



Klassifikasjonssystem for helsebygg
Versjon 3.1.4 mars 2015

Heftets tittel: Veileder Klassifikasjonssystem for sykehusbygg
Versjon 3.1.4 september 2015

Utgitt: 03/2015

Produksjonsnummer:

Utgitt av: Sykehusbygg HF

Postadresse:

Besøksadresse:

www.sjukehusbygg.no

Forord

Veileder for Klassifikasjonssystem for helsebygg er et verktøy for systematisk å kartlegge og klassifisere sykehusenes areal og kapasitet.

Klassifikasjonssystemet er utviklet av Kompetansenettverk for sykehusplanlegging, og de regionale helseforetakene har deltatt i dette arbeidet. Fra 1/1-2015 er ansvar for drift og vedlikehold av klassifikasjonssystemet med veileder lagt til Sykehusbygg HF.

Klassifikasjonssystemet skal bidra til en god og aktiv forvaltning av sykehusbyggene ved at informasjon kan innhentes om arealbruk og kapasitetsutnyttelse for de ulike funksjoner og rom, og som gir grunnlag for å analysere hvordan ressursene kan videreutvikles.

Informasjonen fra Klassifikasjonssystemet vil dermed være viktig både for daglig styring og drift, men også som beslutningsgrunnlag for dimensjonering av prosjekter, strategisk planlegging og nasjonale oversikter.

I foretaksprotokollen av mars 2015 mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Sykehusbygg HF er det tatt inn en forutsetning om at Klassifikasjonssystemet skal innføres og tatt i bruk i alle helseforetak i løpet av 2015.

Vi håper at foreliggende veileder vil være til god hjelp i å unytte kapasiteten på en best mulig måte for god pasientbehandling og effektiv drift.



Bjørn Remen, konstituert direktør i Sykehusbygg.

Mars 2015

Innhold

Forord	1
1. Innledning	3
2. Mål og bakgrunn for klassifikasjonssystemet	5
3. Klassifikasjonssystemet – oppbygging og struktur	5
3.1 Romnavn og romspesifikasjon	6
3.2 Kapasitetsbærende rom	7
3.3 Nummerering av funksjoner og rom	8
3.4 Opplysninger om rommet (egenskaper)	9
4. Bruken av klassifikasjonssystemet	11
4.1 Oversikt over rom og funksjoner i sykehus	11
4.2 Kapasitets- og arealutnyttelse	12
4.3 Sammenheng mellom virksomhet og bygg	12
4.4 Prising av arealer	12
4.5 Eksempler på bruk av data	13
4.5.1 Kapasitetsbehov og kapasitetsutnyttelse	13
4.5.2 Omorganisering av funksjoner og bygg (ompakking)	13
4.5.3 Aggregerte data og strategiske analyser	15
4.6 Arealer og arealberegning	17
5. Definisjoner og begrepsavklaringer	18
5.1 Definisjoner	18
5.2 Nomenklaturet	18
6. Innføring og bruk av klassifikasjonssystemet	27
6.1 Forberedelse til innføring og kartlegging	27
6.2 Under kartleggingen	28
6.3 Organisering og gjennomføring	28
6.4 Rapportering	29
6.5 Drift	30

1. Innledning

Klassifikasjonssystem for helsebygg er et verktøy for systematisk å kunne kartlegge og klassifisere kapasiteter, rom og arealer i helseinstitusjoner. Det er i første rekke utviklet for å dekke behov for kartlegging og analyser i spesialisthelsetjenesten, men kan også benyttes i kommunale institusjoner med noen tilpassinger. Klassifikasjonssystemet skal benyttes av alle helseforetak og målet er å oppnå bedre kapasitetsutnyttelse, mer effektiv arealbruk og bedre planlegging av funksjoner og arealer i sykehus.

Eksempel på informasjon fra sykehus som har innført klassifikasjonssystemet: "Kartlegging og klassifisering av sykehusene i helseforetaket viste at andelen ensengsrom (inkludert isolater) for sykehusene i regionen var under 25 %. Den viste også at arealfaktoren per seng varierte med over 100 %."

Klassifikasjonssystemet knytter informasjon om rom, delfunksjoner og hovedfunksjoner til organisatoriske enheter (avdelinger) som disponerer ressursene, og viser lokalisering av funksjonene i bygget. Dette gir grunnlag for å analysere fordelingen av kapasiteter og arealer mellom avdelinger og funksjoner. Det gir også grunnlag for å analysere lokalisering av funksjonene i bygg og vurdering av lokalisering opp mot krav om faglig god og effektiv drift.

Eksempel på informasjon fra sykehus som har innført klassifikasjonssystemet: Kartleggingen av universitetssykehuset viste at reduksjon i sengetallet over tid hadde ført til små og lite driftseffektive sengeenheter og at kontorer og poliklinikker var spredd over hele anlegget. Løsningen på et akutt kapasitetsproblem var ikke nybygg, men omdisponering innenfor eksisterende arealer.

Til det enkelte rommet kan det knyttes informasjon som gir grunnlag for kartlegging og styring. Ved at rommene har en adresse som viser lokalisering i bygget og tilhørighet til en funksjon eller en avdeling, vil man få viktig informasjon om rommet (for eksempel areal) om funksjonen (for eksempel kapasitet) eller bygget (for eksempel energibehov).

Eksempel på informasjon fra sykehus som har innført klassifikasjonssystemet: Økt kunnskap om krav til åpningstider og drift av enkelte rom og funksjoner kombinert med kunnskap om lokalisering og energibehov kan i planlegging og drift bidra til utvikling av standarder og løsninger for å redusere energibehov i sykehus og utvikle mer effektive sykehusbygg.

Ved å knytte opplysning om rom og areal til aktivitet eller produksjon i sykehus, har man grunnlag for å beregne kapasitetsutnyttelse og arealeffektivitet. Det gir en mulighet til å analysere hvordan byggets ressurser utnyttes i dag og hvordan de kan og bør videreutvikles for å oppnå god pasientbehandling og effektiv drift. Dette er viktig informasjon for daglig styring og drift, og beslutningsgrunnlag for dimensjonering av bygg, strategisk planlegging og nasjonale oversikter.

Eksempel på informasjon fra sykehus som har innført klassifikasjonssystemet: Når man la til grunn samme kapasitetsutnyttelse og arealfaktorer som i nye sykehusprosjekter, viste analysen av eksisterende sykehusbygg, at det var overkapasitet for alle kliniske funksjonsområder med unntak for områder for dagbehandling. Selv om fremskrivingen viste økt kapasitetsbehov, kunne dette løses gjennom omdisponeringer uten kapasitetsøkning hvis man forutsatte samme omstilling og effektivisering som i nye sykehusprosjekter.

Klassifikasjonssystemet omfatter et nomenklatur som gir felles benevnelse av alle viktige rom. Det omtaler spesielt de kapasitetsbærende rommene, dvs. som definerer kapasiteten som anlegget har for å gjennomføre sentrale funksjoner. Dette gir grunnlag for sammenligning kapasitetsbehovet og kapasitetsutnyttelsen over tid og mellom avdelinger, sykehusanlegg, helseforetak og prosjekter, og er basis for erfaringsbaserte "standarder" og for kunnskapsoverføring.

Eksempel på informasjon fra sykehus som har innført klassifikasjonssystemet: På sykehuskartet kan alle lese av fordelingen av kapasitet for diagnostikk og behandling for hele landet, sammenholdt med fordeling av ulike pasientgrupper mellom sykehus og kommunehelsetjenester. Ved å legge inn ulike forutsetninger for utvikling i behov og tilbud kan politikere og beslutningstakere lese av konsekvensene.

Helseforetakene har i ulik grad etablert systemer som gir grunnlag for aktiv forvaltning av byggene slik at de blir en ressurs for den primære virksomheten. En gjennomgående kartlegging ved hjelp av klassifikasjonssystemet gir nye muligheter for å utvikle og styrke et slikt arbeid. Noen eksempler på bruk av informasjon fra klassifikasjonssystemet:

- Prising av arealer
- Effektivisering av virksomheten
- Strategisk utvikling av eiendommene
- Utvikling av erfaringsbaserte standarder for kapasitetsutnyttelse og arealbehov
- Vurdering av arealbehov og beregning av arealeffektivitet
- Vurdering og godkjenning av sykehusprosjekter
- Forskning og utvikling

Det er etablert en nasjonal database der klassifiserte data fra alle helseforetak skal rapporteres inn på jevnlig basis. Formålet med en nasjonal database er å sikre lett tilgang til relevante og oppdaterte data for de ulike interessentene i spesialisthelsetjenesten.

Ved det enkelte helseforetak er informasjonen tenkt registrert i det enkelte helseforetaks egne systemer. I enkleste form kan dette være i Excel, men det anbefales å implementere det til eksisterende databaser for eiendomsforvaltning. Fra de lokale databasene eksporteres data til den nasjonale databasen via en importfil. Mer informasjon og veiledning for hvordan dette kan gjøres finnes på www.klassifikasjonssystemet.no

Denne veilederen beskriver i kapittel 3 oppbygging og struktur av klassifikasjonssystemet. Bruk av kapasitetsbærende rom beskrives spesielt.

Bruken av klassifikasjonssystemet beskrives i kapittel 4.

Kapittel 5 inneholder en definisjonskatalog og en komplett oversikt over hovedfunksjoner og delfunksjoner med en kort forklaring av disse. Oversikt over alle romnavn med kobling til delfunksjon og hovedfunksjon finnes på www.klassifikasjonssystemet.no.

Kapittel 6 gir råd for innføring og bruk av systemet med eksempler på rapportering og drift.

2. Mål og bakgrunn for klassifikasjonssystemet

Målsettingen med Klassifikasjonssystem for sykehusbygg er å oppnå bedre kapasitetsutnyttelse, mer effektiv arealbruk og bedre planlegging av funksjoner og arealer i sykehus.

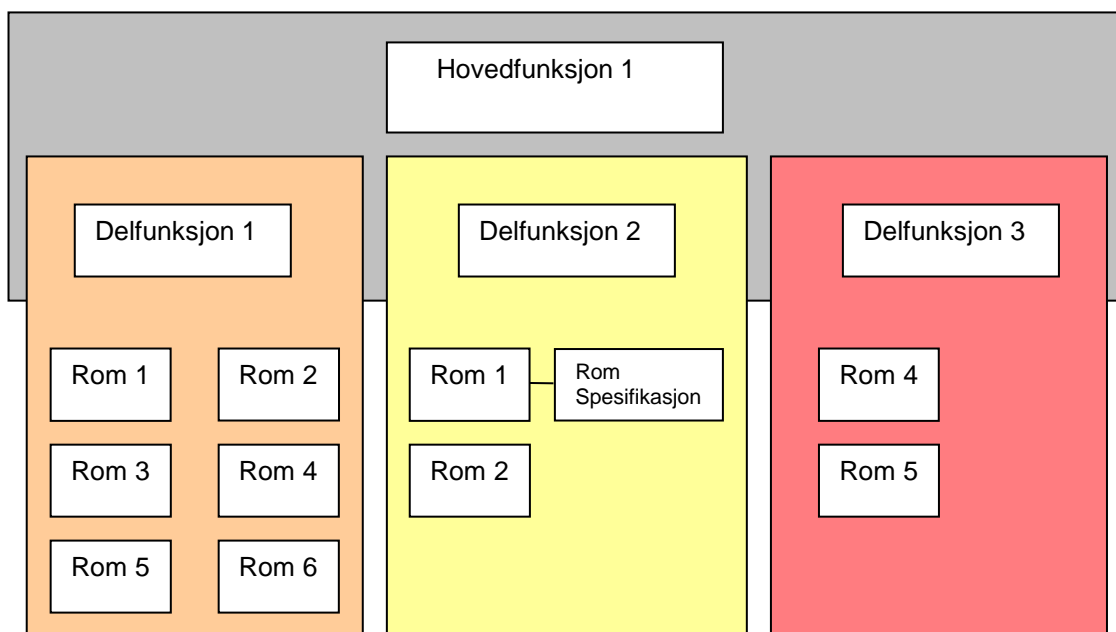
Dette kan oppnås gjennom å dokumentere sammenhengene mellom virksomheten og bruk av rom og arealer i byggene. Kartlegging av kapasitetsutnyttelse og arealbruk for ulike funksjoner og avdelinger, sammenholdt med opplysninger om virksomheten og hvordan den utvikler seg, gir grunnlag for en aktiv forvaltning av sykehusanleggene.

Klassifikasjonssystemet er utviklet av Kompetansenettverk for sykehusplanlegging og de regionale helseforetakene har deltatt i dette arbeidet. Bakgrunnen var behovet for kunne beskrive rom- og arealbehov for funksjoner i sykehus på en entydig måte for bl.a. å utvikle erfaringsbaserte "standarder" for funksjonsområder og kapasitets- og arealberegninger.

