yderligere er det lægelige arbejde med den enkelte patient forøget stærkt på grund af udbygget undervisnings- og behandlingsteknik; dette gælder også det videnskabelige arbejde.

C. De enkelte enheder og kommissionens kritik af disse (herunder ønskelige udvidelser).

1—3.)* *Skade- og visitationsstuerne.* Disse enheder har lokalfællesskab, hvilket er uheldigt. Det medfører, at f. eks. børn og nervøse ved deres optagelse på hospitalet kan blive udsat for at overvære indbringelse af tilskadekomne. Pladsmanglen er følelig. Tilkørselsforholdene for ambulancerne gennem hospitalets hovedport er lidet betryggende specielt i en katastrofesituation, hvor en sammenstyrtning af porten vil kunne umuliggøre tilkørsel af ambulancer. Ved den store luftværnsøvelse under besættelsen blev disse forhold da også med rette stærkt kritiseret. En yderligere væsentlig mangel er det, at visitationsstuen (modtageafdelingen), hvor de nyindlagte patienter modtages, kommer i bad, lægges i seng eller på bære, ligger for langt fra sengeafsnittene, navnlig da transporten må foregå i fri luft. Endelig er det særdeles uheldigt, at skadestuen ligger for langt fra operationsstuerne og røntgenklinikken og uden bygningsmæssig forbindelse til disse dele af hospitalet.

4—11. *De medicinske og kirurgiske afdelinger med auditorier og poliklinikker.*

Sygepavillonerne 1—12. Som allerede nævnt er pavillonernes spredte beliggenhed uheldig. Den store afstand mellem pavillonerne og de steder, hvor undersøgelser og specialbehandlinger foregår, medfører idelige transporter af patienterne tildels i fri luft, hvilket er tidsrøvende og til stor ulempe for patienterne. Selve pavillonerne er i alt væsentligt indrettet med meget store stuer (28—30 senge), der kun ufuldstændigt — med korte og lave spanske vægge — er opdelt i mindre afsnit. Disse store stuer er ubehagelige opholdssteder for patienterne og giver anledning til idelige og berettigede klager. Det er umuligt at skaffe ro på dem, og isolation af særlig dårlige, nyopererede, hostende eller på anden måde for omgivelserne generende patienter, er umulig. Manglen på mindre stuer og eneværelser har længe været følelig og bliver, efterhånden som alle landets nyere hospitalsbygninger har afskaffet de store stuer, og befolkningen er vænnet til de langt mere hensigtsmæssige mindre stuer, stedse mere trykkende.

Man har haft under overvejelse, om pavillonerne ikke gennem ombygning kunne ændres, så de blev mere tidssvarende, og det halve af 1. sals-etagen i en af de medicinske pavilloner (6) er forsøgsvis blevet opdelt i mindre rum. Resultatet er nok en forbedring, men er dog behæftet med afgørende mangler i forhold til den betydelige bekostning. Hertil

*) Nummereringen refererer sig til den i konkurrenceprogrammets afsnit VI foretagne nummerering af de enkelte enheder.

kommer, at loftshøjden er så stor som 4,30 m og varmesystemet dårligt, af hvilke grunde pavillonerne er kostbare i drift.

Auditoriebygningerne. Den medicinske auditoriebygning, der rummer auditorier, lægekontorer, arkiver, forskellige behandlingsrum og laboratorierne for de to medicinske afdelinger A. og B., er for lille. Dette skyldes navnlig, at de sidste 40 års udvikling inden for lægekunsten har medført en overordentlig vækst af specialundersøgelsernes antal og omfang. Hertil kommer, at det må anses for nødvendigt fremtidigt at have tre lige store medicinske afdelinger ved hospitalet, dels af hensyn til undervisningen, dels på grund af den fremadskridende specialisering, som ikke alene er meget udtalt for kirurgiens vedkommende, men som også begynder at gøre sig stærkt gældende for medicinens.

Den kirurgiske auditoriebygningss operationsstuer, som er indrettet til to kirurgiske servicier, afdeling C. og D., benyttes nu af fire, nemlig tillige af lungekirurgisk afdeling og kæbekirurgisk service. Patienterne kan derfor risikere at måtte ligge på afdelingerne og vente i længere tid, før der bliver ledigt på operationsstuerne. Operationsstuerne er utidsvarende, specielt mangler narkoserum og observationsrum. For narkoselægen med hans hjælpere og instrumenter savnes der ganske lokaler.

Det anses ikke for givet, at auditoriebygningerne fortsat må have samme indhold som nu, idet mere eller mindre af dette evt. må anbringes andetsteds. Der tænkes særligt på placeringen af de forskellige afdelingskontorer.

Kirurgisk og medicinsk poliklinik. Disse poliklinikker, som har til huse i den i 1920 opførte første selvstændige røntgenklinikbygning, lider stærkt under pladsmangel, og det føles som en stor ulempe, at de til de to ambulatorier knyttede sengepladser er beliggende andetsteds, således at personalet må arbejde to adskilte steder, at operationsstuerne og laboratorierne findes i auditoriebygningen, og at journalerne for indlagte og for ambulantly behandlede patienter findes to forskellige steder.

I det fremtidige Rigshospital ønskes tre ens medicinske afdelinger med hver sit ambulatorium til ca. 2 000 nye patienter årlig. Ligeledes ønskes tre ens kirurgiske afdelinger, heraf en til *thoraxkirurgi* (d. v. s. brystkassekirurgien, omfattende lunge- og hjertekirurgi). For dette speciales vedkommende har man foreløbig som en slags midlertidig nødhjælp etableret den ordning, at lederen af kirurgisk afdeling C har overladt 25 senge til chefen for kirurgisk poliklinik.

12. *Lægevidenskabeligt bibliotek.* Blandt andet af pladsbesparende grunde er det ønskeligt at samle de medicinske og kirurgiske biblioteker i et centralt lægevidenskabeligt bibliotek.

13. *Røntgendiagnostisk afdeling.* Udviklingen i røntgenologien har været så omfattende, at en betydelig udvidelse af den i 1936 indrettede nye røntgenafdeling vil blive påkrævet. Da røntgenundersøgelserne er af betydning for samtlige andre discipliner på hospitalet, danner røntgenafdelingen flaskehals for hele hospitalet; en fremtidig afdeling bør placeres meget centralt i komplekset.

14. Den omstændighed, at Radiumstationen ved sin oprettelse i 1913 ikke blev knyttet til Rigshospitalet, har medført, at adskillige vigtige sygdomsgrupper drages bort fra Rigshospitalet, hvor patienter med disse sygdomme nu sjældent eller aldrig ses til stor skade for undervisningen. Oprettelsen af en *røntgenterapeutisk afdeling* på Rigshospitalet er derfor stærkt ønskelig.

15—16. *Laboratorier.* Efter den sidste menneskealders stærke udvikling af de kliniske laboratorieundersøgelser metodik og anvendelsesområde må laboratoriepladsen på Rigshospitalet anses for ganske utilstrækkelig. Samtidig er den hidtil — med uvæsentlige undtagelser — anvendte decentralisering af arbejdet, således at hver afdeling udfører sine egne undersøgelser, blevet skadelig for resultaternes pålidelighed og uøkonomisk både i henseende til anlæg og drift. På store hospitaler er man derfor i de senere år mere og mere gået over til at indrette *centrallaboratorier*, og det samme må ske for Rigshospitalets vedkommende. Oprettelsen af et centrallaboratorium vil dog ikke gøre de enkelte afdelingslaboratorier overflødige. De må bevares til udførelse dels af sådanne specielle undersøgelser, som er et led i de pågældende afdelingers videnskabelige arbejde, dels af visse rutineundersøgelser, der er så lette og hurtige at udføre, at transporten af prøverne til centrallaboratoriet ikke betaler sig.

17. For øjeblikket er en *blodbank* under indretning i kirurgisk auditoriebygnings loftslokale; men under hensyn til dens placering vil den næppe kunne indgå som led i et nyt hospital.

18. Kæbekirurgien har udviklet sig til et selvstændigt speciale, som Rigshospitalet for ikke at blive distanceret i tide har optaget derved, at 16 senge af kirurgisk afdeling D er blevet stillet til rådighed for læreren i kirurgi ved Tandlægehøjskolen, som har specialiseret sig i kæbekirurgi. En *kæbekirurgisk afdeling*, omfattende et mindre antal senge og et mindre operationsafsnit, må fremtidigt finde plads i nær tilknytning til Rigshospitalets tandklinik.

Tandklinikken er alt for lille og ikke tidssvarende i sin indretning.

19—20. En *ortopædisk afdeling* og en afdeling for *plastikkirurgi* har længe været savnet såvel af hensyn til undervisningen som patientbehandlingen og det videnskabelige arbejde.

21—22. *Den neuromedicinske og den neurokirurgiske afdeling.* Det må betragtes som en væsentlig ulempe ved hospitalet, at de neurologiske afdelinger er anbragt i Militærhospitalet på Tagensvej. Lægevidenskabens udvikling såvel som den enkelte patients behandling beror i udstrakt grad på et intimt samarbejde mellem de forskellige specialafdelinger. Dette samarbejde vanskeliggøres i alle tilfælde og umuliggøres i stort omfang ved de to nævnte afdelingers fjerne beliggenhed. De for den neuromedicinske diagnostik så vigtige øjen- og øreundersøgelser må på grund af afstanden overlades de militære kliniker, hvorved studenterne afskæres fra at lære disse tilfælde at kende under deres kursus i øjen- og øresygdomme på Rigshospitalet.

23. Savnet af en særlig *afdeling for lungetuberkulose* har gennem en lang årrække været meget føleligt. Undervisningen i diagnosen og behandlingen af lungetuberkulose er en meget væsentlig del af undervisningen i intern medicin; men de medicinske afdelinger har på grund af pladsforholdene kun i ringe omfang kunnet skaffe plads til lungetuberkulosepatienter, der desuden bør isoleres og have eget køkken med apparatur til kogning af deres service.

24. Som allerede berørt er *bade- og massageklinikken* behæftet med store fejl. Bygningens beliggenhed er uheldig, idet der ikke er lukket forbindelse med de afdelinger, på hvilke de behandlede patienter ligger. Dette medfører, at patienterne, der som oftest dårligt tåler afkøling, må bringes til behandling ved transport i fri luft, tilmed tværs over ringvejen, der er hospitalets vigtigste indre færdselsåre. I selve klinikbygningen må patienterne trans-

porteres ad ubekvemme trapper. Pladsforholdene er dårlige, så undersøgelse og behandling af patienter må foregå i lokaler, hvor flere undersøges samtidig. Gennemførelse af et tilfredsstillende klinisk arbejde er yderst vanskeligt, undervisning praktisk talt umuligt.

Hertil kommer, at der til bade- og massageklinikken bør være knyttet en mindre sengeafdeling, da den selvstændige kliniske forskning ikke godt lader sig gennemføre, når klinikens leder ikke råder over egne sengepladser.

25. Den nuværende *arbejdsmedicinske klinik*, der har kontorer i dermatologisk afdelings kælderetage og benytter denne afdelings polikliniklokaler i stueetagen, har upraktiske lokaleforhold.

26—27. *Oftalmologisk afdeling* (øjsygdomme) og *otolaryngologisk afdeling* (øre-, næse- og halssygdomme) har til huse i to selvstændige bygninger, som under forudsætning af, at forskellige lokaler, der nu anvendes til andet formål, frigøres, må skønnes tilstrækkelige til at virke fyldestgørende ved et nyt hospital.

28. *Afdelingen for børnesygdomme* behøver en ret betydelig udvidelse og savner bygningsmæssig forbindelse med de øvrige hospitalsenheder. Skal afdelingen forblive i de nuværende bygninger, må forskellige "bygningsmæssige forbedringer foretages.

29. For *dermatologisk afdelings* vedkommende er vel forskellige mindre ændringer ønskelige; men bygningen vil som helhed være tilfredsstillende ved et nyt hospital.

30—34. *Fødeafdelingerne* A. og B. og de dertil knyttede afdelinger (I., L., M.) ligger noget isoleret og savner navnlig bygningsmæssig forbindelse til røntgenklinik og visse ambulatorier. Iøvrigt lider afdelingerne af forskellige indre ulemper, der dog forholdsvis let kan afhjælpes eller bedres.

35. *Psykiatrisk afdeling* med børnepsykiatrisk afdeling skønnes i det store og hele tilfredsstillende.

36. *Hospitalets apotek*, der i øjeblikket er beliggende i kælderetagen under fødeafdeling B., bør af hensyn til brand- og eksplosionsfare flyttes til en selvstændig bygning. Apoteket har længe lidt under betydelig pladmangel.

37. *Sektionsstuen* ligger noget vel perifert på terrainet. Dens kapacitet har hidtil været tilstrækkelig, men kan forventes at ville blive overskredet ved en udvidelse af hospitalet.

38. *Fotografisk og grafisk atelier*. Udførelse af kurver og diagrammer til de fra hospitalet offentliggjorte talrige videnskabelige afhandlinger må i øjeblikket foretages enten af forfatteren selv eller af private grafiske ateliers. En centralisering af dette arbejde på Rigshospitalet, eventuelt i forbindelse med det fremtidige fotografiske atelier, vil være rimelig.

39. *Læse- og spiselokaler for studenterne*. Til brug for studenterne i pauser mellem forelæsningerne har man til læsning eller frokostspisning indrettet et par kælderlokaler under afdeling F.; men her er kun plads til en brøkdel af studenterne. Til en *medicinsk studiesal*, hvis oprettelse er anbefalet af fakultetet, har det ikke været muligt at finde nogen plads.

40. Til aflastning af den meget vigtige plads, som nu optages rundt på afdelingernes kontorer til opbevaring af gamle journaler, ønskes et *centralarkiv* for ældre journalårge.

41. *Patientbiblioteket*, der på det nuværende hospital deler lokaler med kordegnkontoret, er ganske utilfredsstillende.

42—44. *Sygeplejerskeskolen*, der har lokaler i sygeplejerskeboligen, har i flere år lidt under betydelig pladsmangel. Dette skyldes dels øget antal elever, dels mere intensiv undervisning og endelig nutidens forøgede krav med hensyn til boligforhold.

En udvidelse af den i sygeplejerskeboligen indrettede *sygeafdeling for funktionærer* er meget ønskelig.

45. Den forventede koncentration af det nye hospital vil gøre oprettelsen af en *portørcentral* hensigtsmæssig.

46—48. *Transportforholdene på hospitalet* har altid været dårlige. Dette er i nogen grad en uundgåelig ulempe ved hospitaler, der er anlagt efter pavillonsystemet; men meget kunne dog være opnået, hvis man som f. eks. på Bispebjerg hospital fra begyndelsen havde anlagt et tunnelsystem mellem de vigtigste bygninger. Med det stigende samarbejde, der i stadig større omfang medfører transport af patienter til undersøgelse og behandling på andre afdelinger og klinikker end den, hvor de er indlagte, er transportmidlernes mangler blevet stedse mere følelige.

49 og 52—54. Den nuværende *køkken- og vaskeribygning*, der tillige bl. a. indeholder systuer og linnedmagasin, må antages også at kunne rumme det fremtidige køkken; men der må foretages en del ændringer. Blandt andet på grund af pladsmangel bør vaskeriet flyttes, og systuer og linnedmagasin må da følge med.

Det nuværende system for transport af mad fra køkken til hospitalets afdelinger må anses for ganske utidssvarende.

50. Det må findes rimeligt, at der også i det nye hospital indrettes et særskilt lokale til *det medicinske studenterråd*.

51. *Kantiner*. Funktionærerne spiser nu spredt på forskellige steder delvis under ret utilfredsstillende forhold, hvilket utvivlsomt betyder spild af såvel tid som madvarer. Den opmuntring og samfølelse, som et personale opnår ved fælles indtagelse af måltider i tiltalende omgivelser, eventuelt med adgang til at vælge mellem forskellige retter, savnes ganske på hospitalet.

55. De nuværende *kontorlokaler i administrationsbygningen* er utilstrækkelige; men ved inddragning af yderligere lokaler (lægerådssal og forvalterbolig) vil der kunne indvindes tilstrækkelig yderligere plads.

56. *Repræsentationslokaler*. Hospitalets mødesal, der blandt andet benyttes af lægerådet, er nu for lille, og der savnes ganske lokaler til modtagelse af de grupper af udenlandske læger og hospitalsadministratorer, som i stigende grad besøger hospitalet. Den for sådanne besøg nødvendige gæstfrihed har hidtil måtte udøves enten privat eller i sygeplejerskeboligens spise- og dagligstuer.

57. Hospitalets nuværende *varmeanlæg* må anses for nu at have nået topbelastning.

58. *Maskinafdelingen* i kedel- og maskinhuset trænger til modernisering og lokaleudvidelse, bl. a. til værkstedsplads.

Hospitalets *værkstedbygning* udnytter sin placering på grunden dårligt og er lidet egnet til formålet.

59. *Funktionærboliger*.

Sygeplejerskeboligen har, som den nu er, længe ikke kunnet opfylde de boligmæssige krav, som sygeplejerskestanden med føje stiller. I tidens løb er en hel del sygeplejersker

flyttet fra hospitalet, og det bør også i fremtiden overlades et betydeligt antal sygeplejersker, for så vidt de måtte ønske det, selv at skaffe sig bolig ude i byen; men dels vil dette antal formentlig blive mindre den dag, hospitalet igen kan byde på tidssvarende boliger, dels er det af hensyn til en eventuel katastrofesituation og af andre grunde nødvendigt, at et ret betydeligt antal sygeplejersker bor på hospitalet.

For *husmedhjælpere* gør noget lignende forhold sig gældende. De nuværende boliger for denne del af personalet er til dels kælderværelser.

For *funktionærer*, der ikke har bolig på hospitalet, mangler i vidt omfang rum til omklædning, skabsrum m. m.

Hospitalet har længe haft for få *boliger til reservelæger og kandidater*.

De nuværende reservelæge- og kandidatboliger er dels placerede i administrationsbygningen, dels anbragt spredt i bygningerne for de pågældende afdelinger. Den sidstnævnte placering kan såvel fordele som ulemper. Sålænge hospitalets afdelinger er spredt i et større antal bygninger, vil en vis grad af decentralisering med hensyn til lægepersonalets boliger dog formentlig være praktisk.

Også antallet af *overlægeboliger* er mindre end, hvad ønskeligt er af hensyn til hospitalets tarv, og dette misforhold vil yderligere øges ved oprettelsen af nye afdelinger. Der mangler og vil komme til at mangle boliger for overlægerne ved afdelingerne F., Gt., N., NK, O, P. og E., samt cheferne for centrallaboratorium og blodbank og narkoseoverlægen.

60. En *vuggestue og børnehave* for børn af funktionærer og studenter savnes.

61. *Diverse*.

For *beskæftigelsesterapeuter* vil der ved en udvidelse af hospitalet blive brug for flere lokaler.

Hospitalets *cyklestalde* for funktionærer og studenter har længe været ganske utilstrækkelige.

Tilfredsstillende *bekvemmeligheder for de besøgende* savnes ganske på Rigshospitalet. Da hospitalet modtager patienter fra hele landet, og de pårørende derfor ofte kommer med trafikforbindelser, hvis tider ikke passer i besøgstiden, kan savnet af bekvemmeligheder i ventetiden være føleligt.

Også *parkeringsplads* mangler.

Kommissionens forslag.

A. Almindelige bemærkninger.

Som grundlag for nærværende betænkning har kommissionen haft den af konkurrenceudvalget under 3. marts 1952 afgivne beretning og indstilling med bilag. Denne indstilling indeholder de af udvalget på basis af en detaljeret og kritisk gennemgang af de fremtidige pladskrav vedtagne forslag, hvis motivering underbygges af et særdeles vægtigt bilagsmateriale. Kommissionsbetænkningen følger nøje disse forslag.

Konkurrenceudvalgets beretning består iøvrigt af følgende 3 hovedafsnit:

I. Et af Rigshospitalets lægeråd gennem professor *Ehlers* i september 1950 afgivet udkast til konkurrenceprogram vedrørende ombygning og udvidelse af Rigshospitalet.

II. Udvalgets på basis af lægerådsforslaget udarbejdede redegørelse, sluttende med indstilling om dimensionering af hospitalets enkelte enheder.

III. Udkast til program for en skitsekonkurrence om forslag til ombygning og udvidelse af Rigshospitalet.

Den 2. september 1950 modtog udvalget fra lægerådets formand, professor *Ehlers*, et udkast til konkurrenceprogram, hvorom professor *Ehlers* har oplyst, at det er udarbejdet af lægerådet på basis af mere detaljerede indstillinger fra de enkelte afdelingers chefer, og at disse indstillinger i lægerådets forslag var koordineret, til en vis grad reduceret, og forsynet med forskellige oversigter samt med en fremstilling af de krav til hospitalsmæssig funktion og organisation, som skønnes at måtte opfyldes. Professoren oplyste derhos, at forslaget var tænkt som udkast til et program, der, efter fornøden behandling i udvalget, kunne bruges til en idekonkurrence.

De i lægerådsforslaget ønskede forbedringer er ved en i statens bygningsdirektorat foretaget beregning opgjort til ialt 82 931 m² netto (altså eksklusive mure, gange, trapper, elevatorer etc.), såfremt forbedringen nødvendiggjorde fuldstændig nyopførte bygninger. Det nuværende Rigshospitals bruttoareal udgør ca. 95 549 m². Konkurrenceudvalget var af den opfattelse, at det ville være nødvendigt at søge pladskravene reduceret. Hertil kom, at det, såfremt det kunne lykkes at fastlægge de enkelte afsnits pladskrav i det udvidede hospital med rimelig præcision, ville være muligt at lade den påtænkte konkurrence blive en skitsekonkurrence, hvorved man kunne nå væsentligt videre end ved en idekonkurrence, idet der da kunne udarbejdes skitseforslag af en sådan karakter, at det på grundlag heraf kunne blive muligt at vurdere, om det kommende byggearbejde turde overlades en forslagsstiller, hvilket næppe ville være muligt alene på grundlag af en ren idekonkurrence.

Konkurrenceudvalget har — i alt væsentligt på basis af i forvejen af udvalgets formand udarbejdede bemærkninger og ændringsforslag — nøje gennemgået lægerådsforslagets pladskrav for de enkelte enheder ved det fremtidige hospital. Foruden at tilkalde sagkyndig bistand udefra (jfr. de enkelte enheder under anmærkningerne til konkurrence-

programmets afsnit a, VI) har man til støtte ved gennemgangen haft et af formanden udarbejdet kartotek over et fra de besøgte fremmede hospitaler indhentet, omfattende materiale. Endvidere har chefarkitekt *Peter Nielsen* ladet foretage opmålinger over udvalgte afsnit af det fremmede tegningsmateriale, ligesom han har foretaget en opgørelse over pladskravene ifølge lægerådsforslaget.

Resultatet er blevet, at man har fundet det rimeligt og bedst stemmende med de funktionelle krav til et fremtidigt Rigshospital at reducere lægerådsforslagets nettokrav med 25 794 m² til ialt 57 137 m². Når en sådan reduktion har kunnet opnås, skyldes det foruden den mulighed for reduktion, som allerede må ligge i, at en del af lægechefernes forslag naturligt har været baseret på en skønsommæssig arealberegning, væsentligst, at man er enedes om at fastsætte de almindelige afdelingers sengetal til 96 mod lægerådsforslagets 120 senge, samt at man for at opnå en mere intensiv benyttelse af de bekostelige installationer, navnlig på røntgendiagnostisk afdeling og fysiurgisk klinik, har regnet med en udvidelse af den fremtidige daglige arbejdstid til 8 timer. Konkurrenceudvalget har derhos foretaget en kritisk gennemgang af alle birumskrav.

Med hensyn til en nærmere specifikation over de opnåede reduktioner henvises til den som bilag 3 medtagne totalopgørelse.

Bilag 3.

Nedenfor i afsnit B.) Udkast til program for en skitsekonkurrence om forslag til ombygning og udvidelse af Rigshospitalet, følger under VI en detaljeret gennemgang af de rumdimensioneringer, man er enedes om.

Nærmere motivering for arealernes fastsættelse følger i afsnittet „Anmærkninger til konkurrenceprogrammet“. Det bemærkes i denne forbindelse, at de arealkrav, man er nået til, principielt udtrykker minimumskrav. Kommissionen har den opfattelse, at disse minimumskrav er forsvarlige; om fornødent kan man under detailprojekteringen opbygge arbejdsmodeller af enkelte enheder i naturlig størrelse, således som det er sket ved andet hospitalsbyggeri her og i udlandet.

Forslaget til det fremtidige Rigshospital går i store træk ud på følgende:

- 1) Indretning af 6 nye afdelinger for henholdsvis radioterapi, ortopædi, plastikkirurgi, tuberkulose, neuromedicin og neurokirurgi — af hvilke de to sidstnævnte nu findes på Københavns Militærhospital — samt forbedring af en del af de øvrige afdelinger. Det samlede sengeantal foreslås forøget fra 1 184 til 1 808 (incl. fødeafdelingerne).
- 2) Indretning af centrallaboratorium og blodbank.
- 3) Overgang fra store sygestuer til sygestuer på højst 6 eller 4 senge.
- 4) Centralisering af hospitalet og tilvejebringelse af tunnelforbindelse mellem hospitalets bygninger.
- 5) Mere intensiv benyttelse af lokaler — navnlig på klinikerne for røntgendiagnostik og fysiurgi.
- 6) Bortflytning fra hospitalsgrunden af vaskeriet m. v. og visse boliger.

Man har forud for udarbejdelsen af forslaget drøftet, om det skulle betragtes som givet, at hospitalets nuværende placering bør opretholdes, eller om man eventuelt andetsteds burde opføre et nyt, komplet hospital fra grunden. Herved kunne man undgå at gøre indgreb i hospitalets daglige arbejde i byggeperioden, hvorhos man, når denne var sluttet, kunne disponere over den nuværende hospitalsgrund med bebyggelse til andet formål;

en sådan løsning ville derhos være en simplere opgave end en udvidelse af det nuværende hospital og måske give i hvert fald et relativt billigere resultat.

Der er imidlertid enighed om, at hospitalet er i så høj grad stedbestedt ved sin tilknytning til universitetet og samarbejdet med universitetsbiblioteket og de øvrige naturvidenskabelige, særlig lægevidenskabelige instituter på Nørre Fælled, at en flytning til en fjernere plads, eventuelt uden for byen, må være udelukket, såfremt de fornødne udvidelser skønnes at kunne rummes på den nuværende grund.

Med henblik på muligheden for at anbringe det foreslåede nye hospital på den til rådighed værende grund skal følgende bemærkes:

Hospitalet har et samlet grundareal (uden tillægsareal, d. v. s. andel i veje m. v.) på ca. 118 877 m² (ca. 22 tdr. land), og som tillægsareal (andel i vejarealer m. v.) kan der regnes med yderligere ca. 11691 m², altså ialt 130 568 m². Bruttoetagearealet af de nuværende bygninger på grunden er ca. 95 549 m². Dette svarer til en udnyttelsesgrad af grunden på ca. 0,73. Da hospitalet ligger i II. grundkreds, kan udnyttelsesgraden i givet fald (teoretisk) gå op til 2,0, hvilket vil sige, at der i yderste fald teoretisk kan skaffes plads til yderligere indtil ca. 165 000 m² etageareal brutto. Det teoretisk opnåelige vil dog være praktisk uigennemførligt, særlig når man så vidt muligt vil undgå nedrivning af bygninger, der isoleret betragtet er fuldt ud anvendelige efter deres formål.

Uden på nogen måde at ville foregribe arkitektkonkurrencens resultat, har man foretaget en orienterende undersøgelse af muligheden for anbringelse af de ønskede nybygninger, der — som anført overfor — vil omfatte 57 137 m² etageareal, jfr. bilag 4.

Bilag 4. De enheder, der efter kommissionens skøn af samarbejdshensyn helst bør anbringes i et kommende centralkompleks, udgør 31 250 m² netto, medens enkelte af pavillonerne (4), den nuværende medicinske og kirurgiske poliklinikbygning og en af auditoriebygningerne kan finde fornuftig anvendelse til anbringelse af andre enheder (med ialt 11 475 m² nettoetageareal). Det herefter resterende nettoareal på 14 412 m², hvoraf halvdelen udgøres af boliger, og en væsentlig del af resten udgøres af tunnelsystemet, må der skaffes plads til uden for centralkomplekset og den nuværende bebyggelse.

Centralkompleksets nettoareal	31 250 m ²
med tillæg for mure, gange, trapper, elevatorer etc., anslået til 80 pct. efter erfaringerne fra det nuvæ- rende Rigshospital og hovedparten af de under- søgte fremmede hospitaler	25 000 -
giver som bruttoetageareal	<u>56 250 m²</u>

Med et etageantal på 6 svarer dette til et bruttoareal pr. etage på 9 375 m² eller med en bygningsbredde på ca. 15 m til en bygningslængde i centralkomplekset på 625 løbende m.

En bygning af denne samlede størrelse vil antagelig kunne anbringes som centralkompleks, selv om man undlader nedrivning af enkelte pavilloner m. v. som foran forudsat.

Vanskeligere vil det blive at finde plads til værksteder, boliger etc. Den rektangulære ubebyggede grund mellem psykiatrisk afdeling og Frederik d. V's vej, der benyttes til brændselslager o. l., vil det antagelig være nødvendigt delvis at bebygge (således kunne måske i forbindelse med radioterapeutisk afdeling afsnittene med bestrålingsfare anbringes her).

Hvis forsyningsforholdene tillader, at denne grund som helhed frigøres for kuloplag og lignende, og den delvis udnyttes af radiumstation og værksteder, vil dens anvendelighed som beboelsesgrund imidlertid afgørende forringes, og ibrugtagning som beboelsesgrund vil omvendt i ret vidt omfang præjudicere anden benyttelse.

Det fremgår af det ovenanførte, at hospitalsgrunden vel er tilstrækkelig, men dog kun frembyder særdeles knebne pladsforhold for gennemførelsen af forslaget til det nye Rigshospital. Men hertil kommer, at forslaget vil repræsentere en så intensiv udnyttelse af grundens muligheder, at disse dermed i alt væsentligt vil være udtømt, og at der herefter ikke på grunden vil kunne skaffes plads til de yderligere udvidelser, som lægevidenskabens fremskridt må forventes at ville gøre nødvendige i fremtiden.

Med henblik på en mulig udvidelse af grunden ved erhvervelse af parkarealet mellem Tagensvej og Juliane Mariesvej — en ubebygget grundstrimmel, som i sin tid er udlagt mellem Rigshospitalet og Blegdamshospitalet af hensyn til smittefare fra det sidstnævnte hospital (et hensyn, som man ikke længere tillægger nogen som helst betydning) — har konkurrenceudvalget allerede på et tidligt tidspunkt af arbejdet forespurgt Københavns magistrat, om tilsagn til en sådan erhvervelse kunne forventes.

Imidlertid har magistraten, således som det fremgår af den som bilag 5 medtagne **Bilag 5.** skrivelse af 26. juni 1950, stillet sig noget afvisende overfor tanken uden dog at tage absolut og definitiv afstand fra den.

Også en erhvervelse af den sydvestlige trekant af Fælledparken mellem Borgmester Jensens Alle og Nørre Alle har været drøftet, og under hensyn til den nøjere vurdering af hospitalsgrundens fremtidige udnyttelse, som nu er blevet mulig gennem den detaljerede udarbejdelse af det fremtidige hospitals pladskrav, har kommissionen, således som det fremgår af bilag 6, ved skrivelse af 17. april 1952 rettet henvendelse til Undervisningsministeriet **Bilag 6.** med anmodning om, at betimeligheden af en henvendelse til Københavns kommune om erhvervelse af de nævnte naboarealer tages under overvejelse.

Skulle et eventuelt tilsagn fra kommunen kunne opnås inden udskrivningen af arkitektkonkurrencen, må konkurrenceprogrammet, som kun bygger på en udnyttelse af den nuværende hospitalsgrund, ændres i overensstemmelse med tilsagnet.

Som separate opgaver, der ikke præjudicerer arkitektkonkurrencens afholdelse, skal man foreslå:

- 1) at der angående visse enheder, som foreslås bortflyttet fra hospitalsgrunden, f. eks. vaskeri og evt. visse boliger, samt om fjernvarme optages forhandling om samarbejde med Københavns Militærhospital og for varmens vedkommende tillige en koordinering med universitetets interesser, (jfr. siderne 95, 99—100 og 108).
- 2) at der optages forhandling med Landsforeningen til Kræftens Bekæmpelse om økonomisk støtte til opførelse og/eller drift af Rigshospitalets radiumstation, (jfr. side 78),
- 3) at der optages forhandling med Københavns kommune med henblik på eventuel deltagelse i udgifterne vedrørende Rigshospitalets tuberkuloseafdeling, (jfr. side 82), samt
- 4) at der tilvejebringes støtte fra statens side til opførelse af een eller flere andelsboligforeninger for hospitalspersonale (jfr. side 108).

Et mindretal (*M. C. Korsgaard*) ønsker punkt 3) affattet således:

at der optages forhandling med Københavns kommune med henblik på eventuel deltagelse i udgifterne vedrørende Rigshospitalets ombygning, samt

Konkurrenceprogrammet. Som ovenfor nævnt har man på et vist tidspunkt været inde på den tanke, at man måtte udskrive en idekonkurrence for blot at få mulighederne belyst.

Den ret detaljerede gennemgang, der er gået forud for forslaget til dimensionering af hospitalets enheder og de generelle direktiver, man har ment at kunne formulere med hensyn til indbyrdes beliggenhed etc., har imidlertid nu gjort opgaven så overskuelig, at det skulle være muligt at foretage en bedømmelse og sammenligning af indkomne forslag på et nogenlunde rationelt grundlag.

Som følge af opgavens præcisering mener man det muligt og rimeligt, uanset dens omfang, at forvente ikke blot en dispositionsplan for grundens fremtidige udnyttelse under hensyntagen til bestående bebyggelse etc., men også en skitse-mæssig udformning af de fundamentale enheder i nybyggeriet.

Under hensyn hertil foreslår man indbudt til en skitsekonkurrence, således som det nærmere fremgår af afsnit B).

Man har drøftet konkurrencen og dens vilkår, oprindeligt med Akademisk Arkitektforenings konkurrenceudvalg og afsluttende med Danske Arkitekters Landsforbunds konkurrenceudvalg.

Akademisk Arkitektforenings konkurrenceregler gælder stadig formelt, men følges ikke og må forventes afløst af et nyt sæt regler, udarbejdet af Danske Arkitekters Landsforbund, ikke endnu endelig vedtaget og trådt i kraft, men faktisk fulgt i vidt omfang. Denne overgangstilstand virker meget komplicerende; men Landsforbundets konkurrenceudvalg har ikke fundet afgørende indvendinger at fremføre mod det nu indstillede konkurrenceprogram, der herefter til sin tid tør påregnes officielt godkendt af Landsforbundet. En forudsætning for den foreliggende indstilling er det, at den nævnte tiltrædelse opnås.

De foreslåede præmiesummer er justeret under hensyntagen til andre udskrevne konkurrencer, som tilnærmelsesvis kan sammenlignes med den her foreslåede.

Udover beløbet til præmier og indkøb, 75 000 kr., må der regnes med 15 000 kr. til omkostninger ved konkurrencen, herunder udgifter til Landsforbundet for dets medvirken, udstilling af projekterne etc., således at den udgiftsbevilling, man foreslår søgt, udgør 90 000 kr.

Kommissionen må indtrængende henstille, at mulighederne for etablering af en konkurrence tilvejebringes snarest muligt.

B. Udkast til program for en skitsekonkurrence om forslag til ombygning og udvidelse af Rigshospitalet.

Undervisningsministeriet indbyder herved til en skitsekonkurrence om forslag til udvidelse og ombygning af Rigshospitalet i henhold til nedenstående betingelser.

Som bilag vedlægges

- A) to situationsplaner i målene 1:2000 og 1:500, der viser hospitalets nuværende bebyggelse og placering i forhold til de omgivende gader og bygningers benyttelse.
- B) 2 tingbogsattester samt udskrift af servitutter.
- C) Matrikelskort over grundene matr. nr. 2641 og 5241, Udenbys Klædebo kvarter.
- D) et sæt fotografier i reproduktion.
- E) en kortfattet redegørelse for Rigshospitalets opgaver.
- F) oversigt over antallet af behandlede patienter på Rigshospitalets afdelinger og klinikker.

Der vil på universitetsbibliotekets afd. 2, Nørre Alle 49, blive anbragt nogle sæt tegninger over det nuværende hospital til udlån mod sikkerhedsstillelse stor kr. , så længe oplag haves, dog således at mindst eet komplet sæt vil blive tilbageholdt til benyttelse på biblioteket.

a. Oplysninger og vejledning.

/. *Indledende bemærkninger.*

Rigshospitalet er beliggende på matr. nr. 2641 og 5241, Udenbys Klædebo kvarter, af areal henholdsvis 98085,1 og 35278,2 m², hvoraf en del af sidstnævnte grund optages af fysiologisk instituts bygninger m. v., se tillige bilag A.

Hospitalets udvidelse og modernisering må holdes indenfor den nuværende hospitalsgrund og nedrivning af eksisterende velegnede bygninger — dog bortset fra fysiurgisk klinik og værkstedsbygninger — begrænses til de tilfælde, hvor det af hensyn til helheden skønnes påkrævet.

Konkurrencedeltagerne stilles principielt frit med hensyn til nedrivninger, men det bemærkes, at hospitalets perifere bygninger er de mest tidssvarende og bedst anvendelige.

Ved opgavens løsning skal der tages hensyn såvel til hospitalets funktioner som til økonomiske overvejelser i videst muligt omfang, både hvad angår anlæg og drift.

Der må lægges vægt på, at det samlede kompleks giver den bedst opnåelige koncentration i arbejdsgangen med de kortest mulige forbindelseslinier mellem de forskellige afdelinger og inden for de enkelte afdelinger, se tillige under IV.

Mulighed for fremtidige udvidelser eller forskydninger i de enkelte afdelingers størrelsesforhold bør holdes åben i så stort omfang, som det er økonomisk forsvarligt.

Ved bedømmelsen vil der blive lagt særlig vægt

- a) på hoveddispositionen og udformningen af bebyggelsen i store linier,
- b) på gennemførelsen af en faginddeling, der i størst muligt omfang sikrer de forlangte nettoarealer uden pladsspild og
- c) på en udformning, der kræver mindst muligt tillæg til nettoarealerne uden tilside-sættelse af kravene til tilstrækkelige trapper og elevatorer.

