



**Spørreundersøkelse
oppgavedeling
Helse Sør-Øst 2022/ 2023**

1	Sammendrag.....	5
2	Bakgrunn.....	6
2.1	Målsetting for undersøkelsen	7
3	Arbeidsform og metode.....	8
3.1	Spørreundersøkelse.....	8
3.2	Intervjuer.....	10
4	Resultater	12
4.1	Spørreundersøkelse del 1	12
4.1.1	Generelle innledende spørsmål.....	12
4.2	Spørreundersøkelse del 2	14
4.2.1	Oppgavedeling etter kategori a) b) og c)	15
4.2.2	Oppgavekategorier i oppgavedeling.....	18
4.2.3	Involvering, bakgrunn, effekt og varighet.....	19
4.3	Resultater intervjuer.....	23
4.3.1	Endringer som omhandler spesifikke yrkesgrupper.....	25
4.4	Oppsummering intervjuer	29
4.5	OUS sammenligning.....	30
5	Oppsummering	32
6	Veien videre.....	35
7	Referanser	39

1 Sammendrag

Dette prosjektet har kartlagt alle oppgavedelingsprosjekter som er gjennomført, er under gjennomføring, eller planlegges i de regionale helseforetakene i perioden 2017-2022. En digital spørreundersøkelse ble utført i perioden oktober-november 2022.

Undersøkelsen ble distribuert gjennom Forsta til alle ledere på nivå N4-5 (n=1960) i regionen, med unntak av Oslo Universitetssykehus (OUS) som allerede hadde gjennomført en lignende undersøkelse i mai 2021. Av 1960 mottakere, startet 1140 undersøkelsen og 810 fullførte den. Gjennom undersøkelsen ble det identifisert 703 prosjekter. Vi valgte ut 12 av disse prosjektene for dybdeintervjuer. Valget baserte seg på prosjekter som involverte yrkesgrupper med underutnyttet helsefaglig kompetanse, og prosjekter som involverte områder med forventet personellmangel.

Resultatene av kartleggingen viser at ønsket om mer effektiv arbeidsflyt og bedre bruk av ansattes kompetanse ofte er drivkreftene bak oppgavedelingen. Helsefagarbeidere, helsesekretærer og sykepleiere er de mest representerte yrkesgruppene i oppgavedelingsprosjektene i datainnsamlingen. Yrkesgrupper som har fått flest nye oppgaver inkluderer helsesekretærer, sykepleiere, helsefagarbeidere og spesialsykepleiere, mens det er overleger, sykepleiere og spesialsykepleiere som har overført flest oppgaver. Helsefagarbeidere, helsesekretærer og sykepleiere har også fått mest utvidet kompetanse.

Funnene viser også at oppgavedelingsprosjekter har involvert mange forskjellige yrkesgrupper i sykehusene, alt etter lokale behov. Prosjektene gjennomføringsmetoder varierer sterkt, og det samme gjelder graden av involvering fra medarbeidere, tillitsvalgte og verneombud. De fleste respondentene rapporterer at de innførte endringene er varige, har forbedret arbeidsflyten og bruken av ansattes kompetanse. Dette samsvarer med funnene fra OUS' undersøkelse. Imidlertid rapporterte under halvparten av respondentene i vår undersøkelse at prosjektene hadde hatt en positiv effekt på arbeidsmiljø og jobbtilfredshet, i motsetning til undersøkelsen som ble gjennomført ved OUS som viste en betydelige forbedringer på disse områdene.

2 Bakgrunn

I følge nasjonale fremskrivninger, er det ventet mangel på helsepersonell i fremtiden. Statistisk Sentralbyrå (SSB) rapporterte i 2019 at innen 2060, kan det være nødvendig at en av tre personer jobber innen helsevesenet for å opprettholde dagens nivå og kvalitet på helsetjenester. Dette scenariet vil fortsatt gjelde selv med økt utdanningskapasitet og en økende tilstrømning av helsepersonell, gitt den forventede økningen i antall eldre og påfølgende økning i behovet for helsetjenester. Disse prognosene peker mot behovet for en endring av dagens arbeidsprosesser og oppgavefordeling innen helsevesenet. Ved å innføre nye samarbeidsmetoder som sikrer en mer hensiktsmessig og bærekraftig bruk av helsepersonells kompetanse, kan vi potensielt behandle flere pasienter uten å øke tilfanget av nytt personell. Mye tyder på at tiltak for å øke kompetansen og endre kompetansesammensetningen kan mobilisere ubenyttet kapasitet i helseforetakene (Rambøll, 2022).

Flere helseforetak i Helse Sør-Øst (HSØ) har *allerede* gjort eller planlagt mye godt arbeid innenfor oppgavedeling. Det finnes mange gode eksempler på tiltak som er gjort for å forbedre arbeidsprosesser som gir bedre bruk av kompetansen. I første omgang har Helse Sør-Øst har kartlagt gjennomførte, planlagte og pågående oppgavedelingsprosjekter (og/eller endrede arbeidsprosesser/ arbeidstiltak) mellom yrkesgrupper i tidsperspektivet 2017 og frem til dags dato. Spørreundersøkelsen ble etterfulgt av frivillige dybdeintervjuer av 12 informanter.

I spørreundersøkelsen refereres oppgavedelingsprosjekt til:

- a) en yrkesgruppe overtar oppgaver fra en annen yrkesgruppe.
- b) en utvider rollen eller ferdigheten til en yrkesgruppe eller individ (kompetanseheving), slik at flere kan utføre en oppgave.
- c) en etablerer nye funksjoner eller arbeidsoppgaver ved å introdusere en ny profesjon eller teknologi.

Denne rapporten presenterer funn fra kartleggingen av oppgavedelingsprosjekter i helseforetakene i HSØ. Datainnsamling ble gjennomført ved bruk av både spørreskjemaundersøkelser og intervjuer. Spørreundersøkelsene ble gjennomført mellom oktober og november 2022, mens intervjuene ble gjennomført mellom desember 2022 og februar 2023.

2.1 Målsetting for undersøkelsen

Målet med denne undersøkelsen er å få bedre kunnskapsgrunnlag over hvordan oppgavedeling i HSØ kan gjennomføres. Ved å systematisk kartlegge prosjekter, endrede arbeidsprosesser og andre tiltak relatert til oppgavedeling i regionen, er det potensielt mulig til å identifisere tiltak som har bidratt til effektiv arbeidsfordeling, og optimalisert bruk av kompetanse og ressurser. Med dette kan HSØ legge til rette for at ledere kan gjøre en mer målrettet og informert bruk av medarbeidernes kompetanse. Det innebærer at ledere er oppmerksomme på medarbeidernes individuelle kompetanser, inkludert deres spesifikke ferdigheter, utdanning og erfaring. Ved å ha en grundig forståelse av medarbeidernes kompetanse, kan ledere effektivt tildele oppgaver, delegere ansvar og ta beslutninger som er i tråd med medarbeidernes styrker og spesialkompetanse. Målet er å fremme kontinuerlig læring, kvalitetsforbedring og innovasjon i helseforetaket, og å legge til rette for bærekraftige og pasientsentrerte tjenester.

3 Arbeidsform og metode

Prosjektet er gjennomført i avdeling for Personal Kompetanse og Utdanning (PKU), i enhet for kompetanse og utdanning. Det ble initiert med utgangspunkt i mandatet «Oppgavedeling og sammensetning av kompetanse», (OSK), som ble godkjent den 29.november 2021. Avdelingsdirektør for kompetanse og utdanning, Jarle Henriksen, er prosjekteier, mens Kjerstin Sulejewski Bjerck, rådgiver i enhet for kompetanse og utdanning, leder prosjektet.

For å få en bredest mulig kartlegging av prosjekter og prosesser relatert til oppgavedeling og endring av arbeidsoppgaver for helsepersonell, ble det utformet et spørreskjema. Spørreskjemaet og guiden for semistrukturerte intervjuer ble utarbeidet med bakgrunn i OUS sin spørreundersøkelse «Rett kompetanse til rett tid», som ble gjennomført våren 2021. Dette ga et felles sammenligningsgrunnlag.

Før utsendelse av spørreundersøkelsen, ble innspillsrunder holdt i regionalt HR-direktørmøtet og i møte med konserntillitsvalgte. Det ble dannet en referansegruppe med representanter fra alle helseforetakene i regionen. Arbeidet startet opp august 2022.

3.1 Spørreundersøkelse

Det er betydelig variasjon i hvordan de forskjellige helseforetakene i regionen arbeider med oppgavedeling. Oppgavedeling skjer gjennom både formelle og uformelle prosesser. Målet for det regionale helseforetaket (RHF-et) var å få oversikt over og kunnskap om både formelle og uformelle prosjekter. Målgruppen for undersøkelsen var derfor ledere på nivå 3, 4 og 5.

Spørreundersøkelsen ble sendt ut via Forsta til alle N3-5 ledere (n=1960) i helseforetakene (HF) Akershus universitetssykehus HF (Ahus), , Sørlandet sykehus HF, Vestre Viken HF, Sykehuset Innlandet HF, Sykehuset Telemark HF, Sykehuset i Vestfold HF,, Sykehuset Østfold HF, Sunnaas sykehus, samt til de to private ideelle sykehusene med egne opptaksområder Diakonhjemmet sykehus AS og Lovisenberg sykehus AS. OUS ble ikke inkludert i denne undersøkelsen.

Sykehuspartner ble engasjert for å foreta uttrekket og å sende ut spørreundersøkelsen. Ved uttrekking av utvalget ble det oppdaget at mange ledere var tilknyttet flere kostnadssteder. Listene ble derfor gjennomgått av en kontaktperson fra hvert av de deltakende helseforetakene for å begrense antall utsendelser til hver leder. Det er verdt å merke seg at det kan være noe overlapp mellom rapporterte

og faktiske kostnadssteder for oppgavedelingsprosjektene. Totalt ble undersøkelsen sendt ut til 1976 respondenter.

Helseforetakene som ble inkludert i undersøkelsen var delt inn i to bolker. Bolk 1 (oktober 2022) inkluderte Ahus HF, Sykehuset Innlandet HF, Diakonhjemmet Sykehus AS, Vestre Viken HF, Sykehuset i Vestfold HF og Sykehuset Telemark HF. Bolk 2 (november 2022) inkluderte Sørlandet Sykehus HF, Sykehuset Østfold HF og Sunnaas Sykehus HF.

En uke før utsendelse av spørreundersøkelsen ble det sendt ut en informasjonsmail til respondentene. Skjemaet ble deretter sendt ut via e-post med link til Forsta, levert av Sykehuspartner. Det ble sendt to purringer via SMS til respondentene. 58,3 % (1140) startet undersøkelsen i mens 45,66% (810) fullførte den. Av respondentene som fullførte undersøkelsen, rapporterte over halvparten om prosjekter - totalt ble 703 prosjekter rapportert av 425 respondenter.

Det ble tatt utgangspunkt i yrkeskategoriene som finnes i HSØ ved utformingen av spørreundersøkelsen. Det er imidlertid over 200 ulike yrkestitler og forskjellige titler på samme stilling i HSØ, så det ble foretatt en utvelgelse av spesifiserte yrkeskategorier som tilsvarer yrkeskategoriene OUS hadde brukt. Det ble også inkludert en åpen kategori for «andre», hvor det var mulig å spesifisere oppgavefordeling mellom andre yrkesgrupper enn de det var spurt spesielt om. Dette bidro til en mer omfattende og nyansert forståelse av oppgavedeling i helseforetakene.

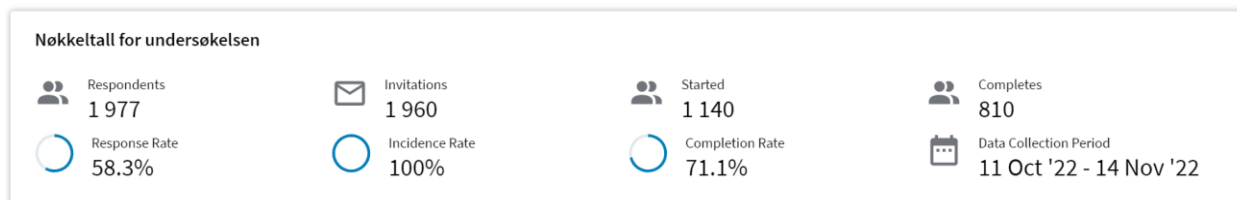
Målet med spørreundersøkelsen var å få oversikt over hvor mange som hadde gjennomført oppgavedelingsprosjekter, bakgrunnen for gjennomføring av endret oppgavedeling, hvilke yrkesgrupper som var involvert, hvilke forberedelser som ble gjort, om endringen løste problemet og om det medførte uventede positive eller negative konsekvenser. Spørreundersøkelsen besto av avkrysningsalternativer og bare noen få valgfrie fritekstspørsmål, slik at det skulle være enkelt og raskt å svare på undersøkelsen.

