

# Oppgavedeling i helse- og omsorgssektoren

*Rapport skrevet på oppdrag for Helsepersonellkommissjonen*

## Om Oslo Economics

*Oslo Economics er et samfunnsfaglig rådgivningsmiljø med 70 høyt utdannede konsulenter. Vi har bakgrunn fra offentlig forvaltning og ulike forsknings- og analysemiljøer og tilbyr innsikt basert på bransjeerfaring, fagkompetanse og et nettverk av samarbeidspartnere. Myndighetene bruker våre analyser inn i sitt informasjons- og beslutningsgrunnlag.*

*Oslo Economics har lang erfaring med å systematisere sentrale funn fra forskning og har blant annet en rammeavtale med NAV om konsulenttjenester innen kunnskaps- og litteraturoppsummeringer. Oslo Economics har også solid kompetanse i intervjumetodikk. Vi vektlegger forskningsetikk og god databehandling.*

## Utredning og analyse innen helse-, omsorgs- og velferdssektoren

*Oslo Economics har lang erfaring med utredning og analyse innen helse-, omsorgs- og velferdssektoren. Vi utarbeider analyser for departementer og direktorat, helseforetak, kommuner og sektororganisasjoner. Vi har omfattende erfaring fra utredning og forskning på helse- og omsorgstjenester, arbeidsliv og utdanning, og har særlig kompetanse på bemanningsutfordringer i sektoren.*

*Av de 72 ansatte i selskapet, har vi mange eksperter på helseøkonomi og arbeidsmarkedsøkonomi, hvorav flere med doktorgrads- og professorkompetanse på feltet.*

Oppgavedeling i helse- og omsorgssektoren/68

© Oslo Economics, 2022

Kontaktperson:

Erik Magnus Sæther / Partner

ems@osloeconomics.no, tlf. 940 58 192

Forsidebilde: istockphoto.com / Feodora Chiosea

# Innhold

<b>Sammendrag</b>	<b>4</b>
<b>1. Om oppdraget og gjennomføringen</b>	<b>7</b>
1.1 Mandat og metode	7
<b>2. Behov for ny oppgavedeling i helse- og omsorgssektoren</b>	<b>8</b>
2.1 Norge har høye kostnader per innbygger til helse og omsorg	8
2.2 Mangel på arbeidskraft i dag	9
2.3 Fremskrevet etterspørsel	9
2.4 Yrkessammensetning	10
2.5 Arbeidstid og alder	12
<b>3. Arbeid og erfaringer med oppgavedeling</b>	<b>14</b>
3.1 Ulike former for oppgavedeling	14
3.2 Type oppgaver som overføres	15
3.3 Erfaringer blant helsepersonell	18
3.4 Konsekvenser for pasienter	18
3.5 Suksesskriterier	19
<b>4. Eksempler på ny oppgavedeling</b>	<b>20</b>
4.1 Metode for kostnadsberegninger	20
4.2 Primærhelsetjenesten	21
4.3 Spesialisthelsetjenesten	32
4.4 Samhandling	40
<b>5. Samfunnsøkonomiske perspektiver på ny oppgavedeling</b>	<b>44</b>
5.1 Bakteppe og behov for oppgavedeling	44
5.2 Gevinster ved oppgavedeling og samlet potensial	45
5.3 Barrierer for oppgavedeling	46
5.4 Samlet drøfting og anbefaling	48
<b>6. Referanser</b>	<b>51</b>
<b>Vedlegg A. Oversikt over identifisert særlig relevant litteratur</b>	<b>55</b>
<b>Vedlegg B. Koder i statistikken</b>	<b>57</b>
<b>Vedlegg C. Forutsetninger for kostnadsberegninger</b>	<b>58</b>

## Sammendrag

*Bærekraften i helse- og omsorgstjenesten er avhengig av at personellens tid benyttes effektivt, slik at oppgaver utføres av rett person til rett tid. Teamarbeid der ulike personellgrupper utfyller hverandre gjennom oppgavedeling kan gi økt kapasitet og bedre ressursutnyttelse, samtidig som nye faglige oppgaver kan øke arbeidstilfredsheten. Ofte bidrar knapphet på hender til at oppgavedeling skjer i praksis. For å ivareta kvaliteten på helsehjelpen må dette balanseres med et systematisk arbeid med å kartlegge og forbedre arbeidsprosesser, samt opplæring og kvalifisering. Den internasjonale forskningslitteraturen viser til dels blandede erfaringer med oppgavedeling, men erfaringene fra flere eksempler i Norge viser at systematisk arbeid med bedre oppgavedeling kan gi økt kapasitet og jevnere arbeidsbelastning ved at flere yrkesgrupper involveres. I enkelte tilfeller kan oppgavedeling gi kostnadsreduksjon, men som oftest dreier det seg i hovedsak om å heve kvaliteten på tjenestene og utnytte personellens kompetanse bedre. Kravet til døgnbemanning og helgearbeid, i kombinasjon med målet om redusert deltidsarbeid, medfører at «universalarbeideren» har fortrinn. Oppgavedelingen bør følgelig skje på aktivitetsområder med tilstrekkelig volum og ved å kvalifisere medarbeiderne slik at de kan utføre en bredde av oppgaver som del av sin portefølje.*

### Oppdrag og metode

Helsepersonellkommissjonen har gitt Oslo Economics i oppdrag å belyse samfunnsøkonomiske perspektiver knyttet til oppgavedeling i helse- og omsorgstjenesten, basert på forskningslitteratur, eksempler fra primær- og spesialisthelsetjenesten og statistikk.

### Erfaringer med oppgavedeling

Vi har gjennomgått særlig relevante studier som beskriver erfaringene med og effektene av oppgavedeling. En betydelig andel av studiene er fra utlandet, og det er usikkert i hvilken grad funnene er overførbare til Norge. Den norske litteraturen og kunnskapsoppsummeringer som belyser temaet, viser til at det er begrenset med forskning på oppgavedeling i en nasjonal kontekst.

Litteraturen viser at oppgavedeling er et utbredt tiltak for å møte bemanningsutfordringene. Erfaringene hos helsepersonell er til dels blandede – den som gir fra seg oppgaver kan oppleve usikkerhet rundt hvilke oppgaver som er egnet for å overføres til andre yrkesgrupper og hvilken kompetanse andre yrkesgrupper har, og ny oppgavedeling kan skape gnisninger mellom yrkesgruppene som berøres. Noen medarbeidere kan oppleve økt ansvar som en anerkjennelse av sin kompetanse, mens andre ikke ønsker opplæring i nye oppgaver og økt ansvar. Når det gjelder hvilke konsekvenser oppgavedeling har for pasientene, er det til dels varierende funn på tvers av ulike studier. For eksempel tyder en del studier på at sykepleiere gir behandling med like god kvalitet som legene, og i enkelte tilfeller også med økt kvalitet (Melby, Gunnes, Haukelien, & Obstfelder, 2022).

Selv om internasjonal litteratur viser til blandede erfaringer med oppgavedeling og peker på noen utfordringer, viser en fersk kartlegging av oppgavedeling i norske sykehus (Oslo Economics, 2022) at det pågår arbeid med oppgavedeling på de fleste av landets sykehus, og at samtlige prosjekter har positive erfaringer med arbeidet. Som i kommunene har sykehusene egne satsinger på lærlinger for å sikre at fremtidige ansatte får den kompetansen de trenger for å arbeide i sykehusene. Kartlegging av oppgaver, ansvarsfordeling og roller er nødvendig for å identifisere muligheter for ny oppgavedeling, herunder hvilke oppgaver det er hensiktsmessig at ulike personellgrupper utfører. Helsetjenestens ledere er viktige for å identifisere en mer optimal oppgavedeling og bidra til at de ansatte er kvalifisert og motivert og forstår viktigheten av arbeidet med oppgavedeling, samt at avdelingsledere ansvarliggjøres.

Flere opplever jevnere arbeidsfordeling og økt effektivitet, både ved at enkelte personellgrupper får avlastning, og ved at andre personellgrupper kan bidra til at oppgaver løses raskere slik at man unngår lange ventetider for pasientene. Økt grad av teamarbeid og kompetanseheving bidrar til økt opplevelse av at arbeidet er meningsfullt, som igjen kan bidra til at flere ønsker å stå lengre i arbeid eller ønsker å øke sin stillingsprosent der det er mulig. Til sammen kan disse faktorene bidra til å ivareta pasientsikkerhet og gi økt kvalitet i pasientbehandlingen. Mulige ulemper er økt ressursbruk og eventuell motstand blant medarbeidere/tillitsvalgte i

forbindelse med endringsarbeidet, men mange erfarer at disse ulempene kun gjelder i en overgangsfase, frem til ny oppgavedeling har «satt seg» i organisasjonen.

### Eksempler på ny oppgavedeling

Bemanningsutfordringene i helse- og omsorgstjenesten har bidratt til arbeid med oppgavedeling, og arbeidet skjer både som prosjekter ved enkeltavdelinger eller sykehus, og som del av større utprøvningsprosjekter. Det er stor bredde i arbeidet med og former for oppgavedeling, og vi belyser eksempler på oppgavedeling i primær- og spesialisthelsetjenesten, samt arbeid som handler om oppgavedeling mellom de to nivåene i helsetjenesten.

En form for oppgavedeling som har blitt testet ut i primærhelsetjenesten, innebærer oppgavedeling mellom helsepersonell til pasient. I en nylig gjennomført utprøving fikk kronisk syke pasienter tilbud om digital hjemmeoppfølging, en tjeneste der pasientene selv følger opp helsen sin hjemme ved hjelp av måleutstyr og en egenbehandlingsplan som beskriver tiltak de kan iverksette ved målinger utenfor normalverdiene. Utprøvingen viste at digital hjemmeoppfølging gir potensial for å redusere helsetjenestebruken blant noen pasienter, men at det for mange kommer i tillegg til andre tjenester.

Et eksempel i spesialisthelsetjenesten er overføring av blodprøvetaking fra bioingeniør til annet helsepersonell. Dette muliggjør at blodprøvene kan bli tatt fortløpende ved behov, i stedet for at man må vente på at bioingeniørene kommer på sine faste runder. Dette kan også bidra til å frigjøre tid for bioingeniørene, og denne tiden kan brukes til analysearbeid slik at prøvesvar kan leveres raskere enn tidligere.

For å belyse de samfunnsøkonomiske kostnadene og gevinstene av ny oppgavedeling har vi anslått samfunnsøkonomiske timerater for oppgaveutførelse for en rekke ulike yrkesgrupper i helse- og omsorgstjenesten. Ved hjelp av arbeidslivs- og utdanningsstatistikk har vi undersøkt hvordan faktorer som lønn, sykefravær og utdanningskostnader påvirker den samfunnsøkonomiske kostnaden av oppgaveutførelse for ulike yrkesgrupper. Vi har anvendt kostnadsanslagene i de ulike eksemplene på oppgavedeling, for å belyse mulige samfunnsøkonomiske besparelser av oppgavedeling (Tabell 1-1).

**Tabell 1-1: Anslag for samfunnsøkonomiske virkninger i ulike eksempler på oppgavedeling**

Eksempel på ny oppgavedeling	Årlig samfunnsøkonomisk virkning
<b>Case 1:</b> Oppgavedeling mellom sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter på sykehjem – «Johansens metode»	Besparelse på 395 mill. kr.
<b>Case 2:</b> Farmasøyter kan avlaste fastleger i legemiddelgjennomgang	Besparelse på 19 mill. kr.
<b>Case 3:</b> Sykepleier i PHT kan avlaste fastlegen i oppfølgingen av pasienter med diabetes	Besparelse på 0,1 mill. kr.
<b>Case 4:</b> Oppgavedeling fra helsepersonell til pasient gjennom bruk av digital hjemmeoppfølging	Kostnadsøkning på 303 mill. kr.
<b>Case 5:</b> Avlaste legekantorene ved bruk av digitalt triageringsverktøy	Besparelse på 88 mill. kr.
<b>Case 6:</b> Logistikkmedarbeider kan avlaste spesialsykepleiere på intensivavdeling	Besparelse på 31 mill. kr.
<b>Case 7:</b> Sykepleiere kan avlaste øyeleger ved rutinemessig behandling av øyesykdom	Besparelse på 6 mill. kr.
<b>Case 8:</b> Fysioterapeuter kan avlaste ortopedene ved å undersøke skulderpasienter før operasjon	Besparelse på 0,9 mill. kr.
<b>Case 9:</b> Oppgavedeling mellom helsefagarbeidere og sykepleiere i sykehus – PVK, innleggelse av kateter og oksygenbehandling	Besparelse på 244 mill. kr.
<b>Case 10:</b> Desentralisering av blodprøvetaking	Besparelse på 14 mill. kr.

### Samfunnsøkonomiske perspektiver

Etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester vil fortsette å øke i årene fremover, noe som vil kreve flere leger og sykepleiere for å møte etterspørselen. Ved å ta i bruk flere yrkesgrupper gjennom oppgavedelingen, øker kapasiteten og gir mulighet til å gi helsehjelp til flere. Det er mulig å spare samfunnsressurser ved å overføre oppgaver til yrkesgrupper som har en lavere kostnad for samfunnet, enten fordi de har lavere lønn, lavere

sykefravær eller alternativt ville stått uten arbeid. Samtidig viser bedriftsundersøkelsen til NAV at helsefagarbeidere, i tillegg til sykepleiere og spesialsykepleiere, er blant enkeltyrkene det er størst mangel på (Myklathun, 2022). Dette begrenser mulighetsrommet for at sykepleiere, spesialsykepleiere og helsefagarbeidere kan avlaste andre yrkesgrupper. På den annen side kan flere faglige utfordringer bidra til å rekruttere og beholde medarbeidere.

Samtidig som etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester øker, øker også kompleksiteten i sykdomsbyrden, med tilhørende behov for tverrfaglig tilnærming til helsehjelp. Ved å ta i bruk oppgavedeling og teamarbeid der ulike personellgrupper med ulik kompetanse inngår, vil dette kunne bidra til å opprettholde kvaliteten på helsehjelpen og ivareta pasientsikkerhet. Videre tyder erfaringene med oppgavedeling i norske sykehus på at oppgavedeling gir økt arbeidstilfredshet, og dette kan bidra til at flere ønsker å jobbe heltid og/eller stå lengre i arbeid (Oslo Economics, 2022).

En overgang til ny oppgavedeling og optimal organisering kan drives frem av flere faktorer – både gjennom prioritering og arbeid med kompetanseheving og oppgavedeling, men også som følge av begrenset ressurstilgang og et behov for å løse arbeidsoppgavene fra dag til dag. Innad i en avdeling eller enhet i helsetjenesten er det hver dag et antall oppgaver som må løses, og oppgavene må løses med de ressursene avdelingen har tilgang til den dagen. Nødvendigheten av å bruke de tilgjengelige ressursene på en mest mulig hensiktsmessig måte kan gi rom for overføring av oppgaver mellom ulike personellgrupper, slik at organiseringen optimaliseres. Det er samtidig viktig å understreke at oppgavedeling som skjer som følge av knapphet på ressurser ikke må gå på bekostning av pasientsikkerhet, og at oppgaver må overføres til personell med tilstrekkelig kompetanse til å løse de nye oppgavene.

Økt kompetanse for flere yrkesgrupper bidrar til å frigjøre tid til spesialiserte oppgaver hos høyt utdannet personell. Samtidig medfører variasjonen i arbeidsomfang over tid behov for fleksibilitet i utførelsen av oppgavene. Kanskje ligger det det største potensialet for oppgavedeling i helse- og omsorgssektoren ikke i å overføre enkeltoppgaver mellom yrkesgrupper, men handler i stedet om å få til en mer effektiv organisering av de arbeidsoppgavene som er. Dette innebærer at noen får mer spesialisert kompetanse enn de tidligere har hatt, men krever samtidig en generalistmodell der flere kan løse flere av de samme oppgavene. Dette kan bidra til å frigjøre tid hos høyt utdannet personell, slik at de i større grad kan bruke tiden sin på spesialiserte oppgaver. På den annen side, hvis oppgavedelingen medfører at helsepersonellet i stor grad utfører oppgaver man er overkvalifisert for, mister man gevinstene. For å få til en kultur for oppgavedeling på tvers av yrkesgrupper og etter behov, er det også viktig at de ansatte kjenner hverandres kompetanse og at de har tillit til at andre kan løse oppgavene på en god måte.

# 1. Om oppdraget og gjennomføringen

*Helsepersonellkommissjonen ble oppnevnt i slutten av 2021 og har fått i oppdrag å etablere et kunnskapsgrunnlag om behovene for personell og kompetanse i helse- og omsorgstjenesten frem mot 2040. Kommisjonen skal også foreslå tiltak som kan bidra til å sikre tilstrekkelig kapasitet. Denne rapporten er utarbeidet på oppdrag fra Helsepersonellkommissjonen og belyser samfunnsøkonomiske perspektiver knyttet til oppgavedeling i helse- og omsorgstjenesten.*

Det overordnede formålet med Helsepersonellkommissjonens arbeid er å «etablere et kunnskapsgrunnlag og foreslå treffsikre tiltak i årene fremover for å utdanne, rekruttere og beholde kvalifisert personell i helse- og omsorgstjenesten». Kommisjonen skal vurdere en rekke punkter knyttet til blant annet behov for personell og kompetanse, bruk av teknologi og nye arbeidsformer, teamarbeid, rekrutteringsutfordringer og frafall. Funnene fra utredningsarbeidet skal legges frem innen 1. februar 2023.

## 1.1 Mandat og metode

Formålet med denne rapporten er å belyse samfunnsøkonomiske perspektiver knyttet til oppgavedeling i helse- og omsorgstjenesten. Oppdraget utgjør en avgrenset del av Helsepersonellkommissjonens mandat.

Bærekraften i helse- og omsorgstjenesten er avhengig av ressurseffektiv utnyttelse av personellens tid, og en måte å løse bemanningsutfordringene på kan være gjennom ny oppgavedeling. Som del av vårt oppdrag har vi kartlagt ulike case i primær- og spesialisthelsetjenesten der det har blitt gjort endringer i oppgavedelingen, både som følge av bruk av teknologi og overføring av oppgaver mellom personellgrupper. Vi har undersøkt bakgrunnen for endringer i oppgavedelingen, beskrevet den nye oppgavedelingen, samt vurdert omfanget av oppgaven og mulige virkninger. Så langt det har vært mulig, har vi anslått samfunnskostnader og besparelser ved den nye oppgavedelingen.

### 1.1.1 Informasjonsinnhenting

Som del av prosjektet har vi gjennomført en omfattende informasjonsinnhenting. Prosjektet bygger

på data innhentet gjennom litteratursøk og dokumentgjennomgang, intervjuer, nøkkeltall og statistikk.

Gjennom litteratursøket har vi identifisert et utvalg særlig relevante studier som beskriver arbeid med oppgavedeling. De utvalgte studiene omfatter fire kunnskapsoppsummeringer fra norske forskningsmiljøer, to rapporter om kompetansesammensetning og -behov i helse- og omsorgstjenesten, en studie som sammenligner oppgavedeling i 39 land, samt en studie som undersøker oppgavedeling i europeiske sykehus. I tillegg har vi gjort et forenklet litteratursøk i databasen PubMed der vi identifiserte ytterligere fem nye studier publisert de siste to årene, og som ikke omfattes av de norske kunnskapsoppsummeringene.

Videre har vi gjennomgått øvrige relevante dokumenter, herunder eksisterende rapporter og artikler som dokumenterer erfaringer med oppgavedeling. Disse har i hovedsak blitt benyttet som informasjonsgrunnlag i casebeskrivelsene i rapporten.

For å supplere informasjonen fra litteraturen, har vi også gjennomført intervjuer med relevante fagpersoner. Intervjuene ble gjennomført på en semistrukturert måte, slik at intervjuene tar form som en samtale heller enn en ren utspørring. Tema for intervjuene var dagens oppgavedeling, muligheter og utfordringer knyttet til ny oppgavedeling, samt innspill til relevante case der man har jobbet med oppgavedeling. Informantene fikk tilsendt en intervjuguide i forkant en intervjuguide, slik at vi sikret at alle planlagte temaer ble dekket.

Videre har vi også benyttet et omfattende statistikkgrunnlag for å anslå samfunnskostnader for ulike personellgrupper. Vi har benyttet data fra SSBs ordinære statistikkbank, data fra microdata.no, lønns- og sysselsettingsdata fra Spekter, lønnsstatistikk fra KS og Helsedirektoratet, og sykefraværdata fra NAV. Microdata.no er et nettbasert analysesystem utviklet i samarbeid mellom Sikt og SSB.

### 1.1.2 Gjennomføring

Prosjektet er gjennomført av Oslo Economics på oppdrag for Helsepersonellkommissjonen. Vi ønsker å rette en stor takk til alle som har tatt seg tid til å delta i intervju. Oppdraget er utført i perioden april til oktober 2022.



## 2. Behov for ny oppgavedeling i helse- og omsorgssektoren

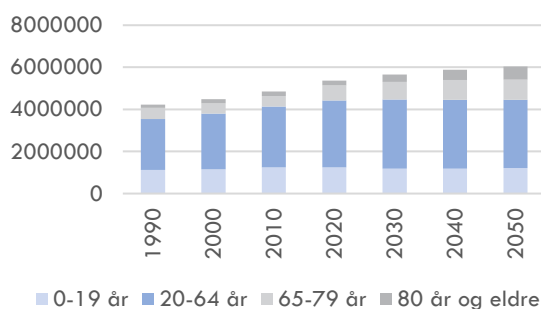
Norge bruker allerede store summer på helse og omsorg, sammenlignet med andre land.

Samtidig legger aldringen press på helse- og omsorgstjenestene, særlig i distriktene. Det er i dag mangel på arbeidskraft innen ulike helseyrker, særlig sykepleiere, og SSB framskriver en voksende udekket etterspørsel i årene fremover. Helsetjenester med høy kvalitet og som samtidig er kostnadseffektive krever god oppgavedeling.

### 2.1 Norge har høye kostnader per innbygger til helse og omsorg

Befolkningen i Norge har vokst fra rundt 4,2 millioner i 1990 til over 5,4 millioner i 2022. Ifølge SSBs framskrivninger vil befolkningen være på over 6 millioner i 2050 (Figur 2-1).

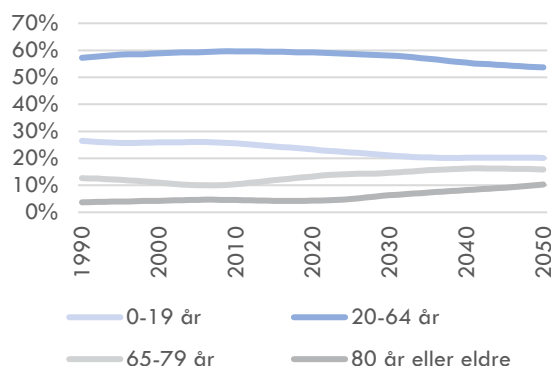
**Figur 2-1: Befolkningen i Norge 1990–2020 og fremskrevet av SSB 2030–2050. Antall personer**



Kilde: SSBs statistikkbank, tabellene 07459 og 13599.

Det siste tiåret har andelen i alderen 65–79 år steget, og ettersom gruppen blir eldre innebærer dette ytterligere økt andel i aldersgruppen 80 år og eldre i årene fremover, som er den mest pleietrengende aldersgruppen. Utviklingen med en aldrende befolkning forsterkes av at de to yngre aldersgruppene, 0–19 år og 20–64 år, ifølge SSBs framskrivninger holdes tilnærmet uendret i antall personer frem mot 2050. Andelen 65–79 år øker fra 14 til 16 prosent fra 2022 til 2050, mens andelen 80 år eller eldre øker fra 4 til 10 prosent (Figur 2-2). Særlig i distriktene ventes sterk aldring, som omtalt av Distriktsdemografiutvalget og Kompetansebehovsutvalget (NOU 2020: 2). Den demografiske utviklingen, i antall og andeler, innebærer økt ressursbruk i helse- og omsorgssektoren.

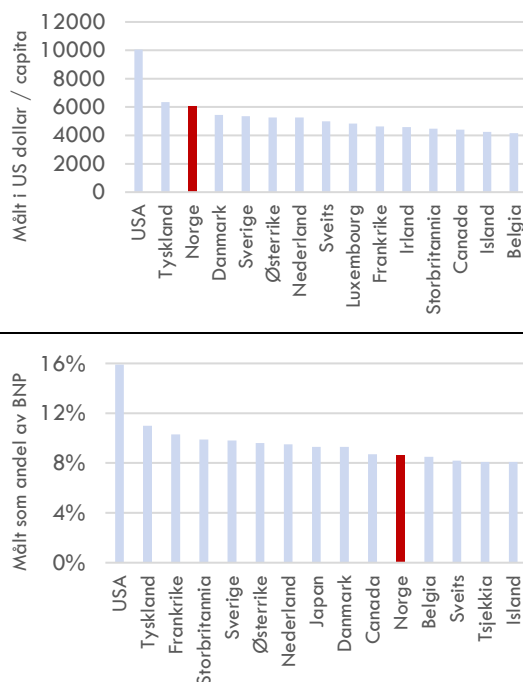
**Figur 2-2: Befolkningsandel i ulike aldersgrupper. 1990-2022 og SSBs fremskrivninger 2023-2050**



Kilde: SSBs statistikkbank, tabellene 07459 og 13599.

Blant OECD-landene, har Norge tredje høyeste kostnader til helse og omsorg per innbygger (Figur 2-3). Norge kommer også blant topp 15 når kostnader til helse og omsorg er målt som andel av BNP. Forskjellen i rangeringen mellom de to er dels at Norge er et lite, rikt land. Det vil si at tallet som kostnadene deles på er relativt lavt i øverste diagram (innbyggere) og relativt høyt i nederste (BNP).

**Figur 2-3: Kostnader (government eller compulsory) til helse og omsorg. Topp 15 blant OECD-landene. 2021 eller siste tilgjengelige**



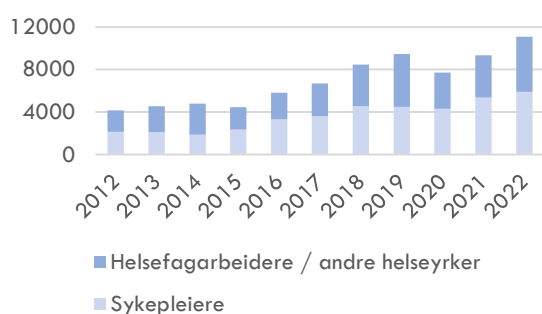
Kilde: OECD (2022). Illustrasjon: Oslo Economics.



## 2.2 Mangel på arbeidskraft i dag

Til tross for de høye kostnadene per innbygger til helse og omsorg, er det i Norge mangel på helsepersonell. Mangelen i antall personer er særlig stor for sykepleiere og helsefagarbeidere / andre helseyrker, med en oppadgående trend (Figur 2-4). Samlet sett økte mangelen på disse yrkene fra 4 150 personer våren 2012 til 11 100 personer våren 2022. Den samlede mangelen på arbeidskraft innen helse- og sosialtjenestene var 16 100 personer (Myklathun, 2022). Mangelen på sykepleiere og helsefagarbeidere / andre helseyrker utgjør dermed over to tredjedeler av mangelen i næringen.

**Figur 2-4: Mangel på arbeidskraft, utvalgte yrker. NAVs bedriftsundersøkelse våren 2012–2022**



**Kilde:** Oslo Economics' sammenstilling fra NAVs rapporter. **Merknad:** Mangelen i 2020 ble estimert før nedstengingen av samfunnet i mars 2020. \*ikke avgrenset til kommunene.

Over 4 av 10 virksomheter innen helse- og sosialtjenestene hadde våren 2022 rekrutteringsproblemer, som er høyeste andel blant alle næringer. Dette er virksomheter som har forsøkt å rekruttere inn personer siste 3 måneder og som enten ikke fikk ansatt noen eller som ansatte noen med lavere eller annen formell kompetanse.

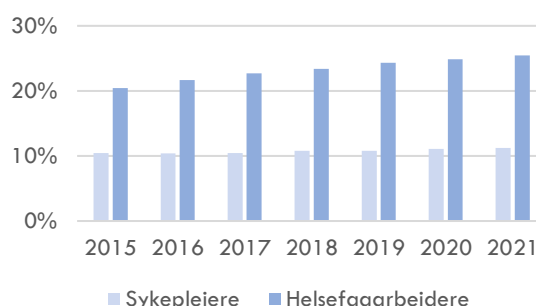
En annen indikasjon på mangel på arbeidskraft er dersom andel innvandrere er særlig høy. En høy andel innvandrere kan imidlertid også være resultat av en bevisst politikk. SSB skriver (Stølen, et al., 2016) i en omtale av helsefagarbeidere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere samlet: «En klar økning i innvandringen av personer med denne utdanningen, samt konkrete tiltak for å få innvandrerkvinner til å utdanne seg som helsefagarbeidere for å lette integreringen i det norske arbeidsmarkedet, har motvirket en del av den sviktende interessen blant norskfødte.»

Gjennom perioden 2015 til 2021 ligger andel innvandrere blant sykepleiere under 40 år på rundt 1 av 10, mens andelen er rundt 1 av 4 for

<sup>1</sup> Blant annet bygger SSB-fremskrivningene på befolkningsfremskrivninger fra 2018 og det har skjedd endringer i anslått utvikling siden da, som vil påvirke

helsefagarbeidere (Figur 2-5). Andelen øker fra 4. kvartal 2015 til 4. kvartal 2021, fra 10,4 prosent til 11,2 prosent for sykepleiere og fra 20,4 prosent til 25,5 prosent for helsefagarbeidere.

**Figur 2-5: Andel innvandrere blant sykepleiere og helsefagarbeidere under 40 år. 4. kvartal 2015–21**



**Kilde:** Tall hentet fra microdata.no (Sikt/SSB), analysert av Oslo Economics.

## 2.3 Fremskrevet etterspørsel

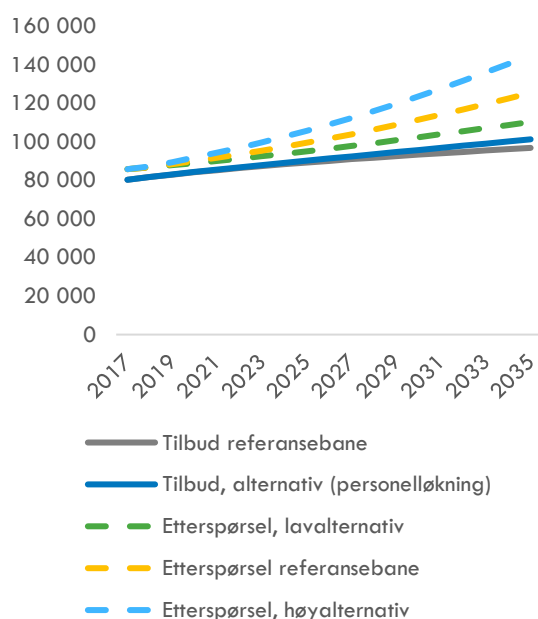
Årsakene til sykepleiermangel er sammensatte, som omtalt blant annet av Kompetansebehovsutvalget (NOU 2020: 2), og kan henge sammen med forhold både på tilbuds- og etterspørselsiden. Tilbudet avhenger av løpende tilførsel av kompetanse, så vel som frafall fra yrket. Etterspørselen avhenger blant annet av alderssammensetningen i befolkningen, sykdomsutvikling og velferdsteknologi (Prosjekt fremtidige kompetansebehov, 2016).

SSBs fremskrivninger frem mot 2035 viser en sterk vekst i etterspørselen etter sykepleiere (Figur 2-6). SSB forklarer at dette i hovedsak drives av at store kull når en alder der de trenger helse- og omsorgstjenester (Hjemås, Zhiyang, Kornstad, & Stølen, 2019). I SSBs beregninger er det også lagt inn en vridning i etterspørselen fra helsefagarbeidere mot sykepleiere.

SSBs fremskrivninger har en underliggende usikkerhet og avhenger av forutsetningene som ligger til grunn. Noe av usikkerheten illustreres av SSBs alternative baner.<sup>1</sup> På etterspørselsiden skiller disse seg fra hverandre blant annet ved ulike forutsetninger om produktivitetsvekst og helsetilstand. Underdekningen av sykepleiere i 2035 varierer mellom 9 000 og 48 000 årsverk i de ulike banene (Hjemås, Zhiyang, Kornstad, & Stølen, 2019). Selv om fremskrivninger er usikre og ikke er ment som en spådom på fremtiden, er det ingen tvil om at det vil være sykepleiermangel i årene fremover, både i Norge generelt, og i distriktsområder spesielt (Oslo Economics, 2022).

resultatene ved neste fremskrivning. Nyeste befolkningsfremskrivninger ble publisert i 2022.

