

Pensum – Emne HSSPL30113

Bjørk, I.T. & Solhaug, M. (2008). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie*. Oslo: Akribe. Kap. 2-3, Kap. 8

Mathisen, J. (2006). *Sykepleiehistorie: ideer - mennesker - muligheter*. (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget. Kap 5.

Melby, K. (2000). *Kall og kamp - Norsk Sykepleierforbunds historie*. (2. utg.) Oslo: Cappelen <http://www.nb.no/nbsok/nb/ada3cb7625e47edf6d2a112d422c279c.nbdigital?lang=no#0> s.305-311

Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse: Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag. Kap. 8 og 9.

Flermoen, S. (2001). *Søkelys på organisasjon og ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget. Kap. 3-4 og 8.

Fyrand, L. (2016). *Sosialt nettverk: teori og praksis*. Oslo: Tano. Kap. 2-3 og 5.

Halvorsen, K., Stjernø, S. & Øverbye, E. (2016). *Innføring i helse- og sosialpolitikk* (6. utg.). Oslo: Universitetsforlaget. Kap. 2-5 og 10-11.

Ingstad, K. (2013). *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk. Kap. 2, 3 og 6-9

Kjønstad, A. (2007). *Helserett: pasienters og helsearbeidere*. Oslo: Gyldendal akademisk. Del IV. Kap. 1-5

Molven, O. (2015). *Helse og jus - en innføring for helsepersonell*. (8. utg.). Oslo: Gyldendal juridisk. Kap. 16

Ruyter, K. W., Førde, R. & Solbakk, J. H. (2014). *Medisinsk og Helsefaglig etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk. S. 273 - 287 Ressursprioritering i helsetjenesten.

Tjora, A. (Red.). (2008). *Den moderne pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk. Kap. 9:157-172.

Sensorveiledning – Skoleeksamen

Under forberedelsene til skoleeksamen har studentene tilgang på en 'eksamensbank', dvs. 17 eksamensoppgaver som omfatter til tematikken / innholdet i emnet. De er dessuten informert om at alle oppgaver til skoleeksamen vil bli trukket fra 'eksamensbanken'. Dermed har studentene tilgang til alle relevante eksamensoppgaver i forkant av skoleeksamen. Av den grunn kreves det at alle svar på oppgaver må være vurdert til bestått, dvs ha oppfylt minimumskravet (E), for å bestå hele skoleeksamen.

Eksamensoppgavene består i all hovedsak av to deler.

Første del av eksamensoppgaven (A-delen) er i all hovedsak om et tema som finnes beskrevet i pensum, dvs at pensum har et svar på oppgaven.

Andre del av eksamensoppgaven (B-delen) derimot har til formål å vurdere om kandidaten kan relatere tematikken som etterlyses i A-delen til sykepleie og/ eller helsetjenesten. Av den grunn bes kandidatene om å vise sin forståelse av temaet ved hjelp av redegjørelser. Hva man skal gjøre rede for kommer frem av oppgaveteksten.

Sensorveiledningen på denne delen av eksamensoppgaven kommer til å variere, siden pensum ikke alltid har et eksplisitt svar på denne delen. I de tilfeller der pensum ikke gir et klart svar på oppgaven honoreres kandidatens evne til å trekke selvstendige slutninger, dvs. logiske redegjørelser mellom tematikken og relevansen for sykepleien eller helsetjenesten.

Til slutt. Sensorveiledningen er veiledende, dvs. at den først og fremst tar utgangspunkt i pensumlitteraturen. Det er imidlertid både mulig og positivt om kandidaten beskriver eller gjør rede for andre forhold enn de som er beskrevet i pensum, så lenge de er relevant for oppgaven.

Sensorveiledningen til oppgavene – Oktober 2019

Sosiale nettverk

Indirekte nettverksmobilisering, dvs. der man hjelper pasienter til å mobilisere eller endre nettverket, forutsetter en kartlegging og analyse av pasienters sosiale nettverk.

- A Beskriv hva man bør kartlegge for å vurdere kvaliteten på relasjonene i pasientens sosiale nettverk.
- B Gjør rede for hvordan sosiale nettverk kan påvirke menneskers helsetilstand.