Undersøkelsen besto av åtte innledende spørsmål, og den ble avsluttet her for respondentene som ikke hadde oppgavedelingsprosjekter. For respondentene som rapporterte prosjekter, fortsatte undersøkelsen med elleve spørsmål om prosjektet. Deretter ble det stilt spørsmål om suksessfaktorer for vellykket gjennomføring, ønske om å gjennomføre prosjekter som ikke har blitt gjort, og grunnen til at de ikke ble gjort. Til slutt var det to spørsmål om opplevelsen av tidstyver i hverdagen knyttet til

teknologi. Alle som fullførte undersøkelsen ble også spurt om de var villige til å stille til intervju om prosjektet de hadde rapportert.

Resultatene fra spørreundersøkelsen vil bli presentert i kapittel 2.1.

Bilde 1 gir en oversikt over perioden for datainnsamlingen og responsraten for spørreundersøkelsen.



Bilde 1: Oversikt over datainnsamlingsperiode og responsrate

Bilde 2 presenterer en oversikt over antall innmeldte prosjekter per helseforetak i HSØ.

Samlet oversikt per HF

	Total	Ahus	Diakonhjemmet	Sorlandet Sykehus	Sunnaas Sykehus	Sykehuset i Vestfold	Sykehuset Innlandet	Sykehuset Østfold	Sykehuset Telemark	Vestre Viken
Total	568	98	11	99	4	66	90	64	39	97
Planlagt	85	11	1	12	2	13	17	10	8	11
Under gjennomføring	189	44	1	37	1	27	28	14	8	29
Gjennomført	294	43	9	50	1	26	45	40	23	57

Bilde 2: Oversikt over innmeldte prosjekter pr. helseforetak i region Helse Sør-Øst

Diagram 1 viser at fordelingen av gjennomførte prosjekter per år i den perioden som undersøkelsen omhandler. Det er tydelig at antall prosjekter var høyere i 2017 sammenlignet med de andre årene.

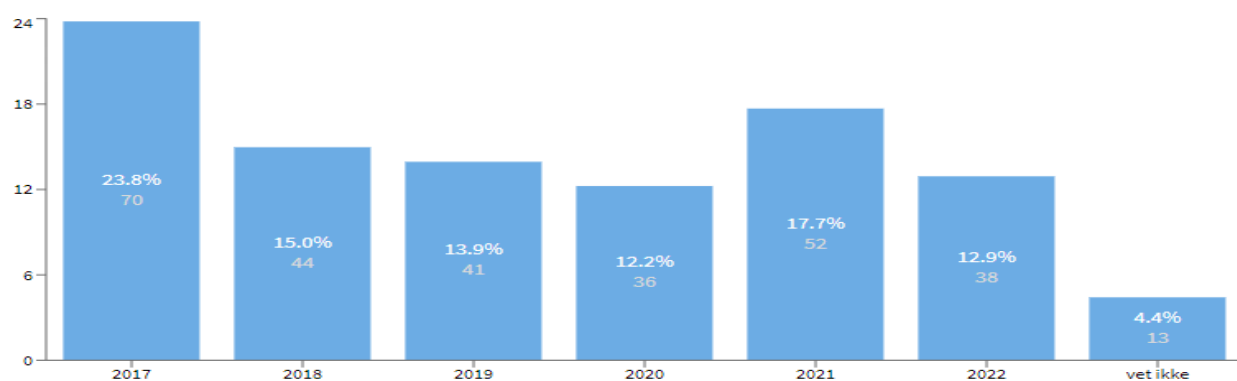


Diagram 1: Fordeling av gjennomførte prosjekter pr. år i prosent og antall.

3.2 Intervjuer

For å bedre forstå enkelte av de innmeldte prosjektene, ble det gjennomført 12 dybdeintervjuer. Disse intervjuene ble foretatt med en strategisk utvelgelse av informanter, basert på spesifikke kriterier.

Utvalgskriteriene omfattet følgende:

- Representasjon fra flere helseforetak: Det ble søkt etter prosjekter fra forskjellige helseforetak for å sikre en bred forståelse av prosesser på tvers av regionens helseforetak.
- Yrkesgrupper med forventet kompetansemangel: Fokus ble lagt på prosjekter der oppgavedeling ble implementert mellom yrkesgrupper der det forventes en mangel på kvalifisert personell i fremtiden.
- Oppgavedeling og rollediversifisering: Det ble lagt vekt på prosjekter der flere yrkesgrupper kunne utføre samme oppgave, og prosjekter hvor ikke-klinisk personell overtok oppgaver fra klinisk personell.
- Varighet og suksess av prosjektene: Utvalget omfattet gjennomførte prosjekter hvor det var observert at endringene hadde blitt vedvarende.

Et semi-strukturert intervju skjema ble utviklet for å veilede disse intervjuene. Hovedmålet var å få en dypere forståelse av arbeidsprosesser og metoder som bidro til å skape "vellykkede" oppgavedelingsprosjekter. Alle intervjuene ble gjennomført på Teams.

4 Resultater

Resultatene fra spørreundersøkelsen ble samlet og presentert av Sykehuspartner ved hjelp av et dashboard i Forsta-programmet. I dette dashboardet er det mulighet for å anvende ulike filtre, noe som gjorde det mulig å få et oversiktlig bilde over ulike respondentgrupper, avhengig av hvordan man ønsket å benytte dataene.

4.1 Spørreundersøkelse del 1

Den første delen av spørreundersøkelsen ble administrert til alle respondenter, uavhengig av deres deltakelse i et oppgavedelingsprosjekt. Målet var å kartlegge respondentenes yrkesbakgrunn og oppfatninger rundt kritisk mangel på helsepersonell, samt deres kjennskap til bedre bruk av helsepersonell sin kompetanse gjennom oppgavedeling

4.1.1 Generelle innledende spørsmål

Resultatene viste at yrkesgruppene som mest aktivt deltok i undersøkelsen var sykepleiere, helsesekretærer og overleger. Følgelig må vi tolke svarene med hensyn til denne skjevheten.

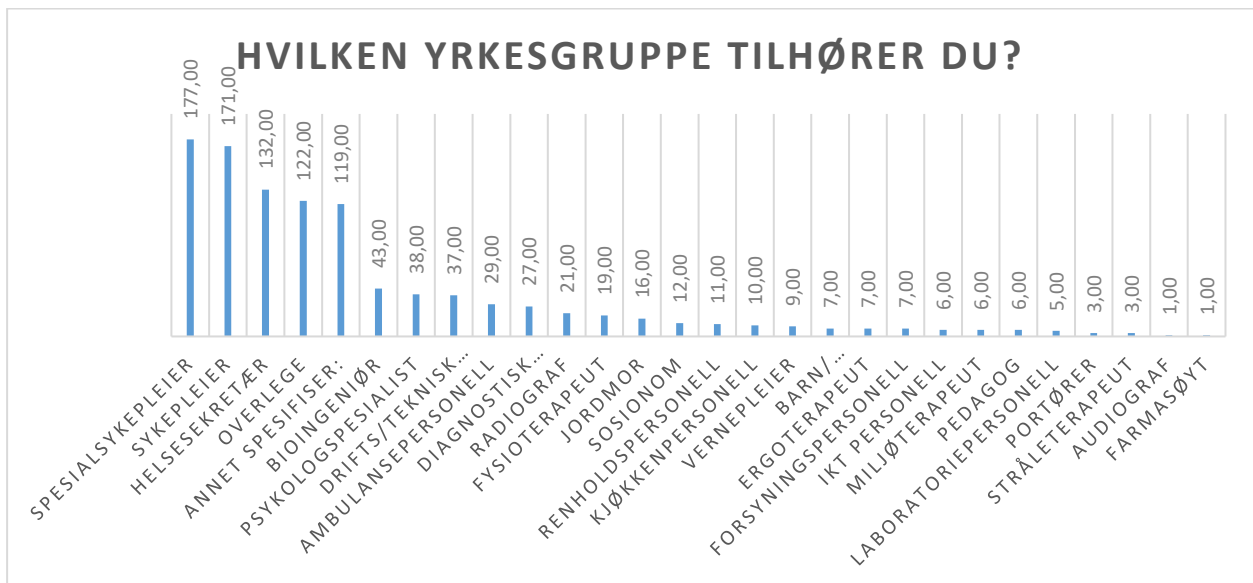


Diagram 2: Oversikt over yrkesgrupper som har svart på spørreundersøkelsen i antall. I diagrammet er det samlet i hoved yrkesgrupper, i spørreundersøkelsen var yrkesgruppene spesifisert i flere ulike spesialutdanninger.

Oplever du at ditt fagområde kan få kritisk mangel på kvalifisert personell?

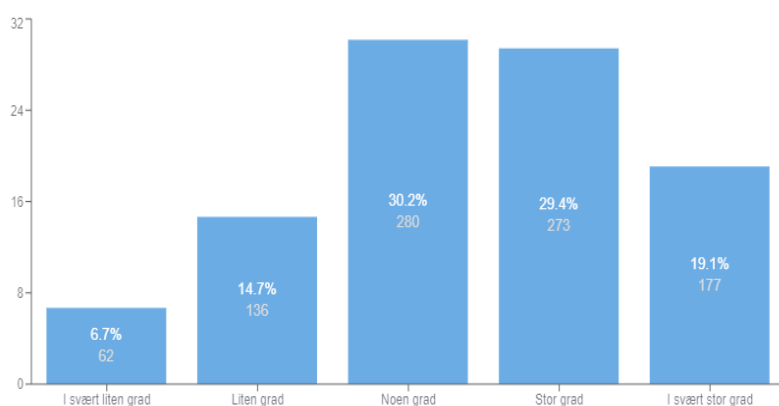


Diagram 3: Svar i prosent og antall

En betydelig andel av respondentene uttrykte bekymring for en potensiell kritisk mangel på kvalifisert personell innen deres fagområder. Til tross for dette, kjente mer enn halvparten (55,7%) til muligheter for bedre utnyttelse av personell i deres respektive enheter.

Kjenner du til muligheter for bedre bruk av personell i din enhet som i da ikke er brukt?

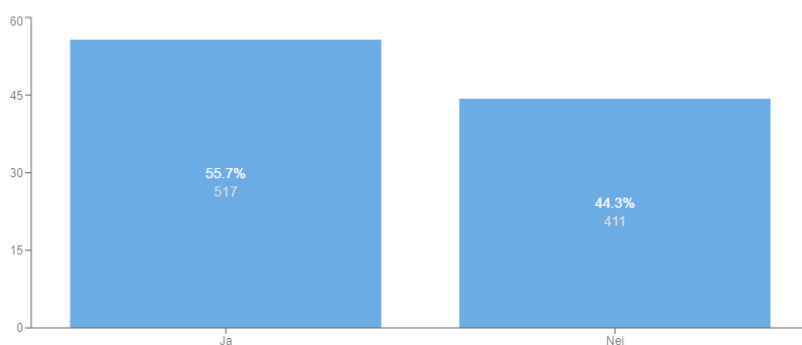


Diagram 4: Svar i prosent og antall

Forslag til muligheter for bedre bruk av personell, som fremkom i undersøkelsen, var variert. Noen foreslo at ansatte uten høyere utdanning, inkludert fagutdannet personell, kunne ta på seg flere oppgaver. Andre fremhevet viktigheten av å utnytte teknologi og kunstig intelligens for å øke effektiviteten:

95 percentilen viser at vi har 12 pasienter pr time. Akuttsenteret må selv hente rene/vaske og re senger til alle pasientene. Dette brukes sykepleietjenesten til. Oppgaven burde eies av servicedivisjon/portørtjeneste.

At flere kan gjøre samme jobb

Ambulansepersonell er i store deler av tiden sin i beredskap (varierer stort mellom stasjoner), og ved en del stasjoner vil vi ha «rest kapasitet» til å kunne bidra i andre oppgaver. Det kan være i akuttmottak, legevakt eller andre kommunale helsetjenester.

