HELSEFAG ARBEIDEREN
NR. 1 2026
FAGTIDSSKRIFT FOR HELSEFAGARBEIDERFORBUNDET

Hva koster en lærling?
side 28

# TID-modellen har tid til ansattes følelser – Unni er kursholder

side 12

Ny **kompetanse**
i **takt** med **livet**!

# Klar for neste steg?

Yrkesvalgene vi tar er i stadig utvikling, og innenfor helsefag er det aldri for sent å oppdatere kompetansen din for å utvide og bevare mulighetene i et arbeidsmarked med stor etterspørsel for akkurat din kunnskap. Uansett om du vil begynne på nytt eller utvikle deg der du er, så har vi studier som er enkle å gjennomføre i takt med livet.

**Fagskolen**
Innlandet

Søk i Samordna opptak. Søknadsfrist
**15. april**

**ANN BEATE GRASDALEN**
redaktør
grasdalen@helsefagarbeiderforbundet.org

# Fast på møteplanen står, å prate sammen om følelser

Ved nyttår ble det gjort helt tydelig i arbeidsmiljøloven at det psykososiale arbeidsmiljøet er like viktig som det fysiske. Emosjonelle krav, uklare forventninger og tidspress skal veie like tungt i HMS-arbeidet som arbeidsstilling, støy og forurensning.

I de siste årene har samfunnet fått øynene opp for den emosjon- elle belastningen av å jobbe tett på mennesker. Symptomer kan bli verre av å ikke ta dem på alvor.

Vi foreslår en titt på TID-modellen for arbeidsplasser som ser på muligheter for å styrke det psykososiale arbeidsmiljøet. Den er bygget opp rundt jevnlige møter for å skape gode personsentrerte tiltak for pasientene. De ansattes følelser i arbeidssituasjoner står fast på agendaen. Modellen har dessuten vist seg å redusere vold mot ansatte. Det er tre ting på én gang, snakk om kinderegg.

Har du hørt om eksistensiell omsorg?
Les side 18

**REDAKSJONSRÅD**
Lise Munkvold
Hanne Christine Rynning-Berg
Svein Olav Tøndel
Zarko Veselinovic
Stig Fagerland

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

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:**
Rigmor Sjaastad Hagen

**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

TRYKT I NORGE
NO - 1470

**Design og trykk:**
Aksell AS

## INNHOLD

**4** Småstoff
**5** Hva skal egentlig være «godt nok» i fremtidens helsetjenester?
**6** Bruk av medisindispensere i Aukra
**12** TID-modellen gjør det lettere å være samkjørte
**18** Mening i livet hos personer med demens
**20** Slik kan helsepersonell styrke pasientens autonomi
**25** Bokanmeldelse: Hva gjør vi når noen dør?
**28** Taper eller tjener man på å ha lærling?
**31** Hvordan sikre forsvarlige tjenester i små enheter?
**32** Krever lik behandling av deltidsansatte
**33** Fem hundre kroner for langvakter i helgene
**34** Smak litt på ordet: Psykososial
**35** Kan du forklare meg hvorfor du gjør det på denne måten?
**36** Digital fagsamling for helsefagelever
**37** Delta og Negotia har slått seg sammen

**Delta** ▸ **38**
Hovedtariffoppgjøret 2026

**Delta informerer** ▸ **40**
3 spørsmål og svar om uvær

**På hjertet** ▸ **42**
– Når vi trenger flere, men blir færre, må det legges til rette for at folk får utdanne seg

**Nytt fra styret** ▸ **43**

## Videokonsultasjon hos fastlegen for alle

Endringer i regelverket innebærer at fastleger framover må tilby innbyggerne digitale tjenester, herunder konsultasjoner via video, tekst og telefon.

Digital timebestilling på helsenorge.no skal være tilgjengelig hos alle fastleger.

Den nye fastlegeforskriften tydeliggjør også i større grad hva som er kommunens og hva som er fastlegens ansvar og oppgaver.

**Kilde: Helse- og omsorgsdepartementet**

6 av 10 nordmenn har brukt digitale helsetjenester det siste året.

**Kilde: Regjeringen**

## Hver åttende sykehusinnleggelse fører til skade

Bivirkninger og feil bruk av legemidler er den hyppigste årsaken til pasientskader. For å bidra til å redusere skader forårsaket av legemidler, pågår det nå et arbeid med en nasjonal plan for riktig legemiddelbruk

**Kartleggingen er gjennomført av Helsedirektoratet.**

## Enklere å stille Alzheimers-diagnose

En vanlig blodprøve kan nå brukes i diagnostiseringen av Alzheimers sykdom på et tidlig stadium. Det skjer gjennom å påvise en biomarkør for sykdommen. Blodprøven kan rekvireres fra spesialisthelsetjenesten.

**Kilde: Aldring og helse**

## Tre ting trengs for at flytting til sykehjem skal gå bra

Ifølge den svenske forskeren Linda Arvidsson som har fulgt syv eldre personer.

1. De eldre må være så involvert som mulig.
2. Gode forhold til personene som hjelper til med flyttingen.
3. Tidspunktet for å flytte må passe, både for eldre og pårørende.

**Kilde: Forskning.se**

## Arbeidet med «yrkesbachelor» er i gang

I januar startet Regjeringen opp arbeidet med å lage et rammeverk for mer avanserte fagskoleutdanninger, tilsvarende bachelor og master.

Fagskoleutdanningene skal plasseres i en egen yrkesfaglig søyle som går parallelt med søylen for universitets- og høgskoleutdanninger. Dette skal gi et løft for fagskolene og for yrkesfaglig utdanning. Arbeidet er en oppfølging av Fagskole-meldingen som ble lagt fram våren 2025.

Et forslag skal være klart innen 1. november 2026, som deretter sendes på høring.

**Kilde: Kunnskapsdepartementet**

## 1 av 3 får en hjernesykdom i løpet av livet

Hjernesykdommer er den største årsaken til at nordmenn blir uføre. Usynlige symptomer er mest krevende å håndtere, både for den som er rammet av hjernesykdom, og for tildelingstjenestene i kommunen.

**Kilde: Helsedirektoratet**

Leder av Helsefagarbeiderforbundet
**Bente Svenum**

# Hva skal egentlig være «godt nok» i fremtidens helsetjenester?

Er det «godt nok» at vi rekker oppgavene på lista – eller skal vi se pasienten, bruke blikket, tiden og relasjonen som en naturlig del av behandlingen?

2026 er godt i gang, og jeg håper virkelig at dette blir et år som gir mange gode øyeblikk.

Et spørsmål jeg møter stadig oftere, er: *Hva skal egentlig være «godt nok» i fremtidens helsetjenester?*

For meg er ikke dette et teoretisk spørsmål, men et som treffer arbeidshverdagen. Er det «godt nok» at vi rekker oppgavene på lista – eller skal vi se pasienten, bruke blikket, tiden og relasjonen som en naturlig del av behandlingen? Jeg mener at godt nok er det som gir trygghet, verdighet og faglig kvalitet for hver eneste pasient vi møter. Den standarden skapes ikke på en arbeidsliste. Den skapes i møtet mellom deg og menneskene du er der for – hver dag, på hver vakt, på hver avdeling.

**Hva gjør dagene gode eller krevende, og hva er viktig?**

Det som gir meg energi i vervet mitt, er å møte dere som jobber ute på små og store arbeidsplasser, i de travle formiddagstimene og i de helt stille nattevaktene. Jeg vil høre hva som gjør dagene gode, hva som er krevende, og hva som er viktig for deg akkurat nå.

Det er de samtalene som lærer meg mer av hva som trengs, og hva vi må jobbe for videre. Jeg håper – og tror – at 2026 blir året der helsefagarbeideren får nye roller. At vi får vise kompetansen og påvirke retningen tjenestene skal ta, slik at fagkunnskapen til helsefagarbeideren får den tyngden og plassen den fortjener.

**«Mer av sånne opplevelser!»**

Nå jeg skriver denne lederen så er det Vinter OL i Italia og det fikk meg til å tenke på et sykehjem som arrangerte sitt eget «ski-VM» i fjor, der de ansatte og ledere hadde skikonkurranse innendørs. Beboerne heiet og skapte skikkelig stemning med flagg og plakater. En eldre dame ropte: «Dette er det mest spennende som har skjedd i dag – mer av sånne opplevelser!» Og etterpå ble det pølsefest på alle sammen.

Det viste meg hvor mye glede, fellesskap og liv som finnes i helsetjenesten, når vi skaper rom for det. Små øyeblikk som samler oss, gir energi og gjør hverdagen litt mer spennende for både beboere og ansatte.

**Bærekraft i helsetjenesten**

Et annet viktig perspektiv for 2026, er hvordan vi tar vare på oss selv – som arbeidstaker og som mennesker. Fra 1. januar i år ble kravene til psykososialt arbeidsmiljø skjerpet. Arbeidsgivere må framover jobbe systematisk med forhold som trivsel, samarbeid, konflikthåndtering og forebygging av trakassering.

I en sektor som aldri står stille, der kravene endrer seg og tempoet kan være høyt, er det lett å glemme egen trivsel og faglig trygghet. Men bærekraft i helsetjenesten handler ikke bare om økonomi og struktur. Det handler om mennesker som klarer å stå i jobben, som får utvikle seg, som opplever mestring og som kjenner på stolthet.

Jeg tror på en helsetjeneste der helsefagarbeidere både får og tar plass, der det er rom for å spørre, lære, le og utforske sammen. For når vi har det bra, da har også pasientene det bedre. Det er en sammenheng vi ikke må undervurdere.

*Ønsker dere en god vår!*

To helsefagarbeidere har hovedrollene:

# Systematikk i arbeidet + menneskelig nærhet = trygge pasienter

I øykommunen Aukra i Romsdal er hjemmetjenesten nær en gullstandard i bruk av medisindispensere. To helsefagarbeidere, Lina Reset og Akif Khirro, er såkalte superbrukere.

TEKST: **EVA KYLLAND**
FOTO: **RIGMOR SJAASTAD HAGEN**

*De sparer minst 600 timer hver måned på å bruke elektronisk medisineringsstøtte. Fra venstre Akif Khirro, Malene Lillebostad og Lina Reset.*

På oppdrag fra Helsetilsynet utførte statsforvalterne i 2024 en kontroll i 51 kommuner. Målet var å finne ut om hjemmeboende pasienter får forsvarlig hjelp med å ta legemidler når de deles ut ved hjelp av medisindispensere. Oppmerksomheten var rettet mot kommunenes rutiner og ansvar. Tilsynet avdekket lovbrudd i 29 av kommunene.

Men ikke i Aukra, der omsorgssenteret med hjemmetjenestens base ligger på øya Gossen. Pasienter bor også ti minutters fergetur unna, på fastlandsdelen av kommunen.

Statsforvalteren der undersøkte ikke om hjemmetjenestens høye kvalitet i arbeidet med medisindispensere har noe å gjøre med innbyggertallet, som på Aukra i Romsdal er omtrent 3700.

Rundt 40 personer er ansatt i hjemmetjenesten, i ulike stillingsprosenter. All deltid hos fagutdannete er frivillig.

Akif Khirro kom først til Aukra for å gå på norskkurs, utdannet seg til helsefagarbeider i Kristiansund og flyttet tilbake til Aukra. Der ble han etter hvert lærling i hjemmesykepleien, og fikk for fire år siden fast stilling. Samtidig ble han superbruker av medisindispensere.

Akif har tatt ett års videreutdanning på fagskole i «Sykdomslære og legemidler i arbeid med den eldre pasienten».

*Omsorgssenteret med basen til Aukra hjemmetjeneste ligger på øya Gossen.*

**Hjemmetjenesten i Aukra begynte å bruke Evondos medisindispenser i 2019. To år senere startet de opp med Dignio.**

– Vi hadde svært mye utfordringer i starten og vi har måttet bytte ut alle dispenserne i to runder på grunn av ulike tekniske feil og mangler, forteller avdelingsleder Malene Lillebostad.

Support fra leverandørene er tilgjengelig for dem døgnet rundt. De bytter straks ut en dispenser hvis noe ikke fungerer.

## Sparer 600 timer

Siden 2019 har hjemmetjenesten i Aukra brukt såkalt *elektronisk medisineringsstøtte*. Det varierer hvor mange medisindispensere de har i bruk, oftest mellom 25 og 30.

– Vi sparer i hvert fall 600 timer i måneden, som vi tidligere brukte på å håndtere medisiner. Nå klarer vi å gjøre mer med samme antall ansatte, sier sykepleier Malene Lillebostad, avdelingsleder for tjenester for hjemmeboende.

Lina Reset, helsefagarbeider og superbruker av velferdsteknologi, bekrefter:

– Kolleger i andre kommuner sier ofte at de har det hektisk. Jeg opplever ikke at vi har det problemet. Og jeg tror pasientene føler seg ivaretatt. Vi har nok tid til dem.

Ifølge Malene er det systematikk i arbeidet med dispensere sammen med menneskelig nærhet som skaper trygghet. Dette har ført til at hjemmetjenesten i Aukra, ut fra Helsetilsynets funn, ligger nær en gullstandard i sitt arbeid med dispensere.

Elektronisk medisineringsstøtte er bruk av medisindispensere som varsler, via lys, lyd og tekst, ved forhåndsinnstilte tidspunkt når medisin skal tas.

*Kilde: Helsedirektoratet*

## En tverrfaglig modell

De ansatte i hjemmetjenesten får nok tid til å sette seg inn i og forstå teknologien, noe som må til for å lykkes.

– Det nest viktigste, som jeg opplever har blitt en suksess, er at noen ansatte er superbrukere. To av de tre som har denne oppgaven nå, var med i arbeidet helt fra vi planla å innføre dispensere, forklarer Malene.

Superbrukerne har fått kurs og opplæring. De skal være tettest på tjenesten. Og de hjelper til med å dra prosessen fremover, blant annet ved å gi støtte til kolleger.

Helsefagarbeiderne Lina og Akif har fått hovedrollene som superbrukere. Malene mener det å få ansvar for velferdsteknologi kan øke helsefagarbeidernes motivasjon. Dessuten lønner det seg å bruke og utvikle kompetansen der den faktisk gir størst effekt i det daglige.

– Helsefagarbeidere tar hånd om det operative. Sykepleiere konsentrerer seg om det de trenger sin utdannelse for å kunne håndtere. Denne tverrfaglige modellen kan gi en robust og bærekraftig løsning, sier Malene.

– Jeg tror alle helsefagarbeiderne er stolte av arbeidet vi gjør. Flere er interesserte i å bli superbrukere, forteller Akif.

For ham og Lina betyr det mye at Malene kjenner dispenserne ekstra godt. Dermed har de mulighet til å snakke med en sjef som forstår. Selv oppfatter Malene det som en nøkkel til å lykkes med velferdsteknologi. Hun går aktivt inn i arbeidet.

## Kartlegge og evaluere

Da statsforvalterne i 2024 gjennomførte det landsomfattende tilsynet, fant de lovbrudd i over halvparten av kommunene, men altså ikke i Aukra.

– Vi kom godt ut av dette tilsynet, fordi vi kartlegger grundig før vi plasserer dispensere ut, og vi følger opp ved å evaluere regelmessig, forteller Malene.

Det er vesentlig å sikre at de administrerer foreskrevne legemidler på en forsvarlig måte. Hvis hjemmetjenesten kan klare det ved hjelp av medisindispenser, er den alltid førstevalget.

Informasjon om funksjonsnivå skaffes blant annet ved hjelp av en IPLOS kartlegging. Det er i tillegg viktig å få vite en del om den psykiske helsen.

«Jeg tror alle helsefagarbeiderne er stolte av arbeidet vi gjør. Flere er interesserte i å bli superbrukere.»

Akif, superbruker

Pasienter med kognitiv svikt starter med teknologien mens de fortsatt er i stand til å lære å bruke den.

– Tilsvarende gjelder for pasienter som bruker mange medisiner og sliter noe med å huske hva som er riktig dose til rett tid, sier Akif.

– Hver gang vi etterfyller medisiner i dispenserne, stiller vi evalueringsspørsmål, forteller Lina.

Det skjer som regel hver fjortende dag. Da må den ansatte finne ut om pasienten fortsatt mestrer å bruke medisindispenser. Ønsker hen å få mer opplæring? Skal det bare små justeringer til? Passer tidspunktene, som dispenseren er stilt inn på, til pasientens hverdag?

Hver tredje måned gjør de større kartlegginger med andre spørsmål. Målet er å fange opp eventuelle endringer i pasientens helse som gjør at hen ikke lenger er i stand til å bruke teknologien.

## Elektronisk dosett

Det neste nye hjemmetjenesten ønsker seg, er en dispenser fra Dignio formet som en elektronisk dosett. Den er beregnet for tabletter som ikke kan pakkes i multidose. Dosetten skal snart testes ut.

**Programmere**

Aukra hjemmetjeneste bruker medisindispenserne Evondos og Dignio Katie. Kartleggingen avgjør hvilken som er best for denne pasienten. Superbrukerne får avsatt tid både til å kartlegge og programmere, det er bare å gi beskjed til den som har ansvarsvakt.

– Vi logger inn på fjernpleiesystemene på pc-en. Her registrerer vi informasjon om brukeren, sånt som fødselsdato, navn og personnummer, forklarer Akif.

De legger også inn individuelle tilpasninger til hver pasients dispenser, som styrke på lys og lyd.

Ut fra brukerens døgnrytme velger superbrukerne hvor lang tid det skal gå før hjemmetjenesten får beskjed om at en dose ikke er hentet ut. Pasienter som ofte er ute av hjemmet, må ha bedre tid på seg, før et varsel går videre.

De som ikke får tatt medisinen, må følges opp.

– Vi har mulighet til å mate ut en «glemt dose», sånn at den blir tilgjengelig på nytt i noen minutter. Samtidig må vi ha kontakt med pasienten. Det er viktig å få vite årsaken til at han først ikke tok medisinen, sier Akif.

Den nyeste dispenseren til Evondos har et innebygget kamera, ved hjelp av det kan de se at brukeren faktisk tar medisinen.

Når en pasient skal reise bort, kan hen ta med seg medisindispenseren. En forutsetning er at hjemmetjenesten i besøkskommunen har kjennskap til type dispenser. De må kunne gi respons på varsler.

