



# Oppgavedeling i norsk helsetjeneste: Tid for å tenke nytt?

*Av Henrik Lerstøl Bjørøen, prosjektmedarbeider i Civita*

Norge har en av verdens dyreste helsetjenester. Vi har også verdens høyeste tetthet av sykepleiere per innbygger. Helsepersonellkommissjonen har slått fast at vi må tenke nytt om hvordan vi organiserer helsesektoren vår, for å sikre en bærekraftig helsesektor for kommende generasjoner. Det er behov for en ny oppgavedeling, hvor vi utnytter kompetansen til ulike grupper av helsepersonell mer effektivt. Kanskje bør vi se til våre naboland, hvor vi kan hente verdifull innsikt. Dette notatet ser nærmere på hvordan oppgavedeling kan bidra til bedre ressursutnyttelse i helsesektoren.

## Hva er oppgavedeling?

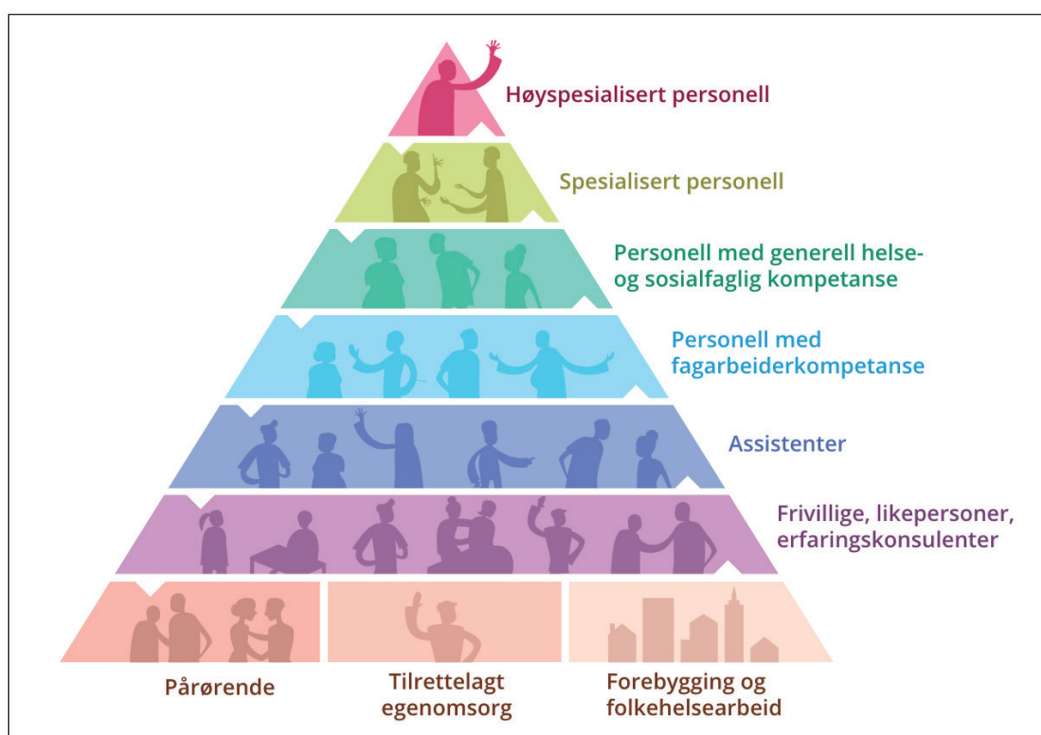
WHO definerer oppgavedeling som «den rasjonelle omfordelingen av oppgavene blant helsepersonell, der målet er bedre dekning av helsepersonell og en bedre utnyttelse av de tilgjengelige menneskelige ressursene».<sup>1</sup> Oppgavedeling kan innebære en omfordeling av oppgaver mellom yrkesgrupper med samme utdanningsnivå, som i litteraturen betegnes som horisontal

oppgavedeling. Det kan også bety en omfordeling mellom personell med ulikt utdanningsnivå, altså vertikal oppgavedeling. Oppgavedeling er ikke et nytt fenomen, men en kontinuerlig prosess i norsk helsesektor. Det er en etablert oppfatning at det må utforskes nye måter å arbeide på i helsetjenesten, dersom den skal stå godt rustet til å møte den økende belastningen i fremtiden. Flere eldre og færre behandlere per pasient medfører økt belastning på helsesektoren, og at ressursene må utnyttes mer effektivt.

I 2021 ble Helsepersonellkommisjonen nedsatt for å foreslå treffsikre tiltak i årene fremover for å utdanne, rekruttere og beholde kvalifisert personell i helse- og omsorgstjenestene. Kommisjonen var tydelig på behovet for å tenke nytt om hvordan arbeidsoppgaver fordeles mellom ulike grupper av helsepersonell. Det ble konkludert med at å øke bemanningen alene ikke er en bærekraftig strategi for å løse de store bemanningsutfordringene i helsetjenesten. Behovet for oppgavedeling ble også påpekt i Nasjonal helse- og samhandlingsplan,<sup>2</sup> som regjeringen la frem i mars 2024.

## Hvem gjør hva?

I Norge finnes det 33 autoriserte grupper av helsepersonell, som på ulike måter kan bidra med kompetanse i helsesektoren. Oppgavedeling i helse- og omsorgstjenesten handler om å fordele arbeidsoppgavene mellom disse gruppene slik at oppgavene utføres så effektivt som mulig, samtidig som forsvarlighetskravet ivaretas. Forsvarlighetskravet er lovfestet i helsepersonelloven, og innebærer at pasienter og andre brukere av helse- og omsorgstjenestene skal motta helsehjelp over en faglig minstestandard, samtidig som de ikke påføres skade, unødig lidelse eller smerte.<sup>3</sup> Når dette kravet er ivaretatt, blir kvalitet, effektivitet og ressursutnyttelse viktige hensyn, som oppgavedelingen har stor betydning for.



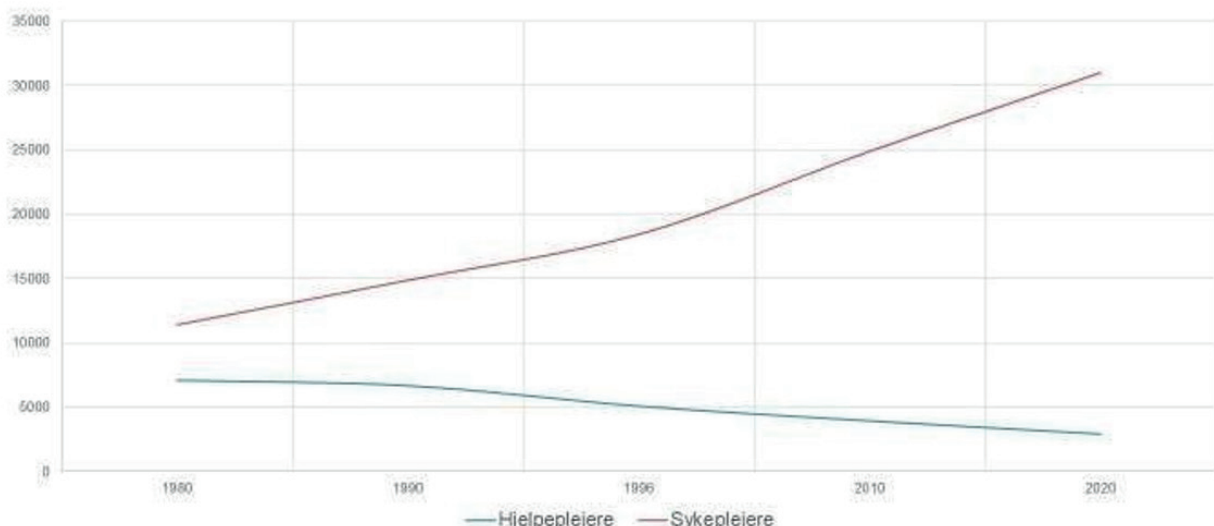
Figur fra Helsepersonellkommisjonen.

