

2022:00211 - Åpen

Rapport

Frigjøring av sykepleierkapasitet gjennom ny ansvars-/oppgavedeling og bruk av teknologi

Forfattere

Line Melby, Mari Gunnes, Heidi Haukelien, Aud Obstfelder



Rapport

Frigjøring av sykepleierkapasitet gjennom ny ansvars-/oppgavedeling og bruk av teknologi

Undertittel

EMNEORD:
Sykepleier
Oppgavedeling
Ansvar
Digitalisering
Teknologi
Oppgaveglidning
Teamarbeid
Avansert klinisk
sykepleie

VERSJON
1.05

DATO
2022-05-09

FORFATTER(E)

Line Melby, Mari Gunnes, Heidi Haukelien, Aud Obstfelder

OPPDRAGSGIVER(E)

Norsk sykepleierforbund

OPPDRAGSGIVERS REF.

Jan Vegard Pettersen

PROSJEKTNR

102025835

ANTALL SIDER OG VEDLEGG:

123 + vedlegg

SAMMENDRAG

Vi har undersøkt hvordan sykepleierkapasitet kan frigjøres gjennom ny ansvars- og oppgavedeling og bruk av teknologi i kommunale helse- og omsorgstjenester, samt i psykisk helsevern og TSB. Prosjektet består av en kunnskapsoppsummering (48 vitenskapelige artikler og 36 forskningsbaserte dokumenter), og intervjuer med sykepleiere (30 informanter). Resultatene fra kunnskapsoppsummeringen viste at oppgavedeling fra lege til sykepleier omtales mest i internasjonal litteratur. I Norge skjer oppgavedeling i liten grad systematisk og er følgelig lite gjenstand for forskning. Økt oppmerksomhet rettes mot teambaserte tjenestemodeller, og det pågår flere forsøk med tverrfaglige team i Norge med lovende resultater. Internasjonale studier antyder at teamarbeid fortsatt preges av parallelljobbing motivert av delegering av arbeidsbelastning. Bruk av spesialsykepleiere er i vekst, men det er ennå ikke en godt nok definert og kjent rolle. Bruk av ny teknologi krever god utnyttelse og tilpasning til arbeidsprosesser, samt stabil infrastruktur. Intervjustudien viste at ansvars- og oppgavedeling generelt er lite formalisert i sykehjem og hjemmetjenester. Innen psykisk helsevern og TSB oppleves ansvar og oppgaver relevante i større grad. Teamorganisering varierer og kulturbygging kreves. Ny teknologi kan virke tidsbesparende og muliggjør bedre behandling, men en rekke forutsetninger må være til stede for at teknologien skal oppleves nyttig.

UTARBEIDET AV

Line Melby

SIGNATUR

Line Melby

Line Melby (2. jun. 2022 12:44 GMT+2)

KONTROLLERT AV

Marian Ådnanes

SIGNATUR

Marian Ådnanes

Marian Ådnanes (5. jun. 2022 10:33 GMT+2)

GODKJENT AV

Øystein Risa

SIGNATUR

Øystein Risa

Øystein Risa (7. jun. 2022 13:45 GMT+2)

RAPPORTNR

2022:00211

ISBN

978-82-14-07555-7

GRADERING

Åpen

GRADERING DENNE SIDE

Åpen

Historikk

VERSJON	DATO	VERSJONSBEKRIVELSE
0.8	2022-03-16	Utkast rapport. De fleste deler gjennomskrevet.
0.95	2022-04-22	Gjennomskrevet rapport. Innspill fra oppdragsgiver hensyntatt
1.0	2022-05-02	Endelig versjon
1.05	2022-05-09	Mindre språklige endringer gjort

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	9
1 Innledning	19
2 Bakgrunn	20
2.1 Begrepsavklaringer	20
2.2 Sykepleieres ansvar og oppgaver.....	21
2.2.1 Kompetanse og organisering på nye måter.....	22
2.3 Teknologi som virkemiddel for ansvars- og oppgavedeling.....	23
2.4 Mål og problemstillinger.....	24
3 Metode og materiale	26
3.1 Kunnskapsoppsummering.....	26
3.1.1 Søkestrategi	27
3.1.2 Studieutvalg	28
3.2 Intervjuer	29
3.2.1 Gjennomføring.....	29
3.2.2 Analyse.....	30
3.2.3 Etikk	30
4 Resultater fra kunnskapsoppsummeringen	31
5 Nasjonale og internasjonale trender, eksempler og resultater på ansvars- og oppgavedeling ...	33
5.1 Vertikal og horisontal oppgavedeling	33
5.1.1 Forekomst.....	33
5.1.2 Internasjonale kunnskapsoppsummeringer	35
5.1.3 Eksempler fra Nederland, Australia og Norge	37
5.1.4 Oppsummering av vertikal og horisontal oppgavedeling.....	39
5.2 Tverrfaglige og teambaserte tjenestemodeller	39
5.2.1 Internasjonale trender og eksempler	39
5.2.2 Nasjonale trender og eksempler	42
5.2.3 Oppsummering av tverrfaglige og teambaserte tjenestemodeller	45
5.3 Ansvars- og oppgavefordeling i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	45
5.3.1 Aktivt oppsøkende behandlingsteam	45
5.3.2 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	46
5.3.3 Oppsummering av ansvars- og oppgavedeling i psykisk helsevern og TSB	48
5.4 Sykepleierens ansvar og oppgaver.....	48
5.5 Spesialsykepleierens ansvar og rolle.....	49

5.5.1	Spesialsykepleierens rolle.....	49
5.5.2	Organisering.....	50
5.5.3	Fastleger – spesialsykepleiere	51
5.5.4	Oppsummering av spesialsykepleiernes ansvar og rolle	51
5.6	Ansvars- og oppgavedeling på systemnivå	52
5.6.1	Organisering av klinisk praksis i primærhelsetjenesten som påvirker ansvars- og oppgavedeling	52
5.6.2	Ulike lover, regler og finansieringsordningers påvirkning på oppgavedeling	53
5.6.3	Oppgaveglidning fra et lederperspektiv	53
5.6.4	Oppsummering av ansvars- og oppgavedeling på systemnivå.....	55
6	Hemmere og fremmere for ansvars- og oppgavedeling.....	56
6.1	Hemmere og fremmere for vertikal og horisontal oppgavedeling	56
6.2	Hemmere og fremmere for tverrfaglige og teambaserte modeller	57
6.3	Hemmere og fremmere for implementering av spesialsykepleieren.....	59
6.4	Oppsummering av hemmere og fremmere for ansvars- og oppgavedeling.....	60
7	Teknologi som virkemiddel for endring i ansvars- og oppgavedeling.....	61
7.1	Internasjonale kunnskapsoppsummeringer	61
7.2	Internasjonale eksempler	64
7.3	Skandinaviske eksempler	65
7.4	Andre betraktninger.....	68
7.5	Oppsummering av teknologi som virkemiddel for endring i ansvars- og oppgavedeling	70
8	Resultater fra intervjustudien.....	71
8.1	Sykepleieres ansvar og oppgaver.....	71
9	Ansvars- og oppgavedeling i sykehjem og hjemmetjenester	73
9.1	Hjemmetjenesten: Generelt sett lite oppgavedeling	73
9.1.1	Sykepleierlister og andre former for oppgavedeling.....	73
9.1.2	Oppgavedeling i hjemmetjenesten i Bergen kommune: Prosjekt HELTOM.....	74
9.1.3	Utydelig ansvars- og oppgavedeling og uformell oppgaveglidning.....	75
9.2	Sykehjem: "Alle gjør alt" — men sykepleierne gjør noe ekstra	76
9.2.1	Delegering av oppgaver og bedre utnyttelse av sykepleierkompetansen	79
9.2.2	Sykehjem med tydelig oppgavedeling	80
9.3	Oppsummering: Lite formalisert oppgavedeling i sykehjem og hjemmetjenester	82
10	Ansvars- og oppgavedeling innenfor psykisk helse- og rusfeltet.....	83
10.1	Psykisk helsearbeid i kommunene: helhetlig tilnærming til brukeren	83
10.2	Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling: samtalerapi i poliklinikk, større spenn i oppgaver på sengepost	84
10.3	Oppsummering: En helhetlig tilnærming – gjennomført på ulike måter	87
11	Erfaringer med å jobbe tverrfaglig og i team.....	88

11.1	Teamarbeid og tverrfaglig arbeid	88
11.2	Oppsummering: tverrfaglig teamarbeid er stadig mer utbredt, men kan være krevende....	93
12	Kompetanse og utviklingsmuligheter i yrket og i roller	94
12.1	AKS-rollen er i skjæringspunktet mellom medisin og sykepleier.....	94
12.1.1	Oppgaver og ansvarsområder	94
12.1.2	Muligheter for annen oppgavefordeling mellom AKS og andre yrkesgrupper	95
12.2	Videreutdanning og spesialisering	96
12.3	Oppsummering – kompetanseutvikling og bruk av egen kompetanse er viktig, men særlig økonomiske forhold påvirker mulighetene	99
13	Digitale løsnings innvirkning på ansvars- og oppgavedeling.....	100
13.1	Løsninger i hjemmet	100
13.2	Løsninger på institusjon	103
13.3	Løsninger rettet mot helsepersonell.....	105
13.4	Hvilke forhold kan påvirke frigjøring av sykepleierkapasitet?	106
13.5	Oppsummering: ny teknologi gir økt kvalitet heller enn spart tid.....	109
14	Avsluttende refleksjoner	110
14.1	Behov for videre forskning.....	113
14.2	Anbefalinger	114
15	Referanser.....	116

BILAG/VEDLEGG

Vedlegg A. Oversikt over litteratursøket

Forord

Denne rapporten er resultat av et oppdrag gjort for Norsk sykepleierforbund (NSF). Arbeidet har vært utført av en prosjektgruppe bestående av Line Melby og Mari Gunnes fra SINTEF, Heidi Haukelien fra Telemarksforskning og Aud Obstfelder fra NTNU. Marian Ådnanes fra SINTEF har vært kvalitetssikrer. Mari Gunnes har hatt hovedansvaret for kunnskapsoppsummeringen og Line Melby har hatt hovedansvaret for intervjustudien. Heidi Haukelien har hatt særlig ansvar for delene om AKS og har ellers bidratt generelt i prosjektet. Aud Obstfelder har særlig bidratt med et analytisk blick og tilhørende innspill på sykepleie, ansvar og oppgaver og på hvilke måter teknologi påvirker arbeid.

Vi vil takke for et veldig godt og inspirerende samarbeid med NSF, hvor Jan Vegard Pettersen har vært vår kontaktperson. En rekke andre personer i NSF har også kommentert og bidratt med viktig kunnskap og kloke innspill, som vi forhåpentligvis har klart å ivareta på en fornuftig måte. I tillegg vil vi takke de sykepleierne som har stilt opp på intervju og delt sine erfaringer med oss.

Trondheim, 2.5.2022

v/prosjektleder Line Melby

Sammendrag

Bakgrunn for oppdraget

Det er mangel på sykepleiere i flere deler av de kommunale helse- og omsorgstjenestene i dag, og flere kilder forespeiler en ytterligere mangel på sykepleiere i årene som kommer. Sykepleierkompetanse vil kort sagt bli en knapp ressurs i årene som kommer. Det er derfor viktig å få kunnskap om hvordan sykepleierkompetansen kan utnyttes på en mest mulig hensiktsmessig måte. Både nasjonalt og internasjonalt pågår det i dag diskusjoner og utprøvinger av hvordan dette kan gjøres, og mange land har i løpet av det siste tiåret gjennomført reformer — inkludert nye roller for sykepleiere i primærhelsetjenesten/kommunal helse- og omsorgstjeneste — for å imøtekomme behovet for avanserte og spesialiserte helsetjenester. I tillegg kan innføring av teknologi spille en rolle for hvordan sykepleierkompetansen utnyttes.

Mål og problemstillinger

Målet med studien har vært å framskaffe kunnskap om:

Hvordan kan oppgave- og ansvarsfordeling og teknologi frigjøre sykepleierkapasitet og bidra til å rekruttere og beholde sykepleiere i kommunal helse- og omsorgstjeneste?

Oppdragsgiver ønsket i tillegg at studien skulle omfatte sykepleiere i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Studien har bestått av to delstudier: en kunnskapsoversikt basert på en litteraturgjennomgang, og en kvalitativ studie basert på intervjuer med sykepleiere.

I kunnskapsoversikten belyser vi følgende problemstillinger:

- Hvilke trender, eksempler og resultater på endringer i ansvars- og oppgavedeling finnes nasjonalt og internasjonalt?
- Hva hemmer og hva fremmer ansvars- og oppgavedeling innenfor helse- og omsorgstjenester?
- Hvordan kan digitalisering og teknologi understøtte endringer i ansvars- og oppgavedeling framover? Og hvordan kan dette benyttes som en katalysator for ansvars- og oppgavedeling?

I den kvalitative undersøkelsen belyses disse problemstillingene:

- Hvordan opplever sykepleierne ansvars- og oppgavedelingen i hverdagen?
- Hvordan opplever sykepleierne sine utviklingsmuligheter i eget yrke og rolle?
- Hva er sykepleiernes erfaringer med å jobbe tverrfaglig og i team? Hva hemmer og fremmer tverrfaglig samarbeid?
- På hvilke måter påvirker digitale løsninger og teknologi ansvars- og oppgavedelingen i den kommunale helse- og omsorgssektoren?

Metode og materiale

I arbeidet med kunnskapsoversikten har vi gjort en systematisk kunnskapsoppsummering i form av en *scoping review*. Dette er en type kunnskapssyntese som følger en systematisk tilnærming for å kartlegge kunnskapsgrunnlaget og identifisere kunnskapshull, sammenfatte litteratur, avklare begreper eller undersøke konsepter. Vi har brukt rammeverket som er beskrevet og skissert av Joanna Briggs Institute for gjennomføringen av scoping review-en. Totalt 48 vitenskapelige artikler ble inkludert. I tillegg har vi gjennomgått nasjonal og internasjonal grålitteratur, som omfattet 36 rapporter.

I den kvalitative delstudien har vi gjort semistrukturerte intervjuer med 30 sykepleiere. Hensikten har vært å få beskrivelser og refleksjoner rundt den eksisterende oppgavedelingen og i hvilken grad sykepleierne opplever at de får brukt seg og sin kompetanse på en fornuftig måte. I tillegg har vi vært opptatt av hvordan teknologi/digitale løsninger spiller inn med tanke på å ta over oppgaver, eller eventuelt skape nye oppgaver for sykepleierne. Vi har gjort lydopptak av alle intervjuene, og de er transkribert.

RESULTATER FRA KUNNSKAPSOPPSUMMERINGEN

Oppgaveglidning

Oppgaveglidning fra lege til sykepleier omtales mest i litteraturen

Oppsummert omhandler majoriteten av de internasjonale studiene som belyser ansvars- og oppgaveglidning såkalt vertikal oppgavedeling fra lege til sykepleier med spesialisering, og tyder på en økende trend når det gjelder å utvide sykepleierens ansvarsområde i primærhelsetjenesten.

Bruk av spesialsykepleiere i kommunale tjenester er i vekst – og de gir god oppfølging

Innføring og bruk av avanserte kliniske sykepleiere og/eller spesialsykepleiere ser ut til å være i kraftig vekst, viser litteraturen. De inkluderte kunnskapsoppsummeringene peker i retning av at sykepleiere, inkludert spesialsykepleiere og avanserte kliniske sykepleiere, sannsynligvis gir behandling og oppfølging med like god kvalitet, og i noen tilfeller bedre kvalitet, enn den oppfølgingen som blir gitt av leger i primærhelsetjenesten. Studier viser at sykepleiere sannsynligvis gir flere helserelaterte råd til pasientene, og oppnår litt bedre pasienttilfredshet, sammenlignet med leger i primærhelsetjenesten.

Oppgaveglidning i Norge skjer i liten grad på en systematisk måte og er lite gjenstand for forskning

Selv om oppgaveglidning forekommende forholdsvis hyppig også i Norge, ser det ut til å skje på en mer uformell måte, og slike forsøk ser sjelden ut til å bli evaluert eller rapportert. Det pågår i dag flere enkeltprosjekter som tyder på vellykkede måter å fordele ansvar- og oppgaver på i norske sykehjem og hjemmetjenester. Imidlertid synes ikke *systematiske* utprøvinger av alternative måter å delegere ansvar og oppgaver på å være særlig utbredt i norske kommuner.

Teambaserte tjenestemodeller

Økt nasjonal og internasjonal oppmerksomhet på teambaserte tjenestemodeller

Litteraturen viser at det både internasjonalt og nasjonalt er økende oppmerksomhet på - og utprøving av - tverrfaglige og teambaserte tjenestemodeller i kommunale helse- og omsorgstjenester. Det kan likevel se ut til at det er betydelige variasjoner mellom vestlige land vedrørende hvordan sammensetning og oppgavedeling gjennomføres innad i ulike teamkonstellasjoner og tverrfaglige grupper i primærhelsetjenesten.

Parallelljobbing og delegering av arbeidsbelastning?

Organisering av arbeid i tverrfaglige team kan ha fordeler, men kan også innebære utfordringer.

Til tross for at intensjonen om samarbeid i felleskap og i team i allmennpraksis, viste for eksempel en kunnskapsoppsumming (2015) at sykepleiere og leger jobbet mer parallelt og uavhengig av hverandre enn i et tverrfaglig fellesskap. En studie fremhevet også et viktig moment i utprøving av multidisiplinære team: dersom oppgaveglidning er et tiltak motivert av behovet for å avlaste og forebygge utbrenthet hos leger, vil

sannsynligvis problemet bare overflyttes til den som får oppgaver delegert, som i mange tilfeller er sykepleierne.

Flere pågående forsøk med tverrfaglige team i Norge

Flere interessante prosjekt er igangsatt og gjennomført i Norge. Herunder er utprøving av primærhelseteam (PHT), organisering i helsetjenestetteam og omsorgsteam (HELTOM-prosjektet), samt pasientsentrert helsetjenestetteam (PSHT) innovative løsninger som ser ut til å gi lovende resultater. Fortsatt er det et gap i forståelsen av hvordan ulike sykepleierfaglige roller og ansvar står i stil til pasientbehandling, og hvordan sykepleiere navigerer i oppgaveglidning og kobler sin rolle med hverandre og med annet helsepersonell slik at man kan utvikle tjenestetilbudet best mulig.

Mye tverrfaglig teamjobbing innenfor psykisk helse- og rusfeltet

Sykepleiere innenfor psykisk helse- og rusfeltet jobber ofte sammen med andre yrkesgrupper i tverrfaglige team. Det er likevel begrenset med kunnskap om hvordan ansvar og oppgaver fordeles i temaene. Flere studier har evaluert ACT og FACT-team i Norge. Her har imidlertid hovedfokus vært på hvilken nytteverdi teamkonstellasjonene har på ulike brukerrelaterte utfallsmål, heller enn på de ansattes erfaringer med ansvars- og oppgavedeling. Studiene antyder likevel at sykepleiere har en nøkkelrolle i teamene, og i en amerikansk artikkel ble det argumentert for at sykepleiere bør fungere som teamledere og -koordinatører i ACT-team.

En utvikling mot en mer klar rolleforståelse i teamarbeid i TSB?

I teamene innen TSB viser forskningen noe sprikende funn, hvor sykepleiere på den ene siden hevder å streve med å definere sitt fagspesifikke bidrag i det tverrfaglige samarbeidet, mens en nyere studie viser til at sykepleierens rolle ser ut til å ha blitt klarere og mer tydelig både for sykepleierne selv og blant andre yrkesgrupper i TSB.

Spesialsykepleiere og avanserte kliniske allmennsykepleiere

AKS-ernes rolle er ennå ikke godt nok definert og kjent

En kunnskapsoppsummering viste at mange nyutdannede AKS-sykepleiere opplevde utfordringer i form av en inkonsistent og uavklart rolle, samt ambivalens som følge av at andre helsearbeidere, deriblant leger og andre sykepleiere, ikke kjenner til denne sykepleierrollen godt nok. Uklarhet i rolleforståelse, forventninger til rollen og organisering ble også gjenspeilet i to studier fra norsk kontekst.

Spesialsykepleiere og fastleger bygger tillit til hverandre over tid

Grenseoppgangen mellom fastleger og spesialsykepleieres ansvar og oppgaver var et tema i flere studier. Flere sykepleiere erfarer skepsis fra fastlegenes side i starten av samarbeidsforholdet, men det ser ut til at denne ble redusert over tid, og det utviklet seg til et forhold med gjensidig tillit og bedre dialog. Flere av studiene foreslår en tydeligere rolleavklaring både på nasjonalt og lokalt plan.

Hva hemmer og fremmer ansvars- og oppgavedeling?

Gjensidig respekt, rollevaklaring og faglig veiledning fremmer ansvars- og oppgavedeling på aktørnivå

Mange faktorer bidrar til å hemme og fremme ansvars- og oppgavedeling mellom sykepleiere og annet personell innen kommunale helse- og omsorgstjenester. Noen studier fremhever at økonomisk kompensasjon i forbindelse med økt arbeidsmengde og større ansvar er insentiver man bør være bevisst på at kan påvirke motivasjonen til den enkelte arbeidstaker. Videre viser flere studier at det på aktørnivå er viktig med tillit og gjensidig respekt, samt klare rolledefinisjoner mellom leger og sykepleiere. Kvalitet på klinisk veiledning,

opplæring og videreutdanning, samt individuelt tilpasset tilbakemelding anses som viktig for å øke sykepleierfaglige ferdigheter, arbeidsglede og motivasjon til å påta seg mer ansvar. Andre viktige faktorer for å fremme ansvars- og oppgavedeling mellom sykepleiere og leger ser ut til å være hensiktsmessige henvisningssystemer, og tilgjengelighet av nødvendige ressurser, eksempelvis kontorfasiliteter, medikamenter og utstyr, for sykepleiere som påtar seg nye oppgaver, samt tilrettelegge for effektiv kommunikasjon og personlig kontakt mellom leger og sykepleiere.

Tydlig definerte roller og delt lederskap fremmer godt teamarbeid

Flere studier har undersøkt hva som hemmer og fremmer ansvars- og oppgavedeling i tverrfaglige og teambaserte modeller i primærhelsetjenesten. Flere studier viste betydningen av at man også her har klart definerte roller og delt lederskap som kan fremme teamarbeid. Innad i teamet bør det foregå kontinuerlig forhandling og utvikling av roller, slik at teammedlemmer kan utnytte kapasiteten sin til det fulle. Gjensidig respekt, tillit og fokus på moden og åpen kommunikasjon er også viktig for fremme samarbeid. Videre er det viktig å være bevisst på hvordan tradisjonelle rollemønstre og hierarkiske strukturer påvirker teamarbeid. Å jobbe mot et felles mål var også fremhevet som et nøkkelement.

Kunnskap om spesialsykepleierrollen og dens positive virkninger fremmer slike ansettelse

Enkelte studier har sett på hva som hemmer og fremmer det å ansette og nyttiggjøre seg spesialsykepleiere i tjenestene. Kunnskap og bevissthet omkring de positive virkningene denne rollen kan ha i kommunene er en viktig fremmer. Det innebærer ansatte med avansert breddekompetanse og kliniske ferdigheter på ekspertnivå som kan yte helhetlig helsehjelp i en selvstendig rolle og funksjon,. Derimot ser det ut til at manglende kunnskap om rollen, begrenset autonomi, tungrodd samarbeid med legene, og økonomiske utfordringer hemmer implementeringen av en slik rolle.

Mange faktorer på systemnivå påvirker ansvars- og oppgavedeling, men detaljert kunnskap om dette har vært utenfor studiens hovedfokus

Hvilke faktorer som virker inn på ansvars- og oppgavedeling på systemnivå har ikke vært et spesifikt fokus i oppdraget, og resultatene av litteratursøket gir følgelig ikke et komplett bilde. De inkluderte studiene gir likevel et innblikk i hvordan ulike finansieringsordninger, lokale lover og regler, politiske føringer, lederes egne preferanser og beslutningsgrunnlag for å ansette annet helsepersonell enn leger, kapasitet og kompetansesammensetning, samt ulike måter å organisere praksis på i kommunale helse- og omsorgstjenester kan ha stor innvirkning på hvordan dette påvirker sykepleierens og andre involverte helsepersonell sine roller, ansvar og fordeling av oppgaver.