II. *Skematisk fortegnelse over de eksisterende og fremtidige enheder.*

De nedenfor anførte numre refererer sig til nummereringen i afsnit VI. B.

	nu:	Senge:	fremtidig'
a) Enheder, der kan bevares væsentligt uændret:			
26) Oftalmologisk afd. -f ambulatorium	27		27
27) Otolaryngologisk afd. + ambulatorium	42		42
29) Dermato-venereolog. afd. + ambulatorium	84		84
30) Fødeafd. A + konsultation	91		91
31) Gyn.afd. I + ambulatorium	48		48
32) Fødeafd. B.	85		85
33—34) Gyn.afd. M + svangreafd	39		39
35) Psyk. afd. O + ambulatorium og børne-psyk.afd.	130		130
59) Visse boliger			
61) Kirken og kapellet.			

b) Enheder, der ønskes udvidet og/eller ombygget:

	nu:	Senge: fremtidig:
1) Modtageafdeling		
2) Skadestue		
4) Med. afd. A.	127	96 + ambulatorium
5) Med. afd. B.	128	96 + ambulatorium
6) Med. afd. P.	24	96 + ambulatorium
7) Kir. afd. C.	108	96 + ambulatorium
8) Kir. afd. D.	117	96 + ambulatorium'
9) Kir. afd. R.	25	96 + ambulatorium
10—11) Auditorier for medicin og kirurgi m. v.		
12) Lægevidenskabeligt bibliotek		
13) Røntgendiagnostisk afd.		
18) Tandklinikken, kæbekirurgisk service ..	16	32
24) Fysiurgisk afd.	0	35 + klinik
25) Arbejdsmedicinsk klinik		
28) Afd. for børnesygdomme.	93	125
36) Apotek		
37) Sektionsstue		
42—44) Sygeplejerskeskole og elevboliger		
49) Køkken		
55) Administrationskontorer		
57) Varmeanlæg		
58) Maskinafdeling og værksteder		
61) Cyklestativer og parkeringsplads		

c) Nye enheder:

14) Radioterapeutisk afd.		96 + ambulatorium
15) Centrallaboratorium		
16) Angiocardiologisk speciallaboratorium		
17) Blodbank		
19) Ortopædisk afd.		88 + ambulatorium
20) Plastikkir. afd.		48 + ambulatorium
21) Neuromed. afd. (nu på Militærhospitalet)	96	96 + ambulatorium
22) Neurokirur. afd. (nu på Militærhospitalet).	54	96 + ambulatorium
23) Tuberkuloseafd.		70
38) Fotografisk og grafisk atelier		
39) Medicinsk studiesal		
40) Centralarkiv		
41) Patientbibliotek		
45) Portørcentral		
46—48) Sikringsrum — tunnelsystem		
50) Kontor for det medicinske studenter- råd		
51) Kantiner		

- 56) Møde- og repræsentationslokaler
- 59) Visse boliger
- 60) Vuggestue og børnehave
- 61) Beskæftigelsesterapi og lokaler for narkoselæge

HL Adgangs- og trafikforhold.

Trafikveje ønskes tilrettelagt på en sådan måde, at enhver ved hjælp af passende afmærkning uden yderligere vejledning kan finde vej til bestemmelsesstedet. De enkelte trafikarter og de enkelt arter af trafikanter (besøgende, ambulante patienter, indlagte patienter, personale og studenter) ønskes, så vidt det er rimeligt, adskilt i videst muligt omfang.

Der må regnes med venterum for besøgende, toiletter, telefonautomater, samt oplysningsbureau og kiosk i forbindelse med modtageafdelingen, og besøgende må i tilfælde af høj bebyggelse have adgang til såvel trappe- som elevatortransport.

IV. Hospitalsenhedernes placering.

I det følgende skal nogle af de vigtigste placeringsmæssige forhold fremhæves. De er her anført i rækkefølge efter deres betydning. Løvrigt henvises til omtalen af de enkelte enheder.

Der regnes med, at de dele af hospitalet, der ligger perifert for ringvejen, i det væsentlige bevares, dog med undtagelse af den fysiurgiske klinik og værkstedsbygningen. Ringvejens bevarelse anses ikke for givet, ej heller grønnegårdens bevarelse som et sammenhængende areal af den nuværende størrelsesorden, beliggende i hospitalets centrum.

Støjen fra Blegdamsvejens trafik har ikke medført behandlingsmæssige ulemper, end ikke for patienterne på de afdelinger, som ligger ud til denne gade (øjenaafdelingen og øre-, næse- og halsafdelingen).

Korte afstande til sporvognsstoppsteder er af stor betydning for hospitalets funktion, navnlig for ambulatorierne. Den vigtigste sporvognsline er linie 3 (Blegdamsvej), i anden række linierne 10, 23 og 24 (Tagensvej). Disse forhold opfordrer til ikke at fjerne hospitalets bygningsmæssige og funktionelle tyngdepunkt mere end strengt nødvendigt fra Blegdamsvej.

Gode tilkørselsforhold er nødvendige for *skadestuen*, der årligt behandler godt 10 000 patienter, og som i en katastrofesituation også må kunne fungere som modtagestation for hele hospitalet. Også *modtageafdelingen* må have gode tilkørselsforhold. I ingen af tilfældene bør ambulancerne komme ind på det egentlige hospitalsområde.

Røntgendiagnostisk afdeling må nødvendigvis ligge meget centralt, nær ved de andre afdelingers kontorer og med bekvemme forbindelser til alle sengeafsnit og ambulatorier, navnlig de medicinske og kirurgiske.

Centrallaboratoriet må i lige så høj grad som røntgendiagnostisk afdeling placeres centralt. Af hensyn til de hyppige lægekonferencer bør dets chefkontor ligge i nærheden af afdelingskontorerne.

Fysiurgisk klinik må ligge temmelig centralt.

Det vil være en stor fordel, hvis så mange som muligt af *afdelingskontorerne* kan ligge centralt på hospitalet og meget nær hverandre, horisontalt og/eller vertikalt. Desuden bør hver afdelings kontor ligge nær ved dens laboratorium og ambulatorium og, for de

kirurgiske afdelingers vedkommende, dens operationsafsnit og skadestuen. De kirurgiske og medicinske afdelingers kontorer bør ligge nær ved de pågældende auditorier og ved det kirurgisk-medicinske bibliotek. Hver afdelings kontor bør ligge ret nær ved afdelingens sengeafsnit.

Operationsafsnittene vil formentlig med fordel kunne anbringes ovenover hverandre i en særlig fløj, der måske i stuen vil kunne rumme skadestuen. Operationsstuerne skal helst vende mod nord, subsidiært mod vest.

Sengeafsnittene forventes anbragt i en høj bebyggelse. Gode belyningsforhold for sygestuerne kræves. Hver afdelings sengeafsnit bør så vidt muligt ligge samlet, horisontalt og/eller vertikalt. Der lægges megen vægt på anbringelsen af elevatorer og trapper i passende antal og størrelse. Plejemoderkontorerne anbringes centralt indenfor afdelingens sengeafsnit.

Modtageafdelingen bør adskilles fra skadestuen og anbringes nær ved administrationskontorerne og ikke for langt fra kandidatgangen.

Kandidatgangen bør desuden placeres ret nær ved sengeafsnittene.

Kantinerne bør ligge centralt med hensyn til arbejdspladserne for det personale, for hvem de er beregnet.

Radioterapeutisk afdeling. Vægtige grunde taler for at anbringe denne i en særlig fløj af et større kompleks, det gælder dog særlig — af beskyttelsesmæssige grunde — afsnit med bestrålingsfare, medens sengeafsnit og navnlig kontor bør anbringes så nær ved hospitalets centrum, som det herefter bliver muligt.

Det vil være fordelagtigt, om de *kirurgiske og medicinske ambulatorier* ligger nær ved hinanden, og de kirurgiske ambulatorier nær ved det *ortopædiske ambulatorium*.

Ved *apotekets* placering må der tages hensyn til eksplosions- og brandfaren og bekvem forbindelse til tunnelsystemet.

V. *Kritik af Rigshospitalets nuværende indretning.*

Dette afsnit, der består af følgende underafsnit:

- A. Bygningernes placering.
- B. Pladsforholdene.
- C. De enkelte enheder.

er identisk med kommissionsbetænkningens hovedafsnit 2. *Det nuværende Rigshospital, underafsnittene Hospitalets bygninger og kritik af disses placering, B. Pladsforholdene og C. De enkelte enheder og kommissionens kritik af disse* (jfr. side 12—19), hvorfor de udelades på nærværende sted.

VI. *De enkelte hospitalsenheder.*

A. *Standardtyper for sengeafsnit, operationsafdelinger m. m.*

Standardtype for sengeafsnit.

Sengestuer.

De enkelte afdelinger opdeles (såvidt muligt) i afsnit på 16 senge hver med sit personale, men med birum delvis fælles for 2 afsnit (32 senge).

Et afsnit kan f. eks. indeholde:

	1 stue med 6 senge	
	3 — — 3 —	} 16 senge
	1 — — 1 —	
eller	2 — — 4 —	} 16 senge
	3 — — 2 —	
	2 — — 1 —	

Dog skal der i hver samlet afdeling på 96 senge være et 16-sengsafsnit med 10 enestuer, men dette medfører ingen ændringer hverken med hensyn til birummenes antal eller størrelse. Som vejledning for stuerne dimensionering gælder, at Sundhedsstyrelsen normalt regner med mindst 7 m² gulvareal og 25 m³ rumindhold pr. seng for 3-sengs-dybde af stuerne. Ved 2-sengs-dybde kan Sundhedsstyrelsen forventes at ville godkende et rumindhold på mindst 22,5 m³ pr. seng. Patienternes private tøj ønskes opbevaret i skabe på eller ved sygestuerne. Der må regnes med, at den frie etagehøjde er ca. 3,00 m, og at gangene skal have en bredde af 2,60 m.

Birum (fælles for 2 16-sengs-afsnit).

2 rum à 12 m ² med 1 karbad, 2 brusebade og vaskekommer	
til 4 patienter	24,0 m ²
2 w. c. på henholdsvis 1,5 og 2 m ²	3,5 -
1 w. c. til personalet	1,5 -
Opvaskerum og 2 kitchenetter	24,0 -
2 skyllerum à 10 m ²	20,0 -
2 linnedrum à 6 m ²	12,0 -
1 rekvisitrum	18,0 -
2 vagtrum à 12 m ²	24,0 -
2 undersøgelsesrum à 15 m ²	30,0 -
2 dagrum for patienter à 18 m ²	36,0 -
	193 m ²

Birummene placeres således, at de mest benyttede rum ligger så centralt som muligt, ligesom sygeværelserne placeres således, at de største værelser ligger nærmest ved de mest benyttede birum.

I den arealkalkulation, som ligger til grund for udskrivningen af nærværende konkurrence, har man regnet med, at en sengeenhed på 16 senge skal kunne rummes indenfor 128,76 m² netto, hvortil kommer andel i birum 96,50 m², eller ialt 225,26 m² pr. 16-sengsafsnit.

Standardtype for afdelingskontorer.

Kontor for overlægen med forrum, brusebad og w. c.	35 m ²
Kontor for afdelingslæge	15 -
Lægeværelse med brusebad og 2 w. c.	28 -
2 sekretærværelser à 12 m ²	24 -
1 journalværelse	12 -
1 arkivrum	15 -
1 behandlingsrum	12 -
1 konferencerum	10 -
	151 m ²
Samt på de medicinske afdelinger: 1 tekøkken 6,0 m ²	157 m ²

Standardtype for plejemoderkontor m. v.

Plejemoderkontor	15 m ²	
1 eller 2 afdelingsdepoter, ialt	30	-
1 ligrum	10	-
		<hr/> 55 m ²

Standardtype for operationsafsnit.

3 operationsstuer (1 på 50 m ² og 2 på ca. 40 m ²).	130 m ²	
Tilknyttet disse:		
1 sterilisationsrum	20	-
2 vaskerum (et fælles for 2 operationsstuer).	20	-
2 narkoserum	48	-
1 gipsestue	20	-
2 endoskopirum	40	-
1 depotrum	20	-
1 opvågningsrum	20	-
1 sygeplejerske vagtstue	12	-
1 tekøkken	6	-
1 linnedrum	10	-
1 instrumentrum	8	-
1 præparationsrum	14	-
1 skyllerum	15	-
I tilknytning hertil:		
1 kogerum	6	-
1 mørkekammer	6	-
Omlædningsrum med garderober, 3 styrtebade og w. c. for sygeplejersker og kv. læger.	20	-
Omlædningsrum for mandlige læger med garderober og 1 w. c.	15	-
Omlædningsrum og bad for overlæge.	8	-
1 ekstra w. c.	1,5	-
2 nicher i operationsgangen, hver med plads til 3 senge, ialt	19,6	-
		<hr/> 459,1 m ²

Gangen i operationsafsnittet må have en bredde af 2,80 m.

B. De enkelte enheder.*1) Modtageafdeling.*

Venteværelse	48 m ²	
8 badeværelser, heraf 5 å 5 m ² og 3 å 16 m ²	73	-
Toiletrum, 2 w. c. + håndvask og forrum (for patienter)..	6	-
Personalegarderobe med skabe	15	-
Toiletrum (for personale).	6	-
Vagtstue med tekøkken	18	-
Skyllerum	12	-
Depotrum	15	-
Opholdsrum for portører	12	-
		<hr/> 205 m ²

Modtageafdelingen kan anbringes i den nuværende modtageafdeling og skadestue, dog at der i så fald må sikres en ekstra tilkørselmulighed foruden den nuværende port, der i katastrofesituationer er udsat for sammenstyrtning.

2—3) Skadeafdeling.

Denne afdeling forudsættes placeret i nær tilknytning til de kirurgiske afdelingers operationsafsnit og nær det kirurgiske auditorium, således at dette i katastrofesituationer kan benyttes til henstilling af bærer og til venterum.

Venteværelse	30	m ²
Værelse til journaloptagelser	15	-
Kontor for visitator	15	-
2 skadestuer	60	-
Sterilisations- og vaskerum (fælles for de 2 skadestuer) ..	15	-
1 mørkekammer (til ambulante røntgenoptagelser og fremkaldelser)	12	-
Depotrum	15	-
Sygeplejerskevagtrum med tekøkken	30	-
1 visitationsrum	20	-
2 w. c. til patienter og pårørende	6	-
Garderobe med w. c. til personalet	15	-
Skyllerum	12	-
2 hvilerum	24	-
Linnedrum	9	-
		—————278 m ²

4—6) De medicinske afdelinger (afd. A., B. og P.).

Størrelsen af en medicinsk afdeling.

Sengeafdeling (6 16-sengsafsnit)	1 352	m ²
Afdelingskontorer (Standard)	157	-
Plejemoderkontor m. v. (Standard)	55	-
<i>Afdelingslaboratorium:</i>		
Kontor og arkiv	16	m ²
Prøvetagningsrum	12	-
Laboratorium for fæces- og urinundersøgelser	20	-
Laboratorium for hæmatologi	12	-
Laboratorium for biokemi	16	-
Laboratorium for fotometri	12	-
Laboratorium for elektroanalyser	12	-
Mørkekammer (med indgang fra fotometrium)	6	-
Reservelægelaboratorium	12	-
Overlægelaboratorium	12	-
Opvaskerum	16	-
Personalegarderobe	8	-
Toilet	1,5	-
		—————156 -

1 720 m²

Til hver af de 3 medicinske afdelinger knyttes et ambulatorium. De 3 ambulatorier forudsættes anbragt samlet, således at forskellige rum kan være fælles for ambulatorierne. (Jfr. endvidere under arbejdsmedicinsk klinik).

Det samlede pladskrav for *ambulatorierne* opgøres herefter således:

	Fælles	Ikke fælles	Areal ialt
Venteværelse (75 m ²) med 2 toiletter.....	+		79,0 m ²
Modtagelsesrum (20 m ²).....	+		20,0 -
Rum til foreløbige undersøgelser (16 m ²).....	+		16,0 -
Rum til opsamling af urinprøver (4 m ²).....	+		4,0 -
Korridor (sekundært venterum) (12 m ²).....		+	36,0 -
3 undersøgelsesenheder hver bestående af:			
Journaloptagelsesrum..... (7,5 m ²)			
2 omklædningskabiner..... (2,0 m ²)		+	211,5 -
1 undersøgelsesrum..... (14,0 m ²)			
			(23,5 m ²)
Rum til elektrokardiografi (15 m ²).....	+		15,0 -
Mørkekammer (4 m ²).....	+		4,0 -
Rum til røntgenundersøgelse (16 m ²).....	+		16,0 -
Rum til rectoscopi (12 m ²) med toilet (1,5 m ²).....		+	40,5 -
Rum til specialundersøgelser (16 m ²).....		+	48,0 -
Laboratorium med stinkskab (16 m ²).....		+	48,0 -
Venteværelse hertil (12 m ²).....		+	36,0 -
Rum til ophentning af prøvemåltider (12 m ²).....		+	36,0 -
Rum til ambulans basalstofskiftebestemmelse (5 lejer) (41,3 m ²)	+		41,3 -
Rum til socialhjælper (15 m ²).....	+		15,0 -
Sekretærkontor (ved korridoren) (12 m ²).....		+	36,0 -
Souschefens kontor (ved sekretærkontoret) (15 m ²).....		+	45,0 -
Omkleddingsrum for sygeplejersker m. v. med brusebad, toilet og garderober (20 m ²).....	+		20,0 -
Garderoberum for læger, toilet (10 m ²).....	+		10,0 -
Garderoberum for studenter med toilet og skabe (9,5 m ²)....	+		9,5 -
Tekøkken for personalet (6 m ²).....	+		6,0 -
Linnedrum (6 m ²).....		+	18,0 -
Depot (9 m ²).....		+	27,0 -
Skyllerum (10 m ²).....		+	30,0 -
			868 m ²

Der må være let transport af urin- og blodprøver til afdelingens laboratorium og til centrallaboratoriet. Ambulatorierne må ligge nær ved medicinsk auditorium. Fra korridoren må der være direkte adgang til alle 3 undersøgelsesenheder.

7—9) De tre kirurgiske afdelinger (afd. C, D. og R.).

Størrelsen af en kirurgisk afdeling.

Sengeafdeling (6 16-sengsafsnit).....	1 352 m ²
Afdelingskontorer (Standard).....	151 -
Plejemoderkontor m. v. (Standard).....	55 -

At overføre... 1 558 m²

Overført... 1 558 m²*Afdelingslaboratorium:*

1 stort laboratorium	48 m ²
1 mindre laboratorium	24 -
3 små laboratorier à 18 m ²	54 -
1 opvaskerum	16 -

 142 -

Oferationssnit (Staa/ndard) 459 -

 2159 m²
Ambulatorier.

Til hver af de 3 kirurgiske afdelinger knyttes et ambulatorium. Der skaffes bygningsmæssigt plads til 2 ambulatorier, der om formiddagen benyttes af 2 af de kirurgiske afdelinger. Om eftermiddagen benyttes det ene af den 3. kirurgiske afdeling.

De to ambulatorier forudsættes anbragt samlet, således at der kan opnås fællesskab for visse rums vedkommende.

De samlede pladskrav for ambulatorierne opgøres herefter således:

	Fælles	Ikke fælles		Areal ialt
		in duplo	in triplo	
Venteværelse med 2 toiletter (79 m ²)	+			79 m ²
Modtage] sesrum (16 m ²)	+			16 -
3 undersøgelsesenheder som ved medicinske ambulatorier (å 23,5 m ²)		+		141 -
Mørkekammer (4 m ²)	+			4 -
Rum til røntgenundersøgelse (16 m ²)	+			16 -
Rum til endoskopi (12 m ²) + toilet (1 m ²)		+		26 -
Rum til gynækologisk undersøgelse (14 m ²)		+		28 -
Laboratorium (16 m ²)		+		32 -
Sekretærværelse (12 m ²)			+	36 -
Souschefens kontor (15 m ²)			+	45 -
Garderobe for kvindeligt personale, brusebad, toilet (20 m ²)	+			20 -
Garderobe for mandligt personale, brusebad, toilet (20 m ²)	+			20 -
Garderobe for studenter, toilet (9,5 m ²)	+			9,5 -
Tekøkken (6 m ²)	+			6 -
Linnedrum (6 m ²)			+	18 -
Depotrum (9 m ²)			+	27 -
Gipstue (20 m ²)	+			20 -
Operationsstue (24 m ²)		+		48 -
Operationsstue (24 m ²)		+		48 -
Mellem disse to:				
Sterilisations- og vaskerum (21 m ²)		+		42 -
Skyllerum (10 m ²)		+		20 -
				701,5 m ²

10—11) *Medicinske og kirurgiske auditorier.*

Hvis det nuværende kirurgiske auditorium ved hospitalets ombygning får for stor afstand til de kirurgiske afdelinger, vil det ikke kunne benyttes af disse.

Det kirurgiske og det medicinske auditorium forudsættes ens i størrelse og indretning og dimensioneres således:

Auditorium med 300 pladser	300 m ²
2 undersøgelsesstuer med indgang til auditoriet	32 -
Auditorium med 100 pladser	100 -
2 undersøgelsesstuer med indgang til auditoriet	32 -
Eksaminationsrum	48 -
Garderobes til 400 studenter	50 -
Toiletter	20 -
Rengøringsrum	4 -
	586 m ²

(De nuværende to auditoriebygninger indeholder foruden laboratorier og disses birum tillige forskellige andre lokaler: afdelingskontorer, laboratorier, lægebiblioteker m. m.).

12) *Lægevidenskabeligt bibliotek.*

Det vil være praktisk, om biblioteket, som forudsættes fælles for de medicinske og kirurgiske afdelinger, anbringes ved siden af den nye lægerådsal med repræsentationsrum.

Biblioteket dimensioneres således:

Bogsal	60 m ²
Bibliotekarrum	12 -
3 læsestuer à 12 m ²	36 -
	108 m ²

13) *Afdeling for røntgendiagnostik.*

Problemet vedrørende den røntgendiagnostiske afdelings udvidelse må løses enten ved udvidelser i tilknytning til den nuværende klinik eller ved samlet anbringelse på et andet centralt sted. Muligheden for fremtidig udvidelse ved tilbygning eller på anden måde må sikres.

Der vil intet være til hinder for, at kliniken indrettes i 2 etager.

I nedenstående opstilling anføres de rum, der kræves udover, hvad den nuværende røntgenklinik indeholder.

Nye undersøgelsesrum.

3 rum à 31,5 m ² til abdominalundersøgelser.	95 m ²
4 rum à 31,5 m ² til undersøgelser af hjerte og lunger..	126 -
Herimellem 2 rum à 12 m ² til anæsthesi	24 -
2 rum à 34 m ² til kranieundersøgelser	68 -
1 rum til tomografi	22 -

At overføre. . . 335 m²

	Overført...	335 m ²	
1 rum til hysterosalpingografi, angiocardiografi, einemato-	grafi, aortografi og artériografi	22	-
2 rum à 21,5 m ² til undersøgelser af knogler		43	-
			<hr/>
			400 m ²

Nye birum + arkiv.

36 omklædningsbokse à 1 m ² , fordelende sig således:			
2 til hvert abdominalundersøgelsesrum	}	36 m ²	
2 til hvert hjerte- og lungeundersøgelsesrum			
4 til hvert kranieundersøgelsesrum			
2 til tomografirummet			
4 til rummet til hysterosalpingografi m. m.			
4 til hvert knogleundersøgelsesrum			
Venterum		120	-
Mørkekamre		40	-
Fixerrum med vådgranskning		80	-
7 blyrum (til 13 nye undersøgelsesrum) à 6 m ²		42	-
2 skyllerum		12	-
Beskriverum		100	-
Kontor		50	-
Rum til ledende portør		10	-
Studenterdemonstrationsrum + mødesal		100	-
Chefkontor med forrum, w. c. og brusebad		35	-
Afdelingslægekantor		15	-
Lægeværelse m. v.		28	-
Plejemoderkontor		15	-
Kontor for afdelingssygeplejerske		12	-
2 tekøkkener		12	-
Omklædningsrum med faste skabe		35	-
Linnedrum		15	-
Depot til flasker og film		10	-
Samlingsstue for sygeplejersker		15	-
Maskinplads (til 13 nye undersøgelsesrum)		13	-
Skylle- og opbevaringsrum		18	-
20 w. c. med håndvask à 1½ ni ²		30	-
Filmarkiv		200	-
			<hr/>
			1 043 m ²
			<hr/>
			1 443 m ²

14) Radioterapeutisk afdeling.

Afsnittene med bestrålingsfare forudsættes anbragt i en særlig fløj af centralbebyggelsen.

Sengeafdeling (6 16-sengsafsnit)	1 352 m ²
Ingen sygestuer bør være på over 3 senge.	
Afdelingskontorer (Standard)	151 -

At overføre. .. 1 503 m²

	Overført...	1503 m ²
Plejemoderkontorer m. v. (Standard)		55 -
Bibliotek		30 -

Afdelingslaboratorium:

1 større laboratorium	25 m ²
3 mindre laboratorier à 15 m ²	45 -
Opvaskerum	12 -

 82 -

Kontor for efterundersøgelser.

Kontor	50 m ²
Samlingsstue for personalet	15 -
Tekøkken	6 -
Omlædningsrum med skabe, w. c. og brusebad for personalet, deles i mandlig og kvindelig afdeling	30 -

 101 -

Røntgenbehandlingsafdeling.

Venteværelse (anbragt som centralhal)	50 m ²
10 behandlingsrum à 17,5 m ²	175 -
20 omklædningskabiner i forbindelse hermed	20 -
3 w. c.	4,5-
1 undersøgelsesrum	15 -
Kontor for souschef	15 -
Kontor for afdelingssygeplejerske	15 -
Hvilerum for patienter	8 -
Linnedrum	15 -
Røntgenundersøgelse	25 -
Mørkekammer	6 -
Skyllerum	10 -

 359 -

I kælderen må der være plads til depot, højspændingsmaskiner, røntgenapparater til radiofysisk og eksperimentelt laboratorium samt rum til opbevaring og måling af isotoper.

Radiumbehandlingsafdeling.

Venteværelse med w. c.	16 m ²
Behandlingsrum med 2 omklædningskabiner	20 -
3 à 4 hvilerum for patienter	36 -
Lægekantor	15 -
Opbevaring af radium	8 -
Pakkerum	10 -
Radioisotoper (patient-måling)	20 -
2 w. c.	3 -

 128 -

Røntgenbehandlingsafdelingen og radiumbehandlingsafdelingen bør anbringes således, at de bekvemt kan benyttes såvel af indlagte som af ambulante patienter.

 At overføre... 2 258 m²

Overført... 2 258 m²

Radiofysisk laboratorium.

1 laboratorium	25 m ²	
4 laboratorier à 14 m ²	56 -	
2 værksteder à 20 m ²	40 -	
1 kontor	15 -	
w. c. og bad	3,5 -	
Skyllerum	5 -	
		<hr/> 145 m ²

Eksperimentelt laboratorium.

1 laboratorium	25 -	
5 laboratorier à 14 m ²	70 -	
1 kontor for souschef	15 -	
1 arkiv og kontor for sekretær	15 -	
Tekøkken	6 -	
Skyllerum	6 -	
Garderobe	10 -	
w. c. og bad	3,5 -	
Dyrestalde og tagetage	100 -	
		<hr/> 251 -

Ambulatorium.

Venteværelse med 2 toiletter	39 m ²	
Modtagelsesrum	16 -	
3 undersøgelsesenheder som ved medicinske ambulatorier (à 23,5 m ²)	70,5 -	
Mørkekammer	4 -	
Rum til røntgenundersøgelse	16 -	
Rum til endoskopi (12 m ²) + w. c.	13 -	
Rum til gynækologisk undersøgelse	14 -	
Laboratorium	16 -	
Sekretærværelse	12 -	
Kontor til souschefen	15 -	
Garderobe for kvindeligt personale, brusebad, toilet	8 -	
Garderobe for mandligt personale, brusebad, toilet	8 -	
Garderobe for studenter, toilet	4 -	
Tekøkken	6 -	
Linnedrum	6 -	
Depotrum	9 -	
Gipstue	20 -	
2 operationsstuer à 24 m ²	48 -	
Sterilisations- og vaskerum	21 -	
Skyllerum	10 -	
		<hr/> 355 -

3 009 m²

Nær adgang til auditorium forudsættes, idet der ellers må tilvejebringes auditorieplads til 100 studenter.

15) *Centrallaboratorium.*

A. Afdeling for ekspedition og simple analyser.

Ekspedition	40 m ²	
skal ligge ved laboratoriets indgang.		
6 prøvetagningsrum	60 -	
skal ligge ved siden af ekspeditionen.		
Blodsukkerlaboratorium	16 -	
skal ligge ved siden af sidste prøvetagningsrum.		
Laboratorium for fæcesundersøgelser	20 -	
skal ligge lige over for ekspeditionen.		
Urinlaboratorium	20 -	
skal ligge ved siden af ovennævnte laboratorium.		
Bakteriologisk laboratorium	20 -	
skal ligge ved siden af urinlaboratoriet, forbundet med dette med en dør.		
Laboratorium for hæmatologiske undersøgelser	24 -	
skal ligge for enden af bakteriologisk laboratorium, og der lægges megen vægt på, at korridoren ud for dette laboratorium gøres så bred, at den kan bruges også som venteværelse.		
Venterum	25 -	
		—————225 m ²

B. Opvaskerum 35 -
 bør ligge centralt i komplekset i nærheden af urin- og fæceslaboratorierne.

C. Afdeling for finere kvantitative analyser.

Hovedlaboratorium	45 m ²
1 eller 2 bilaboratorier	45 -
Bilaboratorierne forbindes eventuelt med hovedlaboratoriet ved korte gange.	
Vejerum	8 -
indrettes ved siden af bilaboratorierne.	
Kvælstoflaboratorium	20 -
Laboratorium for elektroanalyse	16 -
Laboratorium for fotometri	25 -
Enzymlaboratorium	16 -
Termostatrum	9 -
Fremkalderrum	9 -
Kviksølvlaboratorium	16 -
Jernlaboratorium	12 -
3 øvelseslaboratorier	48 -

At overføre... 269 m² 260 m²

	Overført...	269 m ²	260 m ²
Isotoplaboratorium		16 -	
Biofysisk laboratorium		16 -	
		<hr style="width: 100%;"/>	
			301 -

D. Lægekontorer og laboratorier.

Denne gruppe behøver ikke at ligge samlet, men kan placeres på forskellig måde i forhold til de andre enheder. Det er dog en fordel, hvis overlægens kontor ikke ligger for langt fra ekspeditionen.

Overlægens kontor med forrum, w. c. og brusebad.	35 m ²	
Overlægens laboratorium	14 -	
Kontor for 2 reservelæger	16 -	
Reservelægernes laboratorium	14 -	
4 gæstelaboratorier	56 -	
	<hr style="width: 100%;"/>	
		135 .

E. Depot og værkstedsafdeling.

1 depotrum	10 m ²	
Depot- og udpakningsrum	20 -	
2 værksteder	32 -	
	<hr style="width: 100%;"/>	
		62 -

F. Personaleafdeling.

6 toiletter, 2 brusebade med forrum	16 m ²	
Garderoberum med 50 skabe	35 -	
Tekøkken	6 -	
2 vagtrum à 8 m ²	16 -	
1 personalestue	20 -	
	<hr style="width: 100%;"/>	
		93 -

Depotrum og personalerum (gruppe E. og F.) kan ligge i en anden etage end de øvrige grupper. Grupperne A.—D. bør helst ligge samlet i een etage.

G. Stofskifteafdeling.

Kan ligge særskilt fra de øvrige grupper.		
Venterum	20 m ²	
Kontor	16 -	
5 arbejdsenheder ved siden af hverandre	150 -	
Depot	10 -	
2 toiletter	3 -	
	<hr style="width: 100%;"/>	
		199 -

1 050 m²

Mulighed for eventuel fremtidig udvidelse af centrallaboratoriet må være til stede.

16) *Angiocardilogisk speciallaboratorium.*

Laboratoriet bør anbringes i nærheden af de medicinske ambulatorier, således at disses venterum, toiletter etc. kan benyttes af laboratoriet.

Rum til hjertekateterisation	35 m ²
Rum med 2 omklædningsbokse til stofskifteapparat.	32 -
Eet eller to rum til luftanalyser og elektrisk laborato- rium (kviksølvrum og værksted).	24 -
Kontor, arkiv etc.	16 -
1 lyddæmpet rum (temperaturfast)	7,5-
	<hr/> 114,5 m ²

17) *Blodbanken.*

Blodbanken bør så vidt muligt ligge i stueetagen med bekvem adgang fra offentlig vej. Den bør helst anbringes nær skadestuen og operationsafdelingen.

Stort laboratorium	26 m ²
Mindre laboratorium	16 -
Sekretærkontor med arkiv.	16 -
Lægerum	16 -
Kølerum	15 -
Donorventeværelse	26 -
Rum til donortapning	50 -
Reception, garderobe	10 -
Til oprensning, lagerrum, w. c. og til dækning af øvrige småbehov.	55 -
	<hr/> 230 m ²

18) *Kæbekirurgisk afdeling og tandklinikken.*A. *Kæbekirurgisk afsnit.*

Sengeafdeling (2 16-sengs afsnit) 451 m²

Plejemoderkontor m. v.

1 plejemoderkontor	15 m ²
1 depot	16 -
	<hr/> 31 -

Operationsafsnit.

2 operationsstuer	70 m ²
Narkoserum	16 -
Vaskerum	12 -
Præparations- og sterilisationsrum	12 -
Depot	20 -
Skyllerum, toilet	10 -
2 baderum med w. c. for mandlige assistenter og for kvindelige assistenter samt sygeplejersker.	25 -
	<hr/> 165 -

At overføre... 647 m²

Overført. .. 647 m²*Afdelingskontor.*

Rum til sekretær og arkiv.	16 m ²
Personalegarderobe med w. c.	15 -
Chefkontor med w. c, styrtebad og forrum	35 -
Rum til bibliotek og konferencer.	24 -
Tekøkken.	6 -
	<hr/> 96 -

Afdelingslaboratorium.

1 rum.	20 -
-------------	------

B. Tandklinikken (ambulatorium).

1 rum med 5 tandlægestole.	50 m ²
3 rum med een tandlægestol i hvert.	48 -
1 rum til tandteknisk laboratorium.	16 -
1 rum til desinfektion.	12 -
Røntgenundersøgelseslokale med mørkekammer	12 -
Venterum.	20 -
Depotrum.	9 -
Hvilerum for patienter.	16 -
Chefkontor.	15 -
1 rum til assistenterne med garderobe.	15 -
1 rum til arkiv og eventuel sekretær.	16 -
1 styrtebad og 2 w. c. med forrum.	10 -
Rengøringsrum.	4 -
	<hr/> 243 -
	<hr/> 1 006 m ²

Det forudsættes, at sengeafdelingen anbringes i umiddelbar nærhed af tandklinikken (ambulatoriet).

Afdelingen og klinikken vil ved passende ombygningsforanstaltninger kunne rummes i Rigshospitalets nuværende medicinske og kirurgiske poliklinikbygning, der i stueetagen rummer 455 m² netto (687 m² brutto) og i kælderen nogenlunde tilsvarende arealer.

19) *Ortopædisk afdeling.*

<i>Sengeafdeling</i> (5½ 16-sengs afsnit).	1 239 m ²
<i>Afdelingskontorer</i> (Standard).	151 -
<i>Plejemoderkontor m. v.</i> (Standard).	55 -

Afdelingslaboratorium.

Et større rum.	30 m ²
2 mindre rum.	30 -
1 opvaskerum.	12 -
	<hr/> 72 -

At overføre. .. 1 517 m²

At overføre... 1 517 m²

Operationsafsnit.

2 operationsstuer	80 m ²
1 sterilisationsrum	12 -
2 vaskerum	24 -
2 narkoserum	32 -
2 gipsestuer	40 -
1 endoskopirum	20 -
1 depotrum	20 -
1 opvågningsrum	20 -
Sygeplejerskevagtstue	18 -
1 linnedrum	16 -
1 instrumentrum	16 -
1 skyllerum	10 -
Omklædningsrum for sygeplejersker	20
Omklædningsrum for mandligt personale	15 -
Omklædningsrum og bad for overlægen	8 -
Et ekstra w. c.	1,5-

 353 -

Bandageri.

1 prøverum for bandagister	30 m ²
1 prøverum for skomagere	30 -
1 prøverum for korsetsyning	30 -
1 prøverum til afstøbninger	30 -

 120 -

Ambulatorium.

Ventesal	50 m ²
Modtagelsesrum	16 -
3 undersøgelsesenheder, hver med 2 afklædningsbokse og et rum til journaloptagelse à 23,5 m ²	70,5-
1 mørkekammer	4 -
1 rum til gennemlysning	16 -
1 laboratorium	16 -
1 sekretærkontor med arkiv	16 -
Souschefkontor	15 -
Undersøgelsesrum i tilknytning til dette	12 -
Klinikstue med omklædningskabine	12 -
Linnedrum	6 -
Depotrum	9 -
Gipsestue	20 -
1 operationsstue	24 -
1 operationsstue	24 -
1 sterilisations- og vaskerum	21 -

 At overføre... 332 m² 1 990 m²

	Overført ..	332 m ²	1 990 m ²
Tekøkken		6 -	
Rengøringsrum		4 -	
			<hr/> 342 -
			<hr/> 2 332 m ²

Det er en forudsætning, at ambulatoriet anbringes nær de kirurgiske ambulatorier eller nær ortopædisk afdelings eget operationsafsnit, således at garderoberummene for kvindeligt og mandligt personale og studenter på et af disse afsnit kan benyttes også af det ortopædiske ambulatorium. I modsat fald må der til de nævnte garderober afsættes 20 m² til garderober, w. c, håndvask, skabe etc. for kvindelige læger og sygeplejersker, 20 m² for mandligt personale og 9,5 m² for studenter.

20) Plastikkirurgisk afdeling.

Sengeafdeling (3 16-sengs afsnit) 676 m²

Afdelingskontorer.

1 overlægekantor med w. c, styrtebad og forrum..	35 m ²	
1 sekretærkontor med arkiv	16 -	
1 undersøgelsesrum	15 -	
1 venteværelse	15 -	
1 tekøkken	6 -	
		<hr/> 87 -

Plejemoderkontor m. v.

Plejemoderkontor	15 m ²	
Depot	20 -	
		<hr/> 35 -

Afdelingslaboratorium.

1 laboratorium	}	45 -
1 teknisk laboratorium .....			J

Operationsafsnit.

2 operationsstuer	70 m ²	
1 narkoserum	16 -	
1 sterilisationsrum	12 -	
1 vaskerum	12 -	
1 depotrum	20 -	
1 skyllerum	10 -	
2 w. c. med forrum og håndvask	6 -	
1 forbindsskifterum	12 -	
1 bad med omklædningsrum for sygeplejersker ..	20 -	
1 bad med omklædningsrum for læger		
		<hr/> 178 -

1 021 m²

21) *Neuromedicinsk afdeling.*

<i>Sengeafdeling</i> (6 16-sengs afsnit)	1 352 m ²
<i>Afdelingskontorer</i> (Standard)	151 -
<i>Plejemoderkontor m. v.</i> (Standard)	55 -

Afdelingslaboratorium.

3 rum à 20 m ²	60 m ²
1 mørkekammer	8 -
1 opvaskerum	16 -
1 w. c. med forrum og håndvask	4 -
	88 -

Elektrofysiologisk laboratorium.

3 rum ialt	65 -
----------------------	------

Ambulatorium.

Venteværelse med 2 w. c.	50 m ²
Modtagerum	16 -
4 undersøgelseenheder, som ved de medicinske am- bulatorier (à 23,5 m ²)	94 -
Souschefkontor	15 -
1 undersøgelsesrum	12 -
1 rum til socialrådgiver	15 -
Kontor til sekretær og arkiv	16 -
Rum til specielle undersøgelser	12 -
Rum til lumbalpunktur o. l.	16 -
Personalegarderobe med w. c. etc.	20 -
Tekøkken	6 -
Rengøringsrum	4 -
	276 m ²
	1 987 m ²

Det forudsættes, at ambulatoriet placeres meget nær afdelingens laboratorium, hvilket må tilstræbes. I modsat fald må ambulatoriet udvides med et laboratorium på 20 m².

22) *Neurokirurgisk afdeling.*

<i>Sengeafdeling</i> (6 16-sengs afsnit)	1 352 m ²
<i>Afdelingskontorer</i> (Standard)	151 -
<i>Plejemoderkontor m. v.</i> (Standard)	55 -

Afdelingslaboratorium.

3 rum à 16 m ²	48 m ²
1 opvaskerum	16 -
1 w. c. med forrum og håndvask	4 -
	68 -

<i>Operationsafsnit</i> (Standard)	431 -
--	-------

At overføre... 2 057 m²

Overført... 2 057 m²

Ambulatorium.