Oppgavedelingen mellom helsepersonellgruppene er ikke alltid klart definert. Noen personellgrupper er mer spesialiserte, som gir en tydeligere rolle og klarere avgrensede arbeidsoppgaver. Sykepleierrollen, derimot, har utfordringer med avgrensning mot medisinske oppgaver på den ene siden, og rene pleie- og omsorgsoppgaver på den andre. Historisk har sykepleieryrket utviklet seg fra en praktisk orientert omsorgsrolle til en mer teoribasert profesjon, som i dag kombinerer begge aspektene.

Det var først i 1982 at sykepleierutdanningen ble en del av høyskolesystemet, etter en langvarig kamp fra Norsk Sykepleierforbund for å få utdanningen på et høyere, postgymnasialt nivå, adskilt fra bredere helse- og sosialutdanninger som delvis foregikk på videregående skolenivå. Samtidig som sykepleieryrket har blitt mer akademisk og medisinsk orientert, kjempet Norsk Sykepleierforbund mot etableringen av kortere pleieutdanninger, som de mente truet sykepleiernes profesjonsstatus.<sup>4</sup>

I Norge har det vært en utvikling gjennom flere tiår at andelen sykepleiere i sykehusene har økt på bekostning av helsefagarbeidere. Håkon Høst, forsker ved Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning, har hevdet at dette har vært en villet utvikling fra sykepleiernes side. Høst har pekt på Loen-vedtaket fra 1989 som utgangspunkt for en profesjonskamp, hvor Norsk Sykepleierforbund vedtok å arbeide for at det i fremtiden kun skulle være sykepleiere og ikke hjelpepleiere som arbeidet med pasientpleie i de somatiske sykehusene.<sup>5</sup> Dette kan ha medvirket til den utviklingen som grafen under illustrerer, hvor vi ser en markant økning av sykepleiere på bekostning av helsefagarbeidere fra 1980-2020.

### Sykepleiere og hjelpepleiere/helsefagarbeidere i sykehus 1980-2020

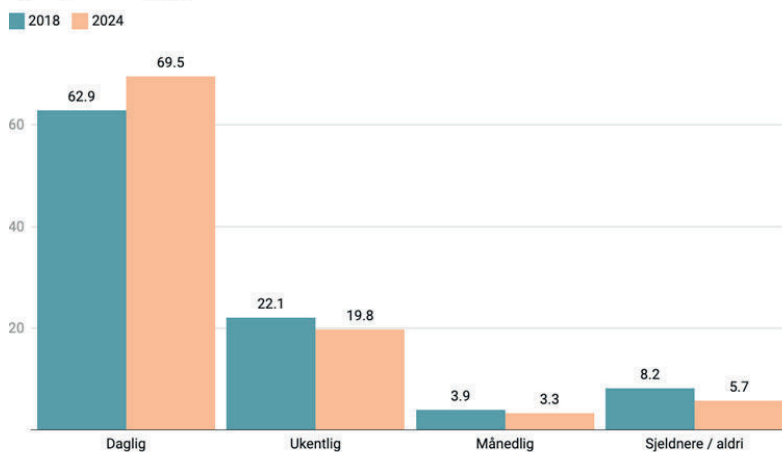


NIFU/SSB, gjengitt av Nettavisen.<sup>6</sup>

At det blir flere sykepleiere og færre helsefagarbeidere bidrar til mer spesialisert kompetanse, men det har også flere potensielt negative konsekvenser. I Nasjonal helse- og sykehusplan ble det antydnet at det har skjedd en utvikling i helsesektoren hvor sykepleiere har overtatt oppgaver som

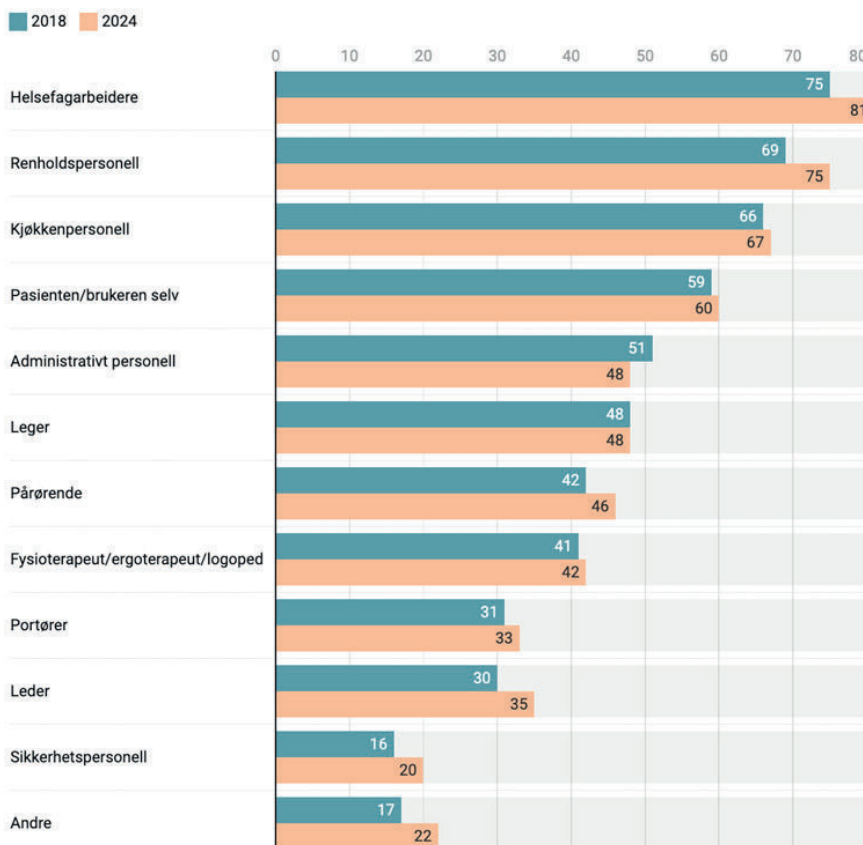
helsefagarbeidere kunne ha utført. Et problem ved dette er at sykepleiere i større grad må bruke kapasitet på praktiske oppgaver, når de kunne ha brukt sin kapasitet på oppgaver som krever mer spesialisert kompetanse. Sykepleierne har selv rapportert om at dette forekommer. I en undersøkelse fra Sykepleien svarer 7 av 10 sykepleiere at de daglig utfører oppgaver som de ikke anser som «sykepleieroppgaver».<sup>7</sup>

