

Ketil Bråthen og Tove Mogstad Aspøy

Ny rolle for helsefagarbeidere?

Oppgaver og ansvar i endring





Ny rolle for helsefagarbeidere?

Denne rapporten undersøker hvordan ny oppgavedeling påvirker helsefagarbeiderrollen, med vekt på faglig innhold og organisering av tjenestene. Vi ser på om det skjer endringer i oppgavesammensetningen, hvordan disse styres, og hva det betyr for samspillet mellom helsefagarbeidere og andre yrkesgrupper. Et sentralt spørsmål er om helsefagarbeiderne får reelt faglig ansvar eller bare flere oppgaver, uten tilsvarende avlastning.

Innhold

Forord	3
Sammendrag	4
1 Innledning	7
1.1 Oppgavedeling	8
1.2 Forskningsspørsmål	11
1.3 Rapportens gang	11
2 Metode og data	12
2.1 Spørreundersøkelse.....	12
2.2 Intervjuer	14
3 Bakgrunn: Oppgavedeling, politikk og forskning.....	15
3.1 Hva vet vi om ny oppgavedeling mellom yrkesgrupper?	15
3.2 Forskning på oppgavedeling i kommunale tjenester.....	16
3.3 Helsefagarbeidernes rolle og uforløst potensial	17
3.4 Erfaringer fra spesialisthelsetjenesten og sykehus	19
3.5 Mot en mer strukturert praksis?	20
3.6 Hvordan arbeider kommuner med oppgavedeling?	20
3.7 Oppsummering.....	22
4 Erfaringer fra tre caser	23
4.1 Birkenes: Oppgavedeling og styrking av helsefagarbeiderrollen ved sykehjemmet	23
4.2 Rakkestad: Oppgavedeling ved korttidsavdelingen	25
4.3 Kommune i Vestfold: Gradvis oppgavedeling ved korttidsavdeling	27
4.4 Oppsummering	30
5 Ny oppgavedeling og helsefagarbeidere	32
5.1 Har kommunene dekket sitt behov for helsefagarbeidere?	32
5.2 Hvorfor har ikke kommunene tilstrekkelig antall helsefagarbeidere?	37
5.3 Har kommunen gjennomført tjeneste- og bemanningsanalyser som har ført til ny oppgavedeling?	39
5.4 Hvilke yrkesgrupper er omfattet ny oppgavedeling?	40
5.5 Andre yrkesgrupper berøres også av ny oppgavedeling.....	42
5.6 Støttetjenester og ufaglærte trekkes inn	43
5.7 Hva innebærer ny oppgavedeling for helsefagarbeiderne?	45
5.8 Ny oppgavedeling og helsefagarbeideres arbeidssituasjon	51
5.9 Ny oppgavedeling også for dem uten helsefaglig kompetanse?	52
5.10 Oppsummering	55
6 Avsluttende diskusjon	56
6.1 Ny oppgavedeling skjer i piloter og forsøk.....	56
6.2 Ny oppgavedeling som strategi for bærekraftige tjenester	57
6.3 Profesjonalisering av helsefagarbeiderrollen	58
6.4 Får helsefagarbeiderne avlastning?	59

6.5 Ny rolle for personell uten formell helsefaglig utdanning	59
6.6 Endringer også for sykepleierne	60
6.7 Sentrale forutsetninger for å lykkes.....	60
Kilder	62

Forord

Denne rapporten undersøker hvordan ny oppgavedeling påvirker helsefagarbeiderrollen, med vekt på faglig innhold og organisering av tjenestene. Rapporten er et resultat av et pågående prosjekt for Helsedirektoratets arbeid med Kompetanseløft 2025. Leif E. Moland er prosjektleder for Fafos følgeevaluering av Kompetanseløft 2025, og har vært ansvarlig for kvalitetssikringen av rapporten.

Takk til Ingrid Mydland, Espen Ottesen Vattekar og Tone Hee Åker i Helsedirektoratet for nyttige kommentarer i slutfasen. Takk også til Marte Olea Borg for språkvask og til Fafo-kollega Sofie Steensnæs Engedal for ferdigstilling av rapporten

Oslo, august 2025

Ketil Bråthen

Tove Mogstad Aspøy

Sammendrag

Helse- og omsorgstjenestene står overfor et økende leveringspress samtidig som mange kommuner mener de ikke har tilstrekkelig kvalifisert personell. For å møte personalutfordringen forsøker en rekke kommuner tiltak som skal føre til bedre kompetanse- og ressursutnyttelse, der ny oppgavedeling er løftet frem som et sentralt tiltak av myndighetene og i nasjonale utviklingsprogrammer. Med ny oppgavedeling menes det en endring i tradisjonell oppgavefordeling innad i eller mellom yrkesgrupper.

I denne rapporten beskrives det hva ny oppgavedeling innebærer for helsefagarbeiderrollen, med særlig vekt på hvordan oppgavedelingen påvirker både faglig innhold og organiseringen av tjenestene. Vi har tatt for oss følgende problemstillinger:

1. Foregår det endringer i helsefagarbeidernes oppgavesammensetning?
 - Hvordan styres og organiseres endringen av oppgavefordeling?
 - Hva betyr endringen for oppgavene til henholdsvis helsefagarbeidere og personell uten helsefaglig kompetanse?
 - Skjer det endringer i samarbeidet mellom helsefagarbeiderne og sykepleierne og annet personell med høyskole- og universitetsutdanning som følge av ny oppgavedeling?
2. Dersom helsefagarbeiderne får flere fagspesifikke oppgaver og mer ansvar, kommer dette i tillegg til andre gjøremål, eller får de avlastning fra andre yrkesgrupper?

Vi har gjennomgått relevant litteratur, gjennomført spørreundersøkelser blant ledere, prosjektledere og tillitsvalgte samt gjennomført kvalitative intervjuer i tre kommuner.

Profesjonalisering av helsefagarbeiderrollen

Et tydelig funn i denne rapporten er hvordan helsefagarbeiderrollen i mange kommuner er i ferd med å bli klarere og mer selvstendig. Over 80 prosent av respondentene i vår spørreundersøkelse oppgir at helsefagarbeiderne i deres kommune utfører flere fagspesifikke oppgaver enn før innføringen av ny oppgavedeling. Det innebærer at helsefagarbeiderne utfører flere fagspesifikke og administrative oppgaver som observasjon, dokumentasjon og koordinering.

Utvidet ansvar fordrer faglig støtte

Nye oppgaver og utvidet ansvar gir helsefagarbeidere mulighet for økt mestring og motivasjon, men det fordrer støtte, opplæring og tydelige rammer. Mange opplever faglig vekst og eierskap, men trygghet i rollen forutsetter veiledning og kompetanseutvikling. Mentorordninger og fagdager kan bidra positivt.

Ikke alle helsefagarbeidere får avlastning

Selv om mange helsefagarbeidere opplever nye oppgaver som faglig utviklende, viser funnene at oppgavedeling ikke alltid følges av reell avlastning for helsefagarbeiderne. En av tre rapporterer at nye oppgaver kommer i tillegg til eksisterende ansvar, og en av fem er usikre på hvordan endringene påvirker den totale arbeidssituasjonen. Dette illustrerer at ny oppgavedeling ikke nødvendigvis innebærer en faktisk omstrukturering av

arbeidsoppgaver, men kan for enkelte føre til økt ansvar og flere oppgaver uten tilsvarende støtte eller tilrettelegging. For å sørge for at nye oppgaver bidrar til faglig utvikling og ikke økt belastning, er det viktig med tydelig rolleavklaring opp mot andre yrkesgrupper, forankring og støtte.

Nye roller for personell uten formell helsefaglig utdanning

Ny oppgavedeling påvirker ikke bare personell med fagutdanning eller universitets- og høyskoleutdanning, men også ansatte uten formell helsefaglig utdanning. For den sistnevnte gruppen innebærer ny oppgavedeling i mange kommuner en dreining mot serviceoppgaver som matservering, renhold, logistikk samt miljøarbeid, og bort fra pleiefaglige oppgaver. Samtidig viser våre data at enkelte ufaglærte får økt ansvar, blant annet gjennom intern opplæring og anledning til å utføre pleieoppgaver. Denne utviklingen fremheves som positiv, både fordi den er kostnadseffektiv og fordi den gir mestring og utviklingsmuligheter. Tydelige ansvarsavklaringer, støtte og formelle kompetanseløp, som praksiskandidatordningen, er viktig for å sikre de ansattes motivasjon og kvaliteten i tjenestene.

Også sykepleiere påvirkes

Oppgavedeling og en ny helsefagarbeiderrolle påvirker også sykepleierens rolle. Når helsefagarbeidere utfører flere pleiefaglige oppgaver, gis sykepleiere større rom til å utføre oppgaver som krever deres kompetanse. Dette åpner for bedre kompetanseutnyttelse på tvers av hele personalgruppen, noe som er en viktig forutsetning for mer bærekraftige tjenester. Våre data viser dessuten at dette kan bidra til et mer likeverdig og anerkjennende samarbeid mellom yrkesgruppene. I en av casekommunene foregår dette i form av felles fagutvikling, prosedyrer og veiledning, som styrker både rolleavklaringer og teamkompetanse. Dette gjør det mulig for sykepleiere å fungere som faglige ressurser, samtidig som helsefagarbeidere gis utviklingsmuligheter.

Ny oppgavedeling skjer som forsøksvirksomhet

I mange norske kommuner er den nye oppgavedeling i helse- og omsorgstjenestene i gang, men foregår foreløpig i stor grad som pilotforsøk og prosjekter. Utviklingsarbeidet kan foregå i regi av nasjonale satsinger som Tørn og Heltidspotten eller som lokale initiativer. Arbeidet er i startfasen og i et begrenset omfang.

Nasjonale bemanningstall fra 2015 og 2024 viser en stabil andel sykepleiere, økning i vernepleiere og ufaglærte, og nedgang i helsefagarbeidere. Dette er en utvikling som ikke samsvarer med intensjonene bak ny oppgavedeling. Riktignok er det slik at sammensetningen av helsepersonell påvirkes av en flere forhold, som går utover arbeidet med oppgavedeling. Det er likevel grunn til å tro at bildet vil endre seg fremover, i takt med at arbeidet modnes og innføres bredere.

Planlagt oppgavedeling, lokalt drevet

Den vertikale oppgavedelingen der arbeidsoppgaver overføres mellom yrkesgrupper med ulikt utdanningsnivå er fremtredende i vårt datamateriale. Over halvparten av kommunene i spørreundersøkelsen oppgir at ny oppgavedeling gjennomføres på bakgrunn av analyser av tjenestebehov og bemanning. Det viser at ny oppgavedeling ikke skjer

tilfeldig eller reaktivt, men som et resultat av planlagte vurderinger. Lokale tilpasninger og medarbeiderdrevet innovasjon preger utviklingen i mange kommuner.

Forutsetninger for å lykkes

Denne rapporten viser at lokal forankring, tydelig lederskap og systematisk opplæring er avgjørende for å lykkes med ny oppgavedeling. Eksemplene fra casekommunene illustrerer ulike tilnærminger til oppgavedeling, men vektleggingen av trinnvis iverksetting, læring og kollegaveiledning er felles for dem alle. Ledelsesforankring, partssamarbeid og involvering av ansatte fremstår også som sentrale suksesskriterier.

Samtidig viser funnene at manglende opplæring og uklare forventninger kan skape motstand og hindre endring. Små deltidsstillinger er også en barriere, da dette svekker kontinuitet, læring og faglig trygghet. Heltid og store stillinger samt stabile team fremheves derfor som viktige for å kunne lykkes med ny oppgavedeling.

1 Innledning

Helse- og omsorgstjenestene står i dag overfor betydelige utfordringer, og presset forventes å øke i årene som kommer. Økonomiske innstramminger, knapphet på kvalifisert helsepersonell og raske teknologiske endringer gjør det nødvendig å tenke nytt om både organisering og ledelse av tjenestene. En sentral strategi for å møte disse utfordringene handler om å utvikle mer attraktive og bærekraftige arbeidsplasser, og samtidig utnytte personaressursene på en mer effektiv måte (Meld. St. 13 (2011–2012), NOU 2023:4).

I dag opplever mange kommuner mangel på kvalifisert helsepersonell, spesielt sykepleiere og helsefagarbeidere. For å møte utfordringer knyttet til rekruttering og kompetanse har myndighetene lansert Kompetanseløft 2025 (K2025), en nasjonal plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Under K2025 iverksettes en rekke tiltak, blant annet prosjektet Tørn Kommune, som skal bidra til utprøving av nye måter å organisere arbeid, arbeidstid og oppgaver på i sektoren. Tørn Kommune omfatter godt over 100 kommuner og har som mål å fremme god oppgavedeling og ressursutnyttelse i omsorgstjenestene. Evalueringen av Tørns første fase viser at mange kommuner rapporterer positive resultater av prosjektet (Bråthen & Moland, 2024a).

Andre tiltak for å oppnå dette inkluderer blant annet styrkning av arbeids- og fagmiljøer, reduksjon av vikarbruk og små deltidsstillinger, bedre tilrettelegging av arbeidstid og arbeidsoppgaver samt økt bruk av ny teknologi. En særlig viktig dimensjon i dette arbeidet er endringer i fordelingen av oppgaver, både innad i og mellom ulike yrkesgrupper, som et ledd i et løpende utviklingsarbeid med mål om økt fleksibilitet og bedre ressursbruk. Dette innebærer at arbeidsoppgaver fordeles på en ny måte mellom ulike yrkesgrupper for å sikre «rett person på rett sted til rett tid».

Helsefagarbeidere med sin brede fagutdanning pekes på som en yrkesgruppe som kan avlaste sykepleiere ved å overta flere praktiske oppgaver og pleieoppgaver innenfor sitt kompetanseområde.¹ Samtidig kan ansatte uten helsefaglig utdanning avlaste både sykepleierne og helsefagarbeiderne ved å overta oppgaver som ikke krever helsefaglig kompetanse. Slik kan hele kompetansespekteret blant de ansatte utnyttes bedre. Myndighetenes prioriteringer om bedre kompetanseutnyttelse, blant annet formulert gjennom Helsepersonellkommisjonens utredning (NOU 2023: 4), understreker behovet for å tenke nytt om oppgavedelingen i helsevesenet for å møte bemanningsutfordringene fremover.

Tidligere har oppgavedelingen mellom yrkesgrupper i sektoren i stor grad vært basert på tradisjonelle roller fremfor en tanke om best mulig bruk av kompetanse (jamfør Bråthen & Moland, 2023; Jordell, Yssen & Moland, 2025). Frem til de siste årene har litteraturen om oppgavedeling for det meste hatt fokus på sykepleierne. Det gjelder både

¹ Helsefagarbeider er både en yrkestittel og en fagutdanning. Som yrkestittel inkluderer den også tidligere hjelpepleiere, som hadde en annen utdanningsbakgrunn.

nasjonalt og internasjonalt. Det kan til dels forklares med at flere land ikke har en etablert fagutdanning innenfor helsearbeid (se blant annet Breines et al., 2025).² I norsk sammenheng har helsearbeid på fagarbeidernivå røtter tilbake til 60-tallet, gjennom etableringen av hjelpepleierutdanningen. Rollen som helsefagarbeider har samtidig vært svakt definert, og det har variert mellom arbeidssteder og kommuner hvilke forventninger og oppgaver som tillegges helsefagarbeiderne (se blant annet Breines et al., 2025). Men både gjennom enkelttoppslag i media og kjennskap til aktiviteter i Tørn Kommune, Heltidspotten og annen forskning, ser vi at helsefagarbeiderrollen er i endring, og at yrkesgruppen på flere tjenesteområder får mer lederansvar og fagspesifikke oppgaver. De siste årene har også oppgavedeling som inkluderer helsefagarbeidere fått mer oppmerksomhet i den norske forskningslitteraturen.

Helsefagarbeidere besitter viktig kompetanse og har ansvar for pasientens og brukers behov for omsorg, ernæring, grunnleggende sykepleie og miljøarbeid. Helsefagarbeidere yter dessuten helsehjelp, de kan utføre førstehjelp og ivareta pasientsikkerheten. Tidligere undersøkelser tyder på at denne kompetansen i for liten grad er tatt i bruk (se for eksempel Bråthen & Moland, 2023; Ingelsrud & Falkum, 2017). I tillegg er det slik at for å møte økende ressurspress i sektoren, er det behov for å utforske hvordan helsefagarbeiderne bedre kan bruke sin kompetanse for å avlaste andre faggrupper, som sykepleiere og leger. Ikke minst er det viktig at helsefagarbeiderne får avlastning fra andre slik at de i større grad kan utføre oppgaver de er kvalifiserte til (Bråthen & Moland, 2023, 2024; Melby et al., 2022). Det siste er viktig både for den enkelte helsefagarbeiderens faglige utvikling og for å gjøre faget attraktivt. Det er også viktig fordi flere kommuner opplever rekrutteringsutfordringer.

1.1 Oppgavedeling

Ny oppgavedeling løftes frem i både forskning og offentlige dokumenter som en nøkkelstrategi for å sikre bærekraftige helse- og omsorgstjenester i fremtiden (NOU 2023: 4). Fenomenet omtales med flere ulike begreper som oppgaveglidning, jobbglidning, oppgaveoverføring, oppgaveforskyvning og ny oppgavefordeling. Alle disse begrepene viser til endringer i den tradisjonelle fordelingen av arbeidsoppgaver innad og mellom yrker. På engelsk brukes gjerne begreper som skill mix, task shifting og task substitution for å beskrive det samme fenomenet.

Oppgaver kan overføres vertikalt, fra personell med høyere utdanningsnivå til personell med lavere formell kompetanse, som for eksempel fra sykepleier til helsefagarbeider. De kan også flyttes horisontalt mellom grupper med tilnærmet samme utdanningsnivå, som for eksempel mellom leger med ulik spesialisering, eller mellom verne- og sykepleier. Videre kan oppgaver overføres mellom tjenestenivåer, eksempelvis fra

² Jordell, Yssen og Moland (2025) har laget en oversikt over stillingstitler og tilhørende kvalifiserings- og utdanningsløp opp til helsefagarbeidernivået i Norge, Danmark, Sverige, Nederland og England. Nivå 4 i det europeiske kvalifikasjonsrammeverket (EQF) tilsvarer i norsk kontekst fagbrev etter videregående opplæring, slik som utdanningen til helsefagarbeiderne. Både Norge, Danmark og Sverige har formelle fag- og yrkesutdanninger på nivå 4: helsefagarbeider, social- og sunhedsassistent og underskötterska. Flere av landene har i tillegg stillingskategorier og kvalifiseringsløp under nivå 4. Danmark og Nederland skiller seg ut ved å tilby fag- og yrkesopplæring på nivå 3 (og nivå 2 i Nederland). Sverige og England har i likhet med Norge også stillinger uten formelle krav, men med ulike opplæringstilbud. Eksempler på dette er yrkespakken Vårdbiträde i Sverige og Care Certificate i England.

spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten. Det er viktig 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.

Sibbald med kolleger (2004) har formulert en mye brukt definisjon av oppgavedeling som omfatter tre hovedformer: (1) utvidelse av roller eller ferdigheter innen en yrkesgruppe, (2) erstatning eller delegering av oppgaver mellom yrkesgrupper, og (3) etablering av nye funksjoner eller arbeidsoppgaver. Nancarrow og Borthwick (2005) nyanse- rer bildet ytterligere ved å skille mellom ulike typer oppgavedeling:

- Spesialisering, der enkelte innen en yrkesgruppe utvikler høyere kompetanse på spesifikke områder.
- Horisontal substitusjon, hvor yrkesgrupper med likt utdanningsnivå deler oppgaver mellom seg.
- Vertikal substitusjon, hvor oppgaver overføres mellom yrkesgrupper med ulikt utdanningsnivå.

Disse perspektivene bidrar til å synliggjøre kompleksiteten og mangfoldet i hvordan arbeidsoppgaver fordeles i helse- og omsorgstjenestene, og peker samtidig på nødvendigheten av tydelige rammer for ansvar og kompetanse.

Oppgavedeling og helsefagarbeiderne

Tidligere studier har vist at ny oppgavedeling har medført at helsefagarbeiderne i større grad får utføre oppgaver som ligger innenfor deres kompetanseområde, men som tidligere har blitt håndtert av sykepleiere (Bråthen & Moland, 2024a). Dette kan inkludere mer komplekse prosedyrer og økt ansvar i pasientbehandlingen og arbeidsorganiseringen. Slike endringer kan gi helsefagarbeiderne mulighet til å anvende hele bredden av sin utdanning, og særlig den delen av kompetansen som er knyttet til somatikk.

En landsomfattende kartlegging fra 2025 fant at en av fem planlagte sykepleiervakter (vakter som var satt opp i turnus) manglet sykepleiere. Det samme tallet for helsefagarbeidere var cirka ti prosent (Norsk Sykepleierforbund 2025). Mange av de ledige vaktene blir bemannet med ansatte uten helsefaglig kompetanse (Gautun, 2020; Moland et al., 2023). Omtrent 16 prosent av de ansatte i den kommunale pleie- og omsorgssektoren har ikke formell helsefaglig utdanning. Dette innebærer i praksis at mange ansatte uten helsefaglig utdanning utfører pleieoppgaver som krever omfattende opplæring og kompetanse.

Når det gjelder ansatte uten helsefaglig kompetanse, kan ny oppgavedeling også gi denne gruppen en tydeligere rolle med mer avgrensede oppgaver. Der andelen ufaglærte tidligere ble sett på som en utfordring, peker utviklingen i dag mot at flere kommuner definerer nye stillinger tilpasset denne gruppen. Dermed ses de i økende grad som en ønsket, nyttig og rimelig ressurs i tjenesten. Omfordelingen av oppgaver til ufaglærte innebærer at ansatte uten formell helsefaglig utdanning i større grad får ansvar for oppgaver som miljøarbeid, renhold, matservering og logistikk. I tillegg kan pleieassistenter/-pleiemedhjelpere utføre enklere pleieoppgaver som ligger mer innenfor omsorgsdelen av helsefagarbeidernes kompetanseområde, som i mindre grad krever somatisk

kompetanse. Dette kan frigjøre tid for helsefagarbeiderne, slik at de kan bruke sine ferdigheter på mer kompetansekrevede oppgaver.

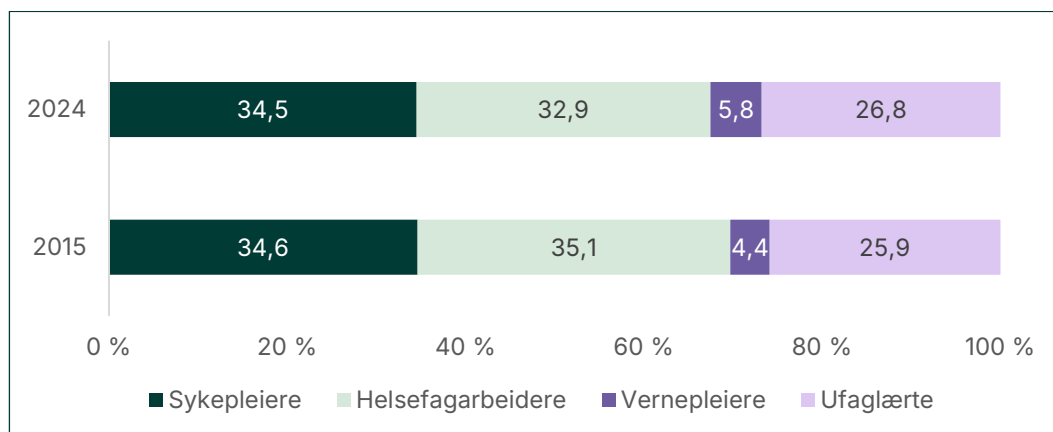
Nielsen og Moland (2025) viser at antall helsefagarbeidere har stagnert. Det er godt mulig at gapet mellom ønsket og faktisk antall helsefagarbeidere om noen år vil være større enn for sykepleiere. Ny oppgavedeling kan bidra til en mer effektiv ressursutnyttelse og sikre at hver yrkesgruppe anvender sin kompetanse på best mulig måte. Tidligere undersøkelser har dessuten vist at oppgavedeling kan bidra til at ansatte uten formell helsefaglig kompetanse får en legitim plass i personalgruppen (Bråthen & Moland, 2023; Jordell, Yssen & Moland, 2025).

