

Ny oppgavefordeling mellom personellgrupper i helse- og omsorgssektoren: veien å gå for å sikre framtidens velferdstjenester?

Kari Ludvigsen • Hilde Danielsen




uni Research
Rokkansenteret

Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier

Rapport
2-2014

Uni Research Rokkansenteret, Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier, har en todelt publikasjonsserie.

Publikasjonsserien redigeres av et redaksjonsråd bestående av forskningsdirektør og forskningsledere.

I rapportserien publiseres ferdige vitenskapelige arbeider, for eksempel sluttrapporter fra forskningsprosjekter.

Manuskriptene er godkjent av redaksjonsrådet, normalt etter en fagfelleevaluering.

Det som utgis som notater er arbeidsnotater, foredrag og seminarinnlegg. Disse godkjennes av prosjektleder før publisering.

ISBN 978-82-8095-093-2
ISSN 1503-4844 (trykt)
ISSN 1892-8366 (elektronisk)

Uni Research Rokkansenteret
Nygårdsgaten 5
5015 Bergen
Tlf. 55 58 97 10
Fax 55 58 97 11
E-post: rokkansenteret@uni.no
<http://rokkan.uni.no/>

Ny oppgavefordeling mellom personellgrupper i helse- og omsorgssektoren: veien å gå for å sikre framtidens velferdstjenester?

KARI LUDVIGSEN

HILDE DANIELSEN

STEIN ROKKAN SENTER FOR FLERFAGLIGE SAMFUNNSSTUDIER

UNI RESEARCH, BERGEN

JUNI 2014

Rapport 2 – 2014

Innhold

Kap. 1: Sammendrag	4
Formål og gjennomføring	4
Kunnskapsoversikt om ny oppgavefordeling internasjonalt og i Norge	4
Ny oppgavefordeling i lys av kommunal planlegging, rekruttering og opplæring	5
Dagens oppgavefordeling i helse- og omsorgssektoren	5
Tiltak som fremmer ny oppgavefordeling	6
Premisser for å skape ny oppgavefordeling	7
Kap. 2: Innledning	10
Om oppdraget	10
Bakgrunn	10
Rammebetingelser for ny oppgavefordeling	12
Ny oppgavefordeling – en begrepsavklaring	13
Rapportens avgrensning	15
Kap. 3: Metode, kilder og datainnsamling	16
Framgangsmåte	16
Utvalg av kilder	16
Dokumentanalyse	17
Intervju-undersøkelsen	18
Kap. 4: Internasjonal kunnskapsoversikt	20
Innledning	20
Internasjonale utredninger om ny oppgavefordeling	20
Nordiske erfaringer med nye profesjoner og ny oppgavefordeling	25
Oppsummering	32
Kap. 5: Kunnskapsoversikt om ny oppgavefordeling i Norge	34
Innledning	34
Forskning om oppgavefordeling i spesialisthelsetjenesten	34
Forskning om oppgavefordeling i kommunal helse- og omsorgstjeneste	36
Nye profesjoner i Norge	37

Offentlige rapporter og utredninger	38
Publikasjoner fra arbeidslivets organisasjoner	40
Oppsummering	41
Kap. 6: Ny oppgavefordeling og kommunal planlegging, rekruttering og opplæring	43
Det profesjonsnøytrale lovverket og forsvarlighetsspørsmålet	43
Trender innen utlysning av stillinger	46
Rekrutteringspolitikk – hva sier de kommunale lederne?	47
Spesialisering versus breddekompetanse	48
Planlegging for ny oppgavefordeling	50
Oppsummering	54
Kap. 7: Dagens oppgavefordeling i kommunale helse- og omsorgstjenester	55
Innledning	55
Ulike typer oppgavefordeling	55
Planlegging for fleksibel oppgavefordeling	59
Personellgruppenes arbeidsfordeling og overlappende oppgaver	62
Arbeidsoppgaver som overlapper mellom ulike personellgrupper	68
Oppsummering	69
Kap. 8: Hva skal til for å skape ny oppgavefordeling?	70
Innledning	70
Hva kan kommunene gjøre for å fremme ny oppgavefordeling?	70
Hva kan myndighetene gjøre?	75
Vilkår for å skape ny oppgavefordeling	79
Kap. 9: Avslutning	81
Litteraturliste	84
Vedlegg	90
Vedlegg 1: Tabeller til kapittel 3	90
Vedlegg 2: Intervjuguide nøkkelinformanter	91
Vedlegg 3: Intervjuguide ledere og i kommunale helse- og omsorgstjenester rettet mot eldre	92
Vedlegg 4: Oversikt over informanter	94
Vedlegg 5: Tabeller til kapittel 6	96

Kap. 1: Sammendrag

Uni Research Rokkansenteret presenterer her rapporten *Ny oppgavefordeling i helse- og omsorgssektoren*. Prosjektet er gjennomført i perioden august 2013 til mai 2014, på oppdrag fra KS.

Formål og gjennomføring

Rapporten er et svar på at KS ønsket kunnskap om hvordan man kan få til en ny arbeidsdeling mellom helsepersonell i kommunene. Formålet med rapporten er å skaffe kunnskap om hvordan norske kommuner løser oppgavene innen helse- og omsorgssektoren i dag, identifisere hvilke og hvordan oppgaver kan løses på en ny måte og hva som skal til for å skape en ny oppgavefordeling. Undersøkelsen har konsentrert seg om tjenester som er organisert gjennom sykehjem og hjemmetjenester. Ny oppgavedeling brukes i denne undersøkelsen som et bredt begrep om prosesser der arbeidsoppgaver blir overført fra en personellgruppe til en annen. Dette kan skje som en planlagt prosess eller som en ad hoc løsning på akutte problemer.

Studien er en eksplorerende analyse, da det er gjort lite forskning på dette feltet i Norge. Undersøkelsesopplegget er tredelt. 1. En kunnskapsoversikt som kartlegger foreliggende forskning og utredninger når det gjelder ny oppgavefordeling og nye profesjoner, både i Norge og internasjonalt. 2. En intervjuundersøkelse blant representanter for helsemyndigheter, og organisasjoner. 3. En dybdestudie basert på dokumentanalyser og intervjudata med ledere og ansatte i sju norske kommuner.

Kunnskapsoversikt om ny oppgavefordeling internasjonalt og i Norge

Tilfanget av studier som evaluerer forsøk med ny oppgavefordeling er begrenset. Flere studier indikerer at forsøk med nye profesjoner som Advanced Nurse Practitioners (ANP) øker pasientenes tilfredshet med tilbudet, men funnene når det gjelder kostnadmessige effekter er mer tvetydige. Internasjonale rapporter peker på at drivkrefter for ny oppgavefordeling er knyttet til desentralisering av tjenester og etablering av nye oppgaver, endringer i finansiering og lovverk, profesjonell autonomi og ny kompetanse. Samtidig understrekes det at direkte overføring av tiltak og ordninger kan være vanskelig på grunn av ulike rammebetingelser, og at det vil kunne oppstå lokal variasjon i praksis når det gjelder nye profesjoners autonomi.

I nordiske land har man gjort forsøk med ANP og med ny oppgavefordeling, særlig i sykehus. Finland har kommet langt når det gjelder formalisering av utdanning, godkjenningsordninger og lovfesting av ANP. Initiativ er nylig tatt for å starte opp nye forsøk i Sverige. Rapporter fra flere land understreker at mer omfattende forslag til ny oppgavefordeling mellom yrkesgrupper har vært kontroversielle blant fagpersoner og profesjonsforeninger.

Danske rapporter som tar sikte på å inspirere til økt bruk av oppgavefordeling i kommunal helsetjeneste og i tjenester for eldre framhever betydningen av ledelse, medvirkning, samarbeid, planer for kompetanse og opplæring. Fokus på pasientforløp,

faglig kvalitet og tverrfaglighet kan sikre fleksibilitet som danner grunnlag for ny oppgavefordeling.

Flere norske helseforetak har satt i gang forsøk med ny oppgavefordeling på bestemte, spesialiserte områder. Norske studier av ny oppgavefordeling fokuserer mest på spesialisthelsetjenesten, og det foreligger få systematiserte evalueringer. Rapportene tyder på oppslutning fra ansatte og mulighet for frigjøring av kompetanse til å utføre kjerneoppgaver når oppgaver delegeres vertikalt. En forutsetning er at prosjektene er begrunnet i lokale behov og initiert nedenfra. Studiene viser også at det har vært en del motstand mot ny oppgavefordeling. Det fins et fåtall avhandlinger og masteroppgaver knyttet til oppgavefordeling i kommunale helse- og omsorgstjenester. Analysene har lagt vekt på prosessen og ansatte og lederes vurderinger av forsøk med ny oppgavefordeling og hva som skal til for å gå videre med slike ordninger.

Myndighetene og arbeidslivsaktører har vist en økende interesse for ny oppgavefordeling som virkemiddel for å skape effektive og hensiktsmessige tjenester i helse- og omsorgssektoren, men dette har i liten grad nedfelt seg i konkrete tiltak rettet inn mot kommunene. At det har skjedd lite utviklingsarbeid på dette området i Norge, kan ha sammenheng med en forholdsvis god rekrutteringssituasjon og små konsekvenser av den økonomiske krisen som har rammet andre europeiske land.

Ny oppgavefordeling i lys av kommunal planlegging, rekruttering og opplæring

Kommunale ledere og ansatte intervjuet i denne studien hadde lite kjennskap til ny oppgavefordeling som et strategisk virkemiddel. Vi undersøkte hvordan de syv utvalgte kommunene lyste ut stillinger og fant at de i liten grad utnyttet det profesjonsnøytrale lovverket til utlysninger med friere krav til kompetanse. Kommunene har svært ulike betingelser for å rekruttere kvalifisert personell, men alle hadde et felles ønske om å ansette flere leger og sykepleiere, gjerne med spesialkompetanse. Mange satser på økt kvalifisering av eget personell via opplæring og videreutdanning. Kommunene hadde svært forskjellige grad av planlegging og organisering av helse- og omsorgstjenestene. Der det fantes strategiske planer, var ikke ny oppgavefordeling et tema. Kommunene uten systematisk planarbeid hadde heller ikke oppmerksomhet rettet mot ny oppgavefordeling.

Dagens oppgavefordeling i helse- og omsorgssektoren

Vår rapport tyder på at det i liten grad skjer en bevisst og strategisk bruk av ny oppgavefordeling innen helse- og omsorgssektoren i kommunene vi har undersøkt. Det skjer imidlertid mange tilpasninger i organisering som indirekte kan fremme ny oppgavefordeling. Ny oppgavefordeling skjer både vertikalt og horisontalt i møte med nye oppgaver, bemanningskriser eller via tilpasninger til økonomiske rammevilkår. Delegering er en svært vanlig form for oppgavefordeling som benyttes både strategisk og mer tilfeldig. Overordnet skjer det en spesialisering av oppgaver i sektoren. Samtidig planlegger noen kommuner for fleksibilitet i utførelsen av arbeidsoppgavene på måter som kan fremme ny

oppgavefordeling mellom personellgrupper. Eksempler er satsing på sammenheng og helhetlige pasientforløp, samlokalisering og tverrfaglige team.

Studien har identifisert konkrete oppgaver som overlapper mellom ulike personellgrupper, eller som blir fordelt på svært forskjellig vis i kommunene og tjenestene der vi har gjort dybdestudier. Det gjelder medisin håndtering, kommunikasjon og samtaleterapi med pasienter og pårørende, dokumentasjon, håndtering av medisinsk utstyr og hjelpemidler, medisinske prosedyrer knyttet til sårstell, rehabilitering og aktivisering, ernæring og tilrettelegging av måltid og stell og pleie av pasienter.

Noen av disse oppgavene kan mange personellgrupper utføre dersom de får opplæring på arbeidsplassen, andre oppgaver krever spesifikk kompetanse. Personellgruppene blir gitt ulik grad av mengdetrening og kvalifikasjoner til å settes i stand til å utføre oppgavene på en god måte. Lederne vi intervjuet hadde forskjellige syn på hva som skulle til for å utføre oppgavene.

Det eksisterer en ubrukt ressurs når det gjelder utvikling av tjenestene ved at både myndigheter og kommuner utvikler en større bevissthet og kunnskap om hvordan ny oppgavefordeling kan bidra til å utnytte ressursene best mulig.

Tiltak som fremmer ny oppgavefordeling

Rapporten anbefaler flere tiltak som fremmer bruken av ny oppgavefordeling som et strategisk virkemiddel og samtidig sikre kvalitet i tjenestene.

Bevisstgjøring om eksisterende tiltak og muligheter

Det pågår mange statlige satsinger for å bedre mulighetene for at kommunene skal kunne øke kvalifikasjonene til sitt personale innenfor helse- og omsorgstjenestene. Flere av kommunene i vårt utvalg har benyttet seg av slike virkemidler, men noen hadde liten kjennskap til slike virkemidler og mulighetene for å få støtte til denne typen tiltak.

Planlegging for utnytting og utvikling av kompetanse

Mangel på planlegging kan føre til at delegering og kompetansebygging skjer tilfeldig og som et svar på akutte utfordringer. Dette kan skape utfordringer når det gjelder forsvarlighet og kvalitet i tjenesteytingen. Utvikling av kommunale helse- og omsorgsplaner og kompetanseplaner er derfor viktige verktøy for å innføre ny oppgavefordeling som et strategisk virkemiddel.

Systematisk kvalifisering av personell

Mange oppgaver overlapper mellom personell. De ulike personellgruppene har svært ulike forutsetninger for å utføre disse oppgavene og har og får ulik grad av sertifisering eller kvalifisering gjennom utdanning, kursing eller opplæring på arbeidsplass for å settes i stand til å utføre oppgavene. Det ligger derfor et potensiale for en mer systematisk kvalifisering av personell til å utføre oppgaver som de per i dag blir satt til å utføre. Det kan dreie seg om å utvikle flere nasjonale kurs og sertifiseringsordninger, endre innhold i utdanninger og

skape nye videreutdanninger. Arbeidsgiver bør bevisstgjøres ansvaret for en mer systematisk kvalifisering.

Delegasjon og ansvar

Delegasjon er en vanlig måte å fordele oppgaver på i dag. Delegering skjer noen steder for lite systematisk og i et begrenset omfang, slik at nødvendig trygghet ikke oppnås. Dersom oppgavene overføres til andre personellgrupper på en tilfeldig måte, risikerer man at kvalitetssikringen ikke ivaretas. Ledere på ulike nivå må bevisstgjøres hvordan oppgavedelegering kan trygges gjennom planlegging, opplæring og mengdetrening. Delegasjon bør utføres ut fra større bevissthet og kunnskap om hvilke personellgrupper som kan hva, enn tilfellet er i dag.

Lovverk og forordninger

Det profesjonsnøytrale lovverket åpner for ny oppgavefordeling. Man kan vurdere å bygge ut sertifiseringsordningene til å omfatte flere oppgaver enn medisin håndtering, og vurdere mulighetene for resertifisering for visse oppgaver. Det kan være nyttig se på refusjonsordninger som for visse tjenester bare gir refusjon for utvalgte personellgrupper, noe som kan medføre at oppgaver bindes unødige til enkelte personellgrupper.

Utdanninger og alternative karriereveier

Det eksisterer et stort potensiale for mer systematisk utnytting av helsefagarbeidernes kompetanse og deres muligheter for å avlaste sykepleiere og fysioterapeuter fra deres oppgaver. Sykepleiere har stort medisinsk ansvar og omfattende oppgaver knyttet til ledelse. For å nyttiggjøre seg helsefagarbeidere og sykepleiere best mulig, vil det være fruktbart å vurdere utdanning, opplæring og videreutdanning med tanke på ny oppgavefordeling og muligheter for å skape alternative karriereveier for disse gruppene.

Premisser for å skape ny oppgavefordeling

Hva må til for å skape ny oppgavefordeling? Nasjonale institusjonelle rammer legger premisser for oppgavefordeling og mulighetene for en fleksibel fordeling av oppgaver mellom personellgrupper, men skaper ikke nødvendigvis ny oppgavefordeling. Kommunale ledere og enhetsledere har mulighet til å ta i bruk ny oppgavefordeling, men benytter mulighetene i lovverket i liten grad. For at de eksisterende mulighetene skal tas i bruk, må kommunenes kunnskap om lovverk, nasjonale tiltak og virkemidler styrkes. For at kommunene skal benytte ny oppgavefordeling som et strategisk virkemiddel, må dette inngå i den langsiktige planlegging av helse- og omsorgstjenestene både i kommunalt planarbeid, i nasjonale planer som statsbudsjett, stortingsmeldinger, og i nasjonale helse og omsorgsplaner.

Våre intervjuer peker mot at forslag og tiltak rettet inn mot ny oppgavefordeling kan komme til å skape motforestillinger blant ansatte i kommunene. Verken ledere eller ansatte hadde sterkt fokus på ny oppgavefordeling, selv om de hadde mange konkrete innspill om hvordan arbeidsoppgaver hadde forandret seg og hvordan oppgaver kunne fordeles mer

hensiktsmessig. De mente at ansatte jobbet best hvis de var sikre på hva som var deres ansvar og hva som ikke var det, og framhevet at det fungerte godt når ulike faggrupper jobbet sammen i tverrfaglige team med utgangspunkt i sin faglighet. Informantene var opptatt av at man bør jobbe for å unngå profesjonsstrid. Disse innvendingene er ikke et hinder for å skape ny oppgavefordeling, fordi andre studier viser at man må sikre klare ansvarlinjer og innføre dette i samråd med profesjoner og yrkesgrupper. Dette impliserer at ny oppgavefordeling forankres i tjenestene og blant personell, basert på identifisering av konkrete, lokale behov. Det betyr også at fagforbundene må inkluderes i arbeidet med ny oppgavefordeling mellom personellgrupper.

Stor variasjon i personellmessige og økonomiske ressurser innen helse- og omsorgsfeltet, spiller en essensiell rolle for hvordan kommunene kan organisere og fordele oppgaver mellom personell. Geografisk variasjon, avstand til sykehus, kommunikasjon og befolkning virker inn på mulighetene for organisering av tjenestene og arbeidsoppgavene. Det er derfor viktig at forslag om ny oppgavefordeling tar utgangspunkt i den store kommunale variasjonen i Norge

Forord

Rapporten er utført av Uni Research Rokkansenteret på oppdrag fra KS. Forskningsleder dr. polit. Kari Ludvigsen har vært leder for prosjektet, og har hatt hovedansvar for intervju med nøkkelinformanter, ledere og ansatte i kommunene samt dokumentanalyse. Forsker I Hilde Danielsen har bidratt til intervju-undersøkelsen og dokumentanalyse. Forsker II, dr. polit. Nina Berven har vært prosjektmedarbeider med særlig ansvar for kunnskapsoppsummeringen og postdoktor Hogne Sataøen har utført analysen av stillingsannonser. Førstemanuensis Tobba Sudmann ved Høgskolen i Bergen/ Senter for omsorgsforskning Vest bidro i tillegg til planlegging av kommuneundersøkelsen. Vi skylder en stor takk til alle informantene fra yrkesorganisasjoner, den sentrale helseforvaltningen og kommunene som inngår i undersøkelsen for verdifull informasjon og innsiktsfulle synspunkter på ny oppgavefordeling i helse- og omsorgstjenestene.

Deler av rapporten drar veksler på forskning som gjennomføres i to andre studier ved Rokkansenteret. Litteraturgjennomgangen har bidrag fra det EU-finansierte prosjektet «MUNROS – Health Care Reform: The impact on practice, outcomes and costs of new roles for health professionals», med Jan Erik Askildsen ved Universitetet i Bergen / Rokkansenteret som norsk partner. Noe av datainnsamlingen ble gjennomført i samarbeid med det NFR-finansierte prosjektet «Providing Integrated Health Care for Older People» ledet av Benedicte Carlsen.

Prosjektet er kvalitetssikret gjennom en intern referansegruppe, som ga verdifulle innspill til undersøkelsesopplegg og analyse. Den besto av professor Jan Erik Askildsen ved Institutt for økonomi ved Universitetet i Bergen, forsker I ved Uni Research Rokkansenteret Benedicte Carlsen, førstemanuensis Tobba Sudmann og førstemanuensis Oddvar Førland fra Senter for omsorgsforskning Vest/ Høgskolen i Bergen. Rapporten er skrevet av Ludvigsen og Danielsen.

Kap. 2: Innledning

Om oppdraget

På oppdrag fra KS har Uni Research Rokkansenteret kartlagt hvilken oppgavefordeling som i dag finnes mellom personellgrupper i helse- og omsorgssektoren i kommunene i Norge, hvordan nye oppgavefordelinger kan se ut samt identifisert hva som skal til for å fordele oppgaver på nye måter. Rokkansenterets studie besvarer oppdraget gjennom følgende kildemateriale: 1. En litteraturgjennomgang av norsk og internasjonal forskning om ny oppgavefordeling og nye profesjoner 2. Intervju med nøkkelinformanter blant myndigheter og sentrale organisasjoner og 3. Dybdestudie i 7 kommuner basert på dokumenter og intervju.

Den overordnede problemstillingen ble i oppdraget utdypet via sju delspørsmål.

Litteraturgjennomgangen av hvordan oppgaver i dag fordeles internasjonalt og i norsk helse- og omsorgstjeneste tar oppfølgende to spørsmål: Hvilke ordninger finnes internasjonalt for utvikling av nye helseprofesjoner? Og hvordan virker dette inn på oppgavefordelingen i helsesektoren?

Hva er erfaringene med bruk av nye profesjoner som Advanced Nurse Practitioners (ANP) og Physician Assistants (PA).

De øvrige delspørsmålene besvarer vi gjennom å sammenstille litteraturstudiene, studien av nøkkelinformanter og dybdestudien av kommunene.

- Hvordan brukes ulike ordninger, f. eks alternative karriereveier eller alternative utdanningsforløp for å stimulere til endring av arbeidsdeling og samarbeidsformer?
- Hvordan kan oppgaver fordeles på nye måter i helse- og omsorgstjenestene for å ta hånd om økte utfordringer for kommunene?
- Hvordan kan arbeidsgiver sikre at ansatte har rett kompetanse ved en ny arbeidsdeling? Er dagens godkjenningsordninger tilpasset behovet for kvalitetssikring og fleksibilitet som følger av ny oppgavedeling? Hvordan kan arbeidsgiver ta i bruk profesjonsnøytralt lovverk og forsvarlighetsprinsippet på en slik måte at det vil fremme ny arbeidsdeling mellom personellgrupper?
- Hvordan få til optimal bruk av ansattes kompetanse, for eksempel avansert sykepleie (Lik ANP i England)?

Disse underspørsmålene får ulik vektning i rapporten avhengig av hvor mange tilgjengelige kilder vi har hatt til å besvare spørsmålene.

Bakgrunn

Demografiske endringer med en aldrende befolkning og nye mønster i etterspørselen etter tjenester endrer behovet for helse- og omsorgstjenester. I en rapport fra mai 2014 påpeker OECD at norsk helsetjeneste har noen av de korteste sykehusopphold i OECD. Sammen med en aldrende befolkning skaper dette stort press på primærhelsetjenestene i Norge (OECD 2014: 24). Dette skjer parallelt med at flere oppgaver knyttet til befolkningens helse nå er

tillagt det lokale styringsnivået. Innføring av samhandlingsreformen i 2012 innebar at kommunene overtok større deler av helsetjenestene og fikk økt ansvar for pasienter med komplekse og alvorlige sykdomstilstander. Reformen innebærer også en storstilt flytting av oppgaver fra staten til kommunene. Dette blir understøttet av økonomiske virkemidler og overføringer fra sykehus til kommunebudsjettene for at kommunene selv skal ta «større ansvar for innbyggerne sine» (Helse- og omsorgsdepartementet 2011). Endringene stiller nye krav til kompetanse for både kommunen som arbeidsgiver og for utdanningsinstitusjonene (Ludvigsen og Ravneberg 2012).

Det er en utfordrende oppgave å skaffe effektive tjenester av god kvalitet med tilstrekkelig og kompetent personell i sykehjem, hjemmebasert omsorg og rehabiliteringstjenester. Oppgavens omfang og kompleksitet forventes økt. To tunge utviklingstrekk preger de kommunale helse- og omsorgstjenestene: man satser på hjemmetjenester, og det ytes mer helsetjeneste og mindre praktisk bistand (Brevik 2010; Barstad 2006). Dette skaper nye utgangspunkt for personellsammensetning og fordeling av oppgaver lokalt. Disse tjenestene er arbeidskraftintensive og utgjør en stor andel av kommunal sysselsetting. I følge St.meld. nr. 29 har antall årsverk i omsorgssektoren økt fra 20 000 i 1971 til om lag 130 000 i 2011.

I pleie- og omsorgstjenestene som helhet har andelen personell med universitets- eller høyskoleutdanning i perioden fra 2005 til 2011 økt fra 27,4 prosent til 32 prosent.¹ Veksten har i hovedsak kommet blant sykepleiere. Medisinsk behandling har også blitt en viktigere del av virksomheten i sykehjem. Samtidig var det en samlet vekst i andelen av vernepleiere, sosionomer, ergoterapeuter og barnevernspedagoger, med vernepleiere som den klart største gruppen. Helsefagarbeidere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere utgjorde i 2011 ca. 35 prosent av totalt antall årsverk. Tallene viser også at det er en svak nedgang i andelen personell med videregående opplæring og nedgang i andelen uten relevant fagutdanning i sektoren, fra 28,6 til 26,1 prosent.

Framskrivninger viser at det vil bli mangel på personell med helsefaglig utdanning framover. Myndighetene mener derfor det er viktig å vurdere helsetjenestenes kapasitet og innhold i møte med framtidens omsorgsutfordringer. Tall fra 2012 viser underdekning for alle gruppene samlet på mellom 76 000–136 000 årsverk mot slutten av framskrivingsperioden i 2035. Sterkest vil underdekningen være for de personellgruppene som i stor grad er sysselsatt innen pleie- og omsorg eller i spesialisthelsetjenesten, særlig for helsefagarbeidere og sykepleiere (Roksvaag og Texmon 2012). Hittil har utdanning i utlandet og import av helsepersonell dekket noe av behovet. I følge Helsedirektoratet hadde 34 % av legene i 2010 utdanning fra et annet land enn Norge, for sykepleiere og jordmødre er tilsvarende tall 10 % (Helsedirektoratet 2012).

Det har vært et mål at norsk helsetjeneste skal gjøres selvforsynt med helsefaglig personell i større grad. For å oppnå dette vil det være sentralt å vurdere nye måter å utnytte eksisterende og tilgjengelig kompetanse på. De nevnte utfordringene er ikke unike for Norge og norske kommuner, selv om bakgrunnen for behovet for samhandling og bedre bruk av helsepersonell kan variere fra land til land. I flere vestlige land har nye krav og

¹ Tallene er gjengitt fra St. meld. nr. 29 (2012–13), og baserer seg på statistikker fra SSB 2012.

behov i helsesektoren blitt møtt med virkemidler som økt kompetanse, ny oppgavefordeling og nye helseprofesjoner. Et eksempel på det siste er framveksten av nye profesjoner som utfører oppgaver i grenselandet mellom gamle profesjoner som leger og sykepleiere. Det mest framtreddende eksemplet er såkalte avanserte kliniske sykepleiere (Advanced Nurse Practitioner, ANP). Også i Norge har det de aller siste årene vært en økende oppmerksomhet rundt ny oppgavefordeling som et virkemiddel for å styrke kompetansen og sikre kvalitativt gode helsetjenester. I sykehussektoren har man satt i gang en del forsøk med ny arbeidsdeling mellom personellgrupper, for å utnytte kompetansen mer hensiktsmessig (Helsedirektoratet 2013a og b). Foreløpig har det blitt rettet mindre oppmerksomhet mot mulighetene for å benytte ny oppgavefordeling som strategisk virkemiddel i kommunale helse- og omsorgstjenester i Norge. Denne rapporten er en av få studier som tar opp dette.

Rammebetingelser for ny oppgavefordeling

Nasjonalt lovverk, reformer og politiske initiativ legger premisser for hvordan arbeidsoppgaver kan fordeles innen helse- og omsorgssektoren og hvem som skal bestemme hva, stat eller kommune. Vi vil derfor presentere rammene kommunene må forholde seg til.

Myndighetene og arbeidslivets organisasjoner har vist en økende interesse for ny oppgavefordeling og sterkere samhandling mellom personellgrupper som en strategi innen helse- og omsorgsfeltet for å møte framtidens utfordringer. Allerede Helsedirektoratets rapport fra 2009 peker på at forsøk med oppgavefordeling i primærhelsetjenesten er et kommunalt ansvar. Iverksettingen av Samhandlingsreformen innebar økt oppmerksomhet på tverrfaglig samarbeid og fleksibilitet. Ny helse- og omsorgstjenestelov trådte i kraft samme dato og opphevet kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Denne loven bygger videre på prinsippet om profesjonsnøytralitet som ble innført i med helsepersonelloven av 1999. Det heter i helsepersonelloven § 4 at:

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig.

Dette profesjonsnøytrale lovverket gir juridisk handlingsrom til å ta i bruk ny oppgavefordeling, med stort rom for skjønn knyttet til forsvarlighet. Ansvar knyttes her til den enkelte yrkesutøver. Samtidig ligger det enkelte bestemmelser som regulerer hvem som gjør hva. Både samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008-2009)), Nasjonal plan for Helse- og omsorg 2011–2015 (St. meld nr. 16 (2010-11) og St.meld. nr. 13 (2011–12)) beskriver et behov for mer fleksible roller og anbefaler nye måter å fordele oppgaver på innenfor sektoren. Tendensene til deprofesjonalisering har slik blitt forsterket det siste tiåret. I den nye lovgivningen er forsvarlighet og kvalifikasjoner i sentrum, heller enn klare og etablerte profesjongrenser. I Samhandlingsreformen er det selv koordineringen og organiseringen av tjenestene som er i sentrum, ikke hvilke profesjoner som skal utføre tjenestene (St.meld. nr. 47 (2008–09)).

St.meld. nr. 25 (2005–06): *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*, har dannet grunnlag for arbeidet med kvalitet og kompetanse de siste årene. Blant tiltakene derfra vil vi nevne kvalitetsavtalen mellom regjeringen og KS, samt ønsket om å legge til rette for faglig bredde og flere faggrupper. Man satset på å sikre 10 000 flere årsverk, fortrinnsvis fagutdannede, og redusere tallet på ufaglærte.

Et statlig kompetanseløft ble i 2005–06 lansert som del av *Omsorgsplan 2015* for å styrke kompetansen i kommunal pleie- og omsorgssektor. Dette omfattet fem tiltak: Å bidra til flere årsverk med relevant fagutdanning i kommunal helse- og omsorgssektor, heve det formelle utdanningsnivået i omsorgstjenestene, sikre brutto tilgang på et betydelig antall helsefagarbeidere per år, skape større faglig bredde og styrke veiledning, internopplæring og videreutdanning for de som er ansatt i sektoren. Kompetanseløftet omfattet også tiltak for å styrke kommunal kompetanseplanlegging.

I *Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011–2015* (St. meld.nr 16 (2010–11)) var Stoltenberg II-regjeringen – med samhandlingsreformen som bakteppe – opptatt av helhet og sammenheng i helsetjenestene, og hevder at både rettslige, økonomiske, faglige og organisatoriske virkemidler blir viktige i så måte (side 7–8). Ny oppgavefordeling ble nevnt som et organisatorisk virkemiddel, eksempelvis gjennom å satse på lokalmedisinske sentre som kan skape nye samarbeidsrelasjoner mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Planen slår fast at helsepersonell må benyttes mer effektivt og at oppgaveendringer skal vurderes. Videre fokuseres det på utdanning og rekruttering, samt ledelse og arbeidsmiljø i helsesektoren. Kvaliteten i helsetjeneste skal stå i sentrum, og oppgaver skal fordeles mellom helsepersonellet slik at arbeidskraften benyttes på en best mulig måte.

St. meld. nr. 29 (2012–13) *Morgendagens omsorg* er med å danne grunnlag for Helse- og omsorgsdepartementets arbeid med ny oppgavefordeling. Her vektlegges innovasjon i tjenestene, utvikling og innføring av velferdsteknologi, nye arbeidsmetoder, nye organisasjonsløsninger og boformer tilpasset morgendagen. Samtidig skal arbeidet danne grunnlaget for statlig og kommunal planlegging, med særskilte virkemidler som skal støtte og stimulere kommunenes forsknings-, innovasjons- og utviklingsarbeid på helse- og omsorgsfeltet. Her understrekes behovet for faglig omstillingsarbeid som både foredrer omsorgstjenestenes pleiefaglige arbeid og tar i bruk bred tverrfaglig kompetanse på rehabilitering og sosialt nettverksarbeid.

Myndighetene har altså vist en stigende interesse for ny oppgavefordeling i helse- og omsorgstjenesten og statlige planer og lovverk åpner for at dette virkemiddelet kan tas i bruk i kommunene.

Ny oppgavefordeling – en begrepsavklaring

Innholdet i dagens helsetjenestereformer har elementer fra det som på norsk kan omtales som helhetlig forvaltning (Christensen og Lægreid 2007, 2008).² I dette ligger det et ønske om klarere samordning, nedbygging av organisatoriske grenser, brukertilpasning og sømløshet på flere nivåer. Dette impliserer også at profesjonen som organiseringsprinsipp

² På engelsk brukes begrep som Whole- of- government, New Public Governance eller Post-New Public Management.

blir satt under press, fordi brukere og samordning fremtrer som de strukturerende prinsipper. Dette åpner for nye former for fordeling av oppgaver mellom profesjoner og grupper av personell. Endringer i arbeidsdeling og oppgavefordeling mellom yrker, og dermed også i yrkenes kunnskaps- og arbeidsoppgaver, skjer kontinuerlig. Slike endringer kan foregå på arbeidsplassnivå, i forhandlinger om det daglige arbeidet, og i mer formaliserte sammenhenger (Abbott 1988). Teknologi, befolkningssammensetning (for eksempel flere eldre), økonomiske rammevilkår, og mangel på helsepersonell er drivkrefter som kan bidra til endringer i oppgavefordeling, endre profilen til gamle yrker og danne grunnlag for framvekst av nye yrker og profesjoner. Ny oppgavefordeling er et virkemiddel arbeidsgivere, profesjoner og myndigheter kan bruke for å sikre at lovpålagte oppgaver blir gjennomført innenfor lovverket. Både økte oppgaver i helsesektoren, ny fordeling av oppgaver mellom tjenestenivå og nye krav til oppgaveløsning påvirker behovet for helsepersonell og hvilken kompetanse som etterspørres.

Slike endringer vil ofte skje som gradvise tilpasninger på arbeidsplassnivå, som følge av personellgruppers strategier i forhold til hverandre eller som resultat av forhandlinger mellom interessegrupper i arbeidslivet. Slike endringer mellom personellgrupper gjør at det har utviklet seg nye begreper; oppgaveglidning, jobbglidning, oppgaveoverføring, oppgaveforskyvning, oppgavedeling eller ny oppgavefordeling. Det er altså mange begreper som fanger opp fenomenet «en ny arbeidsdeling mellom helsepersonellgrupper». På engelsk brukes betegnelser som skill mix, task substitution og task shifting når en personellgruppe tar over for en annen (St.meld.13 (2011–2012): 43). Eksempelvis kan radiografer gjøre enkelte oppgaver som tradisjonelt har blitt utført av radiologer, tannpleiere kan utføre enkelte tannlegeoppgaver, eller sykepleiere kan utføre en del konvensjonelle legeoppgaver. Betegnelsen «Ny oppgavefordeling mellom personellgrupper» som benyttes i denne rapporten blir brukt av sentrale myndigheter og organisasjoner i Norge i økende grad.

Den nye oppmerksomheten rettet mot profesjonell arbeidsdeling viser ofte til endringer i fordeling av arbeidsoppgaver som en bevisst strategi for å oppnå bedre helsetjenester til befolkningen. Det kan handle om bedret kvalitet eller kostnadskontroll, eller om å gjøre arbeidet attraktivt for å sikre rekruttering av personell til tjenestene. Vi vil understreke at oppgaver fordeles på nye måter også som bieffekt av andre prosesser og endringer. Ny oppgavefordeling kan defineres smalt, som en intendert prosess og bredt, som alle prosesser som resulterer i at oppgaver defineres på nye måter. Vi har valgt en eksplorerende innfallsvinkel til temaet, da det er gjort svært lite på dette forskningsfeltet i Norge i tidligere. Vi har derfor en bred tilnærming til begrepet i denne studien og undersøker hvordan ny oppgavefordeling blant personellgrupper oppstår uavhengig av intensjon og hvilke forutgående prosesser den inngikk i.

Som vi skal se i rapporten, kan ny arbeidsdeling oppstå på mange forskjellige måter: Som et resultat av en planlagt satsing på kvalifisering av personell til å ta på seg nye oppgaver, en løsning i møte med bemanningskriser, en konsekvens av innsparingstiltak som gjør at enkelte personellgrupper forsvinner og at arbeidsoppgavene deres blir fordelt på andre personellgrupper, som et resultat av tverrfaglig samarbeid og på mange andre måter. Begrepet brukes her altså om både planlagte prosesser og endringer i form av tilpasninger til nye vilkår. En av hensiktene med vår rapport er å bidra til innsikt i hvordan ny

oppgavefordeling kan brukes som et systematisk virkemiddel. Dermed kan man bidra til å hindre tilfeldig bruk av ny oppgavefordeling og fremme det som et strategisk virkemiddel.

Rapportens avgrensning

Her presenteres tjenestene, personellkategoriene og de utvalgte kommunene som er undersøkt.

