

Evalueringsrapport – Rigshospitalets Kvalitetsfondsprojekt



Indhold

1. Kort beskrivelse af Kvalitetsfondsprojektet.....	3
a) Projektets formål.....	3
b) Projektets centrale indhold	4
c) Projektets historik.....	5
2. Opfyldelse af tilsagnsvilkår	9
a) Overholdelse af totalrammen	10
b) Rammen til it, udstyr og apparatur	10
c) Effektiviseringskravet.....	11
d) Energipulje.....	13
3. Opfølgning på projektets centrale forudsætninger	14
a) Implementering af regionens sygehusplan for det nye sygehus og den nye akut-struktur	14
b) Evt. salg af matrikler	14
c) Projektets hovedtidsplan og fremdrift	14
d) Kvadratmeterantal	15
e) Behandlingskapacitet.....	16
4. Læring fra projektet	19
a) Byggestyring	20
b) Innovation i byggeri og organisationen – vækst/markedsudvikling	21
c) Samarbejde med private.....	22
d) Arkitekturens hovedgreb.....	22
e) Forberedelse og realisering af effektiviseringstiltag	26
f) Omstilling af sygehusorganisationen (FAM mv.).....	26
5. Det nye sygehus i funktion	28
a) Arbejdsgange, patientforløb og FAM.....	28
b) Kvalitet	28
c) Det nye sygehus i patientperspektiv	28
d) Det nye sygehus i medarbejderperspektiv	29
e) Samarbejde med kommuner og primær sundhed.....	30

1. Kort beskrivelse af Kvalitetsfondsprojektet

a) Projektets formål

Med Kvalitetsfondsprojektet på Rigshospitalet var formålet at udarbejde et selvstændigt projekt inden for rammen af Rigshospitalets forhåndstilsagn på 1,85 mia. kr. (09-p/l) fra Regeringens Kvalitetsfond, som kunne bidrage til at opfylde Region Hovedstadens "Hospitalsplan 2007". Hospitalsplanens overordnede formål var at styrke den faglige kvalitet i behandlingen og give et bedre grundlag for forskning og udvikling.

Byggeprojektet har på den baggrund haft som mål at bidrage til, at Rigshospitalet også fremover vil være et fagligt omdrejningspunkt og levere højt specialiseret hospitalsbehandling til borgere i regionen og i resten af landet. Det fremgår af Indenrigs- og Sundhedsministeriets brev om endeligt tilsagn af 15. juni 2011, at Ekspertpanelet og regeringen var enige om formålet.

Rigshospitalets vision for de fysiske rammer til opfyldelse af projektformålet var Nordfløjen som det funktionsammenhængende hospital, der giver mulighed for gode patientforløb, effektiviseringsmuligheder for den daglige drift samt fleksibilitet og patientsikkerhed gennem standardisering. Dette var indarbejdet i udbudsmaterialet for projektkonkurrencen og indgik i vurderingen af konkurrenceprojekterne.

I konkurrencen vægtede delkriteriet 'projekt' 65 pct. Kriteriet omfattede den overordnede idé, det arkitektoniske hovedgreb, funktionalitet og bygge- og installationsteknik, robusthed, bæredygtighed og innovation samt totaløkonomi. Det vindende konkurrenceprojekt blev under delkriteriet vurderet til at have en meget god opfyldelse af programmets krav og ønsker.

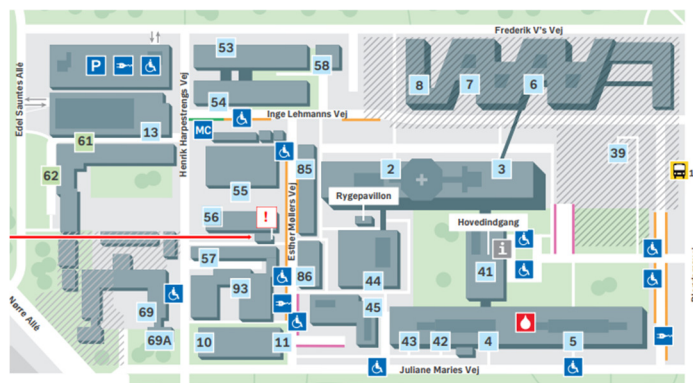
For såvel P-hus, Patienthotel og Administrationsbygning som Nordfløj gælder, at de alle er realiseret uden væsentlige ændringer ift. det vindende konkurrenceprojekt. Det samlede Kvalitetsfondsprojekt på Rigshospitalet har således opfyldt det centrale formål og succeskriterie ved at bidrage til, at Rigshospitalet også fremover kan være et fagligt omdrejningspunkt og levere højt specialiseret hospitalsbehandling til borgere i regionen og i resten af landet.

b) Projektets centrale indhold

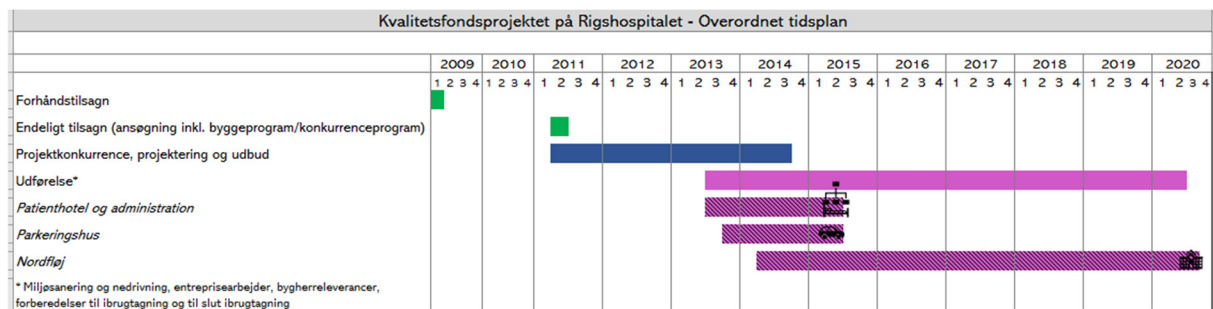
Kvalitetsfondsprojektet på Rigshospitalet har omfattet 3 nybyggerier:

- Opførelse af et parkeringshus på 18.811 brutto m² med 700 pladser og mulighed for udvidelse til 1.000 pladser, beliggende i hjørnet af Frederik V's vej og Edel Sauntes Alle
- Opførelse af et byggeri på 8.015 brutto m² der huser et patienthotel med 74 senge og Rigshospitalets administration, beliggende mod Juliane Maries Vej
- Opførelse af et byggeri på 54.921 brutto m² hvor HovedOrtoCentret og Neurocentrets senge, operationsstuer, støttefunktioner, herunder radiologi, samt ambulatoriefunktioner for HovedOrtoCentret er placeret, beliggende i hjørnet mod Blegdamsvej og Frederik V's

For alle tre byggerier har forudgående miljøsanering og nedrivning af eksisterende bygninger også været omfattet af projektet. De tre bygninger er vist på de to følgende diagrammer, som er hhv. visualisering af Helhedsplanen fra projektkonkurrencen, hvor kvalitetsfondsprojektets tre byggerier er vist med rød markering og et aktuelt kort over hospitalets matrikel. De tre byggerier er P-hus (symbol), Opgang 10 (Patienthotel) og 11 (Administration) samt Opgang 6 og 7 (Nordfløj). Regionen har efterfølgende for egne anlægsmidler opført en ekstra fløj til Nordfløjen (opgang 8).



c) Projektets historik



Med indgåelse af økonomiaftalen for 2008 udtrykte regeringen og Danske Regioner enighed om, at fremtidens sygehusstruktur skal sikre et sundhedsvæsen, der er drevet af professionalisme, leverer høj kvalitet samt sikrer sammenhæng og tilgængelighed for patienterne. For at understøtte målsætningerne for fremtidens sygehusstruktur var der enighed om, at der skal realiseres betydelige investeringer over en længere årrække. Sideløbende med denne proces arbejdede Region Hovedstaden med en Generalplan for fremtidens sygehuse i regionen.

Regeringen nedsatte i 2008 et ekspertpanel, der frem til ultimo 2008 skulle gennemføre en screening af de fem regioners større strukturelle anlægsprojekter. Ekspertpanelet afgav derefter indstilling til regeringen om, hvorvidt disse anlægsprojekter lever op til kravene for en moderne og sammenhængende sygehusstruktur. I ekspertudvalgets betænkning fra september 2008 og senere i Regeringens udmelding af januar 2009 fremgik, at Region Hovedstadens planer om ny Nordfløj på Rigshospitalet kunne anbefales. Samtidig fastlagde regeringen på baggrund af ekspertpanelets anbefalinger den samlede økonomiske ramme for projektet på 1,85 mia. kr. (09-pl).

Den 1. februar 2011 godkendte regionsrådet ansøgningen til ekspertpanelet om endeligt tilsagn vedrørende 1. etape af Rigshospitalets Helhedsplan.

Projektet i ansøgning om endeligt tilsagn adskilte sig fra projektet i grundlaget for Ekspertpanelets forhåndstilsagn, som var indsendt i august 2008. Det daværende projekt omfattede både nybyggeri og ombygning/renovering af eksisterende bygninger. Nybyggeriet skulle rumme den ekstra aktivitet Region Hovedstadens Hospitalsplan 2007 medførte for Rigshospitalet. Beregningerne for renoveringen var baseret på fastholdelse af standard og løsninger fra hospitalets opførelse med de mangler, som heraf følger og ikke en generel teknologisk og funktionel opgradering. Renoveringen var fordelt over hele hospitalet efter nødvendighed.

Regionens fokus på tidspunktet, hvor der skulle indsendes materiale til screeningsprocessen for det nedsatte Ekspertpanel, var at skabe plads til Hospitalsplan 2007 på kort sigt uden væsentlige standardforbedringer på arealsiden (enestuer, ambulatorierum, OP-stuestørrelser mv.) Region Hovedstaden anførte indledningsvist i screeningsmaterialet, at langsigtede generalplaner for alle regionens hospitaler var under udarbejdelse, og at oplysningerne i skemaet derfor på en række områder var foreløbige.

Den 29. april 2009 offentliggjorde Region Hovedstaden den samlede generalplan for hele regionen. Generalplanen for Rigshospitalet skitserede den overordnede ramme for udbygning og renovering af hospitalet med det formål, at Rigshospitalet også fremover skulle være Danmarks førende hospital for højt specialiseret behandling. I generalplanen blev der for Rigshospitalet lagt op til en opdeling af det samlede projekt i fire faser med nybyggeri og renovering.

Mens regionens ansøgning til ekspertpanelet forud for forhåndstilsagn udgjorde det første bud på, hvad realisering af Hospitalsplan 2007 ville kræve, beskrev generalplanen regionens langsigtede vision for Rigshospitalet. Indeholdt i generalplanen var realiseringen af Hospitalsplan 2007, men også en opgradering af Rigshospitalet til fremtidige sygehusstandarder. Det er netop opgraderingen af hele

hospitalet til moderne arealstandarder, der giver den store stigning i behovet for nybyggeri fra screeningsmaterialet til generalplanen. Behovet for nybyggeri afspejler den mangel på plads, som hospitalet havde i 2009 (og for en stor del stadig har i nu 2021).

Med udgangspunkt i generalplanen fortsatte arbejdet med at konkretisere planerne for udbygning og renovering af Rigshospitalet. Den næste milepæl var idéoplægget, som havde fokus på første del af generalplanen, og dermed hospitalets kvalitetsfondsprojekt. Idéoplægget blev godkendt af Regionsrådet i marts 2010.