Hvor blir det av oppgavedelingen?

Arbeidet med ny oppgavedeling har fått mye oppmerksomhet av forskere, i media og nasjonale utviklingsprogrammer. Tiltakene som omtales, er gjerne begrunnet i et ønske om bedre utnyttelse av kompetansen. På bakgrunn av disse tiltakene og de formulerte målene, kan man forvente at det skjer en endring i yrkessammensetningen. Andelen sykepleiere reduseres mens andelen helsefagarbeidere og andre faggrupper øker. Samtidig vil man kunne forvente at andelen ufaglærte reduseres, selv om det totale antallet årsverk utført av ufaglærte kunne komme til å øke).

Figur 1.1 viser fordelingen av sykepleiere, helsefagarbeidere, vernepleiere og ufaglærte i kommunale helse- og omsorgstjenester og sykehus i henholdsvis 2015 og 2024. Den illustrer slik sett kompetansemiksen mellom de største gruppene i kommunale helse- og omsorgstjenester og sykehus i en tiårsperiode. Den viser at andelen sykepleiere er stabil og at andelen vernepleiere og ufaglærte har økt. Samtidig viser figuren at andelen helsefagarbeidere er blitt mindre.

Figur 1.1. Fordelingen av sykepleiere, helsefagarbeidere, vernepleiere og ufaglærte i kommunale helse- og omsorgstjenester og sykehus i 2015 og 2024. Prosent. N 2015 = 231 848. N 2024 = 254 796.



Sett i lys av antakelsen over, kunne man forvente at fordelingen hadde vært litt annerledes dersom utviklingen skulle gjenspeilt det påbegynte og planmessige arbeidet med nye oppgavedeling. Nedgangen i andel sykepleiere skulle vært større, mens nedgangen i andel helsefagarbeidere skulle vært snudd til vekst.³ Samtidig må tallene tolkes med

³ De siste ti årene har helsefagarbeidernes stillingsstørrelse økt. Flere jobber også heltid. Det innebærer at antall tjenestetimer utført av helsefagarbeidere kan ha økt mer enn antall helsefagarbeidere i perioden fra 2015 til 2024.

varsomhet. De siste ti årene har helsefagarbeidernes stillingsstørrelse økt. Flere jobber også heltid. Det innebærer at antall tjenestetimer utført av helsefagarbeidere kan ha økt mer enn antall helsefagarbeidere i perioden fra 2015 til 2024 (Nielsen & Moland, 2025). Sammensetningen av helsepersonell påvirkes av en rekke forhold som går utover selve oppgavedelingsarbeidet, for eksempel utdanningskapasitet, rekruttering, og som påpekt over, heltidsandeler. Dette innebærer at de forventede effektene av nye oppgavedelingsmodeller ikke nødvendigvis gjenspeiles i statistikken på forholdvis kort sikt. Et annet forhold er tilgangen på helsefagarbeidere. Selv om oppgavedelingen forutsetter at denne gruppen tar en større del av oppgavene, kan manglende rekruttering og begrenset utdanningskapasitet føre til at kommunene ikke får tilført nok helsefagarbeidere til å realisere intensjonene fullt ut. Tallene som er hentet fra Nielsen & Moland (2025) betyr at vi i denne tiårsperioden ikke finner tegn til systematiske endringer i bemanningssammensetningen i kommuner og sykehus. Dette bildet kan derimot tenkes å endre seg i årene som kommer.

1.2 Forskningsspørsmål

I denne rapporten er vi opptatte av å undersøke endringer i helsefagarbeiderrollen, og hvordan dette påvirker oppgavene til personell uten helsefaglig kompetanse. Vi ønsker også å se nærmere på hvordan endringer i oppgavefordelingen planlegges og gjennomføres i praksis. I denne rapporten søker vi derfor svar på følgende problemstillinger:

1. Foregår det endringer i helsefagarbeidernes oppgavesammensetning?
 - Hvordan styres og organiseres endringen av oppgavefordeling?
 - Hva betyr endringen for oppgavene til henholdsvis helsefagarbeidere og personell uten helsefaglig kompetanse?
 - Skjer det endringer i samarbeidet mellom helsefagarbeiderne og sykepleiere og annet personell med høyskole- og universitetsutdanning som følge av ny oppgavefordeling?
2. Dersom helsefagarbeiderne får flere fagspesifikke oppgaver og mer ansvar, kommer dette i tillegg til andre gjøremål, eller får de avlastning fra andre yrkesgrupper?

1.3 Rapportens gang

Denne rapporten er en del av Fafos følgeforskning på Kompetanseløft 2025. Formålet er å undersøke hvordan helsefagarbeidernes rolle endrer seg med ny oppgavedeling i den kommunale helse- og omsorgssektoren, og hvilke konsekvenser det har for samarbeidet mellom yrkesgrupper og for ansatte uten formell helsefaglig kompetanse. Neste kapittel er et metodekapittel som beskriver datagrunnlaget og fremgangsmåten i prosjektet. Deretter følger et kapittel som oppsummerer tidligere forskning og utvikling knyttet til ny oppgavedeling og helsefagarbeidernes rolle, basert på nyere arbeid. I empiridelen presenteres, analyseres og diskuteres data fra undersøkelsen. Videre drøfter vi i diskusjonen hva ny oppgavedeling betyr for helsefagarbeiderne, for samarbeidet med andre yrkesgrupper (inkludert sykepleiere) og for de ufaglærte ansattes oppgaver. Avslutningsvis oppsummeres rapportens hovedfunn.

2 Metode og data

For å belyse de to hovedproblemstillingene har vi benyttet en kombinasjon av kvantitative og kvalitative metoder. Datainnsamlingen har omfattet en spørreundersøkelse rettet mot tre grupper samt kvalitative intervjuer gjennomført i tre kommuner.

2.1 Spørreundersøkelse

Spørreundersøkelsen ble gjennomført digitalt ved hjelp av verktøyet Walr, og distribuert via e-post til tre ulike respondentgrupper: ledere med overordnet ansvar for helse- og omsorgstjenestene, hovedtillitsvalgte i Fagforbundet med ansvar for helse og omsorg i kommunene, og prosjektledere for Tørn i nåværende og tidligere deltakende kommuner.

En henvendelse ble sendt til hver kommune (postmottak), med oppfordring om at undersøkelsen skulle videresendes til relevante ledere, som kommunedirektør, kommunalsjef eller annen leder med innsikt i kommunens organisering av helse- og omsorgstjenestene. Utvalget omfatter kommuner med god geografisk spredning og variasjon i kontekstuelle forhold (Se Moland et al. 2025 for flere detaljer).

For de to øvrige respondentgruppene, hovedtillitsvalgte i Fagforbundet og prosjektledere for Tørn, hadde vi tilgang til personlige e-postadresser. Dette gjorde det mulig å sende undersøkelsen direkte til personer med de aktuelle roller.

Det ble sendt ut en henvendelse og to påminnelser til samtlige grupper for å sikre høyest mulig svarprosent. Totalt 464 besvarte den aktuelle delen av undersøkelsen.⁴ Svarene kom fra 211 kommuner, noe som gir en kommunal svarprosent på 59 prosent. Videre mottok vi 94 svar fra prosjektledere i Tørn (svarprosent på 46) og 159 svar fra hovedtillitsvalgte i Fagforbundet (svarprosent på 44). Svarprosentene fra de tre utvalgene fremgår også av tabell 2.1.

Det at litt under halvparten av prosjektledere i Tørn har valgt å svare, henger trolig sammen med at enkelte prosjekter er avsluttet og at flere tidligere prosjektledere har sluttet i kommunen. Noe færre, 44 prosent, av de hovedtillitsvalgte i Fagforbundet har svart på undersøkelsen. Et slikt nivå er ikke uvanlige i undersøkelser rettet mot denne gruppen. Det kan reflektere ulik grad av eierskap til tematikken eller være et resultat av praktiske barrierer som høy arbeidsbelastning. I tillegg er det grunn til å anta at tillitsvalgte mottar mange spørreundersøkelser i løpet av et år, noe som kan påvirke svarvilligheten.

Totalt sett vurderes svarprosentene som gode for en webbasert spørreundersøkelse distribuert via e-post. At vi benyttet et godt gjennomarbeidet spørreskjema i et brukervennlig verktøy som Walr, kombinert med direkte kontakt med to av tre målgrupper og gjentatte purringer, har trolig bidratt til den relativt gode responsen. Den høye svarprosenten kan i tillegg være et uttrykk for sterkt engasjement rundt temaet i undersøkelsen.

⁴ Spørsmålene om oppgavedeling og helsefagarbeidere inngikk i en større spørreundersøkelse om lederes handlingsrom for å begrense bruk av vikarer og vikarbyråer. Undersøkelsen ble finansiert av KS og er rapportert i Moland et al., (2025). Her benyttes kun data fra den delen som omhandler oppgavedeling og helsefagarbeiderens rolle.

Tabell 2.1 Antall svar og svarprosent i tre grupper.

	Antall svar	Svarprosent
Kommunale ledere	211	59 %
Prosjektledere, Tørn	94	46 %
HTV, Fagforbundet	159	44 %

I invitasjonen ble det informert om at besvarelsen skulle reflektere situasjonen i kommunen samlet sett. Undersøkelsen inkluderte både lukkede spørsmål og spørsmål med åpne felt for egne kommentarer. Der disse svarene er benyttet i rapporten er de omtalt som fritekstsvar. Den høye andelen utfyllende fritekstsvar viser for øvrig at tematikken har engasjert respondentene.

Spørsmålene dreide seg i hovedsak om disse temaene:⁵

- Oppgavedeling og oppgaver: Spørsmål om helsefagarbeidernes arbeidsoppgaver, og om ny oppgavedeling har ført til at de gjør mer eller mindre av ulike typer oppgaver.
- Konsekvenser for arbeidssituasjon: Hvordan eventuelle nye oppgaver/økt ansvar påvirker helsefagarbeidernes arbeidssituasjon – skjer det ved at oppgaver legges på toppen av alt annet de gjorde fra før, eller erstattes noen oppgaver?
- Effekter for ufaglærte/assistenter: Hvordan endringer i helsefagarbeidernes oppgaver påvirker personell uten helsefaglig utdanning. Er det for eksempel slik at de ufaglærte får færre eller flere oppgaver, nye typer oppgaver, mer ansvar, og så videre.

Vi har oversikt over hvilke kommuner lederne som har svart på spørreundersøkelsen representerer, og vi kjenner også hvilken kommune prosjektlederne i Tørn arbeider i. For de hovedtillitsvalgte mangler vi derimot slik informasjon. Selv om vi vet hvilken kommune Tørn-prosjektlederne arbeider i, kan deres perspektiver være avgrenset til en bestemt avdeling eller del av kommunen, snarere enn å reflektere erfaringer på kommunenivå. Dette innebærer at vi ikke kan vite om lederne, prosjektlederne og de hovedtillitsvalgte i vårt materiale tilhører den samme lokale konteksten. Følgelig begrenses muligheten for å tolke forskjeller i svarene som uttrykk for uenighet eller ulike erfaringer innenfor én og samme kommune. I analysen har vi derfor lagt vekt på mønstre og felles trekk i gruppenes svar, heller enn sammenlikninger mellom dem.

Spørreskjemaet er utformet med flere betingede spørsmål. Dette betyr at respondentens svar på enkelte spørsmål i en del tilfeller avgjør hvilke påfølgende spørsmål vedkommende får presentert. Dette innebærer at antallet respondenter som har besvart et gitt spørsmål nødvendigvis vil variere. Variasjonen blir særlig tydelig der spørsmål bygges på et tema som allerede bare angår en avgrenset del av utvalget.

En slik utforming av spørreskjemaet gjør det mulig å stille mer relevante og målrettede spørsmål til respondentene, men har samtidig konsekvenser resultatene. For det første

⁵ Spørreskjemaet ligger som vedlegg i Moland et al., 2025.

reduseres antallet respondenter per enkeltspørsmål, noe som kan ha betydning for sammenlikninger. For det andre kan svarene på noen spørsmål være mer sårbare for skjevheter, ettersom de representerer en mer avgrenset del av utvalget. I tolkningen av resultatene er det derfor viktig å ta hensyn til at datagrunnlaget varierer.

2.2 Intervjuer

Vi har gjennomført kvalitative intervjuer for å få dypere innsikt i hvordan oppgavedeling praktiseres og utvikles når det gjelder helsefagarbeidere i de kommunale helse- og omsorgstjenester. Intervjuene ble gjennomført via Teams. Vi har intervjuet ansatte, ledere og tillitsvalgte fra tre kommuner: Birkenes, Rakkestad og en kommune i Vestfold. Alle informantene er ansatt ved sykehjem. De tre kommunene er valgt fordi vi fra tidligere var kjent med deres målrettede arbeid med ny oppgavedeling og utvikling av helsefagarbeiderrollen. De aktuelle sykehjemmene hadde ikke deltatt i Tørn-programmet, men to av kommunene har tjenestesteder som har deltatt i Tørn.⁶ Utvalget bestod av ansatte i ulike roller, som avdelingsledere/enhetsledere, helsefagarbeidere, andre ansatte, lokale tillitsvalgte og eventuelle prosjektledere for Tørn eller Heltidspotten. Utvalget var ulikt sammensatt i hver casekommune, og én informant kunne også ivareta flere roller. Til sammen består utvalget av elleve informanter. I Birkenes ble til sammen seks personer intervjuet, i Vestfold-kommunen to personer og i Rakkestad ble tre personer intervjuet. I kapittel tre presenteres det en casegjennomgang av de tre casene.

Gjennom intervjuene var det ønskelig å få mer innsikt i hvordan ny oppgavedeling gjøres i praksis, med særlig vekt på helsefagarbeidernes rolle. Vi ønsket å undersøke hvorvidt det foregår endringer i helsefagarbeidernes oppgavesammensetning, og i så fall hvordan slike endringer styres og organiseres på tjenestestedene. Et sentralt spørsmål var dessuten hva disse endringene innebærer for arbeidsdelingen mellom helsefagarbeidere og personell uten helsefaglig kompetanse.

Det at utvalget er begrenset til tre casekommuner med til sammen elleve informanter, har gitt muligheten til å gå i dybden på noen få case, men har samtidig noen begrensninger. For det første gjør det antallet case og informanter at funnene ikke kan generaliseres til kommunesektoren for øvrig. Casene er valgt strategisk, og representerer kommuner som allerede var kjent for et målrettet arbeid med oppgavedeling. Dermed kan erfaringene i studien være mer positive enn det som ville kommet frem i et mer tilfeldig utvalg. Samtidig er slike intervjuer velegnet til å få fram erfaringer og nyanser i hvordan oppgavedeling faktisk praktiseres, særlig fordi informantene innehar ulike posisjoner som ansatte, ledere og tillitsvalgte.

⁶ Sykehjemmet i Birkenes har fra 2022 deltatt i Tørn. De har fokusert særlig på innføring av såkalt kalederplan (se for eksempel Yssen et al., 2023). Da arbeidet med oppgavedeling ble påbegynt i 2019, fantes ikke Tørn.

3 Bakgrunn: Oppgavedeling, politikk og forskning

I dette kapittelet går vi gjennom nyere norsk litteratur om oppgavedeling, og vi legger særlig vekt på helsefagarbeidere i kommunal sektor. Kapittelet tar utgangspunkt i den økende oppmerksomheten rundt hvordan arbeidsoppgaver fordeles mellom ulike yrkesgrupper i helse- og omsorgstjenestene. Forskning og dokumentasjon på oppgavedeling mellom sykepleiere og helsefagarbeidere er mer omfattende enn den som omhandler personell uten helsefaglig kompetanse. Likevel viser noen nyere arbeider at også denne yrkesgruppen i økende grad får tildelt eller tar ansvar for oppgaver som tidligere ble utført av faglært personell.

3.1 Hva vet vi om ny oppgavedeling mellom yrkesgrupper?

Tidligere undersøkelser har vist at det i mange norske kommuner og sykehus er betydelig overlapp i arbeidsoppgaver mellom sykepleiere, helsefagarbeidere og i noen tilfeller også ufaglærte (Gautun, 2020; Bråthen & Moland, 2023). Sammenhengen mellom at befolkningen blir eldre og at arbeidskraften blir knappere i helse- og omsorgstjenestene, fører med seg en sykere og mer utsatt pasientgruppe med stadig mer komplekse utfordringer. En nøkkel til å møte disse utfordringene er å gjennomgå og forbedre organiseringen og fordelingen av arbeidsoppgavene. Det er avgjørende at bemanningen står i forhold til tjenestebehovene, og at det er et bevisst forhold til både planlagt og faktisk sammensetning av personalet. Oppgavedeling fremstår her som en sentral strategi for å møte fremtidige utfordringer i helse- og omsorgssektoren. Ved å fordele oppgaver basert på de ansattes kompetanse, på tvers av yrkesgrupper innenfor samme tjenestested, kan kvaliteten på omsorgstjenestene til brukerne styrkes (NOU 2023: 4).

Kompetanseløft 2025 og Tørn-programmet

Myndighetene har de siste årene lansert tiltak for å styrke kompetansen og bemanningen i helse- og omsorgstjenestene, deriblant gjennom Kompetanseløft 2025 (K2025). K2025 er regjeringens plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. K2025 er et svar på den økende etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester, kombinert med knapphet på kvalifisert personell.

Tørn er ett av cirka 70 tiltak som inngår i K2025. Formålet med Tørn er å fremme og forbedre organiseringen og fordelingen av arbeidsoppgavene, arbeidstid og personalressurser i helse- og omsorgstjenestene. Fra høsten 2023 ble Tørn utvidet slik at det bestå av tre delprogrammer: et for den kommunale helse- og omsorgstjenesten, et for spesialisthelsetjenesten og et for samhandling.

Temaer som organisering med «sykepleier på topp» og lignende ordninger har vært utforsket i kommunene. Dette er modeller der sykepleierne konsentrerer seg om avanserte oppgaver mens helsefagarbeiderne og andre tar over øvrige oppgaver. Men også andre modeller for organisering, samt uttesting av alternative turnusordninger har vært

utforsket. En underveisevaluering (Bråthen & Moland, 2024a) viser at Tørn-kommunene har oppnådd flere positive resultater knyttet til oppgavedeling, og identifiserer suksessfaktorer som ledelsesforankring, systematisk kompetanseheving og kulturendring lokalt. Programmet peker dermed på at målrettet arbeid med oppgavedeling kan gi gevinster i form av bedre bruk av kompetansen hos alle yrkesgrupper.

3.2 Forskning på oppgavedeling i kommunale tjenester

Devik og Olsen (2022) har skrevet en litteraturstudie basert på over 60 nasjonale og internasjonale studier om oppgavedeling i kommunale helse- og omsorgstjenester. De finner at oppgavedeling forekommer i stor grad både mellom sykepleiere og helsefagarbeidere, og mellom sykepleiere og personer uten helsefaglig kompetanse. 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. Når det gjelder norske studier, vises det til Bratt og Gautun (2015) som bygger på en spørreundersøkelse fra 2014 blant Norsk Sykepleierforbunds tillitsvalgte i sykehjem og hjemmesykepleie. 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 og kolleger (2015) hevder at flere oppgaver og endringer i kompetansebehovene i de kommunale omsorgstjenestene i stor grad kan knyttes til samhandlingsreformen. Som følge av reformen har oppgavene i kommunene blitt mer komplekse, og det er vanskelig for kommunene å møte kravene både når det gjelder kapasitet og kompetanse.

Ludvigsen og Danielsen (2014) undersøkte hvorvidt oppgavedeling i helse- og omsorgssektoren foregår som ledd i strategiske og planlagte prosesser, eller om den utvikler seg mer tilfeldig. De fant at det i liten grad foregikk en bevisst og systematisk tilnærming til ny oppgavedeling i kommunene de studerte. Likevel var det mange organisatoriske tilpasninger som la til rette for endringer i oppgavefordelingen. Oppgavedelingen skjedde ofte som en respons på nye oppgaver, bemanningsutfordringer eller endrede økonomiske rammebetingelser. Delegasjon ble særlig trukket frem som en vanlig form for oppgavedeling, og ble benyttet både strategisk og mer ad hoc. Samtidig ble det observert en viss spesialisering av oppgaver, og noen kommuner forsøkte å legge til rette for større fleksibilitet i hvordan arbeidsoppgavene fordeles.

Endringer i oppgavedeling handler ikke bare om hvem som gjør hva innenfor én avdeling eller enhet, men også om hvordan arbeidsoppgaver og ansvar organiseres på tvers av avdelinger og fagmiljøer. I flere kommuner har det resultert i opprettelsen av egne sykepleierteam, løsrevet fra enkeltavdelinger, som i stedet betjener flere enheter. Evalueringen av Tørns første periode (Bråthen & Moland, 2024a) viser at slike team kan bidra

til bedre utnyttelse av sykepleiernes kompetanse og styrke både faglig utvikling og tverrfaglig samarbeid.

3.3 Helsefagarbeidernes rolle og uforløst potensial

Utdanningen for fagarbeidere innen helse og omsorg har gjennomgått betydelige endringer de siste 30 årene. Hjelpepleierutdanningen fra 1960-tallet ble utformet med utgangspunkt i at hjelpepleierne skulle avlaste sykepleierne, og la stor vekt på somatikk og sykdomslære. Deltakere i utdanningen var ofte voksne kvinner med lang erfaring fra helsesektoren. Med reform 94 ble utdanningen tilbudt i videregående opplæring, og søkere med ungdomsrett, det vil si 15-åringer med avsluttet ungdomsskole, ble prioritert for inntak. Deltakermassen i utdanningen ble dermed drastisk endret. I tillegg ble *omsorgsfaget* etablert. Dette hadde en sterkere sosialfaglig profil, og rettet seg mest mot arbeid i kommunal pleie og omsorg (Skålholt et al., 2013; Høst, 2007). I 2006 ble helsearbeiderfaget opprettet som et nytt lærefag, og de to andre utdanningsprogrammene falt bort. Læreplanen i helsearbeiderfaget inneholdt i oppstarten en kombinasjon av elementer fra hjelpepleier- og omsorgsfaget, med mye vekt på omsorgsdelen. Dette endret seg i 2016, da man fikk mer somatikk inn i læreplanen. Det var en endring med bred oppslutning hos partene i arbeidslivet (Høst, 2007; Watz, 2024; Breines et al., 2025).

Arbeidsgivere har ofte vært i tvil om hvilken kompetanse helsefagarbeidere faktisk har, eller hvilken kompetanse de skal oppnå gjennom læretiden. Opplæring og oppnådd kompetanse har dermed variert mellom virksomhetene. Der noen fagarbeidere har fått anledning til å for eksempel ta imot pasienter som en del av sitt ordinære ansvarsområde, har andre bare fått mulighet til å gjøre dette ved sporadisk fravær av sykepleiere, ved sykdom, helger og ferier. Også ved kommunale helseforetak har det vært store forskjeller i hvilke oppgaver fagarbeiderne har fått lov til å beholde, eller få opplæring i (Breines et al., 2025). Dette har ført til stor variasjon i helsefagarbeidernes erfaring og kompetanse. Samtidig representerer den brede utdanningen et potensial, der læretid preget av varierte oppgaver også kan gi bred kompetanse.

Ingelsrud og Falkum (2017) peker i en AFI-rapport på at nærmere en av tre helsefagarbeidere forteller at de har kompetanse og ferdigheter som de ikke får brukt i jobben. For helsefagarbeidere med videreutdanning, er andelen nærmere 40 prosent. Ifølge forfatterne representerer dette et potensial arbeidsgivere kan utnytte i møte med rekrutteringsutfordringer. Flere opplever at kompetansen deres ikke verdsettes, mens andre mener de mangler tilstrekkelig opplæring for å mestre jobben. Studien viser også at arbeidsoppgavene varierer betydelig, både mellom tjenestetyper og kommuner. Helsefagarbeidere i hjemmetjenesten utfører medisinske oppgaver og deltar i legekonsultasjoner oftere enn ansatte på sykehjem. Dette er noe forfatterne av rapporten knytter til ulik organisering på tjenestestedene og mellom kommunene. Mange oppfatter denne variasjonen som tilfeldig og til dels frustrerende, ettersom den ikke nødvendigvis reflekterer den enkeltes kompetanse.