Rapporten belyser oppgavefordelingen mellom utvalgte personellgrupper i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Vi har konsentrert studien om tjenester til eldre som er organisert gjennom institusjonstjenester og hjemmetjenester. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester stiller krav om hva slags tjenester kommunene plikter å tilby eller yte, samt hva slags innhold og omfang de ulike tjenestene skal ha. Samtidig tydeliggjør loven at kommunene selv kan velge hvordan de vil organisere virksomheten og tjenestene ut fra lokale forhold og behov. Kommunene kan derfor utnytte kompetansen fritt innenfor rammene av en kvalitativt god og forsvarlig tjeneste, og har anledning til å innføre ny oppgavefordeling.

Rapporten vil fremst handle om ny oppgavefordeling mellom personellgrupper som faller innunder *Lov om helsepersonell*. Imidlertid tilsier oppdraget at vi også ser etter eksempler på bruk av annen kompetanse i tjenestene. Kommunene er pålagt å tilby visse helsetjenester til befolkningen, de må ha kommunelege og fastlegeordning mens de har stor frihet ellers til å organisere og bemanne tjenestene med relevante personellgrupper. *Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie* krever at det skal være organisert legetjeneste, fysioterapitjeneste og sykepleiertjeneste i tilknytning til tjenestene, i samarbeid med andre deler av kommunal helse- og sosialtjeneste. De siste årene har også andre høgskoleutdannede faggrupper som ergoterapeuter, vernepleiere, sosionomer, barnevernspedagoger og spesialpedagoger blitt en del av tjenestetilbudet og økt sin andel av årsverkene i helse- og omsorgstjenesten (Helsedirektoratet 2010; St. meld. 29 (2012–13)).

Dybdeundersøkelsen omfatter sju kommuner som ligger i fire fylker og har forskjellig størrelse. Kommunene er delt i tre kategorier som vi vil bruke i presentasjonen av materialet: Storbykommunene med over 80 000 innbyggere, de to mellomstore kommunene som har 20 000 – 30 000 innbyggere, og de tre små kommunene med mellom 1000 og 10000 innbyggere. Storbykommunene er sete for store helseforetak og høyere utdanningsinstitusjoner. De mellomstore kommunene er vekstkommuner med økende folketall, positiv næringsutvikling og kort vei til storbyer med et større helseforetak. I disse kommunene er en stor andel av befolkningen under 18 år. De små kommunene har stagnasjon i folketall, stor andel av eldre i befolkningen og utfordringer knyttet til geografiske avstander.

Kap. 3: Metode, kilder og datainnsamling

Framgangsmåte

Vi har foretatt en eksplorerende analyse, da det er gjort lite forskning på dette feltet i Norge tidligere, og kvalitativ metode ble derfor et naturlig valg. Undersøkelsen er utformet for å fange nasjonale tendenser og mulig variasjon innen virksomhetene og kommunene. I utformingen av undersøkelsen har vi lagt vekt på å utnytte eksisterende forskning og datamateriale og å samle inn nytt materiale som er nødvendig for å utdype og dekke de aktuelle problemstillingene.

For det første har vi utarbeidet en kunnskapsoppsummering som kartlegger foreliggende politiske initiativ og forskning og utredninger når det gjelder dagens fordeling av oppgaver og ny oppgavefordeling, både i norsk og internasjonalt perspektiv. Her har vi også trukket veksler på data fra MUNROS-prosjektets litteraturstudie. Kartleggingen bidrar til å systematisere kunnskap som foreligger fra tidligere forskning på feltet. For det andre har vi gjennomført kvalitative intervju med nøkkelinformanter som gjennom sine stillinger eller verv har synspunkter på ny oppgavefordeling. Intervjuene med representanter for sentrale helsemyndigheter, helseforetak, forsknings- og utredningsmiljø og yrkesorganisasjoner ga også bakgrunnskunnskap om forsøksvirksomhet og innovasjon i kommunene som dannet et viktig fundament i utvelgelsen av kommuner for den tredje delen av studien.

For det tredje har vi gjennomført en dybdestudie i sju norske kommuner, basert på dokumenter knyttet til tjenesteorganisering, rekruttering og kompetanseutvikling og intervjudata i form av kvalitative dybdeintervju og fokusgrupper. Vi har her også gått gjennom statistikk over stillingsutlysninger og sammenliknet bruk av stillingsbetegnelser på to tidspunkt, for å få et bilde av om de bruker det profesjonsnøytrale lovverket og hvilke former for kompetanse som etterspørres i kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Utvalg av kilder

Litteraturgjennomgang

Studien inneholder en gjennomgang av publikasjoner og litteratur som er publisert om ny oppgavefordeling og nye profesjoner nasjonalt og internasjonalt.

For det første gjengir vi hovedfunn fra MUNROS-prosjektet, en internasjonal litteraturstudie samt fra en sammenlikning av forsøk med nye profesjoner i ni europeiske land. Den internasjonale litteraturstudien er basert på søk i databasene PubMed-Medline og EMBASE, samt Cochrane-biblioteket. Det er benyttet relevante søkeord, og det er gjort et nitid arbeid for å isolere studier som analyserer effekter av nye roller for eksisterende helsepersonell, oppgaveglidning, og nye profesjoner, først og fremst såkalte Advanced Nurse Practitioners (ANP). Av over tusen studier som ble vurdert, var det kun 45 som tilfredsstilte de vitenskapelige kriterier for å vurdere effekter av nye profesjonsroller og nye profesjoner. Funns om utprøving av nye profesjoner som ANP er basert på landrapporter utarbeidet i de ni landene som er partnere i MUNROS-prosjektet.

For det andre har vi gjennomført en bred gjennomgang av norske og nordiske publikasjoner om ny oppgavefordeling i helse- og omsorgssektoren. MUNROS-prosjektets litteraturstudie viste at det per i dag finnes lite vitenskapelig litteratur på feltet. Andre undersøkelser som tar utgangspunkt i strenge vitenskapelige kriterier for utvelgelse har fanget inn få vitenskapelige studier av ny oppgavefordeling (Forsetlund, Vist, Dalsbø, Straumann, Underland, Norderhaug og Holte 2013). Vi har derfor sett det hensiktsmessig å gå bredt ut i søk etter litteratur om emnet i Norden og Norge. Oversikten bygger på forskning som både tar for seg hele feltet av helse- og omsorgstjenester og som ser spesifikt på oppgavefordeling på kommunalt nivå.

Metodisk har vi søkt opp litteratur via nettbaserte litteratursøk via Google, Google Scholar og BIBSYS samt «snøballmetoden». De nettbaserte søkene foregikk ved at vi tastet inn de aktuelle begrepene i Google, Google Scholar og BIBSYS. Søkeordene framgår av tabellen i vedlegg 1. «Snøballmetoden» går ut på å ta utgangspunkt i referanselisten til ulike artikler og bøker på feltet, og finne annen relevant litteratur som vi i neste omgang kan søke videre fra. I tillegg til denne søkemethoden fant vi relevante rapporter og artikler ved å gå gjennom sentrale tidsskrift som *Sykepleien*, *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, *Fagbladet* og *Fontene*. Dessuten så vi systematisk gjennom relevante forskningsinstitusjoner sine siste publikasjoner på feltet. Tabeller med oversikt over søkeord, kilder og treff er vedlagt rapporten.

Som tabellene viser er det stor variasjon i antall treff på tvers av begrep og søkemåter. Tabellene viser også endringer i begrepsbruk og økt interesse og offentlighet rundt tema. I Norge ser begrepet oppgaveglidning ut til å være i *relativ* nedgang, mens begrepene jobbglidning og jobbglidning i helsevesenet er i *relativ* vekst, målt på Google generelt. Denne søkemotoren sier noe om utviklingen både innen forskning og innen samfunnsliv sett under ett.

Det viste seg fort at mange av treffene ikke var relevante for vårt oppdrag. Treff som handlet om f. eks. arbeidsdelingen på en oljerigg, ble luket ut. Videre var endel treff for spesifikke – det kunne for eksempel dreie seg om rent kliniske medisinske prosesser. Vi ekskluderte også treff som omhandlet oppgaveglidning og oppgavefordeling mellom tjenestenivå eller institusjoner, da vårt prosjekt fokuserte på endring i fordeling av oppgaver mellom personellgrupper.

Dokumentanalyse

Studien inneholder analyse av statlige og kommunale offentlige dokumenter, i form av meldinger, planer og rapporter som tar opp spørsmål knyttet til tjenesteorganisering, personell, kompetanse og oppgavefordeling. For å undersøke hvordan kommunene lyser ut stillinger og etterspør kompetanse, har vi i tillegg analysert stillingsutlysninger for de utvalgte kommunene. Data fra Nav-statistikk viser utviklingen i hvilke typer stillinger som lyses ut i de utvalgte kommunene for årene 2002 og 2011. Tallene gjengis i tabeller.

I tillegg har vi manuelt registrert og studert nærmere utlyste stillinger i kommunal helse- og omsorgssektor for året 2013 i de utvalgte kommunene. Til sammen ble 246 stillingsannonser lest og registrert. Alle utlyste stillinger med stillingsbrøk over 50 % er registrert. Kun førstegangsutlysninger er inkludert i materialet. Analysen er basert på

kvantitativ innholdsanalyse, som betyr at vi kartlegger innholdet i et større antall tekster for på den måten å avdekke systematiske tendenser.³ Hver stillingsutlysning ble registrert i et kodeskjema, der følgende variabler inngikk i analysen:

1. Stillingstittel i utlysningen.
2. Profesjonsnøytralitet/oppgaveglidning: Er dette nevnt i utlysningsteksten?
3. Spesifikke krav til utdanning: Absolutte og ønskelige
4. Er utlysningen formulert åpent mht. kvalifikasjonskrav?
5. Er utlysningen formulert slik at det åpnes for søkere med ulik utdanningsbakgrunn?

Intervju-undersøkelsen

Studien omfatter intervju med nøkkelinformanter fra myndigheter og arbeidsorganisasjoner samt intervjuer med ledere og ansatte fra helse- og omsorgstjenesten i sju kommuner. I de utvalgte kommunene har vi intervjuet overordnet kommunal ledelse, samt ledere og ansatte i hjemmetjenester, sykehjem, og rehabiliteringstjenester. Nærmere oversikt over intervjumaterialet er vedlagt rapporten.

Informantene og kommunene ble anonymiserte i tråd med retningslinjene til personvernombudet. Når det gjelder nøkkelinformantene har vi bedt informantene om tillatelse til å gjengi direkte sitat der dette har vært aktuelt. De involverte informantene ble i tråd med vår konsesjon informert om kravet til anonymitet under presentasjonen av undersøkelsen. Anonymiseringen ga dem mulighet til å snakke fritt om sine erfaringer og til å ta opp interne og eksterne utfordringer for kommunene uten at de skulle gjenkjennes. For å ivareta anonymiteten i formidlingen av undersøkelsen, presenterer vi de ulike kommunene ved å dele dem inn i tre kategorier.

Intervjuene ble gjennomført på ulike måter for å imøtekomme organisasjonene og kommunenes muligheter til å la personale til å stille opp. Noen ble intervjuet i gruppe, andre hver for seg. Noen ble intervjuet over telefon, andre ganger dro vi til organisasjonene eller kommunene for å møte dem på arbeidsplassen. Det er en fordel å se med egne øyne hvilke vilkår tjenestene ble utført under. Samtidig ble vi nødt til å gjennomføre en del telefonintervju, noen ganger på grunn av at reisen ville tatt svært lang tid, eller fordi det ikke var viktig å reise til representanter for organisasjonene. Både telefon- og de personlige intervjuene varte mellom 30 minutter og 90 minutter.

Intervjuene var semi-strukturerte, og intervjuguiden ble tilpasset underveis. De fleste intervjuene ble tatt opp på bånd. Et utvalg intervju ble transkribert i sin helhet. De øvrige ble sammenfattet på bakgrunn av notater og båndopptak. Intervjumaterialet ble gjennomlest og kategorisert av to forskere. Med utgangspunkt i resultat fra tidligere undersøkelser ønsket vi å gå i dybden på kommuner med ulikt innbyggertall, forskjellige geografiske utfordringer knyttet til sentrum–periferi og ulik nærhet til regionale helseforetak (Econ 2008; Fevang, Strøm og Sæther 2008; Tjerbo, Aamot, Stigen, Helgesen, Næss, Arnesen, Høst, Frølich 2012:58). Utvalget av kommuner ble også vurdert på bakgrunn av informasjon fra intervju med nøkkelinformanter.

³ Mens kvalitative tekststudier gransker mange opplysninger om få enheter, vil en kvantitativ innholdsanalyse granske færre opplysninger om mange enheter (Hellevik 2002:111).

I to av kommunene ble datainnsamlingen koordinert med det NFR-finansierte prosjektet «Providing Integrated Health Care to Older People» der et av delprosjektene tar opp problemstillinger som overlapper med sentrale spørsmål i dette oppdraget. Utvalget av disse to kommunene ble gjort slik at det oppfylte kriteriene som var satt opp for begge prosjektene. Tre av kommunene vi henvendte oss til med forespørsel om å delta i undersøkelsen takket nei. De begrunnet det med at de var involvert i andre forskningsprosjekt som krevde tid eller at de var i en hektisk arbeidsperiode. Vi fikk derfor ikke undersøkt enkelte kommuner som har utmerket seg med innovasjon innen oppgavefordeling.

Intervjuopplegget i den enkelte kommune varierte ut fra hva som var mulig å få til i den aktuelle kommunen. Kommunene virket presset på tid og vi måtte purre og vente for å få tilgang, så vi måtte være fleksible for å få til et godt opplegg for både forskere og kommuner.

Kap. 4: Internasjonal kunnskapsoversikt

Innledning

Hvordan kan man få til ny og mer hensiktsmessig oppgavefordeling i norske kommuner? Viktige forutsetninger for utvikling av ny oppgavefordeling kan spores ved å se på prosesser i andre europeiske land. Dette kapitlet gir oversikt over internasjonal forskning og rapporter om nye profesjoner og ny oppgavefordeling mellom helsepersonell. Det benyttes til å diskutere muligheter og utfordringer knyttet til nye profesjoner og ny oppgavefordeling, og identifiserer forhold som kan fremme slike ordninger i Norge. Kapitlet belyser ordninger for utvikling av nye helseprofesjoner som Advanced Nurse Practitioner (ANP) og Physician Assistant (PA), og hvordan dette virker inn på oppgavefordelingen i helsesektoren. Hva er de internasjonale erfaringene med bruk av ANP og PA? Denne delen av rapporten tar også opp kunnskap om hvordan ulike ordninger, for eksempel alternative faglige karriereveier eller alternative utdanningsforløp, brukes for å stimulere til endring av arbeidsdeling og samarbeidsformer.

Den internasjonale delen av kunnskapsoversikten bygger delvis på en litteraturgjennomgang samt en omfattende kartlegging av profesjons- og rollefordeling i helsesektoren i de ni deltakende land i MUNROS-prosjektet. Disse funnene suppleres med en egen gjennomgang av internasjonale og nordiske rapporter som belyser erfaringene med nye profesjoner og ny oppgavefordeling, med særlig fokus på forsøk på å styre oppgavefordelingen mellom personell i helsetjenestene.

Internasjonale utredninger om ny oppgavefordeling

Våre litteratursøk viser en økende interesse for ny oppgavefordeling internasjonalt de seinere årene. En stor del av treffene på søk dreier seg om utredninger, rapporter og policydokumenter bestilt av internasjonale organisasjoner, offentlige myndigheter og arbeidslivsorganisasjoner. Vi omtaler de mest sentrale og mest refererte publikasjonene og rapportene, for å klargjøre begrepsbruk og hovedtema knyttet til nye profesjoner og ny oppgavefordeling internasjonalt.

Internasjonale organisasjoner som OECD og WHO var tidlig ute med å sette tematikken rundt ny oppgavefordeling på den internasjonale dagsorden. Svært mange av rapportene har henvisninger til utredninger levert av disse internasjonale organisasjonene. Begge organisasjonene fokuserer på helsesektoren, og på forholdet mellom leger og sykepleiere, selv om ny oppgavefordeling i prinsippet kan skje innenfor de fleste yrkessektorer.

Studiene fra disse organisasjonene må sees mot et bakteppe av globale eller internasjonale utfordringer. Flere av rapportene til WHO er spesielt utarbeidet i forhold til tredje-verden- utfordringer som HIV og aids, spedbarnsdødelighet og mor-barn-helse, og er utformet som anbefalinger og retningslinjer (f.eks. WHO 2008, 2012). Rapportene henvender seg primært til politikere, byråkrater og helsepersonell, og handler om hvordan man i størst mulig grad kan dekke spriket mellom høy etterspørsel og begrenset tilbud på helsetjenester og -personell.

Det slås i 2008 fast at ulike grader av ny oppgavefordeling allerede har blitt implementert i en rekke land for å løse problemer knyttet til manglende arbeidskraft, men uten at det har blitt formalisert. Rapporten fra WHO er et hjelpemiddel til å oppnå større grad av formalisering. I en senere rapport (WHO 2012) ble ny oppgavefordeling tatt opp som et virkemiddel for bedre mor-barn-helse, og det handler om hvordan helsearbeideres roller kan optimaliseres for at flest mulig skal få best mulig tilgang til helsetjenester. Det understrekes at oppgaveglidning må tilpasses den aktuelle nasjonale og organisatoriske konteksten. WHO undersøkte også oppfatningene blant tjenestemottakerne. Generelt er pasientene tilfredse og har tillit også til lavere utdannet helsepersonell, men i enkelte sammenhenger foretrakk de pleie fra høyere utdannede grupper. På den ene siden kan det å motta pleie fra personell med lavere utdanning redusere pasientenes følelse av avstand, mens i andre tilfeller kan det oppfattes som en degradering av ens status som pasient.

Også OECD er opptatt av mangelen på helsepersonell, men her er fokuset primært rettet mot demografiske endringer og de utfordringene økte forventninger til et stadig mer avansert helsevesen kan skape for vestlige, industrialiserte land. En rapport fra 2010 beskriver og evaluerer ny oppgavefordeling blant sykepleiere i 12 utviklete land (Delamaire og Lafortune 2010). På tvers av land er hovedbegrunnelsen for utviklingen av ANP å gi folk bedre tilgang til pleie. Andre begrunnelser er å øke pleiekvaliteten, begrense kostnadene, gjøre sykepleieryrket mer attraktivt og skape nye karrieremuligheter. Rapporten påpeker at til tross for fokuset på APN, så er det slik at «the number of nurses in advanced practice roles still represents a small proportion of all nurses even in those countries that have the longest experience in using them» (2010: 10). I 2008 utgjorde denne typen av sykepleiere samlet sett 9 % av alle registrerte sykepleiere i USA, og den tilsvarende andelen i Canada var 1,5 %. I rapporten antas det at denne andelen vil stige. Rapporten peker på at oppgaveglidning og diskusjonene rundt dette som regel skjer innenfor en bred organisatorisk og ideologisk kontekst, et poeng som også fremheves i rapportens konklusjon om faktorer som kan virke som «fremmere og hemmere» (Barriers and facilitators) i utviklingen av ANP

- 1) Profesjonsinteressene – og innflytelsen – til leger og sykepleiere
- 2) Organiseringen og finansieringen av helsetjenestene
- 3) Lovgivning og reguleringer i forhold til helseprofesjonenes aktiviteter
- 4) Kapasiteten i utdanningssystemet i forhold til kunnskapsutvikling hos sykepleierne

Flere studier både internasjonalt og i Norge legger denne rapportens funn til grunn og analyser disse faktorenes rolle i utviklingen av ny oppgavefordeling. Det gjelder også den EU-finansierte studien «MUNROS».

En europeisk sammenligning

Det EU-finansierte forskningsprosjektet «Health Care Reform: the impact on practice, outcomes and costs of new roles for health professionals – MUNROS» studerer hvordan nye profesjonelle roller virker inn på praksis, kostnader og resultat av helsetjenester. Bakgrunnen for prosjektet er at utvikling av nye helseprofesjoner og nye roller for eksisterende helsepersonell kan være en effektiv måte å produsere kvalitativt gode helsetjenester på, MUNROS – prosjektet har sammenlignet erfaringene med nye

profesjoner og ny oppgavefordeling i de ni europeiske landene som er omfattet av prosjektet, blant disse Norge. Rapporten påpeker trekk ved profesjonsrelasjonene, helsetjenestene og arbeidsmarkedene som kan bidra til å fremme etableringen av nye profesjoner som ANP. Vi gir et kort sammendrag av sentrale funn i denne rapporten.

For det første påpeker sammenligningen store forskjeller i sammensetningen av arbeidskraft mellom de undersøkte landene, noe som gir ulikt grunnlag for å utforme ny oppgavefordeling. Rapporten skiller mellom to typer nye profesjonelle roller: Nye roller innenfor forhåndsdefinerte kliniske områder og nye helseprofesjoner. Den første viser til tekniske og mer spesifikke spesialiseringer. I noen land har de nye profesjonelle rollene karakter av å være spesialiseringer eller utviding av eksisterende yrker, og de er i stor grad underlagt legenes ansvar. Nye yrkesroller kan utvikles for å ta seg av nye eller endrete oppgaver. Disse er gjerne basert på avansert kunnskap, men underlagt medisinsk ansvar. Dette ser ut til å være mest vanlig der det er regional mangel på arbeidskraft, men mindre tydelig oppgaveforskyvning fra annenlinjen til primærhelsetjenesten. Betegnelsen nye profesjoner knyttes til autonomi og formell rett til f.eks. å foreskrive medisin. Profesjonelle roller som ANP er utviklet gjennom omorganisering av tjenester eller redefinering av kliniske oppgaver. For eksempel kombinerer ANP behandling og pleie på nye måter. Rapporten peker på at det fortsatt er begrenset i hvilken grad nye profesjoner som ANP og PA i England, Skottland og Nederland får legal autonomi og klinisk ansvar. Graden av autonomi varierer både mellom land og mellom tjenester innad i ulike land.

For det andre identifiserer undersøkelsen drivkrefter for ny oppgavefordeling på nasjonalt nivå som kan interagere og virke både fremmende og hemmende: arbeidskraftpolitikk, finansieringssystemer, profesjonell autoritet, nye tjenester og ny kompetanse.

- *Arbeidskraftpolitikk*

Hvordan etterspørselen etter helsepersonell løses kan virke inn på behovet for å sette i gang nye ordninger med oppgavefordeling. Mangel på helsepersonell har vært en viktig drivkraft for å etablere nye profesjoner og oppgavefordelinger. Muligheten for import av helsepersonell for å løse ressursutfordringer kan redusere interessen for å satse på utvikling av nye profesjoner og nye former for oppgavefordeling.

- *Finansieringsordninger*

Finansieringsordninger kan både fremme og hemme ny oppgavefordeling. Dersom for eksempel refusjonsordninger gjelder for visse typer av helsepersonell og ikke andre, kan dette danne en viktig barriere mot ny oppgavefordeling.

- *Profesjonell innflytelse*

Det er store variasjoner i yrkesgruppens autoritet og relasjoner i europeiske land, og disse faktorene innvirker på hvilke former for ny oppgavefordeling som er mulig å oppnå og suksessen til disse ordningene. I enkelte land har balansen mellom sykepleierprofesjonen og legeprofesjonen endret seg, og rapporten antyder at styrking av sykepleierrollen kan bidra til å fremme nye profesjoners etablering i grenselandet mellom medisin og sykepleie.

- *Ny teknologi og nye tjenester*

Ny teknologi skaper nye oppgaver. Det utvikles svært spesialiserte nye profesjonelle roller basert på tekniske aspekter ved tjenestene. Slike personellgrupper er ofte veiledet av en medisiner, eller del av et medisinsk ledet team. Det blir altså mer en spesialisering enn etablering av egne, selvstendige yrker.

- *Utdanning og akademisering*

Nye utdanningstilbud og akademisering av helsetjenesteyrkene øker i mange land. Dette kan være en drivkraft bak nye yrkesgrupper, men kan også gi større fragmentering i yrkessammensetningen. Akademisering kan styrke kompetansen, men dette er ikke automatisk en forutsetning for å skape nye autonome profesjoner, det kan også gi en spesialisering av gamle yrker uten at selvstendig yrkesutøvelse følger med. Det kan videre være usikkerhet hos myndigheter og arbeidsgivere knyttet til de juridiske rammene for utnytting av ny kompetanse og usikker kunnskap om innholdet i nye utdanninger som kan virke inn på muligheter for ny oppgavefordeling.

MUNROS-rapporten understreker først og fremst variasjonen mellom land når det gjelder hvordan nye yrkesroller for helsepersonell er utformet, og hvor stor selvstendighet for eksempel nye sykepleierroller blir tildelt. Ordningene er nylig formaliserte i flere land, og man vet foreløpig lite om hvilken rolle disse profesjonene vil spille i utformingen av landenes helsetjeneste.

I denne rapporten er Norge ett av få land som i liten grad har etablert nye utdanninger og yrkesroller for avanserte sykepleiere. Analysene er foreløpige, men som forklaring antydes at det har manglet en drivkraft ved at mangelen på helsepersonell har vært mindre prekær enn mange andre steder. Teknologiske endringer i tjenestene og akademisering av mange helse- og velferdsstatsyrker kan også ha påvirket utviklingen i Norge.

En internasjonal litteraturstudie

I det EU-finansierte MUNROS-prosjektet er det også gjennomført en systematisk og omfattende litteraturstudie om ny oppgavefordeling og nye profesjoner i helsesektoren med særlig vekt på europeiske forhold. Den vektlegger studier av forsøk med nye profesjoner som Advanced Nurse Practitioners (ANP), og hvorvidt nye roller for eksisterende personell og bruk av nye profesjonsgrupper har effekter på utførelsen av helsetjenester.

I praksis viser det seg at de fleste studier som er gjennomført om ny oppgavefordeling (på engelsk gjerne referert til som «task substitution» eller «skill mix») har sett på utvidete roller for spesialistsykepleiere og på ANP og PA. Sentrale effektmål er hvordan ny oppgavefordeling påvirker behandlingsutfall, kvalitet i behandling, pasienttilfredshet, kostnader og kost-effekt. Det er stilt strenge krav til vitenskapelig kvalitet, og de aller fleste av de inkluderte studier er såkalte kontrollerte randomiserte studier (RCT). Det innebærer at en behandlingsgruppe blir utsatt for et tiltak eller en reform, mens en kontrollgruppe ikke mottar noen endring i tilbudet (standard behandling). Pasienter skal da randomiseres, dvs. bli tilfeldig plassert i den ene eller andre gruppen. Et problem kan være at størrelsen på

utvalgene ofte kan være små. Det er tilfellet for flere av de eksisterende studier, samt at en del studier også vil lide av problemer knyttet til hvem som er selektert inn til deltakelse. Således er ikke bare det magre omfanget av litteraturen på feltet en begrensning i generalisering av foreliggende resultater, men også at det ofte vil være en del metodiske svakheter knyttet til studiene, noe også den foreliggende litteraturstudie viser. Derfor maner vi til forsiktighet med å trekke sterke konklusjoner basert på internasjonal faglitteratur om effekter av nye profesjoner og ny oppgavefordeling.

Effekter på kostnader og kvalitet

La oss likevel, med dette forbehold, ta opp noen grunnleggende funn om effekter.

Både når det gjelder effekter av bruk av ANP og av spesialistsykepleiere som gis utvidete oppgaver, er formålet i litteraturstudien å avdekke effekter på kliniske utfall, kvalitet i behandlingen og kostnader. En del studier ser også på pasienters rapporterte livskvalitet, pasienttilfredshet og i hvilken grad de er fornøyd med informasjon de får. Dette oppfattes da også som viktige utfallsmål.

Utfallet for kostnader er først og fremst hvorvidt disse reduseres, men også en vurdering av kost-effekt, det vil si å se på endrete utfall i forhold til endrete kostnader.

Litteraturstudien indikerer en tvetydig konklusjon når det gjelder endrete kostnader, ved at det rapporteres omtrent like mye tilfeller av kostnadsøkninger som reduksjoner. Eksisterende faglitteratur gir heller ikke grunnlag for si at bruk av sykepleiere og ANP vil føre til bedret kostnadseffektivitet. For eksempel viser Williams, Assassa, Cooper, Turner, Shaw, Abrams, Mayne, Jagger, Matthews, Clarke, McGrother (2005) bedrete kliniske utfall ved bruk av ANP i kontinensbehandling, men også at den aktuelle behandling fører til økte kostnader. Tilsvarende viser Paez og Allen (2006) at ekstra behandling av hjertepasienter for lipid-kontroll fører til økte kostnader, men også bedre behandlingsutfall, og tiltaket blir vurdert som potensielt kostnadseffektivt.

Det rapporteres tydeligst positive utfall av ny oppgavefordeling og nye helseprofesjoner når det gjelder bedret informasjon til pasientene og i pasienttilfredshet. Når det gjelder behandlingsutfall, melder ingen av studiene om negative effekter for kliniske utfall eller for kliniske symptomer ved bruk av ANP eller utvidete oppgaver for sykepleiere. I flere tilfeller er det imidlertid ikke noen statistisk signifikante forskjeller mellom utfallene for eksperiment- og kontrollgruppene, dvs. mellom de pasienter som får ny og gjerne ekstra behandling, og de som får standard behandling av lege. Generelt er det ikke grunnlag for å si at der er positive behandlingseffekter av ny oppgavefordeling eller bruk av ANP, men heller ingen indikasjon på noen negative behandlingseffekter. Pasienter synes imidlertid å være mer fornøyd med informasjon og generelt mer tilfreds.

Vi trekker fram et par illustrerende artikler for å utdype funn. Sharples, Edmunds, Bilton, Hollingworth, Caine, Koegan og Exley (2002) ser på om bruk av ANP i poliklinisk behandling påvirker kostnader og behandlingsutfall for pasienter med KOLS. Denne randomiserte, kontrollerte studien, viste ikke noe statistisk utsagnskraftig effekt av bruk av ANP sammenliknet med lege verken på harde medisinske utfall, eller på livskvalitet. Imidlertid kan det påpekes at det var en tendens til at livskvalitet ble oppfattet som mer positiv i gruppen som fikk oppfølging av ANP enn av lege, men altså uten at det var

statistisk signifikante forskjeller. Således kan man konkludere med at behandlingskvaliteten i oppfølgingen ikke er dårligere ved bruk av ANP enn ved bruk av lege. Derimot var det klar forskjell når det gjelder ressursbruk. Selv om timekostnaden ved klinikken som hadde ANP var lavere, var de totale kostnader der høyere. Dette skyldtes rett og slett mer behandling; pasientene hadde flere konsultasjoner hos ANP-drevne sentre enn hos legene, og de fikk også skrevet ut mer antibiotika der.

Taylor, Oberle, Crutcher og Norton (2005) gjennomførte en RCT for behandling av diabetes-2-pasienter. Kontrollgruppen fikk standard behandling, mens eksperimentgruppen i tillegg fikk hjemmebesøk av en sykepleier og konsultasjoner med treningseksperter og ernæringsfysiolog (nutritionist). Her var hensikten å undersøke forskjeller i behandlingsutfall, både vurdert ved standard medisinske prøver, samt ved indikatorer for livskvalitet. Det var en viss tendens til positive effekter av den utvidete behandlingen, men det var ingen statistisk signifikante utfall som favoriserte eksperimentgruppen. Intervjuene indikerte imidlertid positiv pasientrespons.

Nordiske erfaringer med nye profesjoner og ny oppgavefordeling

Publikasjonene fra MUNROS-prosjektet omfatter ikke nordiske land utenom Norge. Vi har derfor gjennomført selvstendige søk etter rapporter, utredninger og forskning fra nordiske land om erfaringer med nye profesjoner og ny oppgavefordeling. Det finnes gjennomgående lite forskning på ny oppgavedeling, og særlig finner vi få publikasjoner om kommunal helse- og omsorgstjeneste. Våre nettbaserte søk viser flest treff på danske publikasjoner, noe som bekreftes av andre rapporter. Framstillingen av ordninger i de ulike landene vil være noe ulik fordi det i varierende grad foreligger tiltak og ordninger som er relevante og publikasjoner som beskriver disse. Danmark er gjennomgående det landet i Norden som er kommet lengst i forhold til oppgavedeling (Helsedirektoratet 2013a:62). Også i Sverige er oppgavedeling utprøvd i større grad enn i Norge, særlig i sykehus. Finland har i lengre tid prøvd ut ordninger med ANP, både i sykehus og kommunal helsetjeneste.

FINLAND

Finland har i de siste 10–15 årene gjort systematiske forsøk med ny oppgavefordeling i helsetjenestene, særlig med vekt på å utvikle ANP. Finland var det eneste av de nordiske land som var inkorporert i OECD-rapporten fra 2010, og ble regnet blant de landene der arbeidet med ANP var kommet langt, sammen med anglosaksiske land som USA, Canada, Irland, Storbritannia og Australia (Delamare og Lafortune 2010). Nettsøk på finskspråklige rapporter og publikasjoner vanskeliggjøres av språkbarrieren. Vår gjennomgang av finske erfaringer vil derfor være basert på svensk- og engelskspråklige artikler og rapporter.

I Finland startet implementering av ANP i 2004–05, i følge en artikkel bygget på en kvalitativ analyse av avansert sykepleie i Finland (Nieminen, Mannevaara og Fagerström 2011). Det ble etablert et utdanningsprogram i 2005, og et masterprogram i 2006 basert på anbefalingene til The International Council of Nurses» (ICN). Basert på intervju med kliniske sykepleiespesialister og ANP-studenter analyserte forfatterne hvilken kompetanse ANP-sykepleiere har. De konkluderte med at disse sykepleierne har avansert klinisk kompetanse

i vurdering av pasienters pleiebehov, pleierelasjoner, multiprofesjonelt samarbeid, kompetanseutvikling og ledelse. Den kliniske kompetansen gir muligheter for en ekspanderende rolle med nye muligheter for helhetlig omsorg, konkluderer de. Fagerström har sammen med kolleger utgitt flere andre arbeider som er blant få kvalitative studier av ANP i nordiske land (Fagerström 2008; Glasberg, Fagerström, Rähä og Jungerstam 2009). De ble imidlertid gjennomført i en tidlig fase av den nye sykepleierrollens utvikling i Finland. Vi vil derfor supplere beskrivelsen ved å referere hovedpunkt i en ny presentasjon av den finske ANP-ordningen, lagt fram i forbindelse med en konferanse i Oslo i 2013.

Finske forsøk med avansert sykepleie ble fremmet gjennom nasjonale sosial- og helsepolitiske program og satt på myndighetenes dagsorden tidlig på 2000-tallet. Det ble også gitt statlig støtte til kommunale pilotprosjekt. Forsøkene ble evaluert og er fulgt opp med lovendringer og etablering av nye utdanningsløp. Tiltakene har vært basert på tverrprofesjonelle partnerskap og flernivåsamarbeid, så vel som internasjonalt samarbeid (Vallimies-Patomäki 2013a). Arbeidet startet med et nasjonalt helseprosjekt i perioden 2002–2007, og ble fulgt opp gjennom en nasjonal utviklingsplan for sosial og helsetjenesten 2008–11. Sistnevnte plan tok sikte på å utvikle avanserte sykepleierroller og forberedelse av lovendringer. Arbeidet følges opp i nasjonalt utviklingsprogram for helsetjenesten 2012–15 (National Development Programme for Social Welfare and Health Care (Kaste): http://www.stm.fi/en/strategies_and_programmes/kaste).

Endringene i profesjonelle roller og relasjoner mellom lege og sykepleier i Finland omfatter både primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. I primærhelsetjenesten ble det etablert et system der fastlege og fastsykepleier arbeider parvis. Sykepleier har overtatt ansvar for konsultasjoner når det gjelder bestemte akutte helseproblemer og ikke-smittsomme kroniske sykdommer, og fungerer som casemanager for pasienter med komplekse kroniske lidelser. For å støtte opp om sykepleiernes nye oppgaver er det etablert nye utdanninger på post-graduate-nivå, nye formelle retningslinjer samt et system der sykepleieren gis mulighet for å konsultere en lege. Sykepleiere har gjennom avtaler fått rett til å gi kortere sykemelding og utstede noen former for helseerklæringer. Helsetjenesteloven av 2010 inkluderer sykepleiere blant helsepersonell som kan vurdere behandlingsbehov i kommunal helsetjeneste, og gir adgang for sykepleiere til å foreskrive utvalgte legemidler. Dette skal sikre bedre tilgang til tjenester, bedre utnyttelse av sykepleierkompetansen og fleksibilitet i tjenestene. Sykepleiere gis utdanning i legemiddelforeskriving ved seks høyere læresteder. Det er etablert et system for å ivareta pasientsikkerhet, med registrering og identifikasjonsnummer som tildeles av den nasjonale autorisasjonsinstansen for velferd- og helse, og forsøkene skal evalueres.

SVERIGE

I Sverige har man gjort forsøk med utdanning av såkalte kliniske ekspertsykepleiere. En rapport fra OECD i 2013 oppfordret til utvikling av nye profesjonelle roller, særlig for å oppnå bedre koordinering av tjenester (OECD 2013a). Rådene omfatter også styrket rekruttering og utvikling av bedre utdanning og opplæring av personell i primærhelsetjenesten for å sikre at de er i stand til å ivareta en aldrende befolkning.

Den første utdanningen i avansert klinisk sykepleie på masternivå ble etablert i Skovde i 2003, og skulle sette sykepleiere i stand til å utføre en del tradisjonelle legeoppgaver (Sheer og Wong (2008); OECD 2013b). Utdanningen var imidlertid begrenset til en håndfull kandidater, og ble lagt ned i 2008. De siste årene har man planlagt å starte opp nye slike utdanninger. Det finnes i Sverige utdanninger som gir sykepleiere fordypning innenfor en rekke områder, som anestesi, kirurgi, intensivsykepleie, medisinsk sykepleie, barn og unge og psykiatri. Det er også gjort en rekke forsøk med endring i oppgavefordeling mellom lege og sykepleier i sykehus i Sverige, særlig når det gjelder pasienttilfredshet i polikliniske konsultasjoner og oppfølginger (Helsedirektoratet 2013a).

