

Tema: Fagskole

side 34

En ettermiddag
som rullerende
vaktkoordinator
side 8

Kan helsefagarbeidere være leder for sykepleiere?

side 30

GI DEG SELV
NYE MULIGHETER

MED HØYERE YRKESFAGLIG UTDANNING
INNEN HELSEFAG



Videreutdanning for helsefagarbeidere

Vi tilbyr en rekke lengre og kortere, fleksible studier som kan kombineres med full jobb. Våre utdanninger er utviklet i samarbeid med arbeidslivet, og gir deg kompetanse du kan ta i bruk fra dag én.

Scan QR-koden og les mer
om våre helsestudier.

www.fagskolen-viken.no



ANN BEATE GRASDALEN

redaktør

grasdalen@helsefagarbeiderforbundet.org

REDAKSJONSRAÅD

Lise Munkvold

Hanne Christine Rynning-Berg

Svein Olav Tøndel

Zarko Veselinovic

Stig Fagerland

Det finnes ledertalenter i alle yrkesgrupper, likevel jobber nesten ingen helsefagarbeidere som ledere

Regelen er at lederstillinger på alle nivåer forbeholdes høyskole-utdannede, men det finnes unntak.

I Bergen ledes helsefagarbeiderne av sin egen yrkesgruppe, mens sykepleierne er organisert for seg. Men må det være slik for at helsefagarbeidere skal kunne brukes i lederjobber? Ingenting formelt står i veien for å la helsefagarbeidere være avdelingsledere for sykepleiere. Likevel skjer det veldig sjelden. Kanskje kan erfaringene til hovedtillitsvalgt Elin M. Christoffersen gi et innblikk i hvorfor.

Det finnes gode grunner for å la helsefagarbeidere slippe mer til som ledere. En av dem er at yrket blir mer attraktivt. En annen er at arbeidsgiverne får flere ledertalenter å velge mellom. Flere fagskoler har lederstudier, og flere vil etter all sannsynlighet komme, bare de blir etterspurt av arbeidslivet.

PS!
Snart kommer universitetssykehjem. Les mer på side 36

Tips oss gjerne om store og små saker!
redaksjon@helsefagarbeiderforbundet.org

INNHold

Finn dette bladet og tidligere utgaver på internett:
helsefagarbeideren.no



Utgiver:

Helsefagarbeiderforbundet

Uteblitt magasin?

Kontakt Fagpressens kundesenter
man-fre 08:00-16:00.

Telefon: 21 04 77 46

E-post: kundesenter@fagpressen.no

Forsidefoto:

Peder Gjersøe

Annonser:

Salgsfabrikken AS ved Mona Jørgensrud
mona@salgsfabrikken.no
Tlf: + 47 91903867

Opplag: 15.037

Opplagstall godkjent av Fagpressen

ISSN: 1893-661X

Helsefagarbeideren styres
etter Redaktørplakaten og
Vær Varsom-plakaten



Design og trykk:

Aksell AS

- 4 Småstoff
- 7 Gratulerer med dagen alle Helsefagarbeidere!
- 8 En ettermiddag som rullende vaktkoordinator
- 15 «Bare positive reaksjoner da jeg sa ifra»
- 18 Å snakke om alt som har med rus å gjøre
- 20 Bokanmeldelse: Helsehjelp til personer med rusproblemer
- 22 Case: Bruk av palliativ plan ved lindrende behandling av en person med utviklingshemming
- 27 Risikohåndtering i hjemmetjenesten: renger mer fleksibilitet og bedre samarbeid
- 30 Kan helsefagarbeidere være leder for sykepleiere?

TEMA: FAGSKOLE:

- 34 Egen lederutdanning for helsefagarbeidere
- 36 Landets første universitetssykehjem skal stå klart i 2030
- 40 Neste høst starter andre del av høyere fagskolegrad
- 45 Spesialisering i sårbehandling, ti studiepoeng
- 46 Nye pensjonsregler for personer med særaldersgrense
- 51 Yrkesskadeerstatningen: Nå kommer endringer i hva som regnes som arbeidsulykke
- 52 Fordeler og ulemper med langvakter – dette vet vi så langt
- 54 Enkel endring i turnus ga mindre sykefravær
- 56 Når taushetsplikten brytes, brytes tilliten
- 58 Åpent brev til redaktøren
- 59 Nå har vi blitt flere menn, og vi godtar ikke dette lenger!

Delta direkte

3 spørsmål og svar
om arbeid på røde dager

► 60

På hjertet

– Da spør jeg, hva tenker dere å oppnå med å konkurranseutsette?

► 62

Nytt fra styret

► 63

Nytt nasjonalt senter for yrkesfag i Molde

Et nytt senter skal gi mer kunnskap om yrkesfagene, utvikle utdanningene og bidra til at flere fullfører fagbrev.

Senteret ble åpnet i år og er en del av Utdanningsdirektoratet i Molde. Det skal utvikles i tett samarbeid med arbeidstaker- og arbeidsgiverorganisasjonene.

Kilde: Kunnskapsdepartementet

Regjeringen lover tilgang til høreapparat innen fire måneder for eldre som trenger det.

Kilde: Statsbudsjettet 2026

1 av 4 er bekymret for digitalt utenforskap i alderdommen

Mange opplever barrierer i møte med digitale offentlige tjenester.

Dårlige digitale tjenester og manglende ferdigheter er to av årsakene. Andre årsaker er manglende tilgang til bankID, dårlig helsetilstand, uforståelig språk og mangel på utstyr eller internett.

Kilde: Norges institusjon for menneskerettigheter

Flere aggresjonshendelser enn antatt

Nær halvparten av sykehjemsbeboere utviste aggresjon mot personell eller medbeboere minst en gang i løpet av en måned. Det viser en ny studie gjort ved 27 sykehjem over fire uker, på beboere med langtidsplass, hvorav 80 prosent med demens.

Forekomsten av aggresjonshendelser er noe høyere enn antatt, ifølge Bjørn Lichtwarck som har hatt hovedansvaret for gjennomføringen.

Av hendelsene utgjorde:

- 57 % fysisk og verbal aggresjon kombinert
- 43 % ren verbal aggresjon
- 7,2 % av beboerne utviste alvorlig fysisk aggresjon flere ganger i uka.
- 85 % av hendelsene ble utført mot personalet.

Kilde: Helsedirektoratet

Inntil 75 000 kroner for å gjøre boligen mer aldersvennlig

Eldre skal i 2026 få økonomisk støtte til å gjøre egen bolig mer aldersvennlig. Et tilskudd skal kunne dekke 25 prosent av kostnadene, begrenset til maks 75 000 kroner per husstand.

Kilde: Statsbudsjettet 2026

Gratis vaksinerings i arbeidstiden hele vintersesongen

For å oppnå høyere vaksinasjonsdekning blant helsepersonell, skal arbeidsgivere i helse- og omsorgstjenesten sørge for at influensavaksine er lett tilgjengelig på arbeidsplassene når ansatte er på jobb. Det gjelder også for de som jobber turnus eller deltid.

Tilbudet skal vare hele vintersesongen, slik at også nyansatte eller andre uvaksinerte har et tilbud.

Kilde: Helsedirektoratet

20 kommuner tester ut kommunal nettlege

Regjeringen har satt i gang utprøving av en kommunal nettlegetjeneste for å gi innbyggere mer fleksible og tilgjengelige allmennlegetjenester. Utprøvingen skal i første omgang skje i inntil 20 kommuner.

Foreløpig skjer utprøvingen i Kristiansand, Oslo, Arendal, Tvedestrand, Risør, Froland, Gjerstad, Åmli, Vegårshei og Grimstad.

Kilde: Helse- og omsorgsdepartementet

En ny helsekalkulator gjør det mulig å regne ut sparte kostnader i helsetjenesten dersom flere øker sitt fysiske aktivitetsnivå.

Hvis hundre personer, helt fra de er ett år gamle, er delvis aktive, kan det gi:

- **769** friske leveår
- **385** ekstra leveår
- **1,7** mill. kr. per år i mulig reduksjon av helsetjenestekostnader

Kilde: Helsedirektoratet



— ♥ —

#HUMAN INFLUENCERS

Gjør en forskjell med oss,
bli en av våre ekte human influencers!

Se våre ledige stillinger som helsefagarbeider: norlandiacare.no/jobb

norlandia





Visste du at 1 av 3 eldre over 65 år faller hvert år?

Enkel styrke- og balansetrening forebygger fall. Hjelp eldre med å leve stødigere liv gjennom dette gratis e-læringskurset.

BASIS er et gratis e-læringsprogram som skal styrke kunnskapen om fallforebyggende trening blant personer som jobber ved landets treningssentre, aktivitetssentre, institusjoner for eldre og i hjemmetjenesten. Kurset finnes nå i fire ulike versjoner – en tilpasset hver av disse målgruppene. Et kurs tar en drøy time å gjennomføre. Etter gjennomført kurs får man tilgang til en øvelsesbank med drøyt 120 balanse- og styrkeøvelser tilpasset ulikt funksjonsnivå.

Sjekk ut e-læringskurset på **basis-fallforebygging.no**



Gratulerer med dagen alle Helsefagarbeidere!

26.november er vår dag: Helsefagarbeiderdagen. Tusen takk for den innsatsen dere gjør – hver eneste dag, hele året.

Dere står på, løper mellom oppgaver, dere løfter, trøster, samarbeider og finner løsninger – også når dagene er travle og ressursene ikke strekker til.

Dere får mennesker til å føle seg trygge. Dere gjør et verdifullt arbeid, som dere skal være stolte av. Jeg oppfordrer deg til markerer dagen på arbeidsplassen din. Snakk om dagen og alt det bra dere får til på jobb!

Jeg vil også oppfordre alle tillitsvalgte til å gjøre litt ekstra ut av dagen – spre stolthet, løfte faget og vise fram hva helsefagarbeidere betyr for samfunnet. Vi har mye å feire! Igjen: Gratulerer med dagen!

Sølv til Norge under EM

Denne høsten fikk vi også en ekstra grunn til å være stolte helsefagarbeidere. Under EuroSkills EM i yrkesfag i Danmark tok Norge sølvmedalje i helsefag. Dette er så gøy! Jeg fulgte konkurransen og ble inspirert av engasjementet, kunnskapen og tryggheten konkurrenten utstrålte.

Det viser at vi har fagarbeidere i verdensklasse, og at vi virkelig skal være stolte over helsearbeiderfaget i Norge. De viste fram det vi alle vet: Helsefagarbeidere er profesjonelle, løsningsorienterte og fulle av omsorg. Det er det verdt å heie på!

Vi må snakke om overgangsalder

Noe annet jeg tenker mye på, er kvinnehelse og særlig overgangsalderen. Og det handler nok om at jeg er midt i livet selv, kvinne 50+ Det er på høy tid at vi snakker mer åpent om dette.

Overgangsalderen er ikke en sykdom, men en livsfase – og for mange flere enn vi tror, er den veldig krevende. Hetetokter, dårlig søvn, uro, konsentrasjonsvansker – alt dette kan påvirke både jobb og hverdag. Likevel møter mange kvinner stillhet eller bagatellisering når de tar det opp.

Jeg har selv opplevd hvor lite det snakkes om dette i arbeidslivet, også i helse- og omsorgstjenestene, der vi burde være best på å forstå kropp og helse. Vi må tørre å si fra: Overgangsalderen er ikke et tabu, det er en del av livet.

Som helsefagarbeidere har vi en unik mulighet til å gjøre en forskjell. Vi møter kvinner i alle livsfaser, og vi kan bidra til å skape mer åpenhet, kunnskap og forståelse – både blant familie, venner, kolleger og i møte med brukere og pasienter. Når vi snakker om det, lytter og støtter hverandre, gjør vi arbeidslivet litt lettere for mange.

Fortsatt satsing på fagskole

Jeg vil også trekke fram hvor viktig livslang læring er for oss alle. Derfor er jeg glad for at regjeringen ønsker å videreføre satsingen på fagskolene og lover mer penger til videreutdanning for fagarbeidere i årets forslag til statsbudsjett for 2026. Det er en tydelig anerkjennelse av at vi kan ha muligheten til å utvikle oss faglig gjennom hele yrkeslivet.

For meg handler det om mer enn bare utdanning – det handler om yrkesstolthet, kvalitet og framtidstro. Når helsefagarbeidere får bygge videre på kompetansen sin, vinner både pasientene og arbeidsplassene på det. La oss bruke Helsefagarbeiderdagen til å vise fram hvem vi er, hva vi står for – og hvorfor vi elsker faget vårt.

*Gratulerer
så mye
med dagen!*

En ettermiddag som rullerende vaktkoordinator

TEKST OG FOTO: IRENE R. MJELDE

Oppgaven som vaktkoordinator går på omgang, og i dag er det Sonjas tur til å ha med seg vakttelefonen. Det innebærer at det er henne alle ringer til ved behov; både brukere, kollegaer pårørende og eksterne tjenester.

Det er vaktskifte ved Fana hjemmesykepleie, og på møterommet gjør halvparten av Omsorgsteamet Paradis seg klare for kveldsskift.

– Ser arbeidslisten grei ut? spør helsefagarbeider Sonja Eskeland, etter en gjennomgang av kveldens gjøremål.

Arbeidet deres organiseres etter modellen HeltOm som Bergen kommune har utviklet. I HeltOm skilles sykepleierne fra helsefagarbeidere og ufaglærte. Dette gir to forskjellige arbeidsgrupper – et helsetjenesteteam (HT) og et omsorgsteam (OT).

Hovedpoengene i modellen er oppgaveglidning og kompetanseheving.

I omsorgsteamet går koordineringen av kveldsvakten på omgang mellom de ansatte i gruppen. Ved for eksempel sykdomsfravall i teamet er det den ansvarshavende som står for å finne løsningene og koordinere dem.

Hun har også ansvar for å rykke ut til uforutsette hendelser hos brukerne, som for eksempel fall. Til gjengjeld har vaktkoordinatoren en litt kortere brukerliste å forholde seg til på kveldsskiftet.

– Da går vi, inviterer Sonja, henvendt til Helsefagarbeiderens journalist, som skal få være med



Bladet Helsefagarbeideren har fått være med Sonja Eskeland en ettermiddag på jobben, for å undersøke hvordan det er å være vaktkoordinator i hjemmetjenesten. Sonja er plasstillitsvalgt for Delta ved Fana hjemmesykepleie.

som passasjer på ettermiddagsrunden.

SONJAS FØRSTE BESØK denne ettermiddagen er hos en bruker som trenger hjelp til å komme seg over i rullestolen. Da trengs det to helsefagarbeidere på stedet, så etter å ha konferert med en kollega over telefonen, låser hun seg inn til ham og slår av en liten prat mens hun venter.

– Vår oppgave er å bistå med hjelpen som trengs for at bruker-

ne våre skal kunne klare seg selv hjemme, lengst mulig og best mulig, redegjør hun, da hun igjen er på plass i bilen.

VEL FREMME hos neste bruker parkerer Sonja bilen i utkanten av et boligområde. Hun åpner bakdøren og henter ut utstyrssekken, før hun målrettet forsvinner inn mellom to rekkehus.

Da hun etter rundt 15 minutter er tilbake, blir hun stående et knapt halvminutt utenfor bilen.

– En kollega ringte for å gi beskjed om at hun hadde tid til overs og derfor kunne ta et brukerbesøk for meg, forklarer hun da hun igjen er på plass bak rattet.

– Hjelpebehovet hos brukerne våre kan endres dag for dag. Innimellom bruker du kortere tid hos en bruker enn du trodde på forhånd, andre ganger går det lenger tid enn forespeilet. Du står ikke med alt alene, selv om du er vaktkoordinator, men det er



Omsorgsteamet har vaktskiftmøte før de kjører ut på ettermiddags-/kveldsrunde til brukerne. Fra venstre: Mindaugas Macevicius, Tone Bahus, Alida Hatnelid, Sonja Eskeland, Catherine Holmefford og Elisabeth Stene.

du som har ansvar for flyten, logistikken og delegering av oppgaver i løpet av vekten.

TELEFONEN ringer like etter at bilen er kommet på veien igjen.

– Omsorgsteamet Paradis, du snakker med Sonja. Hei!

En eldre mannsstemme forteller at han har varmet seg middag selv, så da trenger han ikke at hjemmesykepleien kommer innom før til kvelden.

– Tusen takk for at du ringte og ga beskjed, svarer Sonja blidt.

Mens hun leter seg frem til et sted å svinge inntil, forklarer hun at brukerne selv velger hvorfra de vil bestille hjem de ferdige målti-

dene, så varmer en fra omsorgsteamet middagen for dem når de er innom.

Så stopper hun og sjekker vaktlisten for å gi beskjed til kollegaen som skulle innom den eldre mannen, om at det ikke trengs for øyeblikket.

– Hun tok ikke telefonen. Da er hun nok opptatt med noe.

– Blir det ikke stressende å ha koordinatortoppågangen i tillegg til alle andre oppgaver du har på en kveldsvakt?

Sonja tenker seg om før hun svarer:

– Jeg tenker ikke på det som stress, jeg tenker på det som en

del av jobben min. Stress er en del av yrkeslivet. Når en har valgt en jobb, tar en med det som følger med, presiserer hun, før hun fortsetter:

– Men enkelte kvelder, ja. Det ville ha vært rart om jeg ikke

skulle føle meg overveldet når det er mye som skjer på en gang, som jeg ikke var forberedt på på forhånd.

Hun kan alltså håpe på en rolig vakt, men resultatet vet hun ikke før den er over.



Vaktkoordinatoren tar imot alle telefonene inn til teamet.

– Når det koker i alle ender, og en kjenner adrenalinet pumpe, handler det om måten en *takler* stresset på. Jeg fokuserer på det jeg får gjort i øyeblikket, og på at vi er flere om jobben. En må klare å se at en har et helt team i ryggen.

– Men, ville det ikke ha vært bedre om en fast person hadde koordinatortjobben?

– Nei! Det ville ikke ha gått rundt. Vi jobber jo alle turnus, og det er viktig at vi alle kan steppe inn for hverandre, påpeker Sonja.

– Jeg synes det fungerer veldig bra å la koordinatortoppgaven gå på rundgang. Det er klart det er greit å slippe, men så er det også helt greit å ha jobben de gangene det er min tur. Jeg har mange år bak meg i yrket og har opparbeidet meg en solid trygghet i arbeidet.

– Syns du den økonomiske kompensasjonen for ekstraarbeidet med koordineringsoppgaven er akseptabel?

– Hmm! tenker Sonja høyt.
– Vi får ti tusen i året for det. Summen kunne nok ha vært høyere, men litt er bedre enn ingenting.

– Men, når vi først er inne på det, vil jeg gjerne få si at lønnen til helsefagarbeidere må økes. Da sønnen min fikk utbetalt sin første lønn etter studiene, trumfet han lønnen min, som jeg har opparbeidet etter et langt yrkesliv. Er det virkelig mulig at det er så store forskjeller, tenkte jeg.

Vi er på plass utenfor hos neste bruker, som skal få utdelt dagens medisiner. Det er fort unnagjort.

– Hva kan du nevne som fungerer bra med organiseringsmodellen HeltOm, og eventuelt hva fungerer ikke fullt så bra?

– Det er veldig mye som fungerer godt med HeltOm. Øverst på listen vil jeg plassere at vi helsefagarbeidere nå har ansvaret for vår egen brukergruppe, noe som før var sykepleierne sitt ansvar. Den kontinuerlige kontakten skaper en tillit mellom brukergruppen og oss, som var vanskeligere å oppnå tidligere. Det er givende å få lov til å få et innblikk i livene deres, og nyttig å ha klarhet i hvordan helseutfordringene deres påvirker dem.

VI SIRKLER rundt i rundkjøringene på Nesttun for andre gang. Eller er det tredje? Foran et over-



gangsfelt i Nesttun sentrum stopper Sonja for å slippe over en mann som har en liten hund trippende ved siden av seg.

– Du må jo være lommekjent i dette området?

Femtifemåringen ler.

– Ja, det er sikkert og visst. Nå høres jeg nok veldig gammel ut, men da jeg begynte å jobbe i hjemmesykepleien for rundt 25

år siden, kjørte jeg rundt med en kartbok som sidemann. Jeg som nordlending hadde ikke sjans til å finne frem uten. Nå, med GPS i bilen, er det bare å plotte inn adressene og følge instruksjonene.

Telefonen ringer. Denne gangen er det kollegaen som ikke svarte sist. Beskjeden blir overlevert.



Vaktkoordinatorens kontor er i bilen.

– Føler du at du har tid til å bli skikkelig kjent med brukerne dine?

– Jah! Ellers hadde jeg ikke kunnet hatt denne jobben. Du blir etter hvert flink til å disponere tidsbruken din. Og når vi har så tett kontakt, vet jeg til lettere hvem som trenger en prat, hvem vi har fått fulgt opp, og hvem som bør få fokus neste gang.

Helt Om

Bergen kommune har organisert faggrupper i hjemmetjenesten på nye måter, og i mindre team. Den nye organiseringen kalles HeltOm.

Helsefagarbeidere og assistenter jobber i omsorgsteam, mens sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter og klinisk ernæringsfysiolog, danner kjernen i helsetjenesteteam

Fastlagte kriterier sorterer hvilke pasientoppdrag som skal utføres av omsorgsteam og helseteam. Teamene samarbeider tett.

Den nye organiseringen medfører en oppgaveforskyvning fra sykepleiere til helsefagarbeidere og assistenter. Den enkelte ansatte får økt ansvar og tillit i egen yrkesutøvelse. Kjernen i det tverrfaglige samarbeidet er ukentlige tavlemøter i teamene.

Kilde: Bergen kommune, sluttrapport Prosjekt HeltOm 2.0

– Du rakk bare å svare på spørsmålet om hva som fungerer godt når det gjelder denne måten å jobbe på, men hva med utfordringene?

– Ja, visst er det mye som fungerer godt. Jeg er optimist av natur, og ...

Vakttelefonen ringer igjen.

– Omsorgsteamet Paradis, du snakker med Sonja. Hei!

En bruker gir beskjed om at behovet for et besøk hos henne ikke er til stede for øyeblikket, og kan utsettes til litt senere på kvelden. Sonja takker for beskjeden, og svinger bilen inn på førstkomende busslomme, for å ringe til kollegaen som har den aktuelle brukeren på kveldens liste.

– Hei Tone, hun du fikk hos meg er i minus, men jeg sa at hun bare måtte gi beskjed når det ble aktuelt.

Så blinker hun seg ut igjen i veibanen.

– Sånn er det ved Omsorgsteamet Paradis, erklærer hun med et smil.

– For å lykkes i en jobb som denne er et godt samarbeid helt essensielt. Hos oss er det en selvfølge å hjelpe hverandre. Vi

prøver alle å gjøre hverandre gode, og det funker.

Sonja forsikrer at nye medarbeidere aldri får tildelt koordinatortoppgaven før de føler seg klare for det.

– Først når de føler seg trygge i jobben sin, når de kjenner brukerne og hvor de bor – når de har opparbeidet seg god oversikt, først da er det aktuelt å delegere dem koordineringsansvaret.

– Omsorgsteamet får også selvfølgelig god opplæring i det som tidligere var øremerket som sykepleierarbeid, for eksempel det å sette insulinsprøyter. Og om vi er i tvil, kan vi alltid ringe Helsetjenesteteamet for veiledning.

– **OMSORGSTEAMET** Paradis, du snakker med Sonja. Hei!

En eldre dame forteller med lett stemme at hjemmesykepleien ikke trenger å komme denne dagen. Hun har fått besøk av datteren sin, og nå er de på vei til et besøk.

– Så koselig, kommenterer helsefagarbeideren, da hun har avsluttet samtalen.

Så snirkler hun den vesle Opel Corsaen gjennom en flaskehals av



Else-Mari Karlsen Stue, avdelingsleder ved Fana og Ytrebygda hjemmesykepleie.
(privat foto)

Gir et faglig løft til helsefagarbeiderne

Fem år har gått siden Fana og Ytrebygda hjemmesykepleie, lokalisert i Bergen kommune, innførte organiseringsmodellen HeltOm.

Hovedmålet med omorganiseringen er å ruste tjenesten til å kunne ta vare på flere hjemmeboende syke, samtidig som det er færre utdannende helsepersonell å hente på arbeidstakermarkedet.

– HeltOm kom på bakgrunn av den økende sykepleiemangelen. Helsefagarbeidere fikk et faglig løft for å utføre andre oppgaver, som tidligere kun hadde vært utført av sykepleiere. Mitt mål var å ruste dem til å utføre disse oppgavene, forteller avdelingsleder ved Fana og Ytrebygda hjemmesykepleie, Else-Mari Karlsen Stue.