**Figur 2-6: SSBs fremskrivninger av tilbud av og etterspørsel etter sykepleiere, normalårsverk**



Kilde: SSB (Hjemås, Zhiyang, Kornstad, & Stølen, 2019).  
Merknad: SSBs fremskrivninger er etter utdanning.

Perspektivmeldingen peker på at nær en tredjedel av arbeidsstyrken må jobbe i helse- og omsorgssektoren i 2060, hvis utviklingen fortsetter (Meld. St. 14 (2020-2021)). Dette scenarioet bygger på SSBs modell HELSEMOD, som er en partiell modell. Det vil si at beregningen ikke tar hensyn til at når noen næringer vokser, så må andre minke.

## 2.4 Yrkessammensetning

Helsetjenestene deles inn i primærhelsetjenestene og spesialisthelsetjenestene. Primærhelsetjenesten organiseres i kommunene, mens de regionale helseforetakene (RHF-ene) har et sørge-for-ansvar for spesialisthelsetjenester til befolkningen i sin region. I kapitlet, så vel som i rapporten ellers, beskriver vi yrkene på nasjonalt nivå og går dermed ikke inn på regionale variasjoner mellom kommuner eller regioner.

Ved hjelp av det nettbaserte analyseverktøyet microdata.no, kan vi koble sammen yrker og næringskoder. Nyeste tilgjengelige statistikk i microdata.no for sysselsetting etter næring er fra 4. kvartal 2019, som forklarer hvorfor tallene i figurene som følger ikke er fra nyere dato enn dette.

I SSBs statistikk er det ikke lagt inn et skille mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Vi bygger inndelingen vår derfor på en rapport fra Nasjonalt senter for distriktsmedisin, NSDM (Gaski, Abelsen, & Lie, 2016), som vi også har brukt i en tidligere

<sup>2</sup> Her bruker vi hjemmetjeneste som en samlebetegnelse på SSBs to næringsundergrupper hjemmesykepleie og

kartlegging om sykepleiere (Oslo Economics, 2022). Til forskjell fra NSDMs rapport, som bruker betegnelsen 'primærhelsetjenester (inkludert en rekke sosiale tjenester)', så har vi skilt ut næringsundergrupper som blant annet barnehage, SFO, barnevern og kommunale sosialkontortjenester.

De største næringsundergruppene er

- sykehjem og hjemmetjeneste<sup>2</sup> innen primærhelsetjenesten
- sykehus innen spesialisthelsetjenesten
- barnehager innen 'øvrige helse- og sosialtjenester'

I rapportvedlegget viser vi detaljerte koder og beskrivelser på hva som inngår i hver kategori.

Målt i antall sysselsatte, er primærhelsetjenesten omtrent dobbelt så stor som spesialisthelsetjenesten (Figur 2-7).

**Figur 2-7: Fordeling av sysselsatte etter næring. 4. kvartal 2019**



Kilde: Tall hentet fra microdata.no (Sikt/SSB), analysert av Oslo Economics.

SSB skiller i statistikken mellom ulike yrkesfelt (SSB, 2011). Sammensetningen etter yrkesfelt varierer avhengig av om vi ser på primærhelsetjenesten eller spesialisthelsetjenesten (Figur 2-8).

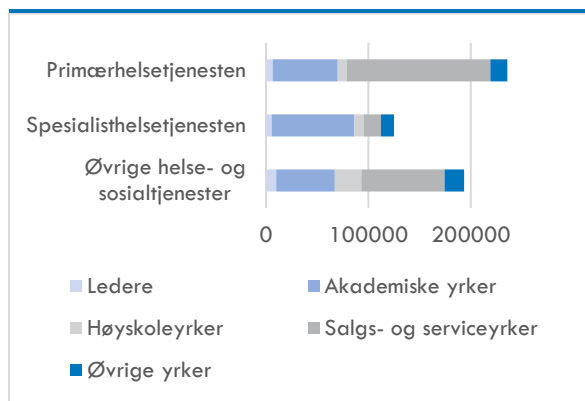
I **primærhelsetjenesten** er 'salgs- og serviceyrker' det største yrkesfeltet. Målt i antall sysselsatte, er de tre største yrkene i dette yrkesfeltet i denne næringen helsefagarbeidere, andre pleiearbeidere og hjemmehjelpere (SSBs yrkesbenevninger).

I **spesialisthelsetjenesten** er 'akademiske yrker' det største yrkesfeltet. Målt i antall sysselsatte, er de største yrkene i dette yrkesfeltet i denne næringen sykepleiere, spesialsykepleiere, legespesialister, psykologer, allmennpraktiserende leger, fysioterapeuter, vernepleiere og jordmødre.

hjemmehjelp, som er kategorisert under to ulike næringer (under samme næringshovedområde) i statistikken.

I **Øvrige helse- og sosialtjenester** er 'salgs- og serviceyrker' det største yrkesfeltet. Største yrket innad i dette yrkesfeltet i denne næringen er barnehage- og skolefritidsassistenter mv. Andre relativt store yrker i samme felt er 'andre pleiemedarbeidere' og helsefagarbeidere.

**Figur 2-8: Sysselsatte etter næring og yrkesfelt. 4. kvartal 2019**



**Kilde:** Tall hentet fra microdata.no (Sikt/SSB), analysert av Oslo Economics. **Merknad:** Yrkesfeltene er SSBs benevninger.

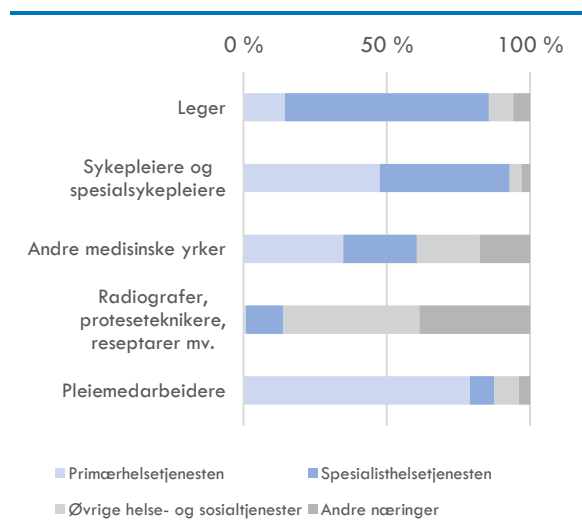
Leger jobber i hovedsak innen spesialisthelsetjenesten, mens sykepleiere og spesialsykepleiere (samlet) fordeler seg nokså jevnt mellom spesial- og primærhelsetjenesten.

Yrkesgruppen 'Andre medisinske yrker' fordeler seg utover både primær-, spesialisthelsetjenesten, øvrige helse- og sosialtjenester og 'andre næringer'. Yrkesgruppen inkluderer blant annet fysioterapeuter, ergoterapeuter, tannleger og farmasøyter.

Yrkesgruppen 'radiografer, proteseteknikere, reseptarer mv.' jobber i hovedsak innen 'øvrige helse- og sosialtjenester' eller 'andre næringer'.

Yrkesgruppen pleiemedarbeidere, som inkluderer helsefagarbeidere, 'andre pleiemedarbeidere' og hjemmehjelpere jobber i hovedsak innen primærhelsetjenesten.

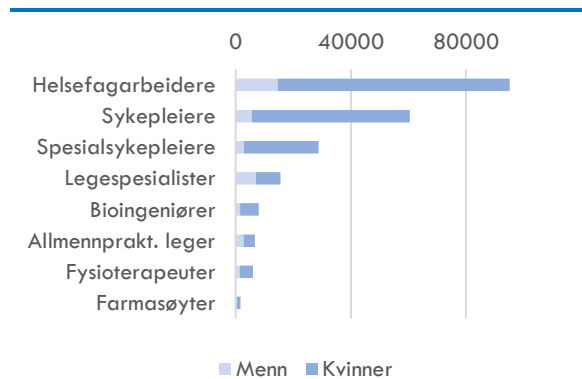
**Figur 2-9: Helserelaterte yrkesgrupper, etter næring. 4. kvartal 2019**



**Kilde:** Tall hentet fra microdata.no (Sikt/SSB), analysert av Oslo Economics. **Merknad:** Yrkesgruppene er SSBs benevninger.

I denne rapporten ser vi på noen utvalgte yrker (Figur 2-10). Blant disse er helsefagarbeidere klart største yrke, med 95 209 sysselsatte i 4. kvartal 2021. Deretter følger sykepleiere, spesialsykepleiere og legespesialister, og deretter bioingeniører, allmennpraktiserende leger og fysioterapeuter. Farmasøyter skiller seg ut som det klart minste yrket, med bare 1 653 sysselsatte i 4. kvartal 2021 (på tvers av alle næringer). I flere av yrkene i figuren er andel kvinner mellom 80 og 90 prosent.

**Figur 2-10: Antall sysselsatte på tvers av alle næringer, utvalgte yrker, etter kjønn. 4. kvartal 2021**



**Kilde:** Registerbasert sysselsetting. SSBs statistikkbank, tabell 12542.

Skillet mellom 'allmennpraktiserende leger' og 'legespesialister' følger av SSBs standard for yrkesklassifisering. SSB skriver at eksempler på yrker i første kategori er fastleger og 'leger (allmennpraktiserende)', herunder spesialister i allmennmedisin. Legespesialister inkluderer blant annet kirurger og anestesileger. Videre beskriver SSB at legespesialister «spesialiserer seg innenfor visse

sykdomskategorier, pasienttyper og behandlingsmetoder og leder medisinsk utdanning og forskning innen sitt spesialfelt» (SSB, 2011, s. 74).

**Sykepleiere** jobber jevnt fordelt mellom primær- og spesialisthelsetjenestene, mens **spesialsykepleiere** i større grad jobber i spesialisthelsetjenesten enn i primærhelsetjenesten.

**Allmennpraktiserende leger** har en litt større andel i primær- enn spesialisthelsetjenesten, mens **legespesialister** jobber i hovedsak i spesialisthelsetjenesten.

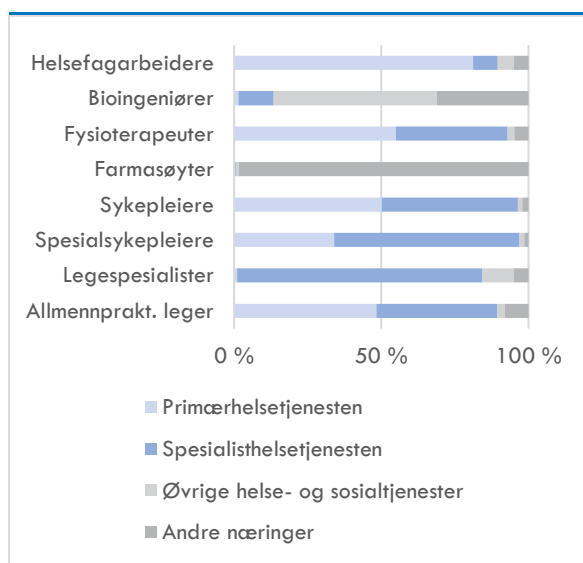
**Helsefagarbeidere** jobber i hovedsak i primærhelsetjenesten.

**Bioingeniører** jobber i stor grad i 'øvrige helse- og sosialtjenester' (som henger sammen med vår definisjon) og i 'andre tjenester'.

**Fysioterapeuter** har en litt større andel i primær- enn spesialisthelsetjenesten.

**Farmasøyter** jobber i 'andre næringer'.

**Figur 2-11: Utvalgte yrker, etter næring. 4. kvartal 2019**



**Kilde:** Tall hentet fra microdata.no (Sikt/SSB), analysert av Oslo Economics. **Merknad:** Yrkene er SSBs benevninger.

Vi har også ved hjelp av tall hentet fra microdata.no sett nærmere på hvilke næringsundergrupper hver av yrkene jobber innenfor. Dette er ikke illustrert, men som vi beskriver nærmere i teksten som følger.

**Sykepleiere** jobber særlig på sykehus, sykehjem og hjemmetjeneste.

**Spesialsykepleiere** jobber tydelig mest på sykehus, deretter følger helsestasjons- og skolehelsetjenester, institusjoner i psykisk helsevern for voksne og sykehjem.

**Allmennpraktiserende leger** jobber tydelig mest innen allmenn legetjeneste og på (alminnelige somatiske) sykehus.

**Legespesialister** jobber tydelig mest på sykehus. En del jobber også innen medisinske laboratorietjenester og innen institusjoner for psykisk helsevern for voksne. Legespesialistene sprer seg ellers utover en rekke ulike næringer, slik som annen forebyggende helsetjeneste og sykehjem.

**Helsefagarbeidere** jobber særlig på sykehjem og i hjemmetjenesten.

**Bioingeniører** jobber særlig innen medisinske laboratorietjenester. Ellers jobber en del bioingeniører på sykehus, innen forskning og utviklingsarbeid og innen undervisning ved universiteter

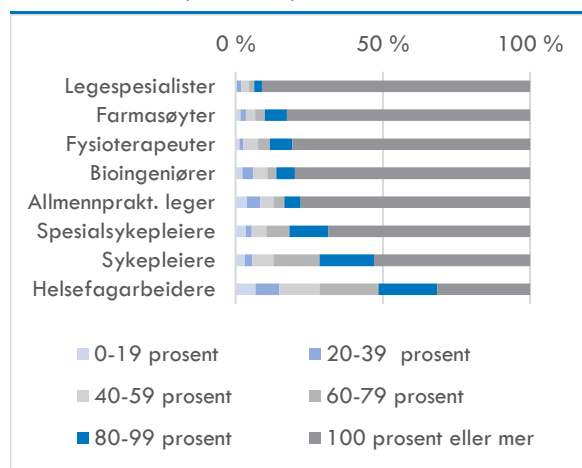
**Fysioterapeuter** jobber særlig innen fysioterapitjeneste, etterfulgt av på sykehus og på rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner. Andre næringer inkluderer annen forebyggende helsetjeneste, sykehjem og helsestasjons- og skolehelsetjeneste

**Farmasøyter** jobber i hovedsak innen butikkhandel med apotekvarer og innen engroshandel med sykepleie- og apotekvarer.

## 2.5 Arbeidstid og alder

Legespesialistene har høyest andel som jobber 100 prosent eller mer, mens helsefagarbeidere har lavest andel (Figur 2-12).

**Figur 2-12: Antall sysselsatte, utvalgte yrker, fordelt etter arbeidstid (15–74 år). 4. kvartal 2021**

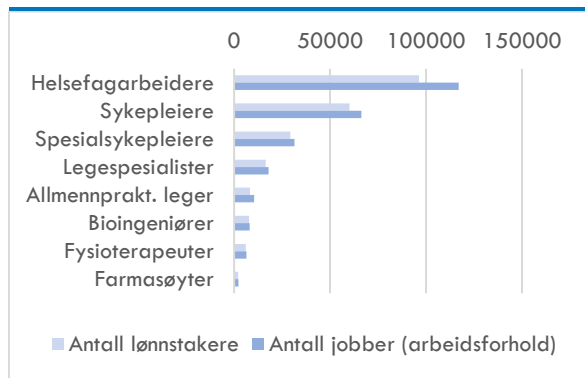


**Kilde:** Registerbasert sysselsetting. SSBs statistikkbank, tabell 12542.

I SSBs statistikkbank skiller statistikk basert på A-ordningen mellom antall lønnstakere og antall jobber (arbeidsforhold). Antall jobber vil alltid være enten lik eller større enn antall lønnstakere (Figur 2-13). For

helsefagarbeidere er forskjellen betydelig, med nær 21000 flere jobber enn lønnstakere. I snitt har dermed hver helsefagarbeider 1,2 arbeidsforhold.

**Figur 2-13: Antall lønnstakere og antall jobber (arbeidsforhold), for utvalgte yrker. Alle aldre. 2. kvartal 2022**



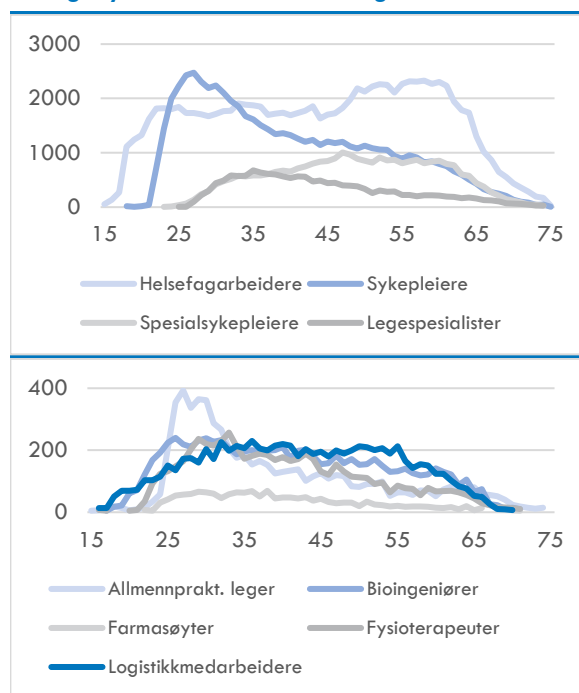
Kilde: A-ordningen. SSBs statistikkbank, tabell 11658.

Analyse av tall vi har hentet fra microdata.no viser at aldersfordelingen innad i et yrke varierer for ulike typer helsepersonell (Figur 2-14).

Helsefagarbeidere har en nokså jevn andel sysselsatte fra 20-årene og utover. At det i dette yrket også er sysselsatte i tidlig 20-årene skyldes at helsefagutdanningen er en (yrkesfaglig) videregående opplæring. Sykepleierutdanningen er derimot en bachelorutdanning. Den første strømmen av sykepleierkandidater hvert år vil derfor være rundt 22 og 23 år.

Sykepleiernes aldersfordeling har en topp i siste halvdel av 20-årene. En del sykepleiere tar videreutdanning til å bli spesialsykepleiere. Dette kan bidra til å forklare hvorfor andelen sysselsatte sykepleiere avtar i 30- og 40- årene for sykepleiere, samtidig med at andelen spesialsykepleiere i samme aldersgruppe øker. Det samme forklarer trolig utviklingen i aldersfordelingen til allmennpraktiserende leger sett opp mot legespesialister, der antall allmennpraktiserende leger faller når antall legespesialister stiger. Utdanning og spesialisering er en investering for den enkelte og tiden dette tar kan trolig motivere mange til å stå lengre i jobb enn de ville gjort med en kortere utdanning. Dette argumentet gjelder både for legespesialister og spesialsykepleiere.

**Figur 2-14: Aldersfordeling, etter ettårig alder, for utvalgte yrker. På tvers av næringer. 2021**



Kilde: Tall hentet fra microdata.no (Sikt/SSB), analysert av Oslo Economics. Merknad: Ved svært små tall vil det være usikkerhet i microdata.

Økt etterspørsel etter helsetjenester og økte krav til kvaliteten på disse er blant de store utfordringene velferdssamfunnet står overfor. Det er behov for å finne alternative løsninger til økt bemanning, herunder vertikal og horisontal oppgavedeling.

### 3. Arbeid og erfaringer med oppgavedeling

*Oppgavedeling virker å være et utbredt tiltak for å møte bemanningsutfordringene både internasjonalt og i Norge, men forskningslitteraturen og rapporter som dokumenterer erfaringer og virkninger viser at det til dels er blandede erfaringer. Overføring av oppgaver fra en personellgruppe til en annen kan innebære usikkerhet både hos den som gir fra seg oppgaven og den som får en ny oppgave. Samarbeid, rolleavklaring og ledelse trekkes frem som elementer som fremmer vellykket oppgavedeling.*

Vi har gjort et forenklet litteratursøk og identifisert særlig relevante studier som beskriver arbeid med oppgavedeling, herunder fire kunnskapsoppsummeringer fra norske forskningsmiljøer, to rapporter om kompetansesammensetning og -behov i helse- og omsorgstjenesten, en studie som sammenligner oppgavedeling i 39 land, samt en studie som undersøker oppgavedeling i europeiske sykehus. Studiene er nærmere beskrevet i Vedlegg B.

En betydelig andel av studiene som belyser erfaringene og effektene av oppgavedeling er fra utlandet, og det er særlig mange studier fra USA. Det er usikkert i hvilken grad funnene er overførbare til Norge, blant annet som følge av ulik organisering av helsetjenesten på tvers av land. Andre land kan også ha yrkesgrupper som ikke eksisterer i Norge, og det kan være ulike krav til hvilken kompetanse som kreves for yrkesgrupper med samme tittel.

Den norske litteraturen og kunnskapsoppsummeringer som belyser oppgavedeling, viser at det foreløpig er begrenset med forskning på oppgavedeling i en norsk kontekst. Det virker likevel å være en del oppgavedeling som skjer, men på en lite formalisert måte og ofte som følge av mangel på ressurser. Dette innebærer også at erfaringene og virkningene av oppgavedeling i liten grad har blitt dokumentert i rapporter eller evaluert. På oppdrag fra Spekter, Fagforbundet og Delta har Oslo Economics nylig gjennomført en kartlegging av erfaringer med oppgavedeling mellom helsefagarbeidere og andre personellgrupper i sykehus (Oslo Economics, 2022). Kartleggingen viser at det pågår arbeid med oppgavedeling på alle sykehusene, og mange har iverksatt egne prosjekter som arbeider med denne tematikken. Rapporten gir innsikt i tidligere og pågående prosjekter som har til hensikt å bedre

ressursutnyttelsen blant helsefagarbeidere og andre personellgrupper.

For øvrig har det både internasjonalt og i Norge vært fokus på tverrfaglige og teambaserte tjenestemodeller, men erfaringene med disse er i liten grad dokumentert.

Det eksisterer et mangfold av benevnelser og utdanninger for helsepersonell, og det er stor variasjon på tvers av land når det gjelder hvilken kompetanse og hvilke oppgaver som tradisjonelt har tilhørt ulike yrkesgrupper. Det er derfor viktig å være varsom i tolkningen av den internasjonale litteraturen, slik at forskjeller mellom yrkesgruppene ikke går tapt i oversettelsen.

#### 3.1 Ulike former for oppgavedeling

Oppgavedeling brukes i en del tilfeller synonymt med ord som oppgaveglidning og oppgaveoverføring, og begrepene kan forstås på ulik måte. Helsedirektoratet definerer oppgavedeling som «en formell, permanent overføring av enkelte kompetanseområder eller oppgaver fra en personellgruppe til en annen» (Helsedirektoratet, 2013). Verdens helseorganisasjon (WHO) har tidligere definert oppgavedeling som «hensiktsmessig overføring av konkrete oppgaver fra høyt kvalifiserte yrkesgrupper til yrkesgrupper med kortere utdanning og lavere kvalifikasjonsnivå, med formål om å bruke ressursene på en mer effektiv måte» (WHO, 2008).

Oppgavedeling kan foregå både mellom yrkesgrupper med samme utdanningsnivå, men ulik fagbakgrunn, for eksempel sykepleier og fysioterapeut, eller mellom yrkesgrupper med ulikt utdanningsnivå, for eksempel lege og sykepleier. Den førstnevnte formen for oppgavedeling kalles ofte horisontal oppgavedeling, eller horisontal substitusjon, mens oppgavedeling mellom yrkesgrupper med ulikt utdanningsnivå kalles vertikal oppgavedeling, eller vertikal substitusjon (Devik & Olsen, 2022). I tillegg beskriver litteraturen andre former for såkalt "oppgaveglidning", som også omfatter at en yrkesgruppe utvider sitt oppgavesett.

Kunnskapsoppsummeringen fra Senter for omsorgsforskning viser at den vertikale oppgavedelingen som foregår i Skandinavia skiller seg noe fra den som skjer internasjonalt (Devik & Olsen, 2022). I landene utenfor Skandinavia er det stor oppmerksomhet på oppgavedeling fra leger til sykepleiere med spesialistutdanning, mens dette i relativt liten grad er etablert i Skandinavia. Både i Skandinavia og resten av verden virker det å være utstrakt grad av oppgavedeling fra



sykepleiere til andre yrkesgrupper. I Norge og de andre skandinaviske landene skjer dette i hovedsak mellom sykepleiere og pleiere med helsefaglig bakgrunn, mens det i andre land også er en del delegering av oppgaver fra sykepleier til ufaglært omsorgspersonell. Dette funnet bør tolkes med varsomhet ettersom mange land har underkategorier av pleiere og titler som ikke nødvendigvis er enkelt å sammenligne med norske titler og personellkategorier.

Et annet eksempel på vertikal oppgavedeling er mellom farmasøyter og apotekteknikere. Særlig i England har denne typen oppgavedeling vært mye diskutert for å løse presset på National Health Service (NHS). En fersk kunnskapsoppsummering peker imidlertid på at det er behov for mer forskning for å forsikre både farmasøyter, annet helsepersonell og befolkningen for øvrig, om at apotekteknikerens rolle ikke er til risiko for pasientsikkerhet og at det bidrar tilstrekkelig til å frigjøre farmasøytens tid til pasientsentrerte aktiviteter (Boughen & Fenn, 2020).

Kunnskapsoppsummeringen fra Senter for omsorgsforskning viser videre at vertikal oppgavedeling er vanlig både i Norge og internasjonalt. Den vertikale oppgavedelingen i omsorgstjenesten i Norge er ofte et resultat av mangel på ressurser med den ønskede kompetansen (ofte sykepleierkompetanse), mens horisontal oppgavedeling ofte skjer som del av langsiktige prosesser og et behov for spesialisering.

### 3.2 Type oppgaver som overføres

Bemanningsutfordringene den norske helse- og omsorgstjenesten står overfor de neste årene er ikke unike i internasjonal sammenheng, og mange land forsøker å møte utfordringene med mer hensiktsmessig oppgavedeling. En komparativ studie om omfanget av oppgavedeling i primærhelsetjenesten, fant at 69 prosent av de inkluderte landene hadde gjennomført endringer for å overføre oppgaver fra lege til sykepleier (Maier & Aiken, 2016). Studien omfattet 39 land i Europa, USA, Australia og New Zealand. Bakgrunnen for endringene var å øke kapasiteten i tjenestene, og endringene var i hovedsak gjennomført ved å fjerne regulatoriske barrierer for oppgavedeling. De regulatoriske endringene var i hovedsak at sykepleiere har fått forskrivningsmulighet

for utvalgte legemidler, og i Ungarn har «health visitors»<sup>3</sup> fått utvidet sine oppgaver til å omfatte screening for livmorhalskreft. I noen av landene har også økonomiske barrierer blitt fjernet for å legge til rette for oppgavedeling.

En nylig utgitt rapport om kompetanse og heltidskultur i kommunale helse- og omsorgstjenester påpeker at kommunehelsetjenesten har fått økt ansvar gjennom en rekke reformer de siste 30 årene (Agenda Kaupang og Fafo, 2021). Nye krav til samhandling og økt vekt på brukerbehov, gir økte krav til de ansattes kompetanse, både når det gjelder kompetanse innen egen fagprofesjon, men også forståelse for andre fagprofesjoner. Kommunene trenger derfor både spesialist- og generalistkompetanse. Kommunene må imidlertid fortsatt løse oppgavene med en bemanning som består av en høy andel ufaglærte. Det er en grunnleggende utfordring for kommunene, som også forsterkes av deltidskulturen i sektoren.

Når det gjelder hvilke oppgaver som overføres, viser litteraturen at det både overføres medisinskfaglige og pleiefaglige oppgaver, samt tekniske oppgaver (Devik & Olsen, 2022). I tillegg finnes det eksempler på at både leger og sykepleier delegerer beslutningstaking og administrasjon til yrkesgrupper med lavere kompetanse.

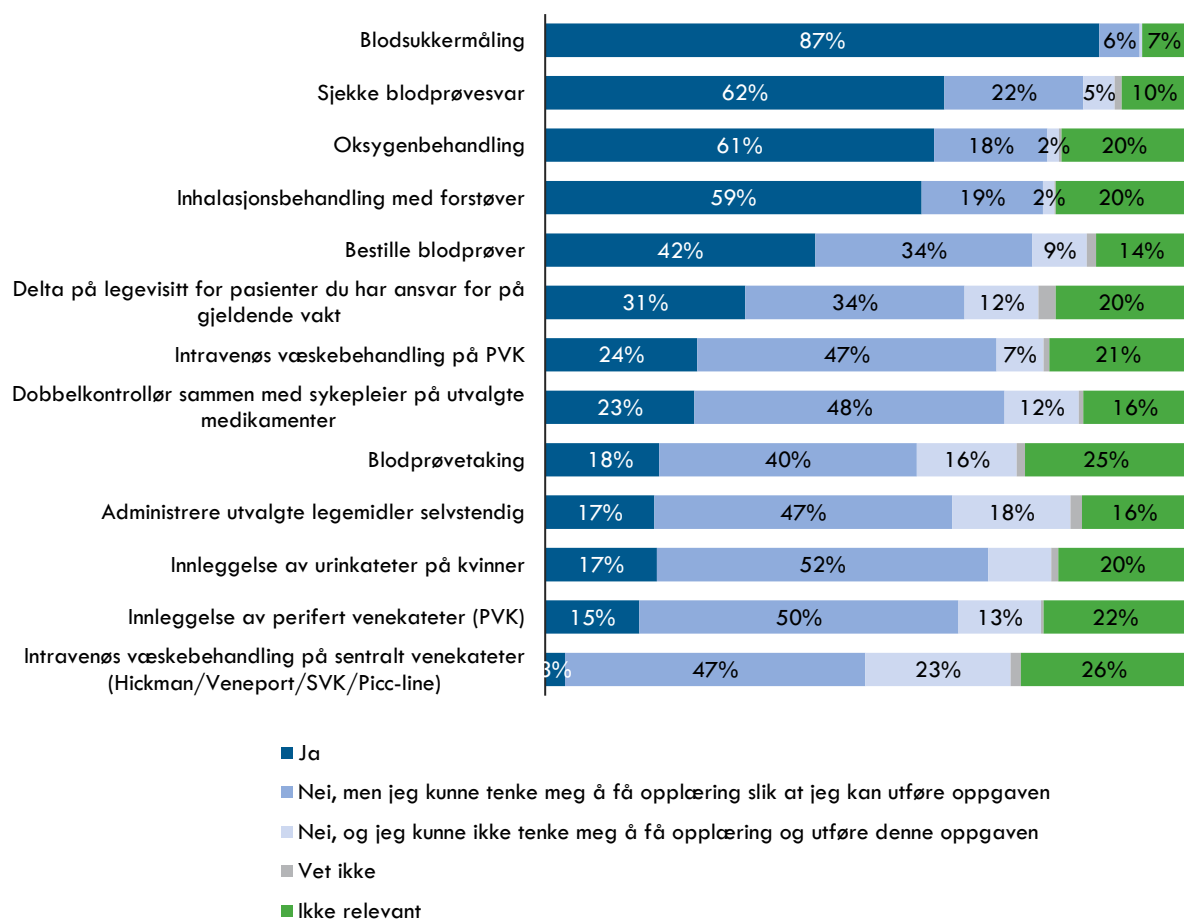
En utredning av oppgavedeling mellom helsefagarbeidere og andre personellgrupper i sykehus identifiserte ulike oppgaver som ble ansett som relevante for helsefagarbeidere. Som del av utredningen ble det undersøkt hvor utbredt det er at helsefagarbeidere utfører de identifiserte oppgavene (Oslo Economics, 2022). Undersøkelsen viste at majoriteten av helsefagarbeiderne utfører blodsukkermålinger (87 prosent), sjekker blodprøvesvar (62 prosent), utfører oksygenbehandling (61 prosent) og inhalasjonsbehandling med forstøver (59 prosent) (Figur 3-1). Av de identifiserte oppgavene, var det få som utfører intravenøs væskebehandling på sentralt venekateter (3 prosent), innleggelse av perifert venekateter (15 prosent), innleggelse av urinkateter på kvinner (17 prosent) og selvstendig administrasjon av utvalgte legemidler (17 prosent). Samtidig var det mange som ønsket å få opplæring i disse oppgavene slik at de kan lære å utføre dem.

<sup>3</sup> «Health visitor» er en fireårig utdanning i Ungarn. Utdanningen gir særlig kompetanse innen kvinnehelse,

spedbarn og barn, samt ungdom (Lajos, Attila, Andras, Andrea, & Erika, 2013).