Teknologi som virkemiddel for ansvars- og oppgavedeling

God utnyttelse av teknologi krever tilpassing til arbeidsprosesser og en stabil infrastruktur

Digitalisering av tjenestene og innføring av ny teknologi, som for eksempel elektronisk pasientjournal, ulike former for kommunikasjonsteknologier, avstandsoppfølging, monitorering, sensorer, digitale medisindispensere, og annen velferdsteknologi, er presentert i flere internasjonale vitenskapelige kunnskapsoversikter og i enkeltstudier både fra Norge, Sverige og andre vestlige land. Studiene viser hvordan ulike faktorer må være på plass for at teknologien skal tas i bruk som en del av rutinemessig praksis i tjenestene. Dette innebærer blant annet å etablere en infrastruktur som gjør teknologien brukbar, tilpasse teknologien til arbeidsflyt- og prosesser i tjenestene, sikre klinisk relevans og sørge for at kvaliteten på behandlingen opprettholdes, og ta hensyn til endringer i pasientbehandlingsmønstre, samt utvikle profesjonelle roller i takt med innføring av teknologi.

Teknologi gjør ikke arbeidet automatisk mer enkelt eller mer komplisert

Hvorvidt digitalisering og teknologi kompliserer eller forenkler klinisk praksis, avhenger av mange faktorer. Mange studier løfter frem aspekter som brukervennlighet og ansattes kompetanse til å bruke løsningene, utstyrstilgjengelighet og teknisk funksjonalitet, samt holdninger og erfaringer blant klinikerne som avgjørende for å få utnyttet teknologien. Få publikasjoner ser ut til å reflektere rundt den omfattende kompleksiteten som kreves for å bygge bro mellom sykepleiernes arbeidsprosesser og teknologiske løsninger i sykepleierpraksis. Derimot påpekes det i flere studier at det i fremtiden kreves et tettere samarbeid mellom klinikere og utviklere av helsetjenesteteknologi slik at teknologien oppleves som støttende for arbeidsoppgavene.

Bruk av teknologi kan utfordre synet på hva som er sykepleierfaglig arbeid

Litteraturen vi har gjennomgått i denne studien gir ikke gode nok svar på hvilke konkrete arbeidsoppgaver som inngår i den digitale tjenesten/løsningen, eller andre spørsmål knyttet til arbeids- og oppgavedeling. Noe av litteraturen peker på hvordan omfanget av sykepleieroppgaver kanskje må gå utover det etablerte synet på tradisjonell sykepleier, og det ser ut til å være behov for mer utdanning og opplæring i digitale helsetjenesteverktøy for å gjøre det mulig for sykepleiere å ta en mer aktiv rolle i implementeringen av digitale tjenester.

RESULTATER FRA INTERVJUSTUDIEN

Ansvars- og oppgavedeling i sykehjem og hjemmetjenester

Generelt sett lite formalisert oppgavedeling i sykehjem og hjemmetjenester

Intervjuene tyder på at det i hjemmetjenesten og i sykehjem generelt sett er lite formalisert oppgavedeling. Sykepleiere gjør mye av de samme oppgavene som de andre ansatte, som stell, tilberedelse av mat og vasking og rydding. Det finnes videre gjerne en oppgavedeling "på papiret", der sykepleierne har ansvar for oppgaver som krever sykepleierfaglig kompetanse i tillegg til å delta i den daglige pasientoppfølgingen. En del av disse oppgavene ser imidlertid ut til å bli nedprioritert i en travel hverdag, typisk oppgaver som ikke gir resultater umiddelbart som kvalitetsarbeid, dokumentasjon og samhandling med aktører utenfor egen tjeneste. Flere sykepleiere opplever at disse oppgavene blir usynlig for kolleger, og at de derfor møter liten forståelse for at de trenger tid til dem.

Flere pågående forsøk med ny organisering og oppgavedeling innebærer både fordeler og ulemper

Vi har intervjuet flere sykepleiere som tar del i, eller har erfaringer med, forsøk på ny organisering og oppgavedeling. Slike nye organiseringsformer ser ut til å oppstå som en konsekvens av sykepleiermangel og et ønske om å utnytte sykepleierkompetansen på mer hensiktsmessige måter. Organiseringen innebærer typisk at sykepleiere trekkes ut av fellesskapet og utgjør egne team. Det kan ha både fordeler og ulemper. En fordel er at sykepleierne virkelig får brukt kompetansen sin til sykepleierfaglige oppgaver. Det kan være faglig tilfredsstillende for sykepleierne og være positivt for pasienters/brukeres helse. Ulemper kan være at det sykepleierfaglige fellesskapet reduseres og at læring og kompetanseoverføring fra erfarne til uerfarne sykepleiere blir vanskeliggjort. Slike organiseringsformer krever følgelig en god balanse mellom selvstendig arbeid og deltakelse i et fellesskap.

Ansvars- og oppgavedeling i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Fokus på en helhetlig tilnærming og mange oppgaver oppleves relevante - men forskjeller mellom poliklinikk og sengepost

Sykepleiere som jobber innenfor psykisk helse og rus, enten det er i kommunen eller i spesialisthelsetjenesten, uttrykker at de er opptatt av en helhetlig tilnærming til brukeren/pasienten. Sykepleierens oppmerksomhet rettes derfor mot alle aspekter ved pasientens liv og helse, og mot familie og nettverk. Det er dermed mange oppgaver som oppleves som relevante for en sykepleier på dette feltet, så lenge det gagnar pasientens helsetilstand. Det er imidlertid store forskjeller mellom hvordan sykepleiere innenfor poliklinikk og sengepost beskriver oppgavene sine. Sykepleiere i poliklinikk jobber mer avgrenset med samtalerterapi, mens arbeidet i sengepost ser ut til å innebære et bredt sett av oppgaver. Oppgavedelingen i poliklinikk ser dermed ut til å være temmelig avklart, mens arbeid på sengepost får mer en karakter som arbeid i sykehjem der ansvar og oppgaver fordeles og omfordeles fortløpende.

Tverrfaglig teamarbeid

Tverrfaglig arbeid er nødvendig for å svare på pasientens behov, graden av teamorganisering varierer

Teamarbeid har blitt en stadig mer utbredt måte å organisere helse- og omsorgstjenester på, og sykepleiere er deltakere i en rekke team. Det omfatter både formaliserte team, som primærhelseteam, der oppgaver og ansvar er mer eller mindre tydelig definert og løser team der sammensetning og oppgavedeling kan endres ofte. Alle informantene i studien ser på tverrfaglighet som en nødvendighet for å tilfredsstille pasientenes behov. Samtidig er det altså forskjeller mellom tjenestene i hvilken grad tverrfagligheten er satt i system, eller organisert i team. Sykepleiere som arbeider med pasienter/brukere med psykiske helseutfordringer ser ut til særlig å jobbe tverrfaglig. Andre deler av tjenesten, som hjemmetjenestene, kan tjene på å organisere seg mer tverrfaglig og jobbe sammen med andre profesjoner mot felles mål for pasientene.

Kulturbygging for mer og bedre teamorganisering

Hva hemmer og fremmer tverrfaglighet og teamarbeid? Dette tok vi opp i litteraturgjennomgangen, men informantene har også sine egne erfaringsbaserte oppfatninger om hemmere og fremmere. Det er særlig informantene fra primærhelseteam som tok opp dette. De trekker fram faktorer som spenner fra kulturbygging, kjennskap og tillit til hverandre og trygghet i teamet til økonomi og behov for tydelig oppgave- og ansvarsdeling. Dette samsvarer i stor grad med det litteraturen viste. Det ser ut til å være stor variasjon mellom ulike deler av tjenestene med tanke på hvor utbredt en teamtankegang er. Det er trolig nødvendig å tenke nytt for å skape teamkultur, samt sørge for at det er praktisk mulig å jobbe teambasert der hvor man i dag i liten grad gjør det.

Kompetanse og utviklingsmuligheter

Sykepleierne er opptatt av å få brukt kompetansen sin i arbeidet

Sykepleiere har bred og variert kompetanse, og kan følgelig arbeide på mange steder og med mange oppgaver. Mange sykepleiere har i tillegg videreutdanning og/ellers spesialisering, og et økende antall har gjennomført AKS-utdanning som er særlig godt egnet til arbeid i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Sykepleierne i vår studie er svært opptatt av å få brukt kompetansen sin. Mange får brukt den, fordi arbeidsplassen har organisert oppgavene godt og de har ledere som er oppmerksomme på hva de kan.

Men ikke alle får brukt sin kompetanse

Vi finner også eksempler på at sykepleiere *ikke* får brukt kompetansen sin. Særlig kritikkverdig blir det når det er snakk om personer med høy utdanning som gjør oppgaver som kan gjøres uten utdanningen. AKS-erne

i vår studie opplever i varierende grad at de får utnyttet kompetansen sin. Det kan ha ulike årsaker, som at det ikke finnes en dedikert stilling til en AKS i kommunen og at samarbeidspartnere og kolleger ikke kjenner godt nok til kompetansen deres. Her finnes det et forbedringspotensial for bedre bruk av avansert kompetanse som kommunene har behov for.

Viderutdanning og kompetanseheving bør svare på arbeidsgivers behov

Sykepleierne i studien er opptatt av faglig utvikling og muligheter for kursing og viderutdanning. På samme måte som for utnyttelse av fagkompetanse, avhenger mulighetene mye av kommuneøkonomien. Utdanningen bør i all hovedsak svare på kommunens behov, det kan gjøre det lettere å få støtte og tilrettelegging for kompetanseheving. Å få jobbe godt faglig og bruke kompetansen sin vil være en suksessfaktor for å holde på sykepleiere i tjenestene.

Digitale løsnings innvirkning på ansvar- og oppgavdeling

Ny teknologi muliggjør bedre behandling og oppfølging av brukere/pasienter

Når informantene snakker om konsekvenser av teknologiene er hovedinntrykket at de oftest er knyttet til konsekvenser for *pasientene*. Det kan handle om at pasienter lettere får tilgang til en tjeneste, eller at kvaliteten på tjenesten blir bedre. Konsekvenser for helsepersonell handler i stor grad om å spare tid gjennom bruk av videomøteløsninger. Men det kan også handle om at monitoreringsteknologier skaper trygghet for helsepersonell, fordi de vet at de lettere kan følge med på pasienten.

Kvalitetsheving er en mer utbredt konsekvens enn spart tid

Kan teknologi frigjøre sykepleierkapasitet? Intervjuene peker på at sykepleierne kan spare tid på å bruke videomøter. Dette er det tydeligste funnet. Videre ser det ut som også noen andre digitale løsninger kan bidra til spart tid, men det er heller kvalitetsheving av tjenestene enn tidsbesparelse som ser ut til å være en konsekvens. På lang sikt kan vi tenke oss at tjenester av god kvalitet vil redusere – eller utsette - behovet for tjenester i framtiden. På den måten vil en indirekte effekt være frigjort kapasitet.

En rekke forutsetninger må være til stede for at teknologien skal være nyttig

Intervjuene viser også at det er en del forutsetninger som må være til stede for at tjenestene skal kunne nyttiggjøre seg teknologien, på samme vis som påpekt i litteraturgjennomgangen. Det omfatter forhold både ved teknologien og ved organisasjonen/personalet. Teknologien må svare på behov som tjenestene har, den må være stabil og virke. Teknikere må ha ansvar for teknologien, så ikke sykepleiere får denne tilleggsjobben. Og sykepleierne (og andre som skal bruke løsningene) må sikres god opplæring på kort sikt. På lang sikt må den digitale kompetansen økes generelt sett. Som en del av den digitale kompetansen inngår ferdigheter til å handle etisk og gjøre vurderinger om når teknologi skal brukes og ikke.

Avslutning og anbefalinger

Basert på funn fra litteraturgjennomgangen og intervjuene, gir vi følgende anbefalinger for å ta videre skritt mot en mest mulig hensiktsmessig utnyttelse av sykepleierkompetansen. En helt overordnet anbefaling er selvfølgelig at kommunene/arbeidsgivere må sørge for å ha tilstrekkelig med stillinger i tjenestene. Det ligger utenfor NSF's direkte påvirkning, og de videre anbefalingene tar heller utgangspunkt i hva tjenestene kan gjøre selv, og hvordan NSF kan jobbe videre med en god ansvars- og oppgavedeling i tjenestene.

- I Norge har vi mye uplanlagt og uformell oppgaveglidning. Nye former for ansvars- og oppgavedeling bør testes ut i kontrollerte former, slik at en får dokumentert gevinster og kostnader. Det omfatter både økonomi, pasientutfall og tilfredshet hos de ansatte. Justeringer av organisasjonsform må helt sikkert påregnes.
- Oppgavedeling som har vist seg å fungere godt i andre land, passer ikke nødvendigvis overalt i Norge. Vi har en særegen (og i all hovedsak) offentlig helse- og omsorgstjeneste, og vi er et langstrakt og spredtbygd land, som gir spesifikke utfordringer både med tanke på transport og hvor spesialisert man kan tillate seg å bli, gitt at vi kan ha få pasienter som krever en slik spesialistkompetanse. Vi kan derfor ikke automatisk adoptere tiltak/ordninger som er utviklet i andre land. De trenger ikke å passe i Norge.
- På sikt bør nye gode former for oppgavedeling formaliseres, i tråd med hva andre land har gjort. Når man har mer kunnskap om hvilken ansvars- og oppgavedeling som gir ønsket resultat i de spesifikke delene av tjenestene, bør det utvikles veiledere og retningslinjer for bemanning og sammensetning av den og fordelingen av oppgaver dem i mellom.
- Endringer i ansvar og opppgaver blant sykepleiere skjer ikke i et vakuum. Nye former for oppgavedeling krever at samarbeidspartnere har kunnskap om hverandres roller, kompetanse og oppgaver. Sykepleiere må formidle sin kompetanse og sitt særlige ansvarsområde til tette samarbeidspartnere som leger og helsefagarbeidere og vice versa. Det må danne grunnlag for diskusjon om oppgavedeling.
- Tjenestelevering gjennom tverrfaglige team er stadig mer utbredt, og er trolig veien å gå. Men som ved alt tverrfaglig arbeid, kreves ferdigheter i tverrfaglig arbeid, og det kreves at profesjonsutøvere får faglig påfyll fra samme profesjon andre steder for å ivareta egen faglighet. I de tilfeller der sykepleiere jobber mye uten tett samarbeid med andre sykepleiere, blir det særlig viktig.
- AKS er en viktig rolle, og denne kan fungere som en ressurs i tjenestene gjennom veiledning av kolleger og generelt bidra til kompetanseheving. Det er nødvendig i en tid da pasienter og brukere har stadig mer omfattende og komplekse tilstander. Arbeidsgivere bør være bevisste på hvordan de kan utnytte AKS-kompetansen.
- Sykepleierrollen er i endring og vil sannsynligvis endre seg ytterligere i de kommende år. Det har ringvirkninger for utdanningen. Allerede under utdanning bør sykepleiestudentene øves opp i å ta en selvstendig rolle og et stort ansvar, gitt at sykepleiere framover trolig kan forvente å måtte jobbe både selvstendig og ta en veilderrolle ovenfor andre yrkesgrupper. Øve på ferdigheter i tverrfaglig arbeid og teamarbeid både på skolen og i praksis er like fullt viktig.
- Teknologi og digitale tjenester vil være en naturlig integrert del av sykepleiefaglig arbeid i all fremtid. Sykepleiere bør ta en tydelig rolle i utvikling og innkjøp av teknologi til tjenestene for å sikre at den svarer på deres behov også. Teknologibruk- og forståelse bør være en del av sykepleierutdanningen. En bør utnytte mulighetene som ligger i teknologien til å redusere dokumentasjonsarbeid og administrativt arbeid, gjennom for eksempel større grad av strukturering av journal.

- Mange faktorer vil være viktige for å rekruttere flere sykepleiere til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. For sykepleierne i vår studie er det viktig å få brukt kompetansen sin, og det er viktig å oppleve at man gir tjenester av god nok kvalitet. I tillegg er faktorer som turnus og lønn særlig viktige. Kommunen som arbeidsplass må framsnakkes. Man får stort ansvar som sykepleier, men også et spennende og utviklende arbeid. Unge sykepleiere kan få tilbud om en mentorordning, der erfarne sykepleiere fungerer som ressurspersoner for dem.
- Nye måter å organisere ansvar og oppgaver på kan være positivt for å rekruttere og beholde sykepleiere. Et innovativt miljø, der man både prøver ut nye måter å jobbe på og nye faglige prosjekter m.m. kan kanskje særlig få nyutdannede til å bli interesserte.

1 Innledning

Bakgrunnen for dette oppdraget om sykepleieres ansvar og oppgaver, og hvordan sykepleierkapasitet kan frigjøres, er et etter hvert velkjent utfordringsbilde, der vi i nær framtid kan forvente både kapasitets- og kvalitetsutfordringer i helse- og omsorgstjenestene. Det skyldes blant annet en aldrende befolkning og flere personer med livsstilsrelaterte sykdommer som vil gi økt press på tjenestene. Ikke minst, står tjenestene ovenfor en bemanningskrise med lav rekruttering til sykepleierstillinger og høy 'turnover'.

Størst forventet sykepleiermangel i de kommunale helse- og omsorgstjenestene

Allerede i dag er det for få sykepleiere i flere deler av de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og flere kilder forespeiler en ytterligere mangel på sykepleiere i årene som kommer (Gautun, 2020; Hjemås, Zhiyang, Kornstad, & Stølen, 2019). I en analyse av arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035, trekker statistisk sentralbyrå (SSB) fram at den demografiske utviklingen for de mest sentrale brukerne av helse- og omsorgstjenestene vil gi en betydelig vekst i etterspørselen etter sykepleiere i årene framover, ettersom store befolkningskull når en alder hvor de får store pleie- og omsorgsbehov. Videre viser framskrivninger fra SSB at det i 2035 vil mangle 28 000 sykepleiere (Hjemås et al., 2019).

I tillegg til den demografiske utviklingen, spiller oppgaveoverføringen fra spesialisthelsetjenesten til kommunene inn. Dette er en utvikling som hadde pågått en stund, men som virkelig skjøt fart med samhandlingsreformen i 2012. Dette bidrar til at presset på tjenestene i kommunene øker ytterligere (Birgit Abelsen, Gaski, Nødland, & Stephansen, 2014; Melby, Obstfelder, & Hellesø, 2018). For å imøtekomme behovet for både kapasitet og kvalitet trenger kommunale helsetjenester økt rekruttering av kompetente ansatte, inkludert sykepleiere både med og uten spesialisering og mastergrad. Imidlertid ser vi tegn på en motsatt tendens, der mange sykepleiere er slitne, og hele tre av fire sykepleiere som er ansatt i kommunesektoren vurderer å slutte (Helmers, Johansen, & Reppen, 2021). Videre viser studier at sykepleierstudenter i mindre grad har lyst til å jobbe i kommunesektoren enn i andre deler av sektoren. Årsaker som oppgis er at sykehjem og hjemmetjenesten har små fagmiljøer, at sykepleierne ofte står alene med stort ansvar uten noen å spørre om råd, og de erfarer at tidspresset er stort (Gautun, 2020).

Bemanningssituasjonen blant helsepersonell i kommunale helse- og omsorgstjenester skal nå utredes av regjeringen, som har oppnevnt Helsepersonellkommisjonen (Regjeringen, 2021). Kommisjonens hovedoppgave er å gi en helhetlig og kunnskapsbasert vurdering av behovene for personell og kompetanse fram mot 2040, og den skal blant annet vurdere hvordan innovasjon gjennom digitalisering, teknologi og nye arbeidsformer kan påvirke det framtidige personellbehovet og kartlegge frafall i tjenestene. Kommisjonen skal også se nærmere på hvordan ubenyttet arbeidskraft kan kvalifiseres og mobiliseres (Norsk sykepleierforbund, 2021).

Oppbygging av rapporten

Hensikten med oppdraget har vært å belyse hvordan ansvars- og oppgavedeling og bruk av teknologi kan bidra til å frigjøre sykepleierkapasitet og bidra til å rekruttere og beholde sykepleiere i kommunal helse- og omsorgstjeneste. I tillegg har vi hatt søkelys på hvordan disse forholdene utspiller seg i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i spesialisthelsetjenesten. Rapporten introduseres med en avklaring av begreper, samt en kort gjennomgang av relevant tidligere forskning (kap. 2), som avsluttes med presentasjon av mål og problemstillinger i studien. Deretter presenteres metodiske valg og innhenting av data (kap. 3). Videre presenteres resultater fra kunnskapsoppsummeringen (kap. 4-7), og deretter resultater fra intervjuene (kap. 8-13). Avslutningsvis samler vi trådene og diskuterer hovedmomenter fra resultatene (kap. 14).

2 Bakgrunn

2.1 Begrepsavklaringer

Denne studien handler om ansvars- og oppgavedeling blant sykepleiere og deres samarbeidspartnere. Fordeling — eller deling — av oppgaver kan beskrives på mange måter, med forskjellig begrep. Særlig fordi vi har benyttet mye engelskspråklig litteratur i studien, blir det lett en viss begrepsforvirring. Hva menes egentlig med de forskjellige begrepene, og hvordan skal de engelske begrepene brukes på norsk? Vi starter derfor med en begrepsgjennomgang.

Begrepet oppgavedeling brukes mye innenfor helse- og omsorgstjenestene. Det er et begrep som gjerne benyttes synonymt med oppgaveglidning. WHO definerer *oppgaveglidning* som den rasjonelle omfordelingen av oppgaver blant helsepersonell. Det beskrives som en delegeringsprosess hvor spesifikke oppgaver omfordeles til mindre spesialisert helsepersonell, hvor målet er bedre dekning av helsepersonell og en bedre utnyttelse av de tilgjengelige menneskelige ressursene (World Health Organization, 2008).

Oppgaveglidning tar utgangspunkt i at helsepersonell har mulighet til å endre sine profesjonsgrenser ved å identifisere nye arbeidsområder, eller ved å innta roller som normalt utføres av annet helsepersonell. Ifølge Nancarrow og Bothwick (2005) innebærer dette bevegelse i fire retninger; diversifisering, spesialisering, horisontal substitusjon og vertikal substitusjon (Nancarrow & Borthwick, 2005).

Tabell 1 Begrepsavklaringer, som redegjort for hos Nancarrow & Borthwick (2005)

	Definisjoner	Kliniske eksempler
Diversifisering	Identifisering av en ny tilnærming til praksis som tradisjonelt sett ikke har vært inkludert i gjeldende profesjon/fagdisiplin. Innebærer identifisering av nye markeder, nye måter å tilby eksisterende tjenester på eller introduksjon av ny teknologi som medisiner eller ny behandling.	<ul style="list-style-type: none">• Sykepleiere som utvider sitt diagnostiske eller behandlingsmessige repertoar.• Kirurger som utvider sin rolle ved å ta i bruk datateknologi til å utføre videolaparoskopi.
Spesialisering	Tilegnelse av et økt kompetansenivå innen en spesifikk gren av profesjonen, hvor arbeidsdelingen anerkjennes av profesjonen.	<ul style="list-style-type: none">• Spesialsykepleiere som f.eks. avansert klinisk allmennsykepleier (AKS-er).
Vertikal oppgavedeling [substitusjon]	Vertikal substitusjon innebærer oppgave- og ansvarsfordeling på tvers av disiplinære grenser hvor nivået på utdanning, opplæring og kompetanse (og generell makt og autonomi) ikke er likeverdig mellom partene.	<ul style="list-style-type: none">• Sykepleiere som utfører oppgaver som tradisjonelt tilhører leger.• Helsefagarbeidere som utfører oppgaver som tradisjonelt tilhører sykepleiere.

	Definisjoner	Kliniske eksempler
Horisontal oppgavedeling [substitusjon]	Horisontal substitusjon oppstår når helsepersonell med samme utdanningsnivå og kompetanse, men fra forskjellig fagbakgrunn, overtar roller som tradisjonelt har blitt utført av den andre fagdisiplinen.	<ul style="list-style-type: none"> • Kliniske psykologer som får rett til å forskrive legemidler som normalt blir utført av leger. • Vernepleiere som utfører oppgaver og arbeid som normalt tilhører sykepleiere. • Ergoterapeuter som utfører oppgaver og arbeid som normalt tilhører fysioterapeuter.