I tilpasningen af Rigshospitalets Kvalitetsfonds Byggeprojekt til ansøgning om tilsagn til endelig bevilling var fokus på at definere et projekt der:

- Udgjorde et selvstændigt projekt som tilgodeså Rigshospitalets fremtidige funktionskrav. Med projektet håndteres kapacitetskravene således, at den nye hospitalsstruktur kan realiseres
- Anvendte ekspertpanelets forudsætninger om kvadratmeterpriser, kapacitetsudnyttelse, arealstandarder mv.
- Overholdt den givne tilsagnsramme på 1,85 mia. kr. (09-pl)
- Sikrede hensigtsmæssige sammenhænge for de kliniske funktioner i nybyggeriet og hermed de bedste vilkår for sammenhængende behandlingsforløb for patienterne samt mulighed for fleksibilitet i arealudnyttelse
- Sikrede at gennemførelse af byggeriet og behovet for midlertidig genhusning kunne ske med færrest mulige gener for patienter og medarbejdere og til den lavest mulige økonomiske omkostning
- Kunne indgå i en fremtidig helhed og vil være en god forberedelse for en senere totalrenovering af Central-, Mellem- og Sydkomplekset samt yderligere nybyggeri

Ekspertpanelet indstillede den 13. maj 2011 til regeringen - på baggrund af regionens ansøgning samt møde med repræsentanter fra regionen og hospitalet om baggrund for ændringerne i projektet fra forhåndstilsagn til ansøgning om endeligt tilsagn - at der blev meddelt endeligt tilsagn til projektet på Rigshospitalet.

Regeringen valgte den 15. juni 2011 at tilslutte sig ekspertpanelets indstilling med en fastlagt ramme på 1,85 mia. kr. (09-pl).

Investeringsrammen blev efterfølgende i 2014 opjusteret til 1,855 mia. kr. (09-pl) som følge af at projektet modtog godkendelse af ansøgning om lånedispensation i forbindelse med energiinvesteringer i det kvalitetsfondsstøttede sygehusbyggeri til en opgradering af Patienthotel og Administrationsbygningen til energiklasse BK2020.

Det fremgik af tilsagnsskrivelsen fra Kvalitetsfonden, at der skulle realiseres en effektiviseringsgevinst på 67 mio. kr. (P/L-2010), som udmøntes 1 år efter ibrugtagning af det nye sygehus.

I foråret 2011 påbegyndtes udbuddet om totalrådgiveropgaven for det samlede Kvalitetsfondsprojekt på Rigshospitalet. Konkurrencen var en indbudt projektkonkurrence, der blev gennemført i to faser i henhold til Udbudsdirektivet, EU-direktiv 2004/18/EF, afsnit IV.

Fase 1 i projektkonkurrencen blev afsluttet med dommerkomiteens betænkning, december 2011. Der blev udpeget 3 vindere, som gik videre til fase 2, 'Udbud med forhandling'. Dommerkomiteen bestod af 6 politikere og 3 fagdommere bistået af en række faglige rådgivere fra region, hospital m.fl. I fase 2 var der en forhandling, hvor de 3 vindere detaljerede deres forslag yderligere. Forslagene blev herefter vurderet efter udbuddets tildelingskriterier. Den endelige vinder blev udpeget ultimo maj 2012 og kontrakten med totalrådgiver blev indgået i juni 2012.

Herefter påbegyndtes arbejdet med forslags-, projekteringsfaserne samt licitationer for entreprisarbejder og udførelsesfaser for de enkelte delprojekter; Miljøsanering og Nedrivning, Patienthotel og Administration, P-hus og Nordfløj.

Miljøsanering og nedrivning: anlægsarbejder udført i hovedentreprise og påbegyndt i september 2013 og afsluttet december 2013 ved byggefeltet for Patienthotel og Administrationsbygning. Påbegyndt i oktober 2013 og afsluttet i juli 2014 ved byggefelt for P-hus. Påbegyndt i april 2014 og afsluttet henholdsvis januar (etape øst) og april 2015 (etape vest) ved byggefeltet for Nordfløjen.

Patienthotel og Administration: anlægsarbejder udført i 3 storentrepriser og udført i perioden januar 2014 til juni 2015. Bygning ibrugtaget i august 2015.

P-hus: anlægsarbejder udført i hovedentreprise og udført i perioden august 2014 til juni 2015. Bygning ibrugtaget i august 2015.

Nordfløj: anlægsarbejder udført i 7 storentrepriser og for de 6 udført i perioden december 2014 til april 2019. Landskab og Terræn for Nordfløj anlægsarbejderne blev påbegyndt i juni 2018 og afsluttet marts 2020. Indvendigt pågik mangelafhjælpning, udskudte arbejder, bygherreleverancer af udstyr, IT, medico og inventar samt forberedelser for hospitalets ibrugtagning frem til ibrugtagning planlagt til marts 2020. Ibrugtagningen blev udskudt til juni måned grundet skader på varmtvandsrørene konstateret i januar måned 2020 og efterfølgende udskudt til september 2020 grundet COVID-19, hvor dele af Nordfløjen i den første fase af epidemien blev indrettet og ibrugtaget til behandling af patienter med COVID som primær diagnose.

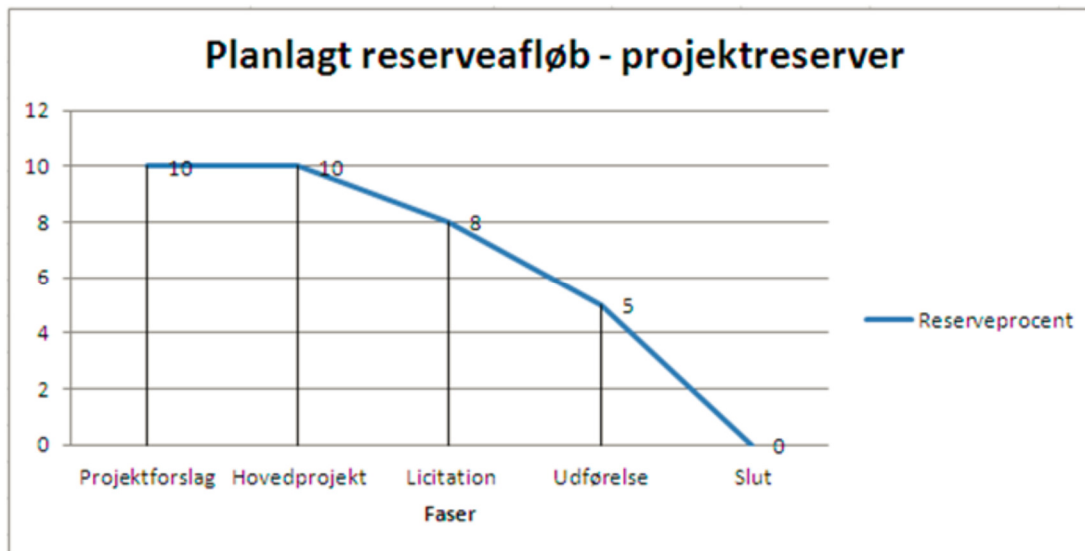
Med endeligt tilsagn fra Kvalitetsfonden i foråret 2011 fik Rigshospitalet godkendt de programmer for henholdsvis Nordfløj, Patienthotel og Administration samt Parkeringshus, som udgjorde grundlaget i projektkonkurrencen.

Reserverne udgjorde på det tidspunkt 15 procent, hvoraf de 5 procent efterfølgende blev reserveret som regionsreserve.

De 15 pct. var i processen om indstilling fra Ekspertpanelet reduceret fra 20 til 15 pct. for at imødekomme den på daværende tidspunkt krævede kvadratmeterpris, hvilket gjorde projektet 6.000 m² større end den først indsendte ansøgning. Der blev senere løsnet på kravet om kvadratmeter/priser mm. Men det havde projektet på Rigshospitalet vanskeligt ved at udnytte på grund af projektets fremskredne stade, som gjorde, at der i fald skulle være reduceret i antallet af kvadratmeter umiddelbart efter indstilling fra Ekspertpanelet, hvilket den forudgående proces taget i betragtning ikke blev set som en mulighed på det tidspunkt.

Med det udgangspunkt fastlagde projektorganisationen et planlagt reserveafløb for projektereserverne (de 10 af de 15 pct.).

Det planlagte reserveafløb bestod af 0 procent i dispositions- og projektforslagsfasen, 2 procent i hovedprojektfasen, 3 procent til licitationen og 5 procent til udførelse, jf. den følgende figur.



Dertil kom de 5 pct. i den såkaldte regionsreserve til ekstraordinære forhold, herunder indekseringsrisiko for forskelle i udvikling i regionalt anlægs p/l og byggeomkostningsindeks. Træk på regionsreserven har skulle godkendes i projektets øverste administrative niveau den såkaldte Hospitalsbyggestyrelse.

Det faktiske afløb for projektreserver har for alle delprojekterne fulgt ovenstående figur frem til udførelsesfasen. For alle delprojekter er der derfor indgået entrepriscontrakter efter licitationerne uden større justeringer i de udbudte arbejder og uden forsinkende omprojekteringer o.lign.

For delprojektet miljøsanering og nedrivning, blev miljøsaneringsbehovet først kendt under projektering i 2013 og denne blev finansieret ved træk på regionsreserven.

For P-hus og Patienthotel blev licitationerne finansieret ved det afsatte budget samt afsatte reserver til licitation (entrepriserisiko).

For Nordfløjens første 6 storentrepriser blev licitationerne finansieret ved det afsatte budget samt afsatte reserver til licitation (entrepriserisiko) suppleret med reduktioner i Nordfløjens landskab og terrænarbejder, som endnu ikke var udbudt på det tidspunkt og af et træk på regionsreserven.

Det daværende Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse godkendte i brev af d. 31. marts 2014 Region Hovedstadens udbetalingsanmodning til Kvalitetsfondsprojektet på Rigshospitalet.

Projektet modtog i 1. kvartal 2020 ibrugtagningstilladelse fra Københavns Kommune for Nordfløjen, som er det sidste delprojekt under Kvalitetsfondsprojektet.

2. Opfyldelse af tilsagnsvilkår

I nedenstående tabel ses kvalitetsfondsprojektets væsentlige tilsagnskrav samt en status på, hvorvidt de er realiseret.

Tabel 1. Oversigt over centrale tilsagnsvilkår

Mio. kr. (09-pl)	Krav jf. endeligt tilsagn	Realiseret
Totalramme (inkl. energiramme)	1.855 mio. kr.	1.855 mio. kr. ^[1]
Rammen til it, udstyr og apparatur	295 mio. kr. ^[2]	191,6 ^[2]
Effektiviseringsgevinst	67 mio. kr. (10-pl) 72 mio. kr. (16-pl)	71,9 (16-pl)

[1] Det i tabellen oplyste beløb er Kvalitetsfondsmidler (KF-midler). Derudover er der iht. aflagt investeringsregnskab pr. 31.5.2020 realiseret forbrug på 114,2 mio. kr. (09-pl) finansieret ved regional bevilling på 130 mio. kr. fra oktober 2019 (19-pl) samt såkaldt mellem-finansieringspulje 68,8 mio. kr. 18-pl (svarende til 59,9 mio. kr. i 09-pl) i leasingramme til udstyr.