Strømberg (2004) har undersøkt erfaringene med sykepleierledete klinikker for pasienter med hjertefeil. Her er konklusjonen bedring i pasienters overlevelsesrate og egenomsorg der sykepleiere med spesialkompetanse gir pasientopplæring, behandling og sosial støtte. Slike forsøk anbefales utprøvd i andre land, men det understrekes at behandlingen må organiseres i forhold til ulike pasientbehov og helsesystemer, og bedret formell kompetanse og faglige nettverk for de involverte sykepleierne er en forutsetning for å lykkes.

Thörnqvist (2012) gjennomførte en forskningsoversikt som omfatter 19 internasjonale artikler om sykepleieransvar for endoskopiske undersøkelser. Studien viser at pasienttilfredsheten er god og at mange pasienter foretrekker at sykepleiere utfører dette. Undersøkelsene har god kvalitet og høy pasientsikkerhet, og det bidrar til å forkorte ventetiden at sykepleiere kan utføre denne oppgaven.

Koinberg, Fridlund, Engholm og Holmberg (2004) studerte i en randomisert, kontrollert studie hvordan sykepleierledet oppfølging av brystkreftpasienter virket sammenlignet med oppfølging ledet av leger, når det gjaldt pasientenes helse, tilfredshet, tilgang til medisinsk behandling og sikkerhet. Undersøkelsen ble foretatt i to svenske sykehus. Studien indikerer at oppfølging av kvinner med brystkreft utført av en spesialistsykepleier kan gi høy pasienttilfredshet og god medisinsk sikkerhet.

Strand, Nygren, Bergkvist og Smedh (2011) utførte en randomisert studie med mål om å sammenligne pasienttilfredshet, ressursbruk og medisinsk sikkerhet for pasienter operert for endetarmkreft når de ble fulgt opp enten av en kirurg eller en sykepleier. Pasientene var like fornøyd i begge grupper. Totale kostnader viste ingen forskjell, og det ble ikke målt utslag på sikkerhet. Forskerne anbefalte dermed sykepleieroppfølging av denne pasientgruppen.

Nye internasjonale rapporter tar som nevnt opp spørsmål relatert til ny oppgavefordeling og nye profesjoner i Sverige. OECD har i sin rapport fra 2013 foreslått at Sverige innfører bredere system med kvalitetsindikatorer for å møte dagens utfordringer i helsetjenesten (OECD 2013a). Styrket koordinering og integrering av tjenester og kontinuerlig innovasjon og utveksling av læringserfaringer er nødvendig for primærhelsetjenesten. OECD foreslår at leger og sykepleieres kompetanse styrkes og sikres nødvendig kvalitet for å håndtere forebygging og koordinerte tjenester til en aldrende befolkning. Nye profesjonelle roller som avansert sykepleie anbefales utviklet. Det påpekes at ordninger for kvalitetssikring og sentralt definerte standarder for å lisensiere profesjonsutøvere og akkreditere eller inspisere tjenesteutøvelsen er under utvikling i

Norge, Danmark og Storbritannia. OECD mener også at Sverige bør vurdere mer formelle systemer for å vurdere individuelle profesjonsutøveres kompetanse.

DANMARK

Som for Sverige og Finland har vi søkt etter vitenskapelige og andre publikasjoner som omhandler nye profesjoner og ny oppgavefordeling mellom personellgrupper. Vi vil påpeke at det ikke alltid skilles klart mellom oppgavefordeling mellom personellgrupper og oppgavefordeling mellom nivå, sektorer eller institusjoner i de danske publikasjonene. Det vi i Norge betegner som ny oppgavefordeling betegnes med flere ulike begrep i Danmark. Ved søking på begreper som «oppgaveglidning», «oppgaveflytning», «oppgavevaretagelse», får man opp publikasjoner om både oppgavefordeling mellom personellgrupper og mellom nivå eller sektorer. I Danmark ser det også ut til at begrepene benyttes slik at noen samlebegrep kan omfatte en rekke tiltak, der oppgavefordeling mellom personellgrupper inngår som ett av flere virkemidler. Mange av eksemplene søkt opp via slike begreper omhandler forskyvning mellom enheter og nivå snarere enn personellgrupper. Tilsvarende gir søk på «fleksibel arbeidstilrettelæggelse» en del treff som angår arbeidstidsbestemmelser, men også det vi i vår rapport har betegnet som oppgavefordeling mellom personellgrupper. Dette indikerer at oppgavefordeling som virkemiddel inngår i ulike kontekstuelle sammenhenger i ulike land, og fremmes politisk i relasjon til ulike problemstillinger og prosesser.

I Danmark har man gjort forsøk med utvidelse av sykepleierrollen og potensialet for mer fleksibel oppgavefordeling har vært på dagsorden nasjonalt de siste årene. Arbeidet omfatter også kommunal helsetjeneste og tjenester for eldre, men her gjenstår det fortsatt en større innsats for å etablere utdanning for nye profesjoner som kliniske ekspertsykepleiere (OECD 2013a). Denne OECD-rapporten påpeker behov for nye roller for helsepersonell for å møte endringene i helsetjenestene. Rapporten foreslår at dansk allmennlegetjeneste moderniseres gjennom spredning av erfaring med nye integrerte tjenestemodeller og gruppebaserte praksisformer i allmennlegetjenestene. Videre anbefales det at både leger og sykepleiere i større grad utvikler spesialkompetanse. Det foreslås pilotstudier av avanserte sykepleierroller i dansk primærhelsetjeneste, særlig for å håndtere koordinering av tjenester til pasienter med langvarige og sammensatte behov.

Effektiv tilrettelegging av arbeid i sykehus

Det foreligger en del forskningsrapporter og vitenskapelige publikasjoner som omhandler erfaringer med oppgavefordeling i sykehussektoren i Danmark. Noen av disse har relevans for denne rapporten. Lauridsen og medforfattere (Lauridsen, Lefere, Gerke, Hageman, Karstoft og Gryspeerdt 2013) har sammenlignet radiologer og radiografers diagnostisering. De fant at radiografer med opplæring i den aktuelle diagnostiske metoden utviklet sensitivitet i forhold til å avdekke polypper på linje med erfarne radiologer. Hovedbudskapet er at radiografene oppnådde diagnostisk nøyaktighet på linje med erfarne radiologer. Radiologer er likevel nødvendig for å evaluere funn.

Sørensen gjennomførte en etnografisk undersøkelse av operasjonssykepleieres virksomhet i et dansk sykehus (Sørensen 2012). Dette er en av svært få studier av

profesjonell arbeidsdeling i sykehus basert på denne typen materiale. I tillegg til observasjoner er det gjort en litteraturstudie om operasjonssykepleie og operasjonsteknikere. Studien påpeker at samarbeid i kirurgiske team preges av tilpasning, underordning eller samordning, og påvirkes av fysiske og materielle rammer, teamorganisering og ansvarsfordeling samt dynamiske faktorer som personlig kjemi, kjønn og profesjon.

Også myndighetene i Danmark har det siste tiåret arbeidet for å endre arbeids- og oppgavefordeling i sykehusene. En rapport i 2002 fra Indenrigs- og Sundhedsministerens rådgivende udvalg satte fokus på barrierer for en mer effektiv tilretteleggelse av arbeidet i danske sykehus.⁴ Av de 16 forslagene for å bedre utnyttelsen av arbeidstiden utvalget kom fram til, var også «Mere hensigtsmæssig opgavefordeling på tværs af faggrupper». På dette området anbefalte arbeidsgruppen tiltak for ulike personellgrupper. Hovedkonklusjonen var at de eksisterende overenskomstenes arbeidstidsregler og mulighetene som allerede fantes for lokale avtaler ga betydelige muligheter for mer fleksibel og effektiv tilretteleggelse av arbeidet. De viktigste barrierene lå i myter om begrensninger i regelverk, lokale tradisjoner, holdninger, kultur og manglende lederfokus. Man anbefalte at arbeidet ble sikret solid lederforankring og dialog med medarbeiderne. Det ble foreslått et utdanningsprogram for ledere på alle nivå i sykehuset. Samtidig ble det påpekt at medarbeiderne og kultur, normer og vaner i organisasjonen var avgjørende for å oppnå organisatorisk endring.

Styrking av rekruttering i sunnhetsvesenet og eldreområdet

Vi har ikke funnet vitenskapelige publikasjoner eller rapporter som evaluerer forsøk med ny oppgavefordeling i kommunale helse- og omsorgstjenester i Danmark. Imidlertid foreligger det en del rapporter som tar opp spørsmålet i forbindelse med arbeidet for å styrke rekrutteringen i offentlig sektor.

I 2007 samarbeidet en rekke myndighetsaktører, arbeidslivsorganisasjoner med Kommunernes Landsforbund (KL) og Danske regioner om et initiativ for å styrke rekruttering av medarbeidere i offentlig sektor. Man satte ned en såkalt task-force for «Fleksibel opgavevaretagelse, glidende faggrænser og mer hensigtsmæssig arbejdstilretteleggelse» (KL 2009). Målet var å oppnå en felles forståelse av hvordan medarbeideres kompetanse kan utnyttes best mulig og å spre mer systematisk gode erfaringer med arbeidsdeling i sunnhetsvesenet og på eldreområdet. Bakgrunnen for dette arbeidet var styrket nasjonal oppmerksomhet på fleksibel oppgavefordeling og dreining av kommunal tjenesteyting i retning av helsetjeneste. Dette igjen skyldes både overføring av oppgaver fra regionene til kommunene, og økt kommunalt ansvar gjennom blant annet kommunal medfinansiering av helsetjenester. Arbeidet tok også utgangspunkt i mangel på arbeidskraft og behovet for mer fleksible tjenester for å kvalitetssikre tjenestene ut fra LEON-prinsippet.

Det ble utarbeidet et inspirasjons- og strateginotat med eksempler på god praksis på eldre- og sunnhetsområdet, på basis av analyse av oppgaveglidning mellom nivå,

⁴ [www.hosp.dk/direktion.nsf/pics/100dagesRapport.pdf/\\$FILE/100dages](http://www.hosp.dk/direktion.nsf/pics/100dagesRapport.pdf/$FILE/100dages).

oppgaveflytning mellom faggrupper og arbeidsgangsanalyser (KL 2009). Det ble videre valgt ut 20 eksempler til en egen inspirasjonskatalog, som skulle dekke flest mulig faggrupper og geografiske områder, delt inn i seks overordnede tema (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2009):

1. Overordnet strategisk oppgaveflytting

Dette innebærer oppgavefordeling som politisk- eller ledelsesverktøy, via strategisk gjennomgang av oppgaveportefølje og arbeidsprosesser. Strategien må være meningsfylt for medarbeiderne og arbeidsplassen. Dette kan også omfatte overflytting av oppgaver fra ansatte til pårørende eller pasienter. Eksemplene her er hentet fra så vel sykehus som Fredericiamodellen som tar sikte på å endre strukturen i tilbudet til eldre og hjelpetrequende i kommunen.

2. Fleksibel oppgaveivaretagelse ved sektoroverganger

Dette innebærer koordinering av innsatsen i overgang mellom nivå, for eksempel fra sykehus til hjemkommune for pasientene, altså på tvers av myndigheter og sektorer. Det kan skje via tverrgående team eller koordinatorroller.

3. Fleksibel oppgaveivaretagelse i tverrfaglige team

Komplementerende kompetanse og roller kan gi læring og øke samlet kompetanse og nytenkning, forutsetningen er klart definerte oppgaver via formalisering av arbeidsprosesser og oppgaver. Tillit og kunnskap om hverandres oppgaver og kompetanse er nødvendig.

4. Teknologisk understøttelse av oppgaveflytting

Innføring av ny teknologi krever at man gjennomgår hvem som har rett kompetanse, og om det kreves ny opplæring.

5. Oppgaveflytting til medarbeidere på lavere spesialiseringsnivå (LEON)

Dette kan ha flere formål, som å skape faglige utfordringer og løse rekrutteringsproblemer. Det understrekes at dette forutsetter utdanning og opplæring for å skape trygghet og tillit. Det kan også kreve utførlig beskrivelse av oppgavene som skal flyttes og de faglige forutsetninger for dette. I Danmark krever autorisasjonsbestemmelsene at bare autorisert personell kan utføre oppgaver selvstendig. Regler om bruk av medhjelpere tilsier likevel at oppgaven kan delegeres. En veiledning presiserer mulighetene for dette.

6. Flytting av administrative oppgaver til administrative medarbeidere

Dette handler om å avlaste høyt utdannet personell for administrative oppgaver for å ivareta kjerneoppgavene.

Prosesen i Danmark tar utgangspunkt i framtidige knappe personellressurser for å løse komplekse utfordringer i kommunene, særlig på eldreområdet. Fleksibel oppgaveivaretagelse er et bredt begrep som er ment å dekke alle former for tiltak og prosesser knyttet til oppgavefordeling, -forflytning, teamorganisering, arbeidsdeling osv.

Fleksibilitet og ny fordeling av oppgaver ses som ledd i arbeidet for å sikre rekruttering og stabilt personale, ved at opplæring og fleksibel tilrettelegging gjør arbeidet mer faglig spennende og attraktivt.

Når det gjelder iverksetting, vektlegger man at dette må være et felles fokus for politiske og faglige ledere. Medvirkning fra personellgrupper og formidling av prosjektene er sentralt for å oppnå en effektiv implementering av nye ordninger. Det framheves også at fokus på pasientforløp, faglig kvalitet og tverrfaglighet i tjenesteorganiseringen kan gi økt fleksibilitet og muligheter for ny oppgavefordeling. Både spesialisering, generalistkompetanse og samarbeid er nødvendig for å oppnå fleksibilitet i tjenestene. Man understreker at arbeidsgiver må ha oversikt over kompetanse og behov, og planer for læring, rekruttering og oppgavefordeling må ses i sammenheng.

Eksempler på fleksibel tilrettelegging som impliserer ny oppgavefordeling mellom personellgrupper

Eksempelsamlingen vektlegger tjenesteinnovasjon og samhandling mellom nivå mer enn oppgavefordeling mellom personellgrupper som element i tjenesteorganiseringen. Temaet ny oppgavefordeling mellom personellgrupper er mest eksplisitt i omtalen av Fredericiamodellens satsing på tidlig forebygging og hverdagsrehabilitering. Det er derfor relevant å se nærmere på erfaringene med denne modellen. Hverdagsrehabilitering betegner en rehabiliterende og forebyggende innsats i brukers eget hjem, med vekt på brukers ønsker for egen hverdag. Ideen har røtter i forsøk gjennomført i svenske og danske kommuner tidlig på 2000-tallet. Gjennom målstyrt, tidsavgrenset og tverrfaglig rehabilitering skal man sikre bedret funksjon og deltakelse, verdighet og mestring. Den danske modellen fra Fredericia er evaluert av Dansk Sundhedsinstitutt i flere publikasjoner. De aller fleste danske kommuner har nå igangsatt hverdagsrehabilitering i ulike former. Det er store variasjoner i organisering.⁵

Det er foreløpig modellen fra Fredericia som er dokumentert gjennom forskning, og derfor danner den grunnlag for forsøk også i Norge. Evalueringsrapportene vektlegger at hverdagsrehabilitering krever holdningsendring hos de involverte. Suksesskriteriene er at modellen må ha støtte både politisk, administrativt og gjennom faglig ledelse. Det kreves tydelige prosjektplaner og strategier, samt ressurser til kompetanseutvikling. Det må etableres egne team som har en felles base. Kartlegging av brukers ønsker om mestring legges til grunn, og innsatsen dokumenteres (Kjellberg, Ibsen og Kjellberg 2011). Hverdagsrehabilitering innebærer tverrfaglig samarbeid og endring i arbeidsdelingen mellom personellgruppene. Ergoterapeuter er sentrale personellgrupper, sammen med fysioterapeuter, sykepleiere og såkalte hjemmetrenere. I denne modellen er det særlig vekten på veilederrollen til ergo- og fysioterapeuter samt overgangen fra hjemmehjelp til hjemmetrening som innebærer ny oppgavefordeling mellom personellgrupper (Laberg og Ness 2012). Evalueringer av ordningen påpeker utfordringer knyttet til knyttet til avklaring av roller og oppgaver mellom personellgrupper for at modellen skal fungere (Kjellberg

⁵ <http://fysio.dk/org/nyheder/Det-er-ikke-sa-nemnt-som-det-lod/>.

2011, Kjellberg, Kjellberg, Ibsen og Christensen 2012). Det anbefales klare roller i veldefinerte team samt tydelig faglig ledelse.

Også ordninger med sykepleiere i koordinatorstillinger for å styrke helhetlige pasientforløp og etablering av team som tar ansvar for akutt oppgaver i hjemmetjenestene kan implisere ny fordeling av oppgaver mellom personellgrupper. Vi vil i analysen av materiale fra utvalgte norske kommuner se på erfaringer med slike former for oppgavefordeling.

Oppsummering

Kunnskaps gjennomgangen viser at ordninger med nye profesjoner, særlig utvidete roller for sykepleiere, og ny oppgavefordeling mellom personellgrupper er etablert i mange land de seinere årene. Begrunnelsene er å minske rekrutteringsproblemer, utnytte arbeidskraften mer effektivt, og sikre bedre tjenester. Det har i økende grad skjedd en formalisering av ny oppgavefordeling. Samtidig varierer praktisk rolleutforming og selvstendigheten til de nye profesjonene både mellom land og mellom ulike tjenester i samme land. De internasjonale rapportene viser at det er kontekstavhengig hvordan utvidete sykepleierroller er utviklet og hvordan yrkesrollene er utformet. Vi merker oss Buchan og Del Poz sin påpekning av at overføring av oppgaver mellom personell er ett virkemiddel blant flere, og at erfaringer ikke alltid kan overføres mellom land, på grunn av ulikhet i lovverk, ressurser, arbeidskultur og praksis (Buchan og Del Poz 2002). Dette er i tråd med profesjonsteoretiske analyser som understreker det kontekstuelle og varierte i utformingen av yrkesroller og -relasjoner mellom land og over tid (Abbott 1988; Perkin 1989; Torstendahl og Burrage 1990; Heiret og Ludvigsen 2012).

De internasjonale rapportene har fremst belyst forsøk med nye profesjoner og endring i arbeidsdeling i grenselandet mellom leger og sykepleiere og viser at utvidete oppgaver for sykepleiere, som ANP, kan gi positive effekter når det gjelder pasienttilfredshet med behandling og informasjon. I følge foreløpige rapporter fra det pågående EU-finansierte MUNROS-prosjektet er det ikke påvist negative effekter på behandlingsutfall, og det kan også være kostnadseffektivt med ny oppgavefordeling, som for eksempel ANP. Det er imidlertid viktig å understreke begrensningene ved funnene. Det finnes studier som viser positive effekter, men det er ikke nok til å generalisere, og resultatene er heller ikke helt entydige.

I de nordiske land er det etablert ordninger med avansert sykepleie, både i Sverige, Finland og Danmark har man gjort forsøk med utdanninger og nye yrkesroller. Det finnes en del studier av forsøk med ny oppgavefordeling i spesialisthelsetjenesten, færre publikasjoner omhandler slike forsøk i kommunal helsetjeneste. Vi ser variasjon i hvilke tiltak man har etablert for ny oppgavefordeling, og hvordan dette er formalisert. Flere rapporter understreker at mer omfattende forslag til ny oppgavefordeling mellom yrkesgrupper har vært kontroversielle og har skapt en del motstand hos profesjonsforeninger og fagpersoner i maktposisjoner.

Vi har lagt spesiell vekt på funn fra danske rapporter som tar sikte på å inspirere til økt bruk av oppgavefordeling i kommunal helsetjeneste og i tjenester for eldre, fordi dette er mest relevant for vår studie. Som vi vil se senere i rapporten, har norske organisasjoner og

kommuner vært inspirert av forsøkene i Danmark de siste årene. Den danske rapporten om fleksibel tilrettelegging av arbeid gir råd om hvordan mer fleksibel ivaretagelse av oppgaver, som oppgaveforflytning, teamorganisering og arbeidsdeling, kan oppnås. Rådene som gis er langt på vei i tråd med faktorene som framholdes i andre internasjonale rapporter, og framhever betydningen av ledelse, medvirkning, samarbeid, fleksibel tjenesteorganisering, og planlegging for kompetanse og opplæring.

Kap. 5: Kunnskapsoversikt om ny oppgavefordeling i Norge

Innledning

Ny oppgavefordeling og utvikling av nye profesjoner har fått økt oppmerksomhet internasjonalt, som virkemidler for å sikre bedre kvalitet og effektivitet i helsetjenestene. Hva skjer på dette feltet i Norge? Hvilken kunnskap finnes? Våre litteratursøk etter rapporter og studier om nye profesjoner og ny oppgavefordeling viser at det har vært rettet mindre oppmerksomhet mot temaet i Norge enn internasjonalt. Det er gjennomført få vitenskapelige studier av slike tiltak, og det har skjedd mer innen spesialisthelsetjenesten enn innen de kommunale tjenestene. Vi finner noen få forskningsrapporter, avhandlinger og masteroppgaver om relevante tema. De fleste treffene på publikasjoner om ny oppgavefordeling omfatter rapporter og publikasjoner utgitt av myndighetene og representanter for arbeidslivets organisasjoner. Vi vil her presentere hovedfunn fra publikasjonene, med vekt på eksempler på ny oppgavefordeling, erfaring med slike forsøk samt analyser av hva som skal til for å få til en bedre oppgavefordeling. Vi har særlig sett etter publikasjoner som tar opp de kommunale tjenestene. Funnt fra forsøk i spesialisthelsetjenestene peker imidlertid også på forhold som er av relevans for kommunal sektor.

Forskning om oppgavefordeling i spesialisthelsetjenesten

Noen studier har sett på forholdet mellom medisinske yrker og høyskoleutdannede yrker i spesialisthelsetjenesten. Vigeland (2010) har gjennom dokumentstudier og fokusgruppeintervjuer undersøkt synet på det han betegner jobbglidning blant radiologer, som er legespesialister innenfor fagfeltet medisinsk bildediagnostikk (røntgen). Radiologene har tradisjonelt jobbet tett sammen med yrkesgruppen radiografer, som har treårig bachelorutdanning. Radiologene opplever stor etterspørsel og sterkt arbeidspress. Samtidig ønsker radiografene nye og utvidete oppgaver, og økt akademisk status. Likevel er legene skeptiske til å la radiografene slippe til på deres enemerker. I følge Vigeland har vi å gjøre med en klassisk profesjonskonflikt: Legene ønsker prinsipielt å holde på sin jurisdiksjon til hele det diagnostiske området. De understreker viktigheten av sin egen akademiske kunnskap og setter seg selv i en særstilling blant helsepersonell med sin langvarige utdanning. De har samtidig respekt for radiografene som ansvarsfulle medarbeidere som utfører viktige oppgaver, men ser helst at de holder seg utenfor deres tradisjonelle enemerker (ibid.: 2–3). Dette betyr likevel ikke at radiologene er helt avisende til jobbglidning, men det kreves klare begrensninger og streng medisinsk kontroll. Vigeland konkluderer med at profesjonsinteresser kan ha betydning for den enkelte yrkesgruppes syn på oppgavefordeling.

I likhet med denne studien understreker en analyse av oppgavefordeling i tannhelsetjenesten at profesjonsmakt virker inn på mulighetene for å etablere ny

oppgavefordeling. Abelsen (2008) har ved hjelp av spørreskjema studert tannleger og tannpleieres syn på endring i arbeidsdeling dem i mellom, i retning av en mer omfattende bruk av tannpleiere. Studien viser at tannleger bruker opp mot to av ukens arbeidsdager til å utføre kliniske oppgaver som tannpleiere også er kvalifiserte for. Mens flertallet av tannpleierne mener at de selv bør utgjøre førstelinjen i tannhelsetjenesten, ønsker ikke tannlegene å endre på tiden de bruker på ulike kliniske arbeidsoppgaver. På denne bakgrunn konkluderes det med at det ikke vil bli større endringer i arbeidsdelingen mellom tannleger og tannpleiere:

Så lenge tannlegenes endringsønsker er marginale og det er de som bestemmer, er det liten grunn til å tro det innenfor dagens teamstruktur i tannhelsetjenesten vil skje større endringer i arbeidsdelingen (Abelsen 2008:981).

Disse to studiene synliggjør profesjonsrelaterte barrierer mot ny oppgavefordeling.

Nina Olsvolds avhandling fra 2010 analyserer sykepleieres oppgaver og ansvar i sykehus, og hvordan strukturelle og relasjonelle faktorer virker inn på organisering og utøvelse av ansvar (Olsvold 2010). Osvold studerer dette ved hjelp av deltakende observasjon og intervjuer med sykepleiere og leger. Rotfestede profesjonelle hierarkier og arbeidsmåter, samt ulik plassering i forhold til pasientene, har innflytelse på hvordan sykepleiere og leger forholder seg til eget og andres arbeid. Det innvirker også på hva de følte seg forpliktet til å ta ansvar for. Sykepleiernes ansvar i de undersøkte sengepostene kan beskrives som organisatorisk uavgrenset, i det de i tillegg til etablerte arbeidspraksiser tar ansvar for en rekke uformelt delegerte og uspesifiserte arbeidsformer. Denne fleksible yrkesrollen gir store gevinster for sykehusene, men det uavgrensede ansvaret samtidig kan virke negativt for pasientsikkerhet, effektivitet og ikke minst for anerkjennelsen av sykepleiernes bidrag i pasientbehandling og sykehusdrift. Studien viser et behov for større avklaring av sykepleiernes oppgaver versus andre personellgrupper sine oppgaver.

Det foreligger også en studie som analyserer effekten av å benytte spesialistsykepleier i sykehus, basert på et prosjekt som fikk finansiering via jobbglidningsprogrammet i Helse Midt-Norge. Koksvik, Hagen, Rodevand, Mowinkel, Kvien og Zangi (2013) er en av svært få norske studier nevnt i de internasjonale kunnskapsoppsummeringene, fordi den er basert på et randomisert, kontrollert forsøk.

Artikkelen studerer pasienttilfredshet i norske sykehus for pasienter med leddbetennelse (inflammatory arthritis) via et randomisert, kontrollert forsøk (RTC) RCT med behandling enten av lege eller spesialistsykepleier. De fant ingen forskjeller i klinisk utfall mellom de to grupper, men pasienter som ble fulgt opp av spesialistsykepleiere rapporterte høyere tilfredshet med behandlingen. Kostnadsforskjeller ble ikke analysert.

Mulighetene for ny oppgavefordeling i sykehus ble studert av Sælid i en masteroppgave fra UiO i 2013 (Sælid 2013). Oppgaven peker på at profesjonskultur, maktforhold og tradisjoner kan virke hemmende for mer fleksibel arbeidsdeling. Funnene tyder på at en teambasert struktur fremmer ny oppgavefordeling fordi man lærer av hverandre når man jobber tett, ser hvilken kompetanse de ulike besitter og det kan være lettere å stole på hverandre og gi hverandre nye oppgaver. Ikke-pasientrettet arbeid som i dag er tillagt sørvismedarbeidere, sekretær og portør og enkle rutine pregede oppgaver blir framhevet som egnete for ny arbeidsdeling.

Forskning om oppgavefordeling i kommunal helse- og omsorgstjeneste

Foreløpig foreligger det få studier av ny oppgavefordeling i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Et unntak er en rapport utført av Reichborn-Kjennerud ved Arbeidsforskningsinstituttet (AFI) på oppdrag fra Delta. Studien undersøkte mulighetene for mer hensiktsmessig oppgavedeling i skole-, barnehage- og helsesektoren (Reichborn-Kjennerud 2009). Oppdraget tok utgangspunkt i utfordringer knyttet til rekruttering av kvalifisert personell. Hensikten var ikke å komme fram til en optimal oppgavefordeling, men å stille spørsmål ved dagens oppgavefordeling i noen konkrete yrker.

Det overordnede spørsmålet var hvordan ulike grupper fagpersonell kan avlaste hverandre gjennom en bedre oppgavedeling uten økt ressursbruk. Funnene er for det første at ledere og ansatte deler interesse for å få i stand ny oppgavefordeling. Informantene ser dette som fordelaktig for kvalitet og ressursbruk. I sykehusavdelingen finner rapporten at man særlig ønsker å få til en mer hensiktsmessig fordeling av merkantile oppgaver mellom leger og helsesekretærer. Pleie- og omsorgsansatte mener de kan overta oppgaver med pasientdokumentasjon, direkte pasientkontakt og tilrettelegging for pasientene. Leger på sin side opplever større belastning med merkantile oppgaver som sekretærer tidligere utførte, og ser muligheten for at en medisinsk kontortjeneste kan overta viktige oppgaver. Medisinskfaglige kompetansekrav relatert til enkelte oppgaver gjør delegering vanskelig, men tillitsvalgte påpeker mulighetene for at helsesekretærer overtar sykepleieroppgaver. Rapporten finner interesse, behov og potensiale for ny oppgaveomfordeling, men liten tro på faktisk endring. Hindre for ny oppgavefordeling i AFI-rapporten er manglende initiativ og kjennskap til ansattes kompetanse blant ledere, maktkamp mellom profesjonene, manglende tilgang til kompetanseheving samt mangel på lønnsuttelling for økte oppgaver og ansvar (Reichborn-Kjennerud 2009:48). Informantene understreket at tiltak for kompetanseheving og omfordeling er et lederansvar.

Den planlagte samhandlingsreformen dannet utgangspunkt for en masteroppgave fra UiO i 2011 (Lie Andersen 2011). Oppgaven undersøkte potensielle virkninger av utvidet ansvar og nye oppgaver i kommunal helse- og omsorgstjeneste for pasientene, sykepleierne og deres yrkesrolle gjennom å intervjuer sykepleiere ved sykehjem i to norske kommuner. I likhet med Osvold (2010) finner Lie-Andersen at sykepleiernes ansvar og arbeidsoppgaver i praksis er uavgrensede, og at sykepleierne har eller påtar seg et totalansvar for pasientene. I forhold til oppgaveforskyving hevder hun at grensene mellom sykepleie og hjelpepleieroppgaver er tvetydige, og antyder at den holistiske tankegangen som er en del av den sykepleiefaglige opplæring kan være en av årsakene til at sykepleierne påtar seg et totalansvar for pasientene. Andersen finner også at det kan finne sted kjedereaksjoner mellom yrkesgrupper, på den måten at hjelpepleierne tar over noen av sykepleieroppgavene, og sykepleierne tar igjen over oppgaver fra legene i situasjoner med stort arbeidspress (Lie-Andersen 2011:53). Ny oppgavefordeling er altså, slik det fremstilles her, noe som «bare skjer» i praksis heller enn et intendert og institusjonalisert organisatorisk virkemiddel. For at oppgaveforskyving skal kunne fungere som et styringsverktøy, konkluderes det, må det arbeides med holdninger, prestisje og status på tvers av oppgaver og personellgrupper på sykehjemmene.

Som vi påpekte i forrige kapittel, har man i Danmark sett på tiltak knyttet til hverdagsrehabilitering i kommunene i sammenheng med ny oppgavefordeling mellom personellgrupper. Vi har derfor lett etter publikasjoner som tar opp slike tiltak i Norge. Vi har ikke funnet vitenskapelige publikasjoner om dette temaet, men det foreligger noen rapporter.

Konsulentfirmaet Rambøll evaluerte innsatsen med rehabilitering i hjemmet i seks norske kommuner på vegne av Helsedirektoratet i 2012 (Rambøll 2012). Rapporten viser at det er variasjoner mellom kommunene når det gjelder organisering og grad av tverrfaglighet. De skiller mellom tre modeller, som har implikasjoner for oppgavefordelingen: 1. Tverrfaglige rehabiliteringsteam med fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier som utfører rehabiliteringen. 2. Hjemmetrenere ansatt i kommunens hjemmetjeneste utfører rehabiliteringen under veiledning fra fagpersonell i et tverrfaglig rehabiliteringsteam. 3. Ansatte i hjemmetjenesten utfører primært rehabiliteringen, men fysioterapi og ergoterapi inngår også i tilbudet. Undersøkelsen konkluderer med at det virker hensiktsmessig å etablere et tverrfaglig team som arbeider målrettet og dedikert med tilbud om rehabilitering i hjemmet. Det påpekes også at flere kommuner har begrensede faglige og økonomiske ressurser innenfor fysio- og ergoterapitjenesten, og derfor velger å la ansatte i hjemmetjenesten utføre rehabiliteringsoppgaver. Det stilles spørsmål ved om kvaliteten på rehabiliteringen blir like god når oppgavene utføres av personell som ikke har spesifikk fagkompetanse innenfor rehabilitering.

En prosjektgruppe bestående av representanter for Norsk Ergoterapeutforbund, Norsk Fysioterapiforbund og Norsk Sykepleierforbund leverte i september 2012 en rapport som tok sikte på å forberede forsøk med hverdagsrehabilitering i kommunale omsorgstjenester. Prosjektet ble støttet økonomisk av Helse- og omsorgsdepartementet (Ness, Laberg, Haneborg, Granbo, Færevaa og Butli 2012). Prosjektet skulle stimulere norske kommuner til innsats på området, og det bygget på kunnskapsbasert praksis, særlig erfaringene fra Fredericiamodellen og evalueringene av denne (Laberg og Ness 2012).

Hverdagsrehabilitering krever tverrfaglig samarbeid der yrkesgruppene forstår og respekterer hverandres faglighet. Prosjektgruppen foreslår at man trekker inn sykepleier i tillegg til ergo/ fysioterapeut i teamene. Det er avhengig av pasientens situasjon om det er ergo/fysioterapeut eller sykepleier som fungerer som teamets «motor». Med utgangspunkt i de skandinaviske rapportene synes utfordringene knyttet til tverrfaglig samarbeid og oppgavefordeling å henge sammen med skifte fra brukerrettet virksomhet til veilederfunksjoner for fysio/ergoterapeutrollen, og overgang fra å gi praktisk hjelp til å fremme rehabilitering knyttet til egenmestring og trening.

Nye profesjoner i Norge

I en ny rapport fra OECD oppfordres norske myndigheter til forsøk med nye profesjoner for å sikre bedre flyt og koordinering av helsetjenester (OECD 2014). Når det gjelder forsøk med nye profesjoner som ANP er det svært begrensede litteraturrett på norsk. De fleste publikasjonene på norsk omhandler forsøk med nye måter å fordele oppgaver på mellom eksisterende profesjoner, men vi finner noen få publikasjoner som tar opp initiativ knyttet til ANP, som på norsk har blitt kalt både klinisk ekspertsykepleier og avansert sykepleier.

Hauge, Hestetun og Kirkevoll (2011) presenterer i en artikkel i Geriatrisk sykepleie hva ordningen med avansert sykepleie innebærer, og hvorfor dette kan være relevant. De beskriver planene for et masterstudium i avansert geriatrik sykepleie (AGS) ved Universitetet i Oslo med finansiell støtte til hver studieplass fra Norsk sykepleierforbund. Artikkelen understreker at dette er Norges første utdanning som er basert på internasjonale krav til «Nurse Practitioner»-utdanning, og er rettet mot arbeid med eldre i kommunehelsetjenesten. Den avanserte geriatrike sykepleieren skal kunne gjennomføre systematiske kartlegginger av eldre menneskers helsetilstand, funksjon og egenomsorgsevne, samt ha kunnskap og ferdigheter i å utrede vanlige helseplager hos eldre (Hauge, Hestetun og Kirkevoll 2011).

Utdanningen skal kvalifisere til en selvstendig sykepleierrolle. AGS skal ha utvidet kompetanse til å følge opp den medisinske behandlingen, og koordinere sammenhengende helsehjelp. Man har lagt seg tett opp til internasjonale krav for å få tittelen «Nurse Practitioner». Artikkelen understreker at avanserte sykepleiere har utdanning på masternivå, men at yrkesrollen og utdanningen varierer mellom land. ANP kan arbeide både i legesentre, i poliklinikker og i hjemmebasert omsorg og sykehjem (sistnevnte for eksempel i Canada). Avanserte sykepleiere skal kunne ivareta utvidete funksjoner og ansvar i forhold til en vanlig sykepleier. Kliniske vurderinger er sentrale og en viktig del av utdanningen. Felles er også ofte retten til å henvise pasientene og en begrenset forskrivningsrett for legemidler, slik som for eksempel i Finland.

Utdanningen i AGS ble etablert ved Universitetet i Oslo i 2012.⁶ Vi har ikke funnet publikasjoner som evaluerer denne og andre høyskoleutdanninger som benytter betegnelsen avansert sykepleie.

Offentlige rapporter og utredninger

Den internasjonale interessen for ny oppgavefordeling tas også opp av norske myndigheter, i utredninger og rapporter og i sentrale policydokumenter for helse- og omsorgssektoren. Helse- og omsorgsdepartementet har siden 2008 tatt opp spørsmålet om ny oppgavefordeling i spesialisthelsetjenesten gjennom bestilling av rapporter om emnet. På oppdrag fra departementet la Helsedirektoratet i 2009 fram en rapport om utnyttning av arbeidskraft i helsesektoren, med vekt på spesialisthelsetjenesten. En nasjonal arbeidsgruppe så på tiltak for å sikre rekruttering og foreslo ny arbeidsdeling og tilpasning av utdanningskapasiteten som virkemidler for å sikre innenlandsk rekruttering og bedre utnyttelsen av arbeidskraften. Rapporten var begrunnet med WHO sitt arbeid for å løse globale utfordringer knyttet til rekruttering av helsepersonell, og viser til internasjonale erfaringer med endring i oppgavefordeling mellom personellgrupper.

Rapporten argumenterer for at arbeidsdelingen mellom ulike personellgrupper kan endres, slik at grupper som det vil oppstå mangel på, kan erstattes av andre grupper med tilgrensende eller overlappende kompetanse. Bakgrunnen er sykehussektorens behov for spesialkompetanse, mangel på personell og fokus på pasientforløp. Rapportens analyse

⁶ <http://www.uio.no/studier/program/geriatrik-sykepleie-master/>

legger til grunn at det vil oppstå et betydelig underskudd på pleie- og omsorgspersonell i 2030., særlig blant helsefagarbeidere, og også sykepleiere (Helsedirektoratet 2009). Helsedirektoratet foreslår at bedre utnyttelse og forskyvning av yrkesroller med tilhørende arbeidsoppgaver kan øke produktiviteten til den eksisterende arbeidskraften.