At helsefagarbeidere opplever å ha kompetanse de ikke fullt får utnyttet, kommer også frem i en studie av dynamikken mellom innholdet i fag- og yrkesopplæringen, og endringer i arbeidsfeltet (Breines et al., 2025). Her blir det synlig at

det kan være et stort sprik i helsefagarbeidernes kompetanse, og mellom helsefagarbeidere/hjelpepleiere med lang erfaring, og unge helsefagarbeidere. Selv om ferske helsefagarbeidere oppnår kunnskap om sykdomslære og somatikk gjennom læreplanen, er kompetansen deres i stor grad prisdelt arbeidsoppgaver i læretid og som nyutdannede fagarbeidere. Ingelsrud og Falkum (2017) påpeker at det er store forskjeller mellom ulike tjenestesteder og kommuner når det gjelder hvilke oppgaver helsefagarbeiderne får. Slike forskjeller beskrives også i Breines og medforfatterens studie (2025). Mange helsefagarbeidere (og hjelpepleiere) har erfart en form for usystematisk oppgavedeling, ved at de har gjennomført visse typer oppgaver i helger og på kveldstid som de ikke får gjort når sykepleier er til stede. Mange faglærte vil dermed ha lært en del når det har vært behov, uten at det er noen systematikk i at de får «lov» til å gjøre dette i en ordinær turnus. Eldre faglærte som har gått den gamle hjelpepleierutdanning, har derimot arbeidserfaring fra en tid da hjelpepleierne spilte en mer sentral rolle ved sykehusene. Fra 1980-tallet og frem mot midten av 1990-tallet, ble hjelpepleierens rolle endret. Antall sykehus gikk ned, og både sykehusene og Norsk Sykepleierforbund ønsket å øke andelen sykepleiere ved sykehusene. Samtidig ble ansvarsområdene og oppgavene til hjelpepleierne snevret inn (Høst, 2007). Dette endret seg rundt 2020, ved at man igjen forsøkte å rekruttere helsefagarbeidere til sykehusene.

At sykehusene begynte å tenke annerledes rundt helsefagarbeidernes kompetanse, kommer blant annet til uttrykk i traineeprogrammet ved Sykehuset Østfold, som startet opp i 2018 (se Moland & Bråthen, 2021). Her fikk nyutdannede helsefagarbeidere mulighet til å delta i et tilrettelagt opplæringsprogram for å utvikle seg faglig etter endt utdanning, men som annen etter- og videreutdanning blant helsefagarbeidere, gir heller ikke denne opplæringen en formell sluttkompetanse. Også i kommunene får helsefagarbeidere (og hjelpepleiere) anledning til å utføre flere oppgaver, mange av dem er allerede velkjente for de mest erfarne. Ved noen tilfeller kan dette være en forventning fra ledelsen som er drevet av knapphet på ressurser, uten at det medfører tid til opplæring eller uttelling (Breines et al., 2025).

Melby med kolleger (2022) finner i rapporten «Frigjøring av sykepleierkapasitet gjennom ny ansvars-/oppgavedeling og bruk av teknologi» at det er lite formalisert oppgavedeling i sykehjem og hjemmetjenester, og at sykepleiere ofte gjør de samme praktiske oppgavene som øvrige ansatte. Selv om det finnes en formell fordeling på papiret, blir sykepleiefaglige oppgaver som dokumentasjon, kvalitetsarbeid og samhandling ofte nedprioritert i en travelt hverdag. Dette gjør at slike oppgaver blir usynlige og lite forstått av kolleger. Forfatterne viser videre til at det pågår flere forsøk på ny organisering, der for eksempel sykepleiere trekkes ut i egne team for å bruke kompetansen mer målrettet. Dette kan gi faglige gevinster, men forfatterne viser også til at dette kan svekke det kollegiale fellesskapet og gjøre kompetanseoverføring vanskeligere.

Øygarden og kolleger (2020) har evaluert første fase av et pilotforsøk i hjemmetjenesten i Bergen kommune. Her ble to avdelinger omorganisert til to team. Et Omsorgsteam bestående av helsefagarbeidere og assistenter og et Helsetjenesteteam bestående av sykepleiere, fysioterapeuter og andre med høyere helsefaglig utdanning. Formålet med omorganiseringen var å nyttiggjøre sykepleierkompetansen på en mer effektiv måte. Omsorgsteamet fikk et utvidet og mer selvstendig ansvar for en pasientgruppe som

hadde behov for praktisk bistand. Dette innebar også et større ansvar for oppfølging, dokumentasjon og observasjon av helsetilstand.

Jordell, Yssen & Moland (2025) finner i rapporten «Nye stillinger for ikke-faglærte i pleie- og omsorgstjenestene» at flere kommuner og andre tjenestesteder i helse- og omsorgssektoren har kommet et godt stykke på vei i arbeidet med en ny oppgavedeling mellom helsefagarbeidere og ikke-faglærte, mens andre fortsatt er i startgropen av dette arbeidet. Videre skriver de at flere arbeider med en ny oppgavedeling blant annet ved å innføre nye stillingstitler under fagarbeidernivå eller gjennom å redefinere gamle assistentroller. I tillegg foregår oppgavedeling med utgangspunkt i de ansattes realkompetanse.

Basert på åtte casestudier og en gjennomgang av faglitteratur har forfatterne konstruert to idealtyper av stillinger for ikke-faglærte under helsefagarbeidernivå. Begge har praktiske oppgaver som sitt hovedansvar, men varierer i hvor mye de deltar i pleie og stell.

- Den første idealtypen kaller de servicemedarbeider. Her ligger hovedvekten på praktiske og servicepregede oppgaver rundt brukerne, som matlagning, servering, rydding og renhold. Stillingen kan også inkludere miljøarbeid som ledsaging, turgåing og velferdstiltak.
- Den andre typen er pleiemedhjelper eller -assistent. Dette er en allerede velkjent tittel i sektoren som gjerne brukes for personell uten helsefaglig kompetanse. Mange i denne rollen utfører oppgaver tilsvarende helsefagarbeidere, som stell og medisinsutdeling.

Forskjellen på disse idealtypiske stillingene, og mellom dem og stillinger som krever helsefaglig utdanning, ligger i graden av ansvar for pleie og behandling. I praksis er grensene mellom disse rollene ofte uklare.

Devik og Olsen (2022) skriver at deres gjennomgang av norsk litteratur om temaet 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, og er lite formalisert. Særlig den vertikale oppgavedelingen ses på som en respons på manglende sykepleierkompetanse i tjenestene. Oppgavedelingen i norske omsorgstjenester fremstår derfor som lite formalisert og som en lite styrt prosess. Nyere undersøkelser, som Bråthen og Molands (2024) evaluering av Tørn som ble diskutert tidligere i dette avsnittet, kan derimot tyde på at programmet har ført til at en del kommuner arbeider mer systematisk og har formalisert sitt arbeid med oppgavedeling.

3.4 Erfaringer fra spesialisthelsetjenesten og sykehus

Samtidig med utviklingen i kommunesektoren har også sykehus og spesialisthelsetjenesten begynt å utforske behovet for en ny fordeling av oppgaver mellom ulike yrkesgrupper. I 2022 gjennomførte Oslo Economics en kartlegging på oppdrag fra Spekter, Fagforbundet og Delta, som tok for seg erfaringer med oppgavedeling mellom helsefagarbeidere og annet helsepersonell i sykehusene. Ifølge rapporten pågår det initiativer på

flere sykehus for å endre oppgavefordelingen, men de fleste befant seg da i en tidlig fase av arbeidet (Oslo Economics, 2022).

3.5 Mot en mer strukturert praksis?

I rapporten «Ny oppgavedeling i helse- og omsorgssektoren» undersøker Bråthen og Moland (2023) utviklingen av oppgavefordelingen mellom tre yrkesgrupper i helse- og omsorgstjenestene, nemlig helsefagarbeidere, helsesekretærer og portører. Et sentralt funn i rapporten er at arbeidet med å fordele oppgaver på nye måter har fått økt oppmerksomhet og er i ferd med å bli mer utbredt. Dette gjelder både i kommunale helse- og omsorgstjenester og på sykehusene. Særlig gjelder dette overføring av oppgaver fra sykepleiere og annet høyskoleutdannet personell til fagarbeidere med videregående utdanning, som for eksempel helsefagarbeidere. Et uttrykk for denne utviklingen er at helsefagarbeidere i større grad utfører prosedyrer som i hovedsak lå til sykepleierrollen. I rapporten vises det også til at helsefagarbeidere og helsesekretærer i noen tilfeller også «tar tilbake» oppgaver de i utgangspunktet er utdannet for, men som i praksis ofte har blitt utført av sykepleiere. Eksempler på dette kan være oppgaver som blodprøvetaking, medisinalutdeling, kateterisering, veneflon og så videre. Dette bidrar til en mer hensiktsmessig bruk av kompetanse, der ansatte med helsefaglig utdanning i større grad får bruke tiden på sine kjerneoppgaver, og i mindre grad utfører oppgaver som kan delegeres til andre med lavere eller annen kompetanse. Bråthen og Moland (2023) viser til at vellykket oppgavedeling ikke skjer av seg selv. Denne studien synliggjør at det kreves en systematisk og helhetlig tilnærming. For det første må tjenestebehovet kartlegges, både med hensyn til hvilke typer oppgaver som skal løses, hvilke ressurser som behøves, og når oppgavene må utføres. Deretter må det gjennomføres en kompetansekartlegging som vurderer hvilken kompetanse og ferdigheter som kreves for å møte behovene, og hva som faktisk finnes av kompetanse blant de ansatte. Videre er det avgjørende med opplæring, slik at medarbeiderne settes i stand til å utføre nye eller endrede oppgaver på en faglig og forsvarlig måte. I rapporten understrekes dessuten viktigheten av å involvere ansatte i både analyser og beslutninger knyttet til endringer i arbeidsdeling, organisering og samarbeid. Involvering bidrar til forankring, eierskap og bedre tilpasning.

3.6 Hvordan arbeider kommuner med oppgavedeling?

Mange norske kommuner arbeider med oppgavedeling for å styrke kvaliteten og bærekraften i helse- og omsorgstjenestene. Et viktig virkemiddel i dette arbeidet er Tørn-prosjektet. Tørn-prosjektet gjør forsøk med organisering av arbeidet og arbeidstiden i kommunenes omsorgstjenester. Sentralt i arbeidet står erfaringer fra over 60 kommuner som viser at vellykket utviklingsarbeid forutsetter bred involvering. Medarbeiderne må få være med på å definere utfordringer og utvikle løsninger, deres erfaringer og innsikt i brukerbehov og arbeidsprosesser er avgjørende. Endringer i arbeidstid og oppgavefordeling handler ikke bare om organisatorisk effektivisering, men også om å endre holdninger og etablere nye samarbeidsformer. I Tørn vektlegges derfor betydningen av langsiktighet.

Kjernen i metodikken er involveringen av de ansatte. I mange Tørn-kommuner foregår oppgavedelingen som en prosess, der medarbeidere på tvers av yrkesgrupper og

funksjon deltar aktivt i både kartlegging og analyse av oppgaver. Ansattes erfaringer og vurderinger blir ikke bare hentet inn som innspill, men utgjør selve drivkraften i utviklingsarbeidet. Dette innebærer en form for medarbeiderdrevet innovasjon, der nye løsninger springer ut fra de ansatte selv, og hvor de får reell påvirkning på hvordan arbeidet organiseres (Bråthen & Moland, 2023).

Bråthen & Moland (2024b) beskriver hvordan Bodø kommune har arbeidet systematisk med ny oppgavedeling for å optimalisere bruken av personalressurser i helse- og omsorgstjenestene. Tiltaket ble initiert etter at to sykehjem fikk ny leder i 2019. En kartlegging av arbeidsoppgaver viste at sykepleiere utførte mange oppgaver som kunne vært gjort av helsefagarbeidere eller ufaglærte. I 2021 etablerte kommunen prosjektet «Optimal bruk av kompetanse», med mål om å håndtere økende kompleksitet i helsetjenestene, demografiske endringer, rekrutteringsutfordringer og stramme økonomiske rammer. Den sentrale metodikken, kalt Johansens metode, innebærer at ansatte selv kartlegger og vurderer arbeidsoppgaver gjennom fargekodede Post-It-lapper i workshops uten ledere til stede. Metoden visualiserer hvem som gjør hva, når og hvor, og danner grunnlaget for ny fordeling av oppgaver. Over 60 oppgaver ble identifisert som egnede for ufaglærte. Oppgavekartleggingen har gjort det lettere å utvikle mer funksjonelle bemanningsplaner, og workshopformatet ble etter hvert komprimert til én dag for å sikre bredere deltakelse. Resultatene fra Bodø viser at helsefagarbeiderne har fått nye roller og ansvar, samtidig har sykepleierressursene blitt organisert i tverrgående team. Erfaringene fra Bodø har vært en inspirasjonskilde for utviklingen av Tørn-metodikken. Den medarbeiderdrevne tilnærmingen, med fokus på praktisk oppgavedeling og optimal bruk av kompetanse, har bidratt med verktøy og kunnskap som har blitt videreutviklet i regi av Tørn.

Også Birkenes kommune var tidlig ute med oppgavedeling. De begynte allerede i 2019. I kommunen har arbeidet med oppgavedeling og styrkning av helsefagarbeidernes rolle utviklet seg gjennom en prosess der faglig utvikling, tjenesteorganisering og medarbeiderinvolvering har gått hånd i hånd. Helsefagarbeidere har gradvis fått medansvar for flere oppgaver som tidligere kun lå til sykepleiere. Eksempler på dette kan være innkomstamtaler, kartlegginger og medikamenthåndtering. Disse endringene har blitt utviklet i praksis gjennom dialoger og et bevisst arbeid med kompetansebygging. Kommunen har etablert ordninger med mentorer, gjennomført fagdager og lagt til rette for «skulder til skulder»-læring, der erfarne ansatte følger opp nye kolleger. Samtidig har helsefagarbeiderne selv vært aktive i utformingen og revisjonen av prosedyrene, sammen med fagutviklere, ledere og sykepleiere. Denne medvirkningen har bidratt til både faglig trygghet og eierskap til tjenesteutøvelsen. Sett under ett fremstår Birkenes som et eksempel på hvordan helsefagarbeidernes rolle har utviklet seg gjennom et utviklingsarbeid som har kombinert tjenestenær praksis med involvering og opplæring.

Vi ser at arbeidet med oppgavedeling varierer mellom kommuner. Noen følger en strukturert modell for eksempel gjennom Tørn, andre utvikler løsninger mer gradvis. Felles for dem er at endringene skjer i tett dialog med de ansatte. Medvirkning fra dem som arbeider i tjenesten, fremstår som en viktig faktor for å lykkes (Bråthen & Moland, 2023; Bråthen & Moland, 2024a).

3.7 Oppsummering

I mange norske kommuner (og sykehus) pågår det initiativer for å bruke tilgjengelig kompetanse på en bedre måte. De siste årene har myndighetene igangsatt tiltak som blant annet Tørn-programmet for å møte utfordringer med økt etterspørsel og knapphet på kvalifisert personell i helse- og omsorgstjenestene. Denne gjennomgangen viser at oppgavedeling mellom yrkesgrupper, særlig fra sykepleiere til helsefagarbeidere og personell uten helsefaglig kompetanse, har blitt vanligere. Forskning viser at tidligere skjedde mye av oppgavedelingen uformelt og lite systematisk, men at nyere tiltak som Tørn ser ut til å bidra til en mer strukturert praksis. Nyere arbeider peker på at tydelige rammer, forankring og involvering er avgjørende for å lykkes med oppgavedeling.

4 Erfaringer fra tre caser

I dette kapittelet presenteres de tre kommunene vi har gjennomført intervjuer i. De tre har på noe ulikt vis arbeidet med ny oppgavedeling de siste årene. De tre kommunene er Birkenes, en kommune i Vestfold og Rakkestad. Kommunene ble som tidligere nevnt valgt ut med bakgrunn i vår kjennskap til deres arbeid med oppgavedeling og helsefagarbeidere. Casebeskrivelsene bidrar med eksempler på hvordan ny oppgavedeling og utviklingen av helsefagarbeidernes rolle gjennomføres og erfares. Avslutningsvis trekker vi frem det vi anser som viktige faktorer for å lykkes med ny oppgavedeling. Vi drøfter også noen tydelige forskjeller mellom oppgavedeling i disse casene, og prosesser med oppgavedeling der man følger Tørn-metodikken.

4.1 Birkenes: Oppgavedeling og styrkning av helsefagarbeiderrollen ved sykehjemmet

Birkenes sykehjem har de siste årene vært gjennom en omfattende omstillingsprosess, som i stor grad har dreid seg om å gjøre tjenesten mer bærekraftig både faglig og økonomisk. Endringsarbeidet ble forsterket gjennom deltakelse i Tørn-prosjektet i 2022, men hadde allerede før dette utviklet seg lokalt som svar på økt sykefravær, bemanningsreduksjoner og behov for bedre ressursutnyttelse. Et sentralt virkemiddel i denne prosessen har vært å omfordele oppgaver og styrke helsefagarbeidernes rolle.

Myndiggjorte helsefagarbeidere

I 2019 ble det tydelig at sykepleierne alene ikke kunne ivareta alle oppgavene i en hverdag preget av redusert bemanning og sammenslåing av avdelinger. Dette aktualiserte behovet for en ny arbeidsdeling og førte til en bevisst satsing på oppgavedeling, hvor helsefagarbeidere fikk mer selvstendige og ansvarsbærende roller. Målet var todelt – å avlaste sykepleierne og samtidig ta i bruk den kompetansen som allerede fantes i organisasjonen. En leder uttrykte det slik:

Vi var nødt til å få hjelpepleierne på banen, og ikke bare være nesten som assistenter. De måtte jobbe selvstendig og faglig.

Utviklingen av de nye rollene var ikke kun et resultat av toppstyrte tiltak fra lederne på sykehjemmet. Med støtte fra kommunalsjefen har særlig sykehjemslederne, sammen med sine teamledere, vært viktige pådrivere i prosessen. De lokale lederne har vært pådriverne, de har støttet og oppmuntret de ansatte, og samarbeidet tett med sykepleiere og helsefagarbeidere om å revidere og videreutvikle prosedyrer. Dette (kontinuerlige) forbedringsarbeidet bidro til å forankre endringene i praksis og ble også viktig for å engasjere de ansatte. Flere helsefagarbeidere valgte å ta videreutdanning, blant annet innen palliasjon, noe som ytterligere styrket legitimiteten og tryggheten i de nye funksjonene.

Etter hvert overtok helsefagarbeiderne en rekke kliniske og koordinerende oppgaver. Dette inkluderte inntakst- og kartleggingssamtaler, medisinhåndtering, bruk av observasjonsverktøy som NEWS og ernæringskartlegging samt koordinering med

hjemmetjenesten ved utskriving av pasienter. Mange har også påtatt seg ansvar som mentorer for nyansatte kolleger. Helsefagarbeiderne vi intervjuet ga uttrykk for stolthet og trygghet i rollen, og formulerte det slik:

Vi er blitt myndiggjorte. Vi våger å si at vi er blitt ganske faglig dyktige. Helsefagarbeider

Altså, vi gjør nesten det meste. Det er ikke vi som har kontakt med lege, og vi legger ikke inn på sykehus, og vi setter ikke morfin. Men vi er med sykepleierne og kontrollerer at det blir trukket opp riktig mengde. Helsefagarbeider

Ny oppgavedeling og målrettet opplæring har gjort at helsefagarbeidere kan ta mer ansvar i det daglige arbeidet. Det har styrket samarbeidet i tjenesten og vist at endringer krever både støtte og tid. Dette vil omtales i neste avsnitt.

Kompetansebygging og faglig trygghet

For å sikre at helsefagarbeiderne kunne håndtere de nye oppgavene, ble oppgavedelingen fulgt av en strukturert satsing på kompetansebygging. Dette inkluderte både formelle opplæringsløp og systematisk læring i praksis gjennom «skulder-ved-skulder»-arbeid og mentorordninger. En leder beskrev hvordan arbeidet ble organisert og hvordan det ble møtt i starten:

Vi hadde jo drevet med massiv opplæring av helsefagarbeiderne våre. For at de skulle være trygge til å gjøre de oppgavene som de måtte gjøre da. (...) De var ikke vant til å ta innkomstsamtaler med nye pasienter eller kjøre samarbeidsmøter med hjemmetjenesten ved utskriving av korttidspasientene. Det har gått litt sånn pø om pø. Men i starten så var jo dette litt brutalt for våre helsefagarbeidere. Det er klart det var en overgang for mange. Men de tok utfordringen, og det gikk fint.

Denne «læringsmodellen», med vekt samarbeid og kollegabasert læring, ble også løftet frem av helsefagarbeiderne selv:

Vi lærer skulder til skulder. Og nå har vi også mentorrolle for nye helsefagarbeidere. Helsefagarbeider

Erfaringene fra Birkenes

Erfaringene fra Birkenes viser hvordan god lokal forankring kan være avgjørende for å lykkes med ny oppgavedeling i helse- og omsorgstjenestene. Endringsarbeidet ble initiert allerede før Tørn-prosjektet og har utviklet seg i tråd med lokale behov og forutsetninger. En nøkkelfaktor har vært en tett og aktiv oppfølging fra ledelsen, som både har drevet prosessen fremover og vært tilgjengelig i det daglige arbeidet. Ledelsen har lagt vekt på kontinuerlig støtte, tett dialog med fagarbeiderne og fleksibilitet til å gjøre justeringer underveis.

Kompetanseutviklingen har vært en kombinasjon av systematisk opplæring og læring i det praktiske arbeidet. Denne kombinasjonen har lagt til rette for en trygghet i nye roller.

Tydelige funksjonsbeskrivelser og prosedyrer har bidratt til å avklare ansvar og forventninger, samtidig som helsefagarbeiderne har fått et utvidet handlingsrom og nye oppgaver med økt ansvar.

Flere av informantene trakk frem det lokale partssamarbeidet som en viktig suksessfaktor. Samarbeidet mellom ledelse og tillitsvalgte har vært preget av tillit, åpenhet og involvering. Dette samarbeidet har lagt grunnlaget for en iverksetting, der erfaringer fra praksis har ført til nye tilpasninger. Bruken av mentorordninger har i tillegg bidratt til en trygg opplæring av nyansatte helsefagarbeidere. En av kommunenes tillitsvalgte kommenterte dette på følgende vis:

Det de har fått til på sykehjemmet handler om involvering fra ansatte og tillitsvalgte, verneombud og ledelse. Det er gull.

Lokal tilpasning og tett oppfølging

Sett under ett kan vi si at eksempelet fra Birkenes illustrerer hvordan en lokal initiert oppgavedeling, støttet av tilstedeværende ledelse, kompetansetiltak og partssamarbeid, har fungert godt selv uten en overordnet metodikk som i Tørn.

4.2 Rakkestad: Oppgavedeling ved korttidsavdelingen

I Rakkestad kommune har vi intervjuet tre ansatte ved en korttidsavdeling. Denne avdelingen har jobbet med ny oppgavedeling de siste fem–ti årene. Arbeidet med oppgavedeling er ikke en pilot, selv om det var snakk om dette i oppstarten. I stedet har man valgt å implementere ny opplæring og endret fordelingen av oppgaver underveis. I perioden har avdelingen også vært gjennom en omorganisering. Der de tidligere har vært en enhet med to fysiske avdelinger, er de nå slått sammen. Informantene forteller at omgjøringen til å bli ett kommunalområde under én leder, gjør det lettere å bruke ressursene riktig. Det har også gjort dem flinkere til å samarbeide på tvers av avdelinger og jobbe med opplæring, og til å ha en felles praksis rundt dette. Kommunen er ikke med i Tørn-prosjektet, men ifølge våre informanter er dette nå et tema.

Generelt i kommunen er det ikke nødvendigvis vanskelig å få tak i helsefagarbeidere, men det kan være krevende å få tak i sykepleiere. I denne enheten består personalet av omtrent 50/50 helsefagarbeidere og sykepleiere, og de har mange godt voksne hjelpepleiere og helsefagarbeidere som har vært der i mange år. Personalet er stabilt, med lite utskifting. Korttidsavdelingen har ingen ufaglærte i faste store stillinger. Det er to ansatte som ikke har noen helsefaglig bakgrunn, og disse er helgevikarer. Ellers er noen ansatte i opplæringsløp med sikte på å bli faglærte, blant annet gjennom det komprimerte utdanningsløpet Menn i helse, som leder frem til fagbrev som helsefagarbeider. Avdelingen har også sykepleierstudenter i praksis.