### Hvor ofte utfører du arbeidsoppgaver du ikke vil definere som sykepleieroppgaver?



### Hvem burde heller gjort det?

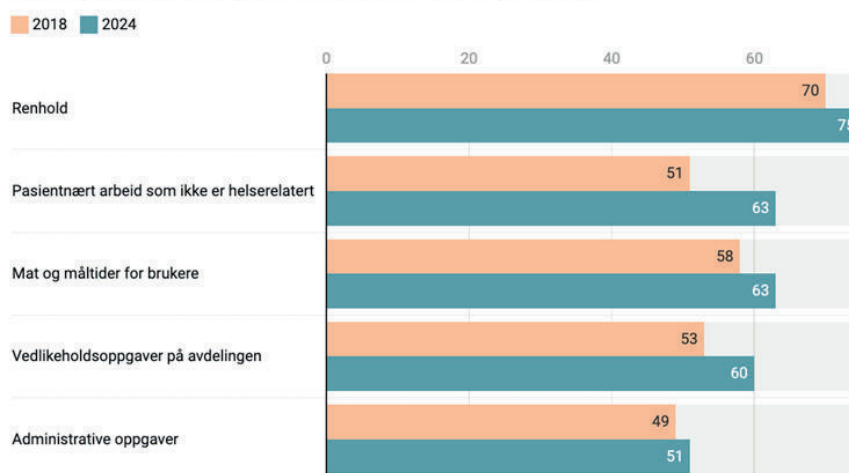
Diagrammet viser prosentandel som oppgir at de ukjentlig eller oftere utfører oppgaver de mener ulike grupper heller burde gjort.



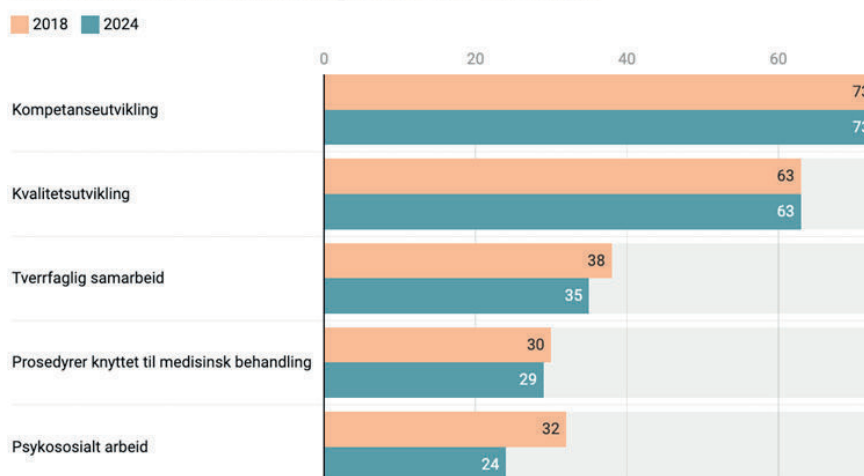
Figurer hentet fra Sykepleien.<sup>8,9</sup>

Helsepersonellkommisjonen slo fast at oppgaver skal løses på lavest mulig forsvarlig kompetansenivå, ofte omtalt som LEON-prinsippet. Dette skal sikre at spesialisert kompetanse ikke «sløses» bort på oppgaver som mindre spesialisert personell kan utføre. Tallene som fremkommer av Sykepleiens undersøkelser, viser at det er et stort forbedringspotensial for å realisere dette prinsippet i norsk helsesektor. Sykepleiere rapporterer selv at de bruker kapasitet på oppgaver som kunne eller burde blitt utført av annet helsepersonell. I undersøkelsen blir oppgaver som oppvask og rydding etter måltider, vasking av toalett og vedlikehold av tekniske hjelpemidler trukket frem som eksempler.

### Hva sykepleiere synes de bruker for mye tid på



### Hva sykepleiere synes de bruker for lite tid på

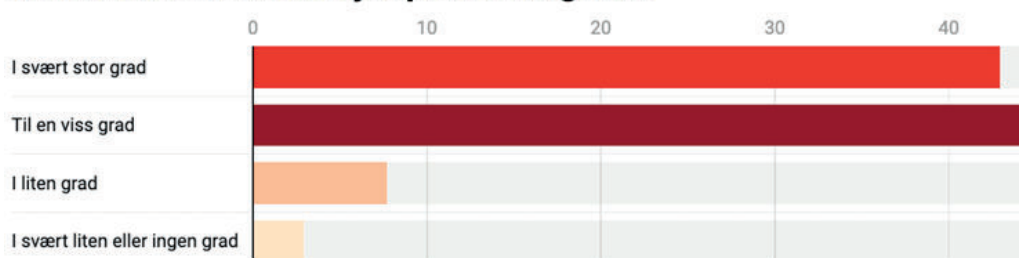


Figurer hentet fra Sykepleien.<sup>10,11</sup>

En vridning mot sykepleiere på bekostning av helsefagarbeidere, kan på denne måten svekke effektiviteten og ressursutnyttelsen. Det er også mer ressurskrevende å utdanne sykepleiere enn helsefagarbeidere, og de har i gjennomsnitt høyere lønn. Fra et samfunnsøkonomisk ståsted kan det derfor stilles spørsmål ved om den høye andelen sykepleiere bidrar til en kostnads-

effektiv sammensetning av helsepersonell. Helsepersonellkommisjonen har varslet at en betydelig økning av bemanningen ikke er bærekraftig. Endringer i oppgavedelingen vil derfor bli stadig viktigere i tiden fremover. Behovet for oppgavedeling bekreftes også av sykepleierne selv:

