



## Kartlegging av erfaring med oppgavedeling mellom helsefagarbeidere og andre personellgrupper i sykehus

*Utredning for Spekter, Fagforbundet og Delta*

## Om Oslo Economics

*Oslo Economics utreder samfunnsfaglige problemstillinger og gir råd til bedrifter, myndigheter og organisasjoner. Våre analyser kan være et beslutningsgrunnlag for myndigheter, et informasjonsgrunnlag i rettslige prosesser, eller for interesseorganisasjoner. Vi forstår problemstillingene som oppstår i skjæringspunktet mellom marked og politikk.*

*Oslo Economics er et samfunnsfaglig rådgivningsmiljø med erfarne konsulenter med bakgrunn fra offentlig forvaltning og ulike forsknings- og analysemiljøer. Vi tilbyr innsikt basert på bransjeerfaring, fagkompetanse og et nettverk av samarbeidspartnere.*

## Utredning og kartlegging

*Oslo Economics tilbyr samfunnsvitenskapelig utredning for departementer, direktorater og andre virksomheter. Vi har kompetanse på kartlegginger og utredninger innen ulike sektorer, og har gjennomført en rekke oppdrag innen helse- og velferdssektoren.*

*Vi tilbyr kartlegginger, utredninger, evalueringer og helseøkonomiske analyser med kompetanse på doktorgrads- og professornivå. Fra våre prosjekter har vi bred erfaring med å kartlegge tiltak og tjenesteområder, herunder bruker- og aktørgrupper, tjenestetilbud og muligheter for videre utvikling. Vi benytter kvalitativ og kvantitativ metode i sammenheng, og er godt kjent med norske registerdata som grunnlag for analyser.*

*Kartlegging av erfaring med oppgavedeling mellom helsefagarbeidere og andre personellgrupper i sykehus/2022-66*

© Oslo Economics, 28. oktober 2022

Kontaktperson:

Erik Magnus Sæther / Partner

ems@osloeconomics.no, Tel. +47 940 58 192

Foto/illustrasjon: iStock.com

# Innhold

<b>Sammendrag</b>	<b>5</b>
<b>1. Introduksjon</b>	<b>9</b>
1.1 Bemanningsutfordringer i spesialisthelsetjenesten	9
1.2 Behov for ny oppgavedeling	10
1.3 Mandat og metode	10
<b>2. Helsefagarbeideres andel av ressursutnyttelsen ved helseforetakene</b>	<b>13</b>
2.1 Sammensetning av personellgrupper i helseforetakene	13
2.2 Gjennomsnittlig stillingsprosent for utvalgte personellgrupper	18
<b>3. Utviklingsprosjekter i sykehus for bedre ressursutnyttelse blant helsefagarbeidere og andre personellgrupper</b>	<b>20</b>
3.1 Helse Nord RHF	20
3.2 Helse Midt-Norge RHF	21
3.3 Helse Vest RHF	22
3.4 Helse Sør-Øst RHF	24
<b>4. Eksempler på utviklingsprosjekter i sykehus</b>	<b>26</b>
4.1 Traineeprogram ved Sykehuset Østfold HF	26
4.2 Fremtidig helsefagarbeider-bemanning i Helse Bergen HF	26
4.3 Helsefagarbeidere ved BUK i Helse Bergen HF	27
4.4 Oppgavedeling ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	28
4.5 Kompetanseprogram for helsefagarbeidere ved Sykehuset i Vestfold HF	29
4.6 Kompetansesammensetnings-prosjekt ved St. Olavs Hospital HF	29
4.7 Prosjekt nye Stavanger Universitetssykehus	30
4.8 Kompetansehevingskurs for helsefagarbeidere ved Stavanger Universitetssykehus	31
4.9 Helsefagarbeidere i kirurgisk virksomhet ved Helgelandssykehuset HF	32
4.10 Oppgavedeling i gastrokirurgisk og medisinsk avdeling ved Nordlandssykehuset HF	32
4.11 Oppgavedeling på sengepost ved Sykehuset Innlandet HF	33
<b>5. Endringer i arbeidsoppgaver og arbeidsdeling for helsefagarbeidere</b>	<b>34</b>
5.1 Oppgavedeling mellom helsefagarbeidere og andre personellgrupper	34
5.2 Endringer i oppgavedeling	37
<b>6. Kompetanseutvikling for helsefagarbeidere i sykehus</b>	<b>40</b>
6.1 Utnyttelse av helsefagarbeidernes kompetanse	40
6.2 Kompetanseplaner	42
6.3 Tiltak for kompetanseheving	42
6.4 Tilrettelegging for læreplasser innen helsefagarbeiderfaget i sykehus	44
6.5 Behov for kompetanseutvikling og fagskolens rolle	44
<b>7. Organisering av oppgavedeling i Sverige og Danmark</b>	<b>45</b>

7.1 Tilsvarende personellgrupper i Sverige og Danmark _____	45
7.2 Oppgavedeling i Sverige _____	45
7.3 Oppgavedeling i Danmark _____	46
<b>8. Faktorer som fremmer og hemmer god oppgavedeling, og mulige konsekvenser _____</b>	<b>49</b>
8.1 Faktorer som hemmer og fremmer god oppgavedeling _____	49
8.2 Potensielle ulemper og gevinster ved god oppgavedeling _____	52
<b>9. Referanser _____</b>	<b>53</b>
<b>Vedlegg A Tilleggsanalyser av bemanningsstatistikk og resultater fra spørreundersøkelse_</b>	<b>55</b>

# Sammendrag

*Arbeid med oppgavedeling er et av mange initiativ for å opprettholde en velfungerende og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Mange av landets sykehus arbeider med oppgavedeling mellom helsefagarbeidere og andre personellgrupper, men de fleste er i startfasen. Særlig seks faktorer er viktige for å lykkes med oppgavedeling: 1) ledelsesforankring, 2) satsing på lærlinger, 3) kartlegging av oppgaver, ansvarsfordeling og roller, 4) informasjon og holdningsarbeid, 5) opplæring, kompetanseheving og videreutdanning, og 6) økonomiske rammer.*

## Bemanningsutfordringer i sykehus og behov for ny oppgavedeling

Velferdssamfunnet står overfor store utfordringer knyttet til å opprettholde en velfungerende og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. For å imøtekomme utfordringene ser stadig flere sykehus behov for å utnytte ressursene bedre, blant annet gjennom ny oppgavedeling. Det mangler imidlertid en oversikt over pågående arbeid med ny oppgavedeling i sykehus, og hvilke erfaringer sykehusene har med dette.

## Helsefagarbeideres andel av ressursutnyttelsen i sykehus

I perioden 2011 til 2021 har antall legeårsverk i sykehusene økt fra 11 000 til 15 000 (34 prosent), antall spesialsykepleierårsverk har økt fra 12 500 til 14 500 (17 prosent), antall sykepleierårsverk har økt fra 16 500 til 19 000 (17 prosent), og antall helsefagarbeiderårsverk har blitt redusert fra 5 000 til 3 500 (30 prosent). Andelen helsefagarbeiderårsverk i sykehusene har også falt i perioden, men de siste fem årene ser vi en lavere nedgang i andelen helsefagarbeiderårsverk, og ett helseforetak har hatt en liten økning.

Helsefagarbeidere har en lavere gjennomsnittlig stillingsprosent enn sykepleiere og spesialsykepleiere, målt ved andel årsverk per ansatte på tvers av personellgruppene. I 2021 var andelen 74 prosent for helsefagarbeidere, 84 prosent for sykepleiere og 88 prosent for spesialsykepleiere.

## Utviklingsprosjekter i sykehus for bedre ressursutnyttelse blant helsefagarbeidere og andre personellgrupper

Mange sykehus har tidligere hatt eller har pågående prosjekter som handler om oppgavedeling og endrede arbeidsprosesser mellom helsefagarbeidere og andre personellgrupper. I vår kartlegging har vi identifisert 29 prosjekter som handler om oppgavedeling og helsefagarbeidere. Vi har identifisert syv prosjekter ved helseforetak i Helse Nord, der ett av prosjektene går på tvers av helseforetakene i regionen. Videre har vi identifisert fire prosjekter ved helseforetak i Helse Midt-Norge, ti prosjekter ved helseforetak i Helse Vest (hvorav fire prosjekter er på tvers av helseforetakene), samt åtte prosjekter ved helseforetak i Helse Sør-Øst. De fleste prosjektene innebærer at helsefagarbeidere får opplæring i oppgaver som tidligere i hovedsak ble utført av andre personellgrupper, som oftest sykepleiere. I tillegg til definerte prosjekter, pågår det arbeid med oppgavedeling lokalt på sykehusene.

I mange av prosjektene er det utviklet opplæringspakker og kompetanseplaner for helsefagarbeidere, slik at de får tilstrekkelig kompetanse til å utføre nye oppgaver. I en rekke av prosjektene er det også lagt vekt på helsefagarbeiderlærlinger, og mange helseforetak har fastsatte mål og planer for rekruttering av lærlinger med hensikt om fast ansettelse etter læretiden. Mange av våre informanter forteller om positive erfaringer med de ulike prosjektene, både blant ledere, sykepleiere, helsefagarbeidere og andre involverte personellgrupper. På flere av sykehusene har arbeidet med oppgavedeling blitt overført til normal drift i etterkant av prosjektet. Noen informanter opplyser også om at arbeidet med oppgavedeling har bidratt til bedre arbeidsflyt.

Videre arbeides det med lederutvikling og virksomhetskultur for å bevisstgjøre ledere, særlig mot ledernivå 4 og 5, det vil si avdelingsledere med videre, som jobber med rekruttering og bemanningsplaner. Et ytterligere tiltak som er omtalt er å velge å ansette helsefagarbeider istedenfor sykepleier.

## Eksempler på utviklingsprosjekter i sykehus

På Sykehuset Østfold har det blitt igangsatt et traineeprogram for helsefagarbeidere som ønsker opplæring i nye og gamle oppgaver. Traineestillingene er heltidsstillinger på ulike døgnområder på sykehuset, som varer i to år. Programmet er en rekrutteringskanal og skal bidra til at helsefagarbeiderne får økt kompetanse til å utføre oppgaver som tidligere i hovedsak ble utført av sykepleiere. Det arrangeres en felles oppstartuke for traineene med innføring i rutiner, og to fagdager årlig med opplæring innen områder der sykepleiere vanligvis gjør oppgavene. Helsefagarbeiderne har fått opplæring i innleggelse av venekanyler, kateter på kvinner, perifer

venekateter, intravenøs væske, blodprøvetaking, oksygen- og forstøverbehandling, og behandling av klare væsker. Traineeprogrammet har vært populært siden oppstart. Opplæringspakkene som inngår i programmet har i ettertid blitt tilgjengeliggjort for alle døgnområder, og det er opp til ledere å ta de i bruk for sine ansatte.

Ved Helgelandssykehuset har det blitt gjennomført et prosjekt der helsefagarbeidere ble ansatt i kirurgisk virksomhet. Målene i prosjektet var å øke antall helsefagarbeidere i sykehuset, og at helsefagarbeidere kan avlaste operasjonssykepleierne. Helsefagarbeiderne fikk grundig opplæring i oppgaver som operasjonssykepleierne mente at de kunne utføre. Opplæringen inkluderer blant annet det kirurgiske pasientforløpet, smittevern og beskyttelsesutstyr, og rutiner ved sterilsentralen. Noen ansatte var skeptiske i starten av prosjektet, særlig operasjonssykepleierne. Etter prosjektet har det derimot vært positive erfaringer; oppgavedelingen anses som nyttig og flere helsefagarbeidere har fått faste stillinger i operasjonsavdelingene.

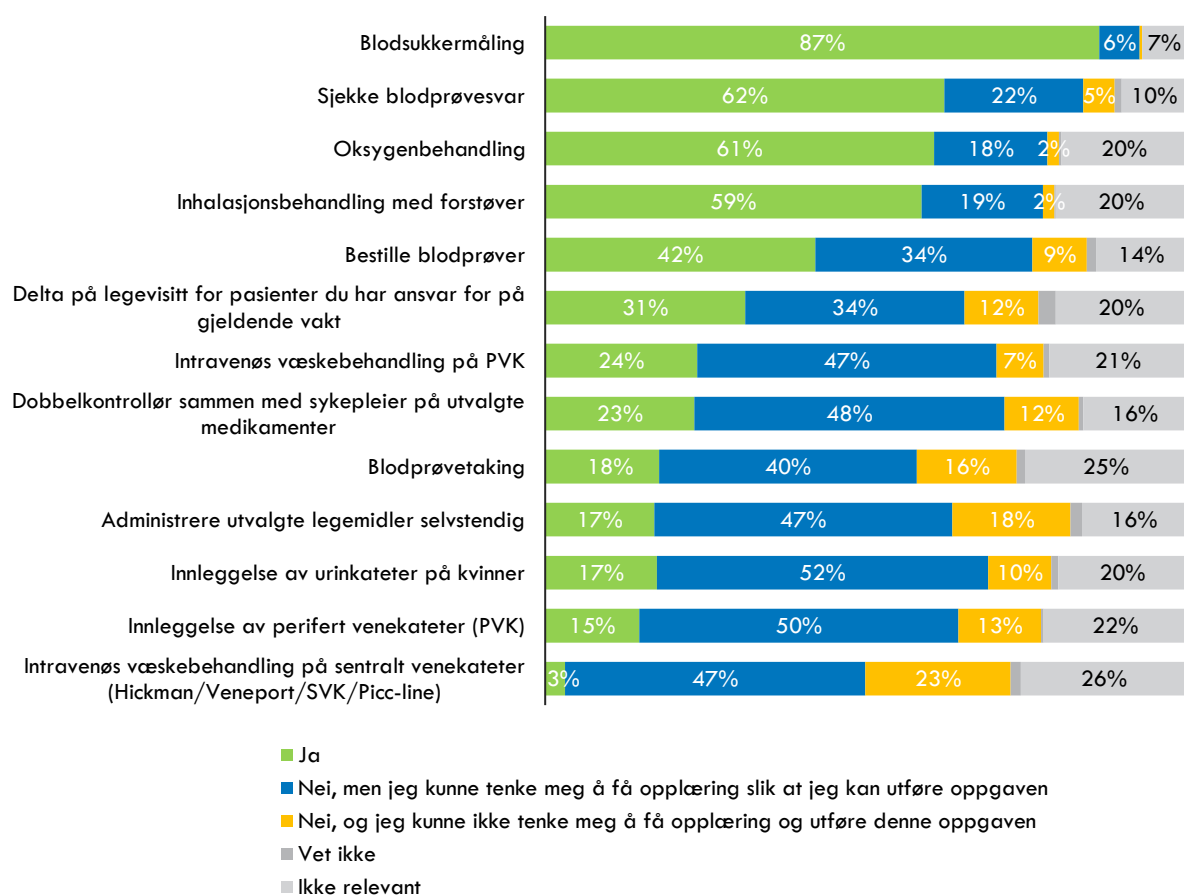
Helse Bergen har gjennomført et prosjekt der en arbeidsgruppe ble nedsatt for å gi anbefalinger om fremtidig helsefagarbeiderbemanning. De anbefalte en gradvis økning i andelen helsefagarbeidere fra 8 til 16 prosent, samt 10 konkrete tiltak for å nå målet. Tiltakene inkluderer arbeid med arbeidsmiljø, rekruttering, faste stillinger, organisering, kompetanseutvikling, informasjon, bemanningsløsninger og kompetanseplaner. Representanter ved sykehuset forteller om positive holdninger til arbeidet med oppgavedeling, og at sykepleierne blir tryggere på oppgavedeling når de erfarer hva helsefagarbeidere kan.

### **Endringer i arbeidsoppgaver og arbeidsdeling for helsefagarbeidere**

Det er stor variasjon i hvilke oppgaver helsefagarbeidere utfører på tvers av ulike avdelinger og på tvers av ulike sykehus. Helsefagarbeidere får ofte flere og andre typer oppgaver dersom det er mangel på sykepleiere. I spørreundersøkelsen blant helsefagarbeidere oppga over halvparten at de utfører blodsuktermåling, sjekker blodprøvesvar, samt utfører oksygenbehandling og inhalasjonsbehandling med forstøver (Figur 1-1). Derimot var det under 20 prosent som svarte at de utfører blodprøvetaking, innleggelse av urinkateter på kvinner, innleggelse av perifert venekateter (PVK), intravenøs væskebehandling på sentralt venekateter, og administrerer utvalgte legemidler selvstendig.

Mange sykehus arbeider med å få til en mer hensiktsmessig fordeling av oppgaver mellom personellgruppene, men det er ulikt hvordan sykehusene arbeider med dette. På mange sykehus gjennomføres kartlegginger av arbeidsprosesser med hensikt om å identifisere oppgaver som kan utføres av andre personellgrupper, og mange peker på at det er potensial for helsefagarbeidere til å gjøre flere oppgaver enn det de gjør i dag. For at helsefagarbeiderne skal få den kompetansen som kreves for å påta seg nye oppgaver, utarbeider sykehusene opplæringsmoduler, sertifiseringsopplegg og kompetanseplaner.

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



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

### Kompetanseutvikling for helsefagarbeidere

Over halvparten (58 prosent) av helsefagarbeiderne oppga i vår spørreundersøkelse at de var litt eller helt enige i at det er en god og hensiktsmessig oppgavedeling mellom sykepleiere og helsefagarbeidere på sin avdeling. Likevel trekker både helsefagarbeidere og andre informanter frem at det i mange helseforetak er potensial for økt utnyttelse av helsefagarbeidernes kompetanse, og at mangel på kjennskap til helsefagarbeidernes kompetanse hemmer oppgavedeling. Mange sykehus har utviklet kompetanseplaner og andre tiltak for kompetanseheving for helsefagarbeiderne, som kan bidra til å fremme oppgavedeling. Det er også mange helseforetak som tilrettelegger for læreplasser, med hensikt om å øke antall helsefagarbeidere. Noen sykehus jobber aktivt for videreutdanning for helsefagarbeidere og samarbeider tett med fagskoler for å utvikle videreutdanninger relevant for spesialisthelsetjenesten.

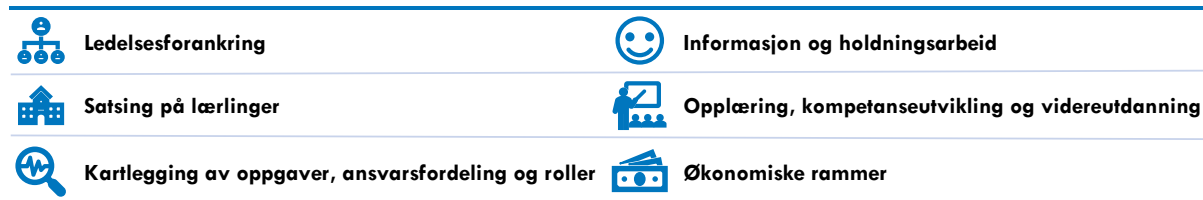
### Organisering av oppgavedeling i Sverige og Danmark

Tilsvarende som i Norge, opplever våre naboland Danmark og Sverige kapasitets- og bemanningsutfordringer. I begge landene pågår arbeid med oppgavedeling for å møte utfordringene, og helsefagarbeidernes rolle står sentralt i dette arbeidet. I Danmark har antallet helsefagarbeidere falt de senere år, særlig i sykehusene. Samtidig er det anslått en stor mangel på helsefagarbeidere frem mot 2045. Det har i lengre tid pågått prosjekter og satsninger knyttet til yrket, deriblant tiltak for å redusere ufrivillig deltid og gjøre det mer attraktivt å velge og utdanne seg til helsefagarbeider. I Sverige gjøres nå helsefagarbeidertittelen til en beskyttet tittel for å øke yrkets attraktivitet, som videre kan bidra til økt pasientsikkerhet. Det trekkes også frem at det er fordelaktig for planlegging av arbeidsdeling i sykehuset at det er tydelig hvilken kompetanse personellgruppen har. Samtidig har utdanningsnivået blant helsefagarbeidere økt de senere årene. Det pågår også andre prosjekter i regionene knyttet til å øke yrkets attraktivitet og kompetanse blant helsefagarbeidere.

## Faktorer som fremmer og hemmer oppgavedeling, og mulige konsekvenser

Vi har identifisert seks faktorer som er særlig viktige for å lykkes med oppgavedeling (Figur 1-2): 1) ledelsesforankring, 2) satsing på lærlinger, 3) kartlegging av oppgaver, ansvarsfordeling og roller, 4) informasjon og holdningsarbeid, 5) opplæring, kompetanseheving og videreutdanning, og 6) økonomiske rammer.

Figur 1-2: Suksessfaktorer for god oppgavedeling



Illustrasjon: Oslo Economics.

Ledelsesforankring sikrer at det settes av tilstrekkelig tid og ressurser til arbeidet med oppgavedeling. Ledere kan også bidra til at de ansatte motiveres og forstår viktigheten av arbeidet med oppgavedeling, og at avdelingsledere ansvarliggjøres. Mange sykehus har mål om å øke antall helsefagarbeidere i sykehuset, og en viktig rekrutteringskanal kan være å ha helsefagarbeiderlærlinger med mål om fast ansettelse etter læretiden. Ved at sykehusene har egne satsinger på lærlinger kan de sikre at fremtidige ansatte får den kompetansen de trenger for å arbeide i sykehusene. Videre er kartlegging av oppgaver, ansvarsfordeling og roller nødvendig for å identifisere muligheter for ny oppgavedeling, herunder hvilke oppgaver det er hensiktsmessig at ulike personellgrupper utfører. Informasjon og holdningsarbeid bidrar til å skape forståelse for ny arbeidsfordeling, og positive holdninger blant involverte personellgrupper. For å sikre forsvarlighet er det avgjørende at helsefagarbeidere får tilstrekkelig opplæring i nye oppgaver. Videreutdanning kan også være relevant for å heve kompetansen til helsefagarbeidere. Ettersom endringsarbeid krever tid og ressurser, er også økonomiske midler viktig for gjennomføringen. Mangel på økonomiske midler kan begrense arbeidet. I tillegg kan det begrense mulighetene til å etablere heltidsstillinger og dermed skape utfordringer med å rekruttere helsefagarbeidere. På den annen side synes det nettopp å være knappe økonomiske rammer og mangelfull tilgang til personellgruppen som utløser oppgavedeling i praksis.

Erfaringene med oppgavedeling i sykehus så langt, tyder på at de fleste opplever at ny oppgavedeling utelukkende gir gevinster, i form av bedre utnyttelse av personell og økt jobbtilfredshet. Mulige ulemper er ressursbruk og eventuell motstand blant medarbeidere/tillitsvalgte i forbindelse med endringsarbeidet.

### Om oppdraget

På oppdrag for arbeidsgiverforeningen Spekter, og arbeidstakerorganisasjonene Delta og Fagforbundet, har Oslo Economics gjennomført en kartlegging av erfaringer med oppgavedeling i sykehus. Oppdraget bygger på intervjuer med sykehusansatte og andre fagpersoner, spørreundersøkelse blant helsefagarbeidere i sykehus, statistikk fra Spekter, samt litteratur.



# 1. Introduksjon

Velferdssamfunnet står overfor store utfordringer knyttet til å opprettholde en velfungerende og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. For å imøtekomme utfordringene ser stadig flere sykehus behov for å utnytte ressursene bedre, blant annet gjennom ny oppgavedeling. Det mangler imidlertid en oversikt over pågående arbeid med ny oppgavedeling i sykehus, og hvilke erfaringer sykehusene har med dette. På oppdrag for arbeidsgiverforeningen Spekter, og arbeidstakerorganisasjonene Delta og Fagforbundet, har Oslo Economics gjennomført en kartlegging av erfaringer med oppgavedeling i sykehus.

## 1.1 Bemanningsutfordringer i spesialisthelsetjenesten

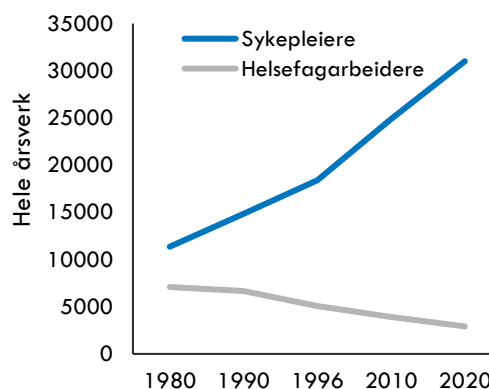
Velferdssamfunnet står overfor store utfordringer knyttet til å opprettholde en velfungerende og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Norge bruker mest av alle land i EU/EØS på helsetjenester, målt som andel av brutto nasjonalprodukt, men mangler likevel arbeidskraft i helse- og omsorgssektoren (Finansdepartementet, 2021). Mangel på sykepleiere har vært en kjent utfordring i flere år, og framskrivninger fra Statistisk sentralbyrå (SSB) viser at det også er økende mangel på andre grupper av helsepersonell (Hjemås, et al., 2019).

De siste tiårene har helse- og omsorgstjenesten utviklet seg mot at oppgaver i økende grad utføres av høyt utdannede personellgrupper (Hjemås, et al., 2019). Dette innebærer at helsepersonell som leger, sykepleiere, ergoterapeuter, bioingeniører og psykologer i større grad utfører oppgaver som tidligere i hovedsak ble utført av andre personellgrupper med lavere utdanning. Dette illustreres ved at antall helsefagarbeidere ansatt på sykehus har blitt redusert i perioden 1980 til 2020, mens antall sykepleiere har økt i samme periode (Figur 1-1). Vi ser tilsvarende endring i arbeidsstyrkens kvalifikasjoner på andre samfunnsområder.

Endret sammensetning av ansatte i helse- og omsorgstjenesten er særlig tydelig i spesialisthelsetjenesten, og årsaken til den endrede oppgavedelingen er mange og sammensatte. En viktig årsak er trolig endring i oppgavene som utføres i spesialisthelsetjenesten. Den

medisinske behandlingen har blitt mer kompleks og krever høyere kompetanse enn tidligere, i tillegg til endret ansvars- og oppgavedelingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Mens spesialisthelsetjenesten tidligere hadde ansvar for pleie og omsorg av pasientene i etterkant av behandling, blir mange pasienter nå skrevet ut tidligere, og en større andel av pleieoppgavene er overført til primærhelsetjenesten. Samhandlingsreformen har vært en sentral driver for utviklingen. Overføring av behandlingsansvar fra spesialist- til primærhelsetjenesten var en viktig del av reformen, blant annet ved at «... spesialisthelsetjenesten i større grad kan konsentrere seg om oppgaver der de har sitt fortrinn, de spesialiserte helsetjenestene» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

**Figur 1-1: Antall\* helsefagarbeidere og sykepleiere ansatt på sykehus i perioden 1980 til 2020**



Kilde: SSB/NIFU. Illustrasjon: Oslo Economics. \*Hele årsverk, ikke antall sysselsatte personer.

En annen medvirkende årsak til den endrede oppgavedelingen, er at det over lang tid har vært en systematisk utbygging av utdanningssystemet. Andelen som tar høyere utdanning har økt betydelig over flere tiår, og det har blitt opprettet flere nye mastergrader innen helse- og sosialfag (Støren, et al., 2014). At flere tar mastergrad har igjen ført til en økning i andelen ansatte med mastergrad på sykehus. I tillegg har også selve sykepleierutdanningen endret seg de siste tiårene, og utdanningen har blitt mer akademisk enn tidligere (Brodtkorp, 2017). I 1986 overtok Staten ansvaret for de offentlige sykepleierutdanningene og utdanningene ble knyttet til de regionale høyskolene (Norsk Sykepleierforbund, 2022). Denne tilknytningen til universitets- og høyskolesystemet har særlig bidratt til å gjøre sykepleierfaget mer teoretisk.

Lønnsstrukturen i Norge har også betydning for hvem sykehusene velger å ansette. Fordi det er et mål å begrense inntektsulikheten i Norge, er lønnsstrukturen sammenpresset. Det betyr at det er relativt liten

kostnadsforskjell mellom for eksempel en sykepleier og en helsefagarbeider, og at noen personellgrupper dermed gjør oppgaver de er overkvalifisert for, fordi kostnadene ved å ikke utnytte kapasiteten deres maksimalt er begrenset – det er enklere å ansette en sykepleier som kan gjøre alt, enn en helsefagarbeider som er utdannet til å gjøre mer begrensede oppgaver. Samtidig kan andelen deltidsstillinger påvirke attraktivitet og rekrutteringsmuligheter. Mange ønsker seg heltidsstillinger for å få økt forutsigbarhet, både økonomisk og med tanke på når man skal jobbe (Drange & Vabø, 2021).

Profesjonskamp kan også være en årsak til den endrede sammensetningen av personell på sykehus. Loen-vedtaket fra 1989, et vedtak fra Norsk Sykepleierforbund (NSF), blir ofte trukket frem som sentralt for økningen i andel sykepleiere på sykehus. I vedtaket ble det bestemt at NSF sluttet seg til hovedinnholdet i utredningen «Sykepleien i fremtiden» (Fonn, 2022). En av konklusjonene i utredningen, var at NSF burde «arbeide for at det i fremtiden er offentlig godkjente sykepleiere som ivaretar den direkte sykepleien til befolkningen». Daværende leder for Hjelpepleierforbundet mente at NSF forsøkte å fjerne hjelpepleierne fra pasientene og gjøre dem til hushjelper. Selv om vedtaket kan ha hatt betydning for utviklingen, er det samtidig viktig å understreke at det nå ligger langt tilbake i tid, og at NSF har nyere vedtak som de nå forholder seg til.

## 1.2 Behov for ny oppgavedeling

En ny oppgavedeling mellom ulike profesjoner i helse- og omsorgssektoren kan bidra til mer effektiv tjeneste og dermed møte behovene for økt bemanning. I en spørreundersøkelse gjennomført av Sykepleien i 2019, oppga 75 prosent av sykepleierne at de ukentlig eller oftere utfører oppgaver som burde vært gjort av en helsefagarbeider (Bergsagel, 2019). Dersom disse oppgavene i stedet ble utført av annet personell, ville dette frigjort tid for sykepleierne som de kunne brukt på oppgaver som krever sykepleierkompetanse.

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

Regjeringen nedsatte i 2021 en helsepersonellkommisjon som skal gi en helhetlig og kunnskapsbasert vurdering av behovene for personell og kompetanse frem mot 2040, herunder hvordan innovasjon gjennom blant annet nye arbeidsformer kan påvirke det frem-

tidige personellbehovet. Kommisjonen består av representanter fra partene i arbeidslivet, helse- og omsorgstjenesten, utdanningssektoren, brukerorganisasjonen, forskning og samfunnsliv (Regjeringen.no, 2021).

## 1.3 Mandat og metode

Formålet med dette oppdraget er å kartlegge erfaringer med oppgavedeling mellom helsefagarbeidere og andre personellgrupper i sykehus. Dette skal bidra til økt kunnskap om hvordan sykehusene arbeider med oppgavedeling, samt bedre innsikt i helseforetakenes utvikling, status og fremtidige planer for oppgavedeling og ressursutnyttelse.

Som del av oppdraget har vi kartlagt tidligere og pågående prosjekter i sykehus som har til hensikt å bedre ressursutnyttelsen blant helsefagarbeidere og andre personellgrupper gjennom organisering av arbeidet og utvikling av ansatte. Vi har undersøkt endringer i arbeidsoppgaver og arbeidsdeling for helsefagarbeidere, behov for kompetanseutvikling for helsefagarbeidere, tilrettelegging for læreplasser innen helsefagarbeiderfaget i sykehus, samt hvilke faktorer som hemmer og fremmer god oppgavedeling og kompetanseutnyttelse. Videre har vi undersøkt statistikk som belyser ressursfordeling i sykehusene, herunder helsefagarbeideres andel av totalt antall årsverk ved helseforetak. Vi har også kartlagt organisering av oppgavedeling mellom tilsvarende grupper ansatte i Sverige og Danmark. Vi har kombinert ulike datakilder og metoder i oppdraget, som beskrives nærmere i det følgende.

### 1.3.1 Dybdeintervjuer

Vi har gjennomført totalt 37 intervjuer med aktører som har erfaring med oppgavedeling mellom helsefagarbeidere og andre personellgrupper i sykehus. Vi har gjennomført 28 intervjuer med ansatte på sykehus, herunder ledere og HR-ansatte, sykepleiere og helsefagarbeidere, tre representanter fra sykehus i Sverige og Danmark, to ansatte ved fagskoler som videreutdanner helsefagarbeidere, og fire topledere i sykehus.

### 1.3.2 Registerdata og nøkkeltall

Vi har innhentet registerdata fra Spekter for å belyse helsefagarbeideres andel av totalt antall årsverk ved helseforetak. Datasettet inneholder informasjon for perioden 2011 til 2021, fordelt etter helseforetak og faggruppe/personellkategori, om antall ansatte, ansettelsesforhold og årsverk, lønnsstatistikk, samt mertid og tilfeldig overtid. Vi mottok i tillegg et tilsvarende datasett på avdelingsnivå, gruppert i 23 kategorier, avgrenset til helseforetakene i Helse Sør-Øst RHF.

Tall for antall årsverk i spesialisthelsetjenesten i 2021 oppgitt i denne rapporten avviker noe fra antall årsverk oppgitt av Statistisk sentralbyrå. Dette skyldes i hovedsak at tallene fra Spekter ikke inkluderer årsverk fra private bedrifter, lange fravær, alle med under ti prosent årsverk, samt arbeidstakere under 18 år.