Videre i teksten bruker vi stort sett begrepene oppgavedeling og oppgaveglidning når vi beskriver hvordan oppgaver fordeles og omfordeles mellom sykepleierne og kolleger. Disse brukes synonymt. Vi betrakter spesialisering og diversifisering som muliggjørende faktorer for nye former for oppgavedeling.

2.2 Sykepleieres ansvar og oppgaver

For å forstå sykepleieres ansvar og oppgaver, må vi ha et bilde av hva en sykepleier er. Det kan vi få gjennom å se på hvordan sykepleierutdanningen i Norge er oppbygd — uten at vi skal gå inn på utdanningens spesifikke innhold her. I Norge har autoriserte sykepleiere en bachelorgrad (180 studiepoeng (stp)) fra treårig høyskole- eller universitetsutdanning. Etter bachelorgraden kan sykepleiere velge å videreutdanne seg ved å bygge på med 1) en teoretisk/administrasjons- og ledelsesfokustert masterutdanning (120 stp) ved universitet eller høyskole, 2) videreutdanning som leder til en klinisk sykepleierspesialitet (for eksempel innen anestesi, operasjon, kreft, psykisk helsearbeid osv.), som vanligvis består av 60 stp., eller 3) egne masterprogram i avansert klinisk sykepleier (120 stp) innen geriatri eller allmenntidrett. (Rafferty, Busse, Zander-Jentsch, Sermeus, & Bruyneel, 2019). I andre land kan sykepleierutdanningen se annerledes ut, og sykepleiere på tvers av land kan derfor ikke umiddelbart sammenliknes. Dette er viktig å ha med seg når vi skal drøfte litteratur som baserer seg på studier gjort av sykepleiere i andre land.

Sykepleiere generelt sett gjør et mangfold av arbeidsoppgaver og inngår i en lang rekke samarbeid, og det er derfor potensielt et stort rom for nye former for ansvars- og oppgavedeling. Hva man forstår som sykepleiernes kjerneoppgaver vil videre påvirke hvilke oppgaver man er villig til å omfordele og i hvilket omfang. Det er imidlertid ikke entydig hva som faller innenfor – og dermed hva som faller utenfor — sykepleieres oppgaver, og det pågår en debatt blant sykepleiere selv, ledere, politikere og innen forskningen om sykepleieres oppgaver. Direkte pasientarbeid (bedside care) er gjerne beskrevet som sykepleiernes kjerneoppgave (Allen, 2004; Mendes, da Cruz, & Angelo, 2015; Tønnesen & Nortvedt, 2012). Det innebærer direkte kontakt med pasienten, herunder kartlegging av pasientens problemer og ressurser, planlegging og gjennomføring av hensiktsmessige tiltak. Et annet viktig aspekt av sykepleier, som har fått mer oppmerksomhet de senere årene, er det som Allen kaller "organising work" (Allen, 2019), organiseringsarbeid på norsk. Allen refererer til det som et uformelt – og delvis usynlig arbeid — som dreier seg om å holde oversikt over og sikre framgang i en pasients forløp. Det innebærer blant annet å sørge for at alle viktige aktiviteter gjennomføres og ikke kolliderer med hverandre, og at materiell og ressurser som gir støtte til arbeidet er tilgjengelig. Kommunikasjon, koordinering og samarbeid med andre tjenester og pårørende er sentrale oppgaver i organiseringsarbeidet. Organiseringsarbeid kan ses på som limet i helsetjenesten, argumenterer Allen (Allen, 2014). Det blir i stor grad tatt for gitt, men merkes godt når det ikke gjøres. Andre viktige oppgaver for sykepleiere – som også kan

betraktes som en del av organiseringsarbeid — omfatter informasjonsdeling og dokumentasjonsarbeid. Videre faller det innenfor sykepleieres oppgave å arbeide for kvalitet, pasientsikkerhet og kostnadseffektive tjenester på systemnivå, skriver Mendes et al., i sin artikkel som beskriver sykepleierrollen (Mendes et al., 2015). I tillegg innebærer sykepleier å jobbe kunnskapsbasert/etter oppdaterte vitenskapelige prosedyrer og å ha en etisk bevissthet i pasientarbeidet (Mendes et al., 2015).

Om — og på hvilken måte — sykepleierens kompetanse blir brukt på riktig måte er altså et tema som jevnlig debatteres. Det kan se ut til å være et gap mellom hva sykepleiere mener de burde bruke tiden sin på, og hva de faktisk gjør. For eksempel viste Allen i sin studie fra britiske sykehus at opp mot 70 prosent av det arbeidet sykepleiere utfører ikke er pasientnært (Allen, 2019). Det står i en viss motsetning til de som løfter fram at den grunnleggende og pasientnære pleien bør anses som kjernen i sykepleierfaget (Elstad, 2019; Førland, Alvsvåg, & Tranvåg, 2018). I en studie av sykepleieres rolle i psykisk helsevern og TSB (Melby, Ådnanes, & Kasteng, 2017) fant forfatterne at en del sykepleiere strevde med å definere sin rolle og spesifikke kompetanse på området, og mange opplevde den uklare rollen som negativ, fordi det innebar oppgaver som de oppfattet som ikke sykepleierfaglige. En tilsvarende studie av roller og ansvar blant sykepleiere i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid (Karlsson & Kim, 2015) viste at også sykepleierne her forstår sitt mandat som relativt fritt, og sine roller og funksjoner som delvis flytende og i endring, og overlappende med andre fag- og yrkesgrupper. I en spørreundersøkelse fra 2018, utført av Sykepleiern med 3412 medlemmer fra Norsk Sykepleierforbund, oppga hele 85 prosent av respondentene at de ukentlig eller oftere utførte oppgaver de ikke definerte som sykepleieroppgaver (Bergsagel, 2019). Dette var særlig oppgaver knyttet til renhold, mat og måltider, og vedlikeholdsoppgaver på avdelingen. Kompetanse- og kvalitetsutvikling, samt tverrfaglig samarbeid, ble derimot nevnt som eksempler på oppgaver som sykepleierne syntes de brukte for lite tid på. Disse funnene var gjeldende både i primær- og spesialisthelsetjenesten, og særlig for sykepleiere som var ansatt på sykehjem og i hjemmetjeneste (ibid.). Dersom disse eksemplene er representative for den større populasjonen av sykepleiere, og mange erfarer at de gjør oppgaver som faller utenfor deres ansvarsområde og hva de er utdannet til, er det et viktig utgangspunkt for å tenke nytt rundt oppgavedeling.

2.2.1 Kompetanse og organisering på nye måter

Både nasjonalt og internasjonalt pågår det i dag diskusjoner og utprøvinger av hvordan sykepleierkompetansen kan brukes på en mest mulig hensiktsmessig måte. Mange land har i løpet av det siste tiåret gjennomført reformer — inkludert nye roller for sykepleiere i primærhelsetjenesten — for å imøtekomme behovet for avanserte og spesialiserte helsetjenester. Det er særlig fire hovedtrender som viser seg gjeldende internasjonalt; 1) utvikling av avanserte kliniske sykepleierroller i grenseovergangen mellom tradisjonell sykepleier og medisinske profesjoner; 2) innføring av nye, supplerende sykepleierroller, ofte med fokus på oppfølging av pasientgrupper med kroniske sykdommer; 3) etablering av flere utdanningsprogrammer for å møte nye krav til avanserte ferdigheter og kompetanse; og 4) innføring av nye lover og forskrifter i flere land siden 2010 som tillater visse sykepleierroller å foreskrive legemidler (Maier, Aiken, & Busse, 2017). Eksempelvis har *family nurses/nurse practitioners* fått en utvidet rolle i helsetjenesten i flere land. Dette er en autorisert sykepleier som har tilegnet seg ekspertkunnskap, ferdigheter i kompleks beslutningstaking, samt klinisk kompetanse til en utvidet funksjon, hvor mastergrad gjerne anbefales som minstekrav (Schober & Affara, 2006). Flere evalueringer viser at sykepleiere leverer tjenester med like høy kvalitet som legene og ofte høyere pasienttilfredshet (Delamaire & Lafortune, 2010). Det ser ut til at mer enn halvparten av alle OECD-land har gått i retning av å utvide sykepleierrollene og tillate oppgaveforskyvning fra leger (og sykepleiere) til sykepleiere (og helsefagarbeidere) (Maier et al., 2017). Det er imidlertid

avgjørende at innføring av de nye rollene for å fremme oppgavedeling og oppgaveforyskyvning følges opp av politisk vilje og organisatorisk tilrettelegging (ibid.).

Utover å øke kompetansen til sykepleiere, kan nye måter å organisere tjenester og tjenestelevering på være hensiktsmessig. Teamorganisering er et særlig viktig satsingsområde når det gjelder utvikling av fremtidens primærhelsetjeneste (Meld. St. 26 (2014 - 2015), 2015). Målet med teamorganisering er å bedre tjenestens tilgjengelighet, skape større bredde i tilbudet, bedre opplæring og oppfølging av brukere med kronisk sykdom, i tillegg til brukere med store og sammensatte behov for å skape mer sammenhengende og koordinerte tjenester (Helsedirektoratet, 2017). Internasjonalt omtales dette som 'primærhelseteam' og kan defineres som en flerfaglig gruppe med helse- og sosialpersonell som arbeider sammen for å levere lokalt tilgjengelige helse- og omsorgstjenester til en definert størrelse uavhengig av alder, kjønn og diagnoser (Helsedirektoratet, 2017). Primærhelseteamet består hovedsakelig av allmennlege, sykepleier og administrativt personell, men kan utover dette ha en rekke andre faste eller tilknyttede deltakere avhengig av lokale behov og oppgaver (Meld. St. 26 (2014 - 2015), 2015). Primærhelseteam har vært pilotert i Norge, og resultatene fra dette forsøket beskrives nærmere i resultatdelen

Når det gjelder teamorganisering innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), viste analyser av data fra en kartlegging blant sykepleiere som jobbet tverrfaglig i team at de i signifikant større grad enn sykepleiere som ikke gjorde det, rapporterte at de imøtekom pasientenes ulike somatiske, psykososiale og praktiske behov (Nordfjaern, Melby, Kaasbøll, & Ådnes, 2021). Teamorganisering der man får brukt sin profesjonsspesifikke kompetanse kan derfor se ut til å gi bedre utnyttelse av denne kompetansen enn ellers. Men det er behov for en diskusjon mellom yrkesgruppene som deltar i teamet om hva som skal være de respektives roller og ansvar, samt hvordan man skal balansere teamarbeid med individuelt arbeid.

2.3 Teknologi som virkemiddel for ansvars- og oppgavedeling

Innføring og bruk av mer effektive digitale løsninger/tjenester fremheves ofte som et viktig virkemiddel for å avhjelpe kapasitetspress i tjenestene, inkludert sykepleiermangel. OECD peker på at helsesektoren ligger bak andre sektorer når det gjelder å utnytte potensialet i utvikling og bruk av digitale løsninger (OECD, 2019a). Særlig innen kommunal helse- og omsorgstjeneste er det innført digitale løsninger i begrenset grad, og mange løsninger/tjenester kommer ikke over fra pilotstadiet til fullskala drift. Det er imidlertid liten tvil om at digitalisering og nye teknologiske løsninger vil spille en viktig rolle i fremtidens helse- og omsorgssektor, og erfaringer fra "sjokkdigitaliseringen" under koronapandemien har vist at tjenestene kan være raske til å ta i bruk teknologi når det er påkrevd. Samtidig har vi sett fra tidligere studier på området at dette ikke gjelder alle. For eksempel fant vi i studien på sykepleieres erfaringer fra den første fasen i koronapandemien at privat sektor var mer frampå med å ta i bruk digitale kommunikasjonsløsninger enn offentlig sektor (Melby, Thaulow, Lassemo, & Ose, 2020)

Bruk av teknologi innen helse- og omsorgssektoren kan defineres som anvendelse av kunnskap for å løse klinisk praksis og helserelevante problemer som inkluderer produkter, prosedyrer og praksismetoder som endrer måten helsetjenester leveres på (OECD, 2017). Teknologi i denne forstand kan omfatte alt fra elektronisk pasientjournal, planleggingssystemer og videokonferanseløsninger til velferdsteknologi. I videre forstand handler digitalisering om å bruke teknologi til å fornye, forenkle og forbedre helsetjenester, og kan ofte forstås som en samlebetegnelse på overgangen fra analoge, mekaniske og papirbaserte løsninger, prosesser og systemer, til elektroniske og digitale løsninger ("Digitalisering i offentlig sektor", 2014).

Det finnes begrenset kunnskap om hvordan digitalisering påvirker ansvars- og oppgavedeling i helsesektoren generelt, og for sykepleiere spesielt. Oftest blir innføring av nye digitale løsninger presentert som tjenester som både vil skape mer effektive og kvalitativt bedre tjenester. Det *kan* fungere etter den hensikten, men det kan også skape utfordringer og merarbeid. I en kunnskapsoppsummering av digitaliseringens konsekvenser for samhandlingen og kvaliteten på helse-, velferds- og omsorgstjenestene som SINTEF og NTNU gjorde på oppdrag av NFR (Melby, Sand, Midtgård, Toussaint, & Karlstrøm, 2019) tydet funnene på at innføring av digitale løsninger fører til mer effektive tjenester, men også at en del sykepleiere opplevde frustrasjon og ekstra arbeid i møte med den nye teknologien (Frennert, 2019; Oberg et al., 2018). For eksempel kan mange pasienter behøve opplæring og hjelp til å bruke ny teknologi, og dette arbeidet kan falle på sykepleierne. I en studie av samspillet mellom trykghetsalarm-brukere-hjemmesykepleier i flere norske kommuner, fant vi at hjemmesykepleierne fikk en viktig rolle i å hjelpe brukerne med å ta i bruk trykghetsalarmen. I tillegg opplevde sykepleierne en form for stress når de hadde ansvar for å svare på innkommende alarmer. De erfarte da at de simultant måtte ivareta den brukeren de var hos, samtidig som de måtte svare på en alarm fra en annen bruker (Randi Stokke, Line Melby, Jørn Isaksen, Aud Obstfelder, & Hege Andreassen, 2021). Det viser et eksempel på hvordan sykepleierne sto med et dobbelt ansvar fordi de hadde fått i oppgave å svare på trykghetsalarmer. Dette viser igjen at organiseringen av digitale tjenester har stor betydning for rollene og ansvaret som helsearbeiderne får, og at endring i ansvar og arbeidsprosesser må følge med når teknologi innføres.

I en studie av bemanning og kompetanse i sykehjem og hjemmesykepleier, trekker Gautun (Gautun, 2020) fram at mer effektive digitale løsninger kan være et virkemiddel for å rekruttere, mobilisere og beholde sykepleiere i tjenestene. Særlig i kommunene er det mange kritiske bemerkninger til journalsystemene, og sykepleierne bruker mye tid på å innhente informasjon fra samarbeidspartnere og systemene oppleves som trege. Bedre tilgang til informasjon, og mindre plunder og heft med journalsystemer, kan tenkes å bidra til at sykepleierne får tid til andre oppgaver. Det er videre dokumentert at digitale løsninger kan bidra til frigjort tid til pasientkontakt og gi økt kvalitet for pasienter/brukere, både i hjemmetjenesten (Røhne, Aussen, & Grut, 2017) og på tjenestekontor (Røhne & Grut, 2020).

Mye har skjedd når det gjelder bruk av teknologi de siste årene, og ikke minst har koronapandemien bidratt til en sterk vekst i bruk av videokonsultasjon i behandling og digitale samarbeidsmøter på tvers av tjenester. Vi vet ikke enda hvilke effekter denne raske utviklingen har på den videre utviklingen når det gjelder digitalisering og bruk av teknologi innen helsesektoren, men det er grunn til å tro at terskelen for å ta det i bruk er blitt mye lavere. Utviklingen mot større grad av teamarbeid vil også kreve gode digitale løsninger som kan understøtte samarbeidet. Totalt sett kan dette påvirke arbeidshverdagen og oppgavene til sykepleiere på flere måter.

2.4 Mål og problemstillinger

I studien har vi jobbet ut ifra følgende overordnede forskningsspørsmål, som formulert i oppdragsdokumentet:

Hvordan kan oppgave- og ansvarsfordeling og teknologi frigjøre sykepleierkapasitet og bidra til å rekruttere og beholde sykepleiere i kommunal helse- og omsorgstjeneste?

Studien har bestått av to delstudier: en kunnskapsoversikt basert på en litteraturgjennomgang, og en kvalitativ studie, basert på intervjuer med sykepleiere.

I arbeidet med **kunnskapsoversikten** har følgende problemstillinger vært førende for arbeidet:

1. Hvilke trender, eksempler og resultater på endringer i ansvars- og oppgavedeling finnes nasjonalt og internasjonalt?
 - a. Hva er status i Norge, sammenlignet med andre land?
 - b. Hvilke oppgaver er sykepleiere særlig egnet til å ta et større ansvar for?
 - c. Hvilke oppgaver bør sykepleiere gjøre mindre av (som andre yrkesgrupper kan ta et særlig ansvar for)?
2. Hva hemmer og fremmer ansvars- og oppgavedeling innenfor helse- og omsorgstjenester?
3. Hvordan kan digitalisering og teknologi understøtte endringer i ansvars- og oppgavedeling framover? Og hvordan kan dette benyttes som en katalysator for ansvars- og oppgavedeling?
 - a. Hvilke aktuelle prosjekter/arbeider på dette området har vært gjennomført/gjennomføres i norske kommuner?

I arbeidet med den **kvalitative undersøkelsen** har følgende problemstillinger vært førende for arbeidet:

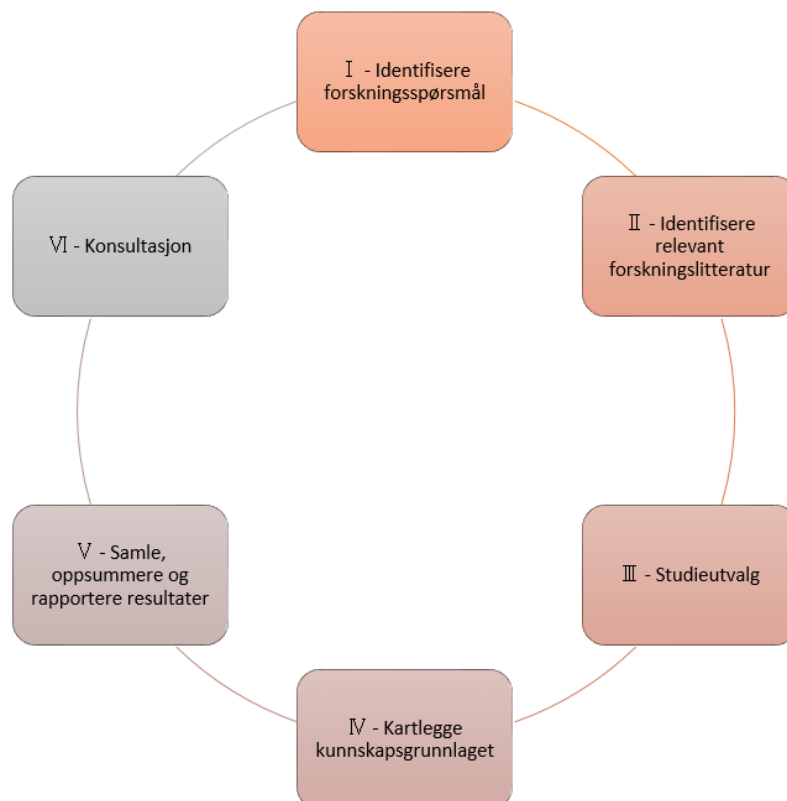
1. Hvordan opplever sykepleierne ansvars- og oppgavedelingen i hverdagen?
2. Hvordan opplever sykepleierne sine utviklingsmuligheter i eget yrke og roller
3. Hva er sykepleiernes erfaringer med å jobbe tverrfaglig og i team? Hva hemmer og fremmer tverrfaglig samarbeid?
4. På hvilke måter påvirker digitale løsninger og teknologi ansvars- og oppgavedelingen i den kommunale helse- og omsorgssektoren?

3 Metode og materiale

3.1 Kunnskapsoppsummering

For å skaffe en oversikt over eksisterende kunnskap om de overordnede problemstillingene i oppdraget, har vi tilstrebet å gjennomføre en systematisk kunnskapsoppsummering i form av en *scoping review*. Dette er en form for kunnskapssyntese som følger en systematisk tilnærming for å kartlegge kunnskapsgrunnlaget og identifisere kunnskapshull, sammenfatte litteratur, avklare begreper eller undersøke konsepter (Tricco et al., 2018). Denne formen for kunnskapsoppsummering er særlig velegnet når man vil kartlegge beste tilgjengelige forskning på et bredt og heterogent forskningsfelt (Pham et al., 2014). Sammenlignet med en systematisk kunnskapsoppsummering (dvs. *systematic review*), vil en *scoping review* inkludere litteratur med et bredere spekter av studiedesign og metodiske tilnærminger (Munn et al., 2018), noe som egner seg godt til å besvare problemstillingene i dette oppdraget.

Kunnskapsoppsummeringen ble gjennomført basert på rammeverket som er beskrevet og skissert av Joanna Briggs Institute (JBI) (2015), basert på det forgående arbeidet av Arksey og O'Malley (Arksey & O'Malley, 2005). Prosessen består av følgende seks trinn: (1) Identifisere forskningsspørsmålet, (2) identifisere relevant forskningslitteratur, (3) utvelgelse av studier, (4) kartlegge kunnskapsgrunnlaget, (5) samle, oppsummere og rapportere resultater og (6) konsultasjon med flere forskere, referansegruppen og oppdragsgiver.



Figur 1 Seks trinn for gjennomføring av en *scoping review*, basert på anbefalinger fra Joanna Briggs Institute (2015)

3.1.1 Søkestrategi

I et systematisk litteratursøk må man ofte vekte behovet for fullstendighet (*'sensitivity'*) mot behovet for god presisjon (*'specificity'*). Med andre ord, når man forsøker å få med alt må det vektas mot behovet for å beholde relevans og presisjon. Vårt valg av søkeord ble gjort med utgangspunkt i prosjektets hensikt og spesifikke problemstillinger, og omfanget av søkestrategien ble tilpasset tilgjengelig tid og ressurser for oppdraget. I samråd med vår interne kunnskapsforvalter i Sintef, samt oppdragsgiver, gjennomførte vi to samlede søk som er etterprøvbare og som vi antok fanget opp mesteparten av relevant litteratur i fem elektroniske databaser; Google scholar, Scopus, PubMed, Medline og Cinahl. Se vedlegg 1 for detaljer omkring søkefrasering og antall treff i hver database. En forenklet presentasjon av søkestrategien er presentert her i tabell 2.

Tabell 2 Søkestrategi for kunnskapsoppsummeringen

Søkeord
nurse¹
AND
("primary health care" OR "mental care" OR "substance abuse")
AND
("skill mix" OR "work delegation" OR "task shift" OR "task transfer" OR "task delegation" OR "task reallocation")
AND
technology²

Søkestrategien ble underbygget av sentrale inklusjonskriterier basert på rammeverket 'population – concept – context (PCC)' anbefalt av JBI for scoping reviews (se tabell 3). Kunnskapsoppsummeringen inkluderte originale vitenskapelige artikler, samt andre kunnskapsoppsummeringer. Relevant grå litteratur og offentlige dokumenter, eksempelvis stortingsmeldinger, NOU-er, rapporter fra EU og OECD, ble også inkludert. Masteroppgaver, lederartikler, kommentarer, bokanmeldelser, antologier, bøker og bokkapitler ble ekskludert. Språk ble begrenset til engelsk og skandinavisk. Studier ble forsøkt begrenset til i-land/regioner som defineres som høy-inntektsland, hvor organiseringen av helsetjenesten til en viss grad er sammenlignbart med norske forhold.