### I hvilken grad tror du bedre oppgavedeling i helsetjenesten vil kunne bidra til å løse sykepleiermangelen?

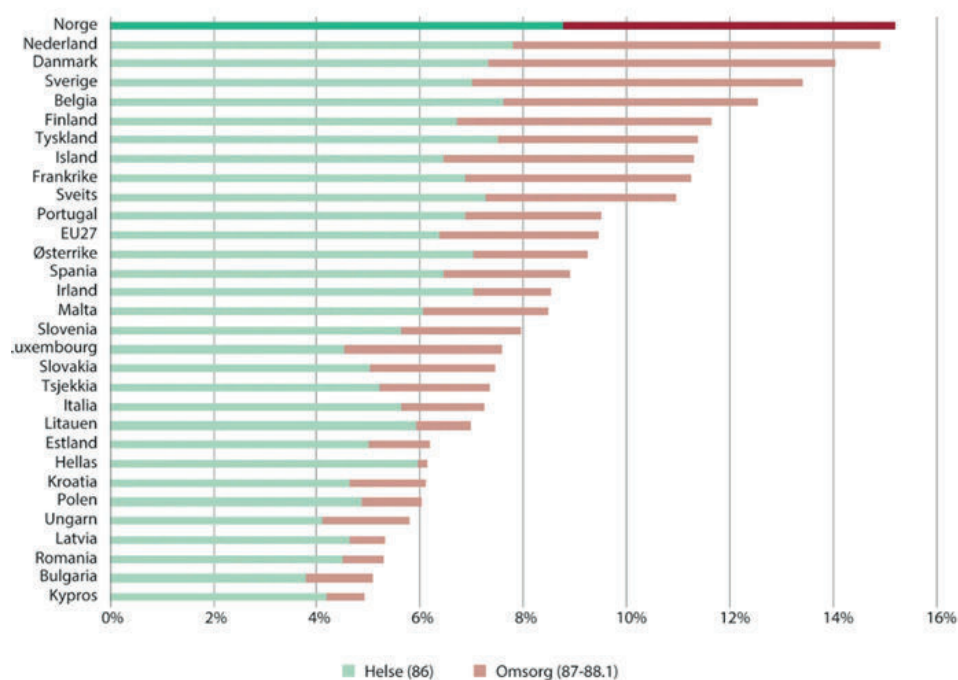


Figur hentet fra Sykepleien.<sup>12</sup>

### Norsk helsesektor sammenlignet med andre land

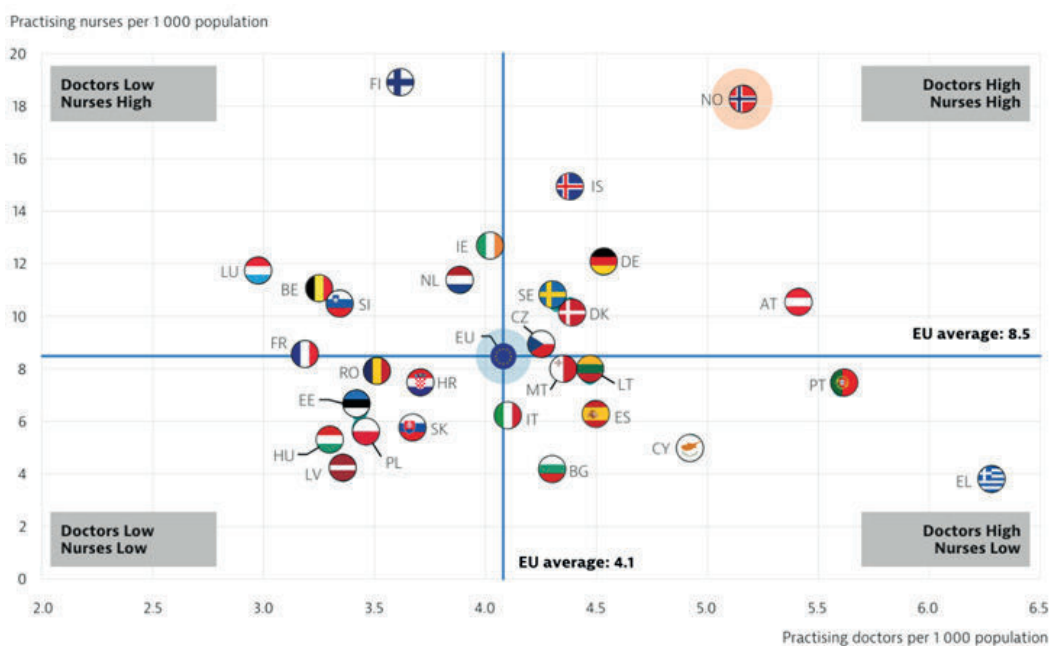
Når vi sammenligner helsedata på tvers av land, bør vi være oppmerksomme på at nyanser kan gå tapt ved at ulike land har ulike tellemåte og rapportering. Dette understrekes også i OECDs rapport «Health at a Glance», som presenterer helsedata fra OECD-landene og evaluerer disse på en rekke indikatorer. Til tross for mulige feilkilder i rapporten, gir den et nyttig helhetsbilde av hvordan Norges helsesektor presterer i forhold til andre land. Den gir også verdifull innsikt i hvilken sammensetning av helsepersonell ulike land har, samt hvor store ressurser de bruker på helse- og omsorgstjenester.

Blant OECD-landene har Norge høyest andel av arbeidsstyrken ansatt i helsesektoren. Norge investerer også mer penger i helse enn noe annet EU-land. Til tross for at Norge er et av landene i verden med høyest forbruk på helse per innbygger, preges norsk helsesektor av et prekært behov for å øke bemanningen. SSBs framskrivninger har antydnet at befolkningens ønskede bruk av helse- og omsorgstjenester vil kreve en dobling av totale årsverk i helsesektoren mot 2060, og at det ikke kan utelukkes at en tredobling vil bli nødvendig.<sup>13</sup>



Hentet fra Helsepersonellkommisjonen. Figuren viser andel av arbeidsstyrken som er sysselsatt i helsesektoren.<sup>14</sup>

OECDs tall viser også at Norge har den høyeste tettheten av sykepleiere og leger av OECD-landene, med 5,2 praktiserende leger per 1000 innbyggere, som ligger 27 prosent over snittet i EU. Land som er naturlige å sammenligne Norge med, Sverige og Danmark, ligger begge litt over EU-snittet her – altså langt under Norge.



Hentet fra OECDs «Health at a glance» for 2023.<sup>15</sup>

Om leger fjernes fra regnestykket og vi kun ser på sykepleiere per innbygger, har Norge fremdeles det klart høyeste tallet blant de nordiske landene, med 18,9 sykepleiere per 1000 innbyggere. Tallet er noe lavere i Finland, på 13,9, mens det er lavest i Sverige og Danmark, på henholdsvis 10,9 og 10,1.

Finland markerer seg med et høyt antall sykepleiere i denne rapporten, men det må tas forbehold om at Finland, i tillegg til Sveits og Island, regner «associate professional nurses» med i sine rapporteringer. Denne yrkesgruppen tilsvarer norske helsefagarbeidere og utgjør omtrent en tredel av rapporterte sykepleiere for disse landene.<sup>16</sup> Norge regner derimot ikke med helsefagarbeidere i disse tallene, men har likevel den klart høyeste dekkningen av sykepleiere blant OECD-landene.