Nye og gamle oppgaver for erfarne helsefagarbeidere og hjelpepleiere

Oppgavedelingen ved avdelingen har kommet som et initiativ fra ledelsen. Ledelsen ved korttidsavdelingen i Rakkestad kommune har lagt til grunn at helsefagarbeiderne må ha en 50 prosent stilling, eller mer, for å få nye oppgaver. Oppgavedelingen har dreid seg om at fagarbeiderne har fått flere oppgaver, og ikke at ufaglærte har overtatt flere av oppgavene til helsefagarbeiderne. Dette kommer også naturlig av at enheten har få

ansatte som ikke har helsefaglig bakgrunn. Samtidig er det her viktig å gjøre en skjønns-
messig vurdering – hvor rusta er den enkelte helsefagarbeider til å påta seg et større
ansvar? Dette er noe leder må se an i hvert enkelt tilfelle.

Eksempler på oppgaver som har blitt aktuelle for helsefagarbeiderne, er å ta EKG, CRP,
urinprøver, dele ut medisiner, ta visse typer blodprøver, følge opp tiltaksplaner og sette
insulin. For de erfarne hjelpepleierne har dette dels innebåret at de har måttet få opplæ-
ring i helt nye oppgaver, og dels at de har «fått tilbake» oppgaver de utførte for flere år
siden. Her trekker en ansatt det å sette insulin frem som et eksempel. Dette er en opp-
gave hjelpepleierne har vært borte fra i mange år, og der ny opplæring har vært nød-
vendig. Hun forklarer at metoden for å foreta denne prosedyren har endret seg siden
sist de fikk gjøre det. Dermed kan det å gjenoppta «gamle» oppgaver kreve både ny
opplæring fordi metoden har endret seg, eller opplæring som en oppfriskning, fordi det
har gått lang tid siden sist:

Man husker det jo, men det er alltid greit å få frisket det opp.

Samtidig viser intervjuet hvordan det kan være en betydelig forskjell mellom kompetan-
sen hos hjelpepleierne og de mest erfarne helsefagarbeiderne, og yngre helsefagarbei-
derne:

Jeg gikk jo på skole i 1989. Hjelpepleiere gjorde mer slike ting. Jeg tenker det er stor
forskjell på det vi lærte da de gikk, og det helsefagarbeidere lærer i dag. Vi hadde mer
sykdomslære.

Helsefagarbeiderne får dokumentasjon på all opplæring de har fått, og denne legges i
personalmappa og plattformene avdelingene bruker. Dette er viktig for å holde oversikt
over den enkeltes ansvarsområde og kompetanse. Skulle det skje avvik, er det også
viktig å kunne vise at man har gitt tilstrekkelig opplæring ved innsyn.

Tett samarbeid på avdelingen

Informantene ser oppgavedelingen både som en mulighet til å avlaste sykepleierne, og
til selv å utføre mer interessante oppgaver. På en korttidsavdeling er det generelt en del
utfordringer, med mer sykdomsoppfølging og færre aspekter ved pasientene som er av-
klart, til sammenligning med andre typer avdelinger, som langtidsavdelingene. Dermed
er det også et behov for å avlaste sykepleierne, forklarer informantene. Dette gjelder
ikke minst i forbindelse med ferieavvikling. Ifølge informantene samarbeider både hel-
sefagarbeidere, sykepleiere, fysioterapeuter og ergoterapeuter godt. Når helsefagarbei-
derne har fått flere oppgaver, er det likevel ikke lagt opp til at fagarbeiderne selv skal
avlastes for oppgaver som ikke krever helsefaglig kompetanse. Informantene forteller at
det har vært et ønske om å ha en servicevert på avdelingen, som kan stå på kjøkkenet
og på skyllerommet. Dette er i dag oppgaver som tilfaller både fagarbeidere og assis-
tenter:

Mest helsefagarbeidere og assistenter som gjør det, ikke så mye sykepleiere. Men det
er fordi sykepleierne har andre oppgaver, ikke fordi de ikke vil.

Disse oppgavene kan ta mye tid for fagarbeiderne.

4.3 Kommune i Vestfold: Gradvis oppgavedeling ved korttidsavdeling

I Vestfold-kommunen er årsverkene i utgangspunktet godt dekket med helsefagarbeidere, ifølge de ansatte vi har intervjuet. Samtidig har kommunen sett rekrutteringsutfordringer innenfor helse og omsorg i lang tid. Våre informanter trekker frem at når flere er ute i foreldrepermisjon, er det vanskelig å få dekket opp stillingene med faglærte vikarer. Det er få eller ingen søkere til de stillingene som lyses ut, og ledelsen sitter også med en opplevelse av at det har blitt vanskeligere enn før. I slike tilfeller blir det ofte assistenter som trer inn.

Ved avdelingen er helsearbeiderne utelukkende ansatt i 80 til 100 prosent stillinger, med unntak av noen helgestillinger som er besatt av ufaglærte. Oppgavedelingen så langt har blitt gjennomført som et pilotprosjekt, der implementeringen startet opp tidlig i 2025. På intervjutidspunktet har informantene dermed tre til fire måneders erfaring med oppgavedelingen.

Vektlegging av helsefagarbeidernes erfaring og initiativ

Da korttidsavdelingen startet med piloten, la de både kvalitet og pasientsikkerhet til grunn. For å sikre dette på best mulig måte, avgjorde ledelsen å velge ut helsefagarbeiderne etter et sett med kriterier: de skulle ha høy stilling, ha solid faglig erfaring, ta mye initiativ, være interessert i å få flere oppgaver, og generelt være personlig egnet for mer ansvar. Det siste kan for eksempel handle om hva som driver den enkeltes interesse for å ta på seg flere oppgaver:

Og som avdelingsleder ser man hvem som er interessert, hvem som vil gjøre for å gjøre det, og de som vil gjøre det for pasientene. Ikke alle har den faglige forsvarligheten per nå. Vi vil at alle skal bli gode, men vil at alle skal være engasjert av de som blir med.

I piloten har det også vært viktig ikke å starte med for mange helsefagarbeidere. Dette var for å gjøre det enklere å holde oversikt over prosessen, og slik bidra til både pasientsikkerhet og god kvalitet i opplæring og oppgavedeling. Dette kommer frem i sitatet under:

Det er ikke bare å sette alle i gang med det. (...) Det blir uansvarlig å sette i gang ti stykker samtidig, for da kan det bli kaotisk, implementering ta tid.

I oppstarten var det viktig å samle avdelingen om en felles forståelse for hensikten med oppgavedelingen, og hensikten med metoden. Dette innebar blant annet åpenhet rundt hvorfor man først startet med at bare fire medarbeidere skulle få nye oppgaver. Hele ansattstaben måtte få forståelse for at dette handlet om å starte med oppgavedeling på en tryggest mulig måte. Samtidig var det viktig å formidle overfor sykepleierne at oppgavedelingen kan bidra til mer bistand for å kunne hjelpe sykepleierne selv. Sitatet under viser hvordan noen av sykepleierne var skeptiske i oppstarten:

Noen sykepleiere var litt skeptiske, «hva skal vi gjøre da?», men det handler ikke om å ta jobben til folk, men å få bedre flyt i vakta.

I denne prosessen har det vært viktig med grundig informasjon, der man har tatt hensyn til ulike faggrupper. Det har også vært viktig å formidle at oppgavedelingen skal være til gode for fellesskapet, og at én enkeltansatt ikke skal stå til ansvar for alt. Selv om noen av de ansatte var skeptiske i oppstarten, formidler informantene nå at alle medarbeiderne er positive til piloteringen av oppgavedeling.

Strukturert opplæringsprosess

Opplæringen har blitt gjennomført som et strukturert opplæringsopplegg sammen med fagkoordinator. For å lære en ny oppgave, følger den enkelte helsefagarbeideren en sykepleier ved seks til åtte anledninger der oppgaver utføres. Opplæringen tar utgangspunkt i en brosjyre som er utarbeidet sentralt i kommunen, og som blir koordinert av blant annet virksomhetsrådgiver på kommunenivå. Informantene er usikre på om dette opplæringsopplegget fra kommunens side har sitt utspring i Tørn, eller om det er utviklet uavhengig av dette.

Det har vært rekrutteringsutfordringer i kommunen i lang tid, og våre informanter ser for seg at det er dette som har vært den viktigste driveren for at kommunen har utviklet opplæringsopplegget. De påpeker at det også kan ses i sammenheng med at man i Vestfold-kommunen allerede har sett god effekt av å gi assistenter og fagarbeidere mer ansvar, blant annet gjennom fullmakter til å gi medisiner. Dermed har det vært nærliggende å utvide helsefagarbeidernes ansvarsområde enda mer.

Ledelsen legger til grunn at helsefagarbeiderne selv må være aktive pådrivere i prosessen med å få fullmakter, og at de må ha en egen innsikt i «oppskriften» på hvilken opplæring som trengs i en gitt oppgave.

Og de som får [delta i oppgavedelingen], de har veldig innsikt i det selv, de følger den oppskriften med hvor mye opplæring de skal ha. De er veldig vare på det. Det gjør også at de blir forsvarlig.

Sammen med tett oppfølging fra fagkoordinator, en ledelse som er tett på og nært samarbeid mellom sykepleiere og faglærte, bidrar det til å gjøre oppgavedelingen forsvarlig. Informantene påpeker at det alltid er en sykepleier i nærheten av de fire helsefagarbeiderne som kan bistå ved behov, og dette sikrer en prosess der pasientsikkerheten ivaretas.

Eksempler på oppgaver de fire fagarbeiderne får utføre er EKG, kateterisering, legge inn sonde og sette venflon. Fullmaktene gjelder likevel ikke for de mest kritiske pasientene, her må sykepleier gjennomføre oppgaven. Fagarbeiderne har heller ikke fullmakt til å gjennomføre oppgavene uten å først konferere med sykepleier. Oppgaven blir dermed delegert ved hvert enkelt tilfelle. Dette blir planlagt i fellesskap ved starten av vakten. Pådriveren for å gjennomføre nye oppgaver, må imidlertid være fagarbeideren selv. En av informantene forklarer:

Men det har vært mye fravær, så det krever at man tar ansvar for opplæring selv. Man må vise initiativ selv. Det kommer ikke fra sykepleieren. Når man får et ansvarsområde, må man følge opp selv. [...] Hvis jeg jobber kveldsvakt, sier jeg gjerne til sykepleier at «hvis du skal sette venflon, vil jeg gjøre det.»

På samme måte som at fagarbeidernes egeninitiativ har vært avgjørende for å delta i piloten, er det også dette som driver oppgavedelingen i det daglige.

Tett samarbeid der alle hjelper hverandre

Selv om de fire fagarbeiderne har fått flere oppgaver som de nå har fått fullmakter til å gjennomføre, innebærer ikke det at de har gitt fra seg andre oppgaver til assistenter eller andre ansattgrupper. Oppgaver som ikke krever helsefaglig kompetanse, for eksempel å tømme oppvaskmaskinen, gjøres av den som har tid der og da. Informantene forklarer at de har en kultur for at alle hjelper hverandre, og at dette fungerer veldig bra for dem:

Hvis jeg har ti minutter, tar jeg oppvaskmaskinen. Du er nødt til å ha flyt. Ikke slik at det er assistentene som gjør de oppgavene.

Det som skjer, er at vi skal hjelpe hverandre når det er flere prosedyrer på en gang. Ikke snakk om å gjøre mer, men å fordele litt. Opplever ikke at folk får mer å gjøre, mer om å gjøre noe annet.

Samtidig har det en stor verdi for fagarbeiderne at de får brukt kompetansen sin bedre i de nye oppgavene, og at alle vet hva som forventes når man kommer på jobb:

Det er viktig for meg at vi kommer på jobb, at vi vet hvem som gjør hva, og hvor vi skal. Vi trenger ikke snakke sammen, det er helt magisk, og vi vet hvor folk er. Hvis folk vet hva de skal gjøre, har vi utrolig fine dager.

Et arbeidsmiljø der man skryter og løfter hverandre, bidrar til god flyt når arbeidsdagene blir hektiske.

Gamle oppgaver som helsefagarbeiderne egentlig kan fra før?

Fagarbeiderne som har fått nye oppgaver i korttidsavdelingen, har lang erfaring fra helsearbeid. Med bakgrunn fra flere arbeidsssteder og ulike pasientgrupper, har en av informantene fått prøvd seg på flere ulike oppgaver tidligere. Samtidig er det også noen helt nye oppgaver:

Mye av dette kunne jeg før. EKG har jeg gjort i flere år, tømme blære, sondemat, dette har jeg kunnet lenge. Men så er det dette med å legge venflon, det kan ta litt tid. Det var veldig gøy å lære.

Denne fagarbeideren har tidligere jobbet på sykehus, og forteller at hun her ble «kastet inn i» oppgavene. Ting måtte gå i et rasende tempo. Hun lærte mye på denne måten, forteller hun. I tillegg har hun jobbet mye i hjemmesykepleien, og har med årene blitt

tryggere på oppgavene. Hun har hatt en egeninteresse i å lære mer, og selv tatt initiativ til ulike kurs.

Sitatet illustrerer at hjelpepleiere og helsefagarbeidere med lang erfaring kan ha opparbeidet seg mye kompetanse, som de ikke nødvendigvis har fått anledning til å bruke de siste årene. Samtidig er arbeidsoppgavene, og dermed kompetansen, blant helsefagarbeidere avhengig av hvor de er i lære, og hvor de har sitt arbeidssted:

Det er veldig individuelt fra hvilket sted man er på i kommunen. Hva helsefagarbeidere gjør, og hva sykepleiere gjør.

Dette er godt kjent fra tidligere forskning (se blant annet Breines et al., 2025). Helsefagarbeidernes kompetanse er i stor grad et produkt av hvor de har vært i lære, og hvilke oppgaver de har fått anledning til å utføre på arbeidsplassen.

Informantene ved korttidsavdelingen i Vestfold-kommunen forteller at når en helsefagarbeider har oppnådd en fullmakt til å utføre en gitt oppgave, som å gi ut medisiner, får vedkommende et signert dokument på det. Det blir så lagt i et internt kvalitetssystem, slik at man kan se oversikt over hva som er den enkeltes ansvarsområde og fullmakter. Informantene understreker at det aldri gis fullmakter til medarbeiderne man er usikre på. Det er svært viktig at den enkelte forstår innholdet i fullmakten, og hvilken hensikt den har. Dokumentasjonen gir god oversikt over ansattes kompetanse, noe vi vet har stor betydning for virksomheter i helse- og omsorgssektoren. Det bidrar til å utnytte den enkeltes kompetanse fullt ut, for eksempel når det skal settes opp turnuser (Aspøy & Haakestad, 2025). I denne casen er dokumentasjonen først og fremst til internt bruk, og fullmakten er ikke automatisk overførbar til andre kommuner. Fordi ikke alle i kommunen har startet med oppgavedeling, er ikke fullmakten nødvendigvis overførbar til andre enheter internt i kommunen heller.

4.4 Oppsummering

De tre casene viser både tydelige likheter, men også ulike tilnærminger til ny oppgavedeling og utvikling av helsefagarbeidernes rolle. De er alle eksempler på lokalt initiert omstilling, der forankring i ledelsen, kollegabasert læring og tett involvering fra tillitsvalgte og ansatte har bidratt til aksept. Pasientsikkerhet og kvalitet har blitt tungt vektlagt. Endringsprosessen er preget av involvering fra ledelsen, tillitsvalgte og ansatte, og er noe flere mener har bidratt til aksept.

Disse faktorene fremstår som avgjørende for å lykkes med oppgavedeling. Erfaringene viser også hvordan grensene mellom yrkesgruppene endres når behovene i tjenestene endrer seg, og det blir nødvendig å bruke ressursene på nye måter. En viktig forskjell mellom en del kommuner og enheter som for eksempel Vestfold-kommunen i denne rapporten og Tørn-modellen mer generelt, gjelder hvordan man håndterer praktiske oppgaver i tjenestene. I caset fra Vestfold-kommunen praktiseres en modell der «alle gjør alt». Dette innebærer at ansatte hjelper hverandre på tvers av yrkesgrupper, og den som har tid, tar oppgaver som å tømme oppvaskmaskinen eller vaske gulv. Dette forstås som en praktisk og kollegial arbeidsform, preget av fleksibilitet og kollektivt ansvar. I kommuner som følger Tørn-modellen (Bråthen & Moland, 2024a) ser vi gjerne en annen

tilnærming. Her er det ofte et uttalt mål å skjerme det faglærte personalet fra støtteoppgaver for å frigjøre tid til kjerneoppgaver og sikre bedre utnyttelse av fagkompetansen. Det innebærer en mer spesialisert arbeidsdeling, hvor effektivisering og best mulig ressursutnyttelse står sentralt.

Det å målrette bruken av fagressurser og redusere tid brukt på ikke-faglige oppgaver finner vi også andre steder i kommune-Norge utenom Tørn. Det peker mot en bredere utvikling i tjenestene, hvor organiseringen i økende grad søker å rendyrke fagroller og styrke det profesjonelle innholdet (se for eksempel Jordell, Yssen & Moland, 2025). Samtidig beskriver casen i Vestfold-kommunen et alternativt opplegg der fleksibilitet og kollektive løsninger har en sentral plass.

5 Ny oppgavedeling og helsefagarbeidere

I 2024 var det registrert 96 922 helsefagarbeidere i Norge. Nesten 80 prosent jobber i kommunale helse- og omsorgstjenester. Fra 2015 til 2024 har antall helsefagarbeidere økt med 4,3 prosent. Dette tilsvarer en årlig økning på 0,6 prosent, noe som er betydelig mindre enn økningen i de andre yrkesgruppene i sektoren (Nielsen & Moland, 2025). Nedbyggingen av de kommunale institusjonstjenestene har ført til 2626 færre helsefagarbeidere innen dette tjenesteområdet fra 2015 til 2024. Det siste året ble antall helsefagarbeidere i sykehjemmene redusert med 300. Samtidig har oppbyggingen av hjemmebaserte tjenester gitt en vekst på 5428 helsefagarbeidere. Økningen var særlig stor fra 2022 til 2023, men antallet gikk noe ned i 2024.

Helsefagarbeidere har et bredt arbeidsfelt og er sentrale aktører i helse- og omsorgstjenestene. De jobber i både kommunale og private hjemmetjenester og sykehjem, på sykehus, i rusomsorg og psykiatri samt i boliger for personer med fysiske eller psykiske funksjonsnedsettelse. I tillegg kan de være ansatt ved opptrenings- og behandlingssentre, eller i skoleverket der barn og unge har behov for særskilt oppfølging og støtte. Innenfor de kommunale helse- og omsorgstjenestene utgjør helsefagarbeiderne den klart største yrkesgruppen. De er nesten dobbelt så mange som sykepleierne, seks ganger flere enn vernepleierne, og hele 14 ganger flere enn legene (Nielsen & Moland, 2025). Dette understreker yrkesgruppens avgjørende betydning for tjenestenes daglige drift og kapasitet.

Helsefagarbeidere har en sentral rolle i å tilby tjenester og gi bistand til brukere med varierte og ofte forholdsvis komplekse behov. Gjennom sin utdanning har helsefagarbeidere kompetanse i grunnleggende pleie, observasjon, hygiene, ernæring og mobilisering. Dette gjør dem i stand til å yte tjenester av høy kvalitet innen både hjemmetjenester, institusjonsomsorg og andre kommunale tilbud. De er ofte brukernes nærmeste hjelper i hverdagen, og det er gjennom denne gruppens tilstedeværelse og innsats at mange brukere og pasienter opplever trygghet, kontinuitet og verdighet i møte med de kommunale tjenestene.

5.1 Har kommunene dekket sitt behov for helsefagarbeidere?

Mangel på helsefagarbeidere er en betydelig utfordring i norske kommuner, og situasjonen har forverret seg de siste årene. Ifølge Navs bedriftsundersøkelse for 2025 er det virksomheter innen yrkesgruppen helse, pleie og omsorg som har størst mangel på arbeidskraft. Det er størst mangel på helsefagarbeidere (3000 personer), andre helseyrker (2150), sykepleiere (2100), 950 spesialsykepleiere samt 850 legespesialister.⁷ Kommunesektorens arbeidsgivermonitor fra 2023 viser at 56 prosent av kommunene opplever det som ganske eller meget utfordrende å rekruttere helsefagarbeidere.⁸ Dette understreker at mangelen på helsefagarbeidere er en utfordring på tvers av mange

⁷ <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/kunnskap/analyser-fra-nav/nyheter/bedriftsundersokelsen-2025-norske-virksomheter-mangler-39-000-personer>.

⁸ <https://www.ks.no/contentassets/fab9b83db07a49dc8456efe845fe6d16/23088-KS-Arbeidsgivermonitor-2023-WEB.pdf>.

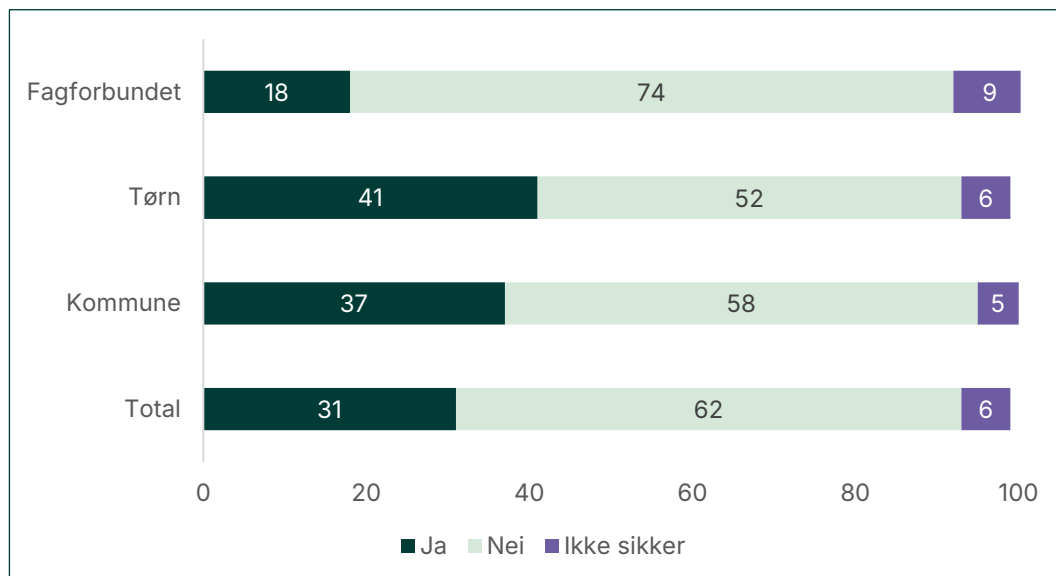
kommuner. Samtidig står vi overfor en tilsynelatende paradoksal situasjon der ikke alle som ønsker det får lærlingplass. I 2024 fikk 77 prosent av søkerne til helsearbeiderfaget godkjent lærekontrakt, og nærmere én av fire søkere stod dermed uten tilbud om læreplass det året de søkte. Det er likevel verdt å merke seg at andelen som får læreplass i faget har økt siden 2022, da 70 prosent ble tilbudt lærekontrakt det året de søkte. Økningen gjelder både i kommunal, statlig og privat sektor.⁹

Fra tidligere undersøkelser vet vi at mange nyutdannede tilbys små deltidsstillinger. Jensen og Øistad (2019) fant at bare litt over 20 prosent av helsefagarbeiderne har fått en heltidsstilling ett år etter fagprøven. Når opplæringskapasiteten er for lav, og overgangen til stabile arbeidsforhold er usikker, reduseres tilgangen på kvalifiserte arbeidstakere og presumptivt også yrkets attraktivitet. Dette illustrer at mangelen på helsefagarbeidere nok ikke bare handler om antall søkere eller utdanningsplasser, men også om hvordan utdanning, opplæring og ansettelse gjennomføres i praksis. Watz (2024) er også innom dette i sitt kapittel om helsefagarbeidernes rolle. Hun skriver at gode læringsmiljøer, heltidsstillinger og karrieremuligheter er noen faktorer som vil kunne medvirke til at man beholder og får utdannet fremtidige helsefagarbeidere. Flere av disse problemstillingene vil diskuteres i de kommende avsnittene.