I vårt arbeid ble publikasjonsperioden begrenset til siste ti år, fra og med 2011 til dags dato. Devik og Olsen (2021), som også belyser oppgaveglidning mellom sykepleiere og andre helsearbeidere i den kommunale omsorgstjenesten i sin kunnskapsoppsummering, opererte uten tidsavgrensning i sitt søk (Devik & Olsen, 2021). De har likevel rapportert at 72 prosent av publikasjonene som ble inkludert i deres oppsummering (N=61) ble publisert i løpet av de siste seks årene.

¹ Vi vil understreke at søkeordet *nurse* omfatter alle begrep som inneholder dette ordet. Dette har vært viktig for å fange opp internasjonal litteratur som omtaler sykepleier med mange ulike begreper, eksempelvis *nurse practitioner*, *enrolled nurse*, *licensed nurse*, *practical nurse*, *registered nurse*, etc.

² Se vedlegg for detaljer omkring søkeord for spesifikke teknologiske løsninger.

Tabell 3 Inklusjons- og eksklusjonskriteria basert på rammeverket: 'population – concept – context' (PCC).
 Forkortelser: AKS; avansert klinisk sykepleier, TSB; tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Kategori	Beskrivelse
P – Population	Sykepleiere, inkludert avanserte kliniske sykepleiere (AKS-er), fortrinnsvis tilknyttet kommunal helse- og omsorgstjeneste, men også sykepleiere og spesialsykepleiere tilknyttet psykisk helsevern og TSB.
C – Concept	Kommunal helse- og omsorgstjeneste, samt psykisk helsevern og TSB i spesialisthelsetjenesten. Aktuelle tema er identifisering av nasjonale og internasjonale prosjekter vedrørende effekt av 'skill-mix' og 'task-shift', faktorer som fremmer og hemmer ansvars- og oppgavedeling, endring/grad av rekruttering av sykepleiere, sykepleieres erfaringer og holdninger til nye roller, oppgaver og støtteverktøy på bakgrunn av digitalisering og innføring av ny teknologi, etc. (jf. problemstillinger, kap 2.4).
C – Context	Språk begrenses til engelsk og skandinavisk (norsk, svensk og dansk). Studier begrenses til i-land/regioner som defineres som høy-inntektsland, inkludert Storbritannia, USA, Europa, Australia og New Zealand hvor organisering av helsetjenester til en viss grad er sammenlignbart. Publikasjonsperiode begrenses til siste ti år fra 2011 til 2021.

3.1.2 Studieutvalg

Systematisk litteratursøk i vitenskapelige databaser

Totalt antall treff (N=117) fra søk 2AA og 2BB til og med søk 5AA og 5BB (se vedlegg 1) ble eksportert til EndNote X9 for Windows. Herfra ble alle artikler importert til Rayyan, som er et internettbasert program/verktøy designet for å gjennomføre kunnskapsoppsummeringer på en systematisk, effektiv og oversiktlig måte. I Rayyan ble det gjort en automatisk duplikatsjekk. To forskere (LM, MG) screenet deretter alle gjenværende titler og abstract (n=53) uavhengig av hverandre og vurderte grad av relevans basert på forhåndsdefinerte kriterier (se tabell 2). Artikler som var vurdert ulikt (n=8) ble gjennomgått av de samme to forskerne, og besluttet inkludert/ekskludert i fellesskap. Prosessen resulterte i 33 inkluderte artikler, og 20 ekskluderte. Årsak til eksklusjon var feil utfallsmål, feil populasjon og/eller feil studiedesign.

Neste fase omfattet fulltekstgjennomgang av de 33 artiklene. Her ble ytterligere 14 artikler ekskludert, hovedsakelig grunnet feil tematikk og feil studiedesign. Til sammen ble 19 vitenskapelige artikler inkludert i studien vår og sammenfattet i denne rapporten.

Det systematiske søket ga svært få treff vedørende litteratur omkring teknologi og digitalisering som understøtter oppgave- og arbeidsfordeling (jf. problemstilling 3). I samråd med oppdragsgiver valgte vi derfor å søke på spesifikke teknologiske løsninger (som f. eks. elektroniske medisindispensere, avstandsoppfølging, telemedisin, sensorer og velferdsteknologi, i kombinasjon med sykepleier og oppgaveglidning). Dette ga heller ingen relevante treff, og vi gjennomførte derfor hånndsøk i særlig relevante tidsskrift, gjennomgikk referanselister i sentrale publikasjoner, samt kontaktet eksperter på området for å finne relevant vitenskapelig litteratur med tilgrensende tematikk. En egen liste over artikler fra disse hånndsøkene gav 32 treff som ble screenet på samme måte som de systematiske litteratursøkene. Herfra ble 15 av artiklene ekskludert grunnet

feil populasjon, feil studiedesign eller feil utfallsmål. Til sammen ble 17 artikler inkludert videre og gjennomgått i fulltekstformat.

I arbeidet med gjennomgangen av de inkluderte artiklene, oppdaget vi relevante og tematisk viktige artikler (n=12) i de respektive artiklenes referanselister, som dermed også ble tillagt denne kunnskapsoppsummeringen.

Grålitteratursøk

Kilder til grålitteratur og offentlige dokumenter ble søkt i relevante databaser, som Google scholar, samt via hjemmesidene hos relevante institusjoner og virksomheter/fagmiljø, som Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, Senter for omsorgsforskning (SOF), Telemarksforskning, SINTEF, OsloMET, NOVA, OECD etc. Vi gjennomgikk også alle kilder til grålitteratur som oppdragsgiver eksemplifiserte og anbefalte i tilbudsinnbydelsen, samt i statusmøter med oppdragsgiver underveis i prosessen.

3.2 Intervjuer

For å få innsikt i sykepleieres erfaringer med ansvars- og oppgavedeling i praksis, og bruk av teknologi, har vi gjennomført semi-strukturerte intervjuer. Dette er en hensiktsmessig tilnærming når vi vil utforske et tema og få dybdekunnskap om det. I tillegg gir intervjuer oss gode muligheter til å få tak i informantens refleksjoner og vurderinger rundt forskjellige tema (Tjora, 2012).

Hensikten med intervjuene har vært å få beskrivelser og refleksjoner rundt den eksisterende oppgavedelingen og i hvilken grad sykepleierne opplever at de får brukt seg og sin kompetanse på en fornuftig måte. I tillegg har vi vært opptatt av hvordan teknologi/digitale løsninger spiller inn med tanke på å ta over oppgaver, eller eventuelt skape nye oppgaver for sykepleierne. Gjennom innsikten fra intervjuene har vi ønsket å belyse hvordan sykepleierkapasiteten i tjenestene kan påvirkes gjennom endringer i ansvars- og oppgavedeling og innføring av digitale løsninger.

3.2.1 Gjennomføring

Fra oppdragsgivers side var det ønskelig å intervju sykepleiere bredt i kommunal helse- og omsorgstjeneste, samt sykepleiere i psykisk helsevern og TSB i spesialisthelsetjenesten. NSF bisto i å finne kontaktpersoner i tjenestene, og forskerteamet tok kontakt med dem. Noen få av disse var aktuelle som informanter selv, men det absolutte flertall er personer som har blitt foreslått av kontaktpersonene og som har samtykket til intervju. Totalt 30 sykepleiere er intervjuet. Syv er menn og 23 er kvinner. LM, MG og HH har gjennomført intervjuene. Intervjuene ble gjort i perioden oktober-november 2021. I tabell 3 er informantene sortert etter hovedarbeidsplass (rolle for to informanter). Svært mange av informantene har imidlertid erfaring fra flere deler av tjenestene, og snakker derfra ut fra erfaring både med nåværende og tidligere arbeidsplass/-arbeidsoppgaver. I tillegg er flere ledere, selv om de for eksempel er kategorisert innenfor "sykehjem". Noen er også lokale tillitsvalgte. Det er derfor et bredt spekter av roller som dekkes innenfor de forskjellige delene av tjenestene.

Tabell 4 Oversikt over informantene, kategorisert etter arbeidssted, overordnet

Arbeidssted	Hovedområde	Antall informanter
Sykehjem	Kommunal helse- og omsorg	8
Hjemmesykepleier, inkl. AKS		9
Psykisk helse og rus		2
Primærhelseteam		3
Psykisk helsevern og TSB	Spesialisthelsetjenesten	5
Leder på overordnet nivå	Ledere med erfaringer fra begge nivåer	3
Totalt		30

Ved oppstart av studien utformet vi en intervjuguide, bestående av overordnede spørsmål vi ville innom i intervjuet. Disse handlet om oppgaver i hverdagen, hva man synes om dem, hvordan man får brukt kompetansen sin og mulighetene for kompetanseutvikling, betingelser for samarbeid, tverrfaglighet og teamarbeid og erfaringer og betraktninger rundt bruk av teknologi i tjenestene. Avhengig av informantens rolle og arbeidssted, har temaene vært vektlagt litt ulikt, men alle har blitt introdusert for alle temaene.

Intervjuene ble gjennomført via en digital plattform. Intervjuene tok mellom 30 minutter og en times tid. de fleste intervjuene er transkribert av forskningsassistenter, mens noen er transkribert av forskerne selv. Når vi gjengir sitater fra informantene betegner vi alle som "hun" for å ivareta anonymiteten deres. Alle informantene betegnes videre med et nummer, mens vi i teksten beskriver arbeidssted der det er relevant. Fordi noen informanter er intervjuet sammen, er det vanskelig å skille hvem som har sagt hva. Nummereringen går derfor fra 1 til 27.

3.2.2 Analyse

Analysen har tatt utgangspunkt i de overordnede forskningsspørsmålene for den kvalitative delstudien. Det vil si at vi i gjennomgangen av intervjuene har sett etter utsagn som kan belyse 1) erfaringer med ansvars- og oppgavedeling, 2) erfaringer med å jobbe i team og å jobbe tverrfaglig, 3) utnyttelse av egen kompetanse og utviklingsmuligheter i yrket/rollen, og 4) meninger om hvordan teknologi påvirker ansvars- og oppgavedeling.

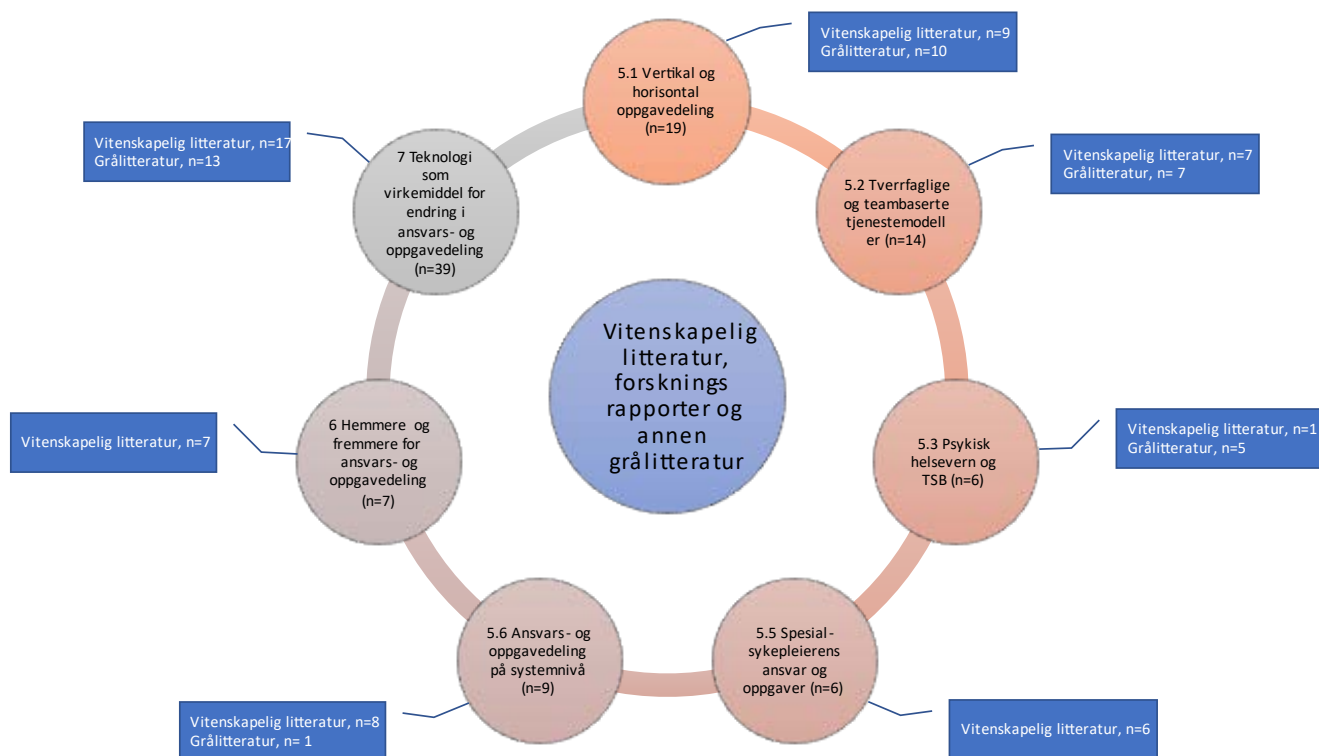
3.2.3 Etikk

I prosjektet har vi jobbet etter samfunnsvitenskapelige forskningsetiske retningslinjer (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2016) og EUs personvernforordning, GDPR. Det innebærer blant annet å gi studiedeltakerne tilstrekkelig informasjon om formålet med forskningen og hvordan resultatene skal brukes, om ivaretagelse av personvern hos deltakerne og om mulighetene for å trekke seg. Prosjektet er meldt til – og tilrådd av – Norsk senter for forskningsdata, Sintefs personvernombud for forskning. Deltakerne i studien har fått skriftlig og muntlig informasjon om studien.

Alle lydfiler fra intervjuene har blitt oppbevart på et adgangsbegrenset, passordbeskyttet område på server hos Sintef. Ved prosjektslutt slettes lydfilene. Alle studiedeltakerne holdes, som nevnt over, anonyme. Når vi gjengir sitater fra intervjuene, har vi derfor anonymisert eller utelatt personidentifiserende opplysninger fra sitatene.

4 Resultater fra kunnskapsoppsummeringen

Som beskrevet i metod delen ga vårt systematiske litteratursøk totalt 117 antall treff på tvers av fire databaser (PubMed, Medline, Cinahl og Scopus). Etter duplikatsjekk, screening av titler og abstract og fulltekstgjennomgang, ble til sammen 19 vitenskapelige artikler inkludert i studien. I tillegg inkluderte vi 12 vitenskapelige artikler via håndsøk, samt 17 artikler som spesifikt omhandler teknologi og digitalisering. Til sammen ble **48** vitenskapelige publikasjoner inkludert. Dette omfatter både systematiske kunnskapsoppsummeringer og andre oversiktsstudier, samt originalartikler med kvalitativ og/eller kvantitativ metodisk tilnærming. Av gråliteratur endte vi opp med til sammen **36** nasjonale og internasjonale rapporter, samt offentlige dokumenter. Totalt ble **84 publikasjoner inkludert**. Studiene var publisert mellom 2011 og 2021 (i tillegg til noen få enkeltstudier fra 2022), og representerte forskning hovedsakelig fra vestlige høyinntektsland, som beskrevet i inklusjonskriteriene. En tematisk inndeling med utgangspunkt i oppdragets problemstillinger ble gjennomført. Den inkluderte litteraturen ble dermed fordelt som vist i figur 2.



Figur 2 Inkludert litteratur inndelt i sentrale tema. Legg merke til at '6 Hemmere og fremmere for ansvars- og oppgavedeling' inkluderer litteratur som tematisk også tilhører andre tema ('duplikater').

Som vi ser fra figur 2 favnet litteratursøket i stor grad vitenskapelig litteratur, forskningsrapporter og annen gråliteratur som omhandlet *vertikal* og *horisontal oppgavedeling*. Mye av litteraturen omhandlet også

tverrfaglige og teambasert tjenestemodeller. Dette gjenspeiles derfor i denne kunnskapsoppsummeringen, og man ser tydelig at innhold og omfang av de nevnte temaene bærer preg av fylldigere beskrivelser og mer omfattende resultater hvor det også ser ut til at det er gjennomført mest forskning. Eksempelvis favnet vårt litteratursøk dessverre sparsomt med litteratur som omhandler *ansvars- og oppgavedeling blant sykepleiere i psykisk helsevern og TSB.* Dette gjenspeiles i omfanget av litteratur som oppsummeres i rapporten, og indikerer sannsynligvis et behov for mer forskning på feltet.

I en kunnskapsoppsummering som dette vil gjennomgangen av litteratur til en viss grad bære preg av forskernes subjektive forståelse og prioritering. Vi har likevel forsøkt å være bevisst vårt eget perspektiv, samt oppdragsgivers rolle og ønsker, og forsøkt å holde oss til en så objektiv gjennomgang som mulig som har til hensikt å vise flere perspektiver av tematikken. Videre har ikke internasjonale studier og resultater automatisk overføringsverdi til norske forhold. Som man vil se i gjennomgangen er det for eksempel store variasjoner i utdanningsløpet og hierarki innad i helsevesenet vedrørende sykepleiere, helsefagarbeidere, assistenter, spesialsykepleiere etc. Der det har vært naturlig har vi derfor referert til de faktiske begrepene som den spesifikke studien har benyttet, slik at vi lettere kan forstå og sammenligne med norske forhold.

5 Nasjonale og internasjonale trender, eksempler og resultater på ansvars- og oppgavedeling

I dette delkapitlet har vi systematisert og oppsummert den vitenskapelige litteraturen og grålitteratur som belyser kunnskapsoppsummeringens første problemstillinger (1 a, b og c, jf. kap. 2.4). Vi har sett nærmere på hva litteraturen sier om hvilke trender, eksempler og resultater på endringer i ansvars- og oppgavedeling som finnes nasjonalt og internasjonalt. Vi har hatt særlig fokus på litteratur som belyser problemstillingene fra en norsk kontekst, men i stor grad også belyst tematikken med litteratur fra andre vestlige land som det er nærliggende å sammenligne oss med. Ut ifra omfanget av inkludert litteratur har vi viet stor plass til særlig vertikal og horisontal oppgavedeling, samt tverrfaglige og teambaserte tjenestemodeller. Videre har vi sett spesifikt på litteratur som omhandler ansvars- og oppgavedeling i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), samt litteratur som har undersøkt spesialsykepleierens ansvar og rolle. Også enkeltstudier som tematisk grenser mer mot ansvars- og oppgavedeling på systemnivå er omtalt.

Litteraturen viser flere eksempler på sykepleierens ansvar og oppgaver i ulike kontekster, og vi har på bakgrunn av dette reflektert rundt hvilke oppgaver sykepleiere ser ut til å være egnet til å ta et større ansvar for, men også hvilke oppgaver sykepleieren kan gjøre mindre av.

5.1 Vertikal og horisontal oppgavedeling

En stor andel av litteraturen som ble fanget opp av vårt litteratursøk omhandlet vertikal og horisontal oppgavedeling, særlig ser det ut til at førstnevnte tema er omfattende evaluert særlig i den internasjonale litteraturen. Her følger en oversikt over forekomst, både internasjonalt og nasjonalt, en gjennomgang av de mest sentrale kunnskapsoppsummeringene på feltet, samt noen enkeltstudier.

5.1.1 Forekomst

I en kvantitativ tverrsnittsstudie (Maier & Aiken, 2016), hvor resultatene baseres på en spørreundersøkelse blant 93 eksperter verden over, belyses forekomst av oppgaveglidning i 39 land i Europa, USA, Canada, Australia og New Zealand. Studiens hovedfokus var oppgaveglidning i form av *offisiell* overføring av oppgaver fra lege til sykepleiere med spesialisering. Dette var i studien definert som land som har gjennomført utdanningsreformer og foretatt lovreguleringer som har tilrettelagt for at sykepleiere har fått utvidet sitt ansvarsområde til å gjelde kliniske oppgaver som tradisjonelt sett har vært forbeholdt legene.

Resultatene viste at oppgaveglidning var implementert i to tredjedeler av de inkluderte landene i studien (dvs. 27 av 39 land), hvorav i alt 11 land hadde høy forekomst (Australia, Canada, England, Nord-Irland, Skottland, Wales, Finland, Irland, Nederland, New Zealand og USA), 16 land hadde begrenset forekomst (Sverige, Spania, Kroatia, Kypros, Portugal, Litauen, Malta, Estland, Latvia, Luxembourg, Danmark, Slovenia, Island, Ungarn, Belgia og Italia), og 12 land var definert som uten offisiell bruk av oppgaveglidning (Norge, Østerrike, Tsjekkia, Frankrike, Tyskland, Sveits, Polen, Bulgaria, Hellas, Romania, Slovakia og Tyrkia). Spesialsykepleierens ansvarsområder og oppgaver inkluderer forskrivning av medikamenter, diagnostikk, behandlingsautoritet, bestilling av medisinske tester, henvisninger, ansvar for en rekke pasientgrupper og mulighet til å være pasientenes primærkontakt. Forfatterne bak studien peker på at man fra et internasjonalt perspektiv, og særlig fra et EU-perspektiv, bør tilstrebe å utvikle standardiserte definisjoner, samt minimumskrav til utdanning og praksis for å lette godkjenningsprosedyrer i et stadig mer sammenkoblet arbeidsmarked (Maier & Aiken, 2016).

I norske publikasjoner løftes det fram at økte krav tilknyttet flere, eldre og sykere pasienter, samt nye oppgaver etter samhandlingsreformen, øker behovet for oppgaveglidning i kommunale omsorgstjenester (Gautun, Øien, & Bratt, 2016; Haukelien, Vike, & Vardheim, 2015). Imidlertid ble det i en OECD-rapport fra 2014 angitt at det foreløpig ikke finnes noen formelle nasjonale standarder for oppgaveglidning og kompetansesammensetning i norsk primærhelsetjeneste (OECD, 2014). Derimot ser det ut til at ulike kommuner velger ulike løsninger lokalt. Det virker likevel å være stor interesse for, og etterspørsel etter, videreutdanning blant sykepleiere, til tross for at det i 2014 fortsatt var uvanlig å ansette sykepleiere med avansert klinisk kompetanse (OECD, 2014). Tilnærmet samme inntrykk ble rapportert i Ludvigsen & Danielsens rapport (2014), hvor en kunnskapsoppsummering vedrørende oppgavefordeling i helse- og omsorgssektoren tydet på at det i liten grad skjer en bevisst og strategisk bruk av ny oppgavefordeling innen helse- og omsorgssektoren i norske kommuner (Ludvigsen & Danielsen, 2014). Imidlertid pekte de på at det skjer mange tilpasninger i organisering som indirekte kan fremme ny oppgavefordeling, som for eksempel satsing på sammenheng og helhetlige pasientforløp, samlokalisering og tverrfaglige team (Ludvigsen & Danielsen, 2014).

Vårt systematiske litteratursøk fanget ikke opp noen vitenskapelige artikler i internasjonale tidsskrift som rapporterer om systematisk utprøving av vertikal eller horisontal oppgaveglidning i Norge. I nasjonale forskningsrapporter indikeres det imidlertid at oppgaveglidning fra sykepleiere til annet personell er vanlig i forbindelse med ubesatte sykepleierstillinger og stillinger med langtids- og korttidsfravær i sykehjem og hjemmesykepleie (Devik & Olsen, 2021; Gautun et al., 2016). Gautun, Øien & Bratt (2016) undersøkte konsekvensen av mangel på sykepleiere i sykehjem og i hjemmesykepleien (Gautun et al., 2016), og ifølge en kartlegging de gjorde blant NSF sine tillitsvalgte i 176 sykehjem og 57 hjemmesykepleietjenester i 2016, settes det som oftest inn personell med *lavere* kompetanse når sykepleiere har lange fravær. Det var heller ikke uvanlig at det *ikke* settes inn annet personell ved langtidsfravær, og undersøkelsen viste at det kun ble satt inn annet personell for halvparten av ubesatte sykepleierstillinger og stillinger med langtidsfravær i sykehjem og hjemmesykepleien. Der det ble satt inn annet personell, hadde tre av ti av disse annen helsefaglig bakgrunn enn sykepleie på høyskolenivå, og nesten like mange hadde helsefaglig bakgrunn på videregående nivå (Gautun et al., 2016).

