

Ketil Bråthen og Leif E. Moland

---

# **Ny oppgavedeling i helse- og omsorgssektoren**

En undersøkelse  
blant helsefagarbeidere,  
helsesekretærer og portører



Ketil Bråthen og Leif E. Moland

## **Ny oppgavedeling i helse- og omsorgssektoren**

En undersøkelse blant helsefagarbeidere,  
helsesekretærer og portører

Fafo-rapport 2023:07

Fafo-rapport 2023:07

© Fafo 2023

ISBN 978-82-324-0676-0

ISSN 2387-6859

# Innhold

---

<b>Forord</b> .....	<b>4</b>
<b>Sammendrag</b> .....	<b>5</b>
<b>Innledning</b> .....	<b>7</b>
1.1 Om oppdraget .....	7
1.2 Bakgrunn .....	7
1.3 Problemstillinger .....	8
1.4 Ansatte i sektoren .....	9
1.5 Tverrfaglig samarbeid .....	10
1.6 Gevinster ved god oppgavedeling .....	11
1.7 Kobling til nærliggende temaer .....	11
1.8 Metode.....	11
<b>2 Oppgavedeling</b> .....	<b>14</b>
2.1 Noen norske eksempler fra litteraturen.....	15
2.2 Oppsummering .....	19
<b>3 Caseundersøkelser på sykehus og i kommunene</b> .....	<b>21</b>
3.1 Portørene: Samarbeid mellom sykehus, skole og sykehjem.....	21
3.2 Helsesekretærer: nye oppgaver ved Stavanger universitetssjukehus .....	23
3.3 Helsefagarbeidere og assistenter i Bodø: «Optimal bruk av kompetanse» .....	26
<b>4 Oppsummering</b> .....	<b>35</b>
4.1 Mye oppgavedeling er planlagt og styrt.....	35
4.2 I øvre del av utdanningen .....	35
4.3 Rett kompetanse til riktig oppgave .....	36
4.4 Lite profesjonskamp .....	36
4.5 Bredde versus spissing av oppgaver .....	36
4.6 Oppgavedeling og hele stillinger .....	37
4.7 Medarbeiderdrevet innovasjon .....	37
<b>Litteratur</b> .....	<b>39</b>

# Forord

---

Denne studien er finansiert og gjennomført på initiativ fra arbeidstakerorganisasjonen Delta. I rapporten beskriver vi eksempler på oppgavedeling blant portører, helsesekretærer og helsefagarbeidere i sykehus og i helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Dette har vært et spennende arbeid, og vi ønsker å takke vår oppdragsgiver for oppdraget. En særlig takk til Einar Hanisch og Else Marie Brodshaug for gode møter underveis i arbeidet og for kommentarer til manuset.

Takk til alle tillitsvalgte, ledere og ansatte som har stilt opp til intervjuer og bistått med andre opplysninger. Rapporten inneholder en del sitater fra intervjuer. Fordi antall informanter er ganske lite og oversiktlig, har vi av personvern hensyn latt være å oppgi den sitertes rolle i kommunen eller på sykehuset.

Ved Fafo har forskningsleder Terje Olsen vært kvalitetssikrer og takkes for grundig gjennomlesing og gode kommentarer. Informasjonsavdelingen ved Fafo skal også ha takk for å ha ferdigstilt rapporten for publisering.

Rapporten er kommet til som et samarbeid mellom Leif E. Moland og Ketil Bråthen. Vi har gjennomført datainnsamlingen sammen. Moland har skrevet om Bodø, mens Bråthen har skrevet om de andre eksemplene. Han har også hatt hovedansvaret for litteraturgjennomgangen.

Oslo, januar 2023

Ketil Bråthen og Leif E. Moland

# Sammendrag

---

Denne rapporten er finansiert og gjennomført på initiativ fra arbeidstakerorganisasjonen Delta. I rapporten har vi sett nærmere på oppgavedeling innenfor yrkesgruppene portører, helsesekretærer og helsefagarbeidere. Vi har gjennomgått litteratur, samt gjennomført tre casestudier. Følgende to problemstillinger har ligget til grunn for arbeidet:

- 1 Hvordan kan ansatte med ulik kompetanse brukes bedre og mer hensiktsmessig enn i dag?
- 2 Hva hemmer og fremmer god oppgavedeling mellom de tre utvalgte yrkesgruppene og andre yrkesgrupper med overlappende eller tangerende arbeidsoppgaver?

Gjennomgangen av litteratur og funn fra tre forsøk i kommuner og helseforetak viser at arbeidet for bedre oppgavedeling er i ferd med å bli forholdsvis utbredt i helse- og omsorgssektoren, både i kommuner og på sykehus. Særlig gjelder dette oppgaver som overføres fra sykepleiere og andre yrkesgrupper med treårig høyskoleutdanning til yrkesgrupper med fagutdanning, men også til ansatte uten formell helsefaglig utdanning. Mye av denne oppgavedelingen skjer som følge av planlagt og styrt arbeid, mens noe har preg av å være nødløsninger.

## **Øvre del av utdanningen**

Endringer i oppgavedeling på et tjenestested fører til at ansatte med helsefaglig utdanning bruker mer tid på å gjøre oppgaver de er utdannet til. Det innebærer samtidig at de bruker mindre tid på oppgaver som ikke krever deres kompetanse. I caseundersøkelsen har vi flere ganger kommet over utsagn om at en yrkesgruppe som helsefagarbeidere eller helsesekretærer har begynt å gjøre oppgaver som ligger til deres utdanning, men som tidligere vanligvis ikke har vært utført av yrkesgruppen ved det aktuelle sykehuset eller kommunen. Dette har medført at yrkesgruppen heller ikke har fått trening i å gjøre disse oppgavene, som er i «øvre del» av utdanningen deres. Dette handler om at disse oppgavene som oftest utføres av andre yrkesgrupper. Det kan være ulike grunner til at det er slik, men begrunnelsene vi gjerne har hørt, viser til tradisjon og til at det alltid har vært slik.

## **Rett kompetanse til riktig oppgave**

Det å ha personell med riktig kompetanse er avgjørende for at brukere skal få forsvarlig og god helsehjelp. Flere peker derfor på utfordringer tjenestene i mange kommuner har med at mange arbeider deltid, vakanser og rekruttering. Flere steder er det også en forholdsvis høy andel ansatte uten formell helsefaglig kompetanse. En utfordring kan være at denne gruppen ikke er spesialisert til å gjøre oppgaver som ikke trenger helsefaglig kompetanse. I rapporten vises det til et eksempel som illustrerer at man med oppgavedeling kan sørge for at ansatte uten formell helsefaglig kompetanse får en legitim plass i personalgruppen. Dette skjer gjennom ny oppgavedeling som bidrar til at helsepersonell med ulike utdanninger ikke bruker mye ressurser på å utføre oppgaver som kolleger med lavere utdanningsnivå med fordel kunne ha gjort.

### **Medarbeiderdrevet innovasjon**

I casegjennomgangen viser vi til begrepet medarbeiderdrevet innovasjon. I det første forsøket med ny oppgavedeling i Bodø kommune har de ansattes medvirkning vært tydelig. De ansatte har engasjert seg og kommet med endringsforslag til ledelsen, heller enn omvendt. Tidligere forskning har vist at prosjekter for å utvikle heltidskultur i helse- og omsorgssektoren kan være vanskelige å gjennomføre på grunn av manglende oppslutning fra ledere og ansatte (Bråthen & Moland, 2022). I eksempelet fra Bodø ser det derimot ut til at man gjennom arbeidet med ny oppgavedeling har lyktes i å involvere og engasjere de ansatte gjennom å arbeide praktisk og oppgavenært. I Bodø kommunes pilotprosjekt er den første fasen som vi har fulgt, et godt eksempel på medarbeiderdrevet innovasjon. Denne formen for utviklingsarbeid har vist seg å gi gode effekter både på løsningsforslag og oppslutningen om disse, som ny oppgavedeling i tjenestene.



# Innledning

---

## 1.1 Om oppdraget

I februar 2022 ble Fafo bedt av arbeidstakerorganisasjonen Delta å se nærmere på kunnskap og erfaringer med oppgavedeling<sup>1</sup> innfor helse- og omsorgssektoren i kommunene og på sykehus. Delta skrev i sin henvendelse til Fafo at bedre oppgavedeling og utnyttelse av ulike yrkesgruppers kompetanse vil kunne bidra til en bedre utnyttelse av personalressursene og slik også bidra til å møte den økende etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester. Delta ønsket derfor en oversikt over hvordan man kan få til bedre oppgavedeling, samt hva som hemmer og fremmer dette arbeidet. Fafo har løst dette oppdraget ved å gjennomføre en todelt undersøkelse:

- 1 Gjennomgang av aktuell litteratur om oppgavedeling med eksempler fra kommuner og sykehus basert på forliggende litteratur.
- 2 En undersøkelse som studerer tre særlig interessante forsøk med oppgavedeling. Denne undersøkelsen har gitt innsikt i flere ulike prosjekter med oppgavedeling, som blant annet kan belyse hva som hemmer og fremmer arbeidet sett fra involverte aktørers ståsted.

Til sammen utgjør gjennomgangen av litteratur og undersøkelsen av særlig interessante eksempler grunnlaget for denne kunnskapsoppsummeringen.

## 1.2 Bakgrunn

Ifølge Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 (Meld. St. 7 (2019-2020)) må antall årsverk i helse- og omsorgstjenestene økes med 35 prosent fram mot 2035, dersom det ikke iverksettes tiltak for bedre utnyttelse av tilgjengelige ressurser. Tallene er basert på Statistisk sentralbyrås (SSB) beregninger og formidlet blant annet i rapportene *Etterspørselen etter omsorgsplasser med heldøgnsbemanning mot 2060* (Holmøy, Hjemås & Haugstveit, 2020) og *Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035* (Hjemås, Zhiyang, Kornstad & Stølen, 2019). Det blir med andre ord større etterspørsel etter arbeidskraft, særlig etter yrkesgrupper med høy utdanning. Med de samme forutsetningene er forventet etterspørsel etter sykepleiere i 2035 på ca. 125 000. Dette gir ifølge Hjemås m.fl. (2019) en underdekning på rundt 28 000. Samtidig utvikler det seg en mangel på blant annet helsefagarbeidere, vernepleiere, ergoterapeuter og jordmødre. En økning i antall utdannede vil ikke være tilstrekkelig til å møte den forventede etterspørselen av denne kompetansen. Utfordringen blir ikke mindre når det må utdannes to helsearbeidere for å få dekket ett årsverk (Abrahamson, 2002). Ifølge KS og Spekter er rekrutteringsutfordringene særlig store i kommunesektoren, som vil mangle 45 000 ansatte for å møte tjenestebehovet om ca. ti år

---

<sup>1</sup> Endringer i oppgavedelingen mellom yrkesgrupper gjør at det har utviklet seg nye begreper: oppgaveglidning, jobbglidning, oppgaveoverføring, oppgaveforskyvning, eller som vi bruker her oppgavedeling eller ny oppgavefordeling. Det er altså flere begreper som fanger opp fenomenet. På engelsk brukes ofte betegnelser som skill mix, task substitution og task shifting (Meld. St.13 (2011–2012): 43, Devik & Olsen 2022: 7).

med dagens organisering. Når de samme arbeidsgiverorganisasjonene ser framover, er det verken ønskelig eller mulig å møte det økte tjenestebehovet ved alene å øke bemanningen.

Denne tjeneste- og bemanningsutfordringen har vært varslet lenge (Holmøy m.fl., 2014), og bedre organisering av tjenester og personell har i en årrekke vært et sentralt tema for både myndigheter og forskere.  *Rett person på rett plass* (til rett tid) var tittelen på Sosial- og helsedepartementets handlingsplan for helse- og omsorgspersonell 1998–2001. Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008–2009)) hadde undertittelen  *Rett tjeneste på rett sted til rett tid*. Dag Hofoss skrev flere rapporter tidlig på 1980-tallet om oppgavefordeling i helsetjenestene, mens Moland skrev om misnøye med oppgavedeling som et arbeidsmiljøproblem i 1997. Moland og Gautun (2002) skrev om hvordan små stillinger står i veien for fornyelse av helse- og omsorgssektoren. Blant nyere studier om arbeidstid og oppgavedeling finner vi Ingelsrud og Falkum (2017, 2019). I 2022 har det kommet litteraturstudier som tar for seg erfaringer med oppgavedeling i både Norge og utlandet (Devik & Olsen, 2022).

Tidligere forskning har dokumentert at det i mange kommuner benyttes arbeidskraft med lavere kompetanse enn normert (Moland & Bråthen, 2021b; Gautun, 2012, 2020). Det er også en utstrakt bruk av vikarer<sup>2</sup> og ansatte i små deltidsstillinger, gjerne uten helsefaglig utdanning (Moland & Schanche, 2019). Dette fører til at brukerne møter mange tjenesteytere de ikke kjenner og som ikke kjenner dem (Moland & Bråthen, 2019). Lederne av tjenestene må bruke mye tid på opplæring og veiledning av «flyktig» arbeidskraft, og arbeidsdagene blir ikke så godt gjennomført som de kunne ha vært (Moland, 2015). Tjenestekvaliteten svekkes (Bråthen, 2016).

### 1.3 Problemstillinger

Som vist i forrige avsnitt, er det slik at antallet personer som har behov for helsetjenester, overstiger kapasiteten i helsesektoren. Mangelen på personell med helsefaglig utdanning vil tilta i årene som kommer. En av løsningene på disse utfordringene kan være oppgavedeling (Leonardsen, 2020).

I denne rapporten ser vi nærmere på konkrete erfaringer med ny oppgavedeling og hvilke faktorer som fremmer og hemmer dette. Vi antar at kompetanseutvikling og opplæringstiltak, men også forankring på ledernivå, vil være viktige faktorer for å omorganisere oppgavefordelingen innen og mellom yrkesgrupper slik at begrensede fagressurser utnyttes på en bedre måte.

I dette prosjektet har vi hatt følgende to problemstillinger som utgangspunkt for arbeidet:

- 1 Hvordan kan ansatte med ulik kompetanse brukes bedre og mer hensiktsmessig enn i dag?
- 2 Hva hemmer og fremmer god oppgavedeling mellom de tre utvalgte yrkesgruppene og andre yrkesgrupper med overlappende eller tangerende arbeidsoppgaver?