**Journalføring**

Mangelfull journalføring er et funn som gikk igjen i Helsetilsynets kontroll i 2024.

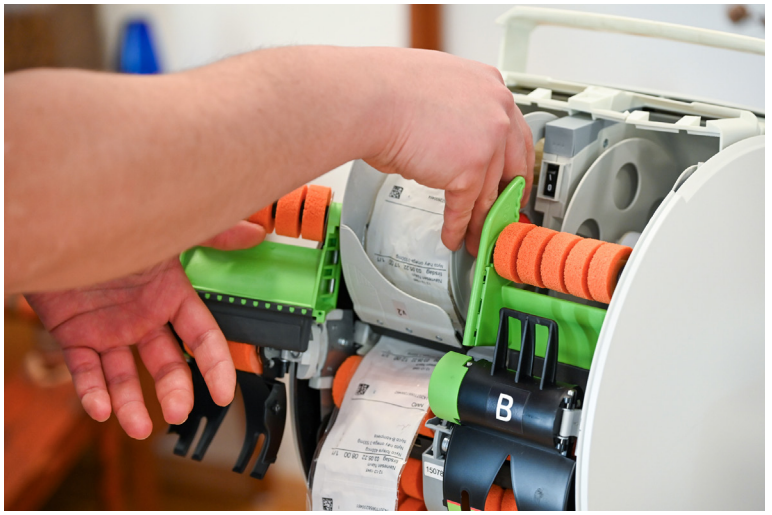
Aukra kommune bruker journalsystemet Helseplattformen. Malene har utarbeidet egne skjemaer for kartlegging, i tillegg til de standardiserte som ligger i plattformen. Spørsmålene der var ikke dekkende nok. Dette kom Malene fram til i samråd med superbrukerne.

Når en ny pasient tar i bruk elektronisk medisineringsstøtte, planlegger hjemmetjenesten to ukers opplæring. En ansatt er til stede hver gang brukeren skal ta medisin. Der det er aktuelt, lærer pårørende samtidig.

– I den opplæringsperioden skriver vi hver dag i journalen under «notater». Hvis pasienten mestrer bruken i sju dager, er det ikke behov for en lengre periode med opplæring, sier Lina.

**Bruke avvik**

– Vi har gjort et stort arbeid med å forbedre kvaliteten i tjenesten. Først og fremst bruker vi de avvikene vi får inn gjennom kvalitets-



*Akif etterfyller med multidose på medisindispenseren til Evondos. Når en ny pasient tar i bruk elektronisk medisineringsstøtte, planlegger hjemmetjenesten to ukers opplæring. En ansatt er til stede hver gang brukeren skal ta medisin.*
*Foto: Aukra hjemmetjeneste*

systemet Compilo, forklarer Malene.

De skriver avvik når der er svikt i rutinene eller det oppstår feil. Lina gir et eksempel fra omsorgssenteret:

En av beboerne som brukte Dignio Karie, svarte «ja» når de spurte om hun hadde tatt medisinen. Men hun kunne ikke gjøre rede for hvor hun hadde gjort av den tomme posen, og den var ikke i søpla. Pasienten tok medisinen ut av dispenseren, så hjemmetjenesten fikk ikke noe varsel. Likevel visste de ikke om hun svelget tablettene. Dette førte til usikkerhet.

– Dermed vurderte vi at det var mer forsvarlig med fysiske tilsyn, sier Lina.

Malene har innført internkontroll. Hun tar stikkprøver i journalen for å se om de ansatte dokumenterer på rett måte. I tillegg sjekker hun at alle fortløpende følger opp evalueringene som skal gjøres.

**Møter for superbrukere**

I faste møter får de tre superbrukerne stadig mer opplæring. Og de evaluerer om nye pasienter trenger medisindispenser. I en chattegruppe skriver de inn nyttig informasjon. Malene har tilgang som overordnet.

Lina opplever flest utfordringer i hverdagen knyttet til tekniske problemer med dispensere.

– Hvis der er trøbbel med en dispenser og jeg har ringt kundeservice, deler jeg alle opplysningene med de andre. Da vet de andre superbrukerne like mye som meg neste gang tilsvarende utfordringer oppstår, sier hun.

Under statusmøter med leverandørene jobber superbrukerne kontinuerlig med å forbedre kvaliteten. Dispensere det har vært problemer med, blir gjerne byttet ut.

Hvis leverandørene oppdager mange feilvarsler, for eksempel under etterfylling av medisiner,

«Vi kartlegger grundig, før vi plasserer dispensere ut, og vi følger opp ved å evaluere regelmessig.»

Malene, avdelingsleder

# Føler meg trygg

– Å bruke medisindispenser gir meg trygghet, sier Reidun Blomsnes, som er i 80-årene og bor på Gossen.

For en del år siden måtte Reidun Blomsnes gjennom en stor operasjon og hun fikk narkose. Hun kunne fortsette å bo hjemme, men følte seg ikke sikker på at hun klarte å ta medisinene sine til riktig tid. Da tilbød hjemmetjenesten henne å få medisindispenser.

– Etter det har jeg følt meg veldig trygg. Der er ingen minussider. Jeg vet at alt er i orden med medisinene og jeg tar dem når jeg skal.

Hver kveld har hjemmetjenesten tilsyn hos Reidun, av andre grunner. Pluss at hun har et stort nettverk på Gossen.

*Foto: Aura hjemmetjeneste*

anbefaler de en ny runde med opplæring. Da pleier antall feil å gå ned.

De ansatte kan ringe til superbrukerne hvis en alarm går. Akif fikk nettopp telefon fra ansvarsvakten, hjemme hos en pasient. Følgende feilmelding kom fra en dispenser: «Kan ikke lese medisinposen.»

– Jeg ba ham se om alt så ut til å være innstilt som det skal. Eventuelt ta ut kassetten, restarte maskinen og sette kassetten inn igjen.

**Ansatte ser verdien**

Malene Lillebostad tror på kontinuerlig opplæring av ansatte. Iblant går hun inn i fjernpleiesystemet. Der kan hun se når hver ansatt logget seg inn sist. De som ikke har vært der på lenge, plukker hun ut til å være med i opplæring.

*Helsefagarbeidere og superbrukere av medisindispensere, Line og Akif, trives i Aukra hjemmetjeneste. – Når noen av oss kollegene lurer på noe, snakker vi sammen, hjelper og veileder hverandre, sier han.*

– Dette bidrar også til å styrke den opplevelsen av eierskap, som det er vesentlig at ansatte har, sier hun.

Malene opplever at hele gruppen med ansatte nå er kommet dit, at de virkelig forstår verdien i å anvende medisindispensere.

Hun ser også at hjemmetjenesten har nådd en milepæl, i forhold til nye brukere som ønsker seg dette hjelpemiddelet fordi en nabo eller venn har anbefalt det. Noe som tyder på at teknologien er til stor nytte for den enkelte.

– I begynnelsen er det alltid skummelt å ta i bruk noe nytt, og spesielt ny teknologi, som de ansatte hadde lite erfaring med. Nå vet de hvor mye tid vi sparer, og effekten vi har av det. Så nå er vi alle hele tiden på jakt etter nye kandidater. ●●●

# Teknologi hjemme betyr risiko

Helsetilsynet har fått inn alvorlige varsler knyttet til bruk av medisindispenser. Å ta i bruk ny teknologi og samtidig ivareta pasientenes sikkerhet, krever nye rutiner i arbeidet.

Foto: Helsetilsynet

For fem til seks år siden gjorde Helsetilsynet risikoanalyser knyttet til bruk av informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) i helsetjenester. Vekst i bruk av teknologi hjemme hos pasienter ble påpekt som en økende fare.

– Vi fikk inn en del varsler knyttet til bruk av medisindispenser, også så alvorlige at det hadde ført til død, forteller Erik Granberg, som er seniorrådgiver i Helsetilsynet, og leder for tilsynet som ble utført i 51 kommuner i 2024. I 29 av kommunene ble det avdekket lovbrudd.

– Spekteret var nokså vidt, og graden av alvor ulik i hva kommunenes lovbrudd dreide seg om.

– For oss er det viktig at kommunene klarer balansen som følger med innovasjon, her å ta i bruk ny teknologi og samtidig ivareta sikkerheten til pasientene.

**Observasjonskompetanse**

Erik Granberg peker på at det er nødvendig å innføre nye rutiner i arbeidet. Endringen fra å besøke en pasient hver dag til kanskje to ganger i måneden fører til andre krav om kompetanse i å observere. Hva skal den ansatte følge med på? Og hvordan formidler hen det videre både i møter og skriftlig?

Håndtering av legemidler er et felt der det skjer mye feil. Seniorrådgiveren understreker at tilsynet ikke har sammenlignet bruk av medisindispenser med det å dele ut medisiner på vanlig måte.

– Vi ser et økende samarbeid mellom kommuner, i første omgang har det vært på anskaffelser. Flere deler responssentre, og det betyr lite om de ligger i nærheten av hverandre.

– Vi håper at kommunene ikke bare vil lære av tilsyn, men av hverandres erfaringer og bygge nettverk for brukere av velferdsteknologi, sier Erik Granberg.

## Følgende lover ble brutt

I 2024 utførte Helsetilsynet kontroll med elektroniske medisindispensere i 51 kommuner.

- Helse- og omsorgstjenesteloven, der forsvarlighetskravet er det vesentlige.
- Forskrift om legemiddelhåndtering, utdeling av medisindispenser.
- Helsepersonelloven, krav om plikt til å dokumentere.
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring, krav om systemer for styring og intern kontroll.

#HUMAN
INFLUENCERS
Gjør en forskjell med oss,
bli en av våre ekte human influencers!
Se våre ledige stillinger som helsefagarbeider: norlandiacare.no/jobb
norlandia

# TID-modellen gjør det lettere å være samkjørte

TEKST: **ANN BEATE GRASDALEN**
TEKST OG FOTO: **RIGMOR SJAASTAD HAGEN**

Her samles hele personalgruppa når en beboer med demens ikke har det bra – også renholderen. På møtene finner de ut av hva som egentlig er problemet, og hva som kan hjelpe.

*Fra venstre og rundt bordet: Vernepleier Camilla Kjøsnes, helsefagarbeider Wenche Hanset, boligassistent Liliane Øvstedal, assistent Tone Henøen, sykepleier Irene Kleveland, avdelingsleder Veslemøy Eriksen, hjelpepleier May Janne Risan, helsefagarbeider Melida Okanovic og vernepleier/TID-kursholder Geir Marius Kjønnøy.*

TID-modellen går ut på at fagpersoner sammen forsøker å forstå hvorfor en med demens reagerer som hen gjør. Først utredes problemet grundig. Så reflekterer hele personalgruppa sammen og blir enige om tiltak.

På Råkhaugen omsorgssenter i Molde har de jobbet etter TID-modellen siden 2021. Unni Kristin Amundsen husker godt hva hun tenkte den gang arbeidsformen ble introdusert: *Endelig en modell som kan fungere*, rett og slett fordi den er så enkel.

– En av grunnene til at jeg syns den er fantastisk, er at følelsene til personalet blir tatt med, forklarer hun.

**Tar problemer fra hverandre**

Under refleksjonsmøtene går de igjennom fem punkter: fakta, tolkning, følelser hos personalet, tiltak og evaluering.

– Når vi setter oss ned for å se på hva som egentlig er problemet, så kan det være mange meninger. Nå har vi lært oss å finne fram til hva som skjer, når det skjer, hvor ofte, sammen med hvem, og i hvilken sammenheng, sier Amundsen.

I forkant av refleksjonsmøtet samler de sammen tilgjengelig informasjon om pasienten. Alt som kan være relevant for problemet, som personens bakgrunn og historie, sykdomshistorie, medi-

## Dette er TID-modellen

- En måte å jobbe sammen for å komme fram til gode, personsentrerte tiltak.
- Gruppa blir enige om hvordan de skal forstå en beboer. Gjennom den forståelsen kommer de sammen fram til tiltak.
- På forhånd læres ansatte opp i hvordan utrede og kartlegge pasienten og omgivelsene, og hvordan reflektere rundt utfordringer.
- Arbeidsmetodikken kan brukes i både sykehjem, hjemmetjeneste og sykehus.

**TID** = **T**verrfaglig **I**ntervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved **D**emens

sinliste, informasjon fra pårørende, kartlegginger som er gjort, og så videre.

– Jo mer du kjenner pasientene, jo lettere kan du hjelpe dem, sier Amundsen, og de går grundig til verks.

– Vi tar problemet fra hverandre og setter det sammen igjen på en måte som gjør at vi kan få det til å fungere. Det er det som er spennende, syns hun.

**Fakta, tolkninger og følelser**

Fakta kan tolkes på ulike måter. Derfor er det viktig å skille på det som er ren faktainformasjon om problemet, og det som er tolkninger.

Når forståelsen av problemet er på plass, går gruppa videre til å snakke om følelser hos personalet. Da får de snakket ut, noe som kan bidra til å forbedre det psykososiale arbeidsmiljøet.

Amundsen merker hvor positivt det er å ha dette punktet på agendaen. Mange på avdelingen har jobbet en stund og husker tider da det var vanligere å holde vonde følelser for seg selv.

– Det å kartlegge følelser snakket vi mye om i starten. At vi får lov til å si at vi føler oss utilstrekkelige, eller er sint for at en pasient er voldelig mot andre pasienter eller personal, eller at du er frustrert fordi det som fungerte før, ikke gjør det lenger.

Ofte oppdager de at mange bærer på de samme følelsene. Det i seg selv bidrar til å redusere bekymring og stress.

– Det et forferdelig å se på mennesker som er syke, redde, har angst og uro. Her kan vi se på hverandre og senke skuldrene, sier hun.

**Gjennomførbare tiltak**

Det fjerde punktet på lista er å prioritere hva som er det viktigste å ta tak i, og som er mulig å gjennomføre med de ressursene de har til rådighet.

Det er ganske vanlig at medisineringen kan være årsaken til problemer. For eksempel kan gruppa beslutte, i samråd med lege, å utrede hvorvidt Exelon depotplaster fremdeles har positiv effekt på hukommelsen hos en med Alzheimer, eller om sykdommen har kommet så langt at medisinen gjør vondt verre.

*Unni Kristin Amundsen ble helsefagarbeider som voksen etter å ha drevet en Narvesen-kiosk i mange år. Hun har vært ansatt ved Råkhaugen i ti år, og fremdeles lærer hun nye ting hver uke.*

Sykehjemslegen kan være med under refleksjonsmøtene. Andre ganger kan det være riktig å involvere fysioterapeuten eller sykehjemspresten.

Av og til blir de enige om at det rette tiltaket er å kartlegge mer. Om de mistenker at en pasient er dehydrert, kan de skrive drikkeliste for å finne ut hvor mye væske hen får i seg. Da tar en i gruppa ansvaret for å legge til rette slik at personalet gjennom døgnet fyller inn i skjemaet.

For en som utagerer under stell, kan et tiltak være å bli enige om hvordan stellet skal utføres, slik at alle pleiere gjør det ganske likt.

**Vil reise hjem**

En vanlig utfordring er hvorvidt en person med demens skal realitetsorienteres. For eksempel kan noen være bekymret over at de har forlatt små barn alene hjemme.

– Skal vi da si at du er oldefar, barna dine er godt voksne og har egne barn? Det kan kanskje gå, men det kan også gjøre vondt verre, sier Amundsen.

Under refleksjonsmøtene kan de bli enige om hva som er den riktige tilnærmingen for akkurat den personen. Et alternativ til å realitetsorientere er å gjøre aktiviteter som tar personen ut av situasjonen hen er i.

Ofte har et problem mange årsaker. Amundsen forteller om en person som opplevde hørselshallusinasjoner og som stadig pakket sammen sakene sine for å reise. Hun likte å være i fysisk aktivitet, hun brukte nesten ingen medisiner, og hadde kraftig nedsatt hørsel.

Etter å ha utredet situasjonen, ble ansattgruppa enige om å lage en rutine der batteriene i høreap-

På Råkhaugen omsorgssenter har alle beboere langtkommen demens. På avdeling Blåbærstua bor åtte personer. Normalt er to ansatte på dag- og kveldsskift, og en på nattskift.

*Pleier Elisabeth Lie steller neglene på en beboer.*

paratet ble skiftet to faste dager i uka, på gitte tidspunkt. De passet på å ta henne med på daglige gjøremål, som å ta oppvasken, brette håndklær og steke vafler. Og de ble enige om å realitetsorientere henne når hun ønsket å reise hjem.

Etter at tiltakene ble innført, ble personen mer rolig og tilfreds, og hørselshallusinasjonene avtok.

**Evaluering**

Det siste punktet på lista er evalueringen. Hovedsakelig foregår det ved neste møte, eller enda lengre fram i tid, etter at et tiltak er testet ut. Samtidig foretar de løpende evalueringer ved vaktskiftene for å kunne tilpasse underveis, for noen tiltak virker ikke, og av og til kan de gjøre en situasjon verre.

Men ofte viser det seg at tiltakene treffer og har god effekt. Amundsen og kollegene hennes kan merke at pasienter får det bedre og at det blir roligere på avdelingene.

I løpet av de fem årene som har gått siden TID-modellen ble innført på Råkhaugen, så har det vært perioder der det har sklidd ut, som under innføringen av det nye journalsystemet Helseplattformen, og da de omstrukturerte avdelingene.

Når de ikke lenger fikk jobbet systematisk gjennom TID, så fikk de en negativ utvikling med flere tilfeller av aggresjon og utagering.

– Enhetslederen så at avviksmeldingene skjøt i været, og vi måtte sette i gang med å få dette fast inn på avdelingene igjen, sier Amundsen.

– Det er ingen tvil at denne modellen er veldig effektiv, om den blir brukt.

**Møter i turnus**

På Amundsens avdeling Blåbærstua har de faste avdelingsmøter som er innbakt i turnus, på omtrent en time hver tredje uke. Det er en stor fordel, for da er det lettere å ha jevnlige refleksjonsmøter der alle deltar. Den forsterkede avdelingen på huset har de behov for møter litt oftere, så der har de faste møter annenhver uke. Lengden og frekvensen tilpasses behovet på avdelingen.

At møtene er innbakt i turnus er noe Amundsen trekker fram som vesentlig for at modellen skal fungere. Ellers blir møtene holdt for sjelden, og ikke alle får mulighet til å være med.