1 undersøgelsesrum .....	.20 m ²	
	(eller 40)	
		40 -
		2 097 m ²

Det forudsættes, at ambulatoriet anbringes i umiddelbar forbindelse med det neuromedicinske ambulatorium, hvilket bør tilstræbes. I modsat fald må det neurokirurgiske ambulatorium udvides med et venterum på 20 m².

23) Tuberkuloseafdelingen.

Sengeafdeling (4 16-sengs afsnit + 6 enestuer) .....	.985 m ²	
2 liggehaller .....	.320 m ²	
Rum til særlig servicekøger for afdelingen .....	.15 -	
		335 -

Afdelingskontorer.

Kontor for ledende læge med forrum, styrtebad og w. c. ....	.35 m ²	
Sekretærværelse med arkiv. ....	.16 -	
Venterum .....	.15 -	
Rum til undersøgelse og behandling af ambulante patienter samt til gennemlysning med 6 om- klædningskabiner .....	.46 -	
Endoskopirum .....	.15 -	
1 biblioteks- og konferencerum .....	.25 -	
Reservelægekøntor .....	.15 -	
Garderobe for personale med skabe, w. c. og styrtebad	12 -	
Tekøkken .....	.6 -	
Rengøringsrum .....	.4 -	
		189 -

Plejemoderkontor m. v.

Plejemoderkontor .....	.15 m ²	
Depot .....	.16 -	
Ligrum .....	.10 -	
		41 -

Afdelingslaboratorium.

2 laboratorierum à 15 m ² .....	.30 -	
		1 580 m ²

24) Fysiurgisk klinik og afdeling.

A. Klinik.

Den nuværende afdelings indretning er så ringe, at bygningen formentlig helt bør fornyes. Den fremtidige klinik bør af hensyn til transporten af patienter helst placeres i stueetagen i det centrale kompleks. Samtlige undersøgelses- og behandlingslokaler bør

helst rummes i samme etage, subsidiært kan lokalerne til badebehandling anbringes i kælderetagen; men i hvert fald må et betydeligt areal af de under kliniken liggende kælder-rum forbeholdes til lagerrum og garderober.

Bygningsprojektet må udformes således, at mulighed for udvidelse reserveres.

1) *Personale og administration.*

I stueetagen:

Kontor til overlæge med forrum, w. c. og brusebad ved dette	35 m ²
1 undersøgelsesrum	10 -
1 kontor til reservelæger og assistenter	24 -
4 rum å 12 m ² til sekretærer og arkiv	48 -
1 kontor til forstanderinden	15 -
1 rum til overportør	10 -
1 tekøkken	6 -
Kengøringsrum	4 -
	<hr/> 152 m ²

/ kælderen:

1 garderobe for læger med skabe og w. c	25 m ²
2 garderober for massøser o. lign., skab og w. c	50 -
1 garderobe for rengøringspersonale, skabe og w. c.	25 -
2 depotrum å 30 m ²	60 -
	<hr/> 160 -

2) *Undersøgelse af nye patienter:*

8 velisolerede undersøgelsesrum, hvert med 2 afklæd- ningsbokse (11 m ² pr. enhed).	88 m ²
1 venteværelse	50 -
3 brusebade og 2 w. c.	7 -
	<hr/> 145 -

3) *Behandling:*

Badeafsnit:

1 baderum med bassin og 6 afklædningsbokse (å 1 m ²)	86 m ²
16 kabiner å 1,85 X 3,00 m	88,8-
16 hvilerum å 1,40 X 2,85 m	63,8-
16 afklædningsbokse al m ²	16 -
1 rum til varme pakninger.	25 -
1 opbevaringsrum for linned, gytje, salte og syre....	15 -
1 kontor for personalet	15 -
	<hr/> 310 -

Kortbølgeafsnit:

Rum til kortbølgebehandling	75 -
---------------------------------------	------

Massageafsnit:

22 behandlingenheder (kabine -f 2 omklædningsbokse, ialt ca. 12 m ²) i det hele.	250 -
---	-------

At overføre... 1 092 m²

Overført... 1 092 m²

Afsnit for elektroterapi (myotenser m. m.):

1 behandlingsrum 50 -

Afsnit for sygegymnastik og øvelsesterapi:

2 rum å 50 m² (det ene langt (= 10 m) til gangøvelser) 100 -

Fælles venteværelse for afsnittene 75 -

4 w. c. og 6 brusebade 14 -

Depotrum og 4—5 telefonbokse 16 -

B. Sengeafdeling.

Afdelingen forudsættes placeret i umiddelbar tilknytning til kliniken og dennes kontorer, garderober m. v., eventuelt i etagen over kliniken.

Sengeafdeling (2 16-sengs afsnit + 3 enestuer) 493 -

Afdelingskontorer:

Rum med arkiv 16 m²

Behandlingsrum 12 -

 28 -

Plejemoder kontor m. v.:

Plejemoderkontor 15 m²

Depot 16 -

-

Afdelingslaboratorier:

2 rum å 20 m² 40 m²

1 kemisk laboratorium 16 -

1 mørkekammer 8 -

 64 -

 1 963 m²

25) Arbejdsmedicinsk klinik.

Forudsættes anbragt i tilknytning til de medicinske ambulatorier, således at der til brug for kliniken indrettes følgende rum:

Klinikchefens kontor med forrum, w. c. etc. 35 m²

Rum til specielle undersøgelser 20 -

 55 m²

løvrigt er der regnet med, at kliniken om eftermiddagen benytter lokalerne i et af de medicinske ambulatorier.

26—27) Oftalmologisk afdeling og otolaryngologisk afdeling.

Afdelingerne kan bibeholdes i de nuværende bygninger.

28) Afdelingen for børnesygdomme.

Børneafdelingen kan bibeholdes i de nuværende bygninger (afdelingsbygning og poliklinikbygning). En udvidelse af afdelingens pladsforhold tænkes tilvejebragt gennem

opførelse af en forbindelsesbygning i 3 etager til fødeafdelingerne. Denne udvidelse behøver dog ikke at indgå som led i konkurrenceprojektet.

29) *Dermatologisk afdeling.*

Afdelingen kan bibeholdes i den nuværende bygning.

30—34) *Fødeafdelingerne A. og B. (med afdelingerne I., L. og M.).*

Fødeafdelingerne kan bibeholdes i den nuværende bygning.

35) *Psykiatrisk afdeling.*

Afdelingen kan bibeholdes i de nuværende bygninger. Ved børnepsykiatrisk afdeling må reserveres plads til en skrammellegeplads.

36) *Apotek.*

Apoteket bør af hensyn til brandfaren ligge i en selvstændig bygning eventuelt i en ombygget pavillon. Størrelsen skal være omtrent som en af de nuværende pavillonbygninger, eventuelt lidt større.

37) *Sektionsstuen.*

(Universitetets patologisk-anatomiske institut).

Institutet ligger uden for hospitalets grund og omfattes ikke af nærværende konkurrence. Der må tilvejebringes en forbindelse fra institutet til hospitalets tunnelsystem. Sektionsstuens kapacitet kan forventes at blive overskredet, når hospitalet udvides, således at bygningsmæssige udvidelser bliver nødvendige.

38) *Fotografisk og grafisk atelier.*

Det nuværende fotografiske atelier, som er placeret på røntgenafdelingen, ønskes fremtidigt udskilt fra denne som et selvstændigt afsnit med følgende rum:

1 stort atelier + mørkekammer	94 m ²
1 mindre atelier	75 -
1 tegnestue	20 -
	<hr/>
	189 m ²

Hvis der ikke er nær adgang til tekøkken og rengøringsrum, må sådanne rum indrettes.

39) *Medicinsk studiesal.*

Til fremstilling, opbevaring, udstilling og studium af undersøgelsesmateriale i form af kurver, diagrammer, elektrokardiogrammer, fotografier, røntgenfilm, mikroskopiske præparater m. v. ønskes for de studerende en studiesal indrettet, bestående af følgende enheder:

Arbejdsrum for en lægeassistent	18 m ²
Studiesal	60 -
Garderobe med toilet	12 -
	<hr/>
	90 m ²

Mulighed for udvidelse må være til stede.

40) *Centralarkiv.*

Medens hospitalets enkelte afdelinger fremtidig, ligesom nu, skal arkivere de sager, journaler etc. fra de senere år, som afdelingerne har brug for i det daglige arbejde, ønskes til ældre årgange et for afdelingerne fælles arkiv, hvis pladsbehov anslås til ca. 1 500 m².

Arkivet ønskes i videst muligt omfang placeret i kælder- eventuelt loftetage.

41) *Patientbibliotek.*

Til patienterne ønskes indrettet et bibliotek, bestående af følgende enheder:

Bogmagasin	50 m ²
Kontor til bibliotekar	12 -
	<hr/>
	62 m ²

42—44) *Sygeplejer skeskole og elevboliger, enkelte lejligheder og sygeafdeling for funktionærer.*

De i sygeplejerskeboligen værende beboelsesrum, hvoraf størstedelen nu bebos af sygeplejersker, tænkes fremtidig udelukkende anvendt til beboelse for elever, forstanderinde, viceforstanderinde og instruktionssygeplejersker, således at bygningen foruden disse boliger kommer til at rumme — som hidtil — lokaler for sygeplejerskeskolen, funktionærlægen og en sygeafdeling for funktionærer.

45) *Portør centr al.*

Ved det fremtidige Rigshospital må man påregne en portørstab på ca. 75 personer. Til disse ønskes indrettet en portørcentral, bestående af følgende rum:

1 kvartermesterkontor	10 m ²
Opholdsrum med plads til 15 portører	35 -
Hertil hørende w. c, brusebad og omklædningsrum ..	16 -
	<hr/>
	61 m ²

Portørcentralen bør ligge centralt og helst nær modtageafdelingen.

46—48) *Sikringsrum. Tunnelsystem.*

De af civilforsvarsstyrelsen, sundhedsstyrelsen eller andre givne til enhver tid gældende regler om sikringsforanstaltninger må efterfølges ved konkurrencen, jfr. herved lov nr. 253 af 27. maj 1950 om bygningsmæssige civilforsvarsforanstaltninger og Indenrigsministeriets bekendtgørelser af 28. juni 1950 om brandsikre etageadskillelser, om udførelse af sikringsrum samt om murgennembydninger.

I henhold hertil må der som beskyttelsesforanstaltninger indrettes følgende afsnit og rum:

Plads til ca. 600 senge å 4 m² gulvareal.

2 nødoperationsstuer med birum.

Fornødent udstyr med reservevandanlæg, luftfornyelse, reservebelysningsanlæg, forrådsrum, w. c. etc.

Beskyttelsesrum til resterende patienter, personale, studenter og besøgende.

Det hermed forbundne pladskrav kan anslås til ca. 4 250 m².

2 nødbørnde og et reserveelektricitetsværk findes på det nuværende hospital og kan måske benyttes fremtidigt.

De ovennævnte afsnit og rum tænkes eventuelt anbragt i underste kælderetage, idet øvre kælder agtes udnyttet til sekundære hospitalformål. Rummene bør anbringes således, at de kan bringes til anvendelse i hospitalets daglige liv, nødoperationsafsnittet således helst under de almindelige operationsafdelinger.

Endvidere tænkes i underste kælderetage et tunnelsystem til bestridelse af hospitalets daglige patient- og madtrafik, som agtes afviklet ved trucks. Tunnelsystemet må have let og direkte forbindelse med samtlige på hospitalet værende sygeafdelinger og øvrige vigtigere bygningsenheder såsom køkkenet, apotek o. lign., dels ved elevatorer, dels ved slisker.

En forudsætning for at anbringe tunnellen så dybt er det dog, at der kan angives en praktisk løsning på kloakeringsproblemet, uden fare for oversvømmelse i katastrofesituationer. Herom må konkurrenceprojekter indeholde en redegørelse.

49) *Køkken (vaskeri).*

Da vaskeriet, som i det nuværende hospital er sammenbygget med køkkenet, fremtidig agtes anbragt uden for hospitalet, kan denne del af bygningen blive disponibel til andre formål.

Køkkenet, der normalt skal kunne betjene 2 200 personer, påregnes at kunne forblive i sin nuværende bygning og behøver i så fald ikke at omfattes af konkurrencen.

Til bestridelse af madtransporten må der fra køkkenet etableres forbindelse med tunnelsystemet.

50) *Det medicinske studenterråd.*

Til studenterrådet ønskes et rum på 30 m² til møder m. v. Lokalet bør ligge ved siden af studenternes spiserum i kantinen.

51) *Kantiner.*

Medens eleverne på jordemoderskolen og hospitalets sygeplejerskeskole fremtidigt tænkes normalt at skulle spise i sygeplejerskeskolens spiselokaler, må der i kantinen regnes med følgende antal spisepladser:

Studenter	300	pladser
Sygeplejerskepersonale	100	—
Læger	75	—
Andet personale	200	—
	<hr/>	
	675	pladser

Disse tænkes indrettet centralt i en kantine med selvstændigt køkken, således at den økonomiske drift holdes adskilt fra hospitalskøkkenets.

Til kantinen må afsættes følgende plads:

Varmt køkken	40	m ²
Koldt køkken	40	-
Opvaskekøkken	20	-
Garderobes, w. c. etc.	50	-
Spisestuer	675	-
(300 m ² heraf tænkes uden for de ordinære spisetider anvendt som læsestuer for studenterne).		
Förrådsrum i kælder	100	-
	<hr/>	
	925	m ²

52—54) *Systuer og linnedmagasin.*

Systuerne må følge vaskeriet. Et mindre linnedmagasin kan eventuelt bibeholdes på den nuværende plads i 1. etage i køkkenbygningen. Disse enheder behøver ikke at omfattes af nærværende konkurrence.

55) *Administration.*

Hovedkontor, kassererkontor, lønningskontor, bogholderi, sekretariat og forvalterkontor vil kunne bibeholdes i den nuværende administrationsbygning, ligesom fødeafdelingernes kontor, kontorer for hospitalspræsten og hjælpepræsten, samt kordegnkontor vil kunne forblive i fødeafdelingernes bygning.

De nævnte kontorer behøver således ikke at omfattes af nærværende konkurrence.

56) *Mødesal og repræsentationslokaler.*

Der ønskes indrettet en møde- og lægerådssal på 60 m² med tilhørende garderobe (15 m²) og 2 w. c. (10 m²).

Fra mødesalen bør være umiddelbar adgang til 2 eller 3 mindre opholdslokaler på tilsammen 60 å 70 m² til brug ved receptioner m. v. Såfremt mødesalen kan anbringes ved siden af det lægevidenskabelige bibliotek, vil dettes læsesal dog kunne benyttes i stedet for de nævnte opholdslokaler.

Hvis der ikke er meget nær adgang til personalekantinens serveringskøkken, må der endvidere ved mødesalen beregnes plads til et tekøkken (6 m²).

57) *Varmeanlæg.*

Det fremtidige hospital tænkes opvarmet ved fjernvarme, leveret af Københavns belysningsvæsen, som har afgivet et foreløbigt tilsagn om leveringen, dog således at det nuværende anlæg holdes i drift, sålænge det er brugbart, eventuelt således at det forsyner en del af hospitalet.

58) *Maskinafdeling og værksteder.*

Maskinafdelingen vil i forbindelse med overgang, helt eller delvis, til fjernvarme kunne rummes i det nuværende maskinhus, dog at en vis modernisering og en vis udvidelse af de nuværende lokaler vil blive nødvendig, herunder indretning af et finmekanisk værksted.

Herudover vil det være fornødent i forbindelse med maskinafdelingen at anbringe:

En truckstation med garager, værksteder og opladningsstation etc.	150 m ²
En varmfordelingscentral	100 -

Værksteder.

Hospitalets nuværende egentlige værkstedsbygning rummer snedkerværksted, malerværksted, glarmesterværksted og desinfektionsanstalt. Bygningen må imidlertid anses for uhensigtsmæssig som værkstedsbygning og udnytter pladsen dårligt. Sadelmagerværkstedet, der nu er i køkkenbygningen, bør flyttes til den nye værkstedsbygning.

Til de fremtidige værksteder må beregnes følgende arealer og rum:

Snedkerværksted:

Værksted, kontor og tørrestue	150 m ²
Lagerplads	150 -
Malerværksted (med kontor)	125 -
· Glarmesterværksted (med kontor)	45 -
Desinfektionsanstalt	150 -
Sadelmagerværksted (incl. opbevaringsplads og lagerplads)	250 -
	870 m ²

59) *Boliger.*

Boliger for *jordemødre og jordemoder elever* ønskes bibeholdt i fødeafdelingernes bygning.

Sygeplejeeleverne, af hvilke en del nu bor spredt på hospitalet, ønskes samlet i den nuværende sygeplejerskebolig.

Til *sygeplejersker* må der foruden sygeplejerskeboligen ved den psykiatriske afdeling og de spredt på hospitalet beliggende forskellige sygeplejerske værelser, som skønnes at kunne bibeholdes, regnes med

10 eetværelseslej ligheder å 30 m ²	300 m ²
40 tovværelseslej ligheder å 38 m ²	1 520 -
50 værelser å 12 m ²	600 -

alt i overensstemmelse med Dansk Sygeplejeråds regulativ.

Værelserne til *husmedhjælpere* i den nuværende køkkenbygning agtes bibeholdt. Yderligere værelser skønnes ikke fornødne.

Værelser til *køkkenpersonale* haves i tilstrækkeligt omfang.

Til 1. og 2. *reservelæger* vil det, foruden de nuværende 19 lejligheder, som må påregnes at kunne bibeholdes, være nødvendigt at etablere yderligere

26 lejligheder å gennemsnitlig 110 m ²	2 860 m ²
---	----------------------

Til *overlæger* vil det — foruden de 6 nuværende overlægeboliger — være nødvendigt at indrette 10 boliger å anslået 230 m², ialt 2 300 m².

Endelig må der ved det nye hospital indrettes *forvalterbolig, 2 kvartermesterlejligheder samt bolig for hospitalspræsten*. Disse boligers samlede pladskrav anslås til ca. 450 m².

60) *Vuggestue og børnehave for børn af funktionærer og studenter.*

Ved det nye Rigshospital ønskes etableret en vuggestue og børnehave, hvis samlede areal kan sættes til 200 m². Det vil være ønskeligt, om der er mulighed for udvidelse.

61) *Diverse.*

Beskæftigelsesterapeuter.

Til beskæftigelsesterapeuter ønskes følgende rum:

Kontor til ledende beskæftigelsesterapeut	12 m ²
Depotrum	16 -

Disse rum bør helst findes i centralkomplekset, men kan dog indrettes i ledigt-blivende lokaler andetsteds.

Narkoselæge.

Til narkoselæge ønskes følgende rum:

Kontor for narkoselægen	35 m ²
Sekretærrum med arkiv	16 -
Depotrum	15 -

Cyklestativer.

Der må forskellige steder på hospitalet findes overdækket plads til ialt 800 cykler; den kan helt eller delvis tilvejebringes i kældre og skal i hvert fald for samtlige indeboende funktionærers vedkommende være i kældrene.

Parkeringsplads bør om muligt etableres på hospitalsgrunden.

Grønnegårde.

Ubebyggede arealer anlægges i videst muligt omfang som grønnegårde.

Kirken og kapellet.

Kirken behøver ikke at bevare sin nuværende centrale plads. Muligvis vil kapellet kunne udvides, så det også kan bruges som kirke.

b. Almindelige konkurrencebetingelser.

1. Konkurrencen er offentlig. Projekternes tekst og beskrivelse skal være på dansk, norsk eller svensk.

2. Forslagenes omfang og fremstillingsform.

Alle tegninger skal udføres i det metriske standardformats A-række.

a. *Hovedtegninger.* Forslagene må i plan, snit og facader i målestokforhold 1 : 500 skematisk — d. v. s. uden at ruminddeling er fornøden for hvert enkelt afsnit — vise alt, hvad der er nødvendigt for at give en fuldstændig forståelse af forslaget.

b. *Situationsplan.* Bygningernes grundrids må indtegnes på en situationsplan i mål 1 : 500. På situationsplanens nederste venstre hjørne må angives

1) nybygningernes bebyggede areal, de deri indeholdte hospitalsenheders bruttoetagearealer og det samlede bruttoetageareal, alt i m² incl. udnyttede kælder- og loftsrum,

2) det bebyggede areal for bygninger, som tænkes nedrevet, om muligt bruttoetagearealer for disse bygninger.

c. *Aksonometrisk fremstilling.* Der ønskes udført en aksonometrisk fremstilling af den samlede bebyggelse rejst op over planen i mål 1 : 500.

d. *Andre tegninger, modeller eller modelfotos* ønskes ikke, ligesom størrelsen og antal af tegningerne bør søges afgrænset passende.

e. *Beskrivelse.* Der ønskes en kortfattet skriftlig redegørelse, der så vidt muligt tillige påføres tegningerne med tydelig skrift. (Eventuelle løse bilag skal foreligge i 3 eksemplarer og have format 30 X 21 cm.)

Da arbejdet tænkes opdelt i flere etaper, ønskes endvidere redegørelse for disse og — i store træk — for, hvorledes driftsmæssige problemer, der står i forbindelse hermed, tænkes løst, idet der må lægges vægt på, at hospitalets drift forstyrres mindst muligt af byggearbejderne.

Overensstemmelse med Københavns byggelov f. t. af 29. marts 1939 og brandvæsenets krav må iagttages, eller der må, hvis dispensationer er fornødne, gøres opmærksom på, i hvilket omfang sådanne udkræves.

3. Forslagenes mærkning og emballering.

Forslagene skal være anonyme, og konkurrencedeltagerne må ikke forinden bedømmelsens afslutning under nogen form gøre brud på deres anonymitet.

Alle tegninger forsynes i højre nederste hjørne med et kendingstal, der skal være et tilfældigt valgt femcifret tal. Samme tal skal findes udvendig på en uigennemsigtig, lukket konvolut, hvori er indlagt oplysning — skrevet på maskine eller med blokskrift — om kendingstallet, forfatterens navn og adresse, telefonnummer samt antallet af tegninger m. v. I tilfælde af samarbejde mellem flere må det klart angives, hvem der er ansvarshavende for forslaget.

Efter bedømmelsen åbnes samtlige navnekonvolutter, såfremt der ikke er taget forbehold herimod, og arbejdet udstilles da, jfr. under 6), under forfatterens navn. Ved forslag, hvor et sådant forbehold er taget, må medsendes en konvolut, indeholdende den adresse, til hvilken forslaget ønskes returneret.

Forslagene skal indleveres plane og uopklæbde eller dog højst opklæbde på karton, emballeret med pap eller lign., dog således at formater, der er større end formatet A. 1. = 59,4 X 84,1 cm, kan indleveres sammenfoldet til dette format.

Emballagen skal udvendig tydelig mærkes med kendingstal og angive antallet af tegninger m. v.

4. Forslagenes indlevering og returnering samt forsikring.

Forslagene skal senest d. _____ indleveres til Rigshospitalet inden kl. 16 eller samme dag til et postkontor.

Ved direkte indlevering af forslag udstedes kvittering, lydende på kendingstallet. Postkvittering ligeledes og *alene* lydende på kendingstallet tjener som bevis for rettidig aflevering.

Afsendere, der vil sikre sig, at deres arbejde er nået frem til konkurrencen, opfordres til hurtigst muligt i anbefalet brev — med anden forsendelse end konkurrenceprojektet — at indsende forsendelseskvitteringen til sekretæren i Danske Arkitekters Landsforbunds konkurrenceudvalg, København, der da vil foretage afkonferering og eventuelt eftersøgning.

Ikke præmierede og ikke indkøbte forslag vil efter den i punkt 6 nævnte udstillings afslutning blive returneret til forfatteren, hvis dennes adresse er oplyst. Iøvrigt kan projekterne afhentes indtil 1 måned efter udstillingens slutning. Efter dette tidsrum bortfalder ethvert ansvar for konkurrenceudskriveren.

Hvert rettidigt indkommet projekt brandforsikres for et beløb af 5 000 kr. fra indleveringsdagen til returneringsdagen.

Al anden forsikring er konkurrenceudskriveren uvedkommende.

5. Bedømmelse og 'præmiering'.

Bedømmelsen foretages af en komité sammensat således:

Såfremt der indkommer mindst 3 forslag, der opfylder programmets krav, anvendes til præmier og indkøb ialt 75 000 kr. Der vil heraf blive uddelt en 1. præmie på mindst 25 000 kr. og de øvrige præmier, der vil blive fordelt efter dommerkomiteens skøn, må ikke være under 5 000 kr. Indkøbsbeløb er ansat til mindst 3 000 kr. Dommerkomitéen har ret til ved bedømmelsen af forslagets detaljer at tilkalde en eller flere af de sagkyndige læger samt Kigshospitalets forvalter og overmaskinmester, der har bistået konkurrenceudvalget i dets arbejde.

Præmierede eller indkøbte arbejder bliver Undervisningsministeriets ejendom med ret til udnyttelse af enkeltheder og ideer fra forslagene; dog bevarer forfatteren reproduktionsretten og den kunstneriske ejendomsret i henhold til den gældende lovgivning om forfatter- og kunstnerret.

Undervisningsministeriet forbeholder sig — bl. a. under hensyn til konkurrencens karakter af skitsekonkurrence — fuld frihed med hensyn til byggeprojektets endelige løsning. Overdrages arbejdet til en præmietager, afkortes præmiebeløbet ikke i honoraret. Der tilkommer 1. præmietageren et ekstravederlag på 25 000 kr., hvis han ikke bliver delagtig i arbejdets udførelse.

Et *mindretal* (*H. Helweg*) ønsker sidste punktum affattet således:

Såfremt 1. præmietageren af særlige grunde ikke bliver delagtig i arbejdets udførelse, tilkommer der ham et ekstrahonorar på 25,000 kr.

6. *Udstilling.*

De indleverede forslag vil blive udstillet offentligt. Meddelelse om afholdelse af udstillingen vil blive givet i tidsskrifterne Arkitekten og Bygmesteren samt i de finske, norske og svenske arkitektforbunds tidsskrifter. Ved alle forslag, ved hvilke der ikke er taget forbehold, vil forslagsstillerens navn blive anført ved de udstillede forslag.

7. *Forespørgsler.*

Nærmere oplysninger om forståelse af konkurrenceprogrammet må kun og senest 1 måned før afleveringsfristens udløb indhentes gennem sekretæren for Danske Arkitekters Landsforbunds konkurrenceudvalg, Bredgade 60, København K., der forelægger spørgsmålene i anonym afskrift for konkurrenceudskriveren eventuelt dommerkomitéen. Spørgsmålene vil, såfremt de skønnes at have almindelig interesse, blive besvaret i Arkitekten og Bygmesteren samt i de finske, norske og svenske arkitektforbunds tidsskrifter.

8. *Habilitetsregler.*

Ingen medarbejder hos et af dommerkomitéens medlemmer eller personer beslægtede med disse eller med de tilkaldte sagkyndige i ret op- og nedstigende linie eller i første sidelinie kan deltage i konkurrencen.

Til programudkastet er knyttet nedennævnte *mindretalsindstilling* (*Fabricius-Bjerre*):

Mindretallet kan ikke tiltræde flertallets forslag om, at konkurrencen skal være offentlig, d. v. s. international. Efter mindretallets opfattelse må opgaven kunne løses fuldt tilfredsstillende — formentlig bedst — af danske arkitekter, der må forudsættes at have størst forståelse af danske forhold. Konkurrencen bør derfor begrænses til danske statsborgere, men hvis det ønskes af Danske Arkitekters Landsforbund, vil mindretallet ikke fraråde, at adgang til at deltage udvides til finske, norske og svenske arkitekter.

Anmærkninger til konkurrenceprogrammets afsnit a.

Til I. Indledende bemærkninger

Ved overvejelsen af formen for den samlede nybygning er der visse centrale problemer, som det er særlig vigtigt at løse rationelt, eller som man traditionelt tillægger en særlig betydning, hvorfor de i korthed skal omtales her.

Disse spørgsmål er så vigtige, at der rundt i verden er opstået en formelig sygehushforskning til deres klarlæggelse, støttet til særlige kontorer og institutioner. De resultater, man er nået til, navnlig i Sverige og Sveits, har i et vist omfang kunnet nyttiggøres for kommissionens arbejde.

a. *Pavillon- eller bloksystem.*

Som allerede fremhævet i kritikken af det nuværende Rigshospital er dettes opbygning efter pavillonsystemet lidet tilfredsstillende. Når sygehusbyggeriet efterhånden havde forladt den sygehustype, hvortil for eksempel Københavns Kommunehospital hører, og i begyndelsen af dette århundrede var gået over til pavillonsystemet, var det dels for at reducere smittefaren, dels for at opnå øget arbejdsfrihed og ro samt bedre udviklingsmulighed for den enkelte afdeling, der efter pavillonsystemet kan opretholdes eller udvikles efter behov som et organisk hele.

Bortset fra hensynet til smittefaren — hvilket hensyn man nu slet ikke tillægger den samme vægt som dengang — er de ovennævnte fordele ved pavillonsystemet væsentlige; men alligevel har 2 krydsende hovedhensyn siden ført udviklingen bort fra dette system, nemlig hensynet dels til samarbejdet, dels til økonomien.

Økonomisk er pavillonsystemet mere krævende både med hensyn til grund og bygninger end bloksystemet. Kan man bygge i højden i stedet for at sprede bebyggelsen over et stort areal, sparer man stort set både grund og tag foruden ledninger og installationer. Her til kommer — indtil en vis grænse — mindre driftsudgifter.

Også arbejdsmæssigt frembyder bloksystemet store fordele på grund af den reducerede afstand mellem afdelinger over hverandre i stedet for i hver sin pavillon: det vertikale trafiksystem er i reglen kortere end det horisontale. Særlig i den nyeste tid, hvor specialiseringen også inden for lægevidenskaben er mere vidtdreven end nogen sinde før, er den teknisk bedste organisering af samfærdselsmulighederne uomgængelig nødvendig for at man kan undgå isolering af specialerne. Navnlig i Amerika er bloksystemet drevet meget vidt ved indretning af veritable skyskrabersygehuse.

Man er dog blevet klar over, at en forøgelse af etagerne ud over det antal, der lønner sig under hensyn til grundpriser, byggepriser og benyttelsens art, fordyrer anskaffelsessummen uforholdsmæssigt sammenlignet med de fordele, der kan opnås. Også drifts-

mæssigt må der regnes med et vist etageoptimum, blandt andet under hensyn til elevatoranlæggenes kostbarhed og sårbarhed. Endelig har man fra forskellig side fremhævet blokbebyggelsens vanskeligheder ved senere udvidelser med hensyn til fremskaffelse af plads til nye klinikker, den mindre ro, nedsat kontakt med den ydre verden, øgede belysnings-, ventilations- og lydisoleringsproblemer. Berettigelsen af disse indvendinger er dog diskutabel.

Erfaringerne har vist, at det i et vist omfang er muligt at eliminere de outrerede systemers skavanker, og hospitalsbyggeri af i dag sætter da også sine bestræbelser ind på at opnå de forskellige systemers fordele.

Söder-Sjukhuset i Stockholm er således konstrueret efter et dobbeltbloksystem. Idet een blok (i 9 overjordiske og 3 underjordiske etager) er sengebygning og een (i 5 etager) særlig beregnet til undersøgelser. De to blokke er forbundet med fire forbindelsesbygninger med ialt 16 forbindelsesveje.

Karolinska Institutionen, Stockholm, er principielt opført efter bloksystemet, dog modificeret på en række punkter ved udskillelse af forskellige afsnit til egne bygninger.

Rikshospitalet og Ullevål sykehus i Oslo er begge oprindelig opført efter pavillon-systemet (rent eller modificeret), men senere ved udbygning ændret i retning af bloksystemet.

Noget lignende gælder *Bürgerspital i Basel*, der opretholder en randbebyggelse foruden det egentlige blokhospital, der ligesom ved Södersjukhuset er delt i et sengehus (8 etager) og en undersøgelses- og behandlingsbygning (2 etager), forbundet med fire mellemfløje.

Også *Universitätsklinik, Zürich*, søger bevidst at kombinere fordelene fra de 2 systemer.

Blokhospitalet *Beaujon* i Paris (12 etager + mezzanin) har meddelt nogle oplysninger om sine driftsudgifter. Til elektricitet har udgiften været lidt højere end ved andre tilsvarende hospitaler (på grund af elevatorer etc.), men brændselsudgiften hævdes at have været betydeligt lavere (i forhold til de 2 hospitaler, der sammenlignes med, henholdsvis 19 pct. lavere og 12 pct. højere, skønt rumfanget i sidste tilfælde er ikke mindre end 70 pct. større). Sygedagsudgiften har været 1,50 frcs. mindre (i 1936) end ved tilsvarende andre hospitaler. Selvom sådanne opgørelser må tages med reservation, underbygger de dog den efterhånden almindelige opfattelse af bloksystemets principielle fordele.

Det nye hospital, som den amerikanske arkitekt *Paul Nelson* opfører i *St. Lô* til erstatning for det, som blev ødelagt ved invasionen, er et blokhospital på 9 etager. Det bør dog nævnes, at dette hospital kun er på 400 senge, og at det rene bloksystems gennemførelse naturligvis kompliceres jo større hospitalet skal være.

b. Differentiering og fagspecialisering.

For moderne hospitalsbyggeri er differentiering af behandlingsafdelingerne et ledende princip, fordi differentiering øger effektiviteten.

Den form for differentiering, man oftest tænker på, nemlig *fag specialiseringen*, som også Kigshospitalet ønsker fortsat og yderligere udviklet, kan — i modsætning til selve byggeproblemerne — næppe vurderes pekuniært. I hvert fald bør den sikkert ikke modvirkes eller sinkes, blot fordi den medfører øjeblikkelig merudgift til lokaleudvidelser,

tekniske installationer eller lignende. Fagspecialiseringen er i dag en nødvendig forudsætning for fortsat effektivisering af sygdomsbekæmpelsen. Denne „celledelingsproces" bør der tages hensyn til ved opgørelsen af hospitalets pladskrav, idet man på områder, hvor ny specialedeling kan forudses som sandsynlig eller måske blot som mulig, må være betænkt på at holde vejen åben for senere udvidelser. Navnlig ved opførelse af et bloksygehus er en sådan reserve vigtig, fordi man ikke senere kan udvide en vilkårlig etage i bloksygehuset.

c. Luftfornyelsens betydning for byggeriets udformning.

Antallet af kubikmeterrumfang pr. patient, som man hidtil har lagt så megen vægt på, spiller i virkeligheden ikke så stor en rolle som luftens fornyelse, der jo nu kan sikres ved tekniske foranstaltninger.

Man er for det nye Kigshospitals vedkommende standset ved ønsket om 3 m fri loftshøjde, fordi man regner med, at denne højde sikrer tilstrækkeligt dagslys, er opvarmingsmæssigt fordelagtig og muliggør reduktion af kubikmetermængden pr. patient, uden dog at binde til et bestemt rumindhold, idet dette ved hjælp af sengetallet pr. stue og stuens størrelse kan afpasses efter luftfornyelsesvilkårene.

d. Verdenshjørnernes betydning for sygestuernes placering.

Sygestuernes orientering mod verdenshjørnerne har man tidligere tillagt overmåde stor vægt. Man har fundet det afgørende at sikre sygestuerne så megen sydsol som muligt, hvilket nødvendiggjorde placeringen øst-vest, således at bygningen fik front direkte mod syd.

Det stadig reducerede gennemsnitlige sygedagsantal pr. patient, der for Rigshospitalet som helhed nu er nede på 20 (mod 37 i 1911—12), gør imidlertid, at orienteringshensynet næppe bør blive afgørende for bygningernes placering. Grundens form og byggemulighederne iøvrigt kan afgøre sagen, idet man naturligvis bør udnytte lyset mest muligt ikke mindst af psykologiske hensyn.

Ved de fleste nye hospitaler vælger man egnede farver i sygerummene, ikke alene af hensyn til patienternes farveglæde, men for at forstærke bestrålingens bakteriedræbende virkninger.

e. Bygningernes konstruktion.

Ved bygningernes konstruktion er man — naturligt nok i blokhospitalernes tid — i stadig højere grad gået over til jernbeton. Dette skyldes ikke alene materialets bygnings-tekniske fordele og beskyttelsesmæssige hensyn, selvom det kræver en stærkere isolation med hensyn til lyd og varme. Et stærkt incitament har tillige været hensynet til at undgå bærende skillerum, som gør ruminddelingen stiv. Man bør formentlig også for det fremtidige Rigshospital vælge betonkonstruktionen samt — af hensyn til dispositionsfriheden — kræve størst mulig uafhængighed af faste ruminddelinger, således som tilfældet er ved f. eks. Södersjukhuset, hvor man i stedet for bærende skillerum i undersøgelses- og behandlingsbygningen har benyttet piller, medens ruminddelingen er tilvejebragt ved plader, hvilket tillader og billiggør ændringer af ruminddelingen.

Til II. Skematisk fortegnelse over de eksisterende og fremtidige enheder.

Forsåvidt angår fastsættelsen af størrelsen af de fremtidige afdelinger, må det erkendes, at forholdene varierer for hver enkelt afdeling, hvilket kunne tale for at gøre visse afdelinger større end andre. Af principielle grunde må man dog være betænkelig ved at variere de store afdelingers størrelse, dels fordi det bygningsmæssigt er mest rationelt at arbejde med lige store afdelinger, dels fordi chefens personlige forudsætninger spiller en så afgørende rolle for vurderingen; men dette er i det lange løb en meget variabel faktor. Den af delingsstørrelse, de respektive overlæger anbefaler, varierer fra noget under til noget over 100 senge for hver af de store afdelinger.

Af pladmæssige grunde er det nærliggende at gøre afdelingerne så små som muligt, det vil sige så små, som hensynet til undervisning og forskning tillader. Dette vil lette optagelsen af de nye specialer på hospitalet og reducere anskaffelsessummen såvel som drifts-udgifternes absolutte beløb.

På den anden side må der regnes med nogenlunde faste bundomkostninger til afdelingslaboratorier, behandlingsmateriel, kontorer etc. og også med et vist personalemæssigt bundbehov, som kan udnyttes mere effektivt af en større afdeling end af en lille.

Hertil kommer visse hensyn, som ikke kan bedømmes eksakt, men må bero på skøn, nemlig:

1. Hensynet til undervisningen.
2. Hensynet til chefens arbejdskraft.
3. Hensynet til det videnskabelige arbejde.
4. Det krav, at chefen stadig skal have mulighed for at vedligeholde og udvikle sin kunnen.

Medens det videnskabelige arbejde ville være bedst tjent med en lille afdeling, gælder det modsatte for undervisningen. 2 gange årlig skal størstedelen af de almindelige sygdomme gennemgås, og der skal sikres egnet patientmateriale til selve eksamen, og hertil er ambulante patienter ikke tilstrækkeligt stabile.

Medens hensyn 2 er en variabel faktor, taler hensyn 4 afgjort for større afdelinger.

Efter gentagne drøftelser er man endt med at foreslå afdelingerne — med enkelte særligt begrundede undtagelser — på 6 16-sengeafsnit, altså 96 senge, hvorved man med henblik på undervisningen forudsætter, at en vis supplerings af patientmaterialet sikres fra de foreslåede ambulatorier, og at hospitalets nuværende uheldige visitationsforhold afløses af et forbedret system, særlig ved hjælp af telefonsystemets effektivisering — der ikke bør afvente hospitalsbyggeriet iøvrigt — samt ved ansættelse af særlige visitatorer, jfr. nedenfor i anmærkningerne til 2—3) skadeafdeling, side 64. Det ene af de 6 afsnit foreslås indrettet med 10 enestuer og 6 fællestuesenge, medens der iøvrigt regnes med en isolationsstue på hver 16-sengeafsnit. I de følgende arealberegninger er der ikke taget hensyn til udformningen af dette specielle afsnit, da betydningen for det samlede resultat ikke skønnes at være stor.