#### Tre yrkesgrupper og deres tverrfaglighet

I denne rapporten vil vi se nærmere på følgende yrkesgrupper: helsefagarbeidere, helsesekretærer og portører.<sup>3</sup>

---

<sup>2</sup> <https://sykepleien.no/2020/12/kommunene-brukte-12-milliarder-pa-leie-inn-vikarer-i-fjor>

<sup>3</sup> Opprinnelig var tanken å inkludere vernepleiere som den fjerde yrkesgruppen i denne undersøkelsen. Etter de innledende intervjuene og litteraturgjennomgangen valgte vi å ikke inkludere vernepleierne i denne undersøkelsen, blant annet som følge av foreslåtte caseprosjekter.

- Helsefagarbeidere arbeider i spesialisthelsetjenesten, i psykisk helsevern på alle nivåer og i institusjoner og varierte omsorgs- og behandlingstilbud i kommunal og privat sektor. Helsefagarbeideren utfører praktisk pleie, omsorg og miljøarbeid for pasienter og brukere av helse- og sosialtjenesten. For å kunne bruke yrkestittelen helsefagarbeider kreves fagbrev og autorisasjon fra Helsedirektoratet.
- Helsesekretær er sekretær tilpasset helsevesenet. Det er de som gjerne møter pasienten først, for eksempel på et legekontor eller et sykehus. Helsesekretæren bidrar derfor ofte med å vurdere medisinsk hjelp til pasienten. Tittelen som helsesekretær fordrer et treårig utdanningsløp på videregående skole og autorisasjon som helsepersonell.
- Portører transporterer pasienter, medisiner og utstyr på sykehus eller behandlingstilbud. Portøren har i noen tilfeller også administrativt ansvar, som for eksempel å administrere portøroppdrag, besvare telefoner, ta imot varer, ha ansvar for lager og sortere post. Portørene har de siste årene fått et stadig større ansvar og mer spesialiserte arbeidsoppgaver. Det kreves ingen formell utdanning for å jobbe som portør, men fra 2016 ble det mulig å ta fagbrev for portører. Veien til fagbrev i portøryrket går ellers via videregående skole, helse- og oppvekstfag det første og andre året. Deretter kan man bli lærling i portørfaget.

## 1.4 Ansatte i sektoren

For å få en kort oversikt over de tre yrkesgruppene har vi laget to tabeller. Den første viser antall sysselsatte og årsverk blant sykepleiere, helsefagarbeidere, vernepleiere og helsesekretærer i 2016 og 2020. Sykepleierne er tatt med fordi de er en yrkesgruppe som utfører oppgaver som dels overlapper og dels kan overlappes med oppgaver helsefagarbeidere, vernepleiere, helsesekretærer og portører utfører/kan utføre.

Tabell 1.1 Sysselsatte sykepleiere, helsefagarbeidere, helsesekretærer og vernepleiere. Kilde: SSB/Helsedirektoratet 2021a og b.

Yrkesgruppe	2016	2020	Endring
<b>Sykepleier (4 hovedgrupper)</b>			
Årsverk	37 338	41 858	4520
Sysselsatte	42 984	46 792	3808
Årsverk/Sysselsatte	0,87	0,89	0,03
<b>Helsefagarbeider</b>			
Årsverk	47 030	50 099	3069
Sysselsatte	62 811	65 202	2391
Årsverk/Sysselsatte	0,75	0,77	0,02
<b>Helsesekretær</b>			
Årsverk	2588	2715	127
Sysselsatte	3161	3226	65
Årsverk/Sysselsatte	0,82	0,84	0,02

Det finnes ikke så mye tallbasert informasjon om portørene. De er ikke så mange, og de er ikke oppført i noen av oversiktene fra Helsedirektoratet. De framkommer heller ikke som egen yrkesgruppe i lett tilgjengelige tall fra SSB, som presenterer dem under betegnelsen «andre pleiemedarbeidere/annet pleie- og omsorgspersonell». De beste

kildene om portørene er hjemmesidene til Delta, Fagforbundet og Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse (Utdanning.no). I tallene fra Helsedirektoratet (som ikke er gjengitt her)<sup>4</sup> inngår portørene enten i samlegruppen «pleiemedhjelper/pleieassistent (mm) m/annen helseutdanning» eller «personell uten helse- og sosialfaglig utdanning».<sup>5</sup> Disse utgjør henholdsvis 4 og 29 prosent av alle sysselsatte i sektoren.<sup>6</sup>

Så langt vi foreløpig har klart å finne ut, er det sysselsatt 556 portører. Med unntak av noen av de største helsehusene, jobber de fleste portørene i sykehus. Det er ifølge Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse 32 lærlinger.

Tabell 1.2 Antall portører og lærlinger fordelt på fylker. Kilde: Utdanning.no.

Fylke	Sysselsatte	Lærlinger
Agder	14	1
Innlandet	15	0
Møre og Romsdal	14	0
Nordland	25	4
Oslo	111	1
Rogaland	36	7
Troms og Finnmark	27	3
Trøndelag	60	0
Vestfold og Telemark	29	2
Vestland	125	8
Viken	100	6
Sum	556	32

## 1.5 Tverrfaglig samarbeid

Alle de aktuelle yrkesgruppene vil typisk inngå i tverrfaglig samarbeid enten de arbeider på sykehus eller innenfor de kommunale helse- og omsorgstjenestene. I Danmark har portører fått utvidede pleieoppgaver, blant annet som fast vakt for en del urolige pasienter, oppgaver som typisk har vært bemannet med helsefagarbeidere eller sykepleiere (Wefald & Aalborg, 2012). Tilsvarende eksempler har man også ved at helsesekretærer overtar flere merkantile oppgaver fra både leger og sykepleiere, slik at de kan bruke sin primære kompetanse på den mest effektive måten for pasientene. Helsefagarbeidere har på sin side fått større ansvar og andre oppgaver innenfor klinisk arbeid og mulighet til å spesialisere seg på utvalgte sykdommer og diagnoser, arbeid som tradisjonelt har vært utført av sykepleiere og leger.<sup>7</sup>

<sup>4</sup> Helsedirektorat 2021b: Personell og kompetanse i tjenestene K 2020. Side 5, tabell 1.

<sup>5</sup> Dersom høyeste fullførte utdanning er Portørfaget, Vg3 vil de havne i gruppen «pleiemedhjelper/pleieassistent (mm) m/annen helseutdanning» fordi de har en helserelatert utdanning på videregående nivå. Hvis de heller ikke har fullført noen annen helse- og sosialfaglig utdanning, vil de havne i «personell uten helse- og sosialfaglig utdanning».

<sup>6</sup> Helsedirektorat 2021b: Personell og kompetanse i tjenestene K 2020. Side 41, figur 3.

<sup>7</sup> <https://www.legeforeningen.no/contentassets/64392179f28542eaabd09f1c52d5d997/overlegen-1-2012.pdf>

## 1.6 Gevinster ved god oppgavedeling

Man kan tenke seg at bedre oppgavedeling vil gi gevinster for flere aktører. Oppgavedeling ses ofte på som virkemiddel for å drive økonomisk effektivt i helse- og omsorgssektoren. Oppgavedeling handler om å sette inn den kompetansen som trengs, når den trengs, og ikke «sløse» med knappe personellressurser ved for eksempel å la sykepleiere utføre arbeidsoppgaver som helsefagarbeidere kunne utført med like godt resultat.

Arbeidet med ny oppgavedeling skal også møte utfordringene med å rekruttere tilstrekkelig med sykepleiere, helsefagarbeidere, og andre yrkesgrupper med formell helsefaglig kompetanse. På bakgrunn av dette har virksomheter i noen kommuner gjennomgått sykepleiernes arbeidsoppgaver for å se på hvilke oppgaver som kan flyttes over til helsefagarbeidere og andre yrkesgrupper med formell helsefaglig kompetanse. Hensikten er å redusere presset på sykepleierressursene, at sykepleierne i større grad skal få praktisert faget sitt, og at andre yrkesgrupper kan få økt ansvar og mulighet til å utvikle sin egen profesjon. Dette kan bidra til å styrke fagmiljøene, og det ses på som positivt med hensyn til rekruttering og å skape interessante arbeidsplasser hvor medarbeiderne blir værende. Brukerperspektivet er også sentralt ved oppgavedeling. En god oppgavedeling kan bidra til å heve kvaliteten med tjenester tilpasset individuelle behov, ved at de ulike oppgavene som sammen utgjør tjenesten, ivaretas av medarbeidere med spisskompetanse på det faglige.

## 1.7 Kobling til nærliggende temaer

Endringer i oppgavedeling har ringvirkninger for arbeidet virksomheten gjør med kompetanseheving blant medarbeiderne. Når oppgaver flyttes fra én yrkesgruppe til en annen, er det sentralt at mottakerne av de nye oppgavene har tilstrekkelig kunnskap og kompetanse til å oppleve faglig trygghet i utøvelsen av dem. Ulike tiltak for å heve både praktisk og teoretisk kunnskap kan være nødvendige for å gi det faglige påfyllet som trengs. Kravet om faglig forsvarlighet setter rammene for hva som er mulig når det gjelder oppgavedeling.

Et annet moment dreier seg om stillingsstørrelse. Heltidsstillinger (eller store deltidsstillinger) er viktig for at kompetansevirksomheter skal lykkes med ny oppgavedeling. Mange små stillinger fører til fattige læringsmiljøer (Moland m.fl., 2010; Moland & Bråthen, 2012, s. 47). Dette skyldes dels at slike arbeidssteder vil ha mange ansatte uten helsefaglig utdanning, dels at mange deltidsansatte ikke er så interessert i faglig utvikling, og dels at deltidsansatte som er interessert i faglig utvikling, ikke er tilstrekkelig til stede på jobb til å kunne utvikle nødvendige faglige ferdigheter eller ta utviklende ansvarsoppgaver. Det er med andre ord vesentlig at medarbeidere som tilføres nye oppgaver gjennom oppgavedeling jobber i store stillinger.

## 1.8 Metode

Denne kunnskapsoppsummeringen består av en forenklet litteraturgjennomgang og tre casestudier av arbeid med oppgavedeling i kommuner og sykehus. I de neste avsnittene beskriver vi dette nærmere.

### Enkel litteraturgjennomgang

En kunnskapsoppsummering skal formidle den sentrale kunnskapen som er produsert på det aktuelle feltet. Det innebærer at man ikke nødvendigvis har gjennomgått

alt som er publisert om temaet, men at man skal gjøre en faglig vurdering av bidragene og formidle en sentral del av denne kunnskapen.

I dette arbeidet har vi gjort søk i databaser for vitenskapelige publiseringer som Idunn, men også i brede søkemotorer som Google Scholar. Vi startet arbeidet med noen ganske brede søkeord som «oppgavedeling +kommune», «oppgavedeling +sykehus», «oppgaveglidning» mv. Disse søkene returnerte svært mange treff, herunder mange masteroppgaver. Mange av disse treffene viste seg å være lite relevante for vårt formål og de yrkesgruppene vi har hatt søkelys på i denne rapporten. Vi snevret derfor søkene inn ved å legge til yrkesgruppene helsefagarbeidere, helsesekretærer og portører i søkeordene våre. Videre snevret vi inn søket ved å inkludere forskningsrapporter (herunder litteraturgjennomganger) og artikler i akademiske tidsskrifter, men valgte å ekskludere masteroppgaver. Vi satte også som krav at studiene skulle være basert på norske forhold, i tillegg ekskluderte vi ikke-empiriske studier. Vi har med andre ord justert både søkestrategien og inklusjonskriteriene underveis i prosessen. Dette ser vi på som en hensiktsmessig søkestrategi, og noe som har bidratt til å belyse problemstillingene på en god måte. Det vil si at studier i mindre grad har blitt ekskludert med utgangspunkt kvalitetskriterier knyttet til vitenskapelig standard. Vi vurderer dette som riktig i dette tilfellet, der en slik gjennomgang av litteratur ikke begrenses til fagfelleverderte publikasjoner, men også omfatter utredninger, analyser og oppdragsforskning i rapportform. I arbeidet har vi i tillegg gjennomgått litteraturlistene til et stort antall rapporter og litteraturgjennomganger for å finne interessante referanser. Da dette arbeidet var gjennomført, satt vi igjen med om lag 15 relevante arbeider, og en del av disse er inkludert i gjennomgangen i kapittel 2.

### Forsøk med oppgavedeling

I tillegg til litteraturgjennomgangen har vi sett nærmere på forsøk med oppgavedeling i tre case. Dette arbeidet startet med at vi intervjuet lederne av fire relevante yrkesorganisasjoner i Delta. Deretter intervjuet vi fire hovedtillitsvalgte for Delta fra kommune- og sykehussektoren. To av disse intervjuene ble gjennomført som gruppeintervjuer med henholdsvis fire og tre deltakere og varte i om lag én time, mens ett intervju ble gjennomført individuelt. Alle deltakerne i de innledende intervjuene arbeider strategisk med oppgavedeling. Disse intervjuene ga derfor bakgrunnsinformasjon om oppgavedeling fra interessante forsøk og prosjekter i kommuner og på sykehus. Til sammen utgjør dette åtte intervjuer.

Tabell 1.3 Oversikt over informanter.

Case	Antall informanter
Innledende intervjuer	8 (tillitsvalgte)
Bodø kommune	3 (prosjektleder og tillitsvalgte)
Portører SUS/Lervig sykehjem/ Bergeland VGS	3 (tillitsvalgte, lærer og ansatt)
Helsesekretærer SUS	2 (leder og tillitsvalgt)
Totalt antall informanter	16

Etter denne innledende undersøkelsen valgte vi ut tre case. Det første caset omhandler portører med nye oppgaver ved Stavanger universitetssjukehus, Lervig sykehjem og Bergeland videregående skole. Det andre caset omhandler nye oppgaver knyttet til blodprøvetaking blant helsesekretærer og helsefagarbeidere ved Stavanger

universitetssjukehus. Det tredje caset vi har undersøkt er knyttet til oppgavedeling i Bodø kommune. I disse tre casene er det til sammen intervjuet åtte personer. Noen av dem har blitt intervjuet individuelt, mens andre har blitt intervjuet som en del av et gruppeintervju. Felles for alle intervjuer er at de har foregått digitalt ved hjelp av Teams. Sett under ett har derfor 16 personer blitt intervjuet som en del av undersøkelsen i dette prosjektet. I tillegg til intervjuene har vi også studert tilsendte dokumenter fra casene der dette forelå.

## 2 Oppgavedeling

---

Helsevesenet står overfor en rekke utfordringer i dag og i årene som kommer. Økonomisk press, forventet helsepersonellmangel og teknologisk utvikling gjør det nødvendig å tenke nytt om ledelse og organisering. Arbeidet for å utvikle mer attraktive arbeidsplasser og bedre utnyttelse av personalressursene kan skje på en rekke områder. Blant disse er å utvikle et mer bærekraftig arbeidsmiljø og sterkere fagmiljøer, redusere omfanget av høy vikarbruk og små stillinger, øke bruken av arbeidsbesparende hjelpemidler og bedre organiseringen av arbeidstid og arbeidsoppgaver.