Pensum

Fyrand, L. (2016). *Sosialt nettverk: teori og praksis*. Oslo: Tano. Kap. 2 og 3

- A Følgende faktorer beskrives for å kartlegge kvaliteten på relasjonene:
 - Innhold*, dvs. hva som utveksles i relasjonen
 - Retning / gjensidighet*, dvs. om det er en likeverdig relasjon eller en har «makta»
 - Hyppighet*, dvs. hvor ofte man møter den andre
 - Varighet*, dvs. hvor lenge man har vært i en relasjon
 - Tilgjengelighet*, dvs. hvor lett man kan komme i kontakt med personer i nettverket.
- B Pensum omtaler mange sider ved forholdet mellom helse og sosiale nettverk og gir dermed kandidaten anledning til å presentere et mangfold av sammenhenger.
 - Kontakt mellom mennesker og sosiale nettverk oppmuntrer mennesker til å engasjere seg i forebyggende arbeid / bruker forebyggende helsetiltak

- Kontaktene mellom mennesker fungerer som ressurser for å hanske dagliglivet
- Mennesker med utpreget sosialt nettverk føler i større grad at de mestrer og kontrollerer sine omgivelser
- Sosial, kulturell og geografisk mobilitet medfører ofte at menneske kommer inn i marginalposisjoner
- Bufferteorien (reduserer stress) og hoved effekt-/direkteeffekt teorien nevnes som forklaringer på sammenhenger mellom helse og sosiale nettverk
- Å ha en fortrolig for å forebygge psykiske lidelser
- Negative interaksjoner som kan føre til stress, dvs. negative konsekvenser for helsen

Minimumskravet (E) er at kandidaten beskriver minst to variabler, samt gjør rede for minst en sammenheng mellom helse og nettverk.

En meget god besvarelse (A) kjennetegnes av at kandidaten beskriver de fleste faktorene fra pensum, samt gjør rede for ulike sammenhenger mellom helse og sosiale nettverk og at det er både positive og negative sammenhenger.

Profesjonsbyråkratiet

Den økte fremveksten av profesjonelle i helsevesenet har ført til at dagens helseinstitusjoner omtales som profesjonsbyråkratier.

- A. Beskriv kjennetegnene på profesjonsbyråkratiet.
- B. Gjør rede for to ulike interessekonflikter som kan forekomme i profesjonsbyråkratier. Gi eksempler.

Pensum

Flermoen, S. (2001). *Søkelys på organisasjon og ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget, Kap. 8

- A Kjennetegnene som beskrives i pensum er:

Ansatte tilhører yrkesgrupper som er profesjoner, dvs. høy kompetanse/kunnskap (profesjonelle) blant de som gjør jobben (arbeidskjernen)

Liten grad av formalisering, dvs. få skriftlige regler om hvordan jobben skal gjøres

Sterk desentralisering av myndighet, siden man trenger myndighet for å kunne fatte beslutninger

Sterk horisontal spesialisering, flere profesjoner involveres for å få gjort jobben, f.eks. rtt. Lege, kirurg osv.

Koordinering av arbeidet gjennom standardisering av faglig kyndighet

Fremvekst av to parallelle hierarkier – det administrative fra topp til bunn (byråkrati) og et fag-hierarki fra bunn til topp

B Pensum omtaler to typer av interessekonflikter:

Interessekonflikten mellom administrasjonen og profesjonen(e), eks. krav om kostnadseffektiv drift fra ledelse som kan stå i motsetning til å yte en tjeneste som er i samsvar med profesjonelle normer/standarder

Interessekonflikter mellom profesjoner, eks. kamp om ressurser og behandlingssideologier i behandlingen av psykiatriske pasienter (psykologer vs. psykiatere)

Minimumskravet (E) er at kandidaten beskriver minst ett kjennetegn, samt beskriver en av interessekonfliktene.

En meget god besvarelse (A) kjennetegnes av at kandidaten beskriver de fleste av kjennetegnene. I tillegg gjør kandidaten rede for både interessekonflikten mellom administrasjonen og profesjonelle og den mellom profesjoner.

Prioriteringer i helsevesenet

A Beskriv arbeidet til Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten, som var i funksjon i tiden 2000-2018..

De prioriteringene som faktisk skjer i helsevesenet er ikke bare resultat av faglige og politiske vurderinger, men påvirkes også av andre, skjulte prioriteringsdrivere.

B Gjør rede for andre faktorer enn de politisk vedtatte prioriteringene som påvirker ressursbruken i helsevesenet.

Pensum

Ruyter, K.W., Førde, R., Solbakk, J.H. (2014). *Medisinsk og helsefaglig etikk* (3. utg.) Oslo. Gyldendal Akademisk, Kap 5.

A Å legge til rette for åpen og informert offentlig debatt om prioriteringer. Etablere og opprettholde forståelse for nødvendigheten av å prioritere.

«Helhetlig tilnærming» for hele helsevesenet, sammensatt av medlemmer på tvers av helseforetak og fagområder, og pasientrepresentanter.

Ledes av helsedirektøren for å ha uavhengighet i forhold til forvaltningen.

Sekretariatet er lagt til Kunnskapssenteret, der dokumentasjon av nye tiltak vektlegges.

Arbeider for å konkretisere overordnede prinsipper for prioriteringer.

Begrensning av kostbare tiltak med lav nytte: f.eks. begrense snorkeoperasjoner, bare ett cochleaimplantat betales offentlig, innføring av nye vaksiner og screeningtiltak.