Til III. Adgangs- og trafikforhold. IV. Hospitalsenhedernes placering, og V. Kritik af Rigshospitalets nuværende indretning.

Disse afsnit giver ikke anledning til særlige bemærkninger.

Til VI. De enkelte hospitalsenheder.

Hvor intet særskilt er angivet, er de i anmærkningerne meddelte arealer nettoarealer (altså excl. mure, gange, trapper, elevatorer etc.).

A. Standardtyper for sengeafsnit, operationsafdelinger m. v.

Standardtype for sengeafsnit, (jfr. side 28).

Problemet om store eller små sygestuer er et spørgsmål om social standard og økonomi. At de store sygestuer plejemæssigt er utilfredsstillende i hvert fald under de sociale vilkår, hvorunder vi lever i Norden, er almindeligt anerkendt, og diskussionen har derfor i de senere år væsentlig samlet sig om problemet 2- eller 3-sengsdybde, og om, hvorvidt der skal være 4 eller 6 patienter i de største sygestuer. Plejemæssigt foretrækkes 2-sengsdybden, men den regnes til gengæld i almindelighed for dyrere både i anlæg og i drift. Ved Södersjukhusets planlægning er man på grundlag af omhyggelige undersøgelser gået ud fra, at 2-sengsdybden ikke behøver at være dyrere end 3-sengsdybden; men denne antagelse synes dog ikke at kunne holde for en kritisk prøvelse.

Endvidere taler arbejdsøkonomiske hensyn med ret stor sandsynlighed for 3-sengsdybden. I forbindelse med en omtale af den i 1949 afgivne betænkning om sygeplejerskemanglen I (København 1949) og arkitekt *Salling Mortensens* overvejelser angående 2- eller 3-sengsdybde opstiller driftsingeniør *Gredsted-Larsen* i Tidsskrift for danske sygehuse, april 1950, side 100, en kurve, der viser forholdet mellem sygestuernes størrelse og en enkelt — den vigtigste — af de frekvenser, der bestemmer sygeafsnittets arbejdsbyrde med hensyn til ganglængder, nemlig frekvensen skyllerum — seng. Herefter skulle frekvensen pr. patient på en 16-sengsstue kun være halvt så stor som på en 6-sengsstue, og plejersken skal nogenlunde lige ofte ind på en sygestue, hvad enten der ligger een eller to patienter på den.

Da der formentlig kan regnes med visse plejemæssige fordele ved 2-sengsdybden og med økonomiske ved 3-sengsdybden, uden at man dog kan sige, at afvej eisens resultat er så sikkert, at det med bestemthed udpeger een af de mulige løsninger som den rigtige, er det naturligt at indrømme arkitekterne valgfrihed. Men valget bør motiveres.

Det vil være en stor fordel, dersom alle 6-respektive 4-sengsstuer bygges således, at de senere eventuelt kan deles.

Fra lægerådets side er det foreslået, at *størrelsen af plej ea f snittene* sættes til 16 senge. Dette forslag er motiveret med, at 16 senge svarer til, hvad en afdelingssygeplejerske kan overse, og at de på grund af den lettere overskuelighed reducerer hendes kontorarbejde og fremmer hendes personlige og umiddelbare kontakt med patienterne. Endvidere kan een nattevagt de fleste steder betjene 2 16-sengsafsnit.

Ved praktisk set alle andre hospitaler er afsnittene større end 16 senge, som regel mellem 20 og 26 senge, og i sygeplejerskebetænkningen anbefales 25 senge.

På det nuværende Rigshospitals store medicinske og kirurgiske afdelinger var afsnittene oprindelig på 24 senge, men belægningen er efterhånden blevet forøget til 28—30 senge, hvorfor man i en række tilfælde har delt afsnittet i 2 å 14—15 senge, hvilket synes en tilfredsstillende størrelse.

Under hensyn hertil og til Rigshospitalets egenskab af forsknings- og undervisningsanstalt har man ment at kunne anbefale afsnit på 16 senge, uanset at dette forholdsvist

lave antal formentlig i nogen grad vil forøge både anlægs- og driftsudgifter i sammenligning med de endnu tilbageværende afsnit på 28—30 senge.

Med hensyn til plej eafsnittenes størrelse har der i kommissionen været nogen usikkerhed, idet nogle medlemmer har ment, at 16 var for lille et sengetal. Spørgsmålet kan både spille en rolle for hospitalets bygningsmæssige udformning og for driftsudgifterne, men i begge henseender *behøver* spørgsmålet ikke at være afgørende. Om plej eafsnittet er større eller mindre er formentlig af mindre driftsmæssig betydning, *hvis* personalet i videste forstand reduceres i det omfang, de mindre afsnit og disses mere rationelle opbygning gør reduktion mulig. Man forudsætter, at tilpasningsberegninger med dette for øje foretages, og at konsekvenserne drages, før de endelige planer fastlægges. Det rationelle vil være at opstille en forsøgsafdeling.

Også for bygningens udformning kan spørgsmålet spille en afgørende rolle, men *behøver* ikke at gøre det. *Hvis* man tilpasser antal og størrelse af birum efter plej eafsnittets sengeantal, d. v. s. efter det arbejdsmæssige behov, spiller spørgsmålet ingen afgørende rolle. Det modsatte gælder, hvis man ganske skematisk mener at burde udstyre et plej eafsnit med de samme birum, hvadenten det er på 16 eller f. eks. på 25 senge; i så fald er det selvfølgelig besparende at bygge 25-sengs afsnit.

I begge henseender — arbejdsmæssigt og bygningsmæssigt — henleder man opmærksomheden på den i 1949 afgivne betænkning om sygeplejerskemanglen. Man anbefaler, at der, inden de definitive byggeplaner udarbejdes, foretages de fornødne overvejelser og beregninger.

Kommissionen tiltræder herefter som grundlag for konkurrencen lægerådets forslag om 16-sengsafsnit med de nævnte bemærkninger, idet man herved bl. a. lægger vægt på, at endeligt valg af en *større* plejeenhed ikke skulle kunne medføre forøgede bygningskrav, hvorimod man ikke tør afvise, at mindre arealreduktioner kunne blive følgen, hvilket beror på resultatet af en nærmere undersøgelse.

Afgørende for sengeafsnittets samlede arealkrav er kravene pr. seng, birummenes antal og dimensionering samt gangarealerne, herunder vestibuler, trapper, elevatorer etc.

Det nuværende etageareal pr. seng på Rigshospitalet udgør for de store fællesstuers vedkommende 18,3 m² (ifølge beregning af arkitekt *Salling Mortensen*, tidsskrift for danske sygehuse, nr. 5, marts 1950, side 56).

Til sammenligning kan anføres en af chefarkitekt *Peter Nielsen* foretagen beregning over bruttoarealet i m² pr. seng (exclusive vestibuler, elevatorer og fællesrum for den samlede sygeafdeling) ved forskellige fremmede sygehuse. Disse arealer udgør henholdsvis 20,5 (Karolinska sjukhuset), 25,2 (Södersjukhuset), 24,4 (Zürich) og 27,5 (Basel).

På Frederiksborg amts centralsygehus er man ifølge beregning af driftsingeniør *W. Gredsted-Larsen* (tidsskrift for danske sygehuse, nr. 8, april 1950, side 99) kommet helt ned på 15,2 m² etageareal pr. seng, blandt andet ved hjælp af 4-sengsdybde uden tilsvarende forøgelse af birumsdybden.

Allerede på grund af de begrænsede byggemuligheder, som Rigshospitalet råder over, har det ved udarbejdelsen af det foreliggende forslag været magtpåliggende at reducere både netto- og bruttoareal pr. seng mest muligt. Dette er bl. a. opnået ved i så vidt omfang som muligt at gøre birummene fælles for to 16-sengs afsnit.

Specielt vedrørende de foreslåede *birum* bemærkes:

Opvaskerum og 2 kitchenetter. I hvert af kitchenetterne forudsættes indrettet et spisekammerskab på ca. 1 m².

2 skyllerum. Da skyllerummet er sengeafsnittets mest frekventerede rum jfr. nedenfor, har man anset det for nødvendigt at afsætte et sådant rum for hvert 16-sengsafsnit. Rummet udstyres med bækkenskyller og -koger.

2 vagtrum. Ved at afsætte et vagtrum pr. 16-sengeafsnit har man forudsat, at rummet samtidig skal kunne benyttes af afdelingssygeplejersken som kontor, ligesom personalegarderobe tænkes indrettet her.

2 undersøgelsesrum. Disse rum tænkes tillige anvendt til rengøring og kogning af instrumenter samt præparation af forbindsstoffer m. v., ligesom bærer vil kunne anbringes her.

Endelig bemærkes, at man ved det foreliggende forslag har forudsat, at der på sengeafsnittene indrettes nedstyrningsskakte til snavsetøj i plomberede sække. Kontrol-optælling af snavsetøjet bør kunne ordnes centralt på vaskeriet, jfr. betænkningen om sygeplejerskemanglen (København 1949) ang. symbol 65 (pag. 71).

Nedstyrningsskakterne tænkes anbragt i direkte tilslutning til skyllerummene.

Med henblik på birummenes indbyrdes placering skal anføres nogle frekvenser, stammende fra et dansk undersøgelsesmateriale (arkitekt *Salling Mortensen* og driftsingeniør *Gredsted-Larsens* i tidsskriftet for danske sygehuse, henholdsvis marts 1950 side 59 og april 1950 side 100):

Gennemsnitsfrekvenser ifølge	SaHing		
	Mortensen	Gredsted-Larsen	
	A IU	^ , , ,	
	Aalborg	Frederiksborg	
	amts-	amts central-	
	sygehus:	sygehus:	
Skyllerum-sygeseng	9,2	17,3	13,8
Thekøkken-sygeseng	3,2	6,5	5,0
Vagtrum-sygeseng	2,1	6,3	4,6
Thekøkken-skyllerum	2,0	1,0	2,3
Skyllerum-vagtrum	2,0	0,6	2,8
Vagtrum-thekøkken	1,0	1,3	1,7

Uanset tallenes store forskelligartethed angiver de dog en rangordning, som også støttes af fremmede undersøgelser: Der bør være kortest mulig afstand til skyllerummet, om muligt til thekøkken og vagtrum, hvorimod placeringen af de andre birum spiller langt mindre rolle.

Arealet for 2 16-sengsafsnit (excl. birum) er kalkuleret til 257,52 m². Hertil kommer birumsarealet 193 m², således at det samlede areal for 2 16-sengsafsnit kan sættes til 450,52 m², altså 225,26 m² for eet 16-sengsafsnit.

Standardtype for afdelingskontorer, (jfr. side 29).

Lægeværelse med brusebad og 2 w. c. forudsættes anvendt af reservelæge og kandidater (7—8 personer).

Arkivrum. Ved dimensioneringen af dette rum er der taget hensyn til, at det om fornødent skal kunne afgive arbejdsplads for een eller to sekretærer.

Behandlingsrum. Den foreslåede dimensionering tillader opstilling af behandlingsbriks med fri adgang fra 3 sider, håndvask, 1 lille bord med stol og eventuelt vægskab.

Konferencerum. Da psykologisk motiverede diskretionshensyn er afgørende for indretningen af dette rum, er det kun dimensioneret på samtidig modtagelse af få mennesker.

Det samlede areal for afdelingskontorer udgør 151 m², dog på de medicinske afdelinger 157 m².

Standardtype for plejemoder kontor m. v. (jfr. side 30).

Det samlede areal for plejemoderkontor m. v. udgør 55 m².

Standardtype for operationsafsnit. (jfr. side 30).

Det samlede areal for operationsafsnittet udgør 459 m².

B. De enkelte enheder.

1. *Modtageafdeling,* (jfr. side 30).

På det nuværende Rigshospital har modtageafdeling og skadestue delvis fælles lokaler (ialt 312 m²) og fælles personale; men denne sammenknytning er uheldig såvel af praktiske som af psykiske grunde. Skadeafdelingen bør flyttes hen i nærheden af de kommende kirurgiske afdelinger.

Hvis antallet af indlagte patienter, der nu nærmer sig 20.000 årlig, anslås til højst 30.000 årlig fremtidig, svarende til sengetallets forøgelse, bliver der tale om indlæggelse af gennemsnitlig ca. 100 patienter daglig. De nuværende særlige modtageafdelinger på psykiatrisk afdeling og fødeafdelingerne forudsættes bibeholdt, således at den foreslåede modtageafdeling er dimensioneret til at modtage det øvrige antal daglige patienter.

Ved nogle udenlandske hospitaler findes i tilknytning til modtageafdelingen en såkaldt sengeopretningscentral, og en sådan er også projekteret indrettet i det nye sygehus i Glostrup. Fra centralen leveres opredte senge til hver ny patient, og ved patientens udskrivning køres sengen — efter eventuel desinfektion og istandsættelse — tilbage til centralen til opredning med nyt linned. Man er dog af den opfattelse, at fordelene ved en sådan central (at patienterne undgår flytning fra bære til seng, og at arbejdet kan rationaliseres) ikke opvejer de praktiske ulemper, ordningen vil medføre på Rigshospitalet, idet opretningscentralen vil beslaglægge et betydeligt areal, ligesom det vil være nødvendigt at have en stor ekstrabestand af senge.

Den foreslåede modtageafdelings samlede areal udgør 205 m², og afdelingen vil således kunne rummes i den nuværende modtage- og skadeafdelings lokaler. Der må dog i så fald tilvejebringes bekvem tilkørselsmulighed foruden den nuværende hovedport; den hidtidige blanding af gående og kørende trafik gennem hovedporten bør iøvrigt afskaffes.

2—3. *Skadeafdeling med visitator* (jfr. side 31).

Der regnes med, at skadeafdelingen, der nu behandler ca. 10.000 tilfælde årligt, skal kunne behandle op til 15.000 patienter årlig eller gennemsnitlig 50 patienter daglig, og på grundlag heraf er den fremtidige skadeafdeling dimensioneret. Det er en forudsætning for forslaget, at en fremtidig skadeafdeling kan anbringes i nær tilknytning til operationsafdelingerne og helst nær det kirurgiske auditorium, der da i katastrofesituationer kan bruges til henstilling af bærer og til venterum.

Medens Københavns kommunes hospitaler længe har haft en fast visitator, som altid kan træffes telefonisk og straks kan afgøre spørgsmålet om indlæggelse, har Righospitalet følt savnet af en sådan. I stedet må de henvisende læger søge at træffe den pågældende afdelings overlæge eller reservelæger telefonisk, hvilket ofte kan være vanskeligt især om formiddagen. Resultatet er, at Righospitalet unddrages et væsentligt antal patienter med de for undervisningen særlig betydningsfulde akute sygdomme.

Det er derfor ønskeligt, at der ansættes nogle få læger som visitatorer, bedst vel tidligere reservelæger ved hospitalet. En af disse læger skulle altid dagen igennem, f. eks. fra kl. 9—18, være til stede på skadestuen og kunne så tillige fungere som chef for denne, hvilket ville være en stor forbedring. Med henblik herpå har man i forslaget til den fremtidige skadestue afsat et kontor på 15 m² til visitator.

Skadeafdelingens samlede areal udgør 278 m².

4—6. De medicinske afdelinger (afd. A. B. og P.) (jfr. side 31).

Størrelsen af en medicinsk afdeling.

Arealet af en medicinsk afdeling på 96 senge kan opgøres til 6 X 225,26 m² (jfr. side 72), eller ialt 1.351,56 m². Lægges hertil arealerne for afdelingskontorer (157 m²), plejemoderkontor m. v. (55 m²) og afdelingslaboratorier (156 m²), fås et samlet areal på 1.719,56 m² for en (medicinsk) afdeling.

Ambulatorium.

De medicinske afdelingers ambulatorier er dimensioneret til 6.000 nye patienter om året mod nu ca. 4.500 på den medicinske poliklinik.

Man har drøftet, om det kunne anses for forsvarligt kun at oprette 2 medicinske ambulatorier til fælles afbenyttelse for de 3 medicinske afdelinger, men har forkastet tanken, da ambulatorierne i så fald allerede på forhånd ville være beslaglagt hele dagen, dels af de tre afdelinger, dels af specialkonsultationer (5 af ugens dage på eet ambulatorium). Nye specialkonsultationer, der må forventes, ville i så fald være hjemløse.

I stedet har man vedtaget at foreslå det særlige ambulatorium for arbejdsmedicinsk klinik henlagt hertil. Klinikens chef har tiltrådt tanken på vilkår, at der indrettes et enkelt undersøgelsesrum til klinikens specielle undersøgelser.

2 af de 3 medicinske ambulatorier vil da være udnyttet både formiddag og eftermiddag, medens det 3die kun udnyttes regelmæssigt om formiddagen og derfor repræsenterer en nødtørftig reserve.

Specielt vedrørende de enkelte rum i ambulatorierne bemærkes, at elektrokardiografirummet, røntgenundersøgelsesrummet og rectoskopirummene skal kunne mørklægges.

Det samlede areal for ambulatorierne udgør 868 m², således at de 3 medicinske afdelingers samlede pladskrav bliver 3 X 1720 m² + 868 m² = 6028 m².

7—9) De tre kirurgiske afdelinger (afdeling C, D., og R.) (jfr. side 32).

Størrelsen af en kirurgisk afdeling.

Den kirurgiske sengeafdeling foreslår man indrettet ganske som den medicinske. Det samlede areal for en kirurgisk sengeafdeling bliver således 1 351,56 m², og den kirurgiske afdelings samlede pladskrav (incl. afdelingskontorer (151 m²), plejemoderkontor m. v. (55 m²), afdelingslaboratorium (142 m²) og operationsafsnit (459 m²)) udgør herefter 2 159 m²

Ambulatorium.

Røntgenundersøgelsesrummet og endoskopirummet skal kunne mørklægges.

Det samlede areal for 2 ambulatorier — til fælles benyttelse for de 3 kirurgiske afdelinger — udgør $701,5 \text{ m}^2$, således at de 3 kirurgiske afdelingers samlede pladskrav bliver $3 \times 2 \ 159 \text{ m}^2 + 701,5 \text{ m}^2 = 7 \ 179 \text{ m}^2$.

10—11) Medicinske og kirurgiske auditorier, (jfr. side 34).

Ved udarbejdelsen af forslaget til de fremtidige medicinske og kirurgiske auditorier har man gennem chefarkitekt *Peter Nielsen* indhentet oplysning fra Statens bygningsdirektorat om auditoriers normale pladskrav. De af bygningsdirektoratet undersøgte auditorier varierer fra $0,76 \text{ m}^2$ til $1,1 \text{ m}^2$ pr. plads, bl. a. beroende på, hvor lange bænkerækkerne gøres uden afbrydelse af gangarealer. I det foreliggende forslag har man regnet med 1 m^2 pr. plads.

Det samlede areal for de foreslåede medicinske og kirurgiske auditorier m. v. udgør $1 \ 172 \text{ m}^2$, men hvis f. eks. garderober og toiletter anbringes under den amfiteatralse opbygning, reduceres arealbehovet.

Det er muligt, at den af de nuværende auditoriebygninger, der kommer til at ligge nærmest ved en kommende centralbygning, fortsat vil kunne benyttes efter en vis udvidelse og ombygning.

Hvis det nuværende kirurgiske auditorium ved hospitalets ombygning får for stor afstand til de kirurgiske afdelinger, vil det ikke kunne benyttes af disse, men det vil i så fald muligvis kunne finde anvendelse på anden måde.

De nuværende 2 auditoriebygninger indeholder foruden auditorier og undersøgelsesstuer også forskellige andre rum (afdelingslaboratorier, afdelingskontorer, operationsafsnit, lægebibliotek og en enkelt bolig), men disse er ikke medtaget på dette sted, da de er behandlet ovenfor i anmærkningerne til henholdsvis *Standardtyper* for sengeafsnit, operationsafdelinger m. v. og *De medicinske og kirurgiske afdelinger*.

12) Lægevidenskabeligt bibliotek, (jfr. side 34).

Bibliotekets samlede arealbehov er beregnet til 108 m^2 .

13) Afdeling for røntgendiagnostik (jfr. side 34).

Forslaget til den nye røntgendiagnostiske afdeling er udarbejdet i samråd med professor *Flemming Møller*, som har tiltrådt det endelige forslag i dets helhed.

Da Rigshospitalet toges i brug i 1910, fandtes ingen røntgenafdeling på hospitalet. I 1920 indrettedes en mindre afdeling, som i 1936 afløstes af den nuværende. Udviklingen i røntgenologien har imidlertid været så voldsom, at den nuværende klinik kræver en betydelig udvidelse, såfremt den skal kunne dække behovet ved det nye hospital.

Af Kigshospitalets årsberetninger fremgår følgende tal for samlet undersøgelse og behandling på røntgenklinikken, sammenlignet med hospitalets samlede patienttal:

År	<i>Diagnostik:</i> Antal nye patienter fra hospitalets afdelinger og poliklinikker (bortset fra de neurologiske afdelinger på militærhospitalet)	Antal films	Antal patienter	<i>Terapi:</i> Antal røntgenbehandlinger	Hospitalets samlede antal indlagte patienter
1925.....	4 405		266		6 631
1930.....	5 800	31 860	279		7 093
1935.....	6 054	37 588	300		11 213
1940.....	8 271	45 780	631	9 264	11 703
1945.....	11 952		776	+ 5 radium 11 213	17 562
1946.....	14 495		682	10 187	17 238
1947.....	16 842		750	+ 2 radium 9 311	17 191
1948.....	17 694		598	+ 1 radium 7 867	17 796
1949.....	20 253 ¹⁾		553	7 568	17 900

¹⁾ Heraf 10 606 eller ca. halvdelen fra poliklinikkerne.

Da der i den ovenstående opstilling ikke er taget hensyn til, at samme patient kan komme mere end en gang til undersøgelse, ligger det samlede antal af årlige undersøgelser væsentligt højere end ovenfor angivet. Således udgør det samlede antal undersøgelser i 1949 efter oplysning af lægerådet over 40 000, hvilket svarer til ca. 33 årlig pr. seng på Rigshospitalet (excl. de neurologiske afdelinger på Militærhospitalet). Dette stemmer meget godt med erfaringen fra fremmede hospitaler.

I. Undersøgelsesrum.

For at konstatere det gennemsnitlige daglige antal undersøgelser pr. leje og gennemsnitstiden pr. undersøgelse har professor *Flemming Møller* i 1951 igennem en uge ladet foretage en registrering af klinikens arbejde og har på grundlag heraf opstillet følgende gennemsnitsberegninger pr. dag for de nedennævnte undersøgelsesgrupper.

	Undersøgelses-tid pr. patient	Patientantal	Samlet tid
1) <i>Urografi.</i>			
Indirekte urografi.....	1 t. 40 m.	5	8 t. 40 m.
Direkte urografi.....	1 t.	5	51.
Oversigtsbillede.....	30 m.	1	30 m.
Hysterosalpingografi.....	ganske få undersøgelser		
		11	14 t. 10 m.

	Undersøgelses- tid pr. patient	Patientantal	Samlet tid
2) <i>Ventrikel, tarm, galdeveje.</i>			
Ventrikel- og Colonundersøgelse	16 m.	30	8t.
Galdeveje	25 m.	4	1 t. 40 m.
Oversigtsbillede		2—3	20 m.
Tarmpassage	45 m.	1	45 m.
		38	ca. 11 t.
3) <i>Lunger og hjerte.</i>			
Hjerte og Lunger	10 m.	45	7 t. 30 m.
Kymografi	15 m.	2	30 m.
Bronchografi	30 m.	1 (hver- anden dag)	30 m.
		48	8 t. 30 m.
4) <i>Angiocardiografi, aortografi, arteriografi etc. samt cinematografi.</i>	Ganske få undersøgelser (ca. 30 pr. år).		
5) <i>Tomografi.</i>		iy ₂	1 t. 45 m.
6) <i>Knogler.-</i>			
Større undersøgelser	30 m.	4	2t.
Almindelige undersøgelser	10 m.	30	5t.
Columna	30 m.	10	5 t.
Funktionsundersøgelser	15 m.	4 (hver anden dag)	1 t.
Abdomen	10 m.	3	30 m.
		ea. 47	13 t. 30 m.
7) <i>Kraniebordene</i>	22 m.	19	ca. 7 t.

Endvidere har professor *Flemming Møller* for tidsrummet januar—april 1951 ladet udarbejde en statistik over antallet af klinikens undersøgelser og patienter. Et på grundlag heraf udregnet årligt tal for patienter og undersøgelser, sammenholdt med de af professoren ovenfor meddelte beregninger, giver følgende korrigerede billede af den gennemsnitlige daglige behandlingstid inden for de enkelte grupper.

	Antal undersørgelsesrum	Antal lejer	Årlig beregnet efter jan.—april 1951:		Gennemsnitlig patienttal pr. dag (beregnet efter 250 dage)	Daglig behandlingstimer i gennemsnit beregnet i henhold til professor Fl. M.'s undersørgelser angående gennemsnitstid
			patienter	optagelser		
I. Urografi	1	2	2 235	9 234	ca. 9	14 t. 10 m. \times 9/11 = 11½ t
Hysterosalpin- gografi		1				„ganske få“ undersørgelser
II. Abdominalun- dersørgelser (ven- trikel, tarm, og galdeveje)	1	2	7 332	64 638	ca. 29	ca. 11 t. \times 29/38 = 8½ t.
III. Lunger, hjerte	1	2	13 683	29 469	ca. 55	8½ t. \times 55/48 = 9¾ t.
Tomografi					1½	1¾ t.
Angiocardiografi etc.						„ganske få“ undersørgelser (ca. 30 pr. år)
IV. Knogler	1	2	10 701	32 559	ca. 43	13½ t. \times 43/47 = 12¼ t.
V. Kranie	2/2	2	5 115	21 408	ca. 21	7 t. \times 21/19 = ca. 8 t.
			36 066	157 308		

Det nuværende gennemsnitlige daglige behandlingsbehov (incl. den til og med april 1951 konstaterede stigning) fremgår af foranstående skema fordelt på de enkelte undersørgelsesgrupper.

Med hensyn til en beregning af det fremtidige behov, må følgende faktorer tages i betragtning:

1) Rigshospitalets medicinske og kirurgiske ambulatorier tænkes udvidet til 12 000 nye patienter pr. år ligeligt fordelt på medicin og kirurgi, medens antallet af nye patienter i 1949 udgjorde henholdsvis 4 871 på medicinsk poliklinik og 4 937 på kirurgisk poliklinik. Det heraf følgende udvidelsesbehov bliver altså ca. 20 pct. Da røntgenafdelingens patienttal imidlertid som ovenfor anført fordeles sig med halvdelen på indlagte patienter og halvdelen på ambulante, reduceres afdelingens udvidelsesbehov på denne konto til ca. 10 pct. i forhold til nu. Denne stigning vil antagelig fordele sig nogenlunde jævnt på de forskellige undersørgelsesgrupper.

2) Hospitalets nuværende sengetal er 1 184 (excl. de neurologiske afdelinger på Militærhospitalet, som ikke p. t. belaster røntgenafdelingen).

Med et fremtidigt sengetal på omkring 1 800 vil udvidelsen andrude ca. 50 pct. i forhold til de nu indlagte patienter. Da disse udgør halvdelen af røntgenafdelingens patienttal, vil udvidelsen af sengetallet følgelig for røntgenafdelingens vedkommende medføre et udvidelsesbehov på 25 pct. i forhold til nu.

Også denne stigning vil formentlig fordele sig nogenlunde ligeligt på alle undersørgelsesgrupper, men der må tillægges visse af de ny tilkommende hospitalsafdelinger en særlig vægt for enkelte undersørgelsesgruppers vedkommende, jfr. straks nedenfor.

3) Oprettelsen af en ny radiumstation med ca. 100 senge -\| nogen ambulatorievirksomhed vil antagelig medføre en øgelse af hospitalets samlede årlige patienttal med ca. 2 500 eller ca. 10 patienter daglig. Hvis disse tænkes alle at skulle passere røntgendiagnostisk afdeling og fordeles nogenlunde proportionalt på de enkelte undersørgelsesgrupper,

	Daglige behandlings- timer p. t.	1. Kalkuleret stigning fra de med. og kir. ambula- torier (10 pct.)	2. Forøgelse p. gr. af senge- tallets stig- ning (25 pct.)	3. Tillæg p. gr. af ny radi- umstation	4. Tillæg for tomografier	5. Tillæg for ortopædisk og fysiurgisk afd. samt de neurclø- giske afde- linger	6. Tillæg p. gr. af særlig talrige op- tagelser	7. Tillæg p. gr. af nye meto- der	Tilsammen timer
I. Urografi..... Hysterosalpingografi ¹⁾ (ganske få p. t.).	11½	1¼	3	1 (1 pt.)				16¾	
II. Abdominalundersøg. ven- trikel, tarm etc.....	8½	1	2	1 (2 pt.)			4½	17	
III. Lunger, hjerte.....	9¾	1	2½	½ (3 pt.)		1½ (5 pt.)		15¼	
Tomografi..... Angiocardiografi, Aorto- grafi, Arteriografi og Cinematografi ¹⁾	1¾	0	½	2				4¼ indtil 8	
IV. Knogler.....	12⅓	1¼	3	1 (3 pt.)		12 (30 pt.)	15	44⅗	
V. Kranie.....	8	1	2	1 (2 pt.)		6 (12 pt.)		18 t.	
	51⅕ t.							123⅕	

¹⁾ Kan slås sammen i et rum.

vil det give følgende gennemsnitlige ekstra tilgang pr. dag: Urografi -j- 1, ventrikel, tarm etc. -j- 2, lunger og hjerte + 3, knogler + 3 og kranie + 2.

4) Udvidelsen af thoraxkirurgisk afdeling vil formentlig særlig forøge tomograferne. En fordobling er sandsynlig.

5) Oprettelsen af en ortopædisk afdeling vil formentlig særlig påvirke antallet af knoglefotograferinger. Det samme vil antagelig gælde ved oprettelsen af en lille fysiurgisk sengeafdeling. Derimod vil overflytning til Kigshospitalet af neuromedicinsk og særlig neurokirurgisk afdeling belaste kraniebordene.

Egner man med ca. 100 senge + ambulatorium for ortopædisk afdelings vedkommende og 35 senge på fysiurgisk afdeling, vil dette antagelig medføre en samlet årlig patienttilvækst på 7—10 000, eller 25—40 om dagen. For knogleundersøgelsernes vedkommende vil der formentlig blive tale om en daglig patienttilvækst på 30, hvorudover man må regne med en tilvækst på 5 for undersøgelsesgruppen lunger og hjerte (sengetalstigningen i sig selv er iøvrigt allerede een gang taget i betragtning under punkt 2).

For så vidt angår de neurologiske afdelinger kan den daglige tilvækst for kraniebordene anslås til 12 patienter.

6) Endelig har professor *Flemming Møller* gjort særlige bemærkninger vedrørende enkelte undersøgelsesgrupper. Det gælder (se under 7) for knogleundersøgelser samt for undersøgelser af ventrikel, tarm og galdeveje, hvor der for sidste gruppes vedkommende er tale om særlig store antal optagelser pr. patient (ca. 9 mod 4 å 5 i gennemsnit). Det er derfor rimeligt at give et generelt tillæg på 33 pct. i denne anledning (altså også på de tidligere under 1—5 nævnte tillæg).

7) For knogleundersøgelsernes vedkommende vil nye metoder, således bløddelundersøgelser og arthrografier formentlig forøge behovet. Hvis man også her giver et generelt tillæg på 33 pct., vil man antagelig være dækket, for så vidt angår det forudseelige. Da det imidlertid her drejer sig om et stort og vanskeligt beregneligt undersøgelsesområde, foretrækker man et generelt tillæg på 50 pct. Den opnåede ekstrareserve kan tillige — om muligt — tjene som reserve for andre undersøgelsesgrupper.

Det fremtidige behov kan herefter skematisk kalkuleres som vist i tabellen side 69.

På grundlag af denne tabel har man for den fremtidige kliniks vedkommende regnet med nedennævnte antal undersøgelseslejer fordelt på de enkelte grupper, idet man forudsætter 8 timers daglig arbejde ved hvert leje:

	Lejer	Kapacitet timer	Behov (timer)	Reserve-timer
I. Urografi	6	48	16 $\frac{3}{4}$	31 $\frac{1}{4}$
II. Abdominalundersøgelser, ventrikel, tarm etc.....	3	24	17	7
III. Lunger og hjerte.....	4	32	15 $\frac{1}{4}$	16 $\frac{3}{4}$
Tomografi	1	8	4 $\frac{1}{4}$	3 $\frac{3}{4}$
Hysterosalpingografi, angiocardiografi, cinematografi, aortografi og arteriografi..	2	16	8	8
IV. Knogler.....	10	80	44 $\frac{7}{12}$	35 $\frac{5}{12}$
V. Kranie.....	4	32	18	14
	30	240	123 $\frac{5}{6}$	116 $\frac{1}{6}$

Som det ses, har man afsat betydelige reserver, specielt for undersøgelsesgrupperne urografi og knogler. For urografiens vedkommende er dette sket under hensyntagen til det betydelige antal undersøgelser på andre hospitaler (iflg. oplysninger fra professor *Flemming Møller* har f. eks. Bispebjerg hospital til 1 100 patienter 4 lejer til indirekte og 3 lejer til direkte urografi). Med hensyn til undersøgelsesgruppen knogler henvises til det ovenfor under punkt 7) anførte, idet der er regnet med, at en del af reserven eventuelt kan komme andre undersøgelsesgrupper til gode.

Men overhovedet er det nødvendigt, at kliniken, som har en central betydning for hele hospitalet, er i besiddelse af den tilstrækkelige kapacitet selv under spidsbelastning, og da det må anses for umuligt at beregne spidsbelastningen til enhver tid, må der kalkuleres med en forsvarlig reserve. De beregnede reserver skønnes på den anden side tilfredsstillende.

Ved beregningen af pladskravene for den fremtidige røntgenklinik er man gået ud fra, at den nuværende klinikbygning bibeholdes som et led i den nye afdeling. Vel er bygningen behæftet med visse mangler; men det vil formentlig være samfundsmæssigt uforvarligt at opgive bygningen til fordel for en ny, medmindre det af hensyn til den fremtidige afdelings funktioner eller til den samlede plan for hele hospitalet skulle vise sig uomgængelig nødvendigt at flytte røntgenafdelingen som helhed. Der synes dog så meget mindre grund hertil, som klinikchefen såvel som hospitalets lægeråd går ind for afdelingsopdeling — efter svenske hospitalers mønster — i flere funktionelt selvstændige afdelinger.

Specielt vedrørende fastsættelsen af undersøgelsesrummenes antal og størrelse ved den fremtidige afdeling skal følgende oplyses:

På den nuværende røntgenafdeling findes 4 undersøgelsesrum å 38 m².

Standardstørrelsen for nye undersøgelsesrum er sat til 31,5 m² (heri inkluderet plads til senge for liggende patienter) dog med forskellige afvigelser, således som det fremgår af nedenstående opstilling:

<i>Fremtidig anvendelse af nuværende undersøgelsesrum:</i>	m ²	Benyttelse	Lejer
	1 å 38	Direkte urografi	3
	1 å 38	Indirekte urografi	3
	1 å 38	Knogleundersøgelser	3
	1 å 38	Knogleundersøgelser	3
	4		12
<i>Nye undersøgelsesrum:</i>	3 å 31,5	Abdominalundersøgelser	3
	4 å 31,5	Lunger og hjerte	4
	2 å 12	Anæstesi	
	2 å 34	Kranie	4
	1 å 21,5	Tomografi	1
	1 å 21,5	Hysterosalpingografi, angiocardio- diografi, cinematografi, aortografi og arteriografi	2
	2 å 21,5	Knogler og ekstrareserve	4
	13 + 2 anæstesirum		18

II. B i r u m.

For så vidt angår de for den fremtidige røntgenafdeling fornødne birum, er man gået ud fra, at den *nuværende* røntgenbygning rummer tilstrækkelige lokalemuligheder til sikring af birum for de derværende undersøgelsesrum, således at tilvejebringelse af yderligere birumsplads i nybygningen ikke skulle være fornøden. På den anden side er det forudsat, at det ved indretningen i nybygningen af studenterdemonstrationsrum \neq mødesal ledigtblevne demonstrationslokale i den nuværende bygning indrettes til afdelingsbibliotek. Endvidere foreslås afdelingens nuværende fotografiske atelier udskilt fra røntgenklinikken til et selvstændigt fotografisk og grafisk atelier. Endelig vil det være nødvendigt at forbedre fremkalderummene, særlig ved om muligt at skabe bedre fixeringsforhold i forbindelse med et rum for vådgranskning.

Med hensyn til de til de *nye* undersøgelsesrum foreslåede birum skal følgende bemærkes:

Til *venterum* er afsat 120m^2 , beregnet således: Den nuværende afdelings årlige patienttal kan sættes til ca. 36 000. Hertil lægges på grund af stigning i ambulatorievirksomhed 10 pct., 3 600, på grund af stigning i sengetal ca. 9 000, ialt 48 600, hvortil kommer ambulatoriske patienter fra radiumstation, ortopædisk afdeling og neurologiske afdelinger, ca. 12400, ialt anslået ca. 61 000 patienter, eller gennemsnitlig ca. 250 daglig, hvoraf de 100 regnes at have ærinde på den gamle klinik. Effektiv tilvækst altså ca. 150 patienter daglig, eller ca. 20 i timen, heraf halvdelen ambulante og halvdelen indlagte. Som følge af undersøgelsesernes varighed bør venterummene formentlig kunne absorbere ca. 2 å 3 timers »forbrug« på een gang, det vil sige ca. 50. Da der er plads til senge i undersøgelsesrummene, må det være tilstrækkeligt at regne med plads til højst 10 senge i en korridor med en udvidelse på $2\text{ m} \times 30\text{ m} = 60\text{ m}^2$ samt at afsætte et lignende areal til ambulante patienter med evt. pårørende (halvdelen af afklædningsboksene regnes derhos permanent optaget).

Til filmarkiv er afsat 200 m^2 , hvilket anses for tilstrækkeligt til at rumme de sidste 6 årgange (1 årgang fylder ca. 25 reolmeter å 6 hylder med afstand 40 cm.). Herudover forudsættes der i centralarkivet skaffet den dobbelte plads til ca. 12 ældre årgange.

Enkelte af w. c.erne bør gøres større end hovedparten for at kunne rumme en kørestol.

Det samlede pladskrav for den fremtidige røntgendiagnostiske afdeling udgør herefter:

Den nuværende røntgenklinik	1549 m ²
Den nye afdeling	1443 -

ialt 2992 m²

\neq 400 m² i central-

arkivet, hvilket må anses for passende ved sammenligning med fremmede hospitaler.

Som ovenfor nævnt har man regnet med en væsentlig udvidelse af afdelingens daglige arbejdstid (fremtidig 8 timer daglig) for at opnå en mere effektiv udnyttelse af de kostbare rum og installationer.

Efter udarbejdelsen af ovenstående forslag har professor *Flemming Møller* oplyst, at der i det siden da forløbne tidsrum som følge af stadig indførelse af nye undersøgelsesmetoder og teknik er sket en væsentlig forøgelse af afdelingens arbejde. Der er således i 1951 foretaget 4 452 flere undersøgelser end i 1950 og 19 008 flere optagelser.

Dette bestyrker yderligere nødvendigheden af at regne med betydelige reserver ved dimensioneringen af den fremtidige røntgendiagnostiske afdeling.