Endringer i oppgavedelingen innen og mellom yrkesgruppene er en del av et løpende utviklingsarbeid for å bedre ressursutnyttelsen og øke fleksibiliteten (Meld. St. 13 (2011–2012), s. 43).<sup>8</sup> Oppgavedeling blir trukket fram i forskning og offentlige dokumenter som veien å gå for å sikre framtidens helse- og omsorgstjenester. Oppgaveglidning kan derfor ses på som en endring av tradisjonell oppgavefordeling, innad i eller mellom yrkesgrupper. Dette kan for eksempel dreie seg om overføring av oppgaver fra sykepleiere til helsefagarbeidere, vernepleiere, helsesekretærer eller portører (vertikalt), eller for eksempel mellom grupper av leger med ulik faglig bakgrunn (horisontalt). Oppgaver kan også fordeles mellom helsetjenestenivåer, for eksempel mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, eller fra spesialisthelsetjenesten i sykehus til spesialisthelsetjenesten utenfor sykehus. Det er vesentlig å merke seg at ved overføring av oppgaver innenfor én virksomhet flyttes individansvaret til den som utfører oppgaven, mens systemansvaret opprettholdes på samme måte som før i virksomheten. Det finnes flere ulike definisjoner av oppgavedeling, og en mye benyttet definisjon er utarbeidet av Sibbald og medforfattere. Sibbald m.fl. (2004) beskriver at oppgavedeling kan foregå ved å:

- 1 Utvide rollen eller ferdighetene til en faggruppe.
- 2 Erstatte eller delegere oppgaver ved å utveksle arbeid fra en faggruppe til en annen.
- 3 Etablere nye funksjoner eller arbeidsoppgaver.

Oppgavedeling kan derfor ses på som endringer i oppgavefordelingen innad i eller mellom yrkesgrupper. Dette kan altså skje ved å utvide rollen eller ferdighetene til en gruppe ved å erstatte eller delegere oppgaver gjennom å etablere nye funksjoner eller arbeidsoppgaver. Videre kan vi si at oppgavedeling kan foregå vertikalt fra høyere til lavere kompetansenivå, for eksempel fra sykepleier til helsefagarbeider. Deling eller overføring av oppgaver kan også skje horisontalt, eksempelvis fra bioingeniør til sykepleier. Oppgavedeling kan videre beskrives slik Nancarrow og Borthwick (2005) gjør det i sitt arbeid om dette:

---

<sup>8</sup> Endringer i oppgavefordeling mellom personellgrupper har gjort at det har utviklet seg nye begreper: oppgaveglidning, jobbglidning, oppgaveoverføring, oppgaveforskyvning, oppgavedeling eller ny oppgavefordeling. Det er altså mange begreper som fanger opp fenomenet. På engelsk brukes betegnelser som skill mix, task substitution og task shifting når en personellgruppe tar over for en annen (St.meld. 13 (2011–2012), s. 43).



- Diversifisering, som innebærer utvidelse av faglig repertoar for en yrkesgruppe.
- Spesialisering, som innebærer at enkelte innen en yrkesgruppe utvikler en større kompetanse innenfor en spesifikk del av faget.
- Horisontal og vertikal substitusjon, som innebærer at en yrkesgruppe med likt utdanningsnivå (horisontalt) eller ulikt utdanningsnivå (vertikalt) utfører arbeid som vanligvis hører til annen yrkesgruppe.

## 2.1 Noen norske eksempler fra litteraturen

De siste par årene har det blitt rettet mye oppmerksomhet mot oppgavedeling i norske kommuner og på sykehus. Parallelt med at oppgavedeling har fått økt oppmerksomhet i helse- og omsorgssektoren, har det også blitt publisert mye om temaet enn før. Dette gjelder både forskningsartikler, evalueringsrapporter så vel som kommuner og sykehus sine egne skriftlige notater. Det siste året har det dessuten kommet en norsk litteraturgjennomgang som tar for seg både norske og internasjonale erfaringer med oppgavedeling (se Devik & Olsen, 2022).

I de kommende avsnittene skal vi se nærmere på noe av kunnskapen som omhandler norske erfaringer med ny oppgavedeling i helse- og omsorgssektoren.

Aagestad m.fl. (2021) utarbeidet i fjor en kunnskapsoppsummering om organisering, kompetanse og heltidskultur i kommunale helse- og omsorgstjenester. Her framgår det at mye av litteraturen om oppgavedeling dreier seg om sykepleiere og yrkesgrupper de samhandler mest med. I helse- og omsorgstjenestene i kommunene vil dette gjerne være helsefagarbeidere. De skriver at dette

«... dreier seg om at spesifikke sykepleieroppgaver utføres av helse- og omsorgsarbeidere etter systematisk opplæring. Erfaringene fra denne form for kompetanseglidning og oppgaveoverføring er todelt. Noen synes dette er faglig utviklende og stimulerende, mens andre har mindre lyst til å få utvidet ansvar til å gjennomføre slike oppgaver. I flere land utøver sykepleiere i hjemmetjenesten oppgaver som tradisjonelt er forbeholdt leger. I Norge har det så langt ikke vært praktisert, men i 2018 fikk Helsedirektoratet i oppdrag å utvikle forslag til en nasjonal studieplan for en ny masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie på 120 studiepoeng rettet mot behovene i kommunale helse- og omsorgstjenester. Det betyr at på sikt vil muligens flere såkalte «legeoppgaver» tilfalle sykepleiere med videreutdanning innenfor helse- og omsorgstjenestene» (Aagestad m.fl. 2021, s. 7–8).

Disse funnene er i overensstemmelse med andre studier og våre egne erfaringer, som peker i retning av at man i Norge fremdeles har forholdsvis få erfaringer med vertikal oppgavedeling fra lege til sykepleier, mens oppgavedelingen fra sykepleier til annet personell med eller uten fagutdanning er mer langt mer vanlig. Dette gjelder blant annet oppgaver knyttet til legemiddelutdeling, sårstell og ulike pleieoppgaver. Dette gjenfinnes også i en del norsk litteratur (Devik & Olsen, 2022). Blant disse finner vi også noen publikasjoner fra norsk arbeidsliv (f.eks. Ingelsrud & Falkum, 2017; Gautun m.fl., 2016; Bratt & Gautun, 2015; Ludvigsen & Danielsen, 2014), som studerer overføring av oppgaver fra sykepleiere til helsefagarbeidere/hjelpepleiere og ufaglærte i kommunale sykehjem og hjemmetjenester.

Allerede i 2014 skrev Ludvigsen og Danielsen rapporten *Ny oppgavefordeling mellom personellgrupper i helse- og omsorgssektoren: veien å gå for å sikre framtidens velferdstjenester?* på oppdrag fra KS. I denne rapporten var et av temaene hvorvidt

oppgavedeling foregikk planmessig eller om det var mer eller mindre tilfeldige prosesser. Ludvigsen og Danielsen (2014) konkluderte den gangen på følgende måte:

«Vår rapport tyder på at det i liten grad skjer en bevisst og strategisk bruk av ny oppgavefordeling innen helse- og omsorgssektoren i kommunene vi har undersøkt. Det skjer imidlertid mange tilpasninger i organisering som indirekte kan fremme ny oppgavefordeling. Ny oppgavefordeling skjer både vertikalt og horisontalt i møte med nye oppgaver, bemanningskriser eller via tilpasninger til økonomiske rammevilkår. Delegering er en svært vanlig form for oppgavefordeling som benyttes både strategisk og mer tilfeldig. Overordnet skjer det en spesialisering av oppgaver i sektoren. Samtidig planlegger noen kommuner for fleksibilitet i utførelsen av arbeidsoppgavene på måter som kan fremme ny oppgavefordeling mellom personellgrupper. Eksempler er satsing på sammenheng og helhetlige pasientforløp, samlokalisering og tverrfaglige team» (Ludvigsen & Danielsen, 2014, s. 5–6).

I en AFI-rapport fant Ingelsrud og Falkum (2017) at mange helsefagarbeidere sitter med mye kunnskap og mange ferdigheter som de ikke får benyttet, og at dette utgjør et urealisert potensial. Forfatterne mener at dette er en mulighet for arbeidsgivere som strever med å få tak i nok kvalifisert personell. Flere av de spurte i Ingelsrud og Falkums undersøkelse mener helsefagarbeiderkompetanse ikke verdsettes tilstrekkelig på arbeidsplassene. Det er dessuten helsefagarbeidere som melder om at de ikke har tilstrekkelig kompetanse til å gjøre jobben sin, noe som kan ses i sammenheng med lite ressurser og lav bemanning innen de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Forfatterne finner også at det er en del forskjeller mellom hva helsefagarbeiderne faktisk gjør som en del av jobben avhengig av hvor de arbeider. Ansatte i hjemmetjenesten utfører for eksempel oftere medisinske oppgaver enn ansatte på sykehjem. De er også oftere med på legekonsultasjon. Ifølge forfatterne knytter dette trolig seg til ulik organisering av arbeidet der ansatte i hjemmetjenestene er alene med brukeren, sammenlignet med ansatte i andre deler av tjenestene. En del helsefagarbeidere nevner i den forbindelse at det oppleves som noe tilfeldig hvilke oppgaver de gjør som en del av arbeidet. Dette varierer dessuten både mellom typer av arbeidsplasser, og mellom kommuner. I rapporten pekes det på at denne variasjonen oppleves frustrerende. Variasjonen oppleves ikke å henge sammen med de ansattes kompetanse, men påvirker likevel i stor grad hvilke oppgaver helsefagarbeiderne utfører (Ingelsrud & Falkum, 2019, s. 10, 32–33).

Flere kommuner har startet arbeidet med pilotering av ny oppgavedeling, blant annet gjennom KS-prosjektet Tørn.<sup>9</sup> Tørn-prosjektet gjør forsøk med organisering av oppgavene i kommunenes omsorgstjenester. Det handler om å skape gode brukeropplevelser gjennom riktig kompetanse til riktig tid – og med heltidskultur i bunn. I forbindelse med Tørn-prosjektet ble det i 2021 utgitt en rapport fra KS og KPMG. Denne rapporten samler erfaringsbasert kunnskap fra en rekke kommuner, herunder om oppgavedeling. Av rapporten kommer det fram at mange kommuner opplever at rekruttering av sykepleiere er krevende, og på bakgrunn av dette har gjennomgått arbeidsoppgaver for å se hvilke som kan flyttes over fra sykepleierne til helsefagarbeidere og andre yrkesgrupper. Dette gjelder blant annet Bodø kommune, som vies en del plass senere i denne rapporten. I sin rapport skriver KS og KPMG blant annet:

---

<sup>9</sup> <https://www.ks.no/fagomrader/arbeidsgiverpolitikk/kompetanse-og-rekruttering/torn/>

«Inntrykket fra denne kunnskapsinnhenting er at ny oppgavedeling – altså overføring av oppgaver fra én yrkesgruppe til en annen, for eksempel fra helsefagarbeidere til assistenter og fra sykepleiere til helsefagarbeidere – ofte fremheves som et viktig virkemiddel i arbeidet med økt bærekraft i helse- og omsorgssektoren. Det handler om å sette inn kompetansen som trengs, når den trengs, og ikke «sløse» med knappe personellressurser ved for eksempel å la sykepleiere utføre arbeidsoppgaver som helsefagarbeidere kunne utført med like godt resultat. Det handler også om utfordringer med å rekruttere sykepleiere, helsefagarbeidere og andre yrkesgrupper med formell helsefaglig kompetanse. Mange kommuner opplever at de konkurrerer med sykehusene om sykepleierressursene, og særlig nyutdannede ønsker ofte å jobbe på sykehus. På bakgrunn av dette har virksomheter i noen kommuner gjennomgått sykepleiernes arbeidsoppgaver for å se hvilke som kan flyttes over til helsefagarbeidere og andre yrkesgrupper med formell helsefaglig kompetanse. Dette reduserer presset på sykepleierressursene, sykepleierne får i større grad praktisert faget sitt, og andre yrkesgrupper får økt ansvar og mulighet til å utvikle egen faglighet. Dette styrker fagmiljøene, og oppleves som positivt i forhold til rekruttering og det å skape arbeidsplasser hvor medarbeiderne ønsker å bli værende. Brukerperspektivet er også sentralt ved oppgavedeling. En gjennomtenkt tilnærming til oppgavedeling kan bidra til en brukeropplevelse preget av kvalitet og tilpasning til individuelle behov ved at de ulike oppgavene som sammen utgjør tjenesten, ivaretas av medarbeidere med spisskompetanse og fokus på faglig utvikling. Hensiktsmessig oppgavedeling kan også antas å ha en indirekte positiv effekt på brukeropplevelsen gjennom mindre turnover blant medarbeiderne og dermed økt kontinuitet og stabilitet. (KS & KMPG, 2021, s. 8-9).

I en nyere litteraturstudie finner Devik og Olsen (2022) ved Senter for omsorgsforskning at sykepleiere delegerer både tekniske<sup>10</sup> og pleiefaglige oppgaver til helsefagarbeidere og annet personell med lavere kompetanse. Dette skjer som følge av en presset arbeidshverdag, og forfatterne skriver blant annet at

«... vertikal oppgaveglidning fra sykepleiere til andre pleiere, med eller uten fagutdanning, skjer i utstrakt grad. Inntrykket er at oppgaveglidningen i nordiske land, særlig Norge og Danmark, i størst grad skjer mellom sykepleiere og andre pleiere med en viss faglig bakgrunn eller lisens. I andre land er inntrykket at flere ufaglærte eller ulisensierte pleiere utfører delegerte oppgaver fra sykepleiere. Dette må imidlertid tolkes med forsiktighet. Mange land har en rekke underkategorier av pleiere og ulike titler som ikke nødvendigvis er lett å sammenholde med den norske kategoriseringen av pleiere» (Devik & Olsen, 2022, s.11).