– Ideen med HeltOm er at de ansatte i omsorgsteamet, med riktig lærdom, ville kunne tenke som en sykepleier; ha det etiske med seg, kunne reflektere, og selv se når brukerens omsorgsbehov strekker seg ut over deres faglige kunnskap. Når så skjer vet de hvor de kan henvende seg for å søke råd. Pasientsikkerheten er alltid ivarettatt, og ved behov flyttes brukere over til helseteamet, sier Stue.



en sidevei, før hun parkerer utenfor en slitt enebolig. Hun ringer rette kollega angående den glade damen som nå er «i minus», før hun låser seg inn ytterdøren med et blidt «Hallo!», og lukker den bak seg. Ikke lenge etter kommer hun smilende ut igjen.

– Det er alltid en stor glede å gå inn til han her. Noen mennesker er bare så vanvittig vakre, meddeler hun med et varmt smil.

– Det er så mye snakk om at vi som jobber i omsorgsykker gir og gir, men vi må også ha evnen til snu på det, og se hva brukerne våre gir oss, sier hun.

– Selvfølgelig er det variasjoner. Vi er alle forskjellige som mennesker, og det må vi ha respekt for. Det er ikke *alle* som er fornøyd med jobben som blir gjort, men stort sett er brukerne

våre blide og fornøyde. Vi i hjemmesykepleien gjør så godt vi kan, ut fra vedtaket som er gjort for hver enkelt bruker.

Hun har prøvd seg i andre omsorgsstillinger, men etter noen få år der, vendte hun igjen tilbake hjemmesykepleien.

– Det fristet for mye å komme tilbake til denne arbeidsmåten. Om jeg reflekterer over en dag på jobben, kjenner jeg at den er givende, og spennende. Jeg tror i grunnen ikke at jeg kunne ha arbeidet med noe annet.

ADKOMSTEN TIL Vestlandets boligområder er ikke av europeiske standard. Svingene er krappe og sideveiene er smale, ikke minst der områdets beboere ikke har annet valg enn å parkere langs veikanten.

Under en lukeparkering ringer telefonen igjen. Sonja rygger rutinert bilen på plass og svarer: «Omsorgsteamet Paradis, du snakker med Sonja. Hei!» En mannsstemme høres i den andre enden.

– Ja, det skal jeg gjøre, svarer Sonja.

Hun trykker samtalen bort, leter rett kollega frem på listen, og ringer vedkommende.

– Responssenteret ringte nettopp. Kan dere sjekke at trygghetsalarmen fungerer som den skal hos ...? Tusen takk!

Så glir bildøren igjen etter henne, og hun går for å oppsøke bruker nummer fire for kvelden.

Ti minutter senere er hun tilbake.

– Hadde du flere spørsmål, undrer hun?

– Ja, ett! Hva om du sammenligner jobben din nå, med arbeidssituasjonen slik den var før HeltOm ble innført?

– Jeg tror jeg kan si med ganske stor sikkerhet at vi alle trives med å jobbe slik som arbeidet koordineres i HeltOm-modellen, både sykepleiere og helsefagarbeidere. Jeg er kanskje litt overoptimistisk, men dette fungerer, virkelig, og det vet jeg at kollegaene mine syns også.

TRE TIMER har gått, og det er tid for å samle teamet til spisepause. Sonja vender igjen panseret mot Nesttunbrekka. Vel fremme passerer hun den store parkeringsplassen, der runden startet, og svinger ned i parkeringshuset.

– Vi kjører elbiler, og når kontorfolket går hjem, får bilene våre audiens i parkeringshuset for lading, forklarer hun og løser ut sikkerhetsselen.

Så stikker hun den høyre hånden ned i jakkelommen. Da den kommer opp igjen, bretter hun ut en serviett og viser frem en sirlig innpakket sjokoladekake.

– Brukerne viser slik varme ovenfor oss. De vet ikke hva godt de kan gjøre når vi kommer, smiler hun. ●●●



Jul hos Banda

BEURER VARMETEPPE HD 75

Luksuriøst elektrisk varmeteppe 180x130 cm.
Veil 1 099,- **NÅ 899,-**



Sunberry
dame
skinn



Bedford dame
vannfast
tekstil



Drayton herre
vannfast
tekstil



▲ Faste pigger

● Utfellbar brodd

PIGGSKO

- IKKE SKLI PÅ GLATTA

Varme og solide vinterstøvler.
Damestr: 36-42 / Herrestr: 41-46
Veil inntil 1 600,- **NÅ KUN 1 099,-**



VILLMARK ULLGENSER

Slitesterk, komfortabel
og allsidig. Med høy hals,
tommelhull og unisex.
Veil 949,- **NÅ 599,-**



HEAD EAZ

Avkjølende pannebånd
som lindrer stress og
hodepine.
Veil 405,- **NÅ 299,-**



TEMPUR HODEPUTER

Finn den optimale
hodeputen for deg
eller en du er glad i.
- 20 %



BEURER DAGSLYSLAMPE TL85

Gi kroppen energi og
mer overskudd. Perfekt
mot vintermørket.
Veil 2 099,- **NÅ 1 799,-**



Nils herre
str. 40-46

Florina dame
finnes i rød og grå
str. 36-42

BERKEMANN

TØFLER TIL HAN OG HENNE

Anatomiske filtøfler med uttagbare såler.
Optimal støtte og komfort.
Nils: veil 1 599,- **NÅ 1 199,-**
Florina: veil 1 499,- **NÅ 1 099,-**



OFFENTLIG GODKJENT HELSEFAGHANDEL

Kampanjeperiode 10.11-24.12.25. Så langt lageret rekker.

Butikker over hele landet • Nettbutikk: banda.no

[f](https://www.facebook.com/bandakjeden) [i](https://www.instagram.com/bandakjeden) /bandakjeden



Tettere på
mennesket

VID vitenskapelige høgskole

Drømmer du om å ta steget videre?

På sykepleierstudiet ved VID møter du et studiemiljø som ser deg – med fleksible løsninger, tett oppfølging, praksisnære lærere og rom for å bygge videre på erfaringen du allerede har.

Er du klar for faglig utvikling, mer ansvar og nye muligheter?

Søk sykepleie ved VID –
ta neste steg i karrieren din.



Les mer her



VID

«Bare positive reaksjoner da jeg sa ifra»

TEKST OG FOTO: GUNHILD LERVÅG

Da Linda sluttet i jobben, kunne hun endelig rope ut om forholdene for de ansatte og eldre. Responsen har vært enorm.

Etter 14 år som helsefagarbeider i et bokollektiv for personer med demens i Sel kommune, hadde Linda fått mer enn nok av at de var for få på jobb til å gi god omsorg. Hun klarte ikke å stå i det mer, og da hun fikk ny jobb i butikk, skrev hun et langt innlegg på Facebook om utviklingen i eldreomsorgen. Det ble likt og delt av hundrevis, hun ble intervjuet i lokalavisa Gudbrandsdølen Dagingen, og Nettavisen og lokalaviser landet rundt plukket det opp. Hun ble invitert til møte med helseministeren og toppolitikere innen helse. Responsen var enorm.

– Det var ikke farlig å si fra! Responsen har vært stor, og jeg har bare fått gode tilbakemeldinger etter at jeg skrev på Facebook og ble intervjuet. Det er mange, både ansatte og pårørende, over hele landet, som kjenner seg igjen. Mange har støttet meg.

Ny jobb

Da hun ropte ut, hadde hun sluttet i jobben og begynt i ny jobb som butikkmedarbeider. Endelig kunne hun si fra – uten å måtte tenke på lojalitetsprinsippet, personalhåndboka og frykten for å bli kalt inn på møter for å få kjeft for ikke å ha snakket positivt om arbeidsplassen.

I innlegget og i intervjuene fortalte Linda om hvordan jobben hadde forandret seg i løpet av tida hun arbeidet der. Det som for fjorten år siden var et bokollektiv for personer med demens hvor de ansatte hadde tid til meningsfull aktivitet med beboerne, utviklet seg med årene til å ligne mer på en skjermet avdeling, men med bemanning som om det var et bokollektiv.

De var altfor få på jobb til å kunne gi beboerne gode dager, og bemanningen på natt var uforsvarlig, mener hun. Linda forteller om en arbeidshverdag «hvor det ikke går an å løpe fortere» og om å gå hjem fra vakt med dårlig



Da Linda Jordet ropte ut, hadde hun sluttet i eldreomsorgen og begynt ny jobb som butikkmedarbeider.

Er å si fra det samme som å varsle?

Å **si fra** er å melde om noe du reagerer på i det daglige arbeidsmiljøet. Å **varsle** er å melde fra om alvorlige, kritikkverdige forhold som kan ha store konsekvenser og som er beskyttet av lovverket.

På delta.no finner du råd om hvordan du bør gå fram hvis du vurderer å

varsle om kritikkverdige forhold på arbeidsplassen. Delta oppfordrer deg til å snakke med tillitsvalgt og verneombud på arbeidsplassen, eller kontakte **Deltas rådgivningstjeneste Delta Direkte** eller **Arbeidstilsynet** for råd og veiledning før du varsler.



Da Linda Jordet jobbet som helsefagarbeider i kommunen, opplevde hun at de ansatte bedt om å være lojale og snakke pent om jobben for å hjelpe rekrutteringen. – Vi blir innprentet med å være forsiktige og blir overdrevent forsiktige. Dette hindrer uten tvil at kritikkverdige forhold kommer ut. Holdningen er at vi ikke skal prate om det vi ikke kan gjøre noe med, sier hun.

samvittighet og vonde følelser. Ansatte manglet, og pasientene ble overlatt til seg selv. Den lave bemanningen gikk både utover pasientbehandlingen og de ansatte, mener Linda.

Situasjonen er på ingen måte unik for Sel kommune, understreker Linda. Kommunene har ikke penger til å gi en verdig omsorg.

Vanskelig å ta opp det negative

Linda Jordet prøvde også å ta opp det hun reagerte på før hun sluttet, men opplevde at det ble lagt lokk på kritikk.

– Vi er oppfostret til å gå tjenestevei. Jeg har vært plasstillitsvalgt, deretter hovedtillitsvalgt, så jeg har jo tatt opp forholdene. Men jeg møtte motgang og opplevde ikke medvirkning. Det var som alt allerede var be-

stemt. Jeg kom ingen vei og ble ikke hørt.

Hun forteller at kommunen ofte viser til personalhåndboka hvis du forsøker å si fra.

– Personalhåndboka er nesten over loven. Når du sier fra, slår de opp i håndboka. Du blir innkalt til møter og får kjeft. Det er en fryktkultur.

Lojalitetsprinsippet blir også brukt for å hindre at ansatte sier fra, opplever Linda.

– Det blir snakket mye om at vi skal vise lojalitet til arbeidsplassen. Vi blir bedt om å snakke pent om jobben for å hjelpe rekrutteringen. Vi blir innprentet med å være forsiktige og blir overdrevent forsiktige. Dette hindrer uten tvil at kritikkverdige forhold kommer ut. Holdningen er at vi ikke skal prate om det vi ikke kan gjøre noe med.

Det er Linda Jordet helt uenig i. Det som ikke fungerer må komme fram slik at det er mulig å gjøre noe med det. Målet er å gjøre tjenestene bedre og jobben levelig for de ansatte.

Hun har opplevd at avvik er blitt lukket uten at det blir noen oppfølging.

– Jeg er ingen dikkedame, jeg vil få ting gjort. Jeg er ikke redd for å si fra. Jeg føler meg trygg i meg selv og verdien jeg har i bunn. Men jeg kunne ikke si fra offentlig mens jeg fortsatt jobbet i kommunen.

Opptatt av ledelse

Linda er opptatt av at det negative også må få komme fram og bli møtt på en skikkelig måte.

– Når man påtar seg roller som leder, enten det er i form av jobb eller verv, så må man EIE



Det ble engasjement og temperatur da Delta før valget inviterte til debatt om et presset helsevesen i norske kommuner. Linda Jordet (til venstre) fortalte om sine erfaringer til helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre (Ap) og helsepolitikkerne Tone Wilhelmsen Trøen (H) og Marian Hussein (SV) og de andre tilhørerne. Foto: Per Tandberg

det negative og, og ikke minst stå i det. Jeg er jo selv leder, og det er ikke et alternativ å «legge lokk på» eller «avfeie» det som plager folk, eller det mannskapet ønsker annerledes. Det er de som er ute og opplever, jeg fungerer bare «taktisk» og er helt avhengig av tilbakemeldinger fra dem for å gjøre en best mulig jobb, både for dem – men også for dem som trenger oss.

Hun ber ledere slutte å si «det kjenner vi oss ikke igjen i» når ansatte deler frustrasjoner, fortvilelser eller behov. Selv har hun erfaring fra å være leder i Sivildforsvaret lokalt.

Støtte fra kollegene, stille fra ledelsen

Linda stortrives i den nye jobben på Europris på Otta. Her opplever hun at det er mulig å gjøre en god jobb og yte service. Når de eldre kommer innom, har hun tid til å snakke med dem. Lønna er omtrent den samme som hun hadde som fagutdannet og med ti års ansiennitet i kommunen. Arbeids- tidene er også lettere.

Hun tviler på at hun noen gang vender tilbake til helsesektoren, selv om hjertet hennes banker for å gi god omsorg. Kontakten med kollegene har hun beholdt, de møtes jevnlig på fritida, både de som fortsatt jobber og de som har sluttet. Arbeidsmiljøet og kollegafellesskapet har alltid vært veldig godt, det samme har relasjonen til avdelingslederen.

Linda Jordet reagerer på at kommuneledelsen ikke har ønsket å prate med henne etter at hun skrev innlegget.

– Helseministeren takket for at jeg sa fra og lyttet til meg, men ledelsen i kommunen har ikke sagt et ord til meg – selv om jeg i avisa har bedt om å få møte dem, sier hun.

– Har det ført til endringer at du sa fra?

– Nei, jeg tror heller at folk kvier seg mer for å si fra, de ser at det ikke nytter. Hvorfor bruke energi på det i tillegg til fryktkulturen? Men det er et spørsmål om tid, det er noe som rører seg.

– Har du råd til andre som lurer på om de skal si fra?

– Det er ikke farlig å si fra, men de må være sterke og trygge for å gjøre det. For meg har det vært en opptur å gjøre det. Og folk må slutte å tro at de kan få sparken eller bli mobbet. Det er ikke lov.

Hun råder også andre til å bli med i en fagforening.

– Det er viktig! Da er du ikke alene.

Sel kommune har hatt mulighet til å kommentere forholdene som Linda Jordet tar opp, men kommunen har ikke svart på vår henvendelse.

Truer pasientsikkerheten

Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom) slår i en rapport fast at et trygt yringsklima er avgjørende for pasientsikkerheten.

Undersøkelsen som ble publisert i sommer, bygger på bekymringsmeldinger og intervjuer med helsepersonell.

Rapporten dokumenterer at ansatte frykter sanksjoner og opplever at de mangler støtte hvis de ytrer seg. Konsekvensene kan være alvorlige: økt risiko for pasientskader, forsinket behandling og høyere sykefravær.

Psykologisk trygghet trengs

Rapporten viser at psykologisk trygghet og evne til å lære av feil er helt sentrale faktorer for å forebygge uønskede hendelser. Likevel opplever mange ansatte frykt for sanksjoner, manglende støtte og usikkerhet rundt lojalitet og yringsfrihet. Dette kan føre til at viktige varsler ikke blir fremmet, og at systemsvikt ikke blir avdekket.

Lederstøtte mangler

Ledere står i krysspress mellom fag, drift og økonomi, og mangler ofte støtte i sin rolle. Dette påvirker arbeidsmiljøet og kan svekke kvaliteten på tjenestene. Rapporten peker også på kommunikasjon preget av usikkerhet rundt lojalitet og yringsfrihet, samt bekymringer om omdømme, som faktorer som undergraver åpenhet.

Ukom understreker at et godt yringsklima ikke kan skapes med enkle tiltak, men krever langsiktig innsats.

Rapporten anbefaler blant annet:

- Ledelse som fremmer åpenhet og trygghet
- Bedre måling og tilbakemeldingssløyer
- Økt juridisk bevissthet om yringsfrihet
- Fokus på respekt og «kindness»

Budskapet til helsepersonell er klart: Åpenhet og trygghet er ikke bare et arbeidsmiljøspørsmål – det er en forutsetning for god og sikker pasientbehandling.

Å snakke om alt som har med rus å gjøre

TEKST: ANN BEATE GRASDALEN

Nå finnes hjelpemidler som kan gjøre det enklere for voksne folk med utviklingshemming eller lære vansker, å lære om rus og snakke om problemer.

Mange voksne med utviklingshemming har ikke hatt mulighet til å lære om rus på en skikkelig måte. Da er det vanskelig å ta gode valg og beskytte seg selv mot skader. Derfor er det så viktig med lettlest informasjon av høy kvalitet.

Materiellet om rus er utviklet av prosjektet URO. Forkortelsen står for utviklingshemming – rus – opplysning. Camilla Melvoll Berntsen er en av fire ansatte. Hun har selv erfart behovet for lettlest informasjon om rus.

– Det er ikke så mye info om rus og alkohol til oss som har utviklingshemming eller lære vansker, bare til barn og voksne, sier hun.

Camilla er en av to eksperter på prosjektet. Den andre er Erik Johan Steenbuch, som synes han

burde ha fått vite mer mens han gikk på skolen.

– Vi hadde dårlig læring om rus på skolen, sier han.

Har eksperthjelp

Prosjektgruppa har brukt mye tid på å undersøke hva slags ord og tegninger som er vanskelige eller enkle å forstå for målgruppa. Til det har de fått hjelp av ansatte i Grep, som er en arbeidsinkluderingsbedrift.

– Vi har testet flere ganger, spurt om de forstår, og fått ærlige tilbakemeldinger på hva som fungerer og ikke. Det gjør at vi føler oss trygge på at det vi lager sammen er lett å forstå og relevant for dem, sier prosjektleder Lise Holm.

De har også forhørt seg med fagpersoner innen både rus og utviklingshemming.



URO består av Erik Johan Steenbuch og Camilla Melvoll Berntsen (lengst til høyre), som er eksperter. Prosjektleder Lise Holm, og Julie M. Rasmussen, som er kommunikasjonsansvarlig, står i midten. Foto: URO

Rusavhengige: Nesten en av ti har utviklingshemming

Personer som er inne til døgnbehandling ved norske rusbehandlingsinstitusjoner er undersøkt. Det viste seg at åtte prosent av de rusavhengige hadde utviklingshemming.

De fleste hadde ingen diagnose, og var heller ikke diagnostisert for utviklingsrelaterte vansker gjennom rusbehandlingen.

Studien ble publisert av Kirsten Braatveit i 2018. Ifølge en artikkel på nettstedet rus.no blir bare rundt halvparten av alle med psykisk utviklingshemming identifisert. Dermed går de glipp av hjelp. Mange av dem er å finne i fengsler, blant rus-

avhengige og i psykiske institusjoner.

Deltakerne var 94 pasienter som var inne til døgnbehandling ved to institusjoner i Trondheim og en i Haugesund.

Kilde: rus.no, Mange rusavhengige har lære vansker

Dessuten har Erik og Camilla, som er ansatt i URO som eksperter, vært involvert hele veien.

– Hva vil det si å være ekspert?

– Det betyr å lære andre å ta riktige valg ved hjelp av mine erfaringer, svarer Erik.

– Jeg vet hvordan det er å trenge litt ekstra tid til å lære, og jeg deler mine erfaringer med forskjellige hendelser jeg har opplevd. Mange kjenner seg igjen, men jeg er ikke for privat, sier Camilla.

Lettlest nettside

På nettsiden lettomrus.no finnes lettteste brosjyrer om alkohol, dempende rusmidler, sentralstimulerende rusmidler og hallusinogener. Her er filmer og refleksjonskort om hvordan det er å bruke rusmidler, hvordan det er å være pårørende til noen som bruker rusmidler, og om selvbestemmelse.

Det finnes også en liten bok om alkohol. Den inneholder flere spørsmål å tenke over og snakke sammen rundt.

I lettteste tekster er ordene lette å forstå. Setningene er korte. Farger og bilder brukes for å støtte opp under budskapet.

– Når vi skal snakke om vanskelige ting, så må informasjonen være lett tilgjengelig, forteller Julie M. Rasmussen som er kommunikasjonsansvarlig.

I tillegg til nettsiden er URO-gruppa også å finne i sosiale medier. Blant annet har de en Youtube-kanal. Til neste år er det med i en dokumentarfilm.

Foredrag og workshops

URO-gruppa reiser rundt i hele landet for å være med på arrangementer. I desember går turen til Østfold, Agder og Innlandet. Da skal de delta på fagdager for kommunalt ansatte.

Da bladet Helsefagarbeideren

snakker med dem, så er de på vei til Lofoten. For å holde innlegg på en fagkonferanse om dagen. På kvelden skal de holde kurs for mennesker med utviklingshemming.

Kurset er ment å være en samtalestarter rundt temaet som kan være vanskelig å snakke om. Erik og Camilla vet hvordan de skal henvende seg til målgruppa.

– Når vi underviser, så snakker vi på en måte som er lett å forstå, sier Erik.

De holder rollespill som engasjerer, og de vet av egen erfaring hvordan det kan være å føle seg utenfor. Eller å bli presset til å gjøre noe du ikke har lyst til, som å kjøpe alkohol til mindreårige. – Jeg tenkte at det er venner. Vi vet ikke at det ikke er lov, forteller han.

Deltakerne deles opp i grupper. Det gjør det enklere å prate for de som synes det er ekkelt å svare på spørsmål.

– Hvorfor er det så viktig å snakke om rus?

– Fordi mange ikke tenker over at vi som har utviklingshemming eller lærevansker, har samme problem som andre. Vi kan drikke, eller være glad i noen som bruker mye rus, sier Camilla.

– Vi har erfart at mange som sliter med rus har store læringsutfordringer, men de har ikke snakket om det før, sier prosjektlederen Lise.

Også blant fagfolk trengs det mer oppmerksomhet. Ikke mange kan mye om både utviklingshemming og rus.

– Om man snakker på tvers av fagfeltene så kan man hjelpe folk bedre, sier hun.

URO-gruppa håper at mange kommuner vil ta kontakt for å invitere dem til fagdager, men det gjelder å være ute i god tid.

– Vi er fullbooket til langt ut i februar, sier Camilla. ●●●



Fra nettsidene lettomrus.no kan det lastes ned brosjyrer om ulike rusmidler, og en liten bok.

Noen ganger snakker vi om rus som en følelse. Lykkerus, gledesrus eller seiersrus.

Du kan bli ør i hodet av glede.
Du kan oppleve det når du er forelska.
Du kan oppleve det når et ønske går i oppfyllelse.
Du kan oppleve det når du vinner en fotballkamp.

Noen ganger snakker vi om rus som det som skjer når vi tar rusmidler.
Når URO snakker om rus mener vi det som skjer når noen tar rusmidler.

Kilde: lettomrus.no



Foto: URO

BOKANMELDELSE

Helsehjelp til personer med rusproblemer

ANMELDER: HANNE CHRISTINE RYNNING-BERG

Ved første øyekast ser boka ut som lærebøker flest, men når man åpner boka og begynner å lese, merker en raskt at dette ikke bare er en lærebok, men også en faglig og mer helhetlig forståelse av personer som lever med rusproblemer, i alle aldre.

Forfatterne får leserne til å se forbi symptomer og diagnoser, og heller se hele mennesket og de vanskelige livssituasjonene mange befinner seg i.

Innhold og struktur

Boka er godt strukturert. Forfatterne har tatt med en del om organiseringen av selve boka i innledningsdelen, der de går gjennom hvert kapittel og hva det handler om.

Som for eksempel kapittel 1, som gir en oversikt over tre ulike forståelser og perspektiver på problematisk rusmiddelbruk og avhengighet. Kapittel 5 for eksempel, redegjør for psykososial og medikamentell behandling av rusproblemer.

Forfatterne har også tatt med hvilken type leser boka er rettet mot, som studenter, og ansatte i helse-, sosial- og velferdsfaglige utdanninger. Samtidig påpekes det at boka er viktig for praktikere i statlig og kommunal sektor.

Styrker

Boka har mange styrker, den har en god innledning og veldig klar struktur. Dette gjør at leseren enkelt kan finne frem til akkurat det vedkommende trenger, der og da.

Forfatterne har gått bredt når det gjelder brukergrupper/pasienter. Ofte har man et bilde av at rusproblematikk er noe som hører personer i spesielle grupper til, men forfatterne ser både de helt unge, og de eldre.

Forfatterne peker ikke bare på selve problemet, som er rus, de har samtidig klart å samle mange perspektiver rundt rusproblematikken. Som i forskjellige aldersgrupper, og behandling innen både psykiatri og somatikk. De har også tatt med sosiale behov hos brukergruppen.

