

Oppgavebeskrivelse klinisk service, rapport

Innhold

1	Innledning, forankring og representasjon	1
2	Oppgaver i mandat.....	2
3	Forutsetninger og arealer til klinisk service i program.....	2
3.1	Gruppens vurdering av arealrammer	4
4	Utviklingstrekk klinisk service.....	4
4.1	Teknologi og oppfølging på avstand.....	4
4.2	Kompetanseutvikling til faggrupper i og utenfor sykehuset	5
5	Arealkonsekvenser i sykehus – innspill som vil bearbeides i forprosjekt	7
6	Vedlegg.....	8

1 Innledning, forankring og representasjon

Bakgrunnen for arbeidet er vedtak i HSØ styresakene 115-2018, 050-2019 og påfølgende bevilgning av midler til oppstart forprosjekt for Aker og Rikshospitalet i St. prop 1-2020. OUS går nå inn i en mer omfattende fase for å planlegge, utvikle og ta i bruk nye bygg.

Det planlegges oppstart av forprosjektet for både Aker og Rikshospitalet høsten 2020. I forkant av forprosjektet er det behov for å klargjøre problemstillinger som involverer flere funksjonsområder i sykehuset. Forberedelser til en fremtidsrettet løsning for kliniske servicefag (KLS) er en del av dette arbeidet.

Mandat for oppgavebeskrivelse klinisk service ble behandlet i porteføljestyre for Nye OUS 25. februar 2020. Arbeidsgruppen har hatt følgende sammensetning:

Navn	Funksjon	Arbeidssted
<i>Bergsvein Byrkjeland</i>	Leder av arbeidsgruppen	Nye OUS
<i>Cecilie Børge-Ask</i>	Rådgiver	Nye OUS
<i>Marit Fure</i>	VO	OUS
<i>Leif Ståle Nøvestad</i>	TV Ergoterapeutene	OUS, Orto
<i>Elizabeth Holtebekk</i>	TV NFF	OUS, BAR
<i>Joanna H Andersson</i>	TV Ernæringsfysiologi	OUS, KRE
<i>Terje Herman Wilter</i>	TV FO (sosionom)	OUS
<i>Tone Sellevold Soltvedt</i>	Seksjonsleder	OUS, Orto
<i>Kristin L Borch</i>	Seksjonsleder	OUS, Nevro
<i>Ida Johnsrud</i>	Seksjonsleder	OUS, HLK
<i>Vala Agustdottir</i>	Avdelingsleder	OUS, MED
<i>Elisabeth Bø</i>	Fysioterapeut	OUS, MED
<i>Torbild Birkeland</i>	Avdelingsleder	OUS, KRE

<i>Steinar Krey Voll</i>	Seksjonsleder	OUS, KRE
<i>Heléne E Skaara</i>	Seksjonsleder	OUS, Nevro
<i>Linn H Stølen</i>	Seksjonsleder	OUS, BAR
<i>Berit Midttun</i>	Seksjonsleder	OUS, BAR
<i>Lina R Dokset</i>	Samhandling	HSØ
<i>Elisabeth Grannes</i>	Samhandling	HSØ

Denne rapporten har vært på høring i arbeidsgruppen i to omganger og samtlige innspill er innarbeidet.

2 Oppgaver i mandat

Arbeidet med klinisk service har trukket trådene tilbake til OUS sin ledersamling i Tønsberg (jan 2020) der sykehuset startet opp et stort initiativ for fag- og organisasjonsutvikling mot 2030 som del av arbeidet med effektmål for Nye OUS. Med relevans for kliniske servicefag vil det for eksempel bety mye hvordan avstandsoppfølging, hjemmesykehus og virtuelle løsninger blir implementerte, og i hvilken grad en kan bruke enkeltrom i de nye sykehusene til ulike former for aktivisering, mobilisering, dokumentasjon og informasjon.

Videre fokuserer mandatet på erfaringsinnhenting fra andre sykehus der det er ulike modeller for klinisk service, men man skal ikke vurdere organisatoriske løsninger i dette arbeidet.

Mandat er vedlagt denne rapporten.

3 Forutsetninger og arealer til klinisk service i program

I møte nr. 1 gikk vi gjennom forutsetninger for arealer til klinisk service hentet fra "hovedprogram, del 1" for hhv Nye Aker og Nye Rikshospitalet. Der går det bl.a. frem at mest mulig behandling, dialog, undervisning og opptrening skal foregå på sengerommet. Noe dokumentasjonsarbeid forventes det også at man kan utføre på sengeområdenes arbeidsrom / kontorarbeidsplasser.