Autorisert helsesekretær kan brukes i mange sykepleieroppgaver

Akuttforskriften gir mulighet til å utdanne ambulansepersonell av annet helsepersonell- sogar personell uten autorisasjon

Autoriserte helsesekretærer kan gjøre enkle oppgaver knyttet til lab og skiftestue for avlastning av bioing og sykepleiere

Bioingeniørene gjør i dag oppgaver som kan gjøres av andre yrkesgrupper som assistenter, helsesekretærer eller andre merkantilt ansatte.

En fagarbeider portør har lik kvalifikasjon som en helsearbeider, en portør kan assistere i kirurgi, med giving, ta i mot pasienter fra luftambulanse, vaske senger, ta helsesekretær oppgaver etc. Nettopp dette gjøres i betydelig utstrekning i Danmark. Kort intern kursing, og helenorge vil få et kjempeløft!

Størstedelen av respondentene (83,5%) følte at de hadde tilstrekkelig kunnskap for å gjennomføre et oppgavedelingsprosjekt i deres enheter. Omtrent halvparten (53,2%) visste hvor de kunne få støtte til slike prosjekter.

Mot slutten av undersøkelsen ble respondentene spurt om de ønsket å vite mer om oppgavedeling. En stor andel av respondentene (303 i antall) uttrykte interesse for mer informasjon om dette emnet. Sammenfattet gir disse funnene verdifull innsikt i helsepersonellens oppfatninger og erfaringer rundt oppgavedeling, samt peker på områder for potensiell forbedring og ytterligere forskning.

4.2 Spørreundersøkelse del 2

Denne delen av spørreundersøkelsen ble kun sendt til respondentene som rapporterte at de hadde planlagt, igangsatt eller fullført oppgavedelingsprosjekter fra 2017 til oktober/november 2022. Respondentene kunne rapportere opptil fem prosjekter. Av de 810 respondentene som fullførte hele spørreundersøkelsen, rapporterte 350 at de hadde totalt 568 prosjekter. Hvis de respondentene som ikke fullførte hele undersøkelsen inkluderes, øker tallet til 460 respondenter med totalt 703 prosjekter.

Prosjekter. Av de rapporterte prosjektene var 51,8% fullført, 33,3% underveis og 15% planlagt. Diagram 5 viser fordelingen av prosjekter som er planlagt, underveis og fullført. Aksen viser prosentandelene, og prosentandelene samt antallet er angitt på søylene.

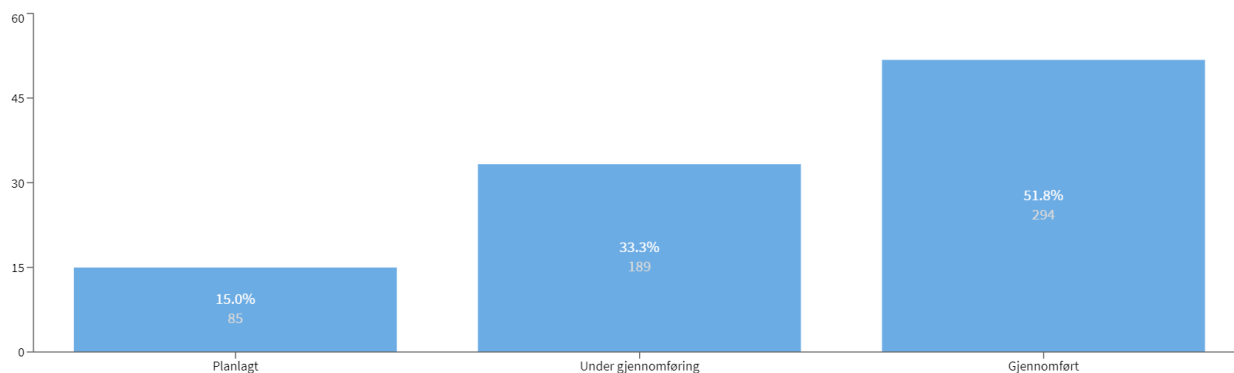


Diagram 5: Fordeling av prosjekter planlagt, undergjennomføring og gjennomført. Aksen viser prosent, prosent og antall står på søylene.

78,5 % av de 568 prosjektene var iverksatt uten tilføring av nye ressurser, som personell eller annen finansiering (se diagram 6).

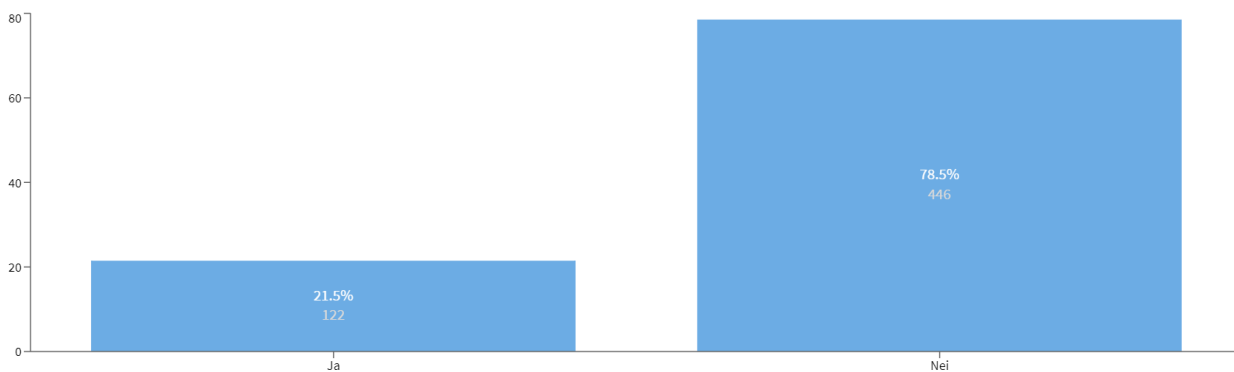


Diagram 6: Fordeling av prosjekter med og uten tilførte midler

4.2.1 Oppgavedeling etter kategori a) b) og c)

Oppgavedeling ble delt inn i tre kategorier som beskrevet tidligere. Over halvparten av respondentene rapporterte at prosjektet ble gjennomført i kategori a), hvor én yrkesgruppe overtok eller skulle overta en oppgave fra en annen yrkesgruppe. Deretter fulgte kategori b), hvor én yrkesgruppe eller individ fikk økt sin kompetanse slik at flere kunne utføre samme oppgave, og til slutt kategori c) med bare 5,5 % av prosjektene, hvor en ny profesjon eller teknologi ble introdusert (se diagram 7).

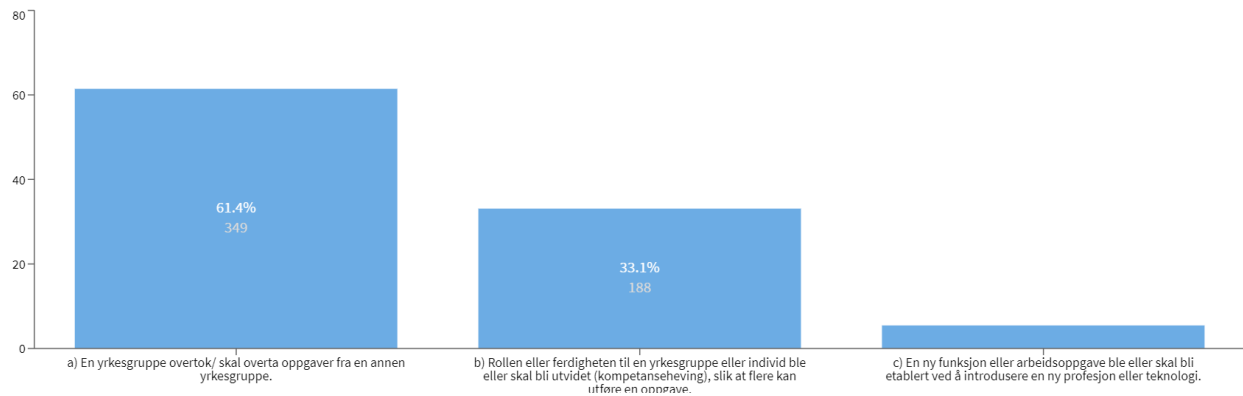


Diagram 7: Fordeling av type oppgavedelingsprosjekt i prosent og antall. Kategori c) er 5,5 % og 31 i antall prosjekter.

De følgende spørsmålene i undersøkelsen var basert på hvilken kategori respondentene plasserte prosjektet i. For eksempel, i kategori a), hvilke yrkesgrupper ga oppgaver til andre, og i kategori b), hvilke yrkesgrupper eller individer utvidet sin rolle eller ferdigheter. Diagram 8 og 9 viser fordelingen av yrkesgrupper som ga fra seg oppgaver og fikk nye oppgaver i kategori a) prosjekter.

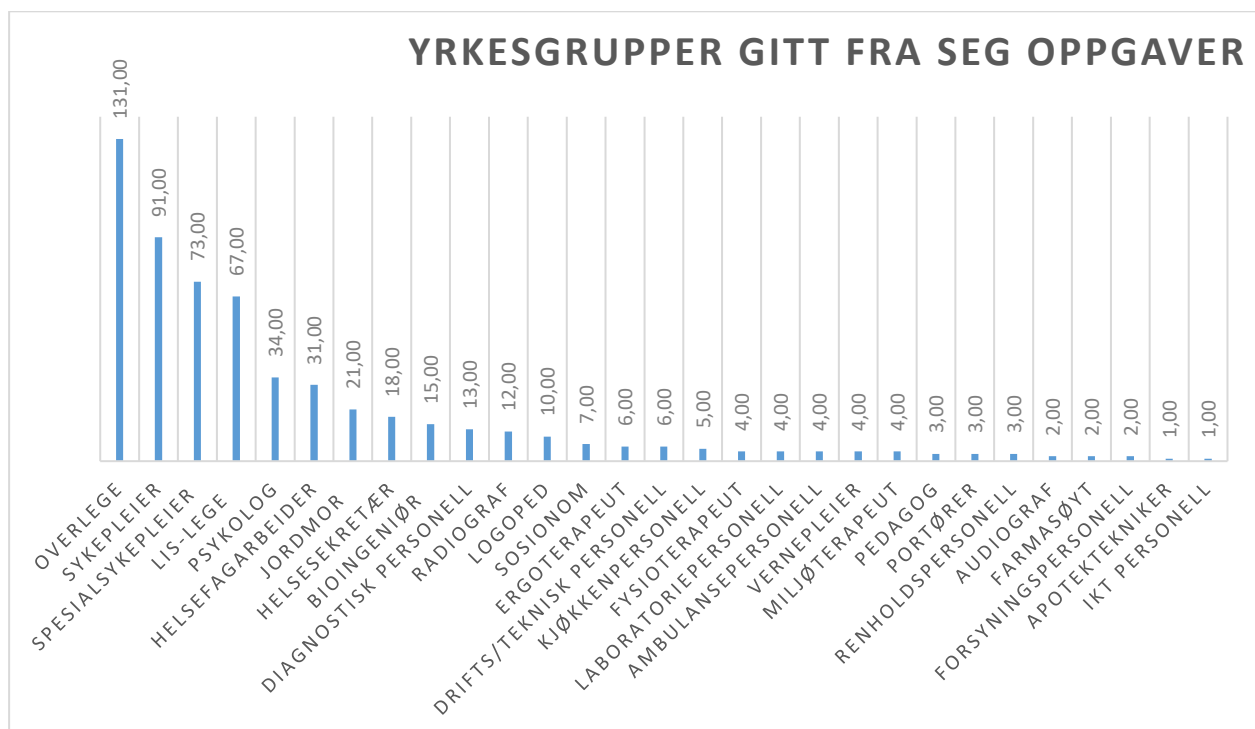


Diagram 8: Diagrammet viser i antall hvilke yrkesgrupper som i denne kategorien har gitt fra seg oppgaver