### 1.3.3 Kartleggingsskjema

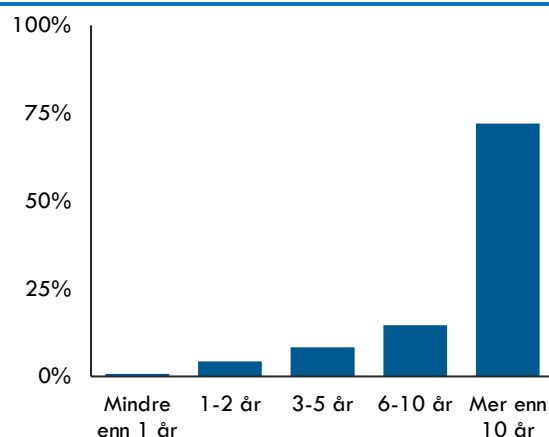
Alle de regionale helseforetakene fikk tilsendt et kartleggingsskjema med forespørsel om informasjon om prosjekter for å bedre ressursutnyttelsen blant helsefagarbeidere og andre personellgrupper, kompetanse blant helsefagarbeidere, og læreplasser for helsefagarbeidere. Forespørselen ble sendt til en kontaktperson i hvert regionale helseforetak, der vi ba om at de enten fylte ut kartleggingsskjemaet selv eller sendte kontaktinformasjon til andre aktuelle personer. Vi mottok svar fra de fleste helseforetakene i Helse Nord, Helse Midt-Norge og Helse Vest. I Helse Sør-Øst fikk vi svar om at de selv gjennomfører en egen, tilsvarende kartlegging, og at de derfor ikke kunne videreformidle vår undersøkelse. Kartleggingen til Helse Sør-Øst pågår frem til sommeren 2023, og vil være et viktig supplement til denne rapporten.

### 1.3.4 Spørreundersøkelse blant helsefagarbeidere

Vi utarbeidet en spørreundersøkelse rettet mot helsefagarbeidere i sykehus. Fagforbundet og Delta distribuerte invitasjon til å delta i spørreundersøkelsen til sine medlemmer registrert som helsefagarbeider, hjelpepleier eller omsorgsarbeider. Undersøkelsen ble sendt ut 9. juni og avsluttet 27. juni. Det ble sendt ut én påminnelse i perioden, og Fagforbundet distribuerte informasjon om undersøkelsen på sosiale medier.

Samlet mottok 3 910 personer undersøkelsen. 556 personer svarte, tilsvarende 14,2 prosent. Blant disse var 38,3 prosent helsefagarbeidere, 59,6 prosent hjelpepleiere og 2,2 prosent omsorgsarbeidere. 72 prosent av respondentene hadde jobber mer enn ti år som helsefagarbeider, hjelpepleier eller omsorgsarbeider. Videre i rapporten omtaler vi alle personellgruppene som helsefagarbeidere.

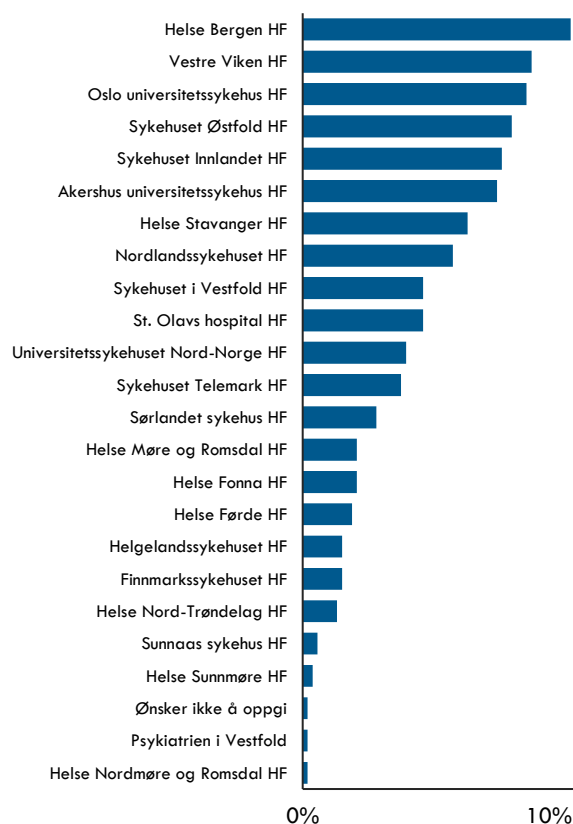
**Figur 1-2: Hvor lenge har du jobbet som helsefagarbeider/hjelpepleier/omsorgsarbeider?**



Kilde: Spørreundersøkelse til helsefagarbeidere i sykehus, gjennomført av Oslo Economics 2022. N = 250.

Respondentene dekket alle landets helseforetak (Figur 1-3). Helse Bergen HF har størst oppslutning i undersøkelsen med 10,9 prosent. Videre følger Vestre Viken HF og Oslo universitetssykehus HF med henholdsvis 9,3 og 9,1 prosent.

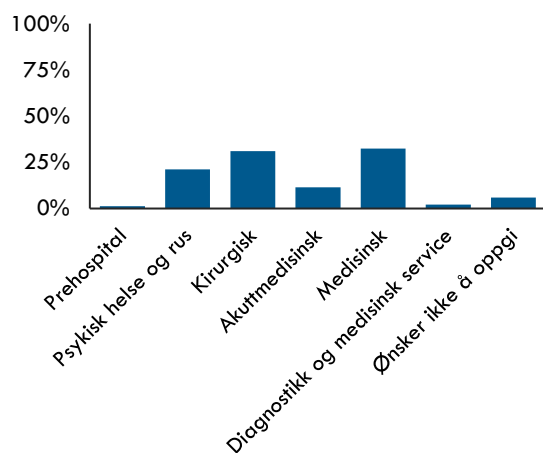
**Figur 1-3: Ved hvilket helseforetak er du ansatt?**



Kilde: Spørreundersøkelse til helsefagarbeidere i sykehus, gjennomført av Oslo Economics 2022. N = 506.

Oppslutningen var størst blant ansatte i medisinsk avdeling (32 prosent) og i kirurgisk avdeling (31 prosent) (Figur 1-4).

**Figur 1-4: Ved hvilken type avdeling/klinikk/enhet er du ansatt? Kryss av for alle relevante alternativer.**



**Kilde: Spørreundersøkelse til helsefagarbeidere i sykehus, gjennomført av Oslo Economics 2022. N = 546.**

På spørsmål om ansettelsesforhold svarte om lag halvparten (49 prosent) at de var fast ansatt i 100 prosent stilling, mens 46 prosent var ansatte i deltidstilling. 2,5 prosent var ansatt i bemanningsenhet, 2,2 prosent hadde delt stilling mellom bemanningsenhet og fast stilling, og 2,2 prosent hadde delt stilling mellom flere avdelinger. En mindre andel, 0,4 prosent, var ansatt i stilling som trainee, mens 0,4 prosent hadde deltatt i traineeprogram tidligere.

46 prosent av respondentene hadde videreutdanning, og blant disse hadde 81 prosent fagskole mens 19 prosent hadde annen videreutdanning (Figur 1-5). Blant de som hadde videreutdanning var det flest med videreutdanning innen barsele- og barnepleie (32 prosent) og psykisk helsearbeid (31 prosent) de feltene flest hadde videreutdanning innenfor, mens 21 prosent oppga at de hadde annen videreutdanning.

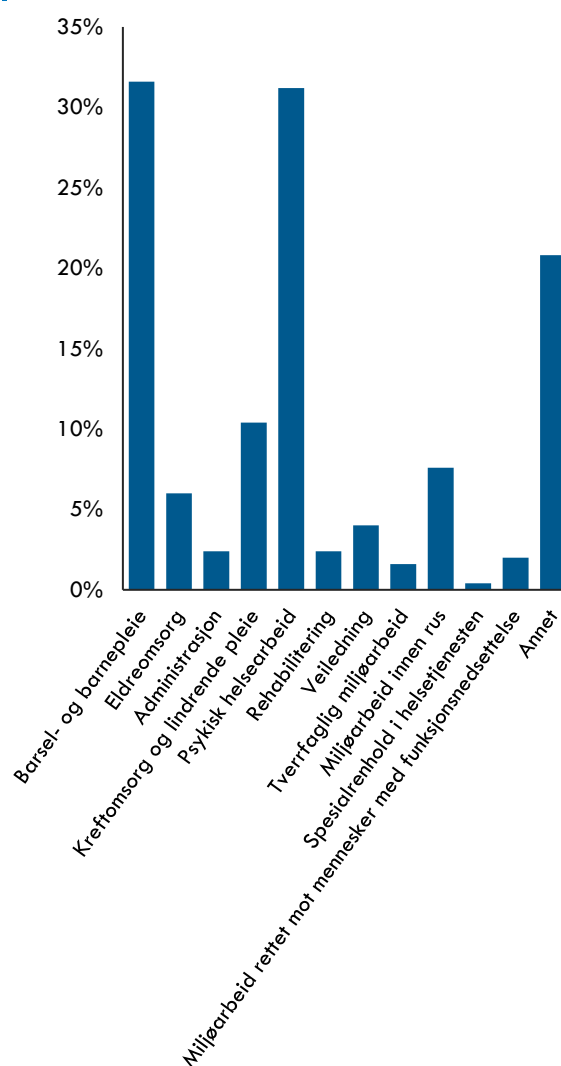
Blant de som oppga at de hadde annen videreutdanning, var det flere som oppga klinisk sykepleie, sterilforsyning og kirurgisk virksomhet. Videre ble også følgende eksempler nevnt: velferdsteknologi, verne-

pleie, tekniker, palliasjon, HMS, helsesekretær, ernæring og anatomi.

### 1.3.5 Gjennomføring

Kartleggingen er gjennomført av Oslo Economics på oppdrag for Spekter, Fagforbundet og Delta. Vi ønsker å rette en stor takk til alle som har tatt seg tid til å delta i intervju og svare på spørreundersøkelsen og kartleggingskjemaet. Oppdraget er utført i perioden april til september 2022.

**Figur 1-5: Hvilket felt har du videreutdanning i? Kryss av for alle relevante alternativer.**



**Kilde: Spørreundersøkelse til helsefagarbeidere i sykehus, gjennomført av Oslo Economics 2022. N = 250.**

## 2. Helsefagarbeideres andel av ressursutnyttelsen ved helseforetakene

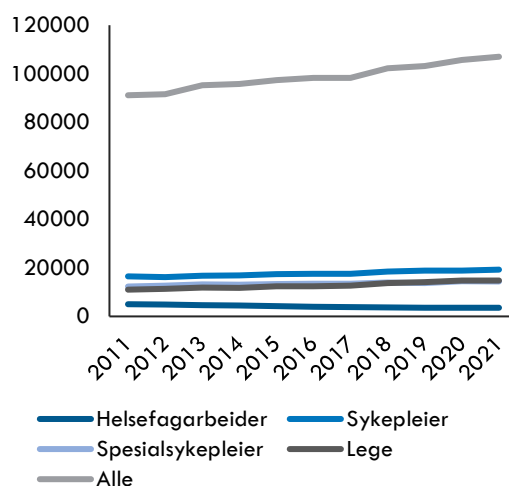
Antall årsverk i helseforetakene har økt fra 91 532 til 107 016 de siste ti årene. I perioden har andelen årsverk utført av leger økt, mens andelen årsverk utført av sykepleiere og spesialsykepleiere har falt noe og andelen årsverk utført av helsefagarbeidere har blitt halvert (fra om lag seks til tre prosent). Helsefagarbeidere har en lavere gjennomsnittlig stillingsprosent enn de andre gruppene.

### 2.1 Sammensetning av personellgrupper i helseforetakene

Samlet antall årsverk i helseforetakene har økt fra 91 532 til 107 016 årsverk i løpet av perioden 2011 til 2021 (Figur 2-1). I denne perioden har antall årsverk leger, spesialsykepleiere og sykepleiere økt, mens antall årsverk for helsefagarbeidere er redusert fra 5 028 til 3 562.

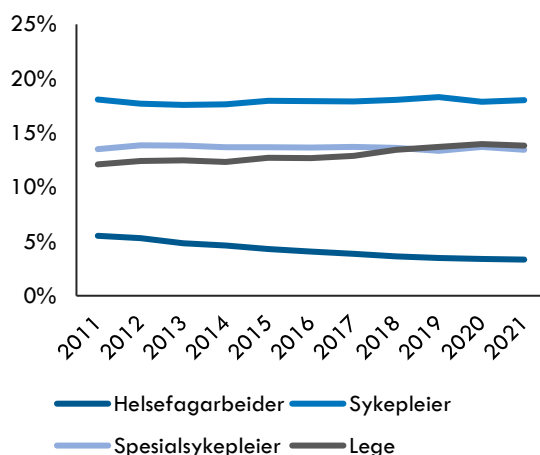
Ressursutnyttelsen, målt som andelen av alle årsverk i helseforetakene, har samtidig falt for helsefagarbeidere (fra 5,5 til 3,3 prosent), sykepleiere (fra 18,1 til 18 prosent) og spesialsykepleiere (fra 13,5 til 13,4 prosent), mens andelen leger har økt fra 12,1 til 13,8 prosent (Figur 2-2).

**Figur 2-1: Antall årsverk i landets helseforetak samlet og per personellgruppe, i perioden 2011 til 2021**



Kilde: Spekter.

**Figur 2-2: Andel av alle årsverk i landets helseforetak samlet, per personellgruppe, i perioden 2011 til 2021**



Kilde: Spekter. Andelen er beregnet som antall årsverk per personellgruppe i hele landet, over antall årsverk totalt av alle personellgrupper.

For helseforetakene samlet i 2021, utgjorde antall årsverk per personellgruppe 3 562 helsefagarbeidere, 19 269 sykepleiere, 14 386 spesialsykepleiere og 14 782 leger (Tabell 2-1).

**Tabell 2-1: Antall årsverk per RHF for utvalgte personellgrupper og totalt, 2021**

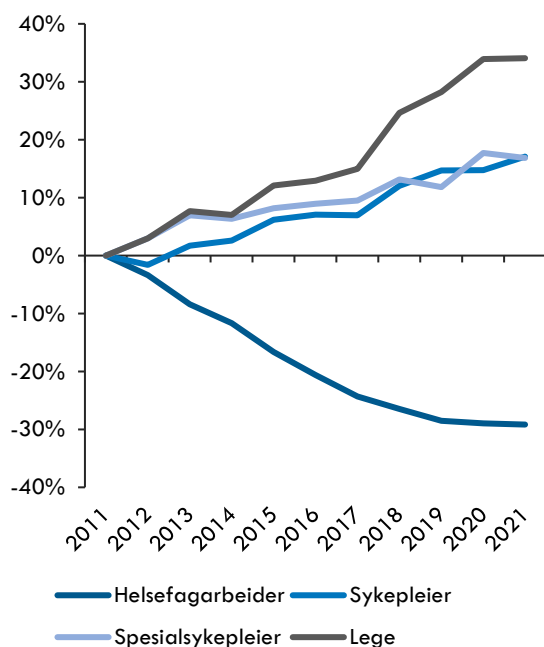
	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Samlet
Helsefagarbeider	316	463	2 065	718	3 562
Sykepleier	2 844	2 213	10 660	3 552	19 269
Spesialsykepleier	2 413	1 692	7 552	2 729	14 386
Lege	2 135	1 766	8 124	2 757	14 782
Årsverk totalt	15 204	13 390	58 399	20 023	107 016

Kilde: Spekter.

Sammensetningen av personell varierer noe mellom de fire helseregionene. Blant de 107 016 årsverkene i helseforetakene i 2021, var over halvparten av årsverkene er tilknyttet Helse Sør-Øst (Tabell 2-1). Derneft følger Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord.

Fra 2011 til 2021 har antall årsverk utført av helsefagarbeidere blitt redusert med 30 prosent, mens antall årsverk utført av leger har økt med 34 prosent, og antall årsverk sykepleiere og spesialsykepleiere har økt med 17 prosent (Figur 2-3).

**Figur 2-3: Prosentvis utvikling i antall årsverk for utvalgte yrkesgrupper, i perioden 2011 til 2021**

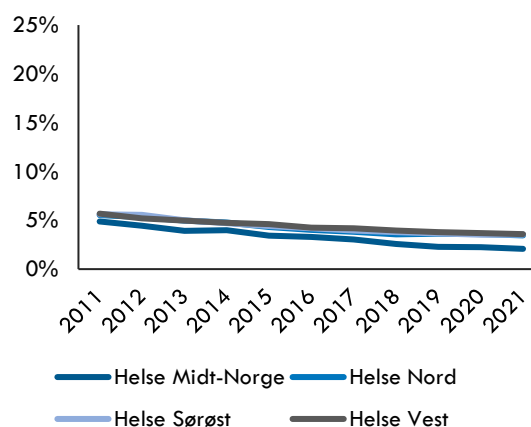


Kilde: Spekter. Note: Prosentvis utvikling er beregnet som endring per år sammenlignet med år 2011.

Andelen helsefagarbeiderårsverk er redusert i samtlige regionale helseforetak i løpet av perioden 2011 til 2021. Helse Midt-Norge har hatt lavest andel helsefagarbeiderårsverk gjennom perioden, og har også hatt en noe større reduksjon i andelen frem

til 2021, sammenlignet med de andre regionale helseforetakene (Figur 2-4).

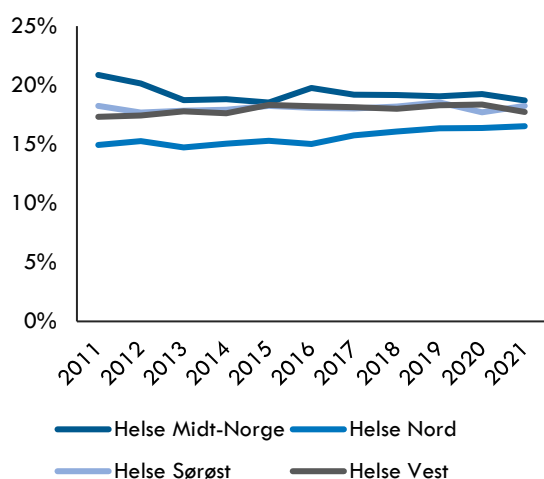
**Figur 2-4: Helsefagarbeideres andel av alle årsverk per regionale helseforetak, i perioden 2011 til 2021**



Kilde: Spekter. Note: Andelen er beregnet som antall årsverk utført per år av helsefagarbeidere, i forhold til totalt antall årsverk utført av alle personellgrupper per RHF.

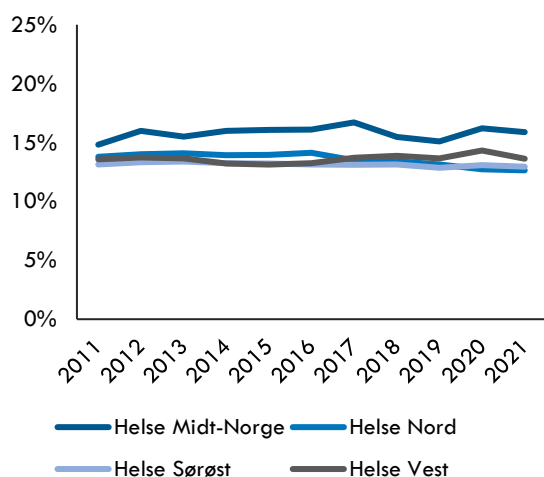
Når det gjelder andelen sykepleierårsverk, har andelen fra 2011 til 2021 vært stabil i Helse Vest, mens andelen er noe redusert i Helse Midt-Norge (fra 20,9 til 18,7 prosent). I Helse Nord har andelen økt fra 14,9 til 16,5 prosent (Figur 2-5). Andelen spesialsykepleiere har falt fra 2011 til 2021 i Helse Sør-Øst og Helse Nord, mens andelen har økt i Helse Midt-Norge og vært stabil i Helse Vest (Figur 2-6).

**Figur 2-5: Sykepleieres andel av alle årsverk per regionale helseforetak, i perioden 2011 til 2021**



**Kilde: Spekter. Note: Andelene er beregnet som antall årsverk utført per år av sykepleiere, i forhold til totalt antall årsverk utført av alle personellgrupper per RHF.**

**Figur 2-6: Spesialsykepleieres andel av alle årsverk per regionale helseforetak, i perioden 2011 til 2021**

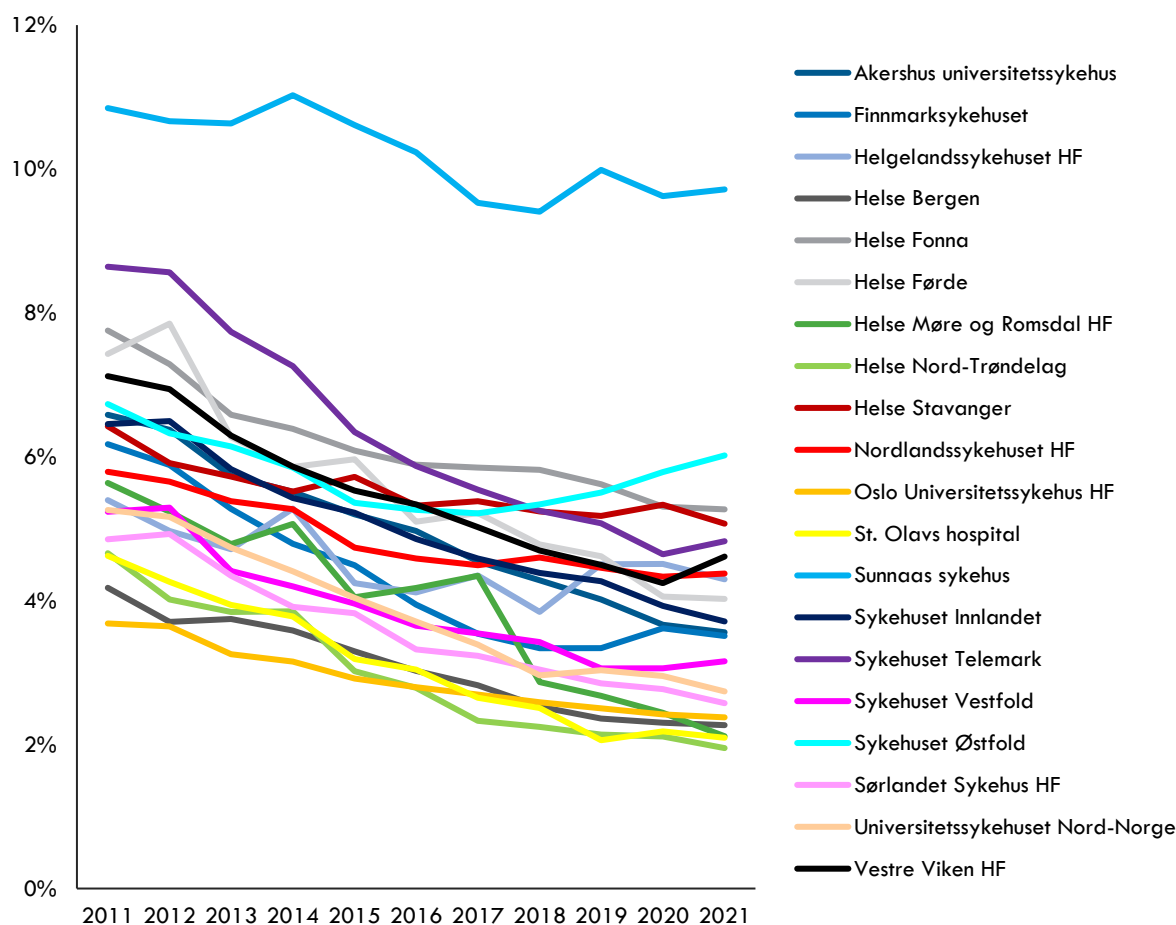


**Kilde: Spekter. Note: Andelene er beregnet som antall årsverk utført per år av spesialsykepleiere, i forhold til totalt antall årsverk utført av alle personellgrupper per RHF.**

Trendene i sammensetning av personell over tid vises også for hvert enkelt helseforetak. I samtlige helseforetak er andelen helsefagarbeiderårsverk redusert fra 2011 til 2021 (Figur 2-7). Reduksjonen varierte fra fire prosentpoeng (Sykehuset i Telemark og Helse Møre og Romsdal HF) til ett prosentpoeng (Sykehuset Østfold, Sunnaas Sykehus, Oslo Universitetssykehus HF, Nordlandssykehuset HF, Helse Stavanger og Helgelandssykehuset HF). De siste fem årene har reduksjonen flatet ut, og de fleste helseforetakene har hatt en reduksjon på enten ett prosentpoeng eller vært stabile. Unntakene er Helse Møre og Romsdal som har hatt 2 prosentpoeng reduksjon siste fem år, og Sykehuset i Østfold som det eneste sykehuset som har hatt en liten økning i andel helsefagarbeidere (ett prosentpoeng). Sykehuset Østfold har i denne perioden jobbet aktivt med problemstillingen, gjennom sitt traineeprogram (se beskrivelse i delkapittel 4.1).

Sunnaas sykehus har den høyeste andelen årsverk utført av helsefagarbeidere i 2021 (10 prosent), som er fire prosentpoeng høyere enn Sykehuset Østfold med nest høyest andel på seks prosent (Figur 2-7). Sunnaas sykehus er landets største spesialsykehus innen fysikalsk medisin og rehabilitering, og har derfor en annen personellsammensetning enn de andre sykehusene. Sykehuset skiller seg også ut ved å være det eneste helseforetaket med flere helsefagarbeidere enn leger (Figur 2-8).

Figur 2-7: Helsefagarbeideres andel av alle årsverk per helseforetak, i perioden 2011 til 2021



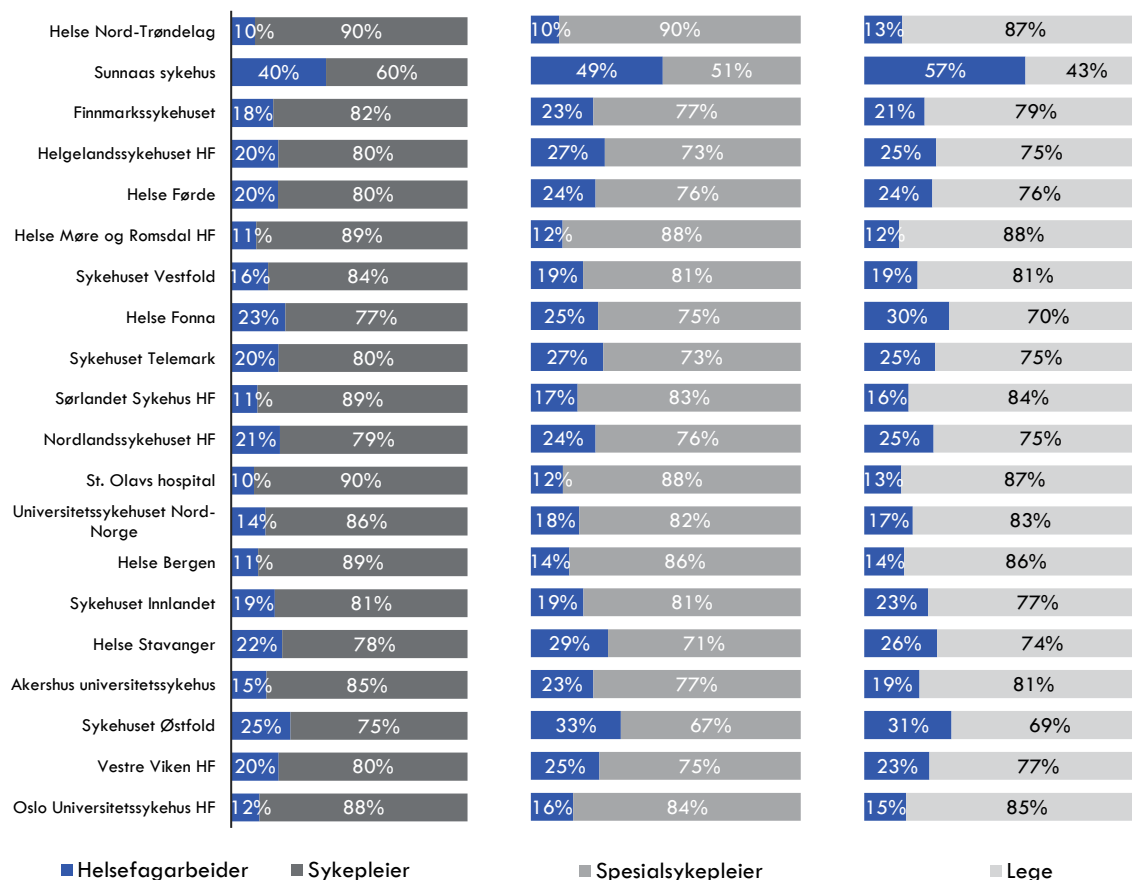
Kilde: Spekter. Note: Andelen er beregnet som totale årsverk per år utført av helsefagarbeidere i hvert enkelt HF som andel av totale årsverk utført av alle personellgrupper ved det aktuelle HF. Sunnaas sykehus har den høyeste andelen årsverk utført av helsefagarbeidere i 2021. Dette sykehuset er landets største spesialsykehus innen fysikalsk medisin og rehabilitering, og har derfor en annen personellsammensetning enn de andre sykehusene.

I samtlige helseforetak var det i 2021 flere sykepleiere enn helsefagarbeidere; andelen helsefagarbeidere sammenlignet med sykepleiere varierte fra 9,7 prosent (St. Olavs hospital) til 40,2 prosent (Sunnaas sykehus) på tvers av helseforetakene (Figur 2-8). Det samme gjelder dersom man sammenligner andelen leger med helsefagarbeidere, med unntak av Sunnaas sykehus. Andelen helsefagarbeidere

(sammenlignet med leger) varierte fra 12,3 prosent (Helse Møre og Romsdal) til 56,9 prosent (Sunnaas sykehus) på tvers av helseforetakene. Sykehuset Østfold har nest høyest andel helsefagarbeidere sammenlignet med sykepleiere, spesialsykepleiere og leger, med henholdsvis 25 prosent, 33 prosent og 31 prosent.



**Figur 2-8: Forholdet mellom helsefagarbeider og sykepleier, spesialsykepleier og leger per helseforetak, 2021**



Kilde: Spekter. Helseforetakene er sortert fra minst til størst (fra øverst til nederst) etter antall ansatte helsefagarbeidere. Bredden på den blå søylen angir andelen helsefagarbeiderårsverk sammenlignet med aktuell personellgruppe.

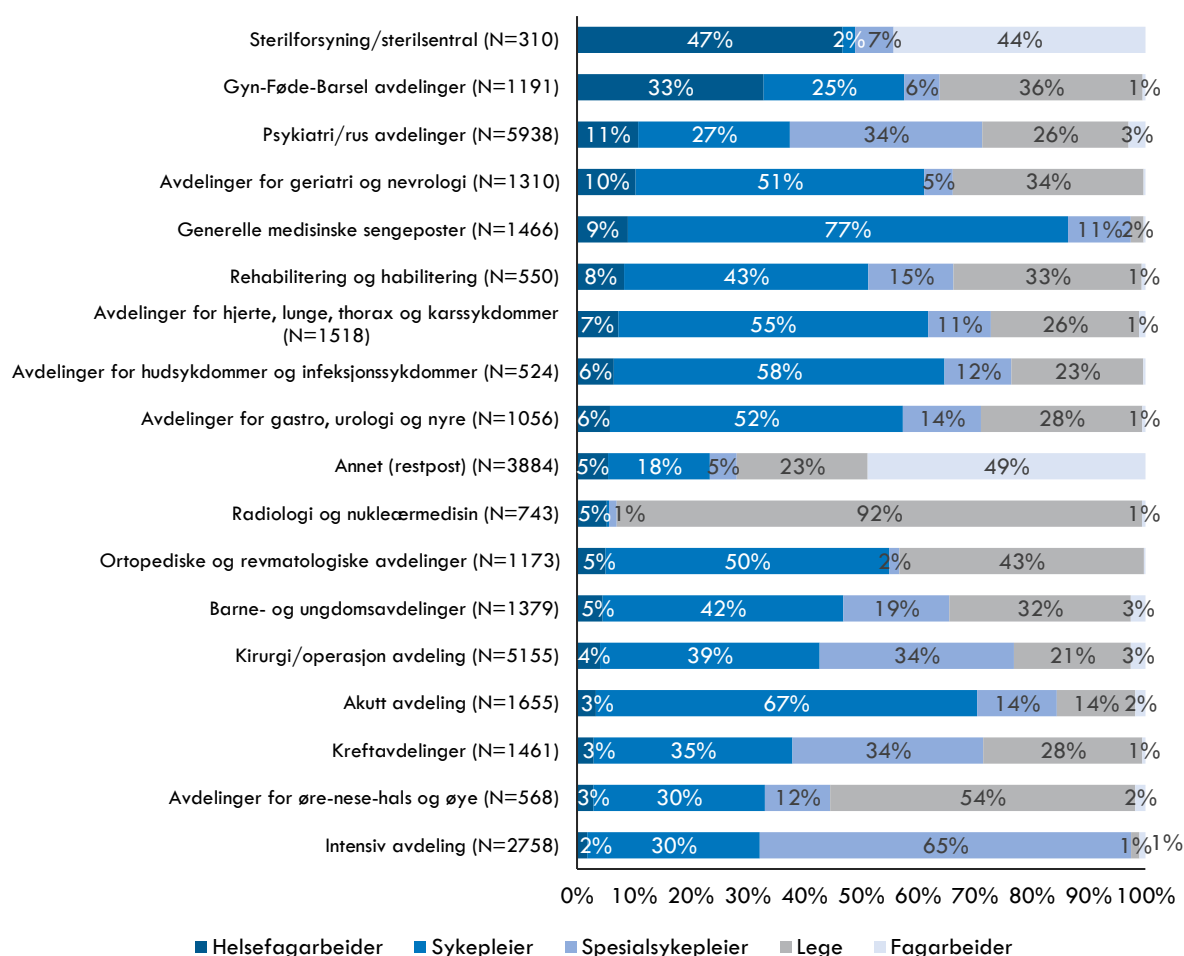
### 2.1.1 Sammensetning av personellgrupper i avdelinger

Avdeling for sterilforsyning/sterilsentral og gyn-fødebarsel har størst andel årsverk utført av helsefagarbeidere, sammenlignet med sykepleiere, spesialsykepleiere, leger og fagarbeidere (Figur 2-9).