**Figur 3-1: Gjennomfører du følgende oppgaver?**

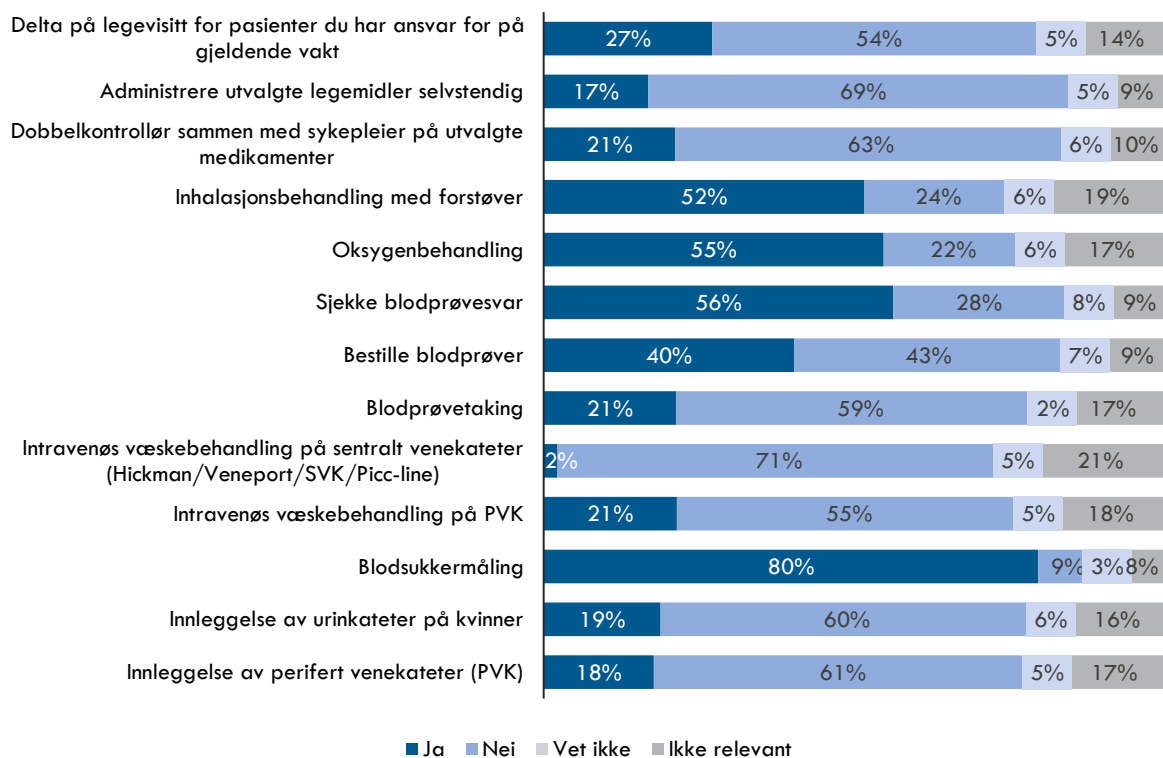


Kilde: Oslo Economics, 2022. Merknad: Spørreundersøkelse til helsefagarbeidere i sykehus, gjennomført av Oslo Economics 2022. N = 551-555.

Den samme utredningen undersøkte også i hvilken grad helsefagarbeiderne i løpet av de siste fem årene hadde fått nye oppgaver. Oppgaven flest oppgaver at de selv eller andre helsefagarbeidere ved deres avdeling har begynt å utføre de siste fem årene var blodsuktermåling (80 prosent) (Figur 3-2) (Oslo Economics, 2022). Dette er den samme oppgaven som flest oppgaver at de utfører i dag (Figur 3-1). Det var også en betydelig andel som oppgaver at de i løpet av de siste fem årene har begynt å sjekke blodprøvesvar (56 prosent), utføre oksygenbehandling (55 prosent) og inhalasjonsbehandling med forstøver (52 prosent). I undersøkelsen hadde helsefagarbeiderne også mulighet til å oppgi andre oppgaver de har begynt å utføre, og eksempler som kom frem i fritekstvar var seponering av kateter, medisinsingivning under oppsyn av lege/sykepleier eller ferdig doserte, sårskift, triagering (vurdering for prioritering) og å gi inhalasjonsmedisiner. Noen nevnte også administrative oppgaver som journalføring, pårørendekontakt og administrasjon i forbindelse med utskrivelse.

Rapporten belyser også erfaringene med oppgavedeling mellom helsefagarbeidere og annet personell i sykehus. Flere opplever jevnere arbeidsfordeling og økt effektivitet, både ved at enkelte personellgrupper får avlastning, og ved at andre personellgrupper kan bidra til at oppgaver løses raskere slik at man unngår lange ventetider for pasientene. Økt grad av samarbeid og økt kompetanse bidrar til økt opplevelse av at arbeidet er meningsfullt, som igjen kan bidra til at flere ønsker å stå lengre i arbeid eller ønsker å øke sin stillingsprosent der det er mulig. Til sammen kan disse faktorene bidra til å ivareta pasientsikkerhet og gi økt kvalitet i pasientbehandlingen. Mulige ulemper er ressursbruk og eventuell motstand blant medarbeidere/ tillitsvalgte i forbindelse med endringsarbeidet, men mange erfarer at disse ulempene kun gjelder i en overgangsfase, frem til ny oppgavedeling har «satt seg» i organisasjonen.

**Figur 3-2: Har helsefagarbeidere (deg selv eller andre) ved din avdeling i løpet av de siste fem årene begynt å utføre følgende oppgaver?**



Kilde: Oslo Economics, 2022. Merknad: Spørreundersøkelse til helsefagarbeidere i sykehus, gjennomført av Oslo Economics 2022. N = 552-555.

Helsedirektoratet og RHF-ene gjennomførte i 2013/2014 fire pilotprosjekter for endret oppgavedeling. Pilotprosjektene innebar ikke nødvendigvis at oppgaveendringen ble gjennomført, men at utvalgte RHF-er satte ned en arbeidsgruppe for å vurdere potensialet for gitte endringer. Oppsummert viser erfaringene fra pilotprosjektene følgende for ulike yrkesgrupper/undersøkelser (Helsedirektoratet, 2014):

- **Operasjonssykepleiere:** Enkelte av operasjonssykepleierens oppgaver kan tenkes å overføres til operasjonsavdelingsassistenter, med formål å øke aktiviteten uten at det går utover kvalitet. (Helse Sør-Øst)
- **Radiologer:** Overføring av oppgaver fra radiolog til radiograf, for å bidra til mer effektive pasientforløp. Vurderinger av henvisninger trekkes frem som en potensiell oppgave som kan overføres til annet personell med spesifikk opplæring i dette. (Helse Nord)
- **Patologer:** Overføring av oppgaver fra patolog til patologassistent. Økt omfang av prøver til patologavdeling gir lang svartid. Endringen kan bidra til dermed redusert svartid. (Helse Midt)

- **Skopiundersøkelser:** Overføring av skopiundersøkelser fra lege til sykepleier. Faglig uenigheter og begrensede resultater. (Helse Vest)

Når det gjelder oppgavedeling i hjemmetjenester og sykehjem, tyder Sintefs intervjustudie med 30 sykepleiere på at det er lite formalisert. Sykepleierne har på papiret ansvar for oppgaver som krever sykepleierfaglig kompetanse, men bruker i praksis mye av tiden sin på de samme oppgavene som andre ansatte, som stell, matservering, vasking og rydding. Enkelte forsøk med oppgavedeling lokalt ser ut til å være begrunnet med mangel på sykepleiere på sykehjem og innebærer at sykepleierne tas inn i egne team og ut av vanlige oppgaver. Erfaringene med dette er delte. En fordel med denne måten å organisere tjenestene på, er at sykepleierne jobber mer spesialisert med sykepleierfaglige oppgaver der de får brukt kompetansen sin. Dette kan være i tråd med det sykepleierne selv ønsker, og også positivt for pasientene. En nedside ved dette, er at det faglige fellesskapet kan bli redusert som følge av at sykepleierne ikke er tilknyttet en avdeling, men kommer inn der det er behov for deres kompetanse. Organiseringen kan også gjøre at læring og kompetanseoverføring fra erfarne til mindre erfarne sykepleiere blir vanskeligere.

Intervjustudien berører også erfaringene med innføring av ny teknologi i helse- og omsorgssektoren. Informantene opplever at den viktigste effekten av ny teknologi er bedre kvalitet i tjenestetilbudet for pasientene, for eksempel i form av økt tilgjengelighet, og at det i mindre grad er effekter i form av tidsbesparelser for helsepersonell.

### 3.3 Erfaringer blant helsepersonell

Litteraturen om oppgavedeling viser at det er blandede erfaringer blant helsepersonell der ny oppgavedeling er prøvd ut (Devik & Olsen, 2022). Den som gir fra seg oppgaver kan oppleve usikkerhet rundt hvilke oppgaver som er egnet for å overføres til andre yrkesgrupper, og det kan også være usikkerhet knyttet til hvem som har ansvaret for oppgaven når den er overført. Det kan også være uro knyttet til vurdering av kompetansen til de som får nye oppgaver, og at de som får nye oppgaver kan oppleve usikkerhet rundt i hvilken grad de har tilstrekkelig kompetanse til å utføre oppgaven. Samtidig kan det å få nye oppgaver oppleves som en anerkjennelse, og det kan være stimulerende og bidra til økt trivsel og fornøydhets. Oppgavedeling kan redusere stress og frigjøre tid for den som gir fra seg oppgaven, men kan ha motsatt effekt for den som får en ny oppgave.

Erfaringen fra enkelte norske kommuner, hvor sykepleieroppgaver har blitt overført til helse- og omsorgsarbeidere etter opplæring, er at helse- og omsorgsarbeiderne er delte i sine meninger (Agenda Kaupang og Fafo, 2021). Enkelte opplever det som givende å få økt ansvar, mens andre ikke ønsker utvidet ansvar.

En oppsummering av 21 kunnskapsoppsummeringer om oppgavedeling i primærhelsetjenesten fant at helsepersonell som farmasøyter og sykepleiere kan utvide sin oppgaveportefølje for å avlaste allmennleger (Leong, Teoh, Fun, & Lee, 2021). Oppgavene disse gruppene kunne overta var blant annet pasientoppfølging, forskrivning, rådgivning og opplæring, til tilsvarende kvalitet. En annen studie fra England fant derimot at erfaringene med oppgavedelingen i primærhelsetjenesten var varierende; både at implementering var utfordrende grunnet kompleksiteten i sykdomsbyrden, og at oppgavedelingen var forbundet med både positive og negative utfall (McDermott, Spooner, Goff, & et al., 2022). Studien undersøkte også hvorvidt oppgavedeling påvirket kostnadsnivået i NHS, men fant ikke tegn til at økt oppgavedeling ga reduserte kostnader.

En kunnskapsoppsummering undersøkte tolv studier hvor sykepleiere («general practice nurses») overtok oppgaver fra psykologspesialister («mental health

specialists») (Aurizki & Wilson, 2022). Studien konkluderte med at sykepleiere kunne tilby mental helsehjelp i fravær av spesialister, forutsatt at de ble gitt tilstrekkelig opplæring og veiledning. Tilstrekkelig veiledning og opplæring ble også identifisert som en suksessfaktor for vellykket oppgavedeling i en kunnskapsoppsummering av kvalitative studier der oppgaver ble overført fra allmennleger annet personell («non-medical practitioners») (Lyness, Parker, Willcox, & Dambha-Miller, 2021).

### 3.4 Konsekvenser for pasienter

Når det gjelder hvilke konsekvenser oppgavedeling har for pasientene, er det til dels varierende funn på tvers av ulike studier. En del studier tyder på at sykepleiere gir behandling med like god kvalitet som legene, og i enkelte tilfeller også med økt kvalitet (Melby, Gunnes, Haukelien, & Obstfelder, 2022). Samtidig viser studier som ser på betydningen av sammensetningen av helsepersonell at en høyere andel sykepleiere er korrelert med lavere pasientdødelighet (Flodgren & Meneses, 2017). For øvrige pasientutfall viser studiene blandede resultater. Mange av studiene som belyser sammenhengen mellom personellsammensetning og pasientutfall er observasjonsstudier, og det er derfor begrenset i hvilken grad de kan si noe om årsakssammenhengen.

En studie av pasienter i Belgia, England, Finland, Irland, Spania og Sveits undersøkte sammenhengen mellom andelen sykepleiere på sykehus (sykepleiere med minst 3 års høyere utdanning) og dødelighet, tilfredshet hos pasientene, og ulike andre kvalitetsindikatorer (Aiken, et al., 2017). Studien viste at en høyere andel sykepleiere (endring på 10 prosentpoeng i andel sykepleiere) sammenlignet med annet pleiepersonell var forbundet med lavere dødelighet, samt lavere sannsynlighet for både dårlig vurdering av sykehuset, dårlig vurdering av kvaliteten, dårlig vurdering av sikkerhet og andre negative utfall. En reduksjon på 10 prosentpoeng i andelen sykepleiere var forbundet med en økt risiko for død på 11 prosent. Forfatterne fant også at en høyere andel sykepleiere var forbundet med lavere sannsynlighet for at sykepleierne ble utbrente – noe som kan innebære en risiko for pasientene og bidra til turnover. Høyere andel sykepleiere var også forbundet med lavere sannsynlighet for at sykepleierne var misfornøyde med jobben sin. Ved sykehusene i studien varierte andelen sykepleiere (sammenlignet med annet pleiepersonell) fra 41 til 87 prosent, og gjennomsnittlig andel var 66 prosent. Det var også stor variasjon i sammensetningen av annet pleiepersonell mellom sykehusene. Resultatene bør derfor tolkes med varsomhet ettersom både pasientutfall og arbeidstilfredshet vil avhenge av sammensetningen av kompetansen på den enkelte

avdelingen, og ikke nødvendigvis antall sykepleiere alene.

### 3.5 Suksesskriterier

En rapport fra CEDEFOP (European Centre for the Development of Vocational Training) peker på at utfordringene helsetjenesten står overfor når det gjelder bemanning, i hovedsak må møtes gjennom god kvalitet i utdanningene, slik at helsepersonell kan bygge videre på grunnutdanningen sin og spesialisere seg gjennom arbeidslivet (CEDEFOP, 2019).

Helsepersonell har i større grad enn andre yrkesgrupper behov for å vedlikeholde og oppdatere sin kompetanse i løpet av karrieren. Ved å etablere jevnlig og obligatoriske faglige kurs, kan man sikre at helsepersonell opprettholder et tilfredsstillende kompetansenivå, for eksempel målt gjennom antall timer med obligatorisk kurs eller studiepoeng. I rapporten blir det samtidig påpekt at det er arbeidsgivers ansvar å sørge for kontinuerlig læring hos de ansatte, og at arbeidsgiver må sørge for at opplæringen er skreddersydd etter behovene i tjenesten.

Uavhengig av hvem som er involvert i oppgavedelingen, trekkes samarbeid, rolleavklaring og ledelse frem som elementer som fremmer oppgavedeling dersom de er vellykket, og elementer som hemmer oppgavedeling dersom det fungerer dårlig (Devik & Olsen, 2022).

En rapport fra WHO peker på tre typer regulatoriske virkemidler som kan bidra til effektiv implementering og innføring av initiativer til oppgavedeling, såkalte «skill mix initiatives»:

- endre eller introdusere ny oppgavedeling gjennom utvikling av ulike organisatoriske og regulatoriske ordninger, inkludert regulere faglige omfang av praksis og fjerne institusjonelle barrierer
- støtte nye eller forsterkede yrkesroller gjennom endrede økonomiske insentiver

- sikre tilstrekkelig kompetanse gjennom grunnutdanningen for den utvidede yrkesrollen

WHO beskriver videre at endring av kompetansesammensetningen på kort sikt som regel vil øke kostnadene, fordi endringer medfører et behov for å omskolere personalet og fase ut den gamle måten å jobbe på. På lengre sikt, når de nye rollene er etablert og opplæringsbehov er dekket, kan det være mulig å realisere kostnadsbesparelser. Dette innebærer at kostnadsbesparelser ikke bør være hovedmotivasjonen for å endre kompetansesammensetningen, særlig ikke på kort sikt.

De dokumenterte erfaringene fra Norge viser at det uavhengig av oppgaven som overføres er noen generelle utfordringer som ofte oppstår, og som det derfor kan være nødvendig å være bevisst på for å lykkes med oppgavedeling (Helsedirektoratet, 2014):

- Motsetninger mellom ulike profesjonsgrupper kan være til hinder for endringer
- Økt behov for personell under opplæring av nye grupper
- Manglende mengdetrening for leger i spesialisering (LIS), dersom oppgaver overføres fra leger til andre faggrupper
- Bekymring for redusert kvalitet og pasientsikkerhet

En ny rapport anbefaler at uttesting av nye former for oppgavedeling i sektoren i større grad gjøres på en kontrollert og dokumenterbar måte (Melby, Gunnes, Haukelien, & Obstfelder, 2022). Når man har mer kunnskap om erfaringene med oppgavedeling, bør gode former for oppgavedeling formaliseres, gjennom utvikling av veiledere og retningslinjer. I rapporten blir det videre anbefalt en videre satsing på tverrfaglige team, men påpekt at det krever en egen kompetanse å jobbe på denne måten og at det kan være behov for tiltak for å sikre at de ansatte får kompetanse-påfyll innenfor egen fagprofesjon fra andre steder.

## 4. Eksempler på ny oppgavedeling

*Bemanningsutfordringene i helse- og omsorgstjenesten har bidratt til arbeid med oppgavedeling, både i ulike deler av helsetjenesten og mellom ulike personell-grupper. Arbeidet skjer både som enkeltprosjekter ved en avdeling eller et sykehus, eller som del av større utprøvningsprosjekter i ulike deler av landet. Eksempelene vi presenterer i dette kapitlet viser noe av bredden i arbeid med og former for oppgavedeling, og hvordan dette i ulik grad bidrar til å frigjøre kapasitet i helsetjenesten.*

I dette kapitlet belyser vi elleve eksempler på oppgavedeling i primær- og spesialisthelsetjenesten, eller arbeid som handler om oppgavedeling mellom de to nivåene i helsetjenesten. Mens enkelte av eksemplene viser til nye måter å jobbe på som allerede er innarbeidet i tjenestene, viser andre eksempler til pågående utprøvningsprosjekter som foreløpig ikke er del av driften. For hvert av eksemplene beskriver vi bakgrunn og kontekst for oppgavedelingen, organiseringen av ny oppgavedeling og involvert personell, samt omfanget av og mulige virkninger av endret oppgavedeling.

### 4.1 Metode for kostnadsberegninger

For å belyse de samfunnsøkonomiske kostnadene og gevinstene av ny oppgavedeling har vi beregnet samfunnsøkonomiske timerater for oppgaveutførelse for ulike yrkesgrupper. Basert på statistikk og litteratur fra en rekke kilder har vi estimert kostnadsanslag ulike faktorer som kan påvirke den samfunnsøkonomiske kostnaden av oppgaveutførelse. Datakildene inkluderer statistikk fra SSB, SSBs microdata.no, ansatt- og lønnsstatistikk fra KS, Spekter og Helsedirektoratet og arbeidsmarkedsstatistikk fra NAV og KLP. Videre har vi gjennomgått relevante rapporter og andre skriftlige kilder som belyser temaet. Lønn og andre arbeidslivsforhold varierer mellom ansatte, og over livsløpet til den enkelte ansatte. For eksempel vil lønn typisk øke med ansiennitet, og sykefravær varierer med alder (Faggruppen for IA-avtalen, 2021). Videre kan lønnskostnader variere med vakt- og turnusbelastning i den enkelte stillingen. I beregningene av samfunnsøkonomiske timerater har vi tatt utgangspunkt i median- og gjennomsnittsverdier. De

samfunnsøkonomiske timeratene anslår derfor kostnaden av oppgaveutførelse for en «medianarbeider».

Følgende yrkesgrupper inngår i analysen:

- Helsefagarbeidere
- Sykepleiere
- Spesialsykepleiere
- Farmasøyter
- Fysioterapeuter
- Bioingeniører
- Pleiemedarbeidere
- Helsesekretærer
- Leger i sykehus
- Leger i allmenn legetjeneste

For å beregne den samfunnsøkonomiske kostnaden av én time med oppgaveutførelse for de overnevnte gruppene, har vi tatt utgangspunkt i utbetalt timelønn og justert for:

- sosiale kostnader (arbeidsgiveravgift, pensjon, velferdsgoder mv.)
- tid til opplæring og kurs
- sykefravær
- utdanningskostnader og tapt arbeid i studieårene
- antall år i arbeid

Mer tid til opplæring og kurs fører til mindre tid til faktisk oppgaveutførelse. For alle yrkesgrupper antar vi at to prosent av arbeidstiden går til interntid og opplæring, med unntak av sykehusleger, hvor vi legger til grunn fem prosent. Vi antar høyere andel interntid/opplæring for sykehusleger på grunn av avsatt tid til forskningspermisjon.

Tilsvarende medfører høyere sykefravær mindre tid til oppgaveutførelse. Sykefraværprosent er basert på statistikk fra NAV (NAV, 2021).

Kostnader til utdanning består både av direkte kostnader av selve utdanningen, og tapt arbeidsinntekt de årene man er under utdanning. Direkte kostnader knyttet til utdanning er basert på beregninger fra NIFU (NIFU og Deloitte, 2014). Vi har antatt at tapt arbeidstid fører til et produksjonstap per år i utdanning tilsvarende årslønnen for en helsefagarbeider.

Flere antall år i arbeid bidrar til å trekke utdanningskostnaden per time ned. Vi har innhentet data på alder på ferdige kandidater for ulike studieretninger fra Database for statistikk om høyere utdanning. Vi bruker medianalder ved endt studie som en indikator på når de ulike yrkesgruppene starter i

arbeid. Avgangsalder fra yrket er utfordrende å estimere, da det finnes lite tilgjengelig statistikk. For enkelte yrkesgrupper har vi data fra KLP, og vi har estimert avgangsalder for de øvrige yrkene basert på hva vi vet om forholdstall mellom ulike yrkesgrupper.

En mer detaljert beskrivelse av forutsetninger for kostnadsberegninger, og verdiene som ligger til grunn for de ulike variablene, finnes i Vedlegg C.

Anslagene for samfunnskostnad per time med oppgaveutførelse for de ulike yrkesgruppene er presentert i

Tabell 4-1. De samfunnsøkonomiske timerater anslår kostnader per time med justert for sosiale kostnader, tid til opplæring, sykefravær og utdanningskostnader og antall år i arbeid.

**Tabell 4-1: Timelønn justert for sosiale kostnader og samfunnskostnad per time**

Yrkesgruppe	Samfunnskostnad per time
Helsefagarbeidere	400
Sykepleiere	480
Spesialsykepleiere	600
Farmasøyter	600
Fysioterapeuter	460
Bioingeniører	450
Pleiemedarbeidere	360
Helsesekretærer	350
Leger i sykehus	860
Leger i allmenn legetjeneste	970

## 4.2 Primærhelsetjenesten

### 4.2.1 Oppgavedeling mellom sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter på sykehjem – «Johansens metode»

**Tabell 4-2: Hovedtrekk ved Johansens metode**

Beskrivelse av ny oppgavedeling	Omorganisering for å muliggjøre ny oppgavedeling
Personellet som oppgaven kan overføres fra og til	Fra sykepleiere til helsefagarbeidere og assistenter
Omfanget av oppgaven	Oppgaver med estimert omfang på 9-15 timer i døgnet kan flyttes fra sykepleier til helsefagarbeidere og/eller assistenter. 10 timer med oppgaver som flyttes fra sykepleier hvert døgn innebærer 2020 sparte sykepleierårsverk per år.
Virkinger av ny oppgavedeling	Sykepleier fikk mer tid til å lese journaler, annet personell opplevde at det ble lavere terskel for å ta kontakt med sykepleier ved behov. Økning i antall ansatte ved sykehjemmet, men mindre behov for innleie fra bemanningsbyrå. Å flytte 2020 årsverk fra sykepleier til helsefagarbeider innebærer en anslått kostnadsbesparelse på 260 millioner kroner. Å flytte 2020 årsverk til assistent innebærer en anslått kostnadsbesparelse på 395 millioner kroner.

### Bakgrunn og kontekst

I 2019 startet et prosjekt ved to sykehjem i Bodø kommune der de kartla oppgavedelingen mellom sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter (Hofstad, Johansens metode er veien til en ny oppgavedeling, 2021). De gjennomgikk hvilke oppgaver de tre ulike yrkesgruppene typisk utførte i løpet av en dag, hvor lang tid de brukte på disse oppgavene og hvilken yrkesgruppe de mente oppgaven egentlig hørte hjemme hos.



I gjennomgangen kom det frem at sykepleiere gjorde mange oppgaver, og brukte mye tid, på oppgaver som assistenter og/eller helsefagarbeidere kunne gjort. Det gjaldt for eksempel oppgaver som klesvask, gulvvask, matlaging og pynte til høytid og fest. Videre så man også at helsefagarbeidere brukte tid på oppgaver som assistenter kunne gjort, men i denne casen har vi valgt å fokusere på oppgavedeling fra sykepleiere til helsefagarbeidere og assistenter.

### Beskrivelse av ny oppgavedeling

På bakgrunn av gjennomgangen av oppgavedelingen i de to sykehjemmene, omorganiserte de tjenesten. Tidligere hadde man to pleiere ved hver avdeling, der én av pleierne var sykepleier. Det resulterte i at sykepleieren ble bundet opp til å utføre en rekke oppgaver tilknyttet den daglige driften, også oppgaver som ikke krevde sykepleierkompetanse. Den nye organiseringen innebar at man flyttet én sykepleier til et overordnet nivå, slik at sykepleieren fikk ansvar for flere avdelinger. På én avdeling kunne man dermed bytte ut en sykepleier med en helsefagarbeider eller assistent, mens på de andre avdelingene var det fortsatt sykepleiere på jobb. Sykepleiere rullerte på hvem som jobbet på et overordnet nivå, og ble tilkalt til avdelingene ved behov for sykepleierassistanse.

Prosjektet har blitt kalt for «Johansens metode» og har blitt del av KS-prosjektet Tørn (Hofstad, Johansens metode er veien til en ny oppgavedeling, 2021). Gjennom Tørn har metoden blitt utvidet til flere kommuner.

### Omfanget av oppgaven

75 prosent av sykepleierne fortalte i kartleggingen at de ofte, eller nokså ofte, utførte oppgaver som ikke defineres som direkte sykepleieroppgaver (Johansen, 2020). Tabellene under viser anslag på total tidsbruk på oppgaver som sykepleiere før gjorde/hjalp til med, og som kunne flyttes til helsefagarbeidere eller assistenter. Tallene tar utgangspunkt i bemanning for en avdeling med seks pasienter.

For denne avdelingen utgjorde tidsbruk forbundet med oppgaver som kan flyttes fra sykepleier til assistent 13 timer og 30 minutter. Oppgaver som kunne flyttes fra sykepleier til helsefagarbeider utgjorde samlet tidsbruk på 26 timer og 50 minutter. Samlet sett utgjorde dette omtrent 40 timer og 30 minutter. Hvis vi legger til grunn at 75 prosent av sykepleierne gjorde 50 prosent av disse oppgavene, brukte sykepleierne **omtrent 15 timer** i døgnet på oppgaver som ikke var direkte sykepleieroppgaver. Hvis vi legger til grunn at 75 prosent av sykepleierne gjorde 30 prosent av disse oppgavene, brukte de

**omtrent 9 timer i døgnet** på oppgaver som ikke var direkte sykepleieroppgaver.

Å flytte ti timer med oppgaver per døgn (3650 timer per år) fra sykepleiere til helsefagarbeidere eller assistenter på ett sykehjem, tilsvarer 2,15 frigjorte sykepleierårsverk per år. Nasjonalt tilsvarer dette 2020 sparte sykepleierårsverk<sup>4</sup>.

Aktivitet som kan flyttes fra sykepleier til assistent	Total tidsbruk per døgn (anslag basert på avdeling med 6 pasienter)
Klesvask	4 t 30 min
Sengeskift og romvask	1 t 30 min
Rydding, vasking og søppeltømming	1 t 30 min
Klargjøre måltid, lage og dele ut mat	5 t 40 min
Diverse oppgaver som gjøres ved behov (fylle på utstyr, vanne blomster, lakke negler, rulle hår)	20 min
<b>Totalt</b>	<b>13 t 30 min</b>

Aktivitet som kan flyttes fra sykepleier til helsefagarbeider	Total tidsbruk per døgn (anslag basert på avdeling med 6 pasienter)
Miljøarbeid, tiltaksplan aktiviteter og samtale med pasienter	10 timer
Stell, dusj, påkledning og legging	10 timer
Vask og desinfisering	1 t 40 min
Dele ut og se over medisiner	2 t 10 min
Andre arbeidsoppgaver som må gjøres ved behov (stell av døde, vekt, sårskift o.l.)	3 timer (0-10 timer i døgnet, avhengig av behov)
<b>Totalt</b>	<b>26 t 50 min</b>

### Virkninger av ny oppgavedeling

Sykehjemmene i Bodø som først testet ut Johansens metode opplevde flere fordelaktige virkninger som

<sup>4</sup> Forutsetter 940 sykehjem i Norge: <https://www.nho.no/tema/proffentlig/alderdom/>



følge av ny organisering og oppgavedeling. For det første ble behovet for å leie inn sykepleiere fra bemanningsbyrå redusert, noe som isolert sett førte til kostnadsbesparelser. For det andre opplevde sykepleierne at de fikk mer ro til å sette seg inn i journaler og viktige dokumenter. For det tredje opplevde øvrige personellgrupper at terskelen ble lavere for å ta kontakt med sykepleier ved behov. Omorganiseringen førte til en økning på én ekstra helsefagarbeider eller assistent på vakt.

De anslåtte samfunnsøkonomiske timeratene viser at det er kostnadsbesparende å flytte oppgaver fra sykepleiere til helsefagarbeidere. Å flytte 2020 sykepleierårsverk til 2020 helsefagarbeiderårsverk innebærer en kostnadsbesparelse på 260 millioner kroner. Å flytte 2020 sykepleierårsverk til 2020 assistent-årsverk innebærer en kostnadsbesparelse på 395 millioner kroner.

En mer omfattende bruk av ufaglært personell vil påvirke kvaliteten i tjenesten som leveres. I praksis er det likevel en slik overføring av oppgaver fra sykepleiere og helsefagarbeidere i mange kommuner. Data innhentet av Norsk sykepleierforbund viser at den faktiske sykepleierbemanningen er lavere enn den planlagte, og at sykepleierne i stor grad erstattes av ufaglærte assistenter. Det samme bildet gjelder også for helsefagarbeidere. Avviket mellom planlagt og faktisk sykepleierbemanning synes å ha økt noe fra 2018 frem til 2022; fra 18,3 prosent til 19,6 prosent.

Avviket for sykepleiere er størst på dag- og kveldstid i ukedagene (henholdsvis 24 og 22 prosent lavere bemanning enn planlagt) og mindre i helg og på nattestid i ukedagene (henholdsvis 10 prosent og 7 prosent) (Oslo Economics, 2022).

#### 4.2.2 Farmasøyter kan avlaste fastleger i legemiddelgjennomgang

**Tabell 4-3: Hovedtrekk ved ny oppgavedeling i forbindelse med legemiddelgjennomgang**

Beskrivelse av ny oppgavedeling	Farmasøyter gjennomføre legemiddelgjennomgang i stedet for fastleger
Personellet som oppgaven kan overføres fra og til	Fra fastlege til farmasøyt
Omfanget av oppgaven	I 2019 gjennomførte fastleger i overkant av 400 000 legemiddelgjennomganger
Virkinger av ny oppgavedeling	Frigjøring av tid for fastlegen og bedre utnyttelse av farmasøytters kompetanse, som videre kan bidra til bedre legemiddelbruk og økt pasientsikkerhet. Kostnadsbesparelse på 18,5 millioner kroner i året.