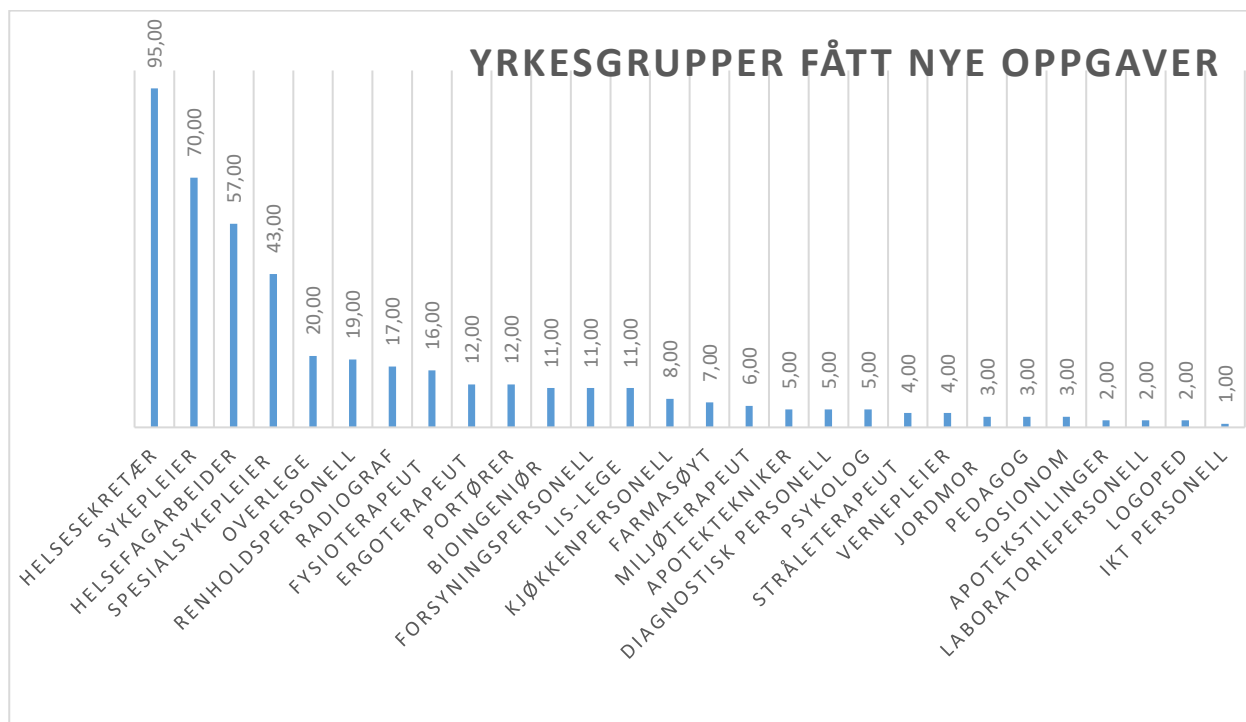


Diagram 9: Diagrammet viser i antall prosjekter hvilke yrkesgrupper som i denne kategorien har fått nye oppgaver

I kategori b) prosjekter var det helsefagarbeider, helsesekretær, sykepleier og spesialsykepleiere som i størst grad fikk utvidet sin rolle med ny kompetanse (se diagram 10).

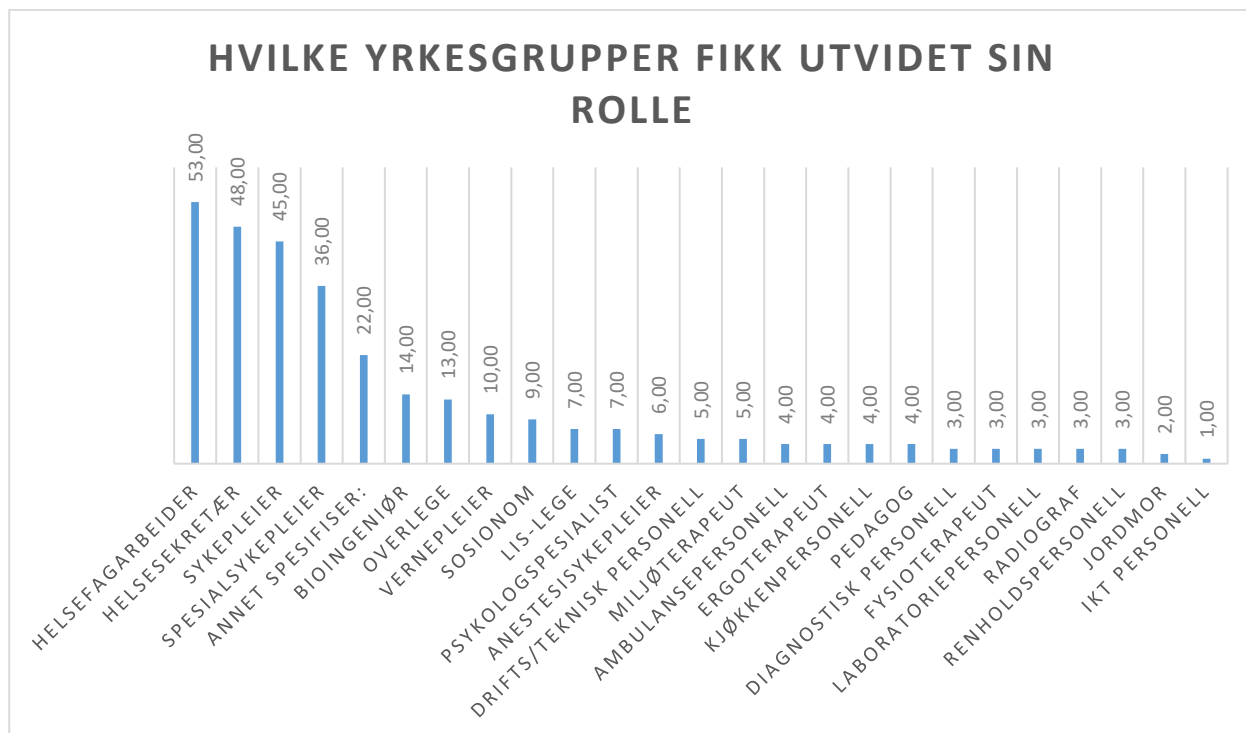


Diagram 10: Diagrammet viser i antall prosjekter hvilke yrkesgrupper som har fått utvidet sin rolle

4.2.2 Oppgavekategorier i oppgavedeling

Denne delen av undersøkelsen kartla hvilke oppgaver som oftest ble omfordelt i oppgavedelingsprosjektene. Hovedsakelig var det polikliniske og merkantile oppgaver som ble omfordelt mest. Tabell 1 viser en detaljert oversikt over hvilke oppgavekategorier det ble gjennomført oppgavedeling i, med antallet av hvert tilfelle angitt.

Følgende oppgavekategorier skal det/ ble det gjennomført oppgavedeling	568,00
Annet forklar	182,00
Polikliniske konsultasjoner	136,00
Merkantile oppgaver	102,00
Informasjon til pasienter/pårørende	99,00
Prosedyrer	92,00
Gjennomføre undersøkelser på delegasjon	73,00
Pasientkoordinering	61,00
Oppgaver knyttet til mottak av pasient på poliklinikk	58,00
Medisinsk behandling på delegasjon	56,00
Varebestilling	55,00
Blodprøvetaking	54,00
Oppgaver knyttet til mottak av pasient i sengepost eller dagenhet	47,00
Renhold	47,00
Lagerarbeid	46,00
Skylleromsarbeid	46,00
Oppgaver knyttet til matservering	40,00
Varelogistikk	39,00
Logistikkarbeid - Sterilt utstyr	33,00
Logistikkarbeid - Transport og rengjøring av senger (inkl. Sengesentral)	32,00
Stell av pasient	29,00
Pasient – forflytting/ løfte/ snu/ leiring	28,00
Oppgaver knyttet til smittehåndtering	27,00
Til- og fra kobling av infusjon, klare væsker	27,00
Logistikkarbeid - Tøybestilling	26,00
Rekvirering av undersøkelser	22,00
Transport av pasient til interne undersøkelser	21,00
Håndtering av operasjonsutstyr	17,00
Oppfølging av ortopediske pasienter	16,00
Utdeling av medikamenter	15,00
Ultralyd - annet	9,00
Stabile pasienter på Highflow og CPAP	5,00
Ultralyd - gravide	5,00
Øyeinjeksjoner	5,00
Gipsing	4,00
Ultralyd - hjerte	3,00

Tabell 1: Oversikt over oppgavekategorier det er gjennomført oppgavedeling i antall

Flere oppgaver ble også nevnt i fritekstfeltet under "Annet", som vises i utsagnene under. Dette korresponderer med de individuelle prosjektbeskrivelsene, hvor det fremgår at helsefagarbeidere og sykepleiere overtar polikliniske oppgaver fra leger, mens helsesekretærer får flere merkantile oppgaver.

Rydde, assistere jordmor. Bestille varer til kjøkken.
Vaske kjøkken/skap/kjøleskap. Hente og bringe varer.
Servere mat til pas. Fylle på i skap.osv

Forskning, utvikling, kompetansespredning,
kommunikasjon

sending av røntgenbilder til ekstern granskning

Makrobeskjæring (patologi)

Sjekk av epiduralkateter, innleggelse av PVK,
administrere ernæringspumpe, urinkateter kvinner,
blodsuktermåling, stell av tracheostomi,
blæreskylling, sårstell med vakumbehandling,
seponere dren, suturfjerning, dokumentasjon i EPJ,
ernæringscreening

PICCLINE

Tre dialysemaskiner - være med i på og avkoblinger til
hemodialysebehandling.

Hjemmerespiratorbehandling

Istandgjøring av legemiddelvogn, varebestilling og -
varebeholdning, regnskap A-preparater,
veiledning/opplæring

Ring pasienter som har vært til operasjon for å høre
om ev. komplikasjoner/senskader

news (o2, temperatur), EKG på pasienter til
forundersøkelse

Tar EKG på pasienter til dagkirurgi

4.2.3 Involvering, bakgrunn, effekt og varighet

Det er variasjon i graden av involvering av tillitsvalgte og verneombud i prosessene. Generelt ser det ut til at prosessene i stor grad har vært ledelsesstyrt på avdelingsnivå som vist i Diagram 11. Blant andre involverte (17,6%), ble fagansvarlige og alle ansatte (personalet) nevnt flest ganger.

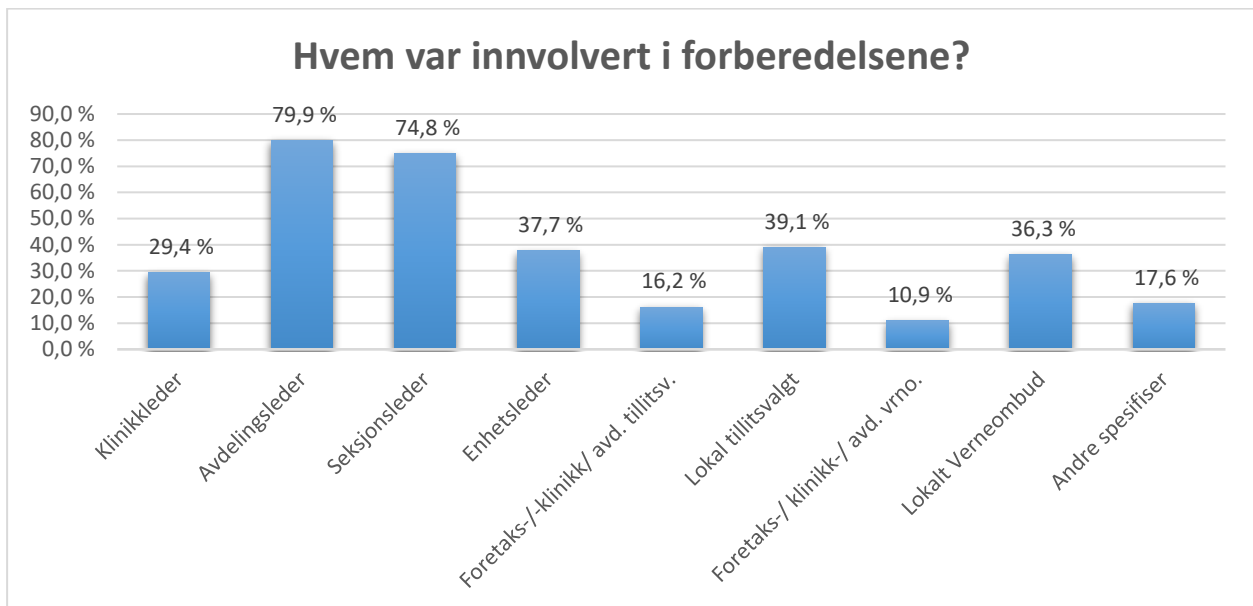


Diagram 11: Involvering av ledere, tillitsvalgte og verneombud

Når det gjelder bakgrunnen for prosjektene, ble "Mer effektiv arbeidsflyt" nevnt mest (64,3%). Andre grunner som hyppig nevnes inkluderer "Mer effektiv pasientbehandling"(47,2%), "Endret bruk av ansattes kompetanse"(45,2%) og "Rekrutteringsutfordringer (33.3%)" (se Diagram 12).