Ved samtlige avdelinger har det vært en nedgang i andelen årsverk utført av helsefagarbeidere de siste ti årene (Vedlegg A, Figur 9-1). Det har vært størst

nedgang for avdeling for sterilforsyning/sterilsentral og avdeling for rehabilitering og habilitering på henholdsvis 15 og 14 prosentpoeng. Det har imidlertid vært en lavere nedgang blant alle avdelinger de siste fem årene, og noen avdelinger har også sett en svak økning i denne perioden. Dette gjelder avdeling for geriatri og nevrologi (tre prosent), avdeling for gastro, urologi og nyre (ett prosent), avdeling for hjerte, lunge, thorax og karsykdommer (ett prosent) samt akutt avdeling (ett prosent).

**Figur 2-9: Sammensetning av personellgrupper per årsverk per avdeling, 2021**



**Kilde: Spekter. Note:** Sum årsverk er summen av årsverk utført av helsefagarbeidere, sykepleiere, spesialsykepleiere, leger og fagarbeidere i 2021. Følgende avdelinger er tatt ut av figuren noen år grunnet under fem ansatte helsefagarbeidere i avdelingen: ambulansesavdeling, anestesiasavdeling, laboratoriemedisin, avdeling for endokrinologi, forskningsavdelinger, generelle medisinske poliklinikker og indremedisinsk avdeling.

## 2.2 Gjennomsnittlig stillingsprosent for utvalgte personellgrupper

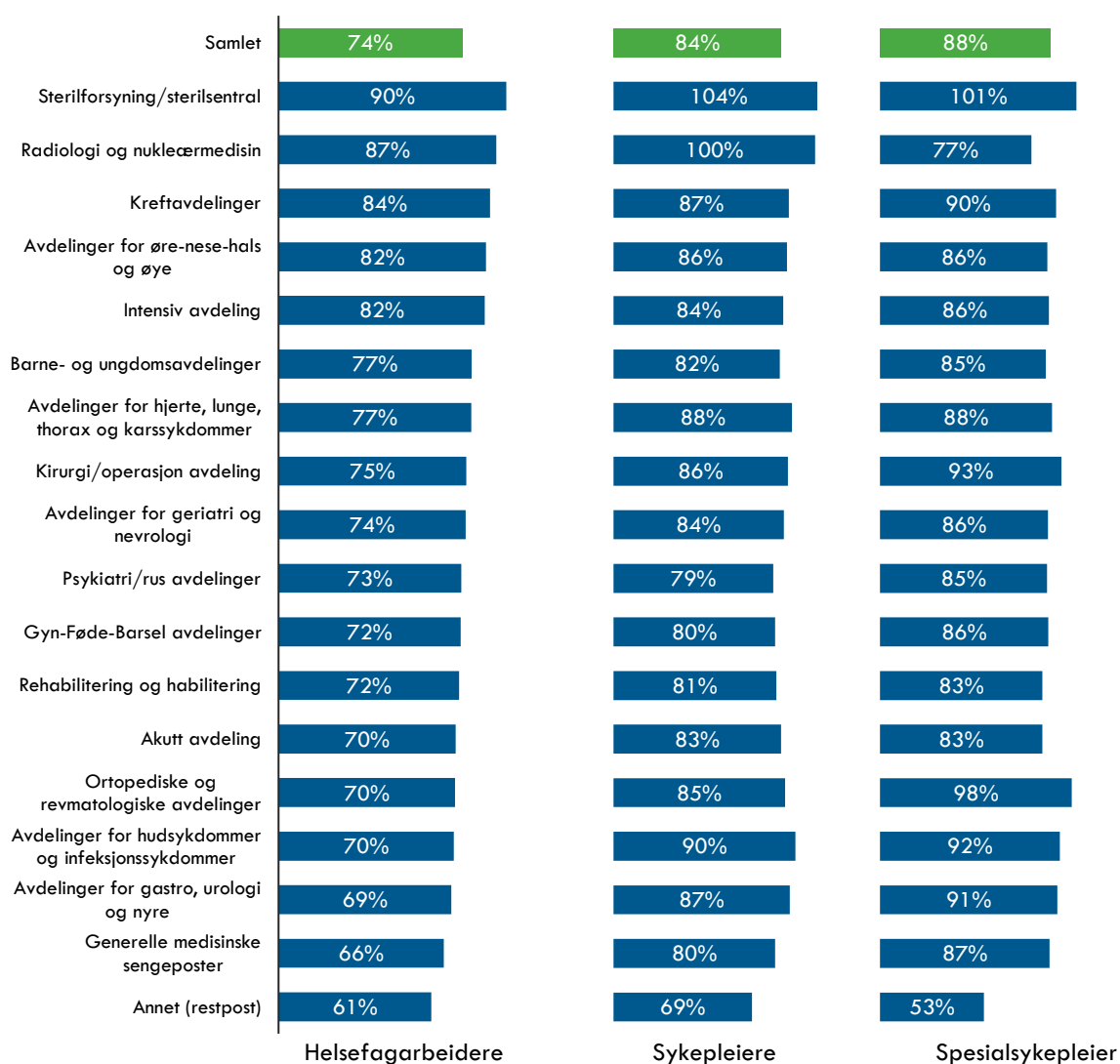
I dette avsnittet ser vi på gjennomsnittlig stillingsprosent, gitt ved antall årsverk per ansatt, for helsefagarbeidere, sykepleiere og spesialsykepleiere. I 2021 var gjennomsnittlig stillingsprosent 74 prosent for helsefagarbeidere, 84 prosent for sykepleiere og 88 prosent for spesialsykepleiere (Figur 2-10).

Samme indikator viser at den gjennomsnittlige stillingsprosenten innad i avdelinger varierer fra 90 prosent i avdeling for sterilforsyning/sterilsentral til 66 prosent i avdeling for generelle medisinske sengeposter for helsefagarbeidere. For sykepleiere og

spesialsykepleiere er det lavest gjennomsnittlig stillingsprosent i henholdsvis avdeling for psykiatri og rus (79 prosent) og avdeling for radiologi- og nukleærmedisin (77 prosent), når vi ser bort fra «annet (restpost)».

Avdelingen med høyest gjennomsnittlig stillingsprosent, sterilforsyning/sterilsentral sammenfaller med avdelingen som har høyest andel årsverk utført av helsefagarbeidere (Figur 2-9). Samtidig har avdeling for radiologi og nukleærmedisin (med en høy gjennomsnittlig stillingsprosent) også en høy andel helsefagarbeidere sammenlignet med sykepleiere og spesialsykepleiere, og sett bort ifra leger (Vedlegg A, Figur 9-6 og Figur 9-7).

**Figur 2-10: Antall årsverk per ansatt, fordelt på personellgrupper per avdeling og samlet**



Kilde: Spekter, samlet tall for alle HF, avdelingstall for Helse Sør-Øst RHF, 2021. Følgende avdelinger er tatt ut av figuren noen år grunnet under fem ansatte helsefagarbeidere i avdelingen: ambulansesavdeling, anestesiavdeling, laboratoriemedisin, avdeling for endokrinologi, forskningsavdelinger, generelle medisinske poliklinikker og indremedisinsk avdeling. Totalt antall ansatte: N=2 834 for helsefagarbeidere, N=12 801 for sykepleiere N=8 631 for spesialsykepleiere.

### 3. Utviklingsprosjekter i sykehus for bedre ressursutnyttelse blant helsefagarbeidere og andre personellgrupper

*For å håndtere bemanningsutfordringene er det behov for endrede arbeidsprosesser i sykehusene, og flere sykehus undersøker hvordan andre personellgrupper, som helsefagarbeidere, kan bidra til bedre arbeidsdeling i sykehuset. Vi har identifisert 29 prosjekter som handler om oppgavedeling og helsefagarbeidere, fordelt på de fire regionale helseforetakene. I tillegg til definerte prosjekter, pågår det arbeid med oppgavedeling lokalt på sykehusene.*

Mange sykehus har eller har hatt pågående prosjekter som omhandler oppgavedeling og endrede arbeidsprosesser mellom helsefagarbeidere og andre personellgrupper. Bakgrunnen for mange prosjekter er mangel på sykepleiere og tilknyttede rekrutteringsutfordringer, som ventes å øke fremover. Samtidig har det de siste årene vært en nedgang i antall helsefagarbeidere i sykehusene (delkapittel 2.1).

Vi har identifisert 29 ulike prosjekter som omhandler oppgavedeling mellom helsefagarbeidere og andre personellgrupper i sykehus. Enkelte av prosjektene er fellesprosjekter for hele det regionale helseforetaket, mens andre prosjekter er lokale prosjekter på ulike helseforetak og sykehus. Vi har identifisert følgende prosjekter: syv ved helseforetak i Helse Nord (der ett er på tvers av helseforetakene), fire ved helseforetak i Helse Midt-Norge, ti ved helseforetak i Helse Vest (der fire er på tvers av helseforetakene), samt åtte ved helseforetak i Helse Sør-Øst.

De fleste prosjektene handler om at helsefagarbeidere får opplæring i oppgaver som tidligere i hovedsak ble utført av andre personellgrupper, som oftest sykepleiere. En del av

prosjektene inkluderer i tillegg kompetanseheving og opplæring i nye oppgaver, ved at det for eksempel utvikles kompetanseprogrammer, opplæringsmoduler og opplegg for sertifisering i utvalgte oppgaver. Enkelte av prosjektene har fastsatt mål om antall eller andel helsefagarbeidere som det er ønskelig å ha i sykehuset. Noen steder økes antall helsefagarbeiderlærlinger årlig, med hensikt om å ansette helsefagarbeidere etter læretiden.

Oversikten over tidligere og pågående prosjekter i sykehusene er ikke en fullstendig oversikt over alle prosjekter som finnes, og vi vet ikke hvilke prosjekter vi ikke har identifisert som del av arbeidet. Videre fremkommer det fra intervjuer at det også pågår arbeid med oppgavedeling på ulike sykehus, uten at dette er konkrete prosjekter. For eksempel pågår arbeid med oppgavedeling på de enkelte sengepostene, som ikke nevnes i kartleggingen. Denne oppgavedelingen i praksis oppstår ofte som følge av knapphet på personell, slik at ressurstilgangen avgjør hvordan oppgaver fordeles mellom personellgrupper på den enkelte vakten.

#### 3.1 Helse Nord RHF

I Helse Nord RHF har helseforetakene et felles satsingsprosjekt om læreplaner innen helsearbeiderfaget, i tillegg til seks prosjekter ved helseforetak (Tabell 3-1). Prosjektene rettes mot oppgavedeling mellom helsefagarbeidere og sykepleiere, med formål om å avlaste sykepleierne. På Nordlandssykehuset HF og Helgelandssykehuset HF har det blitt gjennomført prøveprosjekter der helsefagarbeidere ansettes i operasjonsavdelinger. I flere av prosjektene er det fastsatte mål om å øke antall helsefagarbeidere og helsefagarbeiderlærlinger, og noen prosjekter handler om å kartlegge muligheter for oppgavedeling.

**Tabell 3-1: Prosjekter ved sykehus i Helse Nord RHF**

Helseforetak	Prosjekttittel	Prosjektperiode	Prosjektbeskrivelse
Helse Nord	Felles satsingsprosjekt om læreplaner innen helsearbeiderfaget i regionen	Ikke oppgitt	Et satsingsprosjekt om læreplaner innen helsearbeiderfaget i hele Helse Nord RHF. Mål om minimum 14 nye lærlinger årlig, som sikrer at minimum 14 nye helsefagarbeidere kan ansettes årlig.
Nordlandssykehuset HF	Oppgavedeling på ortopedisk/gastrokirurgisk og medisinsk avdeling	2020–2021	Prosjekt om oppgavedeling mellom helsefagarbeidere og sykepleiere i ortopedisk avdeling i Bodø og medisinsk avdeling i Lofoten. Helsefagarbeidere blir

			gitt opplæring, slik at de kan påta seg nye oppgaver som avhjelper sykepleierne. Opplæringen dokumenteres i en kompetanseplan.
Nordlandssykehuset HF	Arbeidsgruppe oppgavedeling på medisinsk klinikk	2022– pågående	Prosjektet skal undersøke muligheter for oppgavedeling, særlig mellom sykepleiere og helsefagarbeidere. Prosjektet er i en tidlig fase, og målene er ikke fastsatt.
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	Arbeidsoppdrag: oppgavedeling helsefagarbeidere	2014– 2016	Arbeidsoppdrag der målet er å øke andelen helsefagarbeidere med fem prosent fra 2021 inn i 2023. I prosjektet økes antall lærlinger årlig og målet er fast ansettelse når de fullfører. Lærlingene gjennomfører felles oppstartsamling og det utarbeides en plan for fast ansettelse ved læretidens slutt. Ved fast ansettelse tilbys opplæringspakke og kompetanseplan.
Helgelandssykehuset HF	Helsefagarbeidere inn i kirurgisk virksomhet	2017– 2021	Prøveprosjekt der helsefagarbeidere ble ansatt i operasjonsavdelinger. Målet var å tilbakeføre helsefagarbeidere til sykehus og gi dem oppgaver som støtter operasjons-sykepleiere i det daglige arbeidet. Helsefagarbeidere fikk opplæring og kompetanseheving, og det ble laget et opplegg for sertifisering i ulike oppgaver.
Helgelandssykehuset HF	Helsefagarbeidere ved medisinsk dagenhet Rana	Pågående	Formålet med prosjektet er å få bedre arbeidsflyt i avdelingen og mindre sårbar arbeidsfordeling, ved at helsefagarbeidere og helsesekretærer får nye oppgaver i poliklinikken.
Helgelandssykehuset HF	Sertifisering av helsefagarbeidere til utføring av utvalgte prosedyrer i medisinsk sengepost Sandnessjøen	Pågående	Formålet med prosjektet er bedre arbeidsflyt. Helsefagarbeidere får sertifisering i følgende prosedyrer: innleggelse av PVK, administrering av sondemat, innleggelse av kateter på kvinner, og sug i øvre luftveier.

### 3.2 Helse Midt-Norge RHF

Vi har identifisert fire prosjekter ved ulike helseforetak i Helse Midt-Norge RHF (Tabell 3-2). På St. Olavs Hospital HF handler prosjektene om å øke antall helsefagarbeidere i sykehuset ved at helsefagarbeidere får opplæring i oppgaver som

tidligere i hovedsak ble utført av sykepleiere. Prosjektet ved Helse Nord-Trøndelag HF innebærer kartlegging av arbeidsoppgaver og muligheter for at oppgavene i større grad utføres av helsefagarbeidere. Helse Møre og Romsdal HF har hatt et pilotprosjekt der helsefagarbeiderlærlinger har blitt ansatt ved sykehuset.

**Tabell 3-2: Prosjekter ved Helse Midt-Norge RHF**

Helseforetak	Prosjekttittel	Prosjektperiode	Prosjektbeskrivelse
St. Olavs Hospital HF	Kompetanse-sammensetningsprosjektet	2021–2024	Prosjektet består av flere delprosjekter, hvor ett delprosjekt handler om helsefagarbeidere og oppgaveoverføring fra sykepleiere. Et formål er å øke andelen helsefagarbeiderlæringer, for å øke antall helsefagarbeidere i sykehuset og sikre nok helsepersonell for å ivareta pasientsikkerhet.
St. Olavs Hospital HF	Endret oppgavefordeling	2019	Prosjektet hadde som mål å øke bruken av helsefagarbeidere i klinisk arbeid, samt øke antall helsefagarbeiderlæringer ved sykehuset. Det har blitt opprettet et opplæringskontor for læringer i helsearbeiderfaget og portørfag. Prosjektet videreføres i Kompetansesammensetningsprosjektet.
Helse Nord-Trøndelag HF	Oppgavedeling medisin H5C og medisin H5 Sykehuset Namsos	2022	Prosjektet innebærer kartlegging av arbeidsoppgaver blant flere helsepersonellgrupper, og undersøker hvem som bør gjøre hva, med spesielt fokus på helsefagarbeiderne. Planen er at faggruppene skal få mer detaljert funksjonsbeskrivelse.
Helse Møre og Romsdal HF	Pilotprosjekt: Satsing på helsefagarbeiderlæringer	2020	Prosjektet var et pilotprosjekt som innebar ansettelse av to helsefagarbeiderlæringer i helseforetaket. Bakgrunnen for prosjektet var den nasjonale satsingen på helsefagarbeidere. I etterkant av pilotprosjektet har satsingen på helsefagarbeiderlæringer blitt overført til normal drift, og det er mål om å øke antallet hvert år. Helsefagarbeiderlæringer er hovedsakelig ansatt i kirurgiske og medisinske sengeposter. Helseforetaket samarbeider med et lokalt opplæringskontor som jobber dedikert med læringer. Erfaringer fra prosjektet er at å ha en erfaren veileder med helsefagarbeiderbakgrunn anses som særlig nyttig.

### 3.3 Helse Vest RHF

Ved Helse Vest RHF har vi identifisert fire prosjekter som er fellesprosjekter for helseforetakene i regionen og seks prosjekter ved helseforetak (Tabell 3-3). De fire fellesprosjektene er i regi av Foretaksgruppen Helse Vest RHF. Disse er større prosjekter der formålet er rett kompetanse på rett sted, bedre pasientbehandling, bedre arbeidsmiljø og effektiv ressursutnyttelse. Overføring av oppgaver til

helsefagarbeidere er en del av prosjektene. Ved Helse Bergen HF har vi identifisert tre prosjekter, hvorav ett prosjekt innebærer et traineeprogram for helsefagarbeidere og to prosjekter handler om nye oppgaver til helsefagarbeidere ved utvalgte avdelinger. Tre prosjekter er ved Stavanger Universitetssykehus, og er etablert i forbindelse med byggingen av nytt sykehusbygg. Prosjektene innebærer endrede arbeidsprosesser og oppgavedeling mellom personellgruppene, herunder også helsefagarbeidere.

**Tabell 3-3: Prosjekter ved Helse Vest RHF**

Helseforetak	Prosjekttittel	Prosjektperiode	Prosjektbeskrivelse
Foretaksgruppen Helse Vest RHF	Vel planlagt	Ikke oppgitt	Mål i prosjektene er rett kompetanse til rett sted, økt kvalitet og pasientsikkerhet, bedre arbeidsmiljø og effektiv ressursutnyttelse. Ledere og tillitsvalgte blir involvert i alle prosjekter, og det er

Foretaksgruppen Helse Vest RHF	Bærekraftig utvikling for intensivsykepleiere		lokale prosjektgrupper. I prosjektene har helsefagarbeidere blitt en del av bemanningen på spesialsengeposter. Flere av prosjektene er i en innføringsfase.
Foretaksgruppen Helse Vest RHF	Bærekraftig utvikling innen psykisk helsevern og rus		
Helse Bergen HF	Helsefagarbeiderprosjektet ved Barne- og ungdomsklinikken	2020–2021	Målet for prosjektet er rett person på rett plass, faglig utvikling for helsefagarbeiderne og bedre oppgavedeling mellom personellgrupper. En arbeidsgruppe definerte oppgaver som helsefagarbeidere kunne utføre, som tidligere i hovedsak ble utført av sykepleiere. Det ble utarbeidet kompetanseplaner og kurs.
Helse Bergen HF	Fremtidig helsefagarbeiderbemanning i Helse Bergen	2019	En arbeidsgruppe ble nedsatt for å gi en anbefaling om fremtidig helsefagarbeiderbemanning. De anbefalte en gradvis økning av andel helsefagarbeidere og ti tiltak for å nå målet. Tiltakene inkluderer arbeid med arbeidsmiljø, rekruttering, faste stillinger, organisering, kompetanseutvikling, informasjon, bemanningsløsninger og kompetanseplaner.
Helse Bergen HF	Traineeprogram for helsefagarbeidere	2022	Gjennom traineeprogram skal helsefagarbeidere få breddekompetanse og strukturert opplæring i kliniske oppgaver. Traineestillingene er heltid, programmet går over to år og følger et faglig program med kurs, fagdager, fellesopplæring og veiledning. Programmet innebærer tre arbeidsperioder på ulike fagområder. En hensikt er å sikre heltidsstillinger.
Stavanger Universitets-sykehus	Blodprøvetakingsprosjekt	2020–2024	Blodprøvetakingsprosjektet kom opp i forbindelse med nye SUS og omlegging til rørpost. En prosjektgruppe på hver sengepost undersøkte om blodprøvetaking kunne gjøres på en annen måte, der helsefagarbeidere fikk ansvar for dette i helgene. Det ble først prøvd ut vaktplaner med vakter på fire timer, men dette viste seg å ikke fungere så godt, og det ble derfor gjort tilpasninger slik at vaktene ble lengre.
Stavanger Universitets-sykehus	Kompetansehevingskurs for helsefagarbeidere	2020–pågående	Kurset er for helsefagarbeidere og lærlinger i helsearbeiderfaget ansatt ved kirurgiske og medisinske sengeposter. Kurset består av opplæring i teamkompetanse og praktiske prosedyrer. Simulering er en sentral metode som brukes i kurset. Prosjektet har pågått i to år og skal starte opp for tredje gang høsten 2022.
Stavanger Universitets-sykehus	Organisasjonsutviklingsprosjektet nye SUS	2014–pågående	I forbindelse med bygging av nytt sykehus, jobbes det med oppgavedeling og nye arbeidsprosesser. Ny fysisk utforming stiller nye krav, og det må bygges kompetanse for å hensynta dette. Som en del av prosjektet er det inngått samarbeid med fagskolen i Rogaland for å heve kompetansen til blant annet helsefagarbeidere, tilpasset det nye sykehuset.

### 3.4 Helse Sør-Øst RHF

Vi har identifisert åtte prosjekter ved helseforetak i Helse Sør-Øst RHF (Tabell 3-4). Sykehuset Østfold HF og Helse Bergen HF er de eneste helseforetakene som tilbyr traineeprogram for helsefagarbeidere. Noen prosjekter er kartleggingsprosjekter der roller og oppgaver har blitt kartlagt, med hensikt om å identifisere oppgaver som kan overføres til andre personellgrupper for å avlaste sykepleierne. Andre prosjekter innebærer overføring av oppgaver til helsefagarbeidere, i hovedsak fra sykepleiere, og

etablering av kompetanseprogrammer for å gi helsefagarbeiderne opplæring i de nye oppgavene.

Vi har fått opplyst at Helse Sør-Øst RHF gjennomfører en tilsvarende kartlegging blant sine helseforetak, som omfatter oppgavedeling mellom alle personellgrupper. Prosjektet vil pågå frem til sommeren 2023. For å unngå å belaste sykehusene unødvendig med rapportering, har vi derfor hatt begrenset mulighet til å kartlegge prosjekter i Helse Sør-Øst RHF, og vår oversikt viser trolig en mindre andel av pågående prosjekter. Det pågående arbeidet i Helse Sør-Øst RHF vil være et viktig supplement til vår oversikt.

**Tabell 3-4: Prosjekter ved Helse Sør-Øst RHF**

Helseforetak	Prosjekttittel	Prosjektperiode	Prosjektbeskrivelse
Sykehuset Østfold HF	Traineeprogram for helsefagarbeidere	2018– pågående	Helsefagarbeidere kan delta i et opplæringsprogram for faglig utvikling og opplæring i oppgaver som overføres fra sykepleiere. Programmet organiseres av bemanningsavdelingen. Traineestillinger er faste heltidstillinger og traineene får et hovedarbeidssted og et biarbeidssted.
Sykehuset i Vestfold HF	Oppgaver og roller i sengeposter	2019	Målet var å undersøke gevinster av fordeling av oppgaver og ansvar mellom personellgrupper på sengepostene.
Sykehuset i Vestfold HF	Kompetanseprogram for helsefagarbeidere	2020– pågående	Basert på kartlegging av roller og oppgaver i sengepostene ble det anbefalt å utarbeide et kompetanseprogram for helsefagarbeidere, som skal gi opplæring i oppgaver som kan overføres fra sykepleiere. Målet er å tydeliggjøre helsefagarbeidernes oppgaver.
Sykehuset Innlandet HF	Oppgavedeling sengepost	2022– pågående	Prosjektet handler om oppgavedeling i sengeposter, og består av flere faser hvorav første fase innebærer kartlegging av arbeidsprosesser. Formålet er effektiv drift av sengepostene og frigjøring av tid for sykepleierne til pasientrettet arbeid. Ulike personellgrupper har blitt involvert i kartleggingsarbeidet, og det er identifisert oppgaver som kan overføres fra sykepleierne. Kartleggingen har resultert i anbefalinger for fase 2, som blant annet inkluderer å utvikle et kompetanseprogram for helsefagarbeidere.
Oslo Universitets-sykehus HF	Forbedringsprosjekter i gastroenterologi og endokrinologi/diabetes innen barnemedisin	Pågående	Bakgrunnen for prosjektet var et ønske om å jobbe mer systematisk med oppgavedeling for å redusere ventelister. Prosjektet innebar overføring av oppgaver fra lege til sykepleier og fra sykepleier til helsesekretær.
Oslo Universitets-sykehus HF	Laboranter i operasjonsavdelingen	Ikke oppgitt	Laboranter (helsefagarbeidere med videreutdanning i sterilforsyning) ble ansatt i operasjonsavdeling for å avlaste operasjonssykepleiere.
Oslo Universitets-sykehus HF	Assistent på poliklinikk	Ikke oppgitt	Som en del av et større oppgavedelingsprosjekt har helsefagarbeidere fått logistikkansvar. Hensikten var å avhjelpe sykepleiere med varebestilling, vask, skylleromsarbeid, lagerarbeid og systemarbeid.



---

Sørlandet Sykehus HF	Ny oppgave- deling	2019-2020	Prosjektet startet opp i 2019, men ble satt på pause på grunn av pandemien og har ikke blitt startet opp siden. Arbeidet med oppgavedeling har imidlertid blitt videreført til normal drift. Prosjektet omfattet alle avdelinger på sykehuset, både somatikk og psykisk helsevern, og omhandlet oppgaveoverføring fra sykepleiere til andre personellgrupper, herunder også helsefagarbeidere.
-------------------------	-----------------------	-----------	--

---

## 4. Eksempler på utviklingsprosjekter i sykehus

*I dette kapitlet presenterer vi elleve eksempler på utviklingsprosjekter i sykehus. De fleste prosjektene handler om overføring av oppgaver til helsefagarbeidere, i hovedsak fra sykepleierne. En del av prosjektene har kompetanseheving og opplæring i nye oppgaver som en del av prosjektet. I tillegg pågår det et kontinuerlig ledelses- og kulturarbeid.*

Beskrivelsene av prosjektene er basert på sammenstilling av informasjon fra intervjuer med representanter for sykehusene, offentlig tilgjengelig og tilsendt informasjon og rapporter om prosjektene, og eget kartleggings-skjema til sykehusene.

### 4.1 Traineeprogram ved Sykehuset Østfold HF

#### 4.1.1 Bakgrunn og formål

- **Prosjekttittel:** Traineeprogram for helsefagarbeidere
- **Helseforetak:** Sykehuset Østfold HF
- **Prosjektperiode:** 2018 – pågående

Sykehuset Østfold har igangsatt et traineeprogram for helsefagarbeidere, tilhørende arbeidet med oppgavedeling mellom sykepleiere og helsefagarbeidere. Programmet retter seg mot helsefagarbeidere som ønsker å delta i et tilrettelagt opplæringsprogram for å utvikle seg faglig etter endt utdanning. Programmet organiseres av bemanningsavdelingen og bygger på traineeprogrammet for sykepleiere. Traineeprogrammet har samarbeidsavtale med medisinsk og kirurgisk avdeling, psykisk helsevern og samarbeider med kvinne-/barn-avdelingen.

Programmet omfatter 20 helsefagarbeidere i faste heltidsstillinger. Traineeene får et hovedarbeidssted og et biarbeidssted, som endres hvert år, slik at de får opplæring i til sammen tre døgnområder. Hovedarbeidsstedet har personal- og opplæringsansvar. Traineeene får to arbeidsplaner, en for hovedarbeidsstedet og en for bemanningsavdelingen. Hovedarbeidsstedet har en to- eller tredelt arbeidsplan. Det første året jobber de to steder, mens andre året jobber de tre steder, og får nytt hovedarbeidssted.

#### 4.1.2 Aktiviteter i prosjektet

Traineeprogrammet for helsefagarbeidere er et forsterket faglig program, som innebærer at traineeene har en felles oppstartssuke der de får innføring i

obligatoriske oppgaver og rutiner, for eksempel opplæring i IKT-systemer. Som del av programmet arrangeres to årlige fagdager, og totalt fire i løpet av traineeprogrammet, der de får opplæring i oppgaver som vanligvis utføres av sykepleiere.

#### 4.1.3 Overførte oppgaver

En arbeidsgruppe med fagpersoner fra ulike avdelinger har utarbeidet det faglige innholdet og organiseringen av traineeprogrammet, og gjennomført kartlegging av oppgaver som kunne overføres fra sykepleiere til helsefagarbeidere. Helsefagarbeiderne har fått overført oppgaver knyttet til innleggelse av venekanyler, kateter på kvinner, PVK, intravenøs væske, blodprøvetaking, oksygen- og forstøverbehandling, og behandling av klare væsker. Oppgavene som inngår i traineeprogrammet utføres på tvers av døgnområder.

#### 4.1.4 Erfaringer

Traineeprogrammet har vært populært, både blant helsefagarbeiderne og hos fagavdelingene der traineeene jobber. Inntrykket blant de involverte er at de fleste avdelingene ønsker oppgavedelingen, og at de er positive til traineeprogrammet som rekrutteringskanal. Opplæringspakkene i programmet er tilgjengelig for alle døgnområder i sykehuset, og det er opp til hver enkelt leder å ta de i bruk.

## 4.2 Fremtidig helsefagarbeiderbemanning i Helse Bergen HF

#### 4.2.1 Bakgrunn og formål

- **Prosjekttittel:** Fremtidig helsefagarbeiderbemanning i Helse Bergen HF
- **Helseforetak:** Helse Bergen HF
- **Prosjektperiode:** April – november 2019

Over tid har andelen helsefagarbeidere ved Helse Bergen blitt redusert, samtidig som andelen sykepleiere (inklusive spesialsykepleiere) har økt. Likevel har helseforetaket hatt en nedgang i antall søkere til sykepleierstillinger, og helseforetaket forventer betydelig mangel på sykepleiere på kort og lang sikt. I april 2019 ble det derfor nedsatt en arbeidsgruppe som skulle gi en anbefaling om fremtidig helsefagarbeiderbemanning i helseforetaket.

Helse Bergen har ansatt 14 lærlinger fra høsten 2022, mens det var 11 året før. Sykehuset er også knyttet til prosjektet «Menn i helse» for å bidra til rekruttering av helsefagarbeidere. Helse Bergen har en egen modell for lærlinger der de som er ansatt i kommunen kan ha fire måneder av læretiden i sykehuset, og

motsatt for ansatte på sykehuset, som bidrar til å ivareta samhandlingen mellom tjenestenivåer.

#### 4.2.2 Aktiviteter i prosjektet

Arbeidsgruppen gjennomførte ni møter. Arbeidet bygger på tall fra HR-systemet og nasjonal bemanningsmodell, intervjuer med ledere på ulike nivåer og et fokusgruppeintervju med helsefagarbeidere. Arbeidsgruppen anbefalte en gradvis økning av andel helsefagarbeidere fra åtte til 16 prosent (i forhold til sykepleiere) mellom 2020 og 2025, med ti tiltak for å nå målet. Anbefalingene er tatt inn i helseforetaks handlingsplan for å øke bemanningen. Økningen av helsefagarbeidere skal blant annet skje ved ledige stillinger eller ved opprettelse av nye stillinger. De ti tiltakene er knyttet til følgende punkter:

1. Arbeidsmiljø – helsefagarbeidere må få en tydelig rolle i teamet.
2. Fulle faste stillinger – gjennomføre undersøkelse blant helsefagarbeidere om uønsket deltid.
3. Rekruttering – gradvis økning av antall helsefagarbeiderlæringer fra høsten 202 og tilbud om veiledningsutdanning til instruktører.
4. Kompetanseutvikling – karriereutvikling for helsefagarbeidere. Utvikle kompetanseplaner, videreutdanning på fagskole og gi økonomisk støtte til videreutdanning.
5. Organisering – utrede organisering av sengeposter, og helsefagarbeiderens rolle i teamet rundt pasienten diskuteres og tydeliggjøres.
6. IKT-tilganger – samme tilgang som sykepleiere.
7. Bemanningsløsninger – hver avdeling kartlegger oppgaver og tilhørende kompetansebehov, og planlegger kompetansesammensetning på bakgrunn av det.
8. Informasjon – informere ledere (nivå 2 og 3) om helsefagarbeideres utdanning.
9. Kompetanseplan – plan for kompetansesammensetning utarbeides i hver nivå-2 enhet.
10. Styringsdata – nivå-2 enheter rapporterer andel helsefagarbeidere i forhold til sykepleiere årlig.

#### 4.2.3 Overførte oppgaver

Informanter ved Helse Bergen HF forteller at de fortsatt er i startgropa når det gjelder arbeidet med de ti tiltakene. Som følge av handlingsplanen er det satt i gang et felles opplæringskurs for helsefagarbeidere som blant annet inkluderer sertifisering og opplæring i ulike prosedyrer. Prosjektrapporten peker på at det særlig er potensial for å øke andelen helsefagarbeidere i avdelinger med stor pleietyngde, pasientgrupper med lang liggetid, standardisert behandlingsforløp og poliklinikker med lite medikamentell behandling eller avansert intervensjon.