I tillæg hertil er i maj og juni 2020 givet regionale bevillinger på i alt 116,6¹ mio. kr. i 20-pl (svarer til i alt 98 mio. kr. i 09-pl) til sagens afslutning, herunder risikovurdering for uafsluttede tvister på byggesagen samt skader hvor forsikringsdækning er uafklaret. Tillægsbevillingerne er uafsluttede ved evalueringsrapportens udarbejdelse.

Den samlede regionale finansiering ud over totalramme udgør i alt 272,2 mio. kr. (09-pl) fordelt med 212,2 i anlægsbevillinger og 59,9 i finansiel leasingramme

[2] Sundheds- og Ældreministeriet meddelte ved brev af 19.8.2015 Danske Regioner, at regionerne kan undlade at pl-regulere delrammen for IT mv. frem til og med 2014; altså det nominelle krav til investeringer i IT, udstyr og apparatur mv., der i regeringens endelige tilsagn er angivet i 09-pl, pl-reguleres dermed i stedet med 2014 som basisår. Denne mulighed er anvendt på KF-projektet på Rigshospitalet. Teknisk betyder det en reduktion af tilsagnsbetingelsen på 22,2 mio. kr. (09-pl) fra 295 til 272,8 mio. kr. (09-pl). Regionsrådet godkendte den 23.6 2020 tillægsbevillings til afslutning af økonomien for Det Nye Rigshospital. I den forbindelse blev der omfordelt 15,9 mio.kr. (09-pl) fra bevilling IMT til bevilling til byggeudgifter. Bevillingen til IMT(KF-midler) er opgjort pr. 23.6 2020 til 191,6 mio.kr. (09-pl), heraf var pr. 31.5 2020 afholdt. 157,9 mio. kr. (09-pl).

Det i tabellen oplyste beløb er Kvalitetsfondsmidler (KF-midler). Derudover er der for regionale midler indkøbt IT, udstyr og apparatur til Kvalitetsfondsprojektet for i alt 98,2 mio. kr. (09-pl) svarende til en samlet sum til IMT_på i alt 289,8 mio. kr. (09-pl), hvilket overstiger tilsagnsbetingelsen på 272,8 mio. kr. jf. ovenfor. Den regionale finansiering er dels sket ved såkaldt mellem-finansieringspulje efter aftale mellem regionen og SUM samt ved anvendelse af regionale puljer til genanskaffelse således, at der f.eks. udelukkende er nye skannere i Nordfløjen. Dette er en forskel fra det endelige tilsagn, der blev givet på budgetforudsætninger om, at 3 af 5 MR-skannere og 2 af 2 CT-skannere ville være eksisterende udstyr, der skulle flyttes med.

Kvalitetsfondsprojektet er gennemført med følgende bemærkninger til de følgende 4 krav:

¹ 35 mio. kr. til udbedring af skader på tag ved RR-møde i maj 2020 og 81,6 mio. kr. til en række forskellige forhold ved RR-møde i juni 2020

a) Overholdelse af totalrammen

Regnskabsmæssigt er Kvalitetsfondsprojektet ikke endeligt afsluttet ved evalueringsrapportens udarbejdelse jf. ovenstående note 1 til tabel 1 i kapitel 2.

Prognosen ved den seneste rapportering til SUM 15.9.2020 var estimeret til mellem 2.372 (inkl. mellemfinansiering) og 2.433 mio. kr. (inkl. mellemfinansiering og forsikringsuafklarede skader). Beløb i løbende priser. Totalrammen var i samme rapportering opgjort til 2.076,6 mio. kr. i løbende priser opgjort med pl-indeks fra juni 2020. Prognose for rammeoverskridelse på 296,7-357,7 i mio. kr. i løbende priser svarende til 14-17 pct. af totalrammen. Prognosen er uændret ved evalueringsrapportens udarbejdelse.

Udgifterne over totalrammen er for en stor del relateret til byggeriets forsinkelse, herunder udgifter til de refleksforsinkede entreprenører af råhus og tag-entreprenørens forsinkelse. Byggeriet blev som en konsekvens af forsinkelserne af afsluttende tagarbejder og derved senere tidspunkt for tæt bygning, ramt af en række vandskader, som havde både tidsmæssige og økonomiske konsekvenser, hvilket også har bidraget til merudgifterne. Dertil kommer udgifter afledt af mangler for mere end 30 mio. kr. samt en række projektændringer, der af udførelsesmæssige årsager var nødvendige. Der er i udførelsesfasen foretaget få ændringer pga. ønsker fra bygherre/hospital.

Den manglende overholdelse af totalrammen skal dertil ses i sammenhæng med, at reservestørrelse og afløbsprofil (5 pct. i reserve til uforudsete udgifter i udførelsesfasen) for projektet på Rigshospitalet, blev fastlagt på et tidligt tidspunkt for kvalitetsfundsbyggerierne, hvor erfaringerne fra tilsvarende byggerier med samme størrelse, kompleksitet og varighed var begrænsede. Projektets udførelsesfase blev således påbegyndt iht. reserveafløbsprofil med langt færre reserver end tilsvarende projekter i dag. Få reserver øger alt andet lige risikoen for rammeoverskridelser.

b) Rammen til it, udstyr og apparatur

I nedenstående tabel er overholdelsen af anskaffelsesrammen beskrevet.

Tabel 2. Oversigt over anskaffelsesmidler

Mio. kr. (09-pl)	Faktiske udgifter ^[1]
Anskaffelser i alt	191,6
Patientrettet udstyr	150,2
Øvrigt udstyr	41,4

[1] Det i tabellen oplyste beløb er Kvalitetsfondsmidler (KF-midler). De øvrige midler på i alt 98,2 mio. kr. (09-pl), jf. note til tabel 1, fordeler sig med 98,2 mio. kr. (09-pl) til patientrettet udstyr. Medtages de regionale midler er forventningen en fordeling med 79 pct. af apparaturudgifterne til patientrettet udstyr og 21 pct. af udgifterne til øvrigt udstyr.

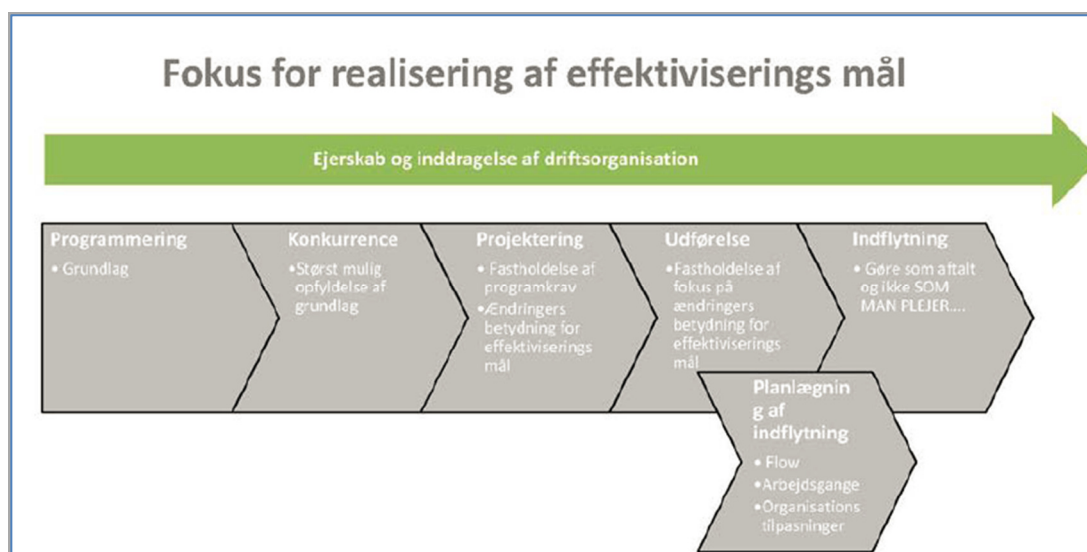
c) Effektiviseringskravet

Tabel 3. Udmøntning af effektiviseringsgevinst

Mio. kr. (16-pl)	Realiseret	Andel (%)
Bygning	11,2	15,6
Organisatorisk	42,5	59,1
Strukturel	18,2	25,3
I alt	71,9	100,0

Tal fra rapportering om effektivisering juni 2021

I Kvalitetsfondsprojektet på Rigshospitalet har der fra begyndelsen været fokus på at etablere et nybyggeri med størst muligt potentiale for effektiv ressourceudnyttelse. Det har været et vigtigt at sikre, at byggeriet resulterede i tidssvarende rammer, der bidrager til at understøtte, effektiv tilrettelæggelse af driften, som kan bidrage til at frigøre ressourcer til gavn for den samlede patientbehandling. Arbejdet med at realisere nybyggeriets effektiviseringsmål har været en proces, som er forløbet sideløbende med projektets faser. Processen er skitseret i nedenstående figur.



En forudsætning for at realisere effektiviseringsgevinster i forbindelse med nybyggeri er, at driftsorganisationen er inddraget og tager ejerskab til arbejdet gennem hele projektet. På Rigshospitalet er dette gjort ved løbende tæt dialog mellem direktion/centerledelseskreds og projektdirektøren/projektafdelingen særligt i programmeringsfasen, hvor grundlaget blev lagt. Ledelseskredsen har således fra programmeringens begyndelse været involveret i fastlæggelsen af de overordnede rammer via principgrupperne, som fastlagde de overordnede rammer for alle efterfølgende detaljeringer.

Ansvaret for arbejdet med effektiviseringer i Nordfløjen overgik fra 2013 til Rigshospitalets Økonomi- og Planlægningsafdeling for at sikre kobling til den øvrige driftsøkonomi samt involvering og ejerskab i driftsorganisationen.

I den sidste fase blev arbejdet med at indfri effektiviseringskravet organisatorisk forankret i de 4 centre, som er flyttet i Nordfløjen. En projektgruppe med økonomer fra de 4 centre samt Økonomi- og Planlægningsafdelingen som koordinator arbejdede målrettet med at indfri effektiviseringskravet. Projektgruppen refererede til en styregruppe, hvor hospitalsdirektøren var formand, og hvor alle hospitalets centerledelser var repræsenteret.

Effektiviseringsgruppen mødtes fast hver 14. dag, hvor status på effektiviseringsgevinsterne blev gennemgået, det lokale arbejde med effektiviseringerne koordineret og nye initiativer igangsat. Møderne havde, ud over at sikre et vedholdende fokus på effektiviseringsarbejdet, til formål at underbygge, at der i videst muligt omfang blev tænkt på tværs af den etablerede organisation. Effektiviseringsgruppen tog desuden løbende initiativ til, at der blev igangsat tiltag på tværs af de involverede centre, som understøttede effektiviseringsarbejdet.

På center- og afdelingsniveau forberedtes indflytningen i Nordfløjen med en række lokale arbejdsgrupper, hvor det indgik som en integreret del af opgaven, at de potentielle effektiviseringer på området kunne indfries. Centrenes økonomer indgik i de lokale arbejdsgrupper i samarbejde med de kliniske repræsentanter og varetog i dette samarbejde opgaver i forhold til effektiviseringskravet. Der var desuden nedsat en række arbejdsgrupper, som tog sig af planlægningen på tværs af centrene som på samme måde tilgodeså hensynet med at få udrullet effektiviseringerne.