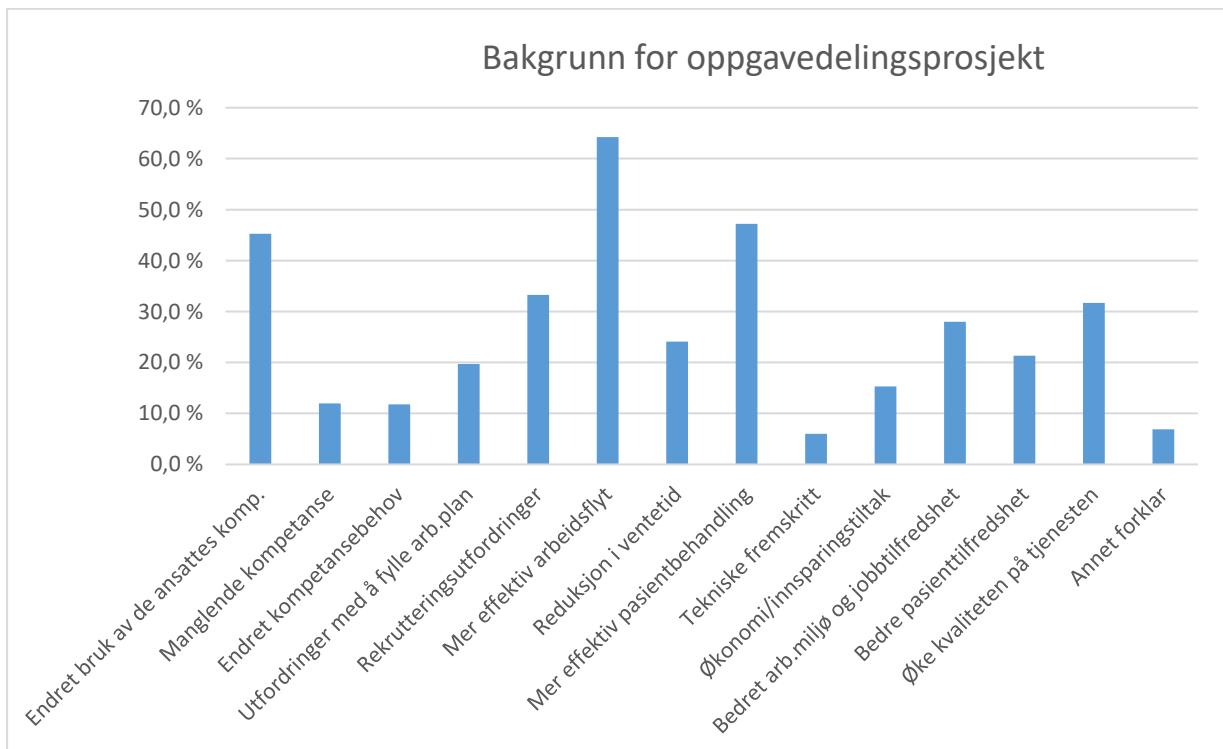


Diagram 12: Bakgrunn for oppstart av oppgavedelingsprosjekt i prosent

Respondentene ble også bedt om å vurdere effekten av endret oppgavedeling. I diagram 13 fremkommer det at det er stort samsvar mellom bakgrunnene til å dele oppgaver (Diagram 12), og effekten av å gjøre det. "Mer effektiv arbeidsflyt" (62,6%), "Endret bruk av ansattes kompetanse"(54,4%), og "Økt kompetanseutnyttelse" (51,4%), ble mest ofte nevnt som effekter av oppgavedeling.

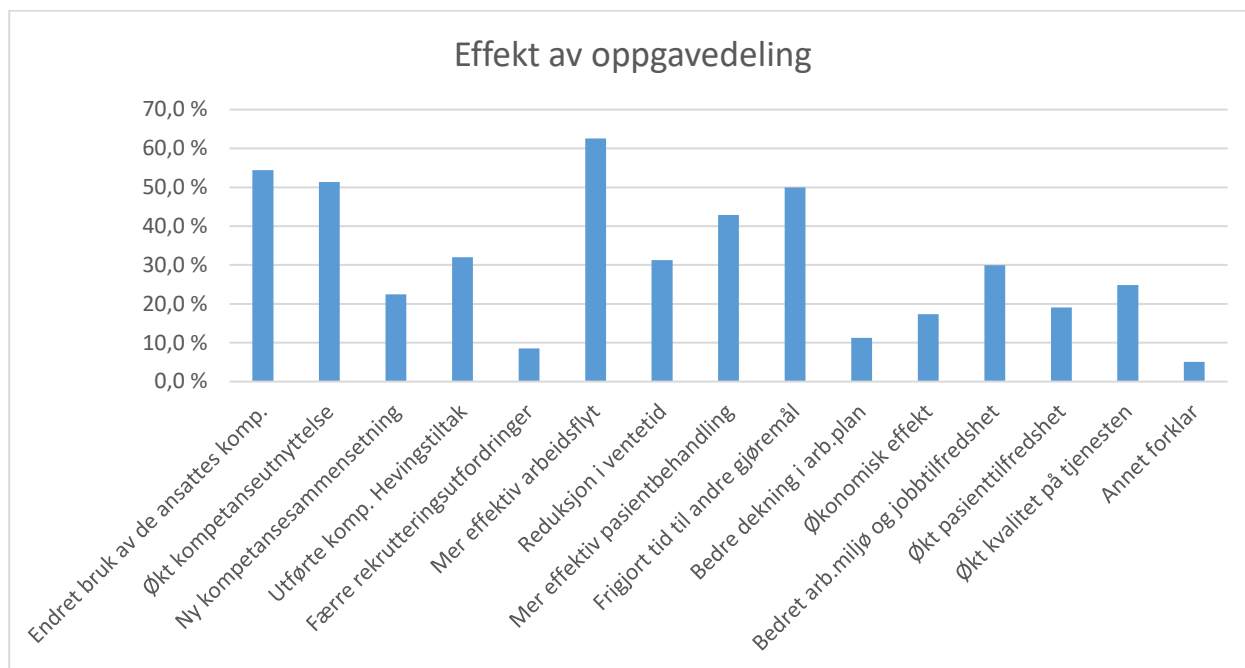


Diagram 13: Effekt av oppgavedeling i prosent

Av de få prosjektene (21) som rapporterte at prosjektet hadde andre mål enn den observerte effekten, var mangel på økonomisk støtte den vanligste grunnen til at prosjektet ikke nådde sitt mål (se Bilde 3). Ytterligere grunner ble angitt i fritekstfeltet.

Grunner til ikke oppnådd planlagt effekt	Antall	Prosent
Grunner til ikke oppnådd planlagt effekt	21	100%
Manglende kunnskap om endringsprosesser	2	9.5%
Manglende forankring blant de ansatte	3	14.3%
Manglende medvirkning av de ansatte	1	4.8%
Manglende medvirkning av tillitsvalgt og verneombud	0	0%
Manglende prosjektstøtte	0	0%
Manglende involvering fra ledelsen	3	14.3%
Manglende økonomisk støtte	5	23.8%
Annet, forklar	16	76.2%

Bilde 3: Oversikt over grunner til ikke oppnådd planlagt effekt av oppgavedelingsprosjektet i antall og prosent.

Andre grunner som ble skrevet i fritekst var:

Renhold kunne ikke utføre alle oppgaver som var nødvendig, blant annet renhold av medisinsk teknisk utstyr. Gevinsten ble derfor liten da sykepleietjenesten allikevel måtte inn for rengjøring av rom/MTU

For stort dekningsområde å håndtere ift kontrollspenn av oppgaver og ikke nok kontinuitet til å holde jevn kvalitet

Mangesituasjonen på jordmødre er i forverring og det er vanskelig å flytte flere oppgaver bort fra jordmor. Det har ikke vært mulig å beholde midlertidige assistentstillinger pga økonomisk ubalanse i budskjett

Mindre effektiv pasientbehandling

Mindre effektiv pasientbehandling, mindre effektiv arbeidsflyt

Covid- pandemien førte til at de merkantile fikk mindre tid til de nye oppgavene enn tiltenkt. Etter pandemien ser vi at de igjen har kapasitet til å bidra med de tiltenkte oppgavene som nå gir planlagt effekt.

Ikke motivert for oppgaver i ny seksjon

sykefravær og ledige stillinger har gjort det vanskelig å utnytte endringen som ble gjort på en god måte.

Pilotprosjekt for å skaffe beslutningsgrunnlag til fremtidig oppgaveglidning

86,7% av prosjektene førte til en varig endring, noe som tyder på at prosjektene generelt har vært vellykkede. Diagram 14 viser fordelingen av prosjekter som har resultert i en varig endring, rapportert i både antall og prosent.

Resulterte det gjennomførte prosjektet i en varig endring?

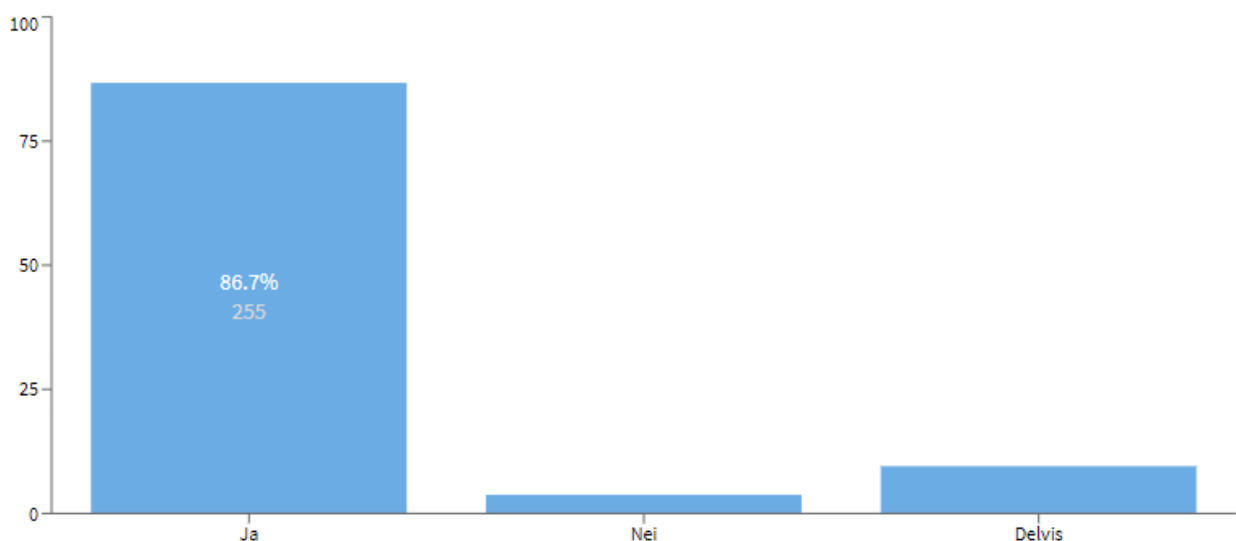


Diagram 14: Varig endring rapportert i antall og prosent. Nei er 3,7 %, 11 prosjekter og delvis er 9,5 % og 28 prosjekter.

4.3 Resultater intervjuer

Informasjon om informantene:

Informanter fra ulike helseforetak, inkludert Sykehuset Sørlandet HF, Sykehuset Østfold HF, Vestre Viken HF og Ahus HF, ble kontaktet for dybdeintervjuer. Informantene var primært ledere som hadde rapportert prosjektene.

I flere av intervjuenedeltok også fagansvarlige, assistenter eller ledere fra andre faggruppene som også var involvert i prosjektet. Dette ble gjort for å få en dypere innsikt i hvordan prosjektet ble gjennomført. Hensikten med intervjuene var å kartlegge hvilke tiltak som ble gjort, grunnen til at endringene ble initiert, og hvilke forberedelser som ble gjort i forkant.