#### 4.2.4 Erfaringer

Representanter ved sykehuset forteller at de fortsatt har store utfordringer med å rekruttere sykepleiere, og at det er enklere å rekruttere helsefagarbeidere. Arbeidet med oppgavedeling er godt forankret på ledernivå, og det er positive holdninger til arbeidet. De forteller videre at de opplever at enkelte sykepleiere har vært skeptiske til oppgaveoverføring, selv om de fleste er positive. Dette henger sammen med usikkerhet knyttet til hvilke oppgaver de kan gi fra seg, og hvilken opplæring helsefagarbeidere har. Erfaringene tilsier likevel at sykepleierne blir tryggere når de ser hva helsefagarbeidere kan og mestrer. Videre forteller informantene at sykehuset har god erfaring med å ansette helsefagarbeidere som tar fagprøve hos dem, slik at sykehuset kan spisse og forme kompetansen til helsefagarbeideren.

Sykehuset opplever at flere konsultasjoner gjøres poliklinisk, og at det også foregår oppgavedeling fra lege til sykepleiere. Mens sykepleiere kan kode og gjøre selvstendige konsultasjoner, ligger det foreløpig ikke inne i regelverket for innsatsstyrt finansiering (ISF) at helsefagarbeidere kan kode for konsultasjoner (for eksempel pasientopplæring), noe som er til hinder for å øke andelen helsefagarbeidere.

### 4.3 Helsefagarbeidere ved BUK i Helse Bergen HF

#### 4.3.1 Bakgrunn og formål

- **Prosjekttittel:** Helsefagarbeidere ved Barne- og ungdomsklinikken (BUK)
- **Helseforetak:** Helse Bergen HF
- **Prosjektperiode:** April 2020 – mai 2021

Over flere tiår har antall årsverk helsefagarbeidere ved Barne- og ungdomsklinikken (BUK) blitt redusert. Ved prosjektstart var andelen helsefagarbeidere om lag ni prosent. For å nå målet om 16 prosent helsefagarbeidere må flere oppgaver overføres, og det var behov for å identifisere mulige områder for oppgavedeling. Prosjektet ble gjennomført med støtte fra Fagforbundet. Den overordnede målsettingen for prosjektet var «rett person på rett plass, til rett tid med rett kompetanse». Formålet var å benytte ressursene på sengepost mer effektivt gjennom bedre organisering og innsikt, samt riktig prioritering av kompetanse gjennom bedre oppgavedeling mellom personellgruppene. Det var også et ønske om å bidra til å rekruttere, utvikle og beholde helsefagarbeidere.

#### 4.3.2 Aktiviteter i prosjektet

Prosjektet omfattet fem milepæler: 1) beskrive kompetanse og opplæringsbehov, 2) identifisere forbedringspotensialer ved oppgaveglidning til helsefagarbeider, 3) beskrive og utvikle team og beskrive

definerte oppgaver for helsefagarbeider/sykepleier som synliggjør felles ansvar for pasient, 4) utarbeide opplæringsprogram/kompetanseplan for nyansatte helsefagarbeidere, utviklingsplan og muligheter, herunder beskrive rolle for fagansvarlig for helsefagarbeidere, og 5) prosjektrapport og videre oppfølging.

Det ble etablert en arbeidsgruppe bestående av helsefagarbeidere fra BUK som møttes månedlig, i tillegg til enkelte møter med ledergruppen. Gruppen skisserte hvilke oppgaver helsefagarbeidere kunne håndtere. Arbeidsgruppen hospiterte også i andre grupper på sykehuset som hadde jobbet med prosjekter relatert til helsefagarbeidernes rolle.

Det ble utarbeidet en kommunikasjonsplan for å formidle til andre faggrupper hvilken kompetanse helsefagarbeiderne har, i tillegg til å dele erfaringer og kunnskap fra prosjektet. Kommunikasjonsplanen dekket holdninger til lærlingeordningen ved helseforetaket, utdanning/kompetanse, og helsefagarbeiderens oppgaver ved BUK.

Gjennom prosjektet ble det opprettet kompetanseplaner for helsefagarbeidere, med beskrivelse av forventet kompetanseutvikling. Dette arbeidet ble gjort i samarbeid med fagsykepleier på avdelingen. Kompetanseplanene er på ulikt nivå for helsefagarbeidere, både for nyansatte, og kompetanseplaner som er tilpasset helsefagarbeidere med mer spesialiserte oppgaver, for eksempel kompetanseplan for helsefagarbeider på kardiologisk poliklinikk.

I sluttfasen av prosjektet ble det gjennomført tre kurs for helsefagarbeiderne på BUK. Det ble også opprettet en fagansvarlig for helsefagarbeiderne, som allerede var veletablert for sykepleiere.

#### 4.3.3 Overførte oppgaver

Helsefagarbeiderne ved BUK har fått nye oppgaver knyttet til legemiddelhåndtering (dobbelkontrollør sammen med sykepleier på definerte medikamenter), skylle og fjerne PVK, blodsuktermåling, samt skift og stell av Hickman-kateter. Arbeidsgruppen anbefalte at det bør jobbes videre med oppgavedeling og kompetanseoverføring for definerte oppgaver.

#### 4.3.4 Erfaringer

En viktig erfaring fra prosjektet var betydningen av hvordan de ansatte snakker om og med hverandre. Før prosjektet var det mange som ikke kjente til helsefagarbeidernes utdanning og kompetanse, og det var varierende samsvar mellom opplæringen og faktiske arbeidsoppgaver. Kompetanseplanene har bidratt til en tydelighet i helsefagarbeidernes oppgaver.

## 4.4 Oppgavedeling ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF

### 4.4.1 Bakgrunn og formål

- **Prosjektnavn:** Arbeidsoppdrag oppgavedeling helsefagarbeidere
- **Helseforetak:** Universitetssykehuset Nord-Norge HF
- **Tidsperiode:** 2014 – 2016

Helse Nord RHF har hatt et felles satsingsprosjekt med mål om å øke rekrutteringen av nye helsefagarbeidere (Pingvinavisa, 2016). Bakgrunnen for satsingsprosjektet er oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet som legger opp til at det skal bli flere helsefagarbeidere inn i sykehusene, og at det vil bli et økende behov for helsefagarbeidere de neste 10-15 årene. Helse Nord forventer at det vil komme et stort underskudd på kvalifiserte helsefagarbeidere, særlig fordi en stor andel hjelpepleiere går av med alderspensjon hvert år.

Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) har ansatt helsefagarbeiderlæringer siden 2014 og økt antallet nye lærlinger i de påfølgende årene. Høsten 2014 ble den første lærlingen i helsearbeiderfaget ansatt. De ansatte syv nye lærlinger i både 2015 og 2016. Målet er å øke antall helsefagarbeidere med fem prosent inn i 2023, sammenlignet med tidligere. Dette skal gjøres ved å ansette flere lærlinger årlig, med mål om fast ansettelse etter at de har fullført læretiden. Det er også mål om å bedre oppgavedeling.

### 4.4.2 Aktiviteter i prosjektet

På sykehuset utarbeides det overordnede forpliktende strategier med vekt på bemanningsplaner for avdelingene som beskriver behovet for helsefagarbeidere. Siden 2013 har en ansatt ved utdanningsavdelingen ved UNN hatt ansettelse og oppfølging av lærlinger som primær oppgave, herunder i hovedsak helsefagarbeiderlæringer. En del av arbeidet innebærer å informere om hva en helsefagarbeiderlærling kan gjøre på avdelingene.

Alle helsefagarbeiderlæringer gjennomfører en felles oppstartsamling ved begynnelsen av læretiden med veiledere fra ulike klinikker. Ved ansettelse av helsefagarbeiderlæringer utarbeides det en plan for fast ansettelse, gitt bestått fagprøve og ledighet i UNN. På sykehuset tilbys en opplæringspakke og kompetanseplan for alle helsefagarbeidere.

### 4.4.3 Overførte oppgaver

Det har tidligere vært varierende hvilke oppgaver helsefagarbeiderlæringer får utføre på ulike avdelinger. En av hensiktene med en kompetanseplan og opplæringspakke er at det skal definere en

minstenorm for hva en helsefagarbeider kan gjøre, for eksempel sårbehandling og legge venekanyler.

#### 4.4.4 Erfaringer

Lærlinger som har deltatt i prosjektet har uttalt at det oppleves som spennende og motiverende å jobbe i sykehus, og at de anser det som et springbrett til ytterligere helseutdannelse. Etter 2016 ble prosjektet overført til ordinær drift ved UNN, og sykehuset har i dag ansatt lærlinger i helsearbeiderfaget innen somatikk, psykisk helse og rus.

## 4.5 Kompetanseprogram for helsefagarbeidere ved Sykehuset i Vestfold HF

### 4.5.1 Bakgrunn og formål

- **Prosjekttittel:** Kompetanseprogram for helsefagarbeidere
- **Helseforetak:** Sykehuset i Vestfold HF
- **Prosjektperiode:** 2020 – pågående

Sykehuset i Vestfold HF har de siste årene hatt en reduksjon i antall helsefagarbeidere, hovedsakelig som følge av at sykehuset har ansatt sykepleiere fremfor helsefagarbeidere. Dette skyldes mer kompleks pasientbehandling, kortere liggetid og forholdsvis god tilgang på sykepleiere. Sistnevnte har imidlertid endret seg de siste årene, og skapt behov for å få nye personellgrupper inn i sykehusene.

I 2019-2020 kartla sykehuset roller og oppgaver på de ulike sengepostene, og fant betydelige variasjoner i helsefagarbeideres oppgaver, både mellom ulike seksjoner og mellom enkeltpersoner. Kartleggingen viste også at sykepleiere gjør mange oppgaver som kan ivaretas av helsefagarbeidere, gitt at helsefagarbeiderne får tilstrekkelig opplæring. En av anbefalingene fra prosjektet var å utarbeide et kompetanseprogram for helsefagarbeidere, med opplæring i spesifikke oppgaver som de kan utføre.

### 4.5.2 Aktiviteter i prosjektet

I kompetanseprogrammet får helsefagarbeiderne opplæring i både gamle og nye oppgaver. Hovedelementene er dokumentasjon, observasjon, vurdering, digitale ferdigheter og andre nye prosedyrer. Hensikten er å tydeliggjøre rollen og kvalitetssikre kompetansen til helsefagarbeiderne.

Programmet består av fem undervisningsdager, målrettet mot alle oppgaver helsefagarbeidere skal utføre, i alle sengeposter i somatikken. Kompetanseprogrammet omfatter alle helsefagarbeidere som er ansatt ved sengepostene, i bemanningsavdeling og nyansatte, samt for helsefagarbeiderlærlinger. I 2021 deltok mellom 50 og 60 helsefagarbeidere i kompetanseprogrammet. Det skal gjentas høsten

2022, og har blitt utvidet med en del to som omhandler legemiddelhåndtering.

### 4.5.3 Overførte oppgaver

Typiske oppgaver det gis opplæring i, som del av kompetanseprogrammet, er perifert venekateter, sårstell, sondeernæring, vitale målinger, scanning, stell av dren og EKG. Dokumentasjon er også en del av kurset, herunder pasientdokumentasjon i digitale systemer og registrering av målinger. Oppgavene er nye for noen helsefagarbeidere, mens andre har gjennomført disse oppgavene tidligere.

I kursets del to får helsefagarbeidere opplæring i legemiddelhåndtering som kan utføres i henhold til lovverket. De får undervisning av farmasøyer og sykepleiere. Dette er for eksempel tilkobling til oksygen, administrasjon av Paracetamol, øyedråper, neseply og intravenøs behandling. Sykepleier gjennomfører istandgjøring av medikamenter, mens helsefagarbeidere kan gjennomføre det resterende. Helsefagarbeidere er ikke involvert i dobbeltkontroll.

### 4.5.4 Erfaringer

Våre informanter oppgir at selv om det var noen utfordringer innledningsvis i prosjektet, ser de ulike personellgruppene (herunder særlig sykepleierne) likevel behovet for samarbeid og endret oppgavefordeling som følge av bemanningsutfordringene. Videre er det ikke alle oppgaver helsefagarbeidere får opplæring i, som de nødvendigvis utfører, ettersom det tar tid å flytte oppgaver mellom personell. Målet er at programmet skal gjøre jobben som både helsefagarbeider og sykepleier mer attraktiv, og styrke rekruttering og stabilitet i begge faggruppene.

## 4.6 Kompetansesammensetningsprosjekt ved St. Olavs Hospital HF

### 4.6.1 Bakgrunn og formål

- **Prosjekttittel:** Kompetansesammensetningsprosjektet
- **Helseforetak:** St. Olavs Hospital HF
- **Prosjektperiode:** 2021-2024 (forsinket oppstart på grunn av pandemi og innføring av Helseplattformen i Trøndelag)

Kompetansesammensetningsprosjektet ble igangsatt på bakgrunnen av at det er et stort bemanningsbehov. Det siste tiåret har det vært en betydelig nedgang i antall helsefagarbeidere ansatt i helseforetaket, fra over 500 i 2011 til i underkant av 300 i 2022.

Prosjektgruppen består av personer med ulik kompetanse og roller fra hele organisasjonen, også helsefagarbeidere. Prosjektet finansieres av prosjektmidler fra sykehuset, og er i en oppstartsfasen. Formålet er å sikre nok helsepersonell til å ivareta

pasientsikkerheten, og at helsepersonell (inkludert helsefagarbeidere) kan være nær pasienten. Det er også mål om å etablere felles prosedyrer med rom for lokal tilpasning.

#### 4.6.2 Aktiviteter i prosjektet

Prosjektet består av fire deler: 1) overordnet strategi for fremtidens pleietjenester, 2) sykepleiere og spesialsykepleiere, med mål om å redusere behovet for sykepleiere ved å identifisere oppgaver som kan gjøres av andre uten sykepleierutdanning, 3) intensiv- og overvåkningsavdelinger, og 4) helsefagarbeidere og støttepersonell. I sistnevnte skal oppgavedeling undersøkes, særlig mellom helsefagarbeidere og andre personellgrupper. Det er et mål å øke andelen helsefagarbeiderlæringer, for så å rekruttere dem til sykehuset. Det er planlagt en kartlegging av arbeidsoppgavene til helsefagarbeiderne, men dette er foreløpig ikke igangsatt.

#### 4.6.3 Overførte oppgaver

Det varierer hvilke oppgaver helsefagarbeiderne gjennomfører på ulike avdelinger, og det er foreløpig ingen oversikt over dette. Felles for avdelingene er sykepleieoppgaver, screeninger (fall, trykksår, UVI og ernæring), og dokumentasjon. Det er også lokal variasjon i hvilke oppgaver som krever sertifisering.

- Kirurgisk klinikk: legge inn og stell av PVK, ta ned intravenøs antibiotika på PVK, henge opp og ta ned blank væske uten legemidler på PVK, administrere ernæringspumpe og sondeernæring, håndtering av dren, blodprøvetaking, steril intermitterende kateterisering (SIK), NEWS og SKUV light.
- Akuttmottaket: blodprøvetaking, blodgass, triage, innleggelse av PVK, NEWS og EKG.
- Lungemedisinsk avdeling: NEWS, EKG, O2 behandling, forstøverbehandling, administrere sondeernæring på PEG og nasal ernæringssonde, kateterisering og smerteregistrering.
- Kreftklinikken: nedkobling av klare væsker på PVK, steril intermitterende kateterisering (SIK) og blodprøvetaking.
- Avdeling for ryggmargsskader: ansvarsområdepleie, lagerbestilling, tilberedning og servering av mat til pasienter, matbestilling og steril intermitterende kateterisering (SIK).
- Rusklinikken: NEWS, rustester, miljøterapi og deltagelse på tverrfaglige møter/behandlingsmøter/ansvarsgruppemøter.

Det er ønskelig at helsefagarbeidere kan fortsette å gjennomføre disse oppgavene, og at det blir del av arbeidsoppgavene på alle avdelinger.

#### 4.6.4 Erfaringer

Det er ansatt flere helsefagarbeidere i spesialavdelinger, blant annet akuttmottaket og kirurgisk tung overvåkning. I tillegg har det blitt økt kjennskap til helsefagarbeideres kompetanse, og viktigheten av støttepersonell.

## 4.7 Prosjekt nye Stavanger Universitetssykehus

### 4.7.1 Bakgrunn og formål

- **Prosjekttittel:** Organisasjonsutviklingsprosjektet for Nye Stavanger Universitetssykehus
- **Helseforetak:** Stavanger Universitetssykehus
- **Prosjektperiode:** 2014 – pågående

Sykehuset planlegger nytt sykehusbygg som er under bygging, og prosjektet skal finne de beste løsningene for fremtidsrettet organisering og gode arbeidsprosesser i det nye sykehuset, for å nå mål innenfor pasientbehandling, utdanning og forskning. Formålet er å bygge ferdigheter og kompetanse til å ta i bruk nye arealer, ny teknologi og ny logistikk på en effektiv måte, både for ansatte og pasienter. Det arbeides med oppgavedeling og nye samarbeidsformer som en del av endringsprosessen.

Opgavedeling og arbeidsressurser inngår i prosjektet fordi fysisk utformingen av nytt sykehus medfører behov for omlegging av arbeidsprosesser. For eksempel har det nye sykehuset ensengsrom og desentraliserte vaktrom. Det stilles derfor andre krav til samarbeid og utføring av arbeidsoppgaver, blant annet tilpasning til økte avstander og sesongvariasjon av pasienttrykk. Forskning viser at ensengsrom og desentraliserte vaktrom kan øke graden av ensomhet og isolasjon blant medarbeidere (Sykehusbygg HF, 2020), og nye arbeidsprosesser kan bidra til å motvirke dette.

I forbindelse med prosjektet har det blitt iverksatt et innovasjonsarbeid med fagskolen i Rogaland. Fra 2021 har fagskolen tilbudt en ny fagskoleutdanning med tittel «samhandling og koordinering i pasientforløp». Formålet er å heve kompetansen til helsefagarbeidere, helsesekretærer og portører, slik at kompetansen er tilpasset til det nye sykehuset.

### 4.7.2 Aktiviteter i prosjektet

Som en del av prosjektet er det et pågående arbeid i sengepostene der det kartlegges hvordan arbeidsprosesser kan legges opp i det nye sykehuset, og mulige løsninger i den nye arealutformingen i sykehuset i de områdene som vil oppleve størst endringer, herunder sengeområdene, poliklinikk, akuttmottak og operasjonsavdeling.

I prosjektet involveres alle medarbeidere i deltakende observasjon, som innebærer at ansatte ved sengepostene observerer arbeidsprosesser ved sykehuset i dag, for så å identifisere gode arbeidsprosesser inn i det nye sykehuset. Deretter gjennomføres workshops, der de undersøker virkekjeden og ser på hvordan de kan fordele oppgaver effektivt og hensiktsmessig.

Gjennom prosjektet har det blitt utviklet såkalte pasientsikkerhetsrunder som tas i bruk ved sykehuset. Dette innebærer at ansatte i et døgnområde har et møtepunkt hver time, der de sjekker av og gjennomgår oppgaver som er gjort, og kartlegger hvordan disse arbeidsprosessene har fungert. Dette bidrar til å synliggjøre oppgavene som helsefagarbeidere gjør. Det brukes også til å synliggjøre om ansatte har ledig kapasitet til å hjelpe andre, stabil arbeidsmengde eller behov for hjelp. Dette medfører effektiv bruk av kompetanse.

#### 4.7.3 Overførte oppgaver

I prosjektet identifiseres ikke spesifikke oppgaver som skal overføres til helsefagarbeiderne. Fokuset i prosjektet er på teamet som helhet og hvordan kompetanse utnyttes. Det er likevel mange oppgaver som sykepleierne gjør, som kan overføres til andre personellgrupper som helsefagarbeidere/sekretærer, portører eller servicemedarbeidere. For eksempel har sykepleiere tidligere gjort oppgaver som renhold, transport og logistikk, som typisk andre medarbeidere kan gjøre.

#### 4.7.4 Erfaringer

Tilbakemeldingene har endret seg i løpet av prosjektperioden, og det ventes økt støtte for prosjektet når sykehuset formelt flyttes i 2025. Tilbakemeldinger fra helsefagarbeidere som har erfaring med pasientsikkerhetsrunder er at de opplever at deres arbeidsoppgaver har blitt synliggjort, og at det er klarere hva de kan bidra med. I tillegg er det en jevnere arbeidsbelastning, behovet for overtid har gått ned, og det er en annen måte å samarbeide på. Medarbeidere opplever at de fikk gjort mer, og opplevde økt jobbtillfredshet.

## 4.8 Kompetansehevingskurs for helsefagarbeidere ved Stavanger Universitetssykehus

### 4.8.1 Bakgrunn og formål

- **Prosjekttittel:** Kompetansehevingskurs for helsefagarbeidere
- **Helseforetak:** Stavanger Universitetssykehus
- **Prosjektperiode:** 2020-pågående

Hensikten med kompetansehevingskurset er å gi helsefagarbeidere tilstrekkelig opplæring i nye oppgaver,

slik at sykepleiere avlastes og kan arbeide nærmere pasienten. Prosjektet ønsker også å sørge for systematisert opplæring for aktuelle oppgaver. I prøveprosjektet i 2020 deltok kirurgisk og medisinsk sengepost og 14 kandidater, deriblant fire lærlinger. Høsten 2021 deltok 20 deltakere. Høsten 2022 avholdes kurset for tredje gang. Kurset kan bygges ut med flere moduler etter behov fra sengepostene.

### 4.8.2 Aktiviteter i prosjektet

Kompetansehevingsprogrammet består av fem moduler. I kompetanseportalen er det tilgjengelig en kompetanseplan med en delplan per modul. Formålet med dette er å sikre systematisk opplæring og digital dokumentasjon. De fem modulene er: 1) teamarbeidskompetanse, 2) stell, skyll og fjerning av PVK, 3) dokumentasjon av sykepleieinntømt- og kartleggingsnotat i DIPS, 4) steril intermitterende kateterisering av kvinner, og 5) simulering med implementering av de fire emnene.

Første gjennomførte kurs i 2020 gikk over åtte måneder, mens det gikk over fem måneder i 2021 og fire måneder i 2022. Kurset består av fem samlinger på 3,5 timer og inkluderer teoretisk undervisning og simulering. Kurset avholdes på sykepleielaboratoriet ved Universitetet i Stavanger. Lærlingene i prosjektet kan delta uten å oppnå sertifisering, fordi SUS krever autorisasjon som helsefagarbeider for sertifisering.

### 4.8.3 Overførte oppgaver

Oppgaver som kan delegeres til helsefagarbeidere ble valgt ut av prosjektgruppen med bistand fra Sykehuset Østfold, avdelingssykepleiere på aktuelle sengeposter, Fagforbundet og lærekontoret. To av de fem modulene (stell, skyll og fjerning av PVK, og steril intermitterende kateterisering av kvinner) er opplæring i praktiske ferdigheter som over tid har blitt delegert til helsefagarbeidere. Helsefagarbeidere får sertifisering til å utføre disse oppgavene gjennom undervisning, praktiske øvinger og godkjenning.

### 4.8.4 Erfaringer

Prosjektgruppen har evaluert kurset og mottok gode tilbakemeldinger. Foredragsholdere opplevde deltagerne som motiverte og interesserte, men at deltakerne hadde ulikt utgangspunkt for læring; noen hadde utført prosedyrene i mange år, mens de var helt nye for andre. Både ledere ved sykehuset og de fleste deltakerne opplever at de får bruk for kompetansen i arbeidshverdagen. Suksesskriterier som trekkes frem er å ha kurs på faste dager og samme sted, samle informasjon i et kurshefte, lunsjservering for å motivere oppmøte, deltagelse av alle helsefagarbeidere ved samme sengepost, involvering av lærlinger og en simuleringssamling.

## 4.9 Helsefagarbeidere i kirurgisk virksomhet ved Helgelandssykehuset HF

### 4.9.1 Bakgrunn og formål

- **Prosjekttittel:** Helsefagarbeidere inn i kirurgisk virksomhet
- **Helseforetak:** Helgelandssykehuset HF
- **Prosjektperiode:** 2017/2018-2021

Prosjektet innebar å ta inn helsefagarbeidere i operasjonsavdelinger i Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen. Fra høsten 2022 skal flere sengeposter gå i gang med samme arbeid. Bakgrunnen for prosjektet var mangel på intensivsykepleiere og andre spesialsykepleiere, samt en tendens til at helsefagarbeidere fases ut av sykehusene. Et av målene er å øke andelen helsefagarbeidere, og at helsefagarbeidere kan avlaste operasjonssykepleiere. Det er også et mål om å bidra til å gi helsefagarbeideryrket et statusløft og økt attraktivitet.

### 4.9.2 Aktiviteter i prosjektet

Operasjonssykepleierne utarbeidet en liste over arbeidsoppgaver som helsefagarbeidere kunne utføre i operasjonsavdelingen, og opplegg for sertifisering i valgte oppgaver. Oppgavene varierte mellom avdelinger. Det ble utlyst helsefagarbeiderstillinger og utarbeidet et undervisningsopplegg av fagutviklere ved operasjonsavdelingene. Ansatte helsefagarbeidere fikk grundig opplæring, inkludert en opplæringsuke med viktige tema. Opplæringen inkluderer blant annet det kirurgiske pasientforløpet, smittevern og beskyttelsesutstyr, rutiner ved sterilsentralen, bestilling av utstyr, håndtering av sterilt gods, adferd i operasjonsstua, leiring av pasient, ivaretagelse, pakking og sending av utstyr. Hver ansatt fikk en operasjonssykepleier som veileder.

### 4.9.3 Overførte oppgaver

Overførte oppgaver inkluderer blant annet varebestilling, pakking og vasking av utstyr, klargjøring av operasjonsstuer, bygge om operasjonsbord, åpne utstyr, se over utstyr, ta imot pasienter, flytte pasienter over til operasjonsbord, koble til utstyr og legge til rette for operasjon. En informant oppgir at tidligere har disse oppgavene ofte vært utført av hjelpepleiere ansatt på operasjonsavdelingen, men prosjektet har bidratt til å sette oppgavene i et system og det har blitt utviklet organisert opplæring i oppgavene.

### 4.9.4 Erfaringer

Ved oppstart var enkelte ansatte, særlig operasjonssykepleierne, skeptiske til om helsefagarbeidere var egnet til å arbeide i operasjonsavdelingene, og de fryktet å bli fratatt oppgaver. Etter prosjektet har derimot sykepleierne positive erfaringer, og

operasjonssykepleiere opplever å ha blitt avlastet for oppgaver. Rett kompetanse kan benyttes til rett sted, noe som frigjør ressurser og bidrar til å heve kvaliteten på tjenestene. Helsefagarbeidere kan oppleve at jobben de gjør er mer varierende og meningsfull. For pasienter er mulige gevinster raskere og mer effektive prosesser, og kortere operasjonstid. I etterkant av prosjektet har flere helsefagarbeidere fått faste stillinger i operasjonsavdelingene.

## 4.10 Oppgavedeling i gastrokirurgisk og medisinsk avdeling ved Nordlandssykehuset HF

### 4.10.1 Bakgrunn og formål

- **Prosjekttittel:** Oppgavedeling i gastrokirurgisk og medisinsk avdeling
- **Helseforetak:** Nordlandssykehuset HF
- **Prosjektperiode:** 2020 – 2021

Nordlandssykehuset HF har gjennomført et prosjekt om oppgavedeling på to ulike sengeposter, herunder gastrokirurgisk (ortopedisk) avdeling i Bodø og medisinsk avdeling i Lofoten. Prosjektet ble igangsatt i 2020, men ble noe forsinket av pandemien. Prosjektene ble drevet av klinikkene, men bemannings-senteret ved Nordlandssykehuset HF var bidragsyter. I etterkant har også barnemedisinsk avdeling begynt et arbeid med oppgavedeling. Bakgrunnen for prosjektet var at sykehuset hadde som mål å ha minimum fem prosent helsefagarbeidere i 2021, og mål om å utnytte helsefagarbeidernes kompetanse i større grad. Målsetningen ble ikke nådd, men andelen i 2021 var likevel nært målet. Sykehuset opplever at rekruttering er krevende, og det er derfor behov for å tenke på hvordan eksisterende ressurser kan utnyttes på en bedre måte. Erfaringer fra sykehuset er at helsefagarbeiderne ofte jobber tettest på pasientene og derfor kjenner pasientene best. Nordlandssykehuset har som mål å satse på oppgavedeling mellom sykepleiere og helsefagarbeidere, herunder at helsefagarbeidere kan påta seg nye oppgaver som kan avhjelpe sykepleierne.

### 4.10.2 Aktiviteter i prosjektet

Prosjektet kartla hvem som trenger hva, muligheter for oppgavedeling og hvilke oppgaver som kan overføres mellom personellgrupper. For å sikre samarbeid om endringer mellom personellgruppene, fikk en helsefagarbeider dedikert fagansvar sammen med fagsykepleier. Som følge av kartleggingen ble det utarbeidet en modulbasert opplæring; en modultrapp tilsvarende det som allerede fantes for sykepleiere. Modulene innebærer grunnopplæring, som sikrer at alle helsefagarbeidere får felles utgangspunkt. I tillegg får alle helsefagarbeidere en kompetanseplan, slik at kompetansen bygges opp gradvis. Den



modulbaserte opplæringen gir også mulighet til å inkludere læretiden.

#### 4.10.3 Overførte oppgaver

På en vakt jobbes det i tverrfaglige team og det er ansvarlig sykepleier som fordeler arbeidsoppgaver. Helsefagarbeiderne er med i vurderingene, men sykepleier har det medisinske ansvaret. Helsefagarbeidere er generelt involvert i flere prosedyrer, og i poliklinikk. De har større rolle i å ha omsorg for pasientene. Nye oppgaver som helsefagarbeiderne utfører er å svare på PLO-meldinger og telefon, væskeregnskap, observere og stelle sår, dren og stomi, stomi-opplæring, stomi-markering til kirurgisk inngrep, mobilisering for pasienter etter hoftoperasjon, pasienter med hjerneskader, PVK, intravenøs væskebehandling, og PROACT (screening – daglig på sengepost, ulike observasjoner; puls, temperatur og vekt).

#### 4.10.4 Erfaringer

Våre informanter har positive erfaringer, og opplever jevnere arbeidsfordeling mellom personellgruppene. Tidligere hadde sykepleiere høy arbeidsbelastning, men etter prosjektet har også øvrige personellgrupper blitt travlere. Sykepleiere har fått frigjort tid til andre oppgaver, blant annet flere sykepleierkonsultasjoner, som kan bidra til bedre pasientbehandling.

Læringspunkter fra prosjektet er at det er viktig å ha trygghet på alle nivåer, både sykepleiere som delegerer oppgaver og helsefagarbeidere som utfører nye oppgaver, som videre skaper trygghet for pasientene. I tillegg er det viktig med god opplæring og forankring i ledelsen. Det må være et system for opplæring som ivaretar den enkelte. Forankring i ledelsen er viktig for å sikre at prosjektet blir prioritert, til tross for lite ressurser. I tillegg er det viktig å jobbe med kulturrendringer over tid.

### 4.11 Oppgavedeling på sengepost ved Sykehuset Innlandet HF

#### 4.11.1 Bakgrunn og formål

- **Prosjekttittel:** Oppgavedeling sengepost
- **Helseforetak:** Sykehuset Innlandet HF
- **Prosjektperiode:** 2022 - pågående

Sykehuset Innlandet HF har et pågående prosjekt om oppgavedeling i ulike sengeposter på medisinske avdelinger i Elverum og Hamar. Bakgrunnen for prosjektet er at helsepersonell utfører mange arbeidsoppgaver som ikke er direkte pasientrettet, som gir mindre tid til pasientrettet arbeid. I tillegg er det varslet sykepleiermangel og høy turnover blant sykepleiere på medisinske sengeposter. Prosjektet har to hovedmål: 1) oppgavedeling skal sikre mer fremtidsrettet, hensiktsmessig og effektiv drift av senge-

postene, ved bruk av rett kompetanse på rett sted, og 2) frigjøre mer tid til pasientrettet arbeid for sykepleierne.

#### 4.11.2 Aktiviteter i prosjektet

Prosjektet består av flere faser. Fase 1, som nylig er avsluttet, innebar å kartlegge nåsituasjonen og å identifisere muligheter for endrede arbeidsprosesser og oppgavedeling. Dette innebar kartlegging av hvilke oppgaver de ulike personellgruppene gjennomfører i løpet av en vakt, bruk av overtid hos sykepleiere, hvordan ressurser fordeler seg på sengepostene, rekrutteringshistorikk for sykepleiere og helsefagarbeidere og kompetansebehov ved eventuell oppgavedeling. Gjennom observasjon og spørreskjema har medarbeiderne selv identifisert utfordringer knyttet til dagens arbeidsprosesser. Det ble også gjennomført workshops med ulike personellgrupper (leger, sykepleiere, renholdere, helsefagarbeidere, vernetjeneste og tillitsvalgte), der de drøftet hvilke oppgaver ulike grupper gjennomfører i dag, og mulige endringer. Utgangspunktet i arbeidet var hvilke oppgaver sykepleiere gjør, og hva andre personellgrupper kan gjøre for å frigjøre mer tid til pasientrettet arbeid. I tillegg ble det gjennomført en risikovurdering av de ulike oppgavene, der det ble undersøkt risikoen ved å overføre oppgavene, sett fra et pasient-, organisatorisk- og økonomisk perspektiv.

Fase 1 har resultert i forslag og anbefalinger for fase 2, som blant annet innebærer å pilotere oppgavedeling i andre områder og pilotere tidlig rekruttering av fremtidens helsepersonell i samarbeid med utdanningssektoren. Det er foreslått at helsefagarbeidere i større grad kan utføre oppgaver som tidligere i hovedsak ble utført av sykepleiere, samt at sykehuset ansetter og lærer opp helsefagarbeidere, ved å ta imot økt antall lærlinger og gi lærlinger med bestått fagprøve og gode referanser fast ansettelse. Det foreslås også at fagskolen kan utvikle kompetanseprogram for helsefagarbeidere for å muliggjøre oppgavedeling.