#### Bakgrunn og kontekst

Kommunene har behandlingsansvar for stadig flere pasienter med sammensatte lidelser og mer kompliserte sykdomstilstander. Legemiddelmeldingen (Meld. St 28 (2014-2015)) peker på behovet for å redusere omfanget av uhensiktsmessig og feil legemiddelbruk. Slik bruk av legemidler kan ha alvorlige konsekvenser for enkeltpasienter i form av bivirkninger og i verste fall død, og for samfunnet (f.eks. merkostnader ved unødvendig legemiddelbruk). Det er allerede iverksatt en rekke tiltak som digitale løsninger (e-resept med flere), multidose, kvalitetsarbeid hos fastleger, kommunefarmasøyt og legemiddelgjennomganger. Det er imidlertid fortsatt et behov for å forbedre rammene for legemiddelbruk ved for eksempel å ha en oppdatert oversikt over legemidler i bruk for enkeltpasienter. Flere aktører i helsetjenesten har pekt på at farmasøytters kompetanse kan utnyttes i større grad enn i dag for å bidra til bedre legemiddelbruk og behandlingstilbud til pasientene. I tillegg kan dette gi en bedre utnyttelse av ressurser for å oppnå trygg og god legemiddelbehandling.

#### Beskrivelse av ny oppgavedeling

Det følger av fastlegens medisinske koordineringsrolle at fastlegen skal koordinere legemiddelbehandlingen til sine listeinnbyggere. Fastlegen skal gjennomføre en systematisk legemiddelgjennomgang når dette anses nødvendig utfra en medisinsk vurdering for

listeinnbyggere som bruker fire legemidler eller mer. Helsedirektoratet har en veileder for legemiddelgjennomgang (Helsedirektoratet, 2015).

Farmasøyter har faglig kompetanse som kan utnyttes i større grad enn i dag for å sikre bedre legemiddelbruk, særlig når det gjelder interaksjoner og bivirkninger. Apotekfarmasøyters primær oppgaver er ekspedering av resepter i apotek med tilhørende informasjon og rådgivning, samt salg av andre apotekvarer. Det skjer ofte avklaringer med forskriver, men apotekfarmasøyter er i dag ikke direkte involvert i legetjenesten i kommunen. Mange apotekfarmasøyter arbeider med avklaringer knyttet til multidoser, mens enkelte også utfører kvalitetsarbeid og legemiddelgjennomganger som del av en avtale med kommunen.

En tidligere kartlegging (Oslo Economics, 2020) tyder på at det i dag er begrenset samarbeid mellom leger og apotekfarmasøyter. Undersøkelsen viste at dagens samarbeid mellom leger og farmasøyter først og fremst består av avklaringer over telefon i forbindelse med ekspedering av resepter i apotek og enkelte avklaringer knyttet til multidoser. Dette samarbeidet er ikke formalisert, men foregår som sporadisk kommunikasjon ved behov. Formalisert samarbeid mellom apotekfarmasøyter og legetjenesten synes å være lite utbredt. Kartleggingen viste samtidig at mange fastleger ikke har kapasitet til å gjennomføre legemiddelgjennomganger for alle sine pasienter det er relevant for, og at det kan være aktuelt å samarbeide med farmasøyter på dette området. Farmasøyterne var gjennomgående positive til økt samarbeid. Dette eksemplet på ny oppgavedeling er derfor ment å illustrere muligheter for samarbeid som ikke er praksis i dag.

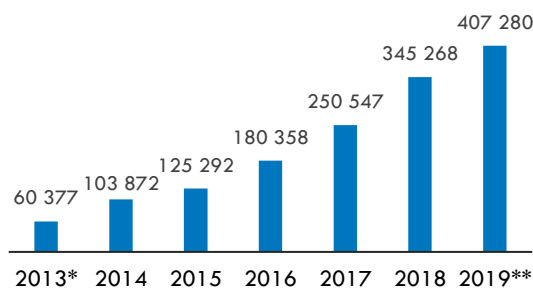
### Omfanget av oppgaven

Legemiddelgjennomgang er en systematisk vurdering av pasientens legemiddelbruk for å sikre god behandling og forebygge pasientskader. Fastlegen og sykehjemslegen har et forskriftsfestet ansvar for å utføre regelmessig legemiddelgjennomgang. I Normaltariffen finnes det en takst for legemiddelgjennomgang (2ld), men denne taksten kan ikke kombineres med tidstakst (2cd) for tidsbruk ved konsultasjonsvarighet utover 20 minutter. Tidstaksten utløser en høyere refusjon enn takst for legemiddelgjennomgang, og i en spørreundersøkelse gjennomført blant fastleger i pilotprosjekt med primærhelseteam (Abelsen, et al., 2022), kom det frem at om lag en fjerdedel av legene som oftest benytter tidstakst heller enn takst for legemiddelgjennomgang. Det er derfor vanskelig å tallfeste hvor stor andel av listeinnbyggerne som får legemiddelgjennomgang.

<sup>5</sup> Se: <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/stor-variasjon-i-kvalitet-pa-kommunale-helse-og-omsorgstjenester>

Antall gjennomførte legemiddelgjennomganger av fastleger med refusjon fra HELFO for takst 2ld (Figur 4-1) har økt kraftig i perioden 2013-2019, og siden 2016 har antall legemiddelgjennomganger mer enn doblet seg.

**Figur 4-1: Antall legemiddelgjennomganger med refusjon fra HELFO**



Kilde: HELFO og Oslo Economics (2020). Figuren viser antall regninger med takst 2ld som har mottatt refusjon fra HELFO. \*Takst 2ld ble innført 1. mai 2013, slik at antall takster kun gjelder åtte måneder. \*\*Inkluderer data til og med 10. desember 2019.

Økningen i antall legemiddelgjennomganger med refusjon fra HELFO tyder på økt bevissthet rundt temaet. Samtidig viser tall fra Helsedirektoratets nasjonale kvalitetsindikator for legemiddelgjennomgang i sykehjem at det fortsatt er forbedringspotensial på området<sup>5</sup>.

I beregning av samfunnsøkonomisk virkning av oppgavedeling for legemiddelgjennomgang, legger vi til grunn at det gjennomføres om lag 500 000 legemiddelgjennomganger per år (basert på Helfo-tall fra 2019 og kunnskapen om at flere fastleger heller benytter tidstakst for denne oppgaven). At fastleger benytter tidstakst gir uttrykk for at oppgaven tar lengre tid enn en vanlig konsultasjon på 20 minutter, og vi legger derfor til grunn at fastleger bruker 30 minutter per legemiddelgjennomgang.

Det er usikkert i hvilken grad farmasøyter kan avlaste fastleger og hvordan et slikt samarbeid skal foregå i praksis. Dersom vi som et regneeksempel legger til grunn at farmasøyter kan avlaste fastleger for 20 prosent av legemiddelgjennomgangene, tilsvarer dette 50 000 frigjorte fastlegetimer per år, eller 29,5 fastlegeårsverk dersom vi legger til grunn 1695 arbeidstimer per år. Gitt en listelengde på 1 000 innbyggere, tilsvarer det at nærmere 30 000 innbyggere som i dag ikke har fastlege (Pedersen, et al., 2020), kan knytte seg til en fastlege. Oppgavedelingen kan for eksempel foregå ved at farmasøyter har en bistilling i kommunen for å bistå legekantorene, og har rullerende arbeidsdager på de

ulike legekantorene i kommunen. Dersom IKT-systemer legges til rette for det, kan det også foregå ved at farmasøyter gjør legemiddelgjennomganger som del av sin arbeidshverdag i apoteket, dersom fastlegen sender en foresp rrelse om at farmasøyten skal gjøre det.

### Virkninger av ny oppgavedeling

 kt samarbeid mellom fastleger og farmasøyter i gjennomføring av legemiddelgjennomgang kan bidra til å avlaste fastlegene samtidig som farmasøyter får bedre utnyttet sin kompetanse. Farmas yters kompetanse i legemiddelgjennomgang kan også bidra til bedre legemiddelbruk og økt pasientsikkerhet.

Et av funnene i den tidligere utredningen om samarbeid mellom fastleger og farmasøyter (Oslo Economics, 2020), var at behovet for og innholdet i samarbeidet avtar over tid, ettersom legene i samarbeid med farmasøyter tilegner seg erfaring og arbeidsmetodikken for å sikre bedre legemiddelbehandling. Leger med lengre erfaring oppg  i utredningen at de har mest behov for enkel tilgang til farmasøyter i de vanskeligste pasienttilfellene, og at de i mindre grad ser behovet for et tettere samarbeid.

Erfaringene fra tilsvarende prosjekt i England (Oslo Economics, 2020) understreker viktigheten av at farmasøytene fungerer som avlastning heller enn en arbeidsbyrde for legene. I England har man derfor gitt farmasøyter forskrivningsrett. Andre erfaringer er at det tar tid å skape den nødvendige tilliten til farmasøytene kompetanse, og det er derfor behov for at myndighetene bidrar til å skape gode rammer for samarbeid, både i form av finansiering, avklaring av roller og IT-infrastruktur. Satsingen i England har krevd vesentlig tilleggsfinansiering og utvikling av nye samarbeidsformer, men synes så langt å gi gode resultater.

Dersom farmasøyter kan avlaste fastleger for 20 prosent av legemiddelgjennomgangene kan dette gi 50 000 frigjorte fastlegetimer nasjonalt per år. Dette utgjør 29,5 fastlegeårsverk dersom vi legger til grunn 1695 arbeidstimer per år. Hvis vi ser dette i sammenheng med de samfunnsøkonomiske timeratene for oppgaveutførelse (970 kroner for allmennleger og 600 kroner for farmasøyter i kommune), vil en slik overføring innebære en kostnadsbesparelse på 18,5 millioner kroner i året.

### 4.2.3 Sykepleier i PHT kan avlaste fastlegen i oppfølgingen av pasienter med diabetes

**Tabell 4-4: Hovedtrekk ved ny oppgavedeling i oppfølging av pasienter med diabetes ved PHT-legekantor**

Beskrivelse av ny oppgavedeling	Sykepleier utfører hele eller deler av årskontroll for pasienter med diabetes type 2
Personellet som oppgaven kan overføres fra og til	Fra lege til sykepleier
Omfanget av oppgaven	~ 250 000 personer har diabetes type 2 ~ 10 prosent f�r gjennomført årskontroll ~ 15 minutter spart per årskontroll for legen Flere får �rskontroll.
Virkninger av ny oppgavedeling	Redusert tid for fastlegene gir en besparelse på 6,1 millioner kroner, mens økt tidsbruk for sykepleierne gir en kostnad på 6,0 millioner kroner. Netto besparelse utgjør 100 000 kroner.

### Bakgrunn og kontekst

Primærhelseteam (PHT) er tverrfaglige team som inkluderer fastlege, sykepleier og helsesekretær. Sentrale målgrupper for PHT er brukere med kronisk sykdom, brukere med psykiske lidelser og rusavhengighet, brukere som omtales som ((skrøpelige eldre)) og brukere med utviklingshemming og funksjonsnedsettelse, samt ((svake etterspørrere)).

Organisering som PHT prøves ut gjennom et forsøk i regi av Helsedirektoratet. Forsøket startet 1. april 2018 på 13 legekantor, mens 4 nye legekantor kom til fra 2020. Forsøket prøver ut 2 ulike finansieringsmodeller; 12 av legekantorene har valgt honorar-modellen og 5 har valgt driftstilskuddsmodellen.

Sykepleier i PHT representerer en ny ressurs i fastlegetjenesten. I grunnlagsdokumentet for PHT beskrives rollen som at sykepleieren ((skal bidra til økt kapasitet og et utvidet tilbud i møte med pasientens behov)) (Helsedirektoratet, 2017). I forsøket er det antall listeinnbyggere på fastlegenes lister som avgjør omfanget av sykepleierressursen ved PHT-legekantorene; legekantor bemannes med 50 prosent sykepleierårsverk for under 2 400 listeinnbyggere, 80 prosent sykepleierårsverk for mellom 2 400-3 599 listeinnbyggere og 100 prosent sykepleierårsverk for

3 600-3 900 listeinnbyggere. Dersom det er mer enn 3 900 listeinnbyggere tilknyttet legekantoret, begynner beregningen av sykepleierressursen «nedenfra» igjen.

### Beskrivelse av ny oppgavedeling

Evalueringen av PHT viser at samarbeidet mellom fastlege og sykepleier i PHT virker å fungere godt for de fleste. Det vanligste er at sykepleier både utfører oppgaver i stedet for at fastlegen gjør dem selv og oppgaver som kommer i tillegg til fastlegens oppgaver; 78 prosent av fastlegene og 73 prosent av sykepleierne svarte dette i en spørreundersøkelse blant ansatte på legekantorene gjennomført i 2021. Oppgavetyperne som fastlegene i størst grad har delegert fra seg til sykepleier er direkte pasientarbeid hjemme hos pasient eller e-konsultasjon og kommunikasjon med helsepersonell i andre deler av helsetjenesten. Samtidig viser evalueringen at sykepleier først og fremst bidrar til en kvalitetsforbedring i legekantorenes tilbud, slik at sykepleiers innsats i hovedsak kommer i tillegg til, og i noen grad kommer i stedet for innsats fra fastlegene.

### Oppfølging av pasienter med diabetes

Ved mange av PHT-legekantorene har PHT-sykepleier hatt en sentral rolle i oppfølgingen av pasienter med diabetes type 2. I de nasjonale faglige retningslinjer for diabetes type 2 anbefaler Helsedirektoratet (Nasjonal faglig retningslinje. Diabetes, 2021) at fastlegen gjennomfører en utvidet årlig kontroll (årskontrollen). Dette er en utvidet konsultasjon for å

- kartlegge risiko for og eventuelle tegn til makro- og mikrovaskulære komplikasjoner,
- vurdere, i samråd med pasienten, om de individuelle behandlingsmålene eller behandlingsplanen bør justeres og
- kartlegge psykisk helse og diabetesrelaterte psykososiale problemer.

Evalueringen av PHT har vist at PHT-sykepleierne ved flere av legekantorene har en aktiv og tidkrevende rolle under disse årskontrollene. Under konsultasjonen brukes Noklus-skjema eller en mal som tilsvarer Noklus-skjema. Som del av årskontrollen blir tema som kosthold/ernæring, måltidsrytme, tannhelse og røyk gjennomgått. Det anses også som viktig å sette opp en individuell behandlingsplan sammen med pasienten. For å skrive takst for sykepleierkonsultasjon, kreves minimum 15 minutters selvstendig konsultasjon, og oppgavene beskrevet over utgjør et arbeidsomfang som gir rett til å skrive konsultasjonstakst for PHT-sykepleier.

Det er stor variasjon mellom legekantorene i forsøket både i omfanget av årskontroller og i om en

konsultasjon med PHT-sykepleier inngår i årskontrollen. Mens et legekantor har liten deltakelse av PHT-sykepleierne i form av konsultasjoner, inngår sykepleierkonsultasjon som en del av årskontrollen i nesten alle årskontroller i enkelte andre legekantor. Ved disse legekantorene har om lag 40 prosent av pasientene med diabetes type 2 hatt årskontroll med sykepleier. På grunn av forskjeller i finansieringsmodell og takstsystem, er forekomsten av denne typen årskontroller kun undersøkt for kantorene med honorarmodellen som har deltatt i forsøket siden 2018. Ved disse kantorene er det om lag 3 500 pasienter med diabetes type 2, og dette tilsvarer 5 prosent av alle listeinnbyggere.

PHT-sykepleieren kan ha en rolle i for eksempel i årskontroll av pasienter med diabetes type 2, selv om det ikke utløses sykepleiertakster. Noen team finner det kanskje mer hensiktsmessig at fastlege og PHT-sykepleier har hyppigere interaksjon under årskontrollen. Legekantoret går da glipp av sykepleiertaksten, men sykepleieren bidrar kanskje til at fastlegen blir mer produktiv og kan skrive flere legetakster.

### Omfanget av oppgaven

Om lag 250 000 personer har diabetes type 2, og dette tilsvarer rundt 4,5 prosent av den norske befolkningen (FHI, 2021). Det er trolig stor variasjon mellom fastleger og legekantor i hvor mange av pasientene med diabetes type 2 som mottar årskontroll. Evalueringen av PHT viser at andelen pasienter med diabetes type 2 som mottok minst en årskontroll før forsøket startet varierte fra 7 til 57 prosent. Legekantoret med 57 prosent hadde en ansatt med særlig interesse for diabetes som trolig bidro til den høye andelen.

Dersom vi legger til grunn at 10 prosent av pasientene med diabetes type 2 mottar årskontroll, utgjør dette 25 000 pasienter hvert år. Dersom hele eller deler av årskontrollen overføres fra lege til sykepleier, kan det trolig spare minst 15 minutter per årskontroll for legen.

Det er om lag 5 000 fastleger i Norge. Dersom vi antar at pasientene med diabetes og årskontrollene er jevnt fordelt, har hver fastlege i snitt 50 listeinnbyggere med diabetes type 2, og gjennomfører årlig 5 årskontroller. Gitt anslaget på potensial i spart tid på 15 minutter per konsultasjon, gir det en årlig besparelse per lege på 75 minutter. For fastlegene samlet sett utgjør dette om lag 3,7 årsverk.<sup>6</sup>

Som et anslag legger vi til grunn at sykepleierne bruker 30 minutter på hver årskontroll. Dette gir en

<sup>6</sup> Gitt at et årsverk utgjør 1695 timer.

samlet tidsbruk på 12 500 timer i året, tilsvarende 7,4 årsverk.

### Virkninger av ny oppgavedeling

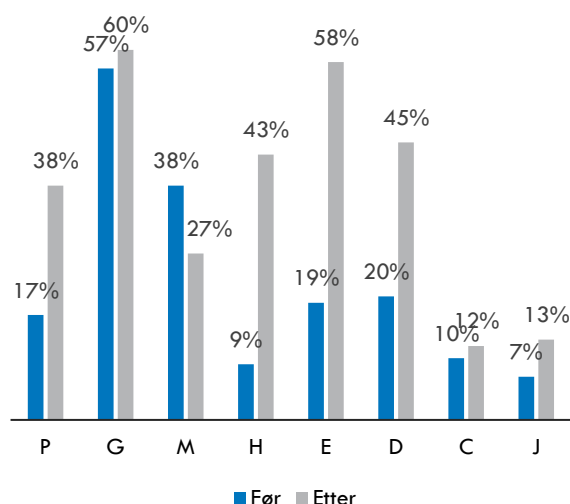
Ved PHT-legekontorene har andelen pasienter med diabetes type 2 som mottar årskontroll økt betydelig etter at legekontorene ble med i forsøket. Andelen pasienter med diabetes type 2 som mottar årskontroll er også høyere enn ved legekontorene i kontrollgruppen. Dette kan indikere at tilførselen av sykepleier på legekontorene bidrar til at flere pasienter med diabetes type 2 får oppfølging som er i tråd med de nasjonale faglige retningslinjene for pasientgruppen.

Dimensjoneringen av sykepleierressursen i forsøket med PHT innebærer at en sykepleier vil kunne gjennomføre årskontroller for diabetes for flere leger. Dette betyr at sykepleieren vil få mer mengdetrening i å gjennomføre årskontrollene enn det fastlegene får, i tillegg til at funnene fra evalueringen tyder på at PHT kan bidra til at det gjennomføres årskontroll for en større andel av pasientene. Dersom PHT-sykepleieren får mer trening i å gjennomføre årskontroll for diabetes enn det fastlegen har, kan det tenkes at kvaliteten på kontrollen heves. En overføring av oppgaver fra legene kan også bety at legene får mer tid til kvalitetsarbeid i øvrige oppgaver. Evalueringen av PHT belyser hvilken betydning overføring av oppgaver isolert sett har for kvaliteten på tjenesten.

Flertallet oppga at PHT har bidratt til å styrke det sosiale og faglige fellesskapet på legekontoret. Dette er ikke knyttet til oppfølgingen av diabetespasienter isolert sett, men viser mulige gevinster av at ulike yrkesgrupper jobber sammen.

Overføringen av oppgaven fra fastlege til sykepleier kan også ha betydning for kostnadene ved oppgaven. Den anslåtte samfunnsøkonomiske timeraten for allmennleger er 970 kroner, mens den er 480 kroner for sykepleier. Gitt anslaget på omfanget av årskontroller for diabetes som kan overføres til sykepleier, finner vi vi at den reduserte tidsbruken for fastlegene innebærer en besparelse tilsvarende 6,1 millioner kroner. Den økte tidsbruken for sykepleierne medfører en kostnad på 6,0 millioner kroner. Dette gir en netto kostnadsbesparelse på 100 000 kroner.

**Figur 4-2: Prosentandel pasienter med diabetes type 2, som har mottatt minst en årskontroll to år før forsøksstart og minst en årskontroll to år etter forsøksstart**



Kilde: Abelsen, et al., 2022

Evalueringen av PHT har vist at de ansatte på legekontorene opplever at PHT både påvirker arbeidsmiljøet positivt og gir gevinster for pasientene.

#### 4.2.4 Oppgavedeling fra helsepersonell til pasient gjennom bruk av digital hjemmeoppfølging

**Tabell 4-5: Hovedtrekk ved oppgavedeling fra helsepersonell til pasient gjennom bruk av digital hjemmeoppfølging**

Beskrivelse av ny oppgavedeling	Pasienter følger opp egen helse hjemmefra, og kan redusere behovet for oppfølging fra helse-tjenesten
Personellet som oppgaven kan overføres fra og til	Fra helsepersonell til pasient
Omfanget av oppgaven	Stor variasjon mellom pasienter. Økt bruk av fastlegetjenester, men reduksjon i bruk av helsetjenester i hjemmet.  Økt trygghet og mestring for pasientene, potensiale for frigjort tid for helsepersonell.
Virkninger av ny oppgavedeling	Gitt 22 000 brukere, gir tjenesten økt tidsbruk for fastlegene tilsvarende 18,0 millioner kroner og økt tidsbruk for sykepleierne i oppfølgningstjenesten tilsvarende 358,0 millioner kroner. Spart tid for helsetjenester i hjemmet gir en besparelse på 72,6 millioner. Netto kostnadsøkning utgjør 303,3 millioner kroner.

#### Bakgrunn og kontekst

I perioden 2019-2021 ble det innenfor rammene til Nasjonalt Velferdsteknologi gjennomført en utprøving av digital hjemmeoppfølging. Nasjonalt Velferdsteknologiprogram er et samarbeid mellom Helse- direktoratet, Direktoratet for e-helse og KS, og utprøvingen ble gjennomført i seks lokale prosjekter eid av kommunene Stad, Bodø, Larvik, Oslo (med bydelene Sagene, Grünerløkka, Gamle Oslo og St. Hanshaugen), Ullensaker (i samarbeid med Gjerdrum) og Kristiansand (som leder et lokalt prosjekt som omfatter flere kommuner i Agder).

Bakgrunnen for utprøvingen var de store utfordringene som helsetjenesten står overfor i årene som kommer, der befolkningen lever lengre og mange

lever med en eller flere kroniske sykdommer. Bruk av velferdsteknologi kan gjøre at en større del av oppfølgingen og behandlingen kan skje hjemme hos pasienten (Abelsen, et al., 2022). Formålet med utprøvingen var å få mer kunnskap om effektene av digital hjemmeoppfølging for brukerne, herunder brukeropplevelse og fysisk og psykisk helse. Videre skulle utprøvingen gi informasjon om ressursbruken knyttet til tjenesten, og samlet sett skulle kunnskapen fra utprøvingen danne grunnlag for nasjonale anbefalinger for utforming av tjenesteforløp samt innretning og organisering av tjenesten.

I utprøvingen fikk pasientene utdelt et nettbrett og måleutstyr som de kunne bruke til å gjøre avtalte målinger av helsetilstanden sin, for eksempel oksygenmetning, blodtrykk eller blodsukker. Målingene ble automatisk overført fra måleutstyret og til nettbrettet, og derfra sendt til en oppfølgningstjeneste bemannet med sykepleiere. Pasientene hadde en egenbehandlingsplan utarbeidet i samarbeid med fastlegen og en sykepleier fra oppfølgningstjenesten, og i egenbehandlingsplanen var det definert normalverdier for de ulike målingene. Egenbehandlingsplanen inneholdt også informasjon om hva pasienten skulle gjøre ved en måling utenfor normalverdiene. Tiltakene omfattet både medikamentelle og ikke-medikamentelle tiltak. De ansatte i oppfølgningstjenesten vurderte også målingene som ble sendt inn, og tok kontakt med pasientene dersom pasientene hadde målinger utenfor normalverdiene.

Målgruppen for utprøvingen av digital hjemmeoppfølging var pasienter med kroniske sykdommer, med middels til høy risiko for forverring av sin tilstand, reinnleggelse på sykehus eller økt behov for helse- og omsorgstjenester. Pasientene hadde et høyt forbruk av helsetjenester, og gruppen besto i stor grad av pasienter med kroniske sykdommer som diabetes, kols, hjerte-karsykdommer, psykiske lidelser og kreft. Mange av pasientene i målgruppen hadde flere diagnoser og store, sammensatte behov for oppfølging av sin sykdom.

#### Beskrivelse av ny oppgavedeling

Gjennom oppfølging ved bruk av digital hjemmeoppfølging, kan oppgaver flyttes fra helsepersonell til pasienten. Ved å gjøre jevnlige målinger av ulike forhold relatert til helsetilstand, får pasientene mulighet til å bli bedre kjent med helsen sin, og registreringen av målingene på nettbrettet gjør det mulig å følge med på utviklingen over tid. Evalueringen viste at det i utprøvingen i liten grad skjedde en ny oppgavedeling fra fastlege til pasient, og pasientene som fikk digital hjemmeoppfølging hadde en økning i antall kontakter med fastlegen. Dette var til dels knyttet til de tverrfaglige møtene som ble gjennomført i forbindelse med utarbeidelse



av egenbehandlingsplanen, men kan også skyldes at en del fastleger ikke ønsket å endre oppfølgingen av sine pasienter før de kjente tjenesten bedre. Samtidig viste evalueringen at pasienter som hadde helse-tjenester i hjemmet reduserte omfanget av disse tjenestene, og at andelen pasienter med slike tjenester ble redusert.

Egenbehandlingsplanen er trolig et sentralt element for å få til oppgavedeling fra helsepersonell til pasient. Gjennom målinger og bruk av egen-behandlingsplanen kan pasientene lære å gjenkjenne tegn til forverring og iverksette tiltak tidligere enn før. Dette kan gjøre at pasientene unngår akutte forverringer, og dermed redusere presset på andre tjenester. Evalueringen viste at mange av pasientene opplevde at de fikk økt kunnskap om egen sykdom og helse, og at veiledning og råd fra oppfølgings-tjenesten gjorde at de ble bedre på egenomsorg.

I tillegg til at digital hjemmeoppfølging kan gi oppgavedeling fra helsepersonell til pasient, viste evalueringen at pasientene som fikk digital hjemmeoppfølging hadde en signifikant forskjellig utvikling i egenvurdert helse sammenlignet med pasienter i kontrollgruppen.

### Omfanget av oppgaven

Evalueringen av digital hjemmeoppfølging gir oversikt over effekten på bruk av ulike helsetjenester det første året etter at pasientene får digital hjemmeoppfølging. Betydningen for ulike deler av helse- og omsorgstjenesten er beskrevet under:

- **Fastlege:** Økning i antall konsultasjoner for pasienter som fikk digital hjemmeoppfølging, tilsvarende 1 ekstra konsultasjon og 0,3 flere tverrfaglige samarbeidsmøter per år.
- **Telefonsamtale eller skriftlig kommunikasjon om enkeltpasienter:** 3,1 flere kontakter per pasient i løpet av det første året med digital hjemmeoppfølging.
- **Helsetjenester i hjemmet:** Pasienter som hadde helsetjenester i hjemmet da de fikk digital hjemmeoppfølging (om lag en tredjedel av pasientene) brukte i snitt 25 timer mindre med slike tjenester enn kontrollgruppen.
- **Praktisk bistand:** Pasienter som fikk digital hjemmeoppfølging fikk fire flere besøk enn kontrollgruppen, men det var ingen forskjell i antall timer.
- **Korttidsopphold:** Nedgang i antall opphold på korttids plass for pasienter som hadde hatt et korttidsopphold i løpet av året før de fikk digital hjemmeoppfølging, men ingen endring i antall oppholdsdøgn.
- **Ikke-planlagte innleggelse på sykehus:** Økning i ikke-planlagte innleggelse på sykehus, men ingen økning i antall oppholdsdøgn i forbindelse

med ikke-planlagte innleggelse. Økningen i ikke-planlagte innleggelse var trolig ikke knyttet til digital hjemmeoppfølging og derfor ikke tatt med i den samfunnsøkonomiske analysen.

- **Planlagte innleggelse:** Ingen endring
- **Kommunal akutt døgnenhet (KAD):** Ingen endring
- **Dagbehandling:** Ingen endring
- **Polikliniske konsultasjoner:** Ingen endring
- **Kontakt med legevakt:** Ingen endring

Samlet sett viste den samfunnsøkonomiske analysen i evalueringen at den årlige kostnaden per bruker som får digital hjemmeoppfølging er om lag 42 500 kroner (usikkerhetsspenn: 20 500 – 91 000 kroner), og at tjenesten kan gi besparelser i andre deler av helse- og omsorgstjenesten på 5 500 kroner (usikkerhetsspenn: 4 500 – 6 800 kroner). Den økte helserelaterte livskvaliteten verdsettes til 11 500 kroner (usikkerhetsspenn: 6 500 – 22 500 kroner). Samlet sett gir dette en negativ netto samfunnsverdi tilsvarende 25 500 kroner.

Pasientene som får digital hjemmeoppfølging bruker tid på å gjøre målinger og følge opp med tiltak fra egenbehandlingsplanen. I den samfunnsøkonomiske analysen i evalueringen er denne tidsbruken ikke inkludert som en kostnad. Bakgrunnen for dette var at mange pasienter oppga at de ikke opplever det som noen belastning eller byrde å gjøre målingene, og at det for en del er en meningsfull rutine som de liker å ha som del av hverdagen. I tillegg er tidsbruken for de fleste pasientene lav.

I hovedanslaget i den samfunnsøkonomiske analysen er det lagt til grunn at 1 årsverk i oppfølgings-tjenesten kan følge opp 50 brukere (Abelsen, et al., 2022). Gitt at et årsverk er 1 695 timer, gir dette en årlig tidsbruk per bruker på 33,9 timer (Tabell 4-6). For å anslå tidsbruken knyttet til flere fastlege-konsultasjoner og tverrfaglige samarbeidsmøter, legger vi til grunn at hver konsultasjon og møte tar 15 minutter. Videre anslår vi at telefonkontaktene og den skriftlige kommunikasjonen med fastlegene i snitt medfører en tidsbruk på 10 minutter per kontakt. Tjenestene der evalueringen ikke fant endringer i bruk, er ikke inkludert



**Tabell 4-6: Anslag på gjennomsnittlig endring i helsetjenestebruk per bruker med digital hjemmeoppfølging, per år**

Tjeneste	Omfang	Tid (timer)
Fastlege-konsultasjon	+1 konsultasjon	+0,25 timer
Tverrfaglig samarbeids-møte med fastlege	+0,3 møter	+0,08 timer
Telefonkontakt eller skriftlig kommunikasjon med fastlege	+ 3,1 kontakter	+0,52 timer
Helsetjenester i hjemmet	- 25 timer for om lag en tredjedel	-8,25 timer
Oppfølgings-tjenesten	Jevnlig oppfølging	+33,9 timer

Kilde: (Abelsen, et al., 2022) Merknad: Minus angir redusert bruk, mens pluss angir en økning i bruk.

#### Virkninger av ny oppgavedeling

Å gi pasientene mulighet til å følge opp egen helsetilstand ved bruk av digital hjemmeoppfølging, har vist seg å gi mange pasienter økt opplevelse av trygghet og mestring. Evalueringen av tjenesten finner foreløpig få tegn til at digital hjemmeoppfølging gir tidsbesparelser for fastlegetjenesten eller spesialisthelsetjenesten, men ser ut til å kunne redusere behovet for helsetjenester i hjemmet. Informasjonsgrunnlaget for evalueringen viste samtidig at digital hjemmeoppfølging for enkeltpasienter hadde hatt betydning for helsetjenestebruken. Et eksempel på dette var en pasient som fortalte at han noen ganger hadde lurt på å gå til fastlegen når han følte seg dårlig, men at han i stedet hadde tatt kontakt med oppfølgings-tjenesten som ofte hadde betrygget han eller sagt at han kunne se an litt til. Det var også flere prosjektdeltakere som mente at digital hjemmeoppfølging har potensiale for å bidra til unngåtte akutte innleggelse. Mange pasienter med kroniske sykdommer venter for lenge med å ta kontakt med helsetjenesten når de har en forverring, og informantene i evalueringen mente at digital hjemmeoppfølging gjør at pasientene lærer å gjenkjenne tegn til forverring tidligere og får kunnskap om tiltak de kan iverksette selv.