Gjennom intervjuene var det ønskelig å hente ut detaljer rundt følgende temaer:

- ▶ **Beskriv oppgavedelingsprosjektet – hvorfor satte dere i gang dette?**
- ▶ **Endrede prosedyrer/ retningslinjer/ kompetanseplaner?**
- ▶ **Hvem besluttet det?**
- ▶ **Hva ønsket dere å oppnå?**
- ▶ **Hvordan rigget dere prosessen? Ledelse, -tiltak, holdningsendringer, hvordan jobbe med medarbeiderne ansattinvolvering**
- ▶ **Hvilke erfaringer gjorde dere dere (sett fra alles perspektiv)?**
- ▶ **Hva fungerte bra? Hva var det som sikret et godt resultat (prosess, medvirkning etc)**
- ▶ **Hva kunne vært gjort annerledes og hvorfor?**
- ▶ **Hva har effekten vært? Positive og evt. negative (Stikkord til begge: bemanningssammensetning, kompetansenivå, rekruttering, arbeidsmiljø, motstand)**
- ▶ **Kommer endringen til å bli varig?**
- ▶ **Har dere noen råd i forhold til oppgavedeling og prosesser?**
- ▶ **Hva tenker skal til for å bredde det, implementere det andre steder?**

Intervjuene ble gjennomført som semistrukturerte samtaler, der spørsmålene fungerte som veiledning, men ikke som strenge retningslinjer. I enkelte av intervjuene ble ikke alle temaene diskutert, og i noen tilfeller ble spørsmålene oppfattet som mindre relevante. Flere av informantene beskrev at oppgavedeling ikke nødvendigvis ble gjennomført som et isolert prosjekt, men heller en del av den daglige driften og de kontinuerlige endrings- og forbedringsprosessene.

Flere forskjellige faktorer motiverte ledere til å initiere endringer i oppgavedeling. Noen av de mest fremtredende faktorene inkluderte:

1. Rekrutteringsutfordringer: I noen tilfeller var det vanskelig å tiltrekke seg og beholde nok ansatte av en spesifikk yrkesgruppe. Som et resultat ble oppgaver omfordelt til andre yrkesgrupper. I to tilfeller ble midlertidige stillinger lyst ut for nye yrkesgrupper med fagutdanning for å fylle disse "hullene". Tillitsvalgte var involvert i disse prosessene.
2. Forbedring av arbeidsflyten: Ledere initierte også endringer i oppgavedeling for å optimalisere effektiviteten og flyten i arbeidsprosesser.
3. Bedre bruk av kompetanse: Endringer ble også foretatt for å sørge for at den tilgjengelige kompetansen ble brukt på best mulig måte. I noen tilfeller ble ansatte gitt nye oppgaver for å møte deres ønske om nye utfordringer og videre utvikling.

Disse innsiktene viser at oppgavedeling ofte skjer i en kontekst av kontinuerlig endring og tilpasning, og at det er mange forskjellige faktorer som kan motivere til slike endringer. Informantene er tydelige på at ny arbeidsfordeling og oppgavedeling var en kompleks prosess som krever nøye vurdering og planlegging. Flere av informantene nevner disse aspektene:

Metode/ prosess: For å sikre en vellykket omfordeling av oppgaver, var det for flere av informantene avgjørende å starte smått og involvere de ansatte som ønsker nye, utvidede oppgaver. Etterhvert som de tar til seg de nye oppgavene, kan endringene innarbeides. I mange tilfeller har flere fra samme yrkesgruppe etterhvert ønsket å ta på seg nye oppgaver, noe som har bidratt til en gradvis og naturlig overgang.

Kompetanseheving: Mange av enhetene sørget for grundig opplæring før de innførte nye oppgavefordelinger. Kompetanseplaner ble brukt i varierende grad, men i noen enheter var dette godt etablert og et krav fra ledelsen.

Negative erfaringer: Noen medarbeidere uttrykte bekymring for å erstatte høyt utdannede medarbeidere med de som har lavere utdanning. De fryktet at det ville være vanskelig å "gå tilbake" etter å ha åpnet for fagarbeidere i stillingen.

Positive erfaringer: På de fleste enheter håndterte fagarbeiderne oppgavene fint. Flere enheter hadde suksess med å starte endringene i det små med de ansatte som var interessert i å få nye oppgaver.

Resultat av oppgavedeling: Oppgavedeling resulterte i bedre arbeidsflyt og bedre bruk av tilgjengelig kompetanse.

Endring i retningslinjer: Ikke alle enheter som endret arbeidsoppgaver, utarbeidet nye retningslinjer eller prosedyrer. Noen brukte eksisterende retningslinjer som allerede dekket de nye oppgavene.

Varighet: I et tilfelle var endringen gjennomført som et pilotprosjekt, noe som viste seg å være utfordrende på grunn av mangel på midler til å betale for at oppgaven ble overført til en annen yrkesgruppe i en annen avdeling.

Overføringsverdi: Funnene i denne undersøkelsen viser at grundig opplæring, god involvering av ansatte og det å starte endringer i det små, er viktige faktorer for å lykkes med oppgavedeling. Dette er funn som er nyttig å ta med seg inn i andre oppgavedelingsprosjekter.

Disse funnene illustrerer at oppgavedeling kan være en effektiv metode for å håndtere rekrutteringsutfordringer, forbedre arbeidsflyten og gjøre bedre bruk av tilgjengelig kompetanse. Men det krever også grundig planlegging, passende opplæring og god kommunikasjon med de ansatte for å lykkes.

4.3.1 Endringer som omhandler spesifikke yrkesgrupper

Helsefagarbeidere. Det fremkommer at en systematisk tilnærming til opplæring og oppgavedeling blant helsefagarbeidere har blitt benyttet ved flere helseforetak. Et illustrerende eksempel er et helseforetak som organiserte egne kompetansehevingskurs for alle sine helsefagarbeidere. For å sikre høy kvalitet og klarhet i linjeansvaret, ble en prosedyre innført. I denne prosedyren har avdelingsleder ansvaret for å godkjenne kompetansehevingsplanen. Enhetsleder på sin side er ansvarlig for å sørge for at prosedyrene er tilgjengelige og kjent i avdelingen. Helsefagarbeidere som har gjennomgått kravene til kompetanseheving får delegert ansvar fra avdelingsleder til å utføre de aktuelle prosedyrene. De har også ansvaret for å sikre at prosedyrene følges korrekt.

Flertallet av prosjektene synes å ha blitt initiert med et ønske om større fleksibilitet og en mer effektiv bruk av personale. Ofte har dette ikke medført store endringer i selve arbeidsfordelingen, men heller en oppgradering av kompetansen som tillater medarbeidere med variert utdanning å utføre de samme oppgavene.

Det er interessant å merke seg at det ikke har vært rapportert om profesjonskonflikter eller generell misnøye blant andre faggrupper i enhetene som har gjennomført slik kompetanseheving. Noen ledere har dog uttrykt at de har måttet støtte helsefagarbeidere for at de skal føle seg trygge for å påta seg et større ansvar. Dette kan være fordi disse medarbeiderne historisk sett ikke har hatt disse typene oppgaver, og noen kan derfor føle at de mangler nødvendig erfaring for å utføre dem. På den positive siden rapporteres det at personalgruppene som har fått utvidet sin kompetanse, opplever større tilfredshet i arbeidshverdagen, samt at oppgavefordelingen fungerer mer effektivt.

I et av intervjuene ble det beskrevet en situasjon der en enhet slet med å rekruttere nok jordmødre, og løsningen ble å utlyse stillinger for barnepleiere. Disse nye stillingene inkluderte blant annet ansvar for ammepoliklinikk, ammeveiledning, samt oppfølging og kontroll av "bilirubin barn". Selv om noen av jordmødrene som tidligere hadde hatt disse oppgavene, var skeptiske til endringen, løste dette seg etterhvert da de innså at de selv ikke hadde kapasitet til å ivareta disse oppgavene selv. Det ble ikke registrert noen avvik, og barnepleierne klarte å identifisere alle barna som trengte videre oppfølging.

Helsesekretærer. I flere intervjuer påpeker ledere at arbeidsdagen for helsesekretærer har endret seg markant. Håndtere post, forsendelser og epikriseskriving er ikke lenger sentrale oppgaver. Pasienter sjekker seg selv inn og ut på flere steder, noe som reduserer behovet for kontorrelaterte oppgaver for helsesekretærer.

Endringer som har involvert helsesekretærer, er ofte initiert av deres ledere. Disse lederne har merket en digitalisering av mange av helsesekretærenes tidligere oppgaver. De ønsker derfor å ta i bruk alle aspekter av helsesekretærens utdanning, særlig den kliniske delen. Som helsesekretær får man opplæring i en rekke kliniske oppgaver som pasientmottak, blodprøvetaking, laboratoriarbeid og sårstell. Sykehusene har generelt ikke vært gode nok til å bruke denne kompetansen. Helsesekretærene har hovedsakelig blitt satt til å utføre kontorarbeid, og i liten grad til å utføre kliniske oppgaver.

I ett tilfelle ble et prosjekt igangsatt som del av et utprøvningsprosjekt basert på en oppgave fra en videreutdanning ved BI. Over en periode på to måneder, ble prosjektet innrettet mot å integrere flere aspekter fra helsesekretærutdannelsen i sykehusdriften. Dette skyldtes at lederne merket at helsesekretærene i deres avdeling savnet det tverrfaglige arbeidet med annet helsepersonell, samt klinisk arbeid og varierte oppgaver. Hovedmålet med prosjektet var å frigjøre tid for sykepleierne ved at en helsesekretær skulle utføre NEWS (National Early Warning Score) og ta blodprøver fra pasienter. Prosjektet fikk positiv tilbakemelding. Målinger viste at sykepleiere hadde mer tid til andre oppgaver, mindre overtid ble registrert, og det ble enklere å avvikle lunsjpauser. Men til tross for prosjektets suksess, gjorde organisasjonsstrukturen det umulig å fortsette med oppgavedelingen uten å tilføre flere ressurser.

På en poliklinikk ved samme sykehus, assisterer helsesekretærer leger ved utførelse av spinalpunksjon ved sykdom eller fravær av sykepleiere. Dette blir gjort som en ekstra oppgave av helsesekretærene for å unngå avlysninger. Med flere ressurser kan dette bli en fast oppgave for helsesekretærene, slik at sykepleiernes kompetanse kan benyttes der det trengs mest. I dette tilfellet er det helsesekretærene som lærer opp nye sykepleiere i denne prosedyren, da de har mest erfaring med å assistere i denne prosedyren.

I et av intervjuene ble det beskrevet et prosjekt ved en fødepoliklinikk. Tidligere var det en barnepleier som assisterte legen ved undersøkelser av gravide kvinner. Denne barnepleieren var til stede på poliklinikken uavhengig av antallet undersøkelser legen hadde, noe som til tider førte til mangel på arbeidsoppgaver for barnepleieren. På den andre siden var det et stort behov for barnepleiere på barselavdelingen, og denne barnepleieren ble derfor overført dit. Det var imidlertid fortsatt behov for assistanse ved legeundersøkelser, spesielt når pasienten var en kvinne med en annen kulturell bakgrunn. Først prøvde man å løse dette ved at jordmødre fra poliklinikken trådte inn, men dette viste seg å ikke være en holdbar løsning på lang sikt, da de hadde mange andre oppgaver. Helsesekretærene ønsket gjerne å flere og mer varierte arbeidsoppgaver og å assistere legene i stedet for å bare utføre kontorrelaterte oppgaver. Derfor ble det besluttet at de skulle begynne å assistere. Dette fungerer slik at legen tilkaller en helsesekretær fra ekspedisjonen når de trenger hjelp, og helsesekretæren kommer da for å assistere. I starten var det noe skepsis til at en helsesekretær skulle overta denne oppgaven. Men gjennom god dialog, kommunikasjon og involvering av de ansatte, og et godt samarbeid med tillitsvalgte og verneombud, ble problemene løst på en tilfredsstillende måte.

På sykehus hvor sekretærene er organisert under fagavdelingene, i stedet for i en egen avdeling, er det mindre motstand mot å fordele mindre oppgaver. For eksempel har helsesekretærene begynt å utføre preoperativt EKG på pasienter over 60 år, eller pasienter med andre underliggende sykdommer som krever et preoperativt EKG. For å sikre riktig opplæring, har det blitt utarbeidet egne prosedyrer og kompetanseplaner for helsesekretærene. Selv om det var noe motstand blant helsesekretærene i starten, ble den nye oppgaven gradvis akseptert og nå ses på som en positiv utvikling.