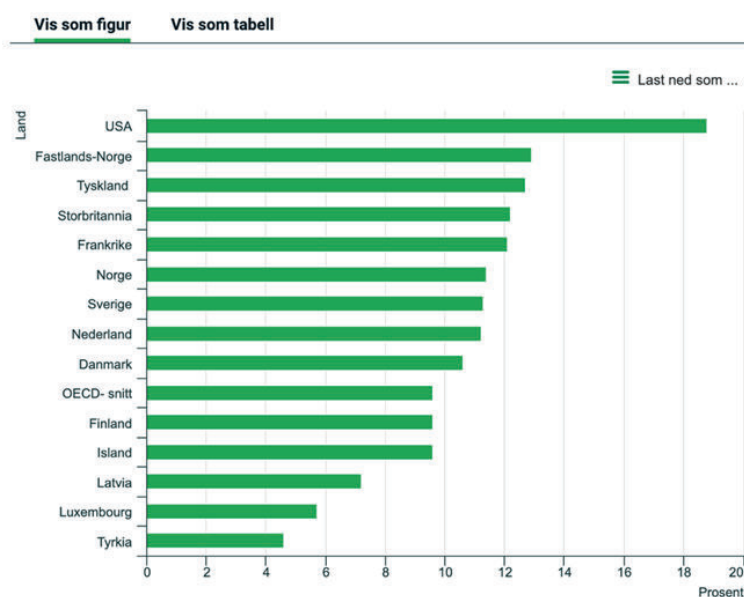
Helsepersonellkommissjonen forklarer den høye dekkningen av helsepersonell i Norge med spredt befolkning, store avstander og desentraliserte tjenester.<sup>17</sup> Dette er en dekkende forklaring om vi sammenligner med Danmark, som er langt mer begrenset i sin geografiske utstrekning enn Norge. Sverige har derimot en geografi som ligner mer på den norske, med spredt befolkning og store avstander i enkelte deler av landet. Den store forskjellen i tetthet av leger og sykepleiere i Norge sammenlignet med Sverige, indikerer derfor at landene organiserer sitt helsepersonell svært ulikt.

Når vi sammenligner Norge med Sverige, fremkommer det et interessant funn: Sverige har en betydelig høyere andel helsefagarbeidere i forhold til sykepleiere enn Norge. Dessuten planlegger Sverige å øke andelen helsefagarbeidere frem mot 2035, som står i kontrast til utviklingen i Norge. Ettersom helsefagarbeidere er mindre ressurskrevende å utdanne og lønne enn sykepleiere, er Sveriges sammensetning av helsepersonell trolig mer kostnadseffektiv enn Norges.

Ser vi på ressursbruk, viser OECDs tall at Norge er et av landene som bruker mest penger på helse i verden. Norges samlede helseutgifter for 2022 var på 453 milliarder kroner. Per innbygger bruker Norge ca. 15 prosent mer på helse enn Sverige og Danmark. Regnet som andel av BNP har Norge de fjerde høyeste helseutgiftene i Europa. Om helseutgiftene regnes av BNP for Fastlands-Norge, har Norge det høyeste forbruket på helse i Europa, på 12,7 prosent. På verdensbasis er det kun USA som bruker mer.



Figur 3. Totale helseutgifter i prosent av BNP for et utvalg OECD-land i 2020



Figur fra SSB. Totale helseutgifter som andel av BNP, for et utvalg OECD-land i 2020.<sup>18</sup>

Det er ikke åpenbart hvilken fremgangsmåte som gir den mest presise fremstillingen av ressursbruk på helse. Om vi ser de ulike metodene samlet, er likevel totalbildet at Norge har de høyeste helseutgiftene i Norden, og en av de høyeste i verden.

Skal høy ressursbruk på helse rettferdiggjøres, burde den resultere i høy kvalitet og effektivitet i tjenestetilbudet. OECDs oversikt over kvalitet på helsetjenester tilsier at Norge har en av verdens beste helsetjenester, målt på kvalitet, tilgjengelighet og effektivitet. Totalbildet som presenteres i OECDs rapport, er at de nordiske landene alle leverer høy kvalitet og effektivitet på sine helse- og omsorgstjenester. Det er imidlertid komplisert å rangere helsesektorer på tvers av land, noe OECDs rapport heller ikke gjør. En konklusjon som derimot kan trekkes fra rapporten, er at Norges helsesektor ikke nødvendigvis presterer bedre enn andre nordiske land.

Norge bruker mest på helse per innbygger av de nordiske landene, men kommer dårligere ut på flere indikatorer. På «tilgang til helsehjelp» scorer Norge 63 prosent bedre enn OECD-snittet, som isolert sett er et høyt tall. Likevel er det lavere enn Danmark, Finland og Sverige, som måles til henholdsvis 71, 72 og 94 prosent bedre enn OECD-snittet. Det samme bildet fremkommer når landene måles på «kvalitet på helsetjenesten». Her scorer Norge 58 prosent bedre enn OECD-snittet. Dette er lavere enn andre nordiske land, med Danmark på 71 prosent og Sverige og Finland, som begge får en score på 72 prosent bedre enn OECD-snittet.

Igjen må det tas forbehold om at landene måler dette ulikt, og at det derfor ikke kan trekkes for drastiske konklusjoner av disse dataene. Likevel er det altså vanskelig å se fra OECDs rapport at Norge har en bedre helsesektor enn andre nordiske land, til tross for høyere ressursbruk.

Blant det mest bemerkelsesverdige som fremkommer av OECDs rapport, er de lange ventetidene i Norge sammenlignet med andre nordiske land. Eksempelvis er ventetidene for hofte-transplantasjon og kneoperasjon betraktelig lengre enn i de andre nordiske landene. Dette vitner om at kapasiteten i den offentlige tjenesten er svært belastet, noe som også kan forklare den økende bruken av privat helseforsikring i Norge. De høye ventetidene indikerer at ressursnyttelsen må forbedres, noe oppgavedeling potensielt kan bidra til.

Land	Prosentandel av pasienter med ventetid over tre måneder, hofte-transplantasjon	Prosentandel av pasienter med ventetid over tre måneder, kneoperasjon
Norge	71	82
Sverige	29	48
Danmark	10	14
Finland	34	45

Kilde: OECDs helsestatistikk for 2021 og 2022. Ventetid er her definert som tiden mellom møte med spesialist og behandling.