For å belyse omfanget av korttidssykefravær blant sykepleiere og hvordan kommunene håndterer dette fraværet, ble det i samme rapport også presentert data fra en kartlegging gjennomført i sykehjem og hjemmetjenesten i 23 kommuner i to fylker i en 14-dagers periode i 2015. Resultatene viste et gjennomsnittlig korttidsfravær på 24 prosent av sykepleiervaktene som var satt opp i planlagt turnus. Blant de ledige vaktene ble gjennomsnittlig 28 prosent av dem dekket av sykepleiere eller av andre med helsefaglig utdanning på høyskolenivå, mens de resterende ledige sykepleiervaktene ble dekket opp med personell med lavere kompetanse (37 prosent), og en stor andel (17 prosent) ble dekket opp med ufaglærte. I snitt var det 18 prosent av disse vaktene som ikke ble dekket opp overhodet (Gautun et al., 2016).

Også resultater fra en spørreundersøkelse blant 242 av NSFs tillitsvalgte i sykehjem og hjemmetjenesten fra 2014, viste hvordan fravær blant sykepleiere tilsynelatende i begrenset grad ble kompensert med andre sykepleiere (Gautun & Bratt, 2015). I stedet ble det rapportert blant 78 prosent av informantene at vikarer med annen helsefaglig bakgrunn ble brukt, og 73 prosent rapporterte at ufaglærte vikarer ble brukt.

Oppsummert kan det tyde på at oppgaveglidning er vanlig forekommende også i Norge, men det foregår i stor grad mer uformelt, og blir sjelden evaluert eller rapportert. Devik og Olsen (2021) oppsummerte i sin kunnskapsoppsummering at den vertikale oppgaveglidningen er lite formalisert og kommunisert som en styrt eller tydelig begrunnet strategi. Tvert om oppleves oppgaveglidningen som en umiddelbar respons på manglende kompetanse, og det gjelder særlig manglende sykepleierkompetanse (Devik & Olsen, 2021). Den

horisontale oppgaveglidningen i Norge oppfattes som mer planlagt, og som et virkemiddel for å styrke tjenestens kvalitet og samhandling, samt for å tilrettelegge slik at ansatte får brukt sin kompetanse.

5.1.2 Internasjonale kunnskapsoppsummeringer

I løpet av de siste årene er flere kliniske evalueringer, og i noen grad også helseøkonomiske evalueringer, av oppgaveglidning i form av vertikal oppgaveglidning fra leger til spesialsykepleiere i primærhelsetjenesten presentert i flere internasjonale vitenskapelige kunnskapsoversikter. Slike oversiktsartikler sammenfatter og systematiserer en rekke enkeltstående studier. Her følger en gjennomgang av de mest sentrale.

Martínez-González et al., publiserte i 2014 en systematisk kunnskapsoppsummering, hvor de gjennomgikk resultater fra 24 randomiserte kontrollerte studier (totalt 38 974 deltakere), i tillegg til to helseøkonomiske evalueringer (Martínez-González et al., 2014). De inkluderte studiene var gjennomført i Storbritannia (n=9), Nederland (n=6), USA (n=6), Sør-Afrika (n=2) og Russland (n=1). Resultatene viste at sykepleierledet behandling så ut til å ha positiv effekt på pasienttilfredshet, antall innleggelses i sykehus og dødelighet. Grunnet lav metodisk kvalitet på de fleste studiene som var inkludert (publisert inntil 2012), konkluderte forfatterne med at det fortsatt var begrenset evidens for oppgaveglidning i litteraturen og understreket et behov for videre forskning på feltet (Martínez-González et al., 2014).

Noen år senere (2017) ble en mindre, systematisk kunnskapsoppsummering publisert (Lovink et al., 2017), med mål om å evaluere effekten av oppgavedelegering fra leger til spesialsykepleiere, legeassistenter³ eller ordinære sykepleiere for den eldre populasjonen i primærhelsetjenesten. De fleste studiene var gjennomført i USA, i tillegg til enkeltstudier fra Canada, Sverige og Japan. Resultatene, som var basert på analyser av to randomiserte studier og åtte studier med annet komparativt studiedesign, viste at oppgavedelegering til nevnte helsepersonell kan gi like gode resultater for eldre pasienter og for resultater vedrørende helsetjenesteprosessen sammenlignet med tjenester levert av leger alene. Forfatterne påpekte at det fortsatt var for tidlig å trekke konklusjoner vedrørende oppgaveglidningens effekt på ressursbruk og kostnader (Lovink et al., 2017).

Videre ble det i en større, systematisk kunnskapsoppsummering (Laurant et al., 2018) undersøkt effekten av å benytte sykepleiere som erstatning for leger i primærhelsetjenesten, hovedsakelig i førstelinje- og akuttmedisinsk tjeneste og blant sykepleiere som hadde ansvaret for oppfølging av kroniske sykdommer. Oversikten inkluderte 18 randomiserte kontrollerte studier (hvorav 17 ble gjennomført i høyinntektsland; Storbritannia (n=6), Nederland (n=3), USA (n=3), Canada (n=3), Sverige (n=1) og Spania (n=1), samt én studie fra middelinntektsland; Sør-Afrika (n=1)). Varigheten av studiene var gjennomsnittlig på 14 måneder (SD 12 mnd). Pasienter med alle typer helseutfordringer ble inkludert, bortsett fra personer med psykiske lidelser. Sykepleiernes rolle og oppgaver i de inkluderte studiene varierte, men gjennomgående så det ut til at sykepleiere ofte hadde ansvar for å være pasienters første omsorgskontakt ved behov for umiddelbar konsultasjon, ansvar for oppfølging av pasienter med kroniske sykdommer, og/eller rådgivning og opplæring til spesifikke pasientgrupper. Gjennomgangen av studiene viste at behandling og oppfølging som ble utført av sykepleiere, sammenlignet med helsehjelp som ble utført av leger, sannsynligvis fører til likt eller bedre helseutfall for et bredt spekter av tilstander. Sykepleierledet helsehjelp så ut til å føre til litt færre dødsfall blant visse pasientgrupper (eks. pasienter med kardiovaskulære sykdommer, diabetes eller revmatiske lidelser), sammenlignet med legestyrt behandling. Resultatene varierte imidlertid og forfatterne påpeker at datagrunnlaget fortsatt er utilstrekkelig, og det er mulig at nye/flere studier vil vise liten eller ingen forskjeller

³ Selv om definisjoner, utdanningsnivå og lovgivning vedrørende legeassistenter og spesialsykepleiere er forskjellig fra land til land, er det en felles forståelse for at begge disse profesjonene er opplært til å diagnostisere og behandle definerte pasientgrupper uavhengig av, eller under tilsyn, av lege.

i dødsfall. Videre så det ut til at blodtrykkskontroll sannsynligvis var noe forbedret blant pasienter som fikk sykepleierledet oppfølging. Andre kliniske eller helsemessige pasientrelaterte effektmål er sannsynligvis like. Pasienttilfredshet er trolig noe høyere ved sykepleierledet oppfølging, det samme fant man ved mål av livskvalitet. Resultatene var derimot usikre når det gjaldt pasientopplæring og etterlevelse av retningslinjer. Videre fant de at lengden på konsultasjonene, samt hyppigheten av re-visitter, trolig var noe høyere i sykepleierledet oppfølging sammenlignet med legestyrt oppfølging. Antall resepter og oppmøte ved akuttmottak viste liten/ingen forskjeller mellom sykepleiere og leger. Det så også ut til å være liten/ingen forskjell i antall prøver og undersøkelser, sykehushenvisninger og -innleggelses mellom sykepleiere og leger. Effekten av sykepleierledet oppfølging vedørende kostnader var fortsatt svært usikre, og det var heller ikke mulig å fastslå hvilket nivå av sykepleierutdanning som gir best utfall når sykepleiere erstattes av leger (Laurant et al., 2018).

I en rapport publisert av OECD Publishing (2019b) oppsummeres 44 kunnskapsoversikter som omhandler oppgaveglidning mellom ulike typer helsepersonell (OECD, 2019b). Til tross for at evidensen fortsatt er mangelfull, viser resultatene at mange av oppgavene som en gang var reservert for bestemte grupper kan utføres like effektivt, om ikke mer, av andre, men hver oppgave bør vurderes ut fra kontekst og forutsetninger. Forfatterne, som består av et ekspertutvalg på oppgaveglidning, understreker at selv om mange studier viser positiv effekt på helsetjenester og utfall for pasientene av sykepleierledet oppfølging, særlig i de tilfellene hvor det er etablert veldefinerte og protokollrevne forløp, trenger vi mer kunnskap for å utforske denne tjenestemodellen med mer komplekse pasientgrupper med multimorbiditet (OECD, 2019b).

I en nylig publisert oversiktsartikkel (2021), definert som en såkalt 'umbrella review', beskrives oppgaveglidning fra leger til 'alliert helsepersonell'⁴ i primærhelsetjenesten og hvordan dette påvirket ulike kliniske utfallsmål (Leong, Teoh, Fun, & Lee, 2021). Basert på 21 inkluderte kunnskapsoppsummeringer, hvorav 15 omhandlet oppgaveglidning fra leger til sykepleiere, deriblant de omtalte studiene til Martínez-González et al., (2014) og Laurant et al., (2018), var de fleste studiene gjennomført i høyinntektsland som USA, Storbritannia, Nederland, Russland, Canada og Australia. Oppgavene som oftest ble delegert inkluderte oppfølging av pasienter med kroniske lidelser som hypertensjon og diabetes, initiering og monitorering av pasienter med HIV/AIDS, i tillegg til forskrivning av medikamenter ved hjelp av en algoritme. Flere av studiene beskrev også hvordan sykepleiere påtok seg rollen som saksbehandlere, monitorerte og fulgte opp sykdommer basert på kliniske retningslinjer og validerte verktøy. Enkeltstudier beskrev også sykepleiere som påtok seg mer komplekse prosedyrer som abort og oppfølging av personer med psykiske lidelser.

Resultatene viste at oppgaveglidning til sykepleiere angivelig kan forbedre tilgangen til helsetjenester og ga ellers like funn med tanke på klinisk behandling som behandling av pasienter med kardiometabolsk sykdom, astmakontroller, tilbud om antiretroviral terapi og antall sykehusinnleggelses. En av oversiktsartiklene viste at flere pasienter kom tilbake for konsultasjoner med sykepleiere enn leger, og hadde mer kontakt ansikt-til-ansikt, noe som førte til høyere pasienttilfredshetskår. Det var også en kunnskapsoppsummering som antydte at oppgaveglidning til sykepleiere var kostnadseffektivt. Videre viste flere studier at oppgaveglidning resulterte i bedre blodtrykkskontroll hos pasientene, samt en liten forbedring i blodsukker. Andre studier rapporterte bedre resultater i sekundærforebygging av kardiovaskulære sykdommer, samt bedre avkastningsrater, spesielt blant dem som fikk antiretroviral behandling (Leong et al., 2021).

⁴ I denne studien omfattet 'alliert helsepersonell' fem helsefaglige profesjoner, inkludert sykepleiere, farmasøyter, ernæringsfysiologer, fysioterapeuter og ambulanspersonell.

5.1.3 Eksempler fra Nederland, Australia og Norge

Blant litteraturen som ble inkludert i denne kunnskapsoppsummeringen viser også originalstudier, både med kvalitative og kvantitative metodiske tilnæringer, eksempler på vertikal oppgavedeling fra ulike land verden over. Eksempelvis har den nederlandske primærhelsetjenesten vakt internasjonal oppmerksomhet på grunn av dens høye ytelser til lave kostnader. Blant annet fremheves det at økonomiske insentiver støtter overføring av omsorg fra sykehusspesialister til allmennleger, og oppgaveglidning fra allmennleger til '*practice nurses*' (spesialsykepleiere) i primærhelsetjenesten (Faber, Burgers, & Westert, 2012).

To kvalitative studier, som begge var basert på fokusgruppeintervju og/eller individuelle intervjuer med helsepersonell, belyste oppgaveglidning i den nederlandske primærhelsetjenesten, hvorav den ene studien undersøkte oppgaveglidning mellom sykehjemslege, spesialsykepleiere, legeassistenter (*physician assistants*) og sykepleiere i sykehjem (Lovink et al., 2019), mens den andre studien fokuserte på oppgaveglidning i fastlegepraksis rettet mer generelt mot eldre pasienter som følges opp i primærhelsetjenesten (Lovink et al., 2018).

Sykehjemstudien hadde særlig fokus på erstatning av sykehjemsleger med legeassistenter⁵, spesialsykepleiere og sykepleiere, og viste stor variasjon i oppgaver og ansvar som ble delegert. Legeassistentene overtok et bredt spekter av relativt komplekse oppgaver fra sykehjemslegen, mens spesialsykepleierne varierte mellom å overta protokollførte oppgaver til mer komplekse oppgaver. Ordinære sykepleiere (*registered nurses*) rapporterte at de ofte forberedte arbeid for sykehjemslegene og støttet dem i medisinske oppgaver. Enkelte av informantene arbeidet også på systemnivå med organisering av tjenesten. Til tross for store variasjoner mellom sykehjem, rapporterte informantene om bedre kvalitet på tjenestene, pasientsentrering og støtte til omsorgsteamene. Dersom oppgaveglidning skal utnytte sitt fulle potensial, argumenterte forfatterne med at det vil være nødvendig at legeassistenter, spesialsykepleiere og sykepleiere blir akseptert, at man har et klart mål med arbeidet og at usikkerheten rundt juridiske forhold klareres og reduseres (Lovink et al., 2019).

I studien med fokus på oppgaveglidning i arbeidet med oppfølging av eldre pasienter i fastlegepraksis, viste resultatene at oppgavene og ansvaret blant helsepersonell varierte betydelig, både innad og mellom profesjoner (Lovink et al., 2018). Informantene uttrykte at innføringen av spesialsykepleiere, legeassistenter og sykepleiere ga merverdi, og at fastlegens rolle hadde forandret seg som følge av dette. Til tross for at ansvars- og rollefordeling ikke ser ut til å være etablert enda, viser det et potensial. Forfatterne konkluderte med at en klargjøring av roller er en viktig forutsetning og avgjørende for at man skal kunne optimalisere utbytte av oppgaveglidning (Lovink et al., 2018).

En kvantitativ, australsk studie sammenlignet og beskrev nåværende og potensielle arbeidsområder for sykepleiere og helsefagarbeidere i kommunal hjemmetjeneste (Murray-Parahi, Edgar, Descallar, Comino, & Johnson, 2017). I en spørreundersøkelse blant 115 australske sykepleiere og 21 helsefagarbeidere, ble deltakerne bedt om å rapportere hvilke oppgaver de mente tilhørte helsefagarbeideren. Resultatene viste at sykepleierne i stor grad var enige i at helsefagarbeiderens rolle burde utvides. Det var stor enighet mellom sykepleiere og helsefagarbeidere i form av hvilke oppgaver som bør gjøres av hvilken profesjon, og oppgaver som ble foreslått delegert til helsefagarbeidere var blant annet administrering av legemidler, innlegging av venflon og administrering av intravenøs behandling, sårstell, urinprøvetaking og audiometri, samt palliativ

⁵ Legeassistenter er lisensierte klinikere som praktiserer medisin i alle spesialiteter og kontekster. De er utdannet på masternivå, og opptak til utdanningen krever en bachelorgrad og ulike kurs. Mange har bakgrunn som paramedisinere, medisinske assistenter, o.l. Utdanningen består av teoretisk undervisning og klinisk praksis (ref: www.aapa.org).

omsorg. Helsefagarbeiderens rolle ble likevel oppfattet som uklart definert og kontekstavhengig. Resultatene viste derfor uenighet mellom yrkesgruppene hva angikk nødvendige kvalifikasjoner for å gi pasientopplæring, lindrende omsorg og gjennomføring av kliniske observasjoner. Helsefagarbeiderne mente de var kvalifiserte, men sykepleierne var usikre. Likevel identifiserte sykepleierne enkelte spesialiserte ferdigheter (som kateterisering og stell av stomi) som de mente helsefagarbeidere med videreutdanning kan utføre (Murray-Parahi et al., 2017).

Til tross for at det i norske kommuner ikke synes å være særlig utbredt med systematiske utprøvinger av ansvars- og oppgaveglidning, foregår det i dag flere pågående enkeltprosjekter som det er verdt å merke seg. Eksempelvis ble det i 2019, på initiativ fra fagsykepleier Synnøve Johansen (derav 'Johansens metode') og virksomhetslederen ved to sykehjem i Bodø, igangsatt et pilotprosjekt for å kartlegge ansvars- og oppgavedeling blant ansatte sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter. I en artikkel i tidsskriftet *Sykepleien* (2021) beskrives det hvordan de ved hjelp av en spørreundersøkelse, samt opprettelse av en arbeidsgruppe blant de ansatte (inkludert representanter fra sykepleiere, hjelpepleiere/helsefagarbeidere og assistenter), kartla hvilke oppgaver som ble gjort av de ulike yrkesgruppene, samt de enkeltes ønsker for kompetanseheving. Resultatene viste at mange av oppgavene som var tiltenkt assistentene ble gjort av sykepleiere og helsefagarbeidere (eksempelvis å pynte til jul, vaske vinduer, vaske, brette og stryke klær). Arbeidet resulterte i ny bemanningsplan og stillingsinstruksjoner. Etter forsøk på å innføre ny organisering i de respektive sykehjemmene, ved blant annet å la sykepleier gå på topp og "serve" flere avdelinger, erfarte de frigjøring av sykepleierkapasitet i form av å gi sykepleiere større mulighet til å gjøre sykepleieroppgaver og -prosedyrer, mer ro til utføring, journalføring og viktig dokumentasjon. I tillegg fikk tiltaket økonomiske gevinster ved mindre behov for innleie av vikarer (Hofstad, 2021).

Johansens metode er dratt med inn i KS-prosjektet Tørn og skal piloteres i åtte kommuner i Norge (Bodø, Vadsø, Trondheim, Asker, Kongsberg, Gran, Lesja og Sande). Prosjektet Tørn er et tiltak under Kompetanseløft 2025. Det eies av KS og er igangsatt for å følge opp initiativer i Leve hele livet-reformen. Tørn-prosjektet gjør forsøk med organisering av oppgavene i kommunenes omsorgstjenester. Hensikten er å bidra til gode brukeropplevelser og til at de ansatte skal få en arbeidshverdag preget av heltid og faglig utvikling. KPMG har innhentet erfaringer fra 30 kommuner om hvordan de arbeider med nye måter å organisere tjenestene på. I en rapport fra 2021 oppsummeres funnene (KS og KPMG, 2021), og rapporten beskriver en rekke eksempler som er relevante for å forstå hvordan ansvar og oppgaver endres. En ny form for oppgavedeling på et sykehjem i Alstahaug kommune trekkes eksemplvis fram som et vellykket forsøk, som etter prøveperioden ble innført på fast basis i 2019. Her ble det laget en egen sykepleierturnus hvor sykepleiere kun utførte sykepleierfaglige oppgaver som var forhåndsdefinert i samarbeid med sykepleiere. Mange oppgaver ble dermed identifisert og delegert til helsefagarbeidere. Effekten viste seg i redusert sykefravær, mindre bruk av vikarbyrå, helsefagarbeidere som rapporterte om en mer forutsigbar arbeidshverdag og mellomledere med mer håndterlig lederspenn. Ny oppgavedeling ble også utprøvd på et sykehjem i Lesja kommune, hvor de jobbet systematisk med kompetansekartlegging blant alle medarbeiderne. De benyttet et LEAN-system som definerer hvilke oppgaver sykepleiere og helsefagarbeidere kan gjøre. Resultatene viste blant annet redusert bruk av ufaglærte vikarer, redusert antall avvik, bedre brukeropplevelser, frigjort tid og kapasitet for ansatte, samt en opplevelse av at jobben var mer interessant og meningsfylt, og bedre samarbeid mellom sykehjem og hjemmetjeneste (KS og KPMG, 2021). Eksemplene fra Bodø, Alstahaug og Lesja kommuner viser at en hensiktsmessig ansvars- og oppgavedeling kan ha gevinster for både brukere, ansatte og virksomhetene. Særlig synes ansattmedvirkning og -involvering viktig for å lykkes.

Et annet eksempel er innføring av ny ansvars- og oppgavedeling ved Sandsli bo- og aktivitetssenter i Bergen som åpnet i 2020. Det nye sykehjemmet har organisert seg på en ny måte hvor sykepleierne jobber i et eget team og "server" avdelingene, mens helsefagarbeiderne styrer avdelingene. På denne måten er ikke sykepleierne en del av pleiepersonalet, men går på topp av den faste bemanningen. Modellen krever høy kompetanse og ansvar for begge helsepersonellgrupper, og en artikkel i tidsskriftet Sykepleien beskrev at det har vært krevende for ansatte å tilpasse seg en ny måte å jobbe på (Fonn, 2021). Per dags dato er det ikke publisert noen evaluering av denne modellen, men fremtidige undersøkelser kan forhåpentligvis gi oss et inntrykk av hvordan denne måten å fordele ansvar og oppgaver på, har effekt på ulike pasientutfallsmål, samt gjennomførbarhet og opplevelse blant både pasienter og helsepersonell.

5.1.4 Oppsummering av vertikal og horisontal oppgavedeling

Majoriteten av de internasjonale studiene som belyser ansvars- og oppgaveglidning omhandler såkalt vertikal oppgavedeling fra lege til sykepleier med spesialisering, og indikerer en økende trend når det gjelder å utvide sykepleiernes ansvarsområde i primærhelsetjenesten. Innføring og bruk av avanserte kliniske sykepleiere og/eller spesialsykepleiere ser ut til å være i kraftig vekst. Imidlertid synes ikke *systematiske* utprøvinger av alternative måter å delegerer ansvar og oppgaver på å være særlig utbredt i norske kommuner. Selv om oppgaveglidning er vanlig også i Norge, foregår det i stor grad mer uformelt, og ser sjelden ut til å bli evaluert eller rapportert. Dette til tross, det pågår i dag flere enkeltprosjekter som indikerer vellykkede måter å fordele ansvars- og oppgavefordeling på i norske sykehjem og hjemmetjenester.

Det kan se ut til at de inkluderte kunnskapsoppsummeringene peker i retning av at utdannede sykepleiere, som spesialsykepleiere, avanserte sykepleiere, samt ordinære sykepleiere (tilsvarer minimum 3-årig bachelorutdanning), sannsynligvis gir behandling og oppfølging med like god kvalitet, og i noen tilfeller bedre kvalitet, enn den oppfølgingen som blir gitt av leger i primærhelsetjenesten. Studier viser at sykepleiere sannsynligvis gir flere helserelaterte råd til pasientene, og oppnår litt bedre pasienttilfredshet, sammenlignet med leger i primærhelsetjenesten. Vi kan likevel ikke konkludere om det er bedre å delegerer oppgaver til sykepleiere fremfor leger for et bredt spekter av helseutfordringer eller for større pasientgrupper hvor vi enda mangler datagrunnlag. Krav om utdanningsnivå blant sykepleiere i en slik rolle kan heller ikke fastslås per dags dato. Det er også usikkerhet rundt kostnadseffektiviteten. Innsparinger vedrørende lønn for sykepleiere versus leger, ser ut til å kompenseres med lengre konsultasjoner. På den andre siden indikerer resultatene at sykepleiere etterlever retningslinjer bedre, og pasientene følger oftere opp ved å delta på gjentatte konsultasjoner, som igjen kan påvirke positive helseutfallsmål og redusere kostnader over tid.

5.2 Tverrfaglige og teambaserte tjenestemodeller

Både internasjonalt og nasjonalt er det økende oppmerksomhet om behovet for å jobbe mer tverrfaglig og i team. Flere tverrfaglige og teambaserte tjenestemodeller i kommunale helse- og omsorgstjenester er under utprøving.

5.2.1 Internasjonale trender og eksempler

I en OECD-rapport beskrives ulike tjenestemodeller som involverer elementer av oppgaveglidning, hvor tverrfaglige team, særlig eksempler fra spesialisthelsetjenesten, løftes fram (OECD, 2019b). De viser hvordan den tradisjonelle måten å organisere helsetjenester på er i endring, særlig på grunn av at man i

utdanningsforløpet har større fokus på fordelene med tverrfaglig samarbeid, noe som sannsynligvis vil være svært viktig for en aldrende populasjon med multisykdom (OECD, 2019b).