Renholdere. I et av intervjuene ble det beskrevet et vellykket samarbeid mellom seksjonslederen og driftslederen for renhold, samt seksjonslederen for anestesi- og operasjonssykepleierne, som har ført til en mer effektiv drift av operasjonsgangen. Samarbeidet har resultert i at renholdspersonalet har overtatt oppgaven med å bygge og klargjøre operasjonsbord for alle prosedyrene som gjennomføres på operasjonsgangen. Etter at renholderne har rengjort operasjonsstuene, bygger de opp operasjonsbordene. Dette frigjør tid for operasjonssykepleierne, og skiftetiden operasjonsstuene har gått ned. For å hjelpe renholdspersonalet i deres nye oppgave, har lederen for renholderne tatt bilder av de forskjellige metodene for å bygge opp operasjonsbordene, og lagt dem inn på i Pads, som renholdspersonalet bruker som verktøy i opplæringen. Denne metoden har vist seg å være svært effektiv. Lederne understreker at et godt samarbeid, et inkluderende arbeidsmiljø, og god koordinasjon mellom ledere for de to faggruppene, har vært avgjørende for prosjektets suksess. Disse faktorene blir løftet frem som noen av suksesskriteriene for det vellykkede prosjektet.

Sterilforsyningsteknikere (helsefagarbeidere med videreutdanning i sterilforsyning). Ved et av sykehusene har sterilforsyningsteknikere (helsefagarbeidere med videreutdanning i sterilforsyning), overtatt pakking av prosedyrevogner fra operasjonssykepleierne. Denne endringen ble initiert da sykehuset skulle flytte til nye lokaler, noe som ga en unik mulighet til å omstrukturere arbeidsflyten. En sentral del av denne prosessen er leveringskoordinatoren på sterilforsyningen. Denne personen leser av operasjonskoden kirurgen har lagt inn i DIPS-systemet og pakker vognen etter en forhåndsdefinert liste. Dette arbeidet krever tett samarbeid og god dialog mellom programkoordinatoren på operasjon og leveringskoordinatoren på sterilforsyning, spesielt siden det ofte kan være endringer i operasjonsprogrammet. Denne omfordelingen av oppgaver har resultert i flere fordeler. For det første har det frigjort tid for operasjonssykepleierne til å forberede operasjonsstuen før en ny operasjon. I tillegg har det blitt laget en standard for prosedyrevognene, noe som har økt effektiviteten og redusert potensialet for feil. Enda mer, ved at sterilforsyningen pakker utstyret, og en servicemedarbeider bestiller det, får operasjonsenheten bedre oversikt over

utstyret. Dette har resultert i færre feilbestillinger, mindre unødvendig åpning av sterilt utstyr, og bedre lagerkontroll. Imidlertid har denne endringen også medført noen utfordringer. En viktig ulempe er at operasjonssykepleierne mister oversikt over og blir mindre kjent med instrumentparken, noe som er en spesiell utfordring for nye operasjonssykepleiere som ikke har tidligere erfaring med disse instrumentene. For å møte denne utfordringen, kan det være nødvendig å innføre opplæring eller orientering om instrumentene for nye operasjonssykepleiere, for å sikre at de forblir kjent med utstyret de vil komme til å bruke.

4.4 Oppsummering intervjuer

Endringer i helsevesenet er kompliserte og krever samarbeid på flere nivåer. For å oppnå ønsket endring er det derfor viktig å involvere alle som påvirkes av endringen, inkludert ledere, ansatte og representanter (tillitsvalgte) for ulike yrkesgrupper.

Helsefagarbeidere har fått økt kompetanse og ansvar gjennom opplæringsprogrammer, noe som gir mer fleksibilitet og bedre bruk av personalet. Dette har resultert i bedre arbeidsflyt, mer tilfredshet blant personalet, og mer effektive vaktplaner.

Det samme gjelder helsesekretærer, hvor en del av deres tidligere oppgaver har blitt digitalisert. De har kunnet ta på seg flere kliniske oppgaver som NEWS (National Early Warning Score) og blodprøvetaking, noe som bidrar til bedre pasientflyt og mer effektiv bruk av sykepleierressurser. På tvers av avdelinger kan det imidlertid være utfordringer knyttet til ressursfordeling.

Enkelte steder har renholdere har også fått oppgaver som er mer klinisk rettet, spesielt innen operasjon. Ved å ta over oppgaver som bygging av operasjonsbord, er det frigjort tid for operasjonssykepleierne, noe som reduserer skiftetidene og øker effektiviteten.

Gjennom disse eksemplene blir det klart at oppgavedeling og utvidet bruk av forskjellige yrkesgrupper kan være en effektiv måte å forbedre tjenesteleveransen i helsevesenet på. Imidlertid krever denne typen endringer god planlegging og trinnvis gjennomføring, med tanke på både profesjonelle og institusjonelle hensyn, og det krever også betydelig kommunikasjon og samarbeid på tvers av ulike faggrupper og ledelsesnivåer.

4.5 OUS sammenligning

Det ble gjennomført en tilsvarende spørreundersøkelse ved OUS i mai 2021. Av 1093 inviterte ledere på nivå 3, 4, 5 og 6 fullførte 86 undersøkelsen. Disse respondentene hadde anledning til å rapportere om opptil fem prosjekter, noe som resulterte i totalt 143 innmeldte planlagte eller gjennomførte prosjekter. I tillegg uttrykte 89 ledere at de ser potensial for forbedret oppgavedeling i fremtiden. Svarene fra undersøkelsen indikerer en felles oppfatning blant OUS-ledere om viktigheten og nødvendigheten av oppgavedeling for effektiv utnyttelse av medarbeideres kompetanse. Det fremgår at ledere anser det som viktig å frigjøre personell med spesifikk kompetanse for definerte oppgaver. Økt fleksibilitet og korrekt bruk av kompetanse blir sett på som sentralt blant respondentene. I tillegg opplever de stadig mer komplekse pasientbehov som utfordrende, og de ser oppgavedeling som en nødvendig tilnærming for å møte disse kravene. Ressursmangel, mangel på kritisk kompetanse og en betydelig økning i oppgavemengde er noen av de rapporterte årsakene til å iverksette endringer. Lederne gir uttrykk for at det er behov for å avlaste nøkkelpersonell innenfor ulike fagområder – inkludert spesialsykepleiere, sykepleiere, kirurger og radiologer – for å fjerne flaskehals og fremme en bedre arbeidsflyt. Det er en oppfatning blant flere respondenter at overføring av oppgaver til andre kan være en løsning på noen av disse problemene. Endringer i oppgavedeling medfører ofte behov for opplæring, noe som igjen bidrar til å øke den faglige kompetansen hos de som overtar nye oppgaver. Flere respondenter i OUS-undersøkelsen opplever at disse endringsprosessene har ledet til økt motivasjon og jobbtilfredshet. De som har fått nye oppgaver, finner det både utfordrende og lærerikt. Disse endringene i oppgavedeling har også i mange prosjekter skapt muligheter for bedre pasientforløp og mer effektive arbeidsprosesser, samtidig som de sikrer korrekt bruk av kompetanse. Under intervjuene ble det fremhevet at ved etablering av nye pasientforløp, blir det utført en vurdering av hvilke yrkesgrupper og hvilken sammensetning av kompetanse som er nødvendig.

OUS-undersøkelsen viste at mesteparten av oppgavedelingen skjer innen poliklinisk oppfølging. På noen steder er pasienter som trenger tett oppfølging satt opp på poliklinikk med en sykepleier, som får veiledning fra en lege ved behov. Det samme gjelder for fysioterapeuter som utfører rutinekontroller. Anvendelsen av fysioterapeuter blir oppfattet som hensiktsmessig fordi de i tillegg kan gi råd om rehabilitering. Overføringen av oppgaver til fysioterapeuter og sykepleiere i poliklinikkdriften har resultert i at pasienter er bedre utredet før de møter legen, noe mange opplever har bidratt til økt pasienttilfredshet.

De to spørreundersøkelsene, utført av OUS og HSØ, er i stor grad samstemte. HSØ's undersøkelse rapporterte i større grad prosjekter der helsefagarbeidere og helsesekretærer hadde fått nye pasientnære og kliniske oppgaver, mens OUS-undersøkelsen rapporterte flere prosjekter som fokuserte på oppgavedeling fra leger til sykepleiere. HSØ fant også flere prosjekter fra poliklinikker der helsefagarbeidere, både med og uten videreutdanning, utførte rutinekontroller, blant annet av barselkvinner og nyfødtkontroller. I undersøkelsen ved OUS ble det fremhevet prosjekter der sykepleiere og fysioterapeuter overtok styringen av poliklinikker og kontroller. Dette fant vi også i materialet fra HSØ undersøkelsen, men prosjekter som involverte helsefagarbeidere og helsesekretærer var mest dominerende.

Det er dermed bare små forskjeller mellom de to kartleggingene. Begge undersøkelsene viser at lederne anerkjenner behovet for å endre kompetansesammensetninger og arbeidsprosesser for å møte fremtidens behov for helsetjenester og at de stedene hvor det er utført oppgavedelingsprosjekter, har prosjektene stort sett vært vellykkede.

5 Oppsummering

I 2019 presenterte SSB en rapport om arbeidsmarkedet for helsepersonell frem mot 2035. Rapporten påpeker at selv med den lenge forventede eldrebølgen, vil vi stå overfor mangel på helsepersonell. Yrkesgrupper som sykepleiere, helsefagarbeidere, helsesekretærer og bioingeniører vil oppleve det største gapet. Selv en økning i utdanningstakten vil ikke lenger være tilstrekkelig for å møte det fremtidige behovet. En ny rapport fra SSB publisert i januar 2023 bekrefter disse funnene og fastholder at vi fortsatt står overfor en mangel på helsepersonell.

Spørreundersøkelsens resultater indikerer at oppgavedeling er en utbredt praksis i mange av helseforetakene i HSØ, som involverer flere yrkesgrupper.

Diagram 1 viser at fordelingen av gjennomførte prosjekter per år i den perioden som undersøkelsen omhandler. Det er tydelig at antall prosjekter var høyere i 2017 sammenlignet med de andre årene. Dette indikerer at det var en økning i aktiviteten knyttet til oppgavedelingsprosjekter i løpet av dette året. Det kan være interessant å undersøke nærmere hva som bidro til denne økningen og om det var spesifikke faktorer som påvirket antall gjennomførte prosjekter i 2017. Dette funnet kan være verdifullt for å identifisere suksessfaktorer og implementere lignende tiltak i fremtidige oppgavedelingsprosjekter.

Ifølge responsene fra undersøkelsen er det et betydelig antall ledere som er kjent med ulike former for oppgavedeling som per nå ikke er i bruk. Økt fleksibilitet og riktig bruk av kompetanse anses som avgjørende faktorer. Med pasientenes stadig mer komplekse behov blir oppgavedeling stadig mer nødvendig for å kunne møte disse behovene effektivt.

Denne undersøkelsen viser at det er spesielt tre faktorer som er drivere for oppgavedeling; ønske om mer effektiv drift, økt kompetanseheving blant ansatte og utfordringer knyttet til rekruttering. Overføring av oppgaver resulterer ofte i tilbud om opplæring, noe som bidrar til økt faglig kompetanse blant de ansatte som overtar oppgavene. Mange informanter oppgir at denne prosessen har ledet til økt motivasjon og jobbtilfredshet, noen betrakter endringene som utfordrende, men samtidig lærerikt.

Undersøkelsen viser at mange tilfeller av oppgavedeling skjer mellom sykepleiere, helsefagarbeidere og helsesekretærer. Eksempler på oppgaver hvor det har blitt gitt kompetanseheving inkluderer

ammepoliklinikk, assistanse ved spinalpunksjon, EKG for helsefagarbeidere, og blodprøvetaking, blodtrykkskontroll, og noen steder NEWS og koordinering av kreftforløp for helsesekretærer.

Kartleggingen i dette prosjektet viser at det er en tendens til å ha en tradisjonell tilnærming til oppgavedeling, der oppgaver hovedsakelig blir tildelt sykepleiere og helsefagarbeidere. Likevel er det områder der andre yrkesgrupper i HSØ har påtatt seg nye oppgaver. Et eksempel er flyttingen av oppgaver fra sykepleiere til helsesekretærer ved poliklinikker, som representerer et område der det er potensial for forbedring og effektivisering.