#### 4.11.3 Overførte oppgaver

Kartleggingen identifiserte 119 sykepleieoppgaver som kan delegeres til andre personellgrupper. Det anslås at oppgavene som vil frigjøre mest tid for sykepleierne er transport og følge/hente pasienter, dokumentasjon, samt oppfølging av pasient og pasientrom.

#### 4.11.4 Erfaringer

Gjennom kartleggingsfasen har ulike personellgrupper fått bedre forståelse for hverandres arbeidshverdag. I tillegg har medarbeidere endret oppgavedeling der det har vært mulig. Ulike medarbeidere har jobbet sammen for å identifisere utfordringer og løsninger.

## 5. Endringer i arbeidsoppgaver og arbeidsdeling for helsefagarbeidere

*Det er stor variasjon i hvilke oppgaver helsefagarbeidere utfører ved ulike sykehus og på ulike avdelinger. Mange sykehus jobber med å få til en mer hensiktsmessig oppgavedeling enn de har i dag, blant annet ved å overføre flere oppgaver til helsefagarbeidere. Arbeidet med ny oppgavedeling innledes mange steder med en kartlegging av hvilke oppgaver som utføres av hvilke personellgrupper, og en påfølgende vurdering av hvilke oppgaver som kan overføres til andre. Mange påpeker at helsefagarbeidere kan utføre flere oppgaver enn de gjør i dag, men at det krever at de får tilstrekkelig opplæring.*

### 5.1 Oppgavedeling mellom helsefagarbeidere og andre personellgrupper

#### 5.1.1 Oppgaver helsefagarbeidere utfører

Det generelle inntrykket fra intervjuene og spørreundersøkelsen er at det er stor variasjon i hvilke oppgaver helsefagarbeidere utfører, både på tvers av ulike avdelinger innad i samme sykehus, og på tvers av sykehusene.

Intervjuene med ansatte på sykehus viser at det innad på sykehusene kan variere hvilke oppgaver helsefagarbeidere får gjennomføre på ulike avdelinger. En annen faktor som kan skape variasjon på tvers av avdelinger i hvilke oppgaver som utføres av helsefagarbeidere, er personellsammensetning. Helsefagarbeidere får ofte flere og andre typer oppgaver dersom det er mangel på sykepleiere på en avdeling. Denne typen oppgavedeling kan skje som et resultat av ressursmangel og ikke som følge av systematisk arbeid med en ønsket endring i oppgavedeling. Hvilke oppgaver helsefagarbeidere får utføre kan også avhenge av enhetsleders oppfatning av hvilken kompetanse helsefagarbeidere har, samt i hvilken grad de har fokus på kompetanseutnyttelse.

Fra intervjuene kom det også frem at det er noe variasjon mellom ulike sykehus i hvilke oppgaver helsefagarbeidere utfører. Oppgaver som nevnes av flere som eksempler på oppgaver som helsefagarbeidere utfører er innleggelse av perifert venekateter (PVK), innleggelse og stell av kateter, generelt

stell og pleie, sårstell og måling av vitalia. Andre oppgaver som ble nevnt er EKG, behandling av klare væsker, hygienearbeid, ernæring, observasjon, skylle- og smitterom, respirasjon, stell av dren samt mobilisering, forflytning og logistikk. Noen av disse oppgavene er oppgaver helsefagarbeidere nylig har begynt å utføre. Ved enkelte sykehus har det blitt satt i gang arbeid for å etablere systemer for opplæring og dokumentasjon av helsefagarbeideres kompetanse. Dette skal bidra til å sikre at helsefagarbeidere kan utføre de samme oppgavene, slik at det ikke er nødvendig å kjenne den enkelte persons kompetanse i detalj for å vite om personen kan utføre oppgaven eller ikke. I intervjuene kom det også frem at informantene ved enkelte sykehus mente at det er et potensial for at helsefagarbeidere kan utføre flere oppgaver enn i dag.

I spørreundersøkelsen fikk respondentene en liste med oppgaver som var identifisert som relevante for helsefagarbeidere, og respondentene ble så bedt om å svare på om de utfører oppgavene, eller om de kunne (eller ikke kunne) tenke seg å få opplæring slik at de kunne utføre oppgavene (Figur 5-1). Flere enn halvparten svarte at de utfører blodsuktermåling (87 prosent), sjekker blodprøvesvar (62 prosent), samt utfører oksygenbehandling (61 prosent) og inhalasjonsbehandling med forstøver (59 prosent). Derimot var det færre enn 20 prosent som svarte at de utfører blodprøvetaking (18 prosent), innleggelse av urinkateter på kvinner (17 prosent), innleggelse av perifert venekateter (PVK) (15 prosent), intravenøs væskebehandling på sentralt venekateter (3 prosent), og administrerer utvalgte legemidler selvstendig (17 prosent).

Blant de helsefagarbeiderne som i spørreundersøkelsen svarte at de ikke utførte en oppgave, var det for alle oppgaver flere som svarte at de kunne tenke seg å få opplæring i å utføre oppgaven enn de som ikke kunne tenke seg å få slik opplæring. Oppgavene som flest svarte at de kunne tenke seg å få opplæring i var innleggelse av urinkateter på kvinner (52 prosent) og innleggelse av perifert venekateter (50 prosent). Intravenøs væskebehandling på sentralt venekateter, som var den oppgaven færrest utførte, var også den oppgaven flest (23 prosent) svarte at de ikke kunne tenke seg å få opplæring i for å kunne utføre.

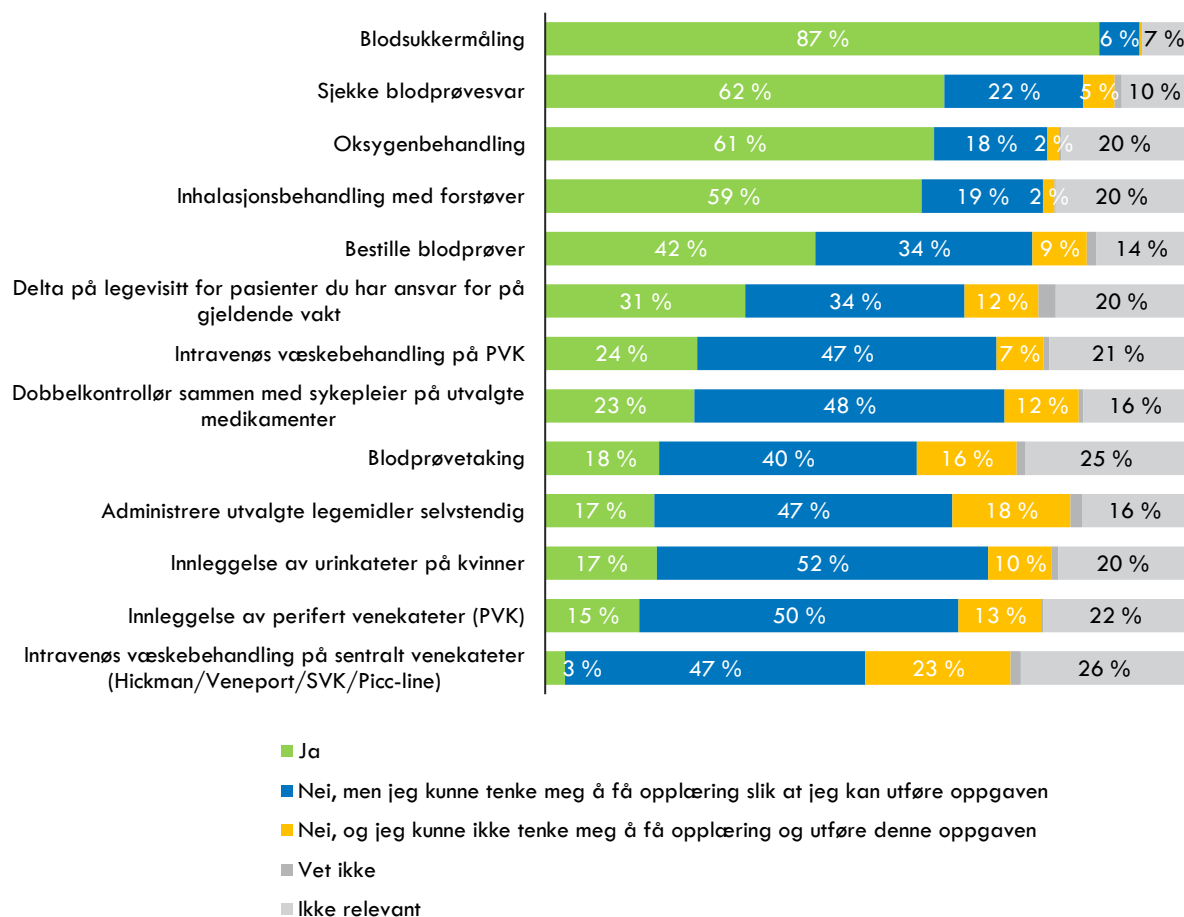
Det var noe variasjon mellom helseforetakene i andelen helsefagarbeidere som oppga at de gjennomfører de ulike oppgavene. Det er imidlertid noen som gjennomfører oppgavene ved alle helse-

foretak. Dersom vi ser på blodsuktermåling, som var den oppgaven som flest oppga at de utfører (Vedlegg A, Figur 9-9), ser vi at andelen helsefagarbeidere som utfører oppgaven varierer fra 100 prosent ved Universitetet i Nord-Norge til 70 prosent ved Helse Førde. Tilsvarende varierer andelen som sjekker blodprøvesvar fra 87 prosent ved Sykehuset Sørlandet, til 41 prosent ved Akershus Universitetssykehus, og for oksygenbehandling varier andelen fra 88 prosent ved Finnmarkssykehuset til 40 prosent ved Helse Førde. Denne variasjonen må likevel tolkes med varsomhet, som følge av få respondenter per helseforetak.

Det var også noe variasjon mellom andelen med og uten fagskole som oppga å utføre og ønske opplæring for en del av oppgavene. Mens henholdsvis

37 og 53 prosent av helsefagarbeiderne med videreutdanning oppga at de tar og bestiller blodprøver, var det henholdsvis 15 prosent og 33 prosent uten videreutdanning som oppga å gjøre samme oppgave. Tilsvarende var det flere med videreutdanning (40 prosent) som oppga at de deltar på legevisitt sammenlignet med gruppen uten videreutdanning (23 prosent). For oksygenbehandling og inhalasjonsbehandling med forstøver var det i midlertidig motsatt. Flere uten videreutdanning, henholdsvis 70 prosent og 67 prosent, oppga at de gjør oppgavene, mens i gruppen med videreutdanning var det henholdsvis 50 prosent og 49 prosent som oppga at de gjør oppgavene. For de øvrige oppgavene virker det ikke å være forskjell mellom helsefagarbeidere med og uten videreutdanning.

**Figur 5-1: Gjennomfører du følgende oppgaver?**



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

Gjennom intervjuene kom det frem at det er variasjon mellom sykehusene når det kommer til hvorvidt helsefagarbeidere er involvert i dobbeltkontroll av legemidler. Intervjuene viste også at mange ledere på sykehus opplever at lovverket er uklart når det

gjelder i hvilken grad og på hvilken måte helsefagarbeidere kan være involvert i legemiddelhåndtering. Flere informanter påpekte at det er forskjeller mellom primær- og spesialisthelsetjenesten for hva helsefagarbeidere får delegert av oppgaver knyttet til

medikamenthåndtering, og at det kan bidra til å øke usikkerheten rundt hva helsefagarbeidere kan gjøre. Det er forsvarlighetskravet som avgjør hvilke oppgaver en helsefagarbeider kan utføre, ikke forskjeller i lovverket mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Uklarheter i hvilke oppgaver helsefagarbeidere kan gjennomføre nevnes som en faktor som hemmer god oppgavedeling.

### 5.1.2 Arbeid med oppgavedeling

Intervjuer med representanter fra ulike sykehus tyder på at mange sykehus arbeider med oppgavedeling mellom helsefagarbeidere og andre personellgrupper. Det er likevel variasjon i hvordan sykehusene arbeider med dette. Flere av sykehusene har tidligere hatt eller har pågående prosjekter som omhandler oppgavedeling mellom helsefagarbeidere og andre personellgrupper, herunder for eksempel overføring av oppgaver fra sykepleiere til helsefagarbeidere, som beskrevet i kapittel 3.

Flere fortalte i intervjuene at sykehusene har definerte målsettinger om å øke andelen helsefagarbeidere, i tråd med oppdragsbrev fra Helsedirektoratet. I tillegg trakk flere informanter frem at det er et behov for å avlaste sykepleierne på grunn av sykepleiermangel og utfordringer med å rekruttere nye sykepleiere. Flere trakk også frem at en rekke oppgaver kan overføres fra sykepleiere til helsefagarbeidere, og at det derfor er behov for flere helsefagarbeidere. Ved flere sykehus er planen for gradvis opptrapping av antall helsefagarbeidere knyttet til planer om å i større grad tilby læreplasser til helsefagarbeidere, og så legge opp til at disse kan gå over i fast stilling etter læretiden.

Ved flere sykehus har det blitt gjennomført kartlegginger av hvilke oppgaver som utføres av hvilke helsepersonellgrupper, samt hvilke oppgaver som kan overføres. Dette har bidratt til å tydeliggjøre hvilke oppgaver helsefagarbeiderne har kompetanse til å gjøre i dag, og hvilke oppgaver det er et potensial for at helsefagarbeiderne kan gjøre dersom de får tilstrekkelig opplæring. Dette trekkes frem av mange som en viktig faktor som fremmer oppgavedeling. Ved å involvere alle personellgrupper i kartleggingen, kan alle enes om hvilke oppgaver som kan overføres og arbeidet kan forankres med oppgavedeling på et tidlig tidspunkt.

Sykehusene bruker i mange tilfeller informasjonen fra kartleggingene til å utarbeide opplæringsmoduler for helsefagarbeiderne, slik at de skal få kompetanse til å utføre nye oppgaver. Noen steder er det lagt opp til at helsefagarbeiderne blir sertifisert til å gjøre en oppgave når de har gjennomført opplæringen, og at denne sertifiseringen følger dem på tvers av avdelinger.

Gjennom intervjuene kom det også frem at det er ulikt hvordan opplæringsmodulene er strukturert. Flere forteller at de arrangerer felles opplæringskurs for helsefagarbeiderne, for eksempel felles oppstartskurs for nyansatte. Opplæringsmodulene består som regel av både undervisning og ferdighetstrening. Sykepleierne er ofte veiledere i ferdighetstreningen.

Ved enkelte sykehus har det blitt lagt vekt på at opplæringen for helsefagarbeidere skal være felles for alle avdelinger, slik at det ikke er variasjon i hvilke oppgaver helsefagarbeidere gjør. Dette kan bidra til økt forståelse og kjennskap til helsefagarbeidernes kompetanse blant øvrig helsepersonell. Dette oppleves som en viktig faktor som kan bidra til å fremme arbeidet med oppgavedeling. Det ble også trukket frem at en del oppgaver er såpass generelle at det vil kunne gi betydelig nytte dersom helsefagarbeidere får kompetanse til å utføre dem.

Andre trakk frem at det er variasjon i hvor langt ulike enheter i sykehuset har kommet med oppgavedeling, og at enkelte klinikker har hatt større oppmerksomhet på dette og dermed lenger enn andre. Hvordan oppgavedeling og arbeid med oppgavedeling fungerer på ulike avdelinger avhenger ofte av avdelingsledernes fokus og satsing. I intervjuene kom det frem at avdelinger som har kommet langt med oppgavedeling ofte har avdelingsledere som har arbeidet med å benytte helsefagarbeidernes kapasitet og endret arbeidsprosesser. Mange påpekte at engasjerte ledere er en suksessfaktor for god oppgavedeling.

I tillegg til variasjon mellom avdelinger og avdelingsledere er det flere andre faktorer som påvirker hvordan sykehusene arbeider med oppgavedeling. Et eksempel er ulike meninger om hvilke typer oppgaver helsefagarbeidere kan få opplæring i. Enkelte fortalte i intervju at det arbeides med å etablere en ny oppgavedeling som gjør det mulig å ansette en helsefagarbeider istedenfor en sykepleier, og at dette er nødvendig for å kunne løse fremtidens bemanningsutfordringer. Andre mente at arbeidet med oppgavedeling ikke bør handle om å erstatte enkelte personellgrupper med andre. De argumenterte for at ulike personellgrupper har ulike utdanninger, som innebærer at de har ulik kompetanse og utfører ulike oppgaver, og at de derfor ikke bør erstatte hverandre. Deres oppfatning var at økt kompetanse blant helsefagarbeidere innebærer at de i større grad enn i dag kan være et supplement til sykepleiere.

En faktor som påvirker oppgavedeling er knapphet på ressurser. Det kan for eksempel handle om at det er behov for å organisere arbeidet på en måte som sikrer at sykepleierne har kapasitet til å utføre de oppgavene som helsefagarbeidere ikke har

kompetanse til å utføre. Flere nevnte også at oppgavedeling krever ledelsesforankring for å bli vellykket, og at det nødvendig med villighet fra ledere til endringer i arbeidsprosesser og oppgavedeling.

Flere informanter trakk frem at vellykket oppgavedeling krever tilstrekkelig opplæring, veiledning og sertifisering av de som får nye oppgaver. Det er derfor en forutsetning at sykehusledelsen og avdelingsledere setter av tilstrekkelig med tid og ressurser til dette. For at arbeid med oppgavedeling skal bli prioritert, kan det imidlertid være behov for et visst volum av oppgaver som helsefagarbeiderne skal gjennomføre. I tillegg kan det være behov for et visst volum av helsefagarbeidere. I enkelte intervju ble det fremhevet at lav bemanning med helsefagarbeidere kan hemme oppgavedeling, for eksempel hvis det ikke er helsefagarbeidere på hvert skift. Det er da sykepleierne som utfører alle oppgavene, og de kan bli vant til å gjennomføre alle oppgaver, selv når det er helsefagarbeidere på jobb.

Flere trakk frem at økonomiske rammer er en faktor som kan legge føringer for arbeidet med oppgavedeling. Det kan for eksempel være begrensede midler til utviklings- og pilotprosjekter, eller til å gjennomføre kartlegginger av oppgaver og oppgavedeling. Mangel på tilstrekkelige økonomiske midler kan være en faktor som hemmer god oppgavedeling.

Det er også eksempler på at oppgavedelingen påvirkes av endringer i den fysiske utformingen av sykehusbygget. Det stilles i dag andre krav til utformingen av nye sykehusbygg enn tidligere, som videre stiller andre krav til arbeidsprosesser og organisering. I tråd med retningslinjer fra Sykehusbygg HF skal nye bygg blant annet ha ensengsrom, og overgang fra flersengsrom krever nye arbeidsrutiner og oppgavefordeling.

## 5.2 Endringer i oppgavedeling

Både intervju- og spørreundersøkelsen tyder på at de siste årene har vært en endring i hvilke typer oppgaver helsefagarbeiderne utfører. Det virker å være variasjon i når oppgaver har blitt overført til helsefagarbeidere på ulike sykehus og i ulike avdelinger.

I tillegg til at helsefagarbeidere har fått nye oppgaver i sine avdelinger, fortalte flere i intervju at helsefagarbeiderne har fått nye oppgaver i andre

avdelinger hvor de tidligere har hatt en mindre rolle. Eksempler som ble trukket frem var søvncenter, kreftavdelinger og poliklinikker, selv om dette trolig varierer mellom sykehus. Ved enkelte sykehus jobbes det for at helsefagarbeiderne kan gå fra å hovedsakelig være tilknyttet sengeposter til å være mer involvert i arbeid på poliklinikker. Andre fortalte at de ønsker at helsefagarbeiderne skal jobbe mer pasientrettet og med dokumentasjon.

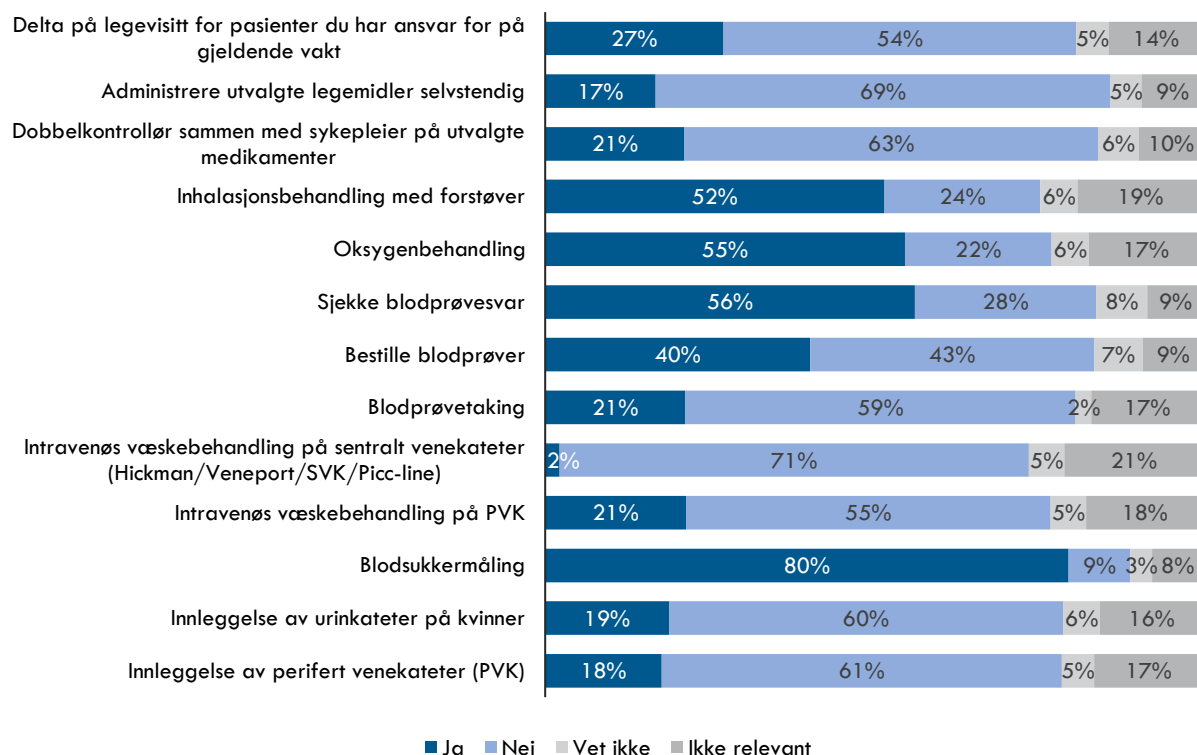
I intervjuene var det flere informanter som trakk frem at det er et potensial for at helsefagarbeidere kan utføre flere av oppgavene de allerede gjennomfører i dag, i tillegg til å få nye oppgaver. Det er også potensial for å i større grad samordne opplæring i oppgaver på tvers av avdelinger, slik at det ikke er variasjon i hvilke oppgaver helsefagarbeidere utfører på ulike avdelinger.

Enkelte informanter mente at kompetansenivået til helsefagarbeidere generelt er høyere i dag enn tidligere, og at helsefagarbeidere gjennomfører flere praktiske prosedyrer nå sammenlignet med tidligere. Enkelte av informantene opplevde at det nå stilles flere krav til hvilke oppgaver helsefagarbeidere skal kunne gjennomføre, og at sertifiseringsordninger har bidratt til dette.

I spørreundersøkelsen ble helsefagarbeiderne bedt om å svare på hvilke oppgaver de har begynt å gjøre i løpet av de siste fem årene (Figur 5-2). Oppgaven flest hadde begynt å utføre var blodsukkermålinger (80 prosent), og dette var også den oppgaven flest svarte at de utfører i dag (delkapittel 5.1). Intravenøs væskebehandling på sentralt venekateter var oppgaven som flest (72 prosent) oppga at de ikke har begynt å utføre de siste fem årene (Figur 5-2). Samtidig svarte 47 prosent at de ikke gjennomfører den oppgaven i dag, men at de kunne tenke seg å få opplæring slik at de kan gjennomføre oppgaven (Figur 5-1).

I tillegg til oppgavene som helsefagarbeidere, på direkte spørsmål, oppga at de har begynt å gjøre de siste fem årene, var det andre oppgaver som ble nevnt i fritekstsvar. Eksempler på andre nye oppgaver var seponering av kateter, medisingivning under oppsyn av lege/sykepleier eller ferdig doserte, sårskift, triagering (vurdering for prioritering) og å gi inhalasjonsmedisiner. Noen nevnte også administrative oppgaver som journalføring, pårørendekontakt og administrasjon i forbindelse med utskrivelse.

**Figur 5-2: Har helsefagarbeidere (deg selv eller andre) ved din avdeling i løpet av de siste fem årene begynt å utføre følgende oppgaver?**



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

I underkant av halvparten (44 prosent) av helsefagarbeiderne svarte i spørreundersøkelsen at de i løpet av de siste fem årene har opplevd at sykepleier har fått tildelt oppgaver som tidligere i hovedsak ble utført av helsefagarbeidere. 35 prosent oppga at de ikke har opplevd dette og 21 prosent svarte vet ikke. Når det gjelder det motsatte, at helsefagarbeider får tildelt oppgaver som tidligere ble utført av sykepleier, hadde 43 prosent opplevd det og 45 prosent ikke, mens 12 prosent svarte at de ikke vet.

### 5.2.1 Helsefagarbeidernes erfaringer med endret oppgavedeling

I fritekstsvaret i spørreundersøkelsen oppga flere helsefagarbeidere at de ønsker mer ansvar og kompetanse, og at de føler seg undervurdert. Noen trakk frem at helsefagarbeidere får mer ansvar ved kommunale arbeidsplasser enn i sykehusene. Flere helsefagarbeidere skrev i fritekstsvaret at de gjerne vil bidra til å avlaste sykepleierne.

*«Det er stor forskjell å jobbe som helsefagarbeider i kommunen og [på sykehuset]. Innehar mye kompetanse som jeg ikke har lov til å utføre på sykehus, men som jeg*

*gjorde daglig i kommunen. En lettere arbeidsdag for mine sykepleierkollegaer om vi kunne få lov til å utføre flere oppgaver.»*

Helsefagarbeider, oppgitt i spørreundersøkelse

Mange oppga at det over tid har vært en utvikling der helsefagarbeidere har blitt fratatt oppgaver, samtidig som det er mest oppmerksomhet på å rekruttere flere sykepleiere. Dette har gjort at helsefagarbeideryrket virker mindre attraktivt. Flere etterlyste mulighet for helsefagarbeidere til å få godkjent realkompetanse som grunnlag for å søke på sykepleierutdanning.

*«Hjelpepleiere/helsefagarbeidere er en undervurdert og altfor dårlig utnyttet ressurs. Alle liker jobben sin bedre når det er rom for faglig utvikling og ansvar.»*

Helsefagarbeider, oppgitt i spørreundersøkelse

I fritekstsvar pekte flere helsefagarbeidere på at det har vært en utvikling mot at helsefagarbeidere oppfattes som hjelpepersonell, med hovedvekt på stell og pleieoppgaver. Helsefagarbeidere oppga i spørreundersøkelse at dette bidrar til at de føler at kompetansen og utdanningen deres ikke verdsettes og utnyttes.

*«På min avdeling (ortopedisk sengepost) er det et stort skille mellom sykepleier og hjelpepleier. Vi bli fratatt oppgaver vi mestrer. Da jeg arbeidet i kommunen la jeg inn urinkateter og gav insulin etc., dette er oppgaver vi ikke får gjøre i sykehus. (...) Vi skal være en ressurs på jobben, men sykepleierne tviholder på oppgavene sine og vi ender opp som assistenter som rengjør avdelingene.»*

#### Helsefagarbeider, oppgitt i spørreundersøkelse

Flere helsefagarbeidere pekte i spørreundersøkelsen på at det er et betydelig lønns-gap mellom sykepleiere og helsefagarbeidere. Flere opplever at helsefagarbeidere har fått økt ansvar uten at lønnsutviklingen har gjenspeilet dette, og at helsefagarbeidere heller ikke belønnes når de tar kurs og sertifiseringer for å kunne utføre oppgaver som i hovedsak utføres av sykepleiere.

Samtidig er det mange helsefagarbeidere som opplever et godt samarbeid, og en produktiv arbeidsdeling mellom seg og sykepleiere. Gjennomgående blant de som er fornøyde, er at de opplever at de verdsettes for sin kompetanse og at de behandles likestilt som sykepleierne. Mange oppgir at de stort sett gjør de samme oppgavene som sykepleiere, men at administrering av legemidler er forbeholdt sykepleiere.

*«Oppgavene følger pasientene og personalet som er i teamet gjør alle oppgaver med den pasienten om det er dusjing, sengeskift, klesvask, sårstell osv. uavhengig om det er*

*hjelpepleiere og sykepleiere. Det er meget godt samarbeid i hele personalgruppen. Sykepleiere setter, kontrollerer og deler ut medisinen.»*

#### Helsefagarbeider, oppgitt i spørreundersøkelse

##### 5.2.2 Avgjørelser om oppgavedeling

I intervjuene har flere trukket frem at det ofte involveres flere personellgrupper i kartleggingen av oppgaver og muligheter for oppgavedeling, og at dette oppfattes som positivt. I etterkant av kartleggingen er det ofte avdelings- og enhetsledere som avgjør oppgavedelingen. På det enkelte skift kan en sykepleier være ansvarlig for å delegere oppgaver til helsefagarbeiderne, og enkelte informanter påpekte at dette kan ha uheldige konsekvenser. Dette kan gjøre helsefagarbeidere avhengige av at sykepleieren kjenner deres kompetanse. Det kan føre til at de ikke får utnyttet kompetansen sin, og heller hjelper til «her og der» etter behov. Noen informanter pekte på at avdelingsledere bør følge opp den nye oppgavedelingen, slik at det ikke oppstår tilfeldig variasjon i hvem som gjør hva.

Ved flere sykehus er det bemannings- eller personalavdelingen som arbeider med den overordnede planleggingen av hvordan oppgaver fordeles. Enkelte har samarbeid og dialog med fagforbund som Delta, Fagforbundet og Sykepleierforbundet. Det er imidlertid ledere på avdelingene som avgjør om de vil innføre oppgavedeling. Enkelte informanter trakk frem at seksjonsledere avgjør hvilke ansatte som får opplæring i ulike fagprosedyrer, og da bestemmer hvilke ansatte som kan utføre ulike oppgaver. Enkelte forteller at det hovedsakelig er fast ansatte som får opplæring, mens andre gir opplæring også til vikarer.

En annen faktor som kan påvirke hvilke oppgaver som overføres til helsefagarbeidere er holdninger til oppgavedeling blant helsefagarbeidere og andre personellgrupper. Enkelte kan uttrykke skepsis til å ta på seg nye oppgaver fordi de føler seg utrygge og usikre, for eksempel til digitale systemer. Andre personellgrupper kan være skeptiske til at oppgaver overføres til helsefagarbeidere; særlig om de opplever at de selv må gi fra seg oppgaver. Motstand fra medarbeidere trekkes frem av flere informanter som hemmende for å få til god oppgavedeling.

## 6. Kompetanseutvikling for helsefagarbeidere i sykehus

*I mange sykehus er det potensial for økt benyttelse av helsefagarbeidernes kompetanse, og mange steder er mangel på kjennskap til helsefagarbeidernes kompetanse noe som hemmer god oppgavedeling. Mange sykehus har utviklet kompetanseplaner og andre tiltak for kompetanseheving for helsefagarbeiderne, som kan bidra til å fremme god oppgavedeling.*

*Det er også mange sykehus som tilrettelegger for læreplaner, med hensikt om å øke antall helsefagarbeidere. Noen sykehus jobber aktivt for videreutdanning for helsefagarbeidere og samarbeider tett med fagskoler for å utvikle videreutdanninger som er relevant for spesialisthelsetjenesten.*

### 6.1 Utnyttelse av helsefagarbeidernes kompetanse

#### 6.1.1 Helsefagarbeideres erfaringer med utnyttelse av egen kompetanse

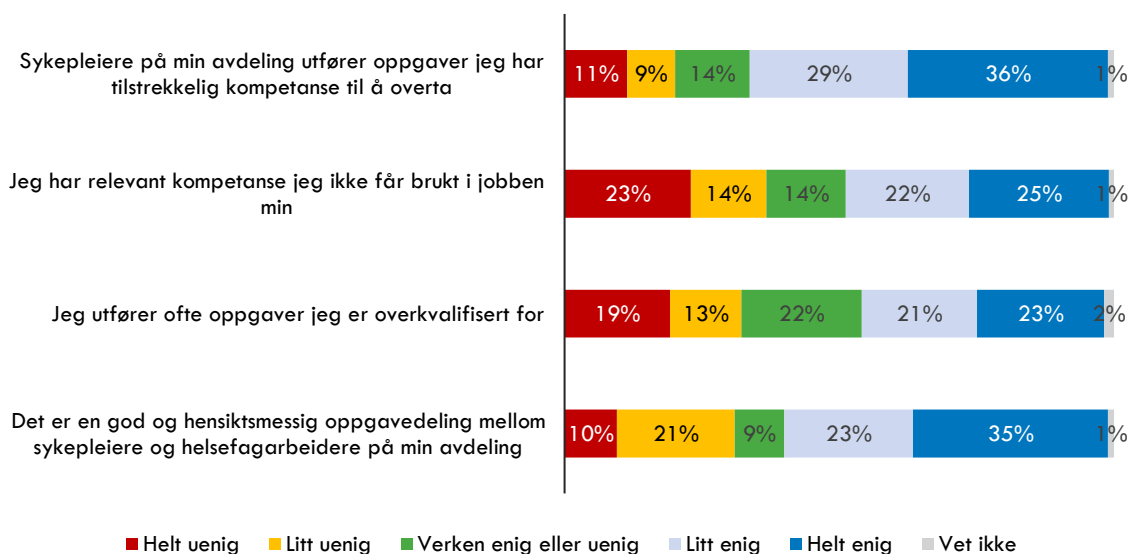
Flertallet av helsefagarbeiderne (65 prosent) oppga i spørreundersøkelsen at de er litt eller helt enige i at

sykepleiere på deres avdeling utfører oppgaver de selv har tilstrekkelige kompetanse til å overta (Figur 6-1). Samtidig oppga en del (20 prosent) at de er litt eller helt uenige i denne påstanden.