Indflytningen i Nordfløjen blev gennemført i september 2020 og det kan fortsat opgøres, at effektiviseringsgevinster for 72 mio. kr. afledt af de nye faciliteter i Nordfløjen forventes at blive indfriet. Nogle af gevinsterne indfries lidt senere end oprindeligt planlagt, bl.a. som følge af de særlige omstændigheder der har været i forbindelse med Covid-19. Det forventes, at alle effektiviseringstiltag vil være fuldt gennemført i 2022. Det er dog ikke det samme som, at ressourcer i den størrelsesorden kan frigøres fra områderne, eftersom alle i et vist omfang har haft udgiftspres, der trækker i modsatte retning, og derfor nyder godt af bidrag fra effektiviseringerne.

Nedenfor gennemgås hovedområderne inden for de organisatoriske, bygningsrelaterede og strukturelle effektiviseringstiltag.

Organisatoriske. Den overvejende del af Rigshospitalets effektiviseringstiltag ligger inden for det organisatoriske område, hvor der planlægges med ændringer, der bedst udnytter mulighederne i Nordfløjen til gavn for personale og patienter.

Kernen i de organisatoriske ændringer skal findes i forbindelse med operationsområdet. F.eks. er operations- og anæsthesi sygeplejersker for Nordfløjen samlet i én enhed. De 33 operationslejer er samlet på 2 etager centralt i Nordfløjen omgivet af et sammenhængende perioperativt område med modtagelse, 60 observationssenge og 10 hvilepladser tilknyttet. Observationssenge og hvilepladser kan anvendes før og efter operation. Der planlægges med, at patienterne i stort omfang møder op i det perioperative afsnit på operationsdagen, hvor de bliver gjort klar til operation og går eller køres til operationsstuen. Efter opvågning vil nogle af patienterne postoperativt kunne observeres i det perioperative område før overflyttelse til sengeafsnit eller evt. tilsyn af fysioterapeut/ergoterapeut og efterfølgende udskrivelse.

De dagkirurgiske forløb varetages optimalt i det perioperative område, hvor der er mulighed for indlæggelse op til 24 timer uden, at patienten behøver at skulle overflyttes til et sengeafsnit. En del patienter, som tidligere kom på sengeafsnit før og/eller efter operation, kommer nu og i stigende grad fremover alene i det perioperative afsnit. Der vil naturligvis fortsat være patienter, der har behov for indlæggelse i sengeafsnit og på intensiv.

Med denne model er der skarpt fokus på den ambulante forberedelse, så patienterne er klar, når de ankommer til det perioperative område. I alt blev der frigjort 41 senge på sengeafsnittene ved indflytningen, og denne omlægning sammen med et generelt arbejde med optimerede patientforløb har skulle sikre, at det skete.

Bygningsrelaterede. En række bygningsrelaterede forhold muliggør en effektivisering ved indflytning i Nordfløjen. Ændrede arbejdsgange af logistikvarer, rørpost, færre infektioner, kortere afstande og

mindre ventetid på elevatorer udgør en vigtig forandring i forhold til tidligere i Centralkomplekset.

Der har været mulighed for at realisere en tidsbesparelse blandt flere personalegrupper på grund af ændrede arbejdsgange af logistikvarer, rørpost, kortere afstande og mindre ventetid på elevatorer.

Nordfløjen er udstyret med moderne rengøringsvenlige materialer og enestuer som modvirker infektionssmitte. Tiltaget vurderes at være et af de mest patientforbedrende effektiviserings tiltag ved indflytningen i Nordfløjen.

Enestuer i sig selv betyder, at der ikke er senge, der gøres indisponible ved de nødvendige isolationer. Derved opnås en højere belægningsprocent og dermed også en effektiviseringsgevinst.

Strukturelle. Med den færdigbygget Nordfløj har Rigshospitalet fået mulighed for at samle Afdeling for Øre-næsehalskirurgi på nær audiologi på Blegdamsvejsmatriklen, hvor en væsentlig andel af klinikkens aktivitet tidligere foregik på Herlev og Gentofte Hospital. Der er i den sammenhæng både effektiviseringsgevinster i afdelingen og i forhold til effektiviseringer af operationsafviklingen på egen operationsgang.

d) Energipulje

Region Hovedstaden sendte den 9. april 2013 ansøgning om lånedispensation i forbindelse med energiinvesteringer i det kvalitetsfundsstøttede sygehusbyggeri Nyt Rigshospital på 5,162 mio. kr.

Investeringen skulle anvendes til at opnå klassificeringen "bygningsklasse 2020" (BK2020) for Patienthotel og Administrationsbygning mod den ellers forudsatte godkendelse efter bygningsreglement 2015 (BR2015). Forskellen mellem BR2015 og BK2020 er et mindre energiforbrug, men derudover også øgede krav til arbejdsmiljø og indeklime.

Økonomi- og Indenrigsministeriet godkendte med brev dateret 16.6.2014 Region Hovedstadens ansøgte lånedispensation. Projektet blev herefter omprojekteret, udbudt og udført. Der er efterfølgende opnået byggetilladelse og udførelse efter Bygningsklasse 2020.

3. Opfølgning på projektets centrale forudsætninger

a) Implementering af regionens sygehusplan for det nye sygehus og den nye akut-struktur

Rigshospitalets Kvalitetsfonds Byggeprojekt er udarbejdet på grundlag af Region Hovedstadens "Hospitalsplan 2007". Hospitalsplanen var efter regionsdannelsen det første skridt på vej mod ét sammenhængende sundhedsvæsen i regionen. Hospitalsplanen samlede en lang række behandlingstilbud på færre enheder.

Formålet var at styrke den faglige kvalitet i behandlingen og give et bedre grundlag for forskning og udvikling. Alle regionens hospitaler – med undtagelse af Rigshospitalet og Bornholms Hospital – fik tilknyttet et planlægningsområde. Rigshospitalet fik særstatus som specialhospital og samtidigt ansvaret for en række hovedfunktioner for planlægningsområdet Byen.

Det fremgår desuden af "Hospitalsplan 2007", at en realisering forudsætter væsentlige investeringer til ombygning og tilpasning af den eksisterende bygningsmasse. Det gælder især på Rigshospitalet og de fire områdehospitaler, hvor der vil være behov for større tilpasninger og udbygninger. I hospitalsplanen er dertil anført, at *"For, at Rigshospitalet kan bevare og styrke sin særstilling som landets førende hospital, skal hospitalet have de nødvendige fysiske rammer samt muligheder for udvidelse til nye fremtidige opgaver. Samlingen af tand-, mund- og kæbekirurgi samt Rigshospitalets hovedfunktion for planlægningsområdet Byen i forhold til pædiatri og fødsler og hospitalsplanens øvrige ændringer nødvendiggør nybyggeri af en Nordfløj og en række renoveringer på Rigshospitalet"* (Hospitalsplan 2007 s. 15-16).

Nordfløjen er opført uden væsentlige ændringer ift. det byggeprogram, som havde udgangspunkt i Hospitalsplan 2007 og samtidigt udgjorde grundlaget for ansøgning om og endeligt tilsagn om midler fra kvalitetsfonden. Projektets centrale forudsætninger på dette punkt er således opfyldt.

b) Evt. salg af matrikler

Ikke relevant, da frasalg af matrikler ikke indgår som finansiering af RKB-projektet.

c) Projektets hovedtidsplan og fremdrift

Med Kvalitetsfondsprojektet på Rigshospitalet er der opført 3 nybyggerier; P-hus, Patienthotel og Administrationsbygning samt Nordfløj. For alle tre byggerier har forudgående miljøsanering og nedrivning af eksisterende bygninger været omfattet af projektet også.

Patienthotel og Administration: anlægsarbejder udført i 3 storentrepriser og udført i perioden januar 2014 til juni 2015. Bygning ibrugtaget i august 2015. Den realiserede færdiggørelse blev som forventet ved udbetalingsanmodningen fra november 2013.

P-hus: anlægsarbejder udført i hovedentreprise og udført i perioden august 2014 til juni 2015. Bygning ibrugtaget i august 2015. Den realiserede færdiggørelse blev som forventet ved udbetalingsanmodningen fra november 2013.

Nordfløj: anlægsarbejder udført i 7 storentrepriser og for de 6 udført i perioden december 2014 til april 2019. Landskab og Terræn for Nordfløj anlægsarbejderne blev påbegyndt i juni 2018 og afsluttet marts 2020. Ved udbetalingsanmodning i november 2013 var der forventet byggestart i efteråret 2014, hvilket derved blev nogle måneder senere i det realiserede projekt. Ved udbetalingsanmodningen var anlægsarbejderne forventet færdige i november 2017. På tidspunktet for udbetalingsanmodningen var Nordfløjen i hovedprojektfasen. Ved afslutning af denne fase og udbud af entrepriser var udførelsetidsplanen justeret, bl.a. efter kvalificering hos byggeledelsen, til afslutning af anlægsarbejder (AB92 aflevering) ultimo januar 2018 med mulighed for bygherrens forlængelse til

ultimo februar 2018. I forhold til forventning ved anlægsarbejdernes begyndelse blev byggeriet således forsinket med 13 måneder. Hovedårsagen hertil var forsinkelser af råhus-og tagarbejderne, som gav forsinkelser for de efterfølgende arbejder.

Efter afslutning af anlægsarbejderne var der for Nordfløjen planlagt en periode til installation af bygherreleverancerne af teknisk udstyr, medicoteknisk udstyr, IT, inventar mv. Ved udbetalingsanmodningen var der forventet indflytning medio 2018. Dette blev pga. forsinkelser i projektet - af anlægsarbejderne, af den efterfølgende udbedring af mangler samt udskudte arbejder, særligt test og indregulering af tekniske anlæg, ombygninger af ventilationsanlæg, skader på varmtvandsrør mv. - forsinket til juni 2020 og efterfølgende til september 2020 pga. COVID-19.

d) Kvadratmeterantal

I nedenstående tabel ses antallet af kvadratmeter samt kvadratmeterprisen fordelt på ny- og ombygning.

Tabel 5. Oversigt over kvadratmeterantal og – pris

Brutto m ² / kr. (09-pl)	Oplyst ved endeligt tilsagn	Realiseret projekt
Kvadratmeterantal nybyg*	59.909	62.936
Kvadratmeterpris nybyg*	29.066 ^[1]	31.986 ^[2]

*Ekskl. P-hus på 17.000 bruttokvadratmeter i program ved ansøgning og 18.811 bruttokvadratmeter i realiseret byggeri

[1] De 29.066 pr. m² pr. er fra tabel E s.13 i projektets ansøgning om endeligt tilsagn. Kvadratmeterprisen er fremkommet ved at sætte totalsummen i ansøgningen på 1.853 mio. kr. fratrukket de 112 mio. kr. som P-huset udgjorde, i alt 1.741 mio. kr. i forhold til 59.909 m² ekskl. P-hus. Håndværkerudgifterne for P-huset blev som initialt budgetteret. Totalomkostningerne på 112 mio. kr. (2009-pl) er derfor fastholdt i beregningen af realiseret kvadratmeterpris ekskl. P-huset.

[2] De 31.986 kr. pr. m² er et estimat givet den uafsluttede projektøkonomi jf. kapitel 2. Estimatet er fremkommet ved at dele det realiserede antal kvadratmeter ekskl. P-hus på 62.936 m² med totalsummen fra ansøgningen ekskl. P-hus på 1.741 mio. kr. tillagt de regionale tillægsbevillinger og mellem-finansieringspuljen (jf. kapitel 1, tabel 1, note1.

e) Behandlingskapacitet

Table 6: Oversigt over behandlingskapacitet i samlet sygehus, jf. det forelagte projekt i ansøgning om endeligt tilsagn.