14. Radioterapeutisk afdeling (jfr. side 35).

Ved udarbejdelsen af forslaget til den fremtidige radioterapeutiske afdeling har overlæge, dr. med. *Jens Nielsen*, Radiumstationen, været behjælpelig. Endvidere har professor, dr. med. *E. Meulengracht*, Landsforeningen til Kræftens Bekæmpelse, deltaget i enkelte forhandlinger.

For denne afdelings vedkommende har det været vanskeligere end for andre at drage slutninger ved sammenligning med fremmede hospitaler, idet disse er udbygget højest forskelligt, varierende fra ganske små afdelinger til de i forbindelse med Karolinska Sjukhuset, Stockholm, opførte store institutioner, Jubilæumskliniken samt Radiopatologiska Institutionen og Radiofysiska Institutionen. Imidlertid fremgår det af foreliggende oplysninger, at man overalt er klar over nødvendigheden af på ethvert universitetshospital også at have en radioterapeutisk afdeling.

At dette specielt også gælder for Rigshospitalet anser man for ganske givet ud fra følgende hovedhensyn:

I. Hensynet til undervisningen.

Siden Radiumstationen i København i 1930 blev betydeligt udvidet, har den i kraft af sit monopol på strålebehandling trukket visse grupper af patienter fuldstændig til sig. Følgen er, at en række af de vigtigste former for kræft i de senere år enten slet ikke, eller højest ganske undtagelsesvis, ses på Rigshospitalet, og at undervisningen af de vordende læger derfor i disse henseender er blevet yderst mangelfuld. Således kan nu til dags en ung læge bestå sin embedseksamen uden nogen sinde at have set en patient med f. eks. en så hyppig og vigtig sygdom som livmoderkræft. Lignende forhold gælder også for de ondartede blodsygdomme og for visse godartede sygdomme, navnlig i huden, hvis behandling er overvejende radiologisk. Denne uheldige udvikling i undervisningen er i de sidste 10 år flere gange blevet påpeget af Rigshospitalets lægeråd.

Man kunne måske tænke sig undervisningen i de pågældende sygdomme henlagt til Radiumstationen ved oprettelse af en lærestol i kræftsygdommenes klinik; men en sådan løsning ville aldrig kunne give noget tilfredsstillende resultat, idet undervisningen af hensyn til helheden bør gives indenfor hvert enkelt fag af dettes faglærere (kirurgi, medicin, kvindesygdomme o. s. v.).

Der er da også nu fra alle sider enighed om, at det var en fejl, når Radiumstationen i København ikke — som det skete i Stockholm, Aarhus og mange andre steder — i sin tid blev oprettet på universitetshospitalet.

Hensynet til undervisningen repræsenterer så stærkt et argument, at det i sig selv er tilstrækkeligt til at motivere oprettelsen af en radioterapeutisk afdeling på Rigshospitalet.

II. Hensynet til det videnskabelige arbejde.

Det videnskabelige arbejde, der i de sidste 20 år er blevet udført på Radiumstationen i København, har vel været særdeles omfattende og af høj kvalitet, således at det

forhåndenværende erfaringsmateriale må siges at være blevet udnyttet på fuldt tilfredsstillende måde. Dette skyldes dog meget to forhold, nemlig dels de forholdsvis rigelige pengemidler, Landsforeningen til Kræftens Bekæmpelse hidtil har kunnet afse til støtte af dette arbejde, dels de personlige egenskaber hos stationens to chefer i den nævnte periode. Disse forholds fortsatte tilstedeværelse kan ikke garanteres, og i begge henseender vil tilknytning til universitetshospitalet formentlig i det lange løb give større sikkerhed med hensyn til gunstige betingelser for det videnskabelige arbejde.

Allerede nu har Landsforeningen (se årsberetning 1949—50 pag. 11) erklæret sig ude af stand til økonomisk at tage den påkrævede videnskabelige kræftforskning op, med mindre staten vil overtage radiumstationernes drift eller dække udgifterne hertil (ca. 2 mill. kr. pr. år), i hvert fald i det væsentlige.

III. Hensynet til det stigende antal kræftsygdomme.

Forekomsten af kræftsygdomme er i Danmark, som i de fleste andre lande, i stigning. Trods de skete fremskridt i behandlingen er også antallet af dødsfald i hele landet stigende fra 4 597 i 1923 til 6 634 i 1949 (se det som bilag 7 optagne diagram). Selv om ganske vist kun en del af disse tilfælde er tilgængelig for strålebehandling, må behovet for sengepladser på radioterapeutiske afdelinger være stigende i omtrent samme forhold. Da man må regne med, at stigningen i dødsfaldenes antal vil fortsætte omtrent som nu, må en forøgelse af de nuværende 303 pladser, forsåvidt den ikke allerede nu er påkrævet, i hvert fald inden mange, år blive det.

IV. Fordelene ved tilknytning til et stort hospital.

Når der skal oprettes flere radioterapeutiske sengepladser, bør det, ikke alene af de ovenfor nævnte undervisningsmæssige hensyn, men også i selve kræftbehandlingens interesse, nu til dags kun kunne ske på et stort hospital, hvor det størst mulige antal specialer er repræsenterede. Intet andet hospital i Danmark kan her byde på så gode hjælpemidler som Rigshospitalet.

De ovennævnte hensyn taget i betragtning er det derfor efter kommissionens opfattelse tvingende nødvendigt, at en radioterapeutisk afdeling oprettes på Rigshospitalet. Spørgsmålet bliver derefter, hvor stor en sådan afdeling skal være, og hvorledes den bedst kan indordnes i den danske kræftbekæmpelses almindelige system.

Forsåvidt angår antallet af senge, skal følgende bemærkes:

På forhånd ville man anse det for bedst, at afdelingen fik samme størrelse som hospitalets andre store afdelinger, nemlig 96 senge.

For en sådan størrelse taler for det første hensynet til fuld udnyttelse såvel af chefens evner som af det kostbare apparatur, samt det undervisningsmæssigt betingede ønske om, at patienttallet bliver stort nok til at være virkelig alsidigt. Også hensynet til det videnskabelige arbejde, der indenfor dette speciale i betydelig grad består i kontrol med behandlingsresultaterne ved de forskellige former for kræft, taler imod at gøre afdelingen mindre end de andre store afdelinger. Hertil kommer, at man erfaringsmæssigt ikke så let får de bedst kvalificerede ledende læger, såfremt afdelingen er væsentligt mindre end andre tilsvarende. Radiumstationerne i København, Odense og Aarhus er normeret med henholdsvis 121, 50 og 132 senge.

For en mindre afdeling (48, 64 eller 80 senge) taler almindelige økonomiske og pladmæssige hensyn. Efter kommissionens opfattelse vil det dog ikke være rigtigt at

tillægge disse hensyn afgørende betydning overfor de særlig vægtige grunde for det modsatte. Derimod kunne der måske være et argument imod en afdeling på 96 senge i spørgsmålet om, hvorvidt der er patienter nok til en sådan afdeling.

Angående dette punkt har Landsforeningen til Kræftens Bekæmpelse på bemærkelsesværdig måde ændret sin opfattelse. Under 22. april 1944 skrev Landsforeningen til Indenrigsministeriet:

» det stadigt stigende antal kræftpatienter, der søger Radiumstationen i København, har skabt store vanskeligheder. Allerede i 1939 tog Landsforeningen spørgsmålet om en udvidelse op, idet manglen på såvel sengepladser som plads til ambulante behandling m. v. var blevet meget følelig.

Forholdene på Radiumstationen har imidlertid forværret sig så meget, at der nu faktisk hersker en katastrofal pladsmangel, der jo i første række kommer til at virke på den måde, at der findes en meget lang ekspektanceliste, næsten konstant på over 100 patienter, der skal indlægges, og ventetiden er på mindst 4 uger, ja i adskillige tilfælde kan der gå op til 6 uger, før en indlæggelse kan finde sted. Dette er forhold, som er meget alvorlige her, hvor det drejer sig om en sygdom som kræft, hvor det netop er af den allerstørste betydning, at patienterne kommer under behandling på et så tidligt stadium af sygdommen som muligt.

Uanset de for tiden gældende forhold har Landsforeningen i erkendelse af det alvorlige problem, der foreligger, besluttet at søge forberedelserne til en udvidelse foretaget nu, således at man straks, når der måtte blive mulighed derfor, kan gå i gang med arbejdet. Til ministeriets orientering vedlægger man den foreløbige plan og beskrivelse vedrørende udvidelsen, og som det fremgår heraf, vil Radiumstationen i København få en forøgelse af sengepladserne på 86 senge, ligesom ambulatorium og andre afsnit af hospitalet vil få den plads, der kræves for at kunne udføre den behandling, patienterne har krav på «.

De samme synspunkter kommer til udtryk i Landsforeningens årsberetninger for 1943—44, 1944—45, 1945—46 og 1946—47, men i de sidste fire årsberetninger tales der ikke mere om pladsmangel. I modsætning hertil skriver Landsforeningen under 8. oktober 1951 (se bilag 8) til kommissionen: » for det første synes der på nuværende tidspunkt ikke at foreligge noget patientmæssigt behov for en fjerde radiumstation her i landet, for så vidt som ekspektancelister på de tre eksisterende radiumstationer ikke foreligger eller er minimale. «

Bilag 8.

Årsagen til denne bratte ændring i opfattelsen af sengebehovet kan ikke findes i nogen nedgang i kræftsygdommens forekomst eller i nogen afkorting af den nødvendige behandlingsperiode, og det gennemsnitlige antal sygedage pr. patient på radiumstationerne er da også uforandret.

Det samlede behov for sengepladser må afhænge af de bevægelser, der finder sted i sygdommens udbredelse, men herover findes ingen statistik tilgængelig.

Imidlertid er, som det vil ses af diagrammet, (bilag 7) antallet af kræftsdødsfald i Danmark i de sidste 10 år steget årligt med omkring 80 i gennemsnit eller med ca. 1% pct.

Da denne stigning må antages at skyldes forøget udbredelse af sygdommen — aldersklassernes forskydning — i stedet for stigning i dødelighedsprocenten, må antallet af personer, der lider af sygdommen, være steget i samme forhold. Under iøvrigt uforandrede vilkår må sengebehovet da forskyde sig tilsvarende.

Tager man sit udgangspunkt i de nuværende 303 normerede sengepladser, hvilket tal Landsforeningen tidligere har fundet alt for lille, vil merbehovet altså, hvis andre fak-

torer ikke ændrer sig, udgøre ca. 4 senge pr. år med stadig stigende tendens, d. v. s. på 10 år 40 til 45 senge.

Når man betænker, at der hvert år antagelig opstår 12—15 000 nye tilfælde og hvert år dør ca. 6 600 mennesker af sygdommen, hvilket vil sige, at dødeligheden er meget høj, må det eksisterende sengetal da også på forhånd forekomme uforholdsmæssigt lille.

Der findes da også utvivlsomt et ikke ringe latent behov for flere senge til behandling og pleje af patienter med kræft. De 2—300 (nu 303) senge på radiumstationerne här i de forløbne år kun kunnet forslå, fordi patienterne som regel er blevet overflyttet til andet hospital eller udskrevet til hjemmet, så snart strålebehandlingen var givet. Det er efterhånden tvivlsomt, om denne ordning er den mest hensigtsmæssige. Ganske vist taler psykologiske grunde mod at have for mange dårlige patienter samlede på visse enkelte afdelinger, men et sted skal de være, og virkningen på omgivelserne er på den anden side næppe mindre skadelig i hjemmene, navnlig med de nuværende utilfredsstillende boligforhold. Hertil kommer, at man nu til dags på specialiserede hospitalsafdelinger både ad kirurgisk vej og ad medicinsk vej vil kunne udrette betydeligt mere i retning af Undrende behandling selv i håbløse sygdomstilfælde, end man kunne blot for 10 år siden. Netop på Radiumstationen i København har professor *Chievitz* i de senere år indtil sin død i 1946 virket som foregangsmand på dette område.

Ej heller set fra et samfundsøkonomisk synspunkt vil det formentlig altid være det fordelagtigste at lade de uheldelige patienter dø i hjemmene, navnlig ikke på landet, hvor afstandene for læge og sygeplejerske er lange.

Når Landsforeningen siden 1944 har kunnet afvikle overbelægningen på Radiumstationen i København, skyldes det to særlige rent lokale forhold: Man er praktisk talt oplyst med den betydelige operative virksomhed (3—400 større operationer årlig 1943—47), som indtil da var foregået på Radiumstationen, men som nu foregår andet steds, og man har samtidig i betydelig grad reduceret omfanget af de givne strålebehandlinger fra en total dosis på 11,9 millioner røntgenenheder i 1945 til 8,8 millioner i 1950 og fra 2 884 radiumbehandlinger i 1945 til 2 015 i 1950. Den første af disse to faktorer har allerede udfoldet sin fulde virkning, da operationernes antal ikke kan reduceres mere, end det allerede er sket, og den anden — nedsættelsen af røntgendosis — kan næppe drives ret meget længere. Forholdet illustrerer, hvorledes administrative forholdsregler for en tid kan tilsløre en jævnt fremadskridende stigning i behovet for sengepladser. Hvorvidt de trufne dispositioner har været en følge af pladsmangelen, skal man ikke kunne sige, men det er jo en nærliggende mulighed, at den operative virksomhed her kunne genoptages, hvis pladsforholdene tillod det. Også belægningsforholdene på Radiumstationen i Odense er instruktive. Middelbelægningen her har i hele perioden 1940—50 været meget nær 48, altså fortsat lige under det normerede sengeantal (50) trods stigningen i kræftsygeligheden.

Yderligere må man tage i betragtning, 1) at ved en station, der også skal drive undervisning og forskning, vil behovet for sengepladser blive en del større, end det ellers ville have været, 2) at landsdelene øst for Store Bælt er dem, der er dårligst udstyret med radioterapeutiske sengepladser (Jylland 1 pr. 13 300 indbyggere, Fyen 1 pr. 9 000 og Sjælland 1 pr. 15 000) og 3) at de 17 sengepladser, hvormed Radiumstationen i København blev udvidet i 1943, kun kan betragtes som en ren nødhjælp og formentlig bør nedlægges igen, så snart mulighed herfor gives.

I betragtning af disse forhold er kommissionen af den opfattelse, at man ikke skal lægge for megen vægt på de øjeblikkelige belægningsforhold på Radiumstationen i København, men at man kan regne med, at en fjerde radiumstation oprettet på Rigshospitalet, med hele landet som sit opland, og dimensioneret til 96 senge, hurtigt vil vise sig at dække et behov.

Ud fra denne betragtning har man med bistand af overlæge *Jens Nielsen* udarbejdet nærværende forslag til en radiumstation på Rigshospitalet.

Med hensyn til forslaget enkelte afsnit og rum skål følgende bemærkes:

Kontor for efterundersøgelser. Kontorets opgave er at bestride patientregistrering og den for kræftsygdomme fornødne periodiske indkaldelse af tidligere patienter til efterundersøgelse.

Radiumbehandlingsafdeling. Under hensyn til, at der her til radioisotoper er afsat 20 m², har man i det umiddelbart efterfølgende forslag til centrallaboratorium kunnet indskrænke sig til at foreslå et isotoplaboratorium på 16 m², uanset arbejdets forventeligt hastigt voksende betydning.

Radiofysisk laboratorium og eksperimentelt laboratorium. Begge disse laboratorier må af hensyn til det videnskabelige arbejde anses for uundværlige for afdelingen.

Ambulatoriet. Det foreslåede ambulatorium er dimensioneret til med en arbejdstid på 3—4 timer dagligt at kunne behandle 2 000 nye patienter årligt, hvilket formentlig i begyndelsen vil være tilstrækkeligt. Det vil senere, når det — antagelig inden mange år — bliver nødvendigt, ved fuld udnyttelse af kapaciteten kunne komme op på det dobbelte patienttal. Flere end 4 000 nye patienter årligt vil det efter kommissionens mening ikke være hensigtsmæssigt at modtage i ambulatoriet.

Afdelingens samlede arealbehov kan med et sengeafsnit på 96 senge opgøres til 3009 m².

Rigshospitalets indordning i den danske kræftbekæmpelses almindelige system vil principielt bedst kunne ske ved et nært samarbejde med Landsforeningen til Kræftens Bekæmpelse og med sundhedsstyrelsens godkendelse. I erkendelse heraf har udvalget tilskrevet Landsforeningen om samarbejde og spurgt, om foreningen kunne tænke sig at tilbyde opførelse (helt eller delvis) og drift af en radiumstation på Rigshospitalet på en af dette given grund og på et samarbejdsgrundlag, som nærmere kunne drøftes.

Udvalget har gjort sundhedsstyrelsen bekendt med denne sin henvendelse og styrelsen har svaret, at den agter at støtte forslaget om indretning af en radiumstation på Rigshospitalet.

Derimod har Landsforeningen i sit svar af 8. oktober 1951 (bilag 8) stillet sig temmelig reserveret, selvom man indrømmer, at lægernes undervisning i kræftsygdommene er af fundamental betydning, og at det derfor ville være naturligt, om en radiumstation allerede var blevet opført på Rigshospitalet. Det må beklages, at Landsforeningen først på et forholdsvis sent tidspunkt er blevet klar over, hvor stor betydning man må tillægge denne side af kræftbekæmpelsen, og at Landsforeningen ved sine udvidelsesplaner så sent som i 1944 er gået ind for en løsning, der i stedet for at afhjælpe det her påpegede misforhold yderligere kunne forværre det.

Landsforeningens nuværende betænkeligheder motiveres ved tre argumenter: 1) man mener ikke, der for tiden er trang til flere sengepladser af denne art, 2) man mener de økonomiske forpligtelser vil overstige Landsforeningens evne, og 3) man håber og venter, at de omtalte undervisningsmæssige opgaver kan forventes løst derved, at »Radiumstationen i København nu er inddraget i det undervisningsmæssige system«.

Af disse tre argumenter beror det sidste formentlig på en misforståelse. Overlæge *Jens Nielsen* er for 6 år siden beskikket som lektor i radioterapi med den opgave at undervise i åle-behandlingens virkemåde, teknik, risici, indikationer og kontra-indikationer, men han skal ikke — udover de mindre væsentlige sider, der måtte falde ind under det nævnte — undervise i kræftsygdommenes klinik. Stillingen er ikke knyttet til Radiumstationen, men

til *Jens Nielsens* person, og det er meget muligt, at det af hensyn til indpasningen i den almindelige studieplan vil vise sig mest praktisk at lade undervisningen foregå på Rigshospitalet. Oprettelsen af det nævnte lektorat kan derfor ikke afhjælpe den ovenfor omtalte undervisningsmæssige misère.

Det første argument om behovet for radioterapeutiske sengepladser angår forhold, som er omtalt ovenfor.

Det andet argument om Landsforeningens økonomiske evne anser kommissionen for at være af underordnet betydning. Om Landsforeningen anvender resterne af sine opsavede reserver på den ene eller den anden måde indenfor rammerne af sine opgaver, er set fra samfundets synspunkt ikke af afgørende interesse. Opførelse af nye sengepladser til brug for kræftbekæmpelsen vil i det lange løb antagelig belaste staten ligestærkt, endtendat sker ved Landsforeningens foranstaltning eller ved Rigshospitalets. Tilvejebringer Landsforeningen sengene, belastes staten efter den nuværende tilskudsordning direkte med halvdelen af driftsudgifterne. Den anden halvdel af driftsudgifterne vil forøge Landsforeningens kapitalforbrug indtil reservekapitalen er forbrugt, hvorefter staten må træde til og dække hele driften.

Er det Rigshospitalet, der bygger sengene, må staten tage hele driftsudgiften straks, men til gengæld slider disse senge ikke på Landsforeningens reserver, hvorfor foreningens kritiske tidspunkt udsættes tilsvarende.

I forhold til driftsudgifterne spiller anlægsudgiften en gang for alle kun den mindre rolle, og det må vist erkendes at være pekuniært mindre betydningsfuldt for samfundet, om Landsforeningen stiller sin byggefond helt eller delvis til direkte rådighed for et sådant nybyggeri.

Derimod kunne en sådan ordening have den betydning at bane vejen for et rationelt samarbejde mellem Landsforeningen, der ikke i længden kan løse opgaverne alene, og Rigshospitalet, der er nærmest til at gå ind i arbejdet.

Kommissionen forudsætter, at sagen vil blive forhandlet yderligere med Landsforeningen, men selv om resultatet heraf skulle blive negativt, skal man af de anførte grunde meget anbefale, at der på Rigshospitalet oprettes en radiumstation som foreslået her.

15. *Centrallaboratorium*, (jfr. side 38).

I udarbejdelsen af det foreliggende forslag har deltaget professor *Brøchner-Mortensen*, som har tiltrådt forslaget i dets helhed.

Centrallaboratoriets samlede areal udgør 1 050 m².

16. *Angiocardiologis- og speciallaboratorium*, (jfr. side 40).

Laboratoriets samlede areal udgør 114,5 m².

17. *Blodbank*, (jfr. side 40).

Ved udarbejdelsen af forslaget til den fremtidige blodbank har man forhandlet med dr. *Freiesleben*, Seruminstitutet, der har redegjort for afdelingens behov og påtænkte indretning.

Blodbankens samlede areal udgør 230 m².

På Rigshospitalet er i øjeblikket en midlertidig blodbank under indretning til en bekostning af omkring 350 000 kr. Denne blodbank, der indrettes i loftsetagen over operationsafdelingen i den kirurgiske auditoriebygning, vil dog næppe være tilfredsstillende efter hospitalets udvidelse, men en væsentlig del af installationerne vil kunne overføres til den nye blodbank.

18. *Kæbekirurgisk afdeling og tandklinikken*, (jfr. side 40).

Forslaget til den fremtidige afdeling og klinik er udarbejdet i samråd med kæbekirurgisk afdelings chef, professor *Rusted*, som har tiltrådt forslaget i dets helhed.

Der er ved udarbejdelsen af forslaget lagt vægt på en befæstelse af samarbejdet mellem kæbekirurgisk afdeling og tandklinikken, idet en væsentlig del af afdelingens patienter er oppegående under størstedelen af hospitalsopholdet, således at en kombination af ambulans (poliklinisk) virksomhed med den stationære afdeling er ganske særlig fordelagtig.

Forsåvidt angår tandklinikken er det i hospitalets årsberetning for 1949 anført, at der har været 2 578 nye patienter og 6 743 konsultationer. Der angives samtidig at være henvist 763 patienter fra hospitalets afdelinger, 248 fra læger og tandlæger i byen, og de øvrige mere end 1 500 patienter er kommet udefra uden henvisning. Man har regnet med, at der ved det udvidede Rigshospital vil indtræde en fordobling af det nuværende antal årlige konsultationer på klinikken, dels hidrørende fra den udvidede kæbekirurgiske afdeling, som tandklinikken skal være efterbehandlingsambulatorium for, dels på grund af det forøgede antal henvisninger, der må forventes fra det udvidede hospital.

Det er forudsat, at tandklinikken fremtidigt alene skal behandle: 1) akutte tandlidelser hos hospitalets patienter, 2) tilfælde, hvor tandbehandling er et led i den almindelige behandling og undersøgelse (f. eks. ved mavelidelser) og 3) kæbekirurgiske tilfælde.

Pladskravet for den fremtidige kæbekirurgiske afdeling og tandklinik kan med et sengeafsnit på 32 senge opgøres til ialt 1 006 m².

19. *Ortopædisk afdeling*, (jfr. side 41).

Ved udarbejdelsen af det foreliggende forslag til en ortopædisk afdeling har man overvejet muligheden af at gøre denne afdeling mindre, end her foreslået, ud fra den betragtning, at der fra afdelingen uden større skade kunne omtrent udelukkes forskellige lettere lidelser uden større undervisningsmæssig interesse.

Man har derfor indkaldt skriftligt materiale fra Ortopædisk hospital og har drøftet problemet om sengeafdelingens størrelse med afdelingslæge, dr. med. *Arne Bertelsen* fra Ortopædisk hospital.

Resultatet af disse drøftelser er blevet, at man har vedtaget den her foreslåede dimensionering af afdelingen på 88 senge (heraf 8 i enestuer), særlig under hensyn til, at ortopædien er et så omfattende speciale, at det dækker en uhyre variation af forskelligartede sygdomme, som det vil være nødvendigt at have repræsenteret på et undervisningshospital. Hertil kommer, at patientmaterialet ikke er så mobilt, at man kan regne med en tilstrækkelig repræsentation uden en omfattende stationær afdeling. En sådan skønnes derfor nødvendig af undervisningsmæssige grunde, ligesom kun en afdeling af den foreslåede størrelse vil gøre det muligt for chefen at holde sin erfaring på hele området på højde med udviklingen.

Man har endvidere drøftet, om det dog kunne forsvares kun at indrette en mindre sengeafdeling på Rigshospitalet under den forudsætning, at man tilvejebragte snævert samarbejde med Ortopædisk hospital, eventuelt således at chefen for en af Ortopædisk hospitals afdelinger tillige blev chef for den mindre ortopædiske afdeling på Rigshospitalet. Man har imidlertid forladt tanken, idet man ikke anser det for gørligt at finde en kombination, der kunne blive tilfredsstillende for begge parter i samarbejdet.

Specielt vedrørende det foreslåede *ambulatorium* bemærkes, at det er beregnet på modtagelse af 3 å 4 000 patienter årligt, idet enkelte særlig udbredte sygdomme som f. eks.

pladfod i hovedsagen forudsættes henvist til behandling på Ortopædisk hospital og dettes ambulatorium.

Afdelingens samlede pladsbehov kan med et sengeafsnit på 88 senge opgøres til 2 332 m².

20. *Plastikkirurgisk afdeling*, (jfr. side 43).

På det nuværende Rigshospital findes ingen sådan specialafdeling, og hospitalets pladsnød og specialets endnu ikke så fremtrædende placering har under behandlingen af forslaget rejst det spørgsmål, om det er nødvendigt at have dette speciale repræsenteret netop på Rigshospitalet.

Som fagområde skulle det dels dække ganespalte og hareskår, dels visse andre medfødte sygdomme, forbrændinger og ardannelser herefter samt vansir og funktionsdefekt efter ulykkestilfælde og sygdom — dog ikke operationer i forbindelse med næse og øjne, idet disse operationer fortsat forudsættes knyttes til de respektive organspecialer.

Professor *Dahl-Iversen* anslår, støttet af specialisters skøn, behovet, for så vidt angår patienter med ganespalte og hareskår til 16 senge (for hele landet) og til 2 X 16 senge for resten af området, hvorved han bygger på sin egen erfaring fra kirurgisk afdeling C, hvor han i store dele af året har belagt en halv snes senge med plastikkirurgiske tilfælde alene som en slags nødhjælp.

Hareskår-ganespalteoperationerne er for hele landet så lille et område, at det ikke med rimelighed kan opdeles. Når specialet derfor bør samles på eet sted, er det naturligt, at det bliver på Rigshospitalet eller i hvert fald i nær tilknytning til dette.

Også for den øvrige plastikkirurgis vedkommende taler vægtige betragtninger for henførsel til Rigshospitalet, selv om der næppe her bliver tale om en centralisering for hele landet.

Efterhånden som specialiseringen skrider frem, bliver de store almene hospitalsafdelingers behov for specialbistand større og større, idet de almindelige afdelinger som følge af specialafdelingernes oprettelse får utilstrækkelig erfaring i de pågældende særlige sygdommes erkendelse og behandling.

Specialafdelingens heraf nødvendiggjorte konsulentvirksomhed, der stadig vil blive mere og mere påkrævet, er særlig betydningsfuld på et undervisningshospital, og den kan ikke dækkes bedre, end ved at Rigshospitalet får en specialafdeling som den foreslåede.

Der er dog enighed om, at en anden mulighed, omend knap så god, ville være at henlægge den plastikkirurgiske afdeling til Finseninstitutet; men dette kræver, at universitetet får afgørende indflydelse på institutets ledelse, herunder også på besættelsen af de ledende poster, der både er bestemmende for specialets udvikling og skæbne og for konsulentvirksomhedens kvalitet.

Plastikkirurgisk afdelings samlede pladsbehov kan med et sengeafsnit på 48 senge opgøres til 1 021 m².

21. *Neuromedicinsk afdeling* (jfr. side 44).

Det i forslaget nævnte *elektrofysiologiske laboratorium* forudsættes indrettet til fælles benyttelse med neurokirurgisk afdeling.

Med hensyn til *ambulatoriet* bemærkes, at ambulatoriet på den nuværende neuromedicinske afdeling på Militærhospitalet efter årsberetningen for 1949 har haft 2 580 nye patienter og 4 400 konsultationer. Disse tal ligger betydeligt lavere end de tilsvarende på

de medicinske og kirurgiske ambulatorier; men der må, når neuromedicinsk afdeling flyttes til Rigshospitalet, regnes med en ikke helt ringe stigning. Under hensyn hertil er det foreslåede ambulatorium dimensioneret. Specielt med hensyn til ambulatoriets *venteværelse* skal anføres, at der bør tilstræbes fællesskab med den neurokirurgiske afdeling.

Det samlede pladskrav for neuromedicinsk afdeling kan med et sengeafsnit på 96 senge opgøres til 1987 m².

22. Neurokirurgisk afdeling (jfr. side 44).

Der er fra lægelig side fremsat ønske om, at en af operationsstuerne indrettes i forbindelse med et tilstødende rum til anbringelse af electrocorticograf, dernæst at den sædvanlige gipsestue indrettes til encephalografirum med røntgenanlæg og endelig, at en af operationsstuerne indrettes med røntgenanlæg. Disse særlige ønsker medfører ingen forøgelse af rumkravene i standardoperationsafsnittet, idet de pågældende særønsker kan imødekommes ved hjælp af gipsestuen og det ene endoskopirum.

Specielt vedrørende *ambulatoriet* bemærkes, at dette er beregnet efter modtagelse af ca. 20 patienter daglig. Skulle den ambulatoriske virksomhed antage større omfang, må den kunne finde sted på det neuromedicinske ambulatorium.

Det samlede pladskrav for neurokirurgisk afdeling kan med et sengeafsnit på 96 senge opgøres til 2 097 m².

23. Tuberkuloseafdelingen (jfr. side 45).

Ved udarbejdelsen af det foreliggende forslag har man tilkaldt overlæge, dr. med. *Johannes Gravesen*, Frederiksberg hospital, som særlig sagkyndig.

Det forhold, at kampen mod tuberkulosen i de sidste år har været så effektiv, at Nationalforeningen til Tuberkulosens Bekæmpelse nu næppe kan fylde sine sanatorier, har rejst det spørgsmål, om det er nødvendigt at oprette en tuberkuloseafdeling på Rigshospitalet.

Imod oprettelsen taler sygdommens indtil nu tilsyneladende sikre tilbagetrængning, ikke mindst at denne tilbagetrængning har kunnet ske uden den støtte, som kunne ventes fra en universitetslærestol. Selv om intet med sikkerhed kan siges, er der dog overvejende grund til at betragte udviklingen optimistisk, hvis ikke væsentlige forskydninger i de sociale vilkår, herunder boligforholdene, bringer billedet i fare. Det tør håbes, at den fortsatte udbygning af calmettevaccinering og folkeundersøgelserne vil vedligeholde sygdommens tilbagetrængning.

På den anden side er der enighed om, at selv hvis udviklingen inden for en kort tid skulle overflødiggøre 90 pct. af landets nuværende 2—3 000 tuberkulosesenge, vil det være rigtigst, at der i hvert fald på de 2 undervisningshospitalet (København og Aarhus) findes mulighed for studium og demonstration af sygdommen.

Hertil kommer, at de nye antibiotica eller chemoterapeutiske midler har medført en betydelig ændring af sygdommens behandling, der nu i større omfang end tidligere kan finde sted uden sanatoriekur. Dette medfører, at behandlingsproblemerne i nogen grad i hvert fald for tiden er flyttet bort fra speciallægerne til de praktiserende læger, hvilket forstærker disse sidstes behov for undervisning. Selv om denne undervisning ville kunne gives et andet sted end på Rigshospitalet, må det dog anses for naturligt at henlægge en sådan virksomhed hertil. Også i forskningsmæssig henseende ligger der på dette område en stor opgave, der bedst løses på et stort undervisningshospital,

Endelig må der lægges vægt på, at der ved behandlingen af denne sygdom er behov for gensidig konsultations virksomhed. Også for de nuværende specialsanatorier har lokal og faglig isolering virket hæmmende. For Rigshospitalets vedkommende vil det være af stor vigtighed, om lungekirurgen og tuberkulosespecialisten kan rådføre sig med hinanden om behandlingsformen i de enkelte tilfælde. Der må overhovedet tillægges en sådan gensidig konsultationsvirksomhed den allerstørste betydning både i henseende til behandlingen og til effektiviteten af undervisning og forskning, og man finder heri, såvel som i patienternes tilstedeværelse til brug for undervisningen, det mest tungtvejende argument for oprettelsen af en tuberkuloseafdeling.

Da en sådan ny afdeling på Rigshospitalet kunne motivere hel eller delvis nedlægning af det ikke ganske tilfredsstillende Øresundshospital, kunne det være naturligt at søge frem til et økonomisk samarbejde med Københavns kommune og eventuelt gøre oprettelsen af afdelingen afhængig af en tilfredsstillende overenskomst herom, f. eks. ved at kommunen yder et driftsbidrag, svarende til den aflastning, den nye afdeling kan skaffe kommunen, evt. svarende til Rigshospitalets driftsudgift. Om det foretrækkes kunne kommunen helt eller delvis yde sit bidrag kontant een gang for alle eller stille det i anden forbindelse omtalte grundareal til rådighed for Rigshospitalet.

Hverken konkurrencen eller Rigshospitalets ombygning bør dog forsinkes af forhandlinger med Københavns kommune.

Tuberkuloseafdelingens samlede pladskrav kan med et sengeafsnit på 70 senge opgøres til 1 580 m².

24. *Fysiurgisk klinik og afdeling* (jfr. side 45).

Forslaget til den nye fysiurgiske afdeling og klinik er udarbejdet i samråd med klinikchef, dr. med. *J. Helweg*, som har tiltrådt forslaget i dets helhed.

A. Klinik.

Det er en forudsætning for gennemførelse af det foreliggende forslag, dels at bygningsprojektet udformes således, at muligheden for udvidelse i påkommende tilfælde reserveres, dels at det bliver muligt at indføre 8 timers arbejdsdag ved klinikken, hvilket ikke hidtil er prøvet på Rigshospitalet, og endelig at klinikken får mulighed for at begrænse patienttilgangen, såfremt henvisningernes antal skulle overstige kapaciteten.

Til de enkelte klinikafsnit skal iøvrigt følgende bemærkes:

1) *Personale og administration.*

I Kælderen.

Lægegarderoben er dimensioneret for 6 å 8 læger. *De to garderober for massører o. lign.* er beregnet på modtagelse af 50—60 personer, heraf de fleste med halvdagsbeskæftigelse.

2) *Undersøgelse af nye patienter.*

Der er enighed om, at undersøgelsen af nye patienter af hensyn til den fornødne arbejdsro bør foregå i et særligt afsnit, beliggende i tilslutning til lokalerne for massage og øvelsesterapi.

Det årlige antal af nye patienter er i tidsrummet 1925—1950 steget fra 1 147 (heraf 880 hospitalspatienter og 267 ambulante patienter) til 3 502 (heraf 1 637 hospitals-

patienter og 1 865 ambulante patienter). Alene siden 1947 er det samlede årlige patientantal steget med 771, fordelt med 349 hospitalspatienter og 422 ambulante patienter. Det årlige antal nye patienter ved den fremtidige klinik har man — ikke mindst under hensyn til den i forhold til afdelingernes størrelse forventede betydelige patienttilgang fra de neurologiske afdelinger — anslået til 7 000.

Da hvert af de foreslåede undersøgelsesrum (dimensioneret til at rumme 1 leje med adgang fra 3 sider) må antages at kunne betjene mindst 15 patienter pr. 8 timers dag (= mindst 3 500 årlig), skulle der i og for sig ikke behøves så mange rum som foreslået, men *da* undersøgelsesafsnittet er klinikens flaskehals, *da* tilgangen er en del variabel, *da* de fleste patienter vil komme om formiddagen, og *da* rummene uden for undersøgelsestiden lader sig udnytte til behandlingsrum (hvorfor de bør placeres ved massageafsnittet), finder man det rigtigst at afsætte en vis rumreserve.

Venteværelse. Da man gennemsnitlig må regne med højst 30—40 nye patienter daglig eller 5 pr. time i en 8 timers arbejdsdag (heraf halvdelen ambulante) er dette venteværelse kun dimensioneret med 10—15 siddepladser (eventuelle pårørende) og plads til nogle få senge.

3) *Behandling.*

Badeafsnit.

Antallet af behandlinger pr. år har i det hele været nedadgående, siden det kulminerede ca. 1930 med ca. 8 900 for indlagte og ca. 5 000 for ambulante patienter. I de senere år ligger tallet på henholdsvis ca. 4 500 og ca. 3 000. Hertil må lægges antallet af badebehandlinger, givet på Militærhospitalet, til patienter fra de to neurologiske afdelinger. Dette tal, der har været noget varierende, i de seneste 7 år mellem 4 596 og 8 167, udgjorde i 1950 6 079. Eegner man det nuværende behov til $4\,500 + 3\,500 + 8\,000 = 16\,000$, og forhøjes dette tal på grund af tilkomst af andre nye afdelinger end de to neurologiske samt under hensyn til imødegåelse af topbelastning med ialt 50 pct., fås et beregnet behov for det nye Rigshospital på 24 000 behandlinger pr. år.

Hver behandling i badeafsnittet regnes gennemsnitlig at vare en time. Med 8 timers arbejdsdag bliver den daglige kapacitet af hver behandlingsenhed (badekar) 6 å 7, d. v. s. 150 å 175 pr. måned eller ca. 1 500 pr. år. De 24 000 årlige behandlinger skulle herafter kræve 16 behandlingsenheder.

Enkelte af badeafdelingens behandlingsenheder er særlig pladskrævende, nemlig:

1 bassin	1 dampdoucheapparat (douchekatheder)
2 dampkasser	1 sædebadeapparat
4 lyskasser (universel lyskasse og 3 lysbuer)	3 regndoucheapparater.

Til disse apparater foreslår man derfor *1 baderum med bassin og 6 afklædningsbokse.*

Disse særlige apparater vil dog tilsammen næppe repræsentere mere end en meget ringe del af de 24 000 årlige behandlinger, højst måske 1 000; men der er enighed om, at de bør findes på Rigshospitalet, selv om de ikke kan forventes udnyttet med 100 pct.

Man foreslår derfor, at der herudover indrettes *16 badekabiner med tilhørende hvilerum og afklædningsbokse.*

Kortbølgeafsnit.

Der gives for tiden ca. 8 400 årlige behandlinger med en samlet daglig behandlingstid på 4% time. Det nuværende behandlingsrum er 52 m² med 6 apparater, der bruges afvekslende og til forskellige formål. Pladsen er kneben. Eegner man fremtidig med det dobbelte antal årlige behandlinger og 8 timers arbejdsdag, vil der være behov for ca. 9 apparater ialt, hvilket vil kræve et rum på mindst 75 m².

Massageafsnit.

I øjeblikket (regnet efter behandlingstallene for marts 1951) foregår kun omkring halvdelen af de ca. 36 000 årlige behandlinger på selve kliniken, nemlig godt 7 000 behandlinger af hospitalspatienter og knap 12 000 ambulatoriske behandlinger, medens resten, ca. 17 000 behandlinger af hospitalspatienter, sker på sygestuerne.