Videre er det delte meninger blant helsefagarbeiderne når det gjelder i hvilken grad de opplever å ha relevant kompetanse som de ikke får brukt i jobben sin. Om lag halvparten (47 prosent) oppga at de er litt eller helt enige i dette, samtidig som 37 prosent oppga at de er litt eller helt uenige (hvorav over halvparten er helt uenige). Det er også variasjon mellom helsefagarbeiderne når det gjelder hvorvidt de opplever å utføre oppgaver de er overkvalifisert for; i underkant av halvparten (44 prosent) oppga at de er litt eller helt enige, mens en tredjedel (32 prosent) oppga at de er litt eller helt uenige.

Mange er enige i at de har kompetanse til å overta oppgaver fra sykepleiere, at de har relevant kompetanse de ikke får brukt og at de gjør oppgaver de er overkvalifisert for. Samtidig er det en betydelig andel (58 prosent) som oppga at de er litt eller helt enige i at det er en god og hensiktsmessig oppgavedeling mellom sykepleiere og helsefagarbeidere på deres avdeling

Figur 6-1: Ta stilling til følgende påstander.



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



I spørreundersøkelsen ble respondentene spurt om hvilken kompetanse de opplever at de trenger for å kunne overta oppgaver fra sykepleiere og annet helsepersonell. Flere respondenter oppga at de trenger kompetanse til innleggelse av PVK, medisin-kurs, kursing for blodprøver og intravenøs behandling. Bredden i svarene er stor, og mange oppga at de kun trenger generelle kurs og god opplæring. Enkelte oppga at de opplever å ha den kompetansen som trengs for å kunne overta oppgaver fra andre personellgrupper.

Selv om mange opplever å ha aktuell kompetanse, og kun trenger opplæring, er det noen som mener at de trenger sykepleierutdanning for å kunne ta over oppgaver. Videre er det variasjon i hvorvidt respondentene ønsker å overta oppgaver. Flere oppga at de har nok å gjøre, og at de verken har tid til opplæring eller til å utføre flere oppgaver i løpet av dagen. En helsefagarbeider beskrev det slik:

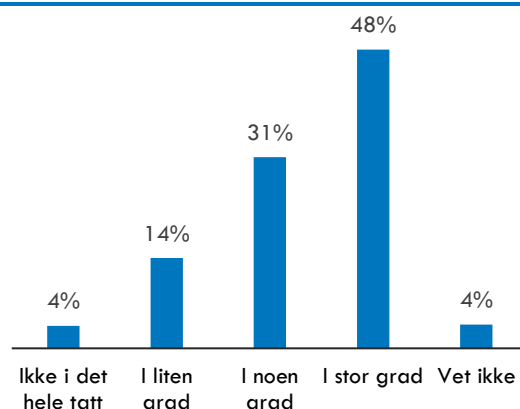
*«Helsefagarbeidere jobber utrolig hardt, og vi kjenner på en stresset hverdag – på lik linje som for sykepleiere. Jeg synes at det er synd at fokuset skal være at vi må ta oppgaver fra sykepleiere for å hjelpe dem, når vi allerede har en presset hverdag. Samarbeid er det viktigste.»*

Helsefagarbeider, oppgitt i spørreundersøkelse

### 6.1.2 Forståelse for helsefagarbeideres kompetanse

Det er variasjon mellom helsefagarbeiderne i hvorvidt de opplever at lederne kjenner deres kompetanse. Om lag halvparten (48 prosent) oppga at de opplever at lederne på deres avdeling i stor grad har god kjennskap til deres kompetanse, mens om lag en tredjedel (31 prosent) i noen grad opplever dette (Figur 6-2). Samtidig opplever nesten en av fem (18 prosent) at lederne på deres avdeling i liten grad eller ikke i det hele tatt har god kjennskap til deres kompetanse.

**Figur 6-2: I hvilken grad opplever du at lederne på din avdeling har god kjennskap til helsefagarbeideres kompetanse?**



Kilde: Spørreundersøkelse til helsefagarbeidere i sykehus, gjennomført av Oslo Economics 2022. N = 554.

Flere informanter fortalte i intervju at det generelt er mangel på forståelse og kjennskap til helsefagarbeiderens kompetanse. Mange i sykehusene er kjent med hjelpepleierutdanningen, som etter 2006 ble erstattet av helsefagarbeidere (Store norske leksikon, 2020). Det er en rekke ulikheter mellom den tidligere hjelpepleierutdanningen og dagens helsefagarbeiderutdanningen. Flere informanter forteller at enkelte i sykehusene baserer sin oppfatning av helsefagarbeideres kompetanse på sin kjennskap til hjelpepleierutdanningen, til tross for at det har skjedd endringer i utdanningen over de senere årene.

Flere informanter trakk frem at mangel på kjennskap til helsefagarbeideres kompetanse og evner kan hindre oppgavedeling. Helsepersonell har et stort ansvar, og det er avgjørende å føle seg trygg på at en oppgave blir utført på tilstrekkelig måte dersom den skal delegeres til andre. Flere fortalte at det har vært en tendens til at sykepleiere blir ansatt istedenfor helsefagarbeidere, fordi sykepleiere kan utføre «alle» oppgaver. Flere fortalte også at det har vært usikkerhet og diskusjon knyttet til hvilke oppgaver helsefagarbeidere har lov til å utføre, særlig knyttet til legemiddelhåndtering. Som beskrevet i avsnitt 5.1.1, er det forskjeller mellom sykehusene i hvorvidt helsefagarbeidere er involvert i medikamenthåndtering, som kan tyde på ulik forståelse av lovverket.

Mangel på forståelse for helsefagarbeiderens kompetanse kan påvirke andre personellgruppers holdninger til helsefagarbeiderne. Flere av informantene trakk frem at helsefagarbeiderne kan gjennomføre flere oppgaver enn de gjør i dag, men kultur og holdninger er faktorer som hemmer effektiv oppgavedeling og samarbeid. Det kan for eksempel være profesjonskamp, og mangel på respekt for

helsefagarbeidernes rolle og kompetanse. Kultur og holdninger er noe som tar tid å endre, og det krever at man jobber kontinuerlig og systematisk med holdningsarbeid. Flere trakk frem at informasjonsdeling og kjennskap til andre personellgruppers kompetanse og roller kan bidra til å skape respekt og bedre holdninger, som igjen kan fremme god oppgavedeling.

## 6.2 Kompetanseplaner

Vår intervjuundersøkelse tyder på at mange sykehus har langsiktige strategiske kompetanseplaner der oppgavedeling ofte er tema. Ofte er kompetanseplanene strukturerte, basert på pedagogiske metoder og bestående av både teori og praksis. Mange sykehus har både overordnede kompetanseplaner og kompetanseplaner som er rettet mot spesifikke personellgrupper, blant annet for helsefagarbeidere. I spørreundersøkelsen blant helsefagarbeidere svarte likevel om lag 55 prosent at de ikke kjenner til om sin virksomhet har kompetanseplaner for helsefagarbeidere. Dette kan enten bety at sykehuset ikke har kompetanseplaner, eller at helsefagarbeideren ikke kjenner til at de finnes.

Inntrykket fra intervjuene er at det i nyere tid har blitt økt bevissthet rundt at helsefagarbeidere trenger tilleggskompetanse for å utføre enkelte oppgaver i sykehusene, og flere sykehus har tilpasset og utformet kompetanseplaner. Selv om enkelte sykehus har lang erfaring med kompetanseplaner, har andre sykehus utarbeidet disse i forbindelse med arbeidet med oppgavedeling. Disse har det formål å få klarhet i hvilke oppgaver helsefagarbeiderne gjør og kan gjøre. Enkelte har i intervjuene nevnt at kompetanseplanene er utformet med utgangspunkt i forventninger om fremtidig kompetanse- og personellbehov.

I mange tilfeller inneholder kompetanseplanene både generelle og spesialiserte opplæringsløp for helsefagarbeiderne. Det kan for eksempel være kompetanseplaner spesielt utviklet for avdelinger, seksjoner eller som forløp for nyansatte. Disse kan være på individ-, profesjons- eller fagenhetsnivå.

Flere sa i intervjuene at sykehusene har kompetanseportaler/moduler som brukes til å holde oversikt over individuelle registreringer og sertifiseringer. For eksempel kan det være oversikt over registreringer av oppmøte, gjennomført veiledning, prosedyrer og kurs, i tillegg til sertifisering av ulike prosedyrer. Enkelte steder er det lagt opp til resertifisering hvert år, med oppdatering i kompetansemodulet.

Ofte er formålet med kompetanseplanene å øke kompetansen til helsefagarbeidere slik at de får spesialisert kompetanse til å utføre oppgaver i sykehuset, utover det de har lært fra grunnutdanningen.

Kompetanseplanene kan derfor variere mellom sykehusene, fordi de tilpasses det som ses som nødvendig å kunne ved hvert sykehus. Enkelte trakk frem i intervjuene at kompetanseplaner kan brukes til å definere en minstenorm for hva helsefagarbeidere skal kunne gjøre. Dette bidrar til at kompetanse kan bli likere mellom helsefagarbeidere, også på tvers av avdelinger. I andre tilfeller kan kompetanseplaner være tilpasset behovene på ulike avdelinger, og det kan dermed variere hva slags kompetanse helsefagarbeidere har og hvilke oppgaver de kan gjennomføre på tvers av ulike avdelinger.

## 6.3 Tiltak for kompetanseheving

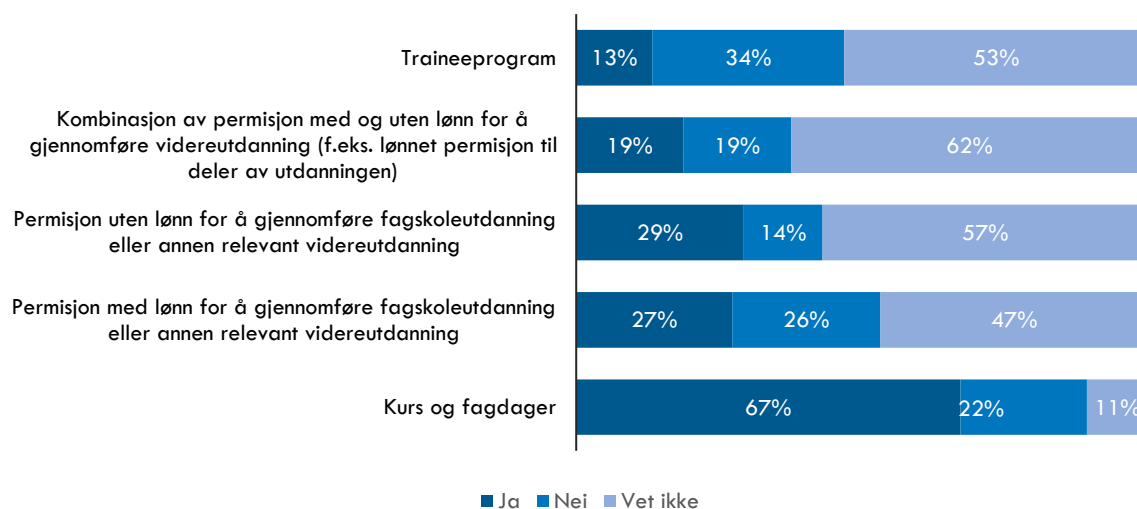
I intervjuene sa flere informanter at det arrangeres fagdager og kurs, også spesielt for helsefagarbeiderne. Dette stemmer også med funn fra spørreundersøkelsen, der over halvparten (67 prosent) oppgir at det tilbys kurs og fagdager rettet mot helsepersonell i deres helseforetak (Figur 6-3). Ofte kan fagdager innebære opplæring og ferdighetstrening i ulike prosedyrer, slik at helsefagarbeiderne får sertifisering som registreres i kompetanseportalen.

Ved enkelte helseforetak tilbys traineeprogrammer for helsefagarbeidere med autorisasjon, men dette virker foreløpig å være begrenset til Helse Bergen HF og Sykehuset Østfold HF. Flere andre helseforetak har erfaring med traineeprogrammer for andre personellgrupper enn helsefagarbeidere. Det ble også sagt i intervjuene at de ønsker å opprette traineeprogrammer for helsefagarbeidere.

Fra spørreundersøkelsen kommer det frem at helsefagarbeiderne virker å ha liten kjennskap til ordninger helseforetakene tilbyr for permisjon og lønn i forbindelse med videreutdanning (Figur 6-3). 62 prosent oppga at de ikke vet om det er mulig å få en kombinasjon av permisjon med og uten lønn for å ta videreutdanning. Videre oppga 57 prosent at de ikke vet om helseforetaket tilbyr permisjon uten lønn for å ta videreutdanning. 47 prosent oppga at de ikke vet om helseforetaket deres tilbyr permisjon med lønn for å gjennomføre videreutdanning.

Dette kan indikere at helseforetakene ikke gir tilstrekkelig informasjon om hvilke ordninger som finnes for å legge til rette for videreutdanning. Det kan også skyldes at helsefagarbeiderne i liten grad vurderer å ta videreutdanning, og derfor ikke har satt seg inn i hvordan helseforetaket legger til rette for dette. En annen forklaring er at enkelte antar at det ikke finnes ordninger for permisjon med lønn, og derfor ikke vurderer videreutdanning. Videre kan ulik praksis mellom sykehusene gjøre det vanskelig å vite hvilke muligheter som finnes.

**Figur 6-3: Tilbys følgende rettet mot helsefagarbeidere i ditt helseforetak?**



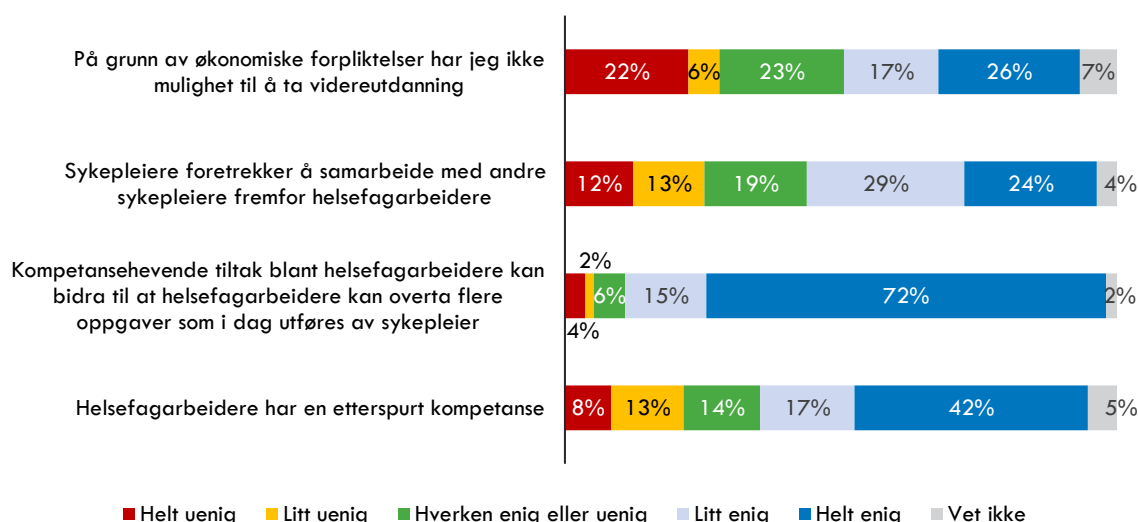
Kilde: Spørreundersøkelse til helsefagarbeidere i sykehus, gjennomført av Oslo Economics 2022. N = 551-555.

Arbeidsmiljøloven (§ 12-11) sikrer at alle arbeidstakere, som har vært i arbeidslivet i minst tre år og som har vært ansatt hos arbeidsgiveren de siste to årene, har rett til hel eller delvis permisjon i inntil tre år for å delta i organiserte utdanningstilbud. Dette betyr at alle helsefagarbeidere som oppfyller disse kravene, i utgangspunktet skal ha rett til ulønnet permisjon for å ta videreutdanning.

Selv om arbeidsmiljøloven sikrer rett til permisjon i forbindelse med videreutdanning, har mange

helsefagarbeidere økonomiske forpliktelser som gjør at de ikke har mulighet til å ta videreutdanning. I spørreundersøkelsen oppga nesten halvparten (43 prosent) av respondentene at de er litt eller helt enige i at økonomiske forpliktelser gjør at de ikke har mulighet til å ta videreutdanning (Figur 6-4). Dette kan indikere at tilrettelegging gjennom permisjon med lønn kan bidra til at flere tar videreutdanning. Samtidig oppga om lag en tredjedel (28 prosent) av respondentene at de var litt eller helt uenige i denne påstanden.

**Figur 6-4: Ta stilling til følgende påstander.**



Kilde: Spørreundersøkelse til helsefagarbeidere i sykehus, gjennomført av Oslo Economics 2022. N = 549-551.

De fleste helsefagarbeidere opplever at kompetansehevede tiltak kan bidra til at de kan utføre flere oppgaver som i dag utføres av sykepleiere

(87 prosent oppga at de er litt eller helt enige i dette). Det er likevel et flertall (59 prosent) som er litt eller helt enige i at helsefagarbeidere allerede har en

etterspurt kompetanse. Samtidig opplever om lag halvparten (43 prosent) av helsefagarbeiderne at sykepleierne foretrekker å samarbeide med andre sykepleiere fremfor helsefagarbeidere, noe som kan være en barriere for samarbeid og oppgavedeling.

## 6.4 Tilrettelegging for læreplasser innen helsefagarbeiderfaget i sykehus

Flere av sykehusene vi har snakket med tilbyr læreplasser til helsefagarbeidere. Enkelte steder er læretiden på to år delt, slik at lærlingene er ett år i spesialisthelsetjenesten og ett år i primærhelsetjenesten, men de fleste sykehusene som tilbyr læreplasser har lærlingene i hele læretiden.

Enkelte sykehus har opprettet egne opplæringsavdelinger som skal tilrettelegge for lærlinger. Flere fortalte at dette er en del av satsingen på helsefagarbeidere, med mål om å gradvis øke antall læreplasser for helsefagarbeidere som tilbys i sykehuset. Mange har utarbeidet standardiserte løp som lærlingene skal gjennom i løpet av læretiden. Disse opplæringsløpene er ofte tilpasset de behovene sykehuset ser for seg at helsefagarbeiderne skal bidra til å dekke i fremtiden. I flere sykehus er læretiden lagt opp slik at lærlingene tilbringer tid på ulike avdelinger, slik at de tilegner seg bred kompetanse som er relevant for flere deler av sykehuset.

Sykehusene som tilbyr læreplasser ønsker ofte å ansette lærlingene i faste stillinger etter læretiden, og de læretiden ses på som en mulighet til trening av fremtidige ansatte. Erfaringen virker å være at en del lærlinger velger å begynne i en stilling ved sykehuset, men noen velger å ta mer utdanning rett etter læretiden, og for eksempel går videre med sykepleierutdanning. Det er dermed varierende hvor mange lærlinger som ansettes i sykehusene direkte etter grunnopplæringen. Enkelte trakk frem at det er en ulempe at sykehuset ofte ikke kan tilby heltidsstillinger til de nyutdannede, og at dette gjør det mindre attraktivt for de nyutdannede å bli ansatt i sykehuset.

## 6.5 Behov for kompetanseutvikling og fagskolens rolle

I flere intervjuer kom det frem at det er behov for å heve kompetansen til helsefagarbeiderne slik at de kan påta seg flere oppgaver og gjennomføre flere prosedyrer. Blant områdene som går igjen som relevante for helsefagarbeiderne er observasjons- og vurderingskompetanse, geriatri, palliasjon, sykdomslære, anatomi, IT og generell kompetanse for å jobbe pasientrettet.

Enkelte av informantene mener at grunnutdanningen for helsefagarbeiderne har utviklet seg mot å bli mer relevant for behovene i spesialisthelsetjenesten, og at særlig fagfornyelsen har bidratt til at utdanningsløpet er mer tilpasset spesialisthelsetjenesten. Andre informanter mener imidlertid det er behov for endring i grunnutdanningen for å gjøre den mer tilpasset behovene i spesialisthelsetjenesten. Flere har påpekt at læretiden gir sykehuset en mulighet til å påvirke kompetansen til lærlingene.

Flere informanter etterlyser et større tilbud av videreutdanninger til helsefagarbeiderne. I dag er det svært varierende hva som tilbys av videreutdanninger for helsefagarbeidere på fagskoler. Flere informanter forteller at det er et tett samarbeid mellom fagskoler og opplæringskontorer. Formålet med samarbeidet er å påvirke utviklingen av videreutdanninger. På denne måten kan sykehuset komme med innspill til hvilke fagretninger som er særlig aktuelle for helsefagarbeidere som skal arbeide i spesialisthelsetjenesten, og hva som bør inngå i opplæringen.

At helsefagarbeidere tar videreutdanning kan påvirke oppgavedelingen, ved at helsefagarbeidere tilegner seg ny kompetanse og kan gjennomføre flere oppgaver. Det kan også bidra til å endre holdningene til helsefagarbeidernes kompetanse blant andre personellgrupper. Samtidig fordrer det at lederne på den enkelte avdeling har kjennskap til hva videreutdanningen innebærer, og hvilken kompetanse helsefagarbeiderne får. Helsefagarbeidere, ansatt i sykehus som tar videreutdanning, tar ofte videreutdanning som er relevant for sin avdeling.

## 7. Organisering av oppgavedeling i Sverige og Danmark

På samme måte som i Norge står Sverige og Danmark overfor utfordringer knyttet til en aldrende befolkning og stadig økte krav til helse- og omsorgstjenesten. Dette medfører kapasitets- og bemanningsutfordringer, og i begge landene pågår arbeid med oppgavedeling for å møte disse utfordringene.

### 7.1 Tilsvarende personellgrupper i Sverige og Danmark

Faggruppen tilsvarende den norske helsefagarbeideren heter i Danmark *social- og sundheds-assistent (SOSU-assistent)*. I Sverige kalles tilsvarende faggruppe *undersköterska*. Sverige er det eneste landet i Norden der dette ikke er en beskyttet tittel, men dette endres 1. juli 2023 slik at undersköterska blir en beskyttet tittel. Tilsvarende som i Norge, innebærer oppgavene til både SOSU-assistentene og undersköterskerna i hovedsak pleie og omsorg, som oftest på eldrester, omsorgsbolig og sykehus.

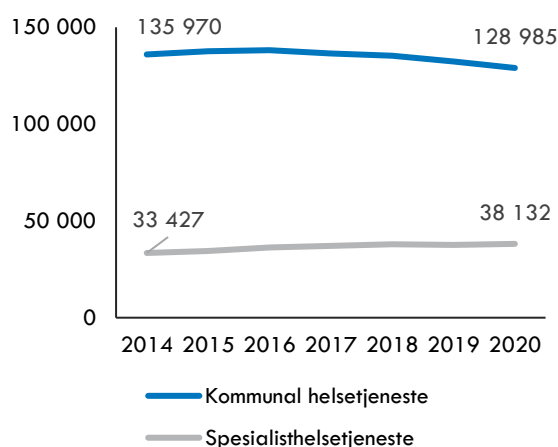
### 7.2 Oppgavedeling i Sverige

Basert på intervju med og tilsendt informasjon fra representanter i Sverige, er vårt inntrykk at det har vært en tilsvarende utvikling i oppgavedeling mellom sykepleiere og helsefagarbeidere i Sverige som i Norge. Siden 90-tallet har det vært en utvikling i at oppgaver har blitt overført fra helsefagarbeidere til sykepleiere, slik at helsefagarbeiderne står igjen med færre oppgaver enn tidligere. Et eksempel på en slik oppgave er blodprøvetaking. En informant påpekte at helsefagarbeidere ansatt i kommunal helsetjeneste har flere oppgaver og mer ansvar enn helsefagarbeidere i sykehusene.

#### 7.2.1 Antall undersköterska og deres utdanningsnivå

De siste årene har det vært en økning i antall helsefagarbeidere som arbeider i spesialisthelsetjenesten i Sverige. I 2014 var det om lag 33 500 helsefagarbeidere i spesialisthelsetjenesten, og i 2020 var det tilsvarende tallet 38 000 (Figur 7-1). Tilsvarende som i Norge er det langt flere helsefagarbeidere ansatt i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I den samme tidsperioden har også antallet helsefagarbeidere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten blitt redusert fra 136 000 til 129 000. Dette kan tyde på at det har skjedd en endring de siste årene, og at flere helsefagarbeidere nå bli ansatt i spesialisthelsetjenesten.

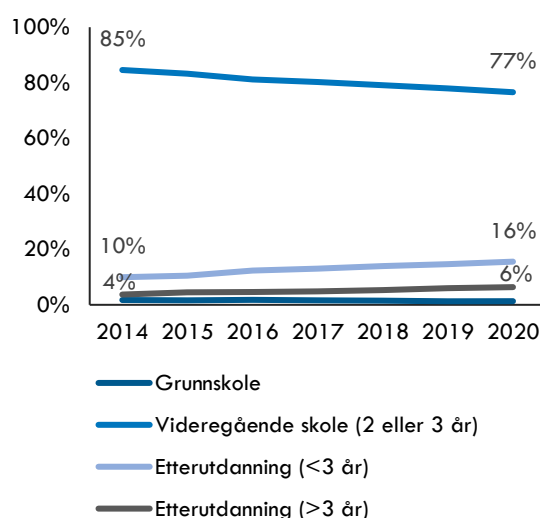
Figur 7-1: Utvikling i antall helsefagarbeider i kommunal- og spesialisthelsetjeneste 2014 til 2020



Kilde: SCB. Note: Kommunal helsetjeneste medregner helsefagarbeidere som arbeider i hjemmetjenesten og eldreboliger. Spesialisthelsetjeneste inkluderer helsefagarbeidere i sykehus.

Selv om det hittil ikke har vært formelle krav knyttet til tittelen helsefagarbeider i Sverige, har utdannelsesnivået blant helsefagarbeidere på sykehus i Sverige økt siden 2014. Andelen med etterutdanning opp til tre år har økt fra ti til 16 prosent i perioden 2014 til 2020 (Figur 7-2). Samtidig har andelen med etterutdanning på over tre år økt fra fire til seks prosent. Økningen ser ut til å komme av en reduksjon i antallet uten etterutdanning, med to eller tre år videregående utdanning etter fullført grunnskole.

Figur 7-2: Utvikling i utdannelsesnivå blant helsefagarbeidere i Sverige



Kilde: SCB. Note: Andelen angir andel med de ulike utdanningsnivåene, blant totalt antall helsefagarbeidere.

Arbeidssituasjonen for helsefagarbeidere i Sverige er ikke, i motsetning til i Norge, preget av ufrivillig deltid. En studie av arbeidsforhold for helsefagarbeidere i eldreomsorg viser at 33 prosent av respondentene fra Norge oppga at de ønsker å jobbe flere timer, mot 25 prosent i Sverige (Drange & Vabø, 2021). Det er usikkert i hvilken grad funnene er overførbare til spesialisthelsetjenesten.

### 7.2.2 Tiltak for økt rekruttering

Som det siste landet i Norden, blir tittelen helsefagarbeider en beskyttet tittel i Sverige fra og med 1. juli 2023. Det innebærer at de som i dag og i fremtiden skal jobbe som helsefagarbeidere må oppfylle bestemte krav til kompetanse for å få tittelen. Per i dag er det arbeidsgiver ved det enkelte sykehus som har bestemt hvilke krav til kompetanse som stilles til de som jobber som underskoterska.

Det er flere grunner til innføringen av beskyttet tittel, som medfører flere fordeler for helsefagarbeidere, pasienter og arbeidsgivere. Først og fremst er det ventet at en beskyttet tittel vil bidra til økt status for underskoterska. I tillegg vil det gi tydeligere rammer for yrket ved at ansvarsområder og arbeidsinnhold konkretiseres. Dette kan også gjøre det enklere for ledere å planlegge arbeidsfordeling, ettersom det blir tydeligere hvilken kompetanse helsefagarbeidere besitter (Centrum För Livslångt Lärande, 2022). En informant påpekte at mangel på retningslinjer og tydelige kompetansekrav for en helsefagarbeider har bidratt til at leger og sykepleiere ofte ikke kjenner til helsefagarbeidernes kompetanse.

### 7.2.3 Kampanjer og prosjekter knyttet til helsefagarbeidere

Et eksempel på et prosjekt i Sverige som omhandler oppgavedeling er prosjektet «Fremtid vård och omsorg Kronoberg», gjennomført i perioden 2018 til 2022 (Vård och omsorgs college, Kronoberg, 2022). Bakgrunnen for prosjektet var en rapport fra Region Kronoberg som viste at regionen har en raskt aldrende befolkning, samtidig som omtrent 40 prosent av alle som jobber som helsefagarbeidere (og i andre lignende stillinger) vil gå av med pensjon mellom 2016 og 2030. I rapporten ble det anslått at det vil være større etterspørsel enn tilgang på helsefagarbeidere i 2035, og stor mangel på kompetanse som kan dekke behov i regionen (Region Kronoberg, 2018). Det ble derfor identifisert et behov for å øke antallet som søker seg til helsefagarbeiderutdanning for å kunne ta over for dette frafallet. Målet med prosjektet var å øke antallet som utdanner seg til helsefagarbeider i regionen, som virker å ha vært vellykket. Et annet mål med prosjektet var å øke attraktiviteten til yrket, gjennom blant annet digitale kampanjer. Særlig én kampanje, «Stolt underskoterska», blir trukket frem som svært vellykket:

kampanjen består av en film som forteller om fire helsefagarbeidere som jobber i ulike avdelinger innen psykiatri, intensiv, eldreomsorg og annen omsorg (Vård och omsorgs college, Kronoberg, 2022).

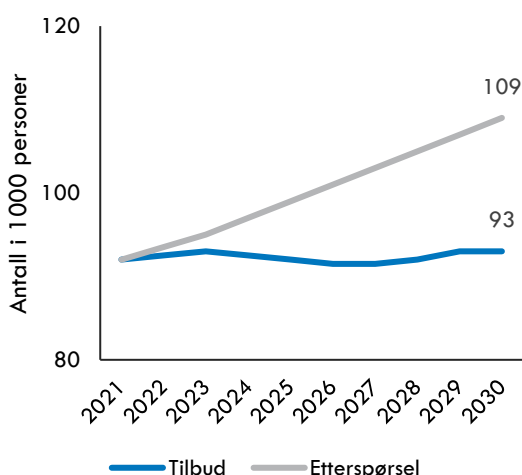
Et annet eksempel på arbeid som kan bidra til at helsefagarbeidere får flere oppgaver, er en satsing på videreutdanning av helsefagarbeidere i region Östergötland. Satsingen er rettet mot videreutdanning tilpasset intensiv- og akuttavdelinger, og regionen er foreløpig den eneste som tilbyr denne utdanningen (Region Östergötland, 2022). Bakgrunnen for opprettelse av utdanningen er et stort behov for kompetanse hos personer som skal jobbe i avdelinger som tilbyr behandling med høy kompleksitet. Utdanningen er et toårig deltidsstudium, med ett år teori og ett år i praksis, før en avsluttende eksamen. Utdanningen er et samarbeid mellom regionen og en yrkeshøyskole, hvor det første kullet begynte i 2020. Tilbudet er forlenget til utdanningsstart i 2022, 2023 og 2024. Så langt er erfaringene med utdanningstilbudet gode, og det har vært mange søkere og stor interesse for tilbudet. Mange av de som har fullført utdanning har startet jobb i sykehus.

Et annet eksempel fra Sverige, som understreket viktigheten av å kunne benytte helsefagarbeidernes kompetanse, er erfaringene Sverige gjorde knyttet til å bruke helsefagarbeidere under koronapandemien. I Sverige ble helsefagarbeidere brukt på intensivavdelinger i større utstrekning enn i Norge, noe som var avgjørende for muligheten til å oppskalere intensivkapasiteten kraftig i en periode (Oslo Economics, 2022).

## 7.3 Oppgavedeling i Danmark

Danmark har, på samme måte som i Norge og Sverige, behov for å endre dagens oppgavedeling for å være bedre rustet til å møte bemanningsutfordringene i helse- og omsorgssektoren. Også Danmark opplever utfordringer med mangel på sykepleiere, og helsefagarbeidere blir sett på som en viktig ressurs for å møte bemanningsbehovene. Samtidig er det ventet at det vil bli mangel på helsefagarbeidere. En analyse gjennomført av Kommunenes Landsforening i Danmark viser at det om åtte år vil mangle omtrent 16 000 social- og sundhetsassistenter og hjelpere i Danmark. I 2045 er tallet ventet å være 37 000 (Figur 7-3) (Kommunenes landsforening, 2022).

**Figur 7-3: Forventet tilbud og etterspørsel av SOSU-er i Danmark fra 2021 til 2030**

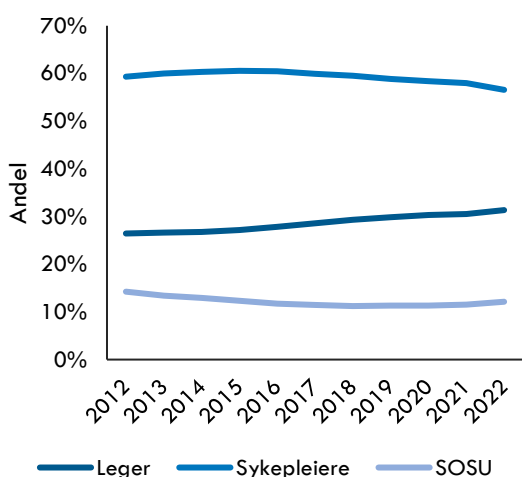


Illustrasjon: Oslo Economics. Kilde: Kommunenes Landsforening i Danmark.