Boka er meget relevant for tjenesteytere innen helsevesenet, Boka gir for eksempel veldig god oversikt over hva som kreves for å gi en god helsehjelp til personer med rusproblemer. Samtidig er det et kapittel som omhandler familiens situasjon. Ofte glemmer man den delen. Boka får tydelig frem viktigheten av å se hele mennesket, også dem som står bak, som familie.

Forfatterne har en god balanse mellom teori og praksis. De bygger på helsevitenskap, sosialfag og psykologi. De evner også å oversette teorien til praksis. De fremhever hvor viktig det er med en koordinert innsats som inkluderer spesialisthelsetjeneste, bruker og pårørende.

Svakheter

Jeg personlig finner få svakheter i denne boka. Den er meget godt satt opp, man har søkelys på mennesket og ikke bare problemet. Men det er en ting jeg savner, og det er tannhelse for denne brukergruppen.

Tannhelse er en del av personlig hygiene, og det er nok ikke en prioritert oppgave for brukergruppen. Det hadde vært greit med et lite avsnitt om hvilke rettigheter denne brukergruppen har i forhold til tannhelse.

Noen av kapitlene kan virke noe tunge å lese. Enkelte plasser er språkbruk veldig akademisk framfor praksisnært. Men igjen, så er det akkurat denne faglige grundigheten som gir boka i sin helhet, tyngde og troverdighet.

Konklusjon

Denne boka anbefales på det sterkeste, både for studenter, helsepersonell og ikke minst politikere som fordeler midler. Den tar for seg hele mennesket, samtidig inkluderes pårørende.

Jeg sitter igjen med mange inntrykk etter å ha lest boka, og de kapitlene som har gitt mest inntrykk, er kapittel 10 og 11.

Her ser man på ungdom og rusproblemer, samt helsehjelp til eldre mennesker med rusproblemer. To grupper som har ulike behov, og begge faller utenfor det tradisjonel-

Helsehjelp til personer med rusproblemer

Stian Biong og Siri Ytrehus (red.)

3. utgave

CAPPELEN DAMM AKADEMISK

Boka er skrevet av Stian Biong og Siri Ytrehus. Den er utgitt på Cappelen Damm akademisk i 2025.

le helseapparatet. Derfor gjør det stort inntrykk på meg som leser at forfatterne har dedikert såpass mye plass til akkurat disse to brukergruppene.

Summa summarum er at *Helsehjelp til personer med rusproblemer* er en relevant bok for mange, både studenter og helsepersonell. Boka gir en god balanse mellom teori og praksis, og den gir en mer helhetlig forståelse for hvilken type helsehjelp personen har behov for.

Som leser sitter jeg igjen med en meget dypere forståelse av hvor komplekst og krevende rusarbeid er. Samtidig gir boka meg en forståelse av at det også er et meningsfylt arbeid.

Boka er en reflektert og grundig fagbok som burde være obligatorisk lesing for alle som jobber med rus og psykisk helse. ●●●

Hjelp til godt pårørendearbeid

En digital plattform har samlet metoder, samtaleguider, e-læring og verktøy for å støtte pårørendearbeidet.

Plattformen heter DiggpÅ. Den er utviklet for kommunale tjenester, sykehjem, hjemmetjenester – og på sikt alle som møter pårørende i sitt arbeid. Alt er samlet på ett sted og laget slik at kommuner enkelt kan ta det i bruk.

Guiden inneholder

- Samtaleverktøy: Hvordan starte og strukturere samtaler med pårørende, inkludert barn og unge.
- Malverk og ressurser: Alt fra informasjonsbrosjyrer til sjekklister.
- E-læring og VR-simuleringer: Digitale kurs som kan brukes til opplæring av ansatte.
- Praktiske eksempler: Historier og caser som viser hvordan pårørendearbeid kan gjøres i praksis.

Mange pårørende opplever å plutselig stå midt i en ny hverdag og en ny rolle, uten tydelige

rutiner eller støtteapparat. Målet med DiggpÅ er å gjøre det lettere for helse- og omsorgspersonell å hjelpe pårørende i den nye hverdagen.

Bak tjenesten står utviklingssentrene, i samarbeid med Pårørendesenteret, Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (NAKU), Nasjonalt senter for aldring og helse, og Norske Kvinners Sanitetsforening (NKS).

Kilde: Aldring og helse



Foto: Aldring og helse

Larvik ble årets pårørendekommune 2025

Prisen Årets pårørendekommune deles ut av stiftelsen Pårørendesenteret. Den ble i høst tildelt Larvik kommune for sitt mangeårige pårørendearbeid, og utviklingen av en tjenesteguide for pårørende.



making evidence usable

VAR er din kunnskapskilde i skole og i praksis

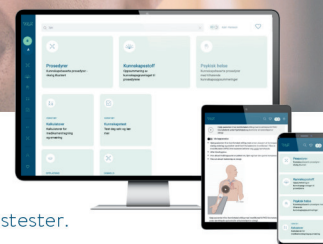
Få tilgang til hundrevis av kunnskapsbaserte og oppdaterte prosedyrer, kunnskapsstoff, kalkulatorer og kunnskapstester. VAR brukes i skole/utdanning, i sykehus og i kommuner i hele Norge.

Fordeler for lærere:

- God hjelp ved forberedelse av undervisning
- Praktisk øving/simulering for elever
- Alltid oppdatert pensum med prosedyrer og kunnskapsstoff

Fordeler for studenter og elever:

- Beskriver prosedyrer trinn for trinn
- Anatomiske og detaljerte bilder og animasjoner
- Intuitiv og morsom læring - kunnskapstester tilknyttet alle prosedyrer



Kontakt oss
i dag for en
testtilgang!

kontakt@varhealthcare.no

Case:

Bruk av palliativ plan ved lindrende behandling av en person med utviklingshemming

TEKST: STINE SKORPEN,
ALDRING OG HELSE

Dette caset handler om Ida som fikk kreft, og hvordan hun ble ivaretatt av helse- og miljøpersonell gjennom sykdomsforløpet og den palliative fasen frem til hun døde. Caset er basert på en historie fra virkeligheten, men er anonymisert.

Innledning

Palliasjon er den medisinske fagtermen for lindrende behandling, som omfatter tiltak for å lindre fysiske, psykiske, sosiale, eksistensielle og åndelige plager hos alvorlig syke personer for å øke deres livskvalitet.

Formålet med caset er å formidle hvor viktig det er å lage en dynamisk og praktisk palliativ plan for å kunne gi best mulig helhetlig omsorg og pleie til den som er alvorlig syk og døende.

Bakgrunn

Ida (58 år) hadde en moderat grad av utviklingshemming og autismespekterforstyrrelse. Hun manglet samtykkekompetanse i personlige og økonomiske forhold. Hun bodde i et døgnbasert bofellesskap og var avhengig av faste rutiner, trygge rammer og forutsigbarhet for å ha god livskvalitet.

Ida likte godt å sitte på sin faste plass i fellesarealet og observere alt som skjedde. Hun hadde lite interaksjon med de andre beboerne og snakket lite selv. Foreldrene hennes var døde, men hun hadde en bror som var nærmeste pårørende. I tillegg hadde hun en profesjonell verge.

Ida var glad i mat, og pølser var hennes livrett. Det første perso-

nalet reagerte på, var at Ida ikke lenger ville ha pølser. Noen hadde også observert at hun kastet mat hun fikk servert. Det var nytt og bekymringsfullt.

Personalet tok med Ida til fastlegen, og han skrev ut et legemiddel for refluks på bakgrunn av sykehistorien. Det ble ingen bedring, og etter en tid registrerte personalet at Ida hadde begynt å gå ned i vekt. I den perioden ble hun veid ukentlig.

Fastlegen henviste Ida til spesialisthelsetjenesten. Etter utredning fikk Ida påvist kreftsykdom mellom spiserør og magesekk.

Bofellesskapet Ida bodde i var en av flere samlokaliserte boliger. Personalgruppen var sammensatt av flest helsefagarbeidere, noen assistenter, en vernepleier og en sykepleier. De hadde lite eller ingen erfaring med alvorlig sykdom og lindrende behandling. En ekstra (ambulerende) sykepleier i fulltidsstilling var ansatt som ressurs for alle de samlokaliserte boligene. Vi kaller henne Mette. Hun ble tidlig kontaktet og ble en viktig ressurs for Ida og personalet, særlig gjennom arbeidet med den palliative planen.

Palliativ plan

Palliativ plan er et dokument som skal sikre samhandling,

planlegging og tilrettelegging av tiltak, slik at den som er syk og pårørende kan oppleve trygghet og best mulig livskvalitet i den palliative perioden. Målet er å være i forkant av ulike utfordringer, for å skape trygghet for alle involverte. Den palliative planen kan være for en kortere eller lengre periode.

Det er viktig at en med helsefaglig kompetanse (med oppfølgingsansvar) i tverrfaglig samarbeid med fastlege, har det overordnede ansvaret for den palliative planen. Det kan være en helsefagarbeider med relevant fagskoleutdanning i kreftomsorg og lindrende behandling.

Behandling

Ida fikk først tilbud om et standard pakkeforløp for sin kreftsykdom. Men sykdommen utviklet seg raskt og behandlingsmålet ble endret fra kurativ (å bli frisk) til livsforlengende behandling. Det ble etter hvert tydelig at Ida fikk mer uro og angst av undersøkelser og konsultasjoner på sykehuset. Videre livsforlengende behandling ville medføre plagsomme bivirkninger, som kunne føre til redusert livskvalitet for Ida den siste tiden.

Mette tok initiativ til et tverrfaglig møte på sykehuset for å

vurdere og diskutere hva som ville være en god løsning for Ida. Ida selv var ikke i stand til å være med på møtet, så hennes bror, som nærmeste pårørende, deltok i møtet på hennes vegne.

To sykehusleger, to kreftsykepleiere, Idas bror, personell fra bofellesskapet og Mette møttes og drøftet hva som vil være den beste løsningen for Ida. Behandlingsmålet ble endret til lindrende behandling.

Før Ida fikk reise hjem, ble det utført palliativ kirurgi i form av en stent for å holde spiserøret åpent. I tillegg ble palliativt team på sykehuset kontaktet for videre oppfølging.

Palliativt team på sykehuset

Palliativt team, som bestod av to palliative sykepleiere og en lege, tok umiddelbart kontakt med Mette, og avtalte å delta på et personalmøte i bofellesskapet så fort Ida kom hjem.

Det palliative teamet veiledet personalet i lindrende behandling og særlige utfordringer som Ida hadde.

Palliativt team, kreftavdelingen på sykehuset og fastlegen bidro med råd, veiledning og opplæring av de ansatte, dialog og behandlingsavklaring gjennom hele den palliative fasen.



Illustrasjonsfoto: GettyImages

Informasjon til beboere

Idas nærmeste pårørende samtykket til at de ansatte i bofellesskapet kunne informere de andre beboerne om at Ida var alvorlig syk og døende.

Samarbeid om planen

Mette, palliativt team og personale samarbeidet godt med å lage en palliativ plan. Idas faste personale bidro med informasjon om hva hun likte og hennes rutiner. De informerte også om endringer i adferd og funksjonsfall.

Det palliative teamet bidro med helsefaglig kunnskap om hvilke tiltak som kunne iverksettes for å lindre plager som smerte og kvalme. Mette tok ansvar for å skrive og oppdatere den palliative planen. Hun benyttet en mal som sykehuset brukte, og som var inspirert av punktene til rundskriv fra Helsedirektoratet: *Lindrende behandling i livets slutfase* – Helsedirektoratet.

Lindrende behandling i livets slutfase – Helsedirektoratet.

Den palliative planen ble dokumentert i Idas pasientjournal/kjernejournal. I tillegg ble planen sendt til nærmeste pårørende.

Punkter i planen

De overordnede punktene i Ida sin palliative plan var: *Kontaktinformasjon, relevante diagnoser, allmenntilstand/funksjon, hva er aktuelt nå, hva er viktig for deg, ressurser/livshistorie, etiske føringer/forhåndssamtaler, medisinske føringer/palliative tiltak, plan for symptomlindring ved forverring, smerter/tungpust, kvalme, angst/uro og palliativt skrin (Medikamenter for lindring i livets slutfase).*

I den palliative planen stod det kontaktinformasjon (telefonnummer) til alle involverte i behandlingsteamet, og en

Nytt opplæringsmaterieell

Mange tjenesteytere ønsker å lære mer om lindrende behandling. Denne høsten lanseres to nye ABC-hefter.

Mange dødsfall blant personer med utviklingshemming som mottar kommunale tjenester, kommer uventet på deres tjenesteytere.

Tilbakemeldinger fra fagfeltet er at mange tjenesteytere ønsker å lære mer om lindrende behandling, fordi flere personer med utviklingshemming i dag blir eldre, og mange ønsker å bo hjemme til de dør.

I høst blir det lansert nytt opplæringsmaterieell om lindrende behandling og omsorg. To nye ABC-temahefter om lindrende behandling skal bidra til å heve den grunnleggende palliasjonskompetansen hos helse- og omsorgspersonell i kommunale tjenester. Målgruppen er sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter.

I tillegg skal det utvikles materieell for simulerings- og refleksjonsgrupper på arbeidsplassen, forslag til læringsmodeller, videoforelesninger, presentasjoner og pasientcase. Dette materialet skal være ferdig i februar 2026.

Les mer på nettsidene Aldringoghelse.no og Helsedirektoratet.no

beskrivelse for hvem som kunne kontaktes for hva.

Hver tirsdag hadde personalet i bofellesskapet til Ida veiledning/debrifing med Mette. Etter møtene oppdaterte Mette den palliative planen, slik at personalet hadde tilgang til nødvendig og relevant informasjon.

Behandlingsmål og begrensninger

Behandlingsmålene i palliasjon er å lindre fysiske, psykiske, sosiale, eksistensielle og åndelige plager for å gi personer med uhelbredelig sykdom og deres pårørende best mulig livskvalitet. Lindrende behandling handler om å gi liv til dagene, mer enn å øke dager til livet.

Behandlingsavklaring handler om å avgjøre hvilke behandlings tiltak som skal gjennomføres, og hvilke behandlingstiltak som skal begrenses gjennom sykdomsforløpet. Eksempler er sykehusinnleggelse, intravenøs væske, antibiotika eller gjenopplivning (HLR).

Det er viktig at behandlingsbegrensninger gjennomføres på en faglig og etisk forsvarlig måte. Slike vurderingen skjer i samarbeid mellom pasient, eventuelt nærmeste pårørende der pasienten ikke har samtykkekompetanse, og helsepersonell. Det er behandlingsansvarlig lege som tar beslutningen sammen med annet helsepersonell.

Til hjelp i slike prosesser benyttes Helsedirektoratets *Nasjonal veileder, Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling*.

Et eksempel på behandlingsbegrensning er å avgjøre at det ikke skal settes i gang hjertelunge-redning (HLR) ved akutt hjertestans eller pustestans.

I Ida sin palliative plan, ble det dokumentert at ved ernæringssvikt som følge av utvikling av kreftsykdommen, skulle det ikke legges inn en ernæringssonde (PEG – Perkutant endoskopisk gastrostomi).

Ernæring i palliativ fase

I den palliative planen var det beskrevet hvordan mat og drikke måtte tilberedes og tilrettelegges for Ida. Målet var matglede, så Ida fikk ønskeest. Maten måtte for eksempel moses, og drikke og mat burde ikke gis før leggetid, for å forhindre aspirasjon til lungene.

Kreftsvulsten produserte en god del slim Ida opplevde som plagsomt, og som i tillegg gjorde henne kvalm. Av den grunn ble hun satt på legemidler for å redusere slimproduksjon og lindre kvalme.

Medisinering og lindring

Da Ida begynte med lindrende behandling, reviderte fastlegen legemiddellisten hennes og seponerte flere legemidler. Kun legemidler som kunne gi Ida lindring for hennes plager, ble beholdt og supplert.

Smertestillende medikamenter, døgndose og eventuelt legemidler, ble bestemt og jevnlig oppjustert. Han rekvirerte også tidlig legemidler for *Lindring i livets slutfase*, slik at de var forberedt hvis situasjonen forverret seg fort.

Medisinsk faglig oppfølging

Mette søkte på vegne av Ida, om hjelp med legemiddelhåndtering og fysioterapi fra hjemmetjenesten i kommunen, noe som ble innvilget. Tilbudet om fysioterapi var også var et viktig bidrag i den lindrende behandlingen.

Mette koordinerte også kontakten med fastlege, kreftavdelingen og det palliative teamet når de hadde behov for ytterligere medisinsk oppfølging av Ida.

Forløpet av siste del av livet

Ida var i aktivitet frem til de siste fire dagene av hennes liv. Hun ble økende trett, klarte ikke lenger å gå eller stå på beina, og ble raskt sengeliggende. Nærmeste pårørende til Ida fikk informasjon om endringen i tilstanden.

Ida fikk legemidler for *Lindring i livets slutfase*. Det er en samling

av fire legemidler som blir benyttet de siste dagene og timene før døden inntreffer, for å lindre smerte, åndenød, kvalme, surkling, angst og uro. Legemidlene ble gitt via en subcutan (under huden) kanyle. Hjemmesykepleien hjalp til med legemiddelhåndtering når Mette ikke var til stede.

Mette, sammen med daglig leder i bofellesskapet, fulgte også personalet tett opp disse siste dagene. En fra palliativt team kom også for å svare på spørsmål fra personalet.

Ida sovnet rolig inn tidlig en morgen med kjent personale rundt seg. De hadde en minnestund i boligen samme dagen som hun døde. Etter begravelsen ble det også holdt en minnesamling.

Evaluering

Personalet til Ida, Mette og en sykepleier i palliativt team møttes

kort tid etter dødsfallet for å evaluere den siste tiden. Alle vurderte at Ida hadde fått en omsorgsfull og verdig lindrende behandling. Mette og palliativt team var meget fornøyd med hvordan de hadde samarbeidet for å gi Ida så god livskvalitet og helsehjelp som mulig den siste tiden.

Personalet var enige om at det å ha en god, oppdatert og detaljert palliativ plan gjorde at det var tryggere å gå på jobb i denne perioden. Det å samarbeide og samhandle med personer i spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og fastlegen hadde også vært viktig.

Å jobbe tverrfaglig var spennende, lærerikt og økte kvaliteten på omsorgen de kunne gi Ida den siste delen av livet.

Tusen takk til bidragsyterne til dette caset. ●●●

Nytt verktøy skal fange opp skrøpelighet

Aldring og helse har lansert et kartleggingsverktøy som skal gjøre det enklere å vurdere helserisiko og behov for oppfølging av personer med utviklingshemming.

Tradisjonelle metoder for å vurdere skrøpelighet blant eldre passer dårlig for personer med utviklingshemming.

Den nye skrøpelighetsindeksen gir en vurdering av om en person er skrøpelig, i risikosonen for å bli skrøpelig (preskrøpelig) eller ikke viser tegn på skrøpelighet. Kartleggingen vurderer blant annet daglige aktiviteter, sosial fungering, ernæring, somatisk og kognitiv helse, og kan si noe om fremtidige omsorgsbehov.

Skrøpelighetsindeksen finnes i to utgaver, en for manuell utfylling og en interaktiv versjon som automatisk beregner gjennomsnittsskår. En egen veileder er også utviklet. Alt er tilgjengelig på nettsiden til Aldring og helse.

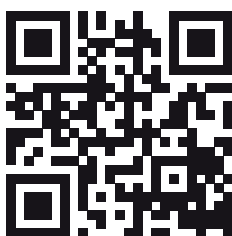
Kilde: Aldring og helse



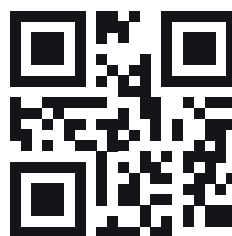
Er du i tvil om du og pasienten kan kommunisere godt nok?

Husk å bestille kvalifisert tolk for personer med begrensede norskkunnskaper

Les mer: [Helsenorge.no/tolk](https://helsenorge.no/tolk) og imdi.no/tolk



Skann
meg for
Helsenorge



Skann
meg for
IMDi



Fagskolen
Oslo

DITT VALG FOR FREMTIDEN!

Er du helsefagarbeider og ønsker videre utdanning?

Fagskolen Oslo har et bredt utdanningstilbud for deg som jobber innenfor helse- og omsorgssektoren. Velg en fremtidsrettet utdanning som gir deg kompetanse til en arbeidshverdag med nye utfordringer.

Studiene er på 60 studiepoeng, deltid over to år, nettbasert og/eller samlinger. Det er praksisperioder på alle studiene.

VI TILBYR STUDIER INNENFOR:

- Demens og psykisk helse
- Psykisk helse- og rusarbeid
- Sterilforsyning

Scann koden
og les mer om
våre utdanninger
innen helse- og
oppvekstfag!



Risikohåndtering i hjemmetjenesten: **Trenger mer fleksibilitet og bedre samarbeid**

TEKST: STEINAR STEINKOPF SUND

Helsepersonell bør kunne mer om systemrisiko og «blindsoner», særlig når pasienter skrives raskere ut fra sykehus og flyttes hyppig mellom nivåene i helsetjenesten.

Stipendiat Ingvild Idsøe-Jakobsen ved Universitetet i Stavanger forsvarte i august avhandlingen Exploring risk perception and adaptive capacity in homecare services: A multiple embedded case study.



Hvordan snakker egentlig helsepersonell i hjemmetjenesten om risiko – og hvordan kan man jobbe bedre med det? Det har stipendiat Ingvild Idsøe-Jakobsen ved Universitetet i Stavanger undersøkt i sin ferske doktorgrad.

Hun har intervjuet både ledere og ansatte i hjemmetjenesten for å finne ut hvordan de vurderer risiko, hvilke utfordringer de møter i hverdagen, og hvordan pasientsikkerheten kan styrkes. Funnene hennes viser et komplekst bilde av en tjeneste som må balansere stramme rammer, høye forventninger og uforutsigbare pasientsituasjoner.

Utrygge pasienter

De mest kjente risikoområdene i hjemmetjenesten er knyttet til fall, legemiddelhåndtering, infeksjoner og trykksår. Men intervjuene avslørte også et annet problem: Mange pasienter føler seg utrygge hjemme, selv når situa-

sjonen vurderes som forsvarlig.

– Flere ansatte fortalte om pasienter som ringer ofte eller bruker trygghetsalarm, ikke fordi de er skadet, men fordi de føler seg ensomme eller utrygge, forteller Idsøe-Jakobsen.

Mange av disse pasientene har få eller ingen pårørende. De får ikke hjelp til praktiske ting som å handle, vaske klær eller komme seg til lege. Det fører til diskusjoner om hva hjemmetjenesten egentlig skal dekke.

– Tjenesten er i hovedsak punktvis helsehjelp. Likevel opplever mange at pårørende og samfunnet forventer at hjemmetjenesten tar ansvar for mye mer, sier hun.

Særlig pasienter med psykiske lidelser og rusproblemer utfordrer tjenesten. Flere ansatte fortalte at de mangler ressurser og kompetanse til å hjelpe godt nok. Det får Idsøe-Jakobsen til å peke på behovet for å se mer på systemrisiko – altså risiko som

oppstår på grunn av rammer og organisering.

Felles språk om risiko

Et av forskerens klare råd er å innføre et felles språk for å snakke om risiko.

– Politikere og administrasjon må forstå hvilken situasjon hjemmetjenesten står i, og da kan et tydeligere risikobegrep hjelpe, sier hun.

Samtidig påpeker hun at begrepet «risiko» gjerne kan ufarliggjøres litt i hjemmetjenesten.

– Det er ikke sikkert at alle skal ha grundig opplæring i risikohåndtering slik en kanskje tenker det med datasystemer og ROS-analyser, forklarer hun.

– I mine intervjuer tenkte jeg at de snakket om risiko, risikovurdering og risikohåndtering knyttet til pasientsikkerhet, selv om de ikke brukte selve begrepet.

Hun mener helsepersonell bør kunne mer om systemrisiko og

«blindsoner», særlig når pasienter skrives raskere ut fra sykehus og flyttes hyppig mellom nivåene i helsetjenesten. Samtidig er hun tydelig på at ordet «risiko» kan bety ulike ting for ulike mennesker.

– Noen vil sette risiko i tall og statistikk, mens andre beskriver den med ord og erfaring. Begge perspektivene er viktige, og ansatte bør støttes i å dele det de ser, sier hun.

Casebasert opplæring

Idsøe-Jakobsen mener opplæringen i risikohåndtering bør være mer praksisnær enn mange tenker i dag. Hun foreslår derfor å bygge opplæringen rundt case – reelle eller fiktive – der ansatte kan diskutere hva de frykter kan skje, hva som overses, og hvordan de kan forebygge uønskede hendelser.