Devik og Olsen finner altså at en andel av de delegerte oppgavene går fra sykepleier til personell både med og uten helse- og sosialfaglig utdanning. Videre påpekes det i litteraturgjennomgangen at delegering av oppgaver fra sykepleiere til annet personell er vanlig i forbindelse med vakanser og sykefravær både i sykehjem og hjemmesykepleie. Gautun m.fl. (2016) fant at 18 prosent av sykepleierstillingene enten var ubesatt eller at stillingsinnehaverne var langtidssykmeldt. Det ble satt inn annet personell for halvparten av sykepleiervaktene. Bruk av ufaglærte vikarer ved fravær av

---

<sup>10</sup> Med tekniske oppgaver mener f.eks. innlegging av venflon, intravenøs behandling, O2-behandling og sondeernæring (Devik & Olsen, 2022, s. 16-17).

sykepleiere diskuteres også av Bratt og Gautun (2015). Bratt og Gautun bygger på en spørreundersøkelse blant Norsk Sykepleierforbunds tillitsvalgte i sykehjem og hjemmesykepleie i 2014. Undersøkelsen viser at 73 prosent av de spurte tillitsvalgte sa seg helt eller delvis enig i at ufaglærte ble brukt til å erstatte sykepleiere, mens 78 prosent sa seg helt eller delvis enig i at vikarer med annen helsefaglig bakgrunn ble brukt. Gautun (2020) finner også en stor og økende mangel på sykepleiere og helsefagarbeidere. Det er stadig flere uten helsefaglig utdanning på sykehjem og i hjemmesykepleien.

Devik og Olsen skriver i sin litteraturstudie at når annet personell blir satt inn for sykepleiere, indikerer studiene som er gjennomgått at dette gjerne er personell med lavere utdanning enn sykepleiere, ofte ufaglærte.

Devik og Olsen gjennomgår også hva litteraturen forteller om hvorfor oppgavedeling skjer i kommunene. Haukelien m.fl. (2015) mener at flere oppgaver og endringer i kompetansebehov i kommunale omsorgstjenester i stor grad kan knyttes til samhandlingsreformen fra 2012. Oppgavene har blitt mer komplekse, og kommunene har vanskeligheter med å møte kravene både når det gjelder kapasitet og kompetanse. Videre argumenteres det i litteraturstudien for at de «... inkluderte publikasjonene viser at begrunnelsen for oppgaveglidning i all hovedsak er å utnytte ressursene bedre samt å øke fleksibiliteten og effektiviteten i omsorgstjenestene». Bakgrunnen for dette er en økning i andelen eldre som trenger helsehjelp, men også komplekse problemstillinger og flere oppgaver som skal ivaretas av kommunehelsetjenesten. Videre skriver forfatterne at kompetansen er knapp, både når det gjelder kapasitet og kvalitet, samt at oppfatningen av oppgavedeling som virkemiddel og i kompetanseplanleggingen er varierende (Devik & Olsen, 2022, s. 17). Devik og Olsen (2022) skriver at deres gjennomgang av norsk litteratur viser at oppgavedeling i omsorgstjenestene gjerne skjer fordi ansatte både evner å imøtekomme og må forholde seg til nye krav som skyldes flere og sykere eldre, men også på grunn av nye oppgaver som følge av samhandlingsreformen. Videre pekes det på at oppgavedelingen i mange tilfeller foregår tilfeldig, samt er lite formalisert. Særlig den vertikale oppgavedelingen ses på som en respons på manglende sykepleierkompetanse i tjenestene. Oppgavedelingen i norske omsorgstjenester framstår derfor som lite formalisert og som en lite styrt prosess. I rapporten konkluderes det med at:

«Litteratursøket identifiserte få norske studier om temaet. Samtidig står omsorgstjenesten overfor kapasitets- og kvalitetsutfordringer som aktualiserer oppgaveglidning, og inntrykket er at det også i norsk sammenheng foregår en utstrakt deling og delegering av oppgaver. Kunnskap fra andre land, der oppgaveglidning i langt større grad er en bevisst og styrt strategi, angir både potensial og hindringer. Dette impliserer at oppgaveglidning i større grad bør tematiseres i Norge, både forskningsmessig og helsepolitisk» (Devik & Olsen, 2022, s. 32).

Høsten 2022 publiserte Oslo Economics en rapport om oppgavedeling mellom helsefagarbeidere og andre personellgrupper i sykehus, på oppdrag fra Spekter, Fagforbundet og Delta. I undersøkelsen vises det blant annet til at mange norske sykehus har eller har hatt (gående) utviklingsprosjekter som omhandler oppgavedeling og endrede arbeidsprosesser mellom helsefagarbeidere og andre personellgrupper. I rapporten gjennomgås 29 prosjekter som omhandler oppgavedeling i sykehus. Bakgrunnen for mange av prosjektene er mangel på og utfordringer med å få rekruttert sykepleiere, samt at det i de seneste årene har vært en nedgang i antall helsefagarbeiderårsverk i sykehusene (Oslo Economics, 2022). I rapporten finner Oslo

Economics at de fleste prosjektene dreier seg om at helsefagarbeidere får opplæring i arbeidsoppgaver som tidligere gjerne ble utført av andre personellgrupper – særlig sykepleiere. Videre finner de at en del prosjekter også involverer opplæring i nye oppgaver og kompetanseheving. Ved enkelte sykehus økes dessuten antallet helsefagarbeiderlæringer årlig for å kunne ansette helsefagarbeidere etter læretiden.

Et av arbeidene som nevnes i rapporten fra Oslo Economics er traineeprogrammet på Sykehuset Østfold. Traineeprogrammet er et tilrettelagt opplæringsprogram som retter seg mot sykepleiere og helsefagarbeidere, hvor målet er at deltakerne skal utvikle seg faglig. De fleste sykepleiere i programmet er nyutdannede, mens blant helsefagarbeiderne er de fleste ganske erfarne. Tanken er at helsefagarbeiderne gjennom programmet vil få muligheten til kompetanseheving og fagutvikling gjennom å arbeide innenfor flere seksjoner på sykehuset, og slik sett bli en kompetent og attraktiv medarbeider. Traineeprogrammet går over to år, og i løpet av denne tiden skal deltakerne arbeide ved tre ulike seksjoner (Moland & Bråthen, 2021a). Programmet er dels en rekrutteringsarena, men skal også bidra til at helsefagarbeiderne får styrket sin kompetanse til å kunne utføre oppgaver som tidligere har blitt utført av sykepleiere.

Et annet arbeid som omtales i rapporten fra Oslo Economics (2022) er det såkalte Kompetansesammensetningsprosjektet ved St. Olavs Hospital i Trondheim. Dette prosjektet består av fire delprosjekter, der et av dem dreier seg om helsefagarbeidere og overføring av oppgaver fra sykepleiere. I forbindelse med prosjektet har det også blitt utarbeidet flere underlagsnotater. Ett av disse notatene er en litteraturgjennomgang av oppgavedeling. Der skrives det at man i arbeidet med litteraturgjennomgangen har funnet relativt få vitenskapelige studier som undersøker det å overføre arbeidsoppgaver fra én yrkesgruppe til en annen. Videre konkluderes det med at studiene som er gjennomgått illustrerer at potensialet for oppgavedeling er til stede. Det understrekes dessuten at det foregår mye uformell oppgavedeling rundt omkring i helse- og omsorgssektoren som aldri blir evaluert. Videre vises det til en større europeisk litteraturgjennomgang fra 2019, der forfatterne er tydelige på å ikke gi konkrete eksempler på eller anbefalinger om hvilke oppgaver som kan og bør fordeles, og til hvem (Europakommisjonen 2019). I stedet understrekes det at noe som fungerer i én sammenheng ikke nødvendigvis vil fungere i en annen. I rapporten anbefales det derfor å vurdere oppgavedeling ut fra følgende kriterier:

- Er det en god grunn til å flytte oppgaven?
- Har den enkelte som tar på seg den nye oppgaven ferdigheter og kompetanse som er nødvendig, eller kan dette tilegnes gjennom opplæring?
- Er det noen juridiske eller regulatoriske hindringer for å flytte oppgaven?
- Hva vil være konsekvensene for organisasjonens virkemåte av ny oppgavedeling, og vil disse konsekvensene fordre nye organisasjonsmodeller? (Europakommisjonen 2019:62-63)

## 2.2 Oppsummering

Når det gjelder vertikal oppgavedeling fra sykepleier til annet personell, med eller uten fagutdanning, finnes det en god del eksempler i litteraturen. Inntrykket fra litteraturen som er gjennomgått, er at oppgavedelingen primært skjer mellom sykepleiere og helsefagarbeidere/hjelpepleiere og personell uten formell helsefaglig kompetanse/assistenter. Vårt inntrykk er videre at oppgavedelingen i en god del tilfeller foregår tilfeldig og i liten grad er formalisert. Fra samtaler med personer i sektoren framkommer det også at det pågår arbeid med oppgavedeling i en rekke kommuner og sykehus uten at dette er knyttet til konkrete prosjekter. En del forsøk eller

prosjekter er heller ikke evaluert eller dokumentert skriftlig i form av prosjektrapper eller lignende.

Flere av disse ikke-evaluerte forsøkene har vi derimot hørt om i våre innledende intervjuer. I de neste avsnittene vil vi derfor gå igjennom tre eksempler fra norske kommuner og sykehus. Dette er eksempler der vi selv har intervjuet ulike personer som har vært med i forsøk, for å få et bredere inntak enn hva en gjennomgang av foreliggende litteratur kan gi oss.

## 3 Caseundersøkelser på sykehus og i kommunene

---

I forbindelse med de innledende intervjuene med sentrale tillitsvalgte hos vår oppdragsgiver Delta, fikk vi kjennskap til flere interessante prosjekter om oppgavedeling i kommunesektoren så vel som på sykehus. Tre av disse prosjektene har vi valgt å undersøke mer inngående ved å foreta intervjuer og studere foreliggende dokumenter. Dette har vi gjort for bedre å kunne besvare oppdragets to problemstillinger, som dreier seg om hvordan ansatte med ulik kompetanse kan brukes bedre og mer hensiktsmessig enn i dag, samt om hva som hemmer og fremmer god oppgavedeling mellom de tre utvalgte yrkesgruppene og andre yrkesgrupper med overlappende eller tangerende arbeidsoppgaver.

I de kommende avsnittene vil vi omtale de tre caseundersøkelsene mer inngående.

### 3.1 Portørene: Samarbeid mellom sykehus, skole og sykehjem

Det første eksempelet viser tiltak for å bruke portører på en ny måte, men også å øke bruken av denne yrkesgruppen. Eksempelet er hentet fra Stavanger-området og omhandler portører ved Stavanger universitetssykehus, Lervig sykehjem og Bergeland videregående skole.

#### Nye læreplaner for portører

Fra høsten 2022 ble nye læreplaner tatt i bruk for VG3. Fra da av bygger portørfaget på VG2 helsearbeiderfaget. Tidligere bygget det på ambulanséfaget. Det innebærer at elever som har gjennomført det toårige skoleløpet til helsefagarbeider, kan velge å bli portør. Fra fagbrevet i portørfaget ble godkjent i 2014 og fram til i dag har utviklingen i antall læreplasser ikke vært så stor som forventet. I 2022 er det rett under 50 lærlinger/lærekontrakter i portørfaget nasjonalt. I Rogaland fylkeskommune var det 59 personer som søkte læreplass fra august 2021, men kun fire læreplasser – og da kun i spesialisthelsetjenesten. Når det gjelder kommunehelsetjenesten på landsbasis, har ikke portørfaget fått fotfeste, og det er dermed ikke opprettet læreplasser i dette faget.

#### Portører ved Lervig sykehjem

Ved Lervig sykehjem i Stavanger kommune har det fra januar til juni 2021 blitt gjennomført et prosjekt i samarbeid med Bergeland videregående skole. I prosjektet har det vært en fast portørgruppe med VG2-elever, lærlinger fra Stavanger universitetssykehus, samt elever fra VG3 i skole. Alle disse har rullert, slik at det til enhver tid har vært fem personer på jobb på sykehjemmet.

Portørene fikk ansvar for å ta imot varer og fordele disse ut til avdelingen, samle inn tøy og avfall og holde orden på skyllerommene. Andre oppgaver var å re senger og å ta med seg beboerne ut på tur ved ledig tid. I tillegg sørget portørene for at det



ble et godt system på lager og tøyrom. Pleierne på sykehjemmet har blant annet som oppgave å følge beboere til undersøkelser og behandling utenfor sykehjemmet. Dette kan være svært tidkrevende og gjerne ta flere timer av en vakt inklusiv venting og reisetid. Portørgruppen disponerte egen bil, noe som er av stor betydning i dette arbeidet, og de kunne derfor avlaste pleierne ved å ta seg av transport og venting sammen med beboerne. Avdelingsleder og andre ansatte på sykehjemmet ga uttrykk for en merkbart bedre arbeidssituasjon ved at de fikk frigitt tid og kapasitet til å ivareta beboernes behov for pleie og oppfølging inne på avdelingen på en bedre måte.

En person som hadde god kjennskap til portørenes arbeid på sykehjemmet, mente flere hadde blitt overrasket over yrkesgruppens allsidige kompetanse. Det ble blant annet vist til at portørene hadde gjort flere helsefagarbeideroppgaver, de hadde foretatt vedlikeholdsoppgaver på hjelpemidler, lagerhåndtering, flytting, tatt seg av urolige demente beboere, gått tur med beboere mv. Noen av disse oppgavene kunne gjøres nettopp fordi portørene og helsefagarbeiderne har en stor overlapp i sine grunnutdanninger. Vedkommende sa at det hadde vært overraskende å se hvor mye portørene kunne gjøre på et sykehjem. Senere i intervjuet omtalte vedkommende portørene på denne måten:

Portørene kan sammenlignes med mobiltelefonene. Vi skjønnte den ikke helt da den kom, men nå som vi har hatt dem en stund, er vi helt avhengige av dem.

### **Portørene ved Stavanger universitetssjukehus**

Et annet eksempel som nevnes fra Stavanger universitetssjukehus, men som også er tilfelle ved andre norske sykehus, er portørenes rolle i hjertestansteamet. Ved sykehuset er portørene en del av hjertestansteamet og har ansvar for å hente og koble på utstyret ved hjertestans. Dette er en rolle flere av våre informanter viser til at portørene liker å ha, og som fungerer på en effektiv måte for resten av teamet.

### **Inspirasjon fra Danmark**

I intervjuene viser informantene til eksempler som tyder på at danske portører er en ressurs i teamet når det foregår pasientstell på overvåkning, intensivavdelinger og øvrige avdelinger med tungt pleietrengende pasienter. I Danmark har man erfart at portører har fått utvidede pleieoppgaver og kan bidra og avhjelpe sykepleiere/helsefagarbeidere ved stell, slik at disse kan frigjøres til annet pasientnært arbeid. Erfaringene fra Danmark viser også økt tilstedeværelse hos pleiepersonell når portøren bistår med hjelpemidler i forflytning og stell. Et par av våre informanter er dessuten tydelige på at portørene framover kan spille en viktig rolle i innføringen av velferdsteknologi, på sykehus så vel som i kommunale pleie- og omsorgstjenester. Informantene kobler dette til at en del elever som velger å gå «portørveien», er personer som er teknisk anlagt og som ønsker å jobbe med de støttende oppgavene rundt pleien heller enn bare å jobbe med pasientnære oppgaver.