Selv om det er mange positive virkninger av digital hjemmeoppfølging, er ressursbruken ved å tilby tjenesten betydelig, og tjenesten innebærer bruk av sykepleierressurser i oppfølgings-tjenesten. Samtidig er kostnaden ved tjenesten svært avhengig av hvordan tjenesten innrettes. Dersom kostandene knyttet til teknologien som benyttes blir lavere enn de er i dag, i

tillegg til at flere pasienter kan bruke eget utstyr (egen smarttelefon eller nettbrett), kan dette bidra til økt samfunnsverdi. Den samfunnsøkonomiske analysen i evalueringen viste også at det er viktig å identifisere hvilke pasienter som ventes å ha størst nytte av tjenesten, og ikke tilby tjenesten til «alle». Videre ble det i analysen pekt på at det er viktig å finne rett nivå på tjenesten – hvor hyppig det er behov for at pasientene følges opp og i hvilken grad det er nødvendig å tilpasse tjenesten til hver enkelt pasient.

Evalueringen av tjenesten tar utgangspunkt i en oppfølgingstid på 12 måneder, og i praksis vil det være pasienter som får oppfølging i betydelig kortere og lengre tid. Dette vil også kunne ha betydning for samfunnsverdien av tjenesten og i hvilken grad oppgaver overføres, og det er behov for mer forskning for å kunne si noe om effektene av tjenesten med en annen tidshorisont.

For å anslå samfunnskostnadene ved endringer i tidsbruk for ulike personellgrupper som påvirkes av digital hjemmeoppfølging, legger vi til grunn de samfunnsøkonomiske timeratene fra kapittel 4.1, samt funnene om helsetjenestebruk fra evalueringen. Disse beregningene tar kun høyde for helsepersonells tidsbruk, og omfatter for eksempel ikke betydning for brukernes livskvalitet, kostnader ved den teknologiske løsningen eller kostnader til administrativt ansatte. I anslagene legger vi til grunn timeraten for allmennlege, helsefagarbeider og sykepleier. Dette gir en netto kostnadsøkning på 19 400 kroner per bruker (Tabell 4-7).

**Tabell 4-7: Anslag på samfunnsøkonomisk kostnad ved helsepersonells tidsbruk per bruker med digital hjemmeoppfølging, per år**

Tjeneste	Helsepersonell	Kostnad
Fastlege-konsultasjon	Fastlege	250 kr
Tverrfaglig samarbeids-møte med fastlege	Fastlege	75 kr
Telefonkontakt eller skriftlig kommunikasjon med fastlege	Fastlege	500 kr
Helsetjenester i hjemmet	Helsefagarbeider	-3 000 kr
Oppfølgings-tjenesten	Sykepleier	16 275 kr
<b>Sum</b>		<b>14 100 kr</b>

Merknad: Minus angir redusert bruk, mens pluss angir en økning i bruk.

Dersom 0,5 prosent av befolkningen får digital hjemmoppfølging, utgjør dette om lag 22 000 personer. Dersom tjenesten er utformet slik den var i utprøvingen, og vi benytter kostnadsanslagene vist i Tabell 4-7, finner vi at digital hjemmeoppfølging kan gi en økt tidsbruk hos fastleger tilsvarende 18,0 millioner kroner, økt tidsbruk i oppfølgningstjenesten tilsvarende 358,0 millioner kroner og en spart tidsbruk for helsetjenester i hjemmet tilsvarende 72,6 millioner kroner. Dette gir en netto kostnad på 303,3 millioner kroner.

#### 4.2.5 Avlaste legekantorene ved bruk av digitalt triageringsverktøy

**Tabell 4-8: Hovedtrekk ved digitalt triageringsverktøy**

Beskrivelse av ny oppgavedeling	Digitalt verktøy vurderer pasientens behov for kontakt med helsetjenesten, slik at manuell kontakt forbeholdes de som trenger det. Dette kan avlaste både helsesekretærer og fastleger.
Personellet som oppgaven kan overføres fra og til	Håndtering av timebestilling overtas delvis av digitalt verktøy.
Omfanget av oppgaven	I 2021 ble det utført nærmere 17,7 millioner allmenmedisinske konsultasjoner. De fleste fastleger setter av 20 minutter til en konsultasjon. I tillegg medfører konsultasjonen tid for helsesekretær i skranken ved henvendelse om time.
Virkinger av ny oppgavedeling	Digitalt triageringsverktøy kan bidra til å frigjøre tid for helsesekretær i skranken ved å redusere antallet henvendelser. Dersom verktøyet bidrar til å redusere antall konsultasjoner, ved f.eks. å unngå unødvendige konsultasjoner (vent-og-se tilnærming), kan verktøyet også bidra til å frigjøre tid for fastlegen. Til sammen utgjør den samfunnsøkonomiske verdien 88,4 millioner kroner.

#### Bakgrunn og kontekst

Presset på fastlegetjenesten har økt de siste årene, og det er behov for å avlaste fastlegene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). I Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020) la regjeringen Solberg fram 17 tiltak for å styrke allmennlegetjenesten. Et av tiltakene innebar å iverksette en pilot for utprøving av et digitalt triageringsverktøy for e-konsultasjon på fastlegekontoret. Pilotprosjektet ble startet i november 2021 og skal pågå til desember 2022. Piloten omfatter i alt 30 fastleger fordelt på fire legekantor; SiO legekantor i Oslo, Vossevangen legekantor på Voss, Gildheim legekantor i Trondheim og Frei legekantor i Kristiansund. Det er foreløpig ikke publisert resultater fra prosjektet, men første evalueringsrapport for handlingsplan for allmennlegetjenesten omtaler at erfaringene hittil er gode (Pedersen, et al., 2020).

#### Beskrivelse av ny oppgavedeling

Et triageringssystem innebærer at en andel av henvendelser til legekantoret, som tidligere har krevd personlig og manuell vurdering, som oftest av en helsesekretær, kan vurderes ved digital kontakt. Dette kan bidra til både å redusere behovet for manuelle kontakter samlet sett, og dermed frigjøre tid for helsesekretæren, men også gi bedre tilgjengelighet og redusert ventetid for pasienter med behov for manuell kontakt.

Hensikten med triageringsverktøyet er også økt kvalitet i konsultasjonene ved at innbyggerne gir informasjon om årsak til henvendelsen og opplysninger om sin helsetilstand i det digitale skjemaet. Denne informasjonen skal stilles til rådighet både for fastlegen og eventuell medhjelper som skal ha kontakt med pasienten. Ved at både innbygger og fastlege er bedre forberedt til timen, kan dette gi økt kvalitet på konsultasjonen, men også potensielt være tidsbesparende.

En annen mulig konsekvens av bedre triagering av henvendelsene er færre konsultasjoner samlet sett. Ved å gi innbyggerne informasjon i forbindelse med henvendelsen, kan man opplyse om «vent-og-se»-alternativet der det er relevant.

#### Omfanget av oppgaven

I 2021 ble det utført nærmere 17,7 millioner allmenmedisinske konsultasjoner. De fleste fastleger setter av 20 minutter til en konsultasjon (Abselsen, Gaski, Godager, & et al., 2018). I tillegg medfører konsultasjonen tid for helsesekretær i skranken ved henvendelse om time.

## Virkninger av ny oppgavedeling

Digitalt triageringsverktøy kan bidra til å frigjøre tid for helsesekretær i skranken ved å redusere antallet manuelle henvendelser. Dersom antall manuelle henvendelser reduseres med 5 prosent, tilsvarer dette 883 750 konsultasjoner. Dersom hver av disse henvendelsene tar fem minutter i gjennomsnitt, sparer helsesekretærene til sammen 73 646 timer, tilsvarende 43 årsverk (ved 1695 arbeidstimer i et årsverk).

Dersom verktøyet bidrar til å redusere antall konsultasjoner, ved f.eks. å unngå unødvendige konsultasjoner (vent-og-se tilnærming), kan verktøyet også bidra til å frigjøre ytterligere tid for fastlegen. Dersom antall konsultasjoner reduseres med 1 prosent, tilsvarer dette 176 750 konsultasjoner. Dette frigjør til sammen 58 917 arbeidstimer for fastleger, tilsvarende 35 fastlegeårsverk. De unngåtte konsultasjonene sparer dessuten helsesekretærene for nærmere 9 årsverk.

Til sammen utgjør den samfunnsøkonomiske verdien av 52 årsverk helsesekretærer (forutsatt samfunnsøkonomisk timerate på 350 kroner) og 35 årsverk fastleger (samfunnsøkonomisk timerate på 970 kroner), 88,4 millioner kroner.

Verktøyet kan bidra til å frigjøre tid for fastlegen ved at innbygger forbereder seg til timen, samt at fastlegen får mer informasjon om helseutfordringene i forkant av konsultasjoner. Samtidig vil det kreve tid for fastlegen å nyttiggjøre seg av denne informasjonen i forkant, og nettoeffekten er derfor usikker.

I tillegg til digitalt triageringsverktøy, er det en betydelig satsing på digitale løsninger på helseområdet generelt og i allmennlegetjenesten spesielt, som kan bidra til ytterligere ressursbesparelser i fremtiden. For eksempel er et av tiltakene i handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024 å legge til rette for nye digitale verktøy, som e-konsultasjon, e-resept og Helsenorge.

## 4.3 Spesialisthelsetjenesten

### 4.3.1 Logistikkmedarbeider kan avlaste spesialsykepleiere på intensivavdeling

**Tabell 4-9: Hovedtrekk ved at logistikkmedarbeidere kan avlaste spesialsykepleiere på intensivavdeling**

Beskrivelse av ny oppgavedeling	En logistikkmedarbeider kan avlaste intensivsykepleier i oppfølgingen og henting fra sykehusapoteket og tilsvarende oppgaver.
Personellet som oppgaven kan overføres fra og til	Fra spesialsykepleier til logistikkmedarbeider
Omfanget av oppgaven	Særlig relevant å benytte på større avdelinger og/eller på de travleste vaktene.
Virkninger av ny oppgavedeling	Anslagsvis 80 årsverk frigjøres for spesialsykepleiere. Oppgavedelingen gir en årlig besparelse på 30,7 millioner kroner. Spesialsykepleiere frigjør tid til faglige oppgaver.

## Bakgrunn og kontekst

Pasienter på intensivavdeling har ofte behov for infusjoner og spesialisert legemiddelbehandling. Medikamenter klargjøres av farmasøyter, men må ofte hentes. Tilsvarende gjelder levering prøvemateriale som blodprøver, og henting av produkter fra blodbanken.

## Beskrivelse av ny oppgavedeling

En logistikkmedarbeider kan avlaste intensivsykepleier i oppfølgingen og henting fra sykehusapoteket og tilsvarende oppgaver. Intensivsykepleiere kontrollerer medikamentet som gis til pasient, men frigjøres fra logistikkarbeidet. Ordningen kan også benyttes av tilknyttede poster som overvåkning og postoperativ avdeling.

## Omfanget av oppgaven

Det synes særlig relevant å benytte løsningen på større avdelinger og/eller på de travleste vaktene, for eksempel på dagtid på hverdager som følge av elektiv aktivitet. De aller største avdelingene har trolig også grunnlag for bemanning på andre tider på døgnet. Logistikkmedarbeideren vil ha behov for veiledning fra spesialsykepleier.

## Virkninger av ny oppgavedeling

Hvis vi antar at de 30 største intensivavdelingene i Norge ansetter en logistikkmedarbeider i full stilling på dagtid og de 10 største også bemanner for utvidet kapasitet anslås det at opptil 80 årsverk kan avlastes på intensivavdelinger. Samfunnsøkonomisk timerate er

anslått til kr 775, men den er kr 540 for ufaglærte. Dette tilsvarer en årlig besparelse på 30,7 millioner kroner.

### 4.3.2 Sykepleiere kan avlaste øyeleger ved rutinemessig behandling av øyesykdom

**Tabell 4-10: Hovedtrekk ved ny oppgavedeling ved injisering av øyegemidler**

Beskrivelse av ny oppgavedeling	Sykepleier gjennomfører regelmessig injeksjoner av legemidler til pasienter med øyesykdommer
Personellet som oppgaven kan overføres fra og til	Fra øyelege til spesialtrent sykepleier
Omfanget av oppgaven	87 000 årlige behandlings-episodes (2017-tall, trolig mer i dag), à 15 minutter.
Virkinger av ny oppgavedeling	Avlastning av øyeleger, tilsvarende ca. 25 000 timer (13 lege-årsverk) Tidsbruk til opplæring av sykepleiere Reduserte lønnskostnader Bedre utnyttelse av behandlingslokaler Å flytte 25 000 arbeidstimer fra øyeleger til sykepleiere gir en kostnadsbesparelse på 6,5 millioner kroner hvert år I tillegg kommer tidsbruk til opplæring av sykepleiere, estimert til ca 200 000 kroner årlig

#### Bakgrunn og kontekst

Mange eldre rammes av sykdommer i øyet. Noen øyesykdommer medfører gradvis svekkelse av synet. De siste årene har imidlertid behandlingsmulighetene for en del øyesykdommer som typisk rammer eldre blitt forbedret. Ved regelmessig injeksjon av legemidler i øyet kan sykdomsutviklingen reduseres og til dels stoppes. Det har vært en utvikling på legemiddelområdet de seneste årene, hvor flere og bedre legemidler har blitt tilgjengelige for denne pasientgruppen. Det har gjort at flere behandles for disse sykdommene og flere beholder synet. I 2017 ble 18 000 pasienter behandlet for øyesykdommer, som utgjør mer enn en dobling av antall pasienter fra 2011. De fleste av pasientene har sykdommen Våt AMD, men det er også flere tusen pasienter som har og behandles for retinal ven okklusjon eller diabetisk retinopati hvert år.

I dette behandlingsforløpet må pasientene komme til sykehuset/øyeavdelingen omtrent hver fjerde uke for å få injeksjon av legemiddel i øyet. Tradisjonelt har øyeleger utført denne behandlingen. Den kraftige veksten i behandlinger de senere årene har imidlertid ført til et stort press på øyeavdelingene. Både kapasiteten på behandlingslokalene og kapasiteten til de ansatte på øyeavdelingene er blitt presset. For å utnytte kapasiteten i behandlingslokalene ønsker øyeavdelingene å utføre behandlinger også utenom normal arbeidstid, som på ettermiddager og kvelder i hverdager (alternativet vil være å bygge flere behandlingslokaler). Det innebærer økt behov for øyelegenes arbeidstid, også utover deres normale vakter.

For å avlaste øyelegene har enkelte sykehus overført hele eller deler av injiseringen til spesialtrente sykepleiere. Øyeavdelingen ved Sørlandet sykehuset i Arendal, har kommet langt i å overføre oppgaver fra øyeleger til annet personell. I Arendal har den utløsende årsaken til oppgavedelingen vært økt pasienttilstrømning over tid, i kombinasjon med at det har vært utfordrende å rekruttere øyeleger. Avdelingen har løst dette ved å overføre flere oppgaver fra øyeleger til annet personell; intravitreale injeksjoner er overført til spesialtrente sykepleiere, vurdering av grå stær er overført delvis til private avtalespesialister (øyeleger utenfor avdelingen) og delvis til optikere innad i avdelingen, og vurdering av diabetespasienter til sykepleiere. I denne casen ser vi kun på intravitreale injeksjoner, fordi det er et stort volum av behandlinger og behandlingene tar omtrent like lang tid i hvert tilfelle.

Det er også andre sykehus i Norge som har begynt å overføre oppgaven med å sette intravitreale injeksjoner til sykepleiere. Ullevål sykehus har nylig begynt med å overføre deler av injiseringen til sykepleiere. Ved mange sykehus er det likevel fortsatt kun øyeleger som gjennomfører injiseringen.

#### Beskrivelse av ny oppgavedeling

Injeksjonsbehandling i øyet foregår i poliklinikk på sykehus. Helsepersonell som utfører behandlingen jobber sammen med en sykepleier, og i Arendal er det derfor to sykepleiere som står for behandlingen. Helsepersonellet tar imot pasienten i behandlingsstuen, klargjør og setter injeksjon. Hele behandlingen tar omtrent 15 minutter. Behandlingen må gjennomføres i egne stuer. I Arendal har de to slike stuer tilgjengelig. På en stue behandles omtrent 30 pasienter i løpet av en dag. Stort sett benyttes bare en av stuen, men enkelte dager benyttes to stuer og da behandles omtrent 60 pasienter per dag. Hver stue betjenes av to sykepleiere.

## Omfanget av oppgaven

I 2017 ble det nasjonalt gjennomført 87 000 behandlingsepisoder med intravitreal injeksjon. Det er grunn til å tro at antall pasienter og behandlingsepisoder har økt siden den gang, og vi anslår derfor 100 000 behandlingsepisoder per år. Dersom hver behandling tar 15 minutter, utgjør oppgaven 25 000 arbeidstimer for det enkelte helsepersonell som setter injeksjonen. En samlet overføring av denne oppgaven fra øyeleger til sykepleier vil dermed spare 25 000 arbeidstimer for øyeleger nasjonalt, tilsvarende 13 øyelege-årsverk når vi legger til grunn 1886 arbeidstimer per årsverk for leger i sykehus.

## Virkninger av ny oppgavedeling

Den viktigste virkningen av ny oppgavedeling er i dette tilfellet at det frigjøres øyeleger til annet arbeid, gitt at det er utfordrende å rekruttere øyeleger. I tillegg er lønnskostnadene til sykepleier noe lavere enn lønnskostnader til øyeleger.

Oppgavedelingen innebærer også behov for opplæring av sykepleiere. Sykepleierne som gjennomfører injeksjonene får opplæring før de kan overta oppgaven, estimert til omtrent to dager. De får en dag til å lese teori, og deretter kreves det at de har deltatt i 30 injeksjoner før de selv setter injeksjoner.

Oppgaven er rutinepreget og kan oppleves som slitsom over tid, og sykehuset ruller derfor på oppgaven mellom flere sykepleiere, slik at de også gjennomfører andre oppgaver i løpet av en arbeidsuke. Avdelingsleder oppgir at dette fungerer godt ved øyeavdelingen i Arendal.

De estimerte samfunnskostnadene viser at det er kostnadsbesparende å overføre oppgaver fra lege til sykepleier. Å flytte 15 årsverk fra sykehusleger til sykepleiere utgjør en kostnadsbesparelse på 6,5 millioner kroner. Sykepleierne som skal gjennomføre injeksjonene har imidlertid behov for opplæring før de kan overta oppgaven. Tid til opplæring er estimert til omtrent to dagsverk. Dette innebærer en kostnad til opplæring på omtrent 4 500 kroner per sykepleier. Hvis vi anslår at sykepleierne normalt bruker to femtedeler av sin arbeidstid til å utføre disse oppgavene, to av fem arbeidsdager, trengs det nasjonalt 38 sykepleiere som utfører disse oppgavene. Hvis vi anslår at det må læres opp 20 sykepleiere hvert år, tilsvarer det en samlet opplæringskostnad på 180 000 kroner hvert år. Totalt sett innebærer den nye oppgavedelingen en kostnadsbesparelse på 6,3 millioner kroner hvert år.

Ved enkelte andre sykehus er kapasiteten på behandlingstuene også en begrensende kapasitet. Når flere ansatte kan utføre oppgaven kan stuene

benyttes også på ettermiddag og kveldstid, som gir bedre utnyttelse av behandlingstuene der dette er en begrensning.

## 4.3.3 Fysioterapeuter kan avlaste ortopeder ved å undersøke skulderpasienter før operasjon

**Tabell 4-11: Hovedtrekk ved oppgavedeling ved undersøkelse av skulderpasienter før operasjon**

Beskrivelse av ny oppgavedeling	Utredning av behov for skulderoperasjon
Personellet som oppgaven kan overføres fra og til	Fra ortoped til fysioterapeut
Omfanget av oppgaven	20 minutter spart tid per konsultasjon for legene ~ 20 700 konsultasjoner
Øvrige virkninger av ny oppgavedeling	Redusert ventetid fra henvisning til utredning Spart tid for ortopedene Redusert tid for ortopedene gir en besparelse på 4,5 millioner kroner, mens økt tidsbruk for fysioterapeuter gir en kostnad på 3,6 millioner kroner. Netto besparelse utgjør 880 000 kroner.

## Bakgrunn og kontekst

Haraldsplass sykehus i Bergen har innført nye rutiner for utredning og vurdering av operasjon for skulderpasienter (Askvik, 2018). Pasienter med skulderproblematikk ble tidligere kalt inn til en poliklinisk konsultasjon med ortoped, og ortopedene utredet om pasienten hadde behov for operasjon. Avdelingen hadde utfordringer med lang ventetid både til denne utredning og til kontroller i etterkant. Ventetiden fra henvisning til utredning var om lag ni måneder, og pasienter som skulle på tremånederskontroller etter operasjon ble i noen tilfeller ikke kalt inn før det var gått et eller to år. Før innføringen av nye rutiner for utredning av skulderpasienter, hadde avdelingen flere fristbrudd i måneden.

En annen driver for endringen i rutiner for undersøkelse av skulderpasienter var den generelle utviklingen mot redusert liggetid på sykehuset. En større del av rehabiliteringen skjer i primærhelsetjenesten, og sykehuset opplevde at det var behov for å tenke nytt rundt hvordan kompetansen og kapasiteten til fysioterapeutene i spesialisthelsetjenesten kan utnyttes best mulig.



### Beskrivelse av ny oppgavedeling

Pasienter som skal vurderes for skulderoperasjon blir kalt inn til en poliklinisk konsultasjon hos fysioterapeut. Konsultasjonen har en varighet på en halvtime. Fysioterapeuten innhenter bakgrunnsinformasjon og annen relevant informasjon om pasienten, gjennomfører pasientundersøkelse, og vurderer behov for operasjon eller fysioterapibehandling. Når fysioterapeuten har gjennomført sin del av undersøkelsen, skrur fysioterapeuten på et rødt lys utenfor rommet der undersøkelsen har blitt gjennomført. Dette varsler ortopedene om at det er klart for at ortopedene kan komme inn. Ortopedene kvalitetssikrer fysioterapeutens vurdering, og det er ortopedene som tar den endelige avgjørelsen om videre behandling av pasienten.

Pasienter som ikke henvises til operasjon, får henvisning til fysioterapeut på den polikliniske konsultasjonen. Alle pasientene får tildelt et foreløpig treningsprogram, og blir oppfordret til å starte treningen med en gang. Deretter får pasientene oppfølging av fysioterapeuter i primærhelsetjenesten. Mange av pasientene har allerede kontakt med en fysioterapeut i primærhelsetjenesten som de fortsetter hos. Pasienter som ikke har en fysioterapeut fra tidligere, eller som ønsker hjelp til å finne en ny, får hjelp til dette. Sykehuset har en oversikt over fysioterapeuter som jobber med skulderproblematikk.

### Omfanget av oppgaven

Selve utredningen tar om lag en halvtime for fysioterapeuten, og fysioterapeutene utreder mellom åtte og ti pasienter hver per dag. For legene er tiden de bruker på å undersøke pasientene redusert fra en halvtime til noen få minutter. For å belyse potensialet for spart tid for legene, legger vi til grunn at de sparer om lag 20 minutter per utredning. Pasientene som har behov for operasjon, blir også fulgt opp med kontroll hos fysioterapeut i etterkant av operasjonen.

For å si noe om omfanget av skulderoperasjoner, har vi hentet ut tall fra Norsk pasientregister som belyser antall opphold med kirurgisk prosedyrekode «(NB) Skulder og overarm». Dersom vi tar utgangspunkt i tallene for 2019, som er siste normalår før pandemien, finner vi at det var om lag 6 700 døgnopphold, 7 100 dagbehandlinger og 14 000 polikliniske konsultasjoner (Tabell 4-12).

Tabell 4-12: Antall opphold med kirurgisk prosedyrekode "(NB) Skulder og overarm"

	Døgnopphold	Dagbehandling	Poliklinisk konsultasjon
2018	6 920	7 464	14 716
2019	6 675	7 139	14 009
2020	6 007	6 970	13 013
2021	6 201	7 428	14 782

Kilde: Norsk pasientregister

Vi har begrenset med informasjon om hvor stor andel av utredningene av skulderpasienter som fører til operasjon, og vi vet heller ikke hvor stor andel av oppholdene relatert til skulder og overarm som egner seg for at en fysioterapeut har ansvar for deler av eventuelle undersøkelsene i for- og etterkant. Som et anslag legger vi til grunn at oppholdene klassifisert som døgnopphold eller dagbehandling tilsvarer antall gjennomførte skulderoperasjoner, og dette utgjør da om lag 13 800 operasjoner i året. Vi antar videre at 80 prosent av undersøkelsene som gjennomføres i forkant av skulderoperasjonene fører til operasjon, slik at antall forundersøkelser utgjør rundt 17 300. Vi legger til grunn at alle operasjonene innebærer behov for en oppfølgingskonsultasjon i etterkant, og at dette dermed utgjør 13 800 konsultasjoner. Det totale antallet for- og etterundersøkelser blir da 31 100.

Dersom fysioterapeuter kan avlaste legen i halvparten av disse undersøkelsene, slik at antall konsultasjoner med avlasting blir 15 500, og legen sparer 20 minutter per undersøkelse, gir dette en årlig besparelse på 5 200 timer for legene. Dette tilsvarer rundt 3 årsverk.<sup>7</sup>

Dersom vi legger til grunn at fysioterapeutene bruker 30 minutter per undersøkelse, og at de ikke brukte tid på disse undersøkelsene tidligere, får de en økt tidsbruk på i underkant av 7 800 timer. Dette tilsvarer drøyt 4,5 årsverk.

### Virkninger av ny oppgavedeling

Ved å benytte fysioterapeuter til å gjøre store deler av undersøkelsen for å kartlegge om pasienter har behov for skulderoperasjon, har det blitt frigjort tid for ortopedene. Ortopedene har fått mer tid til å gjennomføre operasjoner, og ventelistene ved avdelingen har blitt redusert. Ved Haraldsplass sykehus får de fleste pasientene time tre til fire uker etter henvisning, mens det tidligere var opptil ni måneders ventetid. Arbeidshverdagen er i mindre grad preget av pasienter som purrer for å få time, og

<sup>7</sup> Gitt at et årsverk utgjør 1695 timer.

pasientene opplever at det er god kvalitet i oppfølgingen.

En viktig erfaring fra prosjektet, er at det er behov for å etablere gode samarbeidsrutiner for at legene skal være komfortable med å gi fra seg oppgaver. Det er også viktig med en tydelig ansvarsfordeling, i dette tilfellet hvem som står for den endelige vurderingen av om en pasient skal opereres eller ikke. Ettersom legene har ansvaret for pasientene, er det avgjørende at legen kan stole på arbeidet som er gjort av andre. På Haukeland er dette løst ved at legen kommer inn på slutten av undersøkelsen og kvalitetssikrer fysioterapeutens vurdering, slik at legen har innblikk i vurderingen.

Fysioterapeutene opplever også at det er en fordel at de er del av behandlingsforløpet fra et tidlig tidspunkt. For pasienter som ikke skal opereres, innebærer de nye rutinene at pasientene får informasjon om egentreningsopplegg i forbindelse med den polikliniske konsultasjonen. Dette gjør at pasientene raskt kan komme i gang med trening, og dette legger til rette for god rehabilitering. De ansatte på avdelingen opplever det også som positivt å jobbe i tverrfaglige team.

På avdelingen på Haraldsplass hadde mange av fysioterapeutene lang erfaring med skulderpasienter, og som hadde bygget kompetanse og et nettverk av fagpersoner med kompetanse på skulderproblematikk. Samtidig har de nye rutinene medført en endring i fysioterapeutenes arbeidsmåte, der de nå er pasientens førstekontakt. Ved innføring av tilsvarende endringer andre steder, er det derfor grunn til å tro at det er nødvendig å sette av tid til endringsarbeid og forankring av nye rutiner. Avhengig av hvilken erfaring personellet som oppgaven overføres til har, kan det være behov for kurs eller andre kompetansehevende tiltak for å sørge for tilstrekkelig kunnskap.

Som del av endringen i rutiner, har det blitt opprettet et «Skulderforum» for kommunale fysioterapeuter, fastleger, leger i spesialisering og ortopeder med interesse for skulder. Medlemmene i forumet har fått tilbud om kurs, og det bygges et nettverk mellom fagpersoner med ulik kompetanse. Sykehuset har også opprettet en nettbasert plattform med informasjon om ulike skulderlidelser som medlemmene i forumet kan benytte.

Endringen i oppgaveløsning kan også ha samfunnsøkonomiske virkninger. Den anslåtte

samfunnsøkonomiske timeraten for sykehusleger er 860 kroner, mens den for fysioterapeuter er 460 kroner. På nasjonalt nivå innebærer anslaget på spart tid for legene en besparelse tilsvarende 4,5 millioner kroner, mens den økte tidsbruken for fysioterapeutene medfører en kostnad på 3,6 millioner kroner. Dette gir en nettogevinst på 880 000 kroner.

#### 4.3.4 Oppgavedeling mellom helsefagarbeidere og sykepleiere i sykehus – PVK, innleggelse av kateter og oksygenbehandling

Tabell 4-13: Hovedtrekk ved oppgavedeling mellom helsefagarbeidere og sykepleiere i sykehus

Beskrivelse av ny oppgavedeling	Helsefagarbeidere i sykehus kan utføre oppgaver som tidligere i hovedsak ble utført av sykepleiere
Personellet som oppgaven kan overføres fra og til	Fra sykepleier til helsefagarbeider i sykehus
Omfanget av oppgaven	Varierer etter type oppgave
Virkninger av ny oppgavedeling	Økt utnyttelse av helsefagarbeiders kompetanse, frigjøring av sykepleiers tid, og bedre pasientsikkerhet. Gitt at 1800 årsverk sykepleiere erstattes av helsefagarbeidere, utgjør nettogevinsten for samfunnet 244,1 millioner kroner.

#### Bakgrunn og kontekst

De siste årene har gjennomsnittlig liggetid i sykehus blitt redusert, fra 6 døgn i 2000 til 3,9 døgn i 2019<sup>8</sup> (SSB, 2016). Deler av utviklingen de siste årene skyldes blant annet økte oppgaver til kommunene, særlig som følge av samhandlingsreformen. I takt med dette har behandlingen på sykehus blitt mer avansert, og arbeidsomfanget knyttet til pleie og omsorg på sykehus er redusert sammenlignet med spesialiserte medisinske oppgaver. Som følge av disse endringene og økt behov ansatte som kunne utføre flere oppgaver, har sykehusene over tid erstattet helsefagarbeidere i sykehus med sykepleiere. De siste fem årene har imidlertid utfordringer knyttet til rekruttering av sykepleiere bidratt til at sykehusene i

<sup>8</sup> Helsedirektoratet. Samdata spesialisthelsetjenesten: Svak reduksjon i gjennomsnittlig liggetid. URL: [https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/samdata-somatikk/Liggetid%20i%20helseforetak\\_2015\\_2019\\_soma](https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/samdata-somatikk/Liggetid%20i%20helseforetak_2015_2019_soma)

tikk.pdf/\_/attachment/inline/7316cc6b-63c3-48d6-8bc0-0e0631401b01:993e4018fde03c8a1e60d453bfacd6edf6e4c9dd/Liggetid%20i%20helseforetak\_2015\_2019\_soma atikk.pdf



økende grad rekrutterer helsefagarbeidere. En pågående undersøkelse som gjennomføres av Oslo Economics viser at det pågår arbeid med oppgavedeling mellom helsefagarbeidere og andre yrkesgrupper, i hovedsak sykepleiere, på flere av landets sykehus.

I en spørreundersøkelse gjennomført av Sykepleien i 2019, oppga 75 prosent av sykepleierne at de ukentlig eller oftere utfører oppgaver som burde vært gjort av en helsefagarbeider (Sykepleien, 2019). Dersom disse oppgavene i stedet ble utført av annet personell, ville dette frigjort tid for sykepleierne som de kunne brukt på oppgaver som krever sykepleierkompetanse.