	2007 ^{[1], [2]}	Ibrugtagningstids- punkt, jf. endeligt tilsagn ^[2]	Ibrugtagningstids- punkt, Realiseret projekt ^[3]
Sengepladser (antal)			
Somatiske senge	1.236	1.094	1.182 ^[4]
Heraf senge i FAM	0	0	0
Intensivpladser	Ikke oplyst	Kun oplyst for nybyggeriet (20)	I nybyggeriet 20
Patienthotelsenge	Ikke oplyst	75	74 ^[5]
Psykiatriske senge	0	0	0
Operationsstuer	Ikke oplyst	72	72 ^[6]
Ambulatorierum	Ikke oplyst	384	325 ^[7]
Behandlingskapacitet (antal)			
Dag- og ambulant behandling	584.943	765.621	Ikke opgjort ^[8]
Sengedage	383.438	339.428	366.715 [9]
Indlæggelser	Ikke oplyst	Ikke oplyst	-
Liggetid (gns. antal dage)	Ikke oplyst	Ikke oplyst	-
Udnyttelsesgrader (antal dage pr. år eller timer pr. dag)			
Udnyttelsesgrader, operationsrum	220 dage / 6 timer	245 dage / 7 timer	245 dage / 7 timer
Udnyttelsesgrader, undersøgelsesrum	220 dage / 6 timer	245 dage / 7 timer	245 dage / 7 timer
Udnyttelsesgrader, apparatur	220 dage / 6 timer	245 dage / 7 timer	245 dage / 7 timer

[1] Fra ansøgning om endeligt tilsagn. [2] Oplysninger for Rigshospitalet før fusion med Glostrup Hospital (2015). [3] Oplysninger for Rigshospitalet efter fusion med Glostrup Hospital (2015). [4] Normerede senge i SP pr. 14.6.2021 Rigshospitalet i alt. [5] Der er 74 rum/værelser i bygningen. Aktuell disponering fordelt med 65 til senge, 3 til vagtværelser, 5 til hørescreening af nyfødte og 1 motionsrum for patienter. [6] Prognose fra ansøgning om tilsagn er anvendt tilsvarende tidligere indberetninger, da der ikke foreligger en opdateret prognose med samme forudsætninger. Dertil kommer, at rokader i de resterende bygninger efter indflytning i Nordfløj, ikke er endeligt på plads. Der er etableret de 33 operationsstuer i Nordfløjen, som er angivet i ansøgning om endeligt tilsagn. [7] Tallet er fra faserapportering december 2018, baseret på prognose for 2020, udarbejdet i 2018, ikke opdateret efterfølgende. [8] Nye datakilder og opgørelsesmetoder (SP/LPR3) gør, at antal ikke umiddelbart kan opgøres ved tilsvarende forudsætninger som i ansøgning om tilsagn. [9] Beregnet som tidligere opgørelser ved omregning af antal senge til sengedage for 7-døgnsenge med 85 pct. belægning (givet planforudsætning)

f) Flexibilitet

I konkurrenceprogrammet for Nordfløjen var anført, at der knytter sig en betydelig usikkerhed til behandlingsbehovet om 15-20 år. Det er derfor afgørende, at byggeriet ikke er for låst i forhold til de funktioner, der i dag forventes udført i fremtiden. Dette stiller store krav til fleksibilitet og elasticitet i bygningerne.

Desuden var anført, at der relateret til udviklingen i behandlingsformer på det tidspunkt sås en række trends, der forventedes at påvirke hospitalets virke på sigt og dermed bygningsfysikken, f.eks.:

- Færre indlagte patienter – flere ambulante behandlinger
 - mulighed for at konvertere sengeafsnit til ambulatorieafsnit
- Større behov for intensiv behandling – men mindre behov for almindelige senge
 - mulighed for at ændre en almindelig seng til en højteknologisk intensiv seng uden større omkostninger
- Øget dagkirurgisk aktivitet – mindre stationær kirurgi
 - mulighed for at øge den dagkirurgiske aktivitet uden store omkostninger
- Større behov for CT/MR – mindre behov for konventionel røntgen
 - mulighed for at opgradere undersøgelsesrummene
- Øget brug af telemedicin
 - mulighed for at omdanne møderum og arbejdsrum til brug for telemedicinsk konsultation og behandling
- Færre kontorer – flere forsknings- og uddannelsesområder
 - mulighed for at omdanne kontorafsnit til forsknings- og uddannelsesarealer med kontorer, møderum og tørre laboratorier
- Færre kontorer – flere ambulatorier
 - mulighed for at omdanne administrationsbygningen til lette kliniske områder

Størstedelen af Nordfløjen blev på den baggrund programmeret som standardafsnit. Det var et overordnet mål, at den altovervejende del af arealet indgår i standardafsnit, hvorved der opnås en ensartethed, som giver fleksibilitet, funktionalitet, genkendelighed og tryghed ved anvendelse samt forøger sikkerheden mv. Ved at etablere standardenheder skabes der muligheder for at ændre på det organisatoriske tilhørsforhold i et givet område uden, at der skal gennemføres omfattende bygnings- og installationsmæssige ændringer. Rummene i standardafsnittene er ligeledes ens apertet.

I forlængelse heraf blev der stillet følgende krav til byggeriet for at bidrage til fleksibiliteten:

- At standardafsnittene blev placeret med en "glidende" overgang således, at det organisatoriske skel mellem specialerne kan flyttes frem og tilbage tilpasset behovet
- At tungt udstyr kan flyttes ind og placeres frit i dedikerede områder
- At der kan etableres nye ekstra etager, hvis den maksimale bygningshøjde ikke er udnyttet
- At have store konstruktive spænd, der muliggør rum af varierende størrelse
- En facadeopdeling der muliggør rum af varierende størrelse og med fleksible muligheder for placering af afskærmninger, mørklægninger og andre funktionsrelaterede komponenter
- At føringsvejene er struktureret således, at der let kan etableres og nedlægges føringsveje til det enkelte rum samt at et funktionsskifte understøttes. Alle føringsveje skal struktureres, så ovennævnte trends understøttes

I den tekniske designmanual til programmet var kravene til robusthed, fleksibilitet og elasticitet foldet mere detaljeret ud for de enkelte bygningskomponenter; konstruktioner, rørinstallationer, ventilation, EI, IT mm.

Af evalueringsnotatet for projektkonkurrencens vinderprojekt fremgår det, at:

"Hovedgrebet opleves som et konceptuelt stærkt bud på opgaven. Programmet har i al sin kompleksitet fokus på bevægelse, fleksibilitet, standardisering, nærhed mellem klinikkernes funktioner og ønske om både uforstyrrede områder og en effektiv intern logistik, og projektet indfrier i høj grad ønskerne i sit hovedgreb. Bygningsstrukturen muliggør god kontakt vertikalt og horisontalt hvilket afstedkommer en robusthed ift. fremtidige ikke-kendte behov og rokader. Byggeriet vurderes generelt at være robust med de begrænsninger, som de inderliggende søjler og stabiliserende kerner giver."

Med projektforslagets videre bearbejdning er flere forhold teknisk udfoldet. F.eks. er det anført, at fleksibilitet i byggeriet er sikret ved, at det konstruktive system og facaderne er modulopbyggede, så funktioner kan flyttes rundt uden disse elementer, skal ændres. Bygningens statiske system giver desuden mulighed for fleksibel føring af installationer over lofter. Etagedæk udføres som pladsstøbte dæk, hvor der er behov for fleksibilitet i forhold til placering af tungt inventar.

På det overordnede niveau er det besluttet, at ens funktioner placeres samlet i Nordfløjen og at alle afsnit, som nævnt, har høj grad af standardisering i forhold til indhold og indretning. Det gælder for senge, ambulatorier, operation, uddannelse, forskning og kontor.

For de kliniske funktioner er placering og standardisering primært sket ud fra hensynet til fleksibilitet, effektivitet og patientsikkerhed. For forskning, uddannelse og kontorområder er hovedsigtet synergi og fleksibilitet. Fælles for alle funktioner er, at placering og standardisering skal understøtte samarbejde på tværs af specialer og faggrupper.

Byggeriets fleksibilitet kommer således fra en kombination af byggetekniske løsninger, standardisering af rum og afsnit, nærheder mellem og placeringer af funktioner.

Før ibrugtagning af Nordfløjen er der uden behov for større fysiske ændringer konverteret sengestuer til ambulante undersøgelsesrum, sengestuer til kontorer, og i forbindelse med COVID-epidemien blev det præ og post-operative område på kort tid indrettet til midlertidige afsnit for intensiv behandling. Endvidere var det muligt inden for bare få dage at huse neonatalogien efter en vandskade. Flexibiliteten er således allerede benyttet i mindre skala.

4. Læring fra projektet

Etableringen af Kvalitetsfondsprojektet på Rigshospitalet har betydet læring for hospitalet og regionen på en lang række områder, lige fra det byggefaglige til læring om forandringsprocesser. Læring som selvfølgelig skal gives videre til fordel for andre sygehusprojekter.

Projektet har løbende haft erfaringsudveksling med andre projekter i egen region, med projekter i andre regioner (netværksdage og netværk) og har derudover bidraget til rapporten 'Evaluering af byggestyringsprincipperne for de 16 Kvalitetsfondsprojekter' fra konsulenthuset EY (2015) for Danske Regioner, ERFA-workshop i regi af Danske Regioner i efteråret 2019 samt opsamlende evaluering af projektet i regi af Region H (2020).

Det skal pointeres, at al erfaring og læring er gjort ud fra projektets karakteristika, byggeriets struktur og organisering samt Rigshospitalets og Region Hovedstadens eksisterende kultur, tilgang og organisation. Det betyder, at nogle læringspunkter vil være generiske, hvorimod andre vil være stærkt kontekstafhængige.

I helikopterperspektivet er en vigtig læring fra projektet, at kombinationen af en projektperiode på 10 år i en organisation præget af store forandringer i samme periode, kan udfordre opnåelse af de initiale visioner og mål for projektet. F.eks. har der i projektperioden på Rigshospitalet været stor udskiftning i hospitalets 3 øverste ledelseslag; direktion, centerledelser og afdelingsledelser. I samme periode er hospitalet fusioneret med Glostrup Hospital og det tekniske og byggetekniske område i regionen er centraliseret i Center for Ejendomme. Det betyder, at mange af de aktører, der har udformet visionerne og fastlagt rammerne via principper og mål, ikke er en del af organisationen på det tidspunkt, hvor forandringerne skal implementeres.

Samtidigt følger en byggesag et faseforløb, hvor der er perioder med indadvendte og perioder med udadvendte aktiviteter ift. brugerinvolvering og hvor ændringsmulighederne reduceres ved hvert faseskift – og lukkes helt på et relativt tidligt tidspunkt sammenlignet med en driftsorganisation som et hospital, hvor der konstant er forandringer i både stor og lille skala.

Kombinationen af de forhold kræver et tæt og vedholdende samarbejde mellem projektorganisation og hospital gennem hele projektperioden. Og hvor opgaven med overdragelse af viden ved udskiftning af nøgleinteressenter kun kan undervurderes.

Dertil kommer stor opmærksomhed på, at projektorganisationen ikke bliver en "Ø", men en integreret del af hospitalet, hvis bygning det jo i sidste ende er og skal være (og ikke projektets).