I spørreundersøkelsen ble respondentene bedt om å ta stilling til følgende spørsmål: «Har kommunen dekket sitt behov for helsefagarbeidere?». Av figur 5.1 ser vi hvordan de ulike gruppene svarer på spørsmålet. Sett under ett svarer 31 prosent bekreftende, altså at de mener behovet er dekket. Det betyr at under en tredjedel vurderer at de har nok helsefagarbeidere. Hele 62 prosent, altså dobbelt så mange, mener at behovet ikke er dekket. Dette signaliserer en utbredt oppfatning av problemer knyttet til rekruttering av denne gruppen. I tillegg er seks prosent ikke sikre. Samlet sett gir disse tallene et tydelig bilde av at flertallet av respondentene vurderer at kommunen de jobber i ikke har dekket sitt behov for helsefagarbeidere. Ser vi nærmere på forskjellene i de ulike gruppene som har svart hva, ser vi at om lag 40 prosent av kommunalsjefene og prosjektlederne i Tørn har sagt seg enig i at kommunen har dekket behovet. I kontrast til dette finner vi at rett under 20 prosent av de tillitsvalgte i Fagforbundet har gitt uttrykk for det samme.

⁹ <https://www.udir.no/tall-og-forskning/statistikk/statistikk-fag-og-yrkesopplaring/sokere-og-larekontrakt/sokere-sortert-etter-utdanningsprogram/>

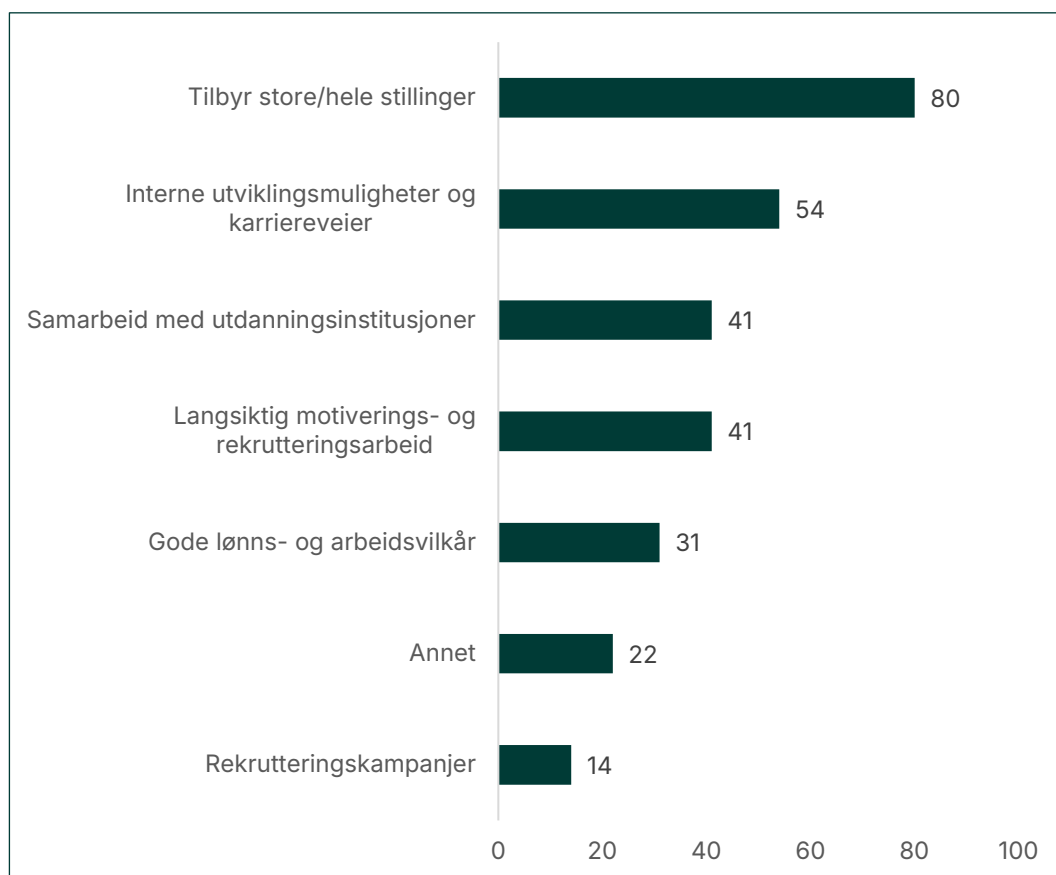
Figur 5.1. Andel som har dekket sitt behov for helsefagarbeidere. N = 464. Prosent.



Hva gjør kommuner som har tilstrekkelig antall helsefagarbeidere?

De som oppga at de ikke har mangel på helsefagarbeidere, ble stilt et oppfølgings-spørsmål om hvilke tiltak de har iverksatt for å oppnå dette (figur 5.2). Respondentene kunne velge blant flere svaralternativer samt skrive et eget svar i et fritekstfelt.

Figur 5.2. Tiltak kommunene har gjort for å sikre tilstrekkelig antall helsefagarbeidere. Flere svar er mulig. N = 147. Prosent.



80 prosent av disse kommunene fremhever tilbud om hele eller store stillinger som en nøkkelfaktor for å sikre nok helsefagarbeidere. Tidligere forskning har vist at store stillinger kan gjøre det enklere å rekruttere, både fordi store stillinger er populære blant en del ansatte og fordi tjenestestedet kan klare seg med færre ansatte totalt.¹⁰ Dette reduserer det samlede rekrutteringsbehovet. I tillegg er det slik at ansatte i store stillinger har lavere turnover enn dem i små stillinger. Økt stillingsstørrelse gir dermed både større kapasitet, mer kontinuitet og bedre stabilitet i tjenestene.

Interne utviklingsmuligheter og karriereveier trekkes frem av 54 prosent, noe som viser at utvikling og økt kompetanse er viktige faktorer for å rekruttere, beholde og motivere helsefagarbeidere. Dette kan også innebære muligheter for å få realkompetanse vurdert og eventuelt formalisert, for eksempel gjennom praksiskandidatordningen. Selv om det ikke er en satsing i alle kommuner, finnes det flere eksempler på at kommuner legger til rette for dette.

Videre oppgir 41 prosent at de samarbeider med utdanningsinstitusjoner, og like mange nevner langsiktig motiverings- og rekrutteringsarbeid som viktige tiltak. Samarbeid med utdanningsinstitusjoner handler ikke bare om å sikre praksisplasser, men kan også handle om å påvirke utdanningstilbudet i ønsket retning, tilpasse faginnhold og styrke rekrutteringen lokalt. Noen kommuner samarbeider om desentraliserte eller fleksible utdanningsløp som gjør det mulig for ansatte å ta utdanning ved siden av jobb (Moland et al., 2025). I tillegg inngår rekrutteringstiltak som skolebesøk, karrieredager og hospiteringsordninger. Det langsiktige rekrutteringsarbeidet forteller oss at en del kommuner har jobbet strategisk og målrettet over tid.

Gode lønns- og arbeidsvilkår blir trukket frem av 31 prosent som en forklarende faktor. Selv om dette tallet er lavere enn for heltidsstillinger og utviklingsmuligheter, viser det likevel at økonomiske insentiver og generelle betingelser spiller en rolle. Det er kun 14 prosent som svarer at de har hatt rekrutteringskampanjer som virkemiddel.

Det er ellers høy grad av samstemthet mellom de ulike respondentgruppens svar med hensyn til hvilke tiltak som er virksomme for å lykkes med tilstrekkelig antall helsefagarbeidere. Det er riktignok en del færre tillitsvalgte fra Fagforbundet som har krysset av for de to alternativene «Langsiktig motiverings- og rekrutteringsarbeid» og «Gode lønns- og arbeidsvilkår» sammenlignet med Tørn-prosjektledere og kommunedirektører. Sett under ett viser gjennomgangen at 28 respondenter har valgt ett tiltak, mens 31 har valgt to tiltak. Den største gruppen som har valgt flere tiltak består av 40 respondenter som har krysset av for tre tiltak, etterfulgt av 29 respondenter som har valgt fire tiltak.

Noen av respondentene, om lag 20 prosent, har valgt alternativet «Annet» og benyttet muligheten til å utdype med fritekstkommentarer. Selv om det er kun en av fem kommuner som har valgt denne muligheten, er det flere interessante momenter som kommer frem i disse dataene. En gjennomgang av kommentarene avdekker noen gjennomgående temaer. Disse kan grovt sett deles i tre kategorier: målrettede utdannings- og rekrutteringstiltak, organisatoriske insentiver og fravær av rekrutteringsutfordringer.

¹⁰ Samtidig er det slik at mange arbeider frivillig deltid, og slik sett ikke ønsker større stilling enn de allerede har. Dette vil diskuteres senere i dette kapittelet.

For det første viser flere av kommentarene til ulike former for systematisk innsats knyttet til utdanning og rekruttering rettet spesifikt mot helsefagarbeidere. Dette inkluderer tiltak som:

- etablering av deltidsutdanningsløp og fagbrevordninger, ofte i tett samarbeid med opplæringskontorene¹¹
- bruk av praksiselever på tilkallingsavtale under utdanningsløpet, med overgang til faste stillinger etter endt utdanning
- tilbud om praksisplasser for både skoleungdom og lærlinger samt etablering av egne rekrutteringsstillinger
- intern opplæring og kvalifisering av egne assistenter til fagarbeiderstatus
- aktiv bruk av lærlingordningen, der lærlinger tilbys fast ansettelse før fullført læretid

Noen av kommunene uttrykte det på denne måten i spørreundersøkelsens fritekstfelt:

Er aktiv mot assistentgruppa til ei kvar tid. Legger til rette for deltidsløp, etc.

Nært samarbeid med opplæringskontor. Fagbrev på jobb. Heltidssatsing.

Rekruttering ved å ha praksiselever på tilkallingsavtale i studietiden som søker fast stilling etter ferdig utdanning.

Utdannet egne ansatte assistenter til fagarbeidere.

En annen gruppe respondenter beskrev organisatoriske og økonomiske virkemidler som en del av deres rekrutteringsstrategi. Disse tiltakene omfattet blant annet endringer i arbeidstidsordninger, som innføring av langturnus og bruk av insentiver som kompetanseutviklingstilbud og ekstra lønn. Enkelte la også vekt på betydningen av et godt og stabilt arbeidsmiljø. Dette ble formulert slik i spørreundersøkelsen:

Godt arbeidsmiljø, kalenderplan, tilbud om langvakter, ansatte utarbeider eget forslag til kalenderplan.

Rykte om godt arbeidsmiljø, fokus på kompetanseheving.

Ryddighet. Fagdager i turnus, lokal garantilønn, fleksibilitet i turnus.

En tredje og vesentlig mindre gruppe informanter meldte at de i mindre grad opplevde rekrutteringsproblemer knyttet til helsefagarbeidere. I svarene fremsto tilgangen på kvalifiserte søkere som tilfredsstillende, uten at det var iverksatt spesifikke tiltak. En illustrerende kommentar fra denne gruppen var denne:

Det er i hovedsak alltid søkere til disse stillingene uten at vi har gjort tiltak.

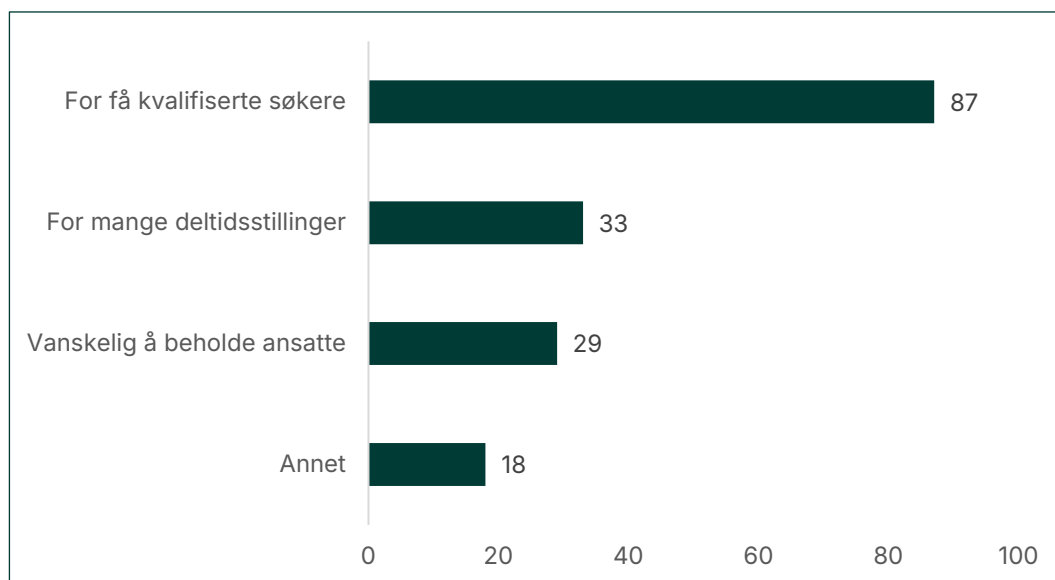
Samlet ser vi av fritekstsvarene at en del kommuner er proaktive i møte med rekrutteringsutfordringer, og hvor det benyttes både strukturelle, pedagogiske og organisatoriske virkemidler for å sikre tilgang på kvalifisert personell.

¹¹ Dette drøftes mer inngående i Moland, Tofteng, Bråthen & Andreassen (2025).

5.2 Hvorfor har ikke kommunene tilstrekkelig antall helsefagarbeidere?

Blant dem som svarte «nei» på spørsmålet om kommunen har dekket sitt behov for helsefagarbeidere, ble det stilt et oppfølgingsspørsmål om årsakene til denne mangelen. Dette var et flervalgsspørsmål der man kunne krysse av for flere alternativer. Svarfordelingen ser vi av figur 5.3.

Figur 5.3. Årsaker til at kommunen ikke har dekket sitt behov for helsefagarbeidere. Flere svar er mulig. N = 290.



Det mest fremtredende svaret er at nesten 90 prosent viser til at det rett og slett er for få kvalifiserte søkere tilgjengelig. En uttrykte i den forbindelse følgende om mangelen på helsefagarbeidere:

Vi har nok sykepleiere. Mangler helsefagarbeidere.

Denne kommentaren illustrerer et viktig poeng. Til tross for at sykepleiermangelen ofte vies stor oppmerksomhet i offentlig debatt, opplever denne personen at det største rekrutteringsproblemet til kommunen gjelder helsefagarbeidere.

Vi kjenner ikke denne kommunen inngående, men det kan tenkes at dette kommer fra en enhet der arbeidet med ny oppgavedeling har kommet langt. Helsefagarbeidere har muligens overtatt flere funksjoner som tidligere ble utført av sykepleiere, som nå kun har fått ansvar for mer spesialiserte oppgaver som krever deres kompetanse. I et slikt tilfelle vil det presumptivt være et større behov for helsefagarbeidere enn for sykepleiere, noe som kan forklare hvorfor rekrutteringsutfordringene er mer uttalt på helsefagarbeidersiden.

Videre peker litt over 30 prosent av respondentene på at det er for mange deltidsstillinger, noe som kan gjøre yrket mindre attraktivt og vanskeliggjør rekruttering. Dette kan tolkes som at mange søker på stillinger med høyere stillingsprosent, både av økonomiske og profesjonelle grunner, og dersom arbeidsplassen primært tilbyr deltidsstillinger, kan dette føre til høy turnover og rekrutteringsproblemer. I tillegg svarer om lag 30 prosent at det er vanskelig å beholde ansatte. Dette indikerer at utfordringen ikke

bare handler om å tiltrekke nye medarbeidere, men også om å skape gode nok arbeidsbetingelser og utviklingsmuligheter til å holde på dem som allerede er ansatt. Det er for øvrig kun små forskjeller mellom de ulike gruppene med hensyn til hvilke alternativer som er valgt.

Det pekes på flere årsaker i fritekstsvarene

Også på dette spørsmålet var det mulig å gi utdypende kommentarer i et åpent fritekstfelt. Rett under 20 prosent av respondentene benyttet seg av denne muligheten. En gjennomgang av kommentarene viser flere gjentakende temaer. Disse kan deles inn i fire hovedkategorier: få tilgjengelige ansatte med fagbrev, økonomiske begrensninger, lav lønn og deltidsstillinger.

Flere viser til at det er for få tilgjengelige arbeidstakere som er utdannet helsefagarbeider samt at en del ansatte uten helsefaglig kompetanse ikke ønsker å ta utdanning, slik det kommer frem av denne kommentaren:

[Vi har flere] ansatte uten fagbrev som ikke er villig til å ta fagbrev, selv om kommunen er villig til å dekke kostnaden med utdanningen.

For denne gruppen kan praksiskandidatordningen bidra til formalisering av kompetanse. Ordningen innebærer at kandidater kan gå opp til fagprøven dersom de har minst fem års relevant arbeidserfaring, og at de har bestått en sentralt gitt skriftlig eksamen som privatist. Fra tidligere forskning kjenner vi til flere faktorer som kan hemme deltakelse i ordningen. En faktor kan være at man er usikker på om man har gode nok norskkunnskaper for å bestå den skriftlige prøven. Mange med lang arbeidserfaring kan også oppleve stor usikkerhet rundt det å gå opp til eksamen, og oppleve et stort behov for forberedelser. Dette kan igjen kreve at man studerer på fritiden, noe ikke alle nødvendigvis ønsker eller får til. At flere fra samme arbeidsplass tar kurs og melder seg opp til eksamen sammen, kan imidlertid være et viktig tiltak (Aspøy et al., 2013).

En annen ganske fremtredende gruppe av kommentarer handler om kommunens utfordrende økonomi. Flere peker på «ansettelsesstopp», og begrensede budsjetter som hindringer for å ansette eller utlyse nye stillinger:

Ansettelsesstopp grunnet vanskelig kommuneøkonomi gjør at det er vanskelig å få gjennomslag for utlysning.

For få hjemler i tjenestene, etter år med nedbemanning.

Ansettelsesstopp må her forstås som (midlertidige) begrensninger på å lyse ut og besette stillinger, som følge av økonomisk press. Selv om det nok for eksempel må gjøres unntak for ledige helsefagarbeiderstillinger.

Andre respondenter peker på lønnsnivået som en årsak til at potensielle kandidater ikke søker seg til sektoren, eller velger å begynne på et utdanningsløp. Dette gjelder særlig voksne arbeidstakere med forsørgeransvar, og i kommuner med konkurranse fra andre næringer:

For lav lønn til de som ønsker å ta lærlingtid. Spesielt de med hus og barn tar ikke fatt på lærlingtid.

Lønn til lærlinger gjelder for personer som er under opplæring i et fag, og lønnen vil gjerne være lavere enn for ferdige fagarbeidere. Lønnen til lærlingen reguleres av tariff-avtaler og varierer med hvilken bransje og hvilket fag det gjelder.¹²

Frivillig deltid trekkes også frem som en utfordring av flere. Litt forenklet kan vi si at frivillig deltid innebærer at arbeidstakeren selv ønsker å jobbe deltid. Ofte regner man med at om lag 80 prosent av deltidsarbeidet i Norge foregår på frivillig basis. Ønsket om deltid blant enkelte arbeidstakere kan skape begrensninger for dem som ønsker å arbeide heltid, og samtidig gjør det utfordrende for ledere å utlyse og ansette for stillinger som er basert på heltid. Dette fenomenet, som gjerne omtales som «deltid avler deltid», er dokumentert i forskning (se for eksempel Nicolaisen & Bråthen, 2012). Selv i kommuner der de fleste som ønsker full stilling, får det, er det en del som ønsker å jobbe deltid. Et par av kommunene sa det slik:

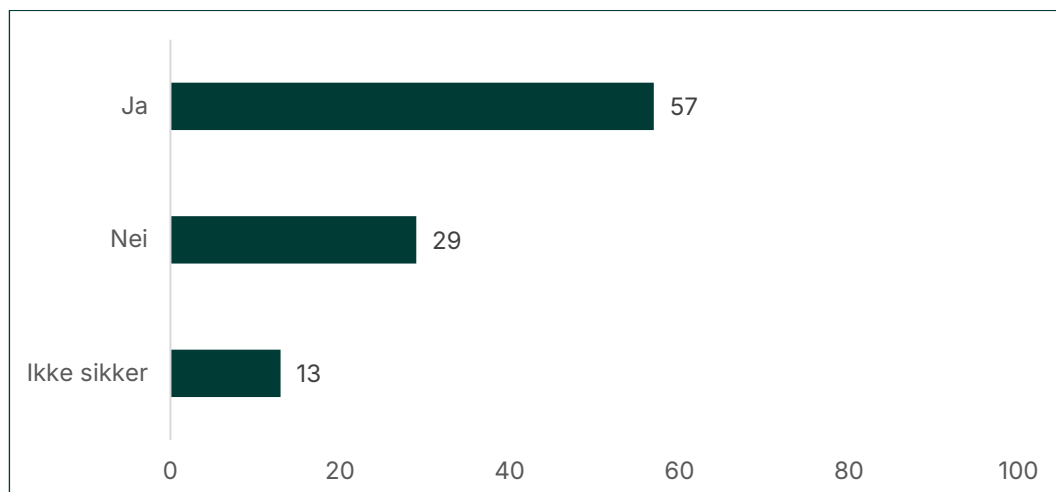
Stor utfordring med frivillig deltid.

Selv om alle som ønsker 100 prosent får det, er det fortsatt mange som ønsker å jobbe redusert.

5.3 Har kommunen gjennomført tjeneste- og bemanningsanalyser som har ført til ny oppgavedeling?

I spørreundersøkelsen ble det spurt om det har blitt gjennomført tjeneste- og bemanningsanalyser som har ført til ny oppgavedeling for ansatte på ett eller flere tjenestesteder i deres kommuner. Svarfordelingen fremgår av figur 5.4 under.

Figur 5.4. Kommuner som har gjennomført analyser som har endret oppgavedeling på ett eller flere tjenestesteder. Prosent. N = 464.



¹² For en oversikt over lærlingers lønn, se denne nettsiden: <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/lonn-og-arbeidskraftkostnader/artikler/sa-hoy-er-larlinglonnen>

Figuren viser at 57 prosent svarte «ja» på at deres kommune har gjennomført tjeneste- og bemanningsanalyser som har ført til ny oppgavedeling. Dette kan tolkes som en vilje til å tilpasse tjenestene mer systematisk, både for å sikre effektiv ressursbruk og for å møte nye krav eller kapasitetsutfordringer. I en av casekommunene var det en leder som svarte følgende på spørsmålet om hvorfor man har gjort slike analyser og startet opp arbeidet med ny oppgavedeling.

Vi kan antagelig ikke løse framtidens utfordringer med nåværende løsninger. Vi må finne noen andre løsninger til de nye problemene. Og da er vi nødt til å teste ut, og prøve oss. Og så må vi heller gå på en smell hvis det viser seg at ikke det går. (...) Og det prøver vi å formidle fra overordna ledelse og, at det er lov å prøve og feile. (Birkenes)

Til tross for at godt over halvparten bekreftet at kommunen har arbeidet med nye oppgaver basert på analyser av behov og bemanning, var det samtidig nesten 30 prosent som svarte at de ikke har gjennomført slike analyser. Dette kan ha flere forklaringer. Det kan dreie seg om at kommunen ikke har opplevd behov for å sette i gang med et slikt arbeid. Men det kan også være ulike barrierer, for eksempel organisatoriske eller ressurser, som gjør det vanskelig å sette i gang med endringer. Det er også mulig at enkelte kommuner jobber mindre systematisk med ny oppgavedeling og i større grad løser utfordringer ad hoc.

Litt over ti prosent av respondentene oppgir at de ikke er sikre på om deres kommune har gjennomført analyser som har endret oppgavedelingen på ett eller flere tjenestesteder i kommunen.

Det er for øvrig kun små forskjeller mellom respondentgruppene. Kommunedirektører og lignende ledere har svart tilnærmet identisk med prosjektlederne i Tørn, mens andelen som svarer «ja» er noe lavere blant de hovedtillitsvalgte i Fagforbundet.

Sett under ett viser tallene at en god del kommuner har startet arbeid med å gjennomgå og justere oppgavefordelingen i helse- og omsorgstjenestene. Dette kan være et tegn på en økende bevissthet rundt behovet for mer effektiv bruk av tilgjengelig kompetanse i møte med bemanningsutfordringer og endrede tjenestebehov. Samtidig ser vi at det fremdeles er en del kommuner som ikke har kommet i gang med slikt arbeid.