## Erfaringer med oppgavedeling i Norge

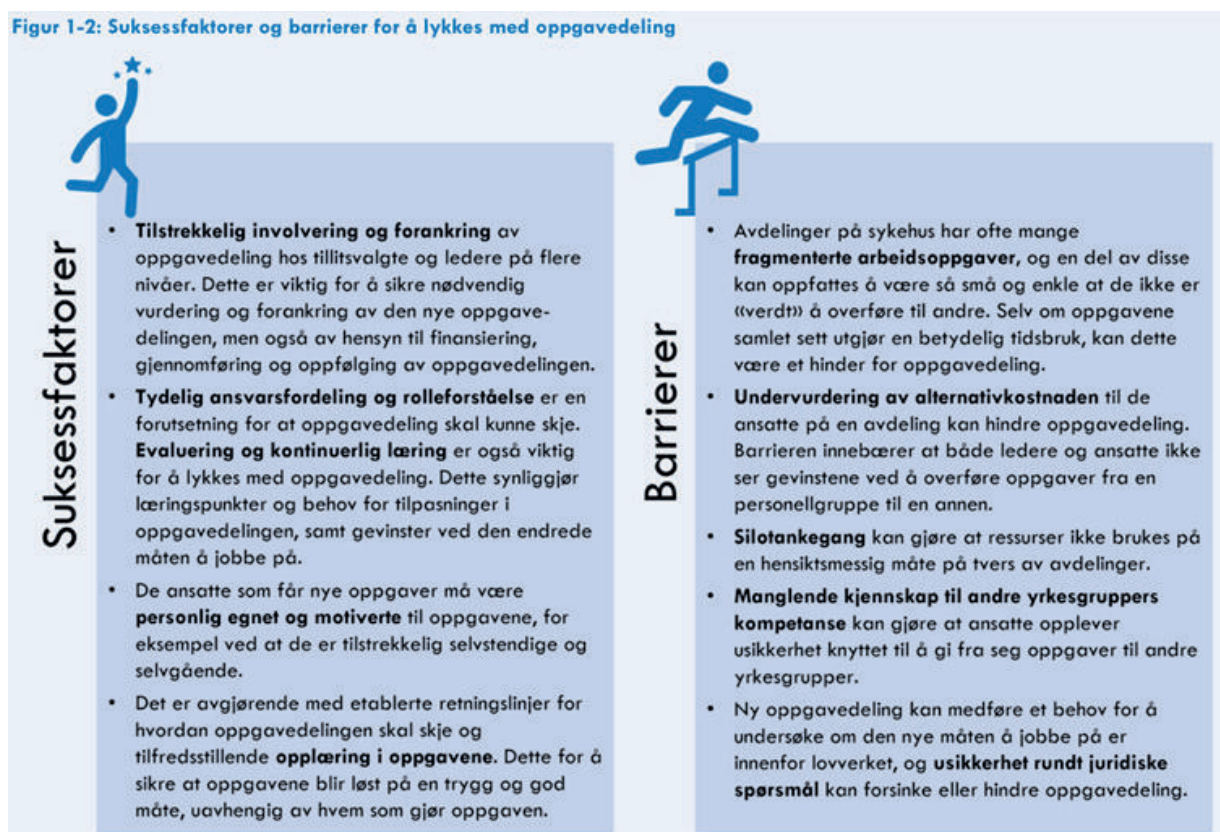
En rapport skrevet av Spekter og Fagforbundet i samarbeid med Oslo Economics, har sett nærmere på oppgavedelingstiltak som har blitt gjort i Norge.<sup>19</sup> Rapporten har fokusert på forsøk hvor helsesekretærer, portører<sup>20</sup> og apotekteknikere har overtatt oppgaver fra andre yrkesgrupper.

I et av eksemplene som rapporten presenterer, blir det gjort et forsøk på oppgavedeling hvor helsesekretærer og helsefagarbeidere overtar administrative oppgaver fra kreftsykepleiere. Tidligere hadde kreftsykepleiere opplevd å bli avbrutt av ringende telefoner mens de klargjorde medisiner. I forsøket overtok en helsesekretær og helsefagarbeider denne oppgaven. Tilbakemeldingene fra sykepleierne var at dette frigjorde tid for sykepleierne, slik at arbeidshverdagen ble mer pasientrettet, med færre avbrytelser. Dette resulterte i høyere trivsel og forbedret arbeidsmiljø blant ansatte, ifølge rapporten.

I et annet eksempel overtok portører oppgaver knyttet til innkjøp og vareforsyning på Ahus, som tidligere hadde vært delt mellom ulike grupper helsepersonell og i liten grad systematisert. Dermed ble det opprettet en ny stillingsform, «forsyningsportør», som skulle ha særskilt ansvar for

dette. Effektene viste seg å være svært positive. Sykepleiere rapporterte om mer tid til å utføre oppgavene de er spesialiserte på, samtidig som pasientsikkerheten ble forbedret ved at medisinerom til enhver tid var utstyrt med det sykepleierne hadde behov for. Portørene opplyste også om økt yrkes stolthet, ved at de fikk utnytte utdanningen sin i større grad, og at andre grupper av personell fikk bedre kunnskap om deres kompetanse.

Dette er to av flere eksempler på vellykket oppgavedeling som rapporten presenterer. Det illustrerer potensialet i å differensiere arbeidsstyrken i større grad, slik at ulik kompetanse kommer til størst mulig nytte. Fra erfaringene i rapporten blir det trukket frem en rekke forutsetninger for vellykket oppgavedeling, som kan utgjøre viktig lærdom for videre arbeid med oppgavedeling i norsk helsesektor.



Figur hentet fra Oslo Economics rapport om oppgavedeling.

En av de viktigste forutsetningene for vellykket oppgavedeling som rapporten fremhever, er at oppgavedelingen forankres i ledelsen. I norsk helsesektor har det vært et problem at kontrollspennet hos ledere er for stort, altså at det er for mange ansatte per leder, noe Sykepleierforbundet også har varslet om.<sup>21</sup> Stor avstand mellom ansatte og ledere gjør ikke bare oppgavedeling vanskeligere, men kan også svekke trivselen hos ansatte og dermed gjøre helsesektoren mindre attraktiv som arbeidsplass. I dag er medianen for antall ansatte per sykepleierleder 93. Skal oppgavedelingen styrkes i Norge, må dette tallet trolig reduseres.

Rapporten trekker også frem manglende kunnskap om andre yrkesgruppers kompetanse som en barriere for oppgavedeling. For eksempel var sykepleiere skeptiske til at personell uten helsefaglig bakgrunn skulle håndtere varer og medisiner. Kreftsykepleiere delte også sin bekymring over at helsesekretærer skulle betjene telefonen på avdelingen, da de fryktet at pasientene kunne få feil informasjon på grunn av at helsesekretærer ikke hadde samme kompetanse som dem.<sup>22</sup> I etterkant av forsøkene har derimot disse bekymringene blitt motbevist og tilliten mellom profesjonene har økt.

I forlengelsen av dette kan den høye andelen sykepleiere i norsk helsesektor ha ført til manglende kunnskap om andre profesjoners kompetanse, fordi den ikke har fått god nok mulighet til å anvendes i praksis. En holdning om at sykepleieres kompetanse er nødvendig for å sikre høy kvalitet på tjenestene, kan derfor ha vokst frem, også i tilfeller hvor annet personell kunne ha utført oppgavene med minst like høy effektivitet.