Det vil være en mer effektiv oppgavedeling dersom sykepleierens tid forbeholdes oppgaver som krever deres kompetanse, mens øvrige oppgaver utføres av for eksempel helsefagarbeidere (KS, 2022). En studie peker på at det er et stort potensial i å utnytte helsefagarbeideres kompetanse mer effektivt gjennom utdanning, opplæring og etterutdanning, slik at de kan avlaste for eksempel sykepleiere og fysioterapeuter sitt arbeid (Ludvigsen & Danielsen, 2014).

#### Beskrivelse av ny oppgavedeling

Det pågår en rekke prosjekter i sykehusene som har til hensikt å utvikle oppgavedeling mellom sykepleiere og helsefagarbeidere, slik at helsefagarbeidere får opplæring og kompetanse til å utføre oppgaver og prosedyrer som tidligere i hovedsak ble utført av sykepleiere.

Eksempler på oppgaver som helsefagarbeidere får opplæring i er:

- Innleggelse av perifert venekateter (PVK)
- Innleggelse av urinkateter på kvinner
- Blodsukkermåling
- Intravenøs væskebehandling på PVK
- Intravenøs væskebehandling på sentralt venekateter (Hickman/Veneport/SVK/Picc-line)
- Blodprøvetaking
- Bestille blodprøver
- Sjekke blodprøvesvar
- Oksygenbehandling
- Inhalasjonsbehandling med forstøver
- Dobbelkontrollør sammen med sykepleier på utvalgte medikamenter
- Administrere utvalgte legemidler selvstendig
- Delta på legevisitt for pasienter de har ansvar for på gjeldende vakt

Gjennom de pågående prosjektene om ny oppgavedeling mellom helsefagarbeidere og annet personell i sykehus, er det høstet flere erfaringer knyttet til hva som hemmer og fremmer god oppgavedeling. I en kartlegging ble det identifisert

seks faktorer som er viktige for å lykkes med oppgavedeling: ledelsesforankring, satsing på lærlinger, kartlegging av oppgaver, ansvarsfordeling og roller, informasjon og holdningsarbeid, opplæring, kompetanseheving og videreutdanning, samt økonomiske rammer (Oslo Economics, 2022). God ledelsesforankring ble trukket frem som sentralt fordi det er avgjørende for å sikre at det settes av tilstrekkelig tid og ressurser til arbeidet med oppgavedeling. Ledere kan også være avgjørende for å motivere ansatte, samt for å spre kunnskap og informasjon om viktigheten av arbeidet med oppgavedeling.

#### Omfanget av oppgaven

Statistikk fra arbeidsgiverforeningen Spekter viser at antall årsverk helsefagarbeidere i sykehus har sunket i perioden 2010 til 2021, fra 5028 til 3562 (Oslo Economics, 2020). I samme periode har antall sykepleierårsverk økt fra 16 458 til 19 267. Mens andelen helsefagarbeidere sammenlignet med sykepleiere var 23 prosent i 2010, er andelen nå 16 prosent. Dersom antall årsverk helsefagarbeidere og sykepleiere holdes uendret, men andelen helsefagarbeidere i forhold til sykepleiere kommer på nivå med 2010, må 1800 sykepleierårsverk erstattes med helsefagarbeiderårsverk. Det tilsvarer at vi frigjør 10 prosent av dagens sykepleierårsverk.

#### Virkninger av ny oppgavedeling

Den anslåtte samfunnsøkonomiske timeraten for sykepleiere i sykehus er 480 kroner, mens den for helsefagarbeidere i sykehus er 400 kroner. Gitt at 1800 årsverk sykepleiere erstattes av helsefagarbeidere, utgjør nettogevinsten for samfunnet 244,1 millioner kroner.

Bedre utnyttelse av helsefagarbeideres kompetanse i sykehus kan både bidra til å styrke helsefagarbeidernes rolle og status. Helsefagarbeiderne kan få flere og mer spennende oppgaver enn tidligere, og dette kan bidra til deres trivsel og fornøydhet med arbeidshverdagen. Samtidig får sykepleiere frigjort tid som kan brukes på andre oppgaver, og muliggjør videre oppgavedeling fra leger til sykepleiere. Sykehusene får dessuten økt fleksibilitet ved at flere personellgrupper kan gjøre de samme oppgavene, som videre kan påvirke turnusplanlegging og håndtering av sykefravær.

#### 4.3.5 Desentralisering av blodprøvetaking

**Tabell 4-14: Hovedtrekk ved desentralisering av blodprøvetaking**

Beskrivelse av ny oppgavedeling	Blodprøvetaking, hovedsakelig av voksne, innlagte pasienter, flyttes fra bioingeniører til sykepleiere, helsefagarbeider eller helsesekretærer
Personellet som oppgaven kan overføres fra og til	Fra bioingeniør til sykepleier eller helsesekretær
Omfanget av oppgaven	Opp mot 170 årsverk kan overføres fra bioingeniør til annet personell dersom alle helseforetak kan desentralisere blodprøvetaking  Blodprøver kan tas fortløpende på avdelingene, det frigjøres tid for bioingeniører som kan brukes til å utføre analyser og levere prøvesvar raskere enn tidligere.
Virkinger av ny oppgavedeling	Redusert tid for bioingeniørene gir en besparelse på 130,0 millioner kroner, mens økt tidsbruk for helsefagarbeider/helsesekretær/sykepleierne gir en kostnadsøkning på 115,3 millioner kroner. Netto besparelse tilsvarer 14,4 millioner kroner.

### Bakgrunn og kontekst

Desentralisert blodprøvetaking betyr at blodprøvetaking utføres av helsepersonell som allerede er i kontakt med pasienten, for eksempel helsesekretær eller sykepleier, i stedet for at oppgaven utføres av ansatte tilknyttet sykehusets laboratorier (Vedal, Svendsen, Hansen, & Andersen, 2021). Ved norske sykehus har det tradisjonelt vært bioingeniører som tar blodprøver, og disse har vært ansatt ved medisinske biokjemiske avdelinger eller lignende (NITO - Bioingeniørfaglig institutt, 2009). De siste årene har en del sykehus overført blodprøvetaking til andre personellgrupper, hovedsakelig sykepleiere og helsesekretærer.

En av årsakene til at blodprøvetaking har blitt overført fra bioingeniører til andre personellgrupper, er økt aktivitet på sykehusene. Som følge av økt aktivitet blir det tatt flere prøver og utført flere analyser enn tidligere, og dette har stilt økte krav til effektivitet. Det har vært en forventning om at det å flytte oppgaven fra bioingeniører til sykepleiere både

kan effektivisere driften og redusere kostnadene. Det har blant annet blitt argumentert for at overføring av oppgaven gjør at blodprøvene kan tas når det er behov, i stedet for at man må vente på en ledig bioingeniør. Å la sykepleiere eller helsefagarbeidere ta blodprøver i stedet for bioingeniører ble også aktualisert av koronapandemien, da det ga mulighet til å redusere antall personer som var i kontakt med pasientene.

Eksempler på norske sykehus som har lyktes med en desentralisert prøvetakingsmodell er St. Olavs hospital, Akershus universitetssykehus (Ahus) og Oslo universitetssykehus (OUS). Ved Stavanger universitetssykehus (SUS) er de også i gang med å endre organiseringen av blodprøvetaking.

Ved Ahus er det bioingeniører som har ansvaret for å utarbeide, oppdatere og kvalitetssikre alle prosedyrer og materiell knyttet til prøvetaking. Laboratoriet administrerer også et internt godkjenningsprogram som alle prøvetakere må bestå. I tillegg registreres alle henvendelser om hjelp til prøvetaking, slik at avdelinger eller ansatte som ofte ber om hjelp blir oppdaget og får tilbud om ekstra opplæring.

På Oslo Universitetssykehus ble det i 2015 besluttet at blodprøver av voksne, innlagte pasienter skal tas av sykepleierne på sengepost. Avdelingene har mulighet til å be om bistand til prøvetaking dersom de ikke klarer å stikke eller ikke kjenner noen årer.

Ved St. Olavs hospital startet diskusjonene om desentralisert blodprøvetaking i forbindelse med at det i 2002 ble besluttet at det skulle bygges et nytt universitetssykehus (Hepsø & Hegseth, 2016). I forkant av den endrede organiseringen ble det gjennomført pilotforsøk for å innhente erfaringer og kunnskap, og alle på sengepost som skulle ta blodprøver fikk opplæring i dette. Kursene i blodprøvetaking var obligatoriske og varte 3,5 time. I tillegg til kurset fikk alle skriftlig informasjon. Erfaringen fra St. Olavs hospital var at selv om mange av kursdeltakerne hadde tatt blodprøver tidligere, var det flere som oppdaget at de hadde gjort feil og manglet kunnskap. For å forenkle overgangen til at sykepleierne skulle ta blodprøvene, ble det også laget etiketter med informasjon om hvilke rør som skulle tas og i hvilken rekkefølge de skulle tas.

På Stavanger universitetssykehus er blodprøvetaking langt på vei overført til helsesekretærer som jobber på avdeling for medisinsk biokjemi (Hansen, 2022). Helsesekretærer har prøvetaking og preanalyse som del av sin utdanning, og de har dermed kompetanse på å ta blodprøver. Det er kun helsesekretærer som jobber på prøvemottaket der det kommer inn prøver fra blant annet primærhelsetjenesten. På

prøvemottaket blir prøvene pakket ut, registrert og puttet i prøvesorteren som frakter dem videre til faggruppene for analysering der bioingeniørene overtar. Helsesekretærene på prøvemottaket har ansvar for å gå morgenrunden med prøvetaking fra halv åtte til ni, men fra klokken ni er det bioingeniørene som har ansvar for prøvetaking.

På det nye sykehuset i Stavanger som skal være klart i 2024 skal sengepostene selv sørge for prøvetaking, og 48 rørpoststasjoner skal gjøre at prøvene raskt transporteres til laboratoriene. Dette betyr at dagens organisering med lange prøvetakingsrunder blir erstattet med desentralisert blodprøvetaking. Beslutningen om at det nye sykehuset skulle ha desentralisert prøvetaking ble tatt etter at avdelingen for medisinsk biokjemi hadde hatt problemer med for sen prøvetaking. På grunn av forsinkelser i prøvetakingen ble enkelte operasjoner utsatt, og pasienter kunne oppleve å måtte bli værende på sykehuset lenger enn planlagt. De ansatte opplevde at de hadde for mange arbeidsoppgaver, og det ble sendt bekymringsmeldinger om arbeidsforholdene. For å avlaste avdelingen, ble det bestemt at prøvetakingen skulle desentraliseres, slik at laboratoriet skulle kunne bruke sine ressurser på å analysere prøver og levere prøvesvar til avtalt tid. Noen sengeposter har allerede begynt å ta blodprøver selv, og evalueringen av disse sengepostene og den endrede organiseringen viste at svartiden har gått betydelig ned, og at antall bestillinger på kveld og i helger ble redusert.

### Beskrivelse av ny oppgavedeling

Ved overføring av blodprøvetaking fra bioingeniør til annet personell, er det behov for opplæring. Det er per i dag ingen krav til at sykepleierutdanningen skal tilby opplæring i blodprøvetaking, og mange sykepleiere opplever at de ikke får tilstrekkelig opplæring i blodprøvetaking som del av utdanningen (Vedal, Svendsen, Hansen, & Andersen, 2021). Ved de norske sykehusene som har en desentralisert blodprøvetaking jobbes det derfor kontinuerlig med opplæring i blodprøvetaking av sykepleiere, helsesekretærer og helsefagarbeidere. Det er bioingeniører som har det faglige ansvaret og utarbeider prosedyrebeskrivelser og gir opplæring.

Det er hovedsakelig blodprøvetaking av innlagte voksne som virker å være overført fra bioingeniører til annet personell, men det er likevel noe variasjon i blodprøver som tas av hvilke yrkesgrupper.

Generelt virker det som bioingeniørene fortsatt har en viktig rolle i blodprøvetaking på poliklinikk, av barn og unge og pasienter hvor det av ulike årsaker er

utfordrende å ta blodprøve. Ved sykehusene som har desentralisert blodprøvetaking, har det også blitt påpekt at det er viktig at bioingeniørene som er ansatt på medisinsk biokjemi får mulighet til å vedlikeholde sin kompetanse på blodprøvetaking også når dette ikke er del av deres daglige oppgaver.

### Omfanget av oppgaven

Blodprøvetaking er en generell oppgave som utføres i stort omfang i både primær- og spesialist-helsetjenesten. Ved avdeling for medisinsk biokjemi ved Oslo Universitetssykehus, som har ansvar for blodprøvetaking, prøvebehandling, analyse, tolking og rapportering av analyseresultater, samt rådgiving av rekvirentene, utføres det mellom 10 og 11 millioner analyser hvert år (Avdeling for medisinsk biokjemi, 2022). Enheten for prøvetaking ved samme sykehus, som har hovedansvar for blodprøvetaking i poliklinikk og som bistand til avdelinger og operasjonsstuer kan ha mellom 350 og 400 pasienter innom i løpet av en dag. Dette viser et betydelig omfang av aktivitet knyttet til blodprøvetaking.

Dersom vi legger til grunn at det er en sammenheng mellom antall blodprøver og øvrig aktivitet ved sykehusene, kan vi bruke omfanget av aktivitet ved Stavanger Universitetssykehus sammenlignet med aktiviteten i alle helseforetakene samlet sett for å anslå totalt antall årsverk som jobber med blodprøvetaking. I forbindelse med en fersk kartlegging for Spekter, Fagforbundet og Delta (Oslo Economics, 2022) har vi fått informasjon om at det ved Stavanger Universitetssykehus er anslått at mottaksklinikken sto for om lag halvparten av alle blodprøvene på sengepost, og at dette arbeidet isolert sett tilsvarte i overkant av 9 årsverk. Dersom vi bruker antall DRG-poeng<sup>9</sup> for å beskrive aktiviteten ved sykehusene, finner vi at Stavanger Universitetssykehus sto for 5,5 prosent av aktiviteten i helseforetakene i 2021. Basert på dette, anslår vi at det kan være opp mot 170 årsverk ved helseforetakene som er knyttet til blodprøvetaking. Dersom det er bioingeniører som utfører blodprøvetakingen i dag, kan det være potensiale for å overføre oppgaven fra bioingeniørene til annet personell.

I forbindelse med overføring av blodprøvetaking fra bioingeniører til annet personell, vil det være behov for å sette av tid og ressurser til opplæring av de som overtar oppgaven. Erfaringen fra Stavanger Universitetssykehus er at dette er relativt tidkrevende. Der har de organisert opplæringen i kurs bestående av to deler: en teoretisk del og en del med ferdighetstrening. Det er rundt ti deltakere på hvert

<sup>9</sup> Diagnoserelaterte grupper (DRG) er et pasientklassifiseringssystem hvor sykehusopphold eller

polikliniske konsultasjoner i somatiske institusjoner klassifiseres i grupper.

kurs, og teoridelen av kurset varer en dag. Ferdighetstreningen skjer ved at den som overtar oppgaven i en periode går sammen med en bioingeniør og tar blodprøver, og for mange tar opplæringen mellom tre og fire uker.

### Virkninger av ny oppgavedeling

Desentralisering av blodprøvetaking har vært diskutert både i Norge og internasjonalt. I USA er blodprøvetakere (phlebotomist) en egen yrkesgruppe som nesten utelukkende jobber med å ta blodprøver, men på 1990-tallet begynte man å endre organiseringen av sykehusene slik at blodprøvetakingen ble desentralisert (Ernst, 2013). Erfaringene fra USA var at desentralisering i mange tilfeller førte til høy turnover, flere stikkskader, dårligere kvalitet på prøvematerialet, høy andel avviste prøver og kontaminasjon av blodkulturer.

Selv om erfaringene fra USA har vært dårlige, har det blitt argumentert for at desentralisering av blodprøvetaking i Norge og USA ikke er sammenlignbart, blant annet fordi vi i Norge ikke har en egen yrkesgruppe som kun jobber med blodprøvetaking (Flatås, 2013).

Desentralisering av blodprøvetaking vil kunne gi gevinster dersom desentraliseringen gjør at prøvene kan tas ved behov, og uten at man må vente på en av bioingeniørens runder. I tillegg vil det kunne gi ytterligere gevinster dersom lange prøverunder kan erstattes med rørpost. Dette vil gjøre at bioingeniørene kan bruke mer av sin tid til analysearbeid. Raskere transport av prøver til laboratoriet, i tillegg til mulighet for økt analysetid for bioingeniørene, kan bidra til å redusere svartiden. Dette kan igjen gi gevinster i form av redusert liggetid for pasientene.

En undersøkelse blant norske sykepleiere og sykepleiestudenter viste at 17 prosent mente at blodprøvetaking ikke burde være en del av deres arbeidsoppgaver (Vedal, Svendsen, Hansen, & Andersen, 2021). Respondentene som begrunnet svaret sitt nevnte blant annet mangel på tid, at sykepleiere har nok arbeidsoppgaver fra før, at dagens opplæring av sykepleiere ikke er tilstrekkelig til å sikre god prøve kvalitet, og at de ville være usikre på arbeidsoppgaven dersom den ikke ble utført jevnlig. Dette viser at det trolig vil være en fordel dersom blodprøvetaking ikke overføres til sykepleiere, men at det heller er helsefagarbeidere og helsesekretærer som overtar oppgaven.

En utfordring ved oppgavedelingen som helsesekretærene på St. Olavs hospital har erfart, er at de ikke alltid føler de kan gi gode svar dersom pasientene spør om hvorfor prøvene tas. På Stavanger universitetssykehus er erfaringen at helsefag-

arbeiderne er glade for å få nye oppgaver, og at det å få ta blodprøver bidrar til økt trivsel (Hansen, 2022).

Dersom desentralisert blodprøvetaking innebærer at oppgaven overføres fra bioingeniør til helsesekretær, helsefagarbeider eller sykepleier, kan dette gi samfunnsøkonomiske besparelser. Anslått samfunnsøkonomisk timerate for en bioingeniør er 450 kroner. For gruppene som oppgaven kan overføres til er anslått timerate 400 kroner for helsefagarbeider, 350 kroner for helsesekretær og 480 kroner for sykepleier. Vi bruker timeraten for helsefagarbeider i de videre beregningene ettersom denne ligger mellom raten for sykepleier og helsesekretær og kan representere at alle de tre yrkesgruppene brukes til å løse oppgaven. Gitt anslaget på potensialet for 170 frigjorte årsverk for bioingeniører gir dette en besparelse på 130,0 millioner kroner, mens kostnaden ved økt bruk av andre yrkesgrupper (helsefagarbeider, helsesekretær og sykepleier) er 115,3 millioner. Dette gir en netto besparelse på 14,4 millioner kroner.

## 4.4 Samhandling

### 4.4.1 Oppfølging av pasienter med kreft i PHT

**Tabell 4-15: Hovedtrekk ved ny oppgavedeling i oppfølging av pasienter med kreft ved PHT-legekontor**

Beskrivelse av ny oppgavedeling	Sykepleier på legekantoret følger opp kreftpasienter gjennom bl.a. hjemmebesøk
Personellet som oppgaven kan overføres fra og til	Fra fastlege til sykepleier og fra sykehusansatte til sykepleier
Omfanget av oppgaven	Stor variasjon på tvers av pasienter, men avlastning for fastlege er særlig knyttet til hjemmebesøk. Kan også være noe avlastning av spesialisthelsetjenesten knyttet til prøvetaking.
Virkninger av ny oppgavedeling	Avlastning av fastlege Færre reiser for pasientene

### Bakgrunn og kontekst

Et av legekantorene i forsøket med PHT har valgt å bruke PHT-sykepleieren som er tilført legekantoret til å følge opp kreftpasienter i kommunen. Oppfølging av kreftpasienter er en av flere oppgaver som PHT-sykepleieren gjør. Valget om å utvikle et oppfølgings-tilbud for kreftpasienter ble blant annet gjort på

bakgrunn av en vurdering av at kreft er en sykdom som ikke bare rammer pasienten, men som påvirker hele lokalsamfunnet. De ansatte på legekantoret hadde derfor et ønske om å utvikle et tilbud med tettere oppfølging av kreftpasienter, slik at de gjør det de kan for å hjelpe når noen får kreft. I begrunnelse av valg av hvorfor de har valgt å fokusere på kreftpasienter, la legekantoret også vekt på at kreft er en sykdom som rammer både unge og eldre, og at det ofte er barn blant de pårørende til kreftpasienter. I tillegg er behandlingen ofte langvarig, og mange som får kreft går fra å føle seg helt friske, til å føle seg dødsyke som følge av cellegiftbehandlingen.

Legekantoret ligger i en øykommune som ikke er landfast, og de ønsket også å kunne tilby mer hjelp til pasientene i nærheten av der de bor. Fra kommunen er det 1,5 times reisevei med ferge og bil for å komme til sykehus, og på kveldstid og i helgene er fergetilbudet begrenset. På natten er det ingen fergeforbindelse. For pasienter som er avhengig av kollektivtransport er reiseveien enda lengre, og reisen innebærer flere bytter og venting ved overgangene.

I evalueringen av PHT kom det frem at legekantoret ønsker et mer formalisert samarbeid med sykehuset om oppfølgingen av kreftpasienter. Lederen for legekantoret har presentert dette ønsket for samarbeidsutvalget i helseforetaket. Videre har det vært en utfordring at de ansatte på sykehuset har ønsket å kommunisere med pasientens fastlege, og det har vært en utfordring å få de ansatte ved sykehuset til å kommunisere med PHT-sykepleieren. Det har også vært en utfordring at PHT-sykepleieren ikke kan sende digitale dialogmeldinger med egen signatur til sykehuset (Abelsen, et al., 2022).

### Beskrivelse av ny oppgavedeling

Pasienter som får en kreftdiagnose, får informasjon om tilbudet om oppfølging fra PHT på konsultasjonen der de får diagnosen. Pasienten kan selv velge om de ønsker oppfølgingen eller ikke. Det er pasientens fastlege som har konsultasjonen, men dersom pasienten ønsker det, blir PHT-sykepleieren invitert inn på slutten av konsultasjonen. Oppfølgingen fra PHT omfatter både oppfølging i akutfase og i palliativ fase.

#### Akutfase

Når pasienter er under cellegiftbehandling, tilbyr PHT praktisk oppfølging og bistand. Etter at en pasient har vært på sykehuset og fått cellegiftbehandling, blir pasienten sendt hjem med en pose med utstyr og legemidler som skal brukes i etterkant av behandlingen. Pasienten får informasjon om innholdet i posen på sykehuset, men for mange pasienter er situasjonen så overveldende at de i liten grad får med

seg informasjonen. Når pasienten kommer hjem etter behandlingen på sykehuset, følger PHT-sykepleieren dem opp og hjelper dem med hvordan de skal bruke legemidlene og annet utstyr de har fått med fra sykehuset. Mange har for eksempel behov for kvalmestillende legemidler, men trenger veiledning og råd for å ta dem selv.

Ved behov for blodprøver, kan PHT-sykepleieren ta enten hjemme hos pasienten eller på legekantoret. Prøvene sendes så til analyse på sykehuset, og sykehuset gjennomfører en telefonkonsultasjon eller e-konsultasjon med pasienten i etterkant. Sykehuset kan også ta kontakt med PHT-sykepleier. Tilbudet om å gjøre disse prøvene lokalt har gjort at pasienter har sluppet å reise til sykehuset. I dialog med fastlegen gjør også PHT-sykepleieren vurderinger av behov for behandling og eventuell sykehussinleggelse ved en akutt forverring. Ved behov kan PHT-sykepleieren koble på kommunale tjenester som kreftkoordinator, fysioterapeut, ergoterapeut eller hjemmesykepleie.

PHT-sykepleieren har også kontakt med kreftavdelingen på sykehuset og gjennomfører støttesamtaler med både pasient og pårørende.

#### Palliativ fase

PHT tilbyr også oppfølging av pasienter med uhelbredelig kreft som er i palliativ fase. Disse pasientene får tilbud om regelmessig oppfølging, og denne oppfølgingen kan skje både på legekantoret, hjemme hos pasienten, eller per telefon. PHT-sykepleieren avlaster fastlegen med hjemmebesøk og gjør vurderinger av smerte, vitalia (blodtrykk, puls, temperatur, oksygenmetning), ernæring, eliminasjon, psykiske forhold og pust. Ved behov gjør også PHT-sykepleieren en vurdering av behov for endring i medikasjon i dialog med pasientens fastlege.

På samme måte som pasienter i akutfase, får pasienter i palliativ fase også ofte med seg mye medisiner og utstyr fra sykehuset. PHT-sykepleieren hjelper pasientene med hva de skal bruke når og på hvilken måte. Ved behov har også PHT-sykepleieren kontakt med spesialisthelsetjenesten.

En viktig del av tilbudet til pasienter i palliativ fase, er å snakke med pasienten om hvordan de ønsker at oppfølgingen skal være, for eksempel om de ønsker å dø hjemme eller på sykehuset. Deretter snakker PHT-sykepleieren med fastlegen og andre kommunale tjenester, slik at det i størst mulig grad legges til rette for at pasientens ønske kan bli oppfylt. Tilbudet om oppfølging fra PHT i palliativ fase innebærer også at pasienten og pårørende ikke trenger å forholde seg til mange ulike personer – det er alltid den samme PHT-sykepleieren som følger dem opp. Dette skiller tilbudet om oppfølging fra PHT fra den oppfølgingen



pasientene normalt kan få fra hjemmetjenesten, der man ofte må forholde seg til flere ulike personer.

### Omfanget av oppgaven

Omfanget av oppfølgingen varierer betydelig på tvers av pasienter, og det er utfordrende å si noe om potensialet for spart tid samlet sett. Hvor mye tid som kan spares vil også avhenge av den lokale konteksten og hvordan samhandlingen med sykehuset foregår.

Opgavedelingen innebærer både overføring av oppgaver fra fastlege til PHT-sykepleier, og fra ansatte i spesialisthelsetjenesten til PHT-sykepleier. PHT-sykepleier kan overta en stor del av oppfølgingen fra fastlegen, og særlig oppgaver som hjemmebesøk bidrar i stor grad med å avlaste fastlegen. Når det gjelder oppgavedeling fra spesialisthelsetjenesten, kan PHT-sykepleieren blant annet ta blodprøver som normalt ville bli tatt på sykehuset. I samråd med fastlegen gjør også PHT-sykepleieren en vurdering av pasienters situasjon ved akutt forverring. I mange tilfeller lander de på at de har tilstrekkelig kompetanse til å følge opp pasienten i kommunen, og i denne vurderingen er det en styrke at PHT-sykepleier kjenner pasientene godt. Uten god kjennskap til pasientene ville vurderingen i flere tilfeller kanskje vært at det var lurt å sende pasienten til sykehuset for å være på den sikre siden.

### Virkinger av ny oppgavedeling

For pasientene innebærer den nye oppgavedelingen at de kan redusere antallet reiser og opphold på sykehuset, samt at de får tettere oppfølging i periodene hvor de er hjemme. Dette oppleves av mange som en stor fordel, ettersom det er lang reisevei til sykehuset og mange pasienter er slitne og har lite energi. Under pandemien har mange også opplevd en ekstra trygghet i at de ikke har måttet møte opp på legekantoret eller sykehuset, men at PHT-sykepleieren har kommet hjem til dem dersom de har ønsket det. Mange har vært redde for smitte og har ønsket å være ekstra forsiktige med kontakt med andre personer, og særlig personer på legekantoret og sykehuset.

Å redusere antallet reiser til sykehuset gir gevinster for pasientene, men kan også gi gevinster på samfunnsnivå. Legekantoret som bruker PHT-sykepleieren til oppfølging av kreftpasienter ligger i en øykommune som ikke er landfast, og pasienter som må til sykehuset akutt blir sendt med ambulansébåt. Dette er en kostbar tjeneste, og redusert bruk gir besparelser for samfunnet. Selv om ikke alle steder i landet er avhengig av ambulansébåt for akuttransport til sykehus, vil redusert bruk av akuttransport gi besparelser for samfunnet.

Pasientene som har blitt fulgt opp i forbindelse med kreftsykdom har også gitt uttrykk for at de er

fornøyde med tilbudet. Både pasienter og pårørende har uttrykt at det er verdifullt å kunne være hjemme så mye som mulig, og at den tette oppfølgingen har gitt pårørende en trygghet i at de ikke er alene om å ha ansvaret for helsen til den som er syk. Sykehuset har også gitt uttrykk for at samarbeidet med kommunens legekantoret fungerer svært godt og at pasientene får god oppfølging fra PHT.

### 4.4.2 Teambasert pasientoppfølging: eksempler fra Pasientsentrert helsetjenestetsteam og FACT-team

Tabell 4-16: Hovedtrekk ved teambasert pasientoppfølging

Beskrivelse av ny oppgavedeling	Tverrfaglige team som følger opp pasienter med sammensatte helseutfordringer. Teamet består av tverrfaglig personell fra både primær- og spesialisthelsetjenesten avhengig av pasientens behov og utfordringsbilde.
Personellet som oppgaven kan overføres fra og til	Avhenger av den enkelte pasient og sammensetningen av teamet.
Virkinger av ny oppgavedeling	Bedre tjenestetilbud til pasientene, færre oppholdsdøgn på sykehuset, lavere dødelighet (PSHT), kortere avstand mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten

### Bakgrunn og kontekst

Nasjonal helse- og sykehusplan har som mål at pasienter opplever at tjenestene opptrer i team rundt dem (Meld. St. 7 (2019-2020), 2019). Det finnes en rekke eksempler på samhandlingsmodeller mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, der tverrfaglige team dannes på tvers av tjenestene for å kunne tilby et bedre og helhetlig tjenestetilbud til pasientene. Både i Norge og andre land er det blitt vanligere å organisere tilbudet til pasienter og brukere i tverrfaglige team (Helsedirektoratet, 2021)

«Pasientsentrert helseteam» (PSHT) er et eksempel på et tverrfaglig team som samarbeider på tvers av tjenestene. PSHT er et samarbeid mellom Tromsø kommune og Universitetssykehuset i Nord Norge, som tilbyr et tverrfaglig tjenestetilbud til pasienter over 60 år med sammensatte og kroniske sykdommer som trenger ekstra oppfølging, spesielt etter utskrivelse fra sykehus. Teamet består av lege, sykepleiere, fysio- og ergoterapeuter, farmasøyt og helsesekretær.



FACT-team er et annet eksempel på et tverrfaglig team. FACT står for Flexible Assertive Community Treatment og kan oversettes til fleksibel aktiv oppsøkende behandling. De retter seg mot pasienter med alvorlige psykiske lidelser og sammensatte problemer, og et team består av sykepleiere og/eller vernepleiere, psykiater, psykolog, brukerspesialist, sosionom, russpesialist og arbeidsspesialist. FACT-team er etablert i flere regioner i Norge.

Andre eksempler på team med mål om mer strukturert oppfølging til utvalgte pasienter er blant annet Primærhelseteam, Palliativt team ved Diakonhjemmet sykehus, Strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam og Tverrfaglig vurderingsteam Indre Østfold (Helsedirektoratet, 2021).

### Beskrivelse av ny oppgavedeling

Ulike tverrfaglige team varierer i organisering og sammensetning, men til felles har de et mål om å styrke tjenestetilbudet til pasienter, ved hjelp av samarbeid og tydeligere ansvarsfordeling mellom ulike tjenester. Målet er å gi mer koordinerte tjenester og et helhetlig pasientforløp.

De tverrfaglige teamene innebærer ikke nødvendigvis endret oppgavedeling, men at de ulike personellgruppene i ulike deler av helsetjenesten arbeider sammen på en mer strukturert måte enn tidligere.

### Omfanget av oppgaven

De tverrfaglige teamene tar utgangspunkt i den enkelte pasients behov og mål, og hvilke personellgrupper som inngår i teamet, samt hvilke tjenester som tilbys, vil derfor variere. Teamene har ikke nødvendigvis som hensikt å avlaste personell eller å frigjøre kapasitet i helsetjenesten, men å sikre bedre brukeropplevelse, pasientsikkerhet og kvalitet i helsehjelpen. Teamarbeid kan i enkelte tilfeller kreve mer ressurser, f.eks. ved møtevirkosmhet i teamet. Man kan likevel tenke seg situasjoner der teamarbeidet frigjør kapasitet, f.eks. ved at bedre kvalitet i oppfølgingen fører til bedre helse og redusert behov for tjenester på sikt.