I en kunnskapsoppsummering publisert i 2015 ble det undersøkt hvordan samarbeid og teamarbeid fungerer mellom fastleger og sykepleiere i allmennpraksis, hvorav studiene som ble inkludert var gjennomført i New Zealand (n=3), Australia (n=2), samt enkeltstudier fra Canada, Finland, Tyskland og Frankrike (McInnes, Peters, Bonney, & Halcomb, 2015). Resultatene viste at sykepleierne på generell basis ikke deltar rutinemessig i delt beslutningstaking, målsetting eller innehar lik maktposisjon som sine medisinske⁶ kollegaer. Usikkerhet rundt sykepleierens rolle og ansvarsområde, hierarkiske strukturer, territorialisme, medisinsk-juridiske forpliktelser og dårlig kommunikasjon så ut til å skape barrierer for godt samarbeid mellom sykepleiere og leger i allmennpraksis. Til tross for at kunnskapsbaserte retningslinjer anbefaler at sykepleiere og fastleger jobber i tverrfaglige arbeidsmiljø, viste flere av studiene i denne kunnskapsoppsummeringen at sykepleierne og legene i praksis jobbet parallelt og uavhengig av hverandre, fremfor i fellesskap og i team (McInnes et al., 2015).

Videre observeres det at det til tross for at primærhelsetjenester i mange vestlige land ofte organiseres i team bestående av leger og helsepersonell, er det betydelige forskjeller når det gjelder utdanningsnivå, grad av ansvars- og oppgavedeling, godtgjørelse og terminologi for helsepersonell. I en kunnskapsoppsummering fra Freund et al., (2015) ble det rapportert at sykepleiere er den største arbeidskraften i primærhelseteam i USA, Canada, Australia, Storbritannia og Nederland, og det ble fremhevet at teamarbeid i primærhelsetjenesten, fremfor delegering av oppgaver, er en voksende trend (Freund et al., 2015). En kortfattet oversikt belyste nasjonale likheter og ulikheter mellom seks OECD-land i 2015: På bakgrunn av det stadig økende misforholdet mellom etterspørsel og tilbud i helsetjenester i **USA**, har nye initiativer som setter søkelys på å forbedre tilgang og kvalitet, og som samtidig kan redusere kostnadene, økt interessen for teambaserte måter å organisere primærhelsetjenesten på. Til tross for et anerkjent behov for tverrfaglige team, ser det likevel ut til å være store lokale variasjoner i tilnærming og implementering av slike team. I **Canada** er implementering av tverrfaglige team varierende. Rapporter fra 2015 viste at relativt få kanadiere hadde tilgang til primærhelsetjenesten via helsepersonell i teambaserte modeller. Selv om det har vært betydelige fremskritt med å integrere sykepleiere i primærhelsetjenesten, med økende evidens for verdien av en slik innføring, er det et stykke fram i tid før man fullt ut har integrert og implementert en slik modell. I **Australia** er primærhelsetjenester fortsatt hjørnesteinen i det australske helsesystemet, og det har de siste tiårene vært et skifte fra solo-praktiserende allmennleger til gruppepraksiser som inkluderer flere allmennleger samlet, hvor fokuset i større grad har vært på forebyggende arbeid og tidlig intervensjon. Det har vokst fram et ønske om endring fra tradisjonelle arbeidsmetoder til mer oppgavedelegering, men legestyrte tjenester i primærhelsetjenesten belønnes fortsatt av finansieringsmodeller. Situasjonen i 2015 ble beskrevet som at teambaserte modeller ikke kan driftes før fastleger autoriserer eller oppretter støttende autoriserte miljøer (dvs. tilpasset klinisk styring og tilsynsordninger) for andre ansatte i sin praksis (f.eks. avanserte kliniske allmennsykepleiere eller medisinske assistenter) slik at de faktisk kan utføre tiltenkte roller og oppgaver i teamet. I **England** er kompetansesammensetningen i primærhelsetjenesteteam ulikt sammensatt, men sykepleiere (*'registered nurses'*) og lege-/sykepleierassistenter (dvs. helsefagarbeidere) er den største direkte omsorgsleverandøren. Det har lenge vært en gradvis økning i antall sykepleiere ansatt i primærhelsetjenesten, selv om man har sett en stagnering/platåfase de siste årene. Unikt for britiske sykepleiere er at de kan forskrive

⁶ Begrepene (*medisinsk vs. ikke-medisinsk*) brukes fordi det gjenspeiler begrep brukt i referert litteratur, og ikke nødvendigvis kategorier man bør dele leger og sykepleiere inn i. Dette forekommer også i annen litteratur senere i rapporten.

medikamenter (dvs. de har de samme forskningsrettighetene som legene), men kun dersom de har etterutdanning. Primærhelsetjenester i **Tyskland** er stort sett drevet av små til middels store selvstendige praksiser med en til to selvstendig næringsdrivende allmennleger. Kun en legeassistent jobber som oftest sammen med allmennlegene. På grunn av stadig økende tilvekst av pasienter med sammensatte behov, har assistentenes rolle økt fra administrative og enkle medisinske oppgaver til mer komplekse oppgaver. Gitt både den generelle og spesifikke mangelen på sykepleiere i primærhelsetjenesten som også utspiller seg i Tyskland, er det betimelig å tro at sykepleiere vil spille en større rolle her i nær framtid. I **Nederland** står primærhelsetjenesten sterkt, hvor mer enn 90 prosent av alle helsetjenester utøves for bare fire prosent av det totale helsebudsjettet. I løpet av de siste tiårene har legeassistenter stadig fått mer ansvar i form av medisinsk-tekniske oppgaver, men med introduksjonen av sykepleiere ('*registered nurses*') i primærhelsetjenesten i 1999 ble dette endret. Sykepleierne har i stor grad ansvar for oppfølging av pasienter med kroniske lidelser, spesielt diabetes, astma, KOLS og kardiovaskulære sykdommer, og i løpet av en tiårs periode økte antall ansatte sykepleiere betydelig. I 2008 ble videreutdanning innen psykisk helsevern innført. I 2001 ble masterutdanning ('*nurse practitioners*') innført, men i motsetning til i USA jobber kun ni til tolv prosent av alle disse i primærhelsetjenesten. Siden 2012 har de hatt forskrivningsrett og kan utføre visse oppgaver relatert til diagnostikk og selvstendig behandling. Forfatterne oppsummerte denne gjennomgangen med at oppgaveglidning i primærhelsetjenesten kan bidra til å opprettholde tilgangen til helsetjenester og kvalitet på omsorgen. De påpekte videre at klare definisjoner av hvert teammedlems rolle kan gjøre det lettere å fordele ansvar for pasienter på en bedre måte. På en annen side begrenses også innføring og bruk av primærhelseteam av lokal lovgivning, og det faktum at tradisjonelle konsepter står sterkt (Freund et al., 2015).

Det er verdt å merke seg hvordan sammensetning og oppgavedeling innad i ulike teamkonstellasjoner og tverrfaglige grupper i primærhelsetjenesten varierer betydelig mellom land. I mange europeiske land, som England, Finland, Litauen, Nederland, Spania, Portugal og Sverige, men også utenfor Europa, som i Australia og Canada, er det ansatt mist tre andre ikke-medisinske helsepersonell i kliniske primærhelsetjenestepraksiser. I USA, Canada, Storbritannia og Nederland er sykepleiere den største ikke-medisinske yrkesgruppen, mens det i Østerrike, Tyskland, Luxemburg og Sveits hovedsakelig er legeassistenter ('*physician assistants*') som er den dominerende ikke-medisinske yrkesgruppen i primærhelsetjenesten (Groenewegen, Heinemann, Greß, & Schäfer, 2015). I en studie fra Sveits (Josi & De Pietro, 2019), ble sammensetningen, utdanningsbakgrunn og autonomi i de multidisiplinære teamene i primærhelsetjenesten undersøkt via en nasjonal digital spørreundersøkelse. Ansatte ved totalt 102 kliniske gruppepraksiser besvarte spørreskjema, som representerte data fra 17 kantoner i Sveits. Resultatene viste at selv om nesten 50 prosent av alle gruppepraksiser hadde ansatt 'ikke-medisinsk' personell (som de omtalte fysioterapeuter, sykepleiere, ernæringsrådgivere og/eller ergoterapeuter som), var kun 25 prosent av disse integrert med mer avanserte roller. Forfatterne konkluderte med at det krever klare politiske føringer, i tillegg til støttende reguleringer og finansieringsordninger som kan bidra til å øke og utvide bruken av ikke-medisinsk personell i primærhelsetjenesten i Sveits (Josi & De Pietro, 2019).

En amerikansk studie (Edwards et al., 2018) belyser et interessant perspektiv relatert til delegering av kliniske oppgaver mellom '*primary care providers*'⁷ og ordinære sykepleiere innad i multidisiplinære team i primærhelsetjenesten i USA. I studien undersøkte de sammenhengen mellom oppgavedelegering og utbrenthet. Basert på en spørreundersøkelse blant til sammen 1318 ansatte i teamene, viste resultatene at legene, spesialsykepleierne og legeassistentene rapporterte mindre grad av delegering enn det sykepleierne i hjemmetjenesten opplevde at de fikk. Oppgavene som i stor grad ble overført til sykepleiere var eksempelvis

⁷ 'Primary care providers' innebærer i denne studien leger, spesialsykepleiere og legeassistenter.

kartlegging av pasientens helsetilstand ved bruk av standardiserte verktøy knyttet til depresjon, oppgaver tilknyttet forebygging og vurdering av livsstil, respons på laboratoriesvar og røntgenresultater, utskrivning av attester og fornying av resepter, innhenting av opplysninger om pasientens helsetjenester og rådgivning og opplæring av pasienter. Legene som rapporterte at de i stor grad delegerte oppgaver til andre opplevde minst utbrenthet, mens sykepleierne som opplevde å få delegert flest oppgaver var også mest utbrent. Disse resultatene belyser viktigheten av å hensynta og vurdere hvilken innvirkning oppgaveglidning kan ha på arbeidshverdagen for de ulike helseprofesjonene i teamet (Edwards et al., 2018). Det kan se ut til at dersom oppgaveglidning er et tiltak motivert av behovet for å avlaste og forebygge utbrenthet hos leger, vil sannsynligvis problemet bare overflyttes til den som får oppgaver delegert.

En studie fra New Zealand undersøkte sykepleiernes roller og ansvar i allmennpraksis via dokumentanalyser, observasjoner og intervjuer (Walker, Clendon, & Nelson, 2015). Ved presentasjon av tre ulike teamkonstellasjoner i primærhelsetjenesten belyste de ulike former for kompetansesammensetning av helsepersonell, intra- og interprofesjonelt samarbeid og kommunikasjon basert på lokale behov og omstendigheter, i tillegg til å utforske potensialet for å utvide sykepleierens rolle og ansvarsområde for å forbedre pasienttilgangen. Resultatene viste at man på tvers av teamkonstellasjonene så viktigheten av at sykepleiere har en større rolle i teamarbeidet, muligheten til å drive oppsøkende arbeid til samfunnet via mobile klinikker, hjemmebesøk fra sykepleiere, samt tilbud om et bredt spekter av nye tjenester med vekt på å forbedre tilgangen til tjenester for befolkningen med økende behov (Walker et al., 2015).

5.2.2 Nasjonale trender og eksempler

I Norge er også tverrfaglige og teambaserte tjenestemodeller under utprøving. Med mål om å oppnå bedre tilgjengelighet, tverrfaglighet og koordinering av helsetjenesten, er etablering av **primærhelseteam** (PHT) et av tiltakene for å sikre bedre koordinerte tjenester, bredere tjenestetilbud og bedre ressursbruk (Meld. St. 26 (2014 - 2015), 2015). Sykepleiere i PHT representerer en ny ressurs i fastlege-tjenesten, og i grunnlagsdokumentet for PHT beskrives rollen som at sykepleieren '*skal bidra til økt kapasitet og et utvidet tilbud i møte med pasientens behov*' (Helsedirektoratet, 2017).

Et prosjekt med innføring av PHT i Norge ble igangsatt 1. april 2018, hvor denne formen for teamorganisering prøves ut ved 13 fastlegekontor i ni kommuner. På oppdrag fra Helsedirektoratet ble det i løpet av våren 2019 presentert en statusrapport som belyste hvordan arbeidet med PHT foreløpig foregikk og fungerte ved alle legekantorene som inngår i prosjektet, basert på spørreundersøkelser og intervjuer med medarbeiderne på de respektive legekantorene (B. Abelsen et al., 2019). Resultatene fra spørreundersøkelser viste at det var ulike oppfatninger om egen og andres rolle i PHT, og det syntes å være en vei å gå før alle leger, sykepleiere og helsesekretærer oppfattet at de hadde en definert funksjon eller rolle. Et sentralt spørsmål i evalueringen var om sykepleieren avlastet fastlegen for arbeidsoppgaver, eller om nye arbeidsoppgaver medfører at det samlet sett ikke blir noen avlastning (altså en form for vertikal oppgaveglidning). I spørreundersøkelsen oppga majoriteten av leger (72 prosent) og sykepleiere (75 prosent) at de opplevde å utfylle hverandre på en god og hensiktsmessig måte. De fleste leger og sykepleiere (henholdsvis 72 og 83 prosent) oppga at sykepleier både utfører oppgaver i stedet for at legen gjør dem selv og oppgaver som kommer i tillegg til legens oppgaver. Når det gjaldt hvilke oppgaver som burde gjøres av hvem, avdekket intervjuer at både leger og sykepleiere var samstemte om at legen har det medisinske ansvaret, og at særlig beslutninger om medisiner er legens anliggende. Sykepleiernes inntreden innebærer ifølge informantene mer struktur og systematikk i oppfølgingen, spesielt i oppfølgingen av pasienter med kronisk sykdom. Dette inkluderer gjerne økt fokus på veiledning og mestring. De oppgavene som fastlegene i størst grad delegerte til sykepleiere, var direkte

pasientarbeid hjemme hos pasient (hjemmebesøk), direkte pasientarbeid på legekantoret med pasienten til stede, samt kommunikasjon med helsepersonell i andre deler av helsetjenesten (B. Abelsen et al., 2019).

I januar 2022 ble det publisert en sluttrapport som beskriver de samlede resultatene vedrørende innføring av PHT fram til utgangen av 2021 (B. Abelsen et al., 2022). Siden sist er fire nye legekantor kommet til fra 2020, i tillegg til de 13 som allerede var inkludert i prosjektet fra 2018. Resultater fra spørreundersøkelsen fra 2021 viste at teamarbeidet i PHT stort sett fungerte godt, og ansatte opplevde nå å jobbe som et team. Til tross for at koronapandemien hemmet videreutviklingen av teamet, så det ut til at de ansattes oppfatning av et godt fungerende teamarbeid har vært relativt stabil fra 2019. Hele 85 prosent av både fastleger og sykepleiere opplevde at de utfyller hverandre på en god og hensiktsmessig måte. Imidlertid opplevde helsesekretærene i større grad å ha en liten rolle i PHT-arbeidet, og ønsket å bidra mer. Majoriteten av ansatte opplevde likevel at PHT har påvirket arbeidsmiljøet positivt, styrket det sosiale og faglige fellesskapet. Videre opplevde både fastleger og sykepleiere at samarbeidet i stor grad bidro til bedre oppfølging av enkeltpasienter. Funnene tyder også på at legekantorene i PHT-forsøket nå har en mer proaktiv arbeidsform enn tidligere, og jobber mer med forebygging og oppsøkende virksomhet enn hva tradisjonelle legekantor gjør.

Når det gjelder oppgavedeling, var det fortsatt slik at sykepleiere både utfører oppgaver i stedet for, og i tillegg til, fastlegens oppgaver. Oppgavene som i størst grad ble delegert fra fastleger til sykepleiere var direkte pasientarbeid hjemme hos pasient eller e-konsultasjon, samt kommunikasjon med helsepersonell i andre deler av helsetjenesten. Koronapandemien medførte også delegering av oppgaver til sykepleier tilknyttet vaksinerings og identifisering av pasienter i risikogruppen. Andre delegerte oppgaver var oppgaver knyttet til årskontroll for diabetes, sårbehandling, spirometri, oppfølging av komplekse pasienter, testing av førekortattester og rapportering til Helfo. Imidlertid oppga i overkant av tre av fire fastleger at oppgaver tilknyttet faglige møter med aktører utenfor helsetjenesten, som f.eks. NAV, i liten grad ble delegert (B. Abelsen et al., 2022).

Evalueringsgruppen understreker at en viktig forutsetning for videre bruk av PHT er at legekantoret arbeider med å utvikle teamarbeidet og involverer PHT-sykepleieren og helsesekretæren i arbeidet på en god måte, slik at den tverrfaglige tilnærmingen kommer både pasienten og medarbeiderne ved legekantoret til gode (B. Abelsen et al., 2022).

Det finnes også andre eksempler på teamarbeid i flere norske kommuner. Med mål om en mer effektiv utnyttning av sykepleierressursene og forbedring av tjenestekvaliteten, samt økt opplevelse av profesjonsutøvelse blant ansatte, ble det i 2019/2020 gjennomført en pilotering av en ny organisasjonsmodell for hjemmebaserte tjenester i Bergen kommune. Dette prosjektet, titulert **Innovasjonsprosjektet med Helsetjenesteteam og Omsorgsteam (HELTOM)**, prøvde ut en modell hvor ansatte med minimum treårig helsefaglig utdanning (sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter) ble organisert i Helsetjenesteteam (HT), mens ansatte med helsefagutdanning og assistenter ble organisert i Omsorgsteam (OT) (Øygarden, Gressgård, & Berge, 2020). Modellen ble pilotert over tolv måneder i bydelene Fana og Ytrebygda.

Et forskningsteam fra NORCE har gjennom semistrukturerte dybdeintervju med til sammen 34 informanter (dvs. ansatte, avdelingsledere, fagkoordinatorer og fagansvarlig i både HT og OT, samt relevante ledere på andre organisatoriske nivåer i tjenesten) forsøkt å identifisere organisatoriske barrierer og muligheter for å implementere en slik organiseringsmodell for hjemmebaserte tjenester. Resultatene viste at begge teamene erfarte endringer i profesjonsutøvelse (både positive og negative), og endringene var størst hos ansatte i OT. Generelt sett var det stor variasjon i opplevelse av faglighet, ansvar, motivasjon og mestring, noe som blant

annet så ut til å henge sammen med utfordringer med koordinering og samhandling på tvers av team. På den annen side, ble tverrfaglig samhandling innad i teamene, spesielt i HT, opplevd som positiv. Videre pekte forfatterne på sentrale forbedringspunkter som krever oppmerksomhet i videre pilotering, dette inkluderer grensesnitthåndtering, informasjonsflyt, kompetansebygging, måldefinering, ledelse og organisatoriske rammer for pilotering (Øygarden et al., 2020).

I sluttrapporten fra prosjektet, utarbeidet av etat for hjemmetjenesten i Bergen kommune (Breistein & Følstad, 2021), ble det konkludert med at HELTOM-prosjektet ble ansett som vellykket. Særlig samlokalisering av HT og OT så ut til å være en viktig suksessfaktor fordi det var behov for et tett og nært samarbeid mellom teamene i den daglige driften. I de tilfellene der brukerne hadde behov for både HT og OT, drev sykepleierne faglig veiledning og opplæring av helsefagarbeiderne. Videre viste prosjektet at behovet for sykepleierressurser ble redusert ved å organisere hjemmetjenestene i team, mens behovet for helsefagarbeidere økte tilsvarende. Til tross for at en omstilling av tjenester i et slikt omfang som ble gjort i HELTOM-prosjektet er svært ressurskrevende, anbefales det i prosjektevalueringen at kommunen innfører HT og OT i hjemmetjenestene i alle byområder (Breistein & Følstad, 2021).

Pasientsentret helsetjenesteteam (PSHT) er et tverrfaglig team med mål om å utvikle bedre og mer helhetlige tjenestetilbud ved å forbedre overgangsfasene mellom sykehus og kommune for eldre pasienter med sammensatte/kroniske helseutfordringer. PSHT er et samarbeidsprosjekt mellom Universitetet i Nord Norge (UNN) og Tromsø kommune, i tillegg til at det er etablert tilsvarende team i Harstad, Balsfjord, Karlsøy, Lenvik og Narvik kommune. Behandlingsteamene er tverrfaglig sammensatt og består av leger, sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, farmasøyt og helsesekretær. Sammenlignet med matchede kontrollpasienter, viste en norsk studie med komparativt studiedesign at skrøpelige, multisyke eldre pasienter som mottok oppfølging fra PSHT hadde redusert risiko for alvorlig akuttthjelp, økt bruk av planlagte omsorgstjenester på lavere nivå og betydelig redusert dødsrisiko (G. K. R. Berntsen et al., 2019). Per i dag foreligger det ingen publiserte evalueringer av ansvars- og oppgavedeling eller hvordan teamarbeidet blant de ansatte i norske PSHT fungerer.

5.2.3 Oppsummering av tverrfaglige og teambaserte tjenestemodeller

Oppsummert viser den omtalte litteraturen at det både internasjonalt og nasjonalt er økende oppmerksomhet og utprøving av tverrfaglige og teambaserte tjenestemodeller i kommunale helse- og omsorgstjenester. Det kan likevel se ut til at det er betydelige variasjoner mellom vestlige land vedrørende hvordan sammensetning og oppgavedeling gjennomføres innad i ulike teamkonstellasjoner og tverrfaglige grupper i primærhelsetjenesten. Til tross for at intensjonen i mange land har vært samarbeid i felleskap og i team i allmennpraksis, viste en kunnskapsoppsummering fra 2015 at sykepleiere og leger jobbet mer parallelt og uavhengig av hverandre. En studie framhevet også et viktig moment i utprøving av multidisiplinære team: dersom oppgaveglidning er et tiltak motivert av behovet for å avlaste og forebygge utbrenthet hos leger, vil sannsynligvis problemet bare overflyttes til den som får oppgaver delegert, som i mange tilfeller er sykepleierne.

Flere interessante prosjekt er igangsatt og gjennomført i Norge, og blant andre er utprøving av primærhelseteam (PHT), organisering i helsetjenesteteam og omsorgsteam (HELTOM-prosjektet), samt pasientsentrert helsetjenesteteam (PSHT) innovative løsninger som indikerer lovende resultater. Fortsatt er det et gap i forståelsen av hvordan ulike sykepleierfaglige roller og ansvar står i stil til pasientbehandling, og hvordan sykepleiere navigerer i oppgaveglidning og kobler sin rolle med hverandre og med annet helsepersonell slik at man kan utvikle primærhelsetjenestetilbudet best mulig.

5.3 Ansvars- og oppgavefordeling i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Sykepleiere er en sentral yrkesgruppe i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Behandlingen består av sosialfaglig, psykologfaglig og medisinfaglig eller helsefaglig tilnærming ut fra pasientens individuelle problematikk og forløp, og teamarbeid er følgelig sentralt. Vårt systematiske litteratursøk favnet svært få vitenskapelige publikasjoner som har sett spesifikt på ansvars- og oppgavefordeling blant sykepleiere i disse teamene. Med mål om å finne tilgrensende litteratur på feltet fant vi via handsøk utover det systematiske søket, enkelte artikler og rapporter som belyser tematikk som synes relevant for dette prosjektet, og som følgelig er oppsummert her.

5.3.1 Aktivt oppsøkende behandlingsteam

Aktivt oppsøkende behandlingsteam, som ACT, FACT og FACT ung-team, er modeller som gir oppsøkende, samtidige og helhetlige tjenester til mennesker med alvorlige psykiske lidelser. *Assertive Community Treatment team* (ACT-team) er en godt dokumentert tjenestemodell for mennesker med alvorlige psykiske lidelser, ofte også med rusmiddelproblemer, som i liten grad selv oppsøker hjelpeapparatet. *Flexible Assertive Community Treatment team* (FACT-team) er utviklet i Nederland, og er en tilpasning av ACT-modellen (van Veldhuizen, 2007). Dette er samhandlingsmodeller mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen som retter seg mot voksne personer med alvorlige psykiske lidelser og store sammensatte problemer. Det samme gjelder FACT-ung modellen, men som i hovedsak retter seg mot ungdom og unge voksne mellom tolv og 25 år (Helsedirektoratet, 2015).