Nye Aker: For å få til en nærhet mellom de kliniske servicefagene og de somatiske pasientene, er det satt av areal til denne funksjonen i tett nærhet til døgnområder og poliklinikker:

- Treningsaler med og uten treningsutstyr
- Treningskjøkken
- Fleksible rom til kognitiv og motorisk testing, samtaler og undervisning
- Lærings- og mestringssenter

Samlet areal til kliniske servicefunksjoner er 530 m² (netto), og et utkast til fordeling (gjengitt under) er gjennomgått i gruppen, men vil bli bearbeidet videre i de neste fasene i prosjektet.

DFID Navn	Seksjon	Seksjonsnavn	Romnavn	Romspeifikasjon	Antall	Areal	Totalt areal	Plassering
Kliniske støttefunksjoner	01	Lærings- og mestringscenter	Kjøkken	test/trening/livsstil	1	36	36	Vestibyle
Kliniske støttefunksjoner	01	Lærings- og mestringscenter	Undervisning		2	25	50	Vestibyle
Kliniske støttefunksjoner	01	Lærings- og mestringscenter	Lager	utstyr	1	10	10	Vestibyle
Kliniske støttefunksjoner	01	Lærings- og mestringscenter	WC	pasient	2	2	4	Vestibyle
Kliniske støttefunksjoner	01	Lærings- og mestringscenter	WC	HC	1	5	5	Vestibyle
Kliniske støttefunksjoner	01	Lærings- og mestringscenter	Kontor	1 plass	1	9	9	Sentralt, U1
Kliniske støttefunksjoner	01	Lærings- og mestringscenter	Arbeidsområde	8 plasser	1	24	24	Sentralt, U1
Kliniske støttefunksjoner	01	Lærings- og mestringscenter	Stillerom		1	5	5	Sentralt, U1
Kliniske støttefunksjoner	01	Lærings- og mestringscenter	Pause	møte	1	20	20	Sentralt, U1
Kliniske støttefunksjoner	01	Lærings- og mestringscenter	WC	personal	2	2	4	Sentralt, U1
Kliniske støttefunksjoner	02	Fysio- og ergoterapi, sosionom, logoped, klinisk ernæring	Gymsal		1	60	60	Sentralt, U1
Kliniske støttefunksjoner	02	Fysio- og ergoterapi, sosionom, logoped, klinisk ernæring	Lager	utstyr	1	10	10	Sentralt, U1
Kliniske støttefunksjoner	02	Fysio- og ergoterapi, sosionom, logoped, klinisk ernæring	WC	HC	1	5	5	Sentralt, U1
Kliniske støttefunksjoner	02	Fysio- og ergoterapi, sosionom, logoped, klinisk ernæring	Omkledning	pasient	2	10	20	Sentralt, U1
Kliniske støttefunksjoner	02	Fysio- og ergoterapi, sosionom, logoped, klinisk ernæring	WC	pasient	2	2	4	Sentralt, U1
Kliniske støttefunksjoner	02	Fysio- og ergoterapi, sosionom, logoped, klinisk ernæring	Kontor	1 plass	1	9	9	Sentralt, U1
Kliniske støttefunksjoner	02	Fysio- og ergoterapi, sosionom, logoped, klinisk ernæring	Kontor	2 plasser	2	12	24	Sentralt, U1
Kliniske støttefunksjoner	02	Fysio- og ergoterapi, sosionom, logoped, klinisk ernæring	Arbeidsområde	kontorarb.plasser	1	120	120	Sentralt, U1
Kliniske støttefunksjoner	02	Fysio- og ergoterapi, sosionom, logoped, klinisk ernæring	Stillerom		1	5	5	Sentralt, U1
Kliniske støttefunksjoner	02	Fysio- og ergoterapi, sosionom, logoped, klinisk ernæring	Møte		1	25	25	Sentralt, U1
Kliniske støttefunksjoner	02	Fysio- og ergoterapi, sosionom, logoped, klinisk ernæring	WC	personal	3	2	6	Sentralt, U2
Kliniske støttefunksjoner	02	Fysio- og ergoterapi, sosionom, logoped, klinisk ernæring	Behandlingsrom		3	25	75	Desentralt, døgnområde
			Sum				530	

Nye Rikshospitalet: For etappe 1 er det forutsatt at kliniske servicefag ivaretas av eksisterende arealer på Rikshospitalet supplert med noe areal i nærhet til sengeområdene. I tillegg suppleres dette med noe behandlingsareal i nærhet til sengeområdene og noe areal til kontorarbeidsplasser hentet fra det areal som blir avsatt til dette formål ved sykehuset. Avsatt areal i hovedprogram er således 200 m².