### 7.3.1 Utvikling i antall ansatte SOSU

Fra 2012 til 2022 har det vært en svak nedgang i andelen SOSU-arbeidere relativt til leger (Figur 7-4). Tilsvarende har andelen sykepleiere relativt til leger også falt i perioden. En informant pekte i intervju på at det over tid har vært en vridning mot at SOSU-er jobber i kommunal helsetjeneste, ikke på sykehus.

**Figur 7-4: Utvikling i forholdet mellom leger, sykepleiere og SOSU i Danmark 2012-2022**



Kilde: Danske Regioner. Illustrasjon: Oslo Economics. Note: Beregningene inkluderer antall fulltidsansatte per mars hvert år.

### 7.3.2 Tiltak for økt rekruttering til yrket

De danske kommunene opplever utfordringer med å rekruttere helsefagarbeidere. En informant fortalte at det virker å være mer attraktivt for helsefagarbeidere å jobbe i sykehus sammenlignet med kommunal helsetjeneste. Samtidig er praksis i både

sykehus og kommunal helsetjeneste obligatorisk under utdanning, til forskjell fra praksis i Norge.

Det danske Arbeidstilsynet har nylig publisert resultater fra en spørreundersøkelse om arbeidsmiljø på danske arbeidsplasser. 23 prosent av SOSU-ene oppga at de ofte eller hele tiden har følt seg stresset på jobb de siste to ukene (FOA, 2022). Forbundssekretæren i FOA, Danmarks tredje største fagforbund, peker på for lite personell, høyt sykefravær og omfattende bruk av vikarer med feil kompetanse som en ond sirkel som bidrar til for høyt arbeidspress.

Arbeid med å øke oppslutningen rundt og attraktivitet til yrket har pågått over lang tid. I 2007 ble det, som ledd av trepartsavtalen i Danmark, satt av 40 millioner kroner for å styrke arbeidet med å øke tilslutningen og redusere frafall på SOSU-utdannelse. Tilskuddet ble utbetalt til SOSU-skoler i perioden 2008 til 2011. I 2012 ble det publisert en slutt-evaluering av Danmarks Evalueringsinstitutt, som i hovedsak belyste hvordan skolene brukte midlene og hvilke erfaringer som ble gjort i perioden (Danmarks Evalueringsinstitutt, 2012). Skolene har for det første fokusert på å øke antallet søkere til utdanningen, samt å kvalitetssikre at søkerne de tar inn er kjent med utdannelsen, og krav og forventninger de vil møte. De har også samtaler med søkere for å sikre at de som starter vil fullføre. Videre har skolen forsterket samarbeidet med praksisinstitusjonene, for å redusere frafall under praksis.

For å sikre at flere velger, og fullfører, utdanningen, har det også blitt iverksatt tiltak for å gjøre praksis og teori mer samkjørt. Det er bestemt at det skal innføres mer opplæring når helsefagarbeidere kommer i arbeid. I tillegg har det blitt iverksatt tiltak lokalt ulike steder i Danmark for å gjøre utdanningen mer attraktiv. Et eksempel på dette er en dansk kommune som ansetter SOSU-studenter, slik at de mottar lønn under utdannelsen (TV Midtvest, 2021).

Det har også blitt innført krav om at helsefagarbeidere skal få fulltidsstillinger dersom de ønsker det (Danske regioner, 2020). Danmark har allerede lavere grad av ufrivillig deltid, sammenlignet med Norge, ifølge en studie gjort blant helsefagarbeidere i eldreomsorg i nordiske land (Drange & Vabø, 2021). 12 prosent av de danske respondentene oppga at de ønsker å jobbe mer, sammenlignet med 33 prosent i Norge. Det trekkes frem at å jobbe faste skift, som de i større grad også gjør i Danmark sammenlignet med Norge, kan gi en bedre balanse mellom arbeid og hverdag, i tillegg til færre som opplever økonomisk stress.

SOSU-er har vært sentrale i arbeidet med å ta igjen etterslepet sykehusene har etter koronapandemien. Som ledd i å ta igjen aktivitet som ble utsatt under

pandemien, er det mål om å øke antallet SOSU-stillinger og redusere antallet sykepleiere, og sørge for en god oppgaveglidning (Region Hovedstaden, 2021).

En informant fortalte i intervju at det i Danmark ikke er systematisk utformet kompetanseplaner for helsefagarbeidere. Det er heller ingen systematiske tilbud om videreutdanning, kurs eller traineestillinger. Derimot tilbyr noen arbeidsplasser kurs for sine ansatte.

### **7.3.3 Kampanjer og prosjekter knyttet til helsefagarbeidere**

Danmark har startet arbeidet for å øke attraktiviteten til helsefagarbeideryrket og jobbe mot en bedre oppgavedeling. Kommunenes Landsforening i Danmark gikk i 2019 sammen med en rekke fagforeninger og opprettet kampanjen «En fremtid med fulltid». Målet var å øke rekrutteringen til det kommunale arbeidsmarkedet. I forbindelse med kampanjen er det gjennomført en undersøkelse som viser at 80 prosent av alle kommunalt ansatte SOSU-assistenten har en deltidsstilling (TV2 Øst, 2022). Hvis

flere velger fulltidsstillinger vil det kunne bidra til å løse rekrutteringsutfordringer.

Vi har også fått tilsendt informasjon fra en informant om et prosjektsamarbeid, «Social- og Sundhedsassistenter i fremtidens sundhedsvæsen», mellom de danske regionene fra 2021. Formålet var å vurdere hvordan det kan legges til rette for å sikre rett kompetanse for rett oppgave. Prosjektet skulle også gi innsikt i hvordan oppgaver kan fordeles til flere faggrupper, samtidig som hver faggruppes kompetanse utnyttes best mulig. Prosjektet vurderte ny oppgavedeling innenfor psykiatri, institusjoner for unge kriminelle og eldreomsorg på sykehus. Prosjektet skal bidra til å synliggjøre hvordan helsefagarbeidere jobber på regionale arbeidsplasser: hvilke oppgaver de har, hvilke avdelinger de jobber på og hvordan de jobber sammen med øvrig personell. Som ledd i arbeidet skal det svares ut hvilken kompetanse regionene etterspør for å løse fremtidens behov, og hvilke oppgaver de forventer at helsefagarbeidere skal utføre. Videre skal det vurderes hvilke nye oppgaver helsefagarbeidere har potensiale til å løse, og hvordan dette kan gjøres.



## 8. Faktorer som fremmer og hemmer god oppgavedeling, og mulige konsekvenser

Vi har identifisert seks suksessfaktorer for god oppgavedeling. Ledelsesforankring sikrer tid og ressurser til arbeidet, og er viktig for å motivere medarbeiderne. Satsing på lærlinger bidrar til å rekruttere og lære opp fremtidige medarbeidere. Kartlegging av oppgaver, ansvarsfordeling og roller identifiserer muligheter for ny oppgavedeling, mens informasjon og holdningsarbeid bidrar til å skape forståelse for og positive holdninger til endringene. Tilstrekkelig opplæring er nødvendig for å sikre forsvarlighet. Endringsarbeid krever tid og ressurser, samtidig som at knappe økonomiske rammer kan fremme oppgavedeling.

Erfaringene med oppgavedeling i sykehus så langt tyder på at de fleste opplever at ny oppgavedeling utelukkende gir gevinster, i form av bedre utnyttelse av personell og økt jobbtilfredshet. Mulige ulemper er ressursbruk og eventuell motstand blant medarbeidere i forbindelse med endringsarbeidet.

### 8.1 Faktorer som hemmer og fremmer god oppgavedeling

Gjennom det samlede informasjonsgrunnlaget har vi identifisert seks sentrale faktorer for å lykkes med god oppgavedeling (Figur 8-1). Dersom disse faktorene ikke er til stede, kan det virke hemmende for oppgavedelingen. I det følgende beskriver vi hvordan disse faktorene fremmer oppgavedeling, og i motsatt fall, hvordan fravær av dem kan virke hemmende.

Figur 8-1: Suksessfaktorer for god oppgavedeling



Illustrasjon Oslo Economics.

#### 8.1.1 Ledelsesforankring

I intervjuundersøkelsen understreket flere at arbeid med oppgavedeling er ressurs- og tidkrevende. En viktig faktor for å lykkes med oppgavedeling er derfor god forankring med ledere på alle nivåer, fra administrerende direktør til nærmeste leder på avdelingen eller enheten. God ledelsesforankring sikrer at arbeid med oppgavedeling blir prioritert, og bidrar til å motivere medarbeidere til å lykkes med oppgavedelingen. Toppledere i sykehuset må signalisere at det er behov for endrede arbeidsprosesser og oppgavedeling, og involvere avdelingsledere, seksjonsledere og enhetsledere i arbeidet. I tillegg må ledere være villige til å endre arbeidsprosesser og fordeling av oppgaver. Det er også viktig at arbeidet forankres med tillitsvalgte.

Dersom ledere ikke er engasjert i arbeid med oppgavedeling, er det krevende å lykkes. Ledere avgjør arbeidsfordelingen, lager bemanningsplaner og er sentrale i arbeid med informasjonsspredning, holdningsarbeid og å motivere medarbeidere. Dersom ledere ikke er involvert i arbeidet med oppgavedeling kan det være vanskelig for andre ansatte å få gjennomslag for arbeidet. At arbeidet med oppgavedeling er forankret på ledelsesnivå kan også bidra til å redusere motstand og usikkerhet blant de ulike personellgruppene, herunder både de som skal gi fra seg oppgaver og de som skal påta seg nye oppgaver. Det kan også være viktig at ledere har god dialog med alle medarbeidere/tillitsvalgte, for å sikre forståelse for behovet for endret oppgavedeling og de mulige gevinstene.

*«I prosesser hvor fokus er oppgavedeling, er det viktig at man*

*løfter disse prosessene på nivået over avdelingsledelse.»*

---

**Helsefagarbeider, oppgitt i spørreundersøkelse**

Intervjuer med toppledere i sykehus bekrefter viktigheten av ledelsesforankring, og lederne vi snakket med var samstemte i at dette var avgjørende for å få til oppgavedeling. De trakk frem at «hvis lederen vil, får man det til». En leder hadde egen erfaring med arbeid med oppgavedeling og overføring av enkeltoppgaver mellom personellgrupper, og dette arbeidet hadde stoppet opp da nye ledere kom inn og nedprioriterte arbeidet. En annen leder trakk frem at det som understøtter endringsprosessene, er hvis leder får «drahjelp» fra fagmiljøene. Argumentet var at det er mye enklere å få til endrede arbeidsprosesser om de berørte personellgruppene fagmiljøer er interessert. En leder trakk også frem at ny teknologi øker muligheter for å få til oppgavedeling, og at personellgrupper som er «frampå» med å ta i bruk ny teknologi, styrker sin posisjon i sykehuset.

Topplederne hadde til dels ulike syn på hva oppgavedeling skal innebære. Enkelte mente at det var nødvendig med profesjonalisering og at utvalgte yrkesgrupper skulle gjøre utvalgte oppgaver, innenfor den kompetansen de har. Andre mente at det var viktigere at de ansatte var fleksible, slik at oppgavene ble løst raskt på den enkelte vakt. Flere av topplederne mente at alle måtte lære seg nye oppgaver, mens flere mellomledere var opptatt av at dette skulle være valgfritt. En av topplederne var opptatt av at oppgavedeling påtvinges som følge av manglende hender, men det må understøttes av kompetanse og utdanning for å «få hodene med».

### 8.1.2 Satsing på lærlinger

Mange sykehus har fastsatte mål om å øke antall helsefagarbeidere i sykehuset. Flere av våre informanter trekker frem at selv om sykehuset ikke har hatt helsefagarbeiderlærlinger tidligere, har de nå konkrete mål om å øke antall helsefagarbeiderlærlinger. Flere opplever at å ha helsefagarbeiderlærlinger er en viktig rekrutteringskanal for sykehusene; mange sykehus ønsker å ansette lærlingene i faste stillinger etter endt læretid. Ved at sykehuset har satsing på lærlinger, kan opplæringsprogram og opplegg for lærlingene være tilpasset de behovene sykehusene ser for seg at helsefagarbeidere skal bidra til å dekke i fremtiden. Mange anser læretiden som en god mulighet til å lære opp fremtidige ansatte. Hvis sykehuset ikke har lærlinger, og må ansette helsefagarbeidere med bakgrunn fra kommunehelsetjenesten, vil det være større behov for

opplæring av nyansatte, og terskelen for å ansette helsefagarbeidere kan bli større.

### 8.1.3 Kartlegging av oppgaver, ansvarsfordeling og roller

Mange av sykehusene som har hatt eller har pågående prosjekter om oppgavedeling, som innebærer kartlegginger av arbeidsprosesser og arbeidsoppgaver, opplever at dette er nyttig for å lykkes med oppgavedeling. Slike kartlegginger kan bidra til å skape klarhet i hvilke personellgrupper som typisk gjennomfører de ulike oppgavene og om det er potensial for mer effektiv fordeling av oppgaver. Ved å involvere de ulike personellgruppene i arbeidet, kan flere bli bevisste på hvilke utfordringer som er knyttet til den eksisterende fordelingen av oppgaver. Personellgruppene kan enes om hva som er effektiv fordeling av oppgaver og alle kan bli mer bevisste på muligheter for en bedre arbeidsflyt. En slik felles forståelse og forankring for arbeidet med oppgavedeling kan bidra til vellykket gjennomføring av de ønskede endringene.

*«Helsefagarbeiderne bør ha en arbeidsinstruks slik at man vet hva som forventes. Ledelsen bør ha en god plan for f.eks. opplæring i avdeling og ha klare målsettinger på hvordan de skal «bruke» helsefagarbeideren.»*

---

**Helsefagarbeider, oppgitt i spørreundersøkelse**

Enkelte av topplederne trakk også frem at kartlegging av arbeidsprosesser var viktig for å få til endring. En leder trakk frem eksempel med sykepleiere som utførte oppgaver som burde vært utført av andre personellgrupper. I eksempelet ble vasking av rom gjennomført av sykepleiere fordi det var en kultur på avdelingen om at alle skulle gjøre alt. En annen leder trakk frem at en slik kartlegging var viktig for å kunne spørre sykepleieren «er dette den viktigste oppgaven du utfører?». Hvis svaret er nei, burde vedkommende heller ikke gjøre oppgaven.

Kartlegging av oppgaver blant personellgruppene kan bidra til en tydeliggjøring av ansvarsfordeling og roller, og de ulike personellgruppene kan få en mer definert funksjonsbeskrivelse. At helsefagarbeiderne får hele, faste stillinger, heller enn deltids- og vikarstillinger, trekkes også frem som viktig for god oppgavedeling, opprettholdelse av kontinuitet og sikring av stabilitet i arbeidet.

Informanter trakk frem at hvis arbeidsprosesser ikke kartlegges, er det utfordrende å vite hvor man skal

starte for å endre oppgavedelingen. Det gjør det også mer krevende å involvere og motivere berørt personell. Sykehusene kan oppleve økt motstand fra personellgrupper, som gjør det vanskeligere å sette i gang med oppgavedeling.

#### 8.1.4 Informasjon og holdningsarbeid

Manglende kjennskap til andre personellgruppers kompetanse, samt negative holdninger blant personell som påvirkes av ny oppgavedeling, kan virke hemmende for å lykkes med oppgavedeling. Negative holdninger kan være et hinder dersom det er knyttet til endringer i hvilke oppgaver den enkelte utfører, eller dersom det handler om negative holdninger til andre personellgrupper. Flere informanter trakk frem at for å lykkes med oppgavedeling er det viktig å jobbe med informasjonsspredning og holdningsarbeid.

Flere informanter trakk også frem at lang historikk med profesjonskamp mellom helsefagarbeidere og andre personellgrupper, samt endringer i utdanningene, fortsatt preger kultur og holdninger i sykehuset. Selv om holdningene og kulturen mange steder er i ferd med å endres eller har endret seg, preges mange fortsatt av historikken. Dette gjør at det fortsatt er svært viktig med informasjon og holdningsarbeid før arbeid med endringsprosesser igangsettes.

I helsetjenesten er det strenge krav til forsvarlighet, og en oppgave kan ikke overføres til andre med mindre involvert helsepersonell er trygg på at oppgaven blir gjennomført på en tilfredsstillende måte. Enkelte kan derfor oppleve usikkerhet knyttet til forsvarligheten ved å gi fra seg oppgaver til andre personellgrupper. Ved oppgaveoverføring til helsefagarbeidere er det særlig viktig å informere andre personellgrupper om helsefagarbeidernes kompetanse og hvilke oppgaver de kan utføre. I tillegg kan informasjonsspredning være nyttig for å gjøre andre personellgrupper bevisst på behovet for å tenke annerledes på oppgavefordelingen. Informanter trakk frem at økt informasjon til alle personellgrupper kan bidra til økt forståelse, bedre holdninger og respekt for hverandre. Dette kan igjen fremme god oppgavedeling. Flere understreker at det tar tid å endre holdninger og kulturer, og det må jobbes kontinuerlig med dette.

#### 8.1.5 Opplæring, kompetanseheving og videreutdanning

Det ble av flere informanter trukket frem at tilstrekkelig opplæring og oppfølging er nødvendig for at helsefagarbeidere skal kunne påta seg nye arbeidsoppgaver. For eksempel kan opplæringspakker og kompetanseplaner være nyttige verktøy for å styrke kompetansen. En fordel ved felles kompetanseplaner er at det skapes en minstenorm for hva en helsefagarbeider skal kunne utføre av oppgaver. Andre personellgrupper kan bistå i

veiledningen av helsefagarbeiderne, og opplæring og sertifisering kan dokumenteres i en kompetanseportal. På denne måten blir helsefagarbeidernes kompetanse mer transparent, noe som kan bidra til å skape trygghet både for helsefagarbeiderne som skal utføre oppgavene og for andre personellgrupper.

*«Kjempeviktig at fagarbeidere får opplæring på sykehus til å utføre de oppgavene de har kompetanse til å gjøre. Sykepleiere bruker for mye tid på oppgaver som ikke trenger å gjøres av kun sykepleiere. De får da for lite tid til oppgaver som må og bør være forbeholdt de.»*

#### Helsefagarbeider, oppgitt i spørreundersøkelse

En utfordring er at det i dag virker å være stor variasjon innad i en personellgruppe om hvilke oppgaver den enkelte kan utføre. For helsefagarbeidere skyldes dette til dels endringer i utdanningen, og at eldre hjelpepleiere har en annen kompetanse enn nyutdannede helsefagarbeidere. Flere informanter peker likevel på at det også skyldes ulik arbeidserfaring og sted for gjennomføring av læretiden (for eksempel sykehus sammenlignet med kommunehelsetjenesten), samt individuelle forskjeller og interesse for å lære seg nye oppgaver. Disse forskjellene kan være til hinder for god oppgavedeling, og gjøre avdelingen avhengig av enkeltindivider heller enn yrkesgrupper.

Muligheter for videreutdanning gir helsefagarbeidere mulighet til å heve sin kompetanse og bli bedre rustet til å gjennomføre nye oppgaver. Dette kan være særlig nyttig dersom sykehuset og fagskoler har tett samarbeid om å utvikle videreutdanninger tilpasset behovet i spesialisthelsetjenesten.

En studie av seniorer i sykehussektoren finner at blant et utvalg helsefagarbeidere, stod helsefagarbeidere med videreutdanning lenger i arbeid enn helsefagarbeidere uten videreutdanning (Midtsundstad & Nielsen, 2022). I løpet av en syvårs periode hadde ti prosentpoeng flere helsefagarbeidere uten videreutdanning forlatt sykehusjobben, sammenlignet med helsefagarbeidere med videreutdanning. Dette funnet indikerer at økt kompetanse kan gjøre det mer attraktivt for helsefagarbeiderne å stå i yrket. Samtidig viste analyser av faktorer som påvirker tidlig pensjonering, definert ved avgang ved 62-års alder fremfor å fortsette etter denne alderen, at type utdanning og yrke ikke hadde noe å si.

### 8.1.6 Økonomiske rammer

På mange sykehus pågår arbeid med oppgavedeling fordi bemanningssituasjonen på sykehuset tilsier behov for å endre fordelingen av oppgaver mellom de tilgjengelige personellgruppene. Det er altså ressurs-tilgangen som avgjør hvordan oppgaver fordeles mellom personellgrupper på den enkelte vekten. På denne måten bidrar knappe økonomiske rammer og mangelfull tilgang til personellgrupper til at oppgavedeling skjer i praksis.

Å arbeide systematisk med oppgavedeling og kompetanseheving kan imidlertid være tid- og ressurskrevende, særlig i oppstartsfasen. Flere informanter trekker frem at økonomiske rammer kan være en faktor som legger føringer for dette arbeidet. Flere opplever det som avgjørende med tilstrekkelig tilgang til midler for å kunne gjennomføre utviklings- og pilotprosjekter, opplæring av personellgrupper og utvikling av kompetanseplaner og -programmer.

Økonomiske rammer kan også være en begrensende faktor for god oppgavedeling dersom det ikke er midler til å etablere heltidsstillinger for helsefagarbeidere. Dette kan gjøre det utfordrende å oppnå den ønskede kontinuiteten og stabiliteten i arbeidet, samt at det kan bli vanskelig å rekruttere ettersom deltidstillinger er mindre attraktivt enn heltidsstillinger.

## 8.2 Potensielle ulemper og gevinster ved god oppgavedeling

Det er mange mulige gevinster ved økt grad av oppgavedeling mellom helsefagarbeidere og andre personellgrupper i sykehusene. Informantene pekte likevel på at oppgavedeling kan medføre ulemper hvis det ikke gjennomføres på en god og hensiktsmessig måte.

I mange av prosjektene vi har identifisert har oppgavedelingen hatt som mål å avlaste sykepleiere for å imøtekomme rekrutteringsutfordringer og fremtidens behov. Erfaringene med overføring av oppgaver fra sykepleiere til helsefagarbeidere er at sykepleiere kan oppleve å få avlastning og jevnere arbeidsbelastning. Dette kan videre bidra til bedre arbeidsflyt og samarbeid med øvrig personell. Ved å utnytte tilgjengelig kompetanse og ressurser kan oppgavedeling også redusere overtidsarbeid.

*«Jeg tror at med opplæring, kunne helsefagarbeidere utføre en del oppgaver for å avlaste sykepleiere i mange situasjoner. Dette vil gagne*

*pasienter fordi mange oppgaver kan gjøres ferdig uten å vente på sykepleier.»*

### Helsefagarbeider, oppgitt i spørreundersøkelsen

De fleste informantene har ikke erfart ulemper ved oppgavedeling, forutsatt at det gjennomføres på en god måte. Likevel trakk enkelte frem at dersom helsefagarbeiderne ikke har god nok kompetanse til å gjennomføre de nye oppgavene, kan det være en risiko for pasientsikkerheten. Andre påpekte at oppgavedeling kan føre til støy og uro i arbeidsmiljøet dersom enkelte personellgrupper opplever misnøye ved ny oppgavedeling. Dette er særlig i startfasen frem til nye arbeidsmåter har satt seg.

Det kan være ressurskrevende å arbeide med oppgavedeling, særlig i en overgangsfase. Informantene trakk frem at oppgavedeling er en kabal som skal gå opp, som kan være utfordrende og krever mye arbeid. Ved å overføre en oppgave fra en personellgruppe til en annen, kan det føre til oppgaveforskyvning også hos andre, som en slags dominoeffekt av oppgavedeling. Dette kan innebære ulemper for personellgrupper som berøres indirekte, men også fordeler dersom oppgaveforskyvningen er hensiktsmessig. Samtidig kan oppgavedelingen gi gevinster ved økt produktivitet og fleksibilitet i arbeidsfordelingen. Gevinstene vil også avhenge av lønnsforskjeller mellom personellgruppene. I Norge har man tradisjonelt hatt små lønnsforskjeller, som bidrar til at de økonomiske konsekvensene blir begrenset.

En annen gevinst ved oppgavedeling er at helsefagarbeiderne kan oppleve at deres rolle i sykehuset styrkes og løftes. Dette trekkes frem i flere av prosjektene vi har kartlagt, og kan videre bidra til økt stolthet til faget. Flere trakk også fram at helsefagarbeiderne opplever en synliggjøring av oppgavene de utfører, at oppgavene blir tydeligere definert og at det blir tydeligere for andre personellgrupper hvordan helsefagarbeidere kan bidra. Dette kan også bidra til at både helsefagarbeidere og andre personellgrupper føler seg tryggere i arbeidet de gjennomfører. Enkelte informanter erfarer at helsefagarbeidere opplever arbeidet som mer givende og meningsfullt.

Ved jevnere fordeling av arbeidsbelastning mellom personellgrupper, samt økt grad av forståelse og respekt, kan helsefagarbeidere og andre personellgrupper oppleve økt grad av jobbtilfredshet. Sammen kan alle disse faktorene bidra til å opprettholde pasientsikkerheten og heve kvaliteten på tjenestene.

## 9. Referanser

- Bergsagel, I., 2019. 6 av 10 sykepleiere bruker daglig tid på oppgaver de mener andre burde utføre. *Sykepleien*.
- Brodtkorp, K., 2017. *En sykepleierutdanning for fremtiden*. [Internett]  
Available at:  
<https://sykepleien.no/forskning/2017/11/en-sykepleierutdanning-fremtiden>  
[Funnet 2022].
- Centrum För Livslångt Lärande, 2022. *Undersköterska blir en skyddad yrkestitel – vad betyder det?*. [Internett]  
Available at:  
<https://www.tyreso.se/komvux/arkiv/nyhetsarkiv/arkiv/2022-05-16-underskoterska-blir-en-skyddad-yrkestitel---vad-betyder-det.html>  
[Funnet August 2022].
- Danmarks Evalueringsinstitut, 2012. *Sosu-skolernes anvendelse af midlerne fra trepartsaftalen til rekrutterings- og fastholdelsesindsatser - Slutevaluering*, s.l.: s.n.
- Danske regioner, 2020. *Patienter har brug for social- og sundhedsassistenter*. [Internett]  
Available at:  
<https://www.regioner.dk/services/nyheder/2020/februar/patienter-har-brug-for-social-og-sundhedsassistenter>  
[Funnet August 2022].
- Drange, I. & Vabø, M., 2021. A Cross-sectional Study of Sustainable Employment in Nordic Eldercare. *Nordic Journal of Working Life Studies*.
- Finansdepartementet, 2021. *Meld. St. 14 (2020-2021) Perspektivmeldingen 2021*, s.l.: s.n.
- FOA, 2022. *Mere end hver femte social- og sundhedsassistent føler sig stresset*. [Internett]  
Available at:  
<https://via.ritzau.dk/pressemeddelelse/mere-end-hver-femte-social-og-sundhedsassistent-foler-sig-stresset?publisherId=13559569&releasId=13654274>  
[Funnet August 2022].
- Fonn, M., 2022. *Historisk profesjonskamp blusser opp igjen: – Jeg vil ikke ha en slik strid, sier NSF-lederen*. [Internett]  
Available at:  
<https://sykepleien.no/2022/02/historisk-profesjonskamp-blusser-opp-igjen-jeg-vil-ikke-ha-en-slik-strid-sier-nsf-lederen>  
[Funnet 2022].
- Helse- og omsorgsdepartementet, 2009. *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. St.meld. nr. 47 (2008-2009)*, s.l.: s.n.
- Hjemås, G., Zhiyang, J., Kornstad, T. & Stølen, N. M., 2019. *Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035*, s.l.: Statistisk Sentralbyrå (SSB).
- Kommunenes landsforening, 2022. *Om bare 8 år kan vi mangle 16.000 SOSU'er*. [Internett]  
Available at:  
<https://www.kl.dk/nyheder/momentum/2022/2022-2/om-bare-8-aar-kan-vi-mangle-16000-sosu-er/>  
[Funnet August 2022].
- KS, 2022. *Bedre oppgavedeling skaper fremtidens omsorgstjenester*. [Internett]  
Available at:  
<https://www.ks.no/fagomrader/arbeidsgiverpolitikk/kompetanse-og-rekruttering/torn/bedre-oppgavedeling-skaper-fremtidens-omsorgstjenester/>  
[Funnet 2022].
- Ludvigsen, K. & Danielsen, H., 2014. *Ny oppgavefordeling mellom personellgrupper i helse- og omsorgssektoren: veien å gå for å sikre framtidens velferdstjeneste*, s.l.: s.n.
- Midtsundstad, T. & Nielsen, R. A., 2022. *Seniorer i sykehussektoren - Hvordan beholde seniorene og deres kompetanse*, s.l.: s.n.
- Norsk Sykepleierforbund, 2022. *Vår historie*. [Internett]  
Available at: <https://www.nsf.no/om-oss/var-historie>  
[Funnet 2022].
- Oslo Economics, 2022. *Kartlegging av intensivkapasitet i Sverige og i Danmark*, s.l.: s.n.
- Pingvinavisa, 2016. *Velger helsefag for å hjelpe andre..* [Internett]  
Available at: <http://www.pingvinavisa.no/velger-helsefag-for-a-hjelpe-andre/>  
[Funnet 2022].
- Region Hovedstaden, 2021. *Plan for avvikling af udskudt aktivitet*, s.l.: s.n.
- Region Kronoberg, 2018. *Kompetensförsörjning 2018 - Översyn av kompetensförsörjningen i Kronobergs län*, s.l.: s.n.
- Region Östergötland, 2022. *Nya starter av specialistutbildning för undersköterskor*. [Internett]  
Available at: <https://www.regionostergotland.se/Om-regionen/Pressrum/Nyheter/nya-starter-av->

spesialistutbildning-for-underskoterskor/  
[Funnet August 2021].

Regjeringen.no, 2021. *Regjeringen har oppnevnt helsepersonellkommisjonen.* [Internett]

Available at:

<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/regjeringen-har-oppnevnt-helsepersonellkommisjonen/id2892577/>  
[Funnet 2022].

Store norske leksikon, 2020. *Hjelpepleier.* [Internett]

Available at: <https://sml.snl.no/hjelpepleier>

[Funnet 2022].

Støren, L. A., Næss, T., Reiling, R. & Wiers-Jenssen, J., 2014. *Får nyutdannede med høyere grad arbeid i samsvar med sitt utdanningsnivå? Utviklingstrekk 1995–2013. Rapport 53/2014*, s.l.: Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning.

Sykehusbygg HF, 2020. *Evaluering av nytt østfoldsykehus, Kalsnes*, s.l.: s.n.

TV Midtvest, 2021. *Akut behov for at tiltrække flere SOSU'er: Nu tilbyder Herning Kommune løn til alle elever på uddannelserne.* [Internett]

Available at:

<https://www.tvmidtvest.dk/herning/akut-behov-for-at-tiltraekke-flere-sosuer-nu-tilbyder-herning-kommune-loen-til-alle-elever-paa-uddannelserne>  
[Funnet August 2022].

TV2 Øst, 2022. *Ældreplejen mangler personale - nu skal flere arbejde på fuld tid.* [Internett]

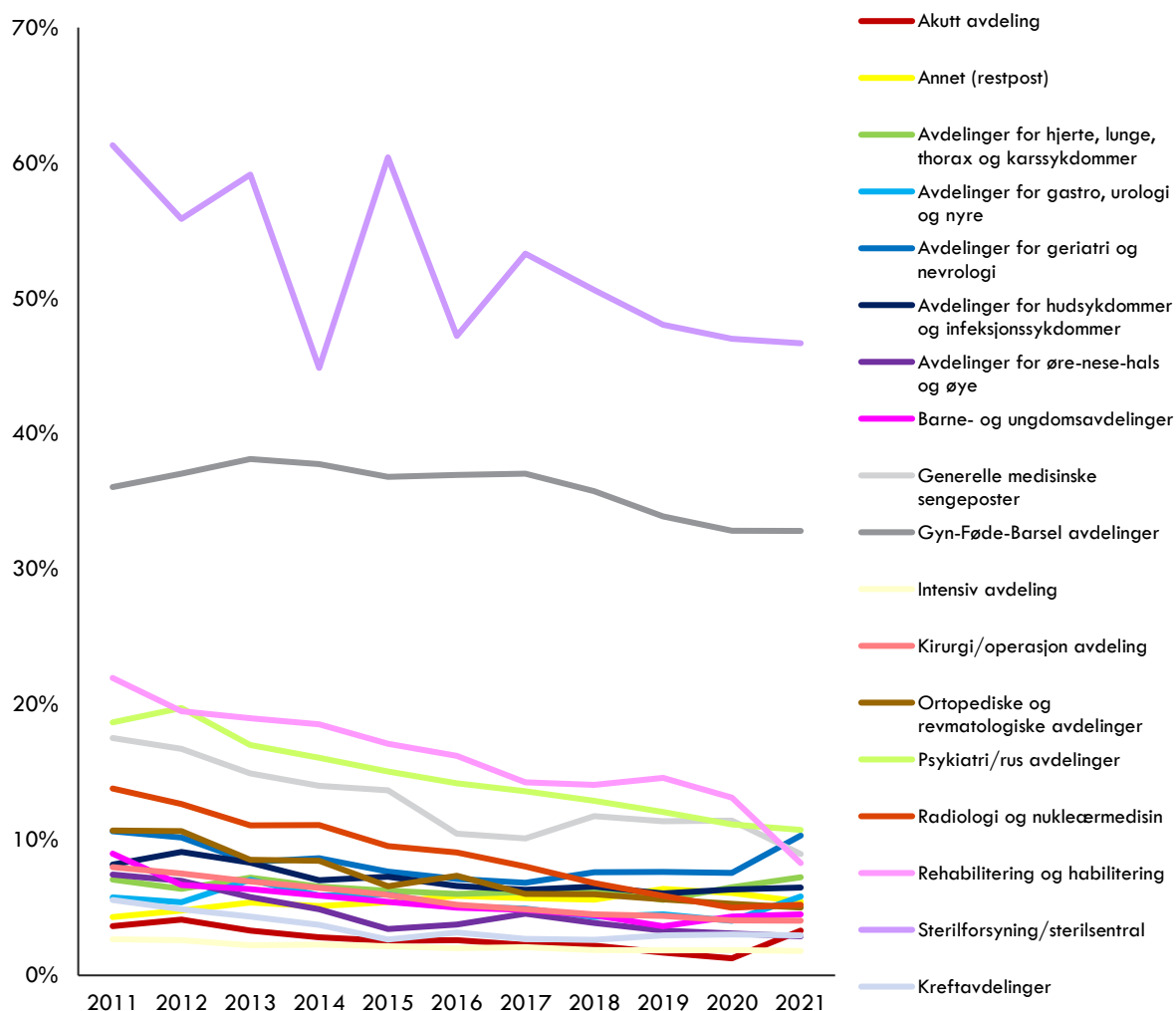
Available at:

<https://www.tv2east.dk/ringsted/aeldreplejen-mangler-personale-nu-skal-flere-arbejde-paa-fuld-tid>  
[Funnet August 2022].