Ovenstående udfordringer vil formentlig kunne genfindes i større eller mindre grad i andre komplekse forandringsprojekter med lang varighed i store og komplekse organisationer.

Rigshospitalet samlede i maj 2017 planlægningen af Nordfløjens ibrugtagning i et "Flytteprogram" forankret under direktionen med en af hospitalets vicedirektører i spidsen og delprogrammer for hhv. uddannelse og træning, kliniske opgaver og fysisk flytning samt koordinationsgruppe med "byggeprojektet". Organisering og arbejde i flytteprogrammet har haft stor positiv betydning ift. at organisationen var forberedt og indstillet på de principper, som bygningen er designet til at understøtte i form af nye arbejdsgange mm. i det omfang de fortsat var relevante. Flytteprogrammet har ved de regionale netværksdage delt deres planer og erfaringer med de øvrige regioner og projekter.

a) Byggestyring

Brugerprocesser. Det er en vigtig læring, at en brugerproces er et øjebliksbillede genereret af driftsfolk, såvel kliniske som tekniske. Udviklingen i sygehusvæsenet sker ved ændringer i demografi, teknologi, behandlingsparadigmer og arbejdsgange. Dette betyder, at virkeligheden ofte flytter sig hurtigere end man kan nå at tegne og bygge. Der går altså en rum tid, førend beslutningerne fra brugerprocessen bliver til virkelighed. I det tidsrum, hvor der bygges, står verden ikke stille, men ændringer i byggeriet foretaget i denne periode vil være uforholdsmæssigt dyre. Samtidigt kan der i tidsrummet fra brugerproces til ibrugtagning være sket ændringer i organisationen, så deltagere fra brugerprocessen ikke længere er i organisationen. Der kan også i denne periode forekomme et informationsvakuum, hvor driften og projektet kører adskilt fra hinanden og den manglende konneks og information kan danne grobund for rygter og fejlinformation jf. også de indledende betragtninger til kapitlet.

Byggestyring. For Kvalitetsfondsprojektet på Rigshospitalet har projektopfølgning og fagtilsyn samt byggeledelse været varetaget af en totalrådgiver. Byggeledelse var en option i rådgiverkontrakten, der kunne indløses senest ved godkendelse af projektforslaget. En ulempe ved denne organisering er incitament hos rådgiveren til at "putte" med fejl og mangler i projekt materialet. En fordel er på den anden side, at der er én ansvarlig for processerne med afklaring, koordinering, aftaler og planlægning gennem de mange fagsøjler ved f.eks. en teknisk forespørgsel, en projektændring, en opstået forhindring eller lignende. Det har stor betydning for løsningskvalitet og fremdrift.

Samarbejdet mellem totalrådgiver og projektorganisation var overvejende tilfredsstillende i forslags- og projekteringsfaserne. Udførelsesfasen for P-hus og Patienthotel og Administration har også været i et forholdsvist godt samarbejde. For Nordfløjen rejste projektorganisationen flere gange kritik af totalrådgivers ledelse og styring af sagen, bl.a. i form af manglende proaktivitet og ved, at aftaler om tidsfrister for aflevering af redegørelser mv. ikke blev overholdt fra rådgivers side for projektopfølgning, fagtilsyn og byggeledelse. Det gjaldt både i samarbejdet med projektorganisationen, internt i rådgivergruppen og overfor entreprenører. Totalrådgivers styring af de forskellige søjler i organisationen, herunder hos deres egne underrådgivere har, efter projektets vurdering, været stærkt problematisk og interne konflikter om økonomi/ansvar/opgaver er ofte endt som projektet/bygherres problem.

Derudover erfarer projektet tidligt i udførelsen, at man som bygherre tidligere (før godkendelse af hovedprojektet) skulle være gået mere aktivt ind i tilsynsplanernes indhold (et produkt i totalrådgivers samlede hovedprojektaflevering) og planlagte processer for opfølgning. Efterfølgende drøftelser og aftaler om, at det tilsyn der udføres på et stykke entreprenørarbejde, skal ske ved det første af mange gentagelser og at der generelt lægges tilsyn ved opstart i nye områder, var desværre vanskeligt for rådgiver at få implementeret i egen organisation.

Samarbejdet mellem rådgiver og entreprenører har for byggeriet af Nordfløjen været konfliktfyldt og præget af forsinkelsernes konsekvenser for alle parter. Derudover opleves en kultur, hvor dele af entreprenørbranchen i højere grad "lever af hullerne i osten" fremfor af "tilfredse kunder", hvilket præger kulturen og samarbejdet på den samlede byggesag. Det har i flere forløb været nødvendigt for projektorganisationen at gå aktivt ind i processer, der kørte i ring eller konflikter der eskalerede både for at bidrage til afslutning og i nogle tilfælde for at fjerne dem fra det daglige samarbejde på byggepladsen.

Ovenstående udfordringer med samarbejde har efter projektets vurdering bidraget negativt til både tid, økonomi og kvalitet. Den overordnede læring er, at man fra projektorganisationens side skal følge rådgivers ydelser meget tæt og være parat til at indgå konkret og konstruktiv i opgaveløsningen ad hoc, når det vurderes at kunne bidrage til fremdrift og løsningsfokus.

I det følgende er givet en række **opmærksomhedspunkter fra byggesagen**, der kan være til nytte for andre.

#Risikoledeelse. Risikoledeelse som dialogværktøj kan give høj værdi. Fordi, der er tale om fremtiden og hændelser, der ikke er sket, har ingen skyld og ansvar. Det rum, det giver for løsningsorienteret

dialog, er værdiskabende - og en velkommen anden tilgang end et byggeris sædvanlige fokus på ansvar og økonomi frem for på fremdrift ved løsninger.

Byggeri

- ✓ Udskyd ingenting til byggefasen, som kan analyseres, besluttet og planlægges i faserne før. Når først I bygger, er tid dyr, ændringer er dyre og handlemulighederne få.
- ✓ Tæt opfølgning med rådgiver/byggeledelses styring af sagen, herunder samarbejdet med entreprenøren ift. responstider, tilsyn mm.
- ✓ Ha' aftalte og nedskrevne processer/instrukser for ALT, særligt;
 - Grænseflader mellem fag i projektet (hos den projekterende) og mellem driftsorganisation og projekt (eksisterende matrikel, fysiske og tekniske) – kan ikke beskrives detaljeret nok og bør underlægges en helt speciel kvalitetskontrol, gerne ved 3. part
 - Teknisk ibrugtagning af bygning
 - Aflevering af tekniske anlæg, tids- og aktivitetsplan for test, indregulering, samkøring, instruktioner, overdragelse – Stor opmærksomhed på, at forståelse for om en bygning er klar til drift, er meget forskellig afhængig af, om man er rådgiver, entreprenør, ansvarlig for hospitalsdrift eller sundhedspersonale. Hospitalets driftsorganisation skal meget tidlig ind i processen, hvad angår test og KS af tekniske funktioner. Deres indsat skal nøje planlægges og struktureres, så det sikres, at fejl ikke kun findes ved tilfældighed og i forbindelse med ibrugtagning

Relationel koordinering. En byggesag er ofte karakteriseret ved mange specialister og udfordringer ved koordinering/samarbejde mellem søjlerne (overgange). Ikke ulig et hospital! Opmærksomhed herpå er nødvendigt.

Forandring. Opmærksomhed på, at det er et forandringsprojekt; fokus på at det er hospitalets og ikke projektets hus OG at hospitalet/organisationen forandres, mens byggeriet planlægges og gennemføres;

- principbærere for det nye hus forsvinder, historier og viden om " hvorfor" går tabt
- behov ændres som følge af nye hospitalsplaner, ændret klinisk praksis mm.

Det kan man med fordel have en plan for at håndtere gennem projektets faser.

Ibrugtagning. Opmærksomhed om 2 hovedopgaver, typisk forankret 2 steder.

Organisationen klar til bygning  bygningen klar til organisationen

b) Innovation i byggeri og organisationen – vækst/markedsudvikling

Ingen særlige bemærkninger ift. vækst og markedsudvikling.

c) Samarbejde med private

I forbindelse med udbuddet af scannerne til Nordfløjen, blev der identificeret tre modeller som mulige omdrejningspunkter for et OPP-samarbejde 1) udstyr 2) udstyr og service 3) udstyr, service og beskrivende læger,

For model 3 blev markedet vurderet at være for umodent. For model 1 og 2 var det erfaringen, at henset til regionens alternative finansieringsmuligheder for apparatur, holdt op imod en leverandørs behov for en intern forretning af investeringen på fx 5 pct., at leverandørens tilbud mht. OPP ikke var attraktivt ift. forretningen af regionens alternative finansieringsmuligheder grundet en lav rente.

d) Arkitektens hovedgreb

Det arkitektoniske hovedgreb og æstetik var et af de overordnede tildelingskriterier i projektkonkurrencen for projektet i 2011. I materialet fra det vindende projekt var det under den overskrift anført, at patienttrivsel og god heling understøttes af bygningernes overordnede geometri, der sikrer nærhed mellem funktioner, lys, luft og en tæt kontakt til naturen og til det eksisterende hospital.

Den helende arkitektur har været et styrende princip på alle niveauer forstået sådan, at bygningens overordnede geometri er skabt med tanke på at optimere de arkitektoniske elementer, der understøtter patienttrivsel og god heling. Kompaktheden hylder nærhedsprincippet, men samtidig er der skabt masser af plads til lys og luft. Det lyse nordiske udtryk giver et godt arbejdsmiljø og et venligt hus, som virker indbydende på besøgende. Differentieringen i arkitekturen gør bygningen klart aflæselig og skaber variation i byrummet. Nordfløjens zigzaggende form har mange fordele: Den sikrer nærhed mellem funktioner, korte gåafstande, udsyn og dagslys, nem orientering og variation i udtrykket såvel indefra som udefra.

Bygningens V-formation tjener flere formål. Det skaber både nærhed og fleksibilitet internt i bygningen, men samtidig lægger bygningen sig nærmest som en lynlås hen over grænsefeltet mellem Fælledparken og Centralkomplekset som et fysisk forbindelsesled mellem parken og hospitalet.

Bygningstypologi. Hovedkonceptet for Nordfløjen er et simpelt greb, der folder programmet omkring en central fordelingsakse. Det har mange fordele; mere lys og luft til bygningsfunktionerne, korte gåafstande og hermed tidsbesparelser og en differentieret og forbedret orientering i og omkring bygningen. Dette er illustreret nedenfor.

UDSYN OG DAGSLYS



FØLDET PROGRAM - I DEN ÅBNE SLANGESTRUKTUR ER ALLE FACADER ORIENTERET MOD UDSIGTEN



INTROVERT KARRÉ-STRUKTUR - KUN FÅ FACADER ER ORIENTERET MOD UDSIGTEN.