I konseptfasen er det planlagt en rocade der nukleærmedisin overtar arealer i RH D7 fra kliniske servicefunksjoner, noe som erstattes med 550 m² til kliniske servicefunksjoner i andre deler av sykehuset.

Samlet areal til kliniske servicefunksjoner er således 200m² + 550m²= 750m² netto, og et utkast til fordeling (gjengitt under) er gjennomgått i gruppen, men vil bli bearbeidet videre i de neste fasene i prosjektet.

Hovedfunksjon	Delfunksjon	Romnavn	Romspeifikasjon	antall	areal	total	
	Navn						
		Klinikknært for fys, ergo, sosionom mm					
Med service	Kliniske støttefunksjoner	Treningssaler	(2 i sengeområde og 1 i poliklinikk)	3	40	120	
Med service	Kliniske støttefunksjoner	Treningskjøkken		1	15	15	
Med service	Kliniske støttefunksjoner	Arbeidsplasser		1	50	50	
Med service	Kliniske støttefunksjoner					0	
						Delsum	
						185	
	Navn	Romnavn	Romspeifikasjon	antall	areal	total	
		Sentralt for fys, ergo, sosionomer					
Med service	Kliniske støttefunksjoner	Undersøkelse		2	20	40	
Med service	Kliniske støttefunksjoner	Undersøkelse		2	24	48	
Med service	Kliniske støttefunksjoner	HCWC		2	6	12	
Med service	Kliniske støttefunksjoner	Møterom		1	20	20	
Med service	Kliniske støttefunksjoner	Kjøkken	trening	1	15	15	
Med service	Kliniske støttefunksjoner	Behandlingssal		3	50	150	
Med service	Kliniske støttefunksjoner	Treningssaler		1	40	40	
Med service	Kliniske støttefunksjoner	Ventearreal	med ekspedisjon	1	30	30	
Med service	Kliniske støttefunksjoner	Registreringsrom		1	30	30	
Med service	Kliniske støttefunksjoner	Garderobe		1	12	12	
Med service	Kliniske støttefunksjoner	Kjøkken	tekjøkken	1	5	5	
Med service	Kliniske støttefunksjoner	Arbeidsplasser	3. arb plasser	3	18	54	
Med service	Kliniske støttefunksjoner	Kontorer	2. arb plasser	5	12	60	
Med service	Kliniske støttefunksjoner	WC	personal	4	2	8	
Med service	Kliniske støttefunksjoner	Lager		2	12	24	
Med service	Kliniske støttefunksjoner	Ikke disponert		1	7	7	
						Delsum	
						555	
						TOTALT	
						740	

3.1 Gruppens vurdering av arealrammer

Blant flere av gruppens medlemmer er det en stor bekymring rundt det samlede areal satt av til klinisk service på Nye Aker og Nye Rikshospitalet, spesielt at arealrammen er satt før fagområdene er endelig fordelt mellom sykehuslokalisasjonene. Det pågår arbeider med fordeling av medisinsk- og kirurgiske akuttfunksjoner, og fordeling av funksjoner innen blant annet nevrologi, medisin og kreft mellom Nye Aker og Nye Rikshospitalet – noe som vil påvirke behov og dimensjonering av kliniske servicefag og tilhørende behandlingslokaler.

Samlet areal til kliniske servicefunksjoner på Nye RH er 200 m²+ 550 m² = 750 m². Det vil si at kun 200 m² er nye arealer. De 550 m² er eksisterende arealer som videreføres. Det trengs en gjennomgang og kvalitetssikring av hvordan disse tallene er kommet frem og hvordan de svarer ut fremtidens behov.

Samlet areal til klinisk service på nye Aker er 530 m². Arealet er satt av i tett nærhet til døgnområder og poliklinikker, og arealet her bør kvalitetssikres av ansvarlige innen relevante klinikker.