Rapporten konkluderer med at forskyvning av yrkesroller vil være mindre relevant for å avhjelpe framtidens helsepersonellbehov i Norge enn i andre land, på grunn av særtrekk ved tilgangen på helsepersonell. Ny oppgavefordeling vil derfor ikke bidra til å frigjøre de riktige personellressursene, påpekes det. De største rekrutteringsutfordringene er ventet for helsefagarbeidere og sykepleiere, og det manglende tilfanget av disse gruppene vil vanskeliggjøre at for eksempel sykepleiere overtar legeoppgaver. Forventet mangel på leger i framtiden vil etter alt å dømme bli mindre enn mangelen på sykepleiere. Like fullt argumenteres det for at det kan være riktig å utrede muligheter og potensiale for oppgaveforskyvning også i Norge, for å sikre optimal utnyttelse av personellressurser. Internasjonale erfaringer viser at et mer fleksibelt system i økende grad blir regnet som nødvendig for å sikre framtidige helsetjenester til befolkningen, og eventuelle nye roller og oppgaver bør institusjonaliseres, for eksempel ved at det blir gjort nødvendige tilpasninger i lovgivningen, utdanningssystemet og finansiering av aktiviteter. Slike tilpasninger kan bidra til en tydeliggjøring av roller, kompetanse og ansvar i forhold til andre profesjonsgrupper (Helsedirektoratet 2009:46).

Nye initiativ til å utrede erfaringer med det som nå ble betegnet som endret oppgavedeling ble tatt i 2013. Helsedirektoratet fikk i oppdrag å undersøke oppgavedeling mellom utvalgte personellgrupper i spesialisthelsetjenesten. Nasjonalt Kunnskapscenter for helsetjenesten skulle oppsummere effekter av oppgavefordeling blant ansatte i sykehus innen seks utvalgte områder, og vurdere kvaliteten av dokumentasjonen for resultatene (Forsetlund et al. 2013). Rapporten påpekte at forskningen på feltet oppgaveglidning framstår som lite systematisk og mangelfull og finner kun nok informasjon til å undersøke to av de seks planlagte temaene. For de to områdene med relevante kunnskapsoppsummeringer, innen endoskopi og behandling av pasienter i poliklinikker, finner man ingen viktige forskjeller i pasientsikkerheten der det er mulig å måle (ibid.). For enkelte områder innen pasientsikkerhet, er det ikke mulig å fange opp eventuelle forskjeller, så noen av spørsmålene står ubesvart.

Helsedirektoratet oppsummerte også funn fra en undersøkelse av hvordan Finland, Danmark, Sverige og Norge står i forhold til hverandre på feltet oppgavedeling, og hvilke muligheter og utfordringer oppgavedeling – som et organisatorisk grep – skaper på avgrensede områder innen spesialisthelsetjenesten, «Inntrykket er at man i stor grad tar utgangspunkt i de personalressursene man har og fordeler oppgaver best mulig mellom disse. Opplæring for å kunne utføre nye oppgaver gis i henhold til behov (...)» (Helsedirektoratet 2013a: 10–11). Rapporten påpeker også at kamp mellom profesjoner er en av grunnene til at de nordiske landene ikke har gjort mer for å skape ny oppgavedeling. Del tre av oppdraget er en utredning av om endret oppgavedeling på de spesifiserte områdene kan gi redusert ventetid og mer effektiv pasientbehandling (Helsedirektoratet 2013b). Denne rapporten er en situasjonsbeskrivelse fra noen klinikker og helseforetak og bekrefter at få forsøk og prosjekt har blitt evaluert skriftlig, det foreligger få effektmålinger.

Erfaringene som oppsummeres viser at endret oppgavedeling kan gi kortere ventetid og bedre pasientbehandling, men dette er altså ikke foreløpig vitenskapelig bekreftet.

Rapporten fra Helsedirektoratet viser at det er satt i gang forsøk med ny oppgavefordeling mellom ulike personellgrupper de siste årene i norske sykehus. Materialet her var spørreundersøkelse sendt til klinikkledere innen alle fire helseforetak samt intervju med miljøer som har erfaring med endret oppgavefordeling. Rapporten viser at oppgavefordeling i første rekke foregår i poliklinisk virksomhet. I stor grad handler eksemplene om overføring av oppgaver fra lege til sykepleier og fysioterapeut. Det gis også eksempler på overføring av merkantile oppgaver fra leger til helsesekretærer, og fra spesialsykepleiere til sykepleiere og hjelpepleiere. Undersøkelsen til Helsedirektoratet viser at prosessene er godt planlagt og basert på kompetanseheving, som regel i form av intern opplæring. Bakgrunnen for tiltakene er som regel kapasitetsproblem i form av rekrutteringsutfordringer eller økt etterspørsel. Informantene rapporterer bedre flyt og effektivitet samt større jobbtilfredshet knyttet til overføringene. Man framhever at god forankring i ledelsen er en forutsetning for å lykkes, og at motstand fra fagforeninger og fagpersoner kan være en viktig barriere for endring i oppgavefordeling.

Oslo Universitetssykehus har hatt flere forsøk, særlig på områdene radiologi og patologi. Her arbeides det også med ny oppgavefordeling mellom leger og helsesekretærer. Lovisenberg diakonale sykehus i Oslo har satset på utprøving av ny oppgavefordeling mellom personellgrupper på en rekke kliniske områder. Et viktig element i forsøkene her er å løfte personellgrupper med lavest utdannelse, men foreløpig foreligger det ikke skriftlige publikasjoner (Helsedirektoratet 2013a; <http://nsh.no/script/view.aspx?id=385>).

I Helse Midt-Norge har man de siste årene bevilget midler til forsøk med såkalt «jobbglidning». Midlene gis til prosjekt som initieres i den enkelte avdeling for å prøve ut nye former for oppgavefordeling. Noen av prosjektene er samarbeidsprosjekt mellom helseforetak og kommunal helsetjeneste. Helseforetaket har også jobbglidning som et tydelig søkeord på sine nettsider, og lenker til alle prosjekt er offentliggjort der (<http://www.helsemidt.no/no/Aktuelt/Tema/Jobbglidning/125416/>). Prosjektene er rapportert til helseforetaket, men få er publisert i form av vitenskapelige studier. Et unntak her er rapporten til Koksvik et al. fra 2013, som er omtalt over. Helsedirektoratet nevner også at Universitetssykehuset i Nord-Norge driver med oppgaveglidningsprosjekt. Her har arbeidet vært knyttet til sykepleierroller i anestesi og operasjon, og overføring av operasjonssykepleieres oppgaver til vanlige sykepleiere og assistenter. Man arbeider også med det faglige grunnlaget for oppgaveglidning for å sikre ansvar, kvalitet og opplæring.

Publikasjoner fra arbeidslivets organisasjoner

Flere av treffene når det gjelder ny oppgavefordeling relaterer seg til rapporter fra norske arbeidslivsaktører. Norske arbeidslivsorganisasjoner har engasjert seg i spørsmålet om oppgavefordeling, flere av dem med utgangspunkt i internasjonalt samarbeid.

Fagforbundet Delta organiserer flere store personellgrupper i kommunal helse- og omsorgstjeneste, og rapporten AFI gjennomførte på vegne av organisasjonen i 2009 er en av de få som undersøker erfaringer med oppgavefordeling i kommunal tjenesteyting. Vi har

omtalt denne tidligere i kapitlet. Delta har etablert en temanettside om hensiktsmessig oppgavedeling (<http://delta.no/samfunn-og-arbeidsliv/kvalitet/oppgavedeling>).

Norsk Sykepleierforbund (NSF) har vært engasjert i flere EU-initiativ knyttet til den forventede framtidige helsepersonellkrisen. NSF har i likhet med legene synspunkt på begrepsbruken knyttet til nye oppgavefordelinger. Mens «oppgaveglidning» lett kan bli oppfattet som noe passivt, noe som bare skjer, vil begreper som «ansvars- og oppgavefordeling» være mer aktive, og dessuten mer dekkende for det som skjer både innenfor spesialist- og kommunehelsetjenesten (Norsk Sykepleierforbund, 2013). I 2012 leverte Brusselkontoret AS en rapport til NSF som belyste endringene i europeisk helsevesen, med vekt på nye oppgaver og roller for helsepersonell. Rapporten beskriver relevante tiltak, og relevant nyere politikktutvikling i EU, og blant et utvalg av land (Danmark, Finland, Norge, Storbritannia, Spania, Sveits, Canada, USA). Rapporten identifiserer felles utfordringer, men ulik praksis. Den setter hovedfokus på sykepleiernes rolle i forsøk med ny oppgavefordeling.

Enkelte fagtidsskrift tar opp spørsmål knyttet til ny oppgavefordeling. I februar 2011 hadde tidsskriftet *Overlegen* et eget temanummer om det de selv omtalte som «Oppgaveglidning». På lederplass i tidsskriftet slås det fast at fenomenet er like gammelt som arbeidslivet selv – og at viktige drivkrefter er faglig og teknologisk utvikling samt behov for rasjonalisering og effektivisering på grunn av store pasientgrupper. Utgangspunktet til Overlegeforeningen er at oppgaveglidning er et viktig tema for overlegene som kollegium. Det presiseres at ansvarsforholdene innfor nye pasientforløp må være tydelige og at det må være et avgjørende kriterium at slike oppgaveglidninger er av det gode for pasientene – de må gi like god kvalitet eller bedre behandling og bedre forløp (*Overlegen* 1-2011:3). Temanummeret inneholdt også korte innlegg om jobbglidning fra et ledelsesperspektiv, om hvorvidt jobbglidning var en trussel eller mulighet, jobbkultur og betydningen av konstruktiv debatt.

Oppsummering

Norsk forskning om oppgavefordeling og nye profesjoner er foreløpig begrenset, med noen få vitenskapelige studier om sykehus. Vi ser økt engasjement fra myndigheter og arbeidslivets organisasjoner de siste årene, men foreløpig handler de fleste bidragene om tiltak i spesialisthelsetjenesten. Forsøkene som nå pågår i flere norske helseforetak vil antagelig øke antallet vitenskapelige publikasjoner i løpet av kort tid. Foreløpig indikerer litteratursøkene at det finnes få systematiske forsøk med ny oppgavefordeling i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Økt engasjement fra myndigheter og organisasjoner kan imidlertid føre til igangsettelse av nye forsøk. Sammenliknet med de fleste landene som er omfattet av EU-prosjektet har forsøkene med nye profesjoner som ANP vært beskjedne i Norge. I høyskolesystemet har det imidlertid blitt etablert utdanninger som på sikt kan bli et motsvar til slike ordninger i andre land.

Funnene fra de norske studiene om hva som skal til for å etablere ny oppgavefordeling mellom personellgrupper er i tråd med analyser fra internasjonale studier og nordiske rapporter som vi viste til i forrige kapittel. Når det gjelder forutsetninger for å lykkes understrekes det også i de norske rapportene at det er viktig med planlegging og forankring

hos ledelsen, og at planleggingen må omfatte vurderinger av kompetansebehov og ivaretagelse av kvalitet og pasientsikkerhet. Man vektlegger også betydningen av å involvere medarbeidere og ta utgangspunkt i opplevde lokale behov. Flere studier fra sykehus påpeker at motstand fra yrkesorganisasjoner er en viktig barriere for å få i stand tiltak på området. Ny oppgavefordeling kan skje gjennom spesialisering, for eksempel av tekniske oppgaver. Det kan også være snakk om spesialisert sykepleie rettet mot bestemte grupper.

Kap. 6: Ny oppgavefordeling og kommunal planlegging, rekruttering og opplæring

Dette kapitlet tar opp om og hvordan kommunene har vært opptatt av ny oppgavefordeling på overordnet nivå, og hvordan ny oppgavefordeling inngår i praksiser knyttet til planlegging, rekruttering og opplæring. Under dette inngår analyse av hvordan profesjonsnøytrale bestemmelser i helse- og pasientlovgivningen kan bidra til ny oppgavefordeling mellom personellgrupper i kommunene. Først ser vi på spørsmålet om profesjonsnøytralitet som grunnlag for ny oppgavefordeling. Lovverket som ligger til grunn for kommunale helse- og omsorgstjenester åpner for at kommunene selv velger kompetanseprofiler og etterspør personell med utgangspunkt i lokale behov og prioriteringer, så lenge man ivaretar hensynet til pasientsikkerhet og forsvarlighet i tjenestene. Hvordan bruker kommunene mulighetene som det profesjonsnøytrale lovverket gir slik at det kan fremme ny arbeidsdeling? Vi svarer på dette ved å se på de utvalgte kommunenes praksis når det gjelder å lyse ut stillinger og rekruttering av personell.

De forutgående litteraturgjennomgangene viste at gode planleggingsprosesser er sentrale for å lykkes med endringer i oppgavefordelingen. Inngår ny oppgavefordeling i kommunale omsorgsplaner og kompetanseplanlegging for helse- og omsorgssektoren? Hvordan brukes ordninger som alternative faglige karriereveier eller utdanningsforløp for å stimulere til endring av arbeidsdeling og samarbeidsformer? Vi vil se på de utvalgte kommunenes praksis når det gjelder opplæring og utdanning av personell, og hvordan dette benyttes til å prøve ut ny oppgavefordeling.

Kapitlet er basert på intervju med ledere og ansatte i sykehjem og hjemmetjenester, dokumentmateriale fra de aktuelle kommunene i form av planer og kompetansesarbeid fra virksomhetene og tallmateriale som gir oversikt over stillingsutlysninger.

Det profesjonsnøytrale lovverket og forsvarlighetsspørsmålet

Hvordan kan profesjonsnøytrale lovbestemmelser åpne for ny oppgavefordeling, og hvilke rammer settes i form av krav til forsvarlighet?

Lovgivningen som ligger til grunn for kommunale helse- og omsorgstjenester stiller få krav til bestemt kompetanse i tjenestene, og det er opp til kommunene å organisere tjenester og rekruttere personell slik de finner det best ut fra kravene til forsvarlig tjenesteyting. Den nye helselovgivningen har på denne måten bidratt til det man kan kalle en deprofesjonalisering av helsetjenesten (Molven 2013).

Det stilles få spesifikke krav til virksomhetene om å ha en bestemt type personell, og kravene til personell har i økende grad blitt knyttet til det generelle kravet om faglig forsvarlighet. Samtidig har forventningene til internkontroll økt. Lovgivningen regulerer i liten grad direkte forholdet mellom helsepersonellgrupper med hensyn til oppgavefordeling, og fordeling av faglig myndighet styres rettslig i hovedsak gjennom det alminnelige rettskravet om «faglig forsvarlighet». Dette kravet er en rettslig standard, men

innholdet er ikke detaljregulert i lov. I praksis bestemmes innholdet i dette kravet av fagutøverne og de som har rett til å bestemme innen feltet.

Helsepersonellovens § 4 har én direkte regulering av personellkrav. Det heter her at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Det er videre spesifisert krav til leger og tannleger:

Ved samarbeid med annet helsepersonell, skal legen og tannlegen ta beslutninger i henholdsvis medisinske og odontologiske spørsmål som gjelder undersøkelse og behandling av den enkelte pasient.

Spørsmålet her er i følge Molven hvor langt bestemmelses- og instruksjonsmyndigheten strekker seg (Molven 2013; <http://nsh.no/script/view.aspx?id=385>). Når det gjelder ny oppgavefordeling er det et hovedspørsmål om de som «overtar» arbeidet kan gjøre dette på en like god faglig måte som dem som tradisjonelt utfører det. Lovgivningen setter altså i liten grad grenser for ny oppgavefordeling, og åpner for ny oppgavefordeling både i spesialisthelsetjenesten og i kommunal tjenesteyting. Kommunene som arbeidsgivere har slik rom for å definere stillingskategorier og innholdet i stillinger (Helsedirektoratet 2009; Molven 2013; <http://nsh.no/script/view.aspx?id=385>).

Krav om faglig forsvarlighet er nedfelt i Helsepersonelloven og i helsetjenestelovgivningen. For primærhelsetjenesten er dette Kommunehelsetjenesteloven § 6-3 (3). Kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert og verdig tjenestetilbud. Helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene skal bli i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og tilstrekkelig fagkompetanse skal sikres i tjenestene. Helsetilsynet har til oppgave å se til at forsvarlighetskravene oppfylles.

Molven legger til grunn at arbeidsgiver bestemmer over personell ut fra hovedformålet pasientsikkerhet. Dette innebærer at det er personalets realkompetanse som er avgjørende, altså det enkelte helsepersonells kompetanse, og det systemet som bygges opp rundt personellet for å yte forsvarlige tjenester. Arbeidstaker ansettes til å løse oppgaver innen rammen av lovverk og forskrifter, avtaleverk, arbeidsinstruks, arbeidsgivers styringsrett og profesjonsautonomi (Helsepersonelloven § 17).

Stillingsutlysninger i kommunal helse- og omsorgssektor: Utnyttes lovverket?

I dette avsnittet ser vi på hvordan kommunene bruker rommet som ligger i det profesjonsnøytrale lovverket ved utlysning av stillinger. Hvordan etterspørres kompetanse gjennom utlysninger av stillinger for personell i sykehjem og hjemmetjeneste? I hvilken grad etterspørres profesjonsspesifikk kompetanse versus profesjonsnøytrale betegnelser på stillinger? Vi benytter her tilgjengelig statistikk samt stillingsannonser fra de sju kommunene i utvalget.

Endringer i etterspurte kompetanseprofiler

Før vi går nærmere inn på de 246 registrerte stillingsannonsene, vil vi se på noen makrotall for kommunene i studien. Tallene er gjort tilgjengelig for oss fra Nav-statistikk, og vi bruker de kategoriene Nav benytter. Tallene viser kommunale stillingsutlysninger for årene 2002 og 2011 for de sju kommunene i vårt utvalg.⁷ Stillingsene er gruppert i fem grove kategorier: «andre», «medisin» «omsorgsarbeider/hjelpepleier», «sosionom» og «sykepleier».⁸ Oversikten fra Nav-statistikk kan fortelle noe om eventuelle utviklingstrekk i perioden 2002–2011, det vil si om det er en dreining i hvilke utdanninger/kompetanser som etterspørres i kommune. Oversikten kan også indikere om det er forskjeller mellom storbyene, mellomstore og småkommuner. Tallene gir en pekepinn om hvilken kompetanse som etterspørres, men vi har ikke informasjon som kan si hvorvidt det er nyopprettete stillinger eller omgjorte stillinger som lyses ut. Vi kjenner heller ikke til hva som ligger bak eventuell økning eller nedgang i tallet på utlyste stillinger.

Fordelingen i de sju kommunene for årene 2002 og 2011 er gjengitt i tabell 1 og 2 i vedlegg nr. 5. Tabellene viser at det totale antallet stillinger som blir lyst ut i de sju kommunene er stabilt for årene 2002 og 2011. Dersom vi holder kategorien «andre stillinger» utenfor, er det sykepleier-stillinger som oftest lyses ut, med omsorgsarbeider/hjelpepleier som den nest mest brukte kategorien. Selv om datagrunnlaget er for lite til å trekke sikre slutninger, indikerer tabellene også at «omsorgsarbeider/hjelpepleier» etterspørres noe mindre i 2011 enn i 2002, mens «andre»-kategorien øker noe. Stabiliteten i utlysningspraksis er likevel det som karakteriserer utviklingen best.

I tabell 3 og 4 er kommunene gruppert etter størrelse for å vurdere om det er ulik utlysningspraksis i forhold til størrelse på utvalget. Stabiliteten over tid kjennetegner først og fremst hvilke kategorier som etterspørres i utlysningene. For 2002 er også forskjellene mellom typer av kommuner små. Andelen av de ulike typene stillinger er om lag den samme i store og små kommuner. For 2011 er det imidlertid verdt å merke seg at andelen «andre» er betydelig større i storbyene enn i de mindre kommunene, og andelen omsorgsarbeider/hjelpepleier tilsvarende mindre. Mens kommune A i 2011 søker etter sykepleiere i 41 prosent av utlysningene og etter hjelpepleiere /omsorgsarbeidere i 16 prosent av tilfellene, er dette bildet forskjellig i de mindre kommunene. Her er det oftere søkt etter omsorgsarbeidere/hjelpepleiere. For kommune B og C sin del søkes det til og med oftere etter omsorgsarbeidere og hjelpepleiere enn sykepleiere i 2011. Materialet gir ikke grunnlag for å forklare dette, men en hypotese er at større kommuner kan ha lettere for å rekruttere personell i høyere utdanningsgrupper enn mindre kommuner.⁹

⁷ Disse årstallene ble valgt ut i samråd med Nav-statistikk for å gi sammenlignbarhet. Kategoriseringen av denne statistikken ble endret både i 2001 og i 2012.

⁸ Kategorien «omsorgsarbeider/hjelpepleier» ble i 2012 endret til kategorien «Omsorgs- og pleiearbeidere». Denne rommer nå helsefagarbeiderstillinger.

⁹ Kategorien «andre» har også økt fra 2002 til 2011, men det er uklart hva denne kategorien inneholder. Gitt at dette er åpen helsekategori, kan den større andelen utlysninger med denne kategorien gi støtte til en «oppgaveglidningshypotese».

Trender innen utlysning av stillinger

246 stillingsutlysninger i sju kommuner ble samlet inn, lest og registrert. Her vil vi presentere noen hovedtrender i dette materialet. Tabeller og nærmere analyse er vedlagt rapporten (Vedlegg nr. 5) Gjennomgangen av stillingsutlysningene i kommunenes helse- og omsorgssektor viser at det for en stor del benyttes minimumstekster, der bare det mest nødvendige blir nevnt. Analysene av slike tekster har derfor lite å spille på, da det er begrenset informasjon i utlysningene. Samtidig viser dette også at utlysninger av stillinger er et felt kommunene med fordel kan utvikle, for å bli mer presis på hvilke kvalifikasjoner og egenskaper de ønsker. De fleste kommunene i utvalget benytter seg av standardiserte tekster, og for en stor del benyttes det generelle formuleringer om krav til formelle kvalifikasjoner.

Når man sammenligner de sju kommunenes utlysningspraksiser, er likhetene mer slående enn forskjellene. Av kommunene vi har undersøkt, er det storbyene som i noen grad bruker plass på å beskrive tjenesteområdet og organisasjonene som stillingene skal inngå i. Storbyene er også tydelig på hvilke egenskaper man ønsker seg hos søkerne. I de andre kommunene er stillingsutlysningene svært knappe, både med tanke på beskrivelser av tjenesteområdet, arbeidsoppgaver og ønskede egenskaper. De mellomstore kommunene har noe mer spissete krav om bestemte spesialiseringer eller erfaringer, særlig når det gjelder sykepleierstillingene. Materialet for de minste kommunene er svært begrenset. Noen særtrekk framkommer ved den enkelte kommunes utlysningspraksis. Dette kan forstås på bakgrunn av egenskaper ved det regionale og lokale arbeidsmarkedet, som tilgang på arbeidskraft med norsk som andrespråk og forventinger om å få søkere med spesialistkompetanse.

Av de 246 utlysningstekstene var det bare 16 utlysninger som kan karakteriseres som «åpne», det vil si at søkere med flere forskjellige utdanningsbakgrunner kan søke. De fleste stillingene i helse- og omsorgssektoren lyses ut med krav om autorisasjon enten som sykepleier, vernepleier eller helsefagarbeider. I en del tilfeller (46 av 173) er det i utlysningene åpninger for at flere enn en spesifikk utdanningsbakgrunn er aktuell. Flesteparten av disse stillingene er helsefagarbeider-stillinger, der det presiseres at hjelpepleiere og vernepleiere også kan søke. Det er videre lite som tyder på at noen av kommunene har en strategi for å lyse ut mer åpent enn de andre kommunene; praksis er tilnærmet lik i de sju undersøkte kommunene.

I stillingsutlysningene er det ellers ingen tekstlige markører i retning av oppgaveglidning eller profesjonsnøytralitet. I noen tilfeller nevnes egenskaper som «tvverrfaglig», «evne til samarbeid», og «fleksibilitet», men dette må trolig heller forstås som allmenne beskrivelser av ønskede personlige egenskaper enn som beskrivelser av karakteristika ved arbeidsoppgavene som skal utføres.

Som det fremgår av tabellene for de respektive kommunene, er det også noe ulik bruk av stillingskategorier / overskrifter på utlysningene. Kommune A bruker for eksempel stort sett overskriftene «sykepleier»/»helsefagarbeider» når de lyser ut, mens de andre kommunene kan benytte mer spesifikke titler.

Rekrutteringspolitikk – hva sier de kommunale lederne?

Hittil i kapitlet har vi slått fast at kommunene som arbeidsgivere i svært begrenset grad ser ut til å utnytte det profesjonsnøytrale handlingsrommet som loven gir for å sette sammen personalet. I vår intervju-undersøkelse spurte vi også ledere for tjenester og enheter om rekrutteringspolitikk og stillingsutlysninger, med henvisning til lovverkets bestemmelser om profesjonsnøytralitet og forsvarlighet. I hvilken grad var de klar over mulighetene for å ansette nøytralt, og hvordan virket dette eventuelt inn på rekrutteringspraksisen?

Vi finner at lederne både i sykehjemmene og i hjemmetjenestene legger vekt på rekruttere autorisert helsepersonell. Lokalt arbeidsmarked gir begrensninger, men generelt etterspør de utvalgte kommunene i økende grad medarbeidere med spesialisert kompetanse og ulike videreutdanninger. De ønsker seg først og fremst leger og sykepleiere, gjerne med spesialiseringer. Lederne begrunner dette først og fremst med at oppgavene har blitt mer medisinsk krevende både i institusjoner og i hjemmebaserte tjenester de siste årene, og at denne utviklingen har akselerert med samhandlingsreformen. De viser til at det nå utføres prosedyrer både i sykehjem og i pasientens hjem som tidligere krevde sykehusinnleggelse. Og mer omfattende oppgaver knyttet til legemiddelhåndtering, dokumentasjon og informasjonsflyt. Raskere utskrivning og mottak av pasienter fra sykehus også på kveldstid og i helger, krever mer beredskap og høyere kompetanse til stede til alle tider. Dette brukes som begrunnelse for ønsket om å ha autorisert helsepersonell tilstede. Mer medisinsk avansert omsorg flyttes også inn i hjemmet, noe som har økt etterspørselen etter sykepleiere i hjemmebaserte omsorgstjenester. I følge informanter i både små og store kommuner har det tidligere fungert at man ikke hadde sykepleiere på vakt i helger og ettermiddagsskift. Lederne ønsket å alltid ha sykepleiere på vakt dersom det var mulig. De fleste lederne vi intervjuet hadde benyttet seg av muligheten til å omgjøre stillinger fra helsefagarbeider til sykepleier i løpet av de siste årene og mange hadde arbeidet målrettet med å skaffe sykepleiere med spesialisert kompetanse. Flere av kommunene hadde fått tilført nye stillinger i forbindelse med samhandlingsreformen, og disse gikk til sykepleiere, leger og i noen tilfeller fysioterapeuter. Samtidig vil vi understreke at man særlig i hjemmetjenestene, også i de største kommunene, hadde et stort innslag av helsefagarbeidere, og ikke så det formålstjenlig å erstatte alle disse med sykepleiere.

Styrkingen av sykepleierkompetansen gjenspeiles også i stillingsbetegnelser. Ved noen sykehjem vi undersøkte var profesjonsspesifikke titler som avdelingssykepleier eller sykepleier 1 gjeninnført, etter at man en periode hadde benyttet mer nøytrale titler, som gruppeleder, for alle ledere uavhengig av utdanningsbakgrunn. Dette skulle styrke sykepleieridentiteten og markere denne kompetansen for å gjøre arbeidet attraktivt for sykepleierne. De store og mellomstore kommunene satset også på å styrke legetjenesten, og flere sykehjemsledere understreket betydningen av å ha tilgang til lege for å kunne ta inn pasienter daglig.

Spesialisering versus breddekompetanse

Utover fellestrekkene knyttet til ønsket om autorisert helsepersonell finner vi stor variasjon i hvordan kommunene møtte utfordringene i helse- og omsorgssektoren. Kommunene har også ulike forutsetninger til å gjennomføre en ønsket rekrutteringspolitikk ut fra størrelse, befolkningsgrunnlag, geografi og nærhet til regionale helseforetak. Samtidig spiller den konkrete planleggingen, organiseringen og lokaliseringen av helse- og omsorgstjenesten i den enkelte kommunen en nøkkelrolle i hvordan ressurser og oppgaver fordeles. Organiseringen av tjenestene internt i kommunene setter dermed premisser for rekruttering og bemanning, og for hvordan ulike personellgrupper har mulighet til å samarbeide.

Selve organiseringen av tjenestene framtrer svært forskjellig i kommunene vi har undersøkt. Hvor spesialiserte tjenester kommunene tilbyr, varierer etter kommunestørrelse. I små kommuner er naturlig nok tjenestene mer samlet mens de er mer spesialiserte jo større kommunene er.

I storbyene var tjenestene spesialiserte, men innen noen virksomheter var man opptatt av bredde når det gjaldt den enkeltes kompetanse. I løpet av de siste årene har storbyene bygget ut mer spesialiserte tilbud til tjenestemottagere enn de har hatt tidligere. I likhet med andre storbyer har de opprettet egne institusjoner for personer med demens, egne rehabiliteringsavdelinger, korttidsavdelinger og langtidsavdelinger. Mengden ressurser gjør at man har mulighet til å spisse kompetanse, både ved å bygge separate enheter med forskjellige formål og ved å spisse kompetansen internt i enhetene. Utfordringen er at kompetansen kan bli for spesialisert. Spesialiseringen kan hemme bredden som er nødvendig for å møte utfordringer i det daglige arbeidet. Et gjennomgående trekk ved storbyen var at de hadde styrket først og fremst sykepleiekompetansen, men også legetettheten, i de forskjellige enhetene. Denne utviklingen vitner om en medikalisering og spesialisering av helsetjenestene. Disse endringene gikk på bekostning av antallet helsefagarbeidere og assistenter. En leder kommenterte at de brukte omtrent like mange økonomiske ressurser som tidligere, men de fikk færre hender å dele arbeidet på. Samtidig førte styrkingen av sykepleie- og legekompetansen til at enhetene kunne ta på seg flere typer av oppgaver fordi de hadde tilført denne medisinske kompetansen.

De mellomstore kommunene hadde begge hatt en vekst i helsesektoren. Nye tilførte stillinger har stort sett blitt utlyst for sykepleiere og de har tilført noen nye legeressurser. Begge kommunene har nært samarbeid om forskning og pilotprosjekter med helseforetak. Denne nærheten til storby og tilflytningen gjør at de knapt har rekrutteringsproblemer. De har imidlertid mer søknad til nye prosjekter med sykehusnære oppgaver enn til demensavdelinger på sykehjem. Samtidig mener lederne at de har bygget opp et godt fagmiljø og det virker tiltrekkende på søkerne, noe som også ble bekreftet at sykepleiere som ble intervjuet. Der det er noen sykepleiere, ønsker flere å jobbe fordi de ønsker et faglig fellesskap med andre sykepleiere. De har mange spesialist sykepleiere, innen kreft, geriatri, diabetes osv. De oppmuntrer de ansatte til å spesialisere seg og flere har tatt spesialiseringen sin med betalt permisjon fra arbeidsgiver.

Kommunene har over lengre tid satset på å utvikle og organisere tjenester på en måte som samsvarer med samhandlingsreformen og hadde vært tidlig ute med tiltak som reformen etterspør. De mestrer de nye kravene bra, og fikk svært få dagbøter etter at den nye ordningen med dagbøter trådte i kraft. De har satt i gang med akuttsegeplasser (som ikke er lovbestemt før 2016), interkommunale KOLS- og diabetesprosjekt og drev hverdagsrehabilitering rettet inn mot forebygging. Kommunene har lenge hatt ekspertise på sykehusnære oppgaver. Det gjelder intravenøs behandling, dialyse, kateterisering og behandling med smertepumpe. Kommunene har gradvis tatt ansvar for nye oppgaver, og gjort det med utgangspunkt i en profesjonstankegang. De var opptatt av å ha høy andel sykepleiere og hadde jobbet aktivt med rekruttering av sykepleiere generelt, men også av sykepleiere med spesialisering innen geriatri, palliasjon og diabetes.

De har også satset på fysioterapeuter og noen ergoterapeuter og de har ansatt flere leger enn tidligere, med spesialisering rettet inn mot eldre pasienter. Det har blitt ansatt få helsefagarbeidere de siste årene og flere stillinger er omgjort fra helsearbeider til sykepleier. Samtidig uttrykker lederne at denne strategien kan endre seg, da det kan være behov for flere helsearbeidere i årene framover.

Småkommunene i vårt utvalg har mindre mulighet enn større kommuner til å jobbe med spesialisering av arbeidskraften, selv om ønske det. De må derfor basere seg på en så fleksibel arbeidsdeling som mulig, og satse på at alle skal læres opp bredest mulig. De baserer seg på en generalisttankegang i større grad enn de andre kommunene. Denne strategien har både fordeler og ulemper; de får utviklet mindre spisset kompetanse samtidig som de utvikler bred kompetanse. Konsekvensene for ny oppgavefordeling er at helsefagarbeidere og assistenter gjennomgående blir tildelt flere oppgaver med større ansvar enn i de mellomstore kommunene og storbyen. Sykepleierne har en presset arbeidssituasjon med overtid og man må bruke vikarer.

To av småkommunene i utvalget har hatt store rekrutteringsproblemer innen helsevesenet, noe som gjør at oppgavefordelingen mellom personell ikke blir slik de ønsker. De har hatt vikarer innen fysioterapi og i legestillingen og bruker i perioder vikarbyrå for å få nok sykepleiere på jobb, slik at vaktene i hjemmetjenesten eller i institusjonene ble forsvarlig fylt opp. De ønsket ikke vikarbruk, på grunn av kostnadene økonomisk og med å lære opp personale som forsvinner. Man kan anta at rekrutteringsproblemer øker behovet for strategisk planlegging av ny oppgavefordeling.

En av småkommunene hadde ingen rekrutteringspolitikk for å få tak i sykepleiere, lederne av tjenestene ønsker seg det, f. eks tiltak med utdanningspermisjon med lønn. De er fornøyde hvis de får tak i sykepleiere, selv om de ønsket seg flere sykepleiere med spesialisering. Samtidig mener de at sykepleiere med spesialisering ikke kunne få brukt spesialiseringen sin fullt ut i kommunen, fordi det vil være for lite pasientgrunnlag. Lederne i helsetjenesten er likevel svært positive til sykepleiere med spesialisering og enkelte ansatte med spesialisering fikk hospitere ved det regionale helseforetaket i nærheten for å få utviklet kompetansen. I de små kommunene skapte geografien og det tynne befolkningsgrunnlaget med mangel på kvalifiserte søkere rekrutteringsproblemer og dermed vansker med å få utført oppgavene på en forsvarlig måte.

Planlegging for ny oppgavefordeling

Som litteraturstudiene våre viser, har tidligere rapporter påpekt at planlegging av kompetansesammensetning og arbeidsfordeling er et sentralt redskap for å få i stand endring i oppgavefordeling. Av denne grunn er det svært relevant å se på i hvilken grad kommunene i utvalget vårt driver slik planlegging. Hvordan planlegger kommunene for å møte utfordringer i helse- og omsorgstjenestene? For å spore om endringer i oppgavefordeling var inkludert i den overordnede planleggingen for tjenestene gjennomgikk vi sentrale dokumenter knyttet til helse- og omsorgstjenestene og rekruttering og kompetanse i de utvalgte kommunene, og tok opp temaet i intervju med ledere og nøkkelinformanter.

Helse- og omsorgsplaner og kompetanseplaner

En rapport fra 2013 peker på en meget varierende status mht. tilstanden i kommunal eldreomsorg og omsorgsplanleggingen på området (Vetvik og Disch 2013). Mange kommuner har gamle omsorgsplaner og hver 6. kommune hadde ikke startet planarbeid på undersøkelsestidspunktet. I en tidligere undersøkelse fant de samme forfatterne at kommunene tross statlige signaler ikke hadde inkorporert tydelige planer for kompetanseutvikling og kvalitet eller kapasitet og kompetanseheving i planene. Rapporten understreker at kommunene står overfor prioriteringsutfordringer og policyvalg som krever mer sentralt ledete og styrket kommuneplanlegging.

I samarbeid med Helsedirektoratet drev KS prosjektet 'Flink med folk i første rekke', som tok sikte på å bedre tjenestekvalitet og styrke kommunal ledelse. Et prosjekt om strategisk kompetanseplanlegging var del av dette. På oppdrag fra KS undersøkte Fafo og Asplan Viak strategisk kompetansesatsing i kommunene i 2010. Undersøkelsen viser et uutnyttet potensial i kommunene for strategisk kompetansestyring, og at kommuner som satser på dette også arbeider mer systematisk med kompetanse og innovasjon (Fafo/Asplan Viak 2010). I et konferanseinnlegg oppsummerte Linda Lai hovedfunn fra satsingen på strategisk kompetanseplanlegging (Lai 2013). Lai påpeker at det er ulike utfordringer mht kompetanseplanlegging i kommunene. Små kommuner mangler ofte kritisk kompetanse, mens større kommuner kan ha utfordringer med koordinering på tvers. Kommunale planer handler mye om hvordan man skal skaffe og utvikle kompetanse, og mindre om hvordan kompetansen kan utnyttes best mulig. Mange planer legger vekt på kompetansekartlegging, og er mindre opptatt av hvordan man skal benytte den kompetansen man alt har. Planene handler ofte om andre ting enn kompetanse- som arbeidstid, stillingstall og bemanning. Lai sier også at det er en tydelig mangel på kompetanse om kompetanse og dybdeforståelse av begreper i planene. Det er nær sammenheng mellom det Lai kaller kompetansemobilisering, dvs. systematisk tilrettelegging for at medarbeidere får brukt sin kompetanse best mulig, og det vi her analyserer som oppgavefordeling.