TID

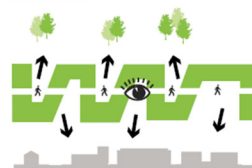


FØLDET PROGRAM - KORTE AFSTANDE PÅ TVÆRS AF FUNKTIONER

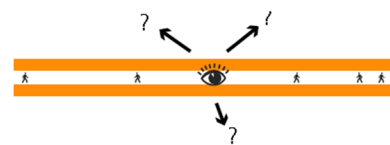


LANGE AFSTANDE MELLEML FUNKTIONER

ORIENTERING

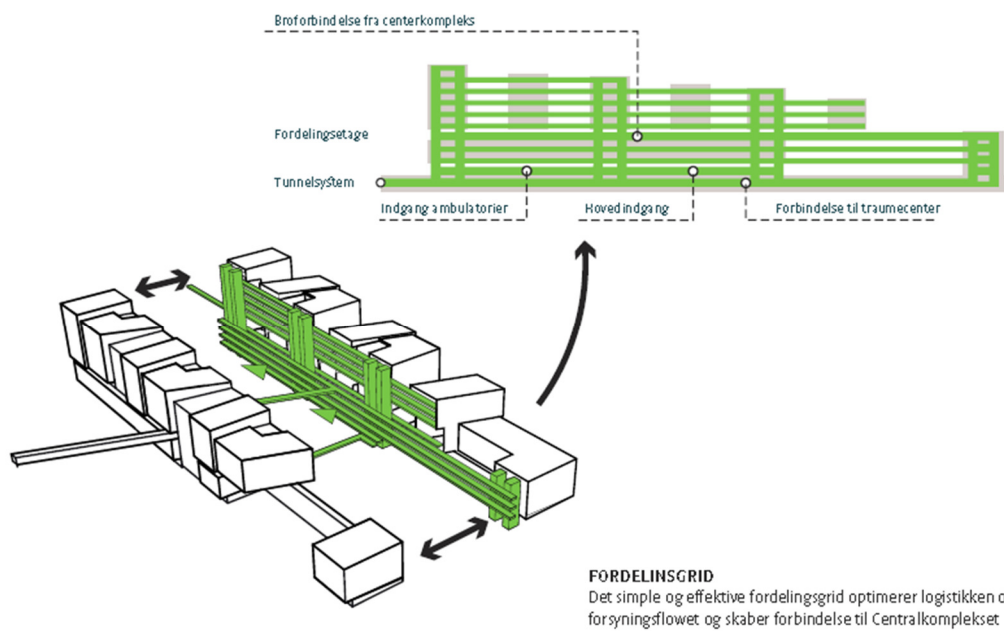
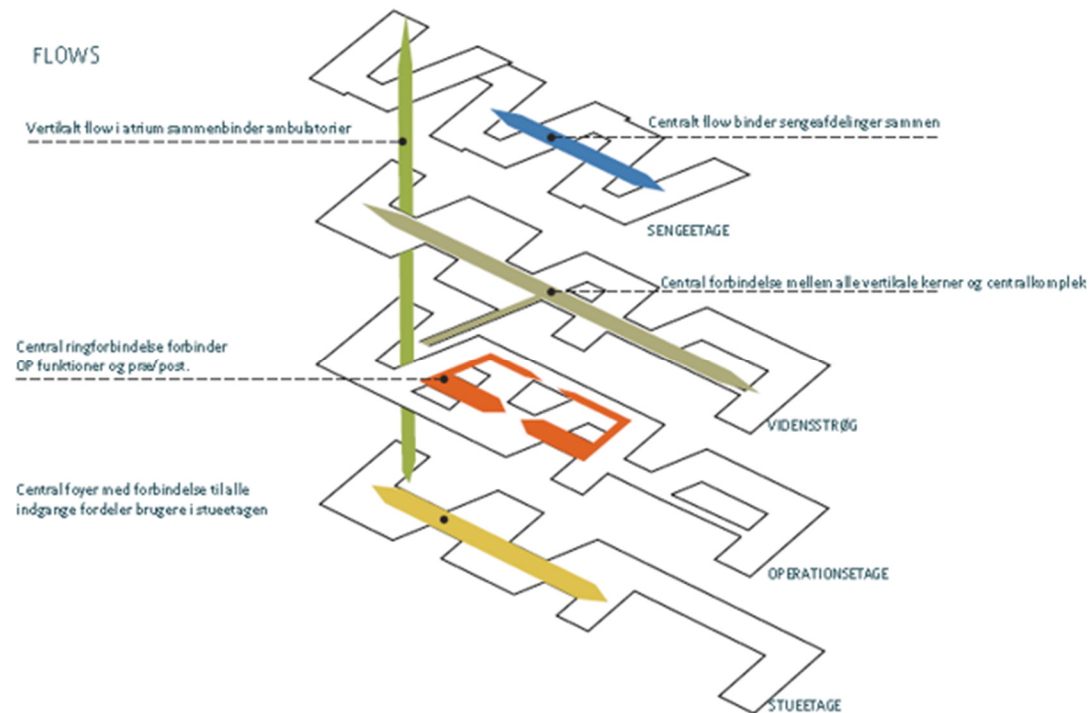


FØLDET PROGRAM - AFVEKSLLENDE GANGFORLØB MED VARIERENDE UDKIG



UDSTRAKT PROGRAM - ORIENTERING ER VANSKELIG

Flow – logistik og wayfinding. En velfungerende logistik og god wayfinding er et helt centralt element i hospitalsdrift, og Nordfløjens funktionelle hovedgreb har til formål at opfylde målsætningerne om effektiv fordeling og infrastruktur. Et simpelt og fleksibelt 'fordelingsgrid' sikrer en optimering af hospitalets daglige flows. Det er illustreret hvordan i figurerne nedenfor.



Flydende overgange mellem afsnit. Den stærke funktionelle hovedidé muliggør flydende overgange mellem fælleszoner og de enkelte afdelinger. Det tværgående fordelingsstrøg giver mulighed for stillezoner, uforstyrret af det offentlige flow. Opholdszonerne er orienteret ud mod udsigterne og fungerer som et flydende fleksibelt bindeled mellem funktioner



Flydende overgange mellem fælleszonen og de enkelte afdelinger



Tværgående fælleszone giver mulighed for afdelinger uforstyrret af offentligt flow



Udsyn fra fælleszonerne - udadvendt struktur



Flow i de enkelte afdelinger fra opholdszoner til stillezoner

Det kan opsummerende siges, at de forventede fordele ved Nordfløjens arkitektoniske hovedgreb har været en bygning, der bidrager til patienttrivsel, godt arbejdsmiljø og klinisk funktionalitet gennem nærhed mellem funktionerne, korte gåafstande, udsyn og dagslys, nem orientering og variation i udtrykket såvel indefra som udefra. Supplerende kan det fremhæves fra evalueringen af vinderprojektet, at projektet i meget stor grad indfrier ønskerne i sit hovedgreb. Differentiering af trafikken i en hovedfærdselsåre og lokale fordelingsgange afbalancerer overlegent ønsket om på den ene side at kunne bevæge sig hurtigt fra A til B og samtidigt undgå unødigt forstyrrelse og gennemgang i funktionsområderne. De flydende overgange mellem afsnit og logistikken i bygningen giver fleksibilitet ved at imødekomme fremtidige ændringer i den kliniske aktivitet.

De forventede fordele om bygningen:

- er rar at være i
- nem at orientere sig i
- har uforstyrrethed i kliniske områder
- har nærheder mellem relevante funktioner i patientforløb
- har korte afstande og gode flow
- har sammenhæng til eksisterende bygninger

Interviews med medarbejderrepræsentanter og repræsentanter for afdelingsledelser i Nordfløjen et år efter indflytningen konkluderer, at bygningen i høj grad lever op til de forventede fordele selvom, der er nuancer og forhold, som opleves mindre fordelagtige. Nedenstående er en kort opsummering af udvalgte oplevede fordele og ulemper ved bygningen og dens indretning.

- Bygningens arkitektoniske udtryk gør den rar at være i. Her fremhæves særligt lysindfald fra de mange store vinduer, god plads på gangene, og at bygningen generelt er meget lyst og åbent indrettet.
- Den arkitektoniske ensartethed på tværs af bygningen giver en oplevelse af ro, men medvirker samtidig til, at det kan være svært at orientere sig i bygningen, da det er vanskeligt at skelne de forskellige områder i bygningen fra hinanden.
- Nordfløjen har medvirket til en højere grad af uforstyrrethed i kliniske områder. Dette dels forklaret ved at personalets kontorer i høj grad er flyttet væk fra kliniske områder, og dels på baggrund af etableringen af enestuer (sidstnævnte uddybet i kapitel 5).
- Indretningen i Nordfløjen har for mange specialer skabt en større nærhed mellem relevante funktioner i patientforløb, fx intensive afsnit og operation, eller operation og opvågning. Det betyder dermed også, at patienter oplever at blive transporteret kortere afstande.
- Fra et medarbejderperspektiv har etableringen af enestuer samt beliggenhed af personalerum og kontorområder væk fra kliniske områder, betydet at man som personale oplever at gå væsentligt mere i løbet af en arbejdsdag end tidligere, og kan dermed ikke mærke de korte afstande på samme måde som patienterne (se også afsnit 5).
- Nordfløjen har få vinduer, der kan åbnes (primært på patientstuer), hvilket giver nogle udfordringer i behandlingsrum, hvis der fx pludselig opstår dårligt lugt fx ved sårpleje, eller en patient bliver dårlig. Bygningens udvendige solafskærmning ruller op og ned på en måde, som indimellem betyder, at indendørs belysning er nødvendigt i stedet for naturligt dagslys. Derudover bemærkes det fra flere, at luften i bygningen er meget tør. Flere af de samme problemstillinger optræder i Patienthotel og Administrationsbygning. Det er et lærings- og opmærksomhedspunkt, at kliniske krav, energisparekrav, krav til maksimale temperaturer sammen med de gældende økonomiske rammer medfører, at der vil forekomme situationer, hvor indeklimaet ikke er optimalt. I projekteringen af byggeriet vil der typisk være valg mellem konkurrerende krav og økonomi er en ikke uvæsentlig faktor.

e) Forberedelse og realisering af effektiviseringstiltag

Forankringen af effektiviseringsarbejdet i driftsorganisationen har sikret, at effektiviseringsperspektivet er blevet besøgt under al planlægning og forberedelse til indflytningen.

På baggrund af erfaringerne med Kvalitetsfondsprojektet kan nedenstående opmærksomhedspunkter i forhold til effektiviseringsarbejdet fremhæves:

I sagens natur foregår et byggeri fra den indledende planlægning til endelig indflytning over en lang årrække. Det er vigtigt at gøre sig klart, hvilke faser i dette langvarige forløb, der er afgørende i forhold til effektiviseringssiden. Den initiale fase er naturligvis vigtig i forhold til den endelige bygnings potentiale. Tilsvarende er det vigtigt at perspektivere ændringer til planen undervejs i byggeriet til den afsmittende effekt på de efterfølgende muligheder for effektiv drift. Det sidste, der her skal fremhæves, er fasen, hvor det organisatoriske og det tværgående samarbejde fastlægges. Det er på det tidspunkt, at det væsentlige grundlag for effektiviseringsgevinster fastlægges, og det er her, der er mulighed for at konkretisere potentiale og behov for ændrede arbejdsgange. Til gengæld er der undervejs perioder, hvor der ikke er et tilsvarende behov for at arbejde med effektiviseringsgevinsterne.

Naturligvis er der i den sidste fase op til indflytningen behov for et særligt fokus på, om arbejdsgange ændres som planlagt.

Parallelt med gevinsterne er der en række områder, der bliver dyrere ved nybyggeri. F.eks. rengøring og energi. Det er vigtigt at få italesat, at der både er merudgifter og effektiviseringsgevinster forbundet med nybyggeri for at undgå, at der opstår desillusion blandt medarbejderne.

f) Omstilling af sygehusorganisationen (FAM mv.)