Læreplanen i portørfaget (VG3) har fra august 2022 flere kompetansemål rettet mot grunnleggende sykepleie og miljøarbeid, altså mer pasientrettet kompetanse enn tidligere. Våre informanter uttrykker håp om at portørene vil kunne være en ressurs både i kommunehelsetjeneste, sykehjem, hjemmetjeneste og bofellesskap, samt i spesialisthelsetjenesten. En av våre informanter viste nettopp til Danmark og sa følgende:

«Her i Norge ser vi til de danske portørene. Der har portørene «tatt» flere sykepleieroppgaver og kan sånn sett avlaste sykepleierne ganske så mye. Vi ser for



oss at dette bør kunne være mulig i Norge også. Det gjelder både i kommunen og på sykehus».

### **Godt samarbeid**

En årsak til at samarbeidet mellom Stavanger universitetssjukehus, Lervig sykehjem og Bergeland videregående skole har vært så vellykket, ser ut til å være knyttet til betydningen av mange ildsjeler. Ved alle de tre tjenestestedene har det vært personer som har framsnakket portørenes kompetanse og vært opptatt av at de kan bidra på nye områder på sykehus så vel som i kommunen. Det kan i denne sammenheng nevnes at utdanningsprisen for 2020 i Helse Vest gikk til portørseksjonen i avdelingen for sikkerhet og service, divisjon for driftsservice på Stavanger universitetssjukehus, og til seksjon for fag- og yrkesopplæring i Rogaland fylkeskommune. De fikk prisen for å ha etablert en god yrkesfaglig praksisarena for portørfaget, gjennom et strukturert og godt samarbeid mellom sykehus og videregående skole.<sup>11</sup>

### **«Spisset» portørrolle på St. Olavs hospital**

Under våre intervjuer fikk vi også høre noe om hvordan man jobber med yrkesgruppen på St. Olavs hospital i Trondheim. Mens man i Stavanger har valgt å utvide portørens rolle til stadig å omfatte flere arbeidsoppgaver, har man valgt en annen og mer spisset strategi i Trondheim. Også her hadde portørene en rekke andre oppgaver i tillegg til å transportere pasienter, blant annet distribusjon av varer og materiell samt håndtering av tøy. På St. Olavs hospital kalles yrkesgruppen i dag for pasientportører. Dette innebærer en spissing overfor pasientene. I et intervju med nettportalen frifagbevegelse.no uttaler seksjonslederen for portøren følgende om denne spissingen:<sup>12</sup>

«Vi skal være spesialisert på oppgavene vi har overfor pasientene. Det gjør det også lettere å stille riktige krav til de vi skal ansette.»

I saken fra frifagbevegelse.no kan vi videre lese at portørene på St. Olavs hospital i 2016 inngikk et samarbeid med Klinikkk for akutt- og mottaksmedisin, som blant annet drifter ambulansetjenesten. Portørene bidrar her med hjemkjøring samt transport til institusjon eller rehabilitering av pasienter som ikke har behov for medisinsk tilsyn under turen. På sykehuset bidrar også portørene ved akutte hendelser i et team sammen med leger og anesthesi. Portørene legger til rette for leger og sykepleiere, samt gjør hjerte- og lungeredning ved behov.

## **3.2 Helsesekretærer: nye oppgaver ved Stavanger universitetssjukehus**

Helsesekretær er sekretær tilpasset helsevesenet. Det er gjerne denne yrkesgruppen som møter pasienten først, enten på telefon eller fysisk på et legekontor eller et sykehus. Helsesekretæren bidrar derfor ofte med å vurdere medisinsk hjelp til pasienten. Tittelen som helsesekretær fordrer et treårig utdanningsløp på videregående skole og autorisasjon som helsepersonell.

Når nye Stavanger universitetssjukehus åpner i 2024, skal sykehuset ha rørpost for intern transport av biologisk materiale. Det fører til store endringer i hvem som tar

<sup>11</sup> <https://www.rogfk.no/aktuelt/pris-for-a-lofte-portorfaget.105249.aspx>

<sup>12</sup> <https://frifagbevegelse.no/loaktuelt/i-sykehusets-fremste-rekke--jeg-tenkte-med-en-gang-at-her-vil-jeg-bli-6.469.884755.787bb97814>

blodprøver i det nye sykehuset. For å utnytte rørpostsystemet best mulig, må blodprøvene bli tatt lokalt på avdelingene. Anbefalingen om desentralisert blodprøvetaking innebærer at blodprøver skal tas på post av postens personell, fortrinnsvis av helsesekretærer eller helsefagarbeidere. Allerede nå er opplæring og pilotering i gang. Det er personell ved avdelingen for medisinsk biokjemi som er ansvarlig for opplæring og veiledning. Det er dannet «blodprøveteam» på postene, slik at flere personer får kompetanse og trening i blodprøvetaking. Avdeling for medisinsk biokjemi deler sin kunnskap, slik at helsesekretærene og helsefagarbeiderne blir trygge og kompetente i møte med pasienter. Som en del av opplæringen lærer man ulike teknikker og tilnærminger til blodprøvetaking.<sup>13</sup>

Fra sykehusets side pekes det på flere fordeler der ny teknologi skal brukes for å løse oppgavene bedre, prøvesvarene kan komme raskere og flaskehalsen kan ryddes bort. Pasientforløpene kan gå raskere, samt at det er tidsbesparende for bioingeniørene som tradisjonelt har utført denne oppgaven. Noe av denne tidsbesparelsen skjer ved at når helsesekretærene selv tar prøvene, kan de ta prøver både tidlig om morgenen og midt på dagen. Da trenger man ikke vente på at bioingeniørene skal ta prøverunden.

### **Mer blodprøvetaking**

Våre intervjuer med aktører fra Stavanger universitetssjukehus peker på gode erfaringer fra pilotforsøkene så langt. Økt bruk av helsesekretærer til blodprøvetaking har ført til at svartiden har gått betydelig ned. Flere helsesekretærer oppgir å være fornøyd med å få nye oppgaver og slik sett også får brukt mer av utdanningen sin. Flere av informantene var opptatt av at helsesekretærene gjennom utdanningen får opplæring på en rekke områder som de sjelden får benyttet når de kommer ut i arbeidslivet. Dette gjelder ifølge informanten særlig på sykehus. En av dem vi snakket med, uttalte følgende:

Helsesekretær har opplæring på områder som EKG, blodprøvetaking i utdanningen sin. Min opplevelse er at gruppen brukes lite til en del av disse oppgavene i jobben. Det gjelder nok mange steder, men særlig på sykehus. Det ser annerledes ut for de som jobber på legekontor i kommunen, der tar de blodprøver.

En annen informant var inne på noe av det samme:

Rørpost er viktig. Sparer tid og slipper å gå med prøvene. Tverrfaglig prosjektteam. Hvem skulle ta prøvene? Jo postene selv, og da helsefagarbeidere og helsesekretær. Vi har prøvetaking i opplæringen, men det har vært lite praktisert. Jeg er derfor glad for at vi får prøvetakingen i tillegg til det vanlige kontorarbeidet.

Den samme informanten mente at en slik utvidelse av helsesekretærenes tradisjonelle arbeidsoppgaver på sykehuset ville gjøre arbeidshverdagen mer interessant og faglig utfordrende. De fleste helsesekretærene informantene hadde snakket med var positive til å få nye oppgaver:

Ja, de fleste synes dette var kjempefint – slik jeg har oppfattet det. Det handler jo om å kunne få lov til å gjøre mer av det man faktisk kan. Eller har lært en gang. Det tror jeg de ser positivt på.

<sup>13</sup> <https://helse-stavanger.no/om-oss/nyheter/stikker-seg-frem-til-nye-sus>

Senere i det samme intervjuet kom det også fram at noen syntes det var litt «skummelt» da det ble snakk om den nye oppgaven. Noen av de mer skeptiske hadde vist til at det var mange år siden de hadde gått på skole og lært blodprøvetaking. Informanten fortalte i den forbindelse at opplæring hadde spilt en nøkkelrolle i å trygge de som var litt usikre. Informanten sa det slik:

Enkeltpersoner syntes dette var skummelt, andre at det var kjempebra. Noen går for endring, andre vil ha det slik det alltid har vært. De fikk godt med opplæring og øvelse. Det er mye vanskeligere å sette blodprøver på sengeliggende, skrøpelige mennesker enn på de som kommer gående inn på legekantoret eller poliklinisk avdeling. Vi laget blodprøveteam på hver post, så de slipper å være alene. Blodprøvetaking er mye mer enn å stikke sprøyter. Der det var mest skepsis, har blomstringen vært størst – økt mestringsfølelse.

En informant argumenterte for at når helsesekretærer nå foretar blodprøvetaking på sykehusene, kunne det føre til at rekrutteringen også ville bli lettere. Informanten sa det slik:

Vi konkurrerer med legekantorene om helsesekretærer. Når vi nå kan tilby prøvetaking, blir vi mer attraktive.

Vi ser altså at våre informanter peker på at prøvetakingen kan gå raskere, og at helsesekretærenes arbeidshverdag kan bli mer interessant som følge av nye oppgaver knyttet til blodprøvetaking og eventuelt flere andre oppgaver. I tillegg kan det ses på som en fordel i rekrutteringsøyemed.

### **Samarbeid mellom helsesekretærer og helsefagarbeidere**

I et av intervjuene ble en ny type samarbeid mellom helsesekretærer og helsefagarbeidere tematisert. Fordi begge yrkesgrupper har fått opplæring på blodprøvetaking, kan de både samarbeide og vikariere for hverandre i prøvetaksarbeidet. En av våre informanter sa det slik:

Helsefagarbeiderne får teorikurs og praktisk øvelse på samme måte som helsesekretærene. Men de har det så travelt om morgenen, så det har tatt lengre tid å lære opp helsefagarbeiderne. Vi har hatt en veileder tilgjengelig et halvt år i helgene som kunne tilkalles hvis behov. Nå er de blitt så flinke at vi ikke trenger det. Helsefagarbeiderne får opplæring av bioingeniør og helsesekretær. Det har ført til at det har blitt tettere samarbeid mellom helsefagarbeidere og helsesekretær. De kan også vikariere for hverandre. Dette er helt nytt.

Av sitatet framgår det at helsesekretærer og helsefagarbeidere samarbeider mer som følge av felles oppgaver knyttet til blodprøvetaking. De kan også vikariere for hverandre ved behov, noe som gjør at man kan bruke personellressursene bedre ved for eksempel sykefravær. Vi ser altså at gjennom ny oppgavefordeling kan man få til en mer fleksibel fordeling av oppgaver i den daglige driften, noe som også gjør jobben mer faglig interessant og utfordrende.

### 3.3 Helsefagarbeidere og assistenter i Bodø: «Optimal bruk av kompetanse»

#### Når og hvor startet de?

Ny oppgavedeling, slik det gjøres i dette eksempelet fra Bodø kommune, dreier som om å optimalisere bruken av personalressurser i helse- og omsorgstjenestene. Det konkrete arbeidet med å forbedre arbeidsorganiseringen skjedde da de to sykehjemmene fikk ny virksomhetsleder. Vedkommende hadde erfaring fra både sykehussektoren og andre kommuner. Da han kom til Bodø i 2019, så han muligheter for å bedre organiseringen av arbeidsoppgaver og bruken av personalets kompetanse. En av våre informanter sa det slik:

Han så med en gang at vi brukte kompetanseressursene på en uhensiktsmessig måte. For eksempel gjorde sykepleierne mange helsefagarbeideroppgaver før legevisitten. Det var for å avlaste helsefagarbeiderne som måtte drive avdelingen alene under legevisitten, og for å lette på egen samvittighet fordi de ville være borte fra stellet under legevisitten. En annen observasjon var at vi hadde omfattende bruk av sykepleiere fra vikarbyrå. De ble stort sett satt til å håndtere medisiner.

Etter de første observasjonene i 2019, ble det i 2020 etablert et lokalt prosjekt på sykehjemmene Vollsletta og Hovdejordet. Året etter ble det etablert et pilotprosjekt ved Stadiontunet sykehjem og Sentrum sykehjem. I 2022 trekkes i tillegg til flere institusjoner, også miljøtjenesten og hjemmetjenesteområdet med.

#### Bakgrunn for prosjektet

Da Bodø kommune i januar 2021 etablerte prosjektet «Optimal bruk av kompetanse», inngikk dette blant flere tiltak for å ruste helse- og omsorgstjenestene til å møte tjenestebehovet i befolkningen. Utfordringene som skulle håndteres var blant annet:

- Et mer sammensatt og komplisert sykdomsbilde i befolkningen med en økning i kroniske lidelser, kreft og psykiske plager og alvorlige psykiske lidelser.
- Den demografiske utviklingen med økt levealder gir flere personer med demens og kognitiv svikt.
- Økt overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunen.
- Utilstrekkelig tilgang på personell med nødvendig kompetanse (per januar 2021 hele 50 ubesatte sykepleierstillinger). Erfaring med at ufaglærte ofte går i ledige sykepleiervakter.
- Mange deltidsstillinger og høy vikarbruk.
- Økonomi.

Prosjektet ble etablert for å møte disse utfordringene, beskrevet som «behov for omstilling og effektivisering i bruk av tverrprofesjonell kompetanse ved Helse- og omsorgssektoren» (Bodø kommunes strateginotat).

#### Hva har Bodø kommune gjort?

Arbeidet for å utvikle mer effektiv bruk av bemanningen er rettet inn mot tre målområder. Det startet med kartlegging av arbeidsoppgaver og ble fulgt opp med å håndtere utfordringer med å realisere forbedringsmulighetene. Til slutt skulle det utvikles mer funksjonelle bemanningsplaner. Etter de første observasjonene i 2019, fikk en

fagutviklingssykepleier i oppgave å gjennomføre en systematisk kartlegging av hvordan personalressursene ble brukt:

Vi så at ufaglærte ikke ble brukt godt nok, og at faglærte gjorde mange oppgaver som ufaglærte kunne gjøre. Man behøver for eksempel ikke å være faglært for å rydde på skyllerommet og sy navnermerker på klær.