– Alle som jobber her er viktige å ha med i refleksjonsmøtene, både faste og vikarer, også renholderen. For hun er med pasienter hver dag på jobb, påpeker Amundsen.

**Mer samkjørte**

En av de store gevinstene av denne arbeidsformen er at de ansatte blir mer samkjørte. Også de faste vikarene kan delta på refleksjonsmøtene og vet dermed hvordan de skal jobbe.

– Vi som er på Blåbærstua gjør ting litt på vår måte. De faste vikarene er som poteter, de glir rett inn i rollen. Vi er ekstremt avhengige av gode vikarer, som vet hva vi snakker om, sier hun.

At alle må inkluderes i møtene, også vikarer og de uten formell utdanning, er noe Amundsen er særlig opptatt av.

– Det kan være perioder det nesten ikke er noen faste på jobb. Så de er like viktige, de som stepper inn.

# Terapeutisk inspirasjon

**TID-modellen ble utviklet av Bjørn Lichtwarck i Rana kommune i 2009, etter at han hadde tatt en videreutdanning i kognitiv terapi.**

– Vi var i en kritisk situasjon på sykehjemmet der jeg var sykehjemslege. Jeg foreslo å bruke prinsipper fra kognitiv terapi, og det gikk veldig bra, så da prøvde vi det på flere. Vi opplevde at det også har effekt på personalet. Det var spiren, forteller Lichtwarck.

Modellen er også forankret i noe som kalles kompleksitetsteori, i tillegg til personsentrert omsorg.

– Enkelt forklart går det ut på at en hendelse påvirkes av mange ulike faktorer, sier Lichtwark.

En beboer som har uro kan være påvirket av smerter, og samtidig av omgivelsene og av personalet. Personens livshistorie kan også spille inn. Det er sentralt å alltid involvere personen. Det finnes ikke en manual for å finne en løsning. Man må utrede bredt for å forstå hva som foregår. Da må så mange som mulig som er berørt av problemet delta, for å få ulike perspektiver på situasjonen.

– Basert på det, lager vi tiltak.

*Grunnlegger av modellen, lege Bjørn Lichtwarck.*

# En demokratisk modell

Inkluderingen av alle ansatte er noe av det som særpreger TID. Alle er like viktige.

*Veslemøy Eriksen (t.h.) og Irene Kleveland diskuterer seg fram til gode løsninger*

For at tiltakene skal ha effekt, er det vesentlig at så mange som mulig i persongruppa deltar, understreker grunnleggeren av modellen, Bjørn Lichtwarck. Han er lege og ansatt ved Sykehuset Innlandet

*– Hadde det ikke gått raskere om en avdelingsleder eller fagsykepleier bare bestemte tiltakene?*

Lichtwarck medgir at det er slik mange jobber fortsatt. Han mener tiltakene blir mye mindre treffsikre på den måten.

– Tilbakemeldingen vi får er at selv om møtet tar tid og man må greie ut mer enn vi er vant til, så får man raskere effekt, sier han.

Uten samarbeid kan det dessuten bli vanskeligere å løse utfordringer. De ansatte kan kjenne seg mindre trygge i møte med personen og lojaliteten til tiltakene blir dårligere.

– Kjernen i modellen er dette refleksjonsmøtet der alle kommer med sine tolkninger, sier Anette Væringstad.

Hun er sykepleier, og leder for opplæringen av TID kursholdere innenfor modellen.

– Er man assistent, helsefagarbeider eller sykepleier sitter man med ulike erfaringer. Helsefagarbeideres erfaringer blir kanskje borte om en sykepleier bare skal sette i gang tiltakene. Å skape tverrfagligheten, at alle blir hørt og får komme med sine refleksjoner, det er viktig, poengterer hun.

– Man må vie tid til å jobbe systematisk, men på sikt vil man spare tid, mener hun.

### Tid til refleksjon

I en travel arbeidshverdag på Råkhaugen er det satt av tid til refleksjon rundt hver beboer.

Vernepleier og TID-kursholder Geir Marius Kjønnøy ledet møtet, og innledet med å legge fram en kort oppsummering av den aktuelle beboeren, hennes interesser, livshistorie og familiesituasjon.

– Hun liker å spille yatzy, bingo og gå turer. Og hun er glad i munter dansemusikk, sier han.

Fagbakgrunnene er sammensatte. På dette møtet deltar avdelingsleder, helsefagarbeidere, boligassistent, hjelpepleier, sykepleier, vernepleiere og assistent. De jobber på tvers for å finne gode løsninger og tiltak på problemområdene.

*– Beboeren opplever ofte motorisk og verbal uro i fire-fem-tiden på ettermiddagen, sier Kjønnøy.*

*– Hvordan skal vi fange opp uroen før den skjer, slik at den ikke tiltar?* spør avdelingsleder Veslemøy Eriksen.

Gruppa reflekterer over ulike tiltak. De deler også tanker og følelser om hvordan beboerens atferd påvirker dem, og blir enige om en strategi videre.

*Anette Væringstad ved Sykehuset Innlandet anbefaler at minst to personer deltar fra hver kommune.*

## KARTLEGGINGSVERKTØY

Ulike kartlegginger benyttes under utredningsfasen. Her er noen av verktøyene som benyttes på Råkhaugen omsorgssenter.

**Døgnrregistreringsskjema** – kartlegger når et symptom inntreffer i løpet av døgnet. Slik kan mønster og sammenhenger oppdages.

**Nevropsykiatrisk intervjuguide** – undersøker hvilke symptomer som er mest belastende for pasienter og pleiere.

**Mobid 2** – observasjon av atferdsendringer knyttet til smerte.

**Cornell skala** - kartlegger depressive symptomer hos personer med demens.

**Min livshistorie** – samtaleguide for å kartlegge livshistorie.

**ADL skjema** – kartlegger dagligdagse ferdigheter.

**KDV Klinisk demensvurdering** - vurderer kognitiv svikt og mulig demens samt eventuell grad av demens.

# Alle ansatte bør læres opp i modellen

For at bruken av TID-modellen skal opprettholdes på arbeidsplassen, trengs jevnlig opplæring av nye ansatte. Råkhaugen omsorgssenter holder basiskurs i TID-modellen to ganger i året.

*Vernepleier Camilla Kjøsnes sprer TID-modellen til arbeidsplasser i regionen.*

Basiskursene holdes av egne ansatte og sykehjemmet har i dag fem kursholdere. Vernepleier Camilla Kjøsnes har dessuten et overordnet ansvar for gjennomføringen av modellen på arbeidsplassen

Første del av basiskurset er om demens, miljøtiltak, medikamentelle tiltak, tilnærming og behandling. For mange vil dette være repetisjon. Likevel er det en del av den obligatoriske opplæringen, også for de mest erfarne sykepleierne. For det er viktig å ha felles forståelse og språk på avdelingen, forklarer Kjøsnes.

I andre del av basiskurset gis opplæring i TID-modellen. Først gjennomgår de teorien bak modellen, så trener de på å holde et refleksjonsmøte for å bli kjent med metoden i praksis.

Opplæringen av kursholdere foregår over to intensive dager på Gardermoen.

– Da får du kunnskapen og materiellet du trenger for å holde basiskurs, sier Kjøsnes.

**Unni holder kurs**

For halvannet år siden ble helsefagarbeider Unni Kristin Amundsen en av kursholderne på Råkhaugen. I starten var hun nervøs, innrømmer hun.

– Det var litt skummelt, men så tenkte jeg at dette må jeg bare gjøre, for jeg er glad i å lære og finne ut av ting.

– Jeg har fått høre at det kan være fordel med treårig bachelor, men det viktigste er at man er en pådriver. Det trengs for å klare å sette i gang endring på egen arbeidsplass i en hektisk arbeidshverdag, sier Kjøsnes.

Det er flest sykepleiere og andre med høgskoleutdanning som tar kursholderkurset, ifølge Anette Væringstad hos arrangøren Sykehuset Innlandet, men det er også en del helsefagarbeidere.

For å bli kursholder, trengs god kjennskap til demens, og mulighet i jobbhverdagen til å holde basiskurs.

– Vi har helsefagarbeidere som er skikkelig driftige og som har jobbet mye med demens, så den muligheten er absolutt til stede. De helsefagarbeiderne har gjennomført med glans, sier Væringstad.

– Vi anbefaler at minst to deltar fra en kommune. Det er vanskelig å være alene. Vi ser at det ofte er en sykepleier, en helsefagarbeider og en avdelingsleder som blir kursholdere, og det er kjempeflott.

**I 130 kommuner**

Siden 2018 har seks hundre personer fra hele landet fått opplæring i å holde basiskurs i TID-modellen. For tiden holder de kurs på Gardermoen to til tre ganger i året.

*Helsefagarbeider Unni Kristin Amundsen er en av kursholderne på Råkhaugen.*

– Vi har et nytt kurs i april, det er fulltegnet. Så har vi et i oktober, og skal ha et i Trondheim før sommeren der de har satset mye på TID-modellen, ifølge Væringstad.

> «Det viktigste av alt har vært lederforankring, og at det er tilrettelagt for møtetid i turnus.»
>
> Camilla Kjøsnes

**Administratorene**

En annen viktig rolle er administratoren. På hver avdeling får 3-5 personer ekstra opplæring i kartleggingsverktøyene. De har ansvar for refleksjonsmøtene, og for å sikre at modellen brukes systematisk.

– Administratoren skal holde i gang bruken av TID på avdelingen. De leder gruppa under møtene, holder i strukturen og passer på tiden, forteller Væringstad.

Mellom møtene har de ansvar for kartlegginger og utredninger.

Rollen er profesjonsuavhengig. Flertallet er helsefagarbeidere.

**Sprer modellen til flere**

Camilla Kjøsnes er koordinator for et prosjekt som skal spre TID modellen til flere arbeidsplasser. Det er et samarbeid mellom Molde kommune og Helseinnovasjonssentret. Så langt har ni kommuner i Nordmøre og Romsdal deltatt.

– De aller fleste har implementert modellen godt, og ser god effekt av den, sier hun.

Det er særlig to faktorer som er viktig for å lykkes.

– Det viktigste av alt har vært lederforankring, og at det er tilrettelagt for møtetid i turnus. Der det ikke er møtestruktur, er det veldig vanskelig å få gjort noe, understreker hun. ●●●

# HJELPEMIDDEL MESSEN

SØR – ØST

## Vi har gleden av å invitere til hjelpemiddelmesse

**Installatøren Arena, Fredrikstad**
Tirsdag. 28. april 2026, kl 10:00-15:00

**Nova Spektrum, Lillestrøm**
Onsdag 29. april 2026, kl 10:00-15:00

**Sørlandshallen, Kristiansand**
Tirsdag 5. mai 2026, kl 10:00-15:00

**Skien Fritidspark, Skien**
Onsdag 6. mai 2026, kl 10:00-15:00

**Drammenshallen, Drammen**
Torsdag 7. mai 2026, kl 10:00-15:00

*Her får du nyttig informasjon om et stort utvalg av tekniske hjelpemidler*

•

*Enkel servering*

•

*Gratis adgang*

**Velkommen til en innholdsrik dag!**

www.hjelpemiddelmessen-sorost.no

# Mening i livet med demens

TEKST: **ANN BEATE GRASDALEN**

– Der somatisk behandling handler om å være i live, så handler eksistensiell omsorg om å leve livet, sier sykehuspresten Tor-Arne Isene.

*Mye av meningen i livet er å finne i hverdagens aktiviteter. Illustrasjonsfoto: Colourbox.com*

Sykehuspresten Tor-Arne Isene har forsket på meningen i livet hos personer med alvorlig demens. Et område som det er forsket lite på fra før. Feltarbeidet til en doktorgrad i religionspsykologi gjorde han i en demenspost på en alderspsykiatrisk avdeling i spesialisthelsetjenesten.

– Mye av helsepersonells arbeid handler om meningsskapende prosesser for pasientene, sier han.

Å hjelpe personer med å oppleve mening er en del av den personsentrerte eldreomsorgen. Han tror pleiere som jobber personsentrert kan ha nytte av å bli kjent med språket fra hans fagfelt.

– Det gir en ny måte å forstå ting på, litt bort fra hva skal vi gjøre, til hva er det som skjer, hvordan skal vi forstå dette, sier han.

**Mening i livet og med livet**

Mange eldre finner mening i barna sine, i at livet i slekta går sin gang. Det å flytte oppmerksomheten fra det egne til kommende generasjoner, kalles generativitet, ifølge Isene.

Kilder til mening finnes også i det som transcenderer menneskelig erfaring, som betyr at noe ligger utenfor eller overskrider. Det kan være å tro på høyere makter, men det trenger ikke å være noe religiøst. Det kan også handle om å ha tro på mennesket, eller å engasjere seg i samfunnet, eller oppleve kontakt med natur og omgivelser som meningsfullt.

Mening *med* livet er ikke det samme som mening *i* livet, påpeker Isene.

Mye av meningen i livet er å finne i hverdagen og de aktivitetene den fylles med. Slik mening kan være vanskelig å få tilgang til for folk med demens. Man kan miste opplevelsen av at livet har hensikt, og av å bety noe for andre.

Tor Arne Isene bruker en definisjon på hva som er meningsfullt hentet fra Tatjana Schnell. Hun er professor i eksistensiell psykologi ved Menighetsfakultetet.

– For at du skal oppleve livet som meningsfullt, må du ha opplevelse av at du hører til et sted, at livet er betydningsfullt, at det henger sammen, og at det har en retning, sier Isene.

Uten opplevelser av retning kan smerter i livet bli vanskeligere å utholde.

– For oss er det kanskje lettere å utholde noe, for vi vet at det kan bli bedre, men den muligheten har du ikke når du har demens, sier han.

Det er en eksistensiell utfordring, altså noe knyttet til det grunnleggende ved det å være menneske.

**Eksistensiell omsorg**

Som sykehusprest gir Tor-Arne Isene eksistensiell omsorg. Han betrakter det som en ekstra di-

*Tor-Arne Isene er sykehusprest ved Sanderud sykehus, som er en del av Sykehuset Innlandet. Han har gjennomført en doktorgrad ved Forskningssenter for eksistensiell helse som er en del av helseforetaket*

mensjon ved omsorgen. Noe som kommer i tillegg til de tre dimensjonene i den biopsykososiale modellen. Det er en forståelsesmodell som viser hvordan biologiske, psykologiske og sosiale forhold samspiller i utviklingen og opprettholdelsen av sykdom.

Isene forklarer kort:

– Det biologiske er veldig konkret, det er den somatiske helsen. Det psykologiske handler om følelser og adferd. Det sosiale går på relasjoner i samfunnet. Mens det eksistensielle handler om hvordan det er å være som menneske.

– Om du blir innlagt på sykehus og er alvorlig syk, så handler det eksistensielle om hvordan du har det med sykdommen, hvordan det er å være.

Ofte kan de ulike dimensjonene gå over i hverandre. Uro er et symptom som kan ha eksistensielle årsaker, i likhet med mange andre symptomer, blant annet de som kjennetegner depresjon.

– Depresjon er en diagnose innen psykologien, men om vi snakker om sorg, så har det like symptomer. Da er vi over i det eksistensielle, i alt det du erfarer i førsteperson, forteller Isene.

**Minner i kroppen**

Personer med alvorlig demens vil ofte ikke klare å sette ord på sine eksistensielle lidelser.

Isene forteller om en pasient som stadig unnskyldte seg. Hun kunne ingenting, sa hun. Men da hun ble stilt framfor en kakedeig, viste det seg at hun fremdeles hadde beholdt deler av ferdighetene som husstellærer.

– Dette var noe helsepersonell fortalte mye om, hvordan kroppslige uttrykk kan knyttes til egen identitet og personverd, sier han.

Under feltarbeidet på demensavdelingen fikk Isene se hvordan kroppen til husstellæreren husket, selv om hodet hadde glemt.

– Det ga henne en opplevelse av mening, og selv om hun glemmer etter ti minutter, så vil den opplevelsen av å mestre sitte igjen i kroppen hennes, sier Isene.

Når vi snakker om mening med livet, så har vi en kognitiv måte å forstå det på. Vi uttrykker oss verbalt. Da kan det være lett å miste av syne hvor viktige det kroppslige og emosjonelle erfaringene er for å oppleve mening, tror Isene.

– Ordet demens betyr ute av sinn. Rent språklig har vi en tanke om at personen forsvinner, men de har like mye behov som alle andre for å erfare mening i livet. ●●●


Joya

Sveitsiske Joya lager komfortsko som effektivt avlaster rygg, knær og hofter – perfekt for deg som står og går mye i hverdagen. Med sin unike såleteknologi og ForeverFoam-dempeskum gir skoene en suveren støtdemping som varer opptil 3–4 ganger lenger enn i tradisjonelle joggesko. Det er nettopp derfor Joya er et førstevalg innen helse- og omsorgssektoren.

Sjekk ut mer om Joya på www.shooz.no. Rabattkode "Helse" gir -20% rabatt.

FOREVERFOAM®

Swiss Sole Technology

www.shooz.no

# Slik kan helsepersonell styrke pasientens autonomi

Pasienter med demens kan oppleve det som inngripende å få beslutningskompetansen vurdert. Helsepersonell må møte pasienten med tillit og klar informasjon før de vurderer tvang.

**ANNE KARI TOLO HEGGESTAD**

Førsteamanuensis Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo

En lignende fagartikkel er publisert i Sykepleien[1].

I denne fagartikkelen forklarer jeg hva beslutningskompetanse er, når og hvordan den bør vurderes, og hvilke etiske refleksjoner som er relevante i slike vurderinger. Jeg går ikke nærmere inn på andre kriterier for tvangsvedtak, men viser til gjeldende lovverk: pasient- og brukerrettighetsloven og lov om psykisk helsevern. [4] [5]

Helsepersonell har en viktig rolle i å støtte og vurdere beslutningskompetanse hos pasienter med demens når de skal ta avgjørelser. Vi må ha kunnskap om både lovregler og etiske spørsmål. Ved å gi tilpasset informasjon, skape trygghet og bygge gode relasjoner kan vi hjelpe pasienten til å forstå og medvirke i beslutninger om egen helse. Helsefagarbeideres innsats kan være avgjørende for å styrke pasientens autonomi og samtidig redusere behovet for tvang.