### Virkninger av ny oppgavedeling

Det finnes en rekke kilder som viser til at teambaserte helsetjenester fører til økt kvalitet i tjenestetilbudet. Nasjonal helse- og sykehusplan peker på at teambehandling kan redusere behovet for sengeplasser, og at internasjonal erfaring viser til at teambaserte tjenester kan bidra til reduksjon i innleggelse i spesialisthelsetjenesten (Meld. St. 7 (2019-2020), 2019)

På oppdrag fra Helsedirektoratet ble det i 2020 gjennomført en evaluering av de syv første FACT-teamene i Norge (Nasjonalt kompetansesenter for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, 2020). I evalueringen fant de en rekke fordelaktige virkninger, særlig for brukerne.

To år etter inntak i FACT-team var det like mange innleggelse i psykisk helsevern etter inntak i FACT, men innleggelse og oppholdsdøgn på tvang er nesten halvert, sammenlignet med to år før inntak i FACT-team. Videre mener brukerne at FACT-teamet er bedre enn tidligere tjenester de har fått. Også pårørende var fornøyd med måten å organisere hjelpen på.

De ansatte i FACT-teamet mener at brukerne får bedre oppfølging, særlig som følge av tverrfagligheten i tilbudet. Utover dette mente kommunene at FACT-teamet gjorde avstanden til spesialisthelsetjenesten kortere, og spesialisthelsetjenesten opplevde at teamene bidrar til at pasientene i større grad blir fulgt opp etter utskrivelse og får nødvendige tjenester i kommunene (Nasjonalt kompetansesenter for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, 2020).

Tilsvarende viser en studie fra 2019 av effekten av Pasientsentrert helsetjenesteteteam at øyeblikkelig hjelp-liggedager ble redusert med 32 prosent, og det var en reduksjon i ø-hjelpsinnleggelse med 10 prosent. I tillegg sank dødeligheten blant de syke, eldre pasienter.

## 5. Samfunnsøkonomiske perspektiver på ny oppgavedeling

Det er mulig å spare samfunnsressurser ved å overføre oppgaver til yrkesgrupper som er billigere for samfunnet, enten fordi de har lavere lønn, lavere sykefravær eller alternativt ville stått uten arbeid. Det største potensialet for besparelser ligger trolig i å redusere det samlede antall ansatte på jobb, for eksempel ved å lære opp flere til å gjøre ulike oppgaver slik at de ansatte blir mer fleksible og kan avlaste hverandre der det trengs. Det bør også vurderes om pasientene kan overta flere oppgaver. Ny teknologi kan støtte opp under slike endringer. For samfunnet som helhet er det også viktig at sektoren bidrar til å inkludere og lære opp flere av de som i dag står utenfor arbeidslivet.

### 5.1 Bakteppe og behov for oppgavedeling

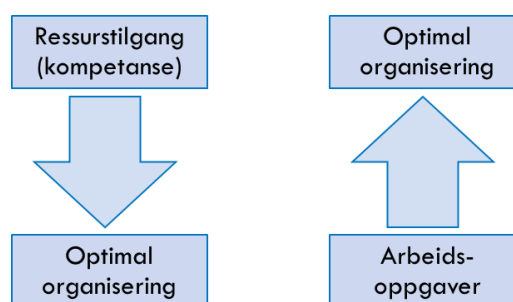
Etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester i Norge er i utgangspunktet høy og antas å vokse også i årene fremover. Ny utvikling innen medisin og teknologi gjør at vi stadig kan tilby flere og bedre tjenester, samtidig som befolkningen blir eldre og får større behov. Med offentlig finansierte helsetjenester vil etterspørselen kunne være tilnærmet uendelig. Tjenestene må derfor innrettes slik at man kan gi behandling med «riktig» kvalitet og omfang.

Samtidig må innretningen av tjenesten være mest mulig effektiv, slik at ressursene vi bruker i sektoren gir mest mulig helse per krone. Organiseringen av oppgaver og ansvar blant de ansatte i sektoren er avgjørende for effektiviteten i tjenesten. Sektoren bør løpende vurdere hvorvidt tilpasninger i oppgavedelingen kan gi en bedre utnyttelse av eksisterende ressurser.

En overgang til ny oppgavedeling og optimal organisering kan drives frem av flere faktorer – både gjennom prioritering og arbeid med kompetanseheving og oppgavedeling, men også som følge av begrenset ressurstilgang og et behov for å løse arbeidsoppgavene fra dag til dag (Figur 5-1). Innad i en avdeling eller enhet i helsetjenesten er det hver dag et antall oppgaver som må løses, og oppgavene må løses med de ressursene avdelingen har tilgang til den dagen. Nødvendigheten av å bruke de tilgjengelige ressursene på en mest mulig hensiktsmessig måte kan gi rom for overføring av

oppgaver mellom ulike personellgrupper, slik at organiseringen optimaliseres. Det er samtidig viktig å understreke at oppgavedeling som skjer som følge av knapphet på ressurser ikke må gå på bekostning av pasientsikkerhet, og at oppgaver må overføres til personell med tilstrekkelig kompetanse til å løse de nye oppgavene.

Figur 5-1: To ulike tilnærminger til oppgavedeling



I et samfunnsperspektiv er mangel på enkelte yrkesgrupper i utgangspunktet en kortsiktig utfordring. På lang sikt er det i prinsippet mulig å utdanne det antallet vi har behov for av hver enkelt yrkesgruppe. Gevinsten av å ha flere av disse yrkesgruppene må da veies opp mot kostnaden av utdanningen.

Oppgavedeling kan gi gevinster i ulike former. Det vil være svært effektiviserende dersom endringer i sammensetningen av personell kan redusere den samlede tidsbruken på arbeidsoppgaver i sektoren, slik at færre hoder kan løse de samme oppgavene til like gode kvalitet. Endret oppgavedeling som samlet sett gir tidsbesparelser i sektoren vil derfor være det aller beste effektiviseringstiltaket.

Det kan også være effektiviserende å endre oppgavedelingen i tilfeller hvor enkelte yrkesgrupper kan erstattes av andre som er billigere å bruke, enten for arbeidsgiver eller for samfunnet som helhet, selv om det ikke utløses tidsbesparelser samlet sett.

Etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester vil fortsette å øke i årene fremover, noe som vil kreve flere leger og sykepleiere for å møte etterspørselen. Ved å ta i bruk flere yrkesgrupper gjennom oppgavedelingen, øker kapasiteten og gir mulighet til å gi helsehjelp til flere.

## 5.2 Gevinster ved oppgavedeling og samlet potensial

Samtidig som etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester øker, øker også kompleksiteten i sykdomsbyrden, med tilhørende behov for tverrfaglig tilnærming til helsehjelp. Ved å ta i bruk oppgavedeling og teamarbeid der ulike personellgrupper med ulik kompetanse inngår, vil det kunne bidra til å opprettholde kvaliteten på helsehjelpen og ivareta pasientsikkerhet.

### Erfaringer med oppgavedeling i sektoren gir sjelden kostnadsbesparelser, men økt kvalitet eller redusert bruk av yrkesgrupper det er mangel på

I denne rapporten har vi identifisert flere eksempler som viser at det prøves ut nye former for oppgavedeling både i primær- og spesialisthelsetjenesten. De fleste av disse er ikke primært drevet frem av et ønske om kostnadsbesparelser, men enten av at det er utfordrende å rekruttere enkelte yrkesgrupper eller av et ønske om bedre kvalitet i tjenestene ved endret oppgavedeling.

Vi har identifisert to eksempler på oppgavedeling som gir tidsbesparelser i sum. Den ene gir tidsbesparelser ved å overføre oppgaver til ny teknologi (digitalt triageringsverktøy), og den andre gir mindre tidsbesparelser ved en overgang fra spesialister til generalister i oppgavedeling (blodprøvetaking). I de fleste eksemplene vi har funnet er virkningene av ny oppgavedeling enten bedre kvalitet i leveransene eller redusert bruk av enkelte yrkesgrupper det er mangel på.

### Det er mulig å spare samfunnsressurser på vertikal oppgavedeling

Noen av eksemplene kan gi reduserte samfunns-kostnader ved å overføre oppgaver til yrkesgrupper som enten har lavere lønn eller som er mindre kostbare av andre årsaker, som at de har lavere sykefravær, lavere utdanningskostnader eller høyere pensjonsalder. Våre beregninger tilsier at det er lønnsomt for samfunnet å overføre oppgaver fra leger til annet personell, fra sykepleiere til helsefagarbeidere og fra helsefagarbeidere til personell uten helsefaglig utdanning, så fremt oppgavene kan utføres til samme kvalitet og uten økt tidsbruk.

Det er flere forhold enn lønn som utgjør forskjellen i samfunnskostnad mellom yrkesgruppene. Særlig har gjennomsnittlige forskjeller mellom gruppene i sykefravær og stillingsprosent stor betydning for samfunnskostnaden av et timeverk. Antall år med utdanning har mindre betydning for kostnaden, så lenge utdanningskostnaden kan spres over et helt arbeidsliv. Varigheten av utdanningen vil imidlertid til dels reflekteres i ulik lønn.

### Overføring av oppgaver til pasienter er svært lønnsomt

Den ene formen for oppgavedeling som kan gi betydelig kostnadsbesparelser, både for arbeidsgiver og samfunnet som helhet, er overføring av oppgaver fra ansatte i helsetjenesten til pasientene selv. I den grad pasientene selv kan avlaste helsetjenesten med å utføre enkelte oppgaver selv, vil det (selvfølgelig) medføre besparelser i lønnsutgifter. I et samfunnsøkonomisk perspektiv er lønnede timer til ansatte langt dyrere enn timer til oppgaver utført av brukere eller pasienter på fritiden. Den samlede samfunnsverdien ved oppgavedeling mellom helsepersonell og pasienter vil også avhenge av andre faktorer enn sparte lønnskostnader – for eksempel om overføringen innebærer bruk av teknologi og kostnaden ved denne teknologien. Flere oppgaver til pasientene kan også gi økt kvalitet i form av økt medbestemmelse og ansvarliggjøring av pasientene. Samtidig kan det også tenkes å gi redusert kvalitet og trygghet for den enkelte, og de ansatte vil måtte bruke tid på opplæring av pasienter for å gjøre dem i stand til å utføre oppgavene på en trygg måte. Dersom oppgavedeling til pasienter kan gjøres på en måte som ikke gir redusert, men kanskje bedre, helse for pasientene, kan det være lønnsomt både for helsetjenesten og samfunnet som helhet.

### Overføring av oppgaver til ny teknologi kan være lønnsomt

Det er mange muligheter for å ta i bruk ny teknologi og støttesystemer som kan avlaste helsepersonell i sektoren. Mange slike løsninger kan være svært ressursbesparende for helsepersonell. Det fordrer imidlertid ofte overgangskostnader i form av opplæring og implementering av systemene. Mange løsninger som tilbys i sektoren har også som primær virkning å gi økt kvalitet, i form av bedre og tettere oppfølging, og gir ikke nødvendigvis tidsbesparelser for de ansatte. Enkelte systemer kan derimot innebære en vridning i oppgaver for ansatte i sektoren, fra direkte pasientoppfølging til administrasjon og drift av støttesystemer. Det er derfor ikke nødvendigvis slik at ny teknologi gir kostnadsbesparelser, men kan bidra til å avlaste personell i sektoren.

### Oppgavedeling mellom personell er utbredt

I helse- og omsorgssektoren gjennomføres det i stor grad oppgavedeling når vakt- og turnuskabaler skal gjennomføres i praksis. I et pågående oppdrag for Sykepleierforbundet har vi kartlagt bruken av ulike yrkesgrupper i kommunal pleie- og omsorgstjeneste, både som planlagt og faktisk bemanning. Kartleggingen viser et omfattende avvik mellom planlagt og faktisk bemanning i helg, på kveld og på natt, ved at det er færre sykepleiere og helsefagarbeidere enn planlagt på jobb, og at disse erstattes av ufaglærte. Bemanningen kan byttes ut

både på grunn av delvis planlagte hendelser grunnet vaktbytte, ferieavvikling eller opplæringsstid, eller på grunn av sykefravær eller andre uforutsette hendelser.

Dette er en form for oppgavedeling som ser ut til å fungere i praksis, og som bidrar til økt fleksibilitet i tjenestene. Det vil kunne utgjøre en risiko for redusert kvalitet når oppgaver som er tiltenkt én yrkesgruppe gjennomføres av ansatte uten formell kompetanse. Samtidig har ansatte som har jobbet i tett samarbeid med høyere kvalifiserte yrkesgrupper over tid trolig opparbeidet seg praktisk kompetanse til å utføre en del av deres oppgaver, til tilsvarende kvalitet.

### Overgang fra spesialist til generalist gir økt fleksibilitet og muliggjør tidsbesparelser

Helsetjenesten er generelt preget av spesialisering i arbeidsoppgaver og ansvar, som utløser behov for å ha mange ulike yrkesgrupper i arbeid samtidig. En overgang fra en slik spesialist-modell til en organisering med ansatte som kan utføre flere typer oppgaver, generalister, vil gi økt fleksibilitet i oppgaveutførelsen. Ansatte som kan utføre flere typer oppgaver kan i større grad avlaste hverandre ved behov. En slik fleksibilitet bør i teorien også kunne redusere det samlede behovet for ansatte, fordi man kan løse oppgavene mer effektivt.

Et slikt eksempel er overføring av blodprøvetaking fra bioingeniører til helsepersonell på avdelingene. I dette tilfellet spares tid samlet sett fordi bioingeniørene, som jobber sentralt på sykehuset, ikke lenger trenger å gå fysisk rundt i sykehuset og oppsøke pasientene. I tillegg effektiviseres sykehusdriften ved at personell avdelingen kan gjennomføre prøvetakingen når det er behov, i stedet for å vente på at bioingeniøren kommer på sin runde, og dermed går behandlingsprosessen raskere videre til neste steg. Økt fleksibilitet i oppgaveutføringen kan dermed gjøre at man effektiviserer hele behandlingsforløpet, som i prinsippet kan bidra til samfunnsøkonomiske gevinster gjennom kortere liggetider og reduserte ventetider.

I eksempelet med blodprøvetaking er oppgaveendringen til dels muliggjort av ny teknologi for røpøst. Det finnes trolig en rekke lignende muligheter hvor innføring av ny teknologi eller støttesystemer samtidig gjør det mulig å effektivisere organiseringen av oppgaver.

En overgang fra spesialister til generalister kan innebære at oppgaver overføres både horisontalt og vertikalt. Det kan være at sykepleiere, ved å utføre oppgaver som helsefagarbeidere eller ufaglærte gjør i dag, kan erstatte disse yrkesgruppene og dermed redusere behovet for antall ansatte som er på jobb til enhver tid. Motsatt kan det også tenkes at helsefagarbeidere, ved å kunne utføre oppgaver som vanligvis er tiltenkt sykepleiere, vil kunne redusere

behovet for sykepleiere på jobb. Jo flere som kan utføre ulike oppgaver, desto mer fleksibel blir organisasjonen og i prinsippet skal dette kunne gi grunnlag for økt effektivitet.

Det er også mulig å oppnå økt fleksibilitet ved at ulike enheter samarbeider på tvers. En fersk kartlegging av oppgavedeling i sykehus (Oslo Economics, 2022), viser at Stavanger universitetssykehus har organisert flere avdelinger i grupper, omtalt som «tun», hvor de ansatte kan flyte på tvers av avdelingene for å avlaste hverandre ved behov. De har et digitalt system for å dele informasjon om hvilke avdelinger som til enhver tid har ekstra kapasitet eller behov for mer personell, slik at avdelinger som har ekstra kapasitet kan bistå avdelinger med behov.

## 5.3 Barrierer for oppgavedeling

### Ledelsesforankring

Involvering og forankring av oppgavedeling hos ledere på alle nivåer, også øverste ledelse, trekkes frem som en suksessfaktor for å få til oppgavedeling i en fersk kartlegging av oppgavedeling i sykehus (Oslo Economics, 2022). Ledelsesforankring er nødvendig for å sikre at det settes av tilstrekkelig tid og ressurser til arbeidet med oppgavedeling. Ledere kan også bidra til at de ansatte motiveres og forstår viktigheten av arbeidet med oppgavedeling. En vilje til å prioritere oppgavedeling på toppledernivå gjør at avdelingsledere ansvarliggjøres, og disse har en sentral rolle i beslutninger knyttet til bemanningsplaner og roller.

### Spesialisering av oppgaver

Omfanget av ulike oppgaver i helsetjenesten varierer over tid. Det er derfor behov for fleksibilitet i utførelsen av oppgavene. Man kan tenke seg to ytterpunkter; i en sykehusavdeling med ti ansatte er det slik at alle de ti deler på alle oppgaver. I en annen sykehusavdeling med ti ansatte er det slik at hver enkelt ansatt har bare en type oppgaver, som kun den personen, og ingen andre, utfører. I begge avdelingene kan det tenkes at oppgavedelingen gir en optimal ressursutnyttelse i gjennomsnitt over tid. Men ser vi på en bestemt time, eller en bestemt dag, er det stor sannsynlighet for at sykehusavdelingen der alle deler på oppgavene vil arbeide mest effektivt. I sykehusavdelingen der hver ansatt har sin egen oppgave, vil det være enkeltansatte som har for lite å gjøre, samtidig som andre har for mye å gjøre. Svært spesialiserte arbeidsoppgaver vil nok bidra til at flere oppgaver blir gjort og til høyere kvalitet, så når «alt går helt etter planen» er potensialet for høy produktivitet høyt. Men det blir fort sårbart, for eksempel hvis en nøkkelperson borte, så blir «ingenting» gjort. I et system med høyt sykefravær og stort omfang av uforutsette hendelser, tilsier dette at

generalister gir mer robuste tjenester og større effektivitet over tid.

### Regelverk

Regelverket legger føringer for hvilke oppgaver som kan utføres av de ulike yrkesgruppene. På noen områder fremstår dette regelverket som lite konsistent. Eksempelvis er det forskjell på hvilke oppgaver helsefagarbeidere kan utføre i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. I primærhelsetjenesten kan helsefagarbeidere i større grad håndtere legemidler enn i spesialisthelsetjenesten. Det tilsier at regelverket i spesialisthelsetjenesten også kan tenkes løsnet opp for å gi økt fleksibilitet. Et annet eksempel er sykepleieres mulighet til å forskrive legemidler. Det er trolig en rekke områder hvor det er mulig å gi utvidet ansvar til sykepleiere, uten at dette vil gå på bekostning av kvaliteten i tjenesten.

### Fordeling av belastende arbeidstider

Mange deler av helse- og omsorgstjenesten er avhengig av å sikre døgnkontinuerlig bemanning. Skift- og nattarbeid og lang arbeidstid er en belastning for mange, og det er derfor gode grunner til å dele denne belastningen på flest mulig. Samtidig kan det medføre at en avdeling får mange ansatte som også skal ha en viss andel av sin arbeidstid på dagtid i ukedagene, slik at det på disse tidspunktene oppstår overkapasitet. Med andre ord kan det være vanskelig å få arbeidslistene og bemanning til å gå opp uten at det oppstår over- eller underkapasitet, og dette kan være en utfordring for å få til en best mulig oppgavedeling.

### Samfunnssikkerhet og beredskap

Pasienter har behov for helsetjenester, hele døgnet og hele året. Mange av behovene er akutte og krever kontinuerlig beredskap til enhver tid. Det innebærer behov for «overbemanning» på enkelte tidspunkter og at ulike spesialister er tilgjengelige, til tross for at de ikke nødvendigvis trengs til enhver tid. Beredskaps-hensyn, i kombinasjon med behovet for ulike spesialiteter, utgjør dermed en barriere for mer effektiv oppgavedeling. Hvis disse spesialistene likevel må være på jobb, kan det være mer effektivt at de også utfører andre oppgaver, som de kanskje er overkvalifisert til, enn at oppgavene overføres til mindre kvalifisert personell.

### Dekning ved fravær

Ved sykdom og annet fravær må arbeidet reorganiseres. Dette er lettere å få til hvis man har noen større faggrupper som i større grad kan utføre oppgaver for hverandre, enn flere små ved en enkelt avdeling. Tilsvarende gjelder om man har flere ulike vikarpooler, enn en større samlet. På den annen side kan bruk av flere faggrupper gi økt tilgang ved knapphet på personell. Behov for å ivareta

tjenestebehovet også med uventet fravær av ansatte kan være en barriere for å gå over til en mer effektiv organisering og oppgavedeling.

### Ansvarsfølelse og forsvarlighet

Det er 33 lovregulerte yrkesgrupper i den norske helse- og omsorgstjenesten, og disse har ulikt utdanningsnivå, kompetanse og erfaring. På tvers av helsetjenesten er det stor variasjon i hvilke typer helsepersonell som jobber sammen, samt hvor tett de samarbeider. Dette innebærer at det er ulikt i hvilken grad de ulike yrkesgruppene kjenner til hverandres kompetanse og ferdigheter.

Helsepersonell har i mange tilfeller stort ansvar og må ta beslutninger som har betydning for liv og helse. Det kan derfor være krevende å få til oppgavedeling mellom yrkesgrupper som ikke er vant til å jobbe sammen og som har god kjennskap og tillit til hverandres kompetanse. Dersom ansvaret for beslutninger eller utføring av oppgaver delegeres til andre, er det derfor viktig at den som ikke lenger utfører oppgaven er trygg på at den fortsatt blir gjennomført med tilstrekkelig god kvalitet.

Hvem som sitter med det medisinskfaglige ansvaret, kan også være av betydning for hvor krevende det er å gjennomføre endringer i oppgavedeling. Usikkerhet om kvaliteten på oppgavegjennomføringen, forsvarlighet, og frykt for eventuell tilsynssak kan være sentrale hindre her.

Ny oppgavedeling kan også innebære at oppgaver overføres fra helsepersonell til personer uten helsefaglig bakgrunn. Tilsvarende problemstillinger kan oppstå her, og i mange tilfeller vil det trolig være behov for grundig forankringsarbeid og god endringsledelse for å muliggjøre ny oppgavedeling.

### Medarbeidernes preferanser

Dersom helsepersonell foretrekker å jobbe sammen med personer med samme kompetanse som dem selv, for eksempel at sykepleiere ønsker å jobbe sammen med andre sykepleiere fremfor helsefagarbeidere, kan dette være en årsak til at det er krevende å endre dagens oppgavefordeling. Enkelte internasjonale studier kan tyde på at dette er en reell barriere for oppgavedeling. Hva de ansatte er vant til og opplever at de behersker kan ha betydning for hvilke oppgaver de ønsker å gjøre. Å jobbe sammen med personer med lavere kompetanse innebærer et større eget ansvar, og det er ikke gitt at alle ønsker dette. Dersom det på en avdeling er behov for to personer på vakt, og det tradisjonelt har vært to sykepleiere som har fylt dette behovet og delt på ansvaret, kan det oppleves utrygt hvis man skal gå over til å bemanne avdelingen med en sykepleier og en helsefagarbeider, der sykepleieren er eneansvarlig for legemiddelhåndtering.



### Profesjonskamp og -identitet

Oppgavedeling kan gjøre at noen yrkesgrupper opplever at deres rolle og plass i hierarkiet endres. Dersom en yrkesgruppe opplever at deres posisjon og rolle trues og blir mindre viktig ved at oppgaver overføres til andre yrkesgrupper, kan dette hindre en riktig oppgavefordeling. Det kan være utfordrende dersom profesjonenes ønsker for rolle og plass er avgjørende for hvilke oppgaver som utføres av hvem, i stedet for hva som er pasientens og samfunnets beste.

### Lønnsstruktur og trygdeytelser

Det er et mål i Norge å begrense inntektsulikheten. En konsekvens er at lønnsstrukturen er «sammenpresset», noe som innebærer at det er relativt liten forskjell på lønningene til ansatte med ulik kompetanse. I andre land er det gjerne betydelige lønnsforskjeller, for eksempel mellom sykepleier og helsefagarbeider. Den norske lønnsstrukturen gjør at det for en arbeidsgiver er relativt lite å spare på å ansette en helsefagarbeider i stedet for en sykepleier, og dette kan bidra til at kapasiteten hos enkelte yrkesgrupper ikke utnyttes i tilstrekkelig grad og gi knapphet for andre yrkesgrupper.

I tillegg har vi i Norge en stor gruppe som står utenfor arbeidslivet og mottar helserelaterte trygder, ofte forårsaket av en kombinasjon av redusert helse og lite formell kompetanse. Det vil være svært lønnsomt for samfunnet dersom flere av disse var i lønnet arbeid i stedet for å motta trygd, også dersom produktiviteten i gjennomsnitt er lavere. Selv om produktiviteten til denne gruppen ikke skulle forsvare lønningene for arbeidsgiver isolert sett, så vil det være en gevinst for samfunnet at de er i arbeid så lenge produktiviteten de tilfører har større verdi enn merkostnaden ved lønn sammenlignet med trygd. Det er også gode grunner til å tro at mange av disse vil kunne være vel så produktive som andre grupper, dersom de tilføres kompetanse som er spesifikk for arbeidsgivers behov.

Dersom arbeidsgiver ble stilt ovenfor de samlede samfunnsøkonomiske kostnadene ved bruk av ulike personellgrupper, ville arbeidsgiver kunne hensynta dette i oppgavedelingen lokalt. Når disse mekanismene ikke hensyntas kan det være risiko for at arbeidsgiver bruker «for» mye av høyt kvalifisert personell, og «for» lite av mindre kvalifisert personell eller personell som ville stått utenfor arbeidsstyrken.

### Finansieringssystemer og incentiver

Finansiering og incentiver er viktige drivere for hvordan ulike aktører tilpasser seg et marked. Kommunehelse-tjenesten skiller mellom skattefinansiering, ramme-overføringer fra stat og brukerbetaling. Hovedmodellen for finansiering av fastleger er en kombinasjon av et kommunalt basistilskudd avhengig av hvor mange listeinnbyggere fastlegen har, aktivitetsavhengige takster fra staten og egenbetaling fra pasientene. Tilsvarende er spesialisthelsetjenesten også finansiert dels gjennom en basisbevilgning og dels gjennom ulike aktivitetsbaserte finansierings-ordninger. For noen prosedyrer kan det for eksempel være stor forskjell på taksten avhengig av om det er sykepleier eller fastlege som utfører oppgaven, og takster kan være avgrenset til utvalgte profesjonsgrupper (som oftest leger), noe som påvirker hvordan man velger hvem som utfører hvilke oppgaver.

## 5.4 Samlet drøfting og anbefaling

### Flere generalister vil gi økt fleksibilitet og effektivitet

Det største potensialet for oppgavedeling i helse- og omsorgssektoren ligger trolig ikke i å overføre enkelt-oppgaver mellom yrkesgrupper, men det handler i stedet om å få til en mer effektiv organisering av de arbeidsoppgavene som er. Størst potensiale er det trolig i å ruste de ulike yrkesgruppene til å kunne utføre flere oppgaver, for å utløse økt fleksibilitet i tjenestene. Når flere yrkesgrupper kan gjennomføre ulike oppgaver, kan de ansatte i større grad avlaste hverandre ved behov, slik at man i større grad får utnyttet den arbeidskraften som til enhver tid er på jobb. Samtidig kan dette bidra til å frigjøre tid hos høyt utdannede yrkesgrupper, slik at de i større grad kan bruke tiden sin på særlig spesialiserte oppgaver. Flere generalister gjør ikke nødvendigvis at oppgavene gjennomføres bedre eller raskere, men det vil bidra til mer effektive arbeidsprosesser. I prinsippet skal dette også kunne frigjøre arbeidstimer i sektoren slik at det totale antall hoder på jobb kan reduseres.

Økt fleksibilitet i oppgaveutførelsen kan gå både oppover og nedover i hierarkiet. Spesifikk opplæring kan ruste noen yrkesgrupper til å gjennomføre oppgaver som normalt er forbeholdt personell med høyere formell kompetanse. Motsatt vil det også bidra til økt fleksibilitet dersom helsepersonell med høyere utdanning kan utføre oppgaver som mindre kvalifisert personell vanligvis gjennomfører, dersom den «riktige» personelltypen ikke har kapasitet.

### Det er nødvendig å styrke grunnkompetansen

En overgang fra spesialister til generalister kan kreve spesifikk kompetansetilførsel for mange yrkesgrupper, slik at de ansatte og kollegaene føler seg trygge på



at oppgavedelingen ikke går på bekostning av kvaliteten. Et viktig virkemiddel for økt oppgavedeling i praksis vil trolig være å styrke grunnkompetansen til fagarbeidere i sektoren, slik at de kan utføre flere oppgaver som normalt tilfaller helsepersonell.

I tillegg vil det kreve en fleksibilitet i kulturen på arbeidsplassen, ved at de ulike yrkesgruppene ser verdien i å fordele oppgaver etter behov og ikke primært etter profesjon. For å få til en kultur for oppgavedeling på tvers og etter behov er det også viktig at de ansatte kjenner hverandres kompetanse og at de har tillit til at andre kan løse oppgavene på en god måte.

### **Forankring av ny oppgavedeling hos ledelsen er viktig for å lykkes med varige endringer**

For å sikre at arbeid med oppgavedeling blir prioritert, er det avgjørende at arbeidet er forankret hos ledelsen. Det er behov for forankring i hele styringslinjen – for sykehus fra avdelingsleder til administrerende direktør på sykehuset, og i kommunen fra enhetsleder til den kommunale helse- og omsorgssjefen. Ledere kan både påvirke oppgavedeling direkte gjennom utforming av bemanningsplaner og fordeling av oppgaver, men er også viktige for holdningsarbeid og motivasjon av ansatte.

God forankring av ny oppgavedeling på ledelsesnivå fordrer at ledelsen selv har kunnskap om gevinster og utfordringer ved nye måter å løse oppgavene på. I en utredning av oppgavedeling i sykehus fortalte en av de intervjuede lederne at det var enklere å få til nye arbeidsprosesser dersom fagmiljøene for de ulike personellgruppene var interessert, og at dette bidro med nødvendig «drahjelp» (Oslo Economics, 2022). En ledelse som ser behovet for å løse oppgaver på nye måter, og som jobber med å viderefremme dette, kan også bidra til å redusere motstand og usikkerhet blant andre ansatte, både hos dem som gir fra seg oppgaver og hos dem som får nye.

### **Bruk av ny teknologi og støttesystemer gir grunnlag for endret organisering og redusert bemanning**

Ny teknologi kan utløse muligheter for en overgang til mer fleksibilitet i oppgaveorganiseringen. Verktøy og systemer kan bidra til å støtte personell til å kunne utføre nye typer oppgaver. Systemer for informasjonsdeling kan også tilrettelegge for en mer effektiv flyt av arbeidskraft mellom yrkesgrupper eller enheter. Ved innføring av ny teknologi og støttesystemer kan det derfor være at den samlede organiseringen av arbeidet bør revurderes og tilpasses.

### **Pasientene kan avlaste personell på noen områder**

Det er grunn til å utforske flere former for oppgavedeling fra ansatte til pasienten selv, i ulike deler av helsetjenesten. Dette vil gi store besparelser i

helsetjenesten, og kan gi ytterligere verdi gjennom ansvarliggjøring og bevisstgjøring av pasienten selv. På noen områder kan det argumenteres for at utviklingen de siste årene har gått i motsatt retning, ved at helsetjenesten har overtatt oppgaver som tidligere var pasientens ansvar. Lavterskel-tjenester innen psykisk helse og chatte-tjenester fra fastlege er områder hvor helsetjenesten i dag har utvidet sitt tilbud til pasienter, og som treffer behov som enkelte pasienter tidligere kan ha løst selv.

Andre pasienter har ikke løst disse behovene selv. Det innebærer at en overføring av disse eller andre oppgaver til pasientene i praksis kan innebære økt ulikhet i helse. I den grad det er mulig å overføre oppgaver til pasientene uten betydelige negative virkninger for pasientene, utgjør dette et stort potensial for å redusere tidsbruken til ansatte i helse- og omsorgssektoren. Bruk av ny teknologi og støttesystemer kan muliggjøre oppgavedeling til pasienter, som kan gi uendret eller i noen tilfeller også bedre kvalitet i tjenestene.

### **Risiko for at effektivisering ikke gir reduserte kostnader**

Det er en risiko for at eventuelle effektiviseringsgevinster av oppgavedeling i sektoren ikke vil hentes ut i kostnadsbesparelser, men vil hentes ut i mer og bedre tjenester. Innføring av ny teknologi eller verktøy vil skape forventninger om bedre kvalitet i tjenesten, både hos ansatte, pasienter og pårørende. Sektoren selv kan ha begrensede incentiver til å ta ut gevinster i form av kostnadsreduksjoner. Det er i mange tilfeller svært positivt med økt kvalitet, og det kan være utslag av en ønsket prioritering på noen områder. Det er likevel viktig at prioriteringen mellom kvalitetsøkning og kostnadsbesparelser ikke kun bestemmes på lokalt nivå, men at prioriteringen tar utgangspunkt i samfunnets betalingsvillighet for helsegevinster.

