

Veileder klassifikasjonssystem for sykehusbygg, v 2.0**Dato: 21.05.2009****1. Bakgrunn og hensikt**

Målsettingen med Klassifikasjonssystemet er mer effektiv arealbruk og bedre planlegging av funksjoner og arealer i sykehus. Innenfor HF er det behov for å kartlegge og beskrive kapasitet og areal og hvordan dette fordeler seg på funksjoner og avdelinger. Regionale helseforetak (RHF) vil i sin vurdering av sykehusstruktur og eventuelt behov for endringer trenge opplysninger om kapasitet, arealbruk og arealeffektivitet. I tillegg er det flere andre områder der klassifisert areal kan danne et grunnlag for analyser og beslutninger:

- Prising av arealer og innkreving av husleie
- Effektivisering av virksomheten
- Strategisk utvikling av eiendommene
- Drift og vedlikehold
- Erfaringsbaserte standarder
- Vurdering av arealbehov og arealeffektivitet
- Vurdering og godkjenning av sykehusprosjekter
- Forskning og utvikling

Veilederen skal i første rekke beskrive hensikten med og bruken av klassifikasjonssystemet og nomenklaturet, samt råd for innføring av klassifikasjonssystemet.

2. Klassifikasjonssystemets oppbygging

Klassifikasjonssystemet består av to deler:

- Et nomenklatur som fastsetter en felles benevning av funksjoner og rom i sykehus
- En struktur som entydig knytter sammen rom og funksjoner i en nivåstruktur

Hvis man legger til grunn at det er behov for å sammenligne arealbruk og arealeffektivitet i sykehus over tid og mellom enheter og institusjoner, så vil det være behov for et nomenklatur som bidrar til at alle sykehus benevner de viktigste funksjoner og rom med samme navn. Nomenklaturet må også inneholde en veiledning slik at det vil ligge til grunn en felles oppfatning av hva rommene brukes til.

3. Funksjonsinndeling av et sykehus

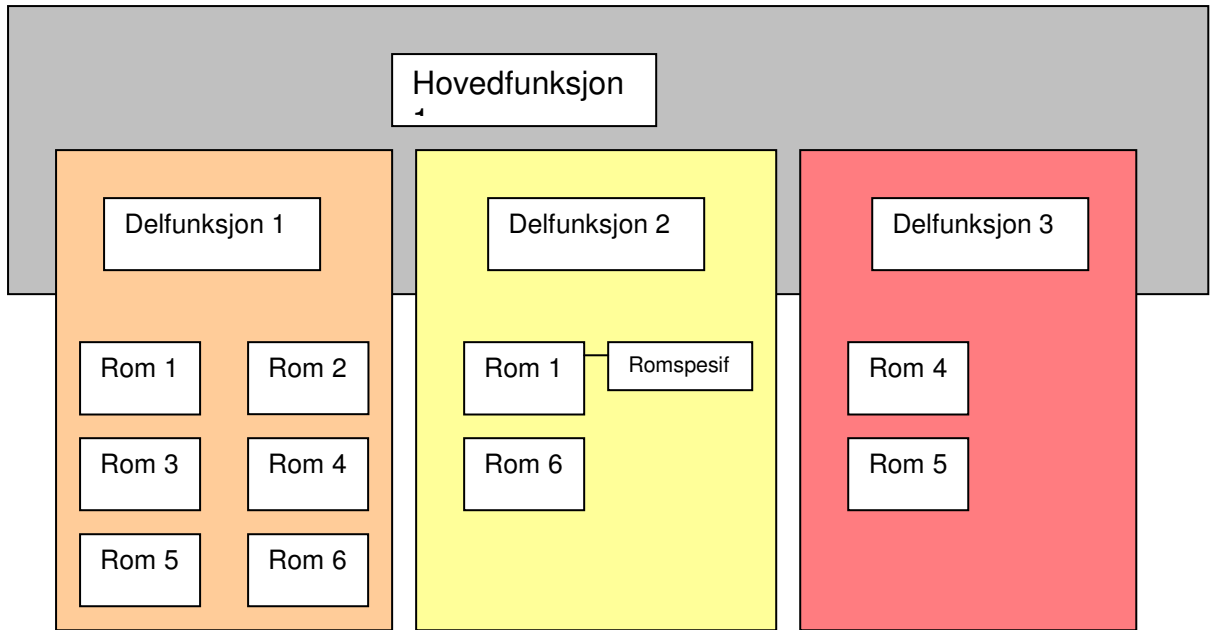
"Sykehus er helseinstitusjon som undersøker og/eller behandler pasienter og hvor pasienter kan innlegges"¹. Sykehus som organisatorisk enhet kalles i dag Helseforetak (HF). Et HF kan omfatte institusjoner som er geografisk spredt. Man ser også at avdelinger er delt mellom to eller flere sykehusenheter. Et klassifikasjonssystem må kunne omfatte både den enkelte lokasjonene og den de organisatoriske enhetene slik at data om arealene kan sees isolert for en enhet eller samlet, på tvers av flere enheter innenfor et HF.

Klassifikasjonssystemet bygger på et hierarkisk system med en inndeling i hovedfunksjoner, som igjen deles opp i delfunksjoner. En delfunksjon omfatter et antall rom, hvor noen kan være spesifikke for delfunksjonen mens andre er generelle og vil finnes i de fleste delfunksjoner. Dette er vist i modellen nedenfor.

Hovedfunksjon, delfunksjon og rom er unike begreper som det kan søkes på. I tillegg vil det være behov for en romspesifikasjon som fyller behovet for å gi rommet en nærmere beskrivelse. For et enkelt rom i klassifikasjonssystemet vil det kunne finnes et stort antall romspesifikasjoner.

For å kunne sammenligne kapasitets- og arealutnyttelse mellom enheter og sykehus er det identifisert noen "kapasitetsbærende" rom med romspesifikasjon på antall plasser. For disse rommene finnes det en entydig sammenheng mellom antallet rom eller plasser og den kapasiteten sykehuset har til å levere tjenestene. Slike rom/plasser er for eksempel sengerom, undersøkelse, behandling, kontor, kontor/konsultasjon og operasjon. Til disse rommene kan det knyttes aktivitetsdata slik at det er mulig å måle kapasitetsutnyttelsen. For å kunne summere antall like rom og for å sammenligne mellom avdelinger og sykehus er det derfor viktig at benevnelsen av disse rommene angis likt både når det gjelder romnavn og spesifikasjon. I romlista er disse angitt med **gul farge**.

¹ Administrativ definisjonskatalog for somatiske sykehus, 3.utgave, juli-99



Eksemplet nedenfor viser inndelingen i 4 nivåer.

For de "kapasitetsbærende rommene" er det fjerde nivået (romspesifikasjonen) en viktig del av klassifikasjonssystemet.

Det er viktig at spesifiseringen for øvrige rom også benytter klassifikasjonssystemets romliste, men det er rom for å legge til nye spesifikasjoner der denne listen ikke dekker behovet. Klassifikasjonssystemets tabeller viser eksempler på hvordan spesifikasjoner brukes.

Eksempel:

1. Siffer	Hovedfunksjon	2. Siffer	Delfunksjon	3. siffer	Rom	Romspesifikasjon
1A	Opphold, somatikk	1A.1	Barnesengeområde	1A.1.1	Sengerom	1-sengs
3	Medisinsk service	3.4	Medisinsk biokjemi	3.4.1	Avfall	risiko
8	Undervisning og forskning	8.5	Undervisning	8.5.1	Grupperom	PBL

Når rom legges inn i en database tildeles hvert rom et identifikasjonsnummer. Hvert enkelt sykehus har ID-nummer på rom enten ved bruksromnummer og/eller ved geografiske romnummer. For nye prosjekter vil man før disse er etablert danne egne romnummer som vist i eksemplet over, som funksjonsromnummer.

4. Endringer fra versjon 1.0 til versjon 2.0

Veilederens versjon 2.0 er en revidering av versjon 1.0 datert 16.08.2006. Endringene er foretatt ut i fra erfaringer så langt med bruk av klassifikasjonssystemet på sykehus og HF i Helse Nord og Helse Sør-Øst. Det er i hovedsak en del mindre justeringer på romnavn:

- De to delfunksjonene "Lett-" og "Tung overvåking" erstattes av "Oppvåkning" under hovedfunksjon "Undersøkelse og behandling, somatikk". Årsaken til endringen er at tung- og lett overvåking er delfunksjoner under hovedfunksjon "Opphold somatikk", og for å ikke få like begreper etableres delfunksjonen "Oppvåking". Delfunksjonen rommer ikke bare pasienter som skal våkne etter narkose, men pasienter som trenger en hvileplass etter røntgen, omfattende polikliniske undersøkelser osv.
- "Teknisk mellometasje" endres fra et romnavn til en delfunksjon under hovedfunksjon "Tekniske arealer". Denne delfunksjonen vil ha rom som både er trafikkarealer og tekniske arealer.
- Delfunksjonen "Sentraladministrasjon" endrer navn til "Felles administrativ ressurs". I denne delfunksjonen ligger møterom og felles kontorressurser som er felles for flere avdelinger/hele sykehuset, og ikke bare knyttet til den sentrale administrasjonen.

5. Andre adresser og egenskaper til rom

Strukturen i Klassifikasjonssystemet viser hvordan rommene knyttes opp i en hierarkisk struktur. For å dekke de mange bruksbehovene som er omtalt foran vil det være nødvendig å gi rommene adresse i forhold til:

- Avdeling, organisasjonsenhet som eier/bruker rommet og som skal betale husleie for arealet.
- Geografisk plassering, bygg, etasje, evt. geografisk romnummer, for å knytte rommet til bygget og den tekniske infrastrukturen
- Bruksnummer, FDVU-nummer som tilfredsstiller driftsavdelingens behov for strukturering av nummerserier.
- Noen vil også gjøre en inndeling i areal i bruk for psykiatri og somatikk ut over det som er knyttet til hovedfunksjonene. Dette gjelder f.eks administrative kontorer

Disse tilknytningene gjøres i en database slik at et rom kan identifiseres i mange dimensjoner. Det er imidlertid viktig at klassifikasjonssystemets struktur holdes uavhengig av disse andre kravene for at dette skal være mulig.

Det vil også være behov for å knytte egenskaper til rommet. Dette kan være spesielle tekniske krav eller driftskrav, eller det kan være utstyr som er plassert i rommet. Registrering av denne type informasjon bør også kunne håndteres i en database. Det vil i noen tilfeller være hensiktsmessig å legge inn informasjon om eierskap i form av % -vise andeler i rom.

6. Arealer

Klassifikasjonssystemet representerer strukturen i en rom- og arealdatabase. Til hvert rom kan det knyttes et netto funksjonsareal som tilsvarer arealet i rommet målt innenfor veggene. Rommene i romdatabasen omfatter i prinsippet alle rom i sykehuset, også trafikkarealer og tekniske arealer som i vanlige arealberegninger er inkludert i B/N-faktoren. Dette er gjort for at man skal kunne skille konkret mellom funksjonsarealer og bruttoarealer. I tillegg gir dette en mulighet for å sortere ut og identifisere faktisk arealbruk også for trafikkarealer og tekniske arealer. Klassifikasjonssystemet er ikke primært et

verktøy for beregning av B/N-faktorer, men det kan være til hjelp ved sammenligning av bruttoarealer mellom sykehus.

Veggtykkelser er ikke registrert, slik at for beregning av et endelig bruttoareal må dette arealet egges til summen av de innvendige romarealene.

7. Bruk av databasen for klassifisering av sykehusareal i FDV systemene

For å etablere og vedlikeholde en standard er det en forutsetning at hierarkiet og benevnelsene for hovedfunksjon og delfunksjon innføres og vedlikeholdes i foretakenes FDVU-systemer. Det forutsetter at det er et definert ansvar både på avdelingsnivå og innenfor eiendomsforvaltning.

Det er viktig at man på forhånd avklarer om benevnelser i FDV sammenheng og i klassifikasjonssystemet skal være lik eller to separate nomenklatur.

8. Innføring av klassifikasjonssystemet

8.1 Forberedelse til innføring:

- Informasjon og drøfting med ledelse for forankring og bruk av klassifikasjonssystemet
- Oppnevning av ansvarlig for kartlegging og vedlikehold av data
- Informasjon og opplæring av ansvarlige for kartlegging og vedlikehold av data
- Digitaliserte tegninger må være på plass
- Tilrettelegging av system (regneark, database) for registrering av data og hvilke data/egenskaper som eventuelt skal legges inn i tillegg til klassifikasjonssystemet (bygg, eiendom, etasje, avdeling, spesifisering osv)
- Vurdering av grensesnitt mot andre databaser
- Plan for organisering av videre drift og vedlikehold av data bør være på plass før kartleggingen starter

8.2 Organisering og gjennomføring

De viktigste suksessfaktorene er ledelsesforankring og 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 de forventede resultat fra klassifiseringen.

Første gangs gjennomføring av klassifiseringen representerer den største arbeidsinnsatsen. Deretter vil det, dersom man utarbeider gode rutiner for melding av endringer, være mindre arbeid for vedlikehold av data. De som skal gjennomføre kartleggingen bør være noen som får avsatt tid for å gjennomføre det slik at det ikke blir noe som må gjøres 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 har til funksjonene, stemmer over ens med faktisk

bruk. En synliggjøring gjennom kartlegging setter også fokus i de kliniske avdelingene på hvordan kapasitet og areal benyttes, og vil med dette indirekte kunne føre til en bevisstgjøring av bruk av bygg som en ressurs.

For de som skal bruke systemet i kartlegging og vedlikehold er det viktig å ha en diskusjonspartner som under den praktiske kartleggingen kan bistå med avklaringer av riktig bruk av systemet. Det er viktig både å gjennomføre kartlegging av et mindre område sammen med en veileder, samt å følge opp (gjennomgang og "vasking" av romlister) via mailutveksling/telefon med en som har rolle som brukerstøtte.

Erfaringer er at det kan ta u hensiktsmessig lang tid og mange runder dersom man ikke bruker litt tid sammen med en veileder under den første kartleggingen. Det er viktig for de som skal ta hånd om data at de har god kjennskap til hensikten med og bruken av disse dataene.