Urettferdige regler for egenandeler

Tilrådet rutinemessig ultralydscreening i 12. svangerskapsuke

B *Komplisert organisering og manglende samarbeid mellom første- og andrelinjetjenesten*, med vekt på tilbudet til akutt syke, kan medføre nedprioritering av tilbudet til syke gamle og andre med kroniske og sammensatte lidelser.

Vitenskapelig og teknologisk utvikling: forventning om at nye metoder og teknologi tas i bruk, også før nytten er godt dokumentert. Bruken kan være styrt av tilbudet og ikke bare behovet.

Finansieringssystemene: Stykkprisfinansiering øker kravet om høy aktivitet og god økonomistyring og kan gå på bekostning av faglige og kvalitetsmessige prioriteringer.

Helsepolitiske reformer: Retten til fritt sykehusvalg og garanterte behandlingsfrister styrer og belaster sykehusbudsjettene og kan ha utilsiktede følger. Ressurssterke pasienter og pårørende er flinkere til å bruke rettighetene. Pasienter med små krav og store behov får mindre enn de med store krav, men mindre behov. Retten til å klage på helsetjenesten kan føre til ressursbruk for å sikre seg mot klager.

Risikofokusering: Utvidelse av helsetilbud til risikogrupper framfor de som er allerede er syke. Screeningprogrammer for å påvise risiko. Ideologi om at forebygging er bedre enn behandling.

Medikalisering: Vanlige livsproblemer gjøres til helseproblemer og skaper avhengighet av helsevesenet.

Minimumskravet (E) er at kandidaten beskriver minst ett element av arbeidet i A-delen av oppgaven, samt gjør rede for en faktor som påvirker ressursbruken i helsevesenet.

En meget god besvarelse (A) kjennetegnes av at kandidaten beskriver flere av elementene som inngår i arbeidet til Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten. I tillegg gjør kandidaten rede for flere faktorer som påvirker ressursbruken i helsevesenet.

Makt

Under utøvelsen av sykepleie, enten i samarbeid med pasienter eller annet helsepersonell, har sykepleieren både muligheter og begrensninger i sin yrkesutøvelse som følge av maktfordelingen mellom de ulike aktørene.

A Beskriv ulike former for makt som er knyttet til jobben som sykepleier.

B Gjør rede for fordelene og ulempene ved at sykepleiere har makt.

Pensum

Ingstad, K. (2013). *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk. Kap. 7

Flermoen, S. (2001) *Søkelys på organisasjon og ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget, Kap. 3

A **Ingstad** omtaler og beskriver:

Formell / uformell makt, dvs makt på bakgrunn i en sosial posisjon eller som følge av uskrevne regler i et fellesskap

Kommunikasjon og makt, f.eks. måten / språket man bruker for å presentere et saksforhold (pasienten ville ikke stå opp vs pasienten ønsket å sove lenge)

Informasjonskontroll, f.eks. at man ved å velge hvilken informasjon man vil dele / formidle kan påvirke andres forståelse av en situasjon

Normmakt, f.eks. at helsepersonell kan være 'signifikante andre' i relasjon til pasienter og at deres normer vil tillegges stor vekt under sosialiseringen inn i pasientrollen.

Modellmakt, dvs at en gruppe aktører (f.eks. leger) har en forståelse / forklaringsmodell på 'virkeligheten' og at andre aksepterer modellen som den rette modellen. Dermed får aktørene som eier modellen makt over de som anerkjenner dere modell.

Profesjonsmakt, er knyttet til den sosiale posisjonen en profesjon har i samfunnet som følge av sin kunnskap.

I tillegg omtales *makt på bakgrunn av bytte*, der aktørenes ressurser vil ha betydning for om de får innflytelse eller ikke

Flermoen presenterer ulike former for makt / autoritet (herredømme) hos Weber i Kap. 3:38-40 der legal autoritet kan knyttes til sykepleiernes makt i kraft av lover og andre formelle regler. I tillegg kan det være relevant å trekke inn autoritet som følge av tradisjoner, f.eks. at det ofte er vanlig at sykepleieren med mest erfaring i avdelingen blir den neste lederen.

- B I denne besvarelsen forutsettes det at man kan vise til at makt i seg selv verken er positiv eller negativ, men kan ha både positive og negative konsekvenser. Ingstad gjør blant annet rede for at makt er en nødvendighet for å kunne utøve sykepleie, men at man bør være oppmerksom på hvordan makten brukes. Av den grunn bør besvarelsen her omfatte både mulighetene som ligger i sykepleieres makt, samt farene for at makten kan misbrukes.

Minimumskravet (E) er at kandidaten beskriver minst en form for makt og gjør rede for en fordel eller en ulempe ved sykepleieres makt.

En meget god besvarelse (A) kjennetegnes av at kandidaten gir en god beskrivelse av ulike former for makt, samt gjør rede for flere positive og negative sider ved sykepleieres makt.