Vi fant stor variasjon når det gjelder i hvor stor grad kommunene har langsiktige planer for utviklingen innen helse- og omsorgstjenestene. Storbyene og de mellomstore kommunene i utvalget hadde omfattende planer for utviklingen innen helse- og omsorgstjenestene. Den ene småkommunen hadde avgrensede planer og var i en prosess

der de utviklet helhetlige planer, mens de to andre småkommunene manglet slike planer totalt.

Begge storbyene hadde planer relatert til helse- og omsorgstjenestene både på kommunalt nivå og på tjenestenivå. Planene var politisk forankret og ble brukt aktivt. De største kommunene i vårt utvalg hadde ikke egne planer for kompetanse. Kompetanseplanlegging inngikk imidlertid i både overordnede planer for tjenestene og i spesifikke planer for tjenestefelt og enheter. Planen for omsorgstjenestene i den ene storbyen inneholdt bestemmelser om kompetanse for personellet. De enkelte tjenestene og den enkelte virksomhet har også egne planer relatert til kompetanse og forbedring av tjenestene. Den andre storbyen har lagt stor vekt på systematisk planlegging av tjenesteinnovasjon og koordinering mellom tjenester for å sikre helhet og kvalitet. Kompetanseplanlegging inngår som del av dette. Her fikk vi ikke kjennskap til om ansattes kompetanse ble registrert.

De mellomstore kommunene i vårt materiale hadde tydelige strategiske kompetanseplaner. Den ene hadde i tilknytning til dette etablert et kompetanseregister der alle ansattes kompetanse ble registrert. Personalavdelingen utarbeidet årsplan for opplæringstiltak, og det ble tildelt kompetansemidler ut fra denne. Den andre av disse kommunene hadde over flere år planlagt systematisk for satsing på helse og omsorgstjenester. De arbeidet med omstilling og innovasjon i samarbeid med nabokommuner og helseforetak. Begge disse kommunene forberedte seg på vekst i antall eldre, og det ble lagt til grunn at de nåværende tjenestene ikke kan møte behovene verken mht. økonomiske ressurser eller kompetanse. Planene omfattet større omstillinger og en rekke supplerende tiltak. Det ble gitt støtte til opplæringsplaner for virksomhetene, dataverktøy for kompetansekartlegging og samarbeidsavtaler med kompetansemiljø. De hadde imidlertid mindre vekt på hvordan kompetansen skal mobiliseres, i tråd med Lais poeng, og vi finner ikke at oppgavefordeling var et eget fokus i disse kommunenes planer.

Den største av de tre små kommunene var i ferd med å utarbeide en egen plan for helse- og omsorgstjenestene. De to øvrige småkommunene hadde ikke slike planer og baserte seg på å planlegge fra år til år, noe som fikk konsekvenser for mulighetene til å organisere langsiktig. Lederne i den ene småkommunen karakteriserte tjenestene de drev som brannslukking. De mente at de hadde veldig små muligheter til å disponere de hardt pressede eksisterende ressursene på andre måter enn de alt gjorde. I den andre småkommunen hadde de nylig vært gjennom en krisesituasjon med tanke på tilgjengelig kvalifisert personell, som de hadde kommet seg gjennom ved mye bruk av overtid og mye vikarbruk. Denne situasjonen hadde framtvunget ny arbeidsdeling mellom sykepleiere og helsefagarbeidere, noe vi skal komme tilbake til.

Vi ser altså at storbyene og de mellomstore kommunene i vårt utvalg planlegger aktivt både for utbygging og innovasjon i tjenestene, og er opptatt av strategisk kompetanseplanlegging. Småkommunene hadde ikke strategiske planer verken for kompetanse eller for tjenestefeltet, noe som svekket deres evne til å møte de nye utfordringene innen helse- og omsorg. I en av de mindre kommunene tvang det seg fram tiltak som innebar ny oppgavefordeling mellom personellgrupper, mer som en effekt av sparetiltak enn som en villet utvikling. Vi finner imidlertid ikke at noen av planene for tjenesteorganisering, tjenesteinnhold og kompetanse eksplisitt vektlegger ny

oppgavefordeling som strategisk virkemiddel. Det er også få spor av diskusjoner omkring implikasjonene for oppgavefordelingen mellom personellgrupper når kompetansefremmende tiltak, rekrutteringsplaner og planer for tjenestene omtales.

For å utdype hvordan ledelsen for de kommunale helse- og omsorgstjenestene tenker omkring oppgavefordeling spurte vi både overordnede ledere og ledere for mindre avdelinger og grupper om ny oppgavefordeling/ oppgaveglidning var begreper de kjente og om dette var tiltak de benyttet seg av. Mange av informantene kjente ikke til begrepene. Lederne var lite opptatt av ny oppgavefordeling som et strategisk virkemiddel for å møte utfordringer i sektoren. Flere framhevet at de primært var opptatt av faglighet og ikke så det som viktig å bruke oppgaveglidning aktivt. De viste de til at det var viktig at alle faggrupper visste hvilket ansvar de hadde eller ikke hadde for at de skulle være trygge i jobben sin og at det var formålstjenlig å unngå profesjonsstrid. Utdypende spørsmål og samtaler om andre tema avdekket likevel eksempler på at mange av lederne aktivt arbeidet med hvordan nye eller økende oppgaver skulle håndteres gjennom best mulig utnyttelse av den kompetansen de rådde over. De mange tiltakene knyttet til kursing, skoling og opplæring på arbeidsplassnivå og tjenestenivå, viser at mange av lederne rettet stor oppmerksomhet mot tiltak for å utnytte og forbedre eksisterende kompetanse.

Utdannings- og opplæringstiltak

Som påpekt i flere av de studiene vi har referert til i litteraturstudien er det å sørge for utdanning og opplæring av eksisterende personale et viktig grunnlag for å få etablert ny oppgavefordeling (Lie Andersen 2011; KL 2009). Ved å se på hvordan kommunene benytter utdannings- og opplæringstiltak kan vi belyse spørsmålet om hvordan ulike ordninger, for eksempel alternative faglige karriereveier eller alternative utdanningsforløp brukes for å stimulere til endring av arbeidsdeling og samarbeidsformer.

Opplæring av eget personell synes å være et sentralt tiltak for at kommunene skal få de kvalifikasjonene de ønsker hos arbeidstakerne. NIBR-rapporten om det statlige kompetanseløftet fant at flere kommuner har vendt fokuset fra å lage rekrutteringsplaner til å lage kompetansehevingsplaner, altså satset de på utdanning av det personalet de allerede hadde (Tjerbo et al. 2012: 71). Evalueringen av kompetanseløftet fant også at bare 17 % av kommunene i utvalget deres kunne rekruttere ferdig utdannet personell med høyskoleutdanning og ønsket videreutdanning i 2010. Kommunene i den undersøkelsen handlet strategisk for å sikre kompetanse, gjennom tilbud om utdanning og videreutdanning til de ansatte (ibid.:71). Mange kommuner arrangerte selv kurs. Generelt er det ikke store utfordringer med å få personalet til å ta videreutdanning, men utfordringen er å gi kompetanseutvikling til personell med videregående skole eller hjelpepleierutdanning, ifølge NIBR-rapporten. Det finnes få egne tilbud og praktiske utfordringer på grunn av vakter og deltid skaper vansker med å gjennomføre. Kompetanseløftet ser ikke ut til å styrke kompetanseplanleggingen på et overordnet nivå. Det gir kommunen mulighet til å innfri den enkeltes utdanningsønsker mer enn at den gir en mer strategisk satsing i forhold til kompetansebehov (ibid.). Kompetanseløftet innebærer små midler til opplæringstiltak, og finansiering av kompetanseheving for det

enkelte personell blir derfor et spleiselag mellom kommunen, staten og den enkelte arbeidstaker.

De små kommunene i vårt materiale har liknende strategier som beskrevet i NIBR sin rapport, der de satset på kompetanseplaner og intern opplæring. Flere av kommunene hadde en aktiv politikk for å styrke kompetansen til egne ansatte, gjennom egne kurs, støtte til utdanningstiltak, samarbeid med utdanningsinstitusjoner og kursarrangører osv. Lederne for virksomhetene tok imidlertid i bruk slike tiltak i ulikt omfang og mer eller mindre systematisk. Tiltakene spenner fra formelle utdanningstiltak som støtte til desentralisert sykepleierutdanning og videreutdanning og spesialisering, til kurs på kommunenivå og interkommunalt nivå og opplæring på arbeidsplassen.

De fleste av kommunene har benyttet seg av tilskudd gjennom det statlige kompetanseløftet. Bare en av kommunene vi undersøkte hadde ikke hatt slike tiltak. Lederne nevner særlig at de har benyttet seg av tilskudd til fagutdanning for ufaglært personale. I en av de største kommunene mente en av lederne i hjemmetjenestene at man nå hadde utnyttet det potensialet som fantes.

Andre tiltak som ble benyttet var desentralisert sykepleierutdanning. Flere av sykepleierne vi intervjuet hadde benyttet muligheten for dette. I noen av tjenestene hadde flere av sykepleierne gått hele veien fra ufaglært via fagbrev til sykepleier.

Det ble også gitt støtte til spesialisering for sykepleiere og fysioterapeuter. I noen virksomheter var man selektiv med hva man støttet, ut fra en overordnet plan. Det var høy bevissthet om hva som var nyttig for å utvikle tjenesten. Dette var for eksempel tilfelle i en hjemmetjeneste i en av de største kommunene, der man hadde gjennomgått hvilke kompetanse man manglet og så behov for i en plan.

Lederne for sykehjem og hjemmebaserte tjenester satset også mye på kursvirksomhet. Mange sykehjem hadde etablert faste ordninger i turnus slik at alle kan delta i opplæringstiltak, for eksempel faste seminar på arbeidsplassen benyttes flere steder. Enkelte kurs var rettet mot spesifikke personellgrupper, men ofte var det tilbud rettet mot alle.

Enkelte kommuner satset på koordinatorroller for personell som skulle sikre god flyt i overgang mellom nivå eller sektorer, og koordinering av tjenester for bestemte pasientgrupper internt i kommunen. Flere steder var det også vanlig å gi enkeltansatte ansvar for bestemte områder som de var spesielt interesserte i, uavhengig av formell utdanning eller stillingsbetegnelse. Det kunne være ansvar for sårstell, for bestemt utstyr eller andre prosedyrer eller pasientgrupper. Vedkommende fikk da gjerne i oppgave å veilede andre, eller bestille utstyr.

Medisinkurs for ulike personellgrupper er en av de viktigste formene for opplæring virksomhetene sørget for. Disse må jevnlig fornyes for å sikre at personellgruppene er oppdatert. Hvor stor andel av personellet som fikk slike kurs og hvor ofte de må oppdatere dem varierer veldig mellom kommunene. Slike kurs danner et fundament for muligheten til å delegerer medisinnutdeling, som vi skal komme tilbake til. Også demenskurs var vanlig å tilby bredt for mange personalgrupper. I tillegg til kurs blir det brukt en-til-en-opplæring i bestemte prosedyrer, for eksempel dersom man får en pasient med spesielle behov. Det er da gjerne en sykepleier som lærer opp en fagarbeider.

Fagopplæringsarbeidet er flere steder styrket gjennom etablering av egne stillinger med dette som ansvarsområde. Noen av de større sykehjemmene hadde opprettet egen faglederstilling. Mange av kommunene vi har gjort undersøkelser i, søker å gi personellet uttelling for kompetanseheving, fordi dette virker motiverende for at den enkelte skal ta utdanning, noe arbeidsgiver har blitt avhengig av for å håndtere kravene i samhandlingsreformens kjølvann. Ikke alle får nye arbeidsoppgaver når de har tatt videreutdanning, i følge Tjerbo et al. (2012). Arbeidsgiver har derfor potensiale for å utnytte kompetansen bedre. En barriere kan være at kommunene må dekke vikarmidler til personell som er under opplæring, og dette må prioriteres dersom en ønsker å styrke kompetansenivået blant de allerede tilsatte. For noen av kommunene i vårt materiale blir dette oppfattet som en utfordring, men vi ser samtidig at det i noen kommuner er begrenset kjennskap til statlige tilskuddsordninger som kan benyttes i arbeidet med å styrke kompetansen. Det antydes i NIBR-evalueringen at sykepleierne kom dårligere ut enn andre, det er lettere for fagarbeiderne å få lønnsuttelling (ibid.). For sykepleierne gir ikke alltid videreutdanning stilling som spesialiserte sykepleier og de må forhandle med arbeidsgiver om et eventuelt lønns tillegg knyttet til spesialisert kompetanse. Vi finner her et uutnyttet potensiale i kommunene for å gi uttelling for og å utnytte kompetanse. Et viktig spørsmål å avklare er også hvordan spesialutdannet kompetanse benyttes i tjenestene, og hvilke utdanninger som kan dekke behovene både for bredde og for å ta hånd om mer spesialiserte oppgaver.

Oppsummering

Det er et felles trekk for kommunene at de søkte å møte utfordringer i tjenestene gjennom rekruttering og intern opplæring. Det er også en klart økende etterspørsel etter helsefaglig kompetanse i form av leger og sykepleiere i kommunene vi har undersøkt. Flere ønsker, og har i økende grad etterspurt, personale med spesialutdanning, men de har hatt ulike muligheter til å oppfylle dette ønsket.

Vi ser en lav bevissthet blant kommunale ledere om hvordan ny oppgavefordeling kan bidra til å løse oppgaver i helse- og omsorgssektoren. De kommunale informantenes mangel på interesse for ny oppgavefordeling ble også bekreftet av våre nøkkelinformanter. De virksomhetene som er undersøkt i sju kommuner har lite eksplisitt fokus rettet mot ny oppgavefordeling som strategisk virkemiddel. Dette gjelder både på i planarbeid på overordnet nivå og i den enkelte virksomhet. De bruker mulighetene i det profesjonsnøytrale lovverket i liten grad ved utlysning av stillinger. Det gjelder både de kommunene som arbeider systematisk både med kompetanseplanlegging og innovasjon i helse- og omsorgstjenestene, og kommunene som har prioritert dette i mindre grad.

Kap. 7: Dagens oppgavefordeling i kommunale helse- og omsorgstjenester

Innledning

I dette kapitlet tar vi opp dagens oppgavefordeling i kommunale helse- og omsorgstjenester, basert på intervju med ledere og ansatte i sju kommuner. Både lederne og de helsefaglig ansatte i kommunene var lite opptatt av ny oppgavefordeling når de i intervjuene snakket om tjenestene de ledet og sitt daglige arbeid. Uttrykk som brukes i politiske miljø, av yrkesorganisasjoner og myndigheter, som oppgaveglidning, jobbglidning og oppgaveoverføring, ga lite gjenklang blant informantene. Direkte og konkrete spørsmål om arbeidsoppgaver og endring av oppgaver ga imidlertid eksempler på ny oppgavefordeling i den praktiske arbeidssituasjonen og innspill til hvordan oppgaver kunne fordeles på en annen måte enn den eksisterende. Flere interessante eksempler ble satt ord på når informantene snakket om tema som i utgangspunktet ikke handlet om ny oppgavefordeling, for eksempel når vi spurte om de hadde ansvar for arbeidsoppgaver de ikke kjente seg trygge på.

Vi gir her eksempler på ny oppgavefordeling som er basert på intenderte endringer, og eksempler på oppgavefordeling som er en konsekvens av andre prosesser. Vi har valgt å strukturere analysen på tre måter i dette kapitlet. Vi ser først på noen hovedformer for oppgavefordeling i de undersøkte kommunene, og deretter på hvilke oppgaver som overlapper eller glir mellom ulike personellgrupper. Til sist tar vi opp hvilke type oppgaver som har et potensiale til å fordeles på en ny og mer strategisk måte.

Ulike typer oppgavefordeling

Hvordan fordeles oppgaver i kommunene i dag? Her har vi kategorisert ulike former for oppgavefordeling mellom personellgrupper som vi finner eksempel på i de utvalgte kommunene. Vi finner altså få eksempler på det vi kan betegne systematisk oppgavefordeling, altså at ny oppgavefordeling benyttes som verktøy for ledelsen via strategisk gjennomgang av oppgaveportefølje og arbeidsprosesser. Imidlertid er det en rekke eksempler fra de undersøkte kommunene på ulike former for tjenesteinnovasjon som impliserer ny oppgavefordeling mellom personellgrupper, eller som kan åpne for dette. Det er viktig å understreke at framstillingen her er basert på analytiske kategorier, og at de ulike formene for oppgavefordeling sjelden forekommer reindyrket i de tjenestene vi har undersøkt. De ulike formene for oppgavefordeling kan eksistere både parallelt og kombinert med hverandre, og inngår gjerne som ledd i en rekke tiltak, prosjekt eller organisasjonsmodeller.

Delegering

Selv om de fleste kommunene i utvalget har satset på å styrke den helsefaglige kompetansen og økt etterspørselen etter sykepleiere, leger og ansatte med spesialistkompetanse, er man fortsatt avhengig av annet personell, som helsefagarbeidere

og ufaglærte, for å løse oppgavene. Oppgavefordeling i form av delegering av bestemte oppgaver, særlig fra sykepleier, til personell med lavere eller ingen utdanning ble derfor sett som en nødvendighet i alle virksomhetene vi undersøkte.

I følge eksempelsamlingen fra det danske Ministeriet for sundhed og forebyggelse (2009), kan delegering eller oppgaveflytting til medarbeidere på lavere spesialiseringsnivå skape både faglige utfordringer og løse rekrutteringsproblem. Det understrekes imidlertid at det kreves utdanning og opplæring for å skape trygghet for ansatte og tillit til at oppgavene løses forsvarlig. Det kan også kreve utførlig beskrivelse av oppgavene som skal flyttes og de faglige forutsetninger for dette.

I tjenestene vi har undersøkt ble delegering med utgangspunkt i Helsepersonellovens § 5 mest systematisk tatt i bruk når det gjelder utdeling av legemidler. Dette gjelder både i sykehjem og hjemmebasert omsorg. Også andre oppgaver kan delegeres fra sykepleiere til helsefagarbeidere og ufaglærte, som enkelt sårstell, insulinbehandling, intravenøsbehandling. Denne oppgavefordelingen var en nødvendighet også der man hadde god sykepleierdekning. Omfanget av delegering varierte imidlertid ut fra innslaget av sykepleiere i staben. Det var også variasjoner med hensyn til hvilke personellgrupper som var omfattet av delegeringen, men mest vanlig var delegering av oppgaver fra sykepleiere til fagarbeidere og til dels assistenter/ ufaglærte.

Beslutningen om hvem som skal få delegert oppgaver i tjenestene vi har studert tas av ledere på ulike nivå. Noen steder var dette enhetsleders ansvar, men i enkelte kommuner hadde det skjedd en desentralisering av dette ansvaret de seinere årene, slik at det nå var avdelings-/ gruppeleders ansvar å foreta slike vurderinger. Alle lederne vi intervjuet om dette la vekt på at de tok hensynet til forsvarlighet svært alvorlig i forhold til delegeringen. Kommunene i utvalget har, som nevnt i kapittel 6, ordninger når det gjelder medisinsk kurs for både sykehjem og hjemmebaserte tjenester. Men gjennomføring av slik opplæring var ikke tilstrekkelig for å få delegert oppgaver, vurderinger av personlig skikkethet var i alle tjenestene vi undersøkte en sentral del av kvalitetssikringen lederne foretok. Man var også opptatt av å bruke muligheten for å trekke delegering tilbake dersom noen viste seg å være uegnet for en oppgave.

Mange av virksomhetene hadde et gjennomtenkt og systematisk forhold til bruk av delegering, slik den danske eksempelsamlingen understreker nødvendigheten av. Det var vanlig for eksempel å planlegge turnus ut fra hvem som har delegasjon til å dele ut medisiner, der man ikke alltid har en sykepleier på vakt. Samtidig ble det sagt av flere informanter at det i praksis kan foregå mer tilfeldig, fordi det hyppig oppstår situasjoner med sykefravær og vikar, eller man får inn svært syke pasienter på kort varsel slik at det må rokkeres på hvem som gjør hva. Antall sykepleiere på en avdeling og antall sykepleiere på vakt har følger for oppgavefordelingen i forhold til andre yrkesgrupper. Delegering blir benyttet i større grad på kveld og i helger enn på dagtid. Mange steder var det i hjemmetjenesten god nok sykepleierdekning på dagtid, noen steder også på kveld i ukedagene. Helgene kunne være utfordrende mht. bemanning i de tjenestene man hadde få sykepleiere ansatt. Sykepleiere på avdelinger med høy sykepleieandel mente det ikke var nødvendig at helsefagarbeidere bidro med medisiner siden de var så mange sykepleiere.

De undersøkte tjenestene har ordninger som skal ivareta ansvar ved delegering. For eksempel har sykepleiere bakvakt i helger, og kan bli oppringt eller utkalt dersom det

oppstår situasjoner. Andre oppgaver som ble delegert fra sykepleiere kunne være insulinbehandling. Dette var en oppgave der det ble gitt en-til-en-opplæring i hjemmetjenesten noen av de mindre kommunene. Her vurderte sykepleier hvem som skulle ta besøk der dette var på planen. Dersom det var flere på vakt, var det rom for den enkelte til å vegre seg, men dette var en type oppgave man ikke ville innkalle en bakvakt for å utføre. Da måtte den som var på vakt ta jobben, gjerne med litt trening i forkant.

Informantene påpekte noen utfordringer knyttet til delegering. Ett forhold er at praksis kan bli tilfeldig på grunn av sårbarhet i bemanningen. Delegeringen planlegges ikke ut fra oversikt over kompetanse, men baseres på hvilket personell som er tilgjengelig til enhver tid. Et eksempel er at fagarbeidere og hjelpepleiere ikke får tilgang til utvidete oppgaver som medikamentutdeling og sårstell på dagtid, men kun på kveldsvakt eller i helgene. Der det er mange små stillingsbrøker og mange helgevakter og vikarer kan det særlig være en utfordring at de ansatte får lite mengdetrening i oppgavene de har fått delegert. Dette får konsekvenser for kvaliteten, fordi de ansatte ikke blir trygge i oppgavene. Dette kan også være et kritisk punkt også der man har et lite pasientgrunnlag. Stabilitet i personalgruppen og større stillingsbrøker preger de virksomhetene der lederne og ansatte i mindre grad problematiserte delegering.

Mangel på kunnskap om hva helsefagarbeiderne kan, påpekes av sykepleiere som en barriere mot å delegere oppgaver til dem. Helsefagarbeiderne ved medisinsk orienterte avdelinger får mye individuell opplæring, men sykepleierne som har ansvar for å fordele oppgaver vet ikke hvilken kompetanse den enkelte har. For å bøte på dette foreslo en informant at det burde settes opp oversikter over hvilken opplæring den enkelte helsefagarbeider har.

En barriere mot delegering som mange sykepleiere nevnte, var det varierende skjønnnet de mente helsefagarbeiderne hadde. En ting er å gi medisiner eller måle blodtrykk, en annen ting er å vurdere virkningen av medisiner eller forstå hva målingen betyr. Samtidig var det flere helsefagarbeidere som sa at de gjør mange vurderinger av pasientene som sykepleierne ikke kan gjøre fordi de ser pasienten sjeldnere og har mindre samhandling med dem. Mange sykepleier sa også selv at de måtte bruke helsefagarbeidernes vurderinger aktivt når de skal dokumentere på grunn av liten samhandling med pasientene.

En annen viktig barriere mot bruk av delegering er ansvaret som hviler på den som delegerer. Flere sykepleiere sa at de ikke ønsker å være ansvarlige dersom det skjer en tabbe, og de mente det var bedre å selv gjøre feil enn å stå til rette for en feil andre eventuelt har gjort. Både sykepleiere og helsefagarbeidere fortalte om eksempler der pasientsikkerheten sto i fare ved bruk av delegering. En helsefagarbeider hadde mottatt medisiner i hånda for å gi til en pasient og hadde gått på feil rom. En sykepleier hadde opplevd at medisinsk utstyr ikke ble håndtert etter forskriftene ved delegasjon til helsefagarbeider og at det hadde ført til en alvorlig situasjon. Sykepleiere i hjemmetjenesten hadde opplevd at personell som ikke behersket norsk språk tilstrekkelig godt hadde gjort feil ved medisinske prosedyrer fordi de ikke hadde forstått opplæringen som ble gitt.

Delegasjon ble brukt både planlagt og mer tilfeldig, som et svar på akutte vansker. Vi ser derfor et potensiale for en mer systematisk bruk av delegasjon.

Horisontal oppgavefordeling

Lederne og de ansatte vi har intervjuet ga også eksempler på horisontal forskyvning av oppgaver. Slike eksempler var for en stor del knyttet til sykehjem, og særlig til rehabilitering- og langtidsavdelinger. Dette kan skyldes skeivhet i materialet vårt, men kan også ses i sammenheng med at korttidsavdelingene har utviklet seg til å være mer medisinsk orienterte virksomheter med mer medisinsk bemanning og mer tradisjonelt hierarkisk og tydelig arbeidsdeling. I hjemmebaserte tjenester dominerer ufaglærte, helsefagarbeidere og sykepleiere, og der er det få eksempler på oppgavefordeling mellom grupper med utdanning på samme nivå.

Vi finner altså horisontal oppgavefordeling i forbindelse med rehabiliteringsoppgaver. Da er gjerne flere personellgrupper involvert med samme utdanningsnivå. Når det gjelder rehabilitering knyttet til sykehjem var det ulik grenseoppgang mellom ergoterapioppgaver og fysioterapeutenes ansvar i ulike virksomheter, for eksempel når det gjelder bestilling og håndtering av ulike hjelpemidler, og veiledning av pleiepersonellet. Dette kan langt på vei relateres til ulike ressurser mht disse personellgruppene. Der det var knapphet på ergoterapikompetanse, for eksempel, ble både fysioterapeuter og sykepleiere lært opp til å ta ansvar for deler av hjelpemiddelbestillingen.

Vi har sett eksempler på oppgaveforskyvning til sykepleiere fra fysio- og ergoterapeuter der sykepleiere læres opp i hjelpemiddelbestilling, tilpassing av utstyr og opptreningsprogram for pasienter. Noen intervju tyder på reduserte muligheter for denne formen for oppgavefordeling nå enn tidligere i rehabiliteringsavdelinger, fordi sykere pasienter i rehabiliteringsavdelingene ga større behov for og vekt på pleieoppgaver. Fysioterapeutene erfarer at pasientene er vanskeligere å motivere for opptrening, og personalet har mindre kapasitet til å bli veiledet i og gjennomføre opptrening.

Et viktig eksempel på ny horisontal oppgavefordeling er ansettelse av annet høyskoleutdannet personell enn sykepleiere i langtidsavdelingene. Flere av sykehjemmene vi undersøkte hadde ansatt vernepleier i gruppelederstilling på avdeling for demente, med oppgaver som langt på vei overlappet oppgavene til sykepleierne i samme stilling. Imidlertid var ledelse av medisinske avdelinger forbeholdt sykepleiere, og vernepleiere ble bare ansatt midlertidig i korttidsavdelinger. Vi fant svært få eksempler på bruk av annet høyskoleutdannet personell i våre intervjuer.

Flytting av administrative oppgaver

I den danske utredningen (KL 2009) ble flytting av oppgaver til administrative medarbeidere nevnt som en av seks former for fleksibel arbeidstilrettelegging. Dette handler om å ivareta kjerneoppgavene til høyt utdannet personell gjennom å avlaste dem for administrative oppgaver. Dette har også vært ett av de områdene man har satset på i norske sykehus. Sælid viser for eksempel at hennes respondenter særlig ser nytten av å flytte slike ikke-pasientnære oppgaver vekk fra helsefaglig personell for å utnytte deres kliniske kompetanse bedre (Sælid 2013). Flere sykehjemledere i vårt materiale påpeker at det har skjedd en reduksjon av merkantil kompetanse og en glidning av oppgaver knyttet til dokumentasjon, arkivarbeid og mer praktisk-administrative oppgaver som sentralbord over på enhetsleder og avdelingsledere. For å avlaste leder hadde man etablert ulike ordninger

for å håndtere slike oppgaver, ett sykehjem vi besøkte hadde for eksempel en ordning der arkivering gikk på rundgang mellom deler av personalet.

Vi ser klare muligheter for gjennomtenkt bruk av administrative ressurser i de undersøkte tjenestene for å gi både ledere og fagpersonell større rom for å fokusere på oppgaver de er særlig kvalifiserte for.

Teknologiske endringer som grunnlag for oppgavefordeling

Endringer i tjenestenes innhold og dermed også i oppgavefordeling kan finne sted i sammenheng med teknologiske endringer (Abbott 1988; KL 2009). Innføring av ny teknologi krever at man gjennomgår hvem som har rett kompetanse, og om det kreves ny opplæring (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2009). Noen oppgaver har forsvunnet gjennom innføring av ny teknologi, ikke minst it-systemer og elektroniske journaler og kommunikasjonssystemer. Tidligere brukte pleierne i hjemmetjenesten tid på resephenting. Nå skjer dette elektronisk. Dette kan frigjøre tid til andre oppgaver, påpekte en av informantene våre.

Samtidig etableres nye oppgaver med oppdatering og oppfølging av denne typen oppgaver. I vårt materiale fant vi at fordelingen av dokumentasjons- og arkiveringsarbeid optok mange informanter. Tjenestene har valgt svært ulike løsninger når det gjelder hvem som har ansvar for slike oppgaver. I flere av kommunene hadde man innført av elektroniske journalsystem og elektronisk kommunikasjon mellom helse- og omsorgstjenestene, legetjenestene og sykehus, men det kunne variere i hvor stor grad de enkelte tjenestene har tatt dette i bruk og hvem som har ansvar for dette.

Begrenset ikt-kompetanse blant ansatte kan se ut til å være en barriere for andre måter å fordele slike oppgaver på. Samtidig er det viktig å påpeke at det flere steder var definert som en sykepleieroppgave å ta seg av slike oppgaver, fordi de blant annet innebar helsefaglige vurderinger i forbindelse med mottak av nye pasienter fra sykehus, og kommunikasjon med fastleger. Meldingssystemene må følges opp nærmest kontinuerlig, og dette legger beslag på ressurser. At denne typen oppgaver ekspanderer for noen personellgrupper ser også ut til å kunne gå på tvers av andre ordninger for oppgavefordeling, som for eksempel primærkontakter. Sykepleierressursene brukes noen steder i stor utstrekning til dokumentasjon og journalarbeid, og dette kan redusere graden av pasientnære oppgaver for denne gruppen.

Planlegging for fleksibel oppgavefordeling

Å planlegge for fleksibilitet var et verktøy enkelte ledere tok i bruk for å fremme god flyt i arbeidsdelingen på arbeidsplassen, både for å sikre pasientene og fordele goder og byrder jevnest mulig på de ansatte. Flexibilitet ble også nevnt i de danske undersøkelsene som et virkemiddel for å skape ny arbeidsfordeling mellom personell (KL 2009). I de utvalgte kommunene var det ikke et eksplisitt mål å oppnå ny oppgavefordeling, men vi fant en rekke eksempler på at ny og mer fleksibel organisering av tjenestene kan åpne opp for ny oppgavefordeling mellom personellgrupper. En rekke eksempler på fleksibel bruk av personellgrupper finner vi i virksomheter der flere tjenester samarbeider tett. Det kan dreie seg om samlokaliserte tjenester, helt eller delvis, eller at man setter sammen tværfaglige

team. Å planlegge for fleksibilitet kan også dreie seg om å være i stand til å finne fleksible ordninger i krisesituasjoner når det gjelder bemanning.

Tverrfaglige team

En måte å planlegge for fleksibilitet på, er å etablere tverrfaglige team. I sin masteroppgave påpeker Sælid (2013) at det kan være hensiktsmessig å endre den sosiale strukturen til en mer teambasert struktur for å oppnå oppgaveglidning. Fordelen med teamorganisering er at man jobber nært, man har kjennskap til hverandres kompetanse og får dermed også lettere tillit til andres kunnskaper. Hun mener altså å finne at teamorganisering kan fremme ny oppgavefordeling. Dette er i tråd med den danske eksempelsamlingen (KL rapport 2009), som foreslår det som kalles fleksibel oppgaveivaretagelse i tverrfaglige team som en måte å styrke ny oppgavefordeling på. Komplementerende kompetanse og roller kan gi læring og øke samlet kompetanse og nytenkning. Forutsetningene for dette er på den ene siden klart definerte oppgaver via formalisering av arbeidsprosesser og oppgaver, og på den andre siden tillit og kunnskap om hverandres oppgaver og kompetanse.

Et flertall av kommunene i utvalget hadde opprettet tverrfaglige team, enten på egenhånd eller som del av et interkommunalt samarbeid. Teamene hadde gjerne spesialiserte oppgaver rettet inn mot bestemte pasient- eller diagnosegrupper. Eksempler på dette er diabetesteam og kolsteam. Teamene kan også ha oppgaver knyttet til veiledning av personale i de ulike tjenestene. Slike team kunne føre til en mer fleksibel fordeling av arbeidsoppgaver og overføring av oppgaver mellom personellgrupper. Fra ansatte med erfaring fra et tverrfaglig og interkommunalt diabetesteam ble vi fortalt om endring i relasjoner mellom de involverte personellgruppene. Helsefagarbeidere samhandler vanligvis lite med leger, men ved utarbeidelse av tverrfaglige team så jobber de mer sammen. Dette gir mer jevnbyrdighet, og de føler seg mer likeverdig i teamet.

En form for tverrfaglig teambasert innsats er hverdagsrehabilitering, som alt var innført eller i ferd med å innføres i flere av kommunene vi undersøkte. Vi har i kapittel 4 og 5 vist til at hverdagsrehabilitering inspirert fra Fredericiamodellen impliserer ny fordeling av oppgaver mellom personellgrupper. I rapportene fra den danske utredningen om fleksibel arbeidsorganisering var hverdagsrehabilitering ett av få eksempler på innovasjon som innebar endrete relasjoner mellom personellgrupper. I de utvalgte kommunene i vår undersøkelse var erfaringene med denne formen for rehabilitering i brukernes hjem så ferske at man ikke hadde mulighet til å formidle hvilke virkninger det kunne få for oppgavefordelingen.

Helhetlig pasientforløp

I de store og mellomstore kommunene vektla man ulike tiltak som skulle bedre den helhetlige behandlingen og omsorgen for pasientene, og sikre flyt. Flere kommuner og tjenester hadde prosjekter der dette var viktige satsinger. Slike tiltak kan også implisere endringer i oppgavefordeling mellom personellgrupper.

Tiltak i denne retning er ordninger med primærkontakter og geografisk organiserte arbeidslag. I de største kommunene inngikk slike tiltak i arbeidet for å få til en mer sammenhengende tjeneste. Dette inngikk i satsing på helhetlige pasientforløp og

sammenheng i tjenesten, enten på kommunalt nivå eller på tjenestenivå. I en kommune var også kvalitetssikringssystemene og vurdering av forsvarlighet nært knyttet til målet om sammenheng. Primærkontaktordningen innebærer at hver pasient skal ha en kontaktperson å forholde seg til. Færrest mulig hjelpere ute hos hver bruker skal gi mindre fragmentering, mer helhet og dermed bedre kvalitet.

De kommunene som hadde innført dette hadde noe ulike prinsipper for fordeling av oppgaver mellom personellgrupper, og slike ordninger var forankret på ulike nivå. Både sykepleiere og hjelpepleiere og helsefagarbeidere kan inneha primærkontaktansvaret i de kommunene som hadde innført dette. I en hjemmetjeneste rådde det et prinsipp at det skulle være sykepleierkompetanse og demenskompetanse i hvert av arbeidslagene. I en enhet argumenterte man for at flest mulig av primærkontaktene skulle være sykepleiere, fordi man slipper å tilkalle andre dersom det skal gjennomføres bestemte prosedyrer eller det oppstår en akutt situasjon. Slik sett var vekt på å rekruttere sykepleiere i noen tjenester ledd i å minske fragmenteringen av tjenesteytingen. Ved å ansette flere sykepleiere blir det flere som kan gjøre alle slags oppgaver, særlig de medisinsk krevende, ble det argumentert for. Slik minsker behovet for delegering og oppsplitting av kontakten med pasientene, det blir færre å forholde seg til og mer sammenheng og kvalitet. I en annen kommune var det faglederne som vurderte hjelpebehovene. Dersom det ble registrert endringer i behov kunne man vurdere å skifte primærkontakt over fra helsefagarbeider til sykepleier.

Vi vil til slut nevne at denne satsingen på helhet kunne bli modifisert gjennom økning i andre oppgaver. Ved at bare sykepleiere noen steder har ansvar for omfattende dokumentasjon og kommunikasjon og store oppgaver mht legemiddelhåndtering, vil de noen steder bruke begrensede deler av sin arbeidstid i pasientnær virksomhet, og helsefagarbeiderne ivaretar store deler av oppgavene knyttet til for eksempel stell og matservering.

Samlokalisering

Hvordan tjenestene er organisert fysisk sett ser ut til å ha stor betydning for hvordan de ulike delene av tjenesten samarbeider og hvilke muligheter de har til å være fleksible når det gjelder bruk av personale. Samlokalisering, at tjenester ligger fysisk snært nær hverandre, i et tun eller i samme bygning, ble framstilt som fremmede for kunnskap om de andre tjenestene og hvilken kompetanse som finnes tilgjengelig der. Slik kjennskap kunne videre brukes til innhente og utnytte spesiell kompetanse på spesifikke oppgaver. Hvordan kan samlokalisering bidra til ny oppgavefordeling?