Ved å overføre disse oppgavene fra sykepleiere til helsesekretærer ved poliklinikker, kan det frigjøres tid og ressurser for sykepleiere til å fokusere på oppgaver som krever deres spesifikke kompetanse, som direkte pasientbehandling og klinisk vurdering. Dette kan bidra til en mer effektiv arbeidsfordeling og bedre utnyttelse av ressursene i helsevesenet. Samtidig kan det også gi helsesekretærer muligheten til å utvide sitt ansvarsområde og anvende sin kompetanse på en mer variert måte.

Kontortjenester har ofte omfattende kunnskaper, opparbeidet gjennom mange års erfaring, og en positiv holdning til nye oppgaver. Flere ser muligheten til å dra nytte av kompetansen til hver enkelt ansatt. Helsesekretærer og annet merkantilt personell avlastet leger og annet pleiepersonell ved å håndtere administrative oppgaver, noe som bidrar til å forbedre arbeidsflyten. Det er helseforetak som benytter helsesekretærenes kliniske fagkunnskaper, ved å sette dem til pasientnære oppgaver som blodprøvetaking, EKG, assistanse ved prosedyrer (spinalpunksjon), og mer.

Noen helseforetak har implementert praksis der oppgaver som tradisjonelt har blitt utført av klinisk personell, som for eksempel sykepleiere, er delegert til ikke-klinisk personell etter relevant opplæring. Dette inkluderer portører, servicemedarbeidere og renholdspersonell. Denne tilnærmingen har vist seg å skape samhold og arbeidsglede blant medarbeiderne, da de opplever å bidra til fellesskapet og bruke sin kompetanse på en tilfredsstillende måte. Samtidig fører dette til en mer effektiv arbeidsflyt og frigjør tid for klinisk personell. Denne tilnærmingen kan ytterligere benyttes for å frigjøre mer tid for klinisk personell til direkte pasientkontakt, noe som bidrar til høyere kvalitet og gode resultater.

Gjennom intervjuene kom det frem at flere av informantene beskrev at oppgavedeling ikke nødvendigvis ble gjennomført som et isolert prosjekt, men heller en del av den daglige driften og de

kontinuerlige endrings- og forbedringsprosessene. Dette understreker viktigheten av å se oppgavedeling som en kontinuerlig og integrert praksis, og ikke bare som en engangshandling. Informanentes perspektiv gir verdifull innsikt i hvordan oppgavedeling kan være en naturlig del av arbeidsflyten og bidra til kontinuerlig forbedring.

Gjennom en mer fleksibel og bevisst tilnærming til oppgavedeling kan HSØ potensielt oppnå forbedringer i arbeidsflyt, pasientbehandling og arbeidsglede for de ansatte. Det er imidlertid viktig å evaluere og følge opp implementeringen av slike endringer for å sikre at de oppnår de ønskede resultatene og at kvaliteten på helsetjenestene opprettholdes eller forbedres.

6 Veien videre

I Regional Utviklingsplan 2040, belyser HSØ utfordringene helse- og omsorgssektoren står overfor, særlig med hensyn til den forventede mangel på helsepersonell. To av utviklingsplanens hovedmål er å tilrettelegge for kompetanseheving og å øke tiden som brukes på direkte pasientbehandling.

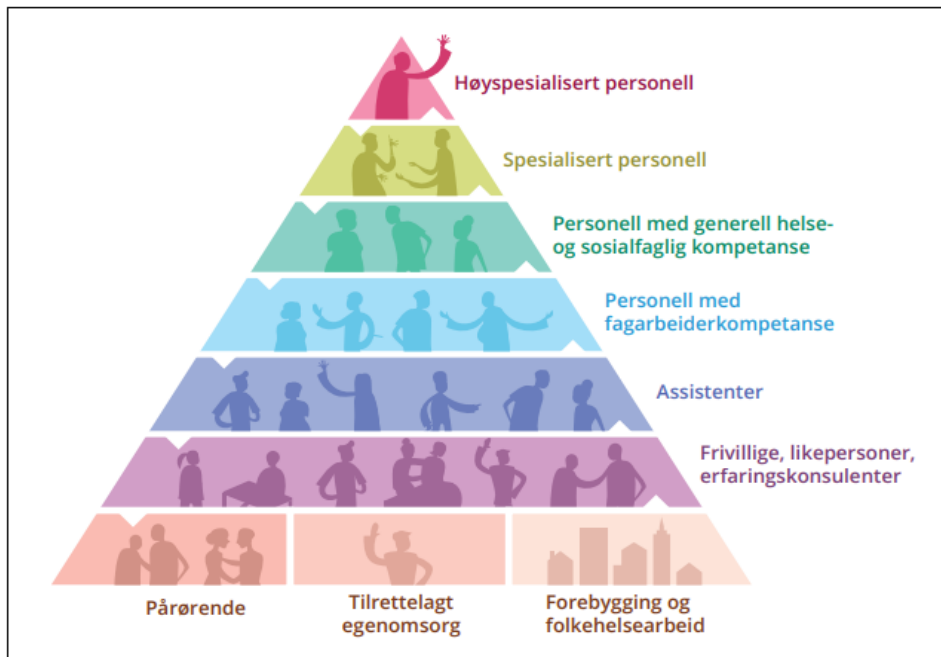
HSØ ønsker å derfor legge til rette for oppgavedelingsprosjekter som sørger for effektiv og hensiktsmessig bruk av ressurser og kompetanse i helsesektoren. Kartleggingen indikerer et betydelig potensial for gevinst gjennom endringer i oppgavedeling, og det er tydelig at det er stor vilje til innovasjon rundt oppgavedeling i regionen. Når det blir spurt om kjennskap til potensial for bedre bruk av personellressurser som ikke er fullt utnyttet, svarer 56% bekreftende. Dette potensialet er det avgjørende at vi tar tak i og bruker. HSØ har som mål å tilby støtte i disse prosessene.

Basert på vår spørreundersøkelse, intervjuer og Helsepersonellkommisjonens rapport, har HSØ besluttet å fortsette arbeidet med en tiltaksplan for oppgavedeling i regionen.

HSØ ønsker å legge til rette for oppgavedeling i regionen, og potensielle videre tiltak for HSØ vil inkludere:

- 1) **Etablere læringsnettverk**
 - – oppgavedeling med opplæring i forbedringsarbeid og bruk av relevante forbedringsverktøy
- 2) **Utvikle regionale kompetanseplaner**
 - Etablere regional modell for godkjenning av realkompetanse for å sikre at forsvarlighetskravet er ivaretatt når man jobber med oppgavedeling
- 3) **Utvikle egne nettsider på «Helse Sør-Øst.no»**
 - Tilgjengelig gjøre informasjon/erfaringer fra spørreundersøkelse (intervjuer) og læringsnettverket
 - Dele definisjoner, verktøy/metoder innen oppgavedeling
 - Tilgjengelig gjøre regionale kompetanseplaner
 - Belyse forskjellige fag- og yrkes utdanninger, -innhold og arbeidsoppgaver

Overføring eller deling av oppgaver med personell med fagskolekompetanse er i tråd med hvordan Helsepersonellkommisjonens rapport "Tid for handling" fremstiller det.



Skjematisk fremstilling av oppgavedeling, bygd nede i fra (Kilde: Helsepersonellkommisjonen)

Endring i oppgavedeling mellom personellgrupper i helse- og omsorgstjenestene kan være krevende. Suksesskriteriene for oppgavedeling er vektlegging av samarbeid, rolleavklaring og ledelsesforankring og gjelder uavhengig av hvilke grupper det er som er involvert (Devik og Olsen 2022). Med andre ord må hindringene tas på alvor og inngå som en del av det systematiske arbeidet for å fremme riktig oppgavedeling. Tilrettelegging for godt partssamarbeid og medbestemmelse må derfor være en del av det systematiske arbeidet (NOU 2023:4, s. 132).

For å bistå helseforetakene med innføringen av oppgavedeling, har HSØ innledet et initiativ der det regionale helseforetaket sikter mot å støtte helseforetakenes arbeid i denne retningen. En av innsatsområdene i dette prosjektet er å veilede og trene ledere i en felles metodikk for lokalt forbedringsarbeid. En nært samarbeid med helseforetakenes kvalitetsavdelinger og deres forbedringsnettverk vil være en forutsetning for dette arbeidet. Det vil være essensielt med grunnleggende prosesskartlegging for å lykkes med endringene i arbeidsprosessene og klargjøringen av hvem som utfører hvilke oppgaver. I denne sammenhengen oppfordres det til deltagelse i et

opplæringsprogram med fokus på endringsledelse og forbedringsarbeid innen oppgavedeling. Dette programmet er i samsvar med Helsepersonellkommissjonens anbefaling om å iverksette et systematisk og forpliktende program for kvalitetsutvikling, basert på TØRN-prosjektmodellen i Kommunesektoren (KS), og vil dermed fungere som en pilot for dette.

HSØ er kjent med at medisinske poster spesielt har høy turnover, rekrutteringsutfordringer og en stor arbeidsbelastning. På grunnlag av dette ønsker vi i første omgang å begrense målgruppen for opplæringen til å omfatte medisinske sengeposter. Dette er imidlertid ikke en absolutt betingelse, helseforetakene kan selv vurdere hvilke enheter som vil ha størst utbytte av å delta.

Opplæringen vil bli gjennomført som et læringsnettverk, en internasjonalt anerkjent metode for implementering av forbedringstiltak. Et læringsnettverk brukes for å skape en arena for felles kompetanseutvikling. Metoden involverer å samle team fra forskjellige enheter for å lære og forbedre seg sammen, slik at gode praksiser kan deles og spres på tvers. Arbeid med eget forbedringsarbeid relatert til oppgavedeling er en integrert del av opplæringen.

Læringsnettverkene blir invitert til flere samlinger over en periode på syv måneder. Disse samlingene kombinerer undervisning, øvelser og veiledning, og blir ledet av forbedringsekspertene tilknyttet Helse Sør-Øst. Disse ekspertene vil gi støtte og veiledning til de lokale forbedringsveilederne gjennom deres forbedringsprosjekter.

Etterhvert som prosjektene i læringsnettverkene fortsetter, vil det sannsynligvis oppstå et behov for å utarbeide retningslinjer, kompetanseplaner og krav til personell som skal ta på seg nye oppgaver. I denne sammenheng vil det regionale helseforetaket hjelpe med å utforme disse planene og kravene. HSØ har som mål å utvikle en regional modell for godkjenning av realkompetanse, noe som vil assistere helseforetakene med å sikre kvaliteten på opplæringen. På denne måten legger HSØ til rette for at kravet til forsvarlighet blir opprettholdt i oppgavedelingen.

Som Helsepersonellkommissjonen påpeker, «skal forsvarlighetskravet alltid ivaretas ved vurderinger av ny og endret oppgavedeling. Oppgavedeling skal ikke gå på bekostning av pasientsikkerhet og tjenestekvalitet», (NOU 2023:4, s. 133)

Den regionale modellen vil bli gjort lett tilgjengelig på HSØ's nettsider. Disse sidene vil også inneholde artikler fra læringsnettverkene, samt andre verktøy som kan være nyttige i arbeidet med kvalitetsforbedring og oppgavedeling.

I intervjuene ble det identifisert prosjekter som ble gjennomført i en periode da enhetene skulle flytte inn i nye sykehus. Mange av lederne i disse prosjektene brukte denne situasjonen til å omstrukturere arbeidsoppgavene. Flere av helseforetakene i regionen vil flytte inn i nye sykehus i løpet av de neste 10 årene. Det kan være hensiktsmessig å benytte denne anledningen til å omstrukturere og arbeide strategisk med oppgavedeling i denne fasen.

7 Referanser

Helse Sør-Øst, Regional utviklingsplan 2040 del 1, 2022

KS og Spekter, Rambøll Management Consulting og Menon economics, *Bemanningsutfordringene i helse- og omsorgssektoren*, 01.07.22

NOU 2023:4, Gunnar Bovin m. fl., *Tid for handling Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*, Utredning fra et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 17. desember 2021 Avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet 2. februar 2023, kap. 8

Statistisk sentralbyrå, Geir Hjemås, Jia Zhiyang, Tom Kornstad og Nils Martin Stølen, *Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035*, Rapporter 2019/11

Statistisk sentralbyrå, Zhiyang Jia, Tom Kornstad, Nils Martin Stølen og Geir Hjemås, *Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2040*, Rapporter 2023/2