### **Små grupper**

Kartleggingen foregikk i små grupper der ansatte gikk igjennom alle oppgaver som ble gjennomført i løpet av en periode. Hver oppgave ble skrevet ned på en post-it-lapp som ble limt opp på en papirtavle som var hengt opp på veggen. På papirtavlen var det også tegnet inn en tidsakse. Sykepleierne hadde rosa post-it-lapper, helsefagarbeidere/hjelpepleiere hadde blå, mens ufaglærte hadde gule lapper. Ved at hver gruppe limte opp lapper som beskrev arbeidsoppgavene og markerte når de ble gjort, ble også tidspunkter når det var mye og litt mindre å gjøre for de ulike yrkesgruppene synliggjort. Ikke minst så deltakerne at en del oppgaver utført av én yrkesgruppe med fordel kunne gjøres av en annen. Det ble også anledning til å vurdere om oppgaver kunne gjøres på andre tidspunkt. På denne måten fikk tjenestestedene en konkret og praktisk analyse av «hvem gjør hva, når og hvor?». En informant forklarte det slik:

Vi kartlegger både oppgaver og utfordringer på tid. Når må oppgavene gjøres, hvem må være til stede når disse skal utføres?

I Bodø kommune kaller de dette for «Johansens metode», fordi det var hun som satte det i gang. Det mest originale med «Johansens metode» er at arbeidet med oppgave- og kompetanseanalysen gjøres av ansatte uten at ledere er til stede. En vi intervjuet forklarte det slik:

Vi rekrutterer deltakere til workshop om dette. Den ideelle deltakergruppen består av to ufaglærte, to faglærte og tre sykepleiere/vernepleiere. Det må være ansatte med lang erfaring og store stillinger. Vi ønsker å gjøre dette uten ledere til stede.

Da vi hadde oppgavegjennomgangen med gule lapper, så de ansatte hvor uorganisert de var. De så selv forbedringsmulighetene, og mange ble motivert for å gjøre endringer.

### **Styrket prosjektledelse, kortere workshops og flere tjenestesteder**

I løpet av 2021 ble det satt av flere ressurser til prosjektledelse og videreutvikling av innovasjonskonseptet. Workshopene gikk til å begynne med over tre dager, men det viste seg å være vanskelig å få frigjort deltakere fra tjenesten i tre hele dager til å være med. Man gikk derfor etter hvert over til å gjennomføre det hele på to dager. Til å begynne med la de mest vekt på oppgavekartlegging og bemanningsplaner. Ganske raskt ble det også lagt vekt på såkalte problemstillinger eller utfordringer.

Kommunen erfarte også at det var uheldig å gå løs på bemanningsplanene så tidlig i utviklingsarbeidet. Da man landet på et todagerskonsept, ble arbeidet med bemanningsplaner derfor tatt ut. Når tjenestestedet hadde jobbet en periode med å følge opp kartleggingsarbeidet og drøfte utfordringer, var ledere og ansatte ved tjenestestedene klare til å utvikle bedre bemanningsplaner og turnuser.

Metoden med å beskrive alle arbeidsoppgavene minner om Lean planleggingsmetodikk, som vektlegger at de som har skoene på skal være med i analysen av flaskehals i produksjonen og hva som er en god og dårlig oppgaveflyt. Metoden kan også minne om tjenestedesign, der man ganske detaljert beskriver oppgaver, aktører og

gjennomføring. Etter noe tid ble også prosjektutviklerne i Bodø oppmerksomme på dette. Dermed utviklet de sin egen metode tettere opp mot Lean, og de fikk slik et bedre verktøy for å håndtere forbedringsutfordringene.

Vi valgte Lean-metodikk uten å vite at det var det vi drev med.

Sommeren 2022 var antall workshopdager redusert ytterligere, slik at kartlegging av oppgaver og beskrivelser av «problemstillinger» nå ble gjennomført på én dag. Med problemstillinger siktes det til endringsbehov som blir synlige når kartleggingen viser at arbeidsoppgaver er feil dimensjonert, utført på feil tidspunkt eller av ansatte som er over-/underkvalifisert. Også i dette arbeidet med å finne løsninger på hvordan oppgavedelingen kan forbedres, har de ansatte deltatt aktivt.

Høsten 2022 har flere tjenestesteder forsøkt å ta i bruk metodikken. Dette gjelder både sykehjem og hjemmebaserte tjenester. Kommunens erfaringer med å gå fra en sterkt medarbeiderdrevet gründerfase til en mer lederstyrt utbredelse av metodikken, har vi ikke hatt ressurser til å vurdere i denne rapporten.

### **Hva er oppnådd?**

Som følge av arbeidet med ny oppgavedeling har både sykepleiere, helsefagarbeidere og ufaglærte sluttet å utføre enkelte oppgaver de gjorde før. Samtidig har alle fått nye oppgaver. Felles for alle er at de i større grad gjør oppgaver de er kvalifisert for. En del oppgaver gjøres på en annen måte enn tidligere.<sup>14</sup> Under et intervju med Bodø kommunes prosjektleder er noe av det første vi får høre at den nye oppgavedelingen ikke fratar noen oppgaver de har et sterkt eierskapsforhold til. På forhånd hadde hun trodd at helsefagarbeiderne ville komme dårlig ut av prosessen. Slik har det imidlertid ikke gått. Selv om det har blitt store endringer for sykepleierne, er det først og fremst helsefagarbeiderne og de ufaglærte som har fått nye oppgaver.

### **Helsefagarbeidere i førersetet**

Prosjektlederen, som selv er både helsefagarbeider og sykepleier, fortalte at hun «som sykepleier» på forhånd var positiv til prosjektet, de skulle jo få avlastning og mer faglig spissing. Men «som helsefagarbeider» var hun derimot ganske skeptisk til prosjektet:

Hjelpepleieren i meg var til å begynne med skeptisk, sykepleieren i meg var positiv. Skepsisen ligger i at man tror at ny oppgavedeling vil få (uønskede) konsekvenser for noen av yrkesgruppene, men slik ble det ikke. [...]

Hjelpepleierne var til å begynne med engstelige for hva som skulle/kunne skje, mens sykepleierne så at ny oppgavedeling kunne gi dem avlastning og muligheter til å bruke sin spisskompetanse.

Underbruk av helsefagarbeideres fagkompetanse er utbredt i mange kommuner. Dette har dels ført til at sykepleiere har måttet utføre oppgaver helsefagarbeidere kunne ha gjort, og dels til at helsefagarbeidere har gjort oppgaver som like gjerne kunne ha vært utført av ufaglærte. Mange helsefagarbeidere har derfor hatt (unødig) lav faglig selvtilit, noe som er uheldig for den enkelte og kostbart for kommunen. Dette har forsøksenhetene i Bodø klart å endre, dels gjennom faglig opplæring og dels gjennom å utvikle trygghet som følger av mestringsopplevelsen ved å utføre nye

---

<sup>14</sup> For å rasjonalisere driften eller kutte kostnader kan et tjenestested slutte å utføre oppgaver. Dette kan skje gjennom utsetting (outsourcing) eller beslutninger om at en oppgave ikke lenger skal utføres. Vi har ikke sett at oppgaveopphør er et sentralt spørsmål i arbeidet med ny oppgavedeling.

oppgaver. Eksempler på oppgaver helsefagarbeidere kan gjøre mer av, er blodprøvetaking, medisintdeling, kateterisering, opptrening og helhetlig omsorg.

En del av de ansatte var først skeptiske til endringene med å fordele oppgaver på nye måter. Dette gjaldt særlig helsefagarbeiderne. Mange var engstelige for å ta ansvar. Vi har jobbet mye med informasjon og støtte for å trygge dem.

Vi så at hjelpepleierne manglet øvelse i å utføre oppgaver som ligger i øvre sjikt av utdanningen. Når helsefagarbeidere først tar flere oppgaver, får de et 'push' til å ta videreutdanning. Tilsvarende motiveres ufaglærte til å ta fagbrev.

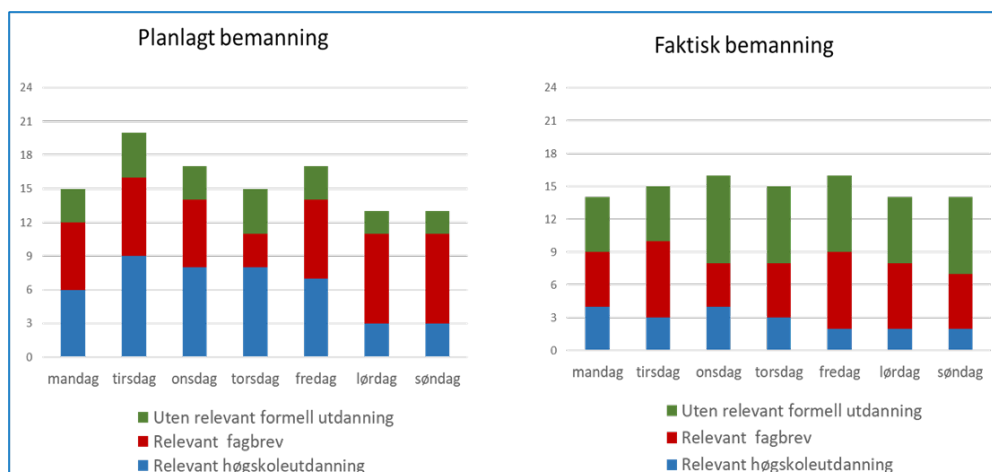
Vi ser nå at nettopp helsefagarbeiderne har opplevd vekst og tatt større ansvar. De har også begynt å lede egen avdeling. For å få til dette er det også viktig at sykepleierne gir slipp på noen av oppgavene de har pleid å gjøre. Dette har vi fått til i Bodø uten at det er blitt noe profesjonskamp.

Både i Bodø og i andre kommuner, som for eksempel Alstahaug, er det nå helsefagarbeidere som (nærmest) driver avdelingene, mens sykepleierne er organisert utenfor turnusen. Da vi spurte om dette ikke var vanskelig å få til, sa representanter fra begge kommuner at når sykepleierne ble plassert i turnusperifere team, «blomstret» helsefagarbeiderne.

### Økt legitimitet til ufaglærte

En bemanningsplan på utføring av klinisk, pasientnær behandling, skal i utgangspunktet kun settes opp med personell som har helsefaglig kompetanse. Men slik er det ikke i praksis; ufaglærte utgjør ofte halvparten av bemanningen i helgene og litt over en tredjedel i ukedagene. Figur 3.1 viser oversikt over planlagt og faktisk bemanning en tilfeldig uke i Alstahaug kommune<sup>15</sup> før de gjennomførte ny oppgavedeling. Etter grepene med ny arbeidsdeling er forskjellen mellom planlagt og faktisk bemanning redusert betydelig.

Figur 3.1 Planlagt og faktisk bemanning i Alstahaug kommune.



Samtidig har en mindre og mer stabil gruppe ufaglærte i større grad fått oppgaver som ikke krever helsefaglig kompetanse. Dette er rimeligvis bra for driften av tjenestestedene. Men kanskje vel så viktig er det at analysene som gjøres i Bodø og i mange andre

<sup>15</sup> Figuren fra Alstahaug er tidligere publisert i Moland & Bråthen (2021b). Tilsvarende figurer er også i publisert i Gautun (2020).

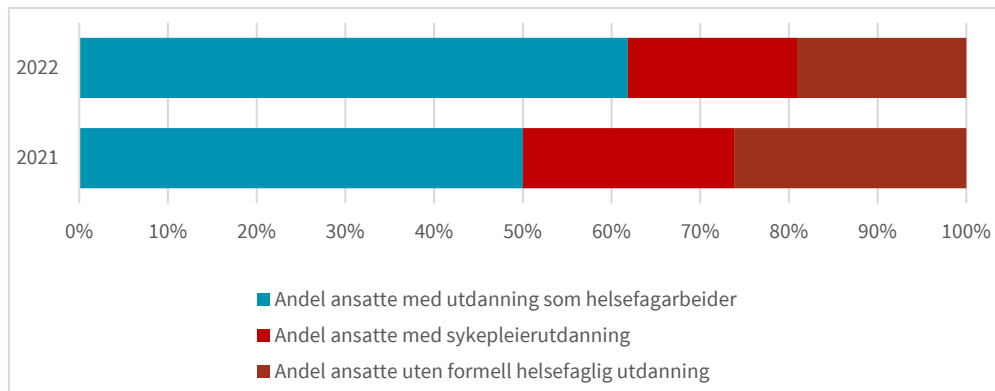


kommuner synliggjør at tjenestestedene faktisk har mange oppgaver som med fordel kan utføres av ufaglærte. Dermed kan denne gruppen av ansatte løftes opp fra å være «noe vi egentlig ikke skulle ha», til å ha en legitim plass både i arbeidsfellesskapet og bemanningsplanen. I tillegg blir det lettere for ledelsen å benytte seg av personer uten helsefaglig utdanning, slik det eksemplifiseres i sitat fra et av intervjuene:

«Etter at vi gjorde endringer i oppgavefordelingen ble arbeidssituasjonen også lettere for ufaglærte og fastvakter som ofte blir tilkalt på kort varsel. Disse er ofte unge. Tidligere kunne det skje at disse satt hos pasienter i palliativ fase mens helsefagarbeidere på nattevakt kanskje gjorde forefallende oppgaver som en ufaglært kunne ha gjort. Da vi så dette, gjorde vi det omvendte, slik at fast ansatte med fagkompetanse er hos pasienter i siste fase av livet, mens de ufaglærte gjør enklere oppgaver».

I figur 3.2 vises hvordan yrkessammensetning har utviklet seg ved en pilotenhet i Bodø kommune. Den viser at tjenestestedet har fått en større andel helsefagarbeidere samtidig som andelen sykepleiere og ufaglærte er redusert.

Figur 3.2 Fordeling av henholdsvis helsefagarbeidere, sykepleiere og ufaglærte/uten helsefaglig utdanning i 2021 og 2022 ved en pilotenhet i Bodø kommune. Prosent. Kilde: Bodø kommune.



## Sykepleierne

I fortellingen fra Bodø framføres det at i innovasjonen som har fulgt av arbeidet med ny oppgavedeling, så har endringer i utøvelse av sykepleierrollen hatt en overraskende beskjeden plass. En informant sa det slik:

Oppgavedelingen handler ikke så mye om sykepleierne. Det handler mest om helsefagarbeidere og ufaglærte. Disse er nøkkelpersonene.

Det er kanskje riktig. Overraskelsen ligger i at sykepleierne har hatt det faglige og driftsmessige ansvaret for pleie- og omsorgstjenestene og dermed vært premisslevere- randører for tjenesteutformingene, at de har fått stor oppmerksomhet i forskningslit- teraturen på feltet og ikke minst at det over tid har vært vanskelig å fylle sykepleier- stillinger med sykepleiere.