– Poenget er ikke å finne én sannhet om risiko, men å erkjenne at alle ser ting fra ulike vinkler. Sammen kan man se mer og handle bedre, sier hun.

Fleksibilitet som nøkkelfaktor
UIS-forskeren understreker videre at fleksibilitet er en avgjørende faktor for at hjemmetjenesten skal fungere. I avhandlingen anbefales det at fremtidige retningslinjer derfor også bør inkludere et perspektiv på fleksibilitet. Hun forklarer samtidig at hun ikke mener retningslinjer skal være en slags fasit, hun ønsker å se på retningslinjer på en annen måte:

– Det å kunne være fleksibel og justere handlingene kan også

føre til at uønskede hendelser ikke oppstår, forklarer hun.

Samtidig legger hun til at ikke alle justeringer og tilpasninger er av det gode, fordi justeringer kan brukes til å kamuflere ressursmangel og kan være uforsvarlige nødløsninger, eller de kan også skyldes for lav kompetanse.

– Likevel var det helt tydelig i intervjuene med både helsepersonell og ledere at en plan ikke var en god plan veldig lenge. En leder sa det så sterkt at uten fleksibilitet, autonomi og faglig skjønn, ville hjemmetjenesten ikke gått rundt, forteller hun.

– Det kan tyde på at retningslinjer, planer og kvalitetsindikatorer i seg selv ikke er tilstrekkelig for helsetjenester av høy kvalitet.

En trenger begge deler, men fleksibilitet og resiliens kan kanskje få mer oppmerksomhet.

Advarer mot «stille vaktskifte»

Et av de mest konkrete forslagene i avhandlingen handler om bedre samarbeid. Ansatte fortalte at de kontinuerlig bruker hverandre som ressurser for å tolke pasientenes situasjon og reagere tidlig på endringer.

Muntlige overleveringer, spesielt ved vaktskifter, fremheves som kritisk. Mange små observasjoner blir ikke skrevet i journal, men kan være avgjørende når de deles muntlig.

– Når en kollega har en dårlig magefølelse, kan en annen huske at pasienten hadde lignende

symptomer før, for eksempel ved en urinveisinfeksjon. Det er slik man kan oppdage ting tidlig, forklarer Idsøe-Jakobsen.

Hun advarer derfor mot «stille vaktskifter», som flere kommuner har vurdert for å spare tid.

– Ansatte ville nok fortsatt prate sammen, men disse arenaene er viktige for kvaliteten i tjenesten. Det er ikke bare fagkunnskap som deles, men også erfaringer, tips og forståelse av pasientene, sier hun.

– Ingen kan se alt alene. Når ansatte deler erfaringer og vurderinger, kan hjemmetjenesten forebygge risiko og gi tryggere helsehjelp, konkluderer forskeren fra Stavanger-universitetet. ●●●

Refleksjonscase: Ulike syn på risikofaktorer

Ulla er utdannet helsefagarbeider og jobber i hjemmetjenesten på femte året.

Ved siden av jobber hun som personlig trener, og kan tenke seg å bli ernæringsfysiolog.

Hun vet at hun som helsepersonell kan påvirke ernæringen blant eldre hjemmeboende. Hun leser alt hun kommer over om ernæring, hører på podkaster og er veldig glad for retningslinjene om ernæring som kom for en stund siden.

Hun har ordentlig troen på at kartlegging kan gjøre mye for ernæringsstatus blant de eldre, og vil gjerne ta noe av ansvaret for at det gjøres aktivt i kommunen der hun jobber.

I samme hjemmetjeneste jobber sykepleier Andrea, noe hun har gjort i 15 år.

Hun har flere ganger diskutert ernæring med Ulla, og det er ikke det at hun er uenig. Hun har bare ikke samme prioritet

på hva hun mener er viktigst.

Andrea har et hjerte som slår ekstra sterkt for de som sitter mye alene, og synes det er van-

skelig å bruke tid på å snakke om kosthold når hun merker at de eldre ikke liker så godt at hun gjør det.



Hun tenker i sitt stille sinn at det ligger mer helse i å få opp humøret og troen på livet, enn å spise mer frukt og grønt. Derfor bruker hun gjerne ekstra tid på å ta en kaffe, og gjerne et stykke kake, med de eldre når det er anledning.

Petter derimot er helt fersk assistent/sivilarbeider.

Når de erfarne snakker om klinisk blikk og spør om hvordan fru Nilsen var i dag, så blir han usikker – han gjorde det som skulle gjøres på listen, hva mener de med «hvordan hun var»?

Når arbeidsdagen er over har han alltid vært innom alle hus han skulle, men han hører at de erfarne gjør mer enn det som står på listen hos noen og mindre hos andre. Hvordan vet de at det er riktig beslutning?

Han skulle gjerne hjulpet med smarttelefon, nettbank, TV og slikt, som han ofte hører at de eldre ikke helt har kontroll på, men er fryktelig usikker. Er det helsetjeneste, eller er det å bruke for mye tid og risikere å ikke komme seg gjennom listen?

Til diskusjon

1. Er casen over gjenkjennbar hos dere?
2. Hvilke andre risikoområder tenker dere bør nevnes?
3. Hvordan snakker dere om at dere kanskje ser fagfeltet fra ulike ståsted, det vil si, har ulikt syn på risikofaktorer?
4. Hvordan tror dere at et felles sett med verdier og forståelse av risiko kan påvirke kvaliteten og tilpasningsevnen til hjemmetjenesten, og eventuelt hvordan få til det?
5. Kan et felles sett av verdier og forståelse av risiko føre til blindsoner?

MedLearn

*Norges største fagskole innen helse og oppvekst.

Fullfinansiert fagskoleutdanning innen helse- og oppvekstfag. Ta nettstudier på deltid, og gjennomfør ved siden av jobb.

Noen av våre populære studier:

- Barn med behov for særskilt tilrettelegging
- Kreftomsorg og lindrende pleie
- Demensomsorg
- Psykisk helsearbeid

Se alle våre studier på medlearn.no

*DBH høst 2023

Søk din studieplass før 11. desember 2025

Studiestart 20. januar 2026



Kan helsefagarbeidere være leder for sykepleiere?

TEKST: ANN BEATE GRASDALEN
FOTO: PEDER GJERSØE

I 2023 ansatte Holmestrand kommune flere avdelingsledere. Åtte stillinger ble opprettet, som også helsefagarbeidere kunne søke på.

At helsefagarbeidere fikk mulighet til å bli avdelingsleder, var en gledelig nyhet, syntes hovedtillitsvalgt i Delta Elin M. Christoffersen. For vanligvis søker arbeidsgiver etter personer med treårig høyskoleutdanning til slike stillinger.

Hun leser opp fra papirer som er tatt vare på: I februar 2023 ble de tillitsvalgte innkalt til et møte. Da ble hun kjent med tiltaket. Fire millioner var avsatt for å jobbe med lederspenning.

Lederspenning er et tall på hvor mange ansatte en leder har personalansvar for. Det tallet er mye høyere i helse og omsorg enn hva som er vanlig i resten av arbeidslivet. Nå skulle det bli færre ansatte for hver enkelt leder å følge opp.

Noen avdelinger ble delt opp. I andre ble det innført assisterende avdelingsledere. Helsefagarbeidere ble oppfordret til å søke.

– Vi var veldig positive, og omfavnet den nye kommunalsjefen vår, Frode Hestnes for at han turte. Det var helt nye fakter fra en kommunalsjef, sier Christoffersen.

– Vi mente at dette er en farbar vei., men han fikk mye motbør fra andre.

– Ledertalenter i alle yrker

I dag jobber Frode Hestnes som kommunalsjef i Tønsberg.

Den gangen, mens han fremdeles jobbet i Holmestrand, ønsket han å undersøke om det var mulig å ansette personer med fagarbeiderbakgrunn i en ny type avdelingslederstilling. En der lederne jobber tettere på sine medarbeidere.

– Ledelse er et eget fag som vi må bruke egnede folk til, og det finnes ledelsestalenter i alle yrkesgrupper, sier Hestnes.

Utdanningen til sykepleier kvalifiserer ikke til å være leder. Men i dag kan en nyutdannet sykepleier bli satt til å lede en avdeling, selv om det finnes helsefagarbeidere der med lang erfaring og mye kompetanse.

– Det handler om å plukke ut de som er gode ledere til å lede, sier han, og fortsetter: – Det er viktig at vi ikke bruker sykepleiere bare fordi du må være «treåring» for å være leder.

Det er viktig at vi ikke bruker sykepleiere bare fordi du må være «treåring» for å være leder.

– Frode Hestnes, kommunalsjef



Frode Hestnes er i dag kommunalsjef for mestrings og helse i Tønsberg kommune.
Foto: Tønsberg kommune

Ingen krav til høgskole

«Treåringer» er personer med tre år på universitet eller høgskole, og selv om det stilles utdanningskrav for å ha det helsefaglige ansvaret, så finnes det ingen krav til høgskoleutdanning for å ha ansvar for personal og budsjetter.

Hestnes er nøye med å understreke at dette ikke handler om det sykepleiefaglige. Fagansvaret skal sykepleiere ha, og sykepleier-

oppgaver skal uansett utføres av sykepleiere, uavhengig av hvem som er leder.

– Jeg tror på nærledelse, og at helsefagarbeidere kan fungere godt som en operativ teamleder i en avdeling, sier han.

Ledere «på gulvet»

Edelig skulle de få lederne ut «på gulvet» igjen, husker Elin M. Christoffersen som selv er hjelpe-



Hovedtillitsvalgt Elin M. Christoffersen (til venstre) får støtte av de plassstillitsvalgte, Beate Dinga Nygaard, Monika Rirud og Linda Silch. Ledelse er et eget fag, og det kan også en helsefagarbeider ivareta.

pleier. Hun mener avdelingsledere før var mer til stede på avdelingene.

– Jeg husker for noen år siden en leder for en rehabiliteringsavdeling. Hun gikk med uniform, hun kjente brukerne og rytmen på arbeidsplassen, og gjorde også en viktig jobb ute på avdelingen.

Slik er det ikke i dag, ifølge Christoffersen.

– I det øyeblikket lederne har fått tittelen, så bytter de joggeskoene med høye hæler. Så blir det negler og smykker.

Avstand skapes når lederne tar av seg uniformen. Hun savner avdelingsledere som er til stede i den daglige driften, som kanskje

tar det ene stellet for at dagen skal gå opp for de ansatte.

– Jeg tror de ansatte trenger det, mer enn ledere som kan levere gode tall, sier hun.

Ledergruppen stilte seg undrende

Christoffersen husker at det ble en del misnøye med forslaget fra den nye kommunalsjefen.

–Jeg finner ikke dokumentasjon for at det var negativ respons, men det var mye fram og tilbake. Flere meldte at det var uaktuelt å ha inn en avdelingsleder som ikke er sykepleier, minnes hun.

Hun tror det delvis kan skyldes lønn.

For tiden er det ingen avdelingsledere med fagarbeiderbakgrunn innen helse og omsorg i Holmestrand. Men hovedtillitsvalgt Elin M. Christoffersen øyner håp for framtiden likevel.

Like før denne saken ble avsluttet ble hun informert om at en fagarbeider blir konstituert inn som avdelingsleder for et år.

– Jeg er positiv til at det kan bli forandring, sier hun.

Hun tror det framover vil bli mer vekt på at de som skal lede må kunne ivareta folk. Den ressursen trengs det mer av.

– Det sykepleiefaglige er det mange som kan ivareta.

Vanlig praksis er at lederen skal tjene mer enn sine medarbeidere. Hun tror at for noen sykepleiere kan det være vanskelig å svelge at en fagarbeider skal kunne tjene mer enn dem i lønn. Ifølge Monica Freberg, hoved-

tillitsvalgt for Norsk Sykepleierforbund, så var det ledergruppen i kommunen som reagerte.

– Dette er en sak veldig langt tilbake i tid. Det er derfor litt vanskelig å huske alle detaljer, men jeg mener det var slik at det

Det er påfallende at det er sykepleiere som er best egnet til å være ledere. Jeg er ikke helt sikker på om jeg er helt enig i det.

– Elin M. Christoffersen, hovedtillitsvalgt

Elin M. Christoffersen har vært hovedtillitsvalgt for Delta i Holmestrand kommune siden 2020. Hun er utdannet hjelpepleier og har erfaring fra både hjemmetjeneste, rehabilitering og skjermet avdeling i flere kommuner.



var ledergruppen til daværende kommunalsjef Frode Hestnes, som stilte seg litt undrende til å ansette helsefagarbeidere som avdelingsledere. Ikke sykepleierne generelt, sier hun.

– Etter min mening kan en helsefagarbeider absolutt være en god leder på avdelingsnivå, sier Freberg, og fremhever at ledelse er et fag. Det handler om å forstå mennesker, organisasjoner og prosesser, og om personlig egnethet.

Men en helsefagarbeider kan ikke erstatte det sykepleiefaglige ansvaret.

– En sykepleier kan ha både det faglige og administrative lederansvaret, noe som gir større

selvstendighet og ansvar etter lovverket, påpeker hun.

Personalansvar for over hundre
At avdelingsledere ofte har både faglig ledelse og personalledelse mener hovedtillitsvalgt for Delta, kan være uheldig.

Christoffersen tror det kan føre til dårligere ledelse, særlig når tiden ikke strekker til. En leder trenger tilstrekkelig tid til å følge opp sykefravær og ha medarbeidersamtaler.

Før Holmestrand kommune fikk flere avdelingsledere i 2023, hadde noen ledere personalansvar for langt over hundre personer.

I dag er situasjonen annerledes. Ifølge kommunalsjef Kristina

Vejlgaard består avdelingene av 15 til 35 årsverk. Snittet er på 20 årsverk. Selv om antall ansatte er høyere enn antall årsverk, så er lederspenntet nå langt under 100 ansatte.

Mange helsefagarbeidere søkte
I utlysningen av de nye avdelingslederstillingene i 2023 ble helsefagarbeidere oppfordret til å søke. Det samme ble sykepleiere eller vernepleiere, alt ettersom hva slags tjeneste det var. Personlig egnethet for rollen ble vektlagt, forteller Christoffersen.

Ifølge henne var det kvalifiserte helsefagarbeidere som søkte på de åtte stillingene, men bare en helsefagarbeider ble ansatt. Det

var i habilitering. Engasjementet ble kortvarig, noe som skyldtes andre forhold enn hens yrkesfaglige bakgrunn, ifølge Christoffersen.

– Det er påfallende at det er sykepleiere som er best egnet til å være ledere. Jeg er ikke helt sikker på om jeg er helt enig i det, sier Christoffersen.

Men at det skyldes kameraderi, det at sykepleiere ansetter andre sykepleiere som ledere, tror hun ikke.

– Nei, jeg tror at man er redd for å være utradisjonell og få pepper fra de andre. Jeg tror ikke det er kameraderi.

– Det er viktig for meg å få fram at jeg ikke tror det handler

om vond vilje. Det er et systemproblem, det er ikke personavhengig, sier hun.

Fortsetter som før

Begeistring Christoffersen følte i starten, forsvant. Det ble ikke den storstilte satsingen på helsefagarbeidere som hun hadde håpet på.

– Stemningen gikk fra at vi var veldig fornøyde, til at «ja, ja. Det ble sykepleiere som ble prioritert og ansatt», sier hun.

Om bare dette prosjektet hadde lyktes, slik at alle fikk se at det er mulig å ha fagarbeidere i lederstillinger innen helse og omsorg, så ville det ha åpnet opp for enda flere i framtiden, tror hun. Men siden har det ikke blitt ansatt flere helsefagarbeidere i lederstillinger i Holmestrand. I dag er alle avdelingsledere innen helse og omsorg i Holmestrand kommune høgskoleutdannede.

Populært å jobbe dag

Som hovedtillitsvalgt har Elin M. Christoffersen fulgt med på hvor mange som søker på ulike stillinger i kommunen. Mens stillinger for sykepleiere i turnus har få søkere, er det annerledes med stillingene innenfor ordinær arbeidstid. Der finnes det ingen sykepleiermangel.

– Det er for mye sykepleierfaglig kompetanse som forsvinner i administrasjon. Fryktelig mange jobber som dagsykepleiere, avdelingssykepleiere, fagsykepleiere, koordinerende fagsykepleiere, fagutviklingsykepleiere ...

Christoffersen ramser opp.

– Når vi lyser ut de stillingene kan vi velge og vrake, men en vanlig sykepleierstilling får vi nesten ingen på.

– Jeg skulle ønske at alle dagstillingene ikke fantes. En fagsykepleier kan også jobbe helg, påpeker hun.

Mer enn nok sykepleiere

Om alle ansatte sykepleiere i kommunen hadde jobbet i turnus, så ville Holmestrand kommune hatt mer enn nok sykepleiefaglig kompetanse ute i drift. Også til å dekke helgene.

Christoffersen har tidligere foreslått overfor kommunen at alle ledere bør jobbe helg av og til. Det tror hun ville ha gitt mer kvalifiserte søkere til lederstillingene.

– Da får du søkere som er mest opptatt av å lede, og ikke den som er mest opptatt av å unngå arbeidshelger, sier hun, og kommer med en klar oppfordring:

– Vi må se på helgeproblematikken. Når flere og flere går administrativt og ikke jobber helg, så blir belastningene på de andre større.

Noen må gå opp løypa

Frode Hestnes sluttet som kommunalsjef i Holmestrand kommune sommeren 2023.

– Jeg hadde håpet at de hadde fulgt prosjektet så lenge at de fikk høstet noen erfaringer som man kan bygge videre på, sier han.

Han tror den viktigste diskusjonen framover blir hva som er fagledelse og hva som er daglig drift.

– Noen må starte å gå opp den løypa, og vi må ha med oss tillitsvalgte og ansatte. Jeg mister ikke troen på tankesettet selv om jeg har byttet kommune.

Frode Hestnes jobber nå som kommunalsjef i Tønsberg.

– Er det sannsynlig at du kommer til å starte opp et lignende prosjekt igjen?

– Vi har noen fagarbeidere som teamledere i det ene helsehuset vårt. Det fungerer godt, og jeg opplever at de synes det er bra, svarer han.

Noe nytt prosjekt er ikke under planlegging. ●●●



Foto: Holmestrand kommune

KOMMENTAR FRA DAGENS KOMMUNALSJEF I HOLMESTRAND:

«Jeg er helt enig i at ledelse er et fag som ikke henger sammen med om man er helsefagarbeider eller sykepleier»

Kristina Vejlgård, kommunalsjef for helse, omsorg og mestring, Holmestrand kommune, skriver til oss i en e-post:

I dag er det fortsatt slik at lederne vurderer i de enkelte rekrutteringene hva det er behov for ved ansettelser av ledere. Vi har ikke begrenset det til kun å være ledere med bachelorgrad, men i noen tilfeller er det behov for det i forhold til det sykepleiefaglige ansvaret i avdelingen.

Jeg er helt enig i at ledelse er et fag som ikke henger sammen med om man er helsefagarbeider eller sykepleier. Ofte setter vi krav til formell lederutdanning, nettopp av den grunn at det er et eget fag, og da er det gjerne på bachelornivå.

Jeg vet det finnes andre videreutdanninger innen ledelse, men det er ikke så mange som har gjennomført det, meg bekjent. Men jeg synes det er spennende å tenke bredere på ledelse, og heier på alle som vil gå den veien.

Det å være avdelingsleder er en krevende, men spennende jobb.

Egen lederutdanning for helsefagarbeidere

TEKST: ANN BEATE GRASDALEN

I fem år har Sandsli bo- og aktivitetssenter i Bergen hatt helsefagarbeidere som avdelingsledere. Nå lages en fagskoleutdanning skreddersydd for å fylle lignende lederstillinger.

Til våren blir det mulig å søke på lederutdanning for helsefagarbeidere ved Fagskulen Vestland. Målet er et fleksibelt og praksisnært studium som skal styrke helsefagarbeideres kompetanse i teamledelse og faglig samhandling.

Studiet utvikles i tett samarbeid med praksisfeltet i kommunene. En av de involverte arbeidsplassene er Sandsli bo- og aktivitetssenter. De har lang erfaring med å bruke helsefagarbeidere som avdelingsledere.

I fjor ga tankesmien Agenda ut rapporten *Tiltak mot helsepersonellkrisen: Hva vi kan lære av Sandsli bo- og aktivitetssenter*. I den anbefaler de sykehjem og andre helseinstitusjoner å vurdere å lyse ut administrative stillinger til helsefagarbeidere, så lenge

Fagskulen Vestland har fått midler gjennom Bransjeprogrammet for helse- og omsorgstjenestene til utvikling og to gjennomføringer av denne utdanningen. Bransjeprogrammet forvaltes av HK-dir.



Som avdelingsleder har helsefagarbeider Miriam Revheim Nesse (til høyre) ansvar å sikre at det alltid er nok bemanning på jobb. Hun følger også opp beboere og pårørende på sin avdeling. Til venstre sitter kollega Rebekka Nienhuis som også er avdelingsleder på Sandsli.

oppgavene ikke spesifikt krever sykepleierkompetanse.

Helsefagarbeider med personalansvar

Helsefagarbeider Miriam Revheim Nesse jobber som leder ved en somatisk avdeling på Sandsli. Det har hun gjort siden bo- og behandlingssenteret åpnet for fem år siden. Hun har personalansvaret for 16 ansatte. Alle er helsefagarbeidere, eller i ferd

med å ta fagbrevet, og alle jobber fulltid. I tillegg har de noen ansatte i rene helgestillinger.

Helsefagarbeiderne drifter avdelingene, mens sykepleierne er organisert i egen stab. To av dem er primærsykepleiere for Nesses avdeling.

Avdelingslederen jobber rundt halvparten av tiden som leder, resten er hun ute i drift, og hun passer på å hjelpe til når det er behov for det.

I lederansvaret ligger å sikre at det alltid er nok bemanning på jobb. Hun har ansvar for avdelingens økonomi og budsjett, innenfor gitte rammer. Hun lager turnuser, fører oversikt over hvem som er til stede, og følger opp sykefraværet.

– Vi følger også opp og behandler avvik, gjennomfører medarbeidersamtaler og har månedlige personalmøter i egen avdeling, sier hun.

I tillegg har hun delansvar for beboere, og pårørende til beboerne på sin avdeling. Sykepleierne er delaktige, påpeker hun. Om noe medisinsk trenger å avklares, finnes alltid en å kontakte.

Nesse samarbeider med lege, ergoterapeut og fysioterapeut. Hun har jevnlig møter med de to primærsykepleierne

– Når de er på jobb, så forsøker vi å ha de på avdelingen, sier Nesse.

– Har du ansvar for det helsefaglige?

– Om det er noe de ansatte trenger opplæring i, så må jeg sikre at de får det, og at de blir oppdatert på oppgaver og prosedyrer, svarer Nesse.

– Vi har mye internundervisning på huset, legger hun til.

– Har det vært et problem for deg i jobben som avdelingsleder at du ikke er sykepleier?

– Personlig synes jeg ikke det. I og med at sykepleierne jobber på topp, er det alltid noen som raskt kan komme til, sier hun.

Bli tryggere i lederrollen

Gjennom møter med kommuner og studiesenter avdekket Fagskolen Vestland et behov for utdanning av teamledere.

– Dette er tradisjonelt en stilling som sykepleiere har hatt, men i dag ser vi at oppgaver blir flyttet på, og at flere helsefagarbeidere og annet helsepersonell nå får ansvar som teamledere, sier prosjektleder Anne Britt Fedøy.

Det nye studiet skal bidra til å gjøre helsefagarbeidere tryggere i lederrollen, og gi verktøy til å koordinere arbeid, fremme samarbeid og utvikle gode fagmiljø, gjennom tre korte, frittstående moduler på fem studiepoeng hver.

For tiden er studieplanen ute på høring hos praksisfeltet. De foreløpige modulnavnene er Teamlederrollen i praksis, Samarbeid og ledelse i tverrfaglige team, og Kvalitetsarbeid og faglig utvikling i helsetjenesten.

Lektor ved Fagskolen Vestland, Renate Westervik Alvestad har besøkt Sandsli for å motta innspill fra helsefagarbeidere som er i lederroller. Hun ble inspirert, og håper utdanningen skal bidra til å organisere helsetjenesten bedre framover.

– Vi har ikke nok hender og kompetanse. Vi må organisere på en annen måte, sier hun.

Hun tror det kan det være nødvendig å bryte ned hierarki og barrierer som gjør det vanskelig for helsefagarbeidere å bli ledere i helsevesenet.

– Trenger du å være i en lederstilling for å ha utbytte av utdanningen?