Et viktig kriterium for å kunne gjøre vedtak om tvang, både i psykisk helsevern og i somatisk helsetjeneste, er at pasienten mangler beslutningskompetanse [2]. Fordi dette er så viktig, må vi som helsepersonell vite hva beslutningskompetanse betyr, og hvordan vi kan vurdere om en pasient er beslutningskompetent.

Å få vurdert sin evne til å samtykke og ta beslutninger, og at helsepersonell kanskje må ta valg på ens vegne, kan oppleves som inngripende. Det er derfor også etisk relevant å tenke over *når* det er riktig å vurdere beslutningskompetansen, og *hvordan* man går frem.

Det å kunne samtykke og være med på å ta beslutninger om egen helsehjelp handler om et av de viktigste etiske prinsippene i helsefaget – nemlig autonomiprinsippet. [3]

Når man samtykker, betyr det at man godtar og tillater at helsehjelp blir gitt.

## Hva er beslutningskompetanse?

Beslutningskompetanse i helsetjenesten betyr at pasienten er i stand til å forstå informasjonen som blir gitt, kan ta egne valg om helsehjelp og forstår konsekvensene av valgene sine [2].

Inntil nylig har man brukt begrepet samtykkekompetanse, men i et forslag til nye regler om tvang i helsetjenesten anbefales det nå å bruke beslutningskompetanse i stedet. Grunnen til dette er at det nye begrepet bedre gjenspeiler at pasienten både har rett til å si ja til helsehjelp – og til å takke nei [5].

Hvis en pasient for eksempel har en psykisk lidelse eller demens, kan dette gå utover pasientens kognitive evner og dermed også pasientens evne til å ta beslutninger når det gjelder behovet for helsehjelp, altså beslutningskompetansen.

Det er likevel viktig å understreke at beslutningskompetanse ikke er knyttet til diagnoser. Selv om pasienten har en demensdiagnose eller en psykisk lidelse, betyr det ikke at pasienten mangler beslutningskompetanse. Dette blir også lagt vekt på i forslaget til endring av tvangslovgivningen, der tilknytning til sykdom eller en spesiell tilstand er fjernet [5].

Begrepet «samtykkekompetanse» blir endret til «beslutningskompetanse» i pasient- og brukerrettighetsloven og øvrig helselovgivning fra 1. juni i år.

Kilde: Lovdata

Beslutningskompetanse kan også variere fra situasjon til situasjon. En pasient kan ha beslutningskompetanse på ett område, men ikke på et annet. For eksempel kan en person forstå behovet for hjelp med personlig hygiene, men ikke forstå hvorfor medisinsk behandling er nødvendig.

## Må vurderes jevnlig

Man bør vurdere pasientens beslutningskompetanse når pasienten motsetter seg nødvendig helsehjelp og man er i tvil om pasienten forstår betydningen av å si nei. Videre er det relevant å vurdere en pasients beslutningskompetanse når det skal lages en behandlingsplan, eller gjøres en behandlingsavklaring, for eksempel ved livets slutt. Beslutningskompetansen skal vurderes konkret for helsehjelpen som skal gis. Det er viktig å understreke at vurdering av beslutningskompetanse altså ikke er noe man bør gjøre som en rutine ved innleggelse i sykehjem eller sykehus.

Samtidig er det viktig å følge opp vurderingen jevnlig – for eksempel hvis pasientens helsetilstand eller funksjon endrer seg, eller hvis man vurderer nye tiltak som kan innebære tvang. I psykisk helsevern kan vi se at pasientens beslutningskompetanse endrer seg når pasienten mottar helsehjelp og blir friskere. Da bør man gjøre en ny vurdering.

Det samme gjelder eldre pasienter som kan bli forvirret hvis de har en infeksjon, men der forvirringen blir mindre når infeksjonen behandles. Siden beslutningskompetansen kan variere ut fra situasjonen man skal ta beslutninger rundt, må kompetansen alltid vurderes konkret opp mot behandlingen eller tiltaket det gjelder [6]).

Ifølge dagens helselovgivning må det være «åpenbart» at pasienten mangler beslutningskompetanse for at man skal kunne slå fast dette. I det nye forslaget til endring av tvangslovgivningen foreslås det imidlertid å bytte ut ordet «åpenbart» med «overveiende sannsynlig» [5]. Det betyr at kravet for å vurdere at pasienten mangler beslutningskompetanse, er senket.

*Det å kunne samtykke og være med på å ta beslutninger om egen helsehjelp handler om et av de viktigste etiske prinsippene i helsefaget – nemlig autonomiprinsippet.*
*Illustrasjonsfoto: Colourbox.com*

**FARV-kriteriene**

*83 år gamle Kari bor på sykehjem og har moderat demens. Den siste uken har hun vært mer forvirret og urolig, og hun har fått påvist en urinveisinfeksjon. Legen har derfor satt henne på en antibiotikabehandling. Når sykepleieren skal gi henne medisinene, nekter hun å ta dem.*

En vanlig metode for å vurdere en pasients beslutningskompetanse er å bruke FARV-kriteriene:

- Forståelse – evnen til å forstå informasjon om diagnose og behandling.
- Anerkjennelse – evnen til å erkjenne at informasjonen er relevant for egen situasjon.
- Resonnering – evnen til å drøfte informasjon og vurdere ulike valgmuligheter.
- Valg – evnen til å gi uttrykk for en preferanse, enten verbalt eller nonverbalt [2] .

Ved å bruke disse kriteriene får man et helhetlig grunnlag for å vurdere om pasienten har beslutningskompetanse.

**Pasienten mangler forståelse**

I situasjonen med Kari kan man for eksempel begynne med å informere henne om at hun har en urinveisinfeksjon som trenger behandling. Man kan spørre om hun har ubehag ved vannlating, og eventuelt relatere ubehaget og smertene til urinveisinfeksjonen.

Dersom hun viser at hun forstår at hun har en urinveisinfeksjon, men likevel sier at hun ikke trenger medisiner, kan det tyde på at hun ikke forstår hvor alvorlig infeksjonen er, eller hvorfor behandling er nødvendig.

Det kan også tyde på at hun ikke anerkjenner informasjonens betydning for sin egen situasjon. Da blir det vanskelig for henne å resonnere rundt konsekvensene av ikke å få behandling.

Selv om Kari oppfyller det siste kriteriet – at hun viser at hun kan ta et valg – er det overveiende sannsynligvis at hun ikke oppfyller de andre kriteriene. Hvis hun etter å ha fått tilpasset og grundig informasjon fortsatt nekter behandling, taler det for at hun mangler beslutningskompetanse.

**Helsefagarbeidere kan vurdere**

Et nyttig verktøy i tillegg til FARV-kriteriene er Aid to Capacity Evaluation (ACE), utviklet i Canada og oversatt til norsk ved Senter for medisinsk etikk [7] . Spørsmålene i dette skjemaet må brukes med varsomhet og tilpasses den aktuelle situasjonen.

Vurderingene er ofte enkle når det er tydelig at pasienten ikke forstår. De vanskelige vurderingene oppstå ofte når pasienten har et mer fluktuerende forløp – og veksler mellom å være klar og forvirret.

I lovteksten, står det at det er den som yter helsehjelpen som også kan vurdere om pasienten er beslutningskompetent, men i kommentaren til loven, står det at det er den som er faglig ansvarlig for helsehjelpen som skal vurdere beslutningskompetanse. Hvem som

helst som yter helsehjelp kan altså ikke vurdere beslutningskompetansen.

Når det gjelder begrensning av livsforlengende behandling, er det for eksempel behandlingsansvarlig lege som gjør vurderingen, fordi det er legen som har det faglige ansvaret for den medisinske behandlingen. I andre tilfeller, når det gjelder helsehjelp som ikke er medisinsk, kan det være sykepleier eller helsefagarbeider, som er faglig ansvarlig for tiltaket eller behandlingen, som gjør det. Det betyr at også sykepleiere og helsefagarbeidere kan ha dette ansvaret, så lenge de har nødvendig faglig kompetanse. Derfor er det viktig at helsefagarbeidere får opplæring og mulighet til å øve på slike vurderinger i trygge fagmiljøer.

Et viktig argument for at sykepleiere og helsefagarbeidere bør gjøre disse vurderingene, er at de ofte er til stede i situasjoner der pasienten nekter å ta imot hjelp eller behandling. I tillegg kjenner de pasienten best og har et godt grunnlag for å gjøre en mer helhetlig vurdering.

**Moralsk sensitivitet avgjørende**

Det kan oppstå flere etiske utfordringer når vi skal vurdere beslutningskompetansen til en pasient. Jeg har tidligere skrevet om begrepet moralsk sensitivitet fagbladet Sykepleien, og jeg mener dette er helt avgjørende å ha med seg også i slike vurderinger.

Moralsk sensitivitet handler om å ha kunnskap og kompetanse som gjør oss i stand til å oppdage hvilke etiske verdier og prinsipper som er relevante i en situasjon – og dermed også kunne identifisere etiske utfordringer [6].

Det første etiske spørsmålet man bør stille seg, er om det i det hele tatt er nødvendig – eller etisk riktig – å vurdere pasientens beslutningskompetanse. En slik vurdering kan oppleves som inngripende, som nevnt tidligere, og kanskje også krenkende – særlig hvis resultatet er at pasienten blir vurdert til ikke å være beslutningskompetent.

Når man vurderer om det er aktuelt å fatte et vedtak om tvang, vil jeg derfor argumentere for at beslutningskompetanse ikke nødvendigvis bør være det første man vurderer. Kanskje bør man begynne med å vurdere noen av de andre kriteriene – for eksempel om helsehjelpen faktisk er nødvendig, eller om tiltaket står i forhold til behovet for helsehjelp.

Hvis man vurderer å gjøre et vedtak om tvang i somatisk helsehjelp, kan det dessuten være mer relevant først å prøve andre tillitsskapende tiltak, før man går videre til å vurdere pasientens beslutningskompetanse.

**Skapr trygghet først**

Som helsepersonell må man reflektere over hva som kan bidra til at pasienten føler seg trygg. Dette kan dreie seg om helt grunnleggende kommunikasjon – å forklare hva man gjør underveis, og være bevisst både verbal og nonverbal kommunikasjon. Hvis du som helsepersonell fremstår rolig og trygg, kan det ha en beroligende effekt på pasienten.

Andre tillitsskapende tiltak kan være å tilpasse samtalen til pasientens livserfaring, eller bruke musikk som virker beroligende.

Dersom slike tiltak fører frem, vil det ofte ikke være nødvendig å fatte vedtak om tvang – og heller ikke å vurdere pasientens beslutningskompetanse. Poenget mitt er at man bør ha både en faglig og en moralsk begrunnelse før man går videre til å vurdere beslutningskompetanse.

Det kan også oppstå etiske utfordringer underveis når man har besluttet å vurdere pasientens beslutningskompetanse. Hvordan vurderingen gjennomføres, avhenger både av faglig kompetanse – for å gjøre en god vurdering – og etisk kompetanse, for å unngå å krenke pasienten i prosessen.

**Tilpasse kommunikasjonen**

Hvordan vi kommuniserer med pasienten og informerer pasienten, har stor betydning for hvordan situasjonen oppleves. Snakker du til pasienten som en voksen person? Er du bevisst på å unngå en «ovenfra-og-ned»-holdning? Opplever pasienten at du tar vedkommende på alvor – og ser mer enn bare en diagnose eller et problem?

**Hvordan støtte beslutningskompetansen hos pasienter med demens**

- Gi informasjon på pasientens beste tid på dagen, for eksempel tidlig på formiddagen.
- Gjenta og bekreft forståelsen underveis i samtalen.
- Tilpass språket og unngå medisinske ord og uttrykk.
- Sørg for rolige omgivelser og unngå tidspress.
- Involver pårørende når det er relevant.
- Dokumenter hvordan vurderingen er gjort, og hvilke tiltak som er forsøkt.

Ser du etter ressurser og muligheter, eller leter du etter begrensninger? Alt dette er etisk viktig å reflektere over når man vurderer en pasients beslutningskompetanse.

Som nevnt kan man bruke skjemaer der man krysser av underveis i vurderingen. Dette kan bidra til å kvalitetssikre både spørsmålene som stilles, og informasjonen som gis – og dermed også selve vurderingen. Samtidig kan det oppleves krenkende for pasienten dersom verktøyet ikke brukes på en god måte.

Skjemaet bør derfor ikke brukes som en ren sjekkliste, men inngå som en del av en helhetlig vurdering. Man bør også være bevisst på hvordan spørsmålene stilles. Hvis beslutningskompetansen kan vurderes gjennom en så naturlig samtale som mulig, mener jeg det er det beste – slik at pasienten ikke føler seg forhørt eller eksaminert.

**Helsepersonell har et moralsk ansvar**

Som helsepersonell har vi et moralsk ansvar for å legge til rette for at pasienten forstår informasjonen vi gir. Dette er viktig for at pasienten skal kunne vurderes som beslutningskompetent. Vi bør med andre ord gjøre det vi kan for å støtte og styrke pasientens beslutningskompetanse.

Dette innebærer både et faglig og et moralsk ansvar for å tilpasse informasjonen. Vi må for eksempel unngå vanskelig medisinsk språk og bruke ord pasienten forstår. I tillegg kan tidspunkt og omgivelser ha stor betydning.

For personer med demens kan det spille en rolle hvilken tid på døgnet vi vurderer beslutningskompetansen. Den kognitive svikten kan for eksempel være mer fremtredende på ettermiddagen eller kvelden, når de er slitne. Miljøet rundt pasienten kan også påvirke situasjonen og bidra til at pasienten i større eller mindre grad forstår informasjonen som blir gitt.

Videre vil jeg løfte frem hvilken betydning følelser og relasjoner kan ha når man vurderer beslutningskompetansen. FARV-kriteriene har blitt kritisert for å ha en ensidig kognitiv tilnærming [8]. Opplevelsen og følelsen av trygghet kan for eksempel påvirke evnen vår til å ta imot og forstå informasjon, noe som understreker viktigheten av også å ta hensyn til det emosjonelle.

**Relasjoner påvirker forståelsen**

Også det relasjonelle aspektet kan være avgjørende. Dersom en person pasienten har tillit til – og som kjenner pasienten godt – står for informasjonen og vurderingen, kan det gjøre pasienten bedre i stand til å forstå og medvirke.

I en tidligere artikkel i fagbladet Sykepleien har jeg skrevet om betydningen av relasjonell autonomi [9]. I vurderingen av beslutningskompetanse kan en slik relasjonell tilnærming være særlig viktig.

Mens en tradisjonell tilnærming til autonomi – og også FARV-kriteriene – legger mest vekt på fornuftsautonomi, altså hvordan fornuftsevnen påvirker våre evner til å ta valg, vil en emosjonell og relasjonell tilnærming også vektlegge betydningen av det relasjonelle og emosjonelle i valgene vi gjør [8, 10].

Ved å ha mennesker rundt oss som vi er trygge på og har tillit til, vil vi være i bedre stand til å forstå informasjon og ta beslutninger.

**Moralsk dømmekraft**

I denne artikkelen har jeg forsøkt å belyse både faglige og etiske sider ved det å vurdere beslutningskompetansen hos en pasient. Som helsepersonell trenger vi ikke bare faglig kunnskap og kompetanse i selve vurderingen – vi trenger også moralsk dømmekraft til å vurdere når det er riktig å foreta en slik vurdering, og *hvordan* det bør gjøres på en måte som ivaretar pasientens integritet og verdighet. ●●●

*Forfatteren oppgir ingen interessekonflikter.*

**Referanser**


1. Heggestad AKT. Slik kan sykepleiere styrke pasientens autonomi. *Sykepleien forskning (Oslo)* 2025: e-99912. DOI: 10.4220/Sykepleiens.2025.99912.
2. Pedersen R. Pasientautonomi, informert samtykke og beslutningskompetanse. In: Magelssen M, Førde, R., Pedersen, R. og Lillemoen, L. (ed) *Etikk i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2020, pp.61-71.
3. Beauchamp T and Childress J. Principles of Biomedical Ethics: Marking Its Fortieth Anniversary. *Am J Bioeth* 2019; 19: 9-12. DOI: 10.1080/15265161.2019.1665402.
4. Helsedirektoratet. § 4A-3 Adgang til å gi helsehjelp som pasienten motsetter seg, (2015, accessed 26.10 2023).
5. Regjeringen. Prop. 31 L (2024–2025) Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak) Endringer i psykisk helsevernloven og pasient- og brukerrettighetsloven mv. (bedre beslutningsgrunnlag og behandling). In: omsorgsdepartementet H-o, (ed.).
6. Heggestad AKT. *Etikk i klinisk sjukepleie*. 2. utgåve. ed. Oslo: Samlaget, 2022.
7. Pedersen R and Dahlberg J. *Aid To Capacity Evaluation (ACE) - Hjelpemiddel til vurdering av beslutningskompetanse*. 2011. Senter for medisinsk etikk, Institutt for Helse og samfunn: Universitetet i Oslo.
8. Hermann H, Trachsel M, Elger BS, et al. Emotion and Value in the Evaluation of Medical Decision-Making Capacity: A Narrative Review of Arguments. *Front Psychol* 2016; 7: 765-765. DOI: 10.3389/fpsyg.2016.00765.
9. Heggestad AKT. Den tradisjonelle forståelsen av autonomi er for snever. *Sykepleien forskning (Oslo)* 2021: e-83901. DOI: 10.4220/Sykepleiens.2021.83901.
10. Atkins K. Autonomy and autonomy competences: a practical and relational approach. *Nursing Philosophy* 2006; 7: 205-215.



Fagskolen i Nord

**Helse og omsorgsfag**

**Nett- og samlingsbasert:**

| | |
|---|---|
| Barsel og barnpleie NY | 60 stp |
| Eldre og livsmestring | 60 stp |
| Palliasjon | 60 stp |
| Psykisk helse- og rusarbeid | 60 stp |

**Nettbasert:**

| | |
|---|---|
| Tverrfaglig helseteknologi | 30 stp |

**Bygg kompetansen din i Tromsø!**

– midt i et aktivt og framtidsrettet kunnskapsmiljø, tett på helse- og omsorgstjenestene.