Som det vises i figur 3.1, blir en stor del av sykepleiervaktene utført av personell med mindre helsefaglig utdanning enn sykepleierne. Dette skyldes blant annet at mange sykepleierstillinger står tomme. Etter vedvarende problemer med å rekruttere sykepleiere til de ledige stillingene, har Bodø valgt å gjøre om stillingene, slik at de kan fylles av andre yrkesgrupper.



I 2021 hadde Bodø kommune ca. 50 ubesatte sykepleierstillinger. I 2022 er dette omfanget redusert. Ved ett av tjenestestedene ble seks sykepleierstillinger<sup>16</sup> omgjort til helsefagarbeiderstillinger, slik denne informanten peker på:

Stadiontunet hadde lenge seks vakante sykepleierstillinger. Vi fikk ingen søkere. Det hjalp ikke med økonomiske incentiver. De ledige vaktene ble dekket av ufaglærte og andre som ikke hadde sykepleierkompetanse. Nå er disse stillingene omgjort til seks helsefagarbeiderstillinger. Så nå er det slutt på bruk av ufaglærte i de vakante sykepleierstillingene.

Så langt har dette latt seg gjøre uten at det har oppstått profesjonskamp og uten at det har gått ut over tjenestekvaliteten. Det er flere forklaringer på hvordan dette har latt seg gjøre. En av dem har å gjøre med hvordan sykepleierressursene blir organisert.

### **Økt faglighet og flere sykepleiere utenfor turnus**

For å klare seg med færre sykepleiere, organiseres en del av sykepleierne i team som utfører sykepleiefaglige oppgaver på flere avdelinger. Ved et av sykehjemmene går halvparten i avdelingsturnus og halvparten «på topp» i turnusoverskridende sykepleierteam. Ved et annet sykehjem går nesten tre fjerdedeler av sykepleierne i slike team, eller i stab, som det også kalles. De som ikke går i team, går i avdelingsturnuser, også kalt å gå i fag:

En del av sykepleierne går nå i stab. Det vil si at de går på toppen og ikke i turnusen. På Stadiontunet er nå 70 prosent av sykepleiervaktene lagt på toppen, mens 30 prosent går i fag. Ved Sentrum sykehjem skal sykepleierne gå 50-50 på topp i pleie.

Ved å samle sykepleierne i turnusoverskridende team, kan sykepleierne konsentrere seg om sykepleiefaglige oppgaver. Dette til forskjell fra å være slukt av oppgavemangfoldet i driften på en avdeling. I en mer turnusbasert organisering jobber sykepleierne ofte alene. I et team er de flere, og de kan lettere diskutere faglige spørsmål og fordele oppgaver. Med dette kan færre sykepleiere utføre flere sykepleiefaglige oppgaver og samtidig få en mindre stressende arbeidsdag.

Sykepleierne så at ny oppgavedeling kunne gi dem avlastning og muligheter til å bruke sin spisskompetanse.

### **Større stillinger og redusert innleie**

Bodø kommune har en omfattende satsing på å utvikle heltidskultur (Moland & Schanche, 2019). I arbeidet med oppgavedeling er ikke dette et eksplisitt mål. Men som erfart i andre kommuner (KS & KPMG, 2021), så fører arbeidet med ny oppgavedeling til nye muligheter for å skape større stillinger. Ved en av pilotenhetene i Bodø er gjennomsnittlig stillingsprosent økt med ca. 10 prosentpoeng.

Gjennom ny oppgavedeling har antall vakante stillinger gått ned. Gapet mellom planlagt og faktisk bemanning er redusert. Selv med et høyt sykefravær (høyere enn 15 prosent) har man på ett år klart å mer enn halvere antall vakter der man har innleide sykepleiere fra bemanningsbyrå. Ved et av pilotstedene har man ifølge en av informantene ikke hatt innleie i det hele tatt det siste året:

---

<sup>16</sup> I etterkant av beslutningen om å gjøre om sykepleierstillingene til helefagarbeidstillinger fikk tjenestestedet tre sykepleiere som søkte på stillingene. Dermed endte de med å bare gjøre om tre av stillingene.

Etter dette hadde Vollsletta null innleie av sykepleiere fra vikarbyrå. Dette ga også innsparinger i budsjettet.

### **Kvalitative gevinster**

Under intervjuer ble det framført flere eksempler på såkalte kvalitative gevinster som følger av den nye oppgavedelingen. Som ledd i en intern oppsummering, har prosjektleder satt opp en liste over områder der man har sett forbedringer. Her kommer det også fram at tjenestekvaliteten og brukertilfredsheten er styrket. Det samme gjelder det faglige omdømmet. Her gjengir vi bare punktene i listen. Disse er:

- Mindre opplevd stress
- Fullførelse av planlagte oppgaver særlig knyttet til medisinsopp-gaver
- Økt opplevelse av mestring og kompetanse
- Enklere å tilrettelegge ved sykdom
- Økt faglig fokus
- Økt attraktivitet
- Avlastende effekt for avdelingsledere
- Økt tilgjengelighet av helsefaglig kompetanse og derav økt opplevelse av trygghet hos øvrig personell og brukere/pasienter
- Enklere å koordinere skarpe alarmer, hjemmetjeneste
- Opplevelse av økt brukertilfredshet
- Økt pasientsikkerhet – hyppigere oppfølging av medisinsk behandling

### **Hvordan fikk de det til?**

Det er naturlig å spørre om hvordan disse forsøksenhetene har klart å få oppslutning om analyser og tiltak som har ført til så store endringer både for den enkelte ansatte og for hele personalgruppen. I tillegg har de klart å gjøre om stillinger mellom yrkesgrupper uten at det har ført til profesjonskamp.

Det sentrale spørsmålet er hvordan kommunen har klart å involvere ledere og ansatte slik at det er skapt et eierskap til utviklingsarbeidet. Dette er gjerne mål i mange innovasjonsaktiviteter, men det er ofte vanskelig å få til. Vi har sett utallige eksempler på utviklingsprosjekter med mål om for eksempel flere heltidsstillinger, nye turnuser, jobbing på tvers av tjenestesteder, redusert sykefravær osv., der prosjektledelsen har god kunnskap om betydningen av involvering, forankring og hensikts- og målformuleringer, uten at man klarer å skape endringsengasjement (Moland, 2015; Bråthen & Moland, 2022).

### ***Involvering, relevans og lavthengende frukter***

Det kan se ut til at svaret på suksess ligger i kombinasjon av tema (oppgavedeling) og organisering av endringsforsøkene (prosess). Ny oppgavedeling slik kommune-Norge med Bodø som en av anførerne griper dette an, er noe helt konkret som alle ansatte, uavhengig av fagkompetanse, alder eller stillingsstørrelse kan ha oppfatninger om. Det er altså ikke bare involvering som sådan, men involvering i spørsmål som oppleves som relevante for både ledere og ansatte. Ganske fort ser de fleste at gevinstene ved små endringer har positive effekter for alle. At endringsforslag oppleves som en vinn-vinn-situasjon, er imidlertid ingen selvfølge. Som vi har sett, innebærer noen av tiltakene ganske store individuelle og strukturelle endringer.

### **Proessen skaper trygghet**

Prosjektledelsen framhever at de har hatt et opplegg som har gitt de ansatte trygghet for å kunne være med på endringer. Deltakelsen i oppgave- og kompetansekartleggingen og påfølgende oppgaveendringer har gitt ansatte eierskap til egen kompetanse. Med det menes at diskusjoner om oppgaver og hvem som kan utføre disse, har vist mange ansatte at de kan klare mer enn de har trodd. Og gjennom praksis er dette blitt fulgt opp, slik et par av våre informanter fortalte:

De ansatte får eierskap til egen kompetanse!

Når helsefagarbeiderne fikk være med på å definere hva de kunne gjøre, skapte det motivasjon for å være med på utviklingen. De fikk mange positive tilbakemeldinger og ble tryggere i arbeidet. Så er det viktig at lederne følger opp.

### **De ansatte gjør endringsarbeidet selv**

En uvanlig suksessfaktor som ifølge våre informanter har bidratt til å skape eierskap og engasjement hos ansatte, kan ha vært opplegget med å gjennomføre workshopene uten ledes tilstedeværelse. Én sa det slik:

Når lederne ikke deltok i workshopen, måtte de ansatte selv ta ansvar, og det kunne de. Det var jo de som hadde spisskompetansen på sin hverdag! Vi fikk tatt de store nasjonale utfordringene om bemanningsutfordringer og tjenestebehov ned på daglig nivå som deltakerne kunne forstå. Vi kjente ikke til andre kommuner å se til, så dette måtte vi finne ut av selv. Verken prosjektet eller lederne kan gjøre refleksjonene og endringsforslag for dem. Jeg som prosjektleder har begrenset med ressurser og kan bare veilede. De ansatte må gjøre endringsarbeidet selv.

Utfordringer med å omforme visjoner fra regjering og storting til lokalt språk, kan være krevende når kommuner skal omsette reformer til lokal praksis (Moland, 2015). I det første av de to sitatene over ser vi at Bodø har klart nettopp dette.

### **Medarbeiderdrevet innovasjon i praksis**

Medarbeiderdrevet innovasjon (MDI), til forskjell fra lederdrevet, teknologidrevet og markedsdrevet innovasjon, er et relativt nytt begrep.<sup>17</sup> Det har vært framsnakket av fagbevegelsen og blitt et honnørord for partssamarbeidet. Det handler om at de som har skoene på kan ha god kjennskap til endringsbehov og ha gode innovasjonsforslag. I praksis har MDI blitt et begrep som brukes om demokratisk medvirkning i utviklingsarbeid, der ledere tar de ansatte og deres representanter med på råd. I forsøkene med ny oppgavedeling i Bodø kommune har de ansattes medvirkning gått lenger. Istedenfor at ledelsen presenterer en utfordring med løsningsforslag de ansatte kan kommentere og slutte seg til, har det omvendte skjedd ved forsøksenheterne i Bodø. De ansatte har engasjert seg og kommet med endringsforslag til ledelsen.

Det er ikke ofte man ser utviklingsprosesser som med rette kan kalles medarbeiderdrevet innovasjon. I dette tilfellet har det vist seg å gi gode effekter både på løsningsforslag og oppslutningen om disse.

Her ligger antakelig også en del av svaret på spørsmålet om hvordan kommunen kunne gjøre om en rekke sykepleierstillinger til helsefagarbeiderstilling uten at det har ført til profesjonskamp. Da vi spurte om ikke Norsk Sykepleierforbund var

<sup>17</sup> [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/nhd/vedlegg/veiledninger-og-brosjyrer/medarbeiderdrevetinnovasjon\\_handbok\\_des2012.pdf?id=2291738](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/nhd/vedlegg/veiledninger-og-brosjyrer/medarbeiderdrevetinnovasjon_handbok_des2012.pdf?id=2291738)

skeptiske til å fjerne sykepleierstillinger som riktignok hadde stått vakante over lengre tid, var svaret at kommunen hadde fått forbundets støtte, slik en av informantene uttrykte det:

Omgjøring av vakante sykepleierstillinger er gjort med støtte fra både NSF og de andre forbundene. De ser at alternativet er verre, og de ser at den nye oppgavedelingen fungerer. Dette har gått bra og vi har sluppet profesjonskamp. Jeg tror det har mye å si at vi har startet nedenfra [...] i disse workshopene.

## 4 Oppsummering

---

I denne rapporten har vi sett nærmere på oppgavedeling innenfor tre yrkesgrupper; portører, helsesekretærer og helsefagarbeidere. Vi har gjennomgått litteratur og utarbeidet en kunnskapsoppsummering, samt gjennomført intervjuer og casestudier. I de neste avsnittene vil vi sammenfatte og diskutere undersøkelsens hovedfunn.

### 4.1 Mye oppgavedeling er planlagt og styrt

Gjennomgangen av litteratur og funn fra casestudiene i de foregående kapitlene tyder på at vertikal oppgavedeling er forholdsvis utbredt i helse- og omsorgssektoren, både i kommuner og på sykehus. Særlig gjelder dette oppgaver som overføres fra sykepleiere og andre yrkesgrupper med treåring høyskoleutdanning til yrkesgrupper med fagutdanning, men også til ufaglærte. Noe av denne oppgavedelingen skjer som nødløsninger, men mye skjer også som følge av planlagt og styrt arbeid, slik casegjennomgangen tydelig viser. Det omfattende arbeidet som foregår i Tørn-prosjektet, er også gode eksempler på at det strategiske arbeidet knyttet til oppgavedeling er høyt oppe på dagsordenen i mange kommuner.

### 4.2 I øvre del av utdanningen

Endringer i oppgavedeling på et tjenestested fører til at ansatte med helsefaglig utdanning bruker mer tid på å gjøre oppgaver de er utdannet til. Det innebærer samtidig at de bruker mindre tid på oppgaver som ikke krever deres kompetanse. I caseundersøkelsen har vi flere ganger kommet over utsagn om at en yrkesgruppe, som for eksempel helsefagarbeidere eller helsesekretærer, har begynt å gjøre oppgaver som egentlig ligger til deres utdanning, men som vanligvis ikke har vært utført av yrkesgruppen på det aktuelle sykehuset eller i kommunen. Dette har medført at yrkesgruppen heller ikke har fått trening i å gjøre disse oppgavene, som er i «øvre del» av deres utdanning. Dette handler om at disse oppgavene som oftest utføres av andre yrkesgrupper, som for eksempel sykepleiere. Det kan være ulike grunner til at det er slik, men begrunnelsene vi gjerne har hørt, viser til tradisjon og til at det alltid har vært slik.

Noe av det samme kan sies om helsesekretærene. I eksempelet fra Stavanger universitetssjukehus har helsesekretærene og helsefagarbeiderne begynt å ta blodprøver, en oppgave bioingeniørene tradisjonelt har gjort. Dette til tross for at de førstnevnte har dette som en del av sin utdanning. Gjennom prosjekter med oppgavedeling ser vi derfor flere eksempler på at yrkesgrupper får overført oppgaver de egentlig har kompetanse til å utføre, men som de tradisjonelt ikke har utført. I flere av eksemplene med oppgavedeling har vi derfor fått høre at yrkesgrupper som helsefagarbeidere skal gjøre mer av det de faktisk har lært, og mindre av oppgaver som andre, for eksempel assistenter, kan gjøre like godt. Dette ser vi tydelig i eksempelet fra Bodø. Gjennomgangen har dessuten vist at å gjøre de mer krevende oppgavene som ligger i den øvre delen av utdanningen, kan være en motivasjonsfaktor for å ta videreutdanning og spesialisere seg i deler av faget man finner særlig interessante. Dette

gjelder for helsefagarbeidere, men også ufaglærte motiveres til å ta fagbrev når de får interessant oppgaver.