I rapporten «Lederes handlingsrom for å gjennomføre vikarreduserende tiltak i pleie- og omsorgstjenestene» finner Moland og kolleger (2025) at litt under halvparten, 46 prosent, av de som hadde forsøkt ny oppgavedeling mener dette tiltaket har hatt god eller svært god vikarreduserende effekt.

5.4 Hvilke yrkesgrupper er omfattet ny oppgavedeling?

Respondentene som svarte bekreftende på at kommunen har gjennomført tjeneste- og bemanningsanalyser som har ført til ny oppgavedeling fikk et oppfølgingsspørsmål om hvilke yrkesgrupper som blir omfattet eller påvirket av ny oppgavedeling.

Av figur 5.5 ser vi at ny oppgavedeling berører en rekke ulike yrkesgrupper. Nesten samtlige, 99 prosent, vurderer sykepleiere som en gruppe som blir påvirket av

omfordelingen av oppgaver. På samme nivå finner vi helsefagarbeidere og hjelpepleiere, der 98 prosent av kommunene vurderer disse yrkesgruppene som berørt. Det er ikke unaturlig all den tid helsefagarbeiderne er den største gruppen i kommunenes helse- og omsorgstjenester. Dette viser også at helsefagarbeiderne spiller en nøkkelrolle i omstillingen av tjenestene, og at de forventes å ta på seg endrede eller utvidede oppgaver i takt med tjenesteutviklingen.

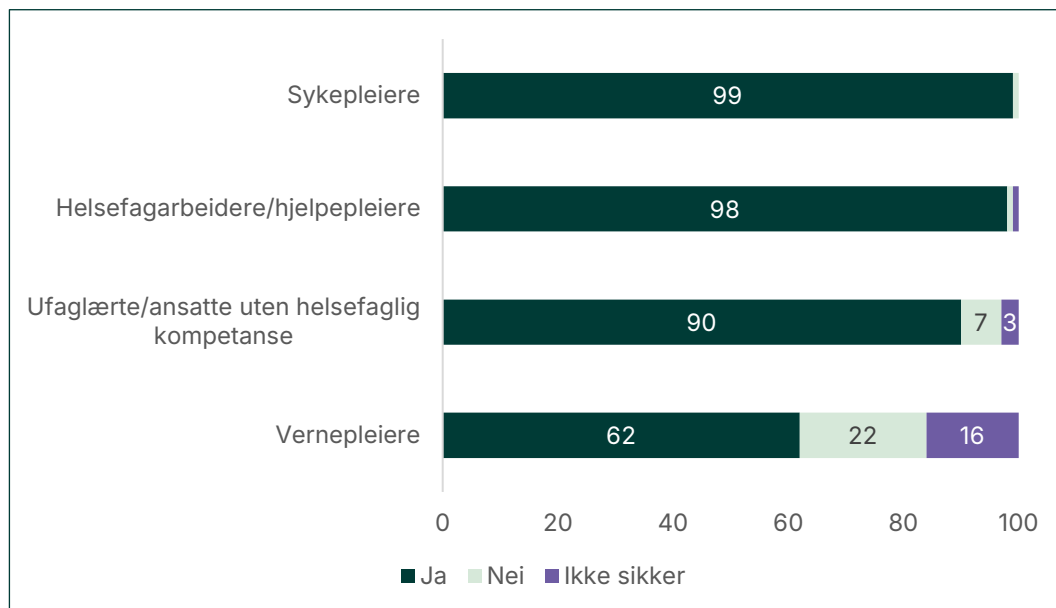
Vernepleierne får en lavere andel ja-svar. Omtrent to tredjedeler oppgir at denne gruppen berøres av ny oppgavedeling. Dette kan dels komme av at vernepleiernes kompetanse i større grad er spesialisert mot utviklingshemming, habilitering og miljøterapi, og at deres rolle i somatisk pleie- og omsorgstjeneste ikke oppfattes som like sentral overallt i den kommunale helse- og omsorgssektoren. Det kan også tenkes å reflektere forskjeller mellom ulike kommuner når det gjelder hvordan tjenester til personer med utviklingshemming og somatiske brukere er organisert. Det er dessuten viktig å huske på at selv om antall vernepleiere har økt ganske mye de siste årene, utgjør de fortsatt en liten gruppe. Dette kan også være med på å forklare at oppgavedeling ikke i like stor grad berører dem (jamfør Nielsen & Moland, 2025).

Videre ser vi at også ufaglærte ansatte, altså ansatte uten formell helsefaglig utdanning, omfattes i betydelig grad. Hele 90 prosent av respondentene peker på at denne gruppen berøres av ny oppgavedeling. Dette kan tyde på en bevissthet knyttet til at personell uten formell helsefaglig utdanning spiller en viktig rolle i pleie- og omsorgsarbeidet, og at denne rollen blir viktigere som en del av arbeidet med oppgavedeling. Tidligere undersøkelser har vist at i flere kommuner etableres det en praksis der oppgaver fordeles nedover, for å frigjøre ressurser hos de faglærte og ansatte med høyere danning til mer avanserte oppgaver (Bråthen & Moland, 2024a; Bråthen & Moland, 2023; Jordell, Yssen & Moland, 2025). Både data fra intervjuer og spørreundersøkelsen, samt annen forskning viser at delingen av oppgaver til ufaglærte kan foregå på to måter:

- Ufaglærte får flere pleie- og omsorgsrelaterte oppgaver som ikke krever formell helsefaglig kompetanse.
- Oppgaver som tidligere ble utført av helsefagarbeidere, men som ikke fordrer deres kompetanse, overføres ansatte uten formell helsefaglig kompetanse.

Dette er i tråd med de to idealtypene vi finner i Jordell, Yssen og Molands (2025), og som ble diskutert i kapittel tre. I tillegg til de spesifiserte yrkesgruppene var det i spørsmålet lagt opp til mulighet til å kommentere oppgavedelings konsekvenser for andre yrkesgrupper i fritekst i spørreundersøkelsen. Dette vil vi se nærmere på under neste avsnitt.

Figur 5.5. Yrkesgrupper berørt av ny oppgavedeling i pleie- og omsorgstjenestene. Prosent. N = 267.



5.5 Andre yrkesgrupper berøres også av ny oppgavedeling

Fritekstsvarene på spørsmålet om andre yrkesgrupper er berørt av ny oppgavedeling i pleie- og omsorgstjenestene, viser tydelig at i noen kommuner har arbeidet med oppgavedeling vært en bred og omfattende prosess. Mange respondenter gir uttrykk for at nærmest alle yrkesgrupper i og rundt tjenestene er berørt. Mange svarer rett og slett at «alle blir berørt» eller «at alle yrkesgrupper vi kan tenke på er involvert». Dette forteller oss at oppgavedeling i mange tilfeller ikke er begrenset til helsefagarbeidere og sykepleiere, men omfatter mange yrkesgrupper i tjenestene. Dette kan illustreres med følgende svar fra fritekstdataene:

Alle som befinner seg under samme tak og på en eller annen måte er i direkte/indirekte kontakt med pasienten/brukeren.

Betydningen for samarbeidet mellom yrkesgrupper

Ny oppgavedeling og endringer i helsefagarbeidernes rolle påvirker også samarbeidet med annet helsepersonell. Dette kan typisk være sykepleiere, men også andre grupper med høyskole- og universitetsutdanning. Noen av våre informanter peker på at en klarere og mer selvstendig helsefagarbeiderrolle har ført til økt gjensidig anerkjennelse mellom faggruppene. Når helsefagarbeidere får ansvar for flere og mer (spesialiserte) fagspesifikke oppgaver, åpner det for et mer likeverdig samarbeid mellom gruppene. Som en helsefagarbeider sa det:

Vi avlaster sykepleierne fordi vi får dårligere pasienter, vi får mer prosedyrer. Og sykepleierne kan ikke stå i alt alene. Så vi avlaster dem, rett og slett. (Birkenes)

En leder var inne på noe av det samme, men mente at det er oppgaver som helsefagarbeiderne gjør fordi de faktisk har den rette kompetansen:

Det har vært endringer i oppgaver fordi det er jo oppgaver som sykepleierne har gjort før, men som helsefagarbeidere selvsagt heller kan gjøre. Det er jo oppgaver de helt klart har kompetanse på. (Birkenes)

Ny fordeling av oppgaver vil også skape nye grenseflater og behov for tydelige rolleavklaringer. Enkelte informanter viser til at uklarhet i ansvarsforhold kan føre til usikkerhet og frustrasjon, både blant fagarbeidere og sykepleiere. Det er viktig å avklare hvilke beslutninger som skal fattes av hvem, og å sikre god informasjonsflyt mellom ulike yrkesgrupper.

Når sykepleierne i større grad skal konsentrere seg om mer komplekse medisinske vurderinger, og samtidig fungere som veiledere og faglige ressurser, styrkes også deres rolle i det tverrfaglige teamet. Dette åpner for en mer effektiv bruk av samlet kompetanse, men krever at det finnes arenaer for felles læring og samhandling, slik vi for eksempel så i casen fra Birkenes kommune med felles utvikling av prosedyrer, felles fagdager og kollegaveiledning. En helsefagarbeider uttrykker det slik:

Vi jobber i et team. Hvis sykepleierne har noen oppgaver som de må ta i forhold til deres ansvarsområde, så er det vi som gjør andre ting.

Sitatet illustrerer hvordan fleksibel oppgavedeling og felles forståelse for yrkesgruppens ansvar er sentralt for å få samarbeidet til å fungere.

5.6 Støttetjenester og ufaglærte trekkes inn

I tillegg til sykepleiere og helsefagarbeidere, oppgis særlig merkantilt ansatte, kjøkken- og renholdspersonell, frivillige og ufaglærte som viktige i oppgavedelingen. I fritekstdataene finner vi en rekke eksempler på hvordan støttepersonell overtar eller tillegges nye oppgaver. Et av svarene beskriver det på følgende måte:

Assistenter ved kantinen i kommunen ble omdisponert til sykehjemsavdelingene etter at kommunen vedtok å legge ned kantinedriften. Dette har avlastet de avdelingene som har assistenter til å ta seg av kjøkken/servering/oppvask.

Et annet svar illustrerer hvordan flere funksjoner trekkes inn i det daglige arbeidet i tjenestene:

Renholdere i kommunens renholdsavdeling, kantine/kjøkkenpersonell. Arbeidsuføre. Unge arbeidstakere.

Oppgavedelingen strekker seg også inn i andre yrkesgrupper. Farmasøyter og apotekteknikere trekkes frem som støttefunksjoner i medisinhåndtering, noe som gir sykepleiere og vernepleiere større mulighet til å prioritere pasientrettet arbeid:

Apotektekniker blir leid inn for å arbeide på medisinsrom i enkelte virksomheter. Dette som et ledd i oppgavedelingen og for å bruke syke- og vernepleiere i direkte pasientarbeid.

Flere beskriver også bruk av tverrfaglige team i hjemmetjenesten, der sosionomer og psykiatriske sykepleiere deltar i det pasientnære arbeidet med å utvikle og fordele oppgaver:

Vi har opprettet et fag- og ressursteam med flere profesjoner som bidrar inn til oppgavedelingen i hjemmetjenesten. For eksempel sosionom, psykiatriske sykepleier.

Samtidig beskrives utfordringer med enkelte profesjoners vilje til å delta i oppgavedelingen, særlig leger. Her pekes det på sterke profesjonskulturer og liten vilje til å gi oppgaver. En formulerer det slik:

Vi har forsøkt å inkludere leger, men de er lite opptatt av andre yrkesgrupper i PLO, de sier de er opplært til å kun stole på seg selv. De vil ikke avgi oppgaver, og viser til kvalitet og forsvarlighet. I praksis ser vi at det er uheldig. For eksempel er vår erfaring at annet helsepersonell er bedre på henvisninger og tverrfaglig samarbeid enn leger, og derfor er det ofte de, og ikke legen som ivaretar koordinering og kontinuitet i oppfølging av mennesker med omfattende bistands- og koordineringsbehov.

Nye roller og organisatoriske grep

Flere beskriver også etableringen av nye funksjoner, særlig rettet mot praktiske oppgaver. Dette gjelder blant annet postverter, serviceverter og matverter. Slike stillinger innebærer ofte oppgaver som tidligere lå til helsefagarbeidere, men som nå løses av ansatte uten formell helsefaglig utdanning. En beskriver det slik:

Vi har innført portørvakter, mest i helger, ferier og ved ekstra behov. Dette er gjerne ungdomsskoleelever som tar kjøkkenoppgaver, skyllerom, leverer og henter traller med mat, klær osv. Dette er en oppgave som i framtida vil bli mer formalisert som en egen stilling der det ikke er behov for utdanning eller skoling. Det vil tvinge fram framtidens beregning på arbeidskraft.

I et annet svar vises det til erfaringer med bruk av ufaglært arbeidskraft i samarbeid med Nav:

Det er startet uttesting i samarbeid med Nav – postverter uten formell pleie/omsorg utdanning.

Et slikt samarbeid diskuteres også av Jordell, Yssen og Moland (2025). Her kan vi lese om en kommune som har et aktivt samarbeid med Nav om arbeidstrening. Denne kommunen har også startet med ny oppgavedeling, med sikte på å fristille tid hos helsearbeidere til mer pasientrettet arbeid.¹³

¹³ Slikt samarbeid med Nav beskrives også av flere kommuner i Fafos pågående evaluering av Tørn Kommune.

Mange kommuner er fremdeles i en tidlig fase av arbeidet

Av fritekstkommentarene fremgår det også at mange kommuner fortsatt er i en tidlig fase i arbeidet med oppgavedeling. Flere svar viser til at man ennå ikke er ferdige med å kartlegge eller iverksette tiltak. En skriver det slik:

Vi er i tidlig fase, men ser at vi vil berøre stadig flere: legene, farmasøytene, IKT-helse, hjelpemiddelteknikerne, fysioterapeutene og ergoterapeutene.

Andre peker på at tidligere erfaringer med oppgavedeling kan måtte gjentas i møte med kommende kompetansemangel:

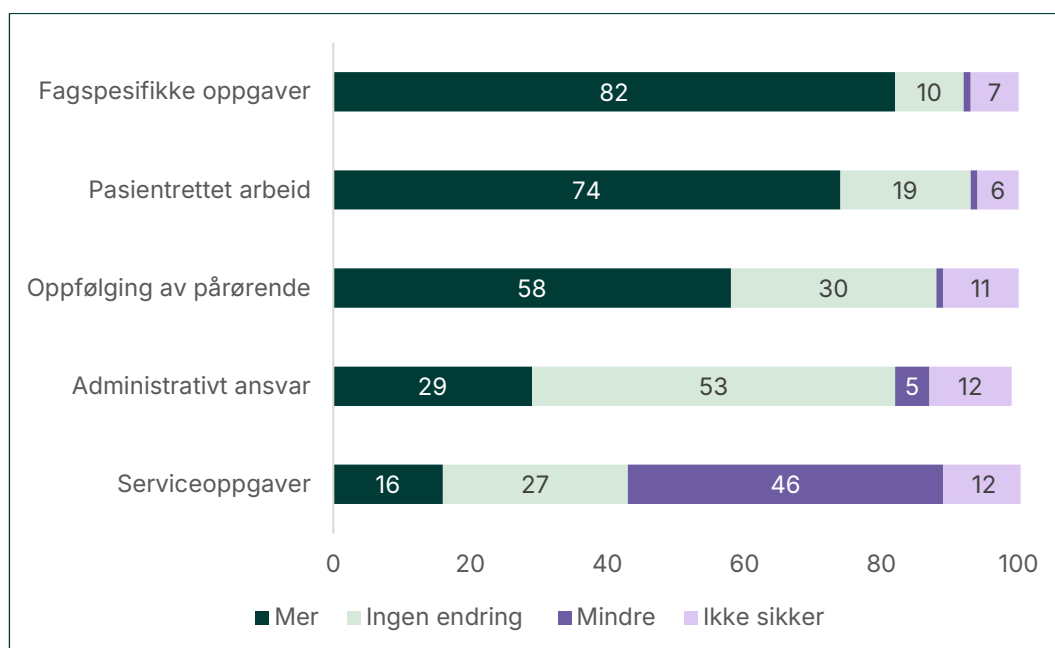
Det er godt mulig at vi må gjøre det en gang til når tilgangen på faglært kompetanse blir redusert.

Samlet viser fritekstsvarene at oppgavedeling i pleie- og omsorgstjenestene berører flere yrkesgrupper, også utover de tradisjonelle gruppene i kommunenes helse- og omsorgstjenester. I mange kommuner er det et pågående arbeid, der støttetjenester og ny-etablerte roller også inngår.

5.7 Hva innebærer ny oppgavedeling for helsefagarbeiderne?

Av figur 5.6 fremgår det at nær sagt alle som har erfaring med ny oppgavedeling, mener at dette påvirker helsefagarbeidernes arbeid. I spørreundersøkelsen ble respondentene som bekreftet at oppgavedelingen hadde hatt en påvirkning, bedt om å utdype dette gjennom følgende spørsmål: «Ny oppgavedeling kan ha betydning for helsefagarbeidernes arbeid. Gjør de mer eller mindre av følgende oppgaver?»

Figur 5.6. Endringer i helsefagarbeidernes arbeidsoppgaver som følge av ny oppgavedeling. Prosent. N = 262.



Tallene viser at over 80 prosent rapporterer at helsefagarbeiderne får mer fagspesifikke oppgaver enn tidligere. Dette innebærer at de i økende grad arbeider med oppgaver

som forutsetter formell helsefaglig kompetanse, og som tidligere kanskje i større grad var forbeholdt sykepleiere eller andre faggrupper.

Videre oppgir omtrent tre fjerdedeler at helsefagarbeiderne utfører mer pasientrettet arbeid. Dette viser at yrkesgruppen har fått en tydeligere og mer aktiv rolle i direkte omsorg og behandling. Denne endringen innebærer både mer kontakt med pasienter og brukere, og en mer sentral rolle i det daglige omsorgsarbeidet.

Rett under 60 prosent svarer at helsefagarbeiderne i dag har mer ansvar for oppfølging av pårørende. Dette viser at deres rolle strekker seg utover den direkte pasientkontakten og inkluderer kommunikasjon med pasientens nettverk. Dette stiller krav til både faglig og sosial kompetanse, og som reflekterer en helhetlig forståelse av omsorgsarbeidet.

Denne økningen i fagspesifikke oppgaver peker i retning av en profesjonalisering av rollen, og tyder på at helsefagarbeidernes kompetanse i større grad benyttes i praksis.

Når det gjelder administrative oppgaver, rapporterer cirka 30 prosent om at det har økt, men litt over halvparten (53 prosent) mener at det ikke har vært en endring. Dette kan for eksempel dreie seg om dokumentasjonsarbeid, rapportering eller planlegging knyttet til brukeroppfølging. Selv om andelen er lavere sammenlignet med de mer pleiefaglige oppgavene, viser det at helsefagarbeidere en del steder har fått et mer sammensatt ansvar.

Litt under halvparten, 46 prosent, oppgir at helsefagarbeidere i mindre grad utfører serviceoppgaver. Det kan være praktiske gjøremål som rengjøring, matservering og ulike former for logistikkarbeid. At en såpass stor andel rapporterer om en slik reduksjon, kan tyde på at det er gjort en bevisst innsats for å frigjøre helsefagarbeidernes tid til kjerneoppgaver, altså oppgaver som forutsetter helse- og omsorgsfaglig kompetanse. Dette er i tråd med en utvikling der oppgavedelingen også innebærer at ufaglærte i større grad overtar oppgaver som ikke krever formell helsefaglig utdanning. Dette vil diskuteres senere i dette kapittelet.

Ut ifra disse vurderingene ser det ut til at helsefagarbeidernes arbeidsoppgaver har blitt skjøvet mot mer pleiefaglige oppgaver, samtidig som mer serviceorienterte oppgaver er redusert. Dette kan ses som et uttrykk for et skifte i hvordan arbeidskraften disponeres, med mål om bedre utnyttelse av fagkompetanse.

Også til dette spørsmålet var det mulighet for å skrive inn egne kommentarer. Respondentene ble bedt om å besvare følgende spørsmål: «Har du andre kommentarer til hvilken betydning ny oppgavedeling har for helsefagarbeidernes arbeid?». Disse svarene vil diskuteres i neste avsnitt.

Erfaringer med ny oppgavedeling: Faglig engasjement og stolthet

Fritekstsvarene på spørsmålet om hvilken betydning ny oppgavedeling har for helsefagarbeidernes arbeid viser at flere uttrykker entusiasme og peker på økt faglig engasjement, mestring og yrkesstolthet.

Økt ansvar og faglig utvikling

En gjennomgående erfaring blant respondentene er at ny oppgavedeling gir helsefagarbeiderne mer ansvar og anledning til å bruke hele bredden i sin kompetanse. Våre data viser at dette er noe som oppleves som både meningsfullt og motiverende. En av de tilfellsvalgte vi intervjuet i en av casekommunene uttalte følgende da hun fikk spørsmål om hva helsefagarbeiderne synes om de nye oppgavene de hadde fått:

Jeg tror egentlig bare det [å få nye oppgaver gjennom oppgavedeling] gjorde godt for folk, og på en måte få brukt det de kan ... ut mot pasientgruppa og likedan med kolleger og, mer trivsel. Du drar lasset sammen og gjør det du brenner for og er god på.

Også i spørreundersøkelsens fritekstfelt er flere inne på det samme. Flere skriver at arbeidshverdagen har blitt mer interessant og givende for denne gruppen:

Ansvar for nye arbeidsoppgaver gjør jobben mer spennende. Dette bidrar til økt arbeidsglede. Ansatte «vokser» på nye oppgaver.

De får benyttet all sin kompetanse, og fått kompetanseløft på oppgaver sykepleierne tidligere utførte. Det største løftet har kommet på jevnere ansvarsfordeling.

Økt faglig ansvar omtales også som en vei mot profesjonalisering og tydeligere karriereveier. Flere trekker frem muligheten for rolleutvidelse, lederansvar og høyere status for yrket:

Mer interessante oppgaver og ansvar – på sikt også mulig lederansvar. Økte eierskap til jobb.

På sikt få mer respekt for fagbrevet sitt, flere stillinger etter mange år med behovsstyrt bemanning og overdekning av sykepleiere i tjenesten, kompetanseheving og utvikling.

Yrkesstolthet og identitet

Et gjennomgående tema i fritekstsvarene er det flere omtaler som yrkesstolthet. Svarene avdekker at mange helsefagarbeidere opplever at de med ny oppgavedeling i større grad får brukt og synliggjort faget sitt. Flere formulerer dette med nesten identiske ord som denne respondenten:

Stolthet over egen yrkesutøvelse.

Respondentene knytter også denne stoltheten til muligheten for å gi omsorg basert på helsefagarbeiderenes egne vurderinger og observasjoner. Ett svar peker for eksempel på hvordan helsefagarbeidere i større grad kan fungere som «førstelinjevurderere» på sykehjem:

Mer ansvar og yrkesstolthet. I sykehjem er det ikke alle pasienter som trenger tilsyn av sykepleiere 24/7. Helsefagarbeidere kan observere, vurdere og tilkalle sykepleiere fra sykepleierteam som server hele sykehjemmet.

Kan være krevende iverksetting

Selv om mange respondenter uttrykker entusiasme for ny oppgavedeling, er det også en del som uttrykker bekymringer knyttet til iverksetting og ressursmangel. Flere understreker dessuten at dette arbeidet fortsatt er i en oppstartsfase og at effektene først vil vise seg over tid.

«Det var en overgang i starten»

Caseomtalen fra Birkenes kommune i kapittel tre illustrerte at det i starten var flere helsefagarbeidere som synes nye oppgaver var uvant og utfordrende. Kommunen la derfor mye vekt på opplæring for å gjøre helsefagarbeiderne trygge i de nye rollene. En lignende erfaring finner vi også i spørreundersøkelsen. Selv om mange respondenter beskriver at de har gode erfaringer med oppgavedeling, viser fritekstsvarene at iverksettingen kan være en anstrengende og tidkrevende prosess. Flere peker på arbeid som ikke bare handler om å lage nye oppgaver «på papiret», men om å gjennomføre organisatoriske endringer som fordrer tid, opplæring og tillit. Endringsarbeidet må forankres og følges tett opp. Som en uttrykte det:

Dette tar tid, vi er ikke i mål med en endring. Det er mangel på ressurser, tid og gjennomføringsevne for å kunne starte med endring.