– Nei, det holder å være faglig nysgjerrig og utviklingsorientert. Vi ønsker at kommunene skal rigge seg for framtiden, og vi vet at omorganiseringer skjer. Så jo flere i teamet som har kompetanse, jo flere har man å bygge laget med, svarer Alvestad.

Utdanningen er bare på 15 studiepoeng og ledelse er et stort fag, men det er en begynnelse.

– Dette er en liten modulutdanning som vi håper å kunne utvide, sier hun.

Kanskje kan det bli mer lederutdanning for helsefagarbeidere på sikt, dersom arbeidslivet etter spør kompetansen. ●●●

Renate Westervik Alvestad ved Fagskolen Vestland vil rigge kommunen for framtiden med den nye lederutdanningen for helsefagarbeidere.



Slik kan modulene i lederutdanningen se ut. Hver er på fem studiepoeng

TEAMLEDERROLLEN I PRAKSIS

Rolleforståelse, etikk, HMS, kommunikasjon, pasientsikkerhet og psykososialt arbeidsmiljø.

SAMARBEID OG LEDELSE I TVERRFAGLIGE TEAM

Relasjonell ledelse, konflikthåndtering, endringsledelse, pårørendesamarbeid og psykologisk trygghet.

KVALITETSARBEID OG FAGLIG UTVIKLING I HELSETJENESTEN

Systematisk forbedringsarbeid, kvalitetsverktøy, digitale og innovative løsninger, fagformidling og trygghetskultur.

Utdanningen er nå ute til høring. Endringer kan skje.

Ledelse er også en del av ny utdanning ved Fagskolen Innlandet

Neste høst starter Fagskolen Innlandet opp en utdanning som heter Spesialisering innen helsefremmende arbeid, komplekse hjelpebehov og ledelse.

Ledelsesmodulen i utdanningen skal gjøre studenten i stand til å lede seg selv og mindre team.

– Her kommer vi til å bruke interne krefter som er gode på ledelsesfaget, med muligheter til å bygge videre, sier Avdelingsleder Line Narvesen Jørgentvedt ved Fagskolen Innlandet.

Denne modulen gir bare en

innføring i ledelse. For helsefagarbeidere som ønsker å fordype seg i temaet har Fagskolen Innlandet egne utdanninger i økonomi og ledelse, opplyser Jørgentvedt.

En utdanning i økonomi og ledelse på 60 studiepoeng, og en modulutdanning i operativ mellomledelse på 15 studiepoeng. Begge utdanningene er beregnet på studenter både i privat og offentlig sektor.

Landets første universitetssykehjem skal stå klart i 2030

Tett samarbeid mellom utdanning og sykehjem kan lage nye løsninger for framtiden. Fagskolen i Agder er involvert.



Universitetssykehjemmet vil gi gode muligheter for praksisordninger, hospitering og kompetanseheving for helsefagarbeidere, sier Marit Bolstad Tveide ved Fagskolen i Agder. Foto: Fagskolen i Agder

Om fem år kan Norges første universitetssykehjem stå klart.

Marit Bolstad Tveide sammenligner bygget med et universitetssykehus. Slike finnes det seks av i Norge. Det er sykehus som samarbeider med universitetene, gjennom å bidra til forskning, og utdanning av helsepersonell. På samme måte skal det være fokus på forskning, utvikling og innovasjon ved et universitetssykehjem.

Fagskolen er sterkt involvert i utviklingen, forteller Tveide, som er fagskolens representant i prosjektgruppen.

– Vi ligger i Campus Grimstad, der hvor universitetssykehjemmet skal bygges. Det er naturlig for oss å samarbeide og sørge for at utviklingen skjer til gode for fagarbeidere.

– Det skal driftes som et vanlig sykehjem, av Grimstad kommune. Det skal være et godt sted å være og å jobbe. Da er fagarbeidere en vesentlig gruppe som må tas vare på, fortsetter hun.

Også den lokale helsefagarbeiderlinja ved Dahlske videregående skole vil få nytte godt av praksis ved sykehjemmet.

Tomta er klar

Bygget skal stå klart i 2030. For tiden jobbes det med hva det skal inneholde, og hvor stort det skal bli.

Fagskolen i Agder er involvert i planleggingen.

– Vi vet hva vi trenger i et sykehjem, men den delen som skal være universitetssykehjem for forskning og utvikling, den er ny. Det blir veldig spennende å se hva som kommer ut av utviklingsprosessene, sier Tveide.

Nye måter å drive på

For tiden samarbeider mange faggrupper om å tenke nytt. Også de tekniske og byggfaglige miljøene ved fagskolen er involvert. Under utviklingen av produksjonskjøkkenet samarbeider kokker, helsearbeidere og logistikk for å finne nye måter å drive det på.

For tiden foregår forskningsprosjekter om bruk av serviceroboter til å transportere skittentøy i det nye bygget, og hvordan kunstig intelligens kan brukes. Det forskes også på gode bygg for personer med demens.

Fagskolen har et utviklingsprosjekt hvor de samarbeider med klinisk ernæringsfysiolog og leder av produksjonskjøkkenet.

– Sammen ser vi på hvordan lage en god ernæringsutdanning på tvers av utdanninger. Den er helt i oppstarten, forteller Tveide.

– Hva håper dere å oppnå gjennom å skape landets første universitetssykehjem?

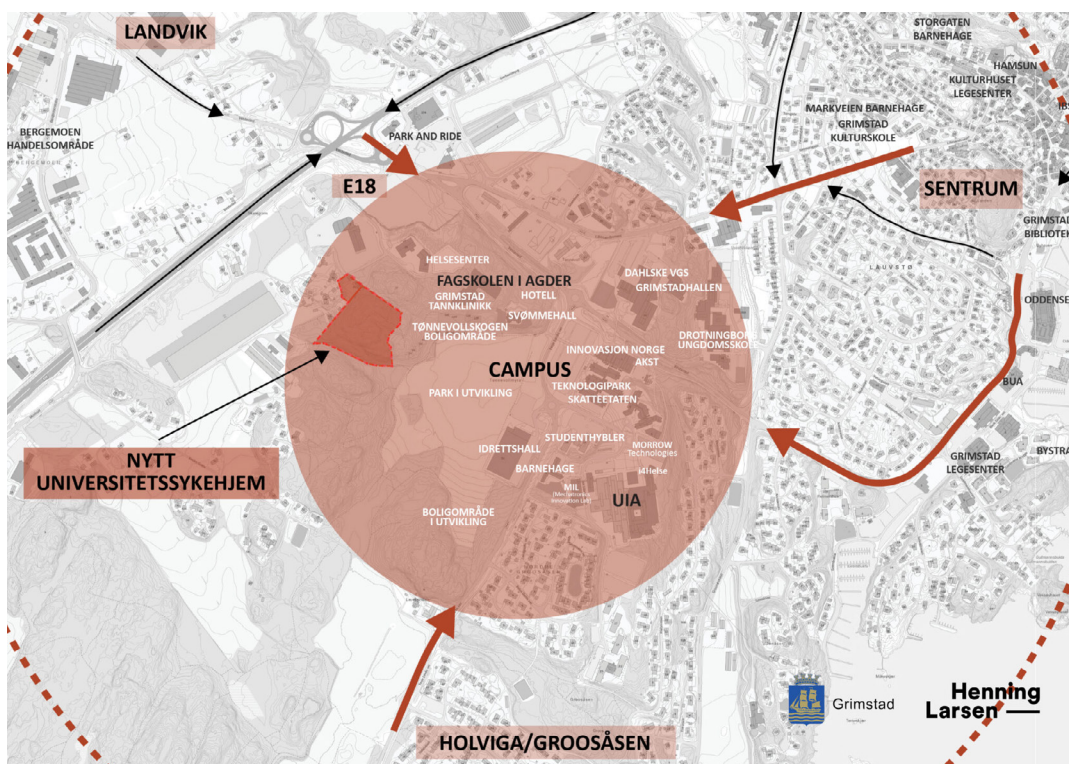
– Å finne gode løsninger for fremtidens helsetjenester, svarer hun.

– Vi vil bidra med ny forskning, nye måter å jobbe på. Gode praksisordninger der man lærer sammen gjennom utdanningsløpet, så når man senere blir kolleger, kjenner man hverandres fagområder. Det vil øke pasientsikkerheten.

– Fagarbeidere har tradisjonelt ikke hatt like store muligheter til kompetanseheving som de med høyskoleutdanning. Vi ønsker å gi sektoren et løft, og våre samarbeidspartnere ser at vi er viktige, sier Tveide. ●●●

Med universitetssykehjem menes et sykehjem med både korttid- og langtids plasser i nær tilknytning til universitet og fagskole. Det skal være fokus på forskning, utvikling og innovasjon, samtidig som det er et godt sted å bo og arbeide.

Kilde: Senter for omsorgsforskning



Alt samlet på ett sted

Det er et godt utgangspunkt for landets første universitetssykehus

På Campus Grimstad ligger Universitetet i Agder og Fagskolen i Agder i hverandres nabolag. Dahlske videregående ligger også like i nærheten.

Marit Bolstad Tveide tror det er en viktig årsak til at akkurat Grimstad er først ute med å lage et universitetssykehjem.

Illustrasjon:
universitetssykehjem.no

Nyhet! Lett tilgjengelig med PPE holder™

Med vår praktiske PPE-holder har du f.eks. håndspirt, hansker og våtservietter lett tilgjengelig. Monter PPE-holder på Silentia-skjermen med vårt enkle klikksystem. Plasser dispensere eller forpakninger i holdere som er enkle å flytte. Passer for Silentia mobil foldesjerm, mobil sengegavlsjerm, semifix-skjerm og fast skjerm.

Erlend Lågøyr, Silentia Norge

Ta kontakt med Erlend for et besøk eller en online demonstrasjon. Tlf: +47 38 36 20 60 eller info@silentia.no
Les mer på silentia.no



THE FUTURE IN PRIVACY & HYGIENE SOLUTIONS



Se PPE-holder-filmen



Hvem snakker du med om jobbgreier? Jan Marius snakker med Delta.



Fagforeningen Delta kjenner arbeidslivet og kan hjelpe deg med bl.a.

- ✓ Spørsmål om lønn, arbeidstid og ferie
- ✓ Rettigheter og regler på jobben
- ✓ Konflikter eller misforståelser
- ✓ Kurs, arrangementer og stipendordning
- ✓ Gode råd og veiledning - store og små saker

Kontakt Delta Direkte
Tlf.: 02125
E-post: direkte@delta.no



Bli medlem i Delta.

Våre tillitsvalgte kan bidra med å passe på dine lønns- og arbeidsvilkår, og sørge for at din stemme blir hørt.

Besøk delta.no eller scan QR-koden.

delta
Fagforeningen som hører deg

Nye studier som starter høsten 2026

Fagskolen i Agder

Demens – mestring og personsentrert praksis

60 studiepoeng

TEMA Utdanningen har som mål å utdanne profesjonelle yrkesutøvere som kan møte behov for helsehjelp, omsorg, og koordinering for personer med demens og deres pårørende. Utdanningen har fokus på livslang læring, og har en praktisk tilnærming slik at studentene tilegner seg nye ferdigheter for å fremme mestring for personer med demens.

STED Grimstad

Fagskolen Vestland

Akutt og kronisk syke – observasjon, vurdering og håndtering

60 studiepoeng

TEMA Du lærer å observere, vurdere og håndtere akutte og kroniske sykdomstilstander på en faglig trygg måte. Studiet gir praktiske verktøy for å styrke kvaliteten i helsetjenesten.

STED Bergen, med nettbaserte samlinger

Fagskolen i Agder

Helseteknologi

60 studiepoeng

TEMA Utdanningen tar for seg helseteknologi som begrep, generell teknologiforståelse og endringskompetanse. Utdanningen har som mål å utdanne yrkesutøvere som kan vurdere behov for, og bruke, helseteknologi for å øke brukernes mestring og trygghet, samt for kvalitetsforbedring i tjenestene.

Digitale samlinger

Fagskolen Vestland

Barn og unges psykiske helse

60 studiepoeng

TEMA Forebygging, forståelse og oppfølging av barn og unge med psykiske helseutfordringer. Du får innsikt i resiliens, risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer, og lærer hvordan disse påvirker utvikling og trivsel. Praktiske tilnærminger og verktøy som kan støtte barn, familier og fagpersoner i ulike situasjoner.

STED Bergen, med nettbaserte samlinger

34 000 og stadig økende

Slik står det til med fagskolene i Norge.

En tilstandsrapport for høyere yrkesfaglig utdanning viser utviklingen i fagskolesektoren.

Stadig flere studerer

Over 34 000 studerer ved en fagskole i år. En fjerdedel av disse tar fag innen helse og velferd. Siden 2023 har det blitt 2 500 flere studenter.

Voksne studenter

Snittalderen har samlet sett blitt eldre de siste årene. Studentene er nå 34 år i gjennomsnitt.

Det er tre år mer enn i 2017. Da var snittalderen på 31 år.

Utdanningene er kortere, tilpasset folk i arbeid. Fagskolestudenter har ofte lang arbeidserfaring og studerer ved siden av jobb.

Fleksible studier

Tre av fire studenter følger nettbaserte eller samlingsbaserte utdanninger. Like mange er deltidsstudenter, men her er det store forskjeller mellom de ulike fagområdene. Innen helsefag er alle studier deltid.

Flere store skoler

I dag finnes 63 fagskoler i Norge. Trenden viser at det blir færre små og flere store skoler. Siden 2017 har antall fagskoler med hundre eller færre studenter gått ned, mens antallet skoler med over tusen studenter har økt.

Kilde: Tilstandsrapport for høyere yrkesfaglig utdanning 2025

Neste høst starter andre del av høyere fagskolegrad

TEKST: ANN BEATE GRASDALEN

I fjor høst lanserte Fagskolen Innlandet landets første utdanning som gir høyere fagskolegrad for helsefagarbeidere. Skolen vil også være med på en yrkesfaglig bachelor i framtiden.

Etter fire år med deltidstudier kan helsefagstudenter ved Fagskolen Innlandet oppnå det som kalles høyere fagskolegrad. Skolen er foreløpig den eneste som har et studieløp av dette slaget for helsefagarbeidere. Utdanningen heter Spesialisering innen klinisk helsefagarbeid og bygger på en fagskolegrad. Det gir 120 studiepoeng, og tilsvarer to år på fulltid. Et av målene med utdanningen er å gjøre helsefagarbeidere bedre rustet til å ta ansvar for oppgaver som i dag ofte løses av sykepleiere.

400 søkere til 100 plasser
Førstekullet hadde fire ganger så mange søkere som studieplasser. I år var det 168 søkere til 60 studieplasser. Avdelingsleder Line Narvesen Jørgentvedt og lærer Grete Brendløkken Nilsen har vært positivt overrasket over interessen så langt.

Den store søkerinteressen tror de skyldes at mange arbeidsplasser er i gang med å fordele oppgaver annerledes.

Somatisk førstedel

I utdanningens første del handler det om den kliniske kompetansen. Her er mye teori i anatomi, fysiologi og sykdomslære. Stu-

dentene lærer observasjon- og handlingskompetanse, prosedyrer og medikamenthåndtering. Denne delen varer over to år på deltid og gir 60 studiepoeng.

Forebyggende andredel

I den andre delen skiftes oppmerksomheten fra det somatiske til også å gjelde psykisk helse, forebygging og kvalitetsforbedring i tjenesten. Her handler det om ledelse, forebygging, mestring av teknologi, multisyke pasienter og innovasjon.

Andre del har for første gang oppstart neste høst, og varer også over to år med deltidsstudier.

Jørgentvedt trekker særlig fram et emne som de kaller livslang støtte til pasienter med komplekse hjelpebehov.

– Mennesker med komplekse hjelpebehov trenger oppfølging over lang tid, og fra mange ulike instanser og hjelpere samtidig. Dette krever gode samarbeidsevner og gode verktøy for samarbeid, sier hun

Utdanningen som bygger på Klinisk helsefagarbeid, heter Spesialisering innen helsefremmende arbeid, komplekse hjelpebehov og ledelse.

Endret oppgavedeling

Fagskolen ønsker å bidra til å bygge yrkes stolthet, og oppfordrer til at studentene får bli en ressurs på egen avdeling. Blant annet sertifiseres studentene som instruktører i hjerte- og lunge-redning for helsepersonell, med bruk av hjertestarter (HHLR).



Lærer Grete Brendløkken Nilsen (til venstre) og avdelingsleder Line Narvesen Jørgentvedt (til høyre) har vært positivt overrasket over interessen så langt. I midten står Anne Marte Kløvrud Pettersbakken som er teamleder for studiet. Foto: Fagskolen Innlandet

– Det gjør noe med motivasjonen i jobben å få anerkjennelse, sier Line Narvesen Jørgentvedt.

Det første kullet i denne utdanningen er halvveis ferdig med første del, og har begynt å gjøre seg noen erfaringer på arbeidsplassene.

– Vi ser at de som er langt ute i del en får andre arbeidsoppgaver. De får utføre enkelte medisinske prosedyrer som før bare har vært utført av sykepleiere, sier lærer Grete Brendløy Nilsen.

– Vi ser også at studentene kan få søke på vikariater i sykepleierstillinger. Det er en anerkjennelse, fortsetter hun.

Så finnes det også arbeidsplasser der studentene ikke får nye oppgaver.

– Vi får en del tilbakemeldinger fra helsefagarbeidere som blir tryggere i jobben, men ikke nødvendigvis får muligheter til å

gjøre så mye mer på egen arbeidsplass, sier Jørgentvedt.

– Vi har ingen delegeringsmyndighet. Det er arbeidsgiverne som har myndighet til å delegere oppgaver, legger hun til.

Den lengste, foreløpig

Denne utdanningen er de eneste for helsefagarbeidere på fagskole som ligger på et høyere nivå, foreløpig. Fagskolen er ikke kjent med at andre skoler planlegger lignende løp.

I andre yrker er slike utdanninger derimot det vanligste, som i bygg- og ingeniørfag.

Fram til nå har det ikke vært mulig for fagskolene å tilby lengre utdanningsløp enn slike som varer over to år på fulltid og gir 120 studiepoeng. Men tidligere i år ble det åpnet for at fagskolene kan lage utdanninger som er på

nivå med bachelor og master i høyskolesystemet.

En bachelor kalles for en nivå 6 utdanning og utgjør 180 studiepoeng. Mens master er en nivå 7 utdanning, og gir 120 studiepoeng i tillegg.

Det vil nok ta noen år før de første utdanningene på nivå 6 er klare, tror Jørgentvedt. Mye skal på plass av lover, forskrifter og rammeverk fra myndighetenes side før fagskolene kan sette i gang med å lage utdanninger.

– Tror du Fagskolen Innlandet kommer til å være tidlig ute med en yrkesfaglig «bachelor» også?

– Jeg tror absolutt at vi skal være med i det arbeidet. Også tror jeg at det blir viktig at fagskolene står samlet, så det blir oversiktlig for arbeidsgivere og studenter hva dette innebærer. Og det vil vi være med på. ●●●

En høyere fagskolegrad kan oppnås på to måter:

1. Du kan bygge på en allerede bestått fagskolegrad, med studiet Spesialisering innen klinisk helsefagarbeid.
2. Du kan gjennomføre Klinisk helsefagarbeid og bygge på med Spesialisering innen helsefremmende arbeid, komplekse hjelpebehov og ledelse.

– Vi er mye mer nær sykepleieren når vi er ferdige

Kine Hellum syns arbeidshverdagen har blitt mye mer spennende etter at hun startet å utdanne seg til klinisk helsefagarbeider.

Prosedyrene som studenten lærer kommer godt til nytte i jobben. Kine Hellum er ansatt ved Labo bo- og servicesenter i Østre Toten.

Under studiet i klinisk helsefagarbeid ved Fagskolen Innlandet har hun fått opplæring i prosedyrer for setting av veneflon, blodprøvetaking og kateterisering av kvinner, med mer.

Arbeidshverdagen har blitt en annen, kan hun fortelle.

– Det er mye mer spennende å gå på jobb nå. Med mer anatomi og sykdomslære er jeg mer rustet for å bistå mer på jobben, sier hun.

På sykehjemmet har hun fått bruke prosedyrene hun er opplært i.

– Jeg begynner med å ha med meg sykepleier, men siden går jeg for egen maskin. Jeg trenger ingen som kontrollerer at jeg gjør ting riktig, sier hun.

– Hva har det å si for deg som helsefagarbeider?

– Jeg har fått mer selvtillit, svarer hun.



Fagskoleutdanningen gjør at Kine Hellum står mer stødig på beina i jobben som helsefagarbeider. Foto: privat



Hvor viktig er nettbasert undervisning for arbeidslivet?

Et nytt forskningsprosjekt ser på hvordan opplæring over internett påvirker fagskoler og lokalsamfunn.



Illustrasjonsfoto: Colourbox.com

Nettundervisning gjør at flere kan tilegne seg relevant utdanning, uavhengig av bosted. Dermed kan høyere yrkesfaglig utdanning spille en nøkkelrolle i å gi folk kompetanse som arbeidslivet etterspør.

Et nytt forskningsprosjekt skal granske hvordan nettbasert undervisning påvirker de norske fagskolene så vel som lokalsamfunn. Prosjektet heter MovingSkills og drives av forskningsstiftelsen Fafo.

Nettbasert undervisning ser ut til å ha truffet et behov, skal man dømme ut fra en sterk økning i fagskolestudenter og antall fagskoleutdanninger som tilbys på nett de siste årene.

Nettbasert undervisning har like fullt sine begrensninger. Fagskole er mer praktisk orientert enn universitetsutdanning, og skjermen kan fort bli en begrensning for å kunne lære og forstå noe som er sterkt forankret i vår omgang med den fysiske verdenen.

Forskerne skal derfor se på hvordan praktisk utdanning løses når dette skjer på nett.

Kilde: Fafo

Fagskolevelgeren gjør det lettere å finne riktig utdanning

Den digitale veilederen er beregnet på unge og voksne som trenger hjelp til å ta gode valg for framtiden.

Informasjon om interesser og bakgrunn legges inn i veilederen som er tilgjengelig på nettstedet Utdanning.no. Brukerne får deretter forslag til relevante fagskoleutdanninger.

Veilederen er også et nyttig hjelpemiddel for rådgivere og karriereveiledere i hele landet.

Kilde: Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse

Høyskoler kjøper opp fagskoler

Det skal bidra til å styrke fagmiljøene og kvaliteten på utdanningen.

Fagskolene Medlearn og NKI ble i september overtatt av Kristiania, som fra før av har studier på høyskolenivå. Med overtakelsen ønsker Kristiania å styrke sin posisjon som ledende aktør innen høyere yrkesfaglig utdanning.

Kristiania skriver i en pressemelding:

«Fagskolesektoren har gjennomgått en betydelig utvikling de siste årene, og vi er overbevist om at større og mer robuste institusjoner vil øke kvaliteten for studentene.»

I fjor ble fagskolen Folkeuniversitetet kjøpt opp av fagskolen Diakonova som er en del av VID vitenskapelige høyskole.

Nasjonalt studentombud er nå på plass

Ordningen skal sikre hjelp og råd når fagskolestudentene trenger det.

Fram til i dag har fagskolene selv hatt ansvaret for at studentene har tilgang til et ombud. Nå er ordningen lovpålagt og nasjonal.

Ombudet er en nøytral og uavhengig aktør som kan gi råd og veiledning i saker

som omhandler studentenes rettigheter og plikter. Ordningen er gratis for studentene.

Organisasjon for fagskolestudenter (ONF) har hatt et eget studentombud på ønskelista i lang tid. De mener det styrker rettsikkerheten til studentene.

Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse har ansvar for å drifte ordningen. Les mer på studentombudfagskole.no.

Kilde: Kunnskapsdepartementet

Fagskolene skal gi flere karriereveier for fagarbeidere

Helsefagarbeiderforbundet er positive til at det legges til rette for livslang læring gjennom økt satsing på høyere yrkesfaglig utdanning.

Våren 2025 la regjeringen fram en stortingsmelding om høyere yrkesfaglig utdanning. Den legger grunnlaget for en utdanningsreform som gir mulighet for økt spesialisering gjennom yrkesfagene.

Styrket finansiering og flere karriereveier for fagarbeidere er to av tiltakene. Det er noe Helsefagarbeiderforbundet er godt fornøyd med.

– Vi i Helsefagarbeiderforbundet er svært positive til at regjeringen styrker fagskolene og legger til rette for livslang læring. Dette er avgjørende for fagutvikling, kvalitet og rekruttering for våre medlemmer i helse- og omsorgstjenestene, sier leder Bente Svenum.

Helsefagarbeiderforbundet mener at all høyere utdanning, innenfor medlemmenes område, skal finansiere over statsbudsjett. Denne ordningen fortsetter i 2026.