3. Klassifikasjonssystemet – oppbygging og struktur

Klassifikasjonssystem for sykehusbygg er et verktøy for systematisk kartlegging og benevnelse av funksjoner, rom og arealer i helsebygg. Det er også en modell for å kunne knytte funksjoner, rom og arealer til HF-ets virksomhet sammen med organisasjon og bygg.

Klassifikasjonssystemet er hierarkisk oppbygget (se figur 1). Det laveste nivået er det enkelte rom med sitt romnavn. Dette er knyttet til og inngår i en delfunksjon, som igjen er knyttet til og inngår i en hovedfunksjon. En delfunksjon vil omfatte et antall rom, hvor noen kan være unike for denne delfunksjonen, mens andre er generelle og vil finnes i flere delfunksjoner. Dette er vist i figur 1.



Figur 1 Oppbygging av klassifikasjonssystemet

I klassifikasjonssystemet inngår et nomenklatur eller en standard for benevnelse av funksjoner og rom i et helsebygg, se vedlegg 1.

Denne veilederen omfatter standard rombenevnelser i helsebygg/sykehusbygg for somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling. Strukturen i systemet kan anvendes også for andre typer helsebygg i kommuner og privat virksomhet, men nomenklaturet må da utvides til å omfatte de funksjoner og rom som er spesielle for den aktuelle virksomheten.

Tabell 1 viser et utsnitt fra klassifikasjonssystemet der de to øverste nivåene hovedfunksjon og delfunksjon er vist med nummerering og benevnelser fra ulike områder.

Tabell 1 Utsnitt fra klassifikasjonssystemet med inndeling i hovedfunksjon og delfunksjoner

HFID	Hovedfunksjon	DFID	Delfunksjon
1A	Opphold, somatikk	1A.1	Barnesengeområde
1A	Opphold, somatikk	1A.2	Barneintensiv
1A	Opphold, somatikk	1A.3	Dagområde
1A	Opphold, somatikk	1A.4	Føde/barsel
1A	Opphold, somatikk	1A.5	Habilitering/Rehabilitering
1A	Opphold, somatikk	1A.6	Intensiv
1A	Opphold, somatikk	1A.7	Lett overvåking
1A	Opphold, somatikk	1A.8	Neonatal intensiv
1A	Opphold, somatikk	1A.9	Normalsengeområde
1A	Opphold, somatikk	1A.10	Observasjon
1A	Opphold, somatikk	1A.11	Pasienthotell
1A	Opphold, somatikk	1A.12	Tung overvåking
1B	Opphold, psykiatri og rus	1B.1	Barnesengeområde
1B	Opphold, psykiatri og rus	1B.2	Dagområde
1B	Opphold, psykiatri og rus	1B.3	Familieenhet
1B	Opphold, psykiatri og rus	1B.4	Normalsengeområde
1B	Opphold, psykiatri og rus	1B.5	Rehabilitering
1B	Opphold, psykiatri og rus	1B.6	Sikring
1B	Opphold, psykiatri og rus	1B.7	Skjerming
2A	Undersøkelse og behandling, somatikk	2A.1	Akuttmottak
2A	Undersøkelse og behandling, somatikk	2A.3	Ergo- og Fysioterapi
2A	Undersøkelse og behandling, somatikk	2A.4	Kliniske spesiallaboratorier
2A	Undersøkelse og behandling, somatikk	2A.5	Kliniske støttfunksjoner

3.1 Romnavn og romspesifikasjon

Et rom har et romnavn som viser hva rommet brukes til. Et romnavn i klassifikasjonssystemet kan i tillegg ha en romspesifikasjon som gir ytterligere informasjon om hva rommet brukes til, se tabell 2. Dersom ingen spesifikasjon angis, brukes romspesifikasjonsnummer 0.

For noen rom ("kapasitetsbærende rom", beskrevet nærmere i kapittel 3.2) er det obligatorisk å angi den kapasiteten som er tilgjengelig for virksomheten, f.eks. antall døgnplasser (senger) i et sengerom eller kontorplasser for kliniske kontorfunksjoner. Kapasiteten er knyttet til det antall plasser som finnes i hvert rom, og angis som en kolonne i regneark og/eller som eget parameter i databasen.

Tabell 2 Utsnitt fra klassifikasjonssystemet med romnavn og romspesifikasjoner samt tilknytting til delfunksjoner

1A Hovedfunksjon Opphold, somatikk															
Romnavnnummer	Romnavn	Romspesifikasjonsnummer	Romspesifikasjon	1A.1 Barnesengeområde	1A.2 Barneintensiv	1A.3 Dagområde	1A.4 Føde/barsel	1A.5 Habilitering/Rehabilitering	1A.6 Intensiv	1A.7 Lett overvåking	1A.8 Neonatal intensiv	1A.9 Normalsengeområde	1A.10 Observasjon	1A.11 Pasienthotell	1A.12 Tung overvåking
1	Aktivitetsrom	0		x	x	x	x	x				x		x	
1	Aktivitetsrom	1	Data	x		x		x				x		x	
1	Aktivitetsrom	2	Musikk	x				x							
1	Aktivitetsrom	3	Sløyd					x							
1	Aktivitetsrom	4	Vev/søm					x							
2	Ambulanseinngang	0													
3	Ammerom	0		x		x	x				x			x	
4	Anretning	0		x			x	x				x		x	
5	Arbeidsstasjon	0		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
6	Arbeidsrom	0		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
7	Arkiv	0		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

3.2 Kapasitetsbærende rom

Virksomheten i sykehus er knyttet til definerte rom som er kalt «kapasitetsbærende rom» (tabell 3). Dette gjelder først og fremst den kliniske virksomheten, men også andre sentrale oppgaver for HF-et som undervisning og forskning, er knyttet til slike kapasitetsbærende rom.

At rom er kapasitetsbærende betyr at det er en direkte sammenheng mellom antall rom eller plasser (senger, kontorplasser, oa som inngår i et rom), og den aktiviteten som skal foregå der. Det kan være for eksempel antall sengeplasser, antall operasjonsrom, antall plasser i kontorer og møterom, osv. For å kunne sammenligne kapasitet og kapasitetsutnyttelse mellom sykehusenheter, avdelinger i HF eller på nasjonalt nivå, må alle bruke samme romnavn og samme avgrensing av begrepet "kapasitetsbærende rom".

Med kapasitet menes i denne sammenhengen den faktiske kapasiteten som er i bruk, og ikke den opprinnelig, bygde kapasiteten. Den opprinnelige kapasiteten kan legges inn som en ny egenskap ("bygd kapasitet") for rommet (jfr kapittel 3.4).

Tabell 3 Oversikt over kapasitetsbærende rom

Romnavn	Romspesifikasjon	Kommentar
Auditorium		Antall plasser registreres, f.eks. 20 plasser
Behandling	Type behandlingsrom med ulike bruksområder	Kan knyttes til behandlingsmetode eller spesifikt utstyr. Angis som 1 i kapasitet
Dagplass	Kirurgi, medisin, dialyse	Omfatter også hvileplasser. Senger/stoler
Ekspedisjon		Antall arbeidsplasser registreres, f.eks. 2 plasser
Ferdighetsrom		Antall arbeidsplasser registreres, f.eks. 10 plasser
Føderom		Det samme som forløsningsrom. Angis som 1 i kapasitet
Garderobe	Type garderober kvinner, menn, pasienter.	Angis med antall plasser
Grupperom		Antall plasser registreres, f.eks. 10 plasser
Isolat	Beskyttende, kontaktsmitte, luftsmitte	Angis som 1 i kapasitet
Konsultasjon/kontor		Personlige kontorer som benyttes til pasientkonsultasjoner
Kontor		Antall arbeidsplasser per kontor angis
Kontorlandskap		Antall arbeidsplasser registreres, f.eks. 6 plasser
Kuvøserom		Antall plasser angis
Laboratorium	Angir type laboratorium med ulike bruksområder	Angis som 1 i kapasitet
Lesesal		Antall plasser registreres, f.eks. 60 plasser
Møte		Antall plasser registreres, f.eks. 10 plasser
Observasjonsplass		Senger/stoler. Ofte som del av akuttinntak Antall plasser per rom angis
Operasjon	Angir type; liten, stor	Det samme som operasjonsstue. Liten < 40 m ² , Stor > 41 m ² . Angis som 1 i kapasitet
Overvåkingsplass		Omfatter både lett overvåking, tung overvåking og intensiv. Angi antall plasser per rom
Samtale		Angis som 1 i kapasitet
Seminarrom		Antall plasser registreres, f.eks. 10 plasser Om ikke informasjon om antall plasser foreligger, kan areal benyttes, f.eks. 2 m ² per plass gir 10 plasser i et seminarrom på 20 m ² .
Sengerom		Angi antall plasser per sengerom
Traumerom		Angis som 1 i kapasitet
Treningshybel		Angis som 1 i kapasitet
Undersøkelse	Type undersøkelsesrom med ulike bruksområder	Knyttes til behandlingsmetode eller spesifikt utstyr. Forekommer hovedsakelig i delfunksjonene poliklinikk og radiologi, men også i andre delfunksjonsområder. Angis som 1 i kapasitet

I Excelarket som viser nomenklaturet (kan lastes ned fra www.klassifikasjonssystemet.no) er kapasitetsbærende rom merket med "kapasitetsbærende" 0 for «nei», 1 for «ja», ref. tabell 2. Selve kapasiteten angis i et eget registreringsfelt.

3.3 Nummerering av funksjoner og rom

For å kunne aggregere og sortere opplysninger som er knyttet til rom, delfunksjoner og hovedfunksjoner, må hovedfunksjon, delfunksjon, romnavn og romspesifikasjonen nummereres. Nummereringen gir en mulighet for å lagre, sortere og hente frem data fra en database. På grunnlag av nummer for hovedfunksjon, delfunksjon og romnavn dannes et romnummer, se tabell 4.

Hovedfunksjonene er nummerert fortløpende fra 1 til 12. (for eksempel hovedfunksjon 2A Undersøkelse og behandling, somatikk). Under hver hovedfunksjon er det et antall nummererte delfunksjoner. For hovedfunksjon 2A Undersøkelse og behandling, somatikk finner man 10 delfunksjoner (for eksempel delfunksjon 10 Poliklinikk). Rommene knyttes til delfunksjonen med et nummer og et romnavn (for eksempel 16 Behandling), se tabell 2.

For rom med samme romnavn og ulik spesifikasjon legges det til et spesifikasjonsnummer bak romnummeret. Dette er vist i tabell 4, for eksempel med romnummer *16 Behandling* med spesifikasjonsnummer *9 lys*. Dette er spesielt viktig for de kapasitetsbærende rommene og gjør det mulig å summere den samlede kapasiteten som disse rommene utgjør. Dersom det er et generelt rom der funksjonen ikke er spesifikk, brukes romspesifikasjonsnummer 0.

Tabell 4 viser oppbyggingen av romnummeret for et lysbehandlingsrom i en poliklinikk, i hovedfunksjonen Undersøkelse og behandling, somatikk.

Tabell 4 Oppbygging av romnummer

Oppbygging av romnummer							
Nr	Hovedfunksjon	Nr.	Delfunksjon	Nr.	Romnavn	Nr.	Romspesifikasjon
2A	Undersøkelse og behandling, somatikk	10	Poliklinikk	16	Behandling	9	lys

3.4 Opplysninger om rommet (egenskaper)

Til et rom kan man knytte opplysninger om rommet (her kalt egenskaper). Noen av opplysningene er nødvendige for å sortere og aggregere rommet i ulike sammenhenger. Ytterligere egenskaper kan legges til for å oppnå informasjon. Egenskapene som er obligatoriske er alle å finne i nasjonal database. Øvrige egenskaper kan legges til fra Hf'enes egne FDV databaser eller andre datakilder.