Vård och omsorgs college, Kronoberg, 2022. *Framtid vård och omsorg Kronoberg, sluttrapport*, s.l.: s.n.

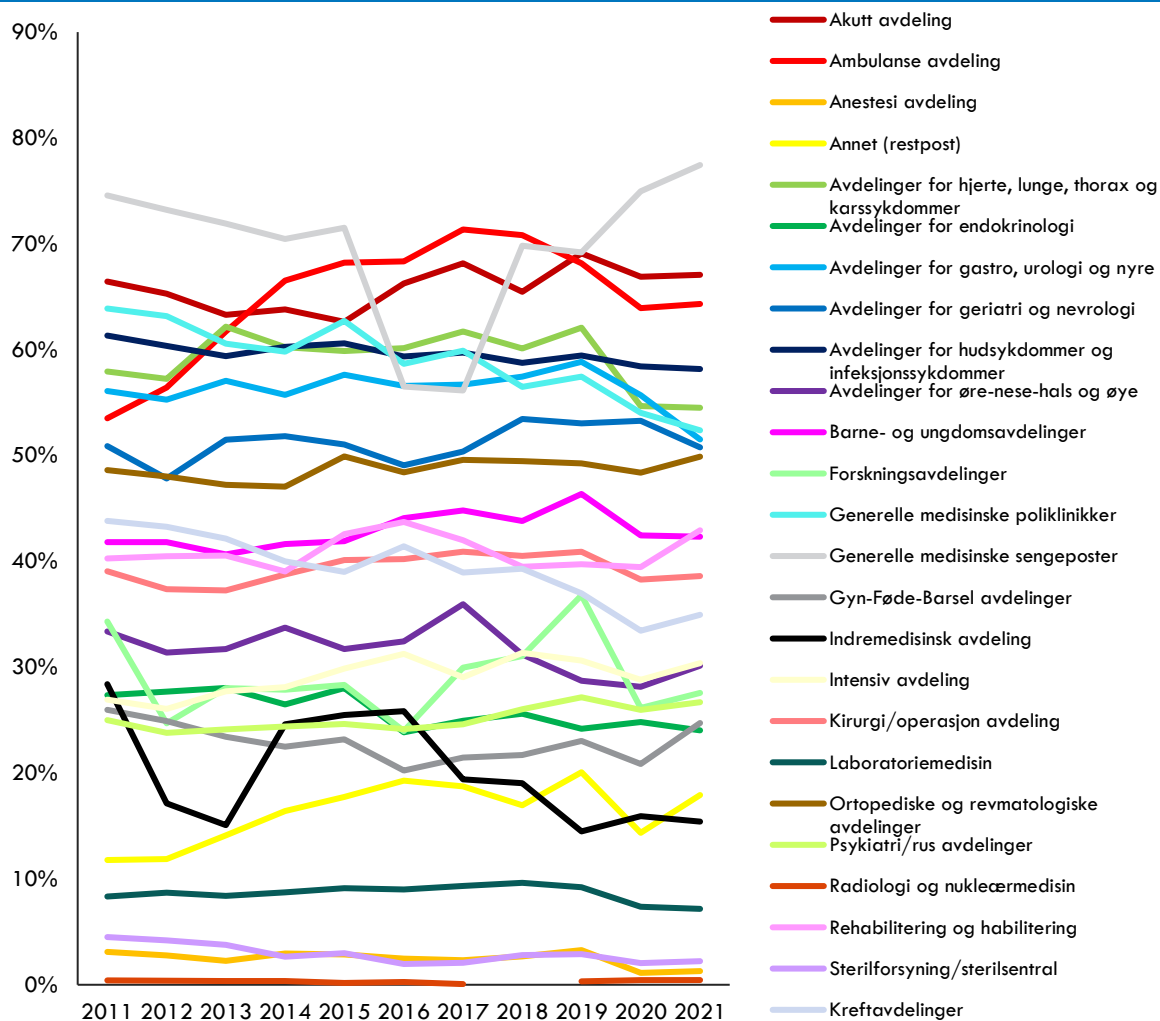
## Vedlegg A Tilleggsanalyser av bemanningsstatistikk og resultater fra spørreundersøkelse

Figur 9-1: Andel av totale årsverk utført av helsefagarbeidere, per avdeling i perioden 2011 til 2021



Kilde: Spekter. Note: Andelen er beregnet som antall årsverk utført av helsefagarbeidere per avdeling, over totale årsverk i avdelingen. Følgende avdelinger er tatt ut av figuren noen år grunnet under fem ansatte helsefagarbeidere i avdelingen: ambulanseavdeling, anestesivdeling, laboratoriemedisin, avdeling for endokrinologi, forskningsavdelinger, generelle medisinske poliklinikker og indremedisinsk avdeling.

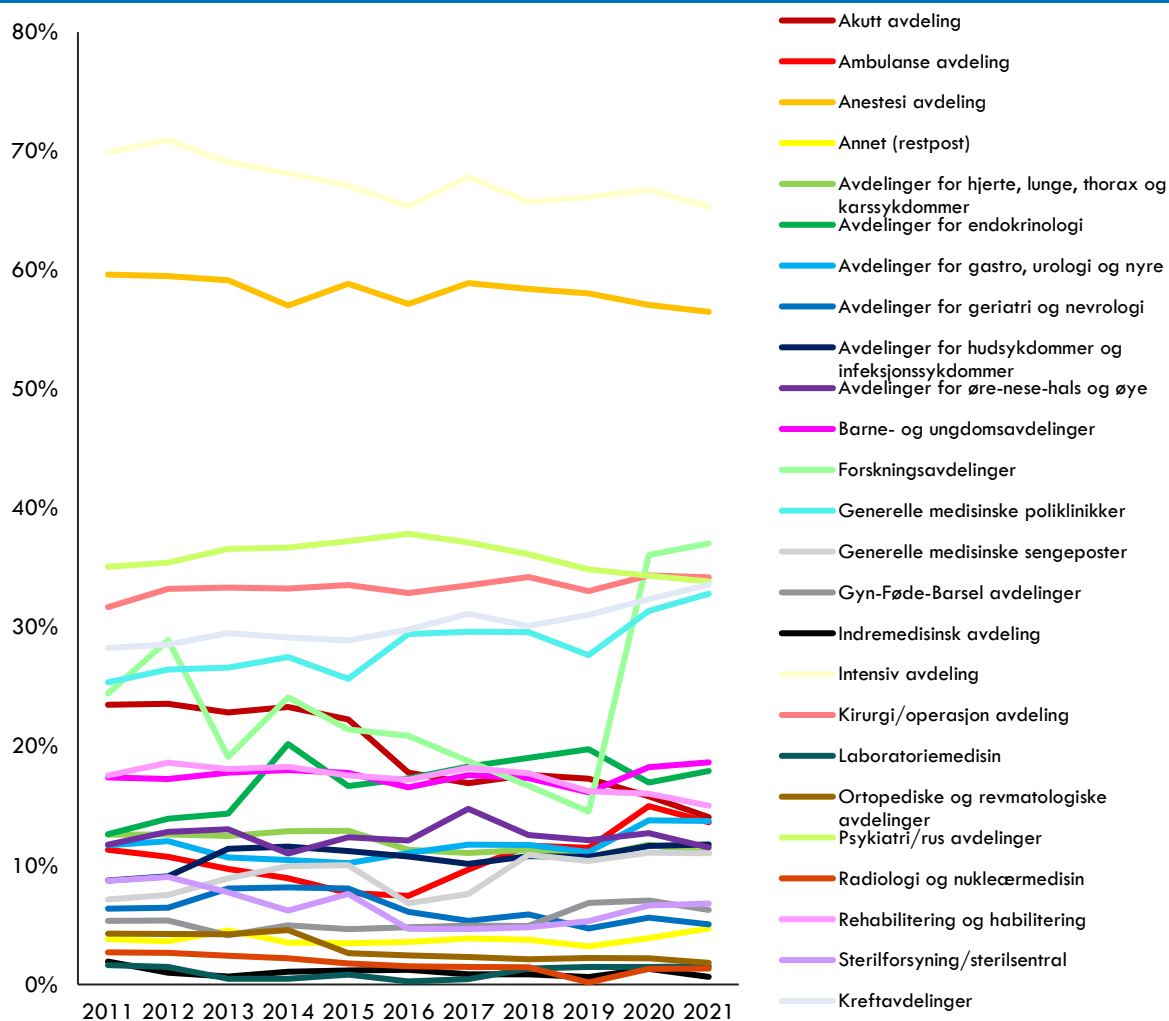
**Figur 9-2: Andel av totale årsverk utført av sykepleiere, per avdeling i perioden 2011 til 2021**



Kilde: Spekter. Note: Andelen er beregnet som antall årsverk utført av sykepleiere per avdeling, over totale årsverk i avdelingen.

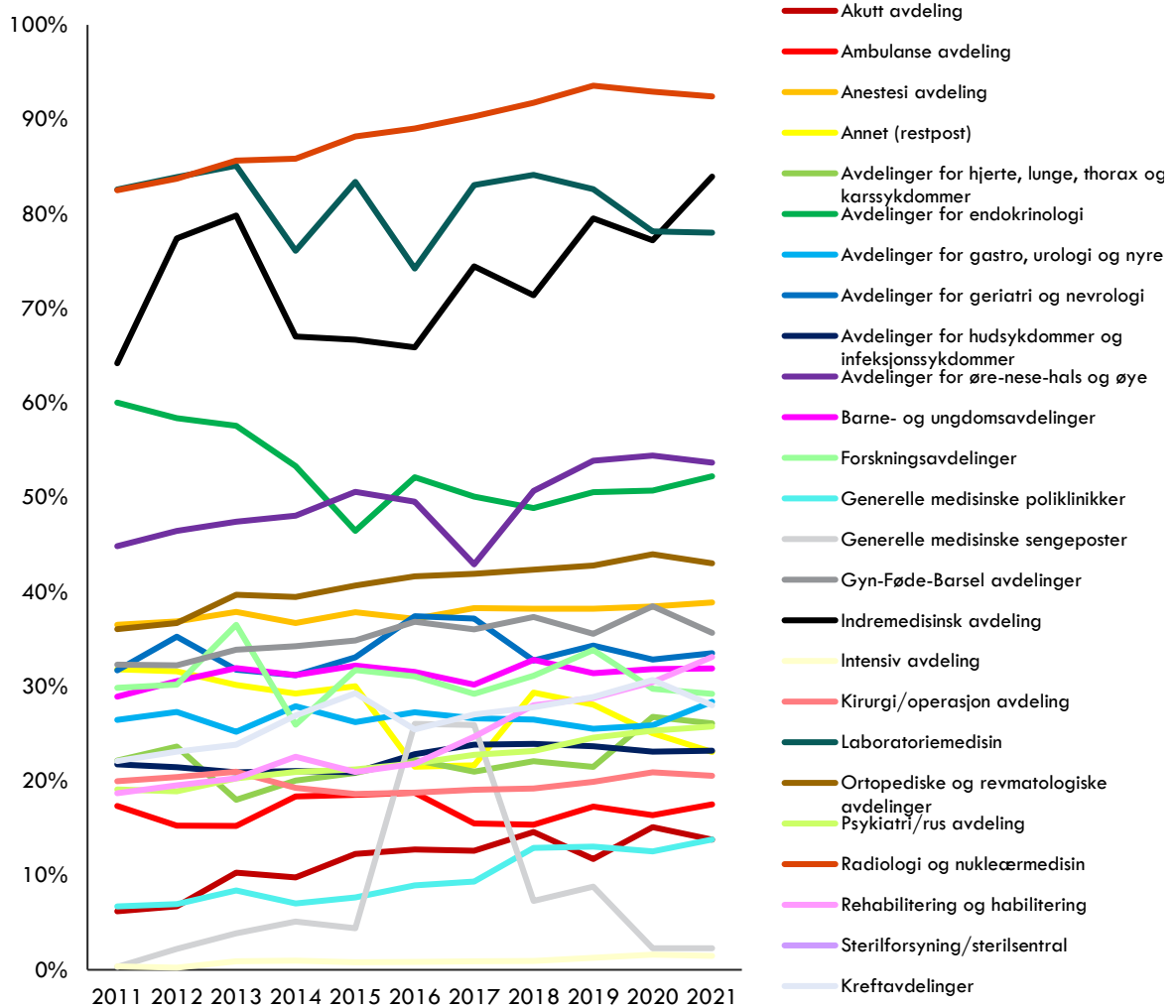


**Figur 9-3: Andel av totale årsverk utført av spesialsykepleiere, per avdeling i perioden 2011 til 2021**



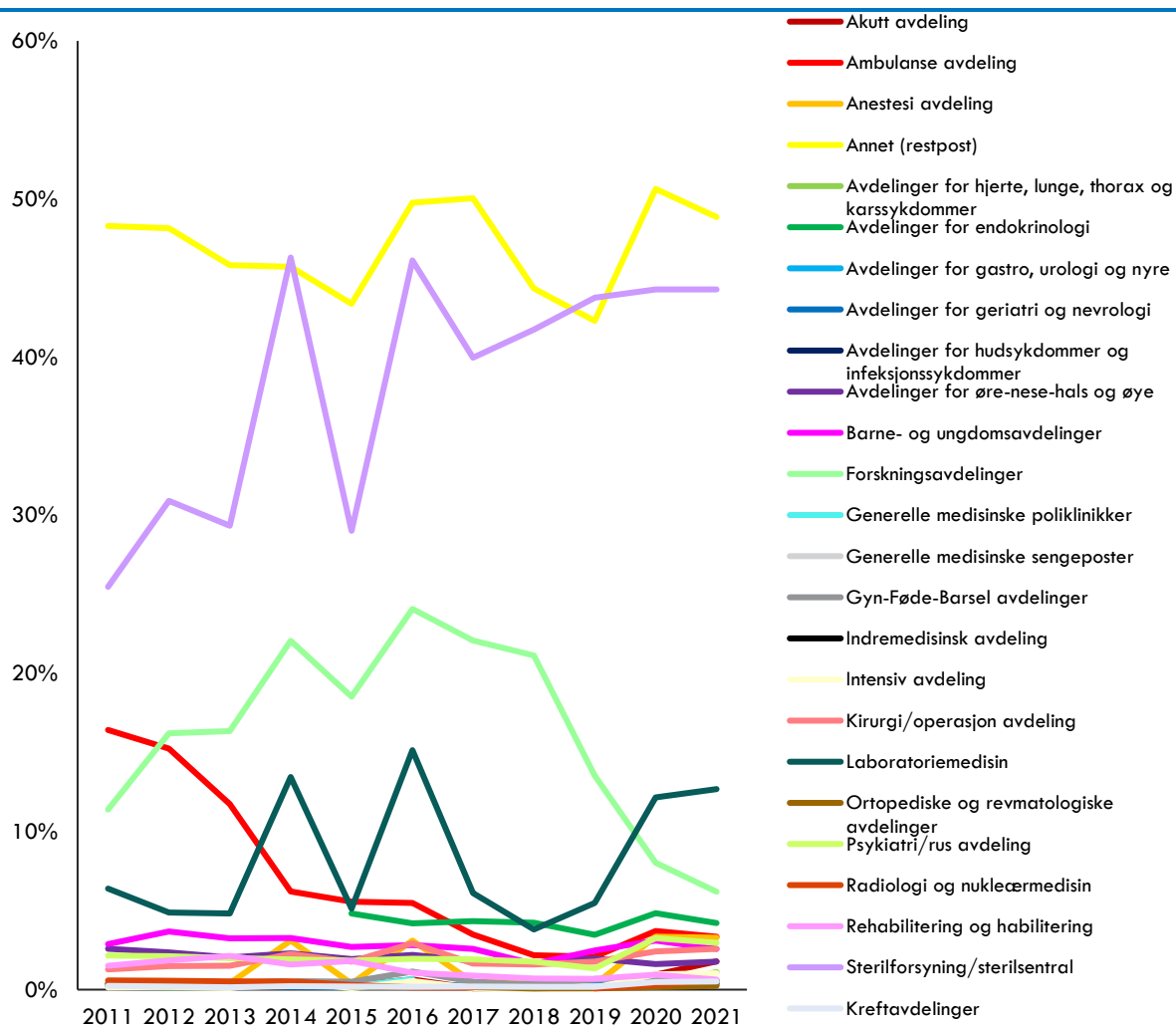
Kilde: Spekter. Note: Andelen er beregnet som antall årsverk utført av spesialsykepleiere per avdeling, over totale årsverk i avdelingen.

Figur 9-4: Andel av totale årsverk utført av leger, per avdeling i perioden 2011 til 2021



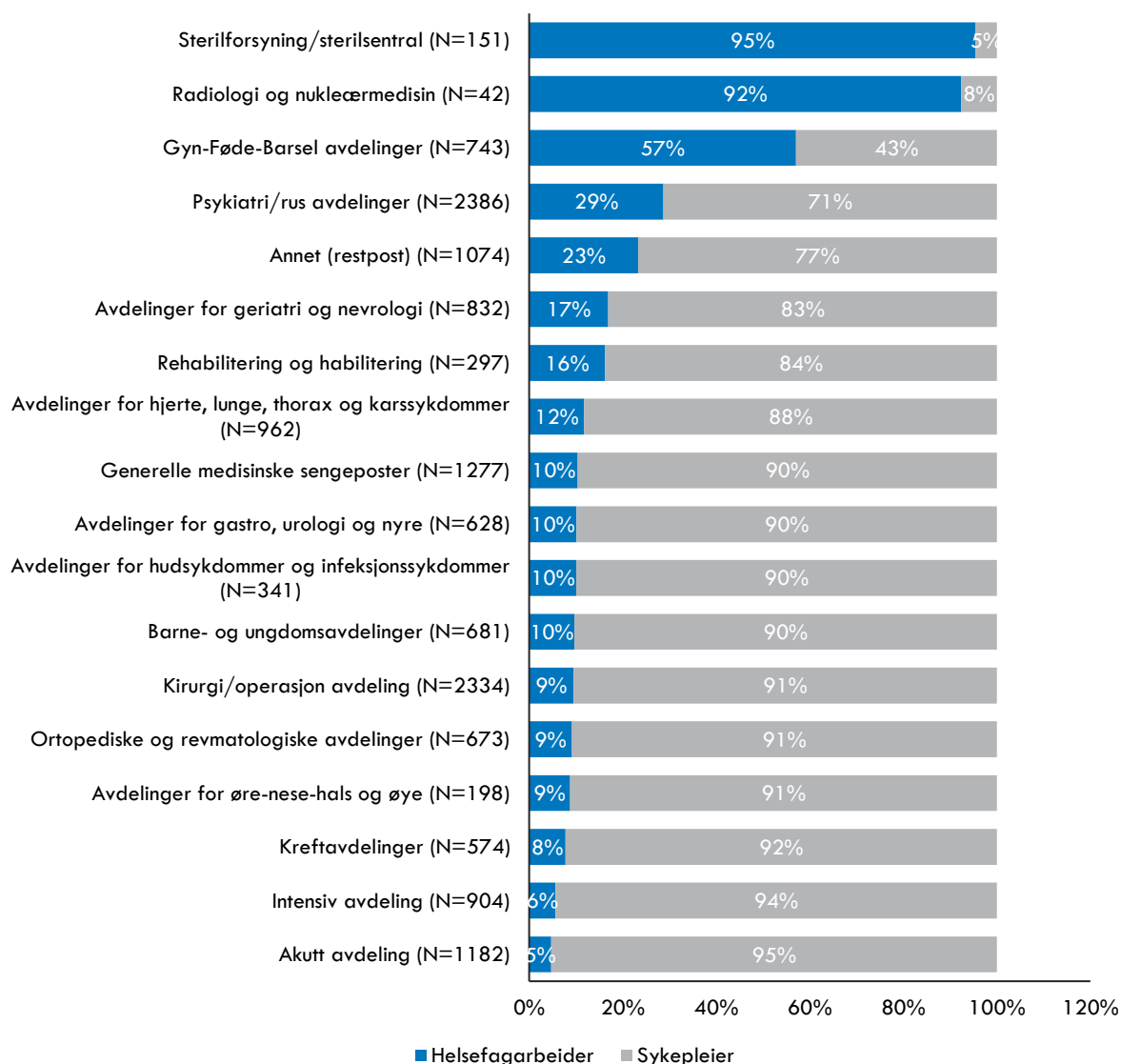
Kilde: Spekter. Note: Andelen er beregnet som antall årsverk utført av leger per avdeling, over totale årsverk i avdelingen.

**Figur 9-5: Andel av totale årsverk utført av fagarbeidere, per avdeling i perioden 2011 til 2021**



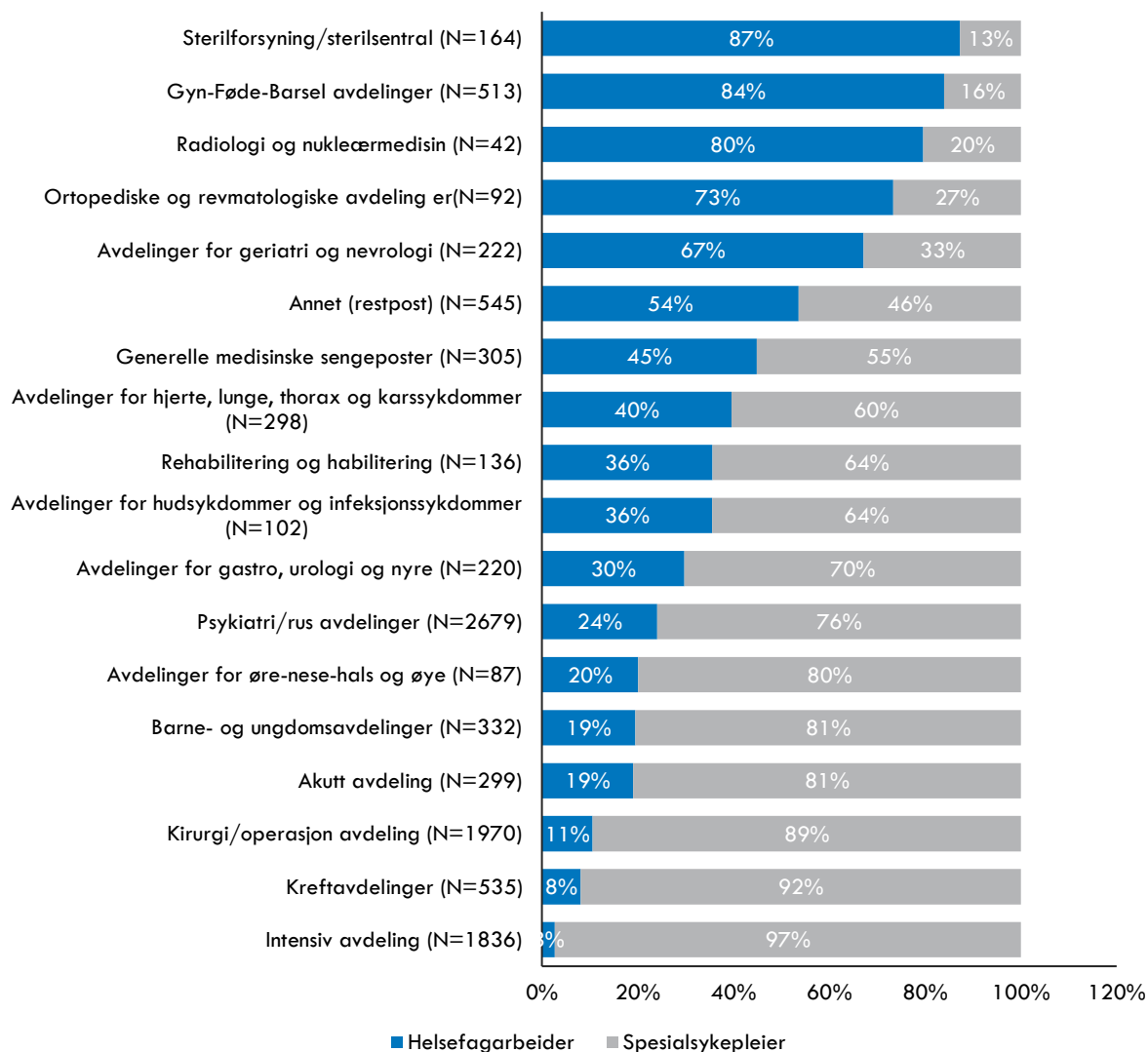
Kilde: Spekter. Note: Andelen er beregnet som antall årsverk utført av fagarbeidere per avdeling, over totale årsverk i avdelingen.

**Figur 9-6: Forholdet mellom årsverk utført av sykepleiere og helsefagarbeidere ved de ulike avdelingene**



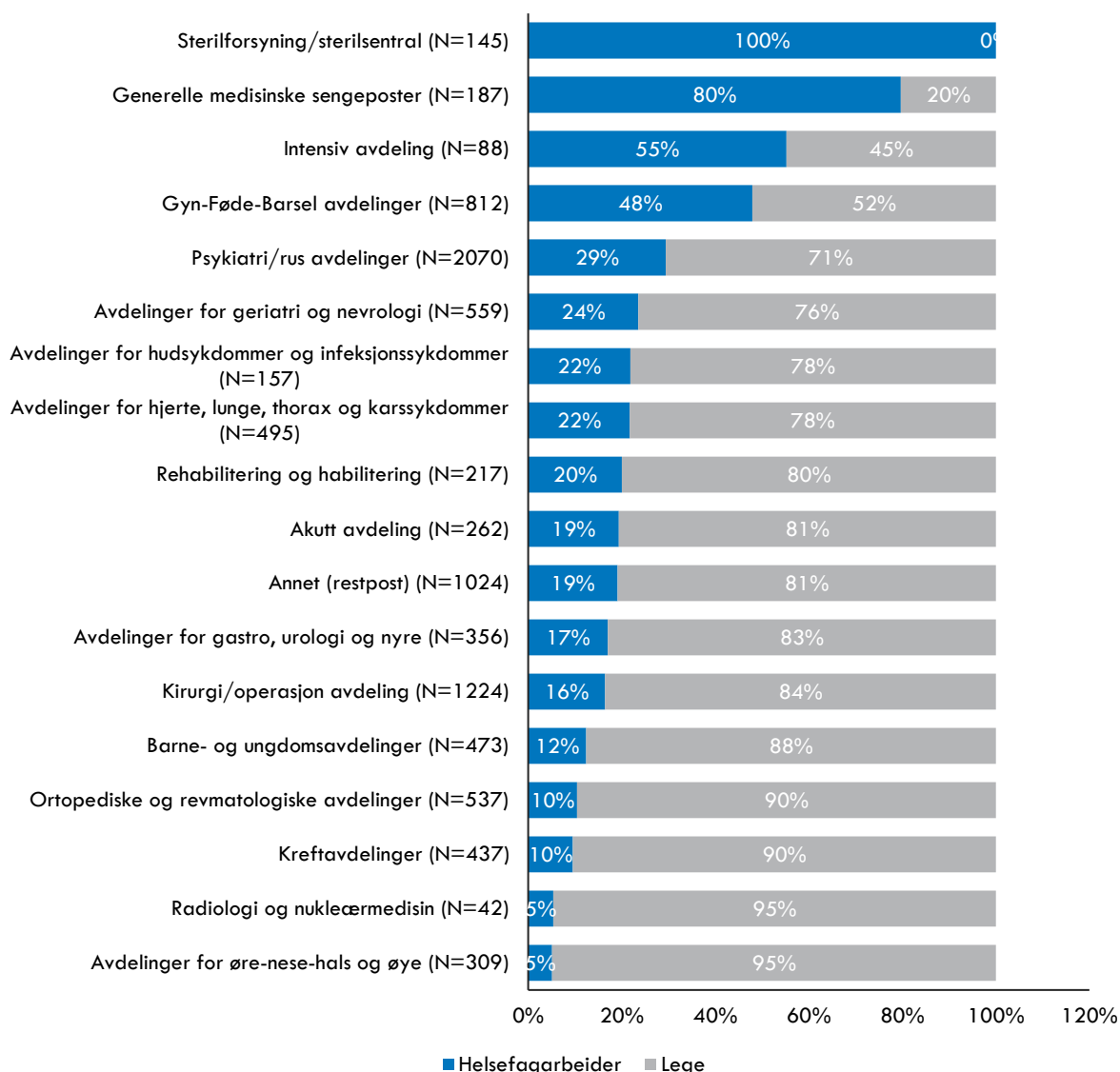
Kilde: Spekter. Tall for Helse Sør-Øst, 2021. Note: De blå søylene angir helsefagarbeiderenes andel av samlet årsverk, utført av helsefagarbeider og sykepleiere. Følgende avdelinger er tatt ut av figuren noen år grunnet under fem ansatte helsefagarbeidere i avdelingen: ambulansesavdeling, anestesiavdeling, laboratoriemedisin, avdeling for endokrinologi, forskningsavdelinger, generelle medisinske poliklinikker og indremedisinsk avdeling.

**Figur 9-7: Forholdet mellom årsverk utført av spesialsykepleiere og helsefagarbeidere ved de ulike avdelingene**



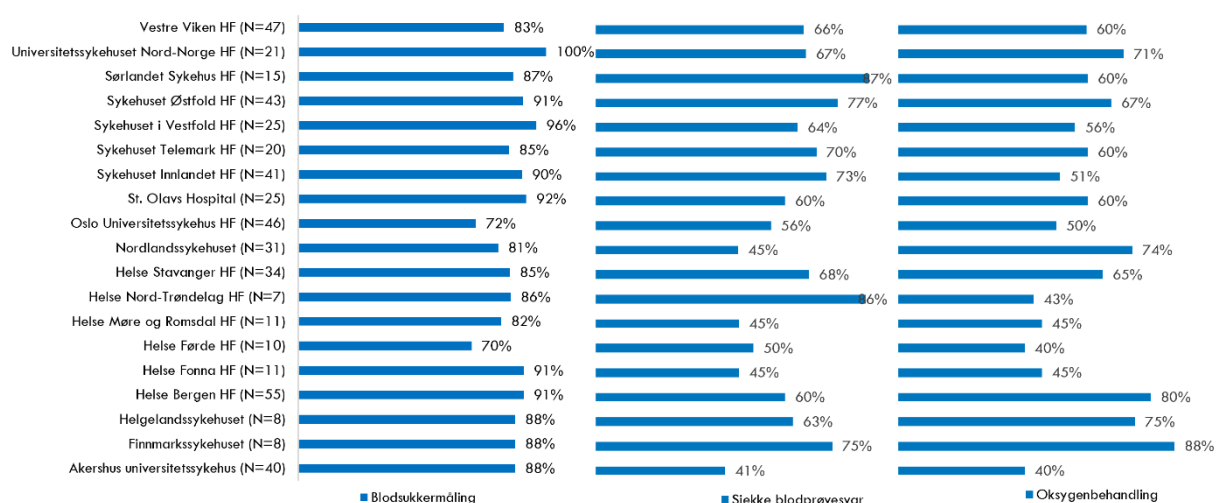
Kilde: Spekter. Tall for Helse Sør-Øst, 2021. Note: De blå søylene angir helsefagarbeiderenes andel av samlet årsverk, utført av helsefagarbeider og spesialsykepleiere. Følgende avdelinger er tatt ut av figuren noen år grunnet under fem ansatte helsefagarbeidere i avdelingen: ambulanseavdeling, anesthesiavdeling, laboratoriemedisin, avdeling for endokrinologi, forskningsavdelinger, generelle medisinske poliklinikker og indremedisinsk avdeling.

**Figur 9-8: Forholdet mellom årsverk utført av leger og helsefagarbeidere ved de ulike avdelingene**



Kilde: Spekter. Tall for Helse Sør-Øst, 2021. Note: De blå søylene angir helsefagarbeiderenes andel av samlet årsverk, utført av helsefagarbeider og leger. Følgende avdelinger er tatt ut av figuren noen år grunnet under fem ansatte helsefagarbeidere i avdelingen: ambulansesavdeling, anestesiasavdeling, laboratoriemedisin, avdeling for endokrinologi, forskningsavdelinger, generelle medisinske poliklinikker og indremedisinsk avdeling.

**Figur 9-9 Andel som oppgir å gjøre utvalgte oppgaver per helseforetak**



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

oslo**economics**

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

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

Besøksadresse:  
Klingenberggata 7A  
0161 Oslo

Postadresse:  
Postboks 1562 Vika  
0118 Oslo