Tallet på antall studenter ved norske fagskoler er mer enn doblet siden 2017. I 2025 er det over 34 000 studenter. I statsbudsjettet for 2026 loves 900 nye studieplasser.

Nå håper Helsefagarbeiderforbundet at fagskolemeldingen blir fulgt opp i praksis, slik at flere helsefagarbeidere får mulighet til å bygge videre på sin kompetanse gjennom fagskolene.



+VAKTROMMET

Julegaver til deg selv eller avdelingen?

Ta kontakt for gode tilbud på større bestillinger
post@vaktrommet.no



Vaktrommet AS
www.vaktrommet.no
post@vaktrommet.no
tel: 926 97 497



MIGENIC+

Hygienisk navnskilt og utstyrs-dock i ett

- 100% silikon
- Kan dekontamineres
- Legg til logo / ikoner / design





Fagskolen
Innlandet

Ny kompetanse i takt med livet!

Fremtidens helsefagarbeider

– kompetanse som gjør en forskjell



HELSEFAG



To veier til en høyere fagskolegrad hos Fagskolen Innlandet:

- Ta en fagskolegrad, eller bruk den du har, og bygg på med *Spesialisering innen klinisk helsefagarbeid*
- Er du helsefagarbeider uten fagskoleutdanning? Start med *Klinisk helsefagarbeid* og bygg på med *Spesialisering innen helsefremmende arbeid, komplekse hjelpebehov og ledelse*.

Ved å ta en høyere fagskolegrad utviklet gjennom prosjektet *Fremtidens helsefagarbeider*, utvikler du ferdigheter som styrker både deg selv og helsetjenesten. Du lærer å ta større faglig ansvar, lede andre og bidra til bedre pasientforløp.

Utdanningen er utviklet i tett samarbeid med arbeidslivet.



Skann QR-koden, og les mer om Fremtidens helsefagarbeider.

fagskolen-innlandet.no

Spesialisering i sårbehandling, ti studiepoeng

TEKST: ANN BEATE GRASDALEN

Til våren starter Fagskolen Diakonova en ny utdanning som retter seg spesielt mot sår. Den skal bidra til bedre samhandling rundt sår i helsetjenesten, så flere kan dele på oppgavene.



Annette Bråthen, utviklingsansvarlig ved Fagskolen Diakonova

I løpet av ti uker lærer studenten å observere, vurdere, planlegge, gjennomføre og evaluere behandlingen av de vanligste sårtypene, som akutte sår, vanskelig helende sår, venøse og arterielle sår, diabetesrelaterte sår, trykksår og postoperative sår.

Et sentralt tema i utdanningen er oppgavedeling. Studentene skal få innsikt i egen rolle og handlingsrom.

For å få til et godt samarbeid må alle vite hva de skal se etter, hvordan de skal handle og hvorfor tiltakene utføres. Dette krever at alle på arbeidsplassen har en felles forståelse og et felles språk rundt sårbehandling.

Alle ansatte, også sykepleiere, kan ha nytte av denne utdanningen, påpeker Annette Bråthen. Hun er utviklingsansvarlig ved fagskolen.

For de uten formell kompetanse er opptak gjennom realkompetansevurdering mulig.

Ukentlig samling fra 13-15

Undervisningen er for det meste digital, over ni faste samlinger som er ment å foregå i arbeidstiden. Tidspunktet er nøye valgt for å passe inn i arbeidshverdagen.

– Samlingene varer i to timer, fra klokken ett til tre på ettermiddagen hver uke. Vår erfaring er at arbeidsgiver ofte tilrettelegger slik at studentene kan følge undervisningen i arbeidstiden. De som har dagvakt får som regel sitte et sted på arbeidsplassen og delta digitalt, sier Bråthen.



Jeanette Bækkevold, til venstre, og Linda Bjørnsletten trener på sårbehandling. Foto: Fagskolen Diakonova

Hun erfarer at mange studenter sliter med å få betalt permisjon for å være med på fysiske samlinger. Digitale samlinger det enklere å sette av plass til opplæring under arbeidstiden. Da trenger ikke studenten å dra fra jobben.

Omvendt undervisning

Digital undervisning har blitt veldig vanlig de siste årene. Så lenge det organiseres på en god måte, fungerer det, ifølge Bråthen. – Det er ikke to timer med lytting til en forelesning, for det gir dårlig utbytte, særlig på nett, sier hun.

Fagskolen Diakonova bruker en metode som kalles omvendt undervisning, hvor studentene er aktive under samlingen med å diskutere fagstoff og løser oppgaver

Oppmøtet er obligatorisk, og man må møte forberedt.

– Du skal ha gjennomgått teorien på forhånd. Det kan være tekster du skal ha lest, videoer fra lærere, podkaster og interaktive oppgaver, forteller Bråthen.

Fysisk ferdighetstrening

Ikke alt kan læres digitalt. – Det er noe med å føle, ta og utføre prosedyrene i praksis, sier Bråthen.

Ferdighetstreningen skjer over to dager med fysisk oppmøte, ved ulike studiesteder rundt i landet (Se studiesteder i oversikten)

Under den avsluttende oppgaven filmer studenten et sårskift, og begrunner faglig hvorfor de velger å gjøre det på den måten.

Lærer vurdering av sår

Observasjon og vurdering av sår foregår etter prinsippene i TIMES, som er mye brukt i helsetjenesten,

ifølge Bråthen. T står for tissue, som betyr hudvev på engelsk, I for infeksjon, M for moisture (fuktighet), E for epitelceller og S for surrounding skin (omkringliggende hud).

Digitale løsninger

Studentene lærer å bruke digitale løsninger for oppfølging av sår, som å sende bilder til en sårpoliklinikk.

Under studietiden får alle tilgang til det digitale beslutningssystemet VAR Healthcare, der alle sårprosedyrene ligger.

– Vi er opptatt av at de skal følge kunnskapsbaserte prosedyrer og får tilgang til det når de er her, sier Bråthen. ●●●

Studiesteder

Bergen, Førde, Gol, Jessheim, Skien, Drammen, Tinn, Hurdal, Helgeland, Lillestrøm, Oslo, Tromsø, Trondheim og Bodø.

Nye pensjonsregler for personer med særaldersgrense

TEKST: ØYVIND RØST

Om det viktigste for deg er å gå av mellom 62 og 64 år, bør du velge tidligpensjon. Hvis ikke bør du gå for AFP-alternativet. I denne kommentaren får du begrunnelsen for det.

Har du særaldersgrense 65 år, og er født i 1963 eller senere, gjelder det nye pensjonsregler for deg fra 2025. De får du lære mer om i denne kommentaren.

Det er fortsatt mulig å gå av tidlig, men du får mer i årlig pensjon ved å jobbe lenger.

Født i 1963 eller 1964

Er du født i 1963 eller 1964 må du velge mellom tidligpensjon (særalderspensjon), og ny AFP (avtalefestet pensjon), som utbetales livsvarig. Du kan ikke få begge deler, du må velge.

Jeg har følgende anbefaling for de som er født i 1963 og 1964:

- Ønsker du å gå av mellom 62 og 64 år kommer du trolig best ut om du velger å gå av med tidligpensjon. Annen pensjon utbetales ved 67 år.
- Ønsker du å jobbe til du er 65 år eller lenger, kommer du trolig best ut, på livsvarig basis, om du velger AFP-alternativet, inkludert øvrig alderspensjon.

Anbefalingen er basert på noen forutsetninger som hva du har hatt i lønn, hvor lenge du har jobbet, også videre. Du bør gjøre en individuell vurdering ut fra dine forutsetninger av hva som er best for deg.

Født i 1965 eller senere

Er du født i 1965 eller senere kan du ikke velge tidligpensjon. Du får livsvarig utbetaling av AFP om du oppfyller vilkårene for det, samt ordinær alderspensjon og eventuelt særalderspåslag.

DE VIKTIGSTE PENSJONS-ENDRINGENE

Innledningsvis er det greit å kjenne til at du nå tjener opp pensjon for alle år med inntekt. Du finner generelt mye nyttig informasjon og pensjonskalkulator på nettsidene til KLP.

Vi kan dele reglene inn i tre:

- Tidligpensjon – gjelder bare 1963 og 1964-kullet
- Særalderspåslag – gjelder alle født fra og med 1963
- Økte aldersgrenser

TIDLIGPENSJON/SÆRALDERSPENSJON

Det er bare 1963- og 1964-kullene av de som har 65-årsgrensen, som kan velge tidligpensjon, kjent som særalderspensjon.

Full tidligpensjon utgjør inntil 66 prosent av lønnen (pensjonsgrunnlaget). Har du jobbet mindre enn 30 år i en stilling med offentlig tjenestepensjon og en gjennomsnittlig stillingsandel under 100 prosent, blir pensjonen lavere.

Tidligpensjonen utbetales frem til du fyller 67 år, etter det får du ordinær alderspensjon. Pensjonen reduseres hvis du fortsetter i en jobb med offentlig tjenestepensjon. Jobber du i privat sektor, beholder du hele pensjonen.

For å få tidligpensjon må du som hovedregel jobbe minst ett år i stilling med særaldersgrense før du tar ut tidligpensjon, om du jobber innen KS-området eller i helseforetakene.

Du kan ikke få tidligpensjon om du mottar AFP eller særalderspåslag.

Hvis summen av alder og tjenestetid er 85 år, kan du gå av tre år før særaldersgrensen, det vil si 62 år.

Du får automatisk særalderspåslag når tidligpensjonen opphører ved 67 år.

Den årlige pensjonen fra 67 år som du skal ha resten av livet, blir større jo lenger du jobber.

SÆRALDERSPÅSLAG

Særalderspåslag er et nytt pensjonselement som skal bidra til å sikre pensjonsnivået. Du som har hatt særaldersgrense i minst 10 av de siste 15 årene før du slutter eller når særaldersgrensen, får et livsvarig særalderspåslag.

- Unntak: De som mottar tidligpensjon til 67 år, trenger ikke oppfylle dette vilkåret.



ØYVIND RØST

Pensjonsøkonom i KLP, kommunal landspensjonskasse

- Særalderspåslag kan tidligst utbetales fra laveste uttaksalder for alderspensjon fra folketrygden som i dag er 62 år.
- Du må helt eller delvis slutte i jobb med offentlig tjenestepensjon for å motta særalderspåslag.
- Særalderspåslaget utbetales livsvarig.

Særalderspåslaget beregnes som 5,8 prosent av pensjonsgrunnlaget (lønnen). Har du lønn på 5 G, 650.800 kroner, er fullt særalderspåslag 37.746 kroner i året. Fullt påslag forutsetter minst 30 års opptjening.

Særalderspåslaget kan bli redusert

Særalderspåslaget skal reduseres hvis du fortsetter å jobbe etter at du har fylt 65 år (særaldersgrensen). Det kan også bli redusert hvis du får lønn samtidig som du tar ut særalderspåslaget.

Fortsetter du i en jobb med offentlig tjenestepensjon og derfor venter med å ta ut pensjon senere enn særaldersgrensen ved 65 år, blir særalderspåslaget redusert med 1/36 av ytelsen for hver måned du venter.

Har du inntekt over 1 G (130.160 kroner) etter at du har tatt ut særalderspåslaget, skal særalderspåslaget reduseres. Det gjelder inntekter fra både offentlig og privat sektor.



Illustrasjonsfoto: colourbox.com

Jo høyere inntekt over denne grensen, jo større blir reduksjonen. Reduksjonen varer livet ut.

AFP MED LIVSVARIG UTBETALING

Ansatte med offentlig tjenstepensjon født i 1963 eller senere, kan få en ny AFP som utbetales livsvarig fra uttak. Det er mange vilkår som må være oppfylt. Vilkårene gjelder både når du fyller 62 år, og når du tar ut pensjonen.

Oppfyller du ikke alle vilkårene, får du ikke AFP. Da får du i stedet en såkalt betinget tjenstepensjon, som er vesentlig lavere enn AFP.

De som er født i 1963 eller 1964 og som velger å gå av med tidligpensjon, får ikke AFP.

DU HAR TRE HOVEDVALG

Dette gjelder spesielt for årskullene 1963 og 1964 med 65 års aldersgrense, men er også relevant for de yngre, selv om de ikke kan få tidligpensjon.

1. Jeg vil gå av tidligst mulig.

I praksis vil det si ved 62 år. Da er tidligpensjon trolig det beste valget hvis du har full opptjening (30 år). Husk: Den livsvarige pensjonen fra 67 år kan bli større om du jobber litt lenger.

2. Jeg vil jobbe til særaldersgrensen (65 år).

Da gir AFP og ordinær alderspensjon fremfor tidligpensjon som regel høyest

Nye pensjonsregler for de med særaldersgrense 65 år

Fra 2025 gjelder nye pensjonsregler for ansatte med særaldersgrense i offentlig sektor, født i 1963 eller senere.

Er du født i 1963 eller 1964 må du velge mellom:

- Tidligpensjon (frem til 67 år)
- AFP med livsvarig utbetaling

Min anbefaling:

- Vil du gå av mellom 62 og 64 år?
Tidligpensjon blir trolig best.
- Vil du jobbe til 65 år eller lenger? AFP-alternativet gir som regel

Er du født i 1965 eller senere

- Sjekk om du oppfyller vilkårene for AFP
- Sjekk reglene for å få særalderspåslag og når særalderspåslaget blir redusert
- Pensjonen blir lav om du går av tidlig, og øker om du jobber lenger

Konklusjon for alle

- Går du av tidlig, får du lavere årlig pensjon på livsvarig basis.
- Jobber du lenger, får du høyere årlig pensjon livet ut.
- Du må gjøre en individuell vurdering basert på din situasjon.

HVEM HAR 65 ÅRS SÆRALDERSGRENSE

Helsefagarbeidere, hjelpepleiere, sykepleiere, vernepleiere og renholdere er eksempler på yrkesgrupper som i dag har 65 års aldersgrense. Det tilsvarer rundt 80 prosent av de som har særaldersgrense.

85-årsregelen gir mulighet til å ta ut tidligpensjon tre år før særaldersgrensen, dersom summen av medlemstid og alder blir minst 85 år. For de som har 65 års aldersgrense gjelder denne regelen bare for de som er født til og med 1964.

Særalderspåslag er et nytt pensjonstillegg til de som har særaldersgrense som er født fra og med 1963.

Tidligpensjon er i praksis det samme som blir kalt særalderspensjon for eldre årskull (til og med 1962-kullet). For de med 65 års aldersgrense er det bare de som er født i 1963 og 1964 som kan få tidligpensjon.

årlig og livsvarig pensjon. Du beholder fullt særalderspåslag om du slutter ved 65 år.

3. **Jeg vil jobbe lenger enn til særaldersgrensen (65 år).**

AFP og ordinær pensjon gir nesten alltid størst livsvarig pensjon. Men vær klar over at særalderspåslaget skal reduseres for uttak etter 65 år. Samlet årlig pensjon blir likevel større jo lenger du står i jobb.

ØKTE ALDERSGRENSER

Du bør være klar over at særaldersgrensen som i dag er 65 år skal økes gradvis i takt med økende levealder og i tråd med økt normert pensjonsalder i folketrygden, som i dag er 67 år. Tidligste uttaksalder, som i dag er 62 år, og særaldersgrensene, skal økes i takt med økt normert pensjonsalder.

EKSEMPEL PÅ PENSJON

La oss se på et eksempel. Vi tenker oss at du er født i 1964, har en årlig lønn på 650.800 kroner og begynte å jobbe i offentlig sektor som 25-åring. Du har særaldersgrense på 65 år.

Alternativene som du kan velge mellom er:

- 1. Tidligpensjon. Du får ikke AFP, men betinget tjenestepensjon. Du får øvrig alderspensjon inkludert særalderspåslag

- og betinget tjenestepensjon (i stedet for AFP) utbetalt fra 67 år.
- 2. All alderspensjon, AFP livsvarig og særalderspåslag fra uttaks- og avgangsalder.

Beregningene under viser *årlig livsvarig pensjon som andel av pensjonsgrunnlaget* (før skatt).

Merk også at pensjonen ved uttak kan bli større enn denne beregningen.

Tabellen viser: 1) Velger å gå av med tidligpensjon – får ikke AFP

Alder ved uttak og avgang	62	63	64	65	66
Folketrygd (NAV)	44 %	45 %	45 %	45 %	45 %
Tjenestepensjon (KLP)	18 %	19 %	19 %	19 %	19 %
Betinget tjenestepensjon	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %
Sum livsvarig pensjon	64 %	64 %	65 %	65 %	66 %

Tabellen viser: 2) Velger å gå av med AFP livsvarig og ordinær pensjon inkludert særalderspåslag – får ikke tidligpensjon

Alder ved uttak og avgang	62	63	64	65	66	67	68	69	70
Folketrygd (NAV)	34 %	36 %	38 %	40 %	43 %	46 %	50 %	54 %	59 %
Tjenestepensjon (KLP)	15 %	16 %	17 %	17 %	16 %	15 %	15 %	16 %	17 %
AFP livsvarig	7 %	7 %	8 %	8 %	9 %	9 %	10 %	10 %	11 %
Sum livsvarig pensjon	57 %	59 %	63 %	66 %	68 %	70 %	74 %	80 %	87 %

Konklusjon

- 1) Ønsker du som er født i 1963 eller 1964 å gå av mellom 62 og 64 år, kommer du trolig best ut om du velger å gå av med tidligpensjon (om dine forutsetninger er omtrent som dette eksemplet).
- 2) Ønsker du å jobbe til du er 65 år eller lenger, kommer du trolig best ut, på livsvarig basis, om du velger AFP-alternativet, med uttak og fratreden med AFP livsvarig, ordinær alderspensjon og særalderspåslag.

Dine forutsetninger kan endre hva som er best for deg. Du må derfor gjøre en individuell vurdering.

Hva skjer hos osteopaten?



1

SAMTALE

Vi bruker god tid på kartlegging for å få en oversikt over plagene dine.

2

UNDERSØKELSE

Vi utfører tester for skader og funksjon for å avgjøre hva som kan behandles.



3

BENKEBEHANDLING

Ulike manuelle teknikker med mål om å bedre funksjon og redusere smerte.

4

AKTIVE TILTAK

Vi bruker alt fra spesifikke øvelser til generell aktivitet i behandlingen.



5

VEILEDNING

Vi gir deg råd og veiledning du kan følge opp selv i etterkant.



Anbefaler tydeligere definerte stillingsinstrukser

Servicemedarbeider og pleieassistent omtales som to nye stillinger under nivået av helsefagarbeider i en rapport bestilt av KS.

Rapporten konkluderer med at det finnes en rekke praktiske oppgaver som med fordel kan utføres av personell uten formell helse- og sosialfaglig kompetanse.

Ny oppgavedeling og tydeligere definerte stillingsinstrukser for ikke-faglærte kan bidra til bedre oppgaveløsning, og frigi tid for helsefaglig personell til å utføre pleie- og omsorgsoppgaver som krever deres kompetanse.

Bak rapporten, som ble lagt fram i oktober, står forskningsstiftelsen Fafo. De har funnet fram til to hovedgrupper av stillinger på nivået under helsefagarbeider: servicemedarbeider og pleieassistent.

Servicemedarbeider

Servicemedarbeideren har utelukkende ansvar for praktiske og serviceorienterte oppgaver og miljøarbeid. Ansatte i disse stillingene kan ha ansvar for matlagning, renhold og rydding, aktivisering av og praktisk bistand til brukere eller beboere.

Pleieassistent

Pleieassistenten har også et stort omfang av praktiske oppgaver, men til forskjell fra serviceassistenten kombineres disse oppgavene med enklere pleie- og omsorgsoppgaver. Dette kan dreie seg om å hjelpe personer med stell, som å dusje eller pusse tenner.

Krav til kompetanse

Siden stillingene inneholder ulike oppgaver, stilles ulike krav til kompetanse. Rapporten heller mot at det ikke er nødvendig med et eget formelt opplæringsløp og kvalifikasjonskrav for servicemedarbeideren.

For pleieassistenten er det større krav til helse- eller omsorgsfaglig kompetanse. Her kan det være aktuelt med et formelt opplæringsløp og kvalifikasjonskrav.

Rapporten anbefaler at et formelt kvalifiseringsløp for pleieassistentstillingen bør ta utgangspunkt i modulene som inngår i den modulstrukturerte helsefagarbeideropplæringen, gjeldende fra høsten 2024.

Ifølge rapporten finnes en tilsvarende opplæringsmodell i Danmark, der de også har en stillingskategori på nivået under helsefagarbeideren.

Ved at opplæringsløpet og kvalifikasjonskravet tar utgangspunkt i dagens pleie- og omsorgssystem legger man til rette for at ansatte kan fortsette med utdanningen og kvalifisere seg til helsefagarbeider.

Ulike målgrupper

Målgruppene for de to stillingene er noe ulike. Servicemedarbeiderstillingen er aktuell som en første stilling for personer uten helsefaglig kompetanse som kommer inn i sektoren, deltidsarbeidende studenter som ikke har hensikt å ha en yrkeskarriere i sektoren samt ansatte som ønsker å kun ha ansvar for praktiske oppgaver.

Målgruppen for en ny pleieassistentstilling inkluderer ansatte som ønsker helsefaglige oppgaver, og som har kompetanse til å utføre disse oppgavene, herunder deltidsarbeidende studenter i helse- og sosialfag.

Kilde: KS FOU 244062 Nye stillinger for ikke-faglærte i pleie- og omsorgstjenestene

Støtte til rekruttering i kommunene

Nytt program skal rekruttere unge utenfor arbeid og utdanning til de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Kommunene kan få støtte til oppstart, lederressurser og oppfølging.

Regjeringen har bevilget 125 millioner neste år gjennom statsbudsjettet for å styrke rekrutteringen til de kommunale omsorgstjenestene.

Tilskuddsmidlene skal støtte opp om kommunenes deltakelse i rekrutteringsprogrammet. Det skal inkludere støtte til oppstart, lederressurser og faglig oppfølging av deltakere på arbeidsplassen gjennom faddere.

Det skal også omfatte ressurser til nødvendig opplæring, slik at dette ikke går utover arbeidstiden til de som allerede jobber i tjenesten.

Programmet omfatter også virkemidler under NAV. Jobbspesialister skal avklare og følge opp deltakere i programmet og styrke mulighetene for kvalifisering og ansettelse.

På sikt er tiltaket ment å bidra til økt grunnbemanning, økt kompetanse, bedre motivasjon til å stå i jobb og mindre sykefravær.

Kilde: regjeringen.no

Yrkesskadeerstatningen: Nå kommer endringer i hva som regnes som arbeidsulykke

Regjeringen foreslår å endre arbeidsulykkebegrepet, slik at flere får rett til yrkesskadeerstatning.

Skader som oppstår under krevende, men vanlige arbeidsoppgaver skal ikke lenger avises.

Dette er en sak Delta har kjempet for over lang tid.

– Mange av våre medlemmer jobber risikoutsatte yrker og de skal ha trygghet for at de får erstatning dersom de skulle bli skadet eller syke, sier forbundsleder Trond Ellefsen i Delta.

Dagens regler er utformet slik at om du har en jobb der risiko for skade er forventet, så gir det mindre sannsynlighet for yrkesskadedekning.

For eksempel er skader fra tunge løft en velkjent risiko i jobben som helsefagarbeider. Dermed har slike ulykker ikke gitt erstatning, noe bladet Helsefagarbeideren har omtalt tidligere.

Nå foreslår regjeringen å fjerne regelen om at belastningen må være usedvanlig for å gi rett til yrkesskadeerstatning. Dermed vil skader påført under vanlige oppgaver som en helsefagarbeider utfører, framover kunne regnes som yrkesskade. Et eksempel på en slik oppgave som regjeringen kommer med, er å hjelpe en hjelpeløs pasient med påkledningen.

Regjeringen sendte forslaget på høring i september. Fristen er i desember. Trond Ellefsen ber om en rask innføring av endringen:

– For våre medlemmer har det vært lite tilfredsstillende å se at sannsynligheten for å få yrkesskadeerstatning har minsket når risikoen for skade i jobben har økt. Derfor er det viktig at endringene kommer på plass så raskt som mulig ●●●



Leder i Delta Trond Ellefsen oppfordrer myndighetene å få på plass endringene så snart som mulig.



Tenker du på videreutdanning?

Vi har flere aktuelle utdanningsløp innen eldrehelse.

Opptaket starter 1.02.2026 og søknadsfrist 15.04.2026
www.samordnaopptak.no

Demens og psykisk helse hos eldre

Utviklingshemning, miljøarbeid og aldring

• Nettbasert med fysiske samlinger

• Nettbasert uten fysiske samlinger

Les mer om våre studier her: www.aldringoghelse.no/kompetanseheving/fagskolen



Aldring og helse
Nasjonalt senter

Fordeler og ulemper med langvakter – dette vet vi så langt

Bruk av langvakter øker. Da øker også behovet for å vite hvordan denne organiseringen av arbeidstiden påvirker pasientbehandlingen og de ansatte.