Les mer om fagene her:

Studiene vektlegger tverrfaglig samarbeid, brukermedvirkning og etisk refleksjon, og gir praksisnær og relevant kompetanse for helse- og omsorgstjenestene. Du får verdifull erfaring med å bidra til livskvalitet for brukere og deres pårørende i ulike situasjoner.

# Banda - din helsepartner

*Lokaleide butikker over hele landet*

banda.no

**Helsearbeidere med butikk og rådgivning**
Hos Banda får du personlig fagveiledning, tilgang til kvalitetsprodukter og trygg oppfølging – alt samlet under ett tak, midt i ditt nærmiljø.

**Personlig oppfølging**

- Ekspertise i særklasse: Våre spesialister tilbyr løsninger innen hjelpemidler, sårbehandling, stomiutstyr, inkontinens, ernæring, brystproteser, tekstiler og kompresjonsprodukter.
- Skreddersydd veiledning: Hos oss får du individuelt tilpassede råd og hjelp til riktig bruk av produktene du trenger.
- Hos oss finner du et stort sortiment av nøye utvalgte produkter, slik at du enkelt kan velge det som passer best for deg.
- Forpliktet til din helse: Vi lytter, svarer på spørsmål og gir deg trygghet – både i butikken og i hverdagen.

**Banda er produkt nøytrale**
Din resept lar oss velge blant de beste løsningene fra ulike leverandører, helt uavhengig av produsent. Vi arbeider tett med sykehus og hjemmetjenesten. Våre fagfolk setter sammen en skreddersydd pakke for å gi deg optimal hjelp. Kvalitet og trygghet for deg, står i sentrum hos oss. Skulle du oppleve problemer med utstyret, er vi alltid her for deg.

**Enklere handel – også på nett**
På banda.no finner du Norges største sortiment av helserelaterte produkter, inkludert sykepleieartikler og næringsmidler på blåresept. Bestill enkelt og trygt i vår offentlig godkjente nettbutikk.

**Finn din nærmeste Banda**
Besøk **banda.no** for å finne din lokale avdeling. Oppdag hvordan vi kan gjøre din hverdag enklere, tryggere og mer behagelig.

/bandakjeden

OFFENTLIG GODKJENT HELSEFAGHANDEL

## BOKANMELDELSE

# Hva gjør vi når noen dør?

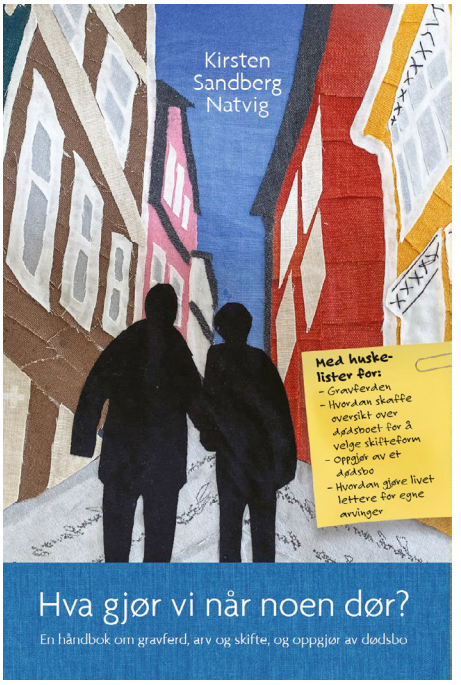
En god veiviser for dem som nettopp har mistet en av sine og skal ordne med alt.

ANMELDER: **HANNE CHRISTINE RYNNING-BERG**

*Hva gjør vi når noen dør* er en varm, klok og lavmælt bok som tar for seg et av livets mest grunnleggende, og samtidig mest tabubelagte temaer: døden.

Forfatteren skriver med en sjelden kombinasjon av faglig tyngde og personlig nærhet, og resultatet er en bok som både informerer, trøster og inviterer til refleksjon. Samtidig en den en god veiviser for dem som nettopp har mistet en av sine og skal ordne med alt, fra begravelse til ting man faktisk ikke orker å tenke på, som internett, telefon, skifterett etc.

Forfatteren har en grundig gjennomgang av alt en kan komme borti ved et dødsfall.




*Boka er skrevet av Kirsten Sandberg Natvig. Den ble utgitt på Bookea Vulkanisterna AS i 2025*

### Innhold og struktur

Boken er bygget opp på en konstruktiv god måte, med en meget god innholdsfortegnelse. Skal man finne et spesifikt tema så gjør en god innholdsfortegnelse det mye enklere. Boken har dessuten oversiktlige kapitler

### Styrker

Boken er bygget opp som en veiviser gjennom tiden etter et dødsfall. Forfatteren tar leseren med inn i de praktiske, følelsesmessige og relasjonelle spørsmålene som oppstår når et menneske dør.

Forfatteren bruker sin egen historie som gir leseren et innblikk i hvordan verden blir etter at en har mistet en av sine nære.

Språket er enkelt og tilgjengelig, uten å bli overflatisk. Personlige erfaringer og konkrete eksempler gir teksten liv og gjør den lett å kjenne seg igjen i, enten man selv har mistet noen nylig, for lenge siden, eller bare frykter at man en dag vil gjøre det.

En god innholdsfortegnelse er nevnt tidligere, men forfatteren har også lagt ved nyttige adresser og en meget god faktaboks der vanskelige ord og handlinger forklares, som *proklama, uskiftet bo* og *fremtidsfullmakt*, for å nevne noen.

En av bokas store styrker er at den normaliserer døden som en del av livet. Den minner oss på at det å snakke om døden ikke gjør den farligere, men tvert imot mer håndterbar. Samtidig gir den praktiske råd som kan være til stor hjelp i en kaotisk og sårbar tid.

### Svakheter

Helt ærlig så finner jeg få eller ingen svakheter ved denne boka. Forfatteren har gjort en grundig jobb og man kan vel kalle boka for en veiviser i tiden etter døden for den etterlatte.

### Konklusjon

Da jeg fikk lenken til denne boka og satte meg ned for å lese, var jeg innstilt på at dette var en bok for helsepersonell som stadig opplever dødsfall på jobb. En bok som ville ta for seg det psykiske og følelsesmessige, samt stell, og så videre, for oss som ofte er oppi slike situasjoner. Så feil kan man ta. Dette er en bok for de etterlatte.

Boka fenget meg, selv om jeg ikke har mistet noen av mine nærmeste de siste årene. Da mine foreldre gikk bort, klarte vi å navigere oss igjennom systemet.

Boka er veldig personlig, der forfatteren beskriver hvordan hun opplevde å miste en av sine. Den er grundig og tar for seg alt man kan havne oppi, ikke bare alt rundt selve begravelsen, men økonomi, skatt og internett ja listen er lang. Jeg anbefaler boka på det sterkeste. ●●●

## Kortfattet fagstoff på vaktrommet

«Kort om» gir informasjon om ulike temaer innen aldring, fysisk helse, psykisk helse og kognisjon og demens.

Formålet er å gi helsepersonell enkel tilgang på fagstoff. Kortene samles i ringer som kan oppbevares på vaktrommet. I tillegg har de ansatte egne plastmapper eller ringer med kort som passer i lomma.

De kortene som ikke deles ut, oppbevares i en boks for senere utdeling. Nye kortserier blir produsert fortløpende og kan kjøpes i Aldring og helses bokhandel.

«Kort om» finnes også digitalt som en gratis app.

# Mer effektive med to til på jobb

Et prøveprosjekt på Kirkebakken omsorgssenter i Molde viser til bedre flyt, færre ledige plasser og raskere saksbehandling ved å ansette to ekstra helsefagarbeidere.

Tidligere har korttidsplassene vært en «propp» i pasientflyten mellom sykehus og sykehjem i Molde, ifølge lokalavisa Romsdals budstikke.

Kommunen har slitt med å ta imot ferdigbehandlede pasienter fra sykehus til korttidsopphold. Samtidig har det vært vanskelig å sende pasienter videre fra korttid- til langtidsplass. Et prøveprosjekt har gjort denne pasientflyten bedre.

Nøkkelen var en ekstra helsefagarbeider på dagvakter i ukedagene ved begge korttidsavdelingene på Kirkebakken omsorgssenter. Det gjorde det mulig å la en sykepleier gå på topp for å håndtere inn- og utskrivinger, koordinering, tverrfaglig samarbeid og kvalitetssikring av evalueringer.

**Raskere pasientflyt**

Ekstra bemanning har blant annet ført til kortere opphold og raskere pasientflyt, ved at pasientvurderinger og innkomstprosedyrer gjennomføres raskere enn tidligere.

De har ikke lenger ledige plasser på grunn av kapasitetsutfordringer. Nå har det blitt enklere å ta inn nye pasienter fortløpende. Det er også færre pasienter med vedtak om langtidsplass i korttidsavdelingen.

*Kilde: Romsdals Budstikke, fra 26. november 2025, Suksess med økt bemanning på sjukeheim – Har gjort oss mer effektive*

## En time mindre søvn ved å gå fra kveldsvakt til dagvakt

Arbeidstidsordninger med kort hviletid mellom vaktene går utover både søvnlengde og søvnkvalitet

Under et kontrollert laboratorieforsøk ved Universitetet i Bergen fikk deltakerne gå gjennom to ulike turnuser. En turnus med åtte timers hvile mellom en kveldsvakt og en dagvakt, og en med seksten timers hvile mellom to dagvakter

Forskjellen var markant, ifølge nettstedet Forskning.no. Deltakerne i gruppen med kort hviletid fikk rundt en time mindre søvn enn ellers. Også søvnkvaliteten ble redusert. De sov mindre i dyp søvn og i REM-søvn. Faser som er avgjørende for restitusjon og læring.

*Kilde: Forskning.no*

## Turnover for en helsefagarbeider koster i snitt 52 000 kroner

Og det er bare for rekruttering og opplæring. Dersom stillingen står ubesatt over lengre tid og produktiviteten går ned, så blir summen høyere.

Når en helsefagarbeider slutter, koster det arbeidsgiver mellom 26 000 og 102 000 kroner å rekruttere og lære opp en ny. Dersom stillingen blir stående ubesatt, såkalt vakans, kan det fort bli minst dobbelt så dyrt.

Det viser beregninger utført av Oslo Economics på oppdrag av prosjektet Jobbvinner i KS.

Med vakans kan kostnaden øke til så mye som 417 000 kroner. Den største kostnadsdriveren er tapt produktivitet i overgangsfasen.

I tillegg kommer konsekvenser det er vanskelig å sette en pris på, som økt arbeidsbelastning for de som blir igjen, svekket pasientsikkerhet, dårligere arbeidsmiljø og redusert kvalitet på tjenestene.

Rapporten konkluderer med at investeringer i tiltak som reduserer turnover kan gi betydelige besparelser over tid, samtidig som de kan bidra til høyere kvalitet og større stabilitet i tjenestene.

**Foreslår mentorprogram**

En løsning på bemanningsutfordringene kan være innføring av mentorprogram for nyansatte i helse- og omsorgstjenester. Hittil har 45 kommuner deltatt læringsnettverk for utvikling av mentorprogram, ifølge Jobbvinner.

Mentorprogram skal ha ført til lavere turnover. Samtidig koster slike program penger. Rapporten *Kostnader ved turnover i kommunale helse- og omsorgstjenester* kan være et nyttig verktøy for å vurdere kostnadene ved turnover på den enkelte arbeidsplass.

*Kilde: KS*

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

# Taper eller tjener arbeidsgiver på å ha lærlinger?

Synet på lærlingens arbeidsinnsats kan påvirke om man blir oppfattet som en kostnad eller en ressurs.

TEKST: **ANN BEATE GRASDALEN**

*Seniorøkonom Jørgen Ingerød i Samfunnsøkonomisk Analyse er en forfatterne bak rapporten Kostnader og verdiskaping i lærlingordningen i kommunal sektor. KS er oppdragsgiver.*

Helsevesenet er avhengig av at det utdannes nok helsefagarbeidere framover. På lang sikt har arbeidsgivere derfor alt å tjene på å ta inn lærlinger. På kort sikt krever lærlingeordningen at arbeidsgiver investerer i opplæring. Men hvor dyrt er det, egentlig?

Det er det mulig å beregne, ved hjelp av et regnestykke utviklet på oppdrag fra KS, kalt Lærlingkalkulatoren. Med den kan en kommune sammenligne utgifter med den innsatsen som lærlinger bidrar med.

**Viser verdiskapningen**

Læretiden består av både opplæring og verdiskaping. Kalkulatoren viser hvordan verdiskapingen kan beregnes.

- Forhåpentlig vil det føre til at kommuner rekrutterer flere lærlinger, sier Eva Margrethe Kvalvaag som er spesialrådgiver i KS.

Etter 2021 har antallet lærlinger i kommunene gått ned.

– Bærekraften i de kommunale velferdstjenestene utfordres. Det jobbes aktivt med omstilling og riktig bruk av kompetanse. I den sammenheng er det flere kommuner som ser behov for flere fagarbeidere.

Lærlingkalkulatoren ble presentert i fjor, sammen med rapporten Kostnader og verdiskapning i lærlingeordningen i kommunal sektor.

Regnestykket er laget av konsulentselskapet Samfunnsøkonomisk Analyse (SØA). Her gjennomgås kostnader og inntekter hver for seg, så la oss starte med kostnadene.

**Kostnader**

– De aller fleste kommunene står overfor de samme kostnadstypene, forklarer seniorøkonom Jørgen Ingerød, som er en av forfatterne bak rapporten.

En lærling skal ha lønn. Det er den største utgiften. I løpet av to år får lærlingen utbetalt en pengesum som tilsvarer hva en ferdig nyutdannet helsefagarbeider tjener gjennom ett år.

I noen kommuner får lærlingen den samme lønna i hele perioden. I andre får lærlingen mindre i starten og mer mot slutten. Den totale kostnaden blir uansett den samme: en helsefagarbeider-årslønn fordelt over to år.

Videre følger kompensasjon til veiledere ute på arbeidsplassen. Her varierer praksis fra kommune til kommune. I eksemplet under, som Samfunnsøkonomisk Analyse har laget, er det lagt inn fem tusen kroner i halvåret per veileder.

Det trengs også noen som kan følge opp lærlingen i overgangen mellom skole og arbeidsplass. Tradisjonelt har det vært et frittstående opplæringskontor, men det kan også være noen i kommunen som besøker skolene, gjennomfører intervjuer, lager lærlingkontrakter og passer på at lærlingen får den opplæringen hen skal ha.

I tillegg kommer diverse administrative kostnader knyttet til lærlingeordningen. Det kan for eksempel være å lære opp veiledere.

**Inntekter**

Det var kostnadene. Så går vi over til inntektene i regnestykket. For det er også slik at lærlingen bidrar til å skape verdier på arbeidsplassen. Personen mottar ikke bare opplæring, hen utfører også en jobb som er nyttig for arbeidsgiver, men hvor mye er den jobben verdt?

I offentlig sektor er det vanskelig å sette en verdi i kroner og øre på innsatsen, i og med at tjenesten ikke omsettes i et marked. Å avgjøre hvilken metode som skal benyttes for å fastsette lærlingens verdiskapningsbidrag, har

vært viktig i dette prosjektet, forteller Ingerød.

De landet på å bruke samme tilnærming som Statistisk sentralbyrå bruker for å beregne verdiskaping i offentlig sektor i nasjonalregnskapet. Det vil si at verdien beregnes ut fra kommunens lønnskostnader.

I og med at en lærling er antatt å bidra til verdiskapingen i halvparten av læretiden, så vil verdiskapningsbidraget gjennom læreperioden på to år, tilsvare en årslønn.

**Basistilskudd**

På inntektssiden i regnestykket er også en fast pengesum som kommunen mottar for hver lærling. Det kalles basistilskudd. Satsen var i 2025 på 183 093 kroner per lærekontrakt, og skal dekke kommunens opplæringskostnader i læretiden. I regnestykket som vises i denne saken, er det brukt et lavere tall. Det er fordi kommunen i dette eksempelet bruker et opplæringskontor. Da overføres deler av basistilskuddet dit.

**Forenkler virkeligheten**

Økonomen understreker at modellen er en forenkling av virkeligheten. Den er nødvendig for å kunne utføre beregninger og tallfeste verdien på et samfunnsøkonomisk nivå.

Den faste summen på verdiskapningsbidraget tar ikke hensyn til individuelle forskjeller. Dessuten vil noen lærlinger jobbe mer selvstendig enn andre og dermed bidrar mer til produksjonen av de kommunale tjenestene.

Modellen tar heller ikke hensyn til verdien av ulike typer arbeid som en lærling kan utføre, og om noe arbeid kan anses å være mer verdifullt enn annet arbeid.

Det kan også stilles spørsmål ved om en lærling utfører arbeid med like høy kvalitet som en ferdig utdannet helsefagarbeider, påpeker Jørgen Ingerød.

**Overskudd eller underskudd**

Ifølge beregningen i eksempelet som ligger i Lærlingkalkulatoren når den lastes ned fra KS sine nettsider, så vil det lønne seg på kort sikt å ta inn lærlinger, men tallene vil variere fra kommune til kommune.

For Ingerød er det viktig å understreke at det er en eksempelberegning. Resultatet vil variere med forutsetningene i den enkelte kommune.

– Tanken er at den enkelte kommune må sette inn sine tall for å få en egen beregning for sin kommune, sier han.

**Bare en del av bildet**

Inntak av lærlinger kan ha flere positive virkninger som ikke kommer fram i et kommuneregnskap, både på kort og lang sikt. Inntak av lærlinger påvirker blant annet utviklingen av tjenestene, rekruttering og den enkelte lærlingens framtid.

Kostnader og inntekter i kommuneregnskapet er altså bare en del av det større bildet.

– Alle vi har snakket med er nøye med å understreke at det å ta inn læringer bidrar til mye mer enn lærlingenes eget verdiskapingsbidrag, sier Ingerød. Blant annet til kompetanseutvikling, gjennom at de ansatte må oppdatere seg selv for å kunne lære opp nye.

Fra opplæringen i skolen bringer lærlingene med seg ny og oppdatert kompetanse. Flere var dessuten opptatt av at kommunene har et samfunnsoppdrag. Gjennom å kvalifisere unge voksne til arbeid, kan lærlingeordningen bidra til sterkere tilknytning til arbeidslivet på lang sikt.