Flere beskriver også at det kan oppstå motstand blant de ansatte. Dette gjelder særlig i tilfeller der oppgaver skal flyttes fra en yrkesgruppe til en annen, noe som kan oppleves som et tap av kontroll, status eller faglig identitet. En informant formulerer det slik:

Det har vært utfordrende med oppgavedeling, da det skal gjennomføres blant ansatte, og det kan oppleves motvilje for endringer. Som om noen yrkesgrupper vil holde på sine oppgaver.

Flere peker på at langsiktighet er avgjørende, og at oppgavedeling må ses som en pågående utviklingsprosess heller enn et tidsavgrenset tiltak. En informant beskriver for eksempel hvordan dette er integrert i et større arbeid:

Oppgavedeling er en vesentlig del av metodikken «tjenestestyrte bemanning». Dette vil vi holde på med i hele år 2025 og inn i år 2026.

I casen fra Vestfold-kommunen ble oppgavedelingen i det daglige i stor grad styrt av helsefagarbeidernes eget initiativ, og at de selv måtte ta aktive grep for å få mulighet til å utføre oppgaver de hadde fått fullmakt til. Dette ble imidlertid ikke lansert som et problem, men snarere en helt nødvendig forutsetning for å gjennomføre oppgavedeling i en travel hverdag. Dette handlet også om at nettopp initiativ og eget «driv» ble forstått som et grunnleggende premiss for pasientsikkerhet og kvalitet i oppgavedelingen.

Kvalitet og sikkerhet

Et annet tema i fritekstsvarene er behovet for tydelig rolleavklaring og opplæring, både for å sikre forsvarlig praksis og for å gi ansatte trygghet i rollen. Det å få oppgaver man ikke mestrer for eksempel ved at man ikke har fått nok opplæring og veiledning kan bidra til at ny oppgavedeling oppleves negativt (Watz, 2024). Flere fremhever

betydningen av å konkretisere hva helsefagarbeiderne faktisk skal ha ansvar for, og å ta hensyn til variasjoner i personalgruppen:

Viktig å konkretisere hvilket ansvar de har, rutinebeskrivelser. Differensiert også mellom helsefag som yrkesgruppe. Fokus på kvalitet i lærlingforløp for å få kompetente helsefagarbeidere.

Viktig at de får ansvar og oppgaver tilpasset sin kompetanse, men mange er unge og umodne i forhold til det store ansvaret og høye forventninger som brukere og pårørende har til tjenesten. Skal man klare å dosere riktig må man ha god og nok ledelse. Ledere i pleie og omsorg har som regel altfor stort lederspenn, med mange avdelinger og ansatte. Det blir for lite tid til den enkelte og man leder mer på grupper enn den enkelte sine ferdigheter, motivasjon og modenhet.

Dette peker på at oppgavedeling ikke bare krever nye ansvarsfordelinger, men også et godt støtteapparat. Det handler om å gi ansatte opplæring og trygghet i utøvelsen av oppgavene. Ledelsens rolle er svært viktig for å støtte opp under dette arbeidet. Flere av respondentene i spørreundersøkelsen reflekterte rundt hvordan nye oppgavedelinger påvirker behovet for faglig støtte og veiledning i tjenestene:

De får benyttet all sin kompetanse, og får kompetanseheving på nye oppgaver. Dette fører til større ansvar og behov for faglig støtte og veiledning.

Gitt økt ansvar og må få tilbud om opplæring og veiledning i større grad enn tidligere.

Oppgavedeling kan være med på å bidra til mer robuste og fleksible tjenester, men dette fordrer en tydelig ledelse som legger vekt på opplæring og veiledning. Dette er i overensstemmelse med hva tidligere forskning har funnet (Bråthen & Yssen, 2024).

Behov for kompetanseheving og støtte

Flere respondenter understreker at økt ansvar for helsefagarbeidere og andre grupper i tjenestene nødvendigvis må følges av en tilsvarende satsing på kompetanseheving og faglig støtte. Når oppgaver flyttes eller utvides, må ansatte få tilgang til opplæring, både for å ivareta kvalitet og sikkerhet, men også for å skape trygghet i rollen. En skrev det slik:

Gitt økt ansvar og må få tilbud om opplæring og mer kompetanseøkning for å ivareta oppgaver.

Kommentarene tyder på at mange virksomheter er i en pågående prosess med å utvikle og etablere slike strukturer, men at det fortsatt finnes barrierer, både ressursmessige og organisatoriske. Flere peker på at iverksetting av opplæringssystemer tar tid, slik denne respondenten er inne på:

Tar tid å kompetanseheve alle da det er prioritert å spisse sykepleieroppgaver først.
Blir veldig bra når alle prosesser er ferdig, og systemer for opplæring er implementert som varig og ikke i utprøving.

Det fremgår også at det ikke bare er behov for generell kompetanseøkning, men for spesifikke ferdigheter knyttet til de nye oppgavene. Ett eksempel er observasjonskompetanse, som trekkes frem som et konkret utviklingsområde i en av kommentarene i undersøkelsen:

Vi må øke observasjonskompetansen blant våre helsefagarbeidere.

Disse fritekstkommentarene peker på at vellykket oppgavedeling er tett koblet til kommunenes evne til å legge til rette for læring. Dette er i overensstemmelse med tidligere undersøkelser. Både Bråthen og Moland (2023; 2024a) og Øygarden med kolleger (2020) beskriver at ansatte hadde behov for kompetanseheving for å lykkes med ny oppgavefordeling. Øygarden og medforfattere beskriver at flere av assistentene og helsefagarbeiderne var utrygge i sin nye rolle og med de nye arbeidsoppgavene. De hadde gjennomført kurs, men det var likevel behov for andre og gjentakende kompetansetiltak:

... våre funn tyder på at slike kurs må gjentas og følges opp av praktisk øvelse for at de som skal utføre oppgavene, føler seg trygge på hva de skal gjøre og ikke kjenner på en usikkerhet rundt sin egen evne til å mestre oppgavene. For mange er dette ansvaret helt nytt, og flere informanter forteller om utrygghet rundt det å skulle strekke til i akutte situasjoner. (Øygarden et al., 2020)

Bråthen og Moland (2023; 2024a) beskriver at kompetansetiltak og -kartlegginger er en viktig del av arbeidet med ny oppgavedeling. Gjennom kompetansekartlegginger ble det avdekket på hvilke områder de ulike yrkesgruppene hadde behov for mer opplæring. Dette betyr at data fra denne undersøkelsen så vel som tidligere forskning peker på at ny oppgavedeling fordrer kompetansehevende tiltak og opplæring for å lykkes.

Oppgavedeling fordrer store stillinger

Tidligere studier har vist at store stillinger har betydning for å lykkes med ny oppgavedeling i helse- og omsorgstjenestene (Bråthen & Moland, 2023; Bråthen & Moland, 2024b). Heltidsstillinger, eller store deltidsstillinger, legger til rette for utvikling av kompetanse og sterke fagmiljøer. Mange små stillinger kan derimot bidra til svake læringsmiljøer, blant annet fordi arbeidsplassen ofte får en høy andel ansatte uten helsefaglig utdanning. I tillegg kan deltidsansatte være mindre engasjert i faglig utvikling, enten på grunn av lav interesse eller fordi de er for lite til stede til å ta ansvar eller bygge nødvendige ferdigheter. Det er derfor viktig at ansatte som får nye oppgaver, jobber i store stillinger (Moland & Bråthen, 2012; Ingstad, 2024a). En helsefagarbeider i en av casekommunene var inne på akkurat dette poenget i et av intervjuene:

For å kunne klare å henge med, og for å kunne klare å gjøre de oppgavene som vi gjør, så er det nok det beste [å jobbe i stor stilling eller heltid]. Vi kan jo se at de som jobber,

har litt små stillinger. At de ikke tar det samme ansvaret, fordi de føler seg ikke så trygge.

Pågående prosesser

En ganske stor del av svarene viser (som vi også har vært inne på tidligere) at arbeidet med ny oppgavedeling fortsatt er i utvikling og at det derfor er vanskelig å si noe sikkert om virkningene på nåværende tidspunkt. Dette illustreres av svar som:

Vi er i prosess med utarbeidelse og implementering av ny oppgavefordeling i helsetjenesten, så litt vanskelig å se effekten ennå.

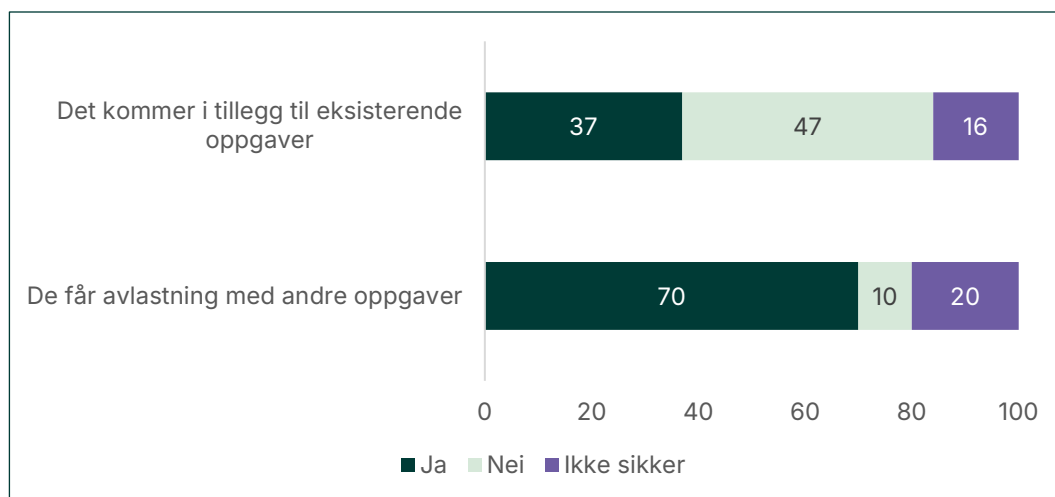
Svarene viser at erfaringene med ny oppgavedeling blant helsefagarbeidere preges av engasjement, yrkesstolthet og et ønske om å bruke hele bredden av kompetansen. Flere viser til at helsefagarbeiderne opplever økt ansvar og en mer faglig interessant arbeidshverdag. Samtidig viser svarene at iverksettingen av disse endringsprosessene kan være preget av motstand fra ansatte og en krevende økonomisk situasjon i flere kommuner. Flere understreker derfor at det er behov for en tydelig ledelse, klare rutiner og kompetanseheving som forutsetninger for å lykkes med arbeidet.

Det at kommunene har kommet ulikt i gang med arbeidet med ny oppgavedeling, er noe som også gjenfinnes i annen forskning. Jordell, Yssen & Moland (2025) finner at en del kommuner befinner seg i startgroppen av arbeidet med oppgavedeling og kan sies å være på et kartleggings- eller tenkestadium. Dette gjenfinnes også i nyere forskning. I evalueringen av Tørns første periode finner Bråthen og Moland (2024b) at noen kommuner har etablert ny oppgavedeling og er i gang med å iverksette dette, og mange flere har planer om å gjøre det.

5.8 Ny oppgavedeling og helsefagarbeideres arbeidssituasjon

I spørreundersøkelsen ønsket vi å få mer kunnskap om hvordan nye oppgaver og økt ansvar påvirker arbeidssituasjonen for helsefagarbeidere. Er det slik at nye oppgaver kommer i tillegg til nåværende oppgaver, eller får de avlastning?

Figur 5.7. Konsekvenser for helsefagarbeidernes arbeidssituasjon ved nye oppgaver og/eller mer ansvar. Flere svar er mulig. Prosent. N = 262.



På spørsmålet om de nye oppgavene kommer i tillegg til eksisterende arbeidsoppgaver, svarte nesten halvparten av respondentene «nei», noe som indikerer at oppgavene i mange tilfeller erstatter eller justeres i forhold til tidligere ansvar. Samtidig svarte rett under 40 prosent «ja» på at nye oppgaver kommer i tillegg til eksisterende arbeidsmengde, og 16 prosent svarte at de ikke var sikre.

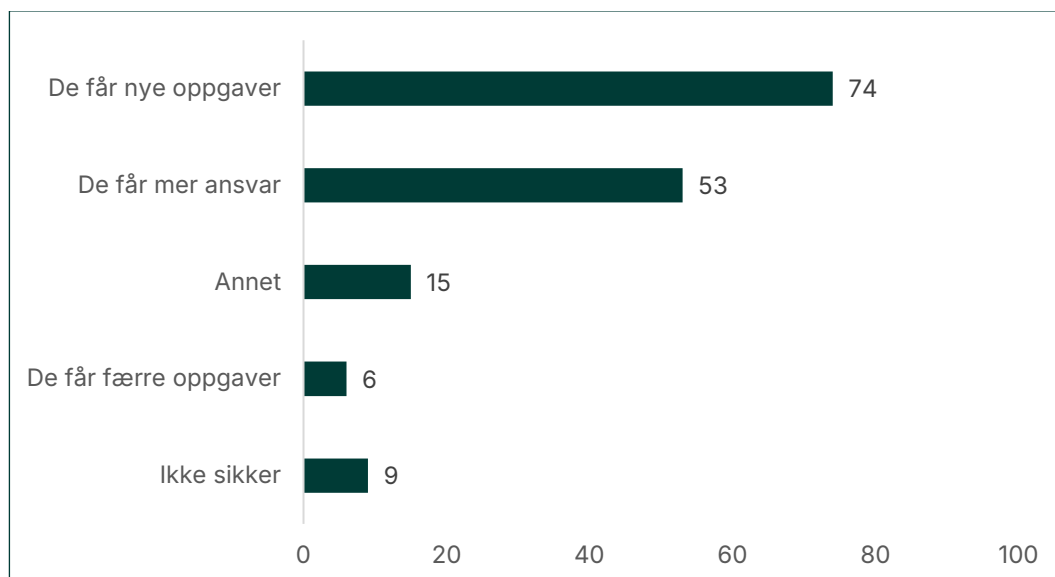
På det andre spørsmålet ble det undersøkt om helsefagarbeidere får avlastning med andre oppgaver når de får nye ansvarsområder. Her svarte hele 70 prosent «ja», mens kun 10 prosent svarte «nei». 20 prosent oppga at de ikke er sikre.

Til sammen gir de to spørsmålene et nyansert bilde. Selv om en betydelig del rapporterer at nye oppgaver legges til eksisterende ansvar, tyder svarene også på at mange opplever avlastning. Dette kan ses som et uttrykk for ulik praksis mellom kommunene. I noen tilfeller legges nye oppgaver «på toppen» av de eksisterende, mens det andre steder skjer en faktisk omfordeling og avlastning. At henholdsvis 16 og 20 prosent svarer at de ikke er sikre på de to spørsmålene, tyder på at oppgaveendringene ikke alltid er tydelig kommunisert, og at det finnes betydelig variasjon i hvordan dette praktiseres i ulike kommuner.

5.9 Ny oppgavedeling også for dem uten helsefaglig kompetanse?

Når helsefagarbeideres oppgaver og ansvar endres, får dette presumptivt også konsekvenser for andre yrkesgrupper. I spørreundersøkelsen ble respondentene bedt om å ta stilling til følgende spørsmål: Hvordan blir personell uten helsefaglig kompetanse påvirket av endringene i helsefagarbeideres arbeidsoppgaver?

Figur 5.8. Konsekvenser for personell uten helsefaglig kompetanse ved endringer i helsefagarbeidernes oppgaver. Flere svar mulig. Prosent. N = 267.



Svarene viser tydelig at personell uten helsefaglig kompetanse i mange tilfeller påvirkes direkte av disse endringene. Nesten tre fjerdedeler av respondentene svarer at personell uten helsefaglig kompetanse får nye oppgaver som følge av endringene. Dette indikerer at endringer i oppgaver hos helsefagarbeidere ofte følges av endring også for øvrige ansatte. Det er fordi oppgaver flyttes, fordeles på nytt eller kommer i nye former.

Det er altså ikke snakk om en justering innfor én gruppe, men om endringer som griper inn i flere yrkesgrupper.

Videre svarer litt over halvparten at denne gruppen får mer ansvar, noe som tyder på at det ikke bare handler om nye eller ulike typer oppgaver, men også om økt spesifisering av oppgaver og ansvar. Det kan være snakk om ansvar for flere beslutninger, mer direkte kontakt med brukere, eller koordinering av ulike oppgaver. Bare seks prosent svarer at de får færre oppgaver, noe som bekrefter bildet av at det er snakk om en opptrapping i arbeidsmengde og ansvar for de fleste. Ni prosent svarer «ikke sikker», mens 15 prosent har svart «annet» og valgt å gi en tekstkommentar. Hva som kommer frem i disse svarene, vil gjennomgå under neste avsnitt.

Et sentralt poeng i diskusjonen knyttet til ny oppgavedeling, er behovet for å avlaste helsefagarbeidere i det daglige arbeidet. I en situasjon der det både er krevende å rekruttere og beholde faglært personell, fremstår en mer bevisst oppgavedeling som et viktig virkemiddel for å sikre bærekraft i tjenestene. Dersom oppgaver, også de som ikke krever helsefaglig kompetanse, blir lagt til helsefagarbeidere, vil behovet for denne yrkesgruppen øke ytterligere og forsterke allerede eksisterende rekrutteringsutfordringer. Ved å frigjøre tid gjennom å delegere oppgaver til ufaglærte med relevant opplæring, kan helsefagarbeiderne i større grad konsentrere seg om oppgaver knyttet til oppfølging, faglig vurdering og dokumentasjon.

Færre pleiefaglige oppgaver

Fritekstsvarene viser at personell uten helsefaglig kompetanse, ofte omtalt som assistenter eller ufaglærte i fritekstfeltet, i stor grad påvirkes av endringer i helsefagarbeidernes arbeidsoppgaver. Endringene fører både til nye muligheter og til avgrensninger i noen oppgaver. Mange av informantene beskriver at det foregår en oppgaveforskyvning. Gruppen uten helsefaglige kompetanse får mindre ansvar for pasientrettede oppgaver, men tar samtidig over større deler av de praktiske og logistiske funksjonene i tjenesten.

En tendens i svarene er at oppgavedelingen fører til at personell uten helsefaglig utdanning i større grad får ansvar for det som omtales som service- eller hotelloppgaver. Dette er praktiske støttefunksjoner som måltidshåndtering, rydding, vask, transport og lignende. Ifølge svarene bidrar dette til at helsefagarbeidere i større grad kan prioritere fagspesifikke oppgaver og direkte pasientkontakt. I fritekstfeltet var det flere som uttrykte hvilke oppgaver de ufaglærte får som en del av oppgavedelingen:

De får færre pasientrettede oppgaver og mer serviceoppgaver.

De jobber mer med «hotellfunksjonene».

Dedikert til dei praktiske oppgåvene.

Serviceoppgaver blir hovedoppgaven, ikke fagspesifikke oppgaver.

Mange beskriver denne endringen som en ønsket strategi for å avlaste helsefagarbeidere og organisere tjenestene mer effektivt. En eksemplifiserer det på denne måten:

Vi skal prøve ut ordningen med avdelingsvert, der assistenter tas bort fra pasientoppfølging og utfører logistikk- og serviceoppgaver så helsepersonell får mer tid til pasientene.

Mer ansvar for mer avgrensede oppgaver

Flere steder får ufaglærte utvidet ansvar, men innenfor klart definerte arbeidsoppgaver. I en rekke fritekstkommentarer pekes det på at personell uten helsefaglig kompetanse i en del tilfeller får opplæring og fullmakter til å utføre oppgaver de tidligere ikke hadde ansvar for. Dette bidrar til mestring og variasjon, slik vi ser av disse kommentarene:

Assistenter kan få mer ansvar.

De kan få fullmakt til å utføre spesifikke prosedyrer som de ikke har kunnet gjøre tidligere.

Flere oppgaver og ansvar med opplæring.

Når helsefagarbeidere får opplæring i nye oppgaver så blir nok kulturen at med opplæring så kan flere få flere oppgaver/ansvar.

Flere understreker også at denne formen for oppgavedeling kan ha positiv effekt på både motivasjon og arbeidsmiljø. Det pekes på at økt ansvar gir større eierskap til arbeidsoppgavene og en styrket opplevelse av utvikling.

De får større eierskap til oppgavene sine, og større mulighet for å oppleve mestring og utvikling.

Jobben blir mer spennende og interessant for dem også.

Fritekstsvarene peker i to ulike retninger for personell uten helsefaglig kompetanse: en forskyvning bort fra pleiefaglige oppgaver, og økt ansvar innenfor avgrensede områder. Denne todelingen kan sies å være i overensstemmelse med de to idealtypene som ble konstruert av Jordell et al., (2025), nemlig servicemedarbeideren og pleiemedhjelperen. Førstnevnte har praktiske oppgaver og støttefunksjoner som hovedoppgave. Dette omtales flere steder i våre fritekstdata som «hotellfunksjoner», og fremstår i mange kommuner som en bevisst strategi for å avlaste helsefagarbeidere. Samtidig beskriver flere respondenter at ufaglærte i noen tilfeller får økt ansvar og nye fullmakter, og at det gis målrettet opplæring. En slik praksis ligger tett opp til idealtypen pleiemedhjelper, som i praksis kan inkludere oppgaver nært pasientarbeidet. Våre funn tyder derfor på at oppgavedeling ikke bare handler om å flytte oppgaver opp eller ned, men også om å differensiere og spesialisere roller blant ufaglærte, i takt med både tjenestebehov og rekrutteringssituasjon.

I noen kommuner er det også usikkerhet rundt hvordan endringene vil slå ut for ufaglærte i praksis. Flere oppgir at det er for tidlig å si noe sikkert om hvordan rollen til de ufaglærte påvirkes.

Vi har nylig begynt med sykepleierteam, og helsefagarbeidere får større ansvar. Det er for tidlig å se hvordan de ufaglærte påvirkes av dette.

Vi er i en prosess i forhold til omorganisering i forhold til oppgavefordeling. Vi har ikke alt klart i forhold til hvordan det blir for de forskjellige profesjoner.

Behov for kompetanse og rolleavklaring

Fritekstsvarene viser at det er et behov for både kompetanseheving og tydelige rolleavklaringer knyttet til ufaglærtes plass i den nye oppgavedelingen. I møte med nye krav og forventninger trekkes det frem at grensene mellom ulike typer oppgaver bør klargjøres, særlig skillet mellom helsefaglige oppgaver, serviceoppgaver og praktisk bistand. Dette anses som viktig både for å ivareta faglige standarder og for å unngå uklarhet i ansvarsforhold.

Når grensene mellom faglig ansvar og praktiske oppgaver er uklare, kan det skape usikkerhet om roller og ansvar. Flere understreker derfor at en velfungerende oppgavedeling forutsetter tydelige rammer, opplæring og veiledning. Samtidig understrekes betydningen av å anerkjenne og utvikle kompetansen hos ufaglærte medarbeidere. Mange har lang erfaring og god kjennskap til både brukerne og tjenestene. I noen av svarene fremheves det at dette er en ressurs som må verdsettes og videreutvikles, ikke på grunn av fremtidige rekrutteringsbehov.

Flere respondenter skriver i sine fritekstsvar at en helhetlig strategi for oppgavedeling bør inkludere både formell kompetanseutvikling og bedre bruk av eksisterende erfaring og ferdigheter blant de ansatte uten helsefaglig kompetanse.

5.10 Oppsummering

I mange norske kommuner foregår det en endring i helsefagarbeiderens oppgavesammenheng og ansvar. Flere får mange pleiefaglige oppgaver, og opplever dette som givende. I noen kommuner kommer nye oppgaver i tillegg til eksisterende, mens det andre steder skjer en faktisk omfordeling og avlastning. Arbeidet med ny oppgavedeling berører mange yrkesgrupper, også ufaglærte, og innebærer både endringer i oppgaver og nye funksjoner. Samtidig viser dataene at iverksetting av ny oppgavedeling ofte er krevende og langsiktig arbeid som fordrer tydelig ledelse, rolleavklaring og kompetanseutvikling. I mange kommuner er arbeidet fortsatt på et tidlig stadium, og oppgavedelingen skjer ofte gjennom piloter og utviklingsprosjekter.

