

# Utelatt helsehjelp – en fare for pasientsikkerhet

Pasientsikkerhetskonferansen spur T11

Heidi Kapstad, programleder Kompetanseløft 2025

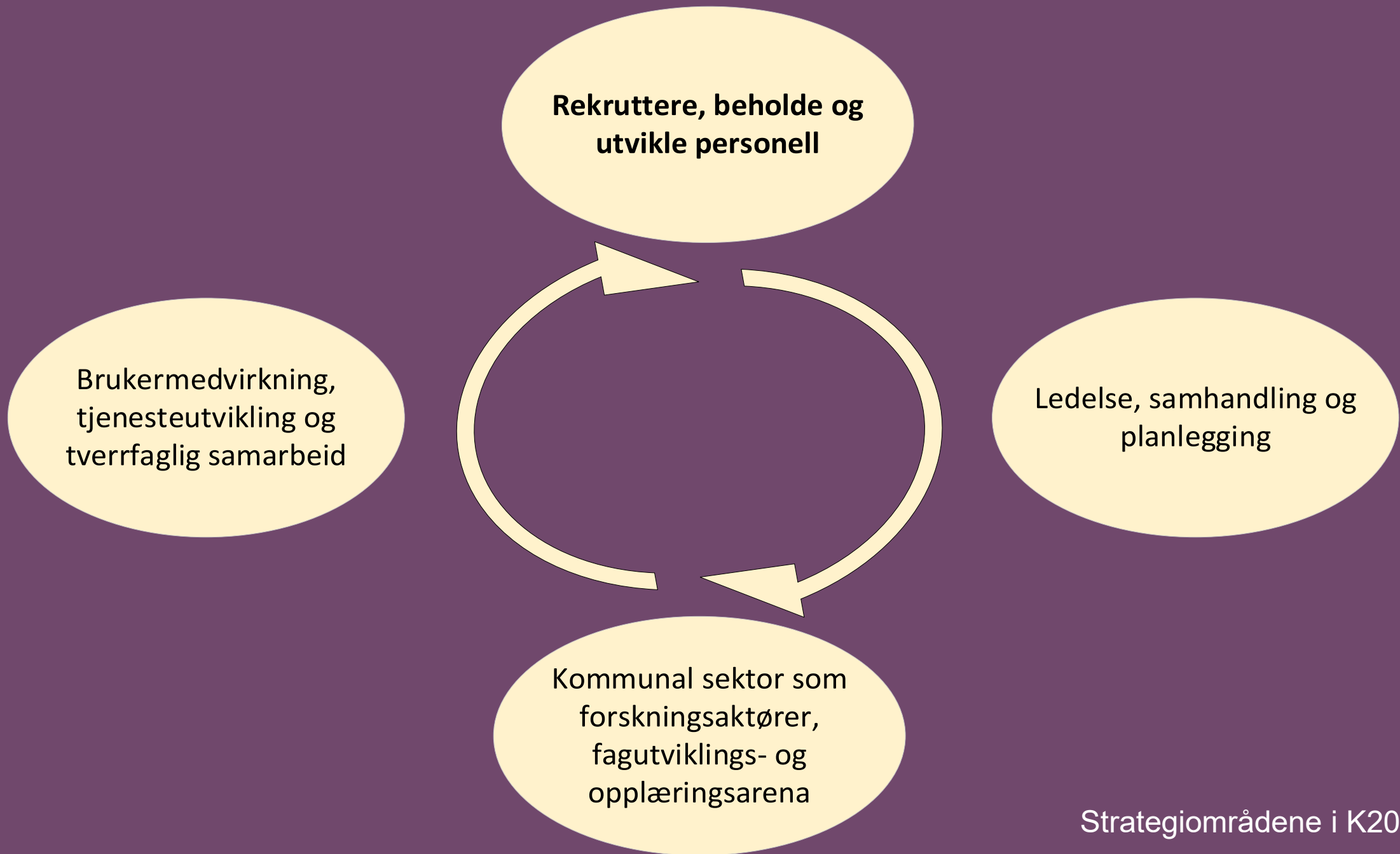


# Målsetning med K2025



***Kompetanseløft 2025 skal bidra til en faglig sterk tjeneste, og sikre at den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten har tilstrekkelig og kompetent bemanning***

Prop. 1 S (2020-2021)