Kommunene hadde samlokalisert tjenester som hjemmetjenester, rehabilitering, korttidsplasser, langtidsplasser og akuttsegeplasser på ulike måter. Ledere og ansatte framhevet at samlokalisering kunne bidra til en fleksibel og optimal utnyttelse av arbeidskraften dersom nærheten mellom tjenestene ble utnyttet. Regelmessige møter mellom ledere for de ulike tjenestene og avdelingene fremmet utnyttelse av ressursene fordi de får inntrykk av hvor skoen trykker, hvor det er ledig kapasitet, hvilken kompetanse som finnes og man kan etablere en kultur for å hjelpe hverandre på tvers av avdelinger eller type tjenester.

En av småkommunene hadde strevd mye med rekruttering av sykepleiere og å få tak i kvalifisert personell, spesielt i hjemmetjenestene. En løsning på de akutte utfordringene ble å la hjemmehjelpene bidra med utdeling av medisiner og noe stell. Hjemmehjelpene var under utdanning som helsefagarbeidere og hadde kort tid igjen før de skulle ta fagprøven. De hadde fått sertifisering til å dele ut medisiner og utviste fleksibilitet i arbeidet sitt som hjemmehjelper. Denne løsningen var mulig fordi man utnyttet en samlokalisering og samarbeidet på tvers av tjenestene. Verdifull erfaringsoverføring som trykker helsefagarbeidere i hjemmetjenesten ble oppnådd i en av kommunene der helsefagarbeidere i hjemmetjenesten som er på nattevakt har blitt samlokalisert med sykehjem i løpet av de siste årene. Leder for hjemmetjenesten mente at dette har fungert faglig utviklende for helsefagarbeiderne. De får noen å spille på ved tvilssituasjoner og ved ledig kapasitet kan de bidra i stell på institusjonen, noe som kan gi dem verdifull erfaring med lettere sårstell og bruk av teknisk utstyr. De blir slik også kjent med pasienter som de kan få ansvar for i neste omgang, når de blir sendt hjem.

Vi fant eksempel på at dersom man trenger hjelp på en avdeling, kan man ringe og få sykepleiere og helsefagarbeidere til å komme fysisk til den aktuelle avdelingen for å hjelpe til, eller få råd over telefon. Det gjorde at enkelte avdelinger og tjenester ble i stand til å ta på seg nye oppgaver, til tross for at de manglet spesialkompetanse. Dermed kan slik fleksibilitet åpne for ny fordeling av oppgaver til personellgrupper som ikke kunne tatt et slikt ansvar uten veiledning eller noen med mer omfattende kompetanse i ryggen.

Ofte viste det seg at spesialiserte avdelinger f.eks. akuttsegeposter eller rehabiliteringsavdelinger fungerte som ressurser for andre deler av institusjonene. Slike avdelinger kan ha veldig varierende aktivitet knyttet til pasientene, og i rolige perioder kan personalet som jobbet der delta i andre oppgaver ved institusjonen eller veilede personell. Intervju ved en slik samlokalisert enhet forklarte hvordan kompetansen utnyttet gjennom fleksibiliteten som ligger i samlokalisering og samorganisering. For eksempel utførte en ergoterapeut et bredt sett med oppgaver i tillegg til hjelpemiddelhåndtering. Det gjaldt både forberedelser til hjemreise og hjembesøk. I tillegg gjorde vedkommende fysioterapeutoppgaver og bidro til stell hvis det var behov for det. Fysioterapeutene ble lært opp i bestilling og enkel håndtering av hjelpemidler, og de deltok også i stell dersom de hadde ledig kapasitet. Pleiepersonell med ledig kapasitet kunne på sin side bidra til opptrening. Ifølge disse informantene var en slik fleksibel og tverrfaglig tilnærming der alle utførte mange oppgaver en del av avdelingens suksess. Alle gjorde flere ting, og bidro der det trengtes. Slik sett var dette en lite spesialisert virksomhet, til tross for det medisinske preget.

Personellgruppenes arbeidsfordeling og overlappende oppgaver

Vi skal nå se på hvilke oppgaver som overlapper eller glir mellom personellgrupper og hvordan dette påvirker oppgavefordeling mellom personellgrupper, med tanke på å identifisere oppgaver som kan fordeles på en mer systematisk måte. Personellet innen helse og omsorg for eldre i kommunene er fremst leger, sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, fagarbeidere som helsefagarbeidere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere og

assistenter. I tillegg identifiserer vi en gruppe vi har kalt Andre faggrupper. Vi ser mest på oppgavefordeling knyttet til de ansatte som utøver helsefaglige oppgaver og pleie, men tar også opp andre faggrupper som merkantilt personale, kjøkkenpersonale, vaktmestere og renholdere der det er aktuelt.

Sykepleiere

Andelen sykepleiere i kommunenes sykehjem og hjemmetjenester har økt i kommunene vi har undersøkt, og de har fått flere komplekse og spesialiserte oppgaver enn tidligere. Sykepleierrollen befinner seg i et spenn mellom generelle og altomfattende pleieoppgaver og mer kompleks behandling og prosedyrer som krever spisskompetanse og erfaring. Spesialsykepleiere benyttes på ulike måter, de inngår i tverrfaglige team, har faglederfunksjoner eller koordinatoroppgaver, men inngår også i vanlig turnus i våre kommuner. Skal sykepleierne primært koordinere gjennom ansvarsvakter, lede avdelinger, dokumentere og vurdere behandling og plassering av pasienter, eller skal deres kompetanse også benyttes i møtet med pasientene, i stell og matsservering? Slike spørsmål diskuteres i tjenestene vi har undersøkt.

Et viktig funn er at de medisinske oppgavene og dokumentasjon krever stort tidsbruk og impliserer endringer i vekten på oppgaver, slik at sykepleierne ender med å ta mindre stell enn før. Mange informanter kommenterer at det likevel er viktig at sykepleierne deltar i noe stell, både fordi helsefagarbeidere ikke har tid til å gjøre alt alene og fordi samhandling med pasientene gir sykepleierne et bilde av funksjonsnivået deres. I en kommune hadde sykepleierne hatt det så travelt at det ble tatt opp på et felles møte for alle ansatte og for fagforeningene. Det ble bestemt at helsefagarbeidere skulle ta over medisintid på dagtid for å avlaste dem. Ordningen hadde så langt fungert godt.

Som vi pekte på tidligere i kapitlet ble sykepleierens rolle knyttet til ernæring og matsservering tatt opp flere steder. Et eksempel på ny oppgavefordeling, selv om det ikke ble betegnet slik av dem som sto for det, var at en sykepleier med kompetanse innen ernæring tar ansvar for måltider iblant, som del av satsingen på forebygging av ernæringsproblemer blant pasientene. Andre steder hadde man valgt å overlate kjøkken og matsservering til øvrig personale, for å utnytte sykepleierressursen til mer medisinske oppgaver. Der hvor sykepleierne i hjemmetjenesten hadde ansvar for dokumentasjon og legemidler siste halvdel av vekten var også matsservering overlatt fagarbeiderne, men man diskuterte om dette kunne endres fordi det ble ansett viktig at sykepleierne deltok i dette fra tid til annen, nettopp for å styrke fokuset på ernæringsmessige sider ved pleien.

Sykepleiere opplever ny oppgavefordeling vertikalt i forhold til leger på den ene siden og helsefagarbeidere og assistenter på den andre siden. Som vi har vist i forrige avsnitt er sykepleiere avhengige av å delegerer oppgaver til fagarbeidere og til dels også til assistenter, både i virksomheter med høy andel sykepleiere og der det er liten andel sykepleiere. Det varierer samtidig mye i hvor stor grad sykepleierne delegerer oppgaver, koblet til hvor hvilken anledning sykepleierne har til å utføre oppgavene selv.

Tradisjonelt har sykepleierrollen i sykehjem vært selvstendig, med mye ansvar. Mange av våre informanter har påpekt at det fortsatt oppleves slik. Men en sykepleier kommenterte at hun har blitt mindre selvstendig i forhold til legen og samtidig fått mer

medisinsk kompetanse de siste årene. På grunn av større legedekning lokalisert nært pasientene gjør hun mindre selvstendige vurderinger. Terskelen var høy for å ringe en lege, slik de måtte tidligere. Nå kan hun ta en prat på kontoret eller i gangen og overlate ansvaret til legen. Hun har samtidig fått mer kompetanse på å utføre medisinske oppgaver og prosedyrer.

Sykepleierne har ofte ledende oppgaver på avdelingene og i institusjonene og er da de som i praksis fordeler arbeidet mellom ulike personellgrupper. De sitter dermed i en nøkkelrolle når det gjelder ny oppgavefordeling i kommunene, og spesielt i forhold til fagarbeidere og assistenter. Sykepleierne fortalte at når de delte ut oppgaver til helsefagarbeidere og assistenter, tok de hensyn til personlig egnethet og til hvilke kunnskaper de ulike medarbeiderne hadde tilegnet seg. Noen likte å jobbe med sår, andre kvitte seg for det, noen var gode til å måle blodtrykk, andre fikk det ikke til. Noen av helsefagarbeidere var gode til å snakke med pasientene, gi samtaleterapi, og ble gitt rom til å gjøre det med brukere som hadde ekstra behov for det. Sykepleiere var en gruppe som både selv og av andre personellgrupper ble oppfattet å ha utfordringer med å klare å utføre oppgavene sine innen arbeidstiden, som sjelden hadde tid til en kopp kaffe eller en prat med pasientene. Sykepleierne jobbet heller overtid, enn å overlate arbeidet til noen som de mente ikke hadde kompetanse til å utføre det.

Helsefagarbeidere

Fagarbeidere omfatter både helsefagarbeidere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere. Sammensetningen av disse gruppene er noe ulik. Det siste kullet hjelpepleiere ble ferdig utdannet i 2008, og omsorgsarbeiderutdanningen ble avviklet i 2009. De to utdanningene ble erstattet med helsefagarbeiderutdanningen. Helsefagarbeider er tittelen på dem som nå tar fagutdanning etter 2+2-modellen, 2 år på videregående skole og 2 år i lære. For voksne er praksiskandidatordningen alternativet, selv om det også finnes noen voksne lærlinger. Mens hjelpepleierne tradisjonelt har vært godt voksne kvinner som har tatt utdanning etter mange års praksis (Høst 2006), retter helsefagarbeiderutdanningen seg primært mot ungdom under videregående opplæring. Imidlertid har denne varierte gruppen felles lønnsforhold og felles ansvar og oppgaver innen den enkelte avdeling.

Helsefagarbeidernes oppgaver varierer fra kommune til kommune og fra institusjon til institusjon internt i kommunene. Hvordan kan fagarbeidernes kompetanse utnyttes og oppgraderes for at de skal kunne få mer spennende oppgaver og ta større ansvar? Helsefagarbeiderne har en glidning i oppgaver vertikalt på den ene siden mot sykepleiere, fysioterapeuter og ergoterapeuter og på den andre siden mot ufaglærte assistenter. I tillegg kan de ta over oppgaver som tidligere tilfalt kokker, renholdere og vaktmestere. Helsefagarbeiderne har sine faste oppgaver, som andre personellgrupper har anledning til å gjøre, men sjelden overtar (med unntak av assistenter). De har altså ingen eksklusive oppgaver som bare de selv gjør. Mange virksomheter er avhengig av å delegerer oppgaver til fagarbeidere for at vaktplanene skal gå rundt. Særlig på kveld og i helger er dette nødvendig. Denne oppgavefordelingen er en utfordring for helsefagarbeiderne fordi det varierer mye i hvor stor grad de får ansvar for oppgavene, og dermed kan de oppleve å få for lite volumtrening i å utføre prosedyrer.

Helsefagarbeidernes ansvar på jobben varierer utfra hvilke andre personellgrupper som er på vakt, særlig hvorvidt det er sykepleiere til stede og eventuelt hvor mange. Som nevnt kan det være en utfordring at de ofte får mer selvstendig ansvar for bestemte oppgaver om kveldene og i helger, for eksempel sårstell og medisinutdeling. Dette kan gi opplevelse av mindre kontinuitet, mindre trygghet og mindre kvalitetssikring av oppgavene.

I en av de mellomstore kommunene vi undersøkte er det slik at helsefagarbeidere som jobber i den institusjonsbaserte omsorgen ikke får tilbud om medisinkurs. De har fokus på å gi riktig medisin til en hver tid og kontinuerlig justere og holde medisinbruken nede, så der foretrekker de at leger og sykepleiere vurderer medisinenes virkning. I den andre mellomstore kommunen får de fleste helsefagarbeiderne på de døgkontinuerlige institusjonene også medisinkurs, og avdelingslederne sier at dersom helsefagarbeiderne ikke er egnet til å være ansvarlig for medisin, så er de heller ikke egnet til å jobbe som helsefagarbeidere. På noen institusjoner måler helsefagarbeidere aldri blodtrykk, mens på andre institusjoner må alle helsefagarbeidere måle blodtrykk hver dag.

Noen helsefagarbeidere hadde opplevd at deres yrkesgruppe ble stadig færre på avdelingen eller i sonen, mens tallet på sykepleiere økte. Endringene de siste årene dro derfor i to retninger: På den ene siden ble det flere sykepleierressurser tilgjengelig, og noen helsefagarbeidere mistet ansvar som de tidligere hadde hatt, for eksempel medisinutdeling. På den andre siden ble de i større grad tilbudt kursing og å være med på enkelte tverrfaglige prosjekter, så de kvalifiserte seg til å ta mer ansvar innen enkelte områder. Helsefagarbeiderne satte stor pris på å ha sykepleier tilgjengelig, som de kunne henvende seg til for råd og vink. Det gav dem også trygghet til å jobbe selvstendig og å ta på seg utfordrende oppgaver. En helsefagarbeider på en demensavdeling framhever at hun der er mer selvstendig i jobben enn hun ville vært på andre avdelinger på institusjonen. De har langtidspasienter, og får ansvar for alle oppgaver tilknyttet sine rom og pasienter hver dag.

Sykepleiernes oppgaver og rolleforståelse virker inn på helsefagarbeidernes arbeidsdag og oppgaver. En hjelpepleier påpekte at sykepleierne har en varierende arbeidsdag, der de kan ha få eller mange sykepleieroppgaver. Hvis det er bare to på vakt, en hjelpepleier og en sykepleier, så sitter hjelpepleieren med alle stell og måltid dersom ikke sykepleieren klarer å bidra på dette. Oppgavefordelingen på skiftet varierer også avhengig av hvem det er hun deler vakt med. Noen sykepleiere prioriterer stell, måltid og kontakt med pasientene, mens andre gjør det i mye mindre grad. Det ble også kommentert i andre kommuner at man må passe på at sykepleiere ikke blir for teknisk orienterte eller ender med å sitte mye foran datamaskinen. Noen sykepleiere vegrer seg for å ta stell og da er det vanskelig å stå der alene som helsefagarbeider. Samtidig er det vanskelig for ledelsen å bestemme eksakt hvor mange stell en sykepleier skal ta, for det skal være fleksibelt.

Assistenten og andre ufaglærte

Assistenten og andre ufaglærte er en mangfoldig gruppe. De har forskjellig bakgrunn, noen er ungdom og voksne under helsefaglig utdanning, noen er ungdom og voksne som ikke har startet et utdanningsløp. Felles for assistentene er at de oftest har lav stillingsprosent.

Vi har kun intervjuet noen få assistenter, vi har imidlertid spurt andre informanter om samhandling med gruppen. Det varierer mye hvor mange assistenter som er ansatt i helse-

og omsorgssektoren i de kommunene vi har undersøkt. Kommunene som har god tilgang på kvalifisert personale benytter assistenter i minst mulig grad. Det har vært et mål at kategorien ufaglærte skal minimaliseres i statlige handlingsplaner (Homme og Høst 2008:79). Mange av kommunene i vårt utvalg har også lenge hatt det som mål å redusere innslaget av ufaglærte og ved avgang har stillinger som var besatt av assistenter blitt omgjort til helsefagarbeidere. Samtidig er sektoren avhengig av ufaglærte for å fylle opp vakter, spesielt på kveld og i helger og ferier og spesielt i kommuner som sliter med rekruttering av fagutdannet personell.

Hvilke oppgaver og ansvar assistenter blir tillagt varierer mye med hvilke andre personellressurser kommunene har tilgjengelig og spesielt hvor mange sykepleiere og helsefagarbeidere som er på jobb samtidig som dem. Ufaglærte har først og fremst oppgaver som overlapper med helsefagarbeidere og i noen tilfeller sykepleiere. I mange av kommunene gikk det et synlig skille mellom helsefagarbeidere og assistenter når det gjaldt medisinkurs, på den måten at assistenter aldri fikk medisinkurs. I en av de små kommunene fikk mange assistenter medisinkurs og i en av småkommune fikk alle assistentene medisinkurs. I større kommuner kunne man være mer selektiv, og noen steder var det mulig å prioritere helsefagstudenter når man ansatte vikarer og assistenter. Dette reduserte behovet for kurs og opplæring, og ga motiverte ansatte.

Innen enkelte enheter benyttet man seg av annen ufaglært arbeidskraft enn assistenter. Det kunne være innvandrere i et språktreningsprogram eller i arbeidstrening som ble brukt til måltidsverter og noen typer av aktivisering av beboere. Frivillige av ulik slag benyttes til å organisere sosiale aktiviteter som fester, turer, bingo og andre sosiale aktiviteter. Det kan tenkes at medikaliseringen av institusjonene fører til økt behov for at andre grupper enn personale, som frivillige og pårørende, tar på seg sosiale oppgaver som tidligere ble utført i institusjon, men som de nå utfører i mye mindre grad.

Leger

Leger har tydelig fastlagt ansvar og oppgaver som ligger til deres profesjon og ikke kan overlates til andre personellgrupper, som foreskriving av medisinsk behandling og medisinbruk. Leger i kommunal sektor har fått økte oppgaver i forbindelse med samhandlingsreformen, og større ansvar for dokumentasjon og samordning de siste årene. De har samtidig mistet administrative ressurser som før bisto dem med papirarbeid.

Legetjenesten har blitt styrket i sykehjemmene de siste årene, i tråd med myndighetenes planer og som en konsekvens av de sykehusrelaterte oppgavene kommunene har fått ansvar for med samhandlingsreformen. Det er imidlertid store variasjoner i grad av legedekning mellom kommunene. Noen sykehjem har legetjeneste en dag i uken, i de større kommunene hadde flere av institusjonene egne stillinger og leger var hyppig til stede i avdelingen. Økt legetilgang i de kommunale tjenestene skaper ny samhandling mellom legen og andre personellgrupper. Et eksempel er at leger pålegger sykepleiere i sykehjem å ta prøver av pasienter som tidligere ble utført på sykehus. Samtidig mener noen sykepleiere at legene har overtatt noe av sykepleiernes rolle i å vurdere pasienter på grunn av sin tettere tilstedeværelse i institusjoner.

I de største kommunene gir informantene inntrykk av at det har blitt mer attraktivt for leger å søke seg til tjeneste i sykehjem, og man kan lettere rekruttere yngre leger til arbeidet. De største kommunene har lagt til rette organisatorisk for å styrke legetjenesten faglig og bedre mulighetene for rekruttering. I kommunene som hadde en god rekrutteringssituasjon hadde man også ansatt legespesialister.

Satsingen på tverrfaglige prosjekter og team innen helsesektoren i kommunene har økt legenes samhandling med andre personellgrupper de siste årene. Legene var en gruppe som i svært liten grad overtok arbeidsoppgaver fra andre.

Fysioterapeuter og ergoterapeuter

Alle kommuner er pålagt å gi innbyggerne et tilbud innen fysioterapi. Mens noen kommuner har mange fysioterapeuter ansatt, var det andre som slet med å få tak i en fast fysioterapeut. Den minste kommunen i utvalget vårt hadde de regulert fire timer til fysioterapi i uken til de kommunale tjenestene vi undersøker. Disse variasjonene gir ulike former for samhandling med andre personellgrupper. Fysioterapeuter samhandler mye med ergoterapeuter, dersom den personellgruppen er ansatt i tjenestene, og med sykepleiere og fagarbeidere. Fysioterapiressursen varierer i ulike sykehjemsavdelinger. Fysioterapeut ved sykehjem kan også gå inn i pleieoppgaver for å avlaste, men og for å få viktig informasjon om pasientenes funksjonsnivå. Som nevnt er opplæring av pleiepersonell i spesielle rehabiliteringsprogram eller prosedyrer en vanlig oppgave, for å sette disse i stand til å utføre opptrening av pasienter i pleiesituasjoner og håndtere pasienter med bestemte skader.

Det er ikke lovbestemt at hver kommune skal ha en ergoterapeuttjeneste, og det varierer derfor om denne faggruppen er representert i tjenestene. Ergoterapeuter har som regel et ansvar for bestilling og tilpassing av hjelpemidler, samt hjemmebesøk og tilpasning av hjemmet i forkant av hjemsendelse. Dersom kommunen ikke har ergoterapeut, overtas disse arbeidsoppgavene av andre personellgrupper, som fysioterapeuter, sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter. Eksempler var kommuner som med et sparetiltak kuttet ned på ergoterapistillingen, og gav helsefagarbeidere eller sykepleiere kurs i håndtering av hjelpemidler.

I de rehabiliteringsavdelingene vi undersøkte var det nært samarbeid mellom ergoterapeut og fysioterapeuter. Fordelingen av oppgaver varierte noe mellom disse. Ergoterapeutene samarbeider også tett med sykepleiere og helsefagarbeidere både i hjemmetjenester og sykehjem. Øvrig personell ble flere steder lært opp i enkel hjelpemiddelbestilling- og håndtering av ergoterapeut. Vi fant eksempler på at ergoterapeut inngikk i et tett flerfaglig team med fleksibilitet i forhold til oppgaver, der ergoterapeuten også utførte stell dersom det var behov for det. I hjemmetjenesten i en større kommune inngikk ergoterapeutene i vanlig turnus og jobbet etter liste som de øvrige ansatte på dagvakt. I tillegg til å se på hjelpemidler i hjemmet og undervisning av ansatte ytte ergoterapeuter vanlig pleietjeneste, men hadde med ergoterapeutblikket. En mindre enhet som var kombinert sykehjem og hjemmetjeneste hadde ansatt en ergoterapeut i pleierstilling uten at kompetansen som ergoterapeut ble benyttet til andre oppgaver. Imidlertid erfarte vi at flere av lederne vi intervjuet var opptatt av å styrke

ergoterapikompetansen og utnytte denne bedre, særlig i forbindelse med den nye satsingen på hverdagsrehabilitering. Ergoterapeutene har en viktig rolle i dette.

Andre faggrupper

Siden de enkelte lederne har stor frihet med utgangspunkt i lovverket til å ansatte personell som de mener de har behov for, finnes det i dag innslag av nye faggrupper i de undersøkte tjenestene. Det har vært et mål for myndighetene å øke den faglige bredden i helse- og omsorgstjenestene, og nye personellgrupper har kommet inn i feltet de siste årene. Det er innslag av høgskole og universitetsutdannete grupper som vernepleiere musikkterapeuter, ernæringsfysiologer og it-personale, både i institusjoner og hjemmebasert omsorg.

Vernepleiere har autorisasjon som helsepersonell og har definert medisinsk kompetanse på farmakologi og medikamenthåndtering. Vernepleiere har lenge vært et innslag i sektoren, særlig har vernepleiere vært etterspurt i arbeid med demens. Det har hersket en del uklarhet omkring lovens begrensinger når det gjelder muligheten for å gi vernepleiere stillinger som ansvarsvakter. Ved flere av sykehjemmene vi gjorde intervjuer var det vernepleier ansatt på langtidsavdelinger, særlig i dementavdelingene. Ett av langtidssykehjemmene hadde også ansatt vernepleier i gruppelederstilling ved en slik avdeling. Vernepleiernes oppgaver er tett filtret sammen med sykepleiernes oppgaver og ved noen avdelinger har de omtrent samme oppgaver.

Ernæringsfysiologer er flere steder ansatt for å ivareta forebyggende arbeid. Ressursen benyttes på ulike måter, som nevnt tidligere i kapitlet.

Musikkterapeut var ett sted ansatt som ledd i en medisinsk satsing på behandling av spesifikke pasientgrupper.

Audiograf var i en større kommune en ny ressurs som trekkes inn der mange av brukerne har store hørselsproblemer.

Arbeidsoppgaver som overlapper mellom ulike personellgrupper

Hvilke oppgaver overlapper mellom personellgruppene? Vi kan nå oppsummere de konkrete oppgaver som overlapper mellom ulike personellgrupper, eller som i dag blir fordelt på svært forskjellig vis i de kommunene der vi har gjort dybdestudier. Det gjelder

- Medisinhåndtering
- Kommunikasjon og samtaleterapi med pasienter og pårørende
- Dokumentasjon og papirarbeid
- Håndtering av medisinsk utstyr og hjelpemidler, så som måling av insulin, blodtrykk, puls, bruk av kateter
- Medisinske prosedyrer knyttet til sårstell
- Rehabilitering og aktivisering
- Ernæring og tilrettelegging av måltid.
- Stell av pasienter

Noen av oppgavene blir svært mange personellgrupper satt til å gjøre, mens andre oppgaver kun overlapper mellom visse typer av personell. Disse oppgavene krever

opplæring, den blir gitt både individuelt, i gruppe, lokalt og via nasjonale kurs. De ulike personellgruppene har ulik forutsetning for å utføre disse oppgavene og har og får ulik grad av sertifisering eller kvalifisering gjennom utdanning, opplæring eller kursing via arbeidsplass for å settes i stand til å utføre oppgavene. Det ligger derfor et potensiale for en mer systematisk kvalifisering av personell til å utføre oppgaver som de blir satt til.

Oppsummering

Fordeling av oppgaver mellom personellgrupper henger nært sammen med organisering av tjenestene. Det foregår en rekke innovasjonsprosesser i de sju utvalgte kommunene som virker inn på oppgavefordelingen, men tjenestene som er undersøkt har lite eksplisitt fokus rettet mot ny oppgavefordeling som strategisk virkemiddel. Samtidig ga både ledere og ansatte i kommunene mange eksempler på ny oppgavefordeling. Tjenestene utførte nye typer av oppgaver, og løste oppgavene på måter som innbar ny oppgavefordeling mellom personellgrupper. Noen av disse framsto vellykkede, mens andre virket som dårlige løsninger knyttet til innsparing. Vi finner i dag en dobbel prosess når det gjelder oppgavefordeling i helse- og omsorgssektoren i kommunene: På den ene siden en spesialisering og profesjonalisering, på den andre siden utstrakt overlapping mellom personellgrupper når det gjelder enkelte oppgaver. Gjennomgangen viser et behov for mer systematisk arbeid med hvordan oppgaver fordeles og et potensiale for å fordele arbeidsoppgaver mer optimalt ut fra personellgruppenes kompetanse.

Kap. 8: Hva skal til for å skape ny oppgavefordeling?

Innledning

Hvordan kan oppgaver blant personellgrupper fordeles på en annen måte enn den eksisterende, og hva skal til for å skape en ny oppgavefordeling? I dette kapitlet sammenstiller vi funn fra kunnskapsoversiktene og den kvalitative undersøkelsen av utvalgte kommuner og diskuterer muligheter og utfordringer for å skape en ny oppgavefordeling mellom personell i helse- og omsorgssektoren i kommunene. Vi anbefaler flere tiltak som fremmer bruken av ny oppgavefordeling som et strategisk virkemiddel, og tar opp hvordan man kan sikre kvalitet i tjenestene og at ansatte har rett kompetanse ved overføring av oppgaver mellom personellgrupper.

Hva kan kommunene gjøre for å fremme ny oppgavefordeling?

Som arbeidsgivere har kommunene og deres organisasjon KS ansvar for å skaffe tilstrekkelig og relevant arbeidskraft til å utføre helse- og omsorgstjenestene. Vi foreslår her en rekke tiltak som vil sette kommunene i stand til å gjennomføre ny oppgavefordeling.

Bevisstgjøring om eksisterende tiltak

Det pågår mange statlige satsinger for å bedre mulighetene for at kommunene skal kunne øke kvalifikasjonene til sitt personale innenfor helse- og omsorgstjenestene. Mange av kommunene i vårt utvalg har for eksempel benyttet seg av virkemidlene som ligger i kompetanseløftet, og bidratt til fagutdanning eller desentralisert sykepleierutdanning for sitt personell. Noen av kommunene, særlig de minste, hadde imidlertid liten kjennskap til mulighetene for å få støtte til denne typen tiltak. Det ble også påpekt at støtten er svært begrenset, og at det har kostnader for den enkelte og for kommunen å sette i gang med slike utdanningstiltak. Dette er i tråd med funn fra evalueringen av kompetanseløftet (Tjerbo et al. 2012). I intervju med NSF påpekes det også i vår undersøkelse at lite kjennskap til systematisk kompetansearbeid i kommunene er et viktig hinder for oppslutninger om satsinger og prosjekter. NIBR peker på stor variasjon når det gjelder hvordan kommunene arbeider med rekruttering og utdanning generelt, og i hvordan kommunene utformer sin rolle som arbeidsgiver før, under og etter utdanning har funnet sted (ibid.). Evalueringen finner at kommunalt arbeid med kompetanse er svært avhengig av kommunale ressurser og at mindre kommuner har mindre utviklede planer enn større kommuner. Kommunene vi har studert hadde svært forskjellige kunnskapsmessige forutsetninger for å møte rekrutterings- og kompetanseutfordringer og vi ser derfor behov for økt bevisstgjøring om eksisterende tiltak blant kommunale ledere.

Det er helt sentralt at kommunene planlegger hvordan tjenestene og personalet skal møte framtidige behov og at de systematisk organiserer for relevant rekruttering og

kompetansestyrking av eksisterende personell. Planlegging er et essensielt virkemiddel for å oppnå strategisk bruk av oppgavefordeling.

Overordnet planlegging for utnyttelse og utvikling av kompetanse

Rapporten vår viser stor variasjon innen kommunenes planlegging av tjenestene og utvikling av kompetanse blant sitt personell. Der noen kommuner har langsiktige og konkrete planer for utviklingen av helse- og omsorgstjenestene som er politisk forankret i kommunen, mangler slike planer totalt i andre kommuner. Vi antar at de store variasjonene vi har funnet blant de syv kommunene vi har undersøkt i dybden, gir en pekepinn om at det eksisterer store forskjeller når det gjelder planlegging innen helse- og omsorgssektoren i Norge.

En undersøkelse med data samlet inn fra 2011 viste at hver 6. kommune manglet omsorgsplan på det tidspunktet (Vetvik og Disch 2013:VI). Rapporten peker på at det kan skyldes kapasitets- og kompetanseproblemer. Kommunene er ikke lovpålagt å lage omsorgsplaner, men de er sterkt oppfordret til det av sentrale myndigheter. Lai (2013) som har jobbet spesielt med kompetanseplaner for kommunene, anbefaler at de skaffer seg bedre kompetanse om kompetanse og arbeider mer med utvikling av systematiske kompetanseprofiler som viser hva man har og hva man ønsker å oppnå framover. Hennes gjennomgang av kompetanseplaner i norske kommuner viser at de var mer fokusert på å skildre det bestående enn å etablere klare mål for den videre utviklingen. Hun påpeker også et manglende fokus på å skaffe systematisk oversikt over medarbeidernes kompetanse og et potensiale for å jobbe med en bedre utnyttelse av eksisterende arbeidskraft.

Noen av kommunene vi undersøkte har rekrutteringsproblemer, mens andre knapt har det. De kommunene som oppgir at de ikke har rekrutteringsproblemer eller svært små utfordringer på det feltet, kan samtidig vise til en klar planlegging og prioritering når det gjelder å støtte videreutdanning blant egne ansatte økonomisk sett og via lønnede permisjoner.

Våre funn tyder på at videreutdanning av personalet kan brukes mer strategisk av arbeidsgiver enn hva som gjøres i dag. I noen virksomheter har man klare prioriteringer med hensyn til hvilke typer videreutdanning som støttes, og hvilke spesialiseringer man etterspør, basert på behov i tjenesten. Det er ikke alltid samsvar mellom det de ansatte er motivert for, det som tilbys og det som virksomheten trenger mer kompetanse om. Sykepleierne kan ha lite motivasjon til å ta spesialisering i og med at de tjener lite økonomisk på å ta en videreutdanning. Lønns plasseringen baseres ikke på utdanningsnivået, men knyttes til stillingstype. For å få uttelling må man ansettes i spesialsykepleierstilling, noe mange små kommuner mener at de ikke har anledning til å prioritere. Personell risikerer derfor å ta en videreutdanning som de ikke får lønns- eller fagmessig uttelling for.

Det er viktig å påpeke at kommunene bør ha en plan for hvordan de vil bruke personell som har tatt videreutdanning og sikre seg at kompetansen kommer tjenestene til gode. Informantene i kommunene fortalte om eksempler på at kommunen hadde støttet utdanning og videreutdanning av personell økonomisk sett, men ikke tilbudt dem jobb etter endt utdanning. Man bør være oppmerksom på hvilke stillinger videreutdannede settes inn

i og bidra til at vedkommende får brukt kompetansen. De spesialutdannede kan bidra til kvalitetsheving ved å benyttes til intern kvalitetsheving og opplæring av annet personell.

De kommunene i vårt utvalg som hadde klare planer for virksomheten innen helse og omsorg, virket også å ha en helhetlig politikk knyttet til rekruttering og organisering av tjenester. Det vil derfor være relevant å utvikle planer, for kommunene som mangler det, og å arbeide jevnlig med implementering og kvalitetssikring for de som allerede har en plan. Slike planer vil kunne være svært viktige verktøy ved innføring av ny oppgavefordeling mellom personellgrupper. Planene vil kunne bidra til å legitimere målrettede tiltak som bruk av det profesjonsnøytrale lovverket ved omgjøring av stillinger, støtte til opplæring, videreutdanning og bygging av alternative karriereveien for personell, arbeid med rekruttering og kvalitetssikring av ansattes opplæring.

Mer systematisk opplæring av personell

Vi har i kapittel sju identifisert konkrete oppgaver som overlapper mellom ulike personellgrupper, og som i dag blir fordelt på svært forskjellig vis i kommunene der vi gjorde dybdestudier. Det gjelder medisin håndtering, pasient- og pårørende kontakt, sårstell, dokumentasjon og annet papirarbeid, håndtering av medisinsk utstyr og hjelpemidler, måling av blodtrykk, ulike former for rehabilitering- og aktivisering, oppgaver knyttet til stell, pleie, måltider og ernæring. Disse oppgavene har noe uklar status, noen krever sertifisering, noen krever opplæring i medisinske prosedyrer, noen krever opparbeidet medisinsk skjønn, noen oppgaver kan i utgangspunktet alle typer ansatte gjøre. Oppgavene fordeles også på forskjellig måte i ulike kommuner og internt i kommuner; noen steder framstår arbeidsdelingen som tilfeldig, andre steder som systematisk. Det er derfor mulig å vurdere den eksisterende oppgavefordelingen kritisk og utvikle mer systematisk fordeling av disse oppgavene i flere kommuner med utgangspunkt i lokale behov. En vellykket omorganisering av arbeidsdelingen er avhengig av at kommunene sikrer seg at medarbeiderne har riktig kompetanse.

Da vi spurte ledere på ulike nivå om hva som må til for at helsefagarbeidere skal overta oppgaver fra sykepleiere, tok mange opp at man trenger mer kunnskap om hva andre personellgrupper er i stand til å utføre og at man trenger gode rutiner for opplæring og kvalitetssikring. Kvalitetssikring handler da om å sørge for at opplæringen er tilfredsstillende og at kunnskapen må holdes ved like via faglig oppdatering og mengdetrening. En leder tok opp muligheten for å utvikle flere sertifiseringsordninger etter modell av ordningene man har for medisin håndtering:

De (helsefagarbeiderne) er veldig nøye på dette med medisiner og holder seg oppdatert der pga. den testen, og den ordningen kan flyttes over på andre felt for både sykepleiere og hjelpepleiere. Vi må ha sanksjonsmuligheter i forhold til disse nye prosedyrene.

Denne lederen tok opp tre svært viktige poeng: Forslaget om å utvikle standardisert opplæring for flere felt enn medisin håndtering, viktigheten av å innføre ordninger og rutiner som sikrer at personell er kompetent og holder seg oppdatert og muligheten til å trekke ansvaret for oppgaven eller autorisasjonen tilbake. Behovet for opplæring og mengdetrening kan løses via treningsrom som per i dag finnes i noen institusjoner. Treningsrom gir mulighet til å trene på oppgaver og prosedyrer som blodprøver, EKG og

forflytning. Et annet tiltak er hospitering på andre avdelinger eller institusjoner, som ble brukt i varierende grad i de undersøkte kommunene. I tillegg bør det utvikles systemer og rutiner som sikrer at slik opplæring ikke blir tilfeldig og at det synliggjøres for ledere og andre ansatte hvilken opplæring personellet har fått.

Videre foreslår vi at det utarbeides nasjonale rutiner og eventuelt nye kurs for håndtering av oppgaver som i dag glir mellom personellgruppene, slik at de kan fordeles på en mer systematisk og hensiktsmessig måte. Det har per i dag utviklet seg et utall av kurs, noen nasjonale og forankret i utdanning, andre lokale og forankret i behov og ressurser i den enkelte kommune. Når det gjelder medisiner, finnes det etablerte kurs som gir sertifisering. Det bør utarbeides lignende kurs og vurderes om skal innføre sertifiseringer for flere oppgaver innen helsesektoren. Et eksempel på kursrekker som ser ut til å fungere for virksomhetene lokalt er demenskurs som tilbys som desentraliserte kurs av Aldring og Helse, nasjonal kompetansetjeneste. Husk å nevne fagskoleutdanningen til AH også Slike opplegg bør kunne utarbeides og prøves ut på noen av de oppgavene som nå glir mellom personellgruppene. KS kan ta initiativ til et utvalg bestående av flere personellgrupper som kan identifisere medisinske prosedyrer og behandlinger eller ferdigheter der det er hensiktsmessig å utvikle nasjonale kurs eller utvikle nye sertifiseringsordninger. De bør også ta opp muligheter for sanksjoner og tilbaketrekking av autorisasjon. Muligheter for mengdetrening og kvalitetssikring gjennom hospitering eller bruk av treningsrom kan tenkes å knyttes til sertifiseringer, det kan være særlig aktuelt i små kommuner der personale har få muligheter til mengdetrening på enkelte oppgaver.