For begge sykehusene er det ønskelig at KLS - fagene opptrer som et samlet fagmiljø og ikke er for mye spredd. Samtidig har man behov for nærhet til de kliniske avdelingene for et godt samarbeid til det beste for pasientene - noe som tilsier lokalisering i nærheten av de kliniske avdelingene. Det vil fortsatt være behov for de faggrupper vi har i dag innen klinisk service (fysioterapeuter, ergoterapeuter, kliniske ernæringsfysiologer (kef), sosionomer, psykologer, og logopedier).

På begge sykehus skal det videreutvikles et godt LMS-tilbud, og det er ønskelig med en sentral ernæringspoliklinikk med et kompetansemiljø som fleksibelt kan betjene inneliggende og polikliniske pasienter.

Habilitering, rehabilitering og prehabilitering er store og viktige områder for alle KLS-fag der det forventes økende ekspertise og etterspørsel fremover. Dette stiller krav til fagmiljøene om nytenkning, samarbeid, teknologiutvikling og effektiv arealbruk i nye sykehus.

Ved økning i antall eldre pasienter i det nye store lokalsykehuset med større krav til tidlig rehabilitering de neste 10 år, må kliniske service-grupper dimensjoneres etter pasientenes behandlingsbehov.

Man har behov for poliklinikkarealer, gjerne integrert i et større poliklinikkareal som rommer flere faggrupper og derved fremmer tverrfaglig samarbeid. Av utstyr i undersøkelsesrom er det mest behov for en undersøkelsesbenk eller vanlige møbler for samtaler.

4 Utviklingstrekk klinisk service

4.1 Teknologi og oppfølging på avstand

Videokonsultasjon vil bli mer relevant og øke i volum, men egner seg ikke for alle pasienter eller i alle deler av et forløp.

Det er gjennomført workshop for å diskutere utviklinger de neste ti årene der man ser for seg enda mer hjemmesykehus, hjemmebehandling og telemedisin. En felles helsenorgeplattform binder sammen de ulike tjenestenivåene, og teknologien utvikler seg såpass raskt at mulighetene kan bli

enda større i fremtiden. Det forventes mer utredning av diagnoser via teknologi, for eksempel via app bruk, selvrappotering, video mv. Det er grunn til å tro at man i 2030 vil kunne forvente infrastruktur til videokonferanse og avstandsoppfølging av pasienter ved de fleste U/B-rom og arbeidsstasjoner.

I KRE utvikles et prosjekt hvor blodkreftpasienter behandles hjemme, noe som var utenkelig før, men dette forutsetter godt samarbeid med kommunen der man må tydeliggjøre hvem som skal gjøre hva i kommunen og hvem som skal gjøre hva på sykehus. Drift av hjemmesykehus stiller krav til kommunikasjon, oppgave- og kompetansefordeling med kommunen.

I alle klinikker ser man at videokonsultasjon og telemedisin vil ha en større rolle i pasientbehandling, men samtidig at inneliggende pasienter vil ha mer komplekse tilstander med høye krav til sammensatte tjenester.

Oppsummert oppfølging på avstand:

- En økende andel poliklinikk og kontroller vil erstattes med video- og telefonkonsultasjon
- Andel pasienter i hjemmesykehus vil øke, og teknologi vil gjøre det mulig med oppfølging, kontroller og intervensjoner på avstand
- Kollegaer på lokalsykehus og i kommunen vil delta på videokonsultasjon med fellespasienter eller pasienter som skal overføres.
- Ansvarsgruppemøter, MDT-møter og andre tverrfaglige fora vil øke i volum og oftere gjøres via nettløsninger
- Flere konferanser og faglige forum vil foregå på nettplattformer, noe som vil redusere reiser og frigjøre tid.
- Bruk av nettbrett i konsultasjon, for veiledning og journalskriving.
- Bruk av app for innsending av kostregistrering, blodprøver og andre relevante parametere i stedet for oppmøte
- Andre digitale hjelpemidler ev digital portal for sikker monitorering av pasienter fra hjemmet/kommunen

4.2 Kompetanseutvikling til faggrupper i og utenfor sykehuset

Bidrag fra klinisk service bør bli mer standardisert og kunnskapsbasert. Ønsker tettere samarbeid med kommunen og utdanningsinstitusjonene. Standardisering pågår og må fortsette (pasientforløp, standardiserte tester etc.). Av dette følger at kliniske servicefag utvikler mer konsultative tjenester med opplæring av lokale ressurser, men også kolleger i kommunehelsetjenesten og pasienter/pårørende.

Utarbeidelse av kunnskapspakker vil gi mulighet for å danne nettverk og samarbeid med andre sykehus. Disse kan også være med på å bidra til å styrke OUS' regionale og nasjonale funksjon på flere områder, men krever kompetanse og «rom» for dette krevende arbeidet. Et godt eksempel her er Covid-19-pakken for fysioterapeuter.

Det bør satses videre på lange gode pasientforløp for ulike pasientgrupper slik at gapet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten blir mindre – sett fra pasientens ståsted.

Pasienter bør i størst mulig grad testes for rehabiliteringsbehov videre når de er i sykehus. Samhandlingsarenaer må etableres og videreutvikles og pasienter må sikres adekvat oppfølging etter sykehusopphold (jfr vårt Samhandlingsprosjekt med Oslo kommune).

I NEV er ParkinsonNet et godt eksempel på hvordan det er ønskelig med et tettere samarbeid med kommunehelsetjenesten. Dette er en modell med formål å sikre best mulig helhetlig tjenesten på tvers av helsetjenestenivå. Hovedaktivitetene er systematisk kompetanseheving og nettverksbygging. Gode IKT løsninger blir sentralt.

Kliniske servicefag ønsker en møteplass mellom sykehus og kommune med tanke på overføring av kompetanse og pasientkvalitet. Den kommende eldrebølgen gjør at sykehus må ha fokus på funksjon mer enn bare diagnose.

Fra flere KLS-miljøer ser man behov for overføring av flere arbeidsoppgaver til kommunene, men må da spille på flere i kommunen gjennom standardiserte tiltak og prosedyrer slik at sykehus kan prioritere mer komplekse behandlingsoppgaver. Helsesykepleier, fysioterapeut, ergoterapeut m.fl. i kommunen kan delta på felles videokonsultasjon med pasient som skal overføres.

Ved seksjon nevrohabilitering for barn RH er det gjennomført tverrfaglig ryggklinik via Helsennett i samarbeid med lokale habiliteringstjenester. Pasient var da til stede på lokal habilitering og rtg ble oversendt fra dem til oss. Fysioterapikoordinator har arrangert lungekurs på Skype for OUS med invitasjon og deltagelse også fra andre sykehus, og tilsvarende eksempler finnes innen NVR og Orto.

Fra alle KLS-fag ser man behov for basiskompetanse hos leger og sykepleiere. Hyppig utskifting av personell krever kontinuerlig opplæring, f.eks. via e-læringskurs.

Med medisinsk utvikling følger også mer komplekse pasienter, noe som – sammen med andre drivkrefter – har ført til oppgaveglidning fra lege til sykepleiere, radiografer og bioingeniører. Tilsvarende utviklingstrekk viser seg også i KLS-fagene, og det er grunn til å tro at oppgaveglidning fra lege til ulike KLS-fag vil øke i volum og bredde.

Forskning og undervisning

Studenter og turnuskandidater krever areal. Behov for veiledningsplasser og PC-plasser. Undervisning foregår på ulike steder og krever egnede lokaler for kliniske service-funksjoner. Volum og hyppighet av praksisstudenter forventes å øke. Sykehuset må være tilrettelagt for å ha studenter og tilby tilgang til arbeidsstasjoner, arealer for møter, veiledning og uformelle treff.

Må se på om måten vi er organisert på vil påvirke vår mulighet til å drive god forskning.

Alt dette utfordrer KLS-fagene i nytenkning om ulike måter vi kan overføre kompetansen innen kliniske service til faggrupper i og utenfor sykehus:

- E-læringskurs
- Podcast
- Webinar
- Spesifikke team innen KLS-fag (ernæringsteam, lungesykepleier, dysfagteam andre)

5 Arealkonsekvenser i sykehus – innspill som vil bearbeides i forprosjekt

Det presiseres at KLS fagene i stor grad vil utføre sine tjenester med fysisk tilstedeværelse som i dag. Det er behov for betydelige arealer til behandling av både inneliggende pasienter, samt til polikliniske/dagpasienter. Noe av dette kan være sambruksarealer. Det er behov for treningsaler og enkeltrom av ulik størrelse og utrustning.

Det er anerkjent og viktig med en felles møteplass – både for psykososial trivsel og arbeidsmiljø, lunsjrom/møterom, personalmøter, kortere pulsmøter og et sted i nærheten av kontoret hvor kolleger kan gå for å ha faglige diskusjoner uten å forstyrre de andre på kontoret.

Det er ønsket om areal tilpasset fjernbehandling, men mye tyder på at slik infrastruktur vil være standard utrustning i de fleste U/B-rom i nær fremtid.

Utstyr og behandlingshjelpemidler

Nye sykehus må bli mer profesjonelle på hjelpemidler (utstyr, renhold, innkjøp etc.) og dette vil kreve en bedre logistikk og klargjort ansvarsfordeling for ulike hjelpemidler, behandlingshjelpemidler (BHM), forflytningshjelpemidler og annet utstyr:

- Lagerløsninger
- Rengjøring
- Vedlikehold/repasasjon
- Utskifting
- Administrasjon av utlån/innkreving mv

Fysioterapi ønske at lager til forflytningshjelpemidler er i nærheten av pasienten. Videre forventes økning av digitale verktøy, hjelpemidler og VR basert trening mv som krever kompetanse og sikker lagring. Man kan forvente økt etterspørsel etter ulike funksjonelle hjelpemidler som er utviklet og persontilpasset ved bruk av scanning og 3d-printing.

Arealer til trening og aktivitet

Det vil være behov for tilgjengelige arealer til trening og aktivisering utover en-sengsrom i døgnområder. Dette er arealer som bør kunne være tilgjengelige for flere i løpet av døgnet og fungere som sambruksarealer (møterom, pasient- og pårørendeopplæring, sosiale møteplasser ev supplerende treningsrom for ansatte).

Treningsrom til KLS bør være romslig, og det bør være mulig å dele i mindre rom ved behov. I treningsromet må det kunne være plass til tredemøller, sykler, benk og annet rehabiliteringsutstyr som er svært plasskrevende.

Kontorarbeidsplasser

I hovedprogrammene for Nye Aker og Nye Rikshospitalet er det avsatt kontorarbeidsplasser i tre kategorier:

1. Det er en "arealpott" for kontorarbeidsplasser, møterom og støtterom (toaletter, stillerom, møteplasser, tekjøkken m.m) til den kliniske virksomheten. Disse arealene er gjennom konseptfasearbeidet ikke formet ut og i liten grad plassert i byggene.
2. I det enkelte funksjonsområde inngår det dessuten areal til kontorarbeidsplasser innenfor arealstandarden (f.eks. kontorarbeidsplasser innenfor hvert døgnområde, poliklinikk, radiologi mv).

3. Videre er det satt av areal til kontorarbeidsplasser, møterom og støtterom til forskning.


Det gjenstår mye arbeid i forprosjekt og senere faser før man har en optimal løsning for kontorarbeidsplasser i de nye sykehusene. Det vil bli utviklet ulike løsninger med kombinasjoner av cellekontorer, kontorer for flere personer og kontorfellesskap med møterom, støtterom og stillerom mv.

I hvert funksjonsområde vil det være kontorarbeidsplasser som skal brukes til dokumentasjon både av fast ansatte, men også av fagpersoner innen klinisk service som gjør tilsyn, kontroller, intervensjoner, oppfølging mv. Videre – i døgnområder – kan vi forvente stabil teknologi som gjør det enkelt og effektivt å gjøre dokumentasjon på pasientrommet.

Frem til realisering av etappe 2 vil en del funksjoner (øyeavdelingen, laboratoriefunksjoner, administrasjon og forskning) bli værende på Ullevål, og mye tyder på at dette også vil gjelde for en del ansatte innen klinisk service. Det vil bety at man vil måtte utvikle modeller for å yte tjenester til OUS – fra en fysisk plassering på Ullevål.

I mange fagområder er det skepsis til åpne kontorlandskap der man ser for seg forstyrrelser og behov for å gå ut og inn for telefonsamtaler eller til samtalerom hvor man kan diskutere faglige problemstillinger som kommer opp. Hvordan slike blir formet ut og plassert vil bli gjenstand for flere runder i de kommende år med planlegging.

6 Vedlegg

Mandat	 2020 0227 Klinisk service oppgavebeskri