Forskningsprosjektet Compressed har allerede pågått i fire år og skal vare til 2027. Vilde Hoff Bernstrøm er prosjektleder.

– Hvorfor har dere kalt forskning på langvakter for «compressed»?

– Prosjektet heter compressed som i komprimert arbeidstid. Langvakter har blitt forsket på i mange land, men i land som England og USA, jobber du ofte både lange vakter og lange uker. Det blir flere arbeidstimer i uken enn i Norge.

I Norge jobber vi like mange timer i uken, men færre dager.

– Hvor utbredt er langvakter i Norge i dag?

– I kommunal helse og omsorg har det vokst veldig i omfang. I 2018 var det rundt 20 prosent av alle virksomheter hvor noen jobbet langvakt. Nå er det 60 prosent. Det har vært en markant vekst, og den er stabilt økende fra år til år.

Det aller vanligste er at man jobber lange vakter i helgen og vanlige vakter på ukedager. Vi har også sett vekst i lange vakter gjennom uken, men de fleste jobber da fortsatt langvakter i en kombinasjon med normale vakter.

Det er en vesentlig mindre gruppe som bare jobber lange vakter. Det er vanligst i boliger, men finnes også i sykehjem og hjemmetjenester.

– Finnes avdelinger der alle jobber langvakter?

– Det finnes, men de aller fleste har en kombinasjon, i alle fall på virksomhetsnivå. Et sykehjem kan ha avdelinger der ingen jobber langvakt, og andre der nesten alle jobber

langvakt. Noen steder varierer ordningene ut fra yrkesgruppene, der helsefagarbeidere kan ha en annen ordning enn sykepleierne.

Det åpner for forskjellige dilemmaer, for om du jobber langvakt bare i helgen, så får du færre lange vakter, men heller ikke de lange restitusjonsperiodene som mange opplyser om som viktig årsak til å gå lange vakter.

Jo flere lange vakter ansatte jobber – jo mer får de også gevinsten av lengre sammenhengende fri perioder.

– Hva vet vi nå om fordeler og ulemper ved langvakter?

– Flere studier er gjort på langvakt i en løsning som ikke er komprimert, og flere konkluderer med at det er helseskadelig og en risiko for pasientsikkerheten. Vi har gjort en systematisk litteraturgjennomgang hvor vi utelukkende så på det i komprimert løsning, og innenfor en ukentlig arbeidstid som reflekterer normen i Europa. Da var det blandede funn, både for de ansattes helse, og pasientsikkerheten.

Noen finner bedre helse blant ansatte, noen dårligere, noen ikke forskjell. Noen finner at ansatte gjør mer, feil andre ikke. Noen finner litt bedre pasientsikkerhet andre ingen forskjell.

Vår mistanke er at dette har å gjøre med hvordan vi organiserer langvaktene. Vi vil grave mer i dette, hvordan konsekvensene av langvakter kan slå ut forskjellig, ut fra hvordan vi organiserer vaktene.

Positive funn

– Det vi har sett så langt på det positive, er at de som jobber langvakter opplever bedre arbeidsmiljø, i form av mer innflytelse på jobben og lavere arbeidstempo.

Muligheten for å kunne skyve på oppgaver gir mer autonomi, og man kan regulere tem-

po gjennom å forskyve oppgaven til et roligere tidspunkt. Eller man kan dusje en pasient til når pasienten selv ønsker å dusje.

Negative funn

– På det negative så er bekymring for ansattes helse. Den siste studien, som er gjort av Frischsenteret, så fant de ingen signifikant endring i sykefraværet, men med usikre tall. De kan ikke utelukke at det er en forskjell der.

Det er foreløpig ikke en klar støtte for at det kan være negativt for ansatte helse, men også ingen klar støtte til at det ikke er det.

– Hva vet vi om pasientsikkerheten ved langvakter?

– I den systematiske litteraturgjennomgangen, fant vi to steder hvor de ansatte opplevde bedre pasientsikkerhet eller pasientsikkerhetskultur, og to uten signifikant forskjell.

Det er flere mulige grunner til at pasientbehandlingen kan bli både bedre og dårligere, på den negative kan det være vanskeligere for ansatte å gjøre en god jobb om de er slitne på slutten av en lang vakt, og de lange friperiodene kan gjøre at de er mer utdatert når de kommer på jobb. Men på den positive siden kan de lange vaktene gi mer kontinuitet i pasientbehandlingen mens man er på jobb, og et vaktbytte mindre per dag fjerner også en viktig kilde til feil.

Vi har sett på uheldige hendelser hos pasienter og brukere i Norge gjennom å undersøke diagnoser som liggesår, depresjon, fall og uhell. Vi finner ingen signifikant endring. Ingen støtte til at det bedrer pasientsikkerheten, men heller ikke at det reduserer. Når vi tittet nærmere på tallene så vi noe tegn til at det kunne være positivt på enkelte arbeidsplasser, som sykehjem.



Vi vet lite om hvordan langvakter fungerer på lang sikt, sier Vilde Hoff Bernstrøm.

– Vet vi noe om hvordan langvakter vil påvirke helsa til de ansatte og pasientsikkerheten på lang sikt?

– Det er veldig få studier som har sett på konsekvenser over lengre tid. Det er for eksempel mulig at du opplever en boost i tilfredshet når man bytter over til langvakter. Over tid kan man kanskje oppleve slitasje, men det vet vi altfor lite om.

Og så er det viktig å ta med at det kan være vi framover vil se andre former for langvakter, og andre organiseringsprosesser knyttet til langvakter enn det vi har hatt tidligere. Det er ikke to streker under svaret at langvakter ikke vil ha negativ effekt. De siste fem årene ser vi ingen negativ effekt på pasientbehandling, men det funnet er basert på hvordan vi har organisert vaktene til nå. Håpet er å finne ut hva som kjennetegner de som lykkes med å få positive utfall for ansatte og pasienter.

– Er det mulig å vekte fordelene og ulempene opp mot hverandre?

– Det er veldig vanskelig å vekte forskjellige fordeler og ulempe opp mot hverandre. Det er et dilemma som både arbeidsgiver og fagforening står i, og også den enkelte ansatte. Dilemma blir større ved at disse vurderingene må gjøres med stor grad av usikkerhet.

– Er langvakter frivillig for de ansatte?

– Ja. De aller fleste virksomheter svarer at alle de ansatte kan slutte med langvakter og likevel bli i sin stilling. I dag er det i de fleste virksomheter en blanding, som igjen skulle tilsi at det er frivillig.

– Har du noe råd å gi til arbeidsplasser som vurderer å innføre langvakter?

– Tenk på å ha en rettetplan. Det er usikkerhet knyttet til hvordan det fungerer på lang

Forskningsprosjektet Compressed gjennomføres i samarbeid med Delta, Fagforbundet, Norsk sykepleierforbund og Oslo kommune.

Prosjektet varer over flere år, og skal undersøke:

1. Konsekvensene av komprimerte arbeidstidsordninger for ansattes helse, arbeidsutførelse og bemanning.
2. Under hvilke forhold komprimerte arbeidstidsordninger har positive og negative konsekvenser, inkludert betydningen av det psykososiale arbeidsmiljøet.
3. Mekanismene som ligger bak.

sikt. Snakk sammen om hvor lenge skal vi prøve, og hvordan skal vi gå ut, dersom vi ønsker å gå ut av det.

Noen tidligere studier får positive, andre får negative helseutfall av langvakter. Ennå vet vi ikke hva som skal til for å få positivt utfall.

Et annet råd er å tenke gjennom, hvorfor ønsker vi dette og hva tror vi at vi får av gevinst. Det argumentet som brukes oftest politisk, er å få opp stillingsprosenten, men den går ikke opp så mye. Om du skal ha opp stillingsprosenten vesentlig er det ikke tilstrekkelig å kun innføre langvakter. ●●●

Enkel endring i turnus ga mindre sykefravær

Et nytt forskningsprosjekt viser at bare små endringer i turnusordningen kan gi betydelig lavere sykefravær og dermed millioner i besparelser.

Et forskningssamarbeid mellom Haukeland universitetssykehus, Folkehelseinstituttet og Universitetet i Bergen har testet ut hvordan en enkel endring i turnusordningen vil kunne innvirke på helsearbeidernes helse.

Forskerne har konkludert med at såkalt «quick return» har en negativ helseeffekt, og at å redusere dem gir lavere sykefravær.

Quick return betyr at det er kort tid fra man går av vakt og til man begynner på en ny. Helsefagarbeidere er en av yrkesgruppene som oftest rapporterer hviletid under 11 timer mellom vakter.

I studien deltok 66 avdelinger ved Haukeland universitetssykehus. Av de inkluderte avdelingene fortsatte 35 med den vanlige turnusen og 31 gjorde noen endringer for å unngå quick return.

Fjernet sen-tidlig-vakter

Ingebjørg L.R. Djupedal fra Folkehelseinstituttet er hovedforfatter av forskningsartikkelen. Hun forklarer i et intervju med Helsefagarbeideren at det handler om å sørge for at helsearbeiderne får nok hviletid mellom vaktene. Mange har hatt kveldsvakter med etterfølgende dagvakt, noe som innebærer at tiden for restitusjon og hvile kan bli veldig kort.

Avdelingene ble delt inn i to grupper, der den ene hadde turnus som før mens det ble gjort endringer i den andre gruppen.

Studien omfattet flere typer helsearbeidere. De aller fleste var sykepleiere, men det var også mange helsefagarbeidere som deltok, i tillegg til en del andre grupper av helsearbeidere.

– Det totale antall vakter var likt i begge gruppene, men i den ene gruppen reduserte vi vakter med kort hviletid imellom, forklarer hun.

Det betyr at man i størst mulig grad unn-

gikk vakter med quick return, både kveldsvakt med påfølgende dagvakt, nattevakt med påfølgende kveldsvakt og dagvakt med påfølgende nattevakt.

Krav om minst 11 timer fri

Ifølge arbeidsmiljøloven skal være minst elleve timer fra man går av vakt og til man går på igjen.

– I snitt har det likevel vært bare ni timer mellom to skift i en quick return. Da skal man rekke å komme seg hjem, legge jobben bak seg, spise og sove og så stå opp igjen neste morgen for å gå på jobb, sier hun.

– Da blir det ofte ikke mer enn fem-seks timer søvn.

Det handler altså først og fremst om det å få nok søvn mellom vaktene, men det er krevende når tiden mellom vaktene er så kort.

– Det å få sove kommer jo heller ikke på bestilling. Når vi tenker mye på det og ønsker å sove, så virker det ofte mot sin hensikt.

Forskerne ønsket å undersøke hvilken effekt slike vakter har på helsen.

– Vi endret turnusen og fjernet flest mulig av denne typen vakter slik at det blir minst 11 timer mellom hvert skift, forteller hun.

– Egentlig ønsket vi å fjerne slike vakter helt, men det viste seg vanskelig. Noe av årsaken er nok fordi det var noen ansatte som faktisk foretrekker slike vakter, fordi det gir lengre sammenhengende fri, men også at det i noen tilfeller var nødvendig for å dekke opp fravær. Da måtte hensynet til nok bemanning veie tyngst.

Eksempler på turnuser

Som en del av arbeidet med å innføre den nye turnusen laget HR avdelingen ved Haukeland Universitetssykehus noen eksempler på hvordan en turnus uten quick return-vakter kunne se ut.



Ingebjørg Louise Rockwell Djupedal er forsker ved Folkehelseinstituttet

I en normal turnus vil dagvakter, nattevakter og kveldsvakter rotere mer eller mindre tilfeldig, men i den nye turnusen som de har laget, vil man for eksempel ha to dagvakter mandag og tirsdag etterfulgt av to nattevakter onsdag og torsdag, med fri fredag, lørdag og søndag.

I den neste uken vil helsearbeideren få tre dagvakter de tre første dagene i uken, med fri torsdag, og kveldsvakter fredag, lørdag og søndag. Det betyr at de får god tid til å hvile mellom dagvakter og kveldsvakter.

Mens en ordinær vakt kan begynne med kveldsvakt mandag etterfulgt av dagvakt tirsdag og onsdag, vil en ny turnus kunne begynne uken med dagvakt mandag, etterfulgt av kveldsvakt tirsdag og onsdag, noe som sikrer god hviletid mellom kveldsvakt og dagvakt. Torsdag vil de ha fri, og så følger tre dager med nattevakt før de får to dager fri før tre påfølgende dagvakter.

Med andre ord er det ikke nødvendig med veldig store endringer i den normale turnusen.

Medbestemmelse viktig

Helseforskeren fra Folkehelseinstituttet forteller at avdelingene ble inkludert i studien dersom de oppfylte kriteriene for inklusjon, det var altså ikke et spørsmål om frivillig deltakelse for avdelingene.

– Avdelingene planla så en turnus i tråd med tiltaksgruppen de tilhørte. Samtidig var det rom for at de som ønsket å fortsette med noen vakter med kort hviletid i intervensjons-avdelingene, kunne gjøre det.

– Medbestemmelse er også viktig i denne sammenhengen og noen tåler slike vakter bedre enn andre, understreker hun.

Dermed var det fortsatt noen i intervensjonsgruppen som hadde vakter med quick return.

Samtidig oppfordret forskerne avdelingene til å fjerne flest mulig av denne typen vakter.

Redusert sykefravær

Forsøket pågikk i seks måneder og alle avdelingene ved Haukeland universitetssykehus var med. Forskerne fant at økningen i sykefraværet var 44 prosent lavere i intervensjonsgruppen enn i kontrollgruppen. Med andre ord økte sykefraværet i begge gruppene i perioden, men økningen var mindre i den gruppen som fikk endret turnus.

Det var med andre ord snakk om en betydelig nedgang i sykefraværet som følge av denne turnusendringen.

En nedgang i sykefraværet i denne størrelsen betyr millioner av kroner i besparelser for samfunnet.

	Week 1							Week 2						
	Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday	Saturday	Sunday	Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday	Saturday	Sunday
Scenario 1: Three-shift rotation ^a														
with short daily rest periods	D	D	N	N				E	D	D		E	D	E
without short daily rest periods	D	D	N	N				D	D	D		E	E	E
Scenario 2: Three-shift rotation ^a														
with short daily rest periods	E	D	D		N	N	N		E	D	D			
without short daily rest periods	D	E	E		N	N	N		D	D	D			
Scenario 3: Weekend shift														
with short daily rest periods	E	D	D		E	D	E	D		D	D			
without short daily rest periods	D	D	D		D	E	E		D	D	E			
Scenario 4: Two-shift rotation ^b														
with short daily rest periods		D	D	E	D			E	D	E		D		
without short daily rest periods	E		D	D	D			E	E		D	D		

D = Day shift, E = Evening shift, N = Night shift
^aThree-shift rotation refers to a shift schedule in which the workers alternate between day-, evening- and night shifts.
^bTwo-shift rotation refers to a shift schedule in which the workers alternate between only two of the shifts (e.g., only working day and evening shifts).

HR avdelingen ved Haukeland Universitetssykehus har laget en eksempeltturnus som viser hvor små endringer som skal til for å lage en turnus uten quick return vakter Skjermklipp: © 2025 Djupedal ILR et al. JAMA Network Open.

Djupedal forteller at beregningene av sykefraværet er basert både på egenmeldt og legemeldt sykefravær og viser faktisk fravær på alle som på den tiden var med i forsøket. ●●●



Turnusene bør evalueres

Mer kunnskap trengs om ulike turnusers effekt på sykefraværet, også på lang sikt, mener leder i Helsefagarbeiderforbundet Bente Svenum.

TEKST: ANN BEATE GRASDALEN

– Det er ikke noe overraskende i disse funnene. Det er en utfordring med forkortet hviletid, sier Svenum i en kommentar til undersøkelsen.

Etter hennes erfaring er det vanlig med ni timer mellom kveldsvakter og dagvakter, selv om det i arbeidsmiljøloven er krav til elleve timer fri.

Mer opplæring i turnus

For å få til gode og helsefremmende turnuser, trengs grundig opplæring, mener Svenum.

Både for de som lager turnusen, og tillitsvalgte som skal godkjenne dem. Dessuten må de ansatte få komme med innspill og ønsker om hvordan turnusen settes.

For tiden tester mange ut turnuser som varer for et år av gangen, såkalt årsturnus eller kalenderplan.

– Det er viktig å se om det gir effekt på sykefraværet å endre turnus, sier Svenum, som etterlyser mer kunnskap, også om effekten på lang sikt.

Undersøkelsen ved Haukeland varte over

seks måneder. Svenum vil gjerne se undersøkelser som varer over flere år, for å måle effekten når en turnus er godt innarbeidet.

Hun mener resultater som dette bør føre til at quick returns brukes mindre. Samtidig må det være rom for å gjøre individuelle forskjeller, påpeker hun. For noen kan det være riktig å jobbe mer intenst over en periode.

Når taushetsplikten brytes, brytes tilliten

Når man har nærmere førti år bak seg innen helse og omsorg, opplever man fra tid til annen at taushetsplikten brytes. Noen arbeidsplasser vil jeg påstå er verre enn andre.

Først litt generelt om taushetsplikten. Den er nemlig selve grunnmuren innen helse- og omsorgstjenester. Den skal beskytte pasientene og deres personvern, deres verdighet, og ikke minst, deres tillit til de personer som skal hjelpe dem.

Samtidig så ser man gang på gang eksempler på at taushetsplikten brytes, noen ganger bevisst, andre ganger ubevisst. Og det er av dem som skal kunne loven aller best: helsepersonell.

Dette er lovverket som gjelder

Loven er rimelig klar, dvs helsepersonelloven § 21 - 25. Den sier som følger: *Helsepersonell skal hindre at uvedkommende får kjennskap til pasienters sykdomsforhold eller andre personlige opplysninger som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell.*

Det betyr at helsepersonell som leger, sykepleiere, vernepleiere, helsefagarbeidere og assistenter, har en plikt til å bevare taushet om pasienter, både muntlig, skriftlig og ikke minst digitalt. Dette gjelder livet ut for den enkelte ansatte, og taushetsplikten opphører heller aldri, selv om pasienten er død eller har flyttet.

Men det er ikke bare helsepersonelloven som gjelder for taushetsplikten. Pasient- og brukerrettighetsloven §3-6 gir pasienten rett til konfidensialitet og vern av personopplysninger. Forvaltnings-

loven § 13 gjelder for ansatte i offentlig sektor, inkludert helse- og omsorgstjenester. Helse – og omsorgstjenesteloven §12 – 1 pålegger kommuner og helsepersonell å følge reglene om taushetsplikt etter helsepersonelloven.

La meg ta noen eksempler på hva jeg gjennom et langt yrkesliv har opplevd av brudd på taushetsplikten.

Rapport i garderoben

Ofte, også i dag opplever jeg at rapport gis i garderoben. Når jeg kommer inn på vaktrommet har jeg allerede fått full informasjon om hva som er viktig å vite om pasientene. Det er ikke greit.

En rapport inneholder sensitive opplysninger som skal gis i et skjermet område som et vaktrom er. I en garderobe kan andre som ikke har taushetsplikt eller ikke har behov for å vite slike opplysninger, få tilgang til informasjon de ikke skal ha. Rapport i garderobe er brudd på taushetsplikten.

Sensitiv informasjon skal heller ikke deles i pauser, med mindre pausen foregår på et skjermet rom, som vaktrom og det kun er helsepersonell til stede.

Pasientsnakk i fellesareal

Ofte har jeg opplevd at man snakker om pasienter inne på fellesareal som stue og kjøkken. Man bruker gjerne ikke navn, men romnummer. Men husk at det er ikke alle som har en demens, mange er klare og orientert og vet hvem som bor hvor. Det kan også være pårørende til stede som får opplysninger de da ikke skal ha.

SMS om pasienter

SMS til ansatte som har fri, om pasienter, er heller ikke lov. Pasienten har tvilsomt gitt tillatelse til at slik informasjon kan deles, og slik informasjon skal heller ikke deles på SMS eller e-post.

Her forleden var jeg på legekontoret. Der satt også en pårørende til en tidligere pasient av meg, sammen med en ansatt fra hjemmesykepleien. Legen kommer ut og begynner å snakke med den ansatte fra hjemmesykepleien på venterommet, om pasientens kateter som lakk, og legen konkluderte med at pasienten måtte ha større kateter. Informasjon som jeg ikke skulle ha, og et klart brudd på taushetsplikten.

Trenger jeg å vite?

Da jeg tok min utdannelse i 1991 hadde vi veldig søkelys på dette med taushetsplikten. Vi lærte at vi måtte spørre oss selv før vi gikk inn i en journal, om vi hadde



HANNE CHRISTINE RYNNING-BERG

Hanne Christine Rynning Berg er fast skribent i Helsefagarbeideren. Hun er spesialutdannet hjelpepleier innen demensomsorg, velferdsteknologi, kroniske sykdommer og rehabilitering.

behov for å vite hva som stod der. Det er noe som heter «need to know – want to know».

Den gangen gikk det en historie, om det var en vandrehistorie eller fakta er jeg usikker på, men den satte støkken i oss som nytdannede hjelpepleiere.

Historien var som følger: To helsepersonell satt sammen på bussen og diskuterte ivrig en felles pasient. De nevnte ikke navn, men rett bak dem satt pårørende til vedkommende pasient og kjente igjen sin mor/ far i det de diskuterte. Dette ble rapportert inn som brudd på taushetsplikten, og de to helsepersonell ble fratatt sin offentlige godkjenning.

Jeg har flere ganger opplevd at for eksempel hjemmesykepleien er inne i journal til en pasient som for eksempel er innlagt på avlastning eller rehabilitering. Da er jo strengt tatt ikke pasienten under hjemmesykepleien, og det er brudd på lovverket å tilegne seg informasjon man strengt tatt ikke har behov for å vite.

Er man innlagt på sjukehus, kan man se på helsenorge hvem som har vært i ens journal. Det kan man ikke dersom man er innlagt innen den kommunale helse- og omsorgstjenesten, men det burde så absolutt ha vært mulig.

Men hva skjer så hvis man bryter taushetsplikten?

Juridiske konsekvenser

Som nevnt er taushetsplikten lovfestet i helsepersonelloven. Et brudd på denne loven kan føre til restriksjoner fra arbeidsgiver, Statsforvalter eller politi.

Arbeidsgiver kan gi en muntlig eller skriftlig advarsel, ved gjentatte eller alvorlige brudd kan det føre til oppsigelse. Pasienten eller dens pårørende kan klage til statsforvalteren, denne igjen vurderer da om helsepersonell har opptrådd uforsvarlig.

Statens helsetilsyn kan frata helsepersonell autorisasjon dersom bruddet er grovt (som å dele sensitive opplysninger offentlig). Brudd på taushetsplikten kan straffes med bøter eller fengsel i inntil tre måneder (etter straffeloven § 209).

Faglige konsekvenser

Men det finnes også faglige konsekvenser. Man mister tillit fra pasienter, kollegaer og arbeidsgiver. Pasienter kan vegre seg for å fortelle viktige helseopplysninger til deg neste gang. Det svekker kvaliteten på helsehjelpen og det etiske om-dømmet til yrkesgruppen.

Og når man er inne på den etiske biten, så handler ikke bare taushetsplikten om lov, men vel så mye om respekt, verdighet og tillit. Når helsepersonell deler informasjon de ikke skal, oppleves dette som et svik av pasienten – og det bryter med de grunnleggende verdier som respekt, empati og faglig integritet.

Å bryte taushetsplikten er alvorlig. Det svekker tilliten til helsevesenet og kan føre til både tap av autorisasjon og strafferettslige reaksjoner. Taushetsplikt handler ikke bare om lov, men om respekt for menneskers rett til privatliv og verdighet.

Samtidig som lovene er så tydelige og konsekvensene mange og store, så hører vi gang på gang at helsepersonell diskuterer pasienter i lunsjen, deler informasjon på sosiale medier eller så lar de nysgjerrige pårørende få vite mer enn de har rett på.

Noen ganger er det små glipper, men husk at konsekvensene er store. For pasienten kan et slikt brudd bety tap av verdighet, skam og mistillit til systemet som egentlig skal beskytte dem.

Vi mister tillit

Å arbeide innen helse- og omsorgstjenesten innebærer et stort ansvar – ikke bare for fysisk og psykisk helse, men for respekt og fortrolighet. Taushetsplikten er ikke en formalitet, men et uttrykk for respekt for menneskers privatliv. Når den brytes, mister vi noe langt mer verdifullt enn informasjon, vi mister tillit.