# Sesjonens agenda

Klokke	Emne
13.00-13.10	Oppstart med introduksjon til dagens tema
13.10-13.30	Utelatt helsehjelp - en fare for pasientsikkerheten v/ Senter for omsorgsforskning
13.30-13.50	Tilgjengeliggjøring av helsehjelp – AKS i kommunehelsetjenesten v/ Drammen kommune
13.50-14.10	Dialog i paneldebatt
14.10-14.15	Kort oppsummering

# Våre innledere



**Nina Beate  
Andfossen**

Førsteamanuensis PhD  
Senter for omsorgsforsk-  
ning, NTNU Gjøvik



**Rose Mari Olsen**

senterleder og professor  
Senter for omsorgsforsk-  
ning, Nord Universitet



**Kine Myhre-Nilsen**

spesialist i klinisk  
allmennsykepleie  
Drammen kommune

# 1.innlegg

---

# Pasientsikkerhetskonferansen 2022

## Parallellsesjon T11

*Rose Mari Olsen, professor*  
*Nina Beate Andfossen, førsteamanuensis*

24.11.22



# Utelatt helsehjelp - en fare for pasientsikkerheten

Målet er en trygg og sikker helse- og omsorgstjeneste - uten skade, for hver pasient og bruker, alltid og overalt.

Trygge og sikre tjenester er en av grunnsteinene ved god kvalitet i helse- og omsorgstjenestene. Tjenester av god kvalitet er:

- Virkningsfulle
- Trygge og sikre
- Involverer brukerne og gir dem innflytelse
- Samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytter ressursene på en god måte
- Er tilgjengelige og rettferdig fordelt

Fokus her: Ufullstendig helse- og omsorgshjelp og kompetansebehov i sykehjem



# Utelatt helse- og omsorgshjelp

Hva forstår vi med det?

*“... any aspect of required patient care that is omitted (either in part or in whole) or delayed. Missed nursing care is an error of omission”*

Kalisch et al., 2009

# Hva vet vi?

- Vanlig i kommunale helse- og omsorgstjenester
- Grunnleggende fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle behov er ufullstendig dekket
- I tillegg; pasient-/brukermedvirkning, administrative oppgaver
- Medvirkende forhold er tidspress og misforhold mellom oppgaver som skal utføres og ressursene som er til rådighet
- Konsekvenser for pasienter, pårørende, helsepersonell og organisasjonen(e)
- Lite forsket på lederperspektivet



# Videreføring i nytt prosjekt



- Oppdrag fra Helsedirektoratet 2021 – 2022
- Én av tre delstudier:

*Utforske hvordan ledere håndterer balansen mellom pasientbehov, kompetanse og kapasitet*

# Metode

- Intervju med 16 ledere
  - mellomledere og én toppsjef
  - flest kvinner
  - gj.snitt 49 år (26–59 år)
  - gj.snitt 5 år i nåværende stilling (½–15 år)
  - gj.snitt 7 år som leder (1 ½–27 år)
  - grunnutdanning sykepleie
  - ulike videreutdanninger

- Kvalitativ innholdsanalyse



## Kontekst:

- alle regioner
- små/mellomstore/  
store kommuner
- ulike typer  
sykehjemsavdelinger

# Oppgaver som utelates eller settes på vent

«Ikke livsviktige», uten umiddelbare konsekvenser

*Jeg tror de oppgavene som blir utsatt i en travel hverdag, er de oppgavene som ikke kommer etter dem. Skittentøyskurven blir full. Da må du kaste det på gulvet, da må noe gjøres. Tiltaksplanen kommer aldri etter deg.*

*Alle disse primæroppgavene, de er liksom førstepri: mat, medisiner, den type ting. Men så har du type "andre ansvarsoppgaver" - som dette med sosiale ting - som kan bli oversett eller utelatt. (...) De får liksom dekket de primære behovene, men så har vi ikke alltid kapasitet eller mulighet til alt det andre, som er litt sånn udefinert.*

# Oppgaver som utelates eller settes på vent

«Ikke livsviktige», uten umiddelbare konsekvenser

- Oppfølgende oppgaver
- Grunnleggende behov

# Oppgaver som utelates eller settes på vent

«Ikke livsviktige», uten umiddelbare konsekvenser

- Oppfølgende oppgaver
- Grunnleggende behov
- Rutineoppgaver
- Relasjonelt arbeid og mellommenneskelige møter

*Det er dager hvor ansatte klarer å skape rom til de gode øyeblikkene og klarer å gi noe mer, men jeg ser at de utfordres på alle de oppgavene de må gjøre som er nødvendig. Da må man kanskje slippe noen andre ting som blir en bonus, de dagene man klarer det. (...)*

*Kanskje man skulle ønske at man så mer av aktiviteter som bidrar til livsglede? Altså, utover det at du får sove og spise, gått på toalettet og vasket deg.*

# Oppgaver som utelates eller settes på vent

«Ikke livsviktige», uten umiddelbare konsekvenser

- Oppfølgende oppgaver
- Grunnleggende behov
- Rutineoppgaver
- Relasjonelt arbeid og mellommenneskelige møter

«Avvik», f.eks. når legemidler ikke blir gitt



# Hvorfor oppgaver utelates eller settes på vent

- Travelhet
- Egenskaper ved pasientgruppen

*Ansatte sier at: «Det var jo ikke sånn for fem år siden.» Da hadde vi mange flere som var oppegående. Vi var ikke to i stell på så mange. Nå mater vi fem, seks stykker til hvert måltid, ikke sant, så sammensetningen i avdelingen akkurat nå er annerledes.*

*Vi har en dårlig pasientgruppe. De er mye dårligere enn de var før. Vi hadde jo flere plasser før også, og de kom inn mye friskere og fikk langtidsplass. Nå er de dårligere når de kommer.*

# Hvorfor oppgaver utelates eller settes på vent

- Travelhet
- Egenskaper ved pasientgruppen
- Lav kontinuitet

*Men det er veldig mange vikarer her og lite faste ansatte. Det er mange vakante stillinger, og jeg ser stor forskjell på oppfølging av pasienter og rutinene ute i avdelingen. Da tenker jeg at kultur og rutiner har veldig mye å si. Den avdelingen jeg sitter med i dag, den er jo faktisk litt bedre bemannet enn den som jeg var leder for tidligere. Men rutiner og oppfølging av pasientene var bedre på den andre avdelingen hvor det var lavere bemanning, og det skyldes nok at det var flere faste ansatte og godt rutinererte folk der.*

# Hvorfor oppgaver utelates eller settes på vent

- Travelhet
- Egenskaper ved pasientgruppen
- Lav kontinuitet
- Covid 19-pandemien

# Hvorfor oppgaver utelates eller settes på vent

- Travelhet
- Egenskaper ved pasientgruppen
- Lav kontinuitet
- Covid 19-pandemien
- Kultur og arbeidsmiljø

*Ja, og det gjør noe med folk. Det gjør noe i forhold til arbeidsmoralen og våre prioriteringer overfor brukerne. Vi har nylig kuttet tre årsverk, og jeg ser at det skjer noe i den prosessen – fra kommunen velger å si at man skal kutte, til vi greier å gjennomføre det. Da blir det veldig mye usikkerhet, og det blir vanskelig å holde motivasjonen for å utføre den gode helsehjelpen. For ansatte blir veldig usikre på sin egen fremtid.*

# Hvorfor oppgaver utelates eller settes på vent

*Det er personavhengig. Det kommer alltid an på hvem som er på jobb, hvordan de klarer å prioritere arbeidsoppgavene sine. Vi merker også kompleksitetene i de utfordringene som pasientene kommer med. Det er sykere i dag, de er dårligere, de krever mye mer oppfølging. Men alt er jo avhengig av de som er på jobb. Noen får dette til, og andre får det ikke til.*

- Manglende kompetanse

# Hvorfor oppgaver utelates eller settes på vent

- Travelhet
- Egenskaper ved pasientgruppen

*De har enerom. De har TV der inne. De har seng. Men hele rommet er veldig grått. Det er jo ingen personlige eiendeler. Utenfor er det korridorer, og vi har ingen luftemuligheter her. I etasjen over oss er det noen altaner, men det krever jo at personalet har tid til å trille dem opp og sitte der sammen dem. For vi kan jo ikke gå fra dem der.*

- Organisatoriske forhold
- Sykehjemmets fysiske utforming

# Ledernes to hovedstrategier for å tilrettelegge for god helse- og omsorgshjelp:

- ➔ Ledelse av ansatte som gir direkte helse- og omsorgshjelp
- ➔ Ledelse i samhandling med overordnet administrasjon og politisk nivå

# Ledelse av ansatte som gir direkte helse- og omsorgshjelp

- Å organisere aktiviteter i avdelingen
- Å bevisstgjøre ansatte på roller og ansvar
- Støtte og veilede til god faglig praksis
- Bygge kultur for åpenhet og læring

*Alle trenger tilbakemelding på den jobben de gjør (...) Gi dem en bekreftelse på at de kan ta tak i enda mer kompliserte situasjoner neste gang fordi de har gjort det bra så langt. Slik tilbakemelding fra en leder er utrolig viktig. Det er veldig viktig. Det er noe helt annet enn hvis det var en kollega som sier det.*

*Jo mer rutiner vi får innarbeidet, og jo større enighet om hvordan ting skal gjøres, jo mye sikrere er vi på at pasientene får den helsehjelpen de skal ha.*

*Vi pleier å snakke om at avvik skal knyttes til en rutine. Men jeg synes de (ansatte) også er flinke til å ikke bare peke på at «her har vi gjort en feil i forhold til hvordan vi skal gjøre ting», men: «Her ser vi et behov vi ikke klarer å dekke».*



# Ledelse i samhandling med overordnet administrasjon og politisk nivå

- Å orientere om faktiske forhold i tjenesten
- Å argumentere for behov for ressurser
- Å medvirke i langsiktig strategiarbeid for tjenesten

*Pleiefaktor er det største vaset jeg har vært borti i mitt liv. Det er en veldig enkel måte å regne det ut på. Men du tar ingen individuelle hensyn. Du tar ingen hensyn til brukergruppen.*

*Det prøver jeg å forklare til politikerne: at jeg ønsker å overbemanne med i alle fall minst en på dag og en på kveld. For det tror jeg hadde sikret mye mer stabilitet, i stedet for å drive den innleien (av sykepleiere).*

*Jeg kunne ha satt inn ti nye mennesker. Det hadde ikke betydd noe hvis ikke de visste hva de skulle eller hvis avdelingen ikke hadde noen plan om hva disse ressursene skulle brukes til. Da hadde det bare forsvunnet i intet, og vi hadde fortsatt ikke gjort den kartleggingen vi skulle... Jeg savner kanskje mer involvering fra mine ledere, enhetsleder og sektorleder, i forhold til de overordnede strategiene og målsetningene vi skal jobbe etter. Det er ikke det at vi ikke blir involvert. Men [vi blir det] i for liten grad, mener jeg, slik at vi kan jobbe litt mer strukturert med det vi holder på med.*

# Oppsummert

- Lederne har et mangefasettert bilde av kvaliteten i sykehjemstjenesten
- Uttrykket «ufullstendig helsehjelp» var noe lederne virket ukjente med og
  - Ble først og fremst forstått som en kvalitetssvikt og et angitt potensial for forbedring
  - Oppgaver som ikke ble betraktet som livsviktige -> tjenesten ikke vurdert som uforsvarlig
- Underveis i intervjuene reflekterte lederne over at utelatte oppgaver også omfattet grunnleggende behov
  - Representerte dermed en trussel for pasientsikkerheten og forsvarligheten

# Veien videre ...

- Behov for mer forskning
  - studier som belyser erfaringer hos pasienter og pårørende
  - studier som kartlegger samfunnsøkonomiske konsekvenser
  - studier som beskriver ledernes reelle handlingsrom

# 2.innlegg

---



# Tilgjengeliggjøring av helsehjelp

Avansert klinisk allmennsykepleie (AKS) i kommunehelsetjenesten

Pasientsikkerhetskonferansen, Oslo 24.11.2022

Kine Myhre-Nilsen

Spesialist i klinisk allmennsykepleie

## Meld. St. 10

(2012–2013)  
Melding til Stortinget

God kvalitet – trygge tjenester

Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenester

## Meld. St. 15

(2017–2018)  
Melding til Stortinget

Leve hele livet

eldre

## Meld. St. 29

(2012–2013)  
Melding til Stortinget

Morgendagens omsorg

## Meld. St. 21

(2012–2013)  
Melding til Stortinget

Fremtidens primærhelsetjenester  
– nærhet og heilhet

## St.meld. nr. 47

(2008–2009)

Samhandlingsreformen

Rett behandling – på rett sted – til rett tid

Helsedirektoratet

## Oppfølging av personer med store og sammensatte behov

Nasjonal velleder

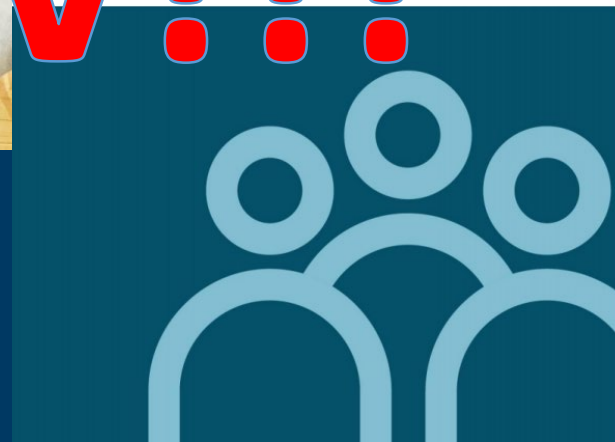
Først publisert: 21. mars 2017  
Sist faglig oppdatert: 12. januar 2019

## Meld. St. 11

(2011–2012)  
Melding til Stortinget

Nasjonal helse- og omsorgsplan  
(2011–2015)

# Pasientbehov!!!





# Utelatt, oversett, glemt... eller ikke fanget opp?

- Manglende kompetanse til å fange opp??
- «Det er andres ansvar/ oppgave»?





## Agenda

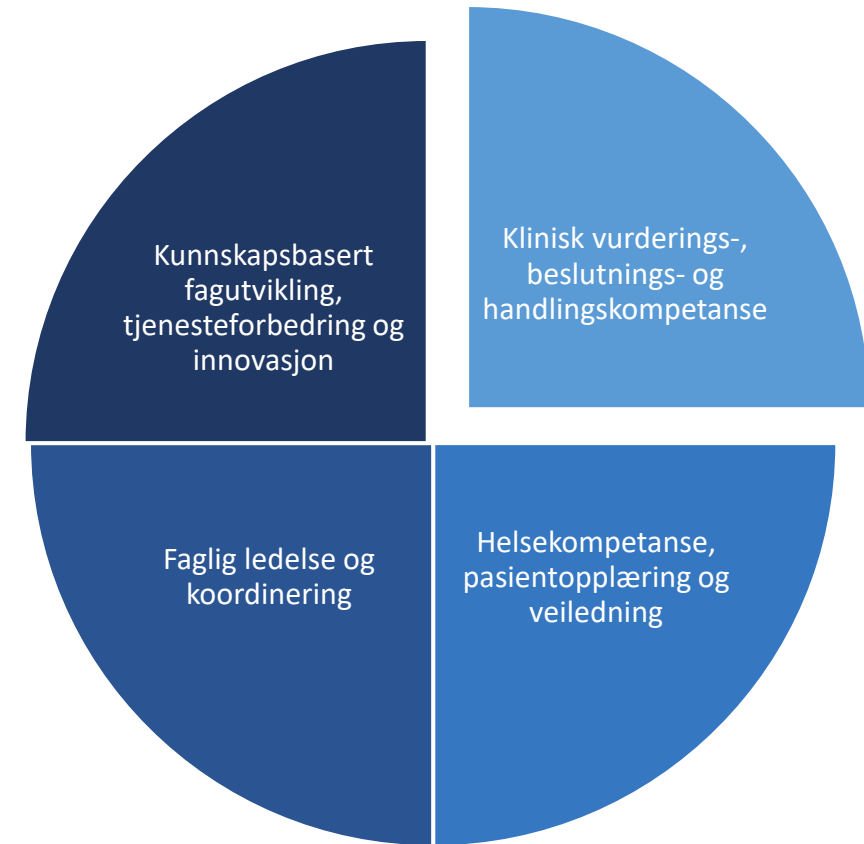
- Hva er en spesialist i klinisk allmennsykepleie (AKS)?
- Hvordan jobber jeg?
- Case
- Hvorfor masterkompetanse og hvorfor AKS??



# Hva er en avansert klinisk allmennsykepleier?

- Mastergrad 120 stp regulert av
  - «Forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie»
  - Helsedirektoratets spesialistgodkjenning
- Kompetanse innen 4 hovedområder:
  - Klinisk vurdering-, beslutnings og handlingskompetanse
  - Helsekompetanse, pasientopplæring og veiledning
  - Faglig ledelse og koordinering
  - Kunnskapsbasert fagutvikling, tjenesteforbedring og innovasjon

(Forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie, 2020)



# Hva er en avansert klinisk allmennsykepleier?

- Anamnese, systematisk klinisk undersøkelse og helsevurdering
- Breddekompetanse «vanligste» sykdommer, legemidler
- Hele mennesket, ikke bare "en og en diagnose"
- Helhetlige pasientforløp og sømløse overganger
- Faglig ledelse, fagutvikling
- Kollegastøtte
- Karrierevei «bed-side» for sykepleiere



(Bilder lånt fra usn.no)



**Stillingsbeskrivelse avansert klinisk allmenn sykepleier / AKS- sykepleier**

Dokumentadministratør: Linn Lesje  
Godkjent av: Hage Torgensen Rokke  
Gyldig fra: 20.09.2021  
Revisjonsfrist: 20.09.2022  
Revisjon: 1.0  
ID: 7622

**Stillingens formål og omfang**

- Bidra til helhetlig og personorientert helsehjelp til pasienter med sammensatte helseutfordringer
- Forebygge sykdomsutvikling
- Bidra til økt grad av selvstendighet for pasienten
- Arbeide for sømløse hestetjenester og gode pasientoverganger
- Bidra med faglig støtte og undervisning innad i tjenesten

Arbeidstid: Etter individuell avtale med leder  
Lønn: Stillingskode: 7712, «stilling med krav om mastergrad»

**Ansvar og myndighet**

Stillingens organisasjonsmessige plassering:

AKS-sykepleier organiseres under leder som er mest hensiktsmessig i forhold til funksjonen

Kompetanse og kvalifikasjonskrav:

Mastergrad i avansert klinisk allmennsykepleie (120 sp)

**Beskrivelse**

Målgruppe:

Pasienter med sammensatte helse- og omsorgsutfordringer, multimorbiditet og/eller kroniske/ langvarige sykdommer/ tilstander.

Det gjøres en avgrensning mot annet helsepersonell med avansert kompetanse på tilgrensende fagområder, jmf «Forordrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie»

Stillingens ansvarsområde:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kartlegge, vurdere og følge opp helsetilstand hos pasienter innunder målgruppen der det vurderes at det er behov for kompetansen til en AKS</li> <li>• Videreformidle vurderinger til annet helsepersonell for videre oppfølging og behandling</li> <li>• Dokumentere grundig egne kartlegginger, vurderinger og videre plan</li> <li>• Samarbeide med annet helsepersonell som er nødvendig for å gi helhetlig helsehjelp</li> <li>• Bidra til faglig utvikling hos ansatte i kommunen, ved direkte veiledning eller internt undervisning, i områder som inngår innunder avansert klinisk allmennsykepleier</li> <li>• Delta i endrings- og forbedringsarbeid</li> <li>• Holde seg faglig oppdatert på retningslinjer for behandling, forskningslitteratur innen faget og relevante prosedyrer</li> <li>• Delta aktivt i nettverk som har som hensikt å utvikle AKS rolle</li> </ul>
Arbeidsoppgaver:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utføre grundig somatisk undersøkelse, utføre kartlegginger av helsetilstand, foreta grundig anamnese, legemiddelgjennomgang og interaksjonsanalyse</li> <li>• Følge opp og koordinere helsehjelp til pasienter der oppfølging av AKS er nødvendig, i samarbeid med relevant helsepersonell</li> <li>• Samarbeide med pasienter/ brukere og pårørende</li> <li>• Dokumentere kartlegginger, vurderinger og videre plan elektronisk. Dette skal være lett tilgjengelig for samarbeidende helsepersonell</li> <li>• Undervisning, veiledning og støtte til pasienter og pårørende ut fra pasientens helsetilstand og diagnoser</li> <li>• Delta i diskusjons-/ refleksjonsgrupper med annet helsepersonell, ved behov og i allerede opprettede fora</li> <li>• Undervisning og veiledning til kollegaer og annet helsepersonell</li> </ul>

# Hvordan er jeg organisert?

- Under virksomhetsleder
- Samarbeider i dag med 3 baser i hjemmetjenester i virksomheten hjemmetjenester nord
- Samarbeid med korttidsinstitusjon
- Egen stillingsbeskrivelse for AKS i Drammen
- Kontor sammen med hjemmetjenestebasene- nærhet til tjenesten
- Pågående arbeid for å øke antall AKS og forankre AKS som en naturlig del av tjenestetilbudet til hjemmeboende



# Hva gjør jeg som klinisk allmennsykepleier?

- Grundig kartlegging (inspirert av CGA; Comprehensive geriatric assessment)
  - Anamnese
  - Klinisk undersøkelse, inkl blodprøver v/ behov
  - Legemiddelgjennomgang; indikasjoner, interaksjonsanalyse, bivirkningsprofil
  - Utvidet kartlegginger av eks kognisjon, ernæring, depresjon, ADL
- Videre: koordinator for helsehjelpen, samarbeid med hj.spl, fastlege, sykehjem, sykehus, poliklinikker etc
- Oppfølging av pasient og pårørende
- Planlegger pasientoppfølging selv ut ifra behov (ikke en del av grunnbemanning)
- Oppfølging av vanskelighelende sår
- Daglig veiledning og rådgiving av kollegaer
- Kompetanseheving i virksomheten (undervisning, Pro-Act, SKUV)

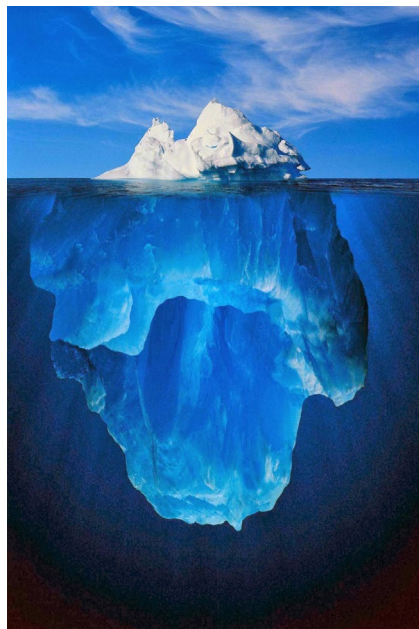


## Koordinering av helsetjeneste

- Pasienter har ofte flere instanser (fastlege, sykehus, sykehjem, fysioterapeut, ergoterapeut, hjemmetjeneste)- Samarbeid versus silo
- Rett hjelp til rett tid (ikke alltid riktig å unngå innleggelse)
- Informasjon, oppfølging, veiledning- mangelvare!?
- «Helsestatus»
- Samarbeid med fastlege
- Ukentlige samarbeidsmøter med fagkoordinatorerne og tverrfaglig møte hver mandag



## Målgruppe



- Skrøpelige eldre (frailty) med flere sykdommer og lange medisinlister, geriatriske pasienter
- Alvorlig syke voksne (avgrenset mot kreft- og demenskoordinator
- «Svingdørspasienter»
- «Svake etterspørrere"
- Vanskelighelende sår
- Langvarig smerte
- De som ikke går til fastlegen...



## Case

- Eldre mann, MS 13 år, alvorlig søvnapne (30 pustestopp per time), el.rullestol (kjører delvis selv), personlig assistenter 24/7, Hj.spl til medisiner og suprapubiskateter
- Hj.spl melder hyppige UVI, ofte sløvhet, «hvordan er egentlig ståa»?
- Lenge siden besøk hos fastlege
- Historikk: skilsmisse, suicidforsøk for noen år siden, flyttet til tilrettelagt omsorgsbolig



## Hva ble gjort:

- Anamnese og klinisk undersøkelse
  - Obstipasjon- optimalisert tiltak rundt dette
  - Tette øreganger-nedsatt hørsel- øredrypping og skylling
  - Suprapubis-kateter ble ikke optimalt håndtert
  - C-pap- brukte kun x1 pr uke
    - samarbeid med ØNH + masketilpasningstest = ny maske
- MADRS 27= moderat depresjon
- MMSE test: delvis utført (grunnet manglende skriveevne)- noe redusert kognitiv funksjon
- Samtale vedr HLR, suicidforsøk
- Godt samarbeid med fastlege
  - Førerkort, HLR status
  - Livlige drømmer: endring av medisiner (Imovane + Cipralex – Remeron)
  - Samtykkekompetanse
- Opplæring av personlige assistenter; c-pap, infeksjonstegn, suprapubis
- Samarbeid med personlige assistenter og hj.spl videre





## Resultat

- Pasienten føler seg tatt på alvor, samtale om sine utfordringer
- Tiltak vedr suprapubiskateter ført til ingen UVI på 4 mnd-ressursbesparelse for pas, sykehuset, fastlege, slippe AB
- Bruker nå c-pap hver natt (8t) versus x1 pr uke før
- Selvrappporterer bedre søvn, mindre mareritt
- Mer våken- lettere å vurdere allmenntilstand
- Pas selvrappporterer å ha det bedre
- Behandlingsavklaring (HLR-)
- Hj.spl mer oversikt, assistenter mer kunnskap vedr suprapubiskateter, fastlege strålende fornøyd



# Hvorfor klinisk allmennsykepleie?

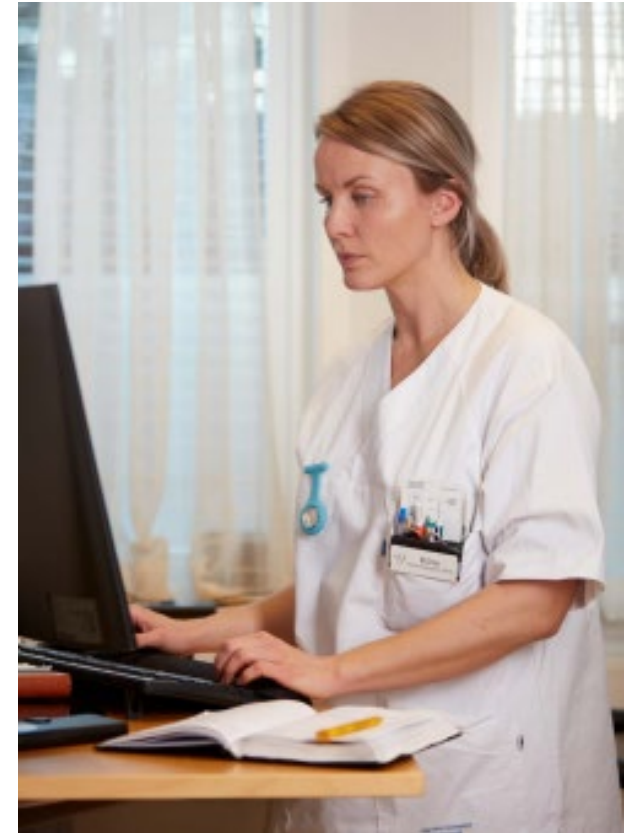
- Pasientsikkerhet!
- Tilgjengeliggjøring av helsetjenester til svake etterspørrere
- Behandler og følger opp flere multisyke, skrøpelige personer i sine hjem- øker!
- Beholde og rekruttere sykepleiere pga FAGMILJØ!
- Masterkompetanse: kritisk tankegang, evidensbasert kunnskap ut i praksis, forbedringsarbeid/ prosjekt , faglig ledelse
- Bidra til endring i praksis og utvikling av tjenestene





# Så... hva videre?

- Hva er egentlig **pasientbehovet** per i dag?
- Kunnskap om klinisk allmennsykepleie; hvorfor, hvordan?
- Vite hva man sparer/ vinner «i andre enden»- hvorfor satse??
- Forankring i kommuneplaner, kommuneøkonomi; lønn, grunnbemanning
- Overordnet satsning på opprettelse av stillinger i kommunene- tydelige føringer, økonomiske midler?
- Utarbeide roller, "hva med meg«- nok arbeid til alle 😊?



Bilde: Helsedirektoratet



# Ressursside fra Helsedirektoratet



[Forsiden](#) / [Kompetanseløft 2025](#)

## Avansert klinisk sykepleie (AKS)

En kompetanse som styrker helse- og omsorgstjenestene i kommunen.

### Innhold på denne siden

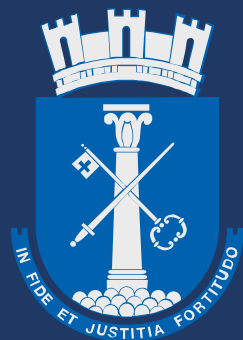
- ↓ [Hvorfor AKS](#)
- ↓ [Hva er AKS](#)
- ↓ [AKS - en kort introduksjon](#)
- ↓ [Eksempler på stillingsbeskrivelser](#)
- ↓ [Webinarer og filmer om AKS](#)

### Hvorfor AKS

Helsevesenet står ovenfor store utfordringer med å gi alle en likeverdig og trygg behandling i tillegg til å håndtere sammensatte og komplekse sykdommer.

Gode og likeverdige tjenester krever nok kompetanse og innovasjon. Vi må beholde de ansatte som er smarte og innovative. Det skal være attraktivt å jobbe med helsevesenet. Det skal være attraktivt å jobbe med helsevesenet på at de får riktig hjelp når de trenger det.

[Avansert klinisk sykepleie \(AKS\) - Helsedirektoratet](#)



# DRAMMEN KOMMUNE

- et godt sted å leve

[kine.myhre.nilsen@drammen.kommune.no](mailto:kine.myhre.nilsen@drammen.kommune.no)

# Paneldebatt i dialog med salen

---

*Førsteamanuensis Nina Beate Andfossen, SOF og NTNU Gjøvik*

*Professor Rose Mari Olsen, SOF og Nord Universitet*

*Spesialist i klinisk allmennsykepleie Kine Myhre-Nilsen, Drammen kommune*



**HelseDirektoratet**