I dag gjøres det flere forsøk på oppgavedeling i norsk helsesektor. Tørn-prosjektet er et eksempel. Prosjektet skal legge til rette for bedre bruk av personellressurser i hele helse- og omsorgstjenesten, gjennom forsøk med nye arbeids- og organisasjonsformer. Det ble igangsatt i 2021 av Helse- og omsorgsdepartementet gjennom Helsedirektoratets Kompetanseløft 2025. I startfasen var det 12 deltakerkommuner, men fra høsten 2023 ble programmet utvidet til over 100 kommuner, og sykehussektoren ble inkludert i prosjektet. Fafo har gjennomført en foreløpig evaluering av programmet, hvor det ble konkludert med at kommunenes arbeid med oppgavedeling i hovedsak har vært positivt. Økt bevissthet om oppgaver, tydeligere ansvarsfordeling og mer effektiv bruk av kompetanse nevnes som foreløpige utfall av prosjektet. Endringsmotstand, usikkerhet og behov for kompetanseutvikling trekkes frem som de største utfordringene.<sup>23</sup>

Arbeidet med oppgavedeling i Norge er fremdeles i en tidlig fase, og det er behov for mer forskning på hvordan ressursutnyttelsen i helsetjenesten kan optimaliseres. Prosjekter som Tørn er derfor svært viktige for at ledere på alle nivåer i helsetjenesten skal få økt kunnskap om nye måter å organisere arbeidsstyrken på.

## **Intensivkapasitet – har vi noe å lære av Sverige?**

Under koronapandemien ble den offentlige helsetjenesten satt under et uventet press. Belastningen på intensivavdelingene økte, og betydningen av høy intensivkapasitet ble fremhevet. I Norge har intensivkapasiteten blitt sterkt kritisert. Koronakommisjonen omtalte det som «svært alvorlig» at intensivkapasiteten ikke var bedre da pandemien brøt ut.<sup>24</sup> Sykepleierforbundet og Legeforeningen har uttrykt bekymring for manglende prioritering av intensivkapasiteten, og i oktober 2023 hevdet de at intensivkapasiteten ikke har blitt bedre siden pandemien.

Helsesektoren skal ikke bare være rustet til å møte en pandemi, men også «i ytterste konsekvens kunne møte en krigssituasjon», slik Helsepersonellkommisjonen har påpekt. Intensivavdelingene er derfor viktige ut fra et beredskapsperspektiv. Slik dette notatet har illustrert, er kapasiteten i helsesektoren ikke bare avhengig av pengebruk og antall personell, men også en effektiv

organisering av tilgjengelig personell. I den forbindelse er det interessant å se til Sverige, som har valgt en helt annen oppgavedeling på intensivavdelingene enn Norge.

I 2021 kom det frem at Norge trenger dobbelt så mange intensivsykepleiere som Sverige for å bemanne én intensivseng. Koronapandemien avslørte at Norge har betydelige kapasitetsutfordringer sammenlignet med Sverige.<sup>25</sup> At Norge har svakere intensivkapasitet enn Sverige, blir ytterligere interessant når vi tar i betraktning at Sverige har færre intensivsykepleiere per innbygger. En rapport fra Oslo Economics på vegne av Koronakommisjonen, oppgir at Sverige har 39,2 intensivsykepleiere per 100 000 innbyggere, mot 52,4 i Norge.<sup>26</sup>

Basert på disse tallene har altså Sverige færre intensivsykepleiere per innbygger, men høyere intensivkapasitet. Når forskjellen i kapasitet ikke kan forklares med antall personell, er det nærliggende å forklare den i oppgavedelingen. Leder for Norsk Sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere, Paula Lykke, har påpekt at ansvarsområdet for intensivsykepleiere i Sverige er mer spesialisert, mens sosionomer og assistenter tar seg av praktiske oppgaver og forefallende arbeid. På denne måten bidrar oppgavedelingen til å frigjøre kapasitet for intensivsykepleiere, slik at de kan konsentrere seg om mer spesialiserte oppgaver.

I Norge har ikke intensivavdelingen et tilsvarende sosialfaglig personell som kan avlaste sykepleierne, noe som bidrar til å svekke kapasiteten. Mens det i Sverige er ca. 4000 sosionomer ansatt i offentlige sykehus, var det i 2020 ansatt i overkant av 400 sosionomer i somatikken i Norge. Resultatet er en mindre effektiv oppgavedeling og lavere intensivkapasitet, til tross for flere intensivsykepleiere per innbygger i Norge enn i Sverige. Totalt sett indikerer dette en betydelig svakhet i norsk helsesektor.

Helse Sør-Øst planlegger å øke intensivkapasiteten innen 2027 med 22 flere intensivsenger, 21 overvåkningscenter og 48 forsterkede observasjonssenger. Dette vil øke kapasiteten, men det er gode holdepunkter for å anta at dette ikke er tilstrekkelig. Slik Helsepersonellkommisjonen har slått fast, må kapasiteten økes ikke bare gjennom kvantitet, men også gjennom høyere ressursutnyttelse og nye måter å organisere arbeidet på. Intensivkapasiteten er en kritisk del av norsk helsesektor, og å styrke denne burde være høyt prioritert. Sammenligningen med Sverige tilsier at oppgavedelingen vi ser i Sveriges intensivavdelinger, med høyere andel av sosialfaglig personell, burde gjennomføres også i Norge.

## Konklusjon

Norsk helsesektor rangeres ofte som en av de beste i verden. Den scorer høyt på de fleste mål på kvalitet og effektivitet. Samtidig er den svært ressurskrevende, og Norge er blant landene med høyest helseutgifter i verden. I fremtiden vil belastningen på helsesektoren øke, og det vil bli færre hender per pasient. Dette vil stille større krav til at ressursene utnyttes så effektivt som mulig, og at arbeidsoppgaver løses på lavest forsvarlige kompetansenivå. Den høye andelen av sykepleiere i Norge, som også er verdens høyeste, er ikke nødvendigvis riktig måte å realisere dette på.

Helsepersonellkommissjonen har fastslått at vi må tenke nytt om hvordan vi organiserer helse-tjenesten vår. Fordelingen av arbeidsoppgaver mellom profesjonene må organiseres på en slik måte at forsvarlighetskravet innfris, samtidig som den sikrer høy effektivitet og ressursutnyttelse. Dette vil Norge være avhengig av for at helsetjenesten skal være bærekraftig for kommende generasjoner.

Norge har klart flest sykepleiere per innbygger i verden. Det har vært en utvikling over tid, som Sykepleierforbundet selv har arbeidet for, at det skal bli flere sykepleiere og færre helsefag-arbeidere. Sykepleieryrket har utviklet seg i retning av å bli mer teoretisk og spesialisert, men står også i risiko for å ha uklare avgrensninger, spesielt mot praktiske oppgaver som annet helse-personell kunne utført. Sykepleiere er også mer ressurskrevende å utdanne og lønne enn andre grupper, som helsefagarbeidere.

6 av 10 sykepleiere har selv rapportert at de må utføre oppgaver som annet personell burde utført. Erfaringer vi har fra våre naboland, særlig Sverige, tilsier at den høye andelen sykepleiere i norsk helsesektor bidrar til å svekke ressursutnyttelsen. Til tross for at Norge er et av landene som bruker mest på helse i verden, er det lite som tilsier at det er høyere kvalitet eller effektivitet på helsetjenesten i Norge enn i andre nordiske land. Det er derfor liten støtte til at den høye andelen spesialisert kompetanse, herunder sykepleiere, er nødvendig for å sikre høy kvalitet på helse- og omsorgstjenestene.