Som nævnt i kapitlets indledning samlede Rigshospitalet i maj 2017 planlægningen af Nordfløjens ibrugtagning i et "Flytteprogram" forankret under direktionen med en af hospitalets vicedirektører i spidsen og delprogrammer for hhv. uddannelse og træning, kliniske opgaver og fysisk flytning samt koordinationsgruppe med "byggeprojektet". Organisering og arbejde i flytteprogrammet har haft stor positiv betydning ift. at organisationen var forberedt og indstillet på de principper, som bygningen er designet til at understøtte. I delprogrammet Kliniske opgaver var en af hovedaktiviteter fastlæggelse af flow og arbejdsgange i de nye rammer. I delprogram Uddannelse og træning blev flow og arbejdsgange efterfølgende øvet.

I det følgende gives eksempler på læringspunkter via perspektiver omkring uddannelse og træning samt kommunikation, som er indhentet via interviews i som led i evalueringsrapportens udarbejdelse med medarbejderrepræsentanter og ledere fra afdelinger, som er flyttet i Nordfløjen.

Uddannelse og træning forud for indflytningen. For at kunne sikre patientsikkerheden før, under og efter flytteprocessen er det vigtigt at personalet er tilstrækkeligt klædt på – og forberedt – til hvordan opgaven skal løftes i de nye rammer, og at de ved hvor de kan tilkalde hjælp. Det kræver træning i arbejdsgange, såvel som mulighed for at opnå et kendskab til bygningen før den tages i brug. Overordnet set havde personalet en oplevelse af at være godt klædt på til flytningen, og fremhævede voksdug og orienteringsløb (o-løb) som vigtige metoder til at opnå dette.

Voksdug metoden blev anvendt som en metode til at gennemgå og justere lokale tværfaglige arbejdsgange i Nordfløjen forud for indflytningen. Dette oplevedes af klinikerne som en meningsfuld metode der gav mulighed for at gå i helikopterperspektiv på hvordan bygningen hænger sammen. Metoden gav også mulighed for at afklare vigtige spørgsmål som et led i at skulle forholde sig aktivt til nye arbejdsgange.

O-løb blev anvendt som en metode til at sikre at personalet var fortrolige med bygningen, og at alle vidste hvordan man kunne tilkalde hjælp. Særligt ansatte i intensive afsnit fandt denne metode vigtig, fx i forhold til lokalisering af hjertestarter og at være forberedt på andre akutte situationer.

Kommunikation (før, under og efter). Set fra medarbejderperspektiv har det været vigtigt med en løbende information om nye tiltag og beslutninger ifm. indflytning og ibrugtagning af Nordfløjen.

Særligt har det været brugbart at modtage lokale nyhedsbreve (fra leder), samt nyhedsbreve centralt fra. Derudover har det givet tryghed at der har været udnævnt lokale flyttekoordinatorer, da man har vidst hvem man skulle henvende sine spørgsmål til. Sidst men ikke mindst har Rigshospitalets intranet været med til at skabe overblik over bygningen og den overordnede flytteproces.

Set fra lederperspektiv er en forandringsproces som det at flytte i Nordfløjen en kæmpe kommunikativ opgave. Personalet har haft stort behov for information, og de lokale ledelser har stort set dagligt sendt nyhedsbreve ud til medarbejdere op til flytningen. Ledelsen har haft oplevelsen af at beslutninger "oppe fra" kræver oversættelse til den lokale kontekst og det kan være en stor opgave for de enkelte afdelingsledelser.

5. Det nye sygehus i funktion

a) Arbejdsgange, patientforløb og FAM

Nordfløjen er bygget med moderne løsninger, hvor arkitekturen inviterer til nye arbejdsgange og et bedre patientflow. Her nævnes et udsnit.

Etablering af Operationsmodtagelse og Opvågning (OMO) giver kortere patientforløb. Som noget nyt på Rigshospitalet, er der i forbindelse med indflytningen til Nordfløjen oprettet et korttidskirurgisk afsnit (OMO). I OMO er der gennemgået og optimeret over 40 typer patientforløb, som er omlagt til korttidskirurgi. Konceptet er, at patienterne skal være så kort tid i en hospitalsseng som muligt. Det betyder, at de mindst komplekse forløb, der i dag foregår i de kirurgiske afdelinger og optager sengepladser i de almindelige sengeafdelinger, tilbydes et forløb i den nye Operationsmodtagelse og Opvågning.

I praksis leverer OMO gode og kortere forløb, og patienter oplever ofte, at de, på under en time fra de er modtaget, kan ligge i OP. Der bliver dagligt arbejdet på at optimere forløbene, ligesom der fortsat arbejdes med den store kulturændring, som også er en del af etableringen af OMO, fx at anæstesi-personale skal tage sig af opvågningspatienter.

Placering af funktioner skaber sammenhængende patientforløb. Placering af relevante funktioner i Nordfløjen er med til at skabe sammenhængende og kortere patientforløb. Dette gør sig fx gældende for den korte afstand mellem operation og opvågning, samt operation og intensiv.

b) Kvalitet

At sikre patientsikkerhed og en høj faglig kvalitet i arbejdet er altid omdrejningspunktet – og en kontinuerlig opgave – på et hospital. Nordfløjen har på flere måder haft en positiv indvirkning på kvaliteten i patientbehandlingen, dels med afsæt i forbedrede arbejdsgange, og dels med forbedring af fysiske forhold. Særligt kan fremhæves følgende:

Kvalitet i behandlingen. Etableringen af enestuer i Nordfløjen giver mulighed for at arbejde fokuseret med den enkelte patient både monofagligt og tværfagligt, da man ikke skal tage hensyn til, at der ligger andre patienter på stuen. Dette betyder også diskretion for den enkelte patient da man ikke skal bekymre sig over at have en "nabo-patient" som lytter med.

Optimerede patientforløb. Plandisponeringen i Nordfløjen har givet mulighed for hurtigere diagnosticering og behandling, dels ifm. etablering af OMO, og dels ifm. at placering af vigtige funktioner tættere på hinanden, som giver oplevelsen af mere sammenhængende patientforløb for den enkelte patient.

c) Det nye sygehus i patientperspektiv

Det nye sygehus opleves som lyst, lækkert, højt til loftet, og imødekommende for patienterne. Lyset og muligheden for at kigge ud ad vinduer i stort set alle rum påvirker humøret i en positiv retning. Derudover kan følgende perspektiver fremhæves:

Enestuer giver ro og privatliv. Enestuer giver mere ro og privatliv til patienten. Som patient kan man nu have besøg af pårørende uden at bekymre sig om at forstyrre andre patienter på stuen, og med mulighed for at lukke en dør og få noget "alene" tid. Klokkesystemet er med til at give ro på afdelingen, og betyder også, at patienter ikke forstyrres af andre patienter eller af andre patienters pårørende.

Ydermere giver enestuer vigtigt privatliv, når man som patient fx får det dårligt, eller når man skal bruge toilet og bad (som nu er en integreret del af alle stuer fremfor at være placeret på gangen).

Kortere behandlingstid og 'transporttid'. Som allerede beskrevet vedr. etablering af OMO, er der i Nordfløjen fokus på, at patienter i langt højere grad får kortere behandling, og skal transporteres kortere afstande mellem de forskellige afsnit.

Tjek-ind system giver overblik og tryghed. Når man som patient møder ind i Nordfløjen, skal man tjekke ind ved standere fordel ved indgangene. Herefter kan man følge med på en skærm, hvor man skal gå hen, samt hvornår. Dette tjek-ind system er med til at give overblik og tryghed for den enkelte patient, idet man løbende kan følge med og sikre sig, at man ikke bliver "glemt".

d) Det nye sygehus i medarbejderperspektiv

Nordfløjen har medført en markant ændring i de fysiske rammer, såvel som i den måde arbejdet organiseres på for hospitalets ansatte. Her fremhæves nogle af de primære fordele og ulemper ved bygningen set fra et medarbejderperspektiv.

Mere ro i afdelinger og færre forstyrrelser i kliniske områder. Etableringen af enestuer i Nordfløjen har medført, at personale, der arbejder i sengeafsnittene, oplever en større ro på afdelingerne. Dels fordi patienter og pårørende i langt højere grad opholder sig inde på stuerne, og dels på baggrund af det nye tilkaldesystem.

Etableringen af enestuer har desuden medført, at der generelt er mere ro på stuen og færre afbrydelser, når man fx som læge går stuegang. Her har man mulighed for kun at fokusere på den enkelte patient på stuen fremfor at blive afbrudt af andre patienter og/eller pårørende. Det har den effekt, at man som fagperson kan være mere til stede i mødet med patienten, og at patienten kan opleve fagpersonens uforbeholdne opmærksomhed og nærvær.

Længere distancer. Etableringen af enestuer har medført, at patienterne ligger mere spredt i afdelingen, og at man som plejepersonale går væsentlig længere distance end tidligere. I nogle afsnit oplever personalet at gå næsten dobbelt så meget (op til 15.000 skridt om dagen), da der er mange skridt fra den ene zone til den anden. Ydermere har personalet en oplevelse af at nogle af funktionerne i huset ligger mere spredt end hvad man tidligere har været vant til. Fx når man skal til skyllerum (som ligger på den anden side ad gangen), når man skal hente sengelinned, dyner, patienttøj eller levere affald til affaldsrum.

Storrumskontorer. En væsentlig ændring i indretningen af Nordfløjen er etableringen af storrumskontorer med tilhørende mindre kontorlokaler/støtterum. Etableringen af storrumskontorer har for en stor del af personalet medført en øget oplevelse af støj, afbrydelser og forstyrrelser i hverdagen. Ydermere er der særligt fra den lægefaglige stab en bekymring for, at dette niveau af støj, afbrydelser og forstyrrelser øger risikoen for at begå fejl (og dermed kompromitterer patientsikkerheden), når der fx skal forberedes højt specialiseret kirurgi, indtastes information i SP eller indtales talegenkendelse.

Dertil kommer en bekymring for, at det til tider er svært at overholde retningslinjer for GDPR og generel etisk korrekthed, når man skal diskutere faglige elementer om en patientbehandling, vejlede yngre læger eller studerende eller afholde patientsamtaler telefonisk i et kontormiljø, hvor der er mange andre kollegaer, men også til tider gennemgang af andet personale eller gæster i afsnittet. Det kræver, at der er et tilpas antal mindre kontorlokaler/støtterum i nærheden af storrumskontoret, hvor man kan trække sig tilbage for at have fortrolige drøftelser. Nogle afdelinger i Nordfløjen oplever, at der ikke er tilstrækkeligt med ekstra lokaler til dette formål.

Fælleslokaler. Fælleskontorer og store åbne arealer i Nordfløjen giver en del af personalet en oplevelse af, at det kan være svært at trække sig og få pusterum i løbet af en arbejdsdag eller at finde rum, hvor der er arbejdsro. I flere afdelinger er der en oplevelse af, at der i personalerum er for meget støj og forstyrrelser. Derudover oplever dele af personale, at der er for stor afstand mellem det område, hvor de har deres kliniske drift til arbejdsstationer eller fællesrum.

e) Samarbejde med kommuner og primær sundhed

Ingen særlige bemærkninger til samarbejde med kommuner og primær sundhed, da dette forventes at være uændret, bl.a. fordi Nordfløjen alene er en tilbygning til det eksisterende hospital og at projektet ikke har inkluderet etablering af en FAM.