OECD-rapporten fra mai 2014 påpeker nettopp behov for kvalitetssikring at nasjonale standarder og krav til arbeidskraft for nye enheter og tiltak i primærhelsetjenesten blir klargjort for å støtte opp om den ambisiøse Samhandlingsreformen (OECD 2014). De påpeker også at det behøves mer robuste kvalitetssikringsmekanismer, knyttet til individuell profesjonsutøvelse og akkreditering. De viser til at en stor del av arbeidsstyrken er utdannet utenlands, og at kvalitetssikring kan bidra til å sikre en ønsket standard på tjenesteytingen. En nøkkelkomponent her kan være å styrke resertifisering av helsepersonell basert på ordninger med kontinuerlig vurdering (OECD 2014:21). Myndighetene anbefales å sørge for at personalet i nye enheter som «øyeblikkelig hjelp»-sengeplasser sikres nødvendig kompetansenivå, inkludert sykepleiere og personell i hjemmetjenestene. Krav til kontinuerlig kompetanseutvikling, som krav til kontinuerlig opplæring og utdanning, kan fremme dette ifølge rapporten (ibid.:29). Funnene i vår rapport støtter opp om disse forslagene.

Mer systematisk fokus på ledelse og oppgavefordeling

Både sykepleiere selv og helsefagarbeidere tok opp at enkelte sykepleiere delegerer for få oppgaver til andre personellgrupper, at de gjør det for sjelden eller for lite systematisk. En enhetsleder ved en stor institusjon, som selv var utdannet sykepleier, pekte på at «Sykepleierne trår feil med at når de har kapasitet så gjør de oppgavene og når de ikke kan, så er det greit å overføre oppgavene og da blir det for lite mengdetrening.» Lederen peker her på et svært relevant dilemma når det gjelder ny oppgavefordeling.. Dersom oppgavene

overføres til andre personellgrupper på en tilfeldig måte, risikerer man at kvalitetssikringen ikke ivaretas.

Ved en stor institusjon hadde ledelsen observert at sykepleiere som var gruppeledere og fagledere ikke alltid hadde nok trygghet som ledere og at de derfor ikke klarte å fordele oppgaver slik de burde. Institusjonen hadde derfor iverksatt flere tiltak for å styrke ledernes kompetanse til å lede og å gjennomføre nye tiltak. Styrkingen innebar ledersamlinger og utvikling av faste møteplasser for ledere på tvers av avdelinger. Personell med ledende oppgaver har ofte tatt en videreutdanning innen ledelse, de som ikke har det, kan tilbys støtte til å ta slik etterutdanning. Å ha et slikt fokus på lederskap kan forankres i planer for helse- og omsorgssektoren i den enkelte kommune.

Mange av sykepleierne vi intervjuet formidlet at de hadde veldig travle arbeidsdager. Da vi spurte hvordan de brukte helsefagarbeidere til å avlaste seg, og hvorfor de ikke brukte dem mer, var det flere som formulerte seg slik: «Du kan aldri erstatte en sykepleier med en helsefagarbeider». De begrunnet det spesielt med det medisinske skjønnnet og vurderinger av pasienter som sykepleiere utviklet utfra sin helhetlige tilnærming. Dersom helsefagarbeidere tok tester eller målte blodtrykk hadde de ikke alltid nok kompetanse til å vurdere resultatene eller se de i sammenheng med pasientens øvrige helsetilstand. Samtidig formidlet sykepleierne at de hadde liten tid til kontakt med pasientene på grunn av oppgaver som bandt dem til kontoret og at de ofte måtte bruke helsefagarbeiderne observasjoner når de skulle dokumentere tilstanden til pasientene. Sykepleierne mente at helsefagarbeiderne hadde varierende evne til å observere og vurdere, mens noen var veldig flinke var det andre som ikke mestret det. Denne variasjonen satte krav til skjønn i sykepleiernes vurderinger av hvem som kunne gjøre hva. Helsefagarbeidere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere har også delvis forskjellig utdanning som gir litt ulik kompetanse. Deres ulike utdanningsbakgrunn kan derfor utgjøre en barriere mot å overføre enkelte oppgaver til dem som en enhetlig gruppe. Dette understreker også behovet for kvalitetssikret opplæring, noe som kan sikres via lokale og sentrale føringer og opplæringstiltak.

Mer systematisk fokus på delegasjon og ansvar

Delegasjon er en vanlig måte å fordele oppgaver på i dag og som er med på å sette premisser for hvordan ny oppgavefordeling kan innføres. Vår rapport viser at delegasjon utføres på både systematiske og mer tilfeldige måter. Manglende versus eksisterende overordnede rutiner og varierende tidspress gjør at delegasjon utføres på veldig forskjellige i ulike kommuner og tjenester. I de kommuner som har en overordnet plan for tjenestene, inngår delegering av oppgaver mellom personellgrupper i en prosess som støtter opp om en bevisst utvikling av tjenestene og en systematisk tenkning om hvilke personellgrupper som gjør hva. I de kommunene som ikke har overordnede planer, foregår delegeringen mer tilfeldig og som et svar på akutte utfordringer. Delegering kan bidra til god utnyttelse av erfaringskompetanse og forsvarlighet i tjenesten. Samtidig må vurderinger av skikket og mulighetene for tilbaketrekking av delegasjon være til stede og benyttes aktivt. Dette bør utformes ut fra systematisert kunnskap om hvilke personellgrupper som kan hva.

Vårt materiale viser at det er store variasjoner i kunnskap om andre personellgruppers kompetanse. Delegasjon bør utføres ut fra større bevissthet og kunnskap om eksisterende kompetanse enn hva tilfelle er i dag. Våre ansatte-informanter påpeker at delegering kan oppleves utrygt både for den som får oppgaver, og for den som gir fra seg oppgaver. Sistnevnte må forsikre seg at det er tilstrekkelig kompetanse hos personell som skal overta oppgaven, og helsepersonell har selv ansvar for å si ifra dersom de ikke har kompetanse til å utføre en oppgave. Samtidig kan dette oppleves vanskelig dersom det ikke er andre på jobb. Særlig for leger kan det oppleves vanskelig å delegere slike oppgaver som de er tillagt å utføre, fordi de fortsatt vil ha ansvar dersom noe går galt. Kommunen som arbeidsgiver kan bli stilt til ansvar dersom man benytter personell uten tilstrekkelig opplæring, samtidig som det enkelte personell skal vurdere sin begrensning.

Det vil også i vurdering av delegasjon være sentralt å se nærmere på de ulike personellgruppens muligheter for kvalitetssikret opplæring, noe som kan gi kvalitet i utførelsen av oppgaver og trygghet og systematikk for den som skal delegere oppgaver.

Hva kan myndighetene gjøre?

Som vist i den internasjonale litteraturstudien, er det noe kommunene kan gjøre, mens andre tiltak må frontes mot og gjennomføres av sentrale myndigheter. Kommunene kan via KS bidra til å sette slike innspill på den offentlige dagsorden.

Tiltak knyttet til lovverk og forordninger

Det norske lovverket åpner for stor grad av profesjonsnøytralitet, som vi har sett tidligere i rapporten. Vi har ikke funnet eksempler i vårt materiale på at ledere opplevde at lovverket sto i veien for et ønske om ny oppgavefordeling. Vi har funnet at det profesjonsnøytrale lovverket blir noe benyttet i de kommunene vi har undersøkt, men ikke i utstrakt grad. Et fleksibelt lovverk kan være en viktig ramme for ny oppgavefordeling, men fungerer ikke nødvendigvis som en pådriver for det. Dersom myndighetene ønsker å bruke ny oppgavefordeling mer aktivt som et virkemiddel for endring innen helse- og omsorgssektoren i kommunene, må de utvikle nye forsøk, tiltak og virkemiddel. Vi har allerede nevnt utvikling av nye sertifiseringsordninger, som vil gjøre det lettere for arbeidsgiver å føle trygghet ved overføring av arbeidsoppgaver mellom personellgrupper. Et annet virkemiddel kan knyttes til refusjon. Så lenge refusjon av utgifter kun oppnås ved bruk av en spesifikk personellgruppe, skaper refusjonsordningen en barriere mot å ansette andre personellgrupper. I forholdet mellom lege og sykepleier utgjør dette en barriere fordi leger har mest refusjon og takster bare de kan utløse. OECDs rapport fra 2014 anbefaler også at finansieringen av tjenestene inkorporerer bredere faglige aktiviteter – også de som utføres av sykepleiere og annet klinisk personell. Her vises det til forsøk med ANP i andre land, og rapporten foreslår at slike ordninger bør prøves ut i Norge.

Statlige helsemyndigheter kan legge til rette for forsøk med sertifisering av nye oppgaver og evaluering av disse i samarbeid med KS, eventuelt utforme veiledere for tjenestene dersom forsøkene viser seg vellykte. Det kan også vurderes om det bør innføres ordninger for å re-sertifisere personell for å utføre visse oppgaver.

For at kommunene skal oppmuntres til å ta i bruk ny oppgavefordeling som et strategisk virkemiddel må det inngå i den langsiktige planlegging av helse- og omsorgstjenestene i nasjonale planer som statsbudsjett, stortingsmeldinger og nasjonale helse og omsorgsplaner.

Tiltak knyttet til utdanning og alternative karriereveier

Utdanningene spiller en viktig rolle i å ruste personellgrupper for nye oppgaver og myndighetene kan bidra til å styrke utdanninger og etterutdanninger. Mange av oppgavene vi identifiserte som overlappende mellom personellgrupper gled mellom sykepleiere og fagarbeidere. Vi så at det eksisterer et stort potensiale for mer systematisk utnytting av helsefagarbeidernes kompetanse og deres muligheter for å avlaste sykepleiere, men også fysioterapeuter, fra deres oppgaver. Vi så at sykepleiere har stort medisinsk ansvar og omfattende oppgaver knyttet til ledelse. For å nyttiggjøre seg helsefagarbeidere og sykepleiere best mulig, vil det være fruktbart å vurdere utdanning, opplæring og videreutdanning som kan skape alternative karriereveier for disse gruppene.

Helsefagarbeidere

Uten at vi har gått inn på innholdet i utdanningen deres i denne studien, viser rapporten vår at helsefagarbeiderne er en personellgruppe som blir tildelt mange oppgaver som deres overordnede mener at de trenger ekstra opplæring, kursing og sertifisering utover deres utdanningsløp for å bli i stand til å utføre. Svært mange helsefagarbeidere blir kurset i medisin håndtering, lettere sårhåndtering, bruk av teknisk medisinsk utstyr og rehabilitering og så videre i arbeidslivet. Denne opplæringen og kvalitetssikring knyttet til den framsto som svært forskjellig i ulike kommuner og tjenester.

Helsefagarbeidere selv formidlet at de opplevde det som faglig utfordrende og interessant at de fikk nye oppgaver, men de fortalte også at de noen ganger følte seg utrygge og mente at de manglet kompetanse til å utføre enkelte av oppgavene de ble tildelt. Helsefagarbeidernes utdanning var ikke et tema i intervjuene vi utførte, men mange av informantene tok likevel opp frustrasjon knyttet til denne personellgruppens utdanningsløp sett i forhold til oppgaver de blir satt til å utføre. Både andre personellgrupper og helsefagarbeidere selv tok opp en bekymring knyttet til at helsefagarbeiderne fikk for lite opplæring gjennom utdanningen sin i medisinske oppgaver som de må håndtere i arbeidet sitt.

Innslaget av nye, flere og mer medisinsk krevende oppgaver i kommunenes helse- og omsorgstjeneste de siste årene, mye knyttet til samhandlingsreformen, bidrar også til et behov for en gjennomgang av helsefagarbeidernes utdanning og videreutdanning for å gjøre dem bedre i stand til å utføre oppgaver i tråd med endrede behov i sektoren. Rehabilitering er et tydelig eksempel på en slik oppgave. Rehabilitering er på bakgrunn av nasjonale satsinger og lokale tiltak et stadig viktigere felt for kommunene der helsefagarbeidere tenkes å spille en aktiv rolle gjennom deres nærhet til pasienter i daglig stell. Studien vår tyder på at helsefagarbeiderne får svært varierende opplæring i hvordan de kan tenke og utføre rehabilitering. Det er derfor viktig at helsefaglig personale går inn og

vrurderer dagens opplæring opp mot kommunenes økte og nye oppgaver innen helse- og omsorgssektoren de siste årene.

Med utgangspunkt i vår rapport og annen forskning (Homme og Høst 2008; Høst 2010; Nyen, Reegård og Tønder 2011) mener vi det bør vurderes om utdanningsløpene til helsefagarbeiderne kan evalueres, med tanke på innhold og organisering og hvilke oppgaver de bør være kvalifisert til å overta fra sykepleiere. Det vil være relevant å ta opp innholdet i etterutdanning for denne personellgruppen og rutiner for opplæring og kvalitetssikring på arbeidsplassen. KS som arbeidsgiver kan ta initiativ til å se på læretiden på arbeidsplass, læreplan og mål, og spesielt se på innholdet i fagskolen som de har ansvar for, med tanke på både utdanning og videreutdanning og hvordan gruppen kan rustes for å takle ny oppgavefordeling. Det framstår også viktig å utarbeide mer fastlagte rammer og kvalitetssikring for den opplæringen helsefagarbeiderne får i arbeidslivet, da mange av våre informanter påpekte at den var gjenstand for varierende grad av organisering og kvalitetssikring i kommunene vi undersøkte. En rapport fra 2011 som handler om lærefag i kommunesektoren, med særlig vekt på helsefagarbeider og barne- og ungdomsarbeiderfaget, konkluderer med at kommunene har noen utfordringer som lærebedrifter for lærlinger (Nyen et al. 2011:9). Stort arbeidspress i hverdagen gjør at ansatte får liten tid til å gi læringene opplæring. Risikoen da blir at læringene får forskjellig opplæring. Rapporten peker også på at halvparten av lærlingene ønsker å ta høyere utdanning etter at de tar fagbrev. Det kan derfor være lurt å legge til rette for at de kan ta videreutdanning som bygger på den kompetansen de allerede har (Nyen et al. 2011:9).

En ny rapport om hvordan fagopplæringen i kommunesektoren er organisert påpeker utfordringer knyttet til lærlingordningen innen helse- og omsorgssektoren (Høst, Skålholt, Reiling og Gjerustad 2014). Den tar opp at kommunene tar inn færre lærlinger sett i forhold til framtidig behov, lærlingene blir gitt mindre ansvarsfulle og selvstendige oppgaver i kommunal versus privat sektor og lærlingene brukes for lite som ledd i målrettet rekruttering. Vår rapport bygger på andre typer kilder enn den rapporten og fanger opp en frustrasjon fra ledere og ansatte i kommunene knyttet til organiseringen av og innholdet i utdanningen.

Det kan tenkes at ny kompetanse ble bakt inn i utdanningsløp og videreutdanning, samtidig som man utviklet ordninger med krav om jevnlig sertifisering av kompetanse, slik det nå praktiseres for medisinbehandling. Enkelte ledere som vi intervjuet påpekte at de var flinke til å tenke videreutdanning og opplæring for sykepleierne, men at helsefagarbeiderne ikke alltid ble inkludert i opplæringstiltak og kompetansetiltak så mye som de kunne og burde ha blitt. Ved utarbeidelse av nye tiltak og prosjekter i helse- og omsorgssektoren vil vi minne om at det er viktig å ta med helsefagarbeidere i opplærings- og planleggingsprosesser. Vi ser for eksempel at fagarbeidere ikke var delaktig i det nasjonale initiativet til innføring av hverdagsrehabilitering, der var bare var fysioterapeuter, ergoterapeuter og sykepleiere representert. Da helsefagarbeidere ofte blir satt til å utføre nye oppgaver på basis av innføringen av nye prosjektet i kommunene, er det sentralt at vilkårene for at de skal kunne gjøre det blir diskutert med representanter for personellgruppen.

Sykepleiere, ANP og ledelse

Internasjonalt har det, som vi beskrev i kapittel fire, blitt prøvd ut ordninger med avanserte sykepleierutdanninger, oftest kalt ANP, for å gjøre det mulig å overføre oppgaver til sykepleiere fra medisinerprofesjonen. I Norge har en masterutdanning i avansert geriatrisk sykepleie blitt etablert i Oslo og noen høyskoler har innført videreutdanninger i avansert sykepleie. I rapporten har vi ikke intervjumateriale om erfaringer med denne utdanningen i Norge, den er ny og det er få som har rukket å gjennomføre den. Litteraturstudiene våre viser at ANP og liknende nye profesjoner kan bidra til å styrke kvaliteten på tjenestene, klartest når det gjelder pasienttilfredshet og forbedret informasjon til pasientene. Det finnes studier som viser positiv effekt mht. kostnader, men funnene er ikke generaliserbare og entydige. Oppsummeringene viser samtidig at forsøkene til nå har vært begrensede i omfang i de fleste land, og at de i lite omfang har blitt systematisk evaluert. Dette er i tråd med funn fra Kunnskapssenterets kunnskapsoppsummering når det gjelder personellgrupper i sykehus i Norge. Faktorer som pekes på som sentrale i forsøk på å innføre nye former for oppgavefordeling i både OECD-rapporten og i MUNROS-analysen, er knyttet til trekk ved organisering og finansiering av tjenestene, innflytelsen til profesjonsinteresser, lovgivning og reguleringer samt utdanningskapasitet.

ANP handler mye om å gi sykepleierne mer medisinsk kompetanse og i noen tilfeller om å gi dem rett til å forskrive enkelte typer medisiner eller medisinske behandlinger. Vi vil også trekke fram det økende behovet for lederkompetanse blant sykepleiere. Sykepleiere har en nøkkelrolle i forhold til ny oppgavefordeling, ved at det i praksis ofte er de som fordeler oppgaver i ulike institusjoner og avdelinger i sine roller som ledere på avdelinger. Videreutdannede sykepleiere fungerer også som koordinatore og veiledere på sine områder. Sykepleierne vi intervjuet har store ledelsesoppgaver innen helse- og omsorgssektoren i kommunene; de innehar formelle lederstillinger utøver ofte ledende oppgaver i kraft av å være eneste sykepleier på vakt.

Det vil derfor være relevant å utvikle egne mer systematiske kurs innen ledelse og oppgavefordeling for sykepleiere med slike roller. Her kunne det inngå kunnskap om andre personellgruppers ferdigheter. I intervjumaterialet fant vi eksempler på at enkelte sykepleiere ble fremhevet av andre sykepleiere og helsefagarbeidere som gode arbeidsledere fordi de var flinke til å se hvem som var god til hva og passet på å gi passende faglige utfordringer til de som var egnet.

Planlagte og igangsatte utdanninger i avansert sykepleie ved høyskolene tilbyr en type kompetanse som vi ser er etterspurt i de utvalgte kommunene: både spesialiserte sykepleieoppgaver og innsikt i rammebetingelser for tjenestene, ferdigheter i tverrprofesjonelt arbeid, veiledning og fagutvikling og tjenesteinnovasjon. Flere kommuner samarbeider med utdanningsinstitusjoner for å få i stand skreddersydde utdanningsløp. Slike planer omfatter også utdanninger i for eksempel avansert sykepleie. Det gjenstår å se hvordan slikt samarbeid kan styrke kompetansen og gi grunnlag for ny oppgavefordeling.

Det kan være hensiktsmessig å foreta evaluering av eksisterende og nystartede utdanninger og hvordan kompetansen utnyttes i kommunale helse- og omsorgstjenester før dette etableres bredere. Som del av dette må man se på ansvarsforhold knyttet til ulike oppgaver og hvilken grad av autonomi som bør knyttes til slike nye personellgrupper. Som

vist i litteraturstudien i denne rapporten har de andre nordiske landene tatt i bruk ANP i større grad enn Norge, vel å merke mest innen enkelte oppgaver på sykehus og på legekontor – og i mindre grad innen kommunale omsorgstjenester.

Formalisering som ivaretar fleksibilitet

Det er en avveining i hvor stor grad ordninger knyttet til ny oppgavefordeling skal formaliseres. Informantene i denne studien har ulike synspunkt på dette. Det er på den ene siden viktig å sikre tydelighet og klart ansvar for å sikre at tjenesten utføres forsvarlig. På den andre siden ser vi betydningen av fleksibilitet i organiseringen av tjenestene og i fordelingen av oppgaver for å kunne utnytte ressursene best mulig i forhold til de skiftende oppgavene. Her må det også selvsagt tas i betraktning at kommunenes frihet til å organisere og rekruttere personell ivaretas. Formalisering kan imidlertid skje i ulike former og på ulike nivå som også ivaretar fleksibilitet og tilpasning til behovene i den enkelte virksomhet. Planlegging og styring kan handle om å skape en fleksibilitet i oppgavefordelingen; man kan utvikle en organisasjonskultur der medarbeiderne forventes å gå på tvers av avdelinger eller ta på seg forskjellige oppgaver og bidra der det trengs dersom de har tid til overs. Man kan utvikle styringsverktøy som ivaretar et mål om fleksibilitet og lokal tilpasning. Slike mål kan integreres i

- Veiledere
- Sertifiseringsordninger
- Forskrifter om bemanning
- Prosedyresamling og rutiner
- Utvikling av nye kurs
- Kompetanseplaner og Helse i plan

Vilkår for å skape ny oppgavefordeling

Nasjonale institusjonelle rammer legger premisser for oppgavefordeling og mulighetene for en fleksibel fordeling av oppgaver mellom personellgrupper, men skaper ikke nødvendigvis ny oppgavefordeling. For at de nye mulighetene som det profesjonsnøytrale norske lovverket har åpnet opp for, skal tas i bruk, må kommunenes kunnskap om eksisterende lovverk, nasjonale tiltak og virkemidler styrkes. I tillegg kan arbeidsgiver og myndigheter ta initiativ til å utarbeide nye sertifiserings- og kvalitetssikringsordninger, evaluere og utvikle relevante utdanninger, gjøre forsøk med ANP.

Ordninger for å prøve ut eller formalisere ny oppgavefordeling må forankres i kommunal ledelse og strategiske planer for utvikling av kompetanse. En leder som ble spurt om hva som skulle til for å innføre ny arbeidsdeling mellom personellgrupper svarte at han hadde frihet til å gjøre det, men så ikke noe behov for å gjøre det. En helsefagarbeider som ble spurt om det samme spørsmålet svarte at da må ledelsen ønske det, bestemme seg og iverksette endringen. Et svært viktig vilkår for å skape ny oppgavefordeling blant personellgruppene, er å jobbe for å forankre slik endring i behov i tjenestene og blant personellgrupper. Det vil si å ta med fagforeninger og personell på råd ved planlegging av ny oppgavefordeling. De kvalitative intervjuene i studien peker mot at forslag og tiltak rettet inn mot ny oppgavefordeling kan skape motforestillinger blant ansatte i kommunene.

Verken ledere eller ansatte var entusiastiske når det kom til ny oppgavefordeling mellom personellgrupper, selv om de hadde mange konkrete innspill om hvordan arbeidsoppgaver hadde forandret seg og hvordan oppgaver kunne fordeles mer hensiktsmessig. De mente at ansatte jobbet best hvis de var sikre på hva som var deres ansvar og hva som ikke var det. De tok opp at man bør unngå profesjonsstrid og framhevet at det fungerte godt når ulike faggrupper jobbet sammen i tverrfaglige team med utgangspunkt i sin faglighet. Disse innvendingene er ikke et hinder for å skape ny oppgavefordeling, fordi innføringen av ny oppgavefordeling nettopp må sikre klare ansvarslinjer, innføres i samråd med profesjoner og yrkesgrupper og at tverrfaglige team kan bidra til kompetanseutvikling som bidrar til ny arbeidsdeling og samtidig sikrer kvalitet i tjenestene.

Oppgavefordelingen mellom personellgrupper i kommunene i dag varierer veldig sett i forhold til kommunens befolkningsstørrelse og demografiske forhold, geografi koblet til sentrum–periferi og hvordan tjenestene er plassert organisasjonsmessig i kommunen. Den store variasjonen når det gjelder hvilke ressurser den enkelte kommune har innen helse- og omsorgsfeltet, spiller en essensiell rolle for hvordan kommunene kan organisere og fordele oppgaver mellom personell. Det er derfor viktig at forslag om ny oppgavefordeling tar utgangspunkt i lokale behov som gjør at den enkelte kommune har forskjellige behov og muligheter innen helse- og omsorgsfeltet.

Kap. 9: Avslutning

Rapporten har vist hvordan oppgaver fordeles mellom personellgrupper i dag, foreslår en rekke tiltak som vil bidra til ny oppgavefordeling og identifiserer hva som må til dersom en ønsker en ny oppgavefordeling.

Vår undersøkelse viser at det i liten grad skjer en bevisst og strategisk bruk av ny oppgavefordeling innen helse- og omsorgssektoren i kommunen i Norge i dag. I forskjellige europeiske land har det vært utført forsøk med ny arbeidsfordeling, utvikling av nye profesjoner og nye videreutdanninger. Vår litteraturoversikt viser at det er et noe sterkere fokus på ny oppgavefordeling innen sykehussektoren enn kommunesektoren i Norge, men også her har det betydelig mindre omfang enn i andre europeiske land. Myndighetene har vist en økende interesse for ny oppgavefordeling som virkemiddel for å skape effektive og hensiktsmessige tjenester i helse- og omsorgssektoren, men dette har i liten grad nedfelt seg i konkrete tiltak rettet inn mot kommunene.

Vår rapport viser at kommunene de siste årene har møtt utfordringene med en eldre befolkning og et nytt ansvar for flere syke pasienter og brukere med et komplisert sykdomsbilde, ved å ansette høyere utdannet helsefaglig og til dels spesialisert arbeidskraft. Fremfor alt har de rekruttert flere sykepleiere og til dels leger. Dette har skjedd både forut for og som et resultat av Samhandlingsreformen. Samtidig er det ikke alle kommuner som har hatt ressurser til å tiltrekke seg nok kvalifisert personale. De satser på å bruke vikartjenester, overtid og å benytte det eksisterende personale fleksibelt.

Kommunale ledere og ansatte intervjuet i denne studien hadde lite kjennskap til ny oppgavefordeling som et strategisk virkemiddel. Det skjer imidlertid mange tilpasninger i organisering og oppgavefordeling i kommunene i dag og tidligere som kan karakteriseres som ny oppgavefordeling. Det eksisterer derfor en ubrukt ressurs når det gjelder organisering av tjenestene ved at både myndigheter og kommuner utvikler en større bevissthet og kunnskap om hvordan ny oppgavefordeling kan bidra til å utnytte ressursene best mulig.

Rapporten har et bredt perspektiv på ny oppgavefordeling mellom personellgrupper med den overordnede problemstillingen: **Hvordan kan oppgaver fordeles på nye måter i helse- og omsorgstjenestene for å ta hånd om økte utfordringer i kommunene?** I tillegg har vi ønsket å besvare noen delspørsmål som ble presentert i innledningen. De ulike delspørsmålene har imidlertid fått ulik vekt utfra hvor relevante kilder vi har hatt til å besvare spørsmålene.

- Hvilke ordninger finnes internasjonalt for utvikling av nye helseprofesjoner
- Hva er erfaringene ved bruk av ANP?

Ordninger med nye helseprofesjoner, særlig utvidete roller for sykepleiere gjennom etablering av Advanced Nurse Practitioners (ANP), er etablert i en rekke land. Begrunnelsen er ofte å minske rekrutteringsproblemer, utnytte arbeidskraften mer effektivt og sikre kvalitet i tjenestene. Slike nye helseprofesjoner er i økende grad blitt formalisert, i Norden er det særlig Finland som har oppnådd dette. Praktisk rolleutforming og autonomi kan variere mellom land og mellom tjenester. Studier viser at ordningene gir bedre

pasienttilfredshet og kommunikasjon med pasientene, mens det er mer tvetydige funn når det gjelder kostnadseffektivitet.

- Hvordan brukes ulike ordninger og alternative karriereveier for å stimulere til endring av arbeidsdeling og samarbeidsformer? Hvordan virker det inn på oppgavefordeling?

ANP er for en stor del knyttet til sykehus og legekontor internasjonalt, og i mindre grad er det gjort forsøk knyttet til kommunale omsorgstjenester og tjenester rettet mot eldre. I Norge har vi funnet få eksempler på dette, men det finnes tilløp til det ved utvikling av stillinger som fagkoordinator og interne opplæringstiltak som fremmer utvidet ansvar. Hverdagsrehabilitering er et godt eksempel på en ny samarbeidsform som impliserer nye roller for arbeidstakerne. Fra internasjonale studier ser vi at slike karriereveier er mer utviklet. Fleksibel fordeling av oppgaver kan ifølge danske rapporter oppnås gjennom ledelse og medvirkning, fleksibel organisering av tjenester og planlegging for kompetanse. Her er et stort potensiale for utvikling i Norge.

- Hvordan få til optimal bruk av ansattes kompetanse, f. eks ANP?

Utdanninger inspirert av internasjonale ordninger med ANP har de siste årene blitt implementert ved norske høyere utdanningssteder. Kommunene vi undersøkte hadde ikke rekruttert medarbeidere med denne typen utdanning. Når det gjelder mer generelt optimal bruk av ansattes kompetanse viste dybdestudien av utvalgte kommuner at det er mye ledere kan gjøre for å bruke ansattes kompetanse på en mer systematisk måte enn det gjøres i dag. Arbeidsgiver/leder må skaffe oversikt over ansattes kompetanse inkludert spesialutdanninger og kurs, utvikle rutiner for registrering og synliggjøring av hvilke kvalifikasjoner ansatte har. De bør sørge for at spesialkompetanse utnyttes optimalt.

- Hvordan kan arbeidsgiver ta i bruk profesjonsnøytralt lovverk og forsvarlighetsprinsippet på en slik måte at det vil fremme ny arbeidsdeling?

Rapportens oversikt viste at lederne vet at de kan søke bredt etter personell med utgangspunkt i det profesjonsnøytrale lovverket, men de er lite opptatt av det. For å ta i bruk lovverket mer aktivt enn det gjøres i dag, må lederne i sektoren ønske det og ville det, og se det hensiktsmessige i å søke bredt. Lederne vi har intervjuet mener det ikke er hensiktsmessig å bruke denne muligheten i utstrakt grad på grunn av de høye krav til spesialisert helsefaglig kompetanse som kreves for å løse oppgavene i kommunene. De argumenterer slik med forsvarlighet.

- Hvordan kan arbeidsgiver sikre at ansatte har rett kompetanse ved ny arbeidsdeling?

Ledere må forankre ny arbeidsdeling i strategisk planlegging som inkluderer krav til kompetanse via utdanning eller opplæring på arbeidsplass som vektlegger kvalitetssikring via mengdetrening, hospitering eller sertifisering når personellgrupper overtar nye oppgaver. Arbeidsgiver må via planlegging sikre rutiner for å skaffe oversikt over hva de enkelte ansatte kan og er kvalifisert for og sikre gode opplæring.

- Er dagens godkjenningsordninger tilpasset behovet for kvalitetssikring og fleksibilitet?

Med utgangspunkt i forsøk med å autorisere sykepleiere til å forskrive medisiner fra andre land, som i Finland, kan det være hensiktsmessig å gjennomføre lignende forsøk i Norge knyttet til utdanningsløp på masternivå. OECD forslår i en fersk rapport at man gjennomgår sertifiseringsordningene i Norge med tanke på å utvide dem. Funnene i vår rapport støtter opp om det. Refusjonsordninger, der kun enkelte personellgrupper gis rett til refusjoner er til hinder for at kommunene kan benytte bredere kompetanse enn de gjør i dag.

Litteraturliste

- Abelsen, B. (2008): «Arbeidsdelingen mellom tannleger og tannpleiere i Norge», i *Den norske tannlegeforenings tidende* 2009, 118: 976–982.
- Abbott, A. (1988): *The System of Professions: An Essay on the Division of Labour*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Barstad, S. (2006): *Seniorland: omsorgsscenarioer for de nye gamle*. Masteroppgave, Universitetet i Tromsø: Institutt for sosiologi, statsvitenskap og samfunnsplanlegging <http://munin.uit.no/handle/10037/1289> [Lest 10.04.2014].
- Brevik, I. (2010): *De nye hjemmetjenestene – langt mer enn eldreomsorg. Utvikling og status i yngres bruk av hjemmebaserte tjenester 1989- 2007* NIBR-rapport:2010:2.
- Brusselkontoret (2012): *Nye oppgaver, nye roller – Europas helsevesen i endring*.
- Buchan, J. og M. Dal Poz (2002): Skill mix in the health care workforce: reviewing the evidence. In *Bull World Health Organ vol.80 n.7 Genebra Jul. 2002*. <http://dx.doi.org/10.1590/S0042-96862002000700010>.
- Christensen, T. og P. Lægreid, P (2007): «The whole-of-government approach to public sector reform» *Public Administration Review*, 67(6), s. 1059–1066.
- Christensen, T. og P. Lægreid (2008): «Transcending New Public Management – the Increasing Complexity of Balancing Control and Autonomy». Paper presented at 3rd International Conference on Public Management in 21st century: Opportunities and Challenges», Macao, China Oct 14.–15., 2008.
- Dagens medisin (2011): *Radiografene sprenger profesjongrensen*. Dagens Medisin 3 / 2011 <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/radiografene-sprenger-profesjongrensen/> [Lest 10.04.2014].
- Delamare, M.L. og G. Lafortune (2010): *Nurses in advanced roles: A description and evaluation of experiences in 12 developed countries*. OECD Health Working Paper No. 54:2010.
- Econ (2008): "Rekruttering og arbeidskraft i kommunene – en kunnskapsstatus. *Econ rapport 2008-128*.
- Effektiv arbeidstilrettelæggelse i H:S. Opfølging på 100-dages rapporten. Den 18. november 2002. [www.hosp.dk/direktion.nsf/pics/100dagesRapport.pdf/\\$FILE/100dages](http://www.hosp.dk/direktion.nsf/pics/100dagesRapport.pdf/$FILE/100dages) [Lest 10.04.2014].
- Fabricius, A. (2006): *Kompetenceudvikling for lægesekretærer. Undersøgelse av lægesekretærenes kompetenceudvikling*. [Rapport]. København: Perspektivgruppen. URL: http://www.personaleweb.dk/sysub/upload/publication/attachment/laegesekretaer_kompetence.pdf.
- Fafo/ Asplan Viak (2010): Strategisk kompetanseutvikling i kommunene.
- Fagerström, L. (2008): Kliniska expertsjukskötare. *Epione Jubileumsskrift*, 25–33.
- Fevang, E., S. Strøm og E.M. Sæther (2008): "Er kommunesektoren og/eller staten lønnsledende? En sammenligning av lønnsnivå for arbeidstakere i kommunal, statlig og privat sektor". I samarbeid med Pricewaterhousecoopers. *Rapport 2008/1. Frischsenteret*.

- Forsetlund, L., G.E. Vist, T.K. Dalsbø, G.H. Straumann, V. Underland, I.N. Norderhaug og H.H. Holte (2013): *Effekter av oppgaveglidning for noen utvalgte helsetjenester i sykehus. Kunnskapscenteret for helsetjenesten*, Rapport nr.12–2013.
- Fossmark, R., M. Bretthauer og B.I. Gustafsson (2013): «Hvem bør utføre endoskopier?» *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 133(11):1171. doi: 10.4045/tidsskr.13.0625.
- Glasberg, A.L., L. Fagerström, G. Råihä og S. Jungerstam (2009): Erfarenheter av den nya yrkesrollen som klinisk expertsjukskötare – en kvalitativ studie. *Vård i Norden*, 29, 33–37.
- Hauge, S.M. Hestetun og M. Kirkevold (2011): «Avansert geriatrisk sykepleie- hva er det og hvorfor trenger vi slike sykepleiere i Norge?» , *Tidsskriftet geriatrisk sykepleie* 1.
- Heiret, J. og K. Ludvigsen (2012): På sporet av en historisk–sosiologisk helseprofesjonsforskning. I *Tidsskrift for samfunnsforskning 4–2012*: 455 – 473.
- Hellevik, O. (2002): *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Universitetsforlaget, Oslo.
- Helsedirektoratet (2009): *Utdanne nok og utnytte godt – innenlandske bidrag for å møte den nasjonale og globale helsepersonellutfordringen*. IS - rapport nr. 1673.
URL: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/utdanne-nok-og-utnytte-godt-innenlandske-bidrag-for-a-mote-den-nasjonale-og-globale-helsepersonellutfordringen/Publikasjoner/utdanne-nok-og-utnytte-godt-innenlandske-bidrag-for-a-mote-den-nasjonale-og-globale-helsepersonellutfordringen.pdf> [Lest 26.02.2014].
- Helsedirektoratet (2012): *Et globalt ansvar for helsepersonellutviklingen*. Notat.
<http://helsedirektoratet.no/Om/nyheter/Documents/helsepersonellutvilking.pdf> [Nedlastet 10.04. 2014].
- Helsedirektoratet (2013a): *Oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten. Kartlegging av erfaringer med endret oppgavedeling i Norge og andre nordiske land*. Rapport IS-2108.
- Helsedirektoratet (2013b): *Oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten. Utredning om hvorvidt endret oppgavedeling kan bidra til reduserte ventetider og mer effektiv pasientbehandling*. Rapport IS-2122.
- Helsedirektoratet (2013c): *Oppsummering av forskning, artikler og rapporter fra omsorgsfeltet 2013*. Rapport IS-2161.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2007): *Nasjonal plan for helse- og omsorg. Særtrykk av St.prp. nr. 1 (2007–2008) Programkategori 10.60*
- Helse og omsorgsdepartementet (2011): «Informasjon om gjennomføringen av samhandlingsreformen» brev til norske kommuner, datert 21.12.2011
- Helse og omsorgsdepartementet (2013): «Ti nye grep for bedre sykehus». *Pressemelding 1/2013*.
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/pressemelder/pressemeldinger/2013/ti-nye-grep-for-bedre-sykehus1.html?id=713011> [Lest 10.04.2014].
- Helse- og omsorgsdepartementet (1999): *Lov om helsepersonell m. v. (helsepersonelloven)*
<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Homme, A. og H. Høst (2008): *Hvem pleier de gamle i Oslo? Om hjelpepleiernes og helsefagarbeidernes posisjon i pleie- og omsorgstjenestene i hovedstaden*. Bergen: Stein Rokkan senter for flerfaglig samfunnsforskning, Rapport 8-2008.