I tråd med Helsepersonellkommissjonens anbefalinger, burde oppgavedelingen utvikles i retning av en lavere andel sykepleiere og høyere andel av annet personell som kan avlaste yrkesgrupper med spesialisert kompetanse. Behovet for endret oppgavedeling er kritisk i intensivavdelingene. Sammenlignet med Sverige fremkommer det at Norge trenger omtrent dobbelt så mange intensivsykepleiere per pasient. Det burde rekrutteres mer praktisk og sosialfaglig kompetanse til intensivavdelingene, slik at intensivsykepleierne kan avlastes og ressursutnyttelsen styrkes.

Det er gjort en rekke forsøk med oppgavedeling i Norge, som har vist svært gode resultater. Sykepleiere har gitt tilbakemeldinger om at oppgavedeling har resultert i mer tid sammen med pasientene, i tillegg til å frigjøre kapasitet og øke trivselen i arbeidet. Samtidig har personellgruppene som har overtatt oppgaver fra sykepleierne, rapportert om økt yrkesstolthet.

Samlet sett har Norge en sammensetning av helsepersonell som legger til rette for høye kostnader og ineffektiv ressursutnyttelse. Basert på tallene fra OECD, sammenligningen med Sverige og erfaringene med oppgavedeling i Norge, kan det konkluderes med at norsk helsesektor vil være tjent med en lavere andel sykepleiere og høyere andel av annet personell.

I oppgavedeling ligger det et stort potensial. Det kan øke ressursutnyttelsen, styrke pasient-sikkerheten og lette presset på helsepersonell. Vilje til å gjennomføre forsøk, ta lærdom av erfaringer og å hente innsikt fra andre land, vil være viktig for at dette potensialet skal realiseres.

*Civita er en liberal tankesmie, som gjennom sitt arbeid skal bidra til økt kunnskap og oppslutning om liberale verdier, institusjoner og løsninger, og fremme en samfunnsutvikling basert på respekt for individets frihet og personlige ansvar. Den enkeltes publikasjons forfatter(e) står for alle utredninger, konklusjoner og anbefalinger, og disse analysene deles ikke nødvendigvis av andre ansatte, ledelse, styre eller bidragsytere. Skulle feil eller mangler oppdages, ville vi sette stor pris på tilbakemeldinger, slik at vi kan rette opp eller justere.*

*Ta kontakt med forfatteren på [civita@civita.no](mailto:civita@civita.no)*

## Noter

- 1 <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/how-can-optimal-skill-mix-be-effectively-implemented-and-why>
- 2 <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-9-20232024/id3027594/>
- 3 <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer/krav-til-helsepersonells-yrkesutovelse/-4.forsvarlighet>
- 4 <https://civita.no/notat/hvorfor-trenger-norge-flere-sykepleiere-enn-nesten-alle-andre-land/>
- 5 <https://www.duo.uio.no/handle/10852/15797?locale-attribute=no>
- 6 <https://www.nettavisen.no/nyheter/sykepleiere-klager-pa-manglende-oppgavefordeling-forsker-mener-de-selv-har-sorget-for-at-de-er-alene-pa-sykehusene/s/12-95-3424229760>
- 7 <https://sykepleien.no/2024/06/stadig-flere-sykepleiere-mener-de-gjor-andres-arbeidsoppgaver>
- 8 <https://sykepleien.no/2024/06/stadig-flere-sykepleiere-mener-de-gjor-andres-arbeidsoppgaver>
- 9 <https://sykepleien.no/2024/06/stadig-flere-sykepleiere-mener-de-gjor-andres-arbeidsoppgaver>
- 10 <https://sykepleien.no/2024/06/stadig-flere-sykepleiere-mener-de-gjor-andres-arbeidsoppgaver>
- 11 <https://sykepleien.no/2024/06/stadig-flere-sykepleiere-mener-de-gjor-andres-arbeidsoppgaver>
- 12 <https://sykepleien.no/2024/06/stadig-flere-sykepleiere-mener-de-gjor-andres-arbeidsoppgaver>
- 13 [https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/artikler/arbeidsinnsats-i-offentlig-helse-og-omsorg-fremskrivninger-og-historikk/\\_attachment/inline/1be624e3-60a4-40d1-8cf3-431b4ef7d43c:a291f747c8998f3e3506688b4b3038b47c0057bc/RAPP2023-03.pdf](https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/artikler/arbeidsinnsats-i-offentlig-helse-og-omsorg-fremskrivninger-og-historikk/_attachment/inline/1be624e3-60a4-40d1-8cf3-431b4ef7d43c:a291f747c8998f3e3506688b4b3038b47c0057bc/RAPP2023-03.pdf)
- 14 <https://www.regjeringen.no/contentassets/337fef958f2148bebd326f0749a1213d/no/pdfs/nou202320230004000dddpdfs.pdf>
- 15 <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/256fd7cf-en.pdf?expires=1716547076&id=id&accname=guest&checksum=CB42E059310CB1FFDFE0C3F7D675C023>
- 16 <https://fagbladet.no/nyheter/norge-i-verdenstoppen-pa-sykepleierdekning-6.91.962219.59a181f337>
- 17 <https://www.regjeringen.no/contentassets/337fef958f2148bebd326f0749a1213d/no/pdfs/nou202320230004000dddpdfs.pdf>
- 18 <https://www.ssb.no/nasjonalregnskap-og-konjunkturer/nasjonalregnskap/statistikk/helseregnskap/artikler/83-100-kroner-per-innbygger-til-helse-i-2022>
- 19 <https://www.fagforbundet.no/contentassets/7e87732b32864e22aec15d2eb5e293bc/erfaringer-med-oppgavedeling---portorer-apotekteknikere-og-helsesekretarer68.pdf>
- 20 Portører transporterer pasienter, medisiner og utstyr på sykehus, sykehjem eller andre institusjoner.
- 21 <https://www.nsf.no/artikkel/hvorfor-gjor-vi-det-motsatte>
- 22 <https://www.fagforbundet.no/contentassets/7e87732b32864e22aec15d2eb5e293bc/erfaringer-med-oppgavedeling---portorer-apotekteknikere-og-helsesekretarer68.pdf>
- 23 <https://www.ks.no/contentassets/4bc49b30cf654cd8ae5141700d1b4fe6/20873.pdf>
- 24 <https://www.regjeringen.no/contentassets/d0b61f6e1d1b40d1bb92ff9d9b60793d/no/pdfs/nou202220220005000dddpdfs.pdf>
- 25 <https://www.minerva.no/helse-sor-ost-helsepolitikk-koronavirus/i-sverige-bemanner-5-sykepleiere-en-intensivplass-i-norge-behøver-vi-dobbelt-sa-mange/395623>
- 26 <https://www.regjeringen.no/contentassets/d0b61f6e1d1b40d1bb92ff9d9b60793d/no/sved/kartlegging-av-intensivkapasitet-i-sverige-og-i-danmark-.pdf>