### **4.3 Rett kompetanse til riktig oppgave**

Overskriften på dette avsnittet har gjenklang fra alle intervjuene vi har hatt og viser til hvorfor oppgavedeling er et sentralt satsingsområde innenfor helse- og omsorgstjenestene framover. Det å ha personell med riktig kompetanse er avgjørende for at brukere skal få forsvarlig og god helsehjelp. Det ble derfor pekt på som utfordrende at tjenestene i mange kommuner preges av at mange arbeider deltid, av vakanser og rekrutteringsproblemer. Flere steder er det også en forholdsvis høy andel ansatte uten formell helsefaglig kompetanse. Dette kan være et problem hvis andelen er høy og ufaglærte tar vakter og utfører oppgaver som skulle vært gjort av helsepersonell. Uklarheter rundt oppgavefordeling har også ført til helsefagarbeidere har brukt sin fagkompetanse mye mindre enn de kunne har gjort. Dette kan bidra til lav faglig selvtillit og lav mestringfølelse for den ansatte. For arbeidsgiver er slik bruk av fagarbeidere sløsing med ressurser (Moland 2015).

Men en viss andel ufaglærte behøver ikke å være et problem. Problemer er snarere at denne gruppen ikke er spesialisert til å gjøre oppgaver som ikke trenger helsefaglig kompetanse. Som vist i eksempelet med Bodø kommune, kan man med oppgavedeling sørge for at ansatte uten formell helsefaglig kompetanse får en legitim plass i personalgruppen. Dette skjer gjennom ny oppgavedeling som bidrar til at helsepersonell med ulike utdanninger ikke bruker mye ressurser på å utføre oppgaver som kolleger med lavere utdanningsnivå med fordel kunne ha gjort.

Målet med oppgavedelingen er derfor å få til en mer hensiktsmessig organisering av oppgavene som skal utføres, og hvilken kompetanse som er tilgjengelig. Noen av informantene pekte på at hensiktsmessig var et viktig stikkord. Det handlet om hvem som kan gjøre hva – heller enn om hvem som skal gjøre hva. Dette ble også knyttet til at faglig forsvarlighet etter helsepersonelloven § 4 bør være førende for hvilke oppgaver som skal løses av hvilke yrkesgrupper, heller enn kun formalkompetanse og tradisjoner. Det ble i den sammenhengen også vist til at kompetanse er noe som må vedlikeholdes og utvikles og forbedres gjennom hele yrkeslivet nettopp for å kunne mestre nye arbeidsoppgaver.

### **4.4 Lite profesjonskamp**

Av våre data framgår det at man tidligere har opplevd profesjonskamp, og at dette har vært til hinder for ny oppgavedeling. I 2022 er situasjonen en annen. I flere av casene oppleves profesjonskampen å være lite til stede i dag. Dette kan dels knyttes til at personellsituasjonen i helse- og omsorgssektoren er så utfordrende at man derfor er nødt til å være pragmatisk innstilt. En annen grunn kan knytte seg til hvordan arbeidet med ny oppgavedeling har vært gjennomført. Flere steder har oppgavedeling blitt gjennomført på en måte der flere yrkesgrupper har medvirket og fått være med på å bestemme hvordan oppgavene best kan løses, slik eksempelet fra Bodø kommune er en god illustrasjon på.

### **4.5 Bredde versus spissing av oppgaver**

Det strategiske valget mellom bredde og spesialisering av yrkesroller knyttet til ny oppgavedeling er tydelig i våre data. Litt enkelt kan dette valget illustreres ved portørekspelet fra casegjennomgangen. Mens portørene i eksemplene fra Stavanger

universitetssjukehus og Lervig sykehjem har fått en rekke «nye» oppgaver, har man ved St. Olavs hospital valgt å rendyrke portørens pasientnære rolle. Tilsvarende kommer også til uttrykk i Bodø kommune, der man gjennom arbeidet med oppgavedeling har valgt å rendyrke helsefagarbeidernes bruker- og pasientorienterte oppgaver. Gjennom vårt arbeid har vi også fått høre om oppgavedelingsprosjekter der man har valgt å fjerne «hotelloppgaver»<sup>18</sup> fra helsefagarbeidernes ansvar, og overført dette til personell uten formell helsefaglig kompetanse. Målet har blant annet vært å sikre rett kompetanse på rett sted, men også å skape mest mulig faglig interessante oppgaver for flere yrkesgrupper, assistenter inkludert. Prosjektet «Optimal bruk av kompetanse» i Bodø kommune er et eksempel på et slikt arbeid der flere yrkesgrupper har fått nye oppgaver.

## 4.6 Oppgavedeling og hele stillinger

Noen av bidragene i litteraturstudien kobler oppgavedelingen til heltid-deltids-tematikken innenfor sektoren (se f.eks. Aagestad m.fl., 2021; Ingelsrud & Falkum, 2017). Flere pågående prosjekter i kommunesektoren, som for eksempel Tørn-prosjektet, er også opptatt av denne koblingen. Heltidsstillinger og store deltidstillinger er blant annet viktig for at kompetansevirksomheter skal lykkes med ny oppgavedeling. Mange små stillinger fører til fattige læringsmiljøer (Moland m.fl., 2010; Moland & Bråthen, 2012, s. 47). Flere steder i våre data er også denne koblingen tydelig, riktignok på noe ulikt vis. I flere av casene har vi sett at god oppgavedeling avhenger av å ha trygge og dyktige fagpersoner på jobb. Trygge og gode fagfolk fordrer å ha ansatte i enten store deltidstillinger (70–80 prosent eller høyere) eller heltidsstillinger (Moland & Bråthen, 2019). Informanter eksemplifiserte dette med å vise til at dersom helsefagarbeidere i sitt daglige arbeid skal gjøre oppgaver som oppfattes å være i «øvre del» av utdanningen, så må man ha velutviklede «fingerferdigheter», god kjennskap til pasienter og rutiner, noe som fordrer tilstedeværelse på arbeidsplassen.

## 4.7 Medarbeiderdrevet innovasjon

I casegjennomgangen av Bodø kommune benyttet vi begrepet medarbeiderdrevet innovasjon. Bakgrunnen for dette begrepet er at «de som har skoene på» kan ha god kjennskap til endringsbehov og kan derfor bidra med innovasjonsforslag. I det første forsøket med ny oppgavedeling i Bodø kommune har de ansattes medvirkning vært tydelig. De ansatte har engasjert seg og kommet med endringsforslag til ledelsen, heller enn omvendt.

Tidligere forskning har vist at prosjekter for å utvikle heltidskultur i helse- og omsorgssektoren kan være vanskelige å gjennomføre (Bråthen & Moland, 2022). Dette skyldes blant annet at tjenestene mange steder er preget av en sterk deltidskultur der både ledere, tillitsvalgte og ansatte ikke alltid er endringsvillige, men også fordi en del deltidsansatte i praksis er lite til stede i fora der man naturlig skal drive utviklingsarbeid. I eksempelet fra Bodø ser det derimot ut til at man gjennom arbeidet med ny oppgavedeling har lyktes i å involvere og engasjere de ansatte gjennom å arbeide praktisk og oppgavenært. Det er ikke ofte man ser utviklingsprosesser som med rette kan kalles medarbeiderdrevet innovasjon. I Bodø kommunes pilotprosjekt er den første fasen som vi har fulgt, et godt eksempel på medarbeiderdrevet innovasjon. Den

---

<sup>18</sup> Disse oppgavene omtales på ulikt vis i våre data. Termer som serviceoppgaver, forlegningsoppgaver, praktiske oppgaver, benyttes også. Dette viser ofte til oppgaver som rydding, matlaging, søppelhåndtering, klargjøring av senger og skittentøy.

formen for utviklingsarbeid har vist seg å gi gode effekter både på løsningsforslag og oppslutningen om disse, som ny oppgavedeling i tjenestene.



# Litteratur

---

- Abrahamsen, B. (2002). *Hvorfor utdanne to pleiere for å få én? En studie av yrkesløpet til hjelpepleiere og sykepleiere*. Oslo: Pax Forlag.
- Bratt, C. & Gautun, H. (2015). Bemanningsnormer i sykehjem. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2, 98–106.
- Bråthen, K. (2016). Langturnus og tjenestekvalitet: En undersøkelse av fem enheter i Bergen kommune. Kapittel 9 i Ingstad, K. (red.), *Turnus som fremmer heltidskultur*. Gyldendal Akademisk.
- Bråthen, K. & Moland, L. E. (2022). *Helt fram mot heltidskultur. Underveisrapportering fra et innovasjonsprosjekt*. Fafo-notat 2022:08
- Devik, S. A., & Olsen, R. M. (2022). *Oppgaveglidning i omsorgstjenestene*. Senter for omsorgsforskning.
- Europakommisjonen (2019). Task shifting and health system design. Report of the Expert panel on effective ways of investing in health (EXPH): Luxembourg, Publications Office of the European Union, 2019. [https://health.ec.europa.eu/system/files/2019-11/023\\_taskshifting\\_en\\_0.pdf](https://health.ec.europa.eu/system/files/2019-11/023_taskshifting_en_0.pdf)
- Gautun, H. (2020). *En utvikling som må snus. Bemanning og kompetanse i sykehjem og hjemmesykepleien*. Nova-rapport nr 14/20.
- Gautun, H. (2012). *Planlagt og faktisk bemanning i sykehjem og hjemmesykepleien*. Fafo-rapport 2012:05.
- Gautun, H., Øien, H. & Bratt, C. (2016). *Underbemanning er selvforsterkende. Konsekvenser av mangel på sykepleiere i hjemmesykepleien og sykehjem*. <https://hdl.handle.net/20.500.12199/5101>.
- Haukelien, H., Vike, H. & Vardheim, I. (2015). *Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene: Sykepleieres erfaringer*. TF-rapport nr. 362.
- Helsedirektoratet (2021a). *Årsrapport for Kompetanseløft 2020 for 2020*. Avsluttende oppsummering for planperioden.
- Helsedirektoratet (2021b). *Kompetanseløft 2020. Personell og kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten*.
- Hjemås, G., Zhiyang, J., Kornstad, T. & Stølen, N. M. (2019). *Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035*. SSB-rapport 2019/11.
- Holmøy, E., Hjemås, G. & Haugstveit, F. (2020). *Etterspørselen etter omsorgsplasser med heldøgnsbemanning mot 2060. Betydningen av flere eldre, helsetilstand og familieomsorg*. SSB-rapport 2020/43.
- Holmøy, E., Kjelvik, J. & Strøm, B. (2014). *Behovet for arbeidskraft i helse- og omsorgssektoren fremover*. Statistisk sentralbyrå rapporter 2014/1.
- Ingelsrud, M. H. & Falkum, E. (2019). *Heltidskultur i kommunal helse og omsorg Et spørsmål om fordeling av arbeid*. Arbeidsforskningsinstituttet AFIs FoU-resultat 2019:05. Oslo Met.
- Ingelsrud, M. H. & Falkum, E. (2017). *Helsefagarbeidernes muligheter for utvikling og bruk av kunnskaper og ferdigheter i jobben*. Arbeidsforskningsinstituttet AFI
- KS & KMPG (2021). *Prosjekt Tørn: Sammen om fremtidens helse og omsorg*.
- Leonardsen, A. C. L. (2020). Oppgaveglidning kan gi bedre helsetjenester. *Sykepleien*, 108.
- Ludvigsen, K. & Danielsen, H. (2014). *Ny oppgavefordeling mellom personellgrupper i helse- og omsorgssektoren: veien å gå for å sikre framtidens velferdstjenester?* NORCE.
- Meld. St. 7 (2019-2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023*.
- Meld. St. 13 (2011-2012). *Utdanning for velferd*.
- Moland, L. E. (2015). *Større stillinger og bedre drift. Evaluering av programmet Ufrivillig deltid*. Fafo-rapport 2015:25.

- Moland, L. E. (1997). *Ingen grenser? Arbeidsmiljø og tjenesteorganisering i kommunene*. Fafo-rapport 221.
- Moland, L. E. & Bråthen, K. (2021a). *Heltids- og deltidsansettelser i sykehusene. Om bruk av flerdelte stillinger ved Sykehuset Østfold*. Fafo-rapport 2021:1.
- Moland, L. E. & Bråthen, K. (2021b). *Stillingsutlysninger, rekruttering og heltidskultur i de kommunale helse- og omsorgstjenestene*. Fafo-rapport 2021:25
- Moland, L. E. & Gautun, H. (2002). *Deltid: Bidrag eller hemske for fornyelse av pleie- og omsorgssektoren. En studie av arbeidstid og undersysselsetting blant hjelpepleiere og omsorgsarbeidere*. Fafo-rapport 395.
- Moland, L. E. & Schanche, P. (2019). *Lang vei mot heltidskultur. Evaluering av tre pilotprosjekter i Bodø kommune*. Fafo-rapport 2019:08.
- Nancarrow, S. A. & Borthwick, A. M. (2005). Dynamic professional boundaries in the healthcare workforce. *Sociology of health & illness*, 27(7), 897–919.
- Oslo Economics (2022). *Kartlegging av erfaring med oppgavedeling mellom helsefagarbeidere og andre personellgrupper i sykehus*. 2022-66.
- Sibbald, B., Shen, J. & McBride, A. (2004). Changing the skill-mix of the health care workforce. *Journal of health services research & policy*, 9(1), 28–38.
- Sosial- og helsedepartementet. *Handlingsplan for helse- og omsorgspersonell 1998-2001: rett person på rett plass*
- Wefald, T. L. & Aalborg, T. (2012). Jobbglidning og jobbkultur. Kronikk i *Overlegen* 1-2012.
- Aagestad, C., Schanche, P. & Moland, L. E. (2021). *Organisering, kompetanse og heltidskultur – i kommunale helse- og omsorgstjenester. En kunnskapsoppsummering*. Agenda Kaupang, Rapport nr. 1021452.



# Ny oppgavedeling i helse- og omsorgssektoren

I rapporten ser vi nærmere på ny oppgavedeling blant yrkesgruppene helsefagarbeidere, portører og helsesekretærer. Studien viser at arbeidet for bedre oppgavedeling er i ferd med å bli utbredt i helse- og omsorgssektoren, både i kommuner og på sykehus. Særlig gjelder dette oppgaver som overføres fra sykepleiere og andre yrkesgrupper med treårig høgskoleutdanning til yrkesgrupper med fagutdanning, men også til ansatte uten formell helsefaglig utdanning.



Borggata 2B  
Postboks 2947 Tøyen  
N-0608 Oslo  
[www.fafo.no](http://www.fafo.no)

Fafo-rapport 2023:07  
ID-nr.: 20842