– Disse andre faktorene er viktige, men vanskelige å tallfeste, påpeker Ingerød.

**Oppfattes som utgift**

På lang sikt er det ingen tvil om at det lønner seg for samfunnet å investere i framtidens helsefagarbeidere. Likevel oppfattes lærlingen ofte som en utgiftspost.

Noe av forklaringen kan være å finne i bemanningsplanleggingen.

Ingerød og hans kolleger i Samfunnsøkonomisk Analyse har oppdaget at arbeidsgivere betrakter lærlingenes arbeidskraft ulikt. Noen tar dem inn i turnusen. Andre lar dem alltid gå på topp. Mens andre igjen lar lærlingene gå på topp, men benytter dem som vikarer ved korttidsfravær.

Tidligere undersøkelser viser at kommunale pleie– og omsorgstjenester bruker nesten tjue prosent av lønnsmidlene til overtid og vikarer. Dersom lærlinger tillates å erstatte vikarer, kan det føre til reduserte vikarutgifter.

## Kostnader

| | Lønnskostnad til lærlinger | Kompensasjon til instruktører | Kostnader til samarbeids-organ | Kommunens administrasjons-kostnader | Totale kostnader |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. halvår | 99 408 | 5 000 | 15 389 | 7 500 | 127 296 |
| 2. halvår | 132 043 | 5 000 | 15 389 | 7 500 | 159 932 |
| 3. halvår | 164 679 | 5 000 | 15 389 | 7 500 | 192 568 |
| 4. halvår | 262 587 | 5 000 | 15 389 | 7 500 | 290 476 |
| **Totalt** | **658 717** | **20 000** | **61 555** | **30 000** | **770 273** |

## Bidrag og tilskudd

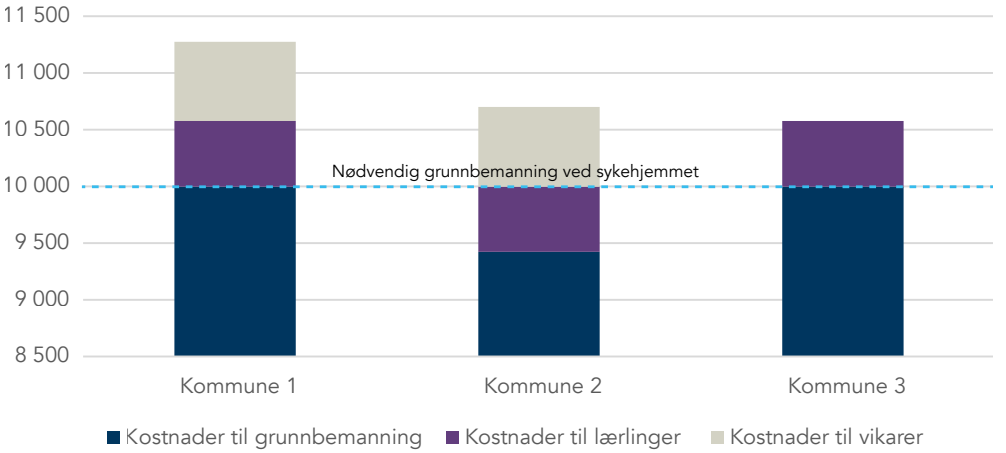
| | Verdiskapning | Basis | Verdiskapning og bidrag |
|---|---|---|---|
| 1. halvår | 99 408 | 28 579 | 127 987 |
| 2. halvår | 132 043 | 28 579 | 160 623 |
| 3. halvår | 164 679 | 28 579 | 193 259 |
| 4. halvår | 262 587 | 28 579 | 291 166 |
| **Totalt** | **658 717** | **114 317** | **773 034** |

*Lærlingkalkulatoren beregner kostnader og inntekter fra lærlingeordningen. Den kan lastes ned fra KS sine nettsider .*

Lærlingene kan føres inn i turnusen på ulike måter. Hvilken som velges, vil påvirke budsjettene, men ikke nødvendigvis tjenestetilbudet.

Når lærlingen kommer i tillegg til grunnbemanningen, så bidrar det til å øke kostnadene på tjenestestedet, samtidig som lærlingens verdiskapningsbidrag blir usynlig i regnskapet.

## Lærlinger på topp, i grunnbemanning eller som vikarer




*Kommune 1: Lærlinger kommer i tillegg til grunnbemanningen, og brukes ikke som vikarer.*

*Kommune 2: Lærlinger inngår i grunnbemanningen. Ved korttidsfravær må kommunen hente inn vikarer som vanlig.*

*Kommune 3: Lærlinger kommer i tillegg til grunnbemanningen, men erstatter vikarer ved korttidsfravær på de vaktene lærlingen uansett skal jobbe.*

**Lærlinger i grunnbemanningen?**

Måten lærlingene brukes i turnusen får konsekvenser i budsjettene.

– Så lenge lærlingen kommer i tillegg til grunnbemanningen, så bidrar det til å øke kostnadene på tjenestestedet, sier Ingerød.

Da blir lærlingens verdiskapningsbidrag usynlig på papiret.

– En annen tilnærming er at vi lar verdiskapningen inngå som en del av grunnbemanningen. Da har ikke lærlingen påvirket kostnadene i den enheten, gitt at basistilskuddet dekker opplæringskostnadene.

Men selv om det klart lønner seg rent budsjettmessig å ta med lærlinger i grunnbemanningen, så er det ikke sikkert at det er det riktige å gjøre. Da Jørgen Ingerød intervjuet arbeidsgivere i seks ulike kommuner ble det ikke gitt noe entydig svar.

– Det er uenigheter om det er riktig å gjøre det slik, overfor lærlingene selv, overfor de andre som jobber på enheten, for de ordinære ansatte som har mindre stillingsbrøker og som kunne ha jobbet disse timene. Det er mange slike hensyn som gjør at man velger ulikt, påpeker han.

**Privat sektor annerledes**

I offentlig sektor er det vanlig å anse lærlingene som en utgiftspost. Gjennom å ta inn lærlinger utviser kommunene en form for samfunnsansvar. I privat sektor er holdningen litt annerledes, forteller Ingerød.

Samfunnsøkonomisk Analyse har tidligere undersøkt lærlingeordningene i industrien, på oppdrag av NHO. Der anses lærlingen i større grad å bidra til produksjonen.

– Generelt har vi opplevd at i industrien og i bygg og anlegg har man lagt mer vekt på verdiskapningsdelen, mens i helse har man hatt mer fokus på opplæringsdelen, sier han.

Kanskje kan forskjellene skyldes høyere krav til kvalitet i helsesektoren, i og med at tjenestene direkte påvirker menneskers liv og helse.

– Intervjuene i dette prosjektet tyder likevel på at det er økende bevissthet om verdiskapingsbidraget også i kommunesektoren, ifølge Ingerød.

**Påvirker økonomien**

Hva som er riktig måte å bruke lærlingene, vil han ikke mene noe om.

– Det ene er ikke mer riktig enn de andre, men valget får konsekvenser for økonomien. Så det er et valg man må være bevisst på, sier han.

– Om lærlingene går utenpå grunnbemanningen, så gir det kanskje utslag i bedre kvalitet på tjenesten. Det er legitimt. Da prioriterer kommunen samfunnsoppdraget å ta inn lærlinger, men med det følger en kostnadsøkning, og realiteten er at mange kommuner er så presset på økonomi at den kostnaden er vanskelig å få igjennom i budsjettene.

Flere av kommunene som ble intervjuet i undersøkelsen, var positive til å la lærlinger fungere som vikarer. Om det på papiret kan vises til at lærlinger reduserer vikarutgiftene, så kan det kanskje åpne opp for at kommuner kan ta inn flere lærlinger., tror Ingerød.

– En del av de som jobber med inntak av lærlinger blir utfordret på hvordan kommunen skal håndtere kostnadene budsjettmessig. Om lærlingene kan bidra til at kommunen sparer vikarkostnader, er dert et argument som man har for å utvide muligheten for å ta inn lærlinger, sier han.

Verdiskapningsbidraget kommer lærlingene inn i tjenesten med uansett. Det er hvordan det integreres som slår ut på kommuneøkonomien. Om lærlinger ikke brukes i grunnbemanningen eller som vikarer, så kan konsekvensen være at det må kuttes andre steder i kommunen for å finansiere inntak av lærlinger, påpeker han. ●●●

## KS anbefaler at lærlinger inngår i grunnbemanningen

Foto: KS

Ifølge spesialrådgiver Eva Margrethe Kvalvaag anbefaler KS at kommunene lar lærlinger inngå i grunnbemanningen, slik Kommune 2 gjør i grafen ovenfor.

Hun mener dette er i tråd med hvordan den norske lærlingmodellen er lagt opp.

# Hvordan sikre forsvarlige tjenester i små enheter?

Etter å ha gjennomført tilsyn i mange små helse- og omsorgsenheter, kommer Helsetilsynet med forslag på tiltak.

Små enheter har ofte begrenset kapasitet til systematisk opplæring. Få ansatte, knapphet på tid og begrensede ressurser kan gjøre fagutvikling og systematisk evaluering vanskelig. Det skriver Helsetilsynet i et notat utgitt i februar i år.

De foreslår flere tiltak som kan styrke kvalitet og samhandling. Blant dem er:

- Egne opplæringsansvarlige som sikrer at endringer blir omsatt til lik praksis lokalt.
- Hospitering og utveksling i andre enheter for å redusere personavhengighet og sårbarhet.
- Workshops hvor ansatte kan identifisere og diskutere områder med forbedringsbehov.
- Systematisk bruk av avvik for å fange opp hendelser som går igjen og områder med behov for endring.

Les mer om Helsetilsynets anbefalinger i notatet *Hvordan sikre forsvarlige tjenester i små enheter?*

# Ny veileder om hvordan bli helsefagarbeider

Skal støtte kommunene i arbeidet med å utdanne assistenter til helsefagarbeidere.

Veilederen retter seg mot ledere og ressurspersoner i de kommunale helse- og omsorgstjenestene som har ansvar for kompetanseutvikling og personaloppfølging, eller som arbeider med rekruttering, opplæring og oppfølging av ansatte uten formell helsefaglig utdanning. Den kan lastes ned fra KS sine nettsider.

Trøndelag
høyere yrkesfagskole

Mer kompetanse - større trygghet

Fagskoleutdanning som styrker deg i yrket – uten å ta deg bort fra arbeidslivet.

**Søknadsfrist 15. april**

Les mer om våre utdanninger!

thyf.no

# Krever lik behandling av deltidsansatte

TEKST: ANN BEATE GRASDALEN

Er du ansatt på heltid, da har du krav på overtidsbetaling om du tar en ekstravakt. Slik er det ikke for deltidsansatte som jobber utover sin faste stillingsstørrelse. Det kan være diskriminerende og ulovlig.

I dag vil mange deltidsansatte ikke ha krav på overtidsbetaling før de har jobbet like mye som en heltidsansatt. Flere arbeidstakerorganisasjoner mener dette strider med gjeldende rett.

I 2024 fastslo EU-domstolen i Luxembourg at deltidsansatte skal likebehandles med heltidsansatte. To tyske ansatte i 40 og 80 prosent stilling i helsesektoren fikk sine saker behandlet.

Rettsakene ble omtalt i fjerde utgave av Helsefagarbeideren i 2024.

Dommene kan påvirke deltidsansatte i hele EØS-området. På vegne av sine medlemmer, vil flere arbeidstakerorganisasjoner i YS, LO, Unio og Akademikerne prøve tilsvarende saker for norsk rett.

*Dersom praksis blir endret til det arbeidstakerorganisasjonene mener er gjeldende rett, så vil deltidsansatte som tar på seg ekstravakter få mer overtidsbetalt framover, sier Delta-leder Trond Ellefsen.*
*Foto: Delta*

## Hva har det å si for oss?

Kampen handler om at deltidsansatte i framtiden skal ha overtidsbetaling når de jobber mer enn sin avtalte arbeidstid. Det vil føre til mer lik behandling av deltidsansatte, mener arbeidstakersiden.

Vi spør Delta-leder Trond Ellefsen om hva denne endringen kan ha å si for helsefagarbeidere.

*– Hvordan kan likebehandling av heltidsansatte og deltidsansatte påvirke helsesektoren der mange jobber heltid?*

– Vi mener dette vil føre til mer heltid, ved at flere arbeidsgivere velger å tilby stillinger som er i tråd med det faktiske behovet, svarer Ellefsen.

Han mener dagens system motiverer arbeidsgivere til å ansette i deltidsstillinger, fordi deltidsansatte tar på seg ekstraarbeid uten at det koster arbeidsgiver noe ekstra.

– Det gir en fleksibilitet for arbeidsgiver, og medfører ofte en ulempe for arbeidstakerne som ikke har forutsigbarhet knyttet til arbeidstid og inntekt, sier han.

*– Mange helsefagarbeidere som i dag jobber deltid, tar ekstravakter. Betyr det at de framover vil få mer overtidsbetalt?*

– Ja, om praksis blir endret til det vi arbeidstakerorganisasjoner mener er gjeldende rett, så blir det slik, svarer Ellefsen.

Da vil det bli mindre gunstig å ansette helsefagarbeidere i deltidsstillinger. Noe som antagelig vil føre til at det blir flere utlyste heltidsstillinger, og at flere helsefagarbeidere får større stillingsbrøker enn i dag.

– I dag viser Deltas heltidsbarometer at kun 29 prosent av helsefagarbeiderstillingene som utlyses er heltidsstillinger, opplyser Ellefsen.

*– Vil overtidsbetaling for deltidsansatte bli et tema under vårens tariffoppgjør?*

– Vi har allerede hatt forhandlinger med de store arbeidsgiverorganisasjonene og dette endte opp med uenighet. Arbeidsgiver mener dagens praksis er lovlig og kan fortsette, mens arbeidstakersiden mener det motsatte, sier han.

– Slik det ser ut nå er det lite trolig at dette blir tema i tariffoppgjørene, men Deltas tariffkrav for vårens oppgjør er enda ikke vedtatt. Det er derfor for tidlig å konkludere med hvordan dette vil bli håndtert.

## Urettferdig ordning i dag

I dag er ordningen slik at alle ansatte der hvor det er tariffavtale, får overtidsbetalt om de jobber over 37,5 timer i uka og 7,5 timer i døgnet.

*– Hvorfor er denne ordningen diskriminerende for deltidsansatte?*

*Nå får flere deltidsansatte helsefagarbeidere saken sin prøvd i retten.*
*Illustrasjonsfoto: Colourbox.com*

– Dette handler om prinsippet om lik lønn for likt arbeid, uavhengig av avtalt stillingsbrøk, svarer Merete Norheim Morken, som er forhandlingssjef i Delta.

Hun henviser til EUs deltidsdirektiv som sier at det ikke er lov å forskjellsbehandle heltids- og deltidsansatte. Når deltidsansatte jobber utover avtalt arbeidstid, så dekker de opp for den samme manglende bemanningen som når heltidsansatte jobber overtid.

– I tillegg er en veldig stor andel av de deltidsansatte kvinner, så her er det også et kjønnsperspektiv, sier Morken.

*– Har Delta planer om å prøve enkeltmedlemmers sak for retten med bakgrunn i EU-domstolens konklusjon?*

– Ja, vi jobber nå med saker for enkeltmedlemmer som er rammet av dette. Det samme gjør flere andre organisasjoner. Vi mener vi har en god sak, men det blir nok flere runder i rettssystemet før dette blir avgjort, sier Morken.

**Staten ser på løsninger**

Arbeids- og inkluderingsdepartementet har satt ned en arbeidsgruppe for å se på ulike løsninger. De skal levere en rapport innen 1. september 2026.

*– Hvilke forventninger har Delta til rapporten?*

– Delta har en klar forventning om at en samlet arbeidsgruppe kommer med forslag om å endre dagens praksis, slik at den gir alle arbeidstakere overtidsbetalt for arbeid ut over avtalt arbeidstid. Hvorvidt dette vil skje, er for tidlig å si, men vi registrerer at motstanden er stor, sier Morken.

*– Kan deltidsansatte helsefagarbeidere forvente endringer allerede i år?*

– Dette kan vi håpe, men om det er behandlingen i rettssystemet som skal avgjøre, vil det ta lenger tid. Da vi nok må forvente at dette går til høyesterett før endelig avgjørelse, avslutter hun. ●●●

# Fem hundre kroner for langvakter i helgene

Nå gjelder en ny avtale i hele Norge for langvakter over 12,5 timer. Den gir ekstra kompensasjon for helger og betalte pauser.

Den nye særavtalen gjelder for ansatte i helse, omsorg og barnevern i kommunene. Formålet er å regulere bruk av langvakter, samt å bidra til økte stillingsstørrelser og flere heltidsstillinger. Avtalen gjelder fra 1. mars i år.

Særavtalen SFS 2310 åpner opp for at hovedtillitsvalgte kan inngå lokal særavtale om langvakter over 12,5 timer, til og med 15 timer. Vakter som er på 12,5 timer, eller mindre, inngår ikke i ordningen.

Nytt i avtalen er 500 kroner i kompensasjon for hver utførte langvakt i tidsrommet lørdag kl. 07.00 til søndag kl. 24.

**Betalte pauser**

Ved vakter opp til 13,5 timer skal arbeidstaker sikres halvannen time pause i løpet av vakten. Ved langvakter over 13,5 og til og med 15 timer skal arbeidstaker sikres to timer pause i løpet av vakten.

Pausene skal inngå i arbeidstiden og fordeles på flere tidspunkt i løpet av arbeidsdagen.

**Fortsatt frivillig**

Selv om hovedtillitsvalgte og kommunen tilslutter seg den sentrale særavtalen, vil det være opp til partene på den enkelte arbeidsplass om de skal bruke langvaktsordninger.

For den enkelte ansatte skal det fortsatt være frivillig å bli med, og det skal være mulig å tre ut av ordningen om den ikke fungerer

Arbeidstidsordningene med langvakter skal evalueres regelmessig og minst én gang per år.

*Les mer om den nye avtalen på Deltas hjemmesider*

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

# Smak litt på det ordet: psykososial

Et vanskelig ord, satt sammen av begrep som vi forbinder med psykiske lidelser og et sosialt liv. Men hva betyr psykososialt arbeidsmiljø for oss som helsepersonell?