Hvis man regner med 75 000 årlige massagebehandlinger på det udvidede hospital (heraf en væsentlig del af stigningen fra den neuromedicinske afdeling, hvor denne behandlingsform er særlig udbredt) og endvidere med 8 timers daglig arbejdstid og en gennemsnitlig behandlingstid på % time, skulle en behandlingskabine med 2 omklædningsbokse daglig kunne give mindst 12 behandlinger, på 1 måned ca. 300 og på 1 år ca. 3 500 behandlinger.

Med de foreslåede 22 behandlingskabiner skulle det herefter være muligt at bestride samtlige de beregnede 75 000 årlige behandlinger på selve kliniken.

Afsnit for elektroterapi (myotenser m. m.).

•Det nuværende behandlingstal ligger på ca. 1 800 pr. år. Den gennemsnitlige behandlingstid pr. patient ligger på ca. 25 minutter. Med en daglig arbejdstid på 8 timer kan et apparat således give 16 daglige, 400 månedlige eller over 4 000 årlige behandlinger. Et Behandlingsrum som det på 50 m² foreslåede må herefter anses for tilstrækkeligt.

B. Sengeafdeling.

Den nuværende fysiurgiske afdeling råder ikke over nogen selvstændig sengeafdeling; men under hensyn til nytten af, at klinikens personale får det umiddelbare ansvar for plejen af og kontrollen med patienter, hvis tilstand kræver hospitalsindlæggelse, og for hvem den omhandlede behandling er den væsentligste, må man finde det nødvendigt, at der indrettes en mindre sengeafdeling som den foreslåede.

Ved fastsættelsen af antal og størrelse af de til sengeafdelingen knyttede afdelingskontorer og plejemoderafsnit har man taget hensyn dels til afdelingens forholdsvise størrelse, dels til dens placering i nær forbindelse med kliniken og dennes kontorer, garderober m. v.

Det samlede pladskrav for klinik og sengeafdeling (35 senge) kan opgøres til henholdsvis 1 347 m² og 616 m², eller ialt 1 963 m².

25. Arbejdsmedicinsk klinik (jfr., side 47).

Der henvises til det ovenfor under anmærkningerne til de medicinske afdelinger (side) i forbindelse med ambulatorierne anførte.

Klinikens samlede pladskrav udgør 55 m².

26—27. *Oftalmologisk afdeling (E. øjensygdomme) og Otolaryngologisk afdeling (F. øre-, næse- og hals sygdomme)* jfr. side 47).

Disse afdelinger ønskes ikke udvidet, idet de er tilstrækkelig store til med udvidet tjenestetid eller med udvidet personale at modtage en patientudvidelse på 50 pct. på ambulatorierne. Det er imidlertid en forudsætning, at man i begge bygninger frigør de lokaler i kælder- og loftsetage, der nu benyttes af portører, studenter og sygeplejersker, til brug for afdelingernes egne formål.

28. *Afdelingen for børnesygdomme* (jfr. side 47).

Som det fremgår af konkurrenceprogrammet foreslås en udvidelse af afdelingens pladsforhold tilvejebragt gennem opførelse af en forbindelsesbygning til fødeafdelingerne, idet den nuværende afdeling lider af en følelig pladsmangel.

Fra afdelingens side er der fremsat ønske om følgende forbedringer:

1. Indretning af et børnekirurgisk afsnit med operationsgang (findes i øjeblikket ikke).
2. Indretning af en isolationsafdeling for smitsomme tilfælde til imødegåelse af de stadige overflytninger til Blegdamshospitalet og de dermed forbundne uheldige afbrydelser i behandlingen.
3. Udvidelse af auditoriet.
4. Indretning af behandlingsrum (findes ikke).
5. Kontor til reservelæge (findes ikke).
6. Udvidelse af bibliotek-, arkiv- og sekretærrum.
7. Udvidelse af ambulatorier.
8. Indretning af diætkøkken (findes ikke).
9. Indretning af yderligere depotrum.
10. Indretning af reservelægebolig og vagtlokale for kandidat.
11. Indretning af modtagelsesrum for børnepatienter.
12. Indretning af flere toiletter på afdelingen.

Specielt vedrørende *det børnekirurgiske afsnit og isolationsafsnittet* bemærkes, at disse 2 afsnit vil forøge afdelingens sengetal med henholdsvis 20 senge og 12 senge (eneværelser). Man har drøftet, om det var rigtigt at udvide børneafdelingen, der med de foreslåede 32 nye senge vil komme op på ialt 125 senge, så stærkt, uanset at hospitalets øvrige store afdelinger kun bliver på 96 senge. Man er dog enig om, at der ikke er noget urimeligt i denne udvidelse, dels under hensyn til pædiatriens specielle forhold, dels under hensyn til at afdelingens ønsker forholdsvis let vil kunne imødekommes.

Samtidig er det i denne forbindelse blevet drøftet, om afdelingens ønske om indretning netop af et *børnekirurgisk afsnit* ikke måtte betragtes som et tilbageskridt fra den iøvrigt tilstræbte og tildels på hospitalet allerede gennemførte specialiseringstendens. Man er klar over, at der fra børnelægers side i vidt omfang vil blive henvist til særlig gode resultater, opnået på egentlige børnekirurgiske afsnit; men det er dog et spørgsmål, om sådanne gode resultater ikke i første række står i forbindelse med de særlige krav, der må stilles til specialpleje for børnepatienter. Disse krav opfyldes måske lettest på en børneafdeling, men vil dog antagelig også kunne imødekommes på en anden afdeling, ligesom de særlig gode resultater formentlig er opnået på børnehospitaler, der er så store, at de foruden den medicinske læge beskæftiger en hel række kirurgiske speciallæger. Sådanne børne-

hospitaller med mange hundrede patienter findes adskillige steder f. eks. i Amerika og Canada, men kan ikke danne forbillede for en tilsvarende udvikling i Danmark.

Der er imidlertid i kommissionen enighed om, at indretning af et operationsafsnit på børneafdelingen er nødvendig; men afsnittets virksomhed må på den anden side begrænses til visse medfødte sygdomme i mave-tarmsystemet og urinvejene hos spædbørn, idet de øvrige operationer hos børn bør foretages på plastikkirurgisk afdeling eller andre specialafdelinger.

Man er herefter enedes om at foreslå etableringen af et operationsafsnit og et isolationsafsnit af følgende dimensioner:

Operationsafsnit:

1 operationsstue	50 m ²
1 narkoserum	16 -
1 sterilisationsrum	12 -
bad og w.c.	12 -
arkiv og lægeværelse	31 -
1 præparationsstue	12 -
	<hr/>
	133 m ²

Isolationsafsnit:

sengeafsnit 2 x 16 senge	435 m ²
	<hr/>
nybygning ialt. ..	568 m ²

Disse to afsnit vil kunne rummes i den foreslåede forbindelsesbygning til fødeafdelingerne. Herefter finder man det uforholdsmæssigt at gå mere detaljeret ind på afdelingens øvrige ombygningsønsker, da disse vil kunne imødekommes uden yderligere bygningsudvidelser, idet der ved afdelingens ombygning og hospitalets omorganisation vil kunne blive ledige lokaler iøvrigt til rådighed i børneafdelingens nuværende bygning.

29. *Dermatologisk afdeling* (jfr. side 48).

Afdelingens forbliven i den nuværende bygning forudsætter forskellige ændringer, herunder at der finder en mindre udvidelse sted af auditoriet og det største ambulatorielokale ved tilbygning ud i haven, tilsammen 50 m². Det er desuden ønskeligt, at lysklinikken flyttes fra sin nuværende plads på røntgenafdelingen til dermatologisk afdelings kælderetage.

Endvidere må man anse det for ønskeligt, at afdelingens børnepatienter så vidt muligt samles i et særligt afsnit. Dette vil kunne indrettes i den nuværende 2. reserve-lægelejlighed i stueetagen, hvis denne lejlighed flyttes.

30—34. *Fødeafdelingerne A og B, de gynækologiske afdelinger I og M og afdelingen for svangre L* (jfr. side 48).

Disse afdelinger har til huse i en bygning, der både ved sin størrelse og indretning fremdeles skulle være velegnet til sit formål, dog at det må anses for fornødent, at sengeafdelingerne udstyres med håndvaske, at belysningsforholdene forbedres, og at bygningen lydisoleres. Disse foranstaltninger, der synes meget påkrævede, kan man dog anbefale iværksat uden afventning af hospitalets ombygning, som de er uden indflydelse på.

Herudover må følgende forbedringer anses for ønskelige:

Etablering af forbindelse fra fødeafdelingerne til det øvrige hospitalssystem.

Opdeling af et antal større sygestuer på samtlige afdelinger i mindre sygestuer for 2 å 3 patienter.

Indretning af skyllerum, vagtrum, arkiv, mælkekøkken, børnestuer.

Nedfaldsskakter til fjernelse af køkkenaffald m. v.

Etablering af skabs- og depotplads.

Det skal alene for fødeafdeling B (+ afdelingerne M og L) med jordmoderskolen nævnes, at der her i påkommende tilfælde foreligger en udvidelsesreserve ved flytning af jordmoderskolen andetsteds hen.

Jordmoderskolens tilknytning til Rigshospitalet har imidlertid en tradition, som man ikke uden nødvendighed skal bryde, og tilknytningen er formentlig af ikke ringe faglig værdi for skolen selv. For lægeuddannelsen og forskningen er forbindelsen vel værdifuld, men formentlig uden nødvendighed, og det må antages, at også jordmoderskolens eget formål meget vel ville kunne opnås eventuelt i forbindelse med fødeanstalten i Jylland (Aarhus).

Hvis denne flytning kan åbne plads for et vigtigt lægevidenskabeligt eller undervisningsmæssigt formål, som ellers ikke kan dækkes, bør spørgsmålet om skolens flytning tages op til drøftelse. Men det bør kun ske på grundlag af tvingende nødvendighed.

Skolen, der er 3-årig, er beregnet til 60 elever, men rummer nu omkring 75. Der er enighed om, at det i første linie er nødvendigt at skaffe tidssvarende enkeltværelser i bygningen til samtlige elever. Det vil hovedsagelig kunne ske i tagetagen, der allerede er udnyttet til værelser, men af en sådan standard med to beboere pr. værelse for 1. og 2. års elever, at man ikke kan anbefale ordningen opretholdt. Indtil 1951 har der været op til fire elever pr. værelse. Værelserne bør udstyres med håndvask og et garderobeskab.

Den del af kælderetagen, der herved frigøres, vil der være god brug for til laboratorier, depotrum og andre birum.

Fra bygningen bør om muligt fjernes de nuværende kvartermesterboliger, sygeplejerskeværelser og apoteket. Herved vil der kunne skaffes eneværelser til eleverne, ligesom der vil være plads nok til opretholdelse eller indretning af de for afdelingerne fornødne funktionærboliger.

I bygningen er der — bortset fra 39 kælderværelser, der fremtidig ikke bør anvendes til beboelse — ialt 96 værelser, der benyttes af sygeplejersker (41), husmedhjælper (1), køkkenassistent (1), jordemødre og jordemoderelver (41), som vagtværelser (9) og som hvilerum (3).

Der vil fremtidig være brug for:

70 jordmoderelver	70 værelser
10 reservej ordemødre	10 —
2 afdelingsj ordemødre å 2 værelser	4 —
	<hr/>
	84 værelser
Til rest til vagt- og hvilerum	12 —
	<hr/>
	96 værelser

Det øvrige behov for vagt- og hvilerum kan som hidtil dækkes ved en del af kælderværelserne. De resterende kælderværelser og de rum, der frigøres ved apotekets flytning, jfr. nedenfor, vil der være god brug for til magasiner o. 1.

35. *Den psykiatriske afdeling* (jfr. side 48).

Afdelingen omfatter 2 bygninger, hvoraf 1 for voksne patienter og 1 for børn.

Patientbygningen for voksne er endnu ikke 20 år gammel. Den er kvalitetsmæssig ikke i topklasse, men dog så tilfredsstillende, at ombygningsforanstaltninger eller udvidelser ikke behøver at tages i betragtning i denne forbindelse.

Børnepsykiatrisk afdelings bygning, der er knap 10 år gammel, er noget knebent dimensioneret, men iøvrigt tilfredsstillende. Denne etétagesbygning uden kælder udnytter ganske vist grunden særdeles dårligt, men under hensyn til bygningens lave alder mener man ikke at kunne foreslå den nedrevet.

En såkaldt „skrammellegeplads“, der midlertidigt er indrettet i hospitalets nordøstlige hjørne, bør der også fremtidig reserveres plads til.

36. *Apotek* (jfr. side 48).

Som grundlag for drøftelsen om det fremtidige apotek har foreligget et af hospitalsapotekeren, professor *Svend Aage Schou*, til hospitalets direktør indsendt forslag af 21. marts 1950. Dette forslag regner med et nettoareal på 1 200 m² og et bruttoetageareal på 1 440 m².

Ifølge oplysninger fra forvalterkontoret udgør det nuværende apoteks samlede areal 728,5 m², der fordeler sig således: Apoteket 257,5 m², lagerrum 262 m². Arealet af selve apoteket -j- lagerrum udgør altså 519 m² netto.

Apotekeren har iøvrigt meddelt følgende oplysninger: En kapacitetsudvidelse på de ca. 50 pct., som man må regne med, når det nye hospital er udbygget, vil ikke kræve en tilsvarende arealudvidelse, men formentlig kun en nødvendig udvidelse på ca. 20 pct., vel at mærke under forudsætning af, at apoteket nyindrettes på en praktisk måde.

Særligt mangler apoteket analytisk laboratorium, tilstrækkelig lagerplads og mulighed for deling af maskinlaboratoriet i forskellige afsnit, men også bortset herfra er der rum, man råder over for tiden, for små. Man har et personale på tre farmaceuter, fire defektricer, to laboratoriebetjente, en portør og et rengøringspersonale på tre. Med den projekterede hospitalsudvidelse vil det blive nødvendigt at udvide det farmaceutiske personale med én; men iøvrigt er det særlig det tekniske personale, der trænger til udvidelse. Apoteket har en årsomsætning på ca. 900 000 kr., beregnet efter reglerne for almindelig apotekeromsætning. Apoteket bør helst ligge i en selvstændig bygning, dels af hensyn til den støj, apotekets maskiner laver, dels på grund af den brand- og eksplosionsfare, der er knyttet til de betydelige mængder æther og benzin, som daglig passerer apoteket.

Der vil formentlig blive mulighed for at tilbyde apoteket en af de nuværende pavilloner, som bliver ledige ved opførelse af et nyt centralkompleks, idet man regner med, at nybygningsplanerne ikke nødvendigvis vil kræve nedrivning af samtlige pavilloner. Disse rummer i stueetagen 327 m² netto og 581 m² brutto og på 1. sal 320 m² netto og 555 m² brutto, hvortil kommer kælderarealer, hvoraf dog det meste for tiden er optaget af varmeinstallationer m. v. Om fornødent vil en pavillon let kunne udbygges noget ved tilbygning eller påbygning til lager eller lignende.

Under forudsætning af, at en pavillon vil kunne stilles til rådighed for apoteket, findes det ikke nødvendigt at gennemgå apotekets pladsønsker i detaljer, fordi pladsen i en pavillon formentlig i alt væsentligt vil tillade opfyldelse af de ønsker, apotekeren har fremsat.

Apotekeren har ved en afsluttende konference erklæret sig enig i, at apoteket vil kunne indrettes i en af hospitalets pavilloner, hvis en sådan kan stilles til rådighed, samt — under hensyn til nu foreliggende oplysninger — i, at visse reduktioner i hans forslag vil kunne gennemføres uden afgørende ulemper, særlig forsåvidt angår arealerne i de enkelte rum.

37. *Sektionsstuen* (jfr. side 48).

Der er enighed om, at der må tilvejebringes en udvidelse på ca. 100 m² til ny laboratorieplads til præparationsrum og mikroskopirum. De hertil indtil nu anvendte rum på ialt 55 m² kan derefter stilles til rådighed for laboratorier for visse specialers patologi.

38. *Fotografisk og grafisk atelier* (jfr. side 48).

Det nuværende fotografiske atelier, hvis areal udgør 94 m², er beliggende i røntgenklinikken; men da der ikke mere er nogen naturlig sammenhæng mellem de to institutioners funktioner, og da de begge lider stærkt under pladsmangel foreslås atelieret udskilt til et særligt afsnit.

Atelieret må, ligesom nu, kunne fremstille diapositiver til brug ved undervisningen og ved foredrag i videnskabelige selskaber. Denne fremstilling kan forventes at ville tiltage betydeligt i omfang. Herudover bør atelieret kunne optage film og film-strips til undervisningsbrug. Det tekniske arbejde hermed efter optagelsen kan og bør overlades til specialvirksomheder, men selve optagelsen hører hjemme på hospitalet og må foretages i nøje samarbejde med lægerne. Under hensyn til det forventede behov foreslås det fremtidige atelier dimensioneret med en udvidelse på 75 m² i forhold til det nuværende areal, d. v. s. til ialt 169 m², fordelt på 2 rum, hvoraf det ene må kunne mørklægges til brug ved prøvefremvisning af diapositiver.

I tilslutning til atelieret bør afsættes plads til en *tegnestue*. Der offentliggøres hvert år et betydeligt antal videnskabelige afhandlinger fra Rigshospitalets forskellige afdelinger (skønsmæssigt mellem 100 og 150). Flertallet af disse afhandlinger kræver til illustration af fundne resultater kurver og diagrammer. I øjeblikket må disse tegninger enten udføres af forfatteren selv, hvilket næsten altid giver et utilfredsstillende resultat, eller også fremstilles på forskellige private grafiske ateliers for bevillinger fra Rask-Ørsted-fonden eller fra de private videnskabelige fond. En centralisering af dette arbejde på Rigshospitalet synes rimelig, og man vil herved opnå såvel en forbedring af arbejdets kvalitet som en tiltrængt udvidelse af det omfang, hvori danske lægevidenskabelige afhandlinger benytter grafiske fremstillinger.

Tegnestuen skal også kunne udføre retouche af fotografier, hvoraf der skal tages cliché. Derimod tænkes fremkaldelse af farvefotografier o. lign. stadig at skulle foregå på specialiserede virksomheder.

39. *Medicinsk studiesal* (jfr. side 48).

Studiesalen er dimensioneret til at rumme undersøgelsesmateriale, en række arbejdsborde, 2 eller 3 mikroskopi-pladser og 2—3 betragningskasser til røntgenfilms.

40. *Centralarkiv* (jfr. side 49).

Medens hver enkelt afdeling på hospitalet fremtidig, ligesom nu, skal arkivere de sager, journaler etc. fra de senere år, som afdelingen jævnligt har brug for, foreslås ældre

årgange, som vel ikke er i daglig brug, men som dog stadig kan forventes at komme til anvendelse og derfor hverken kan destrueres eller afleveres til landsarkivet, anbragt i et centralarkiv på hospitalet.

For røntgendiagnostisk afdeling, hvis arkivbehov er størst, har man beregnet, at der i centralarkivet skal skaffes plads til ca. 12 ældre årgange (ca. 1 800 hyldemeter), hvilket vil kræve omkring 400 m² etageareal.

Til konstatering af hospitalets fremtidige arkivbehov har man foretaget en opmåling af de nuværende spredte arkiver. Det fremgår heraf, at medens radiologisk (røntgendiagnostisk) afdelings nuværende arkivplads beslaglægger 898 hyldemeter, indtager samtlige andre arkiver nogenlunde den samme plads, nemlig 890 hyldemeter.

Det samlede behov skulle herefter antages dækket med 2 gange det for røntgendiagnostisk afdeling ialt beregnede areal 600 m², eller 1 200 m², hvortil yderligere må lægges anslået 300 m² af hensyn til de nye afdelinger.

41. Patientbibliotek (jfr. side 49).

Samarbejde med folkebibliotekerne kan overvejes.

42—44. Sygeplejer skeskole og elevboliger, enkelte lejligheder og sygeafdeling for funktionærer (jfr. side 49).

Der er enighed om, at den nuværende sygeplejerskebygning, hvori også skolen findes, både ved sin størrelse og sin indretning vil være særdeles velegnet til sygeplejerskeskole og elevbygning med de fornødne lejligheder, sygeafdeling for personalet samt arbejdsplads for funktionærlægen.

I drøftelsen af den fremtidige indretning af sygeplejerskeboligen har skolens fungerende forstanderinde, frk. *Wagner*, deltaget.

Om enkeltheder bemærkes følgende:

Undervisningslokaler.

Når lokaleforholdene kommer i orden, vil det næppe blive vanskeligt at fylde en skole med 200 elever, selv om tallet for tiden ligger ca. 25 pct. lavere. Der er så stor afgang fra faget, hvis elever også i uddannelsestiden spiller en væsentlig rolle for hospitalsplejen, at det ville være betænkeligt med en væsentlig mindre skole.

Efter den nye undervisningsplan, som er indsendt til ministeriets godkendelse, kan antallet af ugentlige undervisningstimer anslås til 116 i 2 måneder og 84 i 10 måneder. Dette vil nødvendiggøre 2 å 3 *undervisningslokaler*, som kan tilvejebringes i det nuværende klasserum samt de nuværende 2 dagligstuer, således at den mindste bruges til demonstrationsstue.

løvrigt vil der være brug for følgende lokaler:

1 *skyllerum*, forefindes allerede.

Diætkøkken og *laboratorium* til fysik, kemi og bakteriologi. Uanset at køkkenet kun vil blive anvendt ca. 160 timer årlig og laboratoriet formentlig højst ca. 200, må det anses for fornødent, at disse rum indrettes, hvilket antagelig let vil kunne ske i det nuværende tekøkken, eventuelt i forbindelse med de tilstødende mindre rum (spisekammer, linnedrum og måske anretterrum og pigeværelse).

Of holds- og samlingsstuer for eleverne vil kunne indrettes i hovedfløj en, som for tiden benyttes til sygeplejerskebolig. Der findes her 3 gode dagligstuer, 1 stor spisestue og 2 tilstødende rum (anretterværelse og skrivestue), hvor opholds- og samlingsstuerne vil kunne indrettes. 1 eller 2 af de nuværende rum vil uden ændringer kunne benyttes til bibliotek og læsestue.

Egnet spisesal findes allerede.

Gymnastiksal er ønskelig, men vil næppe kunne indrettes uden stor bekostning. Indretning i forbindelse med fysiurgisk klinik har været overvejet, men er opgivet. Mulighed for indretning af en sådan sal i forbindelse med beskyttelsesrum eller lign. kan måske skabes og anbefales i så fald. Samtidig kunne eventuelt indrettes en badstue. I modsat fald må de bestående badeværelser kunne anvendes, men de må suppleres med et betydelig forøget antal brusebade, hvilket der vil være plads nok til.

Kontorer.

Følgende rum må anses for fornødne:

forstanderinden	20 m ²
viceforstanderinden	15 -
2 sekretærer	15 -
3 rum til instruktionssygeplejersker	45 -
1 venterum	12 -
husmoder og assistent	25 -
vagtlokale ved hovedindgangen	12 -

Der er plads til disse rum, når enkelte af kontorerne indrettes på 1. sal i undervisningsfløjen.

Lejligheder og værelser.

Der er enighed om, at det er nødvendigt at skaffe værelser til samtlige de elever, der måtte ønske det. Bygningen rummer op imod 250 værelser, således at det fornødne antal elevværelser samt nogle husassistentværelser og et par gæsteværelser kan tilvejebringes — foruden de straks nedenfor nævnte boliger. Der kan formentlig indrettes omkring 200 enkeltværelser. Optages ikke alle af elever, kan de overskydende stilles til rådighed for sygeplejersker. Værelserne bør udstyres med 1 håndvask og et fast skab. Dansk sygeplejeråds normer vil i alt væsentligt kunne opfyldes.

Udover elevværelserne foreslås følgende lejligheder indrettet i overensstemmelse med Dansk sygeplejeråds standardnormer:

forstanderinden	56 m ²
viceforstanderinden	47 -
4 instruktionssygeplejersker	4 X 38 -
husmoder	38 -
assistent	30 -

Sygeafdeling.

For tiden har afdelingerne i bygningens østfløj 14 senge, beregnet til indeboende kvindelige funktionærer; men der har i praksis vist sig trang til også at kunne modtage funktionærer, der bor uden for hospitalet, men under sådanne forhold, at de vanskeligt kan få den fornødne pasning. Hospitalet er også interesseret i, at sådanne funktionærer

kan genoptage tjenesten hurtigst muligt, og man har derfor, når pladsforholdene tillader det, modtaget også udeboende kvindelige funktionærer. Denne ordning ønsker hospitalet opretholdt og måske udvidet til mandlige funktionærer. Der har i 1950—51 været 4 480 sygedage fordelt på 320 indlagte med en gennemsnitlig liggetid på 14 dage. Afdelingen har altså haft praktisk talt fuld belægning. Herudover har ifølge oplysning fra funktionærlægen et betydeligt antal funktionærer måttet holde sengen på deres værelser, hvilket må anses for irrationelt i henseende til pasning og pleje.

Det rigtige sengetal må i første række bero på, hvor mange indeboende funktionærer det lykkes at skaffe bolig til; men sygeafdelingen foreslås i hvert fald udvidet noget, nemlig til:

8 (om muligt 10) dobbeltværelser	(å ca. 15 m ²)
4 enkeltværelser	(å ca. 8—10 m ²)
1 vagtstue	(10 m ²)
1 thekøkken	(6 m ²) •
1 skyllerum	(16 m ²)
3 w.c. og 2 bruserum med forrum	(9 m ²)
1 konsultationsstue for funktionærlægen med 2 afklædningsboxe + venteværelse	25 + 15 m ²).

Det bemærkes i denne forbindelse, at de gennemsnitlige årlige sygedagstal er 20,7 for faste sygeplejersker, 17,8 for vikarer og sygeplejersker på prøve og 19,9 for supplerende sygeplejersker, samt at funktionærlægen i 1950 har haft 4 223 konsultationer, 846 indlæggelser og 986 henvisninger til specialklinikker. Der er ansat to funktionærlæger, hvoraf den ene holder daglig konsultation, medens den anden tilser de funktionærer, der henligger på sygeafdelingen eller på deres værelser.

45. Portørcentral (jfr. side 49).

Hospitalet har i øjeblikket ca. 50 portører, af hvilke 20 anvendes til sygetransporten. Portørerne opholder sig dels i et meget lille og dårligt vagtlokale ved modtage- og skadeafdelingen, dels på fysiurgisk klinik, røntgenklinikken og fødselsstiftelsen.

Selv om der foreslås indført mekaniseret transport (trucks) ved det nye hospital, må man dog regne med en forøgelse på 50 pct. i antallet af portører.

46—48. Sikringsrum. Tunnelsystem (jfr. side 49).

Med henblik på etableringen af sikringsforanstaltninger har man udbedt sig en vejledende udtalelse fra Sundhedsstyrelsen og har fra dennes beredskabsafdeling modtaget Bilag 9. den som bilag 9 gengivne skrivelse af 4. august 1951, hvortil henvises.

Til imødegåelse af *sammenstyrtningsfare* må det anses for nødvendigt eller dog stærkt ønskeligt, at nybygninger opføres i en jernbetonkonstruktion, hvilket tillige vil begunstige bygningernes »elasticitet« med hensyn til flyttelighed af skillerum.

Beskyttelsesrummene foreslås lagt så langt nede i jorden — i en underste kælderetage — at de kan give en så sikker beskyttelse som efter forholdene muligt, f. eks. med et ekstra jordlag på 1% m mellem loft og øvre kældergulv. Øvre kælder tænkes udnyttet til sekundære hospitalsformål. En sådan isolering skulle skabe god sikkerhed mod fladebrande.

Da hospitalets kommunikationsforhold er et problem, der i allerstærkeste grad påkalder en løsning, er det ønskeligt, om kommunikationsforbedringen og beskyttelsesformålet, der ville harmonere godt med hinanden, kan løses under eet: hvis hospitalets indbyggere samles i sikringsrum ebber den normale trafik samtidig ud, og omvendt er den normale trafik stærkest, når hospitalets mange afdelinger er befolket og i sædvanlig daglig drift.

Man foreslår derfor sikringsrummene kombineret med et trafiksystem i underste kælderetage. På grund af systemets udstrækning vil det — bygget alene til dækning af trafikbehovet — i det væsentlige være tilstrækkeligt stort til de ca. 4 000 mennesker, det højst kan blive nødvendigt at rumme i en faresituation.

Den nødvendige tunnellængde på næppe under 1 200 løbende meter vil med 2,6 m bredde give et samlet areal på ca. 3 120 m², eller ca. % m² til hver af de maksimalt 4 000 personer. Tunnelnettets sammenhæng og de mange sliskeadgange til samtlige bygninger vil reducere faren for afspærring af udgangsmulighederne.

På enkelte steder bør trafik- og sikringstunnelen udvides i bredden: dels i kurverne for at tillade farefri passage af modgående færdsel, dels for at give plads for nødhospitalets senge, operationsstuer med birum og det fornødne udstyr med reserve vand anlæg, luftfornyelse, reservebelysningsanlæg förrådsrum, w.c. etc. Herved vil det samlede areal af underste kælder antagelig komme op på ca. 4 000 m² eller 1 m² pr. person.

Ifølge Sundhedsstyrelsens skrivelse, bilag 9, og de regler, denne henviser til, bør der sikres plads for senge til $\frac{1}{3}$ af den samlede normerede belægning, d. v. s. til ca. 600 senge å 4 m² gulvareal, ialt 2 400 m².

Til det antal yderligere personer, der kan påregnes at være til stede i hospitalet, skal der skaffes % m² pr. person (hvorimod det for ikke-hospitaler foreskrevne andet minimumskrav på 2 m³ pr. person ikke påregnes opfyldt).

Det drejer sig om:

resterende patienter indtil	1 200
personale, anslået til 2 200, hvoraf højst	1 500
regnes tilstede samtidig,	
andre, d. v. s. studenter og besøgende samt — særlig uden for besøgs-	
tid — poliklinikpatienter, anslås til	1 000

3 700

å y ₂ m ² kræver et yderligere areal på	1 850	-
	tilsammen... 4 250 m ²	

Dette tal må være det minimum, som man ikke kan komme under. Det rummer antagelig mulighed for at dække Sundhedsstyrelsens krav om reservebehandlingsafsnit (operationsstuer med birum og røntgenrum), idet man forstår henstillingen om at oprette sådanne afsnit som dækkende $\frac{1}{3}$ af hospitalets kapacitet, altså for 600 patienter. En opfyldelse af det ved skrivelsen forberedte krav forstået efter ordene — $\frac{1}{3}$ af samtlige behandlingsafsnits normale areal — vil det derimod ikke være praktisk muligt at opfylde og formentlig ej heller rimeligt.

De fleste af disse indretninger kan nyttiggøres også i hospitalets daglige liv og dermed aflaste bygningerne iøvrigt. Nødhospitalet kan således eventuelt benyttes til visse magasiner, særlig til magasinering af senge, madrasser etc., operationsstuerne kan, anbragt under operationsblokken, måske gå ind som reserve til brug for skadeafdelingen, toiletter

og garderobesrum kan benyttes til rengøringspersonale, eventuelt andre personalekategorier, förrådsrum kan bruges også i det daglige etc.

Noget overslag over udgifterne ved disse særlige anlæg har man ikke fundet det nødvendigt at lade indgå som led i overvejelserne, dels fordi kravet om sikringsrum må forventes at skulle opfyldes, dels fordi man formener, at kombinationen af de to formål vil give mulighed for en løsning, der i hvert fald er billig i forhold til, hvad der opnås. Og løsningen under jorden kan gennemføres uden konsekvenser for bebyggelsesplanen over jorden.

Ved tunnelsystemets gennemførelse vil der blive skabt mulighed for effektiv afhjælpning af væsentlige ulemper ved hospitalets nuværende særdeles upraktiske transportforhold.

Dette gælder i første række transporten af patienter og mad, men også flere andre transportter, i hvilken henseende bemærkes:

Patienter transporteres nu i seng eller på bære fra skadestuen, modtageafdelingen etc. til sengeafdelingerne, dels gennem trækfyldte, uopvarmede forbindelseskorridorer, dels gennem fri luft, vinter og sommer. Det samme gælder transportter fra sengeafdelinger til operationsstuer, til røntgenklinikken, fysiurgisk klinik etc.

Ved transporternes henlæggelse til tunneller undgås transport i fri luft, og transport-hastigheden vil kunne forøges en del, hvis portørerne erstattes af elektrisk drevne trucks som drivkraft. Denne forandring vil også være af økonomisk betydning, idet man vil kunne nøjes med et forholdsvis lille antal portører. Da størstedelen af transportterne for tiden foregår i formiddagstimerne, forudsætter en tilfredsstillende funktion af det nuværende transportsystem, at der i dette tidsrum er til rådighed et væsentlig større antal portører, end der er brug for resten af dagen, selv om forholdet vil udjævnes noget ved en gennemførelse af arbejdstidens forlængelse til 8 timer på røntgenklinikken, fysiurgisk klinik etc.

Fordelen ved at kunne transportere lig i tunneller behøver næppe nærmere forklaring.

Maden, der, som nærmere belyst i det efterfølgende afsnit om køkkenet, nu normalt når frem til afdelingerne i kold tilstand og derfor påny må opvarmes, vil, når transporten sker i tunneller, kunne transporteres langt hurtigere, og transporten vil kunne foregå i elektrisk opvarmede vogne helt hen til det sted, hvor maden skal bruges.

Linned transporteres nu på en hestetrucken fladvogn, det rene linned i kurve, det snavsede i sække, der må bæres fra og til vognen. Ved indførelse af tunneller vil tøjet — på trucktrukne vogne — kunne transporteres direkte til og fra afdelingerne og langt hurtigere end nu.

Dagrenovationen transporteres nu i kurve på en fladvogn, madaffald i metalbeholdere. Også disse transportter vil kunne ske væsentligt hurtigere og mere hensigtsmæssigt i tunneller.

Foruden for transportterne vil tunneller have betydning for *trafikken* af funktionærer og besøgende. Den vil kunne ske under behageligere forhold, og viser det sig ønskeligt at afvikle trafikken hurtigere på visse tider, kan der principielt næppe være nogen i vejen for at indsætte personvogne i truckdriften.

Der må naturligvis i tunnellen sørges for luftfornyelse og brandsikre lokaladskillelser i fornødent omfang.

49. *Køkken (vaskeri)* (jfr. side 50).

Det nuværende Rigshospitals køkken og vaskeri er anlagt i en fælles bygning.

Der er i kommissionen enighed om, at *vaskenet* lige så godt kan lægges på en billigere grund uden for byen, idet transportproblemet ikke spiller nogen væsentlig rolle.

En flytning bør finde sted allerede af hensyn til den pladsmangel, der findes på rigshospitalsgrunden, men også fordi vaskeriets forbliven på den nuværende plads vil være uforenelig med hospitalets overgang til fjernvarme, jfr. afsnittet nedenfor herom.

Med hensyn til spørgsmålet om etablering af et nyt fjernere liggende vaskeri skal man anbefale projektering og gennemførelse af et centralanlæg for Rigshospitalet, Militærhospitalet og muligvis Finsen institutet, hvorved man kan opnå fordelene ved stordrift, standardisering af beholdninger etc.

Da Rigshospitalets køkkenbygning må betragtes som ganske god, udnyttende grundarealet ret godt og fuldt tilstrækkelig til også at klare hospitalets fremtidige behov, anser man det for rimeligt, at *køkkenet* forbliver på sin nuværende plads. Skulle en vis udvidelse vise sig nødvendig, må den ledigblivende del af bygningen, som nu benyttes til vaskeri, kunne inddrages, forsåvidt den kan undgå nedrivning. Den rummer i sin stueetage ca. 1 000 m² brutto.

Arbejdsgangen i det nuværende køkkensystem lider under afgørende brist, idet de mekaniske transporthjælpemidler er overmåde elementære. Disse forhold bør rettes for at man kan få en rationel udnyttelse af køkkenet.

Det foreslås derfor at organisere køkkenet således, at det kun betjener hospitalets patienter og enkelte funktionærgrupper, medens der etableres et særligt personalekøkken i forbindelse med kantinelokaler for forskellige personalegrupper, dog at det formentlig vil være rigtigt, førend man vælger en endelig løsning i så henseende, at høre de enkelte personaleorganisationers syn på sagen.

Også madtransporten fra køkkenet er i øjeblikket organiseret utilfredsstillende, idet de store madspande samles i særlige bæreinstrumenter, der betjenes af et par portører og ved hjælp af heste- eller håndtrukne vogne befordres ud til de forskellige afdelinger, hvor madspandene igen tages af vognene og pr. håndkraft bæres ind i afdelingskøkkenerne. Her må maden i almindelighed undergå en ny opvarmning, fordi transporttiden fra køkkenet er for lang.

Man tænker sig, at en forbindelse fra tunnellen i 2. kælderetage føres op i selve køkkenet eller eventuelt i en tilbygning foran dette. Særligt indrettede madvogne, elektrisk opvarmede, skal her indtage deres ladninger. For at undgå varmetab bør køkkenpersonalet arrangere leverancen til hver enkelt afdeling i henhold til afgivne rekvisitionslistor på varmeborde langs gangen, hvorfra vognlæsningen umiddelbart kan foretages af truckchaufførerne.

Da man — jfr. ovenfor under bemærkningerne til standardseingsafsnit — foreslår indretning af rigelige opvaskerum fælles for 2 16-sengsafsnit, anser man det for naturligt at have servicelager der, eventuelt tillige et mindre varmeskab. Vognene kunne herved alene anvendes til madtransport og enten betjene et større antal senge eller gøres relativt små. Betjeningsmæssigt vil det sidste nok være at foretrække, da man nødtigt skulle skabe nye interne transportproblemer på de enkelte afdelinger.

Den foreslåede organisation af madtransporten har sit forbillede i den ved det nye Bürgerspital i Basel etablerede ordning, som må anses for at virke særdeles tilfredsstillende. Det kan således oplyses, at serveringen dér regnes for afsluttet 10—15 minutter efter, at maden har forladt kogeapparaterne.

Det fremtidige køkken bør dimensioneres til betjening af 2 500 personer.

50. *Det medicinske studenterråd* (jfr. side 50).

Det foreslåede rum er beregnet til at kunne rumme 20 personer, og der er regnet med plads til et par skabe. Lokalet tænkes også benyttet af medicinsk forenings bestyrelse.

51. *Kantiner* (jfr. side 50).

På det nuværende Rigshospital findes en kantine for studenterne, idet universitetets spisestuer driver en kantine, der serverer drikkevarer, smørrebrød og enkelte varme frokostretter.

For hospitalets personale findes ingen kantiner, men følgende personalegrupper kan indgå helt eller delvis i kostforplejningen:

1) Personale med bolig på hospitalet — bortset fra indehavere af tjenesteboliger? indrettet på selvstændig husførelse (se nedenfor under 4) — er pligtig at indgå helt i kostforplejning. Der sker fradrag i lønnen efter finansministeriets naturalfradragsreglement, forså vidt de pågældende ikke — som eleverne, de supplerende sygeplejersker og husmedhjælperne — er ansat med fri station som en del af lønnen.

2) Læger uden bolig på hospitalet kan efter ønske indgå — helt eller delvis — i kostforplejningen mod betaling efter reglementet.

3) Sygeplejepersonale (og visse dermed ligestillede funktionærer) uden bolig på hospitalet kan efter ønske indgå helt i kostforplejningen mod en betaling, der er sat særlig lavt, for tiden 42 kr. månedlig, under hensyn til at de pågældende i stort omfang ikke spiser på hospitalet uden for arbejdstiden og på fridage.

4) Personale med tjenesteboliger, indrettet til selvstændig husførelse, kan i hospitalets køkken afhente middagsportioner mod betaling efter reglementet.