Tabell 5 Egenskaper som knyttes til romnavn

Egenskap	Beskrivelse	Obligatorisk
Areal	Netto funksjonsareal	Ja
Areal	Brutto funksjonsareal	Nei
Org enhet	Avdelingsnummer, HF og RHF, klinikk, avdeling og evt. seksjon som viser hvilken enhet som disponerer rommet. Kan også vise om rommet er utleid til eksterne. Den enheten hvor det registreres kostnader bør velges.	Ja
Eid/utleid	Anmerkning av om rommet leies eller eies av eksterne, slik som privat eller kommunal virksomhet, eller utdanningsinstitusjoner som universitet eller høyskole	Ja
Bygget som	Rommets opprinnelige funksjon og kapasitet	Ja
Lokalisering/ romnummer	Fysisk lokalisering i et bygg (bygg, etasje, romnummer)	Ja
Andre romnummer	Kan for eksempel være geografisk romnummer, bruksromnummer m.fl.	Nei
Energibehov	Energiklasse, kode som viser om rommet har spesielle energibehov	Nei
Driftstid	Viser om rommet brukes 24/7, eller kun begrenset del av døgnet/uken	Nei
Tekniske krav	Ved å knytte romnummeret til teknisk romnummer kan spesielle tekniske krav påvises	Nei
Brukbarhet	En vurdering av egnethet kan legges inn, f.eks. «ikke egnet», eller hvilken funksjon det er egnet for	Nei

Rommets lokasjon og adresse

For å kunne aggregere opplysninger om kapasitet, arealer, antall av ulike typer rom mv innenfor et bygg og et sykehusanlegg, benyttes opplysninger om lokasjon (adresse) som er knyttet til det klassifiserte rommet (romnummeret). Denne adressen omfatter lokalisering av rommet i etasje i et konkret bygg. Tabell 6 viser hvordan denne geografiske identifikasjonen kobles til romnummeret. Samlet identifiseres rommet som et fysisk objekt med en unik ID. Hvordan denne ID-en bygges opp er avhengig av hvilke koder eller nummer/adresser som er tilgjengelig i FDV-systemet eller andre systemer.

Eksemplet viser hvordan adressen til et behandlingsrom med lysbehandling i den somatiske delen av Levanger sykehus kan bygges opp. Informasjon om lokalisering av rommet ligger i den *unike rom-ID-en* (som kan være et geografisk romnummer). Denne knytter rommet til bygg A, som er en del av sykehusanlegget i Levanger. Dernest knyttes denne informasjonen til den organisatoriske eieren som er Helse Nord-Trøndelag HF, som igjen er en del av Helse Midt-Norge RHF.

Denne nummereringen gjør det mulig å sortere og aggregere rommene, og eventuelt kapasiteten som rommene har, til ulike nivå (etasje, bygg, sykehus, HF, RHF).

Tabell 6 Eksempel på kobling mellom identifisering av geografisk lokasjon og romnummer i klassifikasjonssystemet

Opplysninger om adresse					Oppbygging av romnummer							
RHF	HF	Lokasjon	Bygg	Unik rom ID	Nr	Hoved funksjon navn	Nr	Del-funksjon navn	Nr	Rom-navn	Nr	Spesifikasjon
HMN	HNT	Levanger	A	10.45.609	2A	Under-søkelse og behandling	10	Poli-klinikk	16	Behandling	9	Lys

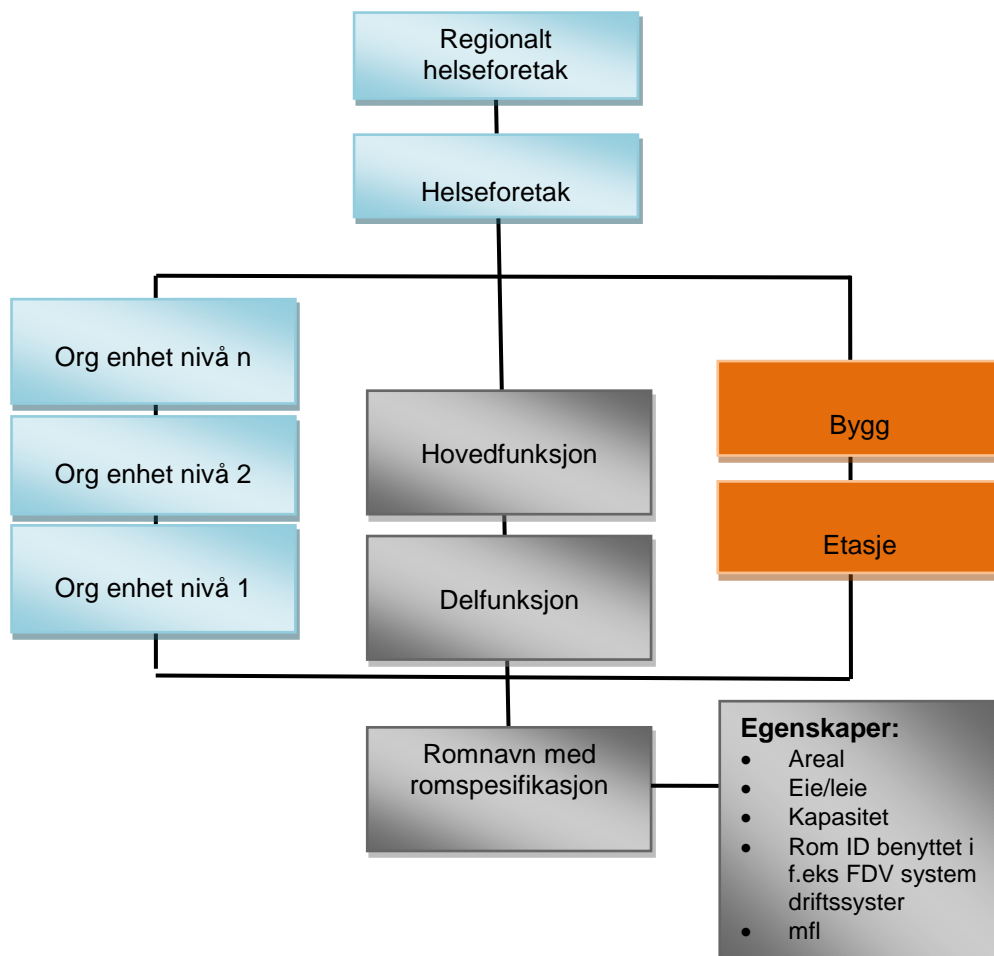
Noen ganger vil det finnes rom fra flere delfunksjoner innenfor samme geografiske område. For eksempel: Kapasitet og areal i et sengeområde blir over årene redusert på grunn av redusert aktivitet. De ledige rommene blir brukt til funksjoner som dagbehandling og administrasjon (kontorer mm). De funksjonene som "flytter inn" i sengeområdet skal klassifiseres i henhold til sine opprinnelige funksjoner med rom og arealer (dvs. som dagbehandling og administrasjon dersom det er slike delfunksjoner som har flyttet inn).

Organisatorisk tilknytting

Et HF kan ha institusjoner og bygg som er geografisk spredt og hvor virksomheten er delt opp i organisatoriske enheter som kan være fordelt på flere sykehuslokasjoner. Informasjonen i klassifikasjonssystem om rom og arealer må derfor, i tillegg til den geografiske lokasjon (sykehusbygget), også knyttes til den organisatoriske enheten som bruker rommene. Opplysninger om organisatorisk tilknytning er en obligatorisk egenskap ved rommet. Det vil være ulik grad av kobling til organisasjonsnivå for rom. Noen vil ha alle rommene dedikert til f.eks. en klinikk (nivå 1), mens vil benytte et nivå lavere (nivå 2), som f.eks. kan være karkirurgi i tillegg.

I noen tilfeller vil det også være flere eiere til samme rom, f.eks. sykehus og universitet. Dette bør oppgis som en særskilt egenskap.

Kobling mellom rommet og bygget og den organisatoriske enheten som disponerer rommet, gir muligheter til å sortere og aggregere informasjon om kapasitet og arealer. Figur 2 illustrerer hvordan et rom er knyttet til delfunksjon og hovedfunksjon gjennom oppbyggingen av romnummeret. I tillegg er rommet knyttet til et organisatorisk hierarki og til et bygg. Hvilke muligheter til analyser og rapporter dette gir er vist i kapittel 4.



Figur 2: Sammenhenger mellom rom, organisatorisk tilknytting og bygg

I mange sykehusanlegg er funksjoner fordelt mellom ulike fagområder (somatikk, psykiatri og rus). Dette gjelder spesielt støttefunksjoner som lager og forsyning men også kontorer og møterom. Det kan være behov for å merke rom som er øremerket for bruk innenfor et fagområde. Dette kan knyttes til rommet som en egenskap.

4. Bruken av klassifikasjonssystemet

Ved å koble opplysninger om funksjoner, kapasitet og arealer i byggene, sammen med aktiviteten som foregår i funksjonene, er det mulig å kartlegge og dokumentere kapasitetsutnyttelse og arealeffektivitet. Dette er viktig for ressursstyring og -utvikling for virksomhet og bygg.

4.1 Oversikt over rom og funksjoner i sykehus

Kartlegging og klassifisering av funksjoner og rom i sykehus etter en felles standard gjør det mulig å vise den fysiske kapasiteten i sykehusene. Dette omfatter opplysninger om f.eks. antall senger, kontorplasser, MR-laboratorier, luftsmitteisolater mv, samt funksjonsarealene i rommene (areal per sengeplass, kontorplass mv). Hvis slike opplysninger er tilgjengelig for alle enheter innenfor et HF, i hele RHF-et eller på nasjonalt nivå, kan man raskt få oversikt over tilgjengelige bygningsmessige ressurser og hva de brukes til.

Når opplysninger om rom knyttes til en funksjon og/eller en organisatorisk enhet som disponerer rommene, gir det grunnlag for å analysere fordeling av kapasitet og arealer på disse funksjonene og enhetene. At arealbruken knyttes til funksjoner kan vise at det f.eks. er utnyttet kapasitet og høy arealfaktor for senger på en avdeling og motsatt på en annen. Dette er vesentlig informasjon ved omdisponering av rom og kapasitet i eksisterende sykehus, men gir også referanseinformasjon som kan brukes i planlegging. En sammenligning mellom sykehus viser svært ulik fordeling av arealene på ulike funksjonsområder, spesielt gjelder dette arealer til kontorer, trafikk og teknikk.

4.2 Kapasitets- og arealutnyttelse

Når opplysninger om rom og arealer fordelt på funksjoner og avdelinger kobles til opplysninger om aktivitet/virksomhet, kan det gjøres analyser av kapasitetsutnyttelse og arealeffektivitet. Ved å legge inn veiledende krav til utnyttelsesgrader og arealfaktorer per rom for de kapasitetsbærende rommene (sengerom, kontorer, operasjonsrom), kan det vises et beregnet kapasitets- og arealbehov som kan sees i forhold til faktisk utnyttelse av denne kapasiteten og arealene.

Erfaring har vist at kapasitetsbehovet for føde, barn og kirurgiske senger har gått ned over tid, mens behovet for medisinske senger har økt og forventes å øke. En sammenligning på avdelingsnivå kan vise ulik kapasitetsutnyttelse og arealeffektivitet, og gi grunnlag for omfordeling av senger. Kombinert med data om kapasitetsutnyttelse innenfor delfunksjoner, kan man vise ubalanse mellom senger, dagenheter og poliklinikker i de ulike avdelingene.

4.3 Sammenheng mellom virksomhet og bygg

Virksomheter i sykehus stiller ulike krav til bruken av bygget. Dette skyldes forskjellig åpningstid, krav til ventilasjon og luftkvalitet, dagslys, energibehov oa. En effektiv drift av den kliniske virksomheten stiller krav til logistikk og nærhet mellom funksjoner og rom. Over tid endrer virksomheten seg både når det gjelder omfang og innhold, og en effektiv tilpassing mellom virksomhet og bygg er en kontinuerlig driftsoppgave.

Ved å knytte rommet til en adresse i bygget kan man ved hjelp av tegningsverktøy vise lokalisering av rommet. Ved å bruke fargekoder for delfunksjoner eller spesifikke romnavn kan man vise på tegninger eller 3D-modeller hvor funksjonene er lokalisert og avstander og sammenhenger mellom dem.

Koblet mot aktivitetsdata kan man vise kapasitetsutnyttelse og arealeffektivitet. Samlet gir dette et godt grunnlag for å analysere om arealene er godt utnyttet og om funksjonene er hensiktsmessig lokalisert i forhold til hverandre. Dokumentasjon av kapasitetsutnyttelse er også viktig for å kunne analysere hvordan rom og arealer kan omdisponeres for å oppnå bedre arealeffektivitet og bedre driftsøkonomi.

Ved dokumentasjon av forventede endringer i aktivitet i fremtiden, kan man vise hvilke enheter som har behov for endring i areal og så gjøre analyser av hvor i bygget det finnes muligheter for omfordeling eller utvidelse. Det gir også grunnlag for å beregne konsekvenser for investeringsbehov og driftsøkonomi, og dermed også gi grunnlag for prioriteringer. Slike analyser er viktige både i en løpende, aktiv forvaltning av byggene og i forbindelse med utbyggingsprosjekter.

4.4 Prising av arealer

Kostnader knyttet til driften av arealene varierer mellom de ulike funksjonene. Dette har sammenheng både med ulike investeringskostnader og kostnader for driften av bygget, f.eks. energikostnader. Ved planlegging av nybygg vil det være aktuelt å vurdere de økonomiske konsekvensene av å dele opp og spesialisere byggenes kvalitet ut fra funksjonelle krav. Å bygge rene

kontorbygg gir lavere investeringskostnader, men kan ha konsekvenser for nærhet og driftskostnader.

Internhusleie er tatt i bruk i noen HF. Bruken av klassifikasjonssystemet kan gi grunnlag for å differensiere kostnadene for ulike rom og funksjoner.

4.5 Eksempler på bruk av data

4.5.1 Kapasitetsbehov og kapasitetsutnyttelse

Tabell 7 viser et eksempel fra klassifisert areal i et lite lokalsykehus. Den viser kapasitet i poliklinikken satt opp imot antall polikliniske konsultasjoner. Den viser både areal og rom og derved faktisk arealbruk, som her er 48 m² per rom, inklusiv støtteareal. Faktisk arealbruk er langt over standarder i nye sykehusprosjekter, som ligger på ca. 30 m² per rom. I tillegg viser det et beregnet kapasitetsbehov, som er på ca. 22 rom, dvs. 14 rom færre enn dagens kapasitet. Beregningen bygger på utnyttelsesgrad på 220 driftsdager i året, 6 timer per dag og 45 min konsultasjonstid. Utnyttelsesgraden vil kunne variere i forhold til virksomhetens størrelse og innhold.

En slik sammenstilling av faktisk og beregnet kapasitet og areal gir grunnlag for å diskutere strategier for utvikling og utnyttelse av bygningsmassen, men også som grunnlag for å vurdere organisering av virksomheten og potensialer for effektivisering av drift.

Tabell 7: Eksempel på reelt og beregnet kapasitetsbehov og arealer i en poliklinikk

Klassifisering av poliklinikkområder, kapasitet og areal				
Delfunksjon	Romnavn	Faktisk antall rom	Arealbruk m ²	Totalt areal m ²
Poliklinikk	Undersøkelse	31		
	Behandling	5		
	Totalt	36	48	1728
Beregning av kapasitets- og arealbehov for poliklinikkrom				
	Beregningsgrunnlag		Arealstandard m ²	Totalt areal m ²
	Antall polikli konsultasjoner	37943		
	Utnyttelsesgrader	220 dg/år, 6 timer/dg, 45 min/pas		
	Totalt	21,6 rom	30	647

4.5.2 Omorganisering av funksjoner og bygg (ompakking)

Tabell 8 og figur 3 viser samlet hvordan kombinasjon av kapasitets- og arealdata for sengerom og visualisering av lokalisering av sengeområder i et bygg, kan brukes som grunnlag for å analysere kapasitetsutnyttelsen i bygget og drift av sengeområdene.

Tabell 8 viser delfunksjoner og kapasitetsbærende rom i et sykehus som har 117 senger. Gjennomsnittlig areal per plass for sengene er 24,0 m², inklusiv støtteareal.

Tabell 8 Oversikt over registrert sengekapasitet og arealbruk totalt og per plass

Klassifisert kapasitet og arealbruk per plass sengeenheter				
Faktisk kapasitet døgnplasser		Antall plasser	Faktisk areal	Areal pr plass
Normalsengeområde	Isolat	5		
	Sengerom, ensengs	13		
	Sengerom, flersengs	86		
	Totalt	104	2480	23,8
Intensiv	Isolat	1		
	Sengerom, flersengs	8		
	Totalt	9	290	32,2
Observasjon	Observasjonsplass	4		
	Totalt	4	41	10,2
Totalt døgnplasser		117	2811	24,0

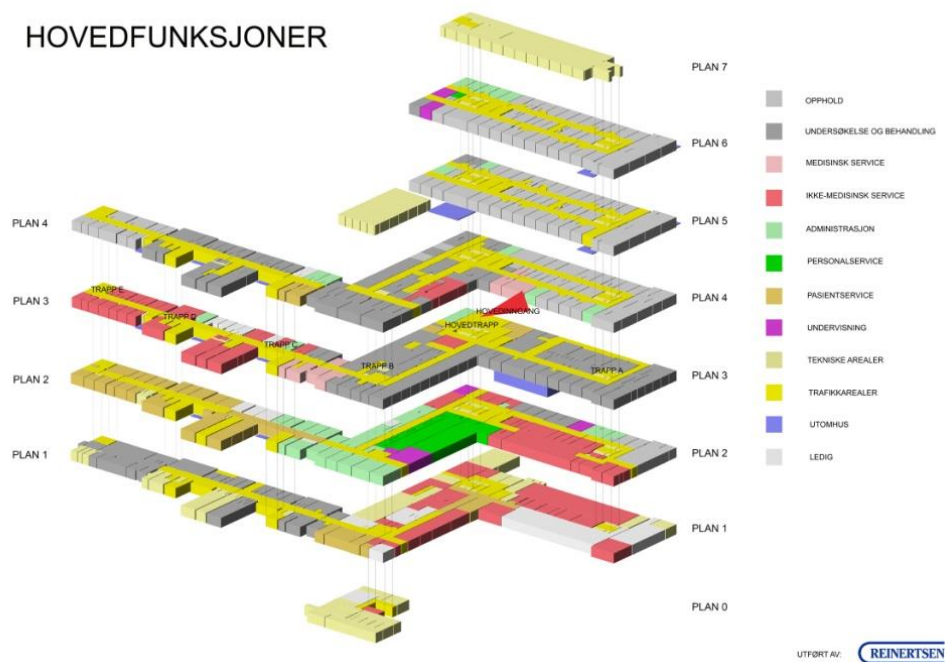
Figur 3 viser at lokalisering av sengerommene (som er markert rosa) i den ene fløya gir en relativt god nærhet mellom rommene og dermed god arealutnyttelse, mens sengerommene i de to øvrige fløyene er få, ligger spredt og har høy arealbruk og dårlig arealutnyttelse. En spredt beliggenhet gir trolig også en utfordring med å holde en effektiv bemanningsfaktor på vakttid. En for kompakt enhet der det er lite støtteareal har på den annen side også driftsmessige utfordringer.



Figur 3 Lokalisering av sengerom i et lokalsykehus

Samlet gir dette grunnlag for å vurdere om en relokalisering av rom "ompakking" i sengeområdene vil gi en høyere arealeffektivitet og en mer effektiv drift ved at personalet kan samarbeide på tvers av enhetene.

Figur 4 viser alle delfunksjoner i et lokalsykehus representert med fargekodete hovedfunksjoner og hvordan disse er fordelt på fløyer og plan i hele anlegget.



Figur 4: Illustrasjon av fordeling av funksjoner i fløyer og plan

Sammen med tall som viser kapasitet og aktivitet gir dette grunnlag for å vurdere hensiktsmessig lokalisering ut fra rasjonell drift og god utnyttelse av bygget. Dette gir også et godt visuelt bilde av om virksomheten er fragmentert og spredt i anlegget eller samlet. Spredt virksomhet med små enheter er ofte utfordrende organisatorisk og gir lav fleksibilitet i utnyttelse av personell, rom og utstyr.

4.5.3 Aggregerte data og strategiske analyser

Tabell 9 og 10 viser bruk av kapasitets- og arealdata på et aggregert nivå sammenholdt med data for aktivitet.

Tabell 9 viser totalt areal for sengeområdene og arealbruk per døgnplass (senger) for de ulike sengeområdene. Eksemplet viser en arealfaktor per plass på i gjennomsnitt 26 m² (som er ganske likt for normalsengeområder i nye sykehusprosjekter), men det er store forskjeller mellom delfunksjonene. Det er vanlig med høy arealfaktor for intensiv/tung overvåking og habilitering/rehabilitering. I eksemplet under kan årsaken til forskjellen være at føde/barsel har redusert antall sengeplasser uten å redusere arealet. Det samme gjelder for den høye arealfaktoren for habilitering/rehabilitering (normal arealstandard ligger her ofte på 30-35 m²/plass).

Ved å knytte rom til avdeling kan det gjøres tilsvarende sammenligning mellom avdelinger. Dette kan benyttes til sammenligning av arealeffektivitet både mellom sykehus, men også internt mellom delfunksjoner og avdelinger.

Tabell 9 Eksempel på arealbruk for døgnplasser, totalt og i gjennomsnitt per plass

Arealer døgnplasser		
Delfunksjon	Totalt areal	Areal per seng
Normalsengeområdet	9580	22,0
Habilitering/rehabilitering	1899	61,3
Føde/barsel	2436	36,4
Barnesengeområdet	1351	20,8
Observasjon	148	13,6
Barneintensiv	14	13,6
Tung overvåking	446	31,9
Intensiv	1085	47,2
Neonatal intensiv	409	25,6
Totalt areal døgnplasser	17368	26,1
Pasienthotell	1878	25,7
Total areal døgnplasser inkl. pasienthotell	19246	26,0

I tabell 10 er kapasitetsdata og aktivitetsdata for et middels stort akutt sykehus brukt for å beregne kapasitetsbehov og kapasitetsutnyttelse. Aktivitetsdata viser faktisk aktivitet i basisåret (2006) og fremskrevet til 2020. Det gir grunnlag for å beregne kapasitetsbehovet ved dagens og fremtidig aktivitet, som kan settes opp mot tilgjengelig kapasitet (2006). Tabellen viser ulike kapasitetsbehov ved ulike forutsetninger for kapasitetsutnyttelse. Beregningene viser en overkapasitet på senger, poliklinikkrom og operasjonsrom både i 2006 og i 2020, men underkapasitet på dagplasser, forutsatt høy utnyttelsesgrad.

Tabell 10 Eksempel på registrert kapasitet og beregnet kapasitetsbehov for døgnplasser, dagplasser, poliklinikkrom og operasjonsrom

Aktivitet 2006 og 2020	Døgn opphold	Ligge dager	Liggedg i gj.snitt	Dag-opphold	Pol konsult.	Opera-sjoner	
Aktivitet 2006	22811	89821	3,9	20608	89214	7950	
Aktivitet 2020	22964	97633	4,3	37284	115978	10477	
Aktivitet 2020, redusert gj.liggetid 1 dag	22964	75781	3,3				
Kapasitet og kapasitetsbehov		Normal senge området. Ant plasser		Dag opphold. Ant plasser	Poliklinikk. Ant rom	Operasjon. Ant rom	Kapasitets balanse
Beregnet kapasitetsbehov 2006		290		60	48	10	
Faktisk kapasitet 2006		357		24	133	13	
Faktisk 2006 vs beregnet kapasitet 2006		67		-36	85	3	
Beregnet kapasitetsbehov 2020		315		108	63	13	
Beregnet kapasitetsbehov 2020, økt utnyttelsesgrad		244		78	36	7	
Faktisk kapasitet 2006		357		24	133	13	
Faktisk 2006 vs beregnet kapasitet 2020		42		-84	70	0	
Faktisk 2006 vs beregnet 2020 redusert liggetid/økt utnyttelse		113		-54	97	6	
Arealer og arealbehov		Normal senge området		Dag opphold	Poliklinikk	Operasjon	Areal balanse
Faktisk arealfaktor		26		24	36	147	
Arealstandard, grunnlag for beregning		25		20	30	120	
Beregnet arealbehov 2006		7244		1195	1455	1175	
Faktisk arealbruk 2006		9317		576	4754	1911	
Faktisk 2006 vs beregnet arealbehov 2006		2073		-619	3299	736	5490
Beregnet arealbehov 2020		7874		2161	1891	1549	
Beregnet arealbehov 2020, redusert liggetid/økt utnyttelse		6111		1554	1087	891	
Faktisk arealbruk 2006		9317		576	4754	1911	
Faktisk 2006 vs beregnet arealbehov 2020		1443		-1585	2863	362	3083
Faktisk 2006 vs beregnet arealbehov 2020, redusert liggetid/økt utnyttelse		3206		-978	3667	1020	6915

4.6 Arealer og arealberegning

Til hvert romnavn i klassifikasjonssystemet skal det knyttes areal. Det angis som netto funksjonsareal (NTA) som tilsvarer arealet i rommet målt innenfor veggene. Sum arealer for en delfunksjon eller et område i et bygg vil i klassifikasjonssystemet avvike fra NTA ettersom transportarealer og tekniske rom er klassifisert under egne hoved- og delfunksjoner. Grunnlag for beregning av arealbruk for f.eks. alle sengerommene i delfunksjonen "normalsengeområdet" er dermed summen av netto funksjonsarealer for alle rom som er nødvendig for funksjonen, eksklusiv transportarealer og tekniske rom. Innvendige arealer kan også angis som netto bruksarealer (NTB), som tilsvarer alt areal for et område målt innenfor yttervegger. For beregning av arealer vises det ellers til NS 3940.

I tabell 9 var det eksempel på hva den faktiske arealfaktoren er i et sykehus' sengeområder. Når man benytter et beregnet kapasitetsbehov og en forhåndsdefinert arealfaktor vil man få et beregnet arealbehov. Dette gir grunnlag for å beregne arealbalansen, altså hvor stort areal man disponerer i dag i forhold til et beregnet arealbehov.

Tabell 11 viser differansen mellom faktisk arealbruk og beregnet arealbehov (arealbalansen) for ulike delfunksjoner i forskjellige sykehus og totalt for et sykehusområde/HF i 2006 og fremskrevet til 2020.

Tabell 11 bygger på tilsvarende beregninger som er vist i tabell 9, men hvor også arealbruk og beregnet arealbehov er tatt med. Grunnlaget er kapasitets- og arealdata hentet fra klassifikasjonssystemet og aktivitetsdata fra Norsk Pasientregister (NPR). Det er brukt modeller for fremskriving av behov og forutsetninger om kapasitetsutnyttelse og arealstandarder.

Tabellen viser at det samlet er et beregnet arealoverskudd for nesten alle sykehusene både i 2006 og 2020, forutsatt en høy kapasitetsutnyttelse. Det viser at virksomheten kan utvikles innenfor de arealer man disponerte i 2006, forutsatt at byggene har en kvalitet og egnethet som tilfredsstiller fremtidige krav, og at de forutsetninger som ligger til grunn for beregningene er relevante.

Tabell 11 Eksempel på beregning av arealbalanse 2006 og 2020 for sykehusenheter i et sykehusområde forutsatt høy utnyttelsesgrad i 2020

Sykehusområde/HF	Arealbalanse 2006					Arealbalanse, høy utnyttelse 2020				
	Normal senge område	Dag område	Poliklinikk	Operasjon	Sum areal	Normal senge område	Dag område	Poliklinikk	Operasjon	Sum areal
Sykehusområde 1	-1988	83	6480	-1712	2863	1920	-130	7583	-344	9029
Sykehusområde 2	5738	-514	3070	539	8833	835	-771	3703	1133	4900
Sykehusområde 3	910	-330	3589	1649	5818	2303	-442	3968	1649	7478
Sykehusområde 4	-475	-457	782	146	-4	340	-464	914	359	1149
Sykehusområde 5	-359	-5	488	48	172	870	-82	639	-79	1348
Sykehusområde 6	2954	-1424	4819	1284	7633	5231	-1784	5397	2003	10847
Sykehusområde 7	-482	-273	2083	634	1962	-404	-426	2206	724	2100
Sum	6298	-2920	21311	2588	27277	11095	-4099	24410	5445	36851

I klassifikasjonssystemet registreres alle rom med tilhørende arealer. Det omfatter også rom som brukes til transport (korridorer, kulverter, trapper, heiser, mv) og tekniske funksjoner (tekniske rom, sjakter, tekniske mellometasjer, mv). Samlet for alle hovedfunksjoner gir klassifikasjonssystemet summen av NTA i alle rom. Dette gir muligheter for å analysere bruk av arealer fordelt på primærvirksomheten, støttefunksjonene og til transport og teknikk. Klassifikasjonssystemet er ikke primært et verktøy for beregning av fordelingen mellom NTA og bruttoarealer (BTA), men er nyttig for sammenligning av arealfordeling og arealbruk mellom bygg og virksomhet.

5. Definisjoner og begrepsavklaringer

5.1 Definisjoner

Tabell 12 gir definisjoner av viktige begreper i veilederen og klassifikasjonssystemet.

Tabell 12 Begrepsavklaringer

Begrep	Definisjon/presisering
Brukarbarhet	Et byggs egnethet i forhold til de krav som funksjonen stiller til bygget
Delfunksjon	Et funksjonsområde for en spesifikk funksjon som inngår i en hovedfunksjon, for eksempel delfunksjonen et normalsengeområde som del av hovedfunksjonen Opphold.
Driftstid	Den tiden av døgnet og året som en virksomhet er i drift
Egenskap	Opplysninger som kan knyttes til et rom, for eksempel NTA, avdeling/enhet som disponerer rommet.
Energibehov	Behovet for energi som funksjoner eller utstyr i rommet genererer. Kan angis iht ulike standarder, ref NS3031.
Hovedfunksjon	Inndeling av et sykehus i funksjonelle områder iht sykehusets virksomhetsområder, for eksempel opphold, undersøkelse og behandling.
Kapasitetsbærende rom og plasser	De rommene eller plassene som definerer kapasiteten for de primære virksomhetsområdene i sykehuset, f.eks. sengeplasser, kontorer, møterom og garderober For disse rommene skal kapasitet angis.
Nomenklatur	Standard for benevning av hovedfunksjoner, delfunksjoner og romnavn
Romnavn	Det definerte, lovligte navnet på et rom i klassifikasjonssystemet, slik nomenklaturet angir
Romspesifikasjon	Utfyllende opplysninger som kommer i tillegg til romnavnet. Romspesifikasjonen er obligatorisk og angir hva rommet brukes til.
Netto funksjonsareal	Netto arealer i et rom målt på innsiden av veggene
NTA	Netto funksjonsarealer iht NS3940
NTB	Netto bruksarealer for et område iht NS3490, målt innenfor yttervegg. Omfatter også innervegger mellom rommene

5.2 Nomenklaturet

Tabell 13 til 27 inneholder nærmere forklaringer til nomenklaturet i klassifikasjonssystemet. Det viser sammenhengen mellom hovedfunksjoner og delfunksjoner og gir en beskrivelse av hva funksjonen omfatter og noen avgrensinger til andre funksjoner.

Den fullstendige oversikten over hovedfunksjoner, delfunksjoner, romnavn og romspesifikasjoner kan lastes ned fra; <https://www.klassifikasjonssystemet.no>. Dette er Excel tabeller som viser hele klassifikasjonssystemet.

Tabell 13 Oversikt over hovedfunksjoner med forklaring

Nr	Hovedfunksjon	Kommentar
1A	Opphold, somatikk	Alle typer rom for døgn- og dagopphold. Unntak er senger til postoperativ overvåking hvor pasienten har en ledig seng som venter. Disse klassifiseres under 2A. Egne undervisnings- eller forskningsenheter for døgn- og dagopphold omfattes også av denne funksjonen.
1B	Opphold, psykiatri og rus	Konsultasjonskontorer og undersøkelsesrom som kun brukes til døgn-innlagte og dagpasienter skal som hovedregel klassifiseres her.
2A	Undersøkelse og behandling, somatikk	Rom der det foregår direkte pasientrettet arbeid i form av konsultasjon, undersøkelse og/eller behandling.

2B	Undersøkelse og behandling, psykiatri og rus	
3	Medisinsk service	Støttefunksjoner til den kliniske virksomheten (laboratoriefunksjoner, AMK, ambulansetjeneste, apotek). Dette omfatter hovedsakelig arealer der det ikke er pasienter. Prøvetakingsenheter inngår også her (med pasientaktivitet)
4	Ikke-medisinsk service	Støttefunksjoner til den øvrige virksomheten. Omfatter renhold, teknikk, varehåndtering, kjøkken, osv.
5	Administrasjon	Kontor- og møteromsfunksjoner (kontorer og støtterom) både for sentral administrasjon/sykehusledelse, ledelse i kliniske avdelinger med stab og skrivefunksjoner. Alle kontorer som ikke inngår som en nødvendig integrert driftsmessig del av andre funksjoner skal registreres her. Omfatter også enkelte spesielle funksjoner som f.eks. trykkeri og museum Omfatter ikke lederkontorer til støttefunksjonene (medisinsk- og ikke-medisinsk service), eller kontorer til tillitsvalgte. Disse klassifiseres under hhv hovedfunksjonene 3, 4. og 6
6	Personalservice	Kantine, garderobes, trimrom og andre servicearealer for personalet. Kantine avgrenses mot kjøkken som ligger under hovedfunksjon 4.
7	Pasientservice	Servicefunksjoner for pasienter utenom de kliniske funksjonene. Omfatter prestetjeneste, pasientbibliotek, lærings- og mestringscenter, mv
8	Undervisning og forskning	Undervisnings- og forskningsområder som benyttes av ansatte, studenter og forskere. Rom som eies eller i hovedsak brukes av eksterne høyskoler/universitet merkes med egenskapen "ekstern eier/leietaker". Omfatter ikke areal til pasientundervisning.
9	Tekniske arealer	Areal til teknisk infrastruktur og teknisk forsyning i sykehuset. Omfatter tekniske sjakter/føringsveier, varmesentral, ventilasjonsrom, serverrom mv. Teknisk mellometasje inngår i denne hovedfunksjonen. Omfatter ikke verksteder og rom til teknisk drift, som ligger under hovedfunksjon 4 (ikke-medisinsk service). Som hovedregel er dette arealer der det ikke oppholder seg mennesker.
10	Trafikkarealer	Omfatter korridorer, heiser, trapperom, vestibuler, gangarealer, mv
11	Utomhus	Areal utenfor bygningsmassen. Omfatter bl.a. åpne terrasser, balkonger, parkeringshus, parkeringsplasser, oppstillingsplasser for ambulanser og helikopter mv
12	Ikke i bruk	Areal som ikke er i bruk av sykehuset. Omfatter rom som leies ut til eksterne parter, står ubrukt over lengre tid, ikke innredede arealer, råbygg og utgravde arealer. Det kan være bygg som er i teknisk og bygningsmessig dårlig stand. Leies rommene ut til leverandører av samme type tjenester som sykehuset utfører (poliklinikk, pasienthotell ol), skal de klassifiseres som de hoved- og delfunksjoner de fungerer som. Slike rom merkes med egenskapen "Eie-utleid til xx". I slike tilfeller må også aktiviteten som gjennomføres i rommene registreres.

Tabell 14 Oversikt over delfunksjoner i hovedfunksjon **Opphold, somatikk** med forklaring

HF Nr	Nr	Delfunksjon	Kommentar
1A	1	Barnesengeområde	Omfatter sengeområde for barn mellom nyfødt og 16/18 år. Dette kan være egne enheter eller en avgrenset del av et normalsengeområde. Omfatter ikke intensivplasser eller habilitering/rehabilitering, som klassifiseres under hhv 1A.2, 1A.8 og 1A.5
1A	2	Barneintensiv	Omfatter sengeområde for akutt, kritisk syke barn. Dette kan være egne enheter eller en avgrenset del av en intensivenhet for voksne. Dersom det er senger for barn som er integrert i en intensivenhet for voksne, skal disse klassifiseres under delfunksjonen 1A.6
1A	3	Dagområde	Oppholdsfunksjon for pasienter som er til dagbehandling. Dagområde kan være organisert som en egen enhet, eller som en avgrenset del i et sengeområde eller poliklinikkområde. For dagkirurgiske enheter vil

			venteplasser og hvileplasser inngå i dagområdet, mens rom til operasjon og postoperativ overvåking vil kategoriseres under hhv delfunksjon 2A.9 Operasjon og delfunksjon 2A.7 Oppvåkning
1A	4	Føde/barsel	Omfatter både observasjonssenger, venteplasser, føderom, barselplasser, mv. Dersom operasjonsstue (sectiostue) er en integrert del av funksjonsområdet, skal den registreres her og ikke under delfunksjon 2A.9 (operasjon)
1A	5	Habilitering / Rehabilitering	Sengeområde for pasienter til habilitering/rehabilitering. Omfatter ikke rom til kliniske støttefunksjoner som ergoterapi/fysioterapi og sosionom. Disse skal klassifiseres under hhv 2A.3 og 2A.5. Poliklinisk aktivitet for habilitering/rehabilitering klassifiseres under hovedfunksjon Undersøkelse og behandling, somatikk. Dagbehandling klassifiseres under 1A.3 Dagområde.
1A	6	Intensiv	Område med overvåkingsplasser der pasienten får intensiv behandling og pleie (inkludert støtterom). Respiratoravhengige pasienter ligger som regel i intensivområdet.
1A	7	Lett overvåking	Lett overvåking integrert i sengeområdene, ofte som et eget rom. Omfatter ikke postoperative overvåkingsplasser. Disse skal klassifiseres under delfunksjon 2A.7
1A	8	Neonatal intensiv	Intensivplasser for behandling av syke nyfødte, både intensivplasser og "vokseplasser". Overnattingsplasser for foreldre i neonatalenheten registreres også her
1A	9	Normal-sengeområde	Funksjonsområde for "vanlige" døgn opphold i sykehus. Omfatter også enkeltisolater og hele sengeområder med infeksjonssenger
1A	10	Observasjon	Som regel knyttet til akuttmottak og i noen tilfeller lokalisert til sengeområder. Pasientgruppen er som regel øyeblikkelig hjelp-pasienter Omfatter ikke observasjonsplasser for fødende. Disse klassifiseres under 1A.4 (føde/barsel).
1A	11	Pasienthotell	Kan være en egen enhet/bygg eller integrert i sykehuset. Sykehotell eid og drevet av eksterne klassifiseres ikke
1A	12	Tung overvåking	Område med overvåkingsplasser der pasienter med spesielt overvåkingsbehov får behandling og pleie (inkludert støtterom). Benevnes i noen sammenhenger som "step down" eller "intermediærenhet". Kan være lokalisert som en avgrenset del av et sengeområde eller som en egen enhet, for eksempel hjerteovervåking. Omfatter ikke postoperative overvåkingsplasser etter tyngre kirurgi. Disse klassifiseres under delfunksjon 2A.12

"Normalsengeområde" er den delfunksjon som omfatter de fleste sengerom m/støtterom. Areal i "Normalsengeområde" kan variere avhengig av pasientkategorier og om de har særskilte behov. Ved å knytte denne delfunksjonen opp mot organisasjonskodeverket eller fagområder kan man se sammenhengen mellom pasientkategori og arealbehov. For små sykehus vil barnesengeområde, habilitering/rehabilitering ofte være enkeltstående rom integrert i et normalsengeområde.

Intensiv, lett og tung overvåking er delfunksjoner som i store sykehus ofte er fysisk atskilte områder. For små sykehus er det ofte et felles område der funksjonene deler støtterom. I klassifiseringen legges støttearealet inn under hovedbrukeren, og det kommenteres om det er flere delfunksjoner som er brukere.

Tabell 15 Oversikt over delfunksjoner i hovedfunksjon **Opphold, psykiatri og rus med forklaring**

HF Nr	Nr	Delfunksjon	Kommentar
1B	1	Barnesengeområde	Sengeområde for barn og ungdom opp til 18 år
1B	2	Dagområde	Oppholdsfunksjon for pasienter som har dagopphold. Dagområde kan være organisert som en egen enhet, eller som en avgrenset del i et sengeområde eller poliklinikkområde. Dagplasser er kapasitetsbærende rom i dagområdet.
1B	3	Familieenhet	Område som er spesielt tilrettelagt for undersøkelse / behandling / terapi for familier ved døgnopphold eller dagopphold
1B	4	Normalsengeområde	Omfatter sengeområder for døgnopphold uten spesielle krav til skjerming eller sikring. Omfatter også konsultasjonsrom, undersøkelsesrom / samtalerom knyttet til sosionom, psykolog og lege som er integrert i området
1B	5	Rehabilitering	Sengeområde for pasienter til psykiatrisk rehabilitering. Omfatter også

			rusbehandling
1B	6	Sikring	Sikkerhetsavdelinger eller sikkerhetssoner der det er fysisk avstengte områder
1B	7	Skjerming	Avgrenset del av enhet der pasienter skjermes fra andre. Omfatter også belterom

Tabell 16 Oversikt over delfunksjoner i hovedfunksjon **Undersøkelse og behandling, somatikk** med forklaring

HF Nr	Nr	Delfunksjon	Kommentar
2A	1	Akuttmottak	Mottak av øyeblikkelig-hjelp pasienter i sykehuset. I noen sykehus tas også elektive pasienter imot i akuttmottaket. I store sykehus ofte samlokalisert med og har felles støtterom med observasjonsenhet og AMK-sentral. I små sykehus kan akuttmottaket utgjøre ett eller et fåtall rom f.eks. i en intensivavdeling. Traumerom med røntgen og operasjonsvirksomhet kategoriseres her og ikke under 2A.9 (operasjon) eller 2A.11 (radiologi). Legevakt er i en del sykehus integrert i denne funksjonen, og deler derfor støtterom
2A	3	Ergo- og fysioterapi	Rom til ergo- og fysioterapifunksjonen som kan være lokalisert i poliklinikker, dagområder, sengeområder eller som egne enheter.
2A	4	Kliniske spesiallaboratorier	Rom til undersøkelse/behandling av pasienter der det benyttes spesielt utstyr eller der det er behov for spesiell utforming av rommet. Kan være en egen avgrenset funksjon eller en del av sengeområder eller poliklinikker. Eksempler er gastrolab, lungefysiologisk lab, kardiologisk lab. Omfatter ikke radiologi, som klassifiseres under 2A.11.
2A	5	Kliniske støttefunksjoner	Støttefunksjoner som sosionom, klinisk ernæringsfysiolog, psykolog mv. Består ofte av kontorer som er samlokalisert med administrative funksjoner eller poliklinikker.
2A	6	Legevakt	Poliklinisk funksjon som drives av kommunehelsetjenesten. I noen tilfeller samlokalisert med Akuttmottak i FAM (Felles Akuttmottak). Har da ofte felles støtterom, som klassifiseres under 2A.1.
2A	7	Oppvåkning	Overvåking av pasienter i forbindelse med undersøkelse/behandling. Omfatter både pasienter som har vært i generell narkose, men også pasienter som har behov for overvåking etter lokalanestesi eller omfattende undersøkelser. Operasjon (postoperativ overvåking) eller tyngre prosedyrer innen radiologi; f.eks. angiografi og kliniske spesiallaboratorier; f.eks. endoskopier.
2A	8	Nukleærmedisin og PET	Omfatter rom for undersøkelse av pasienter, f.eks. gammakamera, PET skanner og støtterom. Tilbereding av radioaktivt stoff, f.eks. syklotron
2A	9	Operasjon	Operasjonsrom med støtterom. Gjelder både dagkirurgi og operasjonsenheter for døgnpasienter. Gjelder ikke for separate skiftstuer/mindre operasjonsrom integrert i poliklinikker eller akuttmottak og føde/barsel. Disse klassifiseres under de respektive funksjoner. Operasjonsstuer som ikke er i bruk til pasientbehandling, men står i beredskap kategoriseres under 4.3 Beredskap.
2A	10	Poliklinikk	Undersøkelse/behandling av polikliniske pasienter. Arealet kan være i egne enheter eller samlokalisert/integrert med sengeområder, radiologienheter, kliniske laboratorier mv.
2A	11	Radiologi	Omfatter rom til røntgendiagnostikk, annen bildediagnostikk og behandling. Intervensjonsradiologi kan i noen tilfeller ligge som en integrert del i operasjonsenheten og klassifiseres da under 2A.9. Ultralydapparat eller røntgenapparat som ikke er plassert i radiologienheten klassifiseres under den enheten det er plassert dersom det ikke defineres som en "satellittenhet" av radiologi. Brystdiagnosesenter med integrert mammografilab klassifiseres under 2A.10 (poliklinikk)

Tabell 17 Oversikt over delfunksjoner i hovedfunksjon **Undersøkelse og behandling, psykiatri og rus** med forklaring

HF Nr	Nr	Delfunksjon	Kommentar
2B	1	Akuttmottak	Mottaksrom eller -område for akutte innleggelser av psykiatriske pasienter. Kan være en avgrenset del av et somatisk akuttmottak.
2B	2	Ergo- og fysioterapi	Omfatter rom til ergo- og fysioterapi for psykiatriske pasienter. Kan være lokalisert som egne enheter eller som en avgrenset del av poliklinikker, dagområder eller sengeområder. Dersom rommene brukes til både somatiske og psykiatriske pasienter klassifiseres disse under 2A.3
2B	3	Familieterapi	Område som er spesielt tilrettelagt for undersøkelse / behandling / terapi for familier som er til polikliniske konsultasjoner.
2B	4	Kliniske støttefunksjoner	Støttefunksjoner som bla rom for sosionom og klinisk ernæringsfysiolog. Dersom rommene er integrert som en del av virksomheten i et sengeområde eller poliklinikk, skal det klassifiseres under disse.
2B	5	Poliklinikk	Omfatter område for undersøkelse og behandling av polikliniske pasienter. Omfatter også konsultasjonsrom, undersøkelsesrom og samtalerom knyttet til sosionom, psykolog og lege som driver behandling av både inneliggende og polikliniske pasienter, dersom dette er integrert i et poliklinisk område.

Tabell 18 Oversikt over delfunksjoner i hovedfunksjon **Medisinsk service** med forklaring

HF Nr	Nr	Delfunksjon	Kommentar
3	1	AMK-sentral	Omfatter operatørrom og støtterom. Legevaktsentral er ofte samlokalisert med AMK og klassifiseres da her. Legevaktsentral kan også være integrert i legevakt eller akuttmottak der det ikke finnes AMK-sentral, og klassifiseres da under hhv 2A.6 og 2A.1. Rom for teknisk utstyr/serverrom klassifiseres under delfunksjon 9.1 (tekniske rom).
3	2	Apotek	Omfatter både sykehusapotek og vanlige apotek tilknyttet sykehuset der det oppbevares, tilberedes, selges og distribueres legemidler.
3	3	Blodbank	Laboratoriefunksjon som inkluderer tapping, lagring, produksjon og distribusjon av blod og blodprodukter. Støtterom inkluderes
3	4	Laboratoriemedisin	Laboratoriefunksjon som inkluderer prøvetaking og analyser både innenfor medisinsk biokjemi, patologi, medisinsk genetikk og mikrobiologi. Inneholder også laboratorier for immunologiske analyser. Funksjonen er ofte sentralisert, men har av og til desentrale enheter i eller ved kliniske funksjoner som for eksempel akuttmottak. Medisinsk genetikk og prøvetakingsenheter kan av og til være samlokalisert med poliklinikker. Omfatter ikke rom som er dedikert kun til undervisning og forskning. Disse klassifiseres under 8.4. Omfatter også sykehushygiene i mange sykehus. Dersom det ikke egen enhet for mikrobiologi og kun kontor for f.eks. hygienesykepleier, skal disse klassifiseres under 5.4 (sentraladministrasjon) Det omfatter også oppbevaring av lik, obduksjon og disseksjon. Omfatter ikke kapell som klassifiseres under 7.7 (prestetjeneste).
3	7	Ambulansetjeneste	Omfatter både bil- og luftambulans. Lukkede garasjer, vaskehaller, ambulansseinngang, kontorer, hvilerom med mer. Omfatter ikke helikopterplattform, åpne garasjer og oppstillingsplasser ute for biler. Disse klassifiseres under hhv delfunksjon 11.1, 11.3 og 11.4

Tabell 19 Oversikt over delfunksjoner i hovedfunksjon **Ikke-medisinsk service** med forklaring

HF Nr	Nr	Delfunksjon	Kommentar
4	1	Avfallshåndtering	Sentral lagring og håndtering av avfall, herunder også for urent tøy. Omfatter ikke rom til lagring og håndtering av avfall lokalt i f.eks. poliklinikker, sengeområder og kontorområder. Disse skal klassifiseres under de respektive funksjoner.
4	2	Behandlingshjelpemidler	Omfatter rom til utlevering og kontroll, samt opplæring av pasienter i bruk av behandlingshjelpemidler som forstøvere, insulinpumper, hjemmerespirator osv. Ofte nært knyttet til medisinsk teknikk.
4	3	Beredskap	Omfatter garderobes, lager og rom som er disponert utelukkende for beredskapssituasjoner, for eksempel ved utrykning og behandling i forbindelse med katastrofer.
4	4	FDVU	Kontorer og verksteder med støtterom til personell som har ansvar for drift, vedlikehold og utvikling av eiendomsmassen.
4	5	IKT drift	Driftsfunksjon for utvikling, daglig drift og vedlikehold av sykehusets IKT-systemer. Omfatter kontorer og støtterom. Omfatter ikke sentrale data-/serverrom. Disse klassifiseres under delfunksjon 9.1 Datastøtte/"helpdesk" driftes ofte av eksterne. Dersom sykehuset selv drifter denne tjenesten, eller har rom i sykehuset som leies av eksterne, skal arealene klassifiseres under 5.4. (sentral administrativ kontorfunksjon).
4	6	Journalarkiv	Nær- og fjernlagerfunksjon for pasientjournaler. Kan også omfatte scanning og eventuell distribusjon av papirjournaler. Omfatter ikke arkiv for røntgenbilder. Disse klassifiseres under 2A.11.
4	7	Medisinsk teknikk	Funksjon for vedlikehold av medisinsk teknisk utstyr. Kan omfatte sentrale og desentrale verksteder, kontorer og lager. Satellittverksteder knyttet til operasjon, røntgen og lab skal inngå her.
4	8	Renhold	Omfatter både sentrale og desentrale stasjoner. Støtterom som pauserom, møterom, kontor med mer som hører til funksjonen skal inkluderes. Omfatter ikke bøttekott og desinfeksjonsrom som inngår i sengeområder, operasjon osv. Disse skal klassifiseres under de respektive delfunksjoner.
4	9	Sengehåndtering	Sentrale og desentrale funksjoner for oppbevaring, renhold og vedlikehold av senger og sengeutstyr. Rom lokalisert i sengeområdene klassifiseres også her.
4	10	Sentralkjøkken	Sentral kjøkkenfunksjon for mottak, lager og tilberedning av mat til lokale kjøkken, sengeområder og kantiner. Omfatter også sentrale kjøkkenfunksjoner som er desentralisert, for eksempel senterkjøkken og egne produksjonskjøkken. Mottak kan i noen tilfeller ligge i tilknytning til sentrallager, og klassifiseres da under 4.11 (sentrallager)
4	11	Sentrallager	Omfatter sentralt varemottak, sentrallager og vareutlevering til hele sykehuset.
4	12	Sikkerhetstjeneste	Omfatter rom for sikkerhetspersonell (vaktrom, overvåkingsrom, telefonrom, oppbevaring av nøkler/adgangskort). Denne funksjonen er ofte satt bort til eksterne drivere. I enkelte sykehus er denne funksjonen lagt under transport- og portørtjenesten, og klassifiseres da under 4.14
4	13	Sterilsentral	Omfatter rom til mottak, rengjøring, sterilisering, pakking og distribusjon av sterilgods. Alle støtterom inngår. Funksjonen benevnes i enkelte sykehus som sterilforsyning. Desinfeksjons- og nødautoklaveringsrom i f.eks. operasjonsområder, røntgen, spesiallaboratorier og poliklinikker klassifiseres under de respektive delfunksjonene.
4	14	Transport og portør	Omfatter kontorer, møterom, ekspedisjon mv. for logistikk, transport- og portørfunksjonen. I tillegg spesifikke rom for sentral drift av rørpost og AGV (automatic guided vehicle), herunder ladestasjoner og spesielle områder for henting og avlevering av vogner. I enkelte sykehus inngår sikkerhetstjenesten som en del av denne funksjonen, og klassifiseres da her.
4	15	Tøyhåndtering	Omfatter sentralt mottak, omlasting/lagring og distribusjon av rent tøy. I enkelte sykehus kan vaskeri inngå i denne funksjonen. Omfatter ikke rom for urent tøy. Dette inngår i avfallshåndtering. Unntaket er dersom sykehuset har eget vaskeri, da klassifiseres rom for urent tøy her.

			Omfatter ikke tøyhåndtering ved brukersteder. Disse klassifiseres under de respektive funksjoner.
--	--	--	---

Tabell 20 Oversikt over delfunksjoner i hovedfunksjon **Administrasjon** med forklaring

NF Nr	Nr	Delfunksjon	Kommentar
5	1	Administrative kontorfunksjoner	Omfatter rom til avdelingsledelse med stab ved kliniske funksjoner. I tillegg skal alle kontorer til leger, kuratorer og sykepleiere i overordnede lederstillinger mv klassifiseres her. Kontorer for fagorganisasjoner og verneombud inngår også her. Omfatter ikke den operative ledelsen (avdelingssykepleier, postsekretær eller tilsvarende). Disse knyttes til driftsenheten, sengepost, poliklinikk oa.
5	2	Museum	Omfatter rom for oppbevaring og utstilling av museumsgjenstander
5	3	Trykkeri	Omfatter rom for trykke-/kopimaskiner, lager papir osv. Benevnes i enkelte sykehus som hustrykkeri eller reprosentral.
5	4	Sentral administrativ kontorfunksjon	Omfatter sykehusets eller helseforetakets sentrale ledelse med stabsfunksjoner (personal, lønn, økonomi osv.). Kontorer for kvalitetsansvarlige, HMS, AMU osv inngår også her. I tillegg sentrale møterom som disponeres felles.
5	5	Merkantile kontorfunksjoner	Omfatter skrivestuer som er sentralt lokalisert. Gjelder ikke arbeidsplasser i publikumsrettede ekspedisjoner/resepsjoner som er en del av en annen funksjon, f.eks. radiologi eller sengeområde.
5	6	Kliniske kontorfunksjoner	Kontorer, møterom mm for klinisk personell, dvs. leger, sykepleiere mm som ikke har lederstilling og som ikke inngår i et klinisk funksjonsområde.

Tabell 21 Oversikt over delfunksjoner i hovedfunksjon **Personalservice** med forklaring

HF Nr	Nr	Delfunksjon	Kommentar
6	1	Barnehage	Barnehage som drives av sykehuset for ansattes barn.
6	2	Bedrifts-helsetjeneste	Omfatter kontorer og undersøkelsesrom til bedriftshelsetjeneste for ansatte
6	4	Garderobe	Omfatter garderobefunksjon for ansatte. Omfatter tøylager (rent og urent), dusj, garderobe og WC. Omfatter ikke mindre garderober tilknyttet et kontorområde, sengeområde, poliklinikkområde eller som er en del av innslusing til operasjon. Disse klassifiseres under de respektive funksjonene
6	5	Kantine	Omfatter rom til kantine for sykehusets ansatte. Kan også være kantine som benyttes av pasienter/besøkende. Kantineplasser, serveringsarealet, WC og evt. andre støtterom. Omfatter ikke sentralkjøkken, men kantinekjøkken (når dette kun leverer mat til kantinen)
6	6	Overnatting	Overnattingsrom for sykehusets ansatte (vaktpersonell). Omfatter ikke overnattingsrom for ambulansetjenesten. Disse klassifiseres under 3.7.
6	7	Rekreasjon	Omfatter treningsrom, rekreasjonsrom osv. Omfatter ikke pauserom. Disse kategoriseres under de respektive funksjoner.
6	8	Sanitærrom	Omfatter WC/dusj og ammerom for personalet som ikke ligger lokalisert i tilknytning til andre funksjoner. Sanitærrom tilknyttet sengeområde, poliklinikk mv klassifiseres under de respektive funksjoner.

Tabell 22 Oversikt over delfunksjoner i hovedfunksjon **Pasientenservice** med forklaring

HF Nr	Nr	Delfunksjon	Kommentar
7	1	Kulturvirksomhet	Omfatter rom for kulturell virksomhet. Kino, scener, kunstutstillinger mv.
7	2	Lærings- og mestringssenter	Omfatter rom for undervisning av pasienter og pårørende, kontorer, pasientbibliotek og "helseressurssenter".
7	3	Næringsvirksomhet	Omfatter kiosk, butikker, frisør, kafé mv. Som oftest er dette utleieareal. Omfatter ikke kantine for personalet og apotek. Dette er kategorisert under hhv 6.5 og 3.2

7	4	Overnatting	Omfatter overnattingsrom for pårørende i sykehuset. Omfatter ikke rom i pasienthotell som klassifiseres under 1A.11.
7	5	Pasientbibliotek	Omfatter rom til lagring og utlån av bøker og tidsskrifter, internett og søkestasjoner. Funksjonen vil i noen tilfeller være tilknyttet lærings- og mestringssenter og klassifiseres da under 7.2.
7	6	Pasientinformasjon	Omfatter sentral resepsjon med generell informasjon for pasienter og besøkende. Infostasjoner for pasienter og besøkende. Omfatter også rom som benyttes av pasientorganisasjoner. Pasientinformasjon kan også være en del av et Lærings- og mestringssenter, og klassifiseres da under 7.2
7	7	Prestetjeneste	Omfatter prestekontorer, kirkerom, kapell og lignende.
7	8	Sanitærrrom	Omfatter WC/dusj og ammerom for pasienter og besøkende som ikke ligger lokalisert i tilknytning til andre funksjoner. Sanitærrrom tilknyttet sengeområde, poliklinikk, mv klassifiseres under de respektive funksjoner
7	9	Skole og barnehage	Omfatter rom for undervisning, aktivisering og lek mv med tilhørende støtterom for pasienter. Oftest tilknyttet barneavdelinger.
7	10	Rekreasjon	Omfatter treningsrom, rekreasjonsrom osv. som ikke er klassifisert som behandlingsarealer. F.eks. rekreasjonsfunksjoner for pårørende og pasienter

Tabell 23 Oversikt over delfunksjoner i hovedfunksjon **Undervisning og forskning** med forklaring

HF Nr	Nr	Delfunksjon	Kommentar
8	1	Dyrestall	Omfatter rom til forskning og undervisning med oppstalling av dyr, inkl føring. Kan også omfatte operasjonsstuer, u/b rom, laboratorier og alle støtterom.
8	2	Forskning	Omfatter rom til forskning som ikke inngår i andre funksjoner eller områder. Omfatter ikke rom til forskning i dyrestall, eller forskningsposter. Disse klassifiseres under hhv 8.1 og 1A.9/1B.4
8	3	Medisinsk bibliotek	Omfatter rom til oppbevaring, distribusjon av faglitteratur for ansatte og studenter, leseplasser, kontorer mv. Omfatter ikke undervisningsrom som tilknyttes biblioteket. Disse kategoriseres under 8.5 (undervisning). Omfatter ikke lokale rom for oppbevaring av litteratur i de kliniske enhetene. Disse klassifiseres under de respektive funksjoner.
8	4	Simuleringsenhet	Omfatter rom til opplæring og simulering av hendelser for ansatte. Kan omfatte undersøkelses- og behandlingsrom og operasjonsstuer. Dersom pasientbehandling foregår i rommene, skal de klassifiseres under de respektive funksjoner.
8	5	Undervisning	Omfatter undervisning for ansatte, studenter, hospitanter. Gjelder auditorier, grupperom, ferdighetsrom mv med tilhørende støtteareal. Dersom undervisningsrom er integrert i funksjoner som poliklinikker, sengeområder osv., skal de trekkes ut og kategoriseres med delfunksjon Undervisning og forskning.

Tabell 24 Oversikt over delfunksjoner i hovedfunksjon **Teknisk areal** med forklaring

HF Nr	Nr	Delfunksjon	Kommentar
9	1	Tekniske rom	Alle rom som har tekniske installasjoner hvor det ikke oppholder seg mennesker over tid. Gjelder for eksempel ventilasjonsrom, tavlerom, varmesentral, fordelingsanlegg
9	2	Tekniske sjakter	Omfatter alle vertikale føringsveier (ventilasjonssjakter, rørsjakter mv)
9	3	Teknisk mellometasje	Omfatter teknisk mellometasje og gangbare himlinger > 180 cm. Inndeles med rom/romsoner for aggregater, korridorer mm.

Tabell 25 Oversikt over delfunksjoner i hovedfunksjon **Trafikkareal** med forklaring

HF Nr	Nr	Delfunksjon	Kommentar
10	1	Internt trafikkareal	Omfatter korridorer, ganger, trapper og heiser som betjener kun ett delfunksjonsområde. Omfatter ikke forrom og nisjer som inngår i andre funksjoner (f.eks. operasjonsstuer og isolat). Disse klassifiseres under de respektive funksjoner. Trafikkareal i tekniske mellometasjer klassifiseres under 9.3.
10	2	Tverrgående trafikkareal	Omfatter korridorer, ganger, trapper og heiser som betjener flere delfunksjonsområder
10	3	Trafikkareal mellom bygg	Omfatter transportareal mellom bygg, for eksempel transportkulverter og gangbroer

Tabell 26 Oversikt over delfunksjoner i hovedfunksjon **Utomhus** med forklaring

HF Nr	Nr	Delfunksjon	Kommentar
11	1	Garasje	Omfatter også åpen garasje og carport
11	2	Hage/Parkanlegg	Områder som er tilrettelagt med beplantning og for aktivitet for pasienter, pårørende, ansatte, gjester.
11	3	Landingsplass	Omfatter helikopterlandingsplass. Omfatter ikke helikopterbase med f.eks. hangar, som ligger under 3.7
11	4	Parkering	Omfatter faste oppstillingsplasser for kjøretøy; biler, sykler. Gjelder både utomhus parkering og parkering i parkeringshus
11	5	Utomhus opphold	Omfatter åpne terrasser og balkonger, både overbygd og ikke-overbygde.

Tabell 27 Oversikt over delfunksjoner i hovedfunksjon **Ikke i bruk** med forklaring

HF Nr	Nr	Delfunksjon	Kommentar
12	1	Ferdig bygg	Omfatter tomme arealer som er innredet
12	2	Råbygg	Omfatter arealer som ikke er innredet, for eksempel råloft og kalde kjellere. Kan også omfatte disponibelt areal.
12	3	Utgravd	Omfatter arealer som er utgravd

6. Innføring og bruk av klassifikasjonssystemet

Erfaringer fra innføring av klassifikasjonssystemet er hentet fra en pilot ved Helse Møre og Romsdal HF som ble gjennomført i regi av Kompetansenettverk for sykehusplanlegging i 2008, og arbeidet med innføring av systemet i Helse Sør-Øst RHF. Målet med piloten var å avklare hvilke problemstillinger man kan møte når systemet skal implementeres. Data om byggene eies og brukes av eiendomsavdelingene. Personalet som arbeider med bygg er ofte uvant med de virksomhetsmessige benevnelsene på funksjoner og rom. På den andre siden er personell ved kliniske avdelinger ofte fremmed for hensikten med og behovet for slik kartlegging og rapportering. Implementering og bruk av systemet vil berøre begge gruppene og opplæringen må derfor være tilpasset personer med ulike roller og oppgaver.

Aktiv byggforvaltning skal bidra til bedre ressursutnyttelse og mer effektiv drift. Ledelsens beslutninger om disponering av rom og arealer må bygge på kunnskap om både byggene og virksomheten som hentes fra både virksomheten og eiendomsdriften. Ledelsen må ha en klar strategi for hvorfor man driver kartlegging og innsamling av data og hva disse dataene skal brukes til. Dette må ligge til grunn for opplæring i bruken av systemet og organisering av driften. Motivasjon og forståelse for bruken av systemet påvirkes av etterspørsel etter data og tilbakemelding om bruken av dem. Dette er avgjørende for å sikre kvaliteten i dataene.

Aggregerte data på HF- og RHF-nivå gir muligheter for å sammenligne kapasiteter og arealer mellom HF og se på endringer over tid. Dette er viktig i forbindelse med daglig drift og strategisk planlegging. En nasjonal database vil gi rask oversikt over status og utviklingsmuligheter for viktige rom og funksjoner på nasjonalt nivå. Slike data vil kunne være et grunnlag for styring og beslutning på lik linje med produksjons- og kostnadsdata.

6.1 Forberedelse til innføring og kartlegging

De viktigste suksessfaktorene er ledelsesforankring, opplæring i og brukerstøtte for den første del av innføringen av klassifikasjonssystemet. En god kommunikasjon mellom ledelsen og de som skal gjennomføre kartleggingen er viktig slik at man har et likt bilde av og forventninger til resultat av klassifiseringen. Det må foreligge klare beslutninger om at systemet skal innføres, hva det skal brukes til og hva man ønsker å oppnå.

Før arbeidet igangsettes må det klargjøres hvem som har ansvar for gjennomføringen, hvordan kartlegging og klassifisering skal organiseres, hvordan data skal oppbevares og vedlikeholdes og på hvilken måte rapportering skal skje. Rapporteringsbehov og muligheter må være avklart så langt som mulig og krav til lagring av data må være klart.

Behovet for kobling av data i klassifikasjonssystemet til andre data må være avklart og rutiner beskrevet. Dette gjelder spesielt bruken av aktivitetsdata som er avgjørende for å kunne gjøre analyser av kapasitetsutnyttelse og arealeffektivitet.

Det bør foreligge en plan for organisering av videre drift av systemet og vedlikehold og oppdatering av data. Hvem som kan gi brukerstøtte ved kartleggingen og seinere drift må være avklart.

Det bør redegjøres for hvorfor systemet innføres, om oppbygging og innhold og hvordan det kan brukes. Det må gis opplæring i bruken av systemet hvor det bl.a. legges vekt på nomenklaturet med romnavn og romspesifikasjoner. Forståelsen av bruken av data om de kapasitetsbærende rommene er viktig. Det er viktig å kunne bruke riktige betegnelser men også å gjøre avveininger og valg ved uklarheter.

Det bør foreligge et oppdatert tegningsgrunnlag før klassifiseringen starter. Hvis det ikke foreligger digitale tegninger bør tegningsmaterialet polygoniseres og digitaliseres.

Lagringsmåte for data (database eller regneark) bør være avklart på forhånd.

6.2 Under kartleggingen

Første kartlegging med klassifisering av alle rom er tidkrevende. For å unngå ulikheter og systematiske feil er det viktig at det utføres av få personer som har fått grundig opplæring. I forbindelse med den første kartleggingen er det behov for dialog med ansvarlige for de ulike delfunksjonsområdene, og det er nyttig å ta med tegninger rundt under kartleggingen.

Den som kartlegger avtaler på forhånd med ansvarlig for de avdelingene og enhetene man skal kartlegge, informerer om hvordan kartleggingen skal foregå og hensikten med klassifiseringen. Det er også viktig at avdelingen blir informert om resultatet og den videre bruk av data. En god kilde til informasjon er erfaringsmessig avdelingssykepleier (eller tilsvarende mellomledernivå) som kjenner virksomheten og de fysiske omgivelsene godt. Erfaringsmessig vil disse informantene også være de beste til en forløpende oppdatering om endringer i bruk av rom.

Dersom det under kartleggingen oppstår en situasjon der det er behov for nye/andre benevnelser eller endring i strukturen skal det meldes via www.klassifikasjonssystemet.no. Kommentarer og forslag til endringer vil bli samlet opp og vurdert i forbindelse med en revisjon. Ansvarlig for revisjon av systemet er Sykehusbygg HF.

6.3 Organisering og gjennomføring

Ansvar for kartleggingen vil normalt ligge hos enheten med ansvar for drift og/eller forvaltning av eiendommer. Den tette koblingen til og avhengigheten av den kliniske virksomheten tilsier at det også ligger et ansvar hos klinisk fagansvarlige i HF-et. Dette ansvaret bør forankres både i ledelsen for HF-et og på et operativt nivå.

Første gangs gjennomføring av klassifiseringen representerer den største arbeidsinnsatsen. Deretter vil det, dersom man utarbeider gode rutiner for melding av endringer, være mindre arbeid forbundet med vedlikehold av data. De som skal gjennomføre kartleggingen bør ha avsatt tid slik at den kan gjennomføres fortløpende og ikke innimellom andre arbeidsoppgaver.

Man bør fysisk gå en runde i de arealene som kartlegges og snakke med brukerne av arealet, og ikke anta at det som står på tegning eller den kjennskap man selv har til funksjonene, stemmer over ens med faktisk bruk. En synliggjøring gjennom kartlegging setter også fokus på hvordan kapasitet og areal benyttes, og vil med dette indirekte kunne føre til en bevisstgjøring av bruk av bygg som en ressurs.

HF eller RHF bør ha etablert brukerstøtte som kan være en diskusjonspartner som er tilgjengelig under den praktiske kartleggingen og som kan bistå med avklaringer av riktig bruk av systemet. Det gjelder også for å følge opp (gjennomgang og «vasking» av romlister) via mailutveksling/ telefon.

Erfaring viser at det kan ta uforholdsmessig lang tid og mange runder hvis man ikke har tilgang til en som kan gi faglig veiledning og som kan bistå under den første kartleggingen. Dette vil øke kunnskapen og formålet med klassifiseringene og bruken av dataene, noe som gir økt kvalitet.

6.4 Rapportering

Brukerne av systemet vil, gjennom å definere behovet for rapporter og uttrekk av data, stille krav til innhold og oppbygging av databasene. Dette gjelder både tabellene i et eventuelt FDV-system og en nasjonal database.

Tabell 28 viser noen bruksområder og rapporttyper basert på erfaringer med bruken av systemet, og en faglig vurdering av potensialet som systemet har for bruk innenfor planlegging, forvaltning og styring av de bygningsmessige ressursene,

Tabell 28 Bruksområder og rapporttyper for klassifikasjonssystemet

Datagrunnlaget	Rapporter, bruksområder, interessenter	
	Drift og forvaltning. Ansvarlige for eiendomsforvaltning, ledere adm. og avdelingsnivå i HF	Utviklingsplaner og tidligfasedokumenter. Prosjekter, adm. ledere, styrer, rådgivere i HF og RHF
Data fra klassifikasjonssystemet	<p>Rapporter som gir grunnlag for å analysere dagens kapasitet og arealfordeling på romtyper, delfunksjoner og hovedfunksjoner, hvilke enheter som bruker arealene og i hvilke bygg de ligger. Grunnlag for husleieberegninger. Sammenligning av arealbruk og kapasitet innad i HF</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nettoareal fordelt på delfunksjoner og romtype • Bruttoarealer og brutto/netto faktor for delfunksjoner, etasjer, bygg • Gjennomsnittlig areal per romtype innenfor en delfunksjon, areal i kapasitetsbærende rom • Romtyper og funksjoner fordelt på bygg • Krav til energibehov på romtyper og arealer fordelt på bygg, andre spesifikke krav knyttet til egenskaper • Fordeling av kapasitet på enheter, avdelinger • Fordeling av kapasitet på bygg, deler av bygg 	<p>Som for drift. Ofte aggregert på HF eller RHF-nivå.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grunnlag for å finne erfaringsbaserte krav til arealer og andre egenskaper for romtyper. • Sammenligning av kapasitet og arealer mellom avdelinger, funksjoner, HF og RHF. • Totalt netto og brutto arealer for funksjonsområder og romtyper • Relativ fordeling av arealer på viktig delfunksjoner for sammenligning mellom prosjekter, sykehusenheter og HF
Kombinasjon av data fra klassifikasjonssystemet og aktivitetsdata. Dagens aktivitet og fremskrevet aktivitet	<p>Rapporter som gir grunnlag for å analysere dagens kapasitets- og arealbehov og kapasitets- og arealutnyttelse, og hvordan endringer i kapasitet og arealbehov kan innpasses i byggene</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reell kapasitet og arealer vs beregnet kapasitetsbehov og arealbehov per delfunksjon • Reell kapasitet og arealer vs beregnet kapasitetsbehov og arealbehov per organisasjonsenhet • Kapasitets- og arealutnyttelse per delfunksjon/avdeling <p>Beregnet kapasitet er avhengig av forutsatt utnyttelsesgrad som fastsettes i hvert enkelt tilfelle.</p>	<p>Rapporter som sammenstiller data fra utviklingen av virksomheten og bygget. Gir grunnlag for å utarbeide utviklingsplaner. Grunnlag for programmering og prosjektering av ny virksomhet og formulere krav til bygget</p> <p>Som for drift men i tillegg:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kapasitet og kapasitetsbehov, kapasitetsutnyttelse dagens drift og fremtidig drift • Areal og arealbehov, arealutnyttelse dagens drift og fremtidig drift • Behov for øket kapasitet og areal i forhold til ledige kapasitet og arealer. • Effekter av endringer for spesifikke funksjoner og pasientgrupper • Effekter av spesifikke endringer i aktivitetsgrunnlaget, på kapasitets- og arealfordeling mellom sykehusenheter og HF • Forholdet mellom aktivitet, kapasitet og arealer i sykehusenheter og HF/RHF • Fordeling av aktivitet, kapasitet og arealer for spesielle delfunksjoner og pasientgrupper
Kombinasjon klassifikasjonssystemet, aktivitet og bygg/kvalitet	<p>Rapporter som gir grunnlag for å analysere tilpassinger mellom krav til bygget og byggenes kvalitet og egnethet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kapasitet og arealbruk, lokalisering av rom og 	<p>Som for drift, men på et overordnet nivå knyttet til endringer i kapasitetsbehovet og arealbehovet i forhold til muligheter for endring og utvikling av byggene.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utvikling av kapasitetsbehov for spesifikke delfunksjoner

Datagrunnlaget	Rapporter, bruksområder, interessenter	
	Drift og forvaltning. Ansvarlige for eiendomsforvaltning, ledere adm. og avdelingsnivå i HF	Utviklingsplaner og tidligfasedokumenter. Prosjekter, adm. ledere, styrer, rådgivere i HF og RHF
	funksjoner og byggets kvalitet <ul style="list-style-type: none"> • Fremtidig kapasitets- og arealbehov ift byggets reserver/potensiale og egnethet 	og romtyper vs byggenes kvalitet og egnethet. <ul style="list-style-type: none"> • Utviklingsbehov vs vedlikeholdskostnader og levetid • Utvikling av kapasitetsbehov vs byggenes kvalitet og egnethet for HF, RHF og nasjonalt • Utviklingsbehov vs vedlikeholdskostnader og levetid

6.5 Drift

Oppdatering av hva rom brukes til og hvem som bruker dem er eiendomsforvaltningens ansvar, og oppdatering og drift av klassifikasjonssystemet må tilpasses HF-ets organisering av dette. Klassifikasjonssystemet gir økt fokus på virksomhetens behov og bedre grunnlag for fordeling av rom og arealer etter endringer i behov. Det bør derfor fremgå hvordan de kliniske avdelingene er involvert i både beslutning om omdisponering og registrering endringer. En slik løsning forutsetter også at alle har tilgjengelig informasjon om arealer som er ledige og om omdisponeringer. Avhengig av hvilken løsning HF-et har på FDV-system vil det ligge til rette for et samordnet vedlikehold og oppdatering av begge systemene.

Bruken av data sikrer oppmerksomhet rundt systemet og kvaliteten på dataene. Det vil være behov både for fast årlig rapportering og spesialrapporter på bestilling. Strategi for rapportering og bruk av systemet til styring og planlegging på RHF- og HF-nivå bør utarbeides før systemet innføres. Viktige bruksområder er grunnlag for bygningsmessige utviklingsplaner og løpende beslutninger om omdisponering og fordeling av rom og arealer. En mulighet er visualisering ved farging av tegninger for å få oversikt og se enkeltrom og delfunksjonsområder og derved sammenhenger og logistikk.

Det vil være behov for et tett samarbeid mellom ansvarlige for kartlegging og lagring av data og enheter som behandler pasientstatistikker slik at man har en felles forståelse for hvilke data som skal benyttes og på hvilken måte de skal presenteres.

Vedlegg 1: Klassifikasjonssystemet med nomenklatur