



Deres ref.  
20/1148

Deres dato  
26.11.2020

Vår ref.  
LM/ALS

Dato  
27.02.2021

## Hørings svar fra LDH – Forslag til nasjonal retningslinje for barnesykepleierutdanningen

Lovisenberg diakonale høgskole (LDH) har deltatt i og over tid fulgt RETHOS-prosjektets fase 1. Vi takker for muligheten til å avgi høringssvar på utkastene til retningslinjer for ABIOK-utdanningene i RETHOS fase 3 og vil avgi separate uttalelser til BIO-utdanningene. LDH vil her gi noen overordnede kommentarer før våre programspesifikke svar på høringsspørsmålene. De innledende kommentarene adresserer spesielt retningslinjenes §1, §2 og §22.

### §1 Virkeområde og formål, samt §2 Formål med utdanningen

I høringssvaret er teksten i §2 formulert slik: Kandidater som avslutter utdanningen etter 90 studiepoeng, har fullført videreutdanning i barne-, intensiv-, eller operasjonssykepleie og kvalifiserer også til arbeid som barne-, intensiv-, eller operasjonssykepleier.

Utdanningene skal innfri NKR (kvalifikasjonsrammeverket) nivå 7, mastergradsnivået. Nivåene i NKR viser til komplette kvalifikasjoner i gradssystemet, og videreutdanning – slik som innen helsefag / sykepleie - har til nå ikke vært innplassert i rammeverket. Utdanning på NKR nivå 7 gir ikke *vitnemål* før etter 120 studiepoeng og bestått gradsgivende emne. Det er ikke praksis for å utstede to ulike vitnemål innen samme utdanningsløp. Det er derimot fullt mulig for arbeidsgivere i helsetjenesten å anerkjenne deler av en masterutdanning som kvalifiserende for visse funksjoner. Helsetjenesten og utdanningssektoren kan gjennom dialog legge til rette for å anerkjenne realkompetanse oppnådd underveis i et utdanningsløp. Dette er ikke primært et spørsmål om 90 versus 120 studiepoeng.

Mandatet for RETHOS-3 har ikke spesifisert en avstigningsmulighet. Dette er tilkommet som føringer ved oppstart av programarbeidet for ABIOK-utdanningene. Vi har forstått NOKUTs avklaring for programgruppens arbeid slik at en utdanning på masternivå forutsetter at nivået på de overordnede læringsutbyttene er førende fra første emne. I NOU 2020:3 *Ny lov om universiteter og høgskoler* er hovedmønsteret i gradsstrukturen befestet i Bolognaerklæringen. Bolognaerklæringen og gradsstrukturen 3+2+3 er tilsluttet i alle land i Europa, med noen få unntak når det gjelder profesjonsutdanninger. I Norge er det flere utdanninger som nå avviker fra dette prinsippet ved å innføre helhetlige masterutdanninger, slik som i allmennlærerutdanningen og i barnevernutdanningen. Begrunnelsen for dette er behovet for økt kvalitet og kandidater som kan bidra til utvikling og omstilling. Helsetjenesten erfarer også behovet for sykepleiere med masterkompetanse og spesialistgodkjenning for å være pådrivere for utvikling og omstilling. Ved LDH har det vært naturlig å sammenfatte denne kompetansen under en felles paraply: *master i avansert klinisk sykepleie*.

LDH vil fremheve at de nye retningslinjene for ABIOK må bevare et faglig generalistperspektiv samtidig som utdanningene kvalifiserer til spisskompetente funksjoner i behandlingsmiljøer med høy risiko, store investeringer, og et høyt lidelsestrykk for pasienter



og pårørende. Vi understreker behovet for å velge gjennomgående kompetanseområder, progresjon, metodevariasjon og læringsutbytter (LUB) i konstruksjonen av lokale studieplaner som legger til rette for morgendagens tjenesteutvikling, omstillingsevne og innovasjon. Disse forholdene er nærmere kommentert under de enkelte høringsspørsmålene.