**HANNE CHRISTINE RYNNING-BERG**

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

Det psykososiale arbeidsmiljøet handler om hvordan vi har det på vår arbeidsplass, følelsesmessig, mentalt og sosialt. Egentlig kan man vel si at det beskriver samspillet mellom mennesker, organiseringen av arbeidet og de psykiske belastningene samt resursene i arbeidsdagen vår. Kort fortalt, det psykososiale arbeidsmiljøet påvirker vår helse, trivsel, motivasjon og ikke minst arbeidsevne.

## Hvordan har du det på jobb?

Det er mye som man kan putte i sekken til det psykososiale arbeidsmiljøet: Konflikter, trakassering og mobbing. Forholdet til ledere og kollegaer. Vår opplevelse av tillit, respekt og den støtten vi får. Arbeidspress og tidspress. Tilgjengelighet og forventninger til ansvar. Krav og ressurser. Klare roller og forventninger. Medbestemmelse i egen arbeidsdag. Det å bli hørt. Jobbsikkerhet. Rettferdig og tydelig ledelse. God informasjonsflyt. Opplevelse av mestring. Anerkjennelse for den jobben man gjør. Følelse av å være verdifull, og ikke minst viktig.

Det er garantert mye mer man kan putte i samme sekk, men det psykososiale arbeidsmiljøet går egentlig ut på hvordan man har det på jobb.

## Mindre stress og plager

Men hvorfor er det så viktig å henge seg opp i det psykososiale arbeidsmiljøet da? Jo for et godt psykososialt arbeidsmiljø forebygger stress og psykiske plager. Det reduserer sykefravær og stor turnover, med det mener jeg at folk slutter og nye begynner. Det gir et bedre samarbeid og ikke minst høyere kvalitet i arbeidet.

Et dårlig psykososialt arbeidsmiljø derimot kan gi mistrivsel, redusert kvalitet på arbeidet – både for de ansatte og for pasientene man er ansatt for å ta vare på og det kan gi helseplager for de ansatte.

> Kort oppsummert kan man vel si at det psykososiale arbeidsmiljøet handler om hvordan mennesker har det med hverandre og med jobben sin hver eneste dag.

Vi som arbeider innen helse- og omsorg er ofte på arbeidsplasser med bare kvinnelige ansatte. Av en eller annen merkelig grunn er det akkurat på slike arbeidsplasser det psykososiale arbeidsmiljøet er på sitt verste. Man kan jo lure på hvorfor.

Vi er gjerne en stab på alt fra 40 ansatte og oppover, noen plasser mindre. Vi er helt forskjellige mennesker, med forskjellig bakgrunn og utdannelse. Ingen har det likt på privaten. Noen har gjerne store problemer på hjemmefronten som de ubevisst tar med seg på jobb.

Av en eller annen merkelig grunn blir det gnisninger av slikt.

## Jeg har fått merke janteloven

Jeg har selv fått merke janteloven, på en tidligere arbeidsplass for mange år siden. Jeg ser på meg selv som en grei person å arbeide med. Jeg liker ikke alle mennesker, det er det ingen som gjør, men jeg forsøker alltid å lage en god vakt uansett hvem jeg er på jobb med. Men på denne nevnte arbeidsplassen kom jeg fra en annen kommune, jeg hadde mer utdannelse enn de andre og jeg var den eneste som gikk i hundre prosent stilling.

Jeg ble ekskludert fra frokost hos kollegaer med unnskyldning om at jeg bodde jo ikke i bygda. De sjekket om jeg hadde gjort godt nok rent ved å løfte på duker, og lignende, for å se om det var støv. Hver eneste vakt opplevde jeg nedsettende kommentarer i beskjedboka, kritikk fra kollegaer, og så videre.

Det hele toppet seg da jeg var syk og en ansatt hadde kjørt i 45 minutter av sin fritid for å besøke meg, noe vedkommende aldri hadde gjort før. Jeg var ikke hjemme, og vedkommende gjorde et stort nummer ut av dette i beskjedboka på jobb, om at hun hadde vært på sykebesøk, men kom til låst dør. Jeg var på legevakta. Da var det nok for min del.

Jeg kunne ha valgt å gjøre en stor sak ut av det, men valgte heller å sykemelde meg, og rett etterpå fikk jeg jobb i min egen kommune. Jeg var aldri tilbake på den arbeidsplassen igjen. Jeg forstår enda ikke den dag i dag, vel tjue år etterpå, hva som egentlig skjedde og hvorfor det ble slik det ble.

Nok om det, vi er helsepersonell og vår oppgave er å ta oss av syke pasienter. Da vil jeg tørre å påstå at et godt psykososialt arbeidsmiljø er en forutsetning for god helsehjelp.

## Å være trygg på jobb

Vi som helsepersonell står i en av de mest krevende arbeidsplassene i samfunnet. Vi møter mennesker i smerte, i krise, sorg og usikkerhet. Ofte har vi et tidspress og svært høye forventninger. I den sammenheng er det psykososiale arbeidsmiljøet ikke et sideprosjekt, men en helt avgjørende forutsetning for både personalets egen helse, og ikke minst for kvaliteten på helsehjelpen.

Det handler faktisk om å føle seg trygg på jobb, og føle seg trygg i den jobben man gjør. Trygg på sine kollegaer, på ledelsen og trygg på at man kan si i fra om belastningen blir for stor.

De aller fleste av oss har opplevd stadige omorganiseringer, det er en enorm stor belastning som ofte genereres av politikere som skal spare penger. Vi opplever stort arbeidspress og underbemanning. Dersom slike ting ikke møtes med åpen dialog, støtte og realistiske krav kan konsekvensene bli høyt sykefra-

# «Kan du forklare meg hvorfor du gjør det på denne måten?»

TEKST: **STIG FAGERLAND**

Stig Fagerland har bachelor i sosiologi og jobber som miljøterapeut i et bofellesskap Stavanger kommune.

Fagerland er medlem av Helsefagarbeiderens redaksjonsråd.

Blir du stilt et slikt spørsmål, kan du velge å se det som et tegn på interesse for måten du arbeider på, fremfor kritikk.

Et godt psykososialt arbeidsmiljø handler om å føle seg trygg på jobb, både faglig, fysisk, følelsesmessig og sosialt. Det betyr å kunne si ifra, stille undrende spørsmål eller være faglig uenig, uten å være redd for konsekvensene.

Når ansatte ikke tør å si hva de mener eller unngår å ta opp faglige spørsmål, kan det føre til frustrasjon, baksnakking eller interne konflikter. Over tid kan dette svekke både arbeidsmiljøet og kvaliteten på tjenestene.

**Uenighet kan være en styrke**

Vi som arbeidstakere i helsesektoren møter mennesker i sårbare situasjoner, enten det gjelder somatisk eller psykisk uhelse. Dette gjør at arbeidet krever faglig kompetanse, men vel så viktig er relasjonen vi etablerer med våre pasienter. Derfor vil det være forskjeller i hvordan vi utfører arbeidet vårt. Det må vi anerkjenne.

Men faglige uenigheter trenger ikke være noe negativt. Tvert imot kan det være en styrke, både for deg og dine kollegaer. Når kollegaer stiller undrende spørsmål til hverandre, kan det bidra til refleksjon og kompetanseheving.

Spørsmålet «Kan du forklare meg hvorfor du gjør det på denne måten?» kan åpne for faglig utvikling, så lenge det stilles med respekt og undring. Blir du stilt et slikt spørsmål, kan du velge å se det som et tegn på interesse for måten du arbeider på, fremfor kritikk. Det betyr ikke at du må endre din arbeidsmetode, men at du får mulighet til å forklare og tenke gjennom egne valg.

**Skaper et bedre fagmiljø**

Når det blir vanlig på en arbeidsplass å stille undrende spørsmål uten at det oppfattes som angrep, kan det skape et bedre fagmiljø. Du og dine kollegaer blir tryggere på hverandre, og det blir lettere å samarbeide. Det blir som regel en vinn-vinn-situasjon for alle.

Samtidig er det viktig å erkjenne at faglige uenigheter kan være vanskelige og belastende. Noen kan føle seg usikre eller sårbare når arbeidsmetodene de bruker blir stilt spørsmål ved. Dersom arbeidsmiljøet allerede er preget av konflikter eller manglende tillit, kan faglige diskusjoner lett bli personlige. Det bør vi unngå.

I en hektisk arbeidshverdag med høyt tempo og stort ansvar kan det også oppleves som krevende å ta seg tid til refleksjon og dialog. Da kan faglig uenighet bli sett på som et problem i stedet for noe nyttig.

**Åpenhet og anerkjennelse**

For å skape et trygt psykososialt arbeidsmiljø der faglige uenigheter kan tas opp på en god måte, er det behov for åpenhet og anerkjennelse for andres arbeidsmetoder. Det bør være enighet om at man snakker til hverandre med respekt og skiller mellom sak og person.

Det er forskjell på å si «jeg lurer på hvorfor du valgte denne løsningen» og «du gjør dette feil». Måten vi spør på, har stor betydning for hvordan budskapet blir mottatt.

Når det blir en norm på arbeidsplassen at man kan stille undrende spørsmål uten frykt for reaksjoner, styrkes både fagmiljøet og det psykososiale arbeidsmiljøet. Når vi tåler uenighet og møter hverandre med nysgjerrighet i stedet for forsvar, legger vi grunnlaget for en arbeidsplass der både ansatte og pasienter får det bedre.

## Nye regler i arbeidsmiljøloven fra 2026

Kravene til arbeidsmiljøet blir nå klarere. Framover må arbeidsgiver jobbe systematisk med psykososiale forhold, som trivsel, samarbeid, konflikthåndtering og forebygging av trakassering. Dette skal bidra til tryggere, mer motiverende og helsefremmende arbeidsplasser.

Kilde: Delta

---

vær, utmattelse, eller at ansatte forlater yrket.

**Ikke bare tema i festtaler**

Ledelse spiller en nøkkelrolle i det psykososiale arbeidsmiljøet. Ledere som er til stede, lytter og tar ansvar for arbeidsmiljøet, bidrar til tillit og fellesskap. Like viktig er et kollegialt miljø preget av respekt, samarbeid og rom for å være menneske – også på jobb. Ingen skal måtte bære tunge opplevelser alene.

Å investere i det psykososiale arbeidsmiljøet, er å investere i pasientsikkerhet. Helsepersonell som opplever mestring, støtte og anerkjennelse, har større overskudd til faglige vurderinger, empati og omsorg. Det gagner både pasienter, pårørende og samfunnet som helhet.

Skal vi klare å beholde og rekruttere helsepersonell i fremtiden, må vi ta arbeidsmiljøet på alvor – ikke bare i festtaler, men i hverdagen. Helsepersonell tar vare på oss når vi trenger det mest. Da må vi sørge for at de også blir tatt vare på.

Husk, vær mot andre som du vil andre skal være mot deg. Snakk til og ikke om. Å snakke nedsettende om noen kan gi store ringvirkninger. Har du problemer med noen, si det til den det gjelder og ikke alle andre. Å snakke om skaper garantert et dårlig arbeidsmiljø. ●●●

# Digital fagsamling for helsefagelever

8. april inviterer Helsefagarbeiderforbundet alle landets VG2-klasser i helsearbeiderfaget til gratis digital samling.

Fagsamlingen er for deg som er på vei til å bli helsefagarbeider. Elevene vil få informasjon om yrkesetikk, om rettigheter og plikter i arbeidslivet, og hvorfor de burde ha en fagforening i ryggen.

**Influenser og mentaltrener**

Influenser Morten Skau kommer for å snakke om mennesker med nedsatt funksjonsevne og seksualitet. Han ble lam etter å ha tatt en baklengs salto på trampoline da han var 16 år, og har mottatt Skamløsprisen for å være åpen om seksualitet.

Mentaltreneren Emma Ingebrigtsen er en viktig stemme for unge som leter etter en egen identitet. Hun vil snakke om hvordan det er for deg som ung å komme inn i en voksen arbeidshverdag, og gi et innblikk i en verden med utenforskap.

En e-post med lenke til påmeldingen er sendt til alle videregående skoler i Norge som har helsefaglinje. Om lærere eller elever ikke har mottatt invitasjon, ta kontakt med Helsefagarbeiderforbundet.

*Helsefagarbeider og Delta Ung representant Caroline Mittet Kvernen deltar under fagsamlingen.*

**Tid:** 8. april, 10.00 – 10.55
**Påmeldingsfrist:** 30. mars
**For mer info:** helsefagarbeiderforbundet@delta.no
Fagsamlingen er bare tilgjengelig som direktesending.

## Program

**Morten Skau** om mennesker med nedsatt funksjonsevne og seksualitet.

**Emma Ingebrigtsen** gir i et innblikk i en verden med utenforskap.

**Rain Vangen Dahlberg** om hverdagen som helsefagelev.

**Caroline Mittet Kvernen** og **Bente Svenum** om yrkesetikk og det å jobbe som ung helsefagarbeider.

Optima pH4

-unik kombinasjon av eddik, alginat og mjukgjerande ingrediensar

• dagleg vask • dagleg pleie
• sårbehandling

Vask/hudpleie som førebygger/pleier hudplager, styrker syrekappa og bevarer den gode bakteriefloraen.

Utan parfyme. Låg pH.

Meir info

Optima pH

Optima Produkter AS
5600 Norheimsund, Tlf. 56 56 46 10

www.optima-ph.no


## De høyest betalte rykker fra

Forskjellene økte i 2025, mellom høyt- og lavere lønnede yrker, og mellom kvinner og menn.

Ulikheten mellom grupper med lavere og høy lønn øker etter flere år med liten endring. Jobber med høyest lønn har hatt størst økning i månedslønnen i 2025. Det viser SSBs lønnsstatistikk.

Også lønnsforskjellene mellom kvinner og menn har økt i 2025. Lønnsgapet mellom en gjennomsnittslønn for en mann og en kvinne er nå 12,1 prosent.

– Vi kan ikke godta denne utviklingen, sier Trond Ellefsen, forbundsleder i Delta.

– Lønnsoppgjøret i 2026 må være med å endre den utviklingen vi har sett for 2025.

*Kilde: Delta/SSBs nyeste lønsstatistikk fra november 2024 til november 2025*

# Delta og Negotia har slått seg sammen

De som har vært medlemmer i Negotia, har blitt medlemmer i Delta. Fagforeningen har nå rundt 123 000 medlemmer.

Sammenslåingen skjedde formelt 5. januar i år. Innad i organisasjonen vil den skje i faser fram til kongressen høsten 2028. Den ble besluttet under Deltas representantskap i november i fjor.

Delta hadde med seg 101 000 medlemmer og Negotia 22 000 medlemmer til sammenslåingen.

Tidligere medlemmer i Negotia er nå medlemmer i Delta. Det nye Delta skal kunne følge medlemmene gjennom hele arbeidslivet, uavhengig av om man skifter jobb, yrke, eller sektor. Målet er å skape en sterkere organisasjon, med flere ressurser og mer erfaring, for å bistå medlemmer og tillitsvalgte.

**Ingen umiddelbar endring**

For deg som medlem er det ingen umiddelbare endringer. Du beholder medlemskapet ditt og trenger ikke å gjøre noe. Kontingenten forblir uendret i 2026. Alle medlemsfordeler blir videreført.

De som er tillitsvalgte i Delta, og i tidligere Negotia, er fortsatt tillitsvalgte etter sammenslåingen.

**I privat sektor landet rundt**

Negotia har medlemmer innenfor privat sektor landet rundt, blant annet i TietoEvry, Orkla, Røde Kors, Felleskjøpet Agri, Telenor, Tine, Redd Barna, Nortura og Kreftforeningen. Yrkesaktive medlemmer er fordelt på Deltas valgområder etter hvilket tariffområde de tilhører.

*Deltas forbundsleder Trond Ellefsen til venstre, og Negotias tidligere forbundsleder Eirik Bornø under sammenslåingen 5. januar i år. Foto: Delta*

**Felles forbundsledelse**

Forbundsleder og 1. nestleder fra tidligere Negotia er innlemmet i Deltas øverste ledelse, som før sammenslåingen bestod av Deltas forbundsleder og to nestledere. Framover er det altså fem personer i forbundsledelsen i Delta.

Ledelsens sammensetting være en del av organisasjonsutviklingsprosessen.

TEKST:
**MERETE NORHEIM MORKEN,
FORHANDLINGSSJEF I DELTA**

# Hovedtariffoppgjøret 2026

Alt tyder på at årets hovedtariffoppgjør blir krevende, og da kanskje spesielt i kommunesektoren. Selv om Delta alltid går inn i forhandlinger med mål om å komme til enighet om et godt resultat for medlemmene, ser vi at streikefaren er spesielt stor i år.

Årets tariffoppgjør står for døren, og Delta er godt i gang med forberedelsene.

For å sikre en god prosess i organisasjonen - hvor medlemmene får lov å komme med innspill til krav og prioriteringer, ble det allerede tidlig i fjor høst sendt ut en spørreundersøkelse og et debatthefte til alle medlemmer.

**Tariffprosessen**

Resultatene fra spørreundersøkelsen ble fulgt opp med tariffdebatt på våre tillitsvalgtsamlinger og revisjon av Deltas tariffpolitikk på representantskapet i november. Videre vil hovedstyret vedta de overordnede prioriteringene for årets oppgjør i mars og etter hvert de konkrete tariffkravene.

I 2026 er det hovedoppgjør og det betyr at det kan forhandles om alle temaene i tariffavtalene. Dette i motsetning til mellomoppgjør hvor det vanligvis kun forhandles om endringer i lønn. Selv om hovedstyret ikke har vedtatt kravene enda er det nok forventet at ut over gode lønnstillegg for alle medlemmer, vil kompetanse, arbeidstid (derav ubekvemtillegg) og pensjon være aktuelle tema også i år.

I kommunene starter forhandlingene i midten av april, med forhandlingsfrist natt til 1. mai, mens forhandlinger for sykehusene starter i slutten av april.

**Bakteppe for oppgjøret**

Også i år har vi et krevende bakteppe for årets forhandlinger, med stor internasjonal uro, tollbarrierer og usikkerhet rundt hvordan dette vil påvirke verdensøkonomien og norsk økonomi.

Samtidig har Norge klart seg bra så langt. Økonomien er generelt god og konkurranseutsatt industri går så det suser. Dette har betydning for hva norske arbeidstakere får i lønnsvekst.