6 Avsluttende diskusjon

I denne rapporten har vi beskrevet hva ny oppgavedeling innebærer for helsefagarbeiderrollen, med særlig vekt på hvordan oppgavedelingen påvirker både faglig innhold og organisering av tjenestene. Vi har tatt for oss to problemstillinger, som også er beskrevet i rapportens innledningskapittel.

1. Foregår det endringer i helsefagarbeidernes oppgavesammensetning?
 - Hvordan styres og organiseres endringen av oppgavefordeling?
 - Hva betyr endringen for oppgavene til henholdsvis helsefagarbeidere og personell uten helsefaglig kompetanse?
 - Skjer det endringer i samarbeidet mellom helsefagarbeiderne og sykepleierne og annet personell med høyskole- og universitetsutdanning som følge av ny oppgavedeling?
2. Dersom helsefagarbeiderne får flere fagspesifikke oppgaver og mer ansvar, kommer dette i tillegg til andre gjøremål, eller får de avlastning fra andre yrkesgrupper?

Vi har gjennomgått relevant litteratur, gjennomført kvalitative intervjuer i tre kommuner og spørreundersøkelser rettet mot tre ulike grupper: ledere, prosjektledere og tillitsvalgte. Selv om helsefagarbeiderne er rapportens hovedfokus, retter vi også oppmerksomhet mot hvordan endringer i oppgavedeling påvirker samarbeidet med andre yrkesgrupper samt hvilken plass og funksjon ansatte uten helsefaglig utdanning får i tjenesten. I de neste avsnittene sammenfatter og diskuterer vi rapportens hovedfunn.

6.1 Ny oppgavedeling skjer i piloter og forsøk

Hovedbildet som tegner seg i vårt datamateriale, er at mange norske kommuner har påbegynt arbeidet med ny oppgavedeling i helse- og omsorgstjenestene. Dette er et felt i utvikling, der flere kommuner deltar i nasjonale satsinger som Tørn-prosjektet, Heltidspotten eller andre lokale utviklingsprosjekter i egen regi.

Omfanget av arbeidet er fortsatt relativt begrenset. Det som foregår, skjer i hovedsak i form av piloter, prosjekter eller på enkelte avdelinger og enheter, og ikke som gjennomgripende endringer på tvers av hele tjenesteområder. Dette inntrykket gjenfinnes i fritekstkommentarer, intervjudata samt eksisterende forskning. Bildet som tegner seg, er altså at det er ganske stor aktivitet i en del norske kommuner, men at disse aktivitetene foreløpig er i startgroen, og dermed ikke blir synlig i nasjonale data.

I kapittel 1 presenterte vi tall for fordelingen av sykepleiere, helsefagarbeidere, vernepleiere og ufaglærte i henholdsvis kommunale helse- og omsorgstjenester og i sykehus, for årene 2015 og 2024. Disse tallene viser at andelen sykepleiere har vært stabil, mens andelen vernepleiere og ufaglærte har økt. Samtidig har andelen helsefagarbeidere gått ned. Dersom det planmessige arbeidet med oppgavedeling hadde fått reelt fotfeste, kunne man forventet en annen utvikling. En tydeligere nedgang i andelen sykepleiere og en vekst i andelen helsefagarbeidere ville i så fall vært mer i tråd med intensjonene bak ny oppgavedeling.

Det bør i den sammenheng presiseres at disse tallene må tolkes med varsomhet. Sammensetningen av helsepersonell påvirkes av flere forhold enn arbeidet med oppgavedeling. Selv om de nasjonale tallene per i dag ikke viser så store endringer i bemannings-sammensetningen i kommuner og sykehus, er det likevel rimelig å anta at dette bildet vil endre seg i årene som kommer. Etter hvert som erfaringene fra utviklingsprosjektene dokumenteres, spres og modnes, og når pilottiltak blir normal praksis, kan det forventes at oppgavedeling i større grad får fotfeste. I så fall vil vi på sikt kunne se mer gjennom-gripende endringer både i hvordan arbeid fordeles mellom yrkesgrupper, og i hvordan kommunene organiserer og bemanner helse- og omsorgstjenestene. Vi forventer da at rekrutteringspresset på sykepleiere kan reduseres noe, mens presset på helsefagarbeidere vil øke, med mindre andre yrkesgrupper på samme fagnivå trekkes inn i helse- og omsorgstjenestene.

6.2 Ny oppgavedeling som strategi for bærekraftige tjenester

Ny oppgavedeling er i dag en sentral strategi for å møte bemanningsutfordringene i mange norske kommuner. Presset på helse- og omsorgstjenestene øker, med demografiske endringer, knapphet på fagpersonell og økte krav til kvalitet og effektivitet. Som denne studien viser, er ny fordeling av oppgaver et forholdsvis fremtredende utviklings-trekk i deler av den kommunale helse- og omsorgssektoren.

Den vertikale oppgavedelingen der arbeidsoppgaver forskyves fra høyskoleutdannet personell til fagarbeidere, og videre til ansatte uten formell helsefaglig utdanning er særlig fremtredende i vårt datamateriale. Dette mønsteret bekrefter tidligere forskning som vektlegger oppgavedeling som et viktig grep i situasjoner preget av ubalanse mellom oppgaver og kompetanse. Funn fra både spørreundersøkelsen og caseintervjuene indikerer at en del kommuner gjennomfører slikt arbeid systematisk.

I over halvparten av kommunene som svarte på vår undersøkelse, oppgis det at ny oppgavedeling er gjennomført på bakgrunn av analyser av tjenestebehov og bemanning. Dette er et viktig funn, det viser at disse kommunene har en strukturert og kunnskaps-basert tilnærming til tjenesteutviklingen. Det viser at ny oppgavedeling i disse tilfellene ikke skjer tilfeldig eller reaktivt, men som et resultat av planlagte vurderinger.

En viktig forskjell, illustrert ved én av casekommunene i denne studien, gjelder hvordan oppgaver organiseres etter innføring av ny oppgavedeling. I noen kommuner benyttes en fleksibel modell der «alle gjør alt», uavhengig av yrkesgruppe. Dette beskrives som en kollegial arbeidsform, preget av samarbeid og delt ansvar. Andre kommuner følger en mer spesialisert tilnærming. Både innenfor og utenfor Tørn-programmet har flere valgt å skjerme fagutdannet personell fra serviceoppgaver for å frigjøre tid til oppgaver som krever helsefaglig kompetanse. Tørn-modellen er et tydelig eksempel på denne organiseringen, med vekt på effektiv ressursbruk og klare rolleavgrensninger. Forskjellen mellom modellene gjenspeiler ulike organisatoriske valg med konsekvenser for yrkes-roller og deling av oppgaver i praksis.

Våre data iser også at det er en variasjon i hvordan kommunene griper an arbeidet med ny oppgavedeling. Noen kommuner har tatt i bruk etablerte modeller og metodikk, som i

Tørn-programmet. Andre utvikler egne lokale løsninger. Dette kan ses på som et uttrykk for behovet for lokal tilpasning, men også på at feltet er i utvikling.

Et fellestrekk i mange kommuner er at utformingen av den nye oppgavedelingen skjer i tett samarbeid med ansatte. I eksempler fra casekommunene og i spørreundersøkelsen fremstår involvering av ansatte som et viktig prinsipp i arbeidet med ny oppgavedeling. Tidligere har slike prosesser blitt karakterisert som medarbeiderdrevet innovasjon (se for eksempel Bråthen & Moland, 2023; Ingstad, 2024b). Det innebærer at ansatte involveres aktivt i utviklingsarbeidet, både i kartlegging av oppgaver, refleksjon og forslag til ny oppgavefordeling. Dette gir ikke bare et bedre grunnlag for endringer, men bidrar til forankring og tillit blant dem som faktisk får endret sin arbeidshverdag. Dette er særlig viktig gitt den motstanden som kan vekkes dersom ny oppgavedeling kun oppfattes som et ledelsesstyrt virkemiddel for å redusere kostnader.

6.3 Profesjonalisering av helsefagarbeiderrollen

Et tydelig funn i denne rapporten er hvordan helsefagarbeiderrollen i mange kommuner har utviklet seg til å få en klarere og mer selvstendig funksjon. Tidligere undersøkelser har påpekt at helsefagarbeidere ofte har utført oppgaver som er mindre krevende enn det kompetansen tilsier, og at mye av deres kunnskap og ferdigheter ikke har vært i aktiv bruk (se for eksempel Ingelsrud & Falkum, 2017). Våre data viser at dette er i ferd med å endres i mange kommuner. I spørreundersøkelsen rapporterer over 80 prosent at helsefagarbeiderne i deres kommune nå utfører flere fagspesifikke oppgaver enn tidligere. Det gjelder oppgaver som legemiddelhåndtering, observasjon og bruk av kartleggingsverktøy, pasientdokumentasjon og koordineringsansvar ved utskrivning. Slike oppgaver har i hovedsak vært forbeholdt sykepleierne. Det at helsefagarbeiderne nå overtar disse oppgavene indikerer en endring i den tradisjonelle oppgavefordelingen. Et eksempel fra en av våre casekommuner kan i denne forbindelse nevnes. I denne kommunen får helsefagarbeidere skriftlig dokumentasjon når de har oppnådd fullmakt til å utføre bestemte oppgaver, som medisinalutdeling. Fullmaktene lagres i et internt kvalitetsystem som gir oversikt over den enkeltes ansvar og kompetanse.

Helsefagarbeidernes vekst fordrer støtte og opplæring

Denne utviklingen innebærer nye muligheter for helsefagarbeiderne, med økt ansvar for både drift og nye faglige oppgaver. På den ene siden opplever mange helsefagarbeidere større faglig tilfredshet og eierskap. I intervjumaterialet beskrives økt mestring, motivasjon og stolthet. På den andre siden aktualiserer det behov for støtte, struktur og utviklingsmuligheter. Enkelte informanter viser til at det i starten var krevende å påta seg nye oppgaver, og at tryggheten først kom med tiden, etter opplæring, tett veiledning og intern kompetanseutvikling.

Det er også viktig å understreke at endringen av helsefagarbeiderrollen ikke skjer i et vakuum. Det kreves rammer for utvikling av nye roller samt tydelige ansvarsavklaringer og støtte fra både ledelse og fagmiljø. I Birkenes kommune ble det etablert mentorordninger, fagdager og kollegaveiledning som en del av endringsprosessen, og det er som en del av denne endringen at helsefagarbeiderne forteller at de opplever å håndtere sin «nye rolle» og finner den meningsfull.

Profesjonaliseringen gir også strategiske gevinster. Når fagarbeidere i større grad tar ansvar for observasjon, tiltak og beslutningsstøtte, kan sykepleierressurser rettes mot mer komplekse oppgaver. Dette åpner for bedre kompetanseutnyttelse på tvers av hele personalgruppen, noe som er en viktig forutsetning for mer bærekraftige tjenester.

6.4 Får helsefagarbeiderne avlastning?

Våre intervjudata viser at en del helsefagarbeidere opplever at nye oppgaver gir en mer interessant og faglig utfordrende hverdag. Samtidig viser spørreundersøkelsen at om lag en av tre rapporterer at nye oppgaver kommer på toppen av eksisterende ansvar, og at en av fem er usikre på hvordan endringene påvirker den totale arbeidssituasjonen. Dette viser at det ikke alltid skjer en tydelig omfordeling, og at prosessene rundt oppgavedeling kan være uklare.

Flertallet oppgir riktignok at helsefagarbeiderne får avlastning med andre oppgaver når nytt ansvar kommer til. Svarene varierer, og en del uttrykker usikkerhet også her.

Samlet sett illustrerer funnene at ny oppgavedeling ikke nødvendigvis innebærer en faktisk omstrukturering av arbeidsoppgaver, men kan for enkelte føre til økt ansvar uten tilsvarende støtte eller tilrettelegging. For å sørge for at nye oppgaver bidrar til faglig utvikling og ikke til økt belastning, er det avgjørende med tydelig rolleavklaring, forankring og støtte. Uten dette risikerer man at intensjonene om kompetanseutvikling og effektivisering svekkes av utydelige prosesser og økt arbeidsmengde.

6.5 Ny rolle for personell uten formell helsefaglig utdanning

Endringene i helsefagarbeidernes rolle og oppgaver har også betydning for andre yrkesgrupper, som sykepleiere og andre med høyere utdanning, men også for personell uten formell helsefaglig utdanning. I vårt datamateriale kommer det tydelig frem at denne gruppen ikke bare påvirkes indirekte av oppgavedelingen, men er en del av endringene.

I denne rapporten har vi sett at respondentene i spørreundersøkelsen mente at også personell uten helsefaglig kompetanse blir berørt av oppgavedeling. Det er et tydelig trekk i vårt datamateriale. For mange innebærer det en endring bort fra pleiefaglige oppgaver, og over til såkalte serviceoppgaver. Det er mer praktiske oppgaver som matservering, renhold, logistikk og miljøarbeid.

Dette kan ses på som en ønsket utvikling i mange kommuner, der personell med formell helsefaglige kompetanse frigjør oppgaver som fordrer nettopp deres kompetanse. Samtidig stiller det krav til en tydelig avgrensning av oppgaver og ansvar. Flere fritekstsvaer peker på behovet for en klargjøring av grensene mellom helseoppgaver og mer praktiske hotell- eller serviceoppgaver.

Vi ser også flere eksempler på at ufaglærte i enkelte tilfeller får et større ansvar enn hva de hadde tidligere. Dette skjer etter intern opplæring og/eller med fullmakter til å utføre bestemte prosedyrer. Snarere enn at ansatte får serviceoppgaver, heller rollen i retning av pleieassistent, en allerede mer eller mindre etablert tittel i sektoren. Det innebærer å utføre oppgaver knyttet til stell og medisindeling, som helsefagarbeidere typisk gjør.

En slik utvikling fremheves av mange respondenter som positiv. Dette er fordi det kan være kostnadseffektivt, men også fordi det gir mulighet for utvikling og økt mestring. Våre funn peker likevel på et behov for strategier som avklarer roller og samtidig anerkjenner og videreutvikler kompetansen i hele personalgruppen.¹⁴ Ved å ha karriereveier og formalisert opplæring, for eksempel gjennom praksiskandidatordningen, kan ufaglærte som ønsker det få anledning til å bli fagarbeidere. Dette er ikke bare en rekrutteringsstrategi, men også en måte å sikre kontinuitet og motivasjon i tjenestene.

6.6 Endringer også for sykepleierne

Endringer i oppgavedeling og i helsefagarbeiderrollen har også betydning for sykepleierrollen. Når helsefagarbeiderne gis større faglig ansvar og utfører flere spesialiserte oppgaver, gir det sykepleierne muligheten til å konsentrere seg om mer komplekse medisinske vurderinger, helhetlig pasientansvar og samordning av tjenester.

Samtidig peker våre data på at en mer selvstendig og tydeligere helsefagarbeiderrolle åpner for et mer likeverdig og anerkjennende samarbeid mellom yrkesgruppene. Noen av våre informanter beskriver hvordan dette gir økt respekt og forståelse på tvers av yrkesgruppene. Sykepleiere avlastes i praksis, ikke fordi de trekkes ut av pasientomsorgen, men fordi arbeidsdelingen foregår mer målrettet og med tillit til at andre har kompetanse til å løse sine oppgaver på en adekvat måte.

Der ny oppgavedeling lykkes, som i casen fra Birkenes, skyldes det ofte at sykepleierne deltar aktivt i utvikling av prosedyrer, fagdager og kollegaveiledning. Slike arenaer gir rom for felles læring og standarder samt trygghet i grenseflatene mellom yrkesgruppene. Dermed styrkes sykepleierens posisjon som faglig ressurs i teamet, samtidig som helsefagarbeiderne gis rom for utvikling og ansvar.

6.7 Sentrale forutsetninger for å lykkes

Både data fra spørreundersøkelsene og intervjuene gir eksempler på ulike veier mot ny oppgavedeling og en endret rolle for helsefagarbeiderne. Ser vi på de tre casekommunene, ser vi at i Birkenes har lokal forankring og tett lederoppfølging bidratt til å utvikle en sterk fagarbeiderrolle. I Vestfold-kommunen har man innført strukturert opplæring for utvalgte fagarbeidere mens Rakkestad har jobbet med kartlegging og sertifisering knyttet til spesifikke prosedyrer. Videre finner vi at helsefagarbeidere lærer i praksis og gjennom kollegial veiledning, men også at iverksetting bør skje trinnvis. Særlig følgende forhold peker seg ut for å få til en vellykket oppgavedeling: ledelsesforankring, parts-samarbeid og involvering av ansatte samt opplæring og kompetanseutvikling.

Manglende opplæring og forventninger er en risiko

Manglende opplæring, utydelige forventninger og uklart ansvar fremstår som risikofaktorer. Man risikerer motstand fra ansatte og at arbeidet med ny oppgavedeling stopper opp. Flere av informantene og fritekstsvarene viser til at oppgavedeling «på papiret» ikke endrer praksis, men at det krever tid, oppfølging og opplæring.

¹⁴ I rapporten «Nye muligheter for ikke-faglærte i pleie- og omsorgstjenestene?» diskuterer Jordell med kolleger, Yssen og Moland (2025) blant annet om nye stillingstyper på nivå under helsefagarbeideren kan bidra til bedre oppgaveløsning og bruk av helsefaglig kompetanse.

Ny oppgaver fordrer tilstedeværelse

Et annet forhold som fremheves som viktig, er stillingsstørrelsen til ansatte som skal gå inn i nye oppgaver. Små stillinger gjør det vanskelig å opparbeide og vedlikeholde den faglige tryggheten som kreves for å påta seg mer komplekse og avanserte oppgaver. Små stillinger svekker dessuten kontinuiteten, reduserer muligheten for helhetlig ansvar og gjør det krevende å følge opp opplæring over tid. Dette innebærer at utvikling av praktiske ferdigheter og «fingerferdigheter» ofte vil utebli når ansatte kun er til stede få timer eller dager per uke. Tidligere forskning har vist at store stillinger og stabile personalgrupper er en viktig forutsetning for å lykkes med ny oppgavedeling og rett bruk av kompetanse (Moland & Bråthen, 2023, 2024a).

Kilder

- Aspøy, T.M., Nicolaisen, H. & Nyen, T. (2013). «Vilkår for læring i kommunene. En kartlegging av fire arbeidsfelt». Fafo-rapport 2013:35.
- Aspøy, T.M. & Haakestad, T.M. (2025). «Micro-credentials. Dilemmaer og skandinaviske responser». Fafo-notat 2025:02.
- Bratt, C. & Gautun, H. (2015). «Bemanningsnormer i sykehjem. *Tidsskrift for omsorgsforskning* (2), 98–106.
- Bråthen, K. & Moland, L.E. (2024a). «Ny tørn for effektive helse- og omsorgstjenester». Fafo-rapport 2024:05.
- Bråthen, K. & Moland, L.E. (2024b). «Oppgavedeling og heltidskultur». I Ingstad, K. (red.) *Heltidskultur. Strategisk bemanningsplanlegging for fremtidens helse- og omsorgstjeneste*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag.
- Bråthen, K. & Yssen, S.S.F. (2024). «Ledelse for tjenesteutvikling og bedre nyttiggjøring og utvikling av personell uten helse- og sosialfaglig bakgrunn». Fafo-rapport 2024:16.
- Bråthen, K. & Moland, L.E. (2023). «Ny oppgavedeling i helse- og omsorgssektoren. En undersøkelse blant helsefagarbeidere, helsesekretærer og portører». Fafo-rapport 2023:07.
- Breines, M., Nyen, T., Steen, J.R. & Hogarth, T. (2025). The responsiveness and proactiveness of VET – a comparative case study report of changes in VET on the occupational level. Skills2Capabilities Working Paper. December 2024.
- Devik, S.A. & Olsen, R.M. (2022). Oppgaveglidning i omsorgstjenestene. Senter for omsorgsforskning.
- Gautun, H. (2020). «En utvikling som må snus. Bemanning og kompetanse i sykehjem og hjemmesykepleien». Nova-rapport nr. 14/20.
- Haukelien, H., Vike, H. & Vardheim, I. (2015). «Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene: Sykepleieres erfaringer». TF-rapport nr. 362.
- Høst, H. (2007). *Utdanningsreformer som moderniseringsoffensiv. En studie av hjelpepleieryrkets rekruttering og dannelsehistorie 1960–2006*. UiB: Doktorgradsavhandling.
- Ingelsrud, M. H. & Falkum, E. (2017). «Helsefagarbeidernes muligheter for utvikling og bruk av kunnskaper og ferdigheter i jobben». AFI, OsloMet. Rapport 02:2017.
- Ingstad, K. (2024a). «Introduksjon». I Ingstad, K. (red.) *Heltidskultur. Strategisk bemanningsplanlegging for fremtidens helse- og omsorgstjeneste*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag.
- Ingstad, K. (2024b). «Heltidskultur gjennom medarbeiderdrevet innovasjon». I Ingstad, K. (red.) *Heltidskultur. Strategisk bemanningsplanlegging for fremtidens helse- og omsorgstjeneste*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag.
- Jensen, R.S. & Øistad, B.S. (2019). «Det kjønnsdelte arbeidsmarkedet på virksomhetsnivå». Fafo-rapport 2019:17.
- Jordell, H., Yssen, S.S.F. & Moland, L.E. (2025). «Nye stillinger for ikke-faglærte i pleie- og omsorgstjenestene». Fafo-rapport 2025:08.
- Ludvigsen, K. & Danielsen, H. (2014). «Ny oppgavefordeling mellom personellgrupper i helse- og omsorgssektoren: veien å gå for å sikre framtidens velferdstjenester?» Rapport 2: 2014. Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier, Uni Research.
- Melby, L., Gunnes, M., Haukelien, H. & Obstfelder, A. (2022). «Frigjøring av sykepleierkapasitet gjennom ny ansvars-/oppgavedeling og bruk av teknologi». Rapport 2022:00211, Sintef Digital.
- Meld. St. 13 (2011–2012). Utdanning for velferd.
- Moland L.E. & Bråthen, K. (2021). «Heltids- og deltidsansettelser i sykehusene. Om bruk av flerdelte stillinger ved Sykehuset Østfold». Fafo-rapport 2021:01.

- Moland, L.E., Tofteng, M., & Bråthen, K. (2025). «Lederes handlingsrom for å gjennomføre vikarreduserende tiltak i pleie- og omsorgstjenestene». Fafo-rapport 2025:23.
- Moland, L.E., Tofteng, M. & Nesland, A. (2023). «Vikarbruk i sykehus og kommunale helse- og omsorgstjenester». Fafo-rapport 2023:17.
- Nancarrow, S.A. & Borthwick, A.M. (2005). «Dynamic professional boundaries in the healthcare workforce». *Sociology of health & illness*, 27(7), 897–919.
- Nicolaisen, H. & Bråthen, K. (2012). «Frivillig deltid – En privatsak?» Fafo-rapport 2012:49.
- Nielsen, R.A. & Moland, L.E. (2025). «Mobilitet i helse- og omsorgstjenestene». Revidert utkast av Fafo-rapport 2023:30 & 2024:31 med 2024-tall. Fafo-rapport 2025:19.
- Norsk Sykepleierforbund (2025). Pasienter får ikke sykepleierkompetansen de har krav på. <https://www.nsf.no/artikkel/pasienter-far-ikke-sykepleierkompetansen-de-har-krav-pa>.
- NOU 2023: 4. (2023). Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste.
- 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.
- Skålholt, S., Høst, H., Nyen, T. & Tønder, A.H. (2013). «Å bli helsefagarbeider». Fafo-rapport 2013:05.
- Watz, S.M. (2024). «Helsefagarbeiderens rolle i dagens og morgendagens helse- og omsorgstjeneste». I Ingstad, K. (red.) *Heltidskultur. Strategisk bemanningsplanlegging for fremtidens helse- og omsorgstjeneste*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag.
- Yssen, S.F., Bråthen, K. & Moland, L.E. (2023). «Høyde for fravær. Etablering av bemannings- og turnusplaner med redusert vikarbehov». Fafo-rapport 2023:28.
- Øygarden, O., Gressgård, L. J. & Berge, A. K. (2020). Helsetjenesteteteam og omsorgsteam: resultater fra følgeforskning. NORCE samfunn, 27.