Den del af personalet, der ikke spiser i spisestuerne, benytter frokoststuer med adgang til gas eller elektricitet.

Angående de *fremtidige* spiseforhold bemærkes:

Hvis det er muligt at indføre og opretholde en effektiv adskillelse mellem patientforplejning og personaleforplejning, vil dette antagelig være at foretrække. For hospitalet vil forplejningen blive lettere både at kalkulere og at administrere, og personalet vil kunne få en vis valgfrihed med hensyn til kosten og mere hyggelige og bekvemme spiseforhold.

En helt effektiv adskillelse lader sig dog nok vanskelig gennemføre, bl. a. fordi nogle elevgrupper, der er i fuld kostforplejning (patientforplejning), på grund af arbejdstiden ikke altid kan møde i spisestuerne til fast serveringstid, hvorfor det kan blive nødvendigt undertiden at lade dem spise i kantine, og det kunne derfor synes naturligt fortsat at knytte personalebespisningen til patientkøkkenet, der på grund af større omsætning, forenklede køkkenforhold o. lign. skulle kunne arbejde billigere — men også mindre nuanceret — pr. kostportion.

På den anden side har der ofte — og ikke uden ret — været kritik mod den nuværende almindelige kosttvang for store personalegrupper, og man finder det derfor rigtigst at foreslå følgende ordning:

Sygeplejeelever, der bor på hospitalet (praktisk talt alle) forsynes som hidtil fra patientkøkkenet, når de kan spise til fast tid (hvilket i almindelighed kun gælder, når de undervises på skolen, hvorimod der ikke kan regnes sikkert hermed, når de gør tjeneste på

afdelingerne). Servering finder sted i egen spisestue, der ikke kræver nyindretning. Iøvrigt må eleverne om fornødent henvises til kantinen mod refusion fra hospitalet af kostudgiften.

For jordemoderelever gælder det tilsvarende.

Alle andre henvises til personalekantinen.

Med hensyn til det beregnede pladsbehov for de enkelte grupper bemærkes:

Studenter. Antallet af studenter, der følger undervisningen på Rigshospitalet, kan anslås til ca. 800. Det udviser en stigende tendens; men denne vil formentlig modvirkes af, at Aarhus universitet om få år vil kunne give undervisning også i de sidste 5 semestre af 2. dels-studiet.

Undervisningen gives både formiddag og eftermiddag, med pause fra kl. 12 til 13, hvorfor et meget stort antal studerende vil ønske at spise frokost på hospitalet. Man foreslår derfor afsat pladser til 300 studenter, heraf et særligt rum på 75 pladser til det ældste eksamenshold, der ofte har særlige forhold at drøfte. Der bør som hidtil være adgang til at købe smørrebrød, lettere varme frokostretter og øl, mælk etc.

Spiselokalet kan udenfor frokosttiden benyttes til læsestue for de studerende, der har mellemtimer, eller som studerer sammen i mindre grupper. Med henblik herpå bør det være opdelt i mindre afsnit.

Sygeplejersker. De supplerende sygeplejersker har hidtil som hovedregel haft fri station som en del af lønnen, men bør fremtidig have bruttoløn og henvises til at spise i kantinen.

Andre sygeplejersker bør ligeledes alle have bruttoløn og spise i kantinen.

I hvilket omfang de ca. 900 sygeplejersker, som hospitalet ventes at ville beskæftige, vil spise på hospitalet, er vanskeligt at bedømme, idet det sikkert i meget høj grad vil afhænge af madprisen. Regner man med statens nuværende madpris (1,75 kr. for frokost eller middag eller aftensmad) vil der formentlig kun blive spist middag i større omfang, og deltagelsen vil næppe blive særlig stor. Af de indeboende (højst 200) kan regnes med ca. halvdelen (100), af de udeboende ca. en trediedel (250), altså ialt ca. 350. Da de pågældende kan spise i 3—4 hold, skulle 100 pladser være tilstrækkeligt.

Husmedhjælper. Af hospitalets ca. 125 husmedhjælperer har langt de fleste fri kost som en del af deres løn, og således bør det formentlig også være fremtidig for den del af dem, der er beskæftiget med tilberedning eller servering af mad. Køkkenassistenterne og køkken-eleverne bør spise i en særlig spisestue ved køkkenet. Hvis man imidlertid — som foreslået i afsnittet om boliger — nedsætter antallet af husassistentværelser væsentligt, vil udviklingen antagelig blive, at husassistenterne i stort omfang erstattes af arbejdersker, der, forsåvidt de ikke er beskæftiget med mad, vil være på egen kost. Disse vil formentlig hovedsagelig spise medbragt mad og derfor kun belaste kantinen i så uvæsentlig grad, at der ikke er grund til at regne med dem.

Læger. Da lægepersonalet ventes fordoblet, og da de nuværende spisestuer — i henhold til en af hospitalets forvalter foretagen opgørelse — inden for tidsrummet kl. 11—13 besøges af højst 34 læger, kan der regnes med højst 75 spisende.

Andre personalegrupper. Af dette personale, der fremtidig vil omfatte ca. 1 000 personer, og som nu spiser medbragt mad i frokoststuerne, vil — af økonomiske grunde — formentlig kun en ringe del søge til kantinen; men der bør dog formentlig regnes med ca. 200 pladser til dette personale.

I henhold til det anførte er kantinen herefter dimensioneret til ialt 675 spisepladser med 1 m² spiserum pr. gæst.

Med hensyn til driften af personalekantinens bemærkes, at denne enten kan drives for personaleorganisationernes egen regning — uden betaling for lys, varme og lokaler — eller bortforpagtes, således at den kan hvile i sig selv. Priserne bør, hvis bortforpagtning finder sted, godkendes af hospitalet eller personalets organisationer.

52—54. *Systuer og linnedmagasin* (jfr. side 51).

Intet at bemærke.

55. *Administration* (jfr. side 51).

Dersom man bibeholder hovedkontor, kassererkontor, lønningskontor m. v. i den nuværende administrationsbygning, vil det være nødvendigt at inddrage lægerådssalen, frokoststuen og forvalterboligen i administrationsbygningens 1. sal, men herfor er der afsat erstatningsplads i kommissionens beregninger.

56. *Mødesal og repræsentationslokaler* (jfr. side 51).

Ved indrettelsen af de pågældende lokaler, hvis samlede areal efter forslaget udgør 91 m², vil den nuværende lægerådssal kunne frigives til brug for administrationen (jfr. umiddelbart ovenfor).

57. *Varmeanlæg* (jfr. side 51).

Ved behandling af dette spørgsmål har man tilkaldt afdelingsingeniør *V. Dalgaard* som særlig sagkyndig.

Det er ved forhandlingerne oplyst:

I. Det nuværende varmeanlæg, som foruden at forsyne selve hospitalet også har måttet påtage sig betjeningen af en række universitetsinstitutioner: Patologisk-anatomisk institut og retsmedicinsk institut, almindelig patologisk institut, farmakologisk institut samt fysiologisk institut, har nået grænsen for sin ydeevne, der måske endog vil blive overskredet, efter at det nyopførte Michaelsen-institut nu er koblet på.

II. Det af kommunen påbegyndte nye kraftvarmeværk i Nordhavn vil antagelig kunne levere den til Rigshospitalets drift fornødne dampmængde, som ingeniør *Dalgaard* løseligt har anslået til omkring 95 000 t. damp årlig.

Belysningsvæsenet er interesseret i at levere dampen med så lavt et tryk som muligt. Man vil antagelig kun kunne levere et damptryk på 2—4 atmosfærer, hvilket ikke er tilstrækkeligt til drift af vaskeriet, idet der hertil kræves ca. 7 atmosfærers tryk.

Da man imidlertid allerede under hensyn til den stærkt begrænsede plads på hospitalgrundens anbefaler vaskeriets bortflytning til en fjernere beliggenhed, vil det lave tryk ikke være nogen hindring for etablering af fjernvarme.

III. Når det nye varmeværk tages i brug, vil der antagelig blive gennemført reducerede takster for de store forbrugere, således at prisen vil komme til at ligge på omtrent samme højde som prisen for egen varmeproduktion, hvorfor man skal kunne regne med uden særlige udgifter at opnå de pladsbesparende fordele, der er forbundet med nedlæggelsen af det hidtidige varmeværk.

IV. Driftssikkerheden ved fjernvarme skønnes at blive tilfredsstillende, i hvert fald hvis man foruden hovedledningen fra Nørre Allé etablerer en stikledning fra Blegdamsvej. Det er oplyst, at f. eks. Kommunehospitalet i 20 år har fået damp leveret fra kommunen uden driftsstandsninger.

V. Varmeledningsnettet på Rigshospitalet må antagelig lægges om i forbindelse med overgangen til fjernvarme, men dette må ialtfald delvis ske alligevel i forbindelse med hospitalets ombygning.

VI. Belysningsvæsenet menes interesseret i at sælge sin produktion af damp* så snart det nye anlæg er færdigt. Der er derfor risiko for, at produktionen afsættes til private boligkvarterer, hvis man ikke hurtigt søger kontakt med Belysningsvæsenet.

Under hensyn til det foreliggende kan man anbefale, at det nuværende anlæg fungerer så længe, som det er muligt, og at dets kapacitet suppleres op ved hjælp af kommunal fjernvarme, der efterhånden påregnes at kunne erstatte det nuværende anlæg helt.

Selvom det principielt kunne være ønskeligt af sikkerhedsmæssige grunde at bevare eget anlæg som driftsreserve, foreslås dette ikke, dels af pladsmæssige grunde og fordi anlæget er gammelt og vanskeligt at holde i driftsklar stand, hvis det med tiden går ud af regelmæssig drift, dels fordi en sådan reserve efter erfaringerne andetsteds fra ikke skulle være nødvendig, forudsat at der foruden hovedstikket fra Nørre Allé også udlægges et reservestik fra Blegdamsvej. Konkurrenceudvalget har for at begrænse risikoen for, at Belysningsvæsenet præjudicerer mulighederne ved at disponere over dampen i ukendskab til Rigshospitalets planer, tilskrevet Belysningsvæsenet, som har afgivet det som bilag 10. Bilag 10. givne svar af 21. september 1951.

I forbindelse med Rigshospitalets overgang til fjernvarme rejser sig imidlertid spørgsmålet om et eventuelt samarbejde med Militærhospitalet og universitetets kedelanlæg på Nørre Fælled.

Militær hospitalet har sit eget oliefyr; men i forbindelse med oprettelsen af universitetets varmecentral på Nørre Fælled har der været forhandlet om eventuel varmforsyning fra denne, og dette spørgsmål bliver muligvis påny aktuelt, når den under opførelse værende patientbygning på Militærhospitalet tages i brug.

For fremtidens vedkommende må der forudses et stigende interessefællesskab, idet hverken Rigshospitalets kedelanlæg eller anlægget på Nørre Fælled ret meget længere kan klare deres samlede varmforsyning, hvorfor en supplerung ved hjælp af fjernvarme fra kommunens nye kraftcentral for begge hospitalers vedkommende er den nærmest liggende reservemulighed.

For universitetsanlæggets vedkommende er det antaget, at udnyttelse af denne reserve er at foretrække for en yderligere udbygning af eget anlæg, hvilket altså ganske svarer til antagelsen for Rigshospitalets vedkommende. På trods af de stadigt varierende omkostnings- og forsyningsforhold tør man vistnok regne med, at den nævnte løsning er anbefalelsesværdig af nationaløkonomiske grunde, fordi valutaforbruget reduceres. På den anden side medfører det udstrakte og bekostelige ledningssystem et betydeligt varmetab. Blandt andet af denne grund bør der næppe regnes med nogen større besparelse på driftsregnskabet. Om en reduktion af de kommende kommunale takster for storforbrug efter

ibrugtagen af det nye kraftvarmeværk kan bedre dette forhold noget, får indtil videre stå hen.

Fjernvarmen giver med usikre tilførselsforhold, der nødvendiggør, at også de indenlandske brændselsreserver tages i brug, en formentlig mere pålidelig reservekapacitet end eget anlæg, der er opbygget på basis af udenlandsk brændsel, og den giver mulighed for en pladsbesparelse, hvilket er særlig vigtigt for Rigshospitalet under de nuværende forhold.

På den anden side tør det ikke benægtes, at fortsatte vanskeligheder ved kultilførsel (evt. lettelse af oliefyringsforholdene) i løbet af en nærmere fremtid kunne gøre det ønskeligt at vælge installationen af oliefyr i stedet for fjernvarme, selv om en vis udbygning af de egne anlæg derved skulle blive nødvendig.

Denne udvej må allerede nu — med de for tiden gældende prisrelationer mellem kul og olie — anses for økonomisk gunstig for Rigshospitalet, og fordelene kunne yderligere understreges ved, at de fra hospitalets nuværende varme anlæg forsynede universitetsinstitutter overgik til varmforsyning enten fra en yderligere udbygget varmecentral på Nørre Fælled eller fra kommunal fjernvarme. Det tør ikke anses for udelukket, at Rigshospitalet i en sådan situation kunne fyldestgøre sit eget varmebehov selv med et udvidet hospital, hvis installationer og bebyggelse kan gøres mere rationelle end nu.

Man er imidlertid af den opfattelse, at statens samlede forsyningsproblem ved Rigshospitalet og Nørre Fælled bør ses som en helhed, og at man derfor, som forholdene ligger i dag, må stræbe efter en samlet aflastning og supplerings af de nuværende anlæg ved tilslutning til fjernvarme uden at binde sin dispositionsfrihed for fremtiden alt for stærkt.

I hvilket omfang og i hvor langt et åremål Rigshospitalets anlæg ville være i stand til at dække det fremtidige hospitals forbrug ved hjælp af det nuværende anlæg — eventuelt efter overgang til oliefyr — må erfaringen afgøre, men man anser det i hvert fald for økonomisk uforsvarligt under de nuværende forhold at foreslå det nedlagt, så længe det ikke er opslidt.

En sådan delvis opretholdelse af eget anlæg på Rigshospitalet vil måske næppe være særlig stemmende med kommunens interesse, idet kommunen må være interesseret i at have store og stabile varmeaftagere til fuld udnyttelse af sin forøgede kapacitet, der næppe endnu er beslaglagt.

Også derfor er det nødvendigt, at alle statens aftagerinteresser i denne bydel dækkes ved en samlet forhandling med kommunen, hvilket man skal foreslå sikret fra Undervisningsministeriets side.

Den nuværende kedelbygning, der har et bruttoetageareal på ca. 1 050 m², vil under forudsætning af overgang til fjernvarme med tiden i det væsentlige kunne frigøres til indretning af værksteder.

58. Maskinafdeling og værksteder (jfr. side 51).

Som grundlag for udarbejdelsen af forslag til den fremtidige maskinafdeling har foreligget følgende af hospitalets overmaskinmester udarbejdede oversigt vedrørende de arealer, der anses nødvendige til værksteder m. m. i det udbyggede hospital:

A. Maskinhus:

Driftskontorer.

<i>Ekspeditionskontor</i> med plads til kontorassistent og telefonvagt	25,00 m ²
<i>Kontor for overmaskinmester</i>	20,00 -
<i>Tre kontorer for maskinmestre</i>	26,25 -
<i>Tegnestue og arkiv</i>	20,00 -
<i>Vagtkontor og spiserum for vagthavende maskinmestre</i>	12,00 -

Værksteder.

<i>Maskinværksted</i> , indeholdende plads til 20 drejebænke, 1 fræsemaskine, 2 boremaskiner, 1 stykke plan, svejseri samt filebænke med plads til ikke under 23 skruestikke med tilhørende værktøj sskuffer og værktøj sskabe. Der må være rigelig gulvplads til henstilling af større ting såsom sengevogne, madvogne, sengeborde m. m., der er under reparation, ialt	220,00 -
<i>Instrumentmagerværksted</i> med 2 slibe- og pudseskiver samt 2 skruestikke med tilhørende skuffer og skabe	15,00 -
<i>Blikkenslagerværksted og fornikleri</i> med tilhørende pudseskive, falsemaskine, bukkemaskine samt loddebord	15,00 -
<i>Ekspeditionsrum</i> for ind- og udlevering af reparerede maskiner, apparater instrumenter, inventar samt for ombytning af elektriske lamper, elementer, vand- og gasslanger m. m.	15,00 -
<i>Lagerrum for elektriske materialer</i>	100,00 -
<i>Lagerrum for rør, fitting, sanitetsartikler, olie, pakning, bolte skruer m. m.</i> heri indbefattet et værktøj srum til opbevaring af værktøj samt udlån og aflevering af større værktøjer.	120,00 -
<i>Vognport eller skur</i> til opbevaring af større ting, som har været eller skal til reparation	80,00 m ²
<i>Kælderrum</i> til svært støbegods og reservedele til kedler	50,00 -

Personalerum,

- Omlædningsrum* med styrtebad og håndvask samt w. c. til 5 maskinmestre.
- Omlædningsrum* med styrtebad og håndvaske og w. c. samt spisestue til 25 reparatører.
- Omlædningsrum* med styrtebad og håndvaske, w. c. samt spisestuer til 5 kedelpassere.
- Omlædningsrum* med styrtebade og håndvaske, w. c. samt spisestue til 20 arbejdsmænd. Det opgivne antal for arbejdsmænd er under forudsætning af fyring med kul.

De foreslåede rum, der i det store og hele forekommer rimelige og passende, finder man ingen anledning til at gennemgå i enkeltheder, da det må påregnes, at maskinafdelingen i hvert fald indtil videre opretholdes i sin nuværende form, men således at den yderligere fornødne kapacitet tilvejebringes ved hjælp af fjernvarme.

Man er overbevist om, at en vis modernisering og også en vis udvidelse af maskinhusets nuværende lokaler vil blive nødvendig; men behovet ligger i en størrelsesorden, der er så relativt beskeden og for tiden mindre overskuelig, at det findes rimeligt at vente

med en nærmere fastlæggelse af de endelige krav, indtil der er opnået klarhed over den fremtidige ordning i enkeltheder. Skønsmæssigt har man til en varmfordelingscentral og en truckstation afsat ialt 250 m² yderligere plads.

B. Værksteder:

Snedkerværksted.

Snedkerværkstedet er for tiden indrettet med otte pladser, men må have 10 pladser. Det nuværende værkstedsareal udgør inclusive tørrestue 117 m².

Til lagerplads haves i øjeblikket 320 m². Når man har ment at turde reducere det fremtidige lagerpladsareal til 150 m², er det, dels fordi den nuværende lagerplads kun kan udnyttes med fordel under sådanne ekstraordinære situationer, som vi har haft og til dels endnu har med vanskelige forsyningsforhold, stigende priser etc., dels fordi man regner det for muligt, hvis sådanne ekstraordinære situationer påny skulle opstå, at tilvejebringe reservelager i kælderrum eller andet steds i det kommende centralkompleks.

Malerværksted.

Malerværkstedet er i øjeblikket på 76 m². Når det fremtidige værksted foreslås så stort som 125 m², uanset at der for tiden kun arbejder tre mand i det, skyldes det, at der skal være plads til samtlige de ting, som er i arbejde.

Grårnesterværksted.

Værkstedet omfatter i øjeblikket 55 m², hvoraf dog en del optages af gangareal, idet der er gennemgang gennem værkstedet.

Desinfektionsanstalt.

Desinfektionsanstalten optager for tiden ca. 87 m². Der findes i anstalten tre desinfektionsovne, nemlig to dampovne og en kombineret damp- og kemikalieovn. Efter hospitalets udvidelse vil det være nødvendigt at udvide dette ovnanlæg med to kombinerede ovne, idet det, hvis man går over til springmadrasser, hvad man overvejer i øjeblikket, vil være umuligt fortsat at bruge dampovne i så stort et omfang, at behovet er dækket. Denne udvidelse vil kræve en arealførogelse på 64 m², således at det samlede behov i en fremtidig nybygning kan ansættes til afrundet 150 m².

Sadelmagerværksted.

Dette værksted, der for tiden er beliggende i de øvre etager over køkken- og vaskeri-bygningen, er brandfarligt og opfylder næppe de krav, der nu stilles til et sådant værksted. Det råder over 302 m², heraf lagerplads 95 m² og opbevaringsplads under taget 110 m². Under bedre forhold kan opbevaringspladsen reduceres noget, særligt hvis man — som ventet — går over til brug af springmadrasser eller gummimadrasser.

Det til udvidelse af maskinafdelingen og indretning af fremtidige værksteder fornødne areal kan opgøres til ialt 1 120 m².

59. Boliger (jfr. side 52).

Rigshospitalet råder pr. 1. april 1951 over 40 familieboliger og 606 værelser til tjenestemænd og andre funktionærer.

Værelser:

	Sygeplejersker og elever	Husmedhjælpere	Assistent i køkken m. v.	Jordemødre og elever	Vagt	Diverse	Ialt
Afd. og bygning:							
E. Øjensygdomme.....	12				1	3	16
F. Øre-, næse-, hals.....	9				1	1	11
G. Børnesygdomme.....	24				3	1	28
H. Hud- og kønssygdomme.	20					4	24
I. Kvindesygd. og fødeafd. LM.....	41	20	1	55	11	7	135
Sygeplejerskebygning.....	196	1	4			1	202
Køkken — vaskeribygning..	4	50	18			2	74
Medicinske auditoriebygning			2				2
Administrationsbygning....	4	2	1		10		17
Værksted- og funktionær- bygning + stald.....		3				8	11
Pavillon 11.....	9						9
Pavillon 12.....	9						9
Psykiatrisk afdeling.....	1						1
Sygeplejerskebygning.....	49	17	1				67
Ialt...	378	93	27	55	26	27	606
Heraf i kældre.....	0	19	0	14	3	11	47

Familieboliger :

Af disse familieboliger kan boligerne for kedelpasseren og de to portnere (hvoraf den ene afgår i 1952) nedlægges ved ledighed, idet de pågældende ligesom deres kolleger kan bo uden for hospitalet. Forvalterboligen er midlertidigt inddraget til administrationskontorer og kan ikke forventes at ville kunne genoprettes som bolig.

Bygning	Villa	Dobbelt hus	Afd. E.	Afd. F.	Afd. G.	Afd. H.	Afd. O.	Fødeafd. A.	Fødeafd. B.	Adm. bygn.	Økonomi-bygn.	Funkt. bygn.	Ialt
Overlæge.....	1	5											6
Afd. læge.....								1					1
1. reservelæge.....				1	1	1	1	1	1	4			10
2. reservelæge.....			1		1	1	1	1	1	3			9
Overjordemoder.....								1	1				2
Direktør.....		1											1
Forvalter.....										1			1
Maskinmester.....									2		3	1	4
Kvartermester.....											1		3
Kedelpasser.....												1	1
Portner.....				1								1	2
Ialt...	1	6	1	2	2	2	2	4	5	8	4	3	40

Selv om der principielt ville være god brug for at inddrage alle boligarealerne til hospitalsdrift i streng forstand, lader dette sig naturligvis ikke gøre.

Et hospital af Kigshospitalets størrelse, der efter projektet skal betjene eller beskæftige et samlet personantal på omkring 4 000, må af hensyn til sin drift råde over et meget betydeligt antal boliger.

Der var pr. 1. april 1950 ved hospitalet normeret 158 læger, 757 sygeplejersker og sygeplejeelever, 74 jordemødre og jordemoderelver, behandlingspersonale iøvrigt 128, 150 fra administrationen, 36 håndværkere, 92 arbejdsmænd og portører samt 384 kvindelige arbejdere og husmedhjælpere, ialt 1 779. Når hospitalet udvides med 50 pct, må personaleantallet stige meget væsentligt, selv om det kan håbes, at fuld proportional tilvækst vil kunne undgås ved gennemførelse af forbedret installation og arbejdsteknik, rationalisering og lignende.

For nogle personalegruppers vedkommende er det nødvendigt helt at dække boligbehovet; nogle grupper tør man helt se bort fra, medens man til andre må skaffe i hvert fald en del boliger.

Boligbehovet forstærkes meget effektivt ved hospitalets indeklemte beliggenhed i en stærkt udbygget og tætbeholdt bydel, hvor byggereserverne er udtømt og boligmangel voksende.

Størstedelen af de 656 funktionærværelser (nemlig ialt 478) findes i sygeplejerskeboligen (202), fødeafdelingernes bygninger (135), køkken- og vaskeribygningen (74) og sygeplejerskebygningen ved psykiatrisk afdeling (67), medens de resterende 128 er spredt i 10 forskellige bygninger, hvilket i flere henseender er uhensigtsmæssigt. Det er således, både af hensyn til patienterne og til funktionærerne, uheldigt at have beboelsesrum over sygestuer.

Af værelserne ligger 47 i kælderetager (4 i afdeling H, 4 i afdeling E og 39 i fødeafdelingerne), hvilket bør ændres, så snart forholdene gør det forsvarligt.

Bortset fra enkelte undtagelser er det kun de 67 værelser i sygeplejerskeboligen ved psykiatrisk afdeling, der er moderne indrettet med håndvask og fast skab.

Med hensyn til de enkelte personalegruppers boligbehov bemærkes:

Forsåvidt angår *sygeplejeeleverne* vil det være nødvendigt at skaffe mulighed for, at de, hvis de ønsker det, kan bo på hospitalet. I praksis vil dette betyde, at der må reserveres boligmulighed for dem alle. For *jordemoderelverne* er det af hensyn til uddannelsen og tjenesten nødvendigt, at de bor på hospitalet.

Dette boligbehov kan man, som andetsteds oplyst, dække ved hjælp af den nuværende sygeplejerskebygning, henholdsvis fødeafdelingernes bygning.

For sygeplejerskernes vedkommende har man fortsat et betydeligt antal boende på hospitalet; men man er inde i en udvikling bort herfra i fortsættelse af sygeplejerskernes almindelige frigørelse for de tidligere hospitalsbånd, særlig pligten til at forblive ugift.

Hvor langt denne udvikling vil gå, og navnlig i hvilket omfang hospitalet er i stand til at drage nytte af fraflytningstendensen, er uvist endnu og afhænger bl. a. af den almindelige boligudvikling.

Man anser det dog for sikkert, at hospitalet altid må have et vist antal boliger på hospitalet eller i dets umiddelbare nærhed for herigennem at have sikret en fast bestand af sygeplejersker. Når disse bor på hospitalet, har man desuden den fordel i særlige situationer at kunne disponere over dem med kort varsel, uden at det er nødvendigt at etablere katastrofevagtsystem eller lign. En sådan fastboende bestand udgør i sig selv den mest effektive vagtcentral, der kan tilvejebringes, idet flertallet af beboerne erfaringsmæssigt normalt er hjemme også uden for deres tjenestetid. Hvilket *minimum*, man behøver at

regne med, kan være tvivlsomt, men ca. 10 pct. af det samlede antal eller 90 å 100 må formentlig anses for forsvarligt til dækning af det elementære behov. I den nuværende sygeplejerskebygning ved psykiatrisk afdeling haves 49 enkeltværelser. Man foreslår, at der herudover på hospitalet skaffes 50 lejligheder i overensstemmelse med Dansk Sygeplejeråds regulativ, heraf 10 eetværelses og 40 tovværelses; nybygningen tænkes forbeholdt ældre ledende sygeplejersker.

Nettoarealet ville så udgøre

$$\begin{array}{r} 10 \times 30 \text{ m}^2 = 300 \text{ m}^2 \\ 40 \times 38 \quad - = 1520 \quad - \\ \hline \text{ialt... } 1820 \text{ m}^2 \end{array}$$

Selv om sygeplejerskerne i et vist omfang kan skaffe sig bolig uden for hospitalet, tvivler man på, at det med de nuværende boligforhold vil være muligt at skaffe tilfredsstillende fortsat tilgang uden at kunne indlogere en hel del flere end det foran forudsatte minimum på ca. 100. Navnlig fortsat tilgang fra provinsen kræver indlogeringsmuligheder på hospitalet, og det må derhos i en boligknapp tid erkendes at være principielt betænkeligt at nedlægge værelser, der nu benyttes til beboelse, uden at skaffe anden dækning.

Til sygeplejersker og elever benytter hospitalet pr. 1. april 1951.	378 værelser
Heraf vil følgende blive inddraget til andet formål:	
I sygeplejerskebygningen	196 værelser
der foreslås inddraget helt til elever	
I fødeafdelingernes bygning	27 —
Boligerne i pavillon 11 og 12 samt i øjenafdelingen, øreafdelingen og administrationsbygning	43 —
lait reduktion mindst	266 værelser
Rest	112 værelser
hvoraf man indtil videre særlig regner med at kunne bevare værelserne i børne- afdelingen enten, hvor de er nu, eller ved nyindretning over den påtænkte forbindelsesfløj til fødeafdelingerne	24 værelser
i sygeplejerskebygningen ved psykiatrisk afdeling	49 —
og måske i afdelingen for hud- og kønssygdomme	20 —
	<u>93 værelser</u>

medens det kan være tvivlsomt, i hvilket omfang det iøvrigt vil være muligt at opretholde de spredte mindre værelseskolonier på andre afdelinger.

Det må antages, at man for at sikre tilgangen fra provinsen udover den tidligere omtalte kernebestand, må disponere over mindst 100 værelser, altså over plads til ialt 200 sygeplejersker. Regner man kernebestandens boligbehov dækket ved de i psykiatrisk afdelings sygeplejerskebolig værende 49 eneværelser og de ovenfor foreslåede 50 lejligheder, og forudsætter man herudover ca. 50 værelser bibeholdt spredt på de forskellige afdelinger, skulle det da være nødvendigt at bygge 50 til eller — indtil boligsituationen letter — at udskyde nedlæggelsen i det hele taget af sygeplejerskeværelser. Da denne sidste tanke er i

strid med selve ombygningsplanens hovedøj emed, at skaffe plads til de primære hospitalsformål, regnes der foreløbig med et byggebehov på denne konto på

50 værelser à 12 m² 600 m²

Til *husmedhjælpere* må man — selv om der også her i videst muligt omfang antages folk, der kan bo uden for hospitalet — regne med nødvendigvis at skulle bruge en del værelser. Hospitalet har p. t. 93, hvoraf 20 i kældre og 2 i værkstedsbygningen, der regnes nedrevet; 50 findes i køkken- og vaskeribygningen. Man håber at kunne bevare hovedparten af de tilbageblivende 70 værelser, i hvert fald de 50 i køkkenbygningen, og mener, dette skal kunne være nogenlunde tilstrækkeligt.

Man har drøftet, om det er god økonomi at undlade at dække denne gruppe helt med værelser, idet lønningsforholdene pr. 1. januar 1952 ifølge direktørens oplysninger var følgende:

husmedhjælpere med fri station	190,25 kr. mdl.
— — kost, men uden bolig	316,65 - —
— uden — og —	400,46 - —
ugelønnet arbejderske	448,44 - —

Kostgodtgørelsen til husmedhjælpere udgør altså ca. 84 kr. månedlig, boliggodtgørelsen ca. 126 kr. månedlig, ialt ca. 210 kr. Sammenholdes husmedhjælpere med kvindelige løsarbejdere, forøges sidstnævnte beløb med ca. 48 kr., der i mangel af bedre grundlag måske kan fordeles forholdsmæssigt med 2/5 eller 19 kr. på kostgodtgørelsen og 3/5 eller 29 kr. på boliggodtgørelsen, der herved stiger fra 126 kr. til ca. 155 kr.. Det kan allerede være noget tvivlsomt, om den besparelse i forplejningsudgiften, som hospitalet opnår ved husmedhjælpernes overgang til egen kost, modsvarer kostgodtgørelsen, 84 kr. månedlig. Boliggodtgørelsen, der andrager 126 kr. — eller hvis man sammenligner med kvindelige lønarbejdere — 155 kr. vil det antagelig ikke være muligt at skaffe fuld driftsmæssig ækivalens for, selv om det må erindres, at der heri indgår vask, vedligeholdelse af sengelinned, rengøring o. lign. En gennemsnitlig boliggodtgørelse på 150 kr. månedlig svarer til 1 800 kr. pr. år. Dette beløb forrenter — og afskriver — under „normale“ renteforhold ca. 30 000 kr., hvilket er betydelig mere end værelserne kan bygges for. Selv om hospitalet regner med at kunne nøjes med 40 værelser til husmedhjælpere, kan man af økonomiske grunde ikke anbefale, at værelsestallet reduceres til under de 50, der findes i køkkenbygningen.

Til *køkkenpersonalet* regner man med at kunne opretholde hovedparten af de 26 værelser, der ikke ligger i kældre, og mener at dette antal er tilstrækkeligt.

For *lægerne* vedkommende er det særlig vigtigt at skaffe bolig til de, ofte ældre, chefer for de store afdelinger, hvis nære tilstedeværelse er af betydning for hospitalsdriften, og til de yngre læger, der ansættes på kortere åremål. Dels er 1. og 2. reservelægerne tilstedeværelse hospitalsmæssigt vigtigt, dels har disse yngre læger — i reglen med familie — meget vanskeligt ved selv at skaffe sig bolig og da særlig i tilstrækkelig nærhed af hospi-

talet. For disse yngre lægers vedkommende må hospitalet have mulighed for at vælge den bedst kvalificerede i stedet for den, der har en bolig „på hånden“.

For afdelingslægerens vedkommende mener man derimod at turde stille boligproblemet i anden række særlig på grund af disse stillingers varige karakter, der skulle muliggøre en forsvarlig løsning ved hver enkelts egen indsats. Hvis der skulle opstå enkeltproblemer, må de løses enkeltvis, men det kan dog siges generelt, at det også for denne gruppes vedkommende ville være særdeles ønskeligt, om det var muligt at tilvejebringe boliger.

Der regnes med omkring 62 1. og 2. reservelæger — mod nu 35 — og herudover ca. 45 assistenter, hvortil kommer ca. 78 kandidater, ialt 185 unge og yngre læger.

Kommissionen anser det for overordentligt ønskeligt at kunne skaffe lejlighed til i det mindste en 1. og 2. reservelæge for hver afdeling (med enkelte afvigelser op og ned) eller mindst ca. 45 boliger. Da man regner med i alt væsentligt at kunne opretholde de nuværende 19, skulle der herefter ved nybygning skaffes plads til 26. Med en anslået gennemsnitsstørrelse på 110 m² netto vil der kræves et nettoareal på ialt 2 860 m².

Hospitalets lægeråd har foreslået, at der foruden det nuværende antal overlægeboliger, ialt 6, fremtidig indrettes yderligere 10, nemlig: for overlægerne ved psykiatrisk afdeling O, medicinsk afdeling P, kirurgisk afdeling E, børneafdeling G, neurokirurgisk og neuromedicinsk afdeling, samt for overlægen for øre-, næse- og halsafdelingen og cheferne for centrallaboratorier og blodbanken samt narkoseoverlægen. Lægerepræsentanterne i konkurrenceudvalget har begrundet dette forslag således:

„Som motivering må først og fremmest henvises til, at en institution, som modtager alvorligt syge mennesker til lægebehandling må have en vis pligt til at sørge for, at de ansvarlige lægechefer i påkommende tilfælde kan tilkaldes indenfor rimelig tid. Det kan også oplyses, at samtlige overlæger ved Rigshospitalet lejlighedsvis tilkaldes til deres afdelinger udenfor de sædvanlige tjenestetider i presserende tilfælde. At telefon- og automobilhold for overlægerne i sådanne tilfælde ganske er overladt deres egen regning bør næppe lades uomtalt. Hyppigheden af tilkaldelserne er stærkt varierende, selv på samme afdelinger. I perioder, hvor der indarbejdes nye metoder eller hvor der fornylig er skiftet reservelæger, kan tilkaldelser af overlægen naturligvis ret ofte være påkrævet. For de afdelingers vedkommende, hvor overlægen ikke bor på hospitalet, dækker det faktiske antal tilkaldelser ingenlunde det ønskelige antal, idet reservelægen kan fristes til at undlade tilkaldelse af sin fjerntboende overlæge og denne til at give sine råd pr. telefon. Da tilkaldelser for fjernt boende overlæger kan betyde længere tids afbrudt nattesøvn, og da tjenesten næste dag ikke af den grund kan undlades, er sådan ordning mindre egnet for overlæger, som ikke er unge.

Siden det nuværende Rigshospital planlagdes, er de lægelige indgreb såvel kirurgiske som medicinske blevet meget dristigere. Der kan også peges på, at så at sige alle provinssygehuse har sikret sig deres overlægers nærværelse mest muligt ved indretning af overlægeboliger, skønt afstandene i provinsbyerne oftest er langt kortere end i København n. At man nogle steder i udlandet ikke har ment at kunne pålægge overlægerne det ubehag, som en tvungen bolig nær arbejdspladsen unægtelig kan være, bør heller ikke ændre det stillede forslag om her i landet at søge den for patienterne mest betryggende ordning af boligforholdene gennemført.

Foruden selve lægearbejdet er der pålagt overlægen et voksende administrativt arbejde, samt en videnskabelig bearbejdelse af de indhøstede erfaringer. Sådant admini-

strativt og videnskabeligt arbejde må oftest henlægges til aftentimerne, men kan langtfra altid medtages som hjemmearbejde, fordi opslag i arkiver og biblioteker er nødvendige.

Under hensyntagen til de her opregnede omstændigheder har lægerådets flertal, trods nogle af de nuværende overlægers ulyst til at flytte ind på hospitalet, anset det for principielt rigtigt at foreslå indrettet boliger for samtlige overlæger. På grund af den begrænsede pladsmulighed og overlægernes antal, har lægerådet dog ment i praksis at kunne tage ansvar for en reduktion til det ovennævnte principielle forslag. At foretage nogen nummerering efter nødvendigheden indenfor dette minimumsforslag anses for ugørligt."

De eksisterende overlægeboliger er på ca. 400 m² hver, hvilket ikke kan danne målestok for indretning af de nu foreslåede. Den eneste mulighed, der består for indretning af flere overlægeboliger, er at indrette dem som lejligheder i et etagehus. Denne løsning kan man anbefale, således at hver bolig *kalkulatorisk* sættes til 230 m², hvorefter det samlede areal for 8 boliger til overlæger + 1 til blodbankens chef og 1 til narkoseoverlægen ansættes afrundet til 2 300 m²

Endelig må der skaffes erstatning for en forvalterbolig, der foreslås inddraget under administrationskontorerne, og 2 kvartermesterboliger i fødeafdelingen, ligesom det på grund af hyppige tilkaldelser af hospitalspræsten synes rimeligt, såvidt muligt, at tilvejebringe en tjenestebolig for denne.

Hertil og til eventuelle justeringer foreslås afsat afrundet 450 m²

Det samlede behov for nybygning af boliger kan herefter opgøres således:

Sygeplejersker	2 420 m ²
Læger og. overlæger.	5 160 -
Andre boliger.	450 -
	<hr/>
	8 030 m ²

Som det fremgår af det ovenstående forslag vil dette kun højst ufuldstændigt kunne dække det fremtidige hospitals behov for sygeplejerskeboliger.

Allerede af pladsmæssige grunde har man set sig nødsaget til at begrænse sit forslag mere, end saglige betragtninger over behovet under den nuværende bolignød i sig selv kan begrunde. Militærhospitalet er, kommissionen bekendt, i ganske samme situation.

Skulle det vise sig muligt at erhverve de ovenfor i afsnit A) Almindelige bemærkninger (jfr. side 23) nævnte arealer henholdsvis mellem Tagensvej og Juliane Mariesvej og mellem Borgmester Jensens Allé og Nørre Allé, kan man derfor anbefale, at en del af disse arealer anvendes til dækning af begge hospitalers behov for sygeplejerskeboliger og desuden til en del af de tjenesteboliger, som man iøvrigt anser det for nødvendigt at skaffe Rigs-hospitalet, uden at det dog er muligt at anbringe dem på den nuværende grund. Herudover må man formentlig i videst muligt omfang ved anvisning af grund henvise de pågældende til at løse boligspørgsmålet på kooperativ basis ved oprettelse af een eller flere boligforeninger.