ACT og FACT bruker i hovedsak samme arbeidsmetoder og prinsipper, og det stilles krav om at teamene skal være tverrfaglig sammensatt. ACT-teamene skal bestå av helse- og sosialfaglig personell, inkludert

lege/psykiater, psykolog, sykepleier/vernepleier og sosionom/ergoterapeut, hvorav kjernebemanningen består av teamleder, lege/psykiater og sykepleier/vernepleier (Landheim et al., 2014). FACT-teamene er likt oppbygd, men inkluderer i tillegg brukerspesialist, russpesialist og arbeidsspesialist i teamet (Landheim & Odden, 2020). Det presiseres videre at FACT-team krever minst fire sykepleierårsverk, hvorav minst to har spesialkompetanse og omfattende erfaring innen psykisk helse (Landheim & Odden, 2020).

På grunn av det fragmenterte tjenesteapparatet, og den manglende samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene for personer med alvorlige psykiske lidelser og med store sammensatte problemer, har nasjonale helsemyndigheter siden 2009 stimulert til utprøving og implementering av samhandlingsmodeller, deriblant ACT- og FACT-team. På oppdrag fra Helsedirektoratet har et forskersteam ved Nasjonal kompetansetjeneste ROP evaluert de tolv første ACT-teamene (Landheim et al., 2014) og de sju første FACT-teamene i Norge (Landheim & Odden, 2020). Formålene med evalueringene av ACT- og FACT-teamene var å undersøke i hvilken grad teamene arbeidet i henhold til modellene, hvilken nytteverdi teamene hadde for brukerne, om brukerne fikk helhetlige og integrerte tjenester, samt hvilke erfaringer brukere, pårørende, teamansatte og samarbeidspartnere har med modellen.

Evalueringer av ansvars- og oppgaveglidning innad i teamene er ikke evaluert spesifikt i disse rapportene, annet enn at det opplyses om at teamleders, psykiaters og sykepleiers roller og stillingsandeler både i ACT- og FACT-teamene oppnådde såkalt høy modelltrofasthet etter 30 måneders drift (Landheim & Odden, 2020; Landheim et al., 2014). Dette innebar at teamene i stor grad arbeidet oppsøkende, ga flerfaglige, praktiske behandlingstjenester og klarte å beholde brukere i teamet. Alle ACT-teamene som var inkludert i evalueringen hadde mer enn én sykepleier/vernepleier som oppfylte kvalifikasjonskravene, og i rapporten påpekes det at sykepleier/vernepleier har en nøkkelrolle i teamene med direkte brukerkontakt, medisinsk behandling, screening av helseproblemer, helsefremmende tiltak og opplæring. Videre ble det understreket at en kritisk funksjon for sykepleierrollen i teamet er administrering og dokumentasjon av behandling med psykofarmaka (Landheim et al., 2014). Blant de ansatte i ACT-team framheves arbeidet som meningsfullt, og det interne samarbeidet rapportertes som bra. Det ble i liten grad rapportert om samarbeidsproblemer som skyldes at ansatte kommer fra ulike profesjoner eller fra ulike kulturer i spesialisthelsetjeneste og kommunale tjenester, men det bør understrekes at dette heller ikke ser ut til å ha vært fokus i evalueringen av teamene.

I en amerikansk artikkel argumenteres det for hvordan ACT-modellen er godt egnet både teoretisk og praktisk til å adressere og løse de betydelige fysiske og medisinske helseforskjellene som eksisterer i populasjoner med alvorlige psykiske lidelser (Carson Weinstein, Henwood, Cody, Jordan, & Lelar, 2011). Forfatterne argumenterer for at sykepleiere i ACT-team har en unik posisjon og bør fungere som teamledere og koordinatører i disse teamene. De peker på hvordan ACT-sykepleiere i praksis ivaretar brukernes fysiske helsebehov på daglig basis, om enn uoffisielt og uten særlig anerkjennelse. Imidlertid foreslår forfatterne at andre velutviklede omsorgsmodeller kan gi ytterligere retningslinjer og opplæring til disse sykepleierne og en støttende infrastruktur til en integrert ACT-modell. Forfatterne foreslår videre at ytterligere integrert omsorgs- og tjenesteutvikling kan skje gjennom direkte samfunnsbaserte partnerskap med helsepersonell fra primærhelsetjenesten eller ved å implementere en primæromsorgsleverandør i selve ACT-teamet (Carson Weinstein et al., 2011).

5.3.2 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

TSB tilbyr behandling som omfatter avrusning, kartlegging og utredning, poliklinisk behandling, dag- og døgnbehandling, og ambulering oppfølging (Helsedirektoratet, 2018). Teamene består av lege, psykolog,

sosionom, vernepleier og sykepleier, og sykepleierens ansvar og rolle må dermed defineres og forhandles fram i samspill med andre yrkesgrupper på feltet.

På oppdrag fra NSF gjorde SINTEF i perioden 2016-2017 en kartlegging av ansvar og arbeidsoppgaver blant sykepleiere i psykisk helsevern og TSB med mål om å tydeliggjøre sykepleierens bidrag i tjenesteutøvelsen til denne pasientgruppen (Melby et al., 2017). På bakgrunn av tre fokusgruppeintervjuer (n=38) og en nasjonal spørreundersøkelse (n=1918), ble det undersøkt hvordan teamarbeid, og arbeid sammen med andre yrkesgrupper i tverrfaglige team, er sentralt innen psykisk helsevern og TSB. Gjennom fokusgruppeintervjuene blant sykepleiere i psykisk helsevern for voksne og TSB kom det fram at sykepleiere har stort ansvar på arbeidsplassen, spesielt på poliklinikker. Likevel opplevde mange sykepleiere at deres bidrag i det tverrfaglige samarbeidet ikke ble særlig anerkjent. Dette bero særlig i at mange hadde erfart at flere av oppgavene som tradisjonelt har tilhørt sykepleiere ble overtatt av psykologer. Videre opplevde flere at sykepleierens ansvar ble utvannet eller fratatt på grunn av at psykologer/-psykologspesialister (eller lege/psykiater) må godkjenne sykepleierens vurderinger. Det ble også løftet fram at sykepleiere opplever liten anerkjennelse for hva de gjør, og at arbeidet deres i praksis ikke reflekteres i formelt ansvar. Resultater fra den nasjonale spørreundersøkelsen viste at sykepleiere gjør mange og varierte arbeidsoppgaver. Det ble rapportert at arbeidsoppgaver som ble utført "svært ofte" eller "ofte" var observasjon av pasientenes psykiske helse, kartlegging og vurdering av rusproblematikk, samt gjennomføring av tiltak ved rusproblematikk. Andre hyppig utførte oppgaver blant sykepleiere var oppfølging av ulike behov for sykepleier, administrering av medisiner, dokumentasjon av behandling og samhandling med andre interne og eksterne aktører. Videre var det mange sykepleiere som også brukte mye tid på oppgaver som omhandlet motiverende arbeid med pasienter, sørge for at pasientene var delaktige i behandling og beslutninger, samt tale pasientens sak i tråd med lover og forskrifter. Oppgaver som sykepleierne oppga at de gjorde *mindre* av var ivaretagelse av pasientens trygghet og sikkerhet ved fastvakt og skjerming (aktuelt ved døgnenheter), identifisering av særlige behov hos pasienter med fremmedkulturell bakgrunn, samt deltakelse i utforming av Individuell plan (IP) (Melby et al., 2017).

Melby et al., (2017) viste videre at sykepleiere strever med å definere sitt fagspesifikke bidrag i det tverrfaglige samarbeidet (Melby et al., 2017). Andre studier fra spesialisthelsetjenesten har også vist at sykepleiere i rusfeltet beskriver sin rolle som uklar. I en nyere norsk kvalitativ studie med eksplorerende design og induktiv tilnærming, ble det undersøkt hvilke erfaringer og forventninger sykepleiere selv, og de andre yrkesgruppene i TSB, har til sykepleierens funksjon (Granamo & Knutstad, 2021). På bakgrunn av semistrukturerte individuelle intervju med sykepleiere (n=5) og informanter fra de andre yrkesgruppene i TSB, dvs. helsepersonell med utdanning som lege, vernepleier, sosionom og psykolog, (n=6), viste resultatene et samsvar i informantenes beskrivelse av sykepleierens funksjon. I kontrast til tidligere forskning ble sykepleierens bidrag i det tverrfaglige samarbeidet opplevd som tydelig og med en klar rolle. Det som ble vektlagt som det viktigste bidraget fra sykepleierne var deres kunnskap om somatikk, miljøterapi og sammenhengen mellom disse. Samtidig viste resultatene variasjon i arbeidsmetoder, roller og ansvar blant sykepleierne, og selv ytret de ønske om å fremtre mer ensartet med en felles faglig plattform og tydelige forventninger. Forfatterne fremhevet det store potensialet som ligger i utøvelsen av god helhetlig sykepleier til personer som opplever psykiske lidelser eller ruslidelser. I et felt hvor nasjonale retningslinjer og pakkeforløp peker mot en mer somatisk tilnærming til pasientene, kan nettopp sykepleiere være viktige aktører (Granamo & Knutstad, 2021).

5.3.3 Oppsummering av ansvars- og oppgavedeling i psykisk helsevern og TSB

Sykepleiere jobber ofte sammen med andre yrkesgrupper i tverrfaglige team innen psykisk helsevern og TSB, og flere rapporter og forskningsartikler har evaluert utprøvingen av ACT og FACT-team i Norge. Imidlertid har hovedfokus i disse rapportene vært hvilken nytteverdi disse teamkonstellasjonene har hatt på ulike brukerrelaterte utfallsmål (f.eks. bedre psykisk helse, mindre rusproblem, bedre fungering, færre innleggelses, bedre kontakt med helsetjenestene og bedre livskvalitet), kvalitet på helsetjenestetilbudet, brukerorienterte opplevelser og erfaringer med teamene etc. Dette ligger utenfor dette oppdragets problemstillinger. De inkluderte evalueringene antyder likevel at sykepleiere har en nøkkelrolle i teamene, og i en amerikansk artikkel ble det argumentert for at sykepleiere bør fungere som teamledere og —koordinatorer i ACT-team. I teamene innen TSB viser forskningen noe sprikende funn, hvor sykepleiere på den ene siden hevder å streve med å definere sitt fagspesifikke bidrag i det tverrfaglige samarbeidet, mens en nyere studie viser at sykepleiernes rolle ser ut til å ha blitt klarere og mer tydelig både for sykepleierne selv og blant andre yrkesgrupper i TSB. Dersom det beskjedne antall publikasjoner som favnet vårt litteratursøk gjenspeiler forskningen på dette feltet, tør vi hevde at det er behov for betydelig mer forskning på ansvars- og oppgavedeling både innen psykisk helsevern og TSB i fremtiden.

5.4 Sykepleierens ansvar og oppgaver

Gjennom flere av de inkluderte publikasjonene som er presentert i denne litteraturoppsummeringen har vi vist eksempler på et mangfold av oppgaver som overføres mellom helsepersonell i helse- og omsorgssektoren. Flere studier har identifisert konkrete oppgaver som overlapper mellom ulike personellgrupper, eller som blir fordelt på ulikt vis mellom helsepersonell. Noen oppgaver kan flere personellgrupper utføre dersom de får opplæring på arbeidsplassen, andre oppgaver krever spesifikk fagkompetanse.

Ludviksen og Danielsen rapporterte i sin kunnskapsoppsummering at de ulike helsepersonellgruppene ble gitt ulik grad av mengdetrening og kvalifikasjoner til å settes i stand til å utføre oppgavene på en god måte. I tillegg hadde lederne som de intervjuet i en dybdestudie forskjellig syn på hva som skulle til for å utføre oppgavene (Ludviksen & Danielsen, 2014). Devik & Olsen (2021) har i sin rapport gått mer konkret til verks og oppsummert hvilke medisinskfaglige oppgaver som det i litteraturen rapporteres at i mange tilfeller delegeres fra leger til sykepleiere. Gjennom sin litteraturoppsummering pekte de på sentrale områder som sykepleiere kan ta et større ansvar for. Det være seg *diagnostisering og vurdering av helsetilstand* (f.eks. prøvetaking, kartlegging av symptomer og funksjon), *vurdering av rehabiliteringsbehov, forebyggende oppgaver, vurdering av hastegrad i akutsituasjoner og behandlingsoppgaver* (f.eks. legemiddelbehandling, inkludert forskriving, kateterisering, kompresjonsbehandling og sårbehandling), *beslutningstaking og administrasjon* (f.eks. henvisninger, forordning av hjelpemidler og attester), *konsultasjoner* (f.eks. hjemmebesøk, informasjon/rådgivning og oppfølging av pasienter med kroniske lidelser) og *samhandling* (f.eks. tverrfaglige møter og informasjonsutveksling). Videre oppsummerte de hvilke oppgaver sykepleiere kan gjøre mindre av, som andre yrkesgrupper med lavere kompetanse — for eksempel helsefagarbeidere — kan ta mer ansvar for. Det kan være *tekniske oppgaver* (f.eks. innlegging av venflon, intravenøs behandling, O₂-behandling, sondenæring, sårstell og ulike målinger som blodtrykk, blodsukker, temperatur og urinprøver), *pleiefaglige oppgaver* (f.eks. personlig hygiene, toalettbesøk, tilrettelegging av måltider, bistand til praktiske oppgaver som klesvask og transport), *behandlingsoppgaver* (f.eks. ansvar for legemiddelutdeling som tabletter, øyedråper og injeksjoner) og *administrative oppgaver* (f.eks. beslutningstaking, henvisninger og rapportering) (Devik & Olsen, 2021).

I SINTEFs omtalte undersøkelse fra 2016-2017 (jf. kap. 5.3.2), hvor sykepleierens ansvar og arbeidsoppgaver i psykisk helsevern for voksne og TSB ble kartlagt, viste resultatene hvilke oppgaver sykepleierne selv mente det er behov for å gjøre mer eller mindre av for å imøtekomme pasientenes behov. Konkrete oppgaver som sykepleierne særlig syntes det var behov for å gjøre *mer* av var samarbeid med pasientens pårørende, i form av rådgivning og undervisning om psykisk helse, rus og behandling, samt kartlegging/tiltak rettet mot pasienters barn. Også mer fokus på oppgaver rundt ivaretagelse av pasientens medvirkning i behandlingen ble belyst. Oppgaver som omhandlet identifisering av særlige behov hos pasienter med fremmedkulturell bakgrunn, og å legge til rette for fysisk aktivitet, er oppgaver som sykepleierne mente det bør gjøres mer av. Oppgaver som respondentene mente det var behov å gjøre *mindre* av var dokumentasjon av pasientens helsehjelp i journaler (Melby et al., 2017). Det bør imidlertid påpekes at spørsmålet om disse oppgavene skal/bør gjøres av sykepleiere eller andre yrkesgrupper ikke var en del av undersøkelsen.

En konkret og fullstendig oversikt over hvilke oppgaver sykepleiere er særlig egnet til å ta et *større* ansvar for, og like fullt hvilke oppgaver sykepleiere bør gjøre *mindre* av, synes utfordrende. Mye avhenger av kontekst, sykepleierens og andre helsepersonells utdanningsnivå (som synes å variere betydelig i internasjonal litteratur), samt organisatoriske faktorer og personlige preferanser. Særlig kan det å delegere enkeltoppgaver til andre helseprofesjoner, som ikke har det totale bilde av pasienten, oppleves krevende, og i verste fall, uforsvarlig. I tillegg er det kontekstuelle forskjeller på å delegere oppgaver fra for eksempel sykepleiere til ufaglærte/assistenter i hjemmetjenesten, sammenlignet med oppgaveglidning som foregår i sykehus/sykehjem. Hjemme hos pasienten opererer helsepersonell oftest alene, og situasjonen kan oppleves mer sårbar. En videre diskusjon av hva sykepleier egentlig er, også sett i sammenheng med andre helsefaglige yrkesgrupper, synes stadig å være viktig og aktuelt.

5.5 Spesialsykepleierens ansvar og rolle

I flere av artiklene som omhandler spesialsykepleiere og AKS omtales særlig temaer som angår deres roller, forholdet til andre helsearbeidere, hva som skal være deres ansvarsområde og i den sammenhengen hvor stor grad av autonomi de kan ha. I det følgende presenteres materialet fra artiklene ut fra følgende tematikk; spesialsykepleierens rolle, organisering, samt forholdet mellom fastleger og spesialsykepleiere. I kapittel 12 i intervjudelen av studien belyses også positive erfaringer/muligheter og begrensninger med denne spesifikke fagspesialiteten.

5.5.1 Spesialsykepleierens rolle

På tross av at flere land har implementert AKS-rollen for flere år siden, diskuterer mer eller mindre alle artiklene vi har funnet AKS som en ny rolle, som derfor ennå ikke fullt ut har funnet sin form.

En kunnskapsoppsummering fra 2016 tar spesielt for seg utfordringene som nyutdannede AKS-er opplever, og finner at inkonsistente og uavklarte roller skaper stor frustrasjon (Faraz, 2016). Inklusjonskriterier for oppsummeringen var engelskspråklige artikler i fagfelleverderte tidsskrift som omhandlet overgangen til rollen som AKS i perioden 1998 til 2015 og som baserte seg på empiriske undersøkelser utenfor sykehus. Noe av bakgrunnen for undersøkelsen var at AKS-sykepleiere i USA har en spesielt høy grad av turnover. Oppsummeringen viste at mange nyutdannede AKS-sykepleiere opplevde rolleutfordringer og ambivalens som følge av at andre helsearbeidere ikke kjenner til denne sykepleierrollen, og at rollen ikke hører helt

hjemme hverken i legegruppen eller blant sykepleiere. Forfatteren foreslår veiledningsprogram i overgangen til denne rollen, i tillegg til mer tverrfaglig samarbeid (Faraz, 2016).

En norsk longitudinell studie over tre år som involverte sykepleierledere og fastleger i kommuner, som gjennom en lengre prosess forberedte ansettelse av kliniske sykepleiere, formidlet en viss famling i det å definere hva de kunne forvente av denne rollen (Holm Hansen, Bomann, Bing-Jonsson, & Fagerstrom, 2020). En av forventningene omhandlet at spesialsykepleierne kan være en ressurs for de andre sykepleierne ved å undervise og veilede dem. Lederne og fastlegene forventet også at spesialsykepleierne ville kunne være en ressurs for fastlegene ved å ha bedre kompetanse til å gjennomføre målinger og vurdere pasientene mer selvstendig før de tar kontakt med legen. Det var imidlertid ingen spesialsykepleiere med på planleggingen. Denne gruppa var opptatt av å understreke at det er legen som skal ta seg av det medisinske, "sykepleiernes rolle er å ivareta omsorg og bare omsorg" (Holm Hansen et al. 2020:27). Gruppa mente at AKS-er ikke skal håndtere akutte problemer, men derimot så planleggingsgruppen for seg at spesialsykepleierne kunne ta seg spesielt av pasienter med subakutte problemstillinger, slik som forverring av kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS), infeksjoner og forverring av sår med mer. De mente det var like viktig å definere hva spesialsykepleierne ikke skal gjøre som hva de skal gjøre, og var opptatt av at fastlegene og sykepleierspesialistene ikke skulle overlapse hverandres roller. En del av diskusjonene under denne prosessen var også finansieringsmulighetene. Noen ledere var bekymret for hva AKS-er ville koste ekstra, siden de både skulle ha høyere lønn, og i tillegg bruke mer tid på pasientene. En annen problemstilling som ble løftet fram var manglende mulighet for fastlegene til å taksere samarbeid med AKS-er (Holm Hansen et al., 2020).

5.5.2 Organisering

Fra en undersøkelse av AKS-ers rolle i fem norske kommuner, kommer det også fram en uklarhet i rolleforståelse, forventning og organisering (Antypas & Kirkevold, 2020). Lederes forståelse av hva som skulle være AKS-enes rolle varierte ganske mye mellom de fem kommunene. Flere av lederne manglet også kunnskap om hva en spesialsykepleier er. Et av temaene som denne artikkelen, i likhet med flere andre, tar opp til diskusjonen er hvorvidt de kliniske spesialistene skulle være en del av det ordinære arbeidsteamet eller trekkes ut av den ordinære driften for å ta seg av spesielt definerte oppgaver, blant annet i forbindelse med andre kollegaers behov for bistand.

Den refererte undersøkelsen fra fem kommuner tok for seg ulike modeller for implementering av spesialsykepleierne i de fem kommunene:

- 1) Profesjonell utvikling
- 2) Sykepleierpoliklinikk
- 3) Responsteam
- 4) Virtuell klinikk
- 5) Kvalitetskoordinator
- 6) Bare direkte pasientkontakt

Forfatterne kom ikke med noen konklusjon eller vurdering av hvilke av disse modellene som fungerte bedre enn andre. Ingen av lederne kunne heller identifisere kvantifiserbare forbedringer fordi implementeringen ikke ble dokumentert, men de formidlet alle at modellene fungerer godt. Felles for alle kommunene var at AKS-ene ble plassert i et høyere organisatorisk sjikt enn ordinære sykepleiere. Noen av dem var også en del av lederteamet. Forfatterne konkluderte med at det er behov for mer støtte og bedre forståelse av rollen fra

ledelsen, og selv om alle de kommunale lederne var entusiastiske ovenfor denne sykepleierrollen, varierte altså deres kunnskap og forståelse av hva rollen skal være. Bare den største kommunen hadde arbeidsbeskrivelse for klinikerne. Det ble foreslått en rolleavklaring både på nasjonalt og på lokalt plan (Antypas & Kirkevold, 2020).

5.5.3 Fastleger – spesialsykepleiere

Det som viste seg å være det mest ømtålige temaet i flere studier var forhandlinger av grenseoppgangen mellom fastleger og spesialsykepleiere. Den omtalte undersøkelsen i de fem norske kommunene viste at mens legene i begynnelsen var skeptiske til den nye sykepleierrollen, så utviklet det seg gradvis, ofte over lang tid, gjensidig tillit og legene satt etter hvert stor pris på sykepleiere med mer kompetanse (Antypas & Kirkevold, 2020). En lege uttalte at en klinisk spesialist har en mer systematisk måte å tenke på, noe som gjør det lettere å komme i dialog. Dette poenget nevnes også i flere andre studier; flere leger er i utgangspunktet skeptiske, men erfarer at disse sykepleierne ikke utgjør noen trussel – tvert imot utgjør de en ressurs for deres eget arbeid. En faktor som ser ut til å ha betydning i den forbindelse er at AKS-sykepleierne og fastlegene er samlokalisert.

5.5.4 Oppsummering av spesialsykepleiernes ansvar og rolle

Oppsummert viste en kunnskapsoppsummering at mange nyutdannede AKS-sykepleiere opplevde utfordringer i form av en inkonsistent og uavklart rolle, samt ambivalens som følge av at andre helsearbeidere, deriblant leger og andre sykepleiere, ikke kjenner til denne sykepleierrollen godt nok. Uklarhet i rolleforståelse, forventninger til rollen og organisering ble også gjenspeilet i to studier fra norsk kontekst, som formidlet en viss famling i det å definere hva AKS-rollen egentlig innebærer. Grenseoppgangen mellom fastleger og spesialsykepleiere viste seg å være et ømtålig tema i flere studier, men det kunne se ut til at den innledende skepsisen fra fastlegenes side ble redusert over tid, og det utviklet seg til et forhold med gjensidig tillit og bedre dialog. Flere av studiene foreslår en rolleavklaring både nasjonalt og på lokalt plan.

5.6 Ansvars- og oppgavedeling på systemnivå

Mange faktorer påvirker ansvars- og oppgavefordeling blant sykepleiere og annet helsepersonell, også på et mer overordnet og organisatorisk nivå. En del artikler som ble inkludert i litteratursøket vårt omfattet nettopp dette tema. Blant annet ga noen studier innblikk i ulike måter å organisere praksis på, andre belyste hvordan ulike lover, regler og finansieringsordninger kan påvirke oppgaveglidning, samt hvordan organisering av oppgavedeling anses fra et lederperspektiv. Her følger en oppsummering av den inkluderte litteraturen på området.