Nå er det på tide at vi setter foten ned, det er på tide at ledere og ansatte tar taushetsplikten på alvor. Taushetsbrudd må møtes med tydelige reaksjoner, bedre opplæring og ikke minst, en åpen refleksjon i arbeidsmiljøet. Pasientene skal kunne stole på at alt de deler blir mellom dem og hjelperen, slik både etikken og loven krever.

Begynn å skrive avvik

Hvordan kan vi stoppe alle daglige gjentatte brudd på taushetsplikten? Jo, begynn å skrive avvik. Opplever du å få rapport i garderoben, få SMS med pasientinformasjon ... listen er nesten utømmelig, skriv avvik. Ved flere avvik av samme karakter skal ledelsen sette i gang tiltak for å forhindre at avviket gjentar seg. Og ha alltid i bakhodet: «need to know – want to know».

●●●

med · kjemi



Buzzy®

Effektiv smertelindring

- Hurtig smertelindring ved blodprøvetaking, muskel- og nerve-smerter, vaksinerings og injeksjoner
- Lang levetid og enkel og rengjøre
- Batteridrevet



Høyfrekvent
vibrasjon



Frosne vinger



Øyeblikkelig
smertelindring

Telefon: 66 76 49 00

e-post: firmapost@med-kjemi.no

www.med-kjemi.no

Åpent brev til redaktøren

I dag er det den 17. oktober og frist for innsending av materiale til siste utgave av det uavhengige medlemsorganet Helsefagarbeideren.

TEKST: YNGVE TRU7 VETHE LUDVIGSEN

Siden det er mitt inntrykk at redaktøren ikke på eget initiativ vil skrive om saken, så sender jeg et åpent brev til redaktøren for at medlemmene skal kunne lese om hva som har gått for seg i Helsefagarbeiderforbundet og i Delta gjennom sommeren og ut over høsten.

Helsefagarbeideren ved redaktøren er fortløpende informert om at et av deres medlemmer, delegat, protokollsignatur og valgt til 1. varamedlem på landsmøtet 8.-10. april, er sanksjonert av Deltas hovedstyre med tre - 3 - års suspensjon for å ha stilt opp og latt seg velge som vara tillitsvalgt i Helsefagarbeiderforbundets valgkomite.

Landsmøtevedtaket er opphevet og vedkommende er terminert som følge av suspensjon.

Helsefagarbeiderforbundets valgte og sittende styre for 2025-2028 har godtatt suspensjonen uten innvendinger og, dermed, prinsipielt/konstitusjonelt god-

tatt at Deltas styrevedtak og vedtekter er overordnet egen organisasjons/styres vedtekter og vedtak, helt inn i på arenaen for Helsefagarbeiderforbundets øverste organ, Landsmøte.

Deltas vedtektsfestede rolle og status på landsmøtet er observatør – med møte-, tale- og forslagsrett, uten stemmerett.

Deltas styre har, med dette, og med det sittende styret i Helsefagarbeiderforbundets samtykke i ettertid, annullert og omgjort vedtak fattet av medlemmenes delegater, fattet på organisasjonens øverste organ – organet som suverent velger de øverste tillitsvalgte og vedtar styringsdokumentene som er bindende for det samme styret.

Det reiser en del konstitusjonelle spørsmål for alle Deltas YO-er når Delta hevder at samarbeidsavtalen gir dem, Deltas vedtekter og Deltas hovedstyre, overordnet myndighet over hver enkelt YO's vedtekter, styrer, og også helt inn på den enkelte YO's øverste organ,

i dette tilfellet Helsefagarbeiderforbundets landsmøte der medlemmene hvert fjerde år velger sine øverste tillitsvalgte for de kommende fire årene.

Hvis dette praktiseres allerede, eller om dette er ment å skulle danne norm herfra og i det videre, så burde det engasjere og oppta redaktøren i et fritt og uavhengig medlemsorgan som skal representere medlemmene i en uavhengig yrkesorganisasjon som står i en slik aktuell samarbeidsavtale med Delta.

Sittende styre har ikke bistått sitt medlem/sin tillitsvalgt i denne situasjonen, verken underveis eller etterpå, i denne saken som har pågått gjennom hele sommeren og høsten utenfor Helsefagarbeiderforbundets medlemmers viten.

Det handler i høyeste grad om rettssikkerhet for individet, det vil si hvordan Helsefagarbeiderforbundets øverste tillitsvalgte behandler sine medlemmer og tillitsvalgte, og hvordan Helsefagarbeiderforbundets



Yngve Tru7 Vethe Ludvigsen er medlem i Helsefagarbeiderforbundet og var delegat til landsmøtet i april i år.

øverste tillitsvalgte nå forvalter egne vedtekter og vedtak fattet av Landsmøte, organisasjonens høyeste organ, av de utsendte delegatene som samlet representerer medlemmene fra hele landet. ●●●

Svar fra Helsefagarbeiderforbundet

Styret i Helsefagarbeiderforbundet kan ikke kommentere på denne enkeltsaken, både av hensyn til personvern, og fordi vi har et ansvar for å håndtere slike saker internt på en ryddig og korrekt måte.

Vi kan likevel forsikre om at saken har blitt håndtert i tråd med gjeldende regelverk og våre interne rutiner.

Vårt ansvar er å ivareta både den enkeltes rettigheter og Helsefagarbeiderforbundets integritet. Vi ber om forståelse for at vi derfor ikke kan kommentere detaljer.

Bente Svenum, leder Helsefagarbeiderforbundet

Svar fra redaktøren

Helsefagarbeideren er et uavhengig fagmedium og en del av norsk presse. Det betyr at jeg som redaktør er ansvarlig for det som publiseres i Helsefagarbeideren, inkludert innlegget over.

I innlegget kritiserer Yngve Tru7 Vethe Ludviksen meg for ikke å ha dekket en sak som direkte angår ham som medlem av Helsefagarbeiderforbundet og Delta.

Redaksjonen får inn mange forslag til saker. Hva som til slutt havner på trykk, avhenger av flere forhold, blant annet hvorvidt saken passer inn i den redaksjonelle profilen, noe jeg anser at Ludviksens sak ikke gjør.

Helsefagarbeiderens redaksjonelle profil er å:

- speile medlemmenes arbeidshverdag, og inspirere til utvikling av helse- og omsorgssektoren ved å formidle erfaringer fra arbeidsplasser.
- ha et kritisk blikk på rammebetingelsene for helse- og omsorgssektoren, og på helsefag-

arbeideres arbeidsvilkår.

- synliggjøre viktigheten av medlemmenes arbeid og fagkompetanse for allmennheten.
- oppmuntre medlemmer til faglig utvikling og bidra til å styrke fagidentiteten.

Helsefagarbeideren er dessuten et medlemsblad for Helsefagarbeiderforbundet. Vi gir medlemmer mulighet til å ytre seg, og vi dekker ulike begivenheter i forbundet, blant annet landsmøtene som holdes hvert fjerde år.

Innlegg til redaksjonen blir vurdert før de eventuelt tas inn i bladet. Dette innlegget er tatt inn fordi Ludviksen var utnevnt som delegat til landsmøtet i våres og ble valgt inn til valgkomiteen for den innværende perioden.

Ann Beate Grasdalen, redaktør

Delta fikk se innlegget fra Yngve Tru7 Vethe Ludvigsen før publisering og har valgt ikke å kommentere.

Nå har vi blitt flere menn, og vi godtar ikke dette lenger!

TEKST: TOM ARILD ERIKSEN



Tom Arild Eriksen er psykiatrisk helsefagarbeider ved et bofellesskap på Østlandet. Han jobbet tidligere ved et psykiatriske senter.

Jeg tviler på at folk i andre yrker hadde jobbet for denne lønna, som er dårligere en lagerarbeider i tjuårene.

Jeg er psykiatrisk helsefagarbeider. Jeg har gått flere år på skole for å utdanne meg, og for å ta etterutdanning. Min datter er i starten av tjuårene. Hun jobber på lager og tjener omtrent det samme som meg som har full ansiennitet.

Er vi helsefagarbeidere ikke mer verdt, når lagerarbeidere uten fagbrev tjener bedre oss?

Hvert år under lønnsforhandlinger, så går vi opp noen hundrelapper. Strøm og renter forsetter å øke. Etter noen uker er alt spist opp.

Jeg hører stadig om sykepleiere som ikke har råd til å kjøpe leilighet i Oslo, for eksempel. Men hva

med oss helsefagarbeidere som tjener hundre tusen mindre i året?

Hvorfor slår ikke Delta og Fagforbundet i bordet og sier, nok er nok! Vi får altfor lite betalt

Vi jobber kvelder, helger og høytider, når andre har fri. Venner har for lengst sluttet å be oss ut på noe. De regner med at vi jobber. Ikke rart at folk møter veggen.

Familien ser oss sjelden, fordi

vi må jobbe ekstra for å få en tilfredsstillende lønn. Ikke rart at folk blir utslitt og utbrent.

Nå må forbundene våkne!

Nå har vi blitt flere menn som er helsefagarbeidere, og vi godtar ikke dette lenger. Noe må skje.

Jeg er lei tillitsvalgte i forbund som ikke hører på oss «på gulvet», som smiser med ledelsen, er enig med dem og ikke tørr å si fra.

Hadde alle helsefagarbeidere gått til privat streik, så hadde det skjedd noe.

Hvorfor reagerer ingen? Jeg kommer aldri til å motivere mine barn og barnebarn til å jobbe i dette yrket. Noe må gjøres. ●●●

Medlemsfordel: Digitalt PAS-kurs

Et PAS-kurs tilbys alle medlemmer. Kurset består av tekst, lydfiler og film som formidler innholdet i positiv atferdsstøtte.

Delta har gått til anskaffelse av den digitale læringsplattformen Howspace, og Helsefagarbeiderforbundet har begynt å bruke den. Nå ligger et PAS-kurs tilgjengelig for alle medlemmer.

Positiv atferdsstøtte (PAS) er et rammeverk som benyttes for å øke livskvalitet og håndtere utfordrende atferd i et livsløpsperspektiv.

Kurset er utviklet av Vernepleierforbundet i Delta, i samarbeid med Fredrikstad kommune, og med støtte fra det nasjonale PAS-nettverket.

Send e-post til helsefagarbeiderforbundet@delta.no for tilgang.



**Ting Thorsen**

Delta Direkte

Har du noe du lurer på,
ta kontakt**Telefon: 02125**

(mandag-fredag 8-20)

E-post: direkte@delta.no

1. Hva er røde dager og når kan jeg få fri?

Røde dager i kalenderen viser til søndag, helligdager og høytidsdager. Hovedregelen i arbeidsmiljøloven er at det ikke er tillatt å jobbe på søndager og helligdager. Turnusarbeidere kan imidlertid ha arbeid som gjør det nødvendig å jobbe på dager vi gjerne kaller «røde dager».

Arbeidsmiljøloven har derfor bestemmelser som sikrer at noen av disse dagene blir fridager, slik at turnusarbeidere ikke risikerer å måtte jobbe alle de lovbestemte fridagene.

Hovedregelen i arbeidsmiljøloven sier at du skal ha fri annenhver røde dag. Det vil si, om du har jobbet på en rød dag, skal du ha arbeidsfri den påfølgende røde dagen. Deretter kan neste røde dag være arbeidsdag igjen.

Loven åpner for at røde dager kan gjennomsnittsberegnes i forbindelse med helger og høytider. Dette gir mulighet for mer sammenhengende fri.

På arbeidsplasser med inngått tariffavtale skal dette avtales skriftlig mellom arbeidsgiver og tillitsvalgte. Tillitsvalgte, i samarbeid med arbeidsgiver, kan bli enige om å lage en egen høytidsturnus hvor det avtales at minimum halvparten av de røde dagene i turnusperioden skal være fridager. Et eksempel på dette kan være at den ansatte har fri de røde dagene i julen, men jobber første nyttårshelgen.

2. Hvis jeg jobber en rød dag, hva har jeg krav på av tillegg?

Hva du har krav på i lønn når du må jobbe røde dager, avhenger av hvor du jobber, og om arbeidsplassen har tariffavtale, arbeidsavtale eller annen avtale som regulerer tillegg for arbeid på slike dager.

Arbeidsmiljøloven regulerer i liten grad tilleggslønn for arbeid på røde dager. For de fleste vil retten til ekstra kompensasjon være regulert i en tariffavtale eller arbeidsavtale. Reglene er ofte ganske like i virksomheter som er bundet av tariffavtale.

Er du usikker på hva som gjelder på din arbeidsplass, forhør deg med arbeidsgiver eller ta kontakt med tillitsvalgt.

Ansatte i kommunene og helseforetakene har krav på et tillegg på 133,3 % per arbeidet time, mens ansatte i staten får timelønn tillagt 100 % for arbeid:

- mellom kl. 00:00 og 24:00 på helligdager (med unntak av søndager)
- mellom kl. 12:00 og 24:00 på pinse-, jul- og nyttårsaften og onsdag før skjærtorsdag.

Oslo kommune kan ha enkelte avvikende bestemmelser.

Jobber du for virksomheter med tariffavtale, er det vanlig at disse følger bestemmelsene som gjelder i KS og helseforetakene for arbeid på røde dager og hvilke tillegg som gis. Kontakt din tillitsvalgt eller Delta Direkte hvis du har spørsmål.

Jobber du i en privat virksomhet uten tariffavtale, kan arbeidsavtalen inneholde egne bestemmelser om annen kompensasjon og hvilke tidsrom som gir rett til ubekvemstillegg.

3. Hva regnes som røde dager mellom jul og nyttår?

1. juledag, 2. juledag og 1. nyttårsdag er helligdager og regnes som røde dager. I tillegg er søndag 28. desember 2025 en rød dag, ettersom søndager også er røde dager.

Julaften er ikke en rød dag, men fra kl. 15.00 regnes den som en del av helligdagsdøgnet for 1. juledag. Det samme gjelder nyttårsaften, som regnes som rød fra kl. 18.00 og inngår i helligdagsdøgnet for 1. nyttårsdag.

Dersom du er dagarbeider og må jobbe på julaften eller nyttårsaften, følger det av tariffavtalene i kommune- og helseforetakene at disse dagene skal være arbeidsfrie fra kl. 12.00 – uten trekk i lønn.

Hvis du må jobbe i julen, er det viktig å vite at lønn ved arbeid på helligdager ikke er regulert i arbeidsmiljøloven. Dette må derfor være regulert i en tariffavtale eller arbeidsavtale.

Røde dager	Arbeidsmiljølovens definisjon av ulike røde dager	Tid for tillegg i tariffavtaler (KS, Spekter m fl)
Søndager	Lør. Kl. 18.00 – søn. kl. 22.00	Lør. kl. 00.00 – søn. kl. 24.00
1. nyttårsdag	31.12 kl. 18.00 – 1.1 kl. 22.00	31.12 kl. 12.00 – 1.1. kl. 24.00
Skjærtorsdag	Ons. kl. 18.00 – tors. kl. 22.00	Ons. Kl. 12.00 – tors. kl. 24.00 (gjelder ikke Oslo kommune)
Langfredag	Tors. Kl. 22.00 – fre. kl. 22.00	Fre. kl. 00.00 – 24.00
1. påskedag	Lør. kl. 15.00 – søn. kl. 22.00	Lør. kl. 00.00 – søn. kl. 24.00
2. påskedag	Søn. kl. 22.00 – man. kl. 22.00	Man. kl. 00.00 – 24.00
1. mai	30.4 kl. 22.00 – 1.5 kl. 22.00	1.5. kl. 00.00 – 24.00
Kristi Himmelfartsdag	Ons. kl. 18.00 – tors. kl. 22.00	Tors. kl. 00.00 – 24.00
17. mai	16.5 kl. 22.00 – 17.5 kl. 22.00	17.5 kl. 00.00 – 24.00
1. pinsedag	Lør. kl. 15.00 – søn. Kl. 22.00	Lør. kl. 12.00 – søn. kl. 24.00
2. pinsedag	søn.kl. 22.00 – man. kl. 22.00	Man. kl. 00.00 – 24.00
1. juledag	24.12. kl. 15.00 – 25.12. kl. 22.00	24.12 kl. 12.00 – 25.12 kl. 24.00
2. juledag	25.12. kl. 22.00 – 26.12. kl. 22.00	26.12 kl. 00.00 – 24.00

Tabell om arbeid på røde dager

Første kolonnen i denne tabellen gir oversikt over hvilke dager som er røde i kalenderen. I andre kolonne ser du hvilke tidspunkt som er røde ifølge arbeidsmiljøloven, mens i tredje kolonne er tidspunkt for ubekvemstillegg i tariffavtalene for KS, Spekter, med flere.

Den samme tabellen finner du på nettet i Deltas artikkel: Skal du jobbe på røde dager? Dette får du i ubekvemstillegg



Optima pH4

-unik kombinasjon av eddik, alginat og mjukgjørende ingrediensar

- dagleg vask • dagleg pleie
- sårbehandling

Vask/hudpleie som forebygger/pleier hudplager, styrker syrekappa og bevarer den gode bakteriefloraen. Utan parfyme. Låg pH.

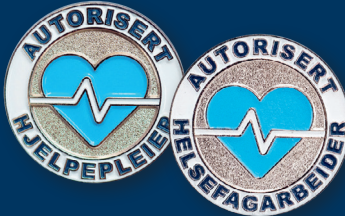


Meir info



Optima Produkter AS
5600 Norheimsund, Tlf. 56 56 46 10

www.optima-ph.no



Er du autorisert hjelpepleier eller helsefagarbeider, og medlem av Delta, bestill autorisasjonsnålen i dag.




Vipps-nummer 537972

Ved bruk av denne flotte nålen i sølv og emaljé signaliserer du både kunnskap og kvalitet.

Vipps 400 kroner til Helsefagarbeidere i Delta (Vippsnr 537972). Prisen inkluderer porto og en pen oppbevaringseske.

Vipps

oppgi fullt navn og fødselsdato (seks siffer) for kontroll av autorisasjon, og om du vil ha hjelpepleiernål eller helsefagarbeidernål.



Helsefagarbeiderforbundet
en yrkesorganisasjon i Delta



PÅ HJERTET



med Arnt Ove Pettersen,
nestleder i Helsefagarbeiderforbundet

– Da spør jeg, hva tenker dere å oppnå med å konkurranseutsette?

Mangel på folk og dårlig økonomi. De to temaene er gjengangere når Arnt Ove Pettersen snakker med folk rundt om i kommune-Norge. Det samme er politikernes drøm om en «quick fix».

For å bøte på ressursmangelen i kommunene utfordres de ansatte på arbeidstid og helgefrequens. Det betyr mer ubekvem arbeidstid og flere arbeidshelger. Arnt Ove kjenner seg igjen. Han er selv hovedtillitsvalgt i en kommune i Region Nord, og nestleder i Helsefagarbeiderforbundet.

Problemene i sektoren er store. Løsningene er kompliserte. Omorganiseringer tar tid, men han opplever at de er på rett vei.

– I min kommune og i andre kommuner er det mye bra arbeid på gang. Man må la det få tid til å virke.

Men så kommer en kommunepolitiker på ideen: *kanskje de bare skal konkurranseutsette?* Så kan andre finne løsningene. Da bruker han å spørre, *hva håper de å oppnå med det?*

Svarene inneholder gjerne ord som *innovasjon* og *fleksibilitet*.

Det handler om å utnytte ressursene bedre.

– Og hvem er de ressursene? Jo, det er våre medlemmer. Det er våre ansatte som blir å bære den belastningen, sier Arnt Ove.

Dårligere vilkår i det private

I Arnt Oves kommune finnes private boliger for personer med utviklingshemming, og innen rus og psykiatri. Han har en del medlemmer i det private, og kan bare konstatere:

– De jobber oftere helg, de har lengre vakter, kortere hviletid mellom skiftene, og de er mer underbemannet.

– Vi i Delta er positive til fleksible turnusordninger. Vi skal strekke oss langt, men det må bygge på frivillighet, sier han.

Private aktørers kreativitet for å oppnå bedre lønnsomhet går gjerne på bekostning av de ansatte, slik han erfarer det. Det fører til dårligere lønn og bruk av turnuser som ikke er helsefremmende.

Selv om det finnes private bedrifter som har alt på stell, så melder medlemmer derfra om at de får stadig nye turnuser, eller blir flyttet til nye arbeidssteder, ofte med kort varsel. Varslingskravet i arbeidsmiljøloven er bare på to uker. Det gjør det vanskelig å planlegge livet.

I kommunen har de rutiner som gir mer forutsigbarhet. Blant annet skal en ny turnus varsles minst tre måneder i forveien.

Noen private bedrifter mangler dessuten tariffavtale. Da finnes ingen minimumslønn, og de ansatte har ingen plasstillitsvalgt til å ivareta dem og godkjenne turnusene. Dessuten er arbeidstidsreglene bedre i tariffavtalen enn i arbeidsmiljøloven.

– Har dine medlemmer i det private noen fordeler?

– Ja, kanskje, at det åpner i større grad for såkalt medlever-turnus. Det bruker vi

i liten grad i kommunen, svarer Arnt Ove.

Medlever-turnus er en turnusordning der ansatte bor på en institusjon over flere dager sammen med beboerne.

– Så er det kanskje lettere i det private å søke nye utfordringer enn i en kommune. I det private skifter de oftere arbeidssted. Det kan være en fordel for de som ønsker å reise nye steder.

– Men flertallet har familie og barn, og må planlegge hverdagen sin, legger han til.

– Hva er ditt svar til politikere som vil konkurranseutsette?

– De private kan snu seg forttere, men det går på bekostning av de ansatte, svarer han.

Han tror manglende kunnskap er årsaken til at forslag om konkurranseutsetting kommer, og at nærmere undersøkelser vil vise at det alt i alt er lite å spare. Dessuten er det en risiko at enda flere av de ansatte vil søke seg bort. Det skjer allerede i dag på grunn av for høy belastning.

– Det finnes ikke noen «quick fix» uten å ha en god dialog med de ansatte rundt arbeidsplan og oppgavedeling, konkluderer han.

Leder og nestleder fulgte Norges utøver i Danmark

Euroskills EM i yrkesfag samlet seks hundre talentfulle unge som konkurrerte i 38 forskjellige fag.

Leder og nestleder fulgte Norges utøver i helsearbeiderfaget Henrik S. Bølggenhaugen. Han konkurrerte i Danmark mot seks andre helsefagarbeidere fra forskjellige land i Europa, og han vant sølvmedalje!



Landsstyret fikk demonstrert ny teknologi

I slutten av september besøkte landsstyret Almas hus i Oslo,

Almas hus et visningssenter for helseteknologi, fysisk utforming og tilrettelegging. Vi ble vist og fortalt hvordan omgivelser og hjelpemidler kan gjøre hverdagen enklere og tryggere for personer med kognitiv svikt eller demens.



Nettverkssamling i Region Innlandet

Styremedlem og hovedtillitsvalgt Tine Sagvold var på nettverkssamlingen til region Innlandet i oktober. Der var også 1. nestleder i Delta, Marit Solheim.

Tema på samlingen var blant annet tariffdebatt for KS, representantskapsaker og kunstig intelligens.



KONTAKTINFO

STYRET 2025-2029

Forbundsleder:

Bente Svenum

bente.svenum@delta.no

94875348



Nestleder:

Arnt Ove Pettersen

arnt.ove@helsefag-

arbeiderforbundet.org

40347225



Region Nord:

Elena Gelfert

elena@helsefag-

arbeiderforbundet.org

99224084



Region Midt:

Tove Innvik

tove@helsefag-

arbeiderforbundet.org

40282880



Region Vest:

Iris Torvanger

iris@helsefag-

arbeiderforbundet.org

47175159



Region Sør Vest:

Tone Madsen

tone@helsefag-

arbeiderforbundet.org

95013905



Region Sør Øst:

Janita Kortgaard

janita@helsefag-

arbeiderforbundet.org

40604349



Region Sør Øst:

Mona Ramdal

mona@helsefag-

arbeiderforbundet.org

90558185



Region Innlandet:

Tine Sagvold

tine@helsefag-

arbeiderforbundet.org

46677194



Ungrepresentant:

Caroline Mittet Kvernen

carolinemk@helsefag-

arbeiderforbundet.org

91861244





Fremtidens helsetjenester krever ny og oppdatert kompetanse.



AKADEMIET
VIDEREUTDANNING

Kurs utviklet spesielt for deg som jobber innen helsesektoren – enten du jobber som pleieassistent eller helsemedarbeider og ønsker å bli utdannet helsefagarbeider, eller ønsker å jobbe på et mer administrativt nivå som leder.

Akademiet Videreutdanning tilbyr kurs og studier på ulike nivå innen helse og omsorg.

Skann og les mer!



Still sterkere i jobben og bli tryggere på arbeidsoppgavene dine!