- Høst, H. (2006): *Kunnskapsstatus vedrørende rekruttering og utdanning til pleie- og omsorgstjenestene i nordiske land*. Working paper, Stein Rokkan Centre for Social Studies, URI: <http://hdl.handle.net/1956/1891>.
- Høst, H., A. Skålholt, R.B. Reiling og C. Gjerustad (2014): *Hvorfor blir lærlingordningen annerledes i kommunene enn i privat sektor? Sentrale utfordringer for kommunesektoren i arbeidet med fagopplæring*. NIFU Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning.
- Ilebrekk, K. (2008): *Helsesekretærer i klinisk virksomhet, Sørlandet Sykehus HF. Hvilke faktorer påvirker denne rollen? I hvilken retning endres rollen?* ATM-skriftserie nr. 22. Bergen: Stein Rokkan senter for flerfaglige studier. http://www.polis.no/Publikasjonsserien/ATM-serie%2022-2008_KI.pdf.
- Kjellberg P.K. (2011): *Fra pleje og omsorg til rehabilitering. Erfaringer fra Fredericia Kommune*. Rapport fra Dansk Sundhedsinstitut.
- Kjellberg P.K., R. Ibsen og J. Kjellberg (2011): *Fra pleje og omsorg til rehabilitering. Viden og anbefalinger*. Notat/Prosjekt 3333. September, Dansk Sundhedsinstitut. Anbefalinger fra Kommunernes.
- Kjellberg P.K., J. Kjellberg J., R. Ibsen og T.L. Christensen (2012): «Hverdagsrehabilitering i praksis». I *Ergoterapeuten* nr 1, 2012.
- Koinberg, I.-L., B. Fridlund, G.-B., Engholm og L. Holmberg. 2004. Nurse-led follow-up on demand or by a physician after breast cancer surgery: a randomised study. *European Oncology Nursing Society*. 8:109–117. doi: 10.1016/j.ejon.2003.12.005.
- Koksvik H.S., K.B. Hagen K.B., E. Rodevand, P. Mowinckel, T.K. Kvien og H.A. Zangi (2013): Patient satisfaction with nursing consultations in a rheumatology outpatient clinic: A 21-month randomised controlled trial in patients with inflammatory arthritides. *Ann.Rheum.Dis.* 2013;72: 836–843.
- KL (2009): *Fleksibel arbeidstilrettelæggelse på eldre- og sundhedsområdet*. Inspirasjons- og strateginotat. <http://kl.dk/Fagomrader/ledelse/Lar-din-arbejdsstyrke-at-kende/Opgaveglidning/>.
- Laberg, T. og N.E. Ness (2012): «Innføring av hverdagsrehabilitering i norske kommuner.» I *Ergoterapeuten* 01.12.
- Lai, L. (2013): *Evaluering av strategiske kompetanseplaner i norske kommuner – hva kan vi lære?* Presentasjon ved Erfaringsseminar 11.–12. nov. 2014. KS/ Flink med folk i første rekke.
- Lauridsen, C., P. Lefere, O. Gerke, S. Hageman, J. Karstoft og S. Gryspeerd (2013): «Comparison of the diagnostic performance of CT colonography interpreted by radiologists and radiographers». *Insights Imaging*. 4: 491–497.
- Lie Andersen, H. (2011): *Nye oppgaver i profesjongrensene i sykehjem- er en ny arbeidsdeling veien å gå?* Masteroppgave. Institutt for Helse og Samfunn, Det medisinske Fakultet. Universitetet i Oslo.
- Ludvigsen, K. og B. Ravneberg (2012): *Utredning om kompetansebehovet i helse- og sosialtjenestene samt kompetanseutfordringer i helse- og sosialfagene*. Uni Rokkansenteret Notat nr. 3-12.
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2009): *Inspirationskatalog. Eksempler på opgaveflytning og fleksibel opgavevaretagelse i det regionale og kommunale sundhedsvæsen og på ældreområdet*. Dok nr. 88432, <http://www.sum.dk/Sundhed/Sundhedspersonale/Rekruttering%20og%20fleksibel%20opgavevaretagelse.aspx> [Lest 10.04.2014].

- Molven, O., J. Holmboe og K. Cordt-Hansen (2006): «Forsvarlighetskravet i helsepersonelloven.» *Tidsskr Nor Lægeforen* Nr. 5 – 23. februar 2006; 126:643–4.
- Molven, O. (2013): «Profesjonsnøytral helsepersonellov», Innlegg, Konferanse om bedre oppgavedeling i sykehus, Oslo, 10.–11. september 2013.
- National Development Programme for Social Welfare and Health Care (Kaste) (2012): http://www.stm.fi/en/strategies_and_programmes/kaste [Lest 10.04.2014].
- Ness, N.E., T. Laberg, M. Haneborg, R. Granbo, L. Færevaa og H. Butli (2012): *Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering*. Rapport fra felles prosjekt «Hverdagsrehabilitering i Norge» med KS, Norsk Sykepleierforbund, Norsk Fysioterapeutforbund og Norsk Ergoterapeutforbund.
- Nieminen, A.L., B. Mannevaara og L. Fagerström (2011): «Advanced practice nurses» scope of practice: a qualitative study of advanced clinical competencies». *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Volume 25, Issue 4, pages 661–670, December 2011.
- Norsk Sykepleierforbund (2013): «Ønsker ansvars- og oppgavefordeling velkommen som strategisk virkemiddel.», *Sykepleien*, <http://www.sykepleien.no/vis-nyhet/1281961/%C3%98nsker-ansvars--og-oppgavefordeling-velkommen-som-strategisk-virkemiddel> [Lest 10.04.2014].
- Nyen, T., K. Reegård og A.H. Tønder (2011): Har vi lærefag som er relevante for kommunesektoren? Fafo-rapport 2011:36.
- OECD (2012): *Nurses in advanced roles: A description and evaluation of practices in 13 developed countries*. doi: 10.1787/5kmbrcfms5g7-en.
- OECD (2013a): *OECD Reviews of Health Care Quality: Denmark. Executive Summary, Assessment and Recommendations*. 15. April 2013. <http://oecd.org/health/qualityreviews> [Lest 10.04.2014].
- OECD (2013b): *OECD Reviews of Health Care Quality: Sweden. Executive Summary, Assessment and Recommendations*. 12. Desember 2013. <http://oecd.org/health/qualityreviews> [Lest 10.04.2014].
- OECD (2014): *OECD Reviews of Health Care Quality: Norway. Raising standards*, OECD Publishings. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264208469-en>. [Lest 10.04.2014].
- Olsvold, N (2010): *Ansvar og yrkesrolle*. PhD-avhandling ved Det Medisinske Fakultet, UiO.
- Overlegen (2012–1): «Jobbglidning – trussel eller mulighet?», s. 3–5.
- Paez, K.A. og J.K. Allen (2006): Cost-effectiveness of nurse practitioner management of hypercholesterolemia following coronary revascularization. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. Volume 18, Issue 9, pages 436–444, September 2006.
- Perkin, H. (1989): *The Rise of Professional Society: England since 1880*. London: Routledge.
- Rambøl (2012): *Undersøkelse om rehabilitering i kommunene – erfaringer med tilbud gitt i pasientens hjem/vante miljø.*, <http://www.helsedirektoratet.no/Om/nyheter/Documents/helsepersonellutvilking.pdf> [Lest 10.04.2014].
- Reichborn-Kjennerud, K. (2009): *Hensiktsmessig oppgavedeling. En mulighetsstudie i skole-, barnehage- og helsesektoren*. AFI-Notat nr. 9/09.
- Roksvaag, K. og I. Texmon (2012): *Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2035. Dokumentasjon av beregninger med HELSEMOD 2012*, Statistisk sentralbyrå, rapport 14 /2012.

- Sharples L.D., J. Edmunds, D. Bilton, W. Hollingworth, N. Caine, M. Keogan, A. Exley (2002): A randomised controlled crossover trial of nurse practitioner versus doctor led outpatient care in a bronchiectasis clinic. *Thorax* 2002; 57: 661–666.
- Sheer, B. og F.K.Y. Wong (2008): «The development of advanced nursing practice globally», In *Nurs Sch* 2008; 40 (3): 204–11.
- Stortingsmelding nr. 25 (2005–06): *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*
- Stortingsmelding nr. 16 (2010–11). *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)*
- Stortingsmelding nr. 47 (2008–2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Stortingsmelding nr. 13 (2011–2012) *Utdanning for velferd*. Kunnskapsdepartementet.
- Stortingsmelding nr. 29 (2012-13) *Morgendagens omsorg*
- Strand, E., I. Nygren, L. Bergkvist og K. Smedh (2011): Nurse or surgeon follow-up after rectal cancer: a randomized trial. *Colorectal Disease*. 13(9): 999–1003. doi: 10.1111/j.1463-1318.2010.02317.x
- Strömberg, A. (2004): «Nurse-led heart failure clinics: Swedish experiences of Advanced Nurse Practice during 10 years.» *Pflege*. 17(4):237–42.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15455825> [Lest 10.04.2014].
- Svensden K.E. (2010): «Dansk suksess i hjemmetjenesten: Mer trening – mindre pleie» *Fagbladet* 2010 nr. 10.
- Sykepleien (2010 – 5/4): «Ansvar og yrkesrolle»
<http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/627322/ansvar-og-yrkesrolle>. [Lest 10.04.2014].
- Sælid, T. (2013): *Oppgaveglidning – mer enn et motebegrep? En studie fra en medisinsk sengepost og poliklinikker i Sykehuset Østfold*. Masteravhandling i organisasjon og ledelse, Avdeling for økonomi, språk og samfunnsfag, Hiof 2013.
- Sørensen, E.E. (2012): *Bak masker og lukkede døre: En etnografisk undersøgelse af operationsassisterende funktioner i dansk hospitalsvæsen*.
http://www.dsr.dk/fs/fs25/Documents/Pr%C3%A6sentationer%20fra%20symposier/Symposium%202012/Bag_masker_og_lukkede_doere.pdf [Lest 10.04.2014].
- Taylor K.I., K.M. Oberle, R.A. Crutcher, P.G. Norton (2005): Promoting health in type 2 diabetes: nurse-physician collaboration in primary care. *Biol.Res.Nurs*. 2005;6:207–215.
- Tjerbo, T., P.O. Aamodt, I.M. Stigen, M.K. Helgesen, T. Næss, C.Å. Arnesen, H. Høst, N. Frølich (2012): *Bemanning av pleie- og omsorgssektoren: handlingsplan og iverksetting*. NIBR-rapport 2012:3.
- Torstendahl, R. og M. Burrage (eds.) (1990): *The Formation of Professions: Knowledge, State and Strategy*. London: Sage.
- Tsiachristas, A., I. Wallenburg og A. de Bont (2014): Deliverable 2.2: Costs and Effects of Health Service Redesign. Delivery date: 31st January 2013. Health Care Reform: the iMPact on practice, oUtcomes and costs of New roles for health pROfeSsionals (MUNROS). Erasmus University Rotterdam.
- Törnqvist, M. (2012): *Endoskoperende sjukskøterskor. En vinst for pasienten?* <http://shh.diva-portal.org/smash/get/diva2:526156/FULLTEXT01.pdf> Lest 26. august 2013 [Lest 26. 08. 2013].

- Vallimies-Patomäki, M. (2013a): «Advanced roles of nurses in Finland – Examples and experiences, supporting mechanisms and lessons learned.» Innlegg, NSH – Konferanse om bedre oppgavedeling i sykehus, Oslo, 10.–11. september, 2013.
- Vallimies-Patomäki, M. (2013b): «Redistribution of tasks in health care in Finland. New roles of nurses and nursing personnel.» [Powerpoint]. Presentert av det finske helse- og sosialdepartement.
http://www.healthworkforce4europe.eu/downloads/C04_Finland_advancednurses.ppt [Lest 14.11.2014].
- Vetvik, E. og P.G. Disch (2013): *Kommunal omsorg - i plan? Status 2011 - utfordringer mot 2025*. Senter for omsorgsforskning - Rapportserie nr. 3/2013.
- Vigeland, E. (2010): *Profesjonsgrenser i norsk bildediagnostikk: Tid for en ny arbeidsdeling?* Masteroppgave ved Det Medisinske Fakultet, UiO.
- Wallenburg, I., A. Tsiachristas og A. de Bont (2014): Deliverable 2.1: New Professional Roles and Health Workforce Skill Mix in Europe. Delivery date: 31st January 2014. Health Care Reform: the iMpact on practice, oUtcomes and costs of New roles for health pROfeSsionals (MUNROS). Erasmus University Rotterdam.
- Williams, K.S., R.P. Assassa, N.J. Cooper, D.A. Turner, C. Shaw, K.R. Abrams, C. Mayne, C. Jagger, R. Matthews, M. Clarke, C.W. McGrother (and the Leicestershire MRC Incontinence Study Team) (2005): Clinical and cost-effectiveness of a new nurse-led continence service: A randomised controlled trial. *Br.J.Gen.Pract.* 2005;55: 696–703.
- WHO (World Health Organization) (2008): *Task Shifting: rational redistribution of tasks among health workforce teams. Global Recommendations and Guidelines.*
- WHO (World Health Organization) (2012): *WHO recommendations for optimizing health worker roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting.*

Vedlegg

Vedlegg 1: Tabeller til kapittel 3

Tabeller med oversikt over søkeord, kilder og treff for litteraturstudien

Tabell 1: Norske søkeord, kilder og antall treff (henholdsvis 2. 9. 2013 og 2.4. 2014)

Søkeord	Google	Google Scholar ¹⁰	BIBSYS
Oppgaveglidning	4860 / 2290 treff	0 treff / 8 treff	0 treff / 1 treff
Jobbglidning	843 / 1120 treff	5 / 11 treff	2 / 2 treff
Jobbglidning i helsevesenet	1210 / 1280 treff	11 / 5 treff	1 / 1 treff
Oppgavefordeling	64 700 treff	1060 treff	70 treff
Oppgavedeling	11 400 treff	139 treff	11 treff
Oppgaveforskyvning	903 treff	22 treff	1 treff

Tabell 2: Engelske søkeord, kilder og antall treff (henholdsvis 2.9. 2013 og 2.4. 2014)

Søkeord	Google	Google Scholar	BIBSYS
Task shifting	42 500 / 38 900 000 treff	1 090 000 / 1 140 000 treff	180 608 treff
Skill mix	24 900 treff	542 000 / 522 000 treff	73 889 treff
Changing skill mix	2 870 000 treff	364 000 / 387 000 treff	39. 232 treff

Tabell 3: Danske og svenske søkeord, kilder og antall treff (sist oppdatert 2.4. 2014)

Søkeord	Google	Google Scholar	BIBSYS
Jobbglidning (dk.)	1030 treff (google.dk)	9 treff (google.scholar.dk)	0 treff
Oppgaveglidning (dk.)	12100 treff (google.dk)	136 treff (google.scholar.dk)	0 treff
Uppgiftsglidning (se)	170 treff (google.se)	0 treff	0 treff

¹⁰ Treffene er usorterte og inkluderer sitater og patenter (se http://scholar.google.no/schhp?hl=no&as_sdt=0,5)

Vedlegg 2: Intervjuguide nøkkelinformanter

Prosjektet «Ny oppgavefordeling mellom personellgrupper i kommunal helse- og omsorgstjeneste»

Uni Research Rokkansenteret

november 2013

1 Informasjon om forskningsprosjektet og intervjuet

Prosjektet dreier seg altså om nye former for oppgavefordeling mellom personellgrupper i kommunale helse- og omsorgstjenester, det som ofte betegnes som oppgaveglidning.

Jeg vil spørre om synspunkt på dette, og hvilke fordeler og hindre som er knyttet til oppgaveglidning i kommunene. Intervjuet vil ta inntil 30 minutter. Dersom det er i orden for informanten vil jeg benytte en opptaker.

2 Rollen i forhold til ny oppgavefordeling

- I hvilken grad har dere vært opptatt av spørsmålet om oppgaveglidning/ny oppgavefordeling mellom yrkesgrupper generelt, og i kommunene spesielt?
- Hvordan har dere arbeidet med dette, og hva er status for dette arbeidet?
- Hva er bakgrunnen for arbeidet med ny oppgavefordeling for dere?
- Hva er deres synspunkt på ny oppgavefordeling?

3 Ny oppgavefordeling i kommunale tjenester

- Har dere tanker om hvordan ny oppgavefordeling kan fremmes i kommunene?
- Hva vil være den viktigste fordelen med ny oppgavefordeling i kommunene? Hvilke utfordringer kan dette bidra til å løse?
- Hvordan kan man oppnå dette?
- Hva vil være de viktigste hindrene for å få til ny oppgavefordeling i helse- og omsorgstjenestene?
- Har dere synspunkt på hvordan ny oppgavedeling eventuelt bør forankres og formaliseres?
- Kjenner dere konkrete prosjekter der ny oppgavefordeling er utprøvd i kommunale tjenester?
- Er det andre forhold knyttet til ny oppgavedeling som bør komme fram/nevnes?

Vedlegg 3: Intervjuguide ledere og i kommunale helse- og omsorgstjenester rettet mot eldre

Prosjektet «Ny oppgavedeling mellom personellgrupper i kommunene»
Uni Research Rokkansenteret
November 2013

1 Informasjon om forskningsprosjektet og intervjuet

2 Bakgrunnsinformasjon om informantene

- Informantenes stilling
- Utdanningsbakgrunn og jobberfaring

3 Bakgrunnsinformasjon om kommunen/ enheten (Oppgaver, bemanning og kompetanse)

Hvor mange ansatte er det i enheten, hva slags kompetanse har de?

Hva er de mest sentrale oppgavene i din enhet?

Har dere opplevd endringer i sammensetningen av oppgaver de siste årene?

Hvordan fordeler dere arbeidsoppgaver i din enhet?

Hvordan fastsettes dette?

4 Nye former for arbeidsdeling i kommunen/tjenestene

a. Ledere

Hvordan møter kommunen/ tjenestene du leder utfordringer mht rekruttering og tilgang på riktig kompetanse?

Hvilke tiltak har dere benyttet for å ta hånd om endringene?

Hva slags kompetanse søker dere etter?

Har du omgjort stillinger de siste årene? Tenker du å omgjøre stillinger framover? Hvordan gjør du det?

Hvordan jobber dere med kvalitetssikring av opplæring?

Har dere prøvd ut oppgaveglidning/ ny oppgavefordeling som virkemiddel eller diskutert dette?

- Hvordan var eventuelt prosessen fram mot den nye ordningen?
- Hvem var involvert?
- Hvor kom initiativet ifra? Hvilke utfordringer ønsket dere å løse?
- Hva er viktige faktorer for å få til en ny fordeling av oppgaver?
- Hva skal til for at du innfører ny arbeidsdeling?

b. Ansatte

Har arbeidsoppgavene dine endret seg de siste årene?

Hvilke arbeidsoppgaver er eksklusive for din gruppe og hvilke deler du med andre personellgrupper?

Finnes det oppgaver som kunne vært fordelt på annen måte enn den eksisterende?

Har du opplevd at du har blitt tildelt arbeidsoppgaver du er utrygg på?

Hvordan samarbeider du med andre personellgrupper?

Hva mener du skal til for at eksisterende arbeidsdeling kan endres?

5 Erfaringene med den nye arbeidsdelingen

Hva mener du som leder/ansatt at ny oppgavefordeling gir av muligheter?

Hva er utfordringene med ny oppgavefordeling?

Hvordan bringer dere videre erfaringene med den nye ordningen?

Kan andre gjøre seg nytte av denne erfaringen? Hvordan?

Er det andre forhold som bør komme fram om arbeidsdelingen i tjenestene dere har ansvar for?

Vedlegg 4: Oversikt over informanter

1. Nøkkelinformanter

Helse- og omsorgsdepartementet, 2 spesialrådgivere

Helsedirektoratet, rådgiver

Fylkesmannen, rådgiver

Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjeneste: Telefonintervju konsulent

Norsk Sykepleierforbund: Telefonintervju, representant for sentral ledelse samt 2 fylkesledere

Fagforbundet: Telefonintervju, rådgiver

Den norske legeforening: Leder

Helseforetak: Gruppeintervju viseadministrerende direktør, rådgivere med ansvar for samhandling på foretaksnivå og på flere avdelinger

Ortopedisk avdeling, Helseforetak: Gruppeintervju, klinikkleder og overlege kirurgi

2. Kommunale informanter

Kommune A

3 overordnede ledere for helse- og omsorgstjenestene

Avdelingsoverlege

2 sykehjemsleger

2 Enhetsledere sykehjem

2 Gruppeledere sykehjem

1 soneleder hjemmetjenester

2 gruppeledere hjemmetjenester

2 ansatte rehabilitering (fysioterapi)

2 gruppeledere rehabilitering (fysioterapi)

5 ansatte sykehjem

Kommune B

Enhetsleder sykehjem

Enhetsleder Pleie og omsorgstjenesten

2 gruppeledere sykehjem/omsorgsbolig/hjemmetjenester

Ansatte i rehabiliteringsavdeling:

1 fysioterapeut, 1 ergoterapeut, 1 sykepleier

5 ansatte sykehjem

Kommune C

1 gruppeintervju med 12 personer:

Helsesjef, Omsorgssjef, Styrer bo og sørvis senter for utviklingshemmede, Leder dagsenter for utviklingshemmede, 2 soneledere hjemmetjenesten, styrer sykehjem med

langtidsplasser, styrer sykehjem med korttidsplasser/ rehabilitering/ øyeblikkelig hjelp, leder fysioterapi, leder helsesøstre, Kommunelege, Leder psykiatri

Intervju med ansatte

Kommune D

Virksomhetsleder, sykepleiere og hjelpepleier

Intervju med

Kommune E

Kommunalleder helse og omsorg

Leder kjøkken/vask

Leder hjemmetjenestene

Leder sykehjem

Leder Folkehelsekoordinator

Rådgiver helse

Sykepleier 1 i omsorgsbolig

Sykepleier 1 i hjemmetjenestene

Helsefagarbeider omsorgsbolig

Kommune F

Enhetsleder med ansvar for bolig, behandling og sørvis

Leder hjemmesykepleie, leder behandlingsavdeling, leder langtidsplass

Leder Fysioterapeut, ergoterapeut, hjelpepleier i sykehjem

Lege i sykehjem

Fire sykepleiere på sykehjem

Fysioterapeut, ergoterapeut og hjelpepleier i hjemmetjenesten

To sykepleiere i hjemmetjenesten

To helsefagarbeidere på sykehjem

Kommune G

Enhetsleder hjemmetjeneste

Enhetsleder sykehjem, hjem/kommunale tjenester – eller de har mastergrad i helse og sosial adm., eller annen helse eller sosialfaglig mastergrad

Vedlegg 5: Tabeller til kapittel 6

Kategoriseringen er her som følger: Store kommuner (A og G), mellomstore (C, D) og små kommuner (B, E og F).

Tabell 1: Oversikt over stillingsutlysninger for 2002 kommunene A-G 2002, absolutte tall

Kommune	Andre	Medisin	OA/Hjelpepleier	Sosionom	Sykepleier	Totalt
A	813	269	713	188	1542	3525
B	49	2	32	5	29	117
C	52	2	58	1	94	207
D	26	10	40	13	59	148
E	3	0	4	2	6	15
F	7	0	5	3	11	26
G	276	176	132	87	652	1323
Totalt	1226	459	984	299	2393	5361

Tabell 2: Oversikt over stillingsutlysninger for 2002 kommunene A-G 2011, absolutte tall

Kommune	Andre	Medisin	OA/Hjelpepleier ¹¹	Sosionom	Sykepleier	Totalt
A	1194	213	594	180	1533	3714
B	9	22	23	5	16	75
C	15	16	31	7	28	97
D	16	4	13	11	45	89
E	3	0	4	2	11	20
F	4	1	6	3	14	28
G	163	99	206	79	354	901
Totalt	1404	355	877	287	2001	4924

Kilde: Nav-statistikk

¹¹ Kategoriene i oversikten er forenklet, men basert på et system med 4-sifret Standard Yrkesklassifisering (STYRK – kode). Nav Statistikk endret kategorisering i 2001 og 2012, og årstallene 2002 og 2011 er valgt for å få sammenlignbare tall.

Antall stillinger i statistikken viser antall totalt stillinger som registreres av Nav-statistikk i løpet av året. Dersom en stilling lyses ut på nytt etter at fristen har gått ut, vil en ny utlysning telle som ny tilgang.

Tabell 3: Prosentvis fordeling av utlyste stillinger for ulike stillingskategorier i sju kommuner, fordelt på tre kategorier etter størrelse. 2002

Kommunetype	Andre	Medisin	OA/Hjelpepleier	Sosionom	Sykepleier	Total
Store kommuner	20 %	8 %	15 %	5 %	52 %	100 %
Mellomstore kommune	22 %	3 %	28 %	4 %	43 %	100 %
Små kommuner	37 %	1 %	27 %	6 %	29 %	100 %
Gjennomsnitt	26 %	4 %	23 %	5 %	42 %	100 %

Tabeller og analyse av stillingsutlysninger, de enkelte kommunene

I den følgende gjennomgangen presenteres resultatene fra hver enkelt kommune. Her gir vi en karakteristikk av hver enkelt kommunes utlysningspraksis, med vekt på om utlysningene er lukkede eller åpne. Avslutningsvis oppsummeres hovedtrendene i materialet.

Kommune A

Når det gjelder storbykommunen A sine utlysninger av stillinger i helse- og omsorgssektoren, har vi tatt utgangspunkt i stillinger over 50 prosent for august og september 2013. Det vil si at grunnlaget ikke er hele 2013. Det var nødvendig å gjøre et utvalg fordi totalt antall utlysninger er svært stort, og utlysningene må hentes ut manuelt.¹² Vi fikk tilsendt totalt 28 stillingsutlysninger for august og september innen for helse og omsorgssektoren. 26 av disse stillingene var sykepleierstillinger, jf. Tabell 5.

Tabell 5

Type stilling	Antall	Antall åpne utlysninger
Sykepleier	26	0
Helsefagarbeider	2	1

Alle sykepleierstillingene i denne kommunen krevde autorisasjon som sykepleier etter helsepersonelloven. Stillingsutlysningene er derfor ikke åpne. For mange av stillingene er det åpning for utdanning fra utlandet, gitt at dette har godkjenning fra NOKUT. Denne presiseringen i flere av utlysningene skilte kommune A fra de andre kommunene i utvalget, og reflekter sannsynligvis arbeidsmarkedet i denne kommunen. Vi må anta at denne storbykommunen er attraktiv for søkere også fra andre land, og presiseringen om NOKUT-godkjenning er derfor viktig å inkludere. De fleste sykepleiestillingene stiller også krav om å beherske norsk muntlig og skriftlig.

¹² Vårmånedene ble ikke valgt, fordi disse er preget av sommervikarutlysninger. Det er likevel liten grunn til å tro at august og september-utlysningene bortsett fra dette skiller seg vesentlig fra året for øvrig. Innholdet i utlysningene og forholdet mellom kategoriene må forventes å være representative for året som helhet.

I utlysningene fra kommune A er stillingene noe mer beskrevet enn hva som er tilfellet i de andre kommunene i utvalget. Det er som regel en kort beskrivelse av arbeidsstedet (f.eks. hjemmetjenesten eller et bestemt sykehjem), samt en liten tekst om arbeidsoppgaver og kvalifikasjoner. «Godt fagmiljø», «faglig veiledning» og «internundervisning» er blant momentene som ofte presenteres i utlysningene. I tillegg er ønskede egenskaper beskrevet i noe mer detalj, sammenlignet med de andre kommunenes utlysninger. Ti til femten egenskaper som er ønsket blant søkerne er listet opp, som for eksempel: arbeidskapasitet, humør, resultatorientert, strukturert, lojal, kompetent, løsningsfokusert, omstillingsevne, engasjert, samarbeidsvillig, selvstendig, faglig flink.

Kommune B

Alle utlyste stillinger i kommune B ligger på kommunens nettsider. Totalt ble 23 stillinger samlet inn og kategorisert. Stillingsutlysningene i helse- og sosialsektoren i kommune B er svært knappe tekster. De inneholder korte beskrivelser av kvalifikasjonskrav, oppsummert i tre til fem punkter. Punktene peker på hvilke utdanningskrav som stilles, samt hvilke to-tre personlige egenskaper som er viktige, i tillegg til at det i de fleste utlysningene er presisert krav om førerkort. I gjennomsnitt har utlysningene 136 ord. Denne knappe formen bidrar til at utlysningstekstene i liten grad har rom for å beskrive hvilke kompetanseprofiler, utover formell utdanning som er viktig. Arbeidsoppgaver blir også i liten grad beskrevet. I den grad utlysningene etterspør personlige egenskaper er dette formulert gjennom generelle stikkord som «kommunikasjonsevner,» «må kunne samarbeide,» «fleksibel» og «ansvarsbevisst.» Oppsummert kan en si at autorisasjon og utdanningstype er kriteriene for stillingene som lyses ut, ikke personlige egenskaper eller egenskaper ved oppgavene som skal utføres.

Tabell 6

Type stilling	Antall	Antall åpne utlysninger
Sykepleierstillinger	6	0
Helsefagarbeiderstillinger	12	3
Vernepleier	2	1
Andre helse- og sosial stillinger	3	1

Fem av 23 utlyste stillinger i kommune B kan karakteriseres som «åpne», det vil si at utlysningen åpner for at personer med et generelt utdanningsnivå kan søke, uten at utdanningstype er spesifisert. Dette er formulert f. eks som at «personer med høyskoleutdanning» kan søke. I disse tilfellene er det ikke spesifisert at autorisasjon er påkrevet eller andre spesifikke utdanningskrav. Det er gjerne antydning at f. eks helsefagutdanning er en fordel, men at andre med «relevant» utdanning kan søke. De resterende 18 stillingene er lyst ut med krav om bestemte typer utdanning.

Selv om få av stillingene i helse- og sosialsektoren i kommune B lyses ut åpent, er det slik at i 14 av 23 registrerte stillingsutlysninger er det rom for at personer med flere forskjellige typer utdanning kan søke. Her er det likevel spesifisert hvilke utdanninger det er

krav til. Dette gjelder spesielt stillinger som er kategorisert som helsefagarbeider. Her kreves det ofte «Norsk autorisasjon som helsefagarbeider», men det er tilføyd at også hjelpepleiere og omsorgsarbeidere kan søke. Videre er det slik at samtlige utlyste sykepleierstillinger stiller krav om sykepleieutdanning med norsk autorisasjon.

Kommune C

For kommune C har vi fått tilsendt alle utlysninger i kommunal helse- og omsorgssektor for 2013. Tilsammen ble det lyst ut 56 stillinger i helse- og omsorgssektoren i 2013, hvorav om lag halvparten var sykepleierstillinger med krav om autorisasjon som sykepleier. Kommune C sine utlysninger er knappe og mindre omfangsrike enn f. eks storbykommunen A. Det er mindre beskrivelser av arbeidsoppgaver, egenskaper og arbeidssted. Slik minner kommune C sine utlysninger mer om de mindre kommunenes utlysningspraksiser. Videre kjennetegnes utlysningene av at de etterspurte kvalifikasjonene stort sett er formulert som autorisasjonskrav (enten som helsefagarbeidere eller sykepleiere).

Tabell 7

Type stilling	Antall	Antall åpne utlysninger
Sykepleier	28	0
Helsefagarbeider	21	0
Avdeling- eller gruppeleder	3	0
Koordinator	2	1
Konsulent	1	0
Hjemmehjelp	1	1

Kommune D

Utvalget av stillinger fra kommune D tar utgangspunkt i en liste over alle kommunalt utlyste stillinger, som ble gjort tilgjengelig for oss fra kommunens personalavdeling. Med utgangspunkt i denne listen, har vi søkt opp alle stillinger over 50 % knyttet til pleietjenesten, hjemmetjenesten og ulike bosentre for eldre, i kommunens postlister. Totalt ble det lyst ut 53 slike stillinger i 2013, tolv av disse var 100 prosent stillinger.

Som i kommune B er også stillingsutlysningene i kommune D knappe tekster. For det meste inneholder de svært begrensede opplysninger om arbeidsoppgaver. Ønskede personlige egenskaper er definert gjennom to til fem stikkordsom «fleksibel», «trygg», «selvstendig», «evne til å ta beslutninger» osv. I den grad arbeidsoppgaver blir beskrevet er det gjennom implisitt beskrivelser: «Sjukepleiefaglege oppgaver», «ivareta pasientenes individuelle behov», «primærkontakt», «kontakt med samarbeidspartar», «dokumentasjon» osv. Generelt er likevel utlysningene i kommune D noe mer spisset enn i kommune B, illustrert ved at det oftere er krav om bestemte spesialiseringer eller bestemte erfaringer. For eksempel er det i utlysningene etter sykepleiere ofte beskrevet at det er ønskelig med erfaring fra «eldreomsorg,» «lignende oppgaver» osv.

Typen av stillinger som er lyst ut, samt antall og åpne stillinger er presentert i tabell 8.

Tabell 8

Type stilling	Antall	Antall åpne utlysninger
Sykepleier og spesialsykepleier	30	0
Helsefagarbeider	17	1
Hjemmehjelp/assistent	3	3
Andre helse- og sosialstillinger	3	0

Som det fremgår av tabellen er det få av stillingene i kommune D som er lyst ut åpent. Kun en helsefagarbeider-stilling og tre hjemmehjelp-stillinger kan karakteriseres som «åpne.» Tabellen viser også at samtlige av sykepleierstillingene har krav til autorisasjon som offentlig godkjent sykepleier mens halvparten har tilleggskrav. Slike krav er for eksempel «ledererfaring», «spesialisering i geriatri», «IKT-kunnskap,» «erfaring fra eldreomsorg.» Med slike tilleggskrav er sykepleierutlysningene i denne kommunen også mer spisset enn i de mindre kommunene i utvalget. Når det gjelder helsefagarbeiderstillingene må det legges til at flere av disse lyses ut på en måte som åpner for flere tidligere brukte yrkeskategorier som hjelpepleiere og omsorgsarbeidere kan søke på stillingene.

Kommune E

I 2013 ble det i kommune E kun lyst tre stillinger over 50 prosent i pleietjenesten, hjemmetjenesten og bosenter. Ingen av disse stillingene var lyst ut åpent. Via telefonintervju med enhetsleder for helse- og omsorgstjenestene har vi fått bekreftet at antallet er riktig. Kommunen er liten og har få stillinger, men for 2013 var tallet på utlyste stillinger uvanlig lavt grunnet lederskifter og omorganisering av tjenestene.

Kommune F

I kommune F ble det i 2013 lyst ut ti stillinger i pleietjenesten, hjemmetjenesten og bo- og servicesenteret. Disse utlysningene ble til sendt oss på e-post. Åtte av stillingene var sykepleierstillinger. For syv av disse stillingene var det krav om autorisasjon som sykepleier. En av sykepleierstillingene åpner likevel også for at vernepleiere kan søke, jf. tabell.

Tabell 9

Type stilling	Antall	Antall åpne utlysninger
Sykepleier	8	0
Helsefagarbeider	1	0
Rekruttstilling	1	1

Kommune G

Når det gjelder kommune G har vi tatt utgangspunkt i utlyste stillinger over 50 % i kommunale helse- og omsorgssektor for august-oktober 2013. Totalt ble 73 stillingsutlysninger sendt oss pr. mail fra kommunens arkiv. Denne store kommunen skiller seg ut fra de andre kommunene ved at det er noe mer fylldig beskrivelse av tjenestene og hvilke mål og ideer den enkelte organisasjon har. Personlige egenskaper som etterspørres er også tydeligere presisert. Mens de andre kommunene nøkternt søker etter «sykepleier», «vernepleier» osv., er det eksempler på at man her søker etter «Veldig Viktig Vernepleier» eller «Sykepleier med stort hjerte». Som med de andre kommunene, er det likevel få utlysninger som er åpne, jf. Tabell 10.

Tabell 10

Type stilling	Antall	Antall åpne utlysninger
Sykepleier	54	0
Vernepleier	7	0
Helsefagarbeider	1	0
Fagleder	6	3
Fysioterapeut	1	0
Aktivitør	4	0

Mens de andre kommunene i sine utlysninger av sykepleierstillinger gjennomgående bruker samme formulering om krav til formelle kvalifikasjoner, bruker man i denne kommunen ulike formuleringer. Både «norsk autorisasjon som sykepleier», «treårig sykepleierutdanning» og «autorisert sykepleier» benyttes. Det er likevel ingen grunn til å tro at de formelle kravene er forskjellige ved ulike formuleringer. Videre merker vi oss at dette er den eneste kommunen som i enkelte tilfeller aktivt oppfordrer menn til å søke på sine stillinger i eldreomsorgen. Kommunen benytter også et større repertoar av egenskaper som etterspørres i utlysningene, som selvstendig, fleksibel, gode samarbeidsevner med andre yrkesgrupper, positiv, løsningsorientert, endringsvillig, organisasjonsforståelse, stabil, systematisk, serviceinnstilt, fantasirik, høye ambisjoner, positiv til endringer, praktisk, tilpassningsdyktig, nøyaktig.