Kan supplerende grunderhvervelse ikke finde sted på den anførte måde, består der antagelig ingen anden praktisk mulighed for spørgsmålets løsning end at erhverve een eller flere bebyggede ejendomme i hospitalets nærhed, når de efterhånden udbydes til salg.

Sygeplejerskernes byggeorganisation har forsøgt fremskaffet en egnet grund til bebyggelse på andelsbasis, men har kun kunnet finde en mulighed herfor på Amager og

kun ved at gå i samarbejde med kommunens sygeplejersker. Om denne plan realiseres, står endnu hen i det uviste.

Under forhandlinger mellem konkurrenceudvalgets formand og formanden for byggeorganisationen er sygeplejerskernes opmærksomhed blevet henledt på ønskeligheden af at tegne garantisummer, at indbetale over en periode eller eventuelt blot garantibeviser at indbetale på anfordring, når der bliver brug for pengene. På basis af en således tilvejebragt garantikapital af passende størrelse ville det være muligt for foreningen — i hvert fald i samarbejde med et pengeinstitut — at optræde som køber i det frie marked uden at skulle afvente opnåelse af støttebevilling eller lignende.

Hvis sygeplejerskerne på denne eller anden effektiv måde bidrager til løsning af det meget påtrængende boligproblem, kan man anbefale, at staten støtter disse bestræbelser ved under Boligministeriets område at søge foreningen tillagt størst mulig støtte, herunder de til en realisation eventuelt fornødne dispensationer, samt at Undervisningsministeriet søger financieret hjemmel til ydelse af et direkte tilskud, mindst svarende til grundens værdi.

En delvis løsning af boligproblemet efter disse linier, mener man, ville være effektiv og dog billig for staten samt mere tilfredsstillende for personalet end indflytning i egentlige tjenesteboliger, fordi den giver øget frihed og mulighed for at opfylde personlige ønsker om udstyr, beliggenhed etc.

Man henleder opmærksomheden på, at Militærhospitalet muligvis vil være interesseret i et samarbejde, såfremt det tilstrækkelige grundareal kan fremskaffes.

60. *Vuggestue og børnehave for børn af funktionærer og studenter (jfr. side 52).*

Indretning af lokaler til disse formål er et længe næret og ofte fremsat ønske.

Med hensyn til det antagelige behov kan oplyses, at man fra det medicinske studenterråd har modtaget en opgørelse, hvoraf fremgår, at af 106 studenter på eksamensholdet til 2. del B. januar 1951 var 66 gifte og havde 31 børn. Fra anden side har man fået oplyst, at af de 120 studenter på eksamensholdet til 2. del B. januar 1952 er 62 gifte og har 40 børn. De 62 gifte repræsenterer 58 ægteskaber, da der er 4 ægtepar på holdet. 28 af børnene er under 2 år.

Om behovet blandt sygeplejerskerne og hospitalets øvrige personale haves ingen talmæssige opgørelser, men det angives, at et ikke uvæsentligt antal funktionærer vil være meget interesserede i oprettelsen af de omhandlede institutioner, og det menes, at man her ved bl. a. vil kunne forøge tilgangen af gifte sygeplejersker til hospitalet.

Kommissionens *flertal* har den opfattelse, at det, i betragtning af hvad der andetsteds på arbejdspladserne nu til dags gøres for anbringelsen i arbejdstiden af personalets børn under skolealderen, vil være ønskeligt på Rigshospitalet at indrette både vuggestue og børnehave. Man tager herved også hensyn til, at det ikke er muligt at etablere personaleboliger i det omfang, det var ønskeligt, hvorimod en hel del enkeltværelser tværtimod må inddrages på en række afdelinger. Behovet for pladser skønnes at være stort, sandsynligvis så stort, at pladsmangelen næppe vil tillade, at det dækkes fuldstændigt. Som en rimelig løsning, der dog vil kunne afhjælpe det mest presserende behov, skal flertallet derfor foreslå, at der indrettes vuggestue til 30 børn og børnehave til 45 børn. Efter erfaringer andetsteds fra skulle der hertil kræves et areal på 200 m². Det vil være ønskeligt, om der er mulighed for udvidelse.

Det tilføjes, at man ved driften af vuggestuen og børnehaven, der begge skulle stå under øverste tilsyn af professoren i børnesygdomme og forstanderinden for sygeplejen,

efter flertallets opfattelse vil kunne anvende unge piger, der uddanner sig til barneplejersker eller børnehavelærerinder.

Et *mindretal* (*Fabricius-Bjerre*) erkender fuldtud, at der er trang til flere vuggestuer og børnehaver i Storkøbenhavn, og ser også meget gerne, at denne mangel afhjælpes, men må mene, at afhjælpningen er en kommunal opgave.

Hertil kommer, at børnene efter mindretallets opfattelse bør anbringes i institutioner i nærheden af hjemmet, således at man undgår langvarig transport af børnene. Behovet for institutioner af denne art bør derfor principielt fyldestgøres ved oprettelse af sådanne institutioner ikke i tilknytning til moderens arbejdssted, men i det beboelseskvarter, hvor der er trang til dem. Efter mindretallets opfattelse vil og bør udviklingen gå i den retning, at gifte mødre i større omfang end hidtil lader erhvervet vige til fordel for arbejde i hjemmet. Indretning af vuggestue og børnehave er efter mindretallets opfatteise ikke nødvendigt for at sikre hospitalet den fornødne arbejdskraft. Det er rigtigt, at man, som flertallet anfører, vil kunne forøge antallet af gifte sygeplejersker — og iøvrigt også af gifte funktionærer af andre kategorier; men denne forøgelse af personalet reduceres ved, at pasningen af børnene kræver både sygeplejersker og andet personale.

De anførte betragtninger vedrørende hospitalets funktionærer gælder — om ikke fuldtud — så dog i et vist omfang også studenterne.

Som anført af flertallet vil behovet formentlig være meget betydeligt — også fordi en del funktionærer og studenter, der kan få deres børn anbragt på anden måde, vil foretrække anbringelsen på hospitalet. Hvis man som anbefalet af flertallet, kun dækker en del af behovet, vil man stå overfor betydelige vanskeligheder med hensyn til fordelingen af de disponible pladser. Skal en ledig plads tildeles en funktionær, som hospitalet uden vanskelighed kan få erstattet med en barnløs funktionær, eller en student?

Det foran anførte og den omstændighed, at en social foranstaltning som den heromhandlede næppe bør beslægtes et areal, som der er stærkt brug for til hospitalsmæssige formål, taler efter mindretallets opfattelse for at overlade løsningen af denne opgave til kommunerne, men såfremt der, efter at alle hospitalsmæssige formål er fyldestgjort, skulle være plads tilovers, har mindretallet selvfølgelig intet imod, at en sådan plads anvendes til vuggestue og børnehave.

61. *Diverse* (jfr. side 52).

Beskæftigelsesterapeuter.

Kommissionens flertal anbefaler, at der indrettes et kontor til den ledende beskæftigelsesterapeut (12 m²), og i forbindelse med dette et depotrum (16 m²) med plads til beskæftigelsesterapeuternes rekvisitter.

Disse rum bør helst findes i centralkomplekset, men det kan dog ikke være udelukket, at de indrettes i ledigtblivende lokaler andetsteds.

Hvis flere rum viser sig påkrævet, må de søges tilvejebragt i lokaler, der bliver ledige.

Der afsættes herefter 28 m²

Et *mindretal* (*Fabricius-Bjerre*) finder, at da det ved hospitalet beskæftigede antal terapeuter må ventes forøget med 3, der hver skal have ca. 40 m² til værksted og lager, bør forslaget affattes således:

Til 3 beskæftigelsesterapeuter må på passende steder reserveres lokaler på ca. 40 m² til hver.



BILAG



Skematisk oversigt over de nuværende afdelinger.

Oversigt over sengeantal, belægning og sygedage.

Hospitals- afdelingerne	Normeret sengeantal			Antal behand- lede patienter		Antal sygedage		Gen- nemsnit- lige syge- dage pr. pt.
	Bogstav	1911	1950	1911	1950	1911	1950	
Medicinsk afd.	A	115	122	837	1511		38 724	25,63
	B	115	122	792	1425		37 552	26,35
Enestuer A + B.			11			210 239	47 102	17,79
Kirurgisk afd.	C	115	133 ¹⁾	1 141	2 647		45 017	20,78
	D	115	133 ²⁾	1 122	2 166	gennem- snitlig	3 734	10,76
Kæbekir. service.	E	20	27	342	543		8 657	15,94
Øre-, næse-, halssyg.	F	17	42	277	816	pr. pt.	11 147	13,66
Børnesygdomme.	G	62	93	325	1 167	36,83	34 762	29,79
Hud- og kønssygdomme ..	H	84	84	505	918		24 027	26,17
Kvindesygdomme.	I		48		976		16 389	16,79
	M	34	7	368	344		4 902	14,25
Neuromed. sygd.	N		96 ³⁾		1594		36 702	23,03
Neurokir. sygd.	NK		54		1 848		21968	11,89
j stat.	O		30		470		12 763	27,16
Sindssygd. { amt.	O		40		910		15 116	16,61
1 komm.	O		60		1 160		16 420	14,16
Med. polikliniks stationære afd.	P		24		218		5 840	26,79
Behandlede pt. på afd. ...					19 060			
Patienter overflyttede mel- lem afd.					≈ 1 160			
Hospitalet ialt.		677	1 126	5 709	17 900	210 239	380 822	19,98

¹⁾ Heraf 25 senge til kir. poliklinik, stat. afd., lungekir. afd. R.²⁾ Heraf 16 senge til kæbekirurgisk service.³⁾ Heraf 28 senge, som invalideforsikringsretten har ret til at belægge.

Fødeafdelingerne.	A	114	91	2 813	2 020	36 517	21255	10,52
	B		85		2 135		gns. pr.	21607	10,12
Svangreafd.	L	20	32	246	752	pt. 12,98	8 137	11,40
						4 748		
Plejeafd. mødre.		15		158		gns. pr.		
						pt. 19,30		
						4 090		
						gns. pr.		
						pt. 25,89		
Antallet af børnenes syge- dage ikke medregnet.					<i>Levendefødte børn.</i>			
				2 629	3 541			

Oversigt over poliklinikker (ambulatorier) og klinikafdelinger.

	Nye patienter		Konsultationer (behandlinger)	
	1911	1949	1911	1949
Medicinsk poliklinik	1340	4 871	4 669	20 631
Allergikonsultationen		463		5 514
Kirurgisk poliklinik	2 035	4 937	18 425	20 971
Tandklinik	1559	2 578	8 230	6 743
Øjenpoliklinik	1712	8 792		14 790
Øre-, næse- og halspoliklinik	2 369	6 860	11 516	17 094
Børnepoliklinik	2 758	2 283	9 285	9 069
Allergikonsultationen		202		5 390
Spædbørns- og småbørnsstation				1619
Polikliniken ved afd. for hud- og kønssygdomme	1477	5 678	6 021	28 094
Gynækologisk poliklinik	807	1981	2 778	6 003
Poliklinik for svangre		3 624		11517
Psykiatrisk poliklinik		1 117		3 837
— — for børn		130		
Fysiurgisk klinik	1034	1844	36 766	22 794
— afdeling		1528		26 365
Radiologisk afdeling:				
Undersøgelser		20 253		
Eftersyn		2 298		
Behandlinger		553		7 568
Tuberkulosekontrol		1882		
Lysklinik		160		
Arbejdsmedicinsk klinik		529		1072
Neuromedicinsk poliklinik		2 676		4 150
	15 091	75 239	97 690	213 221

Sektionsafdelingen (Universitetets patologisk-anatomiske institut) 442 sekt.

Totalopgørelse vedrørende kommissionens forslag.

(L = lægerådets forslag
K = kommissionens forslag
R = reduktion)

	L m ²	Km ²	Rm ²
1. Modtageafdeling	215	205	10
2. Skadeafdeling	516	263	253
3. Visitation	0	15	15
4-6. De 3 medicinske afdelinger A, B og P:			
a. Sengeafdelinger	7 566	4 056	3 510
b. Afdelingskontorer	645	471	174
c. Plejemoderkontorer	270	165	105
d. Afdelingslaboratorier	504	468	36
e. Ambulatorier	1230	808	362
	(10 215)	(6 028)	
7-9. De 3 kirurgiske afdelinger C, D og R:			
a. Sengeafdelinger	7 566	4 056	3 510
b. Afdelingskontorer	645	453	192
c. Plejemoderkontorer	270	165	105
d. Afdelingslaboratorier	426	426	0
e. Ambulatorier	1 049	701	348
f. Opefationsafsnit	1 593	1378	215
	(11 549)	(7 179)	
10-11. Medicinske og kirurgiske auditorier	1 168	1 172	4
12. Lægevidenskabeligt bibliotek	112	108	4
13. Afdelingen for røntgendiagnostik	6 259	2 992	3 267
14. Radioterapeutisk afdeling:			
a. Sengeafdeling	2 102	1352	750
b. Afdelingskontorer	215	151	64
c. Plejemoderkontorer	90	55	35
d. Afdelingslaboratorier	100	82	18
e. Ambulatorium	575	355	220
f. Kontor for efterundersøgelser	185	101	84
g. Bibliotek	0	30	30
h. Røntgenbehandling	590	359	231
i. Radiumbehandling	350	128	222
j. Radiofysisk laboratorium	275	145	130
k. Experimentelt laboratorium	275	251	24
l. Operationsafdeling	240	0	240
m. Andre rum	1400	0	1400
	(6 397)	(3 009)	
At overføre...	36 43]	20 971	15 509 + 49

	L m ²	K m ²	R m ²
Overført...	36 431	20 971	15 509 ÷ 49
15. Centrallaboratorier	1700	1 050	650
16. Angiocardiologisk speciallaboratorium	172	115	57
17. Blodbank	250	230	20
18. Kæbekirurgisk afdeling og tandklinik			
a. Sengeafdeling	736	451	285
b. Afdelingskontorer	72	96	÷ 24
c. Plejemoderkontorer	78	31	47
d. Afdelingslaboratorium	20	20	0
e. Tandklinik	384	243	141
f. Operationsafsnit	231	165	66
	(1521)	(1006)	
19. Ortopædisk afdeling:			
a. Sengeafdeling	2 312	1 239	1 073
b. Afdelingskontorer	215	151	64
c) Plejemoderkontorer	90	55	35
d. Afdelingslaboratorium	82	72	10
e. Ambulatorium	394	342	52
f. Operationsafsnit	531	353	178
g. Bandageri	264	120	144
	(3 888)	(2 332)	
20. Plastikkirurgisk afdeling:			
a. Sengeafdeling	915	676	239
b. Afdelingskontorer	96	87	9
c. Plejemoderkontorer	90	35	55
d. Afdelingslaboratorier	60	45	15
e. Operationsafsnit	253	178	75
	(1 414)	(1 021)	
21. Neuromedicinsk afdeling:			
a. Sengeafdeling	2 522	1 352	1 170
b. Afdelingskontorer	215	151	64
c. Plejemoderkontorer	90	55	35
d. Afdelingslaboratorier	88	88	0
e. Ambulatorium	333	276	57
f. Elektrofysiologisk laboratorium	65	65	0
	(3 313)	(1 987)	
22. Neurokirurgisk afdeling:			
a. Sengeafdeling	2 522	1 352	1 170
b. Afdelingskontorer	215	151	64
c. Plejemoderkontorer	90	55	35
d. Afdelingslaboratorier	68	68	0
e. Ambulatorium	40	40	0
f. Operationsafsnit	531	(eller 20) 431	(eller 20) 100
	(3 466)	(2 097)	
23. Tuberkuloseafdeling:			
a. Sengeafdeling	1471	985	486
b. Afdelingskontor, se d.			
c. Plejemoderkontorer	90	41	49
d. Afdelingslaboratorier og kontorer m. v.	320	234	86
e. Liggehal	320	320	0
	(2 201)	(1 580)	
At overføre...	54 356	32 389	22 040 ÷ 73

	L m ²	K m ²	R m ²
Overført...	54 356	32 389	22 040 ÷ 73
24. Fysiurgisk afdeling og klinik:			
a. Sengeafdeling.....	736	493	243
b. Afdelingskontorer.....	139	28	111
c. Plejemoderkontorer.....	90	31	59
d. Afdelingslaboratorier.....	70	64	6
e. Klinik.....	2 489	1 347	1 142
	(3 524)	(1 963)	
25. Arbejdsmedicinsk klinik.....	150	55	95
26. Øjenafdeling (E).....	0	0	0
27. Øreafdeling (F).....	0	0	0
28. Afdeling for børnesygdomme (G).....	825	568	257
29. Afdelingen for hud- og kønssygdomme (H)	50	50	0
30-34. Fødeafdelingerne A og B, de gynækologiske afdelinger I og M samt afdelingen for svangre L.....	0	0	0
35. Psykiatrisk afdeling.....	0	0	0
36. Apoteket.....	1 200	ca. 800	c. 400
37. Sektionsstue.....	100	100	0
38. Fotografisk og grafisk atelier.....	0	189	÷ 189
39. Medicinsk studiesal.....	0	90	÷ 90
40. Centralarkiv.....	0	1 500	÷ 1 500
41. Patientbibliotek.....	0	62	÷ 62
42-44. Sygeplejerskeskole, boliger for elever og personale samt sygeafdeling for funktio- nærer.....	4 450	4 300	150
45. Portørcentral.....	0	61	÷ 61
46-48. Sikringsrum, transportforhold, tunnelsystem	4 250	4 250	0
49. Køkken.....	0	0	0
50. Spise- og læsestuer for studenter m. v....	0	300	÷ 300
51. Kantiner.....	0	925	÷ 925
52-54. Vaskeri, systuer og linnedmagasin.....	0	0	0
55. Administration.....	0	0	0
56. Mødesal og repræsentationslokaler.....	150	91	59
57. Varmeanlæg.....	0	0	0
58. Maskinhus og værksteder.....	1 120	1 120	0
59. Boliger.....	12 756	8 030	4 726
60. Vuggestue og børnehave.....	0	200	÷ 200
61. Diverse.....	0	94	÷ 94
	82 931	57 137	29 288 ÷ 3 494 = 25 794
57 137 + 25 794 = 82 931			

Oversigt over eventuel anbringelse af de foreslåede enheder.

	I bestående bygning m ²	I kommende centralkom- pelks m ²	Andetsteds m ²
1. Modtageafdeling.....	205		
2. Skadeafdeling.....		263	
3. Visitator.....		15	
4- 6. 3 medicinske afdelinger.....		6 028	
7- 9. 3 kirurgiske —		7 179	
10-11. Medicinske og kirurgiske auditorier..... incl. laboratorier 1 172 m ² .	586	586	
12. Lægevidenskabeligt bibliotek.....		108	
13. Afdeling for røntgendiagnostik.....	1 549	1 443	
14. Radioterapeutisk afdeling.....		3 009	
15. Centrallaboratorier.....		1 050	
16. Angiocardiologisk speciallaboratorium.....		115	
17. Blodbank.....		230	
18. Kæbekirurgisk afdeling og tandklinik, kan rummes i medicinsk og kirurgisk poliklinikbygning (990).....	1 006		
19. Ortopædisk afdeling.....		2 332	
20. Plastikkirurgisk afdeling.....		1 021	
21. Neuromedicinsk.....		1 987	
22. Neurokirurgisk.....		2 097	
23. Tuberkuloseafdeling.....		1 580	
24. Fysiurgisk afdeling og klinik.....		1 963	
25. Arbejdsmedicinsk klinik.....		55	
26. Øjenafdeling.....	x		
27. Øreafdeling.....	x		
28. Afdeling for børnesygdomme.....			568
29. Afdeling for hud- og kønssygdomme.....			50
30-34. Fødeafdelingerne m. v.....	x		
35. Psykiatrisk afdeling.....	x		
36. Apoteket..... kan efter ombygning formentlig rummes i en pavillon 650 m ² + kælderarealer.....	ca. 800		
37. Sektionsstue.....	x		100
38. Fotografisk og grafisk atelier.....		189	
39. Medicinsk studiesal..... 39, 41, 45, 50, 51 og 56 ialt 1 469 m ² kan rummes i 2 pavilloner, der kan forbindes med hinanden (2 x ca. 650 m ² = 1 300 m ² + kælderarealer + forbindel- sesbygning).	90		
At overføre....	4 236	31 250	718

	I bestående bygning m ²	I kommende centralkom- pleks m ²	Andetsteds m ²
Overført...	4 236	31 250	718
40. Centralarkiv..... Hovedparten kan rummes i en pavillon (ca. 650 m ² netto eller mindst det dobbelte brutto, incl. kældere). Eventuelt rest kan anbringes andetsteds, f. eks. i ledig kælder.	1 500		(eller x)
41. Patientbibliotek..... se under 39.	62		
42-44. Sygeplejerskeskole, elevboliger m. v.....	4 300		
45. Portørcentral..... se under 39.	61		
46-48. Sikringsrum, tunnelsystem etc..... kan rummes under jorden uden at belaste bygningen over jorden.			4 250
49. Køkken.....	x		
50. Spise- og læsestuer for studenter..... se under 39.	300		
51. Kantiner.....	925		
52-54. Vaskeri m. v.....			x
55. Administration.....	x		
56. Mødesal og repræsentationslokaler..... kan indrettes i en pavillon, se under 51, 39 m. fl.	91		
57. Varmeanlæg.....	x		
58. Maskinhus og værksteder.....	x		1 120
59. Boliger.....			8 030
60. Vuggestue og børnehave.....			200
61. Diverse.....			94
Ialt...	11 475	31 250	14 412
	31 250		
	14 412		
Kommissionens samlede forslag	57 137		

KØBENHAVNS MAGISTRAT

København, den 26. juni 1950.

Hr. ekspeditionssekretær Vagn Jensen. Undervisningsministeriet.

Under henvisning til den drøftelse, der fandt sted den 19. maj om arealet ved Tagensvej foran Rigshospitalets fødeafdeling, vil jeg gerne meddele Dem, at jeg har forelagt sagen for den samlede magistrat. Desværre har det på grund af forskellige møder ikke været sådan, at alle magistratens medlemmer har været samlede til møde før sidste mandag. Det blev her vedtaget, at overborgmesterens afdeling ved direktoratet for stadens faste ejendomme skulle træde i forbindelse med det af undervisningsministeriet nedsatte udvalg (underudvalg), idet man dog mente, at man ikke vil kunne afgive dette areal, fordi det drejer sig om nedlæggelse af et parkområde, af hvilke kommunalbestyrelsen kun i meget presserende tilfælde mener det forsvarligt at foretage indskrænkninger.

Denne meddelelse er dog kun en underhåndsmeddelelse, fordi jeg synes, at jeg skylder Dem det, da forhandlingen førtes mellem udvalget og mig, men der kommer en officiel meddelelse fra overborgmesterens afdeling.

sign. Julius Hansen.

KOMMISSIONEN ANGÅENDE RIGS-
HOSPITALET'S BYGNINGSMÆSSIGE
FORHOLD

Den 17. april 1952.

Til undervisningsministeriet.

Under arbejdet i det af kommissionen nedsatte konkurrenceudvalg er det blevet bekræftet, hvad man på forhånd formodede, at hospitalets nuværende grund vel er tilstrækkelig, men dog kun frembyder særdeles knebne pladsforhold for gennemførelsen af den udbygning af Rigshospitalet, der så længe har været påkrævet, og som kun er mulig ved nedrivning af en del af den nuværende bebyggelse, der, med det omkring 1900 anvendte pavillonsystem for hospitalsbyggeri, praktisk talt havde udtømt grundens muligheder.

Hospitalets grundareal udgør (uden tillægsareal, d. v. s. andel i veje m. v.) ca. 118 877 m², og tillægsarealet udgør ca. 11 691 m², altså ialt ca. 130 568 m². Bruttoetagearealet af de nuværende bygninger på grunden er ca. 95 549 m².

De nødvendige udvidelser har udvalget gennem sit arbejde ved en indgående, kritisk revision af de fremsatte forslag nu kunnet nedbringe til et beregnet bruttoetageareal på ca. 95 000 m², men hermed mener udvalget også at have nået den nederste grænse for, hvad der kan betragtes som forsvarligt. Dersom denne udvidelse gennemføres på hospitalets grund, vil det samlede bruttoetageareal, ca. 190 000 m², repræsentere en udnyttelsesgrad på ca. 1,45.

Det fremgår umiddelbart af disse tal, at en sådan bebyggelse vil repræsentere en så intensiv udnyttelse af arealets muligheder, at disse dermed i alt væsentligt påny vil være udtømte, og at der herefter ikke på hospitalets grund vil være mulighed for at skaffe plads til de yderligere udvidelser, der som følge af lægevidenskabens fremskridt må forventes at ville blive nødvendige i løbet af de kommende 30 eller 50 år. Man vil til den tid da være henvist til enten at flytte hospitalet — hvilket ville blive overordentlig kostbart, og beliggenhedsmæssigt være meget uheldigt — eller til at søge plads for de nødvendige udvidelser på arealer, der grænser op til Rigshospitalet. Holder man sig til den sidstnævnte mulighed, som den eneste praktisk gennemførlige, er det klart, at en sådan tillægsbebyggelse på et eller nogle få naboarealer ville blive en meget bunden opgave, ved hvis løsning det kun i meget ringe grad, eller slet ikke, ville være muligt at placere de nye hospitalsenheder på de steder, hvor de ifølge deres funktioner naturligt hører hjemme.

Til forebyggelse af denne situation har udvalget anset det for sin pligt allerede på nærværende tidspunkt at pege på nødvendigheden af, at der snarest sikres Rigshospitalet dispositionsret over sådanne naboarealer, som vil kunne komme på tale. Det skal stærkt fremhæves, at det ikke vil være tilstrækkeligt at sikre denne dispositionsret engang på et fjernere tidspunkt, blot det sker inden Rigshospitalet næste gang skal udvides, men at det vil være meget uheldigt, dersom det ikke kan ske så hurtigt, at den omtalte dispositionsret kan indgå i grundlaget for den arkitektkonkurrence, som kommissionen har ved-

taget at gå ind for. Kun på denne måde vil man ved konkurrencen kunne sikre sig mulighed for at opnå projekter, der også tager hensyn til udviklingen på længere sigt, og som placerer de forskellige afdelinger og andre enheder på de steder, hvor man også om en menneskealder eller mere vil være tilfreds med at have dem anbragt: man vil allerede nu kunne placere de bygninger (boliger, visse tekniske anlæg), der helst skal ligge perifert, på de pågældende naboarealer, og man vil i hospitalets mere centrale dele kunne bevare i hvert fald nogen plads som reserve til udvidelser af de afdelinger m. m., der er af størst betydning i samarbejdet på hospitalet, og til eventuel nybygning af sådanne afdelinger, som i årenes løb måtte vise sig at have en tilsvarende betydning.

Det må yderligere anføres, at hvis der ved hospitalets forestående udbygning kun kan disponeres over den nuværende hospitalsgrund, må byggeriet blive for dyrt, dels fordi nedrivninger af eksisterende bygninger vil blive nødvendige for at skaffe plads, dels fordi man vil blive nødt til at bygge mere i højden.

De naboarealer, som det kunne dreje sig om, er formentlig dels parkanlægget mellem Juliane Mariesvej og Tagensvej, dels den sydvestlige spids af Fælledparken mellem Borgmester Jensens allé og Nørre allé. Parkanlægget er i sin tid slet ikke udlagt af parkmæssige årsager, men af hensyn til den smittefare fra Blegdamshospitalet, som man tidligere — i modsætning til nu — tillagde så stor betydning. Anlægget benyttes forholdsvis lidt, antagelig på grund af Fælledparkens nærhed, og dets parkmæssige karakter ville forøvrigt meget vel kunne bevares, selv om der i det blev anbragt nogle få større bygninger med boliger; eller man kunne nøjes med at give hospitalet dispositionsret over en mindre del af anlægget. Den omtalte spids af Fælledparken indgår på grund af sin form ikke i dennes helhed som spadsere- og hvilepark. Det er kommissionen bekendt, at der i anlægget er indrettet en legeplads; men man er af den opfattelse, at legepladsen i givet fald må kunne anbringes andetsteds i nærheden.

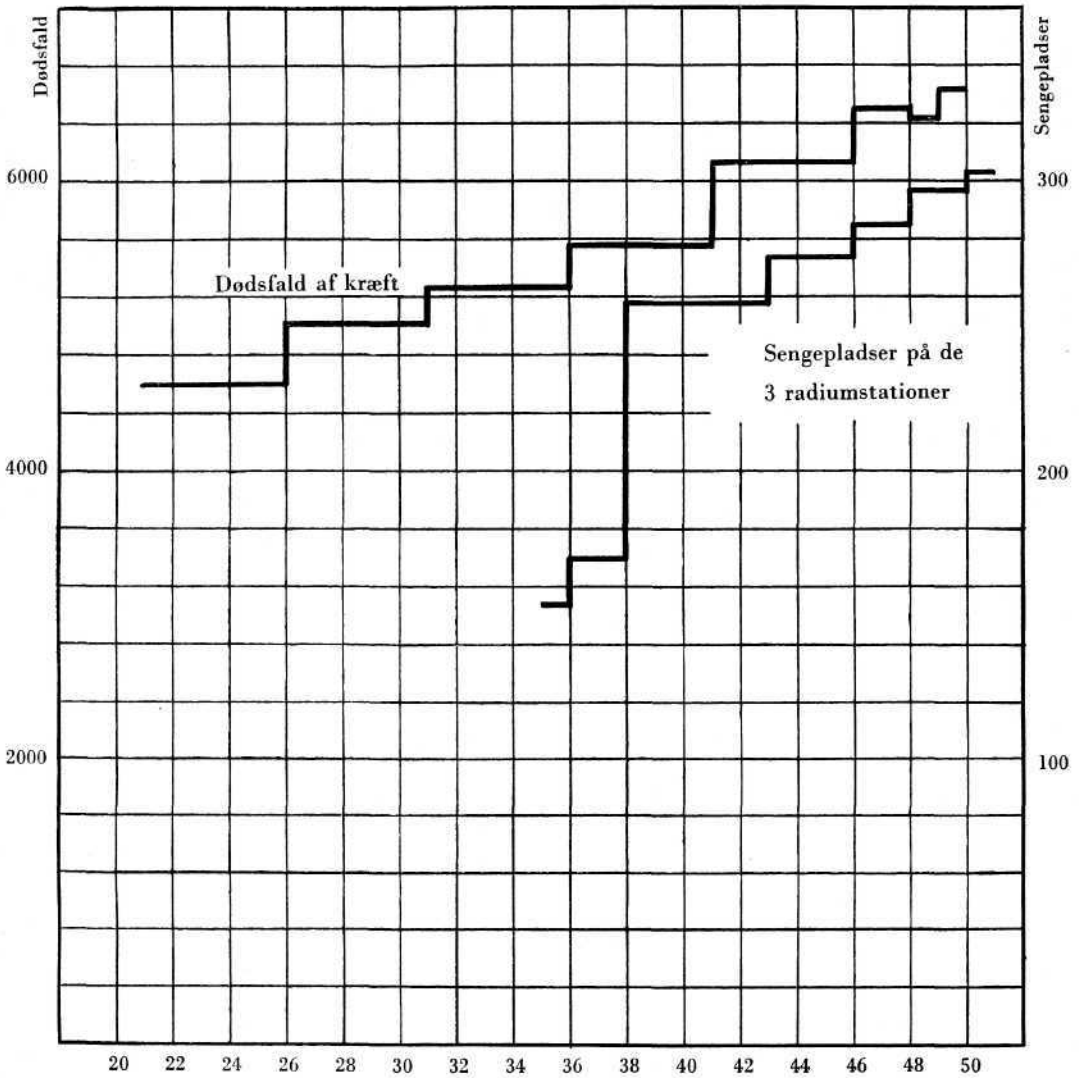
Under henvisning til foranstående skal kommissionen herved indstille til undervisningsministeriet, at betimeligheden af en henvendelse til Københavns kommune overvejes, for at der snarest belejligt kan skaffes klarhed over, hvorvidt der ved Eigshospitalets udvidelse måtte kunne regnes med dispositionsret over noget naboareal.

P. K. V.

A. Vøhtz.
Formand.

J. Louis Petersen.
Sekretær.

Grafisk fremstilling over kræftdødeligheden i Danmark og antallet af sengepladser.



LANDSFORENINGEN TIL
KRÆFTENS BEKÆMPELSE
Hovedbestyrelsen

København V., den 8. oktober 1951.

Kommissionen vedrørende rigshospitalets bygningsmæssige forhold, undervisningsministeriet, Frederiksholms Kanal 21, K.

Landsforeningen til Kræftens Bekæmpelse har modtaget kommissionens skrivelse af 7. august 1951 og gjort sig bekendt med de i skrivelsen fremsatte planer om opførelse af en radiumstation i direkte forbindelse med rigshospitalet.

Såvel indenfor landsforeningens direktion som på et møde i hovedbestyrelsen den 6. ds. har man drøftet nævnte plan og mulighederne for, at landsforeningen skulle kunne tilbyde (helt eller delvis) opførelse og drift af en sådan radiumstation på rigshospitalet på en af dette givne grund. Man er såvel indenfor direktion som hovedbestyrelse enige med kommissionen i, at gode betingelser for undervisning af kræftsygdommenes diagnose og behandling er af fundamental betydning i kampen mod kræften, og at det derfor ville være naturligt, om en radiumstation allerede havde været opført i direkte tilknytning til rigshospitalet eller i fremtiden måske kunne blive det. Landsforeningen er derfor heller ikke fremmed for den tanke, at såfremt en ny radiumstation i fremtiden skulle blive påkrævet for landsforeningen, ville den rette plads herfor være på rigshospitalet.

Når man imidlertid nærer betænkeligheder ved og ikke på nuværende tidspunkt tør binde sig til en sådan plan, skyldes det forskellige forhold.

For det første synes der på nuværende tidspunkt ikke at foreligge noget patientmæssigt behov for en 4. radiumstation her i landet, for så vidt som ekspektancelister på de 3 eksisterende radiumstationer ikke foreligger eller er minimale.

Dernæst ville landsforeningen med en 4. radiumstation binde sig økonomisk på en måde, som ville overstige dens økonomiske muligheder, såfremt dens øvrige opgaver skal kunne løses og vedligeholdes på tilfredsstillende måde.

Og endelig mener man indenfor landsforeningen at turde nære berettigede forhåbninger om, at de undervisningsmæssige opgaver vil kunne løses på en lykkelig måde, derved at radiumstationen i København nu er inddraget i det undervisningsmæssige system ved oprettelsen af et lektorat og ved nyindretning af et auditorium på radiumstationen.

Man skal til slut udtale, at landsforeningen af hensyn til eventuel senere forhandlinger ville være interesseret i at blive holdt å jour med udviklingen af de her omhandlede planer på rigshospitalet.

P. h. v.

sign. E. Me «lengracht.

SUNDHEDSSTYBELSEN

København, den 4. august 1951.

Til kommissionen angående rigshospitalets bygningsmæssige forhold. Konkurrenceudvalget.

I anledning af udvalgets hertil oversendte skrivelse af 17. april 1950 til civilforsvarsstyrelsen angående gennemførelse af bygningsmæssige civilforsvars-foranstaltninger i forbindelse med en udbygning af rigshospitalet skal man meddele, at efter sundhedsstyrelsens formening bør der i programmet for en arkitektkonkurrence vedrørende udbygningen angives civilforsvarsmæssigt betingede krav i det mulige omfang, hvorved opmærksomheden henledes på, at eventuelle nybygninger vil være omfattet af reglerne i lov nr. 253 af 27. maj 1950 om bygningsmæssige civilforsvarsforanstaltninger, jfr. indenrigsministeriets bekendtgørelse af 28. juni 1950 om brandsikre etageadskillelser, om udførelse af sikringsrum samt om murgennembrydninger.

Ved et udbygget rigshospital bør der tilstræbes tilstedeværelse af sikringsrum udført efter de i fornævnte bekendtgørelse angivne regler for et til 1/3 af den samlede normerede belægning svarende antal sengeliggende patienter, idet der hertil regnes med ca. 4 m² gulvareal pr. seng, og i henhold til fornævnte lovs § 9, stk. 1, skal der forefindes sikringsrum beregnet efter den i bekendtgørelsens § 3, stk. 2 angivne norm for de resterende 2/3 af patientbelægningen samt for personale og andre, der normalt er til stede.

Heri fragår dog de rum til beskyttelse, der måtte være indrettet i henhold til lovens § 12, forinden udbygningen kommer til udførelse.

For så vidt de påkrævede sikringsrum ikke kan indrettes i kælderetage(r) under nybygninger, er der intet til hinder for, at de helt eller delvis indrettes i eventuelle underjordiske forbindelsesgange under forudsætning af, at disses beliggenhed og adgangsforhold gør dem anvendelige til formålet, navnlig til anbringelse af sengeliggende patienter.

På den givne foranledning bemærkes, at der indenfor en nærmere fremtid forventes udsendt et cirkulære fra sundhedsstyrelsen angående beredskabsmæssige sikringsforanstaltninger ved sygehusene i henhold til § 26 i lov nr. 152 af 1. april 1949 om civilforsvaret.

Sygehusene vil herved blandt andet blive anmodet om i nærmere angivet omfang at projektere sikrede reservebehandlingsafsnit (operationsstuer med birum og røntgenrum) i kælderetage under bestående bygninger.

Såfremt der ikke herved kan tilvejebringes sådanne rum i tilstrækkeligt omfang, kan det forventes, at der i henhold til førstnævnte lovs § 15 til sin tid vil blive stillet krav om udførelse — i overensstemmelse med reglerne i indenrigsministeriets bekendtgørelse om udførelse af sikringsrum — af sådanne reservebehandlingsafsnit i nybygninger, ikke blot svarende til disses kapacitet, men tillige i det omfang, som er nødvendigt for at bringe deres samlede størrelse op på ca. 1/3 af samtlige behandlingsafsnits normale areal.

P. d. v.

E. b.

sign. Øhlenschläger.

fm.

KØBENHAVNS BELYSNINGSVÆSEN

København K., den 21. september 1951.

Undervisningsministeriet, kommissionen vedrørende rigshospitalets bygningsmæssige forhold, konkurrenceudvalget.

I anledning af udvalgets skrivelse af 18. september 1951 vedrørende eventuel fjernvarmelevering fra Københavns belysningsvæsen til rigshospitalets nybygninger tillader jeg mig herved at meddele, at der vil kunne påregnes en sådan varmelevering fra det under opførelse værende østre kraft-varmeværk i Kalkbrænderihavnen. Det er på indværende tidspunkt ikke muligt nøjagtigt at fastslå, hvornår værket er færdigt til drift, men der er dog grund til at tro, at dette vil være tilfældet i løbet af 1953. Samtidig kan det påregnes, at de fornødne ledningsanlæg fra værket ad Jagtvejen til Klædebo Park Allé vil være færdige, og under forudsætning af, at der træffes aftale i god tid, vil det formentlig også være muligt at gennemføre den resterende ledningsstrækning i 1953.

Til Deres orientering vedlægges der formular V. **III.** 50 vedrørende overenskomst om varmelevering og det dertil hørende tarifblad, idet bemærkes, at de anførte tariffer endnu ikke er endelig godkendt af kommunalbestyrelsen.

Af hensyn til bl. a. den importbesparelse i brændsel, som kan opnås ved fjernvarmeforsyning fra kraft-varmeværket, tillader jeg mig at henstille, at man søger fjernvarmelevering gennemført, så snart det er muligt.

N. Chr. Geertsen.

Oversigtsplan over det nuværende Rigshospital.