5.6.1 Organisering av klinisk praksis i primærhelsetjenesten som påvirker ansvars- og oppgavedeling

I en hurtigoppsummering (*'rapid review'*) fra 2016 ble det presentert resultater fra 18 systematiske kunnskapsoppsummeringer publisert mellom 2006 og 2013, med mål om å undersøke om det er sykepleiere eller andre helsefaglige profesjoner som er best egnet til å ta rollen som helsehjelpskordinator (*'care coordinators'*) i primærhelseteam (Parker & Fuller, 2016). En slik rolle har vist seg å være en effektiv komponent i oppfølging og behandling av pasienter med kroniske sykdommer i primærhelsetjenesten. Resultatene viste at det er sykepleiere som oftest har denne rollen, en rolle som krever spesifikk opplæring og organisatorisk tilrettelegging for at den skal fungere i primærhelseteamet. Til tross for at en koordinerende rolle synes å ha effekt, fant ikke forfatterne evidens for om det er avgjørende *hvilken* helseprofesjon som skal inneha denne rollen. Forfatterne konkluderte likevel med at oppgaveglidning er en viktig forutsetning når man skal ansette en helsehjelpskordinator, og en vedvarende og konsistent tilnærming til oppgaveglidning er nødvendig dersom sykepleiere skal utøve effektive oppgaver for kronisk syke mennesker som følges opp i primærhelseteam (Parker & Fuller, 2016).

I en annen kunnskapsoppsummering som inkluderte 36 studier, hvorav 25 av disse var gjennomført i høyinntektsland og i ulike kontekster hvor sykepleiere var involvert, ble det undersøkt hvilke tilnærminger som kan bidra til at sykepleiere og jordmødre kan forbedre tilgang til primærhelsetjenester for sårbare pasientgrupper (Dawson, Nkowane, & Whelan, 2015). Forfatterne identifiserte viktige faktorer som sykepleier- og jordmorpolitikk, bemanning, utdannings- og opplæringstiltak, samarbeidsinnsats, samt strategier som har forbedret kvantiteten, kvaliteten og relevansen til sykepleier- og jordmorarbeidsstyrken. Disse resultatene bekrefter viktigheten av et konseptuelt rammeverk for forståelse og planlegging av ledelses- og styringstilnærminger, ledelsesstrategier og samarbeid og utdanning, samt opplæringsinnsats for å skalere opp og støtte sykepleiere og jordmødre i eksisterende eller utvidede roller, for å forbedre tilgangen til primærhelsetjenester for sårbare populasjoner (Dawson et al., 2015).

Videre ble det i en kvantitativ studie fra USA undersøkt effekten av to ulike omsorgsmodeller; det pasientsentrerte medisinske hjemmet (*'patient-centered medical homes'*) og det sykepleierstyrte helsesenteret (*'nurse-managed health centers'*), som begge bruker en modell som har flere avanserte kliniske sykepleiere og legeassistenter ansatt enn det som den gangen var dominerende praksismodeller (Auerbach et al., 2013). Resultatene viste at behovet for leger ble betydelig redusert blant mange som organiserte praksisen sin på samme måte som én av disse modellene. I noen tilfeller så man at det ikke lenger var behov for tilgang til lege i det hele tatt. Imidlertid belyste forfatterne hvordan slike praksisendringer igjen kan føre med seg nye behov, som liberalisering av lover om organisering av praksis, et større behov for medisinske assistenter, lisensiering av helsefagarbeidere, samt finansieringsendringer som belønner leverandører av helsetjenester for at man håndterer befolkningens helsetjenestebehov på denne måten (Auerbach et al., 2013).

En annen interessant studie fra USA undersøkte, som en del av en større nasjonal undersøkelse, hvordan fastlegepraksisene fordeler ansatte til ulike oppgaver, inkludert oppfølging av pasienter med komplekse, kroniske omsorgsbehov, koordinerende roller for pasienter til eller fra sykehus og vurdering av sosiale problemer i hjemmet (Donelan et al., 2019). Studien var designet som en nasjonal tverrsnittsstudie og inkluderte svar på spørreskjema fra 410 klinikere fordelt på 363 fastlegepraksiser rundt om i landet. Resultatene viste at nesten 40 prosent av fastlegepraksisene ikke hadde ansatt hverken sosialarbeidere eller sykepleiere. I praksisene hvor disse helseprofesjonene var ansatt derimot, fant de at sosialarbeidere i større grad deltok i saker om sosiale behov, og sykepleierne deltok mer i koordinering av helsetjenester. Legenes involvering i saker om sosiale behov og tjenestekoordinering var signifikant redusert når disse helseprofesjonene var tilknyttet praksisen (Donelan et al., 2019).

5.6.2 Ulike lover, regler og finansieringsordningers påvirkning på oppgavedeling

I en europeisk tverrsnittsstudie fra 2019 ble det undersøkt hvilke land som har innført lover angående legemiddelforskrivningsrett blant sykepleiere (Maier, 2019). Basert på svar fra en spørreundersøkelse blant eksperter fra de inkluderte landene i studien, samt data fra en OECD-studie, viste resultatene at i alt 13 land (i 2019) har lovregulert forskrivningsrett for sykepleiere; Kypros, Danmark, Estland, Finland, Frankrike, Irland, Nederland, Norge, Polen, Spania, Sverige, England og Sveits. I tre av landene (England, Irland og Nederland) omfatter forskrivningsretten omtrent alle legemidler, mens de andre landene hadde begrenset dette. Ved nye lover for legemiddelforskrivningsrett viste forfatterne med dette hvordan sykepleierens rolle har ekspandert i Europa gjennom det siste tiåret (Maier, 2019).

Tilbake i 2011, ble det i en nederlandsk studie undersøkt om det var økonomisk gjennomførbart å ansette en spesialsykepleier i fastlegepraksis (Dierick-van Daele, Steuten, Romeijn, Derckx, & Vrijhoef, 2011). Resultatene viste at selv om fastleger og helseforsikringsordninger erkjente viktigheten av sykepleieren for å imøtekomme primærhelsetjenesten krav, hadde de et polarisert syn på refusjonsordninger. Forfatterne konkluderte med at ansettelse av sykepleiere ble ansett som lite økonomisk bærekraftig. Dette må forstås som bærekraft i en streng økonomisk forståelse av begrepet, og ikke bærekraft for eksempel i form av pasientutfall og kvalitet på tjenester. Forfatterne pekte på det komplekse samspillet mellom ulike kostnadsparametre som resulterer i økonomisk levedyktighet og som viser behovet for videre diskusjon omkring sykepleierrollen i allmennpraksis med fokus på kvaliteten av omsorgen versus effektiviteten (Dierick-van Daele et al., 2011). Noen år senere konkluderte en kvalitativ studie fra USA, hvor det ble gjennomført semistrukturerte telefonintervju blant ledere i primærhelsetjenesten, med at disse også har en formening om at ulike finansieringsmodeller i stor grad påvirker hvordan man allokterer helsepersonell i fastlegepraksis (Pittman & Forrest, 2015).

5.6.3 Oppgaveglidning fra et lederperspektiv

To interessante studier, henholdsvis én kvalitativ og én med kvantitativt studiedesign, belyste ansvars- og oppgavedeling sett fra et lederperspektiv. Førstnevnte ble gjennomført som en intervjustudie i nederlandsk kontekst (van der Biezen, Derckx, Wensing, & Laurant, 2017), mens den andre baserer resultatene på en landsomfattende spørreundersøkelse blant sykepleierledere i Norge (Agenda Kaupang, 2021). Begge studiene gir et interessant innblikk i ledernes opplevelse av kompetansesammensetning, og hva som påvirker

beslutninger om endring i kompetansesammensetning blant helsepersonell i kommunale helse- og omsorgstjenester, og er følgende oppsummert nedenfor.

Med mål om å gi innsikt i hvilke faktorer som påvirker fastlegers og lederes beslutninger om å utdanne og ansette legeassistenter (*'physician assistants'*) og spesialsykepleiere i allmennpraksis, ble det i 2014 i Nederland gjennomført en intervjustudie av syv ledere for legevakttjenesten og 32 fastleger som eide sin egen kliniske praksis (van der Biezen et al., 2017). Gjennom intervjuene ble tre sentrale tema belyst:

- 1) Faktorer som påvirker beslutningsprosessen:** Det så ut til at beslutningstaking i allmennpraksis ble ledsaget av lite planlegging og definisjoner av roller. Viljen til å ansette en legeassistent og/eller spesialsykepleier var sterkt påvirket av den ansattes motivasjon for å starte på en masterutdanning, samt fastlegenes tidligere erfaringer med disse helseprofesjonene. Særlig seks faktorer så ut til å påvirke beslutningsprosessen: 1) Organisatoriske faktorer (økonomiske konsekvenser av ansettelse? Nok undersøkelsesrom?), 2) Faktorer vedrørende profesjonelle forhold (ønske om å ansette en som allerede er tilknyttet som vikar/assistent/praksisstudent), 3) Faktorer vedrørende fastlegens arbeidsbelastning og jobbtilfredshet (ønske om avlastning versus frykten for å miste oversikt. Det ble fremhevet at kunnskap om helseprofesjonene og lovverk ofte var mangelfullt), 4) Fastlegens tidligere erfaringer med helseprofesjonene, 5) Visjonen til legeassistentene og sykepleierne (generelt liten/få planer for implementering av de nye rollene) og 6) usikkerhet rundt helseprofesjonene (politisk og økonomisk usikkerhet).
- 2) Grunner til å ansette en legeassistent/spesialsykepleier:** Fastlegenes intensjon om å ansette en legeassistent eller spesialsykepleier var ofte basert på et ønske om full eller delvis oppgavedelegering tilknyttet mindre alvorlige sykdommer/tilstander eller spesifikke pasientgrupper. Hensikten var å øke kvaliteten på behandling/oppfølging, samt utvide tjenestetilbudet til pasientene.
- 3) Ansvars- og rollefordeling:** De fleste fastlegene hadde ikke formulert tydelige rollebeskrivelser, og det var store variasjoner i oppfatningen av hvilke oppgaver legeassistentene og sykepleierne skulle ha/tildeles. Noen ønsket at legeassistenten/sykepleieren skal følge opp spesifikke pasientgrupper, mens andre ønsket at de fulgte opp et bredere spekter av sykdommer. Generelt sett så det ut til at fastlegene vurderte det slik at ansvaret for pasienter som ikke var livstruende syke, og hvis det hadde lav innvirkning om noe skulle gå galt, kunne delegeres til andre. Enkelte oppgaver var det stor enighet om at burde tillegges legeassistentene/sykepleierne, disse inkluderte; dermatologi, øre-, nese- og halsplager, muskel- og skjelettlidelser og influensa. I tillegg ble forebyggende oppgaver som hjemmebesøk og postoperative konsultasjoner vurdert som passende oppgaver og ansvar. Det var derimot ulike meninger/større uenighet vedrørende fordeling av oppgaver som omhandlet pasienter med kroniske lidelser, akutte sykdommer, palliativ behandling, gynekologiske lidelser og oppfølging av eldre og små barn.

Oppsummert konkluderer forfatterne med at rollestandardiseringer, langsiktig politisk planlegging og støtte fra fagforeninger er nødvendig for å støtte beslutningstakere i å implementere oppgavedelegering i primærhelsetjenesten (van der Biezen et al., 2017).

I slutten av 2021 ble det publisert en interessant rapport som belyser lederrollen, deriblant ansvars- og oppgavedeling sett fra et lederperspektiv i norsk kontekst. På oppdrag fra NSF har Agenda Kaupang kartlagt status og utfordringsbilder knyttet til rammevilkår, ansvar og myndighet, prioriteringer, handlingsrom og

arbeidsmiljøforhold innen forskjellige ledernivåer, både i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten (Agenda Kaupang, 2021). Data var basert på en spørreundersøkelse basert på svar fra 1648 av NSF's medlemmer som var registrert som ledere. De resultatene som anses som særlig interessante for dette prosjektets formål, viste at hele 37 prosent av sykepleierledere i kommunale helse- og omsorgstjenester oppga at de er 'uenig/svært uenig' i at kompetansesammensetningen er i samsvar med oppgaver og behov. Videre svarte 27 prosent av de kommunale sykepleierlederne at det i 'svært stor/stor grad' var behov for en annen kompetansesammensetning, og hele 40 prosent opplevde særlig et behov for *høyere* kompetanse blant ansatte. Til sammenligning oppga 27 prosent av sykepleierlederne i spesialisthelsetjenesten det samme. Forfatterne påpekte at mange ufaglærte, og lav andel sykepleiere og helsefagarbeidere, samt utstrakt bruk av deltid i kommunale helsetjenester, gjør det utfordrende å fordele oppgaver annerledes. Dette samsvarer godt med funnene til Gautun & Bratt (2015) og Gautun et al., (2016) som vi presenterte i kap. 5.1.1, hvor nasjonale undersøkelser viser at det ikke er uvanlig at det både ved langtids- og korttidsfravær blant sykepleiere i sykehjem og hjemmesykepleier enten ikke settes inn annet personell i det hele tatt, eller at det blir satt inn personell med helsefaglig bakgrunn med lavere kompetansenivå. Sykepleierlederes rammevilkår med mange ansatte, samt lite tilgang til stab- og støttfunksjoner gjør sannsynligvis heller ikke oppgaven med endring i kompetansesammensetning enklere.

5.6.4 Oppsummering av ansvars- og oppgavedeling på systemnivå

Ansvars- og oppgavedeling på systemnivå har ikke vært et spesifikt fokus i dette prosjektet, og de inkluderte studiene gir følgelig ikke et komplett bilde. De inkluderte studiene kan likevel gi et innblikk i hvordan ulike finansieringsordninger, lokale lover- og regler, politiske føringer, lederes egne preferanser og beslutningsgrunnlag for å ansette annet helsepersonell enn leger, kapasitet og kompetansesammensetning, samt ulike måter å organisere praksis på i kommunale helse- og omsorgstjenester, kan ha stor innvirkning på hvordan dette påvirker sykepleiernes og andre involverte helsepersonell sine roller, ansvar og fordeling av oppgaver.

6 Hemmere og fremmere for ansvars- og oppgavedeling

For at vi bedre skal forstå hvordan ansvars- og oppgavedeling påvirker utøvelsen av helse- og omsorgstjenester, er det nyttig å identifisere og utforske faktorer som påvirker implementering av oppgaveglidning. I flere vitenskapelige publikasjoner og forskningsrapporter belyses ulike faktorer som kan hemme og fremme ansvars- og oppgavedeling innenfor kommunale helse- og omsorgstjenester. I følgende delkapittel belyses vi dermed kunnskapsoppsummeringens andre problemstilling (jf. kap 2.4).

6.1 Hemmere og fremmere for vertikal og horisontal oppgavedeling

Vertikal substitusjon fra lege til sykepleier er en kompleks oppgave som krever nøye planlegging, gjennomføring og fortløpende tilsyn for å sikre best mulig effekt. I to inkluderte oversiktsartikler (Karimi-Shahanjarini et al., 2019; Leong et al., 2021), oppsummerte forfatterne flere nøkkelement for suksessfull implementering av vertikal oppgaveglidning. Karimi-Shahanjarini et al., gjennomgikk til sammen 66 kvalitative studier fra 25 land i sin oversikt, hvor hovedfokuset var hvordan implementering av strategier for vertikal oppgavedeling fra lege til sykepleier i primærhelsetjenesten påvirkes av ulike faktorer som hemmer og fremmer denne formen for oppgaveglidning (Karimi-Shahanjarini et al., 2019). Som presentert i kap. 5.1, sammenfattat også Leong et al., 21 enkeltstående studier, hvorav 15 omhandlet oppgaveglidning fra leger til sykepleiere (Leong et al., 2021).

Resultatene fra disse kunnskapsoversiktene belyste hemmende og fremmende faktorer fra ulike perspektiv. En tydelig hemmende faktor var mangel på klarhet omkring de **økonomiske** rollene og ansvaret til de nasjonale og regionale helsemyndighetene. Dette ble nevnt som en potensiell stor barriere, da valg av finansieringsmodell kan påvirke leverandørenes motivasjon for oppgaveglidning (Leong et al., 2021). Studier har også vist at økonomiske utfordringer kan påvirke forholdet mellom leger og sykepleiere negativt (Karimi-Shahanjarini et al., 2019).

Videre viste studiene at et tett forhold mellom lege og sykepleiere preget av tillit og gjensidig respekt hjalp sykepleierne til å utvide og utvikle sine roller. Legenes tillit til og aksept for at sykepleiere var en viktig ressurs for met omfanget av sykepleieutøvelsen. Videre var klare rolledefinisjoner og hensiktsmessige henvisningssystemer fremhevet som avgjørende for vellykket implementering av vertikal oppgaveglidning (Karimi-Shahanjarini et al., 2019). I flere av studiene ble det også rapportert om bedre arbeidstilfredsstillelse blant helsepersonell på grunn av følelsen av myndiggjøring (*empowerment*), evne til å møte lokale helsebehov og sosial anerkjennelse av lokalsamfunnet (Leong et al., 2021). Det ble også påpekt tilfeller der oppgaveglidning førte til rolletvetydighet mellom helsepersonell, og det viste nødvendigheten av en tydelig protokoll over hvilke roller og ansvar hver enkelt helsepersonale bør inneha for å sikre kontinuiteten i helsehjelpen og for å bevare pasientens velferd. I mange land ble det også anbefalt at støttesystemer etableres for å sikre at personer med lavere utdannings-/opplæringsnivå støttes med medisinsk ansvarsforsikring. Det ble også fremhevet at man bør bevisstgjøres på at økt arbeidsmengde og manglende kompensasjon i forbindelse med ansvars- og oppgavedeling, er insentiver som kan påvirke moralen blant de ansatte (Leong et al., 2021).

Sett fra de ulike aktørenes perspektiv viste studiene at det er viktig at alle parter, inkludert **pasientene**, informeres om oppgaveglidning og hvordan det eventuelt påvirker helsehjelpen som de mottar. Generelt har mottakere av helsetjenester tillit til kompetansen til annet helsepersonell som er involvert i rutinemessig klinisk arbeid, men det ser ut til at mange pasienter har en preferanse mot å motta mer kompleks, medisinsk behandling fra legen (Leong et al., 2021). Det samme ble gjenspeilet i studiene hos Karimi-Shahanjarini et al., hvor pasientene hadde forskjellige synspunkter på hvilke tjenester sykepleiere bør levere; De aksepterte at sykepleiere sto for forebyggende tjenester og oppfølging, men foretrakk leger når oppgavene var mer

'medisinske'. Legene i de fleste studiene foretrakk også at sykepleierne konsentrerte seg om «ikke-medisinske» oppgaver. På den annen side mente pasientene i de fleste studiene at sykepleierne var lettere tilgjengelige enn legene. Denne erfaringen delte også legene og sykepleierne, som begge så på flytting av oppgaver og mer samarbeid som en måte å bedre tilgangen til, kvaliteten på og kontinuiteten av tjenestene (Karimi-Shahanjarini et al., 2019).

Sykepleierne selv ga uttrykk for at de i mange tilfeller var komfortable med, og mente de var kompetente til, å levere et bredt spekter av oppgaver, særlig av helsefremmende og forebyggende karakter. De uttrykte likevel bekymring for tilstrekkelig opplæring med god nok kvalitet, og de ønsket seg mer og bedre opplæring. Det kom fram at kvaliteten på veiledningen fra leger ble opplevd som sentralt for å bygge tillit hos begge parter. Opplæring og videreutdanning kan øke sykepleiernes ferdigheter, arbeidsglede og motivasjon, noe som fremmer selvstendighet og øker andres aksept for nye roller og ansvarsområder. Ytre motivatorer, som forbedrede arbeidsforhold og økonomiske intensiver, ble også fremhevet som viktig motivasjon til å påta seg mer ansvar (Karimi-Shahanjarini et al., 2019). I flere av studiene som var inkludert i Leong et al., sin kunnskapsoppsummering ble også utdanning og opplæringsaktiviteter fremhevet som viktig for at oppgaveglidning skal implementeres på en god måte. Særlig klinisk veiledning og støtte ble identifisert som viktige suksessfaktorer (Leong et al., 2021). Faktorer som hemmet oppgaveglidning blant sykepleiere, derimot, var opplevelsen av vanskeligheter med å kommunisere effektivt med andre kolleger, som særlig ble uttrykt blant sykepleiere som jobbet alene. Det ble også uttrykt misnøye med det enorme antallet dokumenter som måtte fylles ut i forbindelse med oppgavefordeling fra lege til sykepleier. En oppgave som gjerne ble forskjøvet fra leger til sykepleiere (Karimi-Shahanjarini et al., 2019).

Flere studier viste at oppgaveglidning forbedret kontinuiteten i omsorgen, og det ble uttrykt at pasientene ofte foretrakk å se den samme sykepleieren fremfor forskjellige leger. Det virket også som om **legene** verdsatte bidraget fra sykepleierne i samarbeidspraksis i tilfeller hvor dette reduserte egen arbeidsmengde. Både leger og sykepleiere så på oppgaveglidning og samarbeidspraksis som en måte å øke pasientens tilgang til omsorg på visse områder, som for eksempel innen barselomsorg (Karimi-Shahanjarini et al., 2019).

Oppsummert ble disse faktorene identifisert som spesielt viktige å ivareta for å fremme ansvars- og oppgaveglidning mellom sykepleiere og leger i primærhelsetjenesten (Karimi-Shahanjarini et al., 2019):

- Enkel tilgang til pasienter for sykepleiere for at de skal kunne utføre spesifikke oppgaver overtatt fra legene.
- Fokus på sykepleieres opplæring og individuelt tilpasset tilbakemelding angående de spesifikke oppgavene som overtas fra legene.
- Tilgjengelighet av nødvendige ressurser (økonomiske, infrastruktur, fasiliteter, medikamenter og utstyr) for sykepleiere som påtar seg nye oppgaver.
- Definisjon av klare grenser for legenes og sykepleiernes nye roller.
- Effektiv kommunikasjon og personlig kontakt mellom leger og sykepleiere.

6.2 Hemmere og fremmere for tverrfaglige og teambaserte modeller

To inkluderte kunnskapsoppsummeringer identifiserte faktorer som kan hemme og fremme ansvars- og oppgavedeling blant helsepersonell i tverrfaglige og teambaserte modeller i primærhelsetjenesten (McInnes et al., 2015; True, Stewart, Lampman, Pelak, & Solimeo, 2014). McInnes et al., (2015) presenterte hva som hemmer og fremmer samarbeid og teamarbeid mellom fastleger og sykepleiere i allmennpraksis (McInnes et al., 2015) basert på en tematisk analyse av elleve inkluderte artikler. Den amerikanske kunnskaps-

oppsummeringen fra True et al., (2014) hadde hovedfokus på oppgavedeling innad i helseteam, hvor resultatene baserte seg på semistrukturerte intervjuer med 101 informanter som alle hadde erfaring fra teamarbeid (inkluderer sykepleiere, andre kliniske medarbeidere og administrativt personell) i 77 ulike klinikker i primærhelsetjenester i USA.

Resultatene frembrakte flere viktige og delvis sammenfallende hovedtema;

- 1) **Roller og ansvar:** Manglede oppklaring og definisjon av sykepleierens rolle i teamet ble opplevd som en tydelig barriere i samarbeidet mellom fastlege og sykepleier. Klart definerte roller og delt (ferdighetsavhengig) lederskap derimot, ble ansett som et nøkkelelement for å fremme teamarbeid. Synergien i mange team innebar likevel at fastlegen delegerte oppgaver til sykepleieren, som dermed fikk en arbeidsflyt avhengig av hva legen valgte å delegere, og dette bidro i stor grad til at fastlege og sykepleier arbeidet uavhengig av hverandre. Imidlertid var mange leger positive til at sykepleierne utvidet sin rolle i allmennpraksis med mål om å øke effektiviteten og frigjøre tid for fastlegene (McInnes et al., 2015).

Kontinuerlig forhandling og utvikling av roller innad i teamet ble også understreket som et nøkkelelement (True et al., 2014). Det så ut til at et kjennetegn ved effektive og suksessfulle team var der alle team-medlemmene utnyttet kapasiteten sin til det fulle. I disse tