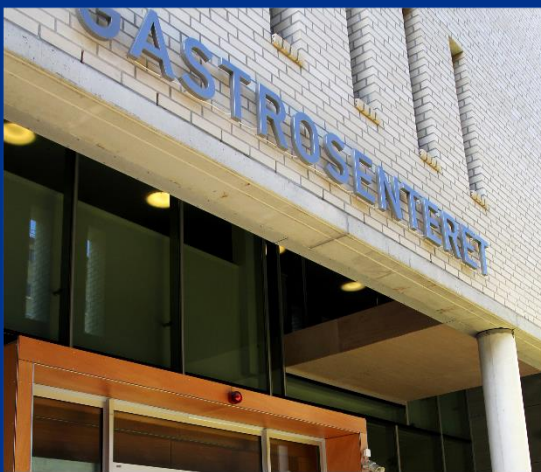


# Klassifikasjonssystemet

Brukerveileder for  
Klassifikasjonssystemet for helsebygg  
versjon 4.2 oktober 2022



# Innhold

<b>1. Innledning</b> .....	<b>2</b>
<b>2. Mål og bakgrunn for klassifikasjonssystemet</b> .....	<b>5</b>
<b>3. Definisjoner</b> .....	<b>6</b>
<b>4. Klassifikasjonssystemet – oppbygging og struktur</b> .....	<b>7</b>
4.1 Romnavn og romspesifikasjon	8
4.2 Nummerering av funksjoner og rom	8
4.3 Opplysninger om rommet (egenskaper)	9
4.4 Kapasitetsbærende rom	13
<b>5. Bruken av klassifikasjonssystemet</b> .....	<b>15</b>
5.1 Oversikt over rom og funksjoner i sykehus	15
5.2 Kapasitets- og arealutnyttelse	16
5.3 Sammenheng virksomhet og bygg	16
5.4 Prising av arealer	17
<b>6. Eksempler på bruk av data</b> .....	<b>19</b>
6.1 Kapasitetsbehov og kapasitetsutnyttelse	19
6.2 Omorganisering av funksjoner og bygg (ompakking)	20
6.3 Aggregerte data og strategiske analyser	22
6.4 Arealer og arealberegning	23
<b>7. Nomenklaturet</b> .....	<b>25</b>
<b>8. Klassifisering av romdata</b> .....	<b>38</b>
8.1 Kartlegging og lagring av romdata	38
8.2 Organisering og gjennomføring av klassifisering	39
<b>9. Rapporter</b> .....	<b>40</b>
<b>10. Vedlegg</b> .....	<b>42</b>
10.1 Vedlegg 1 Klassifikasjonssystemet versjon 4.0	42

# 1. Innledning

Klassifikasjonssystemet for helsebygg er et verktøy for systematisk kartlegging og klassifisering av 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 tilpasninger.

Klassifikasjonssystemet **skal** benyttes av alle helseforetak jf. oppdragsdokument til alle regionale helseforetak. 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 (f.eks. areal) om funksjonen (f.eks. kapasitet) eller bygget (f.eks. energibehov).

*Eksempel på informasjon fra sykehus som har innført klassifikasjonssystemet: Økt kunnskap om hvilke krav enkelte rom og funksjoner stiller til bygget, og hvor disse rommene er lokalisert, kan bidra til utvikling av standarder for energibehov i sykehus og utvikling av mer effektive sykehusbygg.*

Ved å knytte informasjon 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 framskrivningen 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. rom som definerer kapasiteten som sykehuset har for sentrale funksjoner. Dette gir grunnlag for **sammenligning** over tid og mellom avdelinger, sykehus, helseforetak og prosjekter, og er basis for erfaringsbaserte ”standards” 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 sine bygg, slik at de blir en ressurs for den primære virksomheten. En gjennomgående kartlegging ved hjelp av Klassifikasjonssystemet gir flere muligheter for å utvikle og styrke et slikt arbeid. Noen eksempler på bruk av informasjon fra klassifikasjonssystemet:

- Sammenligninger i og mellom sykehus og HF, herunder utvikle «beste praksis»
- Sentralt verktøy i *tidligfaseplanlegging* i sykehusprosjekter fra utviklingsplan til forprosjekt
- Strategisk utvikling av bygg og eiendom
- Analyser av kapasitetsbehov nå og i framtiden
- Analyser av arealbehov og beregning av arealeffektivitet
- Prising av arealer og innkreving av husleie
- Beslutningsstøtte ved ombygging og ompakking i eksisterende bygg
- Vurdering av brukbarhet

- Vurdering av sykehusstruktur og ev. behov for endringer
- Utvikling av erfaringsbaserte standarder for kapasitetsutnyttelse og arealbehov
- Evaluering av sykehusprosjekter
- Forskning og utvikling

Klassifiserte arealdata, både alene og koblet mot andre datakilder, kan gi viktig styrings- og planleggingsinformasjon innenfor en rekke viktige områder.

Brukerveilederen beskriver i

- Kapittel 3 definisjoner som er vesentlige å ha kunnskap om
- Kapittel 4 oppbygging og bruk av klassifikasjonssystemet. Bruk av kapasitetsbærende rom beskrives spesielt
- Kapittel 5 hvordan klassifiserte romdata kan kobles til andre datakilder for arealplanlegging og bedre arealutnyttelse
- Kapittel 6 eksempler på hvordan systemet kan brukes, herunder arealer og arealberegning
- Kapittel 7 en komplett oversikt over hovedfunksjoner og delfunksjoner med forklaringer. Oversikt over alle romnavn med kobling til delfunksjon og hovedfunksjon finnes i eget vedlegg
- Kapittel 8 råd og veiledning for gjennomføring av klassifisering og vedlikehold av romdatabase
- Kapittel 9 eksempel på typer rapporter som kan tas ut.

## **Status 2022**

Alle helseforetak benytter i 2022 Klassifikasjonssystemet i sine lokale FDV-databaser, og rapporterer inn jevnlig til Nasjonal database for Klassifikasjonssystemet.

Klassifikasjonssystemet benyttes også i prosjektdatabaser, i Sykehusbygg sin Standardromskatalog, som fundament i BIM (byggningsinformasjonsmodeller) og modellserver og som grunnlag for bl.a. internhusleie. Det er økende forståelse for nytteverdien av verktøyet.

## 2. Mål og bakgrunn for klassifikasjonssystemet

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

Med bakgrunn i Nasjonal Helseplan, jfr. St. prp.nr.1 (2006-2007), utviklet Helsedirektoratets Kompetansenettverk for sykehusplanlegging et klassifikasjonssystem og en nomenklatur for funksjoner og arealer i sykehusbygg. Kompetansenettverkets oppgaver ble overført til Sykehusbygg HF fra 2015. Klassifikasjonssystemet forvaltes, driftes og vedlikeholdes faglig og teknisk av Sykehusbygg HF.

Klassifiserte romdata er lagret i en nasjonal database opprettet av de regionale helseforetakene i 2013, forvaltet av Sykehusbygg HF. Det er det enkelte helseforetak som eier sine romdata, og tilgangen til data er rettighetsstyrt.

Klassifikasjonssystemet er omtalt i foretaksprotokollen for alle de regionale helseforetakene (RHF) i 2010 pkt. 4.3 investeringer og kapitalforvaltning: «Foretaksmøtet *ba Helse NN registrere sine sykehusbygg i tråd med klassifikasjonssystemet*».

Intensjonen var fri flyt og deling av data mellom helseforetakene for å kunne sammenligne arealbruk og kapasitetsutnyttelse av ulike funksjoner og rom. Dette gir også grunnlag for å analysere hvordan ressursene kan videreutvikles.

### 3. Definisjoner

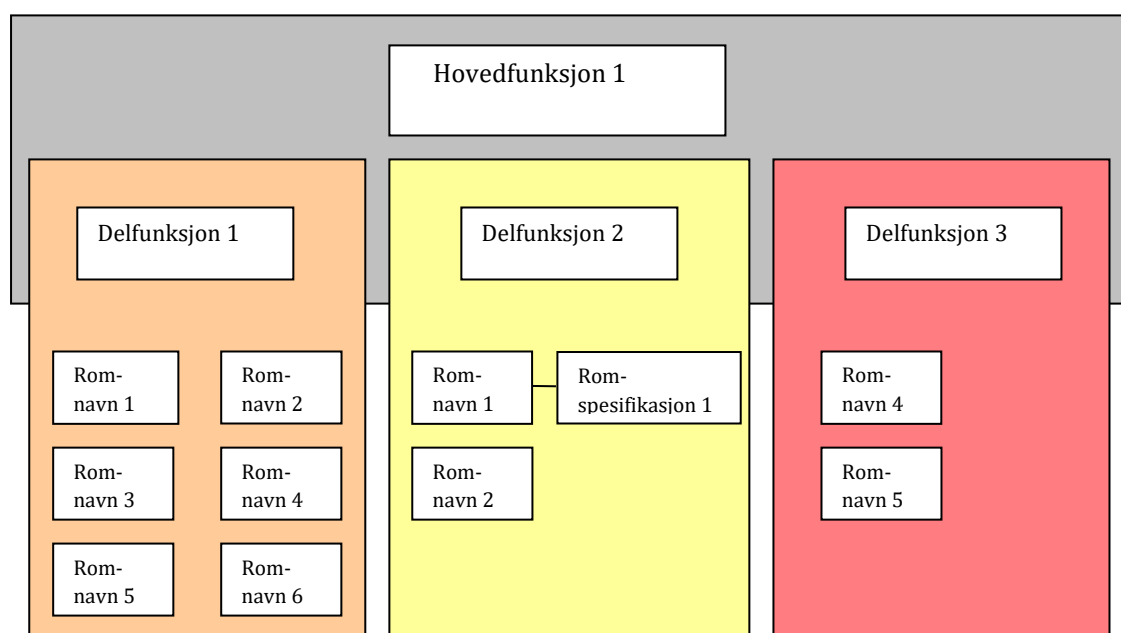
Tabell 1 gir en oversikt over definisjoner av viktige begreper i brukerveilederen og Klassifikasjonssystemet.

Tabell 1: Begrepsavklaringer

Begrep	Definisjon/presisering
Brukbarhet	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 et normalsengeområde som del av hovedfunksjonen 1A Opphold.
Driftstid	Den tiden av døgnet og året som en virksomhet er i drift.
Egenskap	Opplysninger som kan knyttes til et rom, for eksempel netto funksjonsareal (NTA), enhet/avdeling som disponerer rommet o.l.
Energibehov	Behovet for energi som funksjoner eller utstyr i rommet utløser. Kan angis iht. ulike standarder, ref. NS3031. NS3031 er per 2021 foreldet, men kan fortsatt brukes til ny vedtas.
Hovedfunksjon	Inndeling av et sykehus i funksjonelle områder iht. sykehusets virksomhetsområder, for eksempel opphold, undersøkelse og behandling, medisinsk service o.l.
Kapasitetsbærende rom og plasser	De rommene eller plassene som definerer kapasiteten for de primære virksomhetsområdene i sykehuset, f.eks. sengeplasser, poliklinikkrom, kontorer, møterom, garderober o.l.
Nomenklatur	Standard for benevning av hovedfunksjoner, delfunksjoner, romnavn og romspesifikasjoner.
Romnavn	Det definerte, lovlige navnet på et rom i Klassifikasjonssystemet, slik nomenklaturet angir.
Romspesifikasjon	Opplysninger som kommer i tillegg til romnavnet, og som beskriver mer utfyllende hva rommet brukes til.
Netto funksjonsareal	Netto arealer i et rom målt på innsiden av veggene.
NTA	Netto funksjonsarealer iht. NS3940 (netto areal for alle rom innenfor en funksjon).
BRA	Netto bruksarealer for et område iht. NS3940, målt innenfor yttervegg. Omfatter også innervegger mellom rommene.
BTA	Bruttoareal for et område iht. NS3940:2012, areal begrenset av ytterveggens utside eller midt i delevegg.

## 4. Klassifikasjonssystemet – oppbygging og struktur

Klassifikasjonssystemet er bygd opp i en hierarkisk struktur for å sikre at en sammenligner samme type rom og funksjon (se figur 1). Det laveste nivået er rommet med sitt romnavn og romspesifikasjon. 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

Oppbygging av Klassifikasjonssystemet:

4 nivå:

- Hovedfunksjoner (12)
- Delfunksjoner (97 fordelt på 12 hovedfunksjoner)
- Romnavn (166)
- Romspesifikasjon (398 lovlige kombinasjoner med romnavn)
- Hovedfunksjon, delfunksjon og rom er unike begreper (generelle)
- Romspesifikasjon gir en nærmere beskrivelse av rommets funksjon
- For *kapasitets-bærende* rom skal det angis kapasitet jf. dagens *faktiske* bruk

Inndelingen i funksjoner er i stor grad lik inndelingen av aktivitetsdata i Norsk Pasientregister (NPR). Dette gir mulighet for at registrerte antall liggedager og beregnet kapasitets- og arealbehov for vanlige senger kan settes opp mot den virkelige kapasiteten med tilhørende arealer i sykehuset.



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

## 4.1 Romnavn og romspesifikasjon

Et rom har et romnavn som viser hva rommet brukes til. Et romnavn i klassifikasjonssystemet kan knyttes til en eller flere romspesifikasjoner.

Romspesifikasjonen gir mer utfyllende informasjon om hva rommet brukes til, se figur 2. Rom uten behov for nærmere spesifisering klassifiseres med romspesifikasjon .0.

## 4.2 Nummerering av funksjoner og rom

For å kunne aggregere og sortere opplysninger som er knyttet til rom, delfunksjoner og hovedfunksjoner, får hver hovedfunksjon, delfunksjon, romnavn og romspesifikasjon en nummerering. Dette nummeret er databasens unike klassifikasjons-ID. Nummereringen gir en mulighet for å lagre, sortere og hente fram data fra en database. Nummeret har også en struktur som gjør det lettere å oppdatere og endre klassifikasjonssystemet.

Dersom en hovedfunksjon, delfunksjon, et rom eller en romspesifikasjon utgår, erstattes ikke klassifikasjons-ID av ny hovedfunksjon, delfunksjon, et rom eller en romspesifikasjon. Dette er forklaringen på at f.eks. 2A.2 ikke finnes mer i Klassifikasjonssystemet. Delfunksjonen er utgått.

Hovedfunksjonene er nummerert fortløpende fra 1 til 12 (f.eks. hovedfunksjon 2A Undersøkelse og behandling, somatikk). Under hver hovedfunksjon er det et antall nummererte delfunksjoner. For hovedfunksjon 2A Undersøkelse og behandling, somatikk finner man 12 delfunksjoner (f.eks. 2A.10 Poliklinikk). Rommet knyttes til delfunksjonen med et nummer og et romnavn (f.eks. 175 Undersøkelse og behandling), se figur 2. Klassifikasjons-ID blir 2A.10.175.37

Oppbygging av romnummer							
Nr	Hovedfunksjon, navn	Nr	Delfunksjon, navn	Nr	Romnavn	Nr	Romspesifikasjon
2A	Undersøkelse og behandling, somatikk	10	Poliklinikk	175	Undersøkelse og behandling	37	Lys

Figur 2: Oppbygging av romnummer

Figur 3 viser at ett romnavn kan ha flere romspesifikasjoner. For rom med samme romnavn, men ulik romspesifikasjon, legges det til et definert romspesifikasjonsnummer bak romnummeret. Dette er spesielt viktig for de kapasitetsbærende rommene og gjør det mulig å summere den samlede kapasiteten som disse rommene utgjør. For kapasitetsbærende rom er korrekt registrering av romspesifikasjon spesielt viktig, da det ofte brukes til planlegging og sammenligning.

Opphold, somatikk	Opphold, psykisk helsevern og rus	Undersøkelse og behandling,	Undersøkelse og behandling, psykisk	Medisinsk service	Ikke-medisinsk service	Administrasjon	Personalservice	Pasientservice	Undervisning og forskning	Tekniske arealer	Trafikkarealer	Utomhus	Ikke i bruk	RNID	Romnavn	SID	Romspesifikasjon	Kapasitetsbærende
1A	1B	2A	2B	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12					
x	x	x	x				x	x	x				x	1	Aktivitetsrom	0		0
		x	x	x									x	2	Ambulanseinnegang	0		0
x	x	x	x				x	x					x	3	Ammerom	0		0
x	x	x	x		x		x	x					x	4	Anretning	0		0
x	x	x	x										x	5	Arbeidsstasjon	0		0
x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				x	6	Arbeidsrom	0		0
x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				x	7	Arkiv	0		0
						x	x	x					x	8	Auditorium	0		1
x		x		x	x								x	9	Autoklivering	0		0
x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	10	Avfall	0		0
					x								x	10	Avfall	1	Komprimator	0
x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			x	10	Avfall	2	Nedkast	0
x	x	x	x	x	x		x	x	x				x	10	Avfall	3	Med skittentøy	0
		x		x	x								x	10	Avfall	4	Biologisk	0
x	x	x	x	x	x				x				x	10	Avfall	5	Risiko	0
x		x		x	x				x				x	10	Avfall	6	Farlig	0
x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				x	11	Bad	0		0
x	x	x	x				x						x	11	Bad	1	Med badekar	0
x	x	x	x										x	11	Bad	2	Hårvask	0
x	x	x	x						x				x	11	Bad	3	Med dekontaminator	0
x	x	x	x										x	11	Bad	4	Stort	0
x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				x	11	Bad	5	HC	0

Figur 3: Utsnitt av Klassifikasjonssystemet versjon 4.0

### 4.3 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. Disse er obligatoriske og omfatter:

- Netto funksjonsareal i rommet
- Lokalisering og adresse: RHF, HF, lokasjon og bygg (f. eks: Helse Midt-Norge RHF, St. Olavs hospital HF, Øya, Nevrosenteret)
- Kobling av rommet til plassering i bygget/tegninger (bygg, etasje og fløy)

- Presisering av hvem som disponerer rommet (organisatorisk enhet)
- Informasjon om rommet leies ut til annen virksomhet, privat, kommunal, annet helseforetak eller statlig.

I tabell 2 er disse egenskapene merket som obligatorisk.

I sykehus med samlokaliserte fagområder kan det være mange rom som sambrukes uten at det framgår av avdelingsnummeret, kalt flerbruksrom. Disse rommene klassifiseres med %vis fordeling av funksjon gjennom døgnet eller %vis eierskap.

Det er mulig å knytte opplysninger til rommet som kan være nyttig i ulike sammenhenger. Dette er frivillig og kan omfatte romnummer fra FDV-systemet, energibehov, driftsmodell/åpningstid, ulike tekniske krav m.m., ref. tabell 2. Sykehusene vil i ulik grad ha nytte av å registrere disse egenskapene, og det vil være noen som ønsker å legge til andre egenskaper enn de som framkommer i tabellen. Disse egenskapene ligger ikke i importmalen, men kan etableres i den enkelte FDV-database.

Tabell 2: Egenskaper som kan knyttes til romnavn

Egenskap	Beskrivelse	Obligatorisk
<b>Lokalisering</b>	Fysisk lokalisering i et bygg (bygg, etasje og fløy)	Ja
<b>RomID</b>	Helseforetakets egne interne ID på rom (bruksromnummer/geografisk ID)	Ja
<b>Areal</b>	Netto funksjonsareal	Ja
<b>Areal</b>	Brutto funksjonsareal	Nei
<b>Kapasitet</b>	Rommets faktiske kapasitet i bruk	Ja
<b>Org.enhet (kostnadssted)</b>	Klinikk-/Avdelingsnavn eller -nummer regnes her som nivå 1 og viser hvilken enhet som disponerer rommet. Kan også vise om rommet er utleid til eksterne. Den enheten hvor det registreres kostnader, bør velges.	Ja
<b>Eieforhold</b>	Viser om rommet eies, leies ut til privat, kommunal eller statlig virksomhet, eller eies/leies av annet helseforetak, universitet eller høyskole.	Ja
<b>Energibehov</b>	Energiklasse, kode som viser om rommet har spesielle energibehov	Nei
Egenskap	Beskrivelse	Obligatorisk
<b>Driftstid</b>	Viser om rommet brukes 24/7, kun i kontortiden eller noe midt imellom	Nei
<b>Tekniske krav</b>	Ved å knytte romnummeret til teknisk romnummer kan spesielle tekniske krav påvises	Nei
<b>Bygget som</b>	Rommets opprinnelige funksjon og kapasitet	Nei
<b>Brukbarhet</b>	En vurdering av egnethet kan legges inn, f.eks. "ikke egnet", eller hvilken funksjon det er egnet for.	Nei

Under eieforhold er det i versjon 4.0 utvidet fra 6 til 8 alternativer slik at *Eie - utleid annet helseforetak* og *Eie – utleid annen statlig virksomhet* kan registreres. Alternativer for eieforhold vises i *Importmal for rom*. Denne er tilgjengelig for Registreringsbrukere, og du må være logget inn for å hente ut malen og informasjonen.

### **Rommets lokasjon og adresse**

For å kunne aggregere opplysninger om kapasitet, arealer, antall av ulike typer rom mm. innenfor et bygg og et sykehus, benyttes opplysninger om lokasjon (adresse) som er knyttet til det klassifiserte rommet (romnummeret). Denne adressen omfatter lokalisering av rommet i en fløy og etasje i et konkret bygg.

Figur 4 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 i figur 4 viser hvordan adressen til et isolat for kontaktsmitte 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 eller tegningsromnummer). Denne knytter rommet til bygg A, som er en del av sykehusbyggene 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).

Opplysninger om adresse					Oppbygging av romnummer							
RHF	HF	Lokasjon	Bygg	Unik rom ID	Nr	Hoved-funksjon	Nr	Del-funksjon	Nr	Rom-navn	Nr	Rom-spesifikasjon
HMN	HNT	Levanger	A	10.45.609	1A	Opphold, somatikk	6	Intensiv	62	Isolat	2	Kontakt-smitte

*Figur 1: Eksempel på kobling mellom romnummer og adresse.*

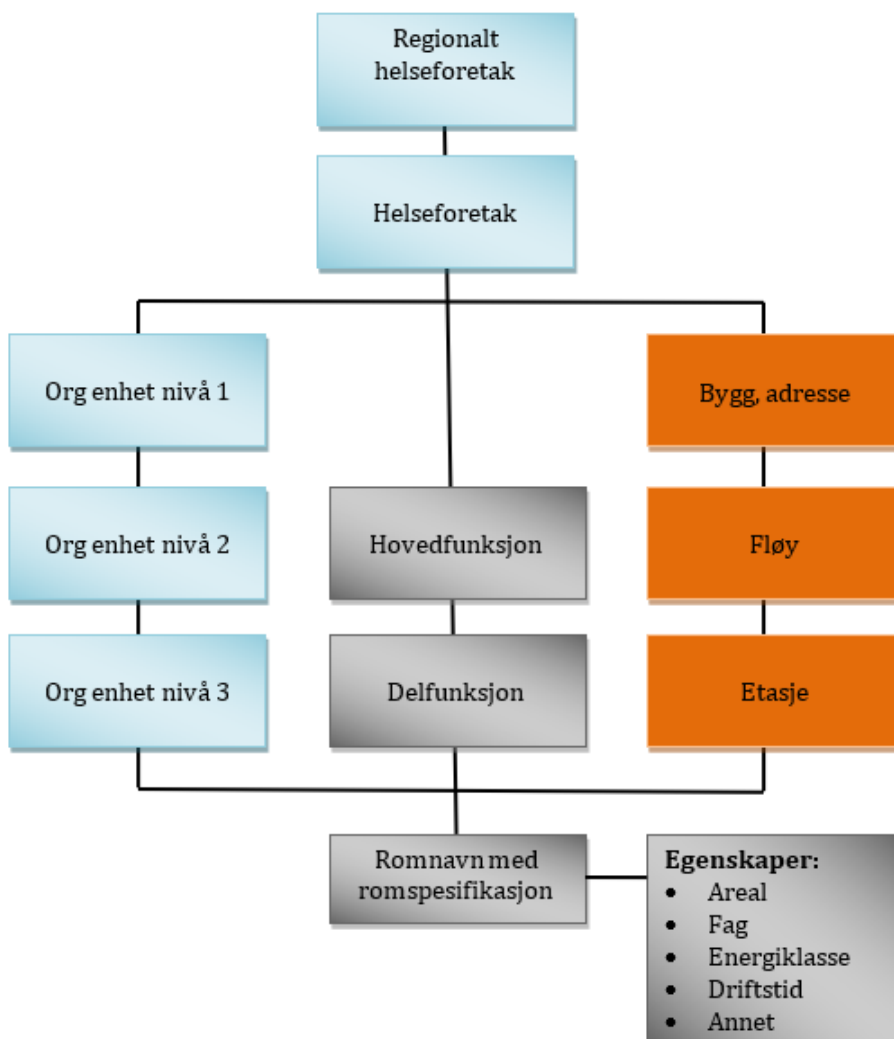
I mange tilfeller vil det være rom fra ulike delfunksjoner innenfor samme geografiske område. Som eksempel kan nevnes at kapasiteten og arealet i et sengeområde blir redusert hvis aktiviteten reduseres, og ledige rom blir brukt til andre funksjoner som f.eks. dagbehandling og kliniske kontorfunksjoner. Disse funksjonene som "flytter inn" skal klassifiseres i henhold til sine funksjoner, og mengden areal som benyttes til sengeområdet reduseres tilsvarende.

### **Organisatorisk tilknytting**

Et HF kan omfatte 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, ref. tabell 2.

Kobling mellom rommet, bygget og den organisatoriske enheten som disponerer rommet, gir muligheter til å sortere og aggregere informasjon om kapasitet og arealer (og andre viktige forhold for driften av virksomhet og bygg). Figur 5 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 drøftet i kapittel 4.



Figur 2: Sammenhenger mellom rom, organisatorisk tilknytning og bygg

## 4.4 Kapasitetsbærende rom

At rom er *kapasitetsbærende* innebærer at det er en aktivitet knyttet til rommet som gir behov for et antall plasser (senger, undersøkelse og behandlingsrom, kontorplasser, garderobeplasser m.m.). F.eks. vil antall plasser i et sengeområde (døgnplasser i sengerom) gi informasjon om kapasiteten er tilstrekkelig ift. aktivitet (antall liggedøgn).

Tabell 3: Oversikt over kapasitetsbærende rom

Romnavn	Kapasitet og beskrivelse	Kommentar
<b>Auditorium</b>	Antall plasser registreres, f.eks. 20 plasser.	<i>Auditorium er ofte terrassert.</i>
<b>Akuttrom</b>	Antall plasser i et akuttrom registreres.	<i>Akuttrom for kritisk syke medisinske pasienter kan være ett stort rom for flere pasienter i samtidighet.</i>
<b>Dagplass</b>	Antall dagplasser registreres.	<i>Omfatter også hvileplasser. Senger/bærer/hvilestoler</i>
<b>Ekspedisjon</b>	Antall arbeidsplasser registreres, f.eks. 2 plasser.	<i>Omfatter også resepsjon.</i>
<b>Ferdighetsrom</b>	Antall arbeidsplasser registreres, f.eks. 10 plasser.	
<b>Føderom</b>	Normalt én fødeplass per rom.	<i>Registreres som føderom også om det er et isolat. Fødefunksjonen er viktigst.</i>
<b>Garderobe</b>	Type garderober for ansatte, kvinner og menn. Registreres med antall plasser.	<i>For pasienter brukes Omkladning eller Garderobe, pasienter.</i>
<b>Grupperom</b>	Antall plasser registreres, f.eks. 10 plasser.	
<b>Isolat</b>	Normalt én plass per rom, men antall plasser registreres.	<i>Angir type isolat: Beskyttende, kontaktsmitte, luftsmitte.</i>
<b>Konsultasjon/kontor</b>	Antall arbeidsplasser registreres.	<i>Personlige kontorer som også benyttes til pasientkonsultasjoner</i>
<b>Kontor</b>	Antall arbeidsplasser registreres per kontor.	
<b>Kontorlandskap</b>	Antall arbeidsplasser registreres, f.eks. 6 plasser.	<i>Kontorlandskap med mer enn 4 plasser utløser gjerne et stillerom.</i>
<b>Kuvøserom</b>	Antall kuvøseplasser registreres.	<i>Dagens kuvøserom består oftest av 1 kuvøse. Føden og eldre sykehus kan ha flere kuvøser på samme rom.</i>
<b>Lesesal</b>	Antall plasser registreres, f.eks. 60 plasser.	
<b>Møte</b>	Antall plasser registreres, f.eks. 10 plasser.	
<b>Observasjonsplass</b>	Antall plasser per rom registreres.	<i>Senger/bærer/stoler. Ofte som del av akuttmottak.</i>

Romnavn	Kapasitet og beskrivelse	Kommentar
<b>Operasjon</b>	Antall plasser registreres. Angir type; liten, stor, hybrid og robotkirurgi.	<i>Det samme som operasjonsstue. Liten &lt; 40 m2, Stor &gt; 40 m2. Det kan være flere pasienter på en operasjonsstue.</i>
<b>Overvåkingsplass</b>	Angir antall plasser per rom.	<i>Omfatter overvåking i poliklinikk og dagområde, sengeområde, oppvåkning, intermedisær og intensiv.</i>
<b>Seminarrom</b>	Antall plasser registreres, f.eks. 10 plasser.	<i>Om ikke informasjon om antall plasser foreligger, kan areal benyttes, f.eks. 2 m2 per plass gir 10 plasser i et seminarrom på 20 m2.</i>
<b>Sengerom</b>	Antall plasser per sengerom registreres. Sengerom, familierom kan f.eks. være vokseplass på nyfødtintensiv med barn og foreldre på ett rom. Det er kun barnet som registreres som kapasitet.	<i>Faktisk antall senger registreres, ikke planlagt for. Sengerom for foreldre, separat fra kuvøserommet, klassifiseres som Overnattingsrom.</i>
<b>Traumerom</b>	Antall plasser per traumerom registreres.	<i>Traumerom kan være ett større rom med plass til flere i samtidighet.</i>
<b>Treningshybel</b>	Antall pasienter registreres.	<i>Døgnopphold. Kan omfatte både pasient og pårørende, men kun pasient registreres.</i>
<b>Undersøkelse og behandling</b>	Angir type undersøkelse og behandlingsrom med ulike bruksområder, herunder bildediagnostikk.	<i>Knyttes til behandlingsmetode eller spesifikt utstyr. Forekommer hovedsakelig i delfunksjonene poliklinikk og radiologi, men også i andre delfunksjonsområder.</i>

Tabell 3 viser **kapasitetsbærende rom** som brukes i klassifikasjonssystemet for helsebygg. For å kunne sammenligne kapasitet og kapasitetsutnyttelse mellom sykehusenheter, avdelinger i HF eller på nasjonalt nivå, må alle bruke samme romnavn og samme avgrensning av begrepet "kapasitetsbærende rom".

I nomenklaturet (vedlegg 1) er kapasitetsbærende rom merket med tallet 1, rom som ikke er kapasitetsbærende har tallet 0. Med kapasitet menes i denne sammenhengen den faktiske kapasiteten som er i bruk, og ikke den opprinnelig, bygde kapasiteten.

## 5. 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.

### 5.1 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, CT-rom, luftsmitteisolater m.m., samt funksjonsarealene i rommene (areal per sengeplass, kontorplass m.m.). Når slik informasjon 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.

#### KLASSIFIKASJONSSYSTEMET

Klassifikasjons ID	Hovedfunksjon	Delfunksjon	Rom	Kapasitet
1A.9.134.0	Opphold, somatikk	Normalsengeområde	Sengerom	2
2B.5.175.0	Undersøkelse og behandling, psykisk helsevern og rus	Poliklinikk	Undersøkelse og behandling	1
3.7.48.0	Medisinsk service	Ambulansetjeneste	Garderobe	12
5.6.77.0	Administrasjon	Kliniske kontorfunksjoner	Kontor	4



Figur 6: Eksempel på bruksområder av Klassifikasjonssystemet

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. Når arealbruken knyttes til funksjoner kan det vise at



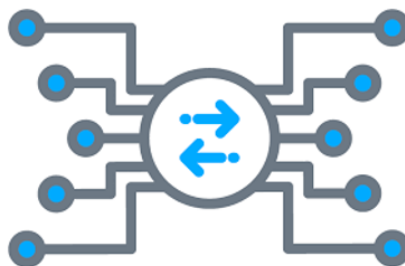
det f.eks. er lav utnyttet kapasitet og høy arealnorm for senger på én avdeling og motsatt på en annen. Dette er vesentlig ved omdisponering av rom og kapasitet i eksisterende sykehus, men gir også referanseinformasjon som kan brukes i planlegging.

## 5.2 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 arealnorm per rom for de kapasitetsbærende rommene (sengerom, kontorer, operasjonsrom), kan det vises et beregnet kapasitets- og arealbehov i forhold til faktisk utnyttelse av denne kapasiteten og arealene.

### Kobling av data

- Aktivitets- og kapasitetsdata
- Befolkningsdata
- Organisasjon
- Bygg
- Geografisk lokasjon
- Tilstandsgrad
- Funksjonell egnethet
- Kulturminnevern
- Gruppe 2-rom
- Kostnader, prising
- Visualisering, SlimBIM
- Mm.

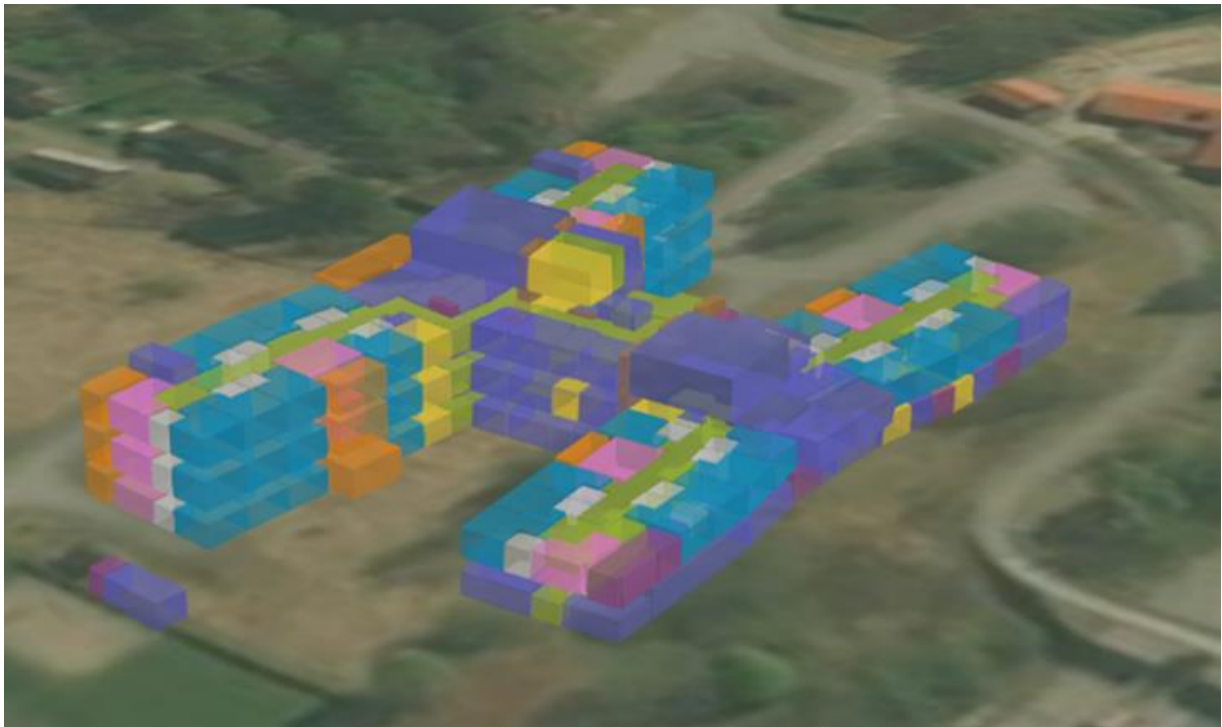


Figur 7: Kobling av romdata i Klassifikasjonssystemet til andre datakilder

## 5.3 Sammenheng virksomhet og bygg

Ulik type virksomhet stiller ulike krav til bruken av bygget. Dette skyldes f.eks. forskjellig åpningstid, krav til ventilasjon og luftkvalitet, dagslys og energibehov m.m. En effektiv drift av den kliniske virksomheten stiller krav til logistikken i bygget og nærhet mellom funksjoner og rom. Over tid endrer virksomheten seg både når det gjelder omfang og innhold, og en effektiv tilpasning mellom virksomhet og bygg er en kontinuerlig driftsoppgave.

Ved å knytte rommet til en adresse i bygget kan man 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.



Figur 8: Plassering av funksjoner i bygget vist med ulike farger.

Koblet mot aktivitetsdata kan man vise kapasitetsutnyttelsen og arealeffektiviteten. 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 kapasitetsutnyttelsen er også viktig for å kunne analysere hvordan rom og arealer kan omdisponeres for å oppnå bedre arealeffektivitet og bedre driftsøkonomi.

Dokumentasjon av endringer i aktivitet i framtiden kan vise hvilke enheter som vil kreve økte arealer, og hvor i bygget det finnes muligheter for utvidelse. Det gir også grunnlag for å beregne konsekvenser for investeringsbehov og driftsøkonomi, og gir dermed beslutningsgrunnlag for prioriteringer. Slike analyser er viktige både i en løpende, aktiv forvaltning av byggene og ifm. utbyggingsprosjekter.

## 5.4 Prising av arealer

Kostnader knyttet til driften av arealene varierer mellom de ulike funksjonene. Dette har sammenheng med både ulike investeringskostnader og kostnader for driften av bygget. 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 negative konsekvenser for nærhet og driftskostnader.

Ved lokalisering av rom må det tas hensyn til både rommets funksjon, behov for nærhet til andre funksjoner og krav til bygget (ventilasjon, dagslys og luftkvalitet m.m.). Å legge

kontorer i et behandlingsområde eller sengeområde kan driftsmessig være hensiktsmessig, men kan gi høye driftskostnader for bygget ved økt energibehov.

Intern husleie tas per 2022 i bruk i de fleste HF. Klassifikasjonssystemet kan gi grunnlag for å differensiere kostnadene for ulike rom og funksjoner.

## 6. Eksempler på bruk av data

I dette kapitlet vises det eksempler på hvordan data kan kobles og brukes.

### 6.1 Kapasitetsbehov og kapasitetsutnyttelse

Tabell 4 viser klassifisert areal i en poliklinikk i et lite lokalsykehus. Den viser kapasitet på rom i poliklinikken satt opp imot antall polikliniske konsultasjoner.

Arealramme for en poliklinikk beregnes ved at antall UB-rom ganges med en arealnorm, som i nye prosjekter per 2022 ligger på ca. 30 m<sup>2</sup>. Denne normen dekker også areal til støtterom som medisinerom, desinfeksjon, lager, ekspedisjon m.m.

Tabellen viser et beregnet kapasitetsbehov på ca. 22 rom, dvs. 14 rom lavere enn dagens kapasitet. Beregningen bygger på en anbefalt utnyttelsesgrad på 220 driftsdager i året, 6 timer per dag og 45 min konsultasjonstid (gjennomsnittlig).

Tabellen viser både det totale arealet i poliklinikken, antall undersøkelse og behandlingsrom og derved faktisk arealbruk, som her er 48 m<sup>2</sup> per rom. Faktisk arealbruk totalt i poliklinikken er derved langt over standarder i nye sykehusprosjekter (ca. 30 m<sup>2</sup> per rom).

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

Tabell 4: Oversikt over reelt og beregnet kapasitetsbehov og arealer i poliklinikker

Klassifisering av poliklinikkområder, kapasitet og areal				
Delfunksjon	Romnavn	Faktisk antall rom	Arealbruk m <sup>2</sup>	Totalt areal m <sup>2</sup>
Poliklinikk	Undersøkelse og behandling	31		
	Kliniske spesialrom (bronkoskopi, koloskopi, gipserom etc.)	5		
	<b>Totalt</b>	<b>36</b>	<b>48</b>	<b>1728</b>
Beregning av kapasitets- og arealbehov for poliklinikkrom				
Delfunksjon	Beregningsgrunnlag		Arealnorm m <sup>2</sup>	Totalt areal m <sup>2</sup>
Poliklinikk	Antall polikliniske konsultasjoner	37943		
	Utnyttelsesgrader	220 dager/år, 6 timer/dag, 45 min/pasient		
	<b>Totalt</b>	<b>21,6 rom</b>	<b>30</b>	<b>647</b>

## 6.2 Omorganisering av funksjoner og bygg (ompakking)

Tabell 5 og figur 9 (s.21 og 22) viser samlet hvordan kombinasjon av kapasitets- og arealdata for sengerom og lokalisering av sengeområder i et bygg, kan brukes til å analysere kapasitetsutnyttelsen i bygget og driften av sengeområdene.

Tabell 5 viser delfunksjoner og kapasitetsbærende rom i et sykehus som har 117 senger. Forklaring til utregning: Total nettoareal per funksjonsareal senger 2480 m<sup>2</sup>: sum antall senger 104 = arealfaktor 23,8 m<sup>2</sup> (faktisk bruk av areal per sengeplass). Gjennomsnittlig areal per plass for sengene er her 24,0 m<sup>2</sup>, som er lavere enn arealnorm i nye sykehusprosjekt (30 – 32m<sup>2</sup>). Dette kan skyldes f.eks. små sengerom eller få støtterom.

*Tabell 5: Oversikt over registrert sengekapasitet og arealbruk totalt og per plass, og beregnet arealbehov basert på anbefalte arealnormer.*

Klassifisert kapasitet og arealbruk per plass sengeområde				
Faktisk kapasitet døgnplasser		Antall plasser	Faktisk areal	Areal per plass
Normal-sengeområde	Isolat	5		
	Sengerom, ensengs	13		
	Sengerom, flersengs	86		
	<b>Totalt</b>	<b>104</b>	<b>2480</b>	<b>23,8</b>
Intensiv	Isolat	1		
	Sengerom, flersengs	8		
	<b>Totalt</b>	<b>9</b>	<b>290</b>	<b>32,2</b>
Observasjon	Observasjonsplass	4		
	<b>Totalt</b>	<b>4</b>	<b>41</b>	<b>10,2</b>
<b>Sum døgnplasser</b>		<b>117</b>	<b>2811</b>	<b>24,0</b>
Beregnet sum areal sengeområde baser på dagens arealnormer (2022)				
		Antall plasser	Arealnorm (m <sup>2</sup> per plass)	Sum beregnet areal
Normal-sengeområde		104	32	3328
Intensiv		9	45	405
Observasjon		4	30	120
<b>Sum beregnet</b>		<b>117</b>		<b>3583</b>

Figur 9 viser at lokalisering av sengerommene (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 høyt arealbruk og dårlig arealutnyttelse. En spredt beliggenhet gir trolig også en utfordring med å holde en effektiv bemanningsfaktor på vakttid.

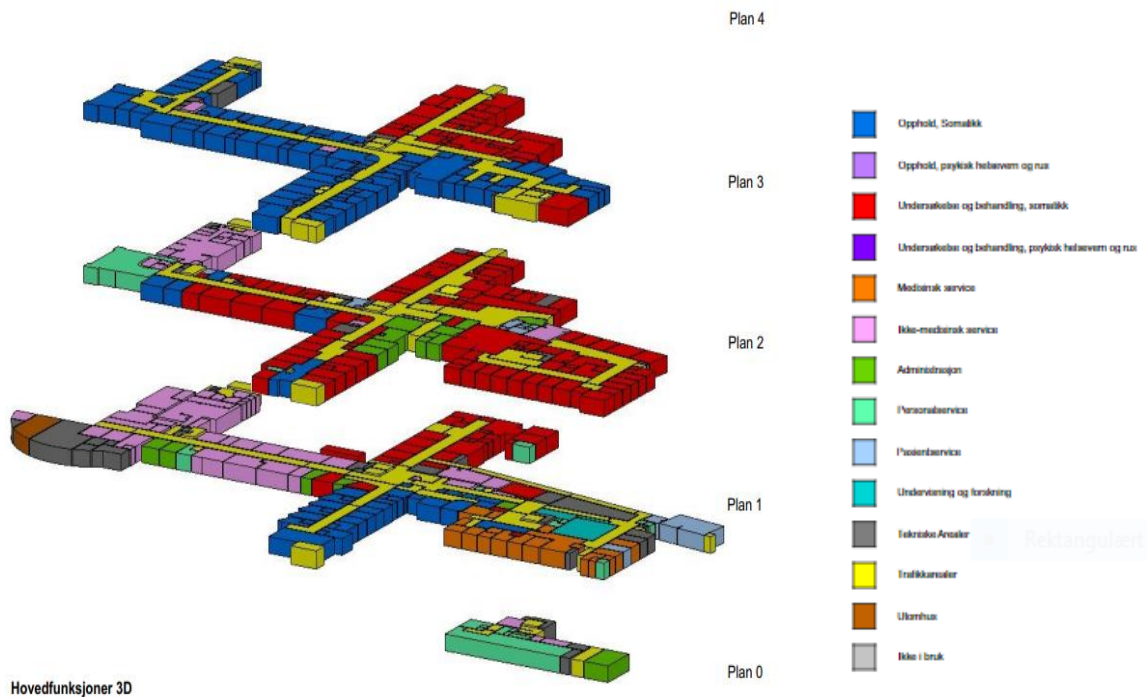


Figur 9: Eksempel på lokalisering av sengeområder i et sykehus

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

Figur 10 viser alle delfunksjoner i et lokalsykehus representert med hovedfunksjonene fargekodet og hvordan disse er fordelt på fløyer og plan i hele bygget.

Sammen med tall som viser kapasitet og aktivitet gir dette grunnlag for å vurdere hensiktsmessig lokalisering ut fra logistikk, 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.



Figur 10: Eksempel på fordeling av funksjoner i fløyer og plan med fargekoder. Bearbeidet av Sykehusbygg.

### 6.3 Aggregerte data og strategiske analyser

Tabell 6, 7 og 8 viser bruk av kapasitets- og arealdata på et aggregert nivå sammenholdt med data for aktivitet (virksomhetsdata).

Tabell 6 viser totalt areal for sengeområdene og arealbruk per døgnplass (senger) for de ulike sengeområdene. Eksemplet viser en arealfaktor per plass på i gjennomsnitt 26 m<sup>2</sup> (som er lavere enn i nye sykehusprosjekter), men det er store forskjeller mellom delfunksjonene. 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 avdelinger i et sykehus.

Tabell 6: Eksempel på arealbruk for sengerom (døgnplasser) - totalt og i gjennomsnitt per plass

Arealer sengeplasser (døgnplasser)			
Delfunksjon	Totalt areal	Arealfaktor per seng	Arealnorm nye sykehusprosjekt
Normalsengeområdet	9580	22,0	30 - 32
Habilitering/rehabilitering	1899	61,3	40
Føderom	2436	36,4	70
Barnesengeområdet	1351	20,8	40
Observasjon	148	13,6	30
Barneintensiv	14	13,6	50
Intermediær	446	31,9	35
Intensiv	1085	47,2	50
Nyfødtintensiv	409	25,6	50
Totalt areal døgnplasser	17368	26,1	
Pasienthotell	1878	25,7	25 - 30
Totalt areal døgnplasser inkl. pasienthotell	19246	26,0	

I tabell 7 er det brukt kapasitetsdata og aktivitetsdata for et middels stort akuttstusykehus for å beregne kapasitetsbehov og kapasitetsutnyttelse. Aktivitetsdata viser faktisk aktivitet i basisåret (2018) og framskrevet til 2040. Det gir grunnlag for å beregne kapasitetsbehovet ved dagens og framtidig aktivitet, som kan settes opp mot tilgjengelig kapasitet (2018). Tabellen viser ulike kapasitetsbehov ved ulike forutsetninger for kapasitetsutnyttelse. Beregningene viser en overkapasitet på senger, poliklinikkrom og operasjonsrom både i 2018 og i 2040, men underkapasitet på dagplasser, forutsatt høy utnyttelsesgrad.

Tabell 7: Eksempel på registrert kapasitet og beregnet kapasitetsbehov for døgnplasser, dagplasser, poliklinikkrom og operasjonsrom

Aktivitet 2018 og 2040	Døgnopphold	Liggedager	Liggedag i gj.snitt	Dagopphold	Polikliniske konsult.	Operasjoner	
Aktivitet 2018	22811	89821	3,9	20608	89214	7950	
Aktivitet 2040	22964	97633	4,3	37284	115978	10477	
Aktivitet 2040, redusert gj.sn. Liggetid 1 dag	22964	75781	3,3				
<b>Kapasitet og kapasitetsbehov</b>		<b>Normal-sengeområde. Antall plasser</b>		<b>Dagopphold. Antall plasser.</b>	<b>Poliklinikk. Antall plasser.</b>	<b>Operasjon. Antall rom.</b>	<b>Kapasitetsbalanse</b>
Beregnet kapasitetsbehov 2018		290		60	48	10	
Faktisk kapasitet 2018		357		24	133	13	
Faktisk kapasitet 2018 vs beregnet kapasitet 2018		67		-36	85	3	
Beregnet kapasitetsbehov 2040		315		108	63	13	
Beregnet kapasitetsbehov 2040, økt utnyttelsesgrad		244		78	36	7	
Faktisk kapasitet 2018		357		24	133	13	
Faktisk kapasitet 2018 vs beregnet kapasitet 2040		42		-84	70	0	28
Faktisk kapasitet 2018 vs beregnet kapasitet 2040 redusert liggetid/økt utnyttelse		113		-54	97	6	162
<b>Arealer og arealbehov</b>		<b>Normal-sengeområde</b>		<b>Dagopphold</b>	<b>Poliklinikk</b>	<b>Operasjon</b>	<b>Areal-balanse</b>
Faktisk arealfaktor		26		24	36	147	
Arealnorm, grunnlag for beregning		32		22	30	120	
Beregnet arealbehov 2018		9280		1320	1440	1200	
Faktisk arealbruk 2018		9282		576	4788	1911	
<b>Faktisk arealbruk 2018 vs beregnet arealbehov 2018</b>		<b>2</b>		<b>-744</b>	<b>3348</b>	<b>711</b>	<b>3317</b>
Beregnet arealbehov 2040		10080		2376	1890	1560	
Beregnet arealbehov 2040, redusert liggetid/økt utnyttelse		7808		1716	1080	840	
Faktisk arealbruk 2018		9282		576	4788	1911	
<b>Faktisk arealbruk 2018 vs beregnet arealbehov 2040</b>		<b>-798</b>		<b>-1800</b>	<b>2898</b>	<b>351</b>	<b>651</b>
<b>Faktisk arealbruk 2018 vs beregnet arealbehov 2040, redusert liggetid/økt utnyttelse</b>		<b>1474</b>		<b>-1140</b>	<b>3708</b>	<b>1071</b>	<b>5113</b>

## 6.4 Arealer og arealberegning

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, m.m.). 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.

Tabell 7 viser også den faktiske arealfaktoren per dimensjonerende rom/enhet basert på dagens arealer og kapasiteter. Når man benytter det beregnede kapasitetsbehovet og en "standard" arealnorm får man et beregnet arealbehov. Det gir grunnlag for å beregne arealbalansen, altså hvor stort areal man disponerer i forhold til arealbehovet.



Tabell 8 viser differansen mellom faktisk arealbruk og beregnet arealbehov (arealbalansen) for ulike delfunksjoner i forskjellige sykehus og totalt for et sykehusområde/HF i 2018 og framskrevet til 2040.

Tabell 8 bygger på tilsvarende beregninger som er vist i tabell 7, men hvor også arealbruk og beregnet arealbehov er tatt med. Grunnlaget er kapasitets- og arealdata hentet fra klassifikasjonssystemet og aktivitetsdata fra NPR. Det er brukt modeller for framskriving av behov og forutsetninger om kapasitetsutnyttelse og arealstandarder.

Tabellen viser at det samlet er et beregnet arealoverskudd for nesten alle sykehusene både i 2018 og 2040, forutsatt en høy kapasitetsutnyttelse. Det viser at virksomheten kan utvikles innenfor de arealer man disponerer i 2018, forutsatt at byggene har en kvalitet og egnethet som tilfredsstillende framtidige krav, og de forutsetninger som ligger til grunn for beregningene er relevante.

Tabell 8: Beregnet arealbalanse 2018 og 2040 for sykehusenheter i et sykehusområde forutsatt høy utnyttelsesgrad i 2040

Sykehusområde	Arealbalanse 2018					Arealbalanse, høy utnyttelse 2040				
	Normal-senge-område	Dag-område	Poli-klinikk	Opera-sjon	Sum areal	Normal-senge-område	Dag-område	Poli-klinikk	Opera-sjon	Sum areal
Sykehusområde 1	-1988	83	6480	-1712	2863	1920	-130	7583	-344	9029
Sykehusområde 2	5738	-514	3070	593	8887	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
<b>Sum</b>	<b>6780</b>	<b>-2647</b>	<b>19228</b>	<b>2008</b>	<b>25369</b>	<b>11499</b>	<b>-3673</b>	<b>22204</b>	<b>4721</b>	<b>34751</b>

Til hvert rom i klassifikasjonssystemet skal det knyttes et areal, et 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 da 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 (BRA), som tilsvarer alt areal for et område målt innenfor yttervegger. For beregning av arealer vises det ellers til NS 3940.

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.

## 7. Nomenklaturet

Tabell 9 til 23 inneholder en nærmere forklaring til nomenklaturet i Klassifikasjonssystemet. Det viser sammenhengen mellom hovedfunksjoner og delfunksjoner og gir en beskrivelse av hva funksjonen omfatter og avgrensinger til andre funksjoner. Oversikt over romnavn og romspesifikasjoner finnes i vedlegg 1. Dette er Excel tabeller som viser hele Klassifikasjonssystemet.

Tabell 9: Oversikt over hovedfunksjoner med forklaring

Nr.	Hovedfunksjon	Kommentar
1A	Opphold, somatikk	Omfatter alle typer rom for døgnopphold. Unntak er senger til oppvåkning (postoperativ overvåking) hvor pasienten har en ledig seng eller hvilestol som venter. Disse klassifiseres under 2A.7 Oppvåkning. Pasienter til dagbehandling som dagkirurgi klassifiseres under 2A.9 Operasjon, 2A.7 Oppvåkning og 2A.14 Dagområde.  Egne undervisnings- eller forskningsenheter for døgnopphold omfattes også av denne funksjonen.
1B	Opphold, psykisk helsevern og rus	Omfatter alle typer rom for døgnopphold innenfor psykisk helsevern og rus. Døgnopphold innebærer at en overnatter fra ett døgn til et annet. Konsultasjonskontorer og undersøkelsesrom som kun brukes til døgninnlagte skal som hovedregel klassifiseres her.
2A	Undersøkelse og behandling, somatikk	Omfatter areal utenom døgnopphold der det foregår direkte pasientrettet arbeid i form av undersøkelse og/eller behandling.
2B	Undersøkelse og behandling, psykisk helsevern og rus	Omfatter areal utenom døgnopphold der det foregår direkte pasientrettet arbeid i form av undersøkelse og/eller behandling.
3	Medisinsk service	Støttefunksjoner til den kliniske virksomheten (laboratoriefunksjoner, AMK, ambulansetjeneste, apotek). Dette omfatter hovedsakelig arealer der det ikke er pasienter. Prøvetakingsenheter og blodtapping inngår også her (med pasientaktivitet).
4	Ikke-medisinsk service	Støttefunksjoner som er nødvendige for å drifte et sykehus/helsebygg. Omfatter sterilsentral, renhold, teknikk, varehåndtering, kjøkken, avfallshåndtering, senge- og tøyhåndtering, logistikk osv.
5	Administrasjon	Kontor- og møteromsfunksjoner (kontorer og støtterom) både for sentral administrasjon/sykehusledelse, ledelse i kliniske avdelinger med stab og skrive-tjeneste. Alle kontorer som ikke inngår som en nødvendig integrert driftsmessig del av andre funksjoner, skal registreres her. Kontorer til tillitsvalgte og vernetjenesten klassifiseres under 5.1.  Omfatter også enkelte spesielle funksjoner som f.eks. trykkeri og museum.  Kontor til seksjonsleder sengeområde klassifiseres under 1A, andre lederkontor under aktuell delfunksjon.  Lederkontorer til støttefunksjonene (medisinsk- og ikke-medisinsk service) klassifiseres under hhv. hovedfunksjonene 3, 4. og 6.

<b>Nr.</b>	<b>Hovedfunksjon</b>	<b>Kommentar</b>
6	Personalservice	Omfatter kantine, garderober, trimrom og andre servicearealer for personalet.  Kjøkkendelen av en kantine klassifiseres også under hovedfunksjon 6. Dersom kjøkkenet i tillegg produserer mat til pasientene, dvs. sengeområder, andre sykehus, klassifiseres det under hovedfunksjon 4.
7	Pasientservice	Servicefunksjoner for pasienter utenom de kliniske funksjonene. Omfatter prestatetjeneste, pasientbibliotek, lærings- og mestringssenter, overnatting m.m. Kontor til Pasientorganisasjon og Pasientombud klassifiseres her, delfunksjon 7.6 Pasientinformasjon.
8	Undervisning og forskning	Undervisnings- og forskningsområder som benyttes av sykehusets ansatte, studenter og forskere. Omfatter ikke areal til pasientundervisning som klassifiseres under hovedfunksjon 7 eller 1A, 2A, 1B og 2B.
9	Tekniske arealer	Areal til teknisk infrastruktur og teknisk forsyning i sykehuset. Omfatter tekniske sjakter/føringsveier, varmesentral, ventilasjonsrom, serverrom m.m. 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, vestibyler, broer m.m.  Korridorer i funksjonsarealer som f.eks. sengeområder, poliklinikk og operasjon klassifiseres også her.
11	Utomhus	Areal utenfor bygningsmassen. Omfatter bl.a. åpne terrasser, balkonger, parkeringshus, parkeringsplasser, gårdsrom, garasjer, oppstillingsplass for ambulanser, helikopterplass og -plattform m.m.
12	Ikke i bruk	Arealer som ikke er i bruk. Omfatter rom som står ledige etter utflytting, ikke innredede arealer, råbygg og utgravde arealer. Omfatter også rom som ikke er formålstjenlig.

Tabell 10 Oversikt over delfunksjoner i hovedfunksjon **Opphold, somatikk** med forklaring

<b>HF Nr</b>	<b>Nr</b>	<b>Delfunksjon</b>	<b>Kommentar</b>
1A	1	Barnesengeområde	Omfatter sengeområde for barn mellom nyfødt og 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	Funksjonsområde 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.2. Støtterom klassifiseres på hovedbruker.
1A	4	Føde/barsel	Omfatter føderom, sengerom for observasjon av fødepasienter og barsel, sengerom/plasser for barsel mm.

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.
1A	6	Intensiv	Område med overvåkingsplasser der pasienten får intensiv behandling og pleie (inkludert støtterom). Respiratoravhengige pasienter ligger som regel i intensivområdet.
1A	8	Nyfødtintensiv	Intensivfunksjon for behandling av syke nyfødte. Omfatter både intensivplasser og "vokseplasser".
1A	9	Normal-sengeområde	Funksjonsområde for "vanlige" døgnopphold i sykehus. Omfatter også isolat i sengeområder og hele sengeområder med infeksjonssenger. Gynekologiske sengeområder klassifiseres her.
1A	10	Observasjon	Som regel knyttet til akuttmottak og i noen tilfeller lokalisert til sengeområder. Pasientgruppen er som regel øyeblikkelig hjelp-pasienter. Omfatter observasjonsplass i observasjonsenhet, korttidsobservasjon (under 8 timer) i Akuttmottak og Dagområde.  Omfatter ikke observasjonsplasser for fødende. Disse klassifiseres som sengerom 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. Sykehotell har ikke pleiefaglige ressurser.
1A	12	Intermediær (tidligere benevnelse Tung overvåking)	Område med overvåkingsplasser der pasienter med spesielle overvåkingsbehov får behandling og pleie (inkludert støtterom). Kategorisert som «forsterket observasjon» fra 2022. Benevnes i noen sammenhenger som "step-down". Er ofte samlokalisert med intensiv. Kan også være lokalisert som en avgrenset del av et sengeområde eller som en egen enhet, for eksempel hjerteovervåking. Omfatter ikke oppvåkingsplasser etter tyngre kirurgi. Disse klassifiseres under delfunksjon 2A.7 Oppvåkning.  Må ikke forveksles med begrepet intermediærplasser tilknyttet kommunehelsetjenesten.

"Normalsengeområde" er den delfunksjon som omfatter de fleste sengerom med 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 og intermediær er delfunksjoner som i store sykehus kan være 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 at det er flere delfunksjoner som er brukere.

*Tabell 11: Oversikt over delfunksjoner i hovedfunksjon **Opphold, psykisk helsevern og rus med forklaring***

<b>HF Nr</b>	<b>Nr</b>	<b>Delfunksjon</b>	<b>Kommentar</b>
1B	1	Barnesengeområde	Sengeområde for barn og ungdom opp til 18 år.
1B	3	Familieenhet	Område som er spesielt tilrettelagt for undersøkelse / behandling / terapi for familier ved døgnopphold.
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 12: Oversikt over delfunksjoner i hovedfunksjon **Undersøkelse og behandling, somatikk med forklaring***

<b>HF Nr</b>	<b>Nr</b>	<b>Delfunksjon</b>	<b>Kommentar</b>
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. Traumerom med røntgen og operasjonsvirksomhet klassifiseres her og ikke under 2A.9 Operasjon eller 2A.11 Radiologi.  Legevakt er i en del sykehus samlokalisert med akuttmottak, og deler derfor støtterom. Legevakt klassifiseres under 2A.6 Legevakt. Støtterom klassifiseres under 2A.1 Akuttmottak.
2A	3	Ergo- og Fysioterapi	Rom til ergo- og fysioterapifunksjonen som kan være lokalisert i poliklinikker, dagområde, sengeområder eller som egne enheter.
2A	5	Kliniske støttefunksjoner	Støttefunksjoner som sosionom, klinisk ernæringsfysiolog, logoped, psykolog m.m. Består ofte av kontorer som er samlokalisert med administrative funksjoner eller poliklinikker.
2A	6	Legevakt	Poliklinisk øyeblikkelig-hjelp funksjon som driftes 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, operasjoner, intervensjon og tyngre radiologiske prosedyrer som krever anestesi. Omfatter både pasienter som har vært i generell narkose, spinal- og

## Brukerveiledning for Klassifikasjonssystemet for helsebygg versjon 4.2 datert 19. september 2022

		Oppvåkning	<p>epiduralbedøvelse, men også pasienter som har behov for overvåking etter lokalanestesi.</p> <p>Overvåking/tilsyn etter f.eks. bildediagnostiske undersøkelser, endoskopiske undersøkelser eller undersøkelse og behandling innenfor Nukleærmedisin og PET klassifiseres som overvåkingsplass under respektive delfunksjoner.</p> <p>Pasienter som trenger tilsyn eller hvileplass før/etter dagbehandling og dagkirurgi, klassifiseres under 2A.14 Dagområde. En pasient til dagkirurgi kan være innom både dagplass (før og etter operasjon) og oppvåkning.</p>
2A	8	Nukleærmedisin og PET	<p>Omfatter rom for undersøkelse av pasienter, tilberedning av radioaktive stoffer for undersøkelse av pasienter i f.eks. PET-CT, PET-MR, SPECT-CT og gammakamera.</p> <p>Omfatter også overvåkingsplasser etter undersøkelse/behandling.</p>
2A	9	Operasjon	<p>Operasjonsrom med støtterom. Gjelder både dagkirurgi og operasjonsenheter for døgnpasienter.</p> <p>Gjelder ikke for separate skiftestuer/mindre operasjonsrom integrert i poliklinikker eller akuttmottak og føde/barsel. Disse klassifiseres under de respektive funksjoner.</p>
2A	10	Poliklinikk	<p>Undersøkelse/behandling av polikliniske pasienter. Arealet kan være i egne enheter eller samlokalisert/integrert med sengeområder.</p> <p>Omfatter også overvåkingsplasser etter undersøkelse/behandling, f.eks. endoskopiske undersøkelser.</p>
2A	11	Radiologi	<p>Omfatter rom til røntgendiagnostikk, annen bildediagnostikk og bildeveiledet behandling.</p> <p>Intervensjonsradiologi kan i noen tilfeller ligge som en integrert del i operasjonsenheten og klassifiseres da under 2A.9 Operasjon.</p> <p>Brystdiagnosesenter med integrert mammografilaboratorium klassifiseres under 2A.10 Poliklinikk.</p>
2A	12	Stråleterapi, foton og brachyterapi. Protonterapi.	<p>Rom som benyttes til strålebehandling v.h.j. høyenergetisk ioniserende stråling.</p> <p>Fotonterapi er høyenergetisk røntgenstråling.</p> <p>Brachyterapi omfatter stråleterapi med eksterne radioaktive kilder som føres inn i kroppens hulrom, f.eks. underlivet eller vi nåler til f.eks. bryst, prostata m.m.</p> <p>Protonbehandling er strålebehandling som er mer presis og skånsom enn tradisjonell strålebehandling (foton) og som krever syklotron i tillegg til behandlingsrom.</p>
2A	13	Habilitering/rehabilitering	<p>Poliklinikk og dagområde for pasienter under habilitering og rehabilitering. Omfatter ikke rom til kliniske støttefunksjoner som ergoterapi/fysioterapi og sosionom. Disse skal klassifiseres under hhv. 2A.3 og 2A.5.</p>
2A	14	Dagområde	<p>Funksjonsområde for pasienter som er til dagbehandling. Dagområde kan være organisert som en egen enhet, eller som en avgrenset del i et sengeområde eller poliklinikkområde. Eksempel på dagpasienter er pasienter til dialyse, medisinske og kirurgisk prosedyrer som ikke defineres under poliklinikk. Andre kategorier kan være pasienter som har gjennomgått</p>

		Dagområde	prosedyrer innen radiologi som angiografi og polikliniske prosedyrer som endoskopier. Se beskrivelse Dagplass. For dagkirurgiske enheter vil venteplasser og overvåkingsplasser inngå i dagområdet, mens rom til operasjon og postoperativ overvåking vil kategoriseres under delfunksjon 2A.9 Operasjon eller 2A.7 Oppvåkning.
--	--	-----------	---

**Tabell 13: Oversikt over delfunksjoner i hovedfunksjon *Undersøkelse og behandling, psykisk helsevern og rus* med forklaring**

<b>HF Nr</b>	<b>Nr</b>	<b>Delfunksjon</b>	<b>Kommentar</b>
2B	1	Akuttmottak	Mottaksrom eller -område for akutte innleggelses av pasienter innenfor psykisk helsevern og rus. Dedikerte rom i et somatisk akuttmottak for denne pasientgruppen klassifiseres under 2A.1.
2B	2	Ergo- og fysioterapi	Omfatter rom til ergo- og fysioterapi for pasienter innenfor psykisk helsevern og rus. Kan være lokalisert som egne enheter eller som en avgrenset del av poliklinikker, dagområde 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 bl.a. rom for sosionom, logoped og klinisk ernæringsfysiolog.
2B	5	Poliklinikk	Omfatter område for undersøkelse og behandling av polikliniske pasienter. Omfatter konsultasjonsrom, undersøkelsesrom og samtalerom knyttet til psykolog og lege som driver behandling av både inneliggende og polikliniske pasienter, dersom dette er integrert i et poliklinisk område.
2B	6	Dagområde	Område for pasienter som har dagopphold. Dagområde kan være organisert som en egen enhet, eller som en avgrenset del i et sengeområde eller poliklinikkområde.

**Tabell 14: Oversikt over delfunksjoner i hovedfunksjon *Medisinsk service* med forklaring**

<b>HF Nr</b>	<b>Nr</b>	<b>Delfunksjon</b>	<b>Kommentar</b>
3	1	AMK-sentral	Omfatter operatørrom og støtterom. Legevaktsentral kan være 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	<p>Laboratoriefunksjon som inkluderer prøvetaking og analyser både innenfor medisinsk biokjemi, patologi, medisinsk genetikk og mikrobiologi. Inneholder også laboratorier for immunologiske analyser.</p> <p>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.</p> <p>Omfatter også sykehushygiene i mange sykehus.</p> <p>Dersom det ikke er egen enhet for mikrobiologi og kun kontor for f.eks. hygiene-sykepleier, skal disse klassifiseres under 5.4 Sentraladministrasjon.</p> <p>Funksjonen omfatter også oppbevaring av lik, obduksjon og disseksjon.</p> <p>Omfatter ikke rom til undervisning og forskning. Disse klassifiseres under en av delfunksjonene under 8. Undervisning og forskning.</p> <p>Omfatter ikke kapell, som klassifiseres under 7.7 Livsrom.</p>
3	7	Ambulansetjeneste	<p>Omfatter både bil, båt- og luftambulans. Lukkede garasjer, vaskehaller, ambulansseinnang, kontorer, hvilerom/overnattingsrom m.m.</p> <p>Ambulansestasjoner og rom i sykehus for ambulansetjenesten (eks. lager) klassifiseres her. Helikopterbase klassifiseres her.</p> <p>Omfatter ikke helikopterplattform (11.3 Helikopterplass), eller åpen garasje/carport (11.1). Oppstillingsplass for biler (ikke ambulans) utendørs klassifiseres under 11.4 Parkering.</p>

*Tabell 15: Oversikt over delfunksjoner i hovedfunksjon **Ikke-medisinsk service** med forklaring*

<b>HF Nr</b>	<b>Nr</b>	<b>Delfunksjon</b>	<b>Kommentar</b>
4	1	Avfallshåndtering	<p>Sentral lagring og håndtering av avfall, herunder også for urent tøy.</p> <p>Omfatter ikke rom til lagring og håndtering av avfall lokalt i f.eks. poliklinikker, sengeområder og kontorområder. Disse skal klassifiseres under de respektive funksjoner.</p>
4	2	Behandlings-hjelpemidler	<p>Omfatter rom til utlevering og kontroll, samt opplæring av pasienter i bruk av behandlingshjelpemidler som forstøvere, hjemmerespirator osv. Ofte nært knyttet til medisinsk teknikk.</p>
4	3	Beredskap	<p>Omfatter lager og rom som er disponert utelukkende for beredskapssituasjoner, for eksempel ved utrykning og behandling i forbindelse med katastrofer. Omfatter også beredskapslager for væsker og forbruksvarer.</p>
4	4	FDVU	<p>Kontorer og verksteder med støtterom til personell som har ansvar for forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling av eiendomsmassen. Areal for allmenn teknikk og eiendom klassifiseres her.</p>
4	5	IKT drift	<p>Driftsfunksjon for utvikling, daglig drift og vedlikehold av sykehusets IKT-systemer. Omfatter kontorer og støtterom.</p> <p>Omfatter ikke datarom/serverrom. Disse klassifiseres under delfunksjon 9.1 Tekniske rom.</p>



## Brukerveiledning for Klassifikasjonssystemet for helsebygg versjon 4.2 datert 19. september 2022

			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. Digitale arkiv kan klassifiseres under 9.1 Tekniske rom, server.  Omfatter ikke arkiv for røntgenbilder. Disse klassifiseres under 2A.11 Radiologi.
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 laboratoriemedisin skal inngå i 4.7.
4	8	Renhold	Omfatter både sentrale og desentrale stasjoner. Støtterom som pauserom, møterom, kontor med mer som hører til funksjonen, skal inkluderes.  Omfatter ikke renholds-rom («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. Slike rom lokalisert i sengeområdene klassifiseres også her. Oppstillingsplass, senger, klassifiseres under de respektive delfunksjonene.
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 (eks. St. Olav) og egne produksjonskjøkken.  Dersom mottak av ekstern leveranse av mat ligger i tilknytning til sentrallager, klassifiseres det under 4.11 (sentrallager). Kjøkken tilhørende sengeområder klassifiseres under 1A eller 1B.
4	11	Sentrallager	Omfatter sentralt varemottak, sentrallager og vareutlevering til hele sykehuset.
4	12	Sikkerhetstjeneste	Omfatter rom for sikkerhetspersonell (vaktrom, rom for overvåking av rom og korridorer i sykehuset, oppbevaring av nøkler/adgangskort). Denne funksjonen kan være satt bort til eksterne drivere. I enkelte sykehus er denne funksjonen lagt under transport- og portørtjenesten, og klassifiseres da under 4.14 Logistikk, transport og portør.
4	13	Sterilsentral	Omfatter rom til mottak, rengjøring, sterilisering, pakking og distribusjon av sterilgods. Alle støtterom inngår. Funksjonen benevnes i enkelte sykehus som sterilmforsyning.  Desinfeksjons- og nødautoklaveringsrom i f.eks. operasjonsområder, røntgen, spesiallaboratorier og poliklinikker klassifiseres under de respektive delfunksjonene.
4	14	Logistikk, 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.

			<p>Automatiserte lagersystem jf. Stavanger Universitetssykehus, hvor heis benyttes som lager og distribusjon av senger og varer, klassifiseres her.</p> <p>I enkelte sykehus inngår sikkerhetstjenesten som en del av denne funksjonen, og klassifiseres da her.</p>
4	15	Tøyhåndtering	<p>Omfatter sentralt mottak for tøy, omlasting/lagring og distribusjon av rent tøy. I enkelte sykehus kan vaskeri inngå i denne funksjonen.</p> <p>Omfatter ikke rom for urent tøy. Dette inngår i 4.1 Avfallshåndtering. Unntaket er dersom sykehuset har eget vaskeri, da klassifiseres rom for urent tøy her.</p> <p>Omfatter ikke tøyhåndtering ved brukersteder. Disse klassifiseres under de respektive delfunksjoner.</p>

Tabell 16: Oversikt over delfunksjoner i hovedfunksjon **Administrasjon** med forklaring

NF Nr	Nr	Delfunksjon	Kommentar
5	1	Administrative kontorfunksjoner	<p>Omfatter rom til avdelingsledelse med stab ved kliniske funksjoner. I tillegg skal alle kontorer til leger, sykepleiere og andre profesjoner i overordnede lederstillinger m.m. klassifiseres her. Kontorer for fagorganisasjoner og verneombud inngår også.</p> <p>Omfatter ikke den operative ledelsen (avdelingssykepleier, seksjonsleder, postsekretær eller tilsvarende). Disse knyttes til driftsenheten, sengeområde, poliklinikk o.l. Omfatter ikke kontor til klinikknære funksjoner, se delfunksjon 5.6.</p>
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 hus-trykkeri eller representant.
5	4	Sentral administrativ kontorfunksjon	<p>Omfatter sykehusets eller helseforetakets sentrale ledelse med stabsfunksjoner. Kontorer for kvalitetsansvarlige, HMS, AMU osv. inngår også her.</p> <p>I tillegg skal møterom som disponeres felles klassifiseres her.</p>
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 m.m. for klinisk personell, dvs. leger, sykepleiere m.m. som ikke har lederstilling og som ikke inngår i et klinisk funksjonsområde.

Tabell 17: 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.

## Brukerveiledning for Klassifikasjonssystemet for helsebygg versjon 4.2 datert 19. september 2022

6	4	Garderobe	<p>Omfatter garderobefunksjon for ansatte. Omfatter tøylager (rent og urent), dusj, garderobe og WC.</p> <p>Omfatter ikke mindre garderober tilknyttet et kontorområde, sengeområde, poliklinikkområde eller som er en del av innslusing til operasjon. Disse klassifiseres under de respektive delfunksjonene.</p>
6	5	Kantine	<p>Omfatter rom til kantine for sykehusets ansatte. Kan også være kantine som benyttes av pasienter/besøkende. Kantineplasser, serveringsarealet, WC og evt. andre støtterom.</p> <p>Omfatter ikke sentralkjøkken, men kantinekjøkken (når dette kun leverer mat til kantinen).</p>
6	6	Overnatting	<p>Overnattingsrom for sykehusets ansatte (vaktpersonell).</p> <p>Omfatter ikke overnattingsrom for ambulansetjenesten. Disse klassifiseres under 3.7 Ambulansetjenesten.</p>
6	7	Rekreasjon	<p>Omfatter treningsrom, rekreasjonsrom osv. for ansatte.</p> <p>Omfatter ikke pauserom. Disse kategoriseres under de respektive delfunksjoner.</p>
6	8	Sanitærrom	<p>Omfatter WC/dusj og ammerom for personalet som ikke ligger lokalisert i tilknytning til andre funksjoner.</p> <p>Sanitærrom tilknyttet sengeområde, poliklinikk mv klassifiseres under de respektive delfunksjoner.</p>
6	9	Personalboliger	<p>Omfatter hus og leiligheter som helseforetaket leier ut til ansatte.</p>

Tabell 18: Oversikt over delfunksjoner i hovedfunksjon **Pasientservice** med forklaring

HF Nr	Nr	Delfunksjon	Kommentar
7	1	Kulturvirksomhet	Omfatter rom for kulturell virksomhet. Eks.: Aktivitetsrom med scene for opptreden eller kinovisning, kunstutstillinger.
7	2	Lærings- og mestringscenter	Omfatter rom for undervisning av pasienter og pårørende, kontorer og "helseressurssenter". Pasientbibliotek klassifiseres under 7.5 Pasientbibliotek.
7	3	Næringsvirksomhet	Omfatter kiosk, butikker, frisør, kafé m.m. Som oftest er dette utleieareal. Omfatter ikke kantine for personalet eller apotek. Dette er kategorisert under hhv. 6.5 Kantine og 3.2 Apotek.
7	4	Overnatting	Omfatter overnattingsrom for pårørende i sykehuset.  Omfatter ikke rom i pasienthotell som klassifiseres under 1A.11 Pasienthotell.
7	5	Pasientbibliotek	Omfatter rom til lagring og utlån av bøker og tidsskrifter, internett og tilgang til PC-arbeidsplasser.
7	6	Pasientinformasjon	Omfatter sentral resepsjon med generell informasjon for pasienter og besøkende. Informasjonsstasjoner 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 Lærings- og mestringssenter.
7	7	Livssynsrom	Omfatter livssynsnøytrale seremonirom, bønnerom, prestekontorer, funksjonen kirkerom, kapell, o.l.
7	8	Sanitærrom	Omfatter WC/dusj og ammerom for pasienter og besøkende som ikke ligger lokalisert i tilknytning til andre funksjoner.  Sanitærrom tilknyttet sengeområde, poliklinikk, m.m. klassifiseres under de respektive delfunksjoner.
7	9	Skole og barnehage	Omfatter rom for undervisning, aktivisering og lek m.m. 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 19: 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, UB-rom, laboratorier og alle støtterom.
8	2	Forskning	Omfatter rom til forskning som ikke inngår i andre funksjoner eller områder. Senger i Forskningsposter klassifiseres her.  Omfatter ikke rom til forskning i dyrestall, som klassifiseres under 8.1 Dyrestall.
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.
8	4	Simuleringsenhet	Omfatter rom til opplæring og simulering av hendelser for ansatte. Kan omfatte undersøkelses- og behandlingsrom og operasjonsstuer som benyttes til simulering.  Dersom pasientbehandling foregår i rommene, skal de klassifiseres under de respektive delfunksjoner. Eks. bruk av traumerom til simulering, klassifiseres under 2A.1 Akuttmottak.
8	5	Undervisning	Omfatter undervisning for ansatte, studenter og hospitanter. Gjelder auditorier, grupperom, ferdighetsrom m.m. med tilhørende støtteareal.  Dersom undervisningsrom er integrert i funksjoner som poliklinikker, sengeområder osv., skal de trekkes ut og klassifiseres her under 8.5.

Tabell 20: 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 f.eks. ventilasjonsrom, tavlerom, varmesentral, fordelingsanlegg m.m.
9	2	Tekniske sjakter	Omfatter alle vertikale føringsveier. Gjelder f.eks. ventilasjonssjakter, rørsjakter m.m.
9	3	Teknisk mellometasje	Omfatter teknisk mellometasje og gangbare himlinger over 190 cm. Inndeles med rom/romsoner for aggregater, korridorer m.m. Dette er areal som «ikke er iht. Forskriftene om varig opphold».

Tabell 21: 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 delfunksjoner.  Trafikkareal i tekniske mellometasjer klassifiseres under 9.3 Teknisk mellometasje.
10	2	Tverrgående trafikkareal	Omfatter korridorer, ganger, trapper og heiser som betjener flere delfunksjonsområder.
10	3	Trafikkareal mellom bygg	Omfatter transportareal mellom bygg, f.eks. transportkulverter og gangbroer.

Tabell 22: Oversikt over delfunksjoner i hovedfunksjon **Utomhus** med forklaring

HF Nr	Nr	Delfunksjon	Kommentar
11	1	Garasje	Omfatter garasje og carport (biloppstillingsplass med tak over). Eks. garasje for kjøretøy tilhørende Almen teknikk klassifiseres her.
11	2	Hage/Parkanlegg	Område på bakkenivå som er tilrettelagt med beplantning og for aktivitet for pasienter, pårørende, ansatte og gjester. Omfatter gårdsrom og hager.
11	3	Helikopterplass	Omfatter helikopterplattform. En helikopterplass kan ha flere plattformer (f.eks.: nye Rikshospitalet). Omfatter ikke helikopterbase med f.eks. hangar, som klassifiseres under 3.7 Ambulansetjeneste.
11	4	Parkering	Omfatter faste oppstillingsplasser for kjøretøy: biler, sykler, motorsykler o.l. Gjelder parkering både utomhus og innomhus, f.eks. parkeringshus.
11	5	Utomhus opphold	Omfatter åpne terrasser, balkonger og takhager. Både overbygde og ikke-overbygde. Omfatter også uteareal som atrium og sikret uteområde for psykisk helsevern.

*Tabell 23: Oversikt over delfunksjoner i hovedfunksjon **Ikke i bruk** med forklaring*

<i><b>HF Nr</b></i>	<i><b>Nr</b></i>	<i><b>Delfunksjon</b></i>	<i><b>Kommentar</b></i>
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.
12	3	Utgravd	Omfatter arealer som er utgravd, men ikke opparbeidet.

## 8. Klassifisering av romdata

Data om byggene eies av helseforetakene og brukes i hovedsak av eiendomsavdelingene. Personalet som arbeider med bygg, er ofte uvant med de virksomhetsrelaterte benevnelsene på funksjoner og rom. På den andre siden er personell ved kliniske avdelinger ofte ukjente med hensikten og behovet for slik kartlegging og rapportering. Implementering og bruk av systemet vil berøre begge parter og opplæringen må derfor være tilpasset personer med ulike roller og oppgaver.

Aktiv eiendomsforvaltning skal bidra til bedre areal- og ressursutnyttelse og mer effektiv drift. Ledelsens beslutninger om disponering av rom og arealer må bygge på kunnskap om både byggene og virksomheten. Data hentes både fra den kliniske virksomheten og eiendomsforvaltning. Motivasjon og forståelse for bruken av Klassifikasjonssystemet 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.

### 8.1 Kartlegging og lagring av romdata

Alle romdata klassifiseres og lagres ett sted; i sykehusets eller foretakets FDV-database. Romdata overføres deretter til Nasjonal Database via et web-grensesnitt iht. definert struktur og format. Nasjonal Database speiler den til enhver tid gjeldende revisjon og versjon av Klassifikasjonssystemet (KS).

Det bør foreligge et oppdatert tegningsgrunnlag før klassifiseringen starter. Hvis det ikke foreligger digitale tegninger, bør tegningsmaterialet polygoniseres og digitaliseres. Visualisering ved farging av tegninger kan gi bedre oversikt over enkeltrom og delfunksjonsområder og derved sammenhenger og logistikk.

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. Det vil være behov for dialog med klinikken som er ansvarlig for de ulike delfunksjonsområdene for å sikre rett klassifisering, samt en fortløpende oppdatering om endringer i bruk av rom. Det kan være nyttig å ta med tegninger på papir eller digitalt under kartleggingen.

## 8.2 Organisering og gjennomføring av klassifisering

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 være mindre arbeid forbundet med vedlikehold av data dersom man utarbeider gode rutiner for melding av endringer.

Man bør gå en fysisk runde i de arealene som kartlegges og snakke med brukerne av arealet. Man bør ikke anta at det som står på tegning eller den kjennskap man selv har til funksjonene, stemmer overens med faktisk bruk. Dialog med brukere av arealet setter søkelys på hvordan kapasitet og areal benyttes, og vil kunne føre til en bevisstgjøring av bruk av bygg som en ressurs og kostnad.



## 9. Rapporter

Brukerne av systemet vil stille krav til innhold og oppbygging av FDV-databasene gjennom å definere behovet for rapporter og uttrekk av data. Det er et krav at alle FDV-systemer skal være tilrettelagt for Klassifikasjonssystemet.

Tabell 24 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 24: 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><i>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 areal- og kapasitet innad i HF</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nettoareal fordelt på delfunksjoner og romtype</li> <li>• Bruttoarealer og brutto/netto faktor for delfunksjoner, etasjer og bygg</li> <li>• Gjennomsnittlig areal per romtype innenfor en delfunksjon, areal i kapasitetsbærende rom</li> <li>• Romtyper og funksjoner fordelt på bygg</li> <li>• Krav til energibehov på romtyper og arealer fordelt på bygg, andre spesifikke krav knyttet til egenskaper</li> <li>• Fordeling av kapasitet på enheter, avdelinger</li> <li>• Fordeling av kapasitet på bygg, deler av bygg</li> </ul>	<p><i>Som for drift. Ofte aggregert på HF eller RHF-nivå.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grunnlag for å finne erfaringsbaserte krav til arealer og andre egenskaper for romtyper.</li> <li>• Sammenligning av kapasitet og arealer mellom avdelinger, funksjoner, HF og RHF.</li> <li>• Totalt netto og brutto arealer for funksjonsområder og romtyper</li> <li>• Relativ fordeling av arealer på viktig delfunksjoner for sammenligning mellom prosjekter, sykehusenheter og HF</li> </ul>

<p>Kombinasjon av data fra Klassifikasjonssystemet og aktivitetsdata.</p> <p>Dagens aktivitet og framskrevet aktivitet</p>	<p><i>Rapporter som gir grunnlag for å analysere dagens kapasitets- og arealutnyttelse og hvordan endringer i kapasitet og arealbehov kan innpasses i byggene</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reell kapasitet og arealer vs. beregnet kapasitetsbehov og arealbehov per             <ul style="list-style-type: none"> <li>- delfunksjon</li> <li>- organisasjonsenhet</li> </ul> </li> <li>• Kapasitets- og arealutnyttelse per delfunksjon/avdeling</li> </ul> <p>Beregnet kapasitet er avhengig av forutsatt utnyttelsesgrad som fastsettes i hvert enkelt tilfelle.</p>	<p><i>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</i></p> <p>Som for drift, men i tillegg:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kapasitet og kapasitetsbehov, kapasitetsutnyttelse dagens drift og framtidig drift</li> <li>• Areal og arealbehov, arealutnyttelse dagens drift og framtidig drift</li> <li>• Behov for økt kapasitet og areal i forhold til ledig kapasitet på arealer</li> <li>• Effekter av endringer for spesifikke funksjoner og pasientgrupper</li> <li>• Effekter av spesifikke endringer i aktivitetsgrunnlaget, på kapasitets- og arealfordeling mellom sykehusenheter og HF</li> <li>• Forholdet mellom aktivitet, kapasitet og arealer i sykehusenheter og HF/RHF</li> <li>• Fordeling av aktivitet, kapasitet og arealer for spesielle delfunksjoner og pasientgrupper</li> </ul>
<p>Kombinasjon Klassifikasjonssystemet, aktivitet og bygg/kvalitet</p>	<p><i>Rapporter som gir grunnlag for å analysere tilpasninger mellom krav til bygget og byggenes kvalitet og egnethet:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kapasitet og arealbruk, lokalisering av rom og funksjoner og byggets kvalitet</li> <li>• Framtidig kapasitets- og arealbehov ift. byggets reserver/potensiale og egnethet</li> </ul>	<p><i>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.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utvikling av kapasitetsbehov for spesifikke delfunksjoner og romtyper vs. byggenes kvalitet og egnethet.</li> <li>• Utviklingsbehov vs. vedlikeholdskostnader og levetid</li> <li>• Utvikling av kapasitetsbehov vs. byggenes kvalitet og egnethet for HF, RHF og nasjonalt</li> <li>• Utviklingsbehov vs. vedlikeholdskostnader og levetid</li> </ul>

Oppdatering av hva rom brukes til og hvem som bruker dem er eiendomsforvaltningens ansvar. Klassifikasjonssystemet bidrar til økt søkelys på virksomhetens behov og bedre grunnlag for fordeling av rom og arealer etter endringer i behov.

Bruken av data sikrer oppmerksomhet rundt systemet og kvaliteten på dataene. Det vil være behov både for årlig kvalitetssikring av klassifisering av rom, samt rapportering til Nasjonal Database for Klassifikasjonssystemet.

## 10. Vedlegg

### 10.1 Vedlegg 1 Klassifikasjonssystemet versjon 4.2

Se <https://www.klassifikasjonssystemet.no>

På Startsidene finner du lenke til gjeldende versjon av Klassifikasjonssystemet, samt Brukerveileder for Klassifikasjonssystemet og Brukerveileder for Nasjonal database.