Lønnsoppgjøret i 2025 var et godt oppgjør hvor vi sikret medlemmene betydelig reallønnsvekst. Dette vil si at lønnsveksten ble mye høyere enn prisveksten, akkurat hvor stor vet vi først når Teknisk beregningsutvalg (TBU) kommer med fasiten for fjoråret. Heldigvis er nå også etterslepet etter noen år med reallønnsnedgang i etterkant av pandemien tatt igjen, og vi har igjen en positiv lønnsutvikling. Det er godt nytt!

I midten av februar legger Teknisk beregningsutvalg for inntektsoppgjørene (TBU) frem tall for den endelige lønnsveksten i 2025, vurderer situasjonen i norsk økonomi og anslår prisvekst for 2026. Formålet med dette er at partene i lønnsoppgjøret har en best mulig felles forståelse av situasjonen i norsk økonomi som bakgrunn for forhandlingene.

**Gangen i lønnsoppgjøret**

I den norske forhandlingsmodellen starter lønnsoppgjøret med forhandlinger i konkurranseutsatt industri, det som kalles «frontfaget». Den avtalte lønnsveksten i dette oppgjøret skal være retningsgivende for de etterfølgende oppgjørene som starter opp straks frontfaget er ferdig, og er derfor verdt å følge med på også for våre medlemmer i offentlig sektor.

**Deltas forventninger**

Forventningene til årets lønnsoppgjør for helsefagarbeidere, og andre av våre medlemmer, er høye også i år. Det er for tidlig å si hva Deltas konkrete krav vil være, men etter en periode med dyrtid og moderat lønnsutvikling, er det forventet at det viktigste kravet også i årets lønnsoppgjør vil være å sikre medlemmene reallønnsvekst, altså en lønnsvekst som er høyere enn prisveksten.

Dette kan vi kreve fordi vi vet at norsk økonomi går godt, lønnsomheten i industrien er høy, og i frontfagsmodellen ligger det en forutsetning om at overskuddet skal deles med arbeidstakerne. Hvor høyt det konkrete kravet vil være, gjenstår å se, men alt tyder på at vi også i år vil kunne forvente en lønnsvekst på rundt fire prosent.

I tillegg til å sikre en så høy lønnsvekst som mulig i det enkelte oppgjør, er det vel så viktig for Delta hvordan pengene blir brukt. En fordeling som blant annet treffer helsefagarbeiderne godt, vil være viktig krav i år som tidligere. Dette må til for å sikre nødvendig kompetanse til helsesektoren fremover. Vi vet at kommuner og sykehus opplever en stor mangel på helsefagarbeidere, noe som vil forsterke seg i årene som kommer - og dette vil vi jobbe for at gjenspeiles i årets lønnstillegg.

**Lokale forhandlinger**

I de sentrale tariffoppgjørene avtaler man også om det skal settes av penger til lokale forhandlinger, eller om alle lønnstillegg skal fordeles sentralt. Størstedelen av lønnen for helsefagarbeidere fastsettes i sentrale forhandlinger, og slik ønsker Delta at det fortsatt skal være.

Samtidig har Deltas representantskap vedtatt at det som hovedregel bør settes av penger til forhandlinger i kommuner og

## VIKTIGE DATOER I ÅRETS TARIFFOPPGJØR:

**13. FEBRUAR:** Teknisk beregningsutvalg legger frem tallgrunnlaget før oppgjøret
**23. MARS:** Oppstart frontfagsoppgjøret – meklingsfrist 11. april
**10. APRIL:** Oppstart av forhandlingene i KS
**14. APRIL:** Oppstart av forhandlingene i Oslo kommune
**30. APRIL:** Forhandlingsfrist KS, Oslo kommune og Staten
**28. APRIL:** A1 Spekter (sosiale bestemmelser)
**12. MAI:** Spekter A2 forhandlinger for sykehusene (lønn og arbeidstid)

sykehus med jevne mellomrom, da dette gir mulighet for lokale tilpasninger. Det er to år siden forrige gang vi hadde lokale forhandlinger for våre helsefagarbeidere i kommuner og sykehus, så gjenstår det å se hva vi blir enige med arbeidsgiversiden om i år.

I lokale forhandlinger er det Deltas hovedtillitsvalgte/foretakstillitsvalgte ute i kommuner og sykehus som forhandler med arbeidsgiver.

**Stor streikefare**

Alt tyder på at årets hovedtariffoppgjør blir krevende, og da kanskje spesielt i kommunesektoren. Alle arbeidstakerorganisasjonene og KS har en felles tariffavtale, og det er mange parter som skal være enige før man er i mål. Både arbeidsgiversiden og arbeidstakersiden har store ambisjoner, og her er det mange ulike interesser.

«Hvor høyt det konkrete kravet vil være, gjenstår å se, men alt tyder på at vi også i år vil kunne forvente en lønnsvekst på rundt fire prosent.»

I tillegg er det brudd i tre særavtaleforhandlinger (arbeidstøy, lærernes arbeidstid og OU-ordningen), og disse tas da med inn til forhandling i forbindelse med oppgjøret. Så selv om Delta alltid går inn i forhandlinger med mål om å komme til enighet om et godt resultat for medlemmene, ser vi at streikefaren er spesielt stor i år. Om det blir nødvendig, er vi forberedt på å gå i streik for våre medlemmers lønns- og arbeidsvilkår. Det håper jeg også dere helsefagarbeiderne er. ●●●

## BEGREPSFORKLARING

**TARIFFAVTALE** regulerer lønns- og arbeidsvilkår. Gjelder vanligvis for to år, og inngås mellom en arbeidstakerorganisasjon og en arbeidsgiver eller arbeidsgiverforening.

**HOVEDTARIFFOPPGJØR** gjennomføres i partallsår. Her kan det forhandles om både lønnstillegg og andre arbeidsvilkår.

**MELLOMOPPGJØR** gjennomføres i oddetallsår. Her forhandles det normalt kun om lønn.

**FRONTFAGSMODELLEN** innebærer at lønnsoppgjøret starter med forhandlinger i konkurranseutsatt industri. Den økonomiske rammen som blir avtalt, skal være retningsgivende for de etterfølgende oppgjørene

**MEKLING OG STREIK** inntreffer ved forhandlingsbrudd. Riksmekleren kaller inn partene til mekling. Dersom partene ikke blir enige, kan det bli streik. Arbeidstakerne legger da ned arbeidet. Retten til å streike er en grunnleggende rettighet for arbeidstakere.

# Særavtale om arbeidstøy

Forhandlinger gjenopptas i hovedoppgjøret etter brudd i fjor.

Arbeidstakerorganisasjonene ble ikke ble enige med KS om ny avtaletekst knyttet til arbeidstøy under forhandlinger ved årsskiftet i fjor. Denne særavtalen er nå bragt inn til forhandling i hovedtariffoppgjøret

Dagens praktisering er forskjellig, og svært skjev. Mange får ikke nødvendig arbeidstøy av arbeidsgiver. De får heller ikke dekket dette om de må kjøpe det selv. Arbeidstakersiden, med blant annet Delta, ønsket derfor en tydeligere regulering av forpliktelsene enn det som ligger i avtalen i dag.

Etter bruddet gikk særavtalen SGS 1002 for arbeidstøy og musikkinstrumenter til behandling i sentral nemnd, og nemnda besluttet at nåværende avtale skulle videreføres frem til hovedoppgjøret 2026.

# DIREKTE
## Tre spørsmål om uvær

**Ting Thorsen**
Delta Direkte
Har du noe du lurer på,
ta kontakt
**Telefon: 02125**
(mandag-fredag 8-20)
**E-post: direkte@delta.no**

*1. Kan sjefen be meg møte på jobb selv om det er skikkelig uvær?*

Dårlig vær som snø, flom, sterk vind og kulde kan gjøre det vanskelig for deg å komme på jobb. Når været er ekstra utfordrende, kan du risikere å bli forsinket eller ikke klare å møte på grunn av stengte veier eller innstilte busser og tog.

Du har som arbeidstaker ansvar for å prøve å komme deg på jobb i tide, også når været skaper problemer.

Men hvis du likevel kommer for sent, eller ikke klarer å møte, og årsaken tydelig er utenfor din kontroll, regnes det ikke som et brudd på arbeidsavtalen. Arbeidsgiver kan heller ikke gi deg en advarsel når situasjonen er umulig å forutse eller planlegge rundt.

*2. Får jeg lønn hvis jeg ikke klarer å komme på jobb på grunn av uvær?*

Hvis du ikke klarer å møte på jobb på grunn av uvær, har du som hovedregel ikke rett på lønn for tiden du er borte.

Som arbeidstaker har du selv det økonomiske ansvaret for å komme deg på jobb, slik det står i arbeidsavtalen din. Du får bare lønn for tiden du faktisk er på jobb. Arbeidsgiver er derfor ikke forpliktet til å betale lønn når fraværet skyldes at du ikke kommer deg fram – selv om det ikke er din skyld. I slike situasjoner kan arbeidsgiver i prinsippet holde tilbake lønn for timene du ikke har møtt.

Det beste du kan gjøre, er å snakke med arbeidsgiveren din. Vis at du prøver å komme deg på jobb så snart det er trygt, og at du ønsker andre løsninger enn å miste lønn.

I praksis finner arbeidsgiver og arbeidstaker ofte gode løsninger sammen. Arbeidsgiver kan for eksempel velge å gi deg lønnet fri, selv om regelverket ikke krever det.

Hvis fraværet blir stort, kan arbeidsgiver foreslå at du bruker ferie eller avspasering. Delta mener likevel at arbeidsgiver bør være fleksibel, og gå i dialog med deg før slike løsninger brukes. Hvis du ikke har skyld i situasjonen og blir presset til å ta ferie, kan det oppleves urimelig.

Kanskje kan dere heller:
- avtale at du jobber inn noe av tiden senere?
- se på muligheten for fjernarbeid i den ekstraordinære situasjonen?
- bruke avspasering eller ferie som en siste løsning, etter at andre alternativer er vurdert?

*3. Får jeg lønn hvis jobben velger å stenge på grunn av uvær?*

Hvis arbeidsplassen din velger å stenge på grunn av ekstremvær, har du som hovedregel rett på full lønn for de dagene driften er stengt.

Arbeidsgiver har lønnsansvaret når det er naturkreftene som gjør at arbeidsplassen må holde stengt, og du derfor ikke kan møte på jobb – så lenge ikke noe annet er avtalt i arbeidsavtalen din.

Det betyr at arbeidsgiver tar den økonomiske risikoen i slike situasjoner, og skal betale deg lønn som normalt, selv om snø, vind eller annet uvær stopper driften.

Hvis det er mulig for deg å jobbe hjemmefra, kan det være en god løsning. I slike situasjoner bør du og arbeidsgiveren din samarbeide og finne praktiske løsninger sammen. Vi anbefaler at du tar kontakt og har en god dialog med arbeidsgiver.

## Enda en flott ordning for deg som er Delta-medlem!

Som ordinært betalende medlem i **Helsefagarbeiderforbundet i Delta** kan du søke om stipend til yrkesrettet kompetanseutvikling. Du kan søke stipend til etter- og videreutdanning, videregående opplæring og grunnskole og uformelle utdanningstilbud.

- Du må ha vært ordinært betalende medlem i fem måneder før du kan søke.
- Det er to søknadsfrister for stipend, 1. april og 1. oktober.
- Du må kunne søke senest tre mnd etter at kurset/utdanningen er avsluttet.
- Det er seks måneders bindingstid for søkere som får maksstipend, (kr. 18.000 for formell utdanning og kr. 6.000 for uformell utdanning).
- Utgiftene du søker støtte til, må kunne dokumenteres.

*Les mer om stipendordningen inne på delta.no*

delta
En arbeidstakerorganisasjon i YS

PÅ HJERTET

med Iris Torvanger,
styremedlem i Helsefagarbeiderforbundet
og representant for region Vest.

# – Når vi trenger flere, men blir færre, må det legges til rette for at folk får utdanne seg

Økt kompetanse trengs for å håndtere innstramminger i tjenestetilbudet. PAS bidrar til diskusjoner rundt arbeidsmetodikk, særlig om gråsonene for hva som er tvang.

Helsefagarbeider Iris Torvanger har drevet miljøarbeid for mennesker med utviklingshemming siden nitti-tallet. Den gang de store institusjonene ble lagt ned til fordel for små boenheter.

Hun har jobbet i samme enhet de siste femten årene, et sted på Vestlandet. Underveis har bemanningen blitt mer enn halvert, og boenheter er slått sammen slik at de ansatte rullerer på flere brukere enn tidligere.

– Vi kommer aldri tilbake til det vi hadde. Vi hadde god tid til brukerne og til å bygge gode relasjoner, sier Iris Torvanger.

I dag er arbeidsplanen strammere, men den må vike dersom brukeren ikke vil. Det hender de ansatte må løpe mellom boenhetene. Dårlig tid kan i seg selv bidra til å skape utfordrende situasjoner.

Innstrammingen i personalet og sammenslåingen av enheter gjør det mer krevende å være helsefagarbeider. De samme oppgavene som før, skal løses. Da blir kompetanseutvikling gjennom arbeidsplassen ekstra viktig.

I Torvangers kommune får assistenter som har jobbet i bolig en stund, tilbud om å bli helsefagarbeider, og det legges til rette for at helsefagarbeidere tar videreutdanning. Arbeidsgiver dekker studieavgift og bøker.

**Utdanner seg i PAS**

For tiden tar Iris Torvanger PAS-utdanning gjennom fagskolen Tirna, sammen med fire andre fra samme arbeidsplass. Det er et viktig tiltak for å dekke inn kompetansebehovet, mener hun.

Kort og godt så handler PAS om å gi selvbestemmelse og legge hverdagen til rette på en god måte. Da blir det mindre utfordrende atferd, og dermed minsker behovet for å utøve makt og tvang.

PAS står for positiv atferdsstøtte. Utdanningen sikter særlig inn på håndtering av utfordrende atferd, ved å endre miljøet og tilby støtte.  Arbeidsmetoden legger vekt på livskvalitet, relasjoner og selvbestemmelse, forklarer Torvanger

- Det er en spennende utdanning. Mange av oss har jobbet i mange år. Vi har mye kunnskap i bunnen, men det er alltid kjekt å lære noe nytt, få oppfriskning og reflektere over hva jeg gjør på jobb, sier hun.

**Små marginer i gråsonene**

Siden hun og kollegene startet utdanningen i fjor høst, har de begynt å reflektere mer over hvordan de jobber, særlig i gråsonene for hva som er tvang, der marginene kan være små. De ansatte bør legge til rette for at brukeren skal ta gode valg, for eksempel når det frister med en sjokolade på en helt vanlig hverdag.

– Det er fort gjort å bare si nei. Men man bør ta seg tid til å forklare hvorfor noe ikke kan gjøres, på en måte som er tilpasset brukerens nivå.

Ved å involvere brukeren i å planlegge egen hverdag øker sjansen for at de forstår valgene.

Hva som er riktig tilnærming, kommer an på brukeren og situasjonen. Mye handler om å legge til rette for en god hverdag, snakke godt sammen og utvikle gode relasjoner, påpeker Torvanger.

**Reflekterer og diskuterer mer**

Å opprettholde gode relasjoner er vanskeligere når det er mange å forholde seg til. Da blir det å jobbe faglig godt desto viktigere. PAS-utdanningen bidrar til at Iris Torvanger reflekterer og diskuterer mer rundt hvordan hun jobber, og hvordan situasjoner kan håndteres annerledes.

– Jeg tror vi alle tåler å bli korrigert, men det er viktig å tenke på hvordan vi gjør det, både med kroppsspråk og språk.

Til sommeren er hun ferdig. I den avsluttende oppgaven skal hun skrive om belønningssystem som forsterker ønsket atferd. Ved å gi positiv respons som ros, eller gjenstander når en handling er utført, øker sannsynligheten for gjentakelse.

– Før har jeg tenkt at du må være robust for å jobbe med utagering, men det handler om å forstå brukeren og trygge dem i forskjellige situasjoner, sier Torvanger.

# Styremøte i desember

Under årets siste styremøte var vi i Oslo for styreopplæring over to dager sammen med Wenche Danielsen Åsheim fra Delta.

Styreopplæringen handlet om hvordan styret samarbeider, og hva styret skal arbeide med fremover. Målet var å skape økt bevissthet om hva som skaper godt samarbeid og å etablere felles normer for hvordan styret arbeider sammen.

*I vinterland på Karl Johan en førjulskveld etter styremøte.*

# Vi har vært på flere arbeidsplassbesøk

Blant annet i Drammen, Florø, Tønsberg og Porsgrunn.

Dessuten har styremedlem Iris Torvanger deltatt under en karrieredag på Florø videregående skole. Der traff hun elever fra ungdomsskolen og videregående som stakk innom standen.

Styremedlem Janita H Kortgaard har gjennomført arbeidsplassbesøk i Drammen kommune, sammen med regionskontorer.

*Thon Hotel Storo i Oslo er plasstillitsvalgte Therese B Sulen og Kristin Rollstad, sammen med leder Bente Svenum (i midten).*

*På Sykehuset i Vestfold med Ambulanseforbundet, fra venstre Kristin Rollstad, Silje Ringlund, Bente Svenum, Therese B Sulen og Daniel André Hanssen.*

# YS-konferansen Vidsyn

I januar deltok leder og nestleder på en YS-konferanse om internasjonale forhold.

*Fra venstre: Leder i Administrasjon og ledelse i Delta Lina Steinbekk, leder i Helsefagarbeiderforbundet Bente Svenum, nestleder Arnt Ove Pettersen, og leder i Kost- og ernæringsforbundet Arnt Steffensen.*

# 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-arbeideforbundet.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

Fagskolen Viken

TETT PÅ FAG. RETT PÅ JOBB.

# Gi deg selv faglig påfyll

## Få nye muligheter som helsefagarbeider

Arbeidslivet trenger deg! Få spisskompetanse gjennom korte og lengre studier som kan kombineres med full jobb. Våre studier er gratis, og gir deg kompetanse du kan ta i bruk fra dag én.

**Søknadsfrist Samordna opptak 15. april**

Scan QR-koden og se alle våre helsestudier.

**www.fagskolen-viken.no**