Slik retningslinjene innen RETHOS-3 er foreslått, skal utdanningene være på masternivå, men det er innført to ulike fullføringstrinn. Studentene skal velge om de vil ta en mastergrad eller ta en klinisk kvalifisering. Det vil således komme ut to ulike kompetanser: En gruppe som er utdannet til å analysere og kritisk vurdere ny kunnskap og foreta faglige vurderinger i tråd med sitt ferdypningsområde, og som viser det ved å hele tiden lete etter og iverksette bedre løsninger for sine pasienter. En annen gruppe vil være utdannet til å møte tjenestenes nåværende behov. Omstillingsevne, fleksibilitet og organisatorisk læring følger av en integrert studieplan på masternivå med progresjon fra første semester, i motsetning til en avgrenset forståelse av at 30 studiepoeng bygger masterkompetanse. Vi stiller spørsmål ved det formelle grunnlaget for og de reelle konsekvensene av å innføre og sementere to utdanningsnivå innenfor NKR nivå 7.

Oppsummert:

- ABIOK-utdanninger for fremtiden er masterstudier fra dag 1, og en eventuell spesialistgodkjenning forutsetter fullført mastergrad innen avansert klinisk sykepleie.
- Dette reduserer ikke arbeidsgiveres mulighet til å anerkjenne deler av en utdanning til å være kvalifiserende for visse funksjoner.
- UH-sektor må kunne møte med en fleksibilitet i organisering, opptaksforskrift og studieprogresjon som muliggjør en viss standardisering av kompetansetrinn, uten å være i konflikt med integriteten til masterprogrammene og akkreditering av disse.
- Tjenesteforbedring, innovasjon og omstilling bør være operasjonalisert i LUB som generell kompetanse i alle klinisk rettede masterstudier.

### §1 Virkeområde og formål

LDH støtter RETHOS-prosjektets arbeid for en moderat standardisering av kompetanse. Det vil virke positivt inn på flere kvalitetsdimensjoner i helsetjenesten, spesielt på trygge, sikre og virksomme tjenester. Et felles sykepleiefaglig grunnlag innen ABIOK øker sannsynligheten for at det er en indre konsistens og sammenheng mellom de ulike fasene i et pasientforløp. Spesialitetenes felles fokus på pasienters mestring og ressurser innebærer at de kan utfylle hverandre, i stedet for å risikere fragmentering av tjenester og en svak forståelse av langsiktig helsegevinst for individ og samfunn.

LDH vil be om at det på en hensiktsmessig måte presiseres at retningslinjenes §1 har til hensikt å standardisere felles **minstekompetanse**. Standardisering kan ikke forstås som et tak for ambisjoner eller et initiativ for å svekke sunn konkurranse om utdanningskvalitet. Dette er også et relevant poeng for de øvrige programplanene innen RETHOS-prosjektet. Rundskriv til forskrift om felles rammeplan (F-04-19) tydeliggjør at *«Utdanningsinstitusjonene står fritt til å velge lærings- og undervisningsmetoder, pensum og vurderingsformer, men må sikre at alle kandidatene har oppnådd sluttkompetansen som er beskrevet i den enkelte utdannings retningslinje.»* På denne måten er likhetskravet knyttet til oppnådd minstekompetanse, ikke til at utdanningene skal være like.

Studiets oppbygning og praksisstudier:

Kapittel 8, §22 (intensiv- og operasjonssykepleie) og kapittel 7, §19 (barnesykepleie)

**Om studiets oppbygning**



Høringsforslaget paragrafer om *Studiets oppbygning og praksisstudier* inneholder to avsnitt med en innbyrdes motsetning. For eksempel skal Intensivsykepleierutdanningen (§22) på den ene siden være helhetlig, "der det faglige innholdet, de pedagogiske virkemidlene og praksisstudiene kobles sammen slik at læringsutbyttene oppnås". Dette er i tråd med pedagogiske prinsipper i UH-sektoren for samstemt utdanning (constructive alignment) og stortingsmeldingen *Kultur for kvalitet i høyere utdanning*. Men på den andre siden sier §22 at det skal "tilrettelegges for at kandidater kan avslutte utdanningen etter 90 studiepoeng".

LDH har gjort vellykkede forsøk med utdanningsløp i masterprogram for intensivsykepleie der studiets oppbygning er planlagt i dialog med tjenestene (SiSU-prosjektet / Trainee 2.0) Studiene har vært organisert som deltidsutdanning med en strukturert veksling mellom arbeid og studier. I en meningsfull og samfunnsrettet arbeidsform er studiekvalitet ivarettatt, og det er progresjon i klinisk kompetanse og deltakelse i avdelingenes kliniske arbeid fra første stund. Det er opp til arbeidsgiver å innstille på ansettelsesforhold og lønn underveis, og studentene har under dagens nasjonale retningslinje innfridd rammeplanens krav ved fullførte 90 stp. Men det er et masterløp fra dag 1, og det gis ikke vitnemål før etter bestått 120 studiepoeng og gradsgivende emne. Derfor er det heller ikke relevant å beskrive utdanningen som "avsluttet" etter 90 stp, da studiet er fullintegret med emner og praksis på masternivå fra første stund. Det er altså ikke en isolert bolk med "masterkompetanse" som er koblet på en frittstående videreutdanning.

Det er en uheldig sammenblanding av sektoransvarene dersom en nasjonal retningslinje forskriftsfestes i utdanningssektoren, uten å være konsistent med gjeldende normer for pedagogikk og utdanningsnivåer i UH-sektor. Det bør være samsvar mellom utdanningens nivå, innhold og navn slik at masternivået er tydelig identifisert i navnet og ligger til grunn for opptak og gjennomføring. Det er imidlertid mulig å utstede karakterutskrift underveis i studiet, og arbeidsgiver kan velge å anerkjenne delstudier som kvalifiserende til visse funksjoner.

### **Om praksisstudier, studietilsynsforskrift og det utvidete fagmiljøet: risiko for kvalitetsglidning**

Det er forskjeller i de ulike høringsutkastene hva angår kvalifisering av praksisveiledere. Forskjellene har betydning for å operasjonalisere Studietilsynsforskriftens bestemmelser (§2-3, syvende ledd) om krav til fagmiljø i praksisstudiene, og UH-sektors ansvar under akkreditering for å sikre at veiledningens nivå samsvarer med utbytte på NKR 7.

- Intensivsykepleie: "Det legges i forskriften til grunn at praksisveileder *fortrinnsvis* har utdanning på masternivå, fordi det vil ta tid før dette kravet kan innfris."
- Operasjons- og barnesykepleie: tematiserer ikke praksisveileders kompetanse i høringsbrevet.
- Barnesykepleie, i retningslinjen: "Praksisveileder skal *fortrinnsvis* være kvalifisert spesialsykepleier...."
- Operasjonssykepleie, i retningslinjen: "...praksisveileder normalt er av samme profesjon...."

UH-sektor og tjenestene deler ansvaret for å sikre morgendagens fagmiljø i utdanning av sykepleiespesialister. Dette krever flere virkemidler enn *tid* (jfr. høringsutkast intensivsykepleie). Det hviler også på UH-sektor å rekruttere til ettervekst av formalkompetanse på førstenivå og på professor/dosentnivå, blant annet for å imøtekomme akkrediteringskrav. Uten rekruttering til et spisskompetent og avansert klinisk masternivå øker risiko for at samspillet mellom klinikk og academia forvitrer. Uten tilstrekkelig rekruttering på masternivået vil det være svært vanskelig å skape et volum av forskning som svarer til kunnskapsbehovet. Man risikerer et ambisjonsgap mellom helseforetakenes pasientbehandling og virksomheten innen utdanning og FoU, og setter det likeverdige samarbeidet mellom sektorene under press.

LDH vil fremme forslag til **aktive virkemidler over tid** for å innfri kompetansekrav til det utvidete fagmiljøet. Dette ligger tett opp til arbeidet med retningslinjer og er nødvendig å



kommentere ut fra omfanget av praksisstudier som er beskrevet i høringsutkastene. Aktive tiltak over tid sikter mot å virke gjennom arbeidsgivers rekruttering av kompetanse (1), motivering av studentene (2), stimulering av UH-sektor (3), og stimulering av samspillet mellom helsetjenesten og UH-sektor (4).

- 1. Differensiering.** Det bør være mulig å differensiere forventinger til realkompetanse og ansvar ut i fra studieprogresjon. På den måten kan utdanningen kvalifisere til funksjoner som følge av *stilling/stillingskategori* uten beskyttet tittel, der forutsetninger for arbeidets art (stillingens hovedoppgaver) kan fremgå av en funksjons- og ansvarsbeskrivelse. Arbeidets art kan knyttes til forventninger innen helsetjenestens virksomhetsområder, for eksempel slik:
  - a) Delstudier kan kvalifisere til visse funksjoner i pasientbehandlingen, slik dagens rammeplan gjør ved å kvantifisere 90 stp
  - b) Mastergraden på 120 studiepoeng kvalifiserer til (1) samt til å fylle selvstendige roller innen utdanning og faglig ledelse
  - c) Fast ansettelse som linjeleder bør forutsette mastergrad
- 2. Spesialistgodkjenning.** Kvalifisering til spesialistgodkjenning i avansert klinisk sykepleie oppnås først etter 120 studiepoeng og fullført mastergrad. Dette er en internasjonal standard (ICN), og er videreført som prinsipp med den norske spesialistgodkjenningen for allmennsykepleie. Spesialistgodkjenning representerer en motiverende og formell kobling mellom utdanning og legitimitet til å ta ansvar i stilling.
- 3. Finansiering av studieplasser** fra Kunnskapsdepartementet. ABIOK-finansieringen fra KD følger grunnprinsippet med rammetilskudd samt resultatbasert uttelling (studiepoeng + kandidatindikator). Kandidatindikatoren ble innført for å styrke gjennomføring og gradsopnåelse. Det særegne, og fra UH-perspektivet paradoksale, er at kandidatindikatoren innen ABIOK-utdanningene utløses etter fullførte 90 stp i henhold til rammeplan. UH-sektor mister det økonomiske insentivet til fullføring av 120 stp, og blir i tillegg økonomisk tilgodesett ved 75% gjennomføring. Dette virker negativt på ettervekst til lederroller og fagmiljøets kompetansesammensetning innen en profesjon der aldersavhengig avgang truer konkurranse om vitenskapelige toppstillinger på professor-/dosentnivået. LDH foreslår at kandidatindikatoren følger sektornormen og utløses ved bestått gradsgivende emne med utstedelse av vitnemål. Det kan være påkrevet med flere justeringer for å unngå negative økonomiske konsekvenser for UH-institusjonene ved å flytte kandidatindikatoren til fullført grad for ABIOK-utdanningene.
- 4. Veilederkompetanse og stillingsstruktur**  
Arbeidet for å sikre formell veilederkompetanse i praksisstudier, og for å stimulere til oppretting av kombinasjonsstillinger, videreføres.

LDH vil nå gå over fra felleskommentarer på høringsutkastene og til de programspesifikke kommentarene.



## **LDHs programspesifikke svar på høringsspørsmålene: Barnesykepleie**

### **Spørsmål 1: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov?**

Generelt er inntrykket at tjenestenes fremtidige kompetansebehov i liten grad er synliggjort.

Forslaget til retningslinje fremhever ikke innovasjon og tjenesteforbedring som essensielle kompetanseområder. I et helsevesen med rask endringstakt, høy pasientrisiko og store kostnader ved behandling, er det behov for en generell kompetanse knyttet til omstillingsevne. LDH vurderer at det er avgjørende at innovasjon og tjenesteforbedring inkluderes mer spesifikt i kompetanseområdene med fokus på tjenesteutvikling, systematiske forbedringer av arbeidsprosesser og kontinuerlig arbeid med kvalitetsforbedring. Det er forslaget til retningslinje også lite fokus på systemforståelse, tverrfaglig samhandling og pasientforløp, helsepolitiske satsninger, retningslinjer, standarder og veiledere. Tydeliggjøring av kompetanse innenfor disse områdene vil være i samsvar med læringsutbyttebeskrivelser i NKR nivå 7, hvor kandidater forventes å ha evne til å bidra til nytenkning og i innovasjonsprosesser etter fullført utdanning.

LDH vil fremheve at kompetanse på et masternivå er nødvendig for å kunne imøtekomme helsetjenestens fremtidige utfordringer og behov. Tjenesten trenger kandidater som kan analysere og kritisk vurdere eksisterende og ny kunnskap og foreta faglige vurderinger i tråd med kunnskapsbasen og nyere forskning. For å oppnå denne kompetansen må kandidatene selv ha gjennomført et selvstendig, avgrenset vitenskapelig arbeid under veiledning i tråd med gjeldende forskningsetiske retningslinjer.

### **Spørsmål 2: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene?**

Det vises til innledende tekst og svar på spørsmål 1. Slik forslag til retningslinje nå fremstår vurderes det at behov for fremtidig kompetanse er mangelfullt fremstilt.

### **Spørsmål 4: Er formålet med utdanning dekkende?**

I forslaget til retningslinje skal utdanningen gi en svært bred og omfattende kompetanse. Studiets målgrupper er premature, nyfødte, barn, ungdom og deres familie, og tjenesteområdene skisseres svært vidt. Barnesykepleiere har fokus på å ivareta barnet, svært vidt definert, med hensyn til fysiske og psykisk helse opp til og med unge voksne. Det kan oppfattes som det akutt kritisk syke barnet vektlegges spesielt, se forøvrig vårt svar på spørsmål 12.

Det savnes en tydeligere beskrivelse både av målgruppen og aktuelle arenaer for utøvelse. Det skisseres samarbeidspartnere, men form og innhold i grenseoppgang mellom tjenesteleddene er ikke definert.

Premature, akutt kritisk syke nyfødte og kronisk syke nyfødte med komplekse lidelser krever høy grad av kompetanse for intensivfasen. Fokuset i denne delen av tjenesten er i større grad knyttet opp mot traumeperspektiv i intensivmedisin enn det er rom for i en generalistutdanning som barnesykepleierutdanningen. LDH vil gi innspill for å anerkjenne at barnesykepleie ikke gir nødvendig spesialisering for å dekke denne målgruppens og tjenestens behov.

For at målgruppens bredde skal gjenspeiles i utdanningens tittel, foreslår LDH at navnet på utdanning endres til *Barne- og ungdomssykepleie*. I tråd med dette foreslås det at forskriften gjennomgående synliggjør ungdommers særskilte behov tydeligere.



### Spørsmål 5: I hvilken grad er målgruppen for barnesykepleiere tydeliggjort i forskriften?

Målgruppen er beskrevet i formålet som premature, nyfødte, barn og ungdom med deres familier. Kompetanseområdene bruker benevnelsen barn gjennomgående, og dette gjenspeiles også i læringsutbyttebeskrivelsene. LDH foreslår at forskriften gjennomgående bruker betegnelsen *barn og ungdom*, og at ungdoms særskilte behov tydeliggjøres.

Behandling av og sykepleie til premature og syke nyfødte er et eget spesialområde, som krever avansert praksis med en særlig spesialisering. LDH tilbyr en masterutdanning innen avansert klinisk nyfødsykepleie for å imøtekomme dette behovet.

### Spørsmål 6: Hvor dekkende er benevnningen av kompetanseområdene for barnesykepleierens særegne kompetanse og selvstendighet? Bør læringsutbyttebeskrivelsen deles inn på en annen måte?

Det vises også til innledningsavsnittene i høringsinnspillet fra LDH.

I kapittel 1 §3 er kompetanseområder angitt som:

- Barnesykepleie som fag og profesjon
- Det akutte og/eller kritisk syke barn
- Barn med langvarig sykdom, funksjon
- Barns psykiske helse og sosiale vilkår
- Forskning, formidling og kvalitetsutvikling

LDH mener det er hensiktsmessig å endre benevningene på kompetanseområdene for å tydeliggjøre forventet nivå for masterkompetanse på nivå 7 NKR, - se forøvrig svar på spørsmål 1 og 2. Til sammenlikning, og som et eksempel, vises det til to av kompetanseområder i forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie<sup>1</sup>, hvor denne kompetansen fremheves:

- Faglig ledelse og koordinering
- Kunnskapsbasert fagutvikling, tjenesteforbedring og innovasjon

Her er fokus rettet mot hvordan kompetansen skal anvendes inn mot funksjon og tjenestekontekst. LDH foreslår at denne måten for å formulere kompetanseområder også blir anvendt i barnesykepleierutdanningen.

### Spørsmål 7: Er læringsutbyttene innen farmakologi tilstrekkelige?

I kap. 3 §7 er det innenfor kompetanseområdet «Det akutte og/eller kritisk syke barnet - kunnskap» kun beskrevet ett læringsutbytte i farmakologi:

*e) har bred kunnskap om farmakologi, spesielt farmakokinetikk og farmakodynamikk i behandlingen av nyfødte og barn.*

Slik retningslinjen nå fremstår kan det tolkes som om kompetanse innen farmakologi er begrenset til å omfatte akutt og/eller kritisk syke barn.

### Spørsmål 8: Kommer barnesykepleierens ansvarsområde og posisjon tydelig frem i forskriften?

Slik kompetanseområder og læringsutbytter nå foreligger, framstår ansvarsområde og posisjon utydelig sett i relasjon til målgruppens bredde og beskrivelse av tjenestearenaer (spørsmål 4).

---

<sup>1</sup> Forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2020-01-03-45>



### Spørsmål 9: I hvilken grad vurderes behovet for nasjonal standardisering å være ivarettatt i læringsutbyttebeskrivelsene?

Det er utfordrende å svare ja på dette spørsmålet når det legges opp en utdanning med kandidater som oppnår kompetanse på to ulike nivåer. Dette svekker den nasjonale standardiseringen og kan på sikt føre til regionale forskjeller, med uklarhet overfor samfunnet, tjenestene og arbeidslivet om hva den formelle kompetansen består i.

### Spørsmål 10: Er det noen typer kompetanser som mangler i høringsutkastet til retningslinje?

Her vises det til tidligere svar spesielt knyttet til spørsmål 1, 2 og 6.

### Spørsmål 11: Er praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig beskrevet og gjennomførbar?

I retningslinje for barnesykepleie er det et forslag om praksisstudier med minimum omfang 30 uker à 30 timer per uke med pasient- og brukernær praksis. Praksisstudier er en av flere læringsmetoder i studiet, med læringsutbytteoppnåelse som styrende for kvalitet og sluttkompetanse. Kvantitet, som et mål i seg selv, gir ingen garanti for læring. Det vises også til at simulering, ferdighetstrening og andre praksisrelaterte aktiviteter skal kunne supplere praksisstudiene, men her angis det ikke mengdekrav.

Både generalisert og spesialisert kompetanse krever eksponering for og erfaring med spesielle situasjoner som ikke nødvendigvis opptrer i en praksisperiode, og dette bør kompenseres ved ferdighetstrening og simulering slik at læringsutbytteoppnåelse kvalitetssikres.

### Spørsmål 12: Forskriften foreslår et minimumsantall uker og timer i praksisstudier, bør praksislengde spesifiseres i forskriften?

Praksisstudier er en læringsmetode for å kunne oppnå studiets læringsutbytter. I forslag til forskrift oppgis det at «Praksisstudiene skal sikre at kandidaten får klinisk erfaring fra behandling av premature, akutt og/eller kritisk syke nyfødte, barn og ungdom». Dette kan da tolkes som om praksisstudier kun er tenkt innenfor oppnåelse av kompetanseområde nr 2: Det akutt og/eller kritisk syke barn. LDH stiller spørsmål ved om det er slik at praksisstudier ikke er planlagt som læringsmetode innenfor læringsutbytteoppnåelse for de resterende kompetanseområdene.

### Spørsmål 13: I hvilken grad er omfanget av utdanningen gjennomførbar innenfor rammen av utdanningen?

Det vises til LDHs innledende avsnitt med generell kommentar om NKR 7 og utdanningens nivå og kvalifikasjonskrav. Det vises også til svar på spørsmål 4 med vurdering om at nåværende forslag til retningslinje målbærer en svært bred og omfattende kompetanse.

### Spørsmål 14: Er felles temaer/innhold for ABIOK-utdanningene som nevnt ovenfor ivarettatt i retningslinjene.

I høringsbrevet vises det til eksempler på brede felles temaer som har blitt diskutert i programgruppene, slik som vitenskapsteori og metode, kommunikasjon, tverrprofesjonell samhandling, innovasjon og pasientsikkerhet.

Slik forslag til forskrift nå foreligger er fellesområdene vanskelige å identifisere gjennom LUB. Det bør framgå hva hensikten er med felles temaer og innhold. Det kan for eksempel dreie seg om økt kompetanse gjennom samhandling og felles forståelse for kontinuitet i pasientforløp, slik at pasienten opplever et sømløst helsevesen med kvalitet i alle ledd.



**Lovisenberg**  
diakonale høgskole

Vennlig hilsen  
Lovisenberg diakonale høgskole

Lars Mathisen  
Rektor

Anne Lene Sørensen  
Instituttleder