### **Bemanningsutfordringer kan avhjelpes gjennom reduksjon av sykefravær og tidlig avgang**

Mange yrkesgrupper i helse- og omsorgssektoren har høyt sykefravær, og dette bidrar til bemanningsutfordringene i sektoren. Det høye sykefraværet blant enkelte yrkesgrupper gjør også at de reelle kostnadene av å bruke enkelte yrkesgrupper er langt høyere enn lønnskostnadene skulle tilsi, fordi en ansatt med full lønn bare kan forventes å være på jobb en viss andel av tiden. Det er store samfunnsgevinster av å redusere sykefraværet.

En annen måte å øke tilgangen til kompetent arbeidskraft, er å redusere omfanget av tidlig pensjonering. Vi har ikke funnet gode tall på avgangsalder for de ulike yrkesgruppene i sektoren, men enkelttall tyder på at for eksempel sykepleiere i gjennomsnitt går ut av arbeidslivet ved 57 års alder.

Det kan derfor være mye arbeidskraft å hente dersom en klarer å få disse til å stå flere år i arbeid.

Det er også mange deltidsarbeidende i sektoren, som kan utgjøre et potensial for økt arbeidstilbud. Samtidig er sektoren innrettet med vakt- og turnusbelastning, som gjør at arbeidsgiver i mange tilfeller er avhengig av en viss andel deltidsarbeidende for å dekke opp helger.

### Utdanning som virkemiddel for økt tilgang til enkelte yrkesgrupper

På kort sikt vil mangel på enkelte yrkesgrupper utløse behov for oppgavedeling. På lang sikt er det derimot mulig å utdanne flere til yrker det er mangel på. Våre beregninger tyder på at utdanning er «billig», gitt at folk står i arbeid over livsløpet, fordi kostnaden av utdanningen er lav, sett i forhold til lønnen som utbetales gjennom et helt arbeidsliv. Behovet for formell utdanning må likevel sees i sammenheng med de faktiske behovene til kompetanse i oppgaveutførelsen. Det handler også om at mange ikke har ønske eller ressurser til å ta langvarige utdanninger, og at samfunnet også har behov for deres bidrag i arbeidslivet.

### Arbeidsgivers ansvar for kompetanseutvikling

Et samfunnsøkonomisk effektivt alternativ til langvarige utdanningsløp kan derfor være kortvarige kompetansehevende kurs i regi av arbeidsgiver, som tilfører den ansatte kun den spesifikke kompetansen som er nødvendig for å utføre oppgavene som trengs på arbeidsplassen. Arbeidsgiver har også et ansvar for at de ansatte får muligheten til livslang læring gjennom arbeidsforholdet. Det innebærer at de ansatte skal kunne holde seg faglig oppdatert og utvikler seg slik at de til enhver tid har relevant kompetanse for oppgavene de skal utføre. Et ledd i dette er også å gi ansatte muligheter til å videreutvikle kompetansen sin slik at de også kan og ønsker å påta seg nye oppgaver når det er behov for det.

### Sektorens ansvar for inkludering

Det er mange i arbeidsfør alder, også mange unge, som står utenfor arbeidslivet i Norge i dag. Mange

har redusert, men ikke manglende, arbeidsevne, og har behov for opplæring for å kunne kvalifisere til arbeid. Helse- og omsorgssektoren bør ta sin del av samfunnsansvaret for å inkludere flere av disse i arbeid. Selv i tilfeller hvor det for arbeidsgiver isolert sett er mest lønnsomt å bruke personell med formell kompetanse, er det hensiktsmessig for samfunnet som helhet at også personer med lite formell kompetanse og med eventuelle tilleggsutfordringer også inkluderes i sektoren. Det innebærer at det bør finnes oppgaver for personer uten formelle kvalifikasjoner, som eventuelt kan tilføres nødvendig kompetanse gjennom opplæring eller kurs på arbeidsplassen eller via NAV.

### Hvordan få til oppgavedeling som gir effektivisering?

Avdelinger med knapphet på enkelte personellgrupper får ofte på plass nye former for oppgavedeling som fungerer over tid. På andre avdelinger, der man i mindre grad er «tunget» til endring, er det de samme ambisjonene om oppgavedeling som uttrykkes, men liten endring i praksis. I drøftingen over har vi pekt på barrierer som kan bidra til at effektiviserende tiltak ikke iverksettes.

Vi tror en kombinasjon av følgende tiltak vil være de viktigste virkemidlene for å få til en mer effektiv fordeling av oppgaver mellom yrkesgruppene i fremtiden:

- Søke mer fleksibilitet i oppgavene som den enkelte kan utføre, både oppover og nedover
- Styrke grunnkompetansen til fagarbeidere, slik at de kan utføre flere oppgaver
- Utnytte ny teknologi og støttesystemer, samt vurdere om oppgaveorganiseringen kan effektiviseres ved innføring av nye verktøy
- Overføre noe mer oppgaver og ansvar til pasientene
- Jobbe med å redusere sykefravær og tidlig avgang, for å redusere bemanningsutfordringene
- Bidra til inkludering ved å ta inn og lære opp ufaglærte som står utenfor arbeidslivet, i kombinasjon med spesifikke opplæringsprogrammer

## 6. Referanser

- Abelsen, B., Gaski, M., Godager, G., Iversen, T., Løyland, H. I., Pedersen, K., . . . Sæther, E. M. (2022). *Evaluering av pilotprosjekt med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger: Sluttrapport for 2018-2021 (Statusrapport IV)*.
- Abelsen, B., Godager, G., Harsheim, I. G., Iversen, T., Kristiansen, I. S., Løyland, H. I., . . . Sæther, E. M. (2022). *Evaluering av utprøving av digital hjemmeoppfølging: Sluttrapport*. Hentet fra [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/digital-hjemmeoppfolging-sluttrapport-fra-nasjonal-utproving-2018-2021/vedlegg-og-lenker/Evaluering%20av%20utpr%C3%B8ving%20av%20digital%20hjemmeoppf%C3%B8lging%20-%20UiO%20et%20al.pdf/\\_/attachment/inline/ff982d7](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/digital-hjemmeoppfolging-sluttrapport-fra-nasjonal-utproving-2018-2021/vedlegg-og-lenker/Evaluering%20av%20utpr%C3%B8ving%20av%20digital%20hjemmeoppf%C3%B8lging%20-%20UiO%20et%20al.pdf/_/attachment/inline/ff982d7)
- Abselsen, B., Gaski, M., Godager, G., & et al. (2018). *Evaluering av primærhelseteam: Statusrapport I*.
- Agenda Kaupang og Fafo. (2021). *Organisering, kompetanse og heltidskultur – i kommunale helse- og omsorgstjenester. En kunnskapsoppsummering*.
- Aiken, L. H., Sloan, D., Griffiths, P., Rafferty, A. M., Bruyneel, L., McHugh, M., . . . Sermeus, W. (2017). Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ quality & safety*, ss. 559-568.
- Askvik, K. (2018). *Oppgaver flyttes fra kirurger til fysioterapeuter*. Hentet fra [fysioterapeuten.no: https://www.fysioterapeuten.no/oppgavedeling-oppgaveglidning-ortopedi/oppgaver-flyttes-fra-kirurger-til-fysioterapeuter/116456](https://www.fysioterapeuten.no/oppgavedeling-oppgaveglidning-ortopedi/oppgaver-flyttes-fra-kirurger-til-fysioterapeuter/116456)
- Aurizki, G., & Wilson, I. (2022). Nurse-led task-shifting strategies to substitute for mental health specialists in primary care: A systematic review. *Int J Nurs Pract*, s. Mar 13;e13046. doi: 10.1111/ijn.13046. .
- Avdeling for medisinsk biokjemi. (2022). *Årsrapport 2021. Avdeling for medisinsk biokjemi. Klinikk for laboratoriemedisin*.
- Boughen, M., & Fenn, T. (2020). Practice, Skill Mix, and Education: The Evolving Role of Pharmacy Technicians in Great Britain. *Pharmacy*, s. Mar 26;8(2):50. doi: 10.3390/pharmacy8020050.
- CEDEFOP. (2019). *Health associate professionals: skills opportunities and challenges (2019 update)*. Hentet fra <https://www.cedefop.europa.eu/en/data-insights/health-associate-professionals-skills-opportunities-and-challenges-2019-update#group-recommendations>
- Devik, S. A., & Olsen, R. M. (2022). *Oppgaveglidning i omsorgstjenestene*. Senter for omsorgsforskning.
- Direktoratet for økonomistyring. (2018). *Veileder i samfunnsøkonomiske analyser*. Oslo.
- Dirketoratet for høyere utdanning og kompetanse. (2022). *Database for statistikk om høyere utdanning*.
- Ernst, D. J. (2013). Desentralisert blodprøvetaking eller kvalitet i pasientbehandlingen? Vi kan ikke få begge dele. *Bioingeniøren*. Hentet fra <https://www.bioingenioren.no/contentassets/552558c8258e4a25977d4ccefe36ac93/bioingenioren-9-2013.pdf>
- FHI. (2021, Mai). *Diabetes i Norge*. Hentet fra [fhi.no: https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/diabetes/](https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/diabetes/)
- Flatås, T. H. (2013). Ikke sammenlignbart! *Bioingeniøren*. Hentet fra <https://www.bioingenioren.no/contentassets/552558c8258e4a25977d4ccefe36ac93/bioingenioren-9-2013.pdf>
- Flodgren, G., & Meneses, J. (2017). *Ufaglært personell, profesjonsblanding, kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenestene: en kartleggingsoversik*. FHI.
- Gaski, M., Abelsen, B., & Lie, I. (2016). *Sykepleiere i Nord-Norge: Hvor blir de av? Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM)*.

- Hansen, G. (2022). *Møt helsesekretæren - laboratoriets førstelinje*. Hentet August 2022 fra Bioingeniøren: <https://www.bioingenioren.no/aktuelt/2022/mot-helsesekretaren--laboratoriets-forstelinje/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Handlingsplan for allmennlegetjenesten. Attraktiv, kvalitetssikker og teambasert. 2020-2024*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helsebiblioteket. (2019). *Blodprøvetaking - kapillær*. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/blodprovetaking-kapillaer>
- Helsedirektoratet. (2013). *Oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten. Utredning av hvorvidt endret oppgavedeling kan bidra til reduserte ventetider og mer effektiv pasientbehandling*.
- Helsedirektoratet. (2014). *Oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten – utarbeidelse av opplegg for pilotprosjekter*.
- Helsedirektoratet. (2015). *Veileder om legemiddelgjennomganger*. Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2017). *Primærhelseteam - Kvalitet, Ledelse og Finansiering*. Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2021). *Nasjonalt faglig retningslinje. Diabetes*.
- Helsedirektoratet. (2021, 02 25). *Team*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsefelleskap/team>
- Hepsø, P. H., & Hegseth, H. (2016). *Blodprøvetaking og samhandling*. Hentet fra bioingenioren.no: <https://www.bioingenioren.no/fag/fag-kronikk/blodprovetaking-og-samhandling/>
- Hjemås, G., Zhiyang, J., Kornstad, T., & Stølen, N. M. (2019). *Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035*. SSB.
- Hofstad, E. (2021). *Johansens metode er veien til en ny oppgavedeling*. Hentet fra Sykepleien: <https://sykepleien.no/2021/10/johansens-metode-er-veien-til-en-ny-oppgavedeling>
- Hofstad, E. (2021). *Sykepleiere har nest høyest sykefravær blant helsepersonell*. Hentet fra Sykepleien: <https://sykepleien.no/2021/03/sykepleiere-har-nest-hoyest-sykefravaer-blant-helsepersonell>
- Johansen, S. (2020). *Intern rapport fra kartleggingen gjort ved to sykehjem i Bodø. Ikke publisert*.
- KLP. (2021). *Gjennomsnittlig pensjoneringsalder for sykepleiere*.
- KS. (2021). Hentet fra Grunnlønn, månedstjeneste, tillegg, stillinger og årsverk: <https://www.ks.no/contentassets/6bc4210b6dc847a9a05dee7b70b9968b/2021/Grunnlonn-manedstjeneste-tillegg-stillinger-og-arsverk-Tabell-7a-Per-stillingskode-Kvinner-og-menn.pdf>
- KS. (2022). *Bedre oppgavedeling skaper fremtidens omsorgstjenester*. Hentet fra <https://www.ks.no/fagomrader/arbeidsgiverpolitikk/kompetanse-og-rekruttering/torn/bedre-oppgavedeling-skaper-fremtidens-omsorgstjenester/>
- Lajos, D., Attila, K., Andras, B., Andrea, O., & Erika, F. (2013). *Screening for cervical cancer in Hungary: New role for health visitors*.
- Leong, S., Teoh, S., Fun, W., & Lee, S. (2021). Leong SL, Teoh SL, Fun WH, Lee SWH. Task shifting in primary care to tackle healthcare worker shortages: An umbrella review. *Eur J Gen Pract*. 2021 Dec;27(1):198-210. doi: 10.1080/13814788.2021.1954616. PMID: 34334095; PMCID: PMC8330741. *Eur J Gen Pract*, ss. Dec;27(1):198-210. doi: 10.1080/13814788.2021.1954616.
- Ludvigsen, K., & Danielsen, H. (2014). *Ny oppgavefordeling mellom personellgrupper i helse- og omsorgssektoren: veien å gå for å sikre framtidens velferdstjenester?*
- Lyness, E., Parker, J., Willcox, M., & Dambha-Miller, H. (2021). Experiences of out-of-hours task-shifting from GPs: a systematic review of qualitative studies. *BJGP Open*, s. Aug 24;5(4):BJGPO.2021.0043. .
- Maier, C. B., & Aiken, L. H. (2016). Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study. *European journal of public health* , ss. 927-934.

- McDermott, I., Spooner, S., Goff, M., & et al. (2022). Scale, scope and impact of skill mix change in primary care in England: a mixed-methods study. *National Institute for Health and Care Research*.
- Melby, L., Gunnes, M., Haukelien, H., & Obstfelder, A. (2022). *Frigjøring av sykepleierkapasitet gjennom ny ansvars-/oppgavedeling og bruk av teknologi*. SINTEF Digital.
- Meld. St. 14 (2020-2021). (2021). *Perspektivmeldingen 2021*. Finansdepartementet.
- Meld. St. 7 (2019-2020). (2019). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Myklathun, K. H. (2022). *NAV's bedriftsundersøking 2022 - Stor mangel på arbeidskraft*. NAV.
- Nasjonalt kompetansesenter for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse. (2020). *Evaluering av FACT-team i Norge - Sluttrapport*. Hamar: Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP), Sykehuset Innlandet HF.
- NAV. (2021). Hentet fra Legemeldt sykefravær i prosent av arbeidsstyrken: <https://sykepleien.no/2021/03/sykepleiere-har-nest-hoyest-sykefravaer-blant-helsepersonell>
- NIFU og Deloitte. (2014). *Hva koster en student? En kostnadskartlegging av universiteter og høyskoler*. NIFU.
- NITO - Bioingeniørfaglig institutt. (2009). *Blodprøvetaking i sykehus - mer enn bare et stikk*.
- NOU 2020: 2. (2020). *Det handler om Norge - Utredning om konsekvenser av demografiutfordringer i distriktene*. Avgitt til Kommunal- og moderniseringsdepartementet.
- OECD. (2022). *Health spending*. Hentet fra OECD Data: <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm#indicator-chart>
- Oslo Economics. (2020). *Kartlegging av samarbeidsformer mellom legetjenesten i kommunen og farmasøyter*. .
- Oslo Economics. (2022). *Ekstern turnover. Faktabasert kunnskapsgrunnlag, Et viktig grunnlag for de rette tiltakene*. Helse Vest.
- Oslo Economics. (2022). *Hvordan beholde sykepleiere i Nordland og nordre Trøndelag etter endt utdanning: Kunnskapsoppsummering utarbeidet på oppdrag fra Nord universitet*.
- Oslo Economics. (2022). *Kartlegging av erfaring med oppgavedeling mellom helsefagarbeidere og andre personellgrupper i sykehus. Utredning for Spekter, Fagforbundet og Delta*.
- Oslo Economics. (2022). *Planlagt og faktisk bemanning i den kommunale helse- og omsorgstjenesten*. Norsk Sykepleierforbund.
- OUS. (2020). *Blodprøvetaking*. Hentet fra eHåndbok: <https://ehandboken.ous-hf.no/document/46894>
- Pedersen, K., Godager, G., Rognlien, H., Tyrihjel, J., Værnø, S., Iversen, T., . . . Sæther, E. (2020). *Evaluering av handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024: Evalueringsrapport I*.
- Prosjekt fremtidige kompetansebehov. (2016). *Utdanning og arbeidsmarkedet - Del II: Kilder til kunnskap*. Kunnskapsdepartementet.
- Skule, S. (2020). *Kompetansebehovsutvalget - mandat og glimt fra tidligere arbeid. Presentasjon for utvalget Norge mot 2025*.
- SSB. (2011). *Standard for yrkesklassifisering (STYRK-08)*.
- SSB. (2016). *Døgnopphold, liggedager og gjennomsnittlig liggetid ved somatiske sykehus, etter kjønn (SÅ 134)*. Hentet fra <https://www.ssb.no/304492/dognopphold-liggedager-og-gjennomsnittlig-liggetid-ved-somatiske-sykehus-etter-kjonn-sa-134>
- SSB. (2022, Juli 5). *Regionale befolkningsframskrivninger*. Hentet fra <https://www.ssb.no/befolkning/befolkningsframskrivninger/statistikk/regionale-befolkningsframskrivninger>

- Stølen, N. M., Bråthen, R., Hjemås, G., Otnes, B., Texmon, I., & Vigran, Å. (2016). *Helse- og sosialpersonell 2000-2014 - Faktisk utvikling mot tidligere framskrivinger*. SSB.
- Sykepleien. (2019). *6 av 10 sykepleiere bruker daglig tid på oppgaver de mener andre burde utføre*. Hentet fra <https://sykepleien.no/2019/02/6-av-10-sykepleiere-bruker-daglig-tid-pa-oppgaver-de-mener-andre-burde-utfore>
- Vedal, K., Svendsen, V. H., Hansen, I., & Andersen, J. M. (2021). *Desentralisering av blodprøvetaking - økt opplæringsbehov i sykepleierstudiet? Bioingeniøren*. Hentet fra <https://www.bioingenioren.no/contentassets/872b5bc0ee0f4391a8329c541d3b501a/bioingenioren-3-2021.pdf>
- WHO. (2008). *Task shifting: rational redistribution of tasks among health workforce teams: global recommendations and guidelines*.



## Vedlegg A. Oversikt over identifisert særlig relevant litteratur

Forfatter/utgiver	Tittel	Publiserings- år	Metode og innhold
Senter for omsorgsforskning	Oppgaveglidning i omsorgstjenestene	2022	Hurtigoversikt om oppgaveglidning mellom sykepleiere og andre helsearbeidere i den kommunale omsorgstjenesten. Hurtigoversikten omfatter 61 publikasjoner, hvorav 57 vitenskapelige originalstudier og 4 forskningsrapporter fra Norge
Sintef	Frigjøring av sykepleierkapasitet gjennom ny ansvars-/oppgavedeling og bruk av teknologi	2022	Kunnskapsoppsummering og intervjustudie om oppgaveoverføring i helse- og omsorgssektoren. Kunnskapsoppsummeringen er basert på 48 vitenskapelige artikler og 36 rapporter. Flertallet av de internasjonale studiene omhandler overgaveoverføring fra leger til spesialsykepleiere.
FHI	Ufaglært personell, profesjonsblanding, kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenestene: en kartleggingsoversikt	2017	Systematisk oversikt over studier som omhandler sammenhengen mellom profesjonsblanding og uønskede pasientutfall. Oversikten omfatter 29 observasjonsstudier og 4 komparative studier. Formålet med oversikten var å kartlegge forskning om sammenhengen mellom profesjonsblanding og kvalitet og pasientsikkerhet, samt kartlegge forskning om effekten av profesjonsblanding på kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Kartleggingen er en oppfølging av en systematisk oversikt som ikke fant noen kontrollerte studier innenfor de definerte inklusjonskriteriene, og kriteriene ble derfor utvidet til å inkludere studier med svakere design.
Agenda Kaupang og Fafo	Organisering, kompetanse og heltidskultur – i kommunale helse- og omsorgstjenester. En kunnskapsoppsummering	2021	En kunnskapsoppsummering om organisering, kompetanse og heltidskultur. Oppsummeringen omfatter 16 studier innen temaet oppgavefordeling og organisering av arbeidet.
WHO	How can optimal skill mix be effectively implemented and why?	2008	Rapport om ferdighets- og kompetansesammensetning i helse- og omsorgstjenesten.
CEDEFOP	Health associate professionals: skills opportunities and challenges	2019	Rapport om kompetanse og opplæringsbehov i helse- og omsorgstjenesten.
Maier, Claudia B. og Linda H. Aiken.	Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study	2016	Komparativ studie om omfanget av oppgavedeling i primærhelsetjenesten i 39 land i Europa, USA, Australia og New Zealand

Aiken, Linda H., et al.	Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care	2017	Observasjonsstudie basert på spørreundersøkelserdata fra sykepleiere og pasienter, registerdata om utskrivning og sykehuskarakteristikker. Studien belyser sammenhengen mellom andelen sykepleiere på sykehus og dødelighet, tilfredshet hos pasientene og ulike andre kvalitetsindikatorer.
-------------------------	--	------	--

I tillegg til ovennevnte kunnskapsoppsummeringer og enkeltstudier, gjorde vi et forenklet litteratursøk i databasen PubMed for å undersøke nye studier siste to år, som ikke omfattes av de norske kunnskapsoppsummeringene:

((skill mix[Title]) OR (task shifting[Title])) AND (("2020/01/01"[Date - Publication] : "3000"[Date - Publication]) AND review

Søket ga 19 resultater. Blant disse var fem studier relevante. De ekskluderte studiene gjaldt lav- og middelinntektsland, tannhelse, var skrevet på annet språk enn skandinavisk/engelsk, var protokoller for systematiske kunnskapsoppsummeringer.

- McDermott I, Spooner S, Goff M, Gibson J, Dalgarno E, Francetic I, Hann M, Hodgson D, McBride A, Checkland K, Sutton M. Scale, scope and impact of skill mix change in primary care in England: a mixed-methods study. Southampton (UK): National Institute for Health and Care Research; 2022 May. PMID: 35593786.
- Aurizki GE, Wilson I. Nurse-led task-shifting strategies to substitute for mental health specialists in primary care: A systematic review. *Int J Nurs Pract.* 2022 Mar 13:e13046. doi: 10.1111/ijn.13046. Epub ahead of print. PMID: 35285121.
- Leong SL, Teoh SL, Fun WH, Lee SWH. Task shifting in primary care to tackle healthcare worker shortages: An umbrella review. *Eur J Gen Pract.* 2021 Dec;27(1):198-210. doi: 10.1080/13814788.2021.1954616. PMID: 34334095; PMCID: PMC8330741.
- Lyness E, Parker J, Willcox ML, Dambha-Miller H. Experiences of out-of-hours task-shifting from GPs: a systematic review of qualitative studies. *BJGP Open.* 2021 Aug 24;5(4):BJGPO.2021.0043. doi: 10.3399/BJGPO.2021.0043. PMID: 34158369; PMCID: PMC8450886.
- Boughen M, Fenn T. Practice, Skill Mix, and Education: The Evolving Role of Pharmacy Technicians in Great Britain. *Pharmacy (Basel).* 2020 Mar 26;8(2):50. doi: 10.3390/pharmacy8020050. PMID: 32224904; PMCID: PMC7355578.

## Vedlegg B. Koder i statistikken

Dette vedlegget gir oversikt over sentrale definisjoner og koder i statistikken.

**Tabell 0-1: Næringskoder i statistikken**

Kategori	SN-kode	Beskrivelse av næringsgrupperinger som inngår
<b>Spesialist-helsetjenesten</b>	86-101–86-107	<ul style="list-style-type: none"><li>• alt under næringshovedgruppen sykehustjenester</li><li>• næringsundergruppen somatiske poliklinikker</li></ul>
	86.212–86.225	<ul style="list-style-type: none"><li>• alt under næringsgruppen spesialisert legetjeneste</li></ul>
<b>Primær-helsetjenesten</b>	86.211	<ul style="list-style-type: none"><li>• næringsundergruppene allmenn legetjeneste, hjemmesykepleie, fysioterapitjeneste, helsestasjons- og skoletjeneste og annen forebyggende helsetjeneste</li><li>• alt under næringshovedgruppene</li></ul>
	86.901–86.904	<ul style="list-style-type: none"><li>– pleie- og omsorgstjenester i institusjon</li><li>– institusjoner og bofellesskap innen omsorg for psykisk utviklingshemmede, psykisk helsearbeid og rusmiddelomsorg</li></ul>
	87.101–87.305	<ul style="list-style-type: none"><li>– institusjoner og bofellesskap innen omsorg for eldre og funksjonshemmede</li><li>– sosialtjenester uten botilbud for eldre og funksjonshemmede</li></ul>
	88.101–88.103	<ul style="list-style-type: none"><li>– institusjoner og bofellesskap innen omsorg for eldre og funksjonshemmede</li><li>– sosialtjenester uten botilbud for eldre og funksjonshemmede</li></ul>
<b>Øvrige helse- og sosialtjenester</b>	86.230	<ul style="list-style-type: none"><li>• næringsgruppen tannhelsetjenester</li></ul>
	86.905–86.909	<ul style="list-style-type: none"><li>• næringsundergruppene klinisk psykologtjeneste, medisinske laboratorietjenester, ambulansetjenester og andre helsetjenester</li></ul>
	87.901 og 87.909	<ul style="list-style-type: none"><li>• alt under næringshovedgruppene</li><li>– andre omsorgsinstitusjoner</li></ul>
	88.911–88.999	<ul style="list-style-type: none"><li>– andre sosialtjenester uten botilbud</li></ul>

Kilde: Bygger på rapport fra Nasjonalt senter for distriktsmedisin (Gaski, Abelsen, & Lie, 2016). En vesensforskjell er at Gaski mfl. (2016) bruker betegnelsen «Primærhelsetjenesten (inkl. en rekke sosiale tjenester)» og inkluderer da blant annet barnehage, SFO, barnevern og kommunale sosialkontortjenester, mens vi ekskluderer disse tjenestene fra definisjonen. Samme tabell er presentert av Oslo Economics (2022).

## Vedlegg C. Forutsetninger for kostnadsberegninger

Variabel	Beskrivelse	Anslått verdi	Kilde
Lønn og sosiale kostnader	Heltidsekvivalent avtalt månedslønn inkl. tillegg og bonus. Månedslønn reflekterer kun en andel av kostnaden av arbeidstid. Vi har derfor justert månedslønn for sosiale kostnader (pensjon, arbeidsgiveravgift mv.) ved å oppjustere lønnen (likt for alle yrkesgrupper) med en faktor på 1,3.	Helsefagarbeidere: 41 000 kr Sykepleiere: 47 000 kr Spesialsykepleiere: 56400 kr Farmasøyter: 57 000 kr Fysioterapeuter: 45 000 kr Bioingeniører: 44 000 kr Pleiemedarbeidere: 38 000 kr Helsesekretærer: 38 000 kr Leger i sykehus: 97 000 kr Leger i allmenn legetjeneste: 126 000 kr	Anslag for lønn er basert på tall tilsendt fra Helsedirektoratet, SSBs microdata.no, KS' lønnsstatistikk (KS, 2021) og Oslo Economics (Pedersen, et al., 2020) (Oslo Economics, 2022). Påslag for sosiale kostnader utgjør omtrent 30% av månedslønn (Direktoratet for økonomistyring, 2018)
Arbeidstid	Arbeidstid per uke som en full stilling tilsvarer. Avtalt arbeidstid er antatt 35,5 time per uke for de fleste turnus- og skiftyrker.	Helsefagarbeidere: 35,5 t Sykepleiere: 35,5 t Spesialsykepleiere: 35,5 t Farmasøyter: 35,5 t Fysioterapeuter: 35,5 t Bioingeniører: 35,5 t Pleiemedarbeidere: 35,5 t Helsesekretærer: 37,5 t Leger i sykehus: 41 t Leger i allmenn legetjeneste: 45 t	Arbeidstid for allmennleger og sykehusleger er anslag basert på SSBs microdata.no og tidligere kartlegginger Oslo Economics har gjort av arbeidssituasjonen for allmenn- og sykehusleger (Pedersen, et al., 2020)
Tid til opplæring og annen interntid	Prosentvis tid av arbeidstiden som går til opplæring, kurs og annen interntid	Anslår 2% av arbeidstiden for alle yrkesgrupper utenom sykehusleger. På grunn av avsatt tid til forskningspermisjon anslår vi 5% for sykehuslegene	Anslag basert på omfanget av gjeldende kompetanseordninger.
Sykefravær	Sykefraværprosent	Helsefagarbeidere: 8% Sykepleiere: 7,7% Spesialsykepleiere: 7,7% Farmasøyter: 7,7% Fysioterapeuter: 7,7% Bioingeniører: 7,7% Pleiemedarbeidere: 8% Helsesekretærer: 7,7% Leger i sykehus: 2% Leger i allmenn legetjeneste: 2%	Anslag basert på sykefraværdata fra NAV (2019-tall)(NAV, 2021). <a href="https://sykepleien.no/2021/03/sykepleiere-har-nest-hoyest-sykefravaer-blant-helsepersonell">https://sykepleien.no/2021/03/sykepleiere-har-nest-hoyest-sykefravaer-blant-helsepersonell</a>

<p>Utdanningskostnader</p>	<p>Utdanningskostnader er summen av direkte kostnader til utdanning og produksjonstap per år i utdanning. Produksjonstap per år i utdanning er anslått å tilsvare årslønnen til en helsefagarbeider. For enkelte yrkesgrupper har vi ikke hatt tilgjengelig tall på den direkte utdanningskostnaden, og vi har måttet anslå omtrentlig kostnad.</p>	<p>Helsefagarbeidere: 670 000 kr          Sykepleiere: 2 134 000 kr          Spesialsykepleiere: 3 557 000 kr          Farmasøyter: 3 932 000 kr          Fysioterapeuter: 2 632 000 kr          Bioingeniører: 2 134 000 kr          Pleiemedarbeidere: 0 kr          Helsesekretærer: 672 000 kr          Leger i sykehus: 7 148 000 kr          Leger i allmenn legetjeneste: 7 148 000 kr</p>	<p>Dirkete kostnad til utdanning: NIFU/Deloitte: Hva koster en student? En kostnadskartlegging av universiteter og høyskoler, Rapport 52/2014.</p>
<p>Antall år i arbeid</p>	<p>Antall år i arbeid er differansen mellom start- og sluttalder i arbeidslivet. Vi bruker medianalder ved endt studie som en indikator på når de ulike yrkesgruppene starter i arbeid. Avgangsalder fra yrket er utfordrende å estimere, da det finnes lite tilgjengelig statistikk. For enkelte yrkesgrupper har vi data fra på gjennomsnittlig avgangsalder til alderspensjon og vi har estimert avgangsalder for de øvrige yrkene basert på hva vi vet om forholdstall mellom ulike yrkesgrupper.</p>	<p>Helsefagarbeidere: 42 år          Sykepleiere: 40 år          Spesialsykepleiere: 34 år          Farmasøyter: 40 år          Fysioterapeuter: 42 år          Bioingeniører: 42 år          Pleiemedarbeidere: 36 år          Helsesekretærer: 46 år          Leger i sykehus: 41 år          Leger i allmenn legetjeneste: 41 år</p>	<p>Medianalder ved endt utdanning: (Dirketoratet for høyere utdanning og kompetanse, 2022)          Avgangsalder til alderspensjon: (KLP, 2021)</p>

*[www.osloeconomics.no](http://www.osloeconomics.no)*

post@osloeconomics.no  
Tel: +47 21 99 28 00  
Fax: +47 96 63 00 90

Besøksadresse:  
Kronprinsesse Märthas plass 1  
0160 Oslo

Postadresse:  
Postboks 1562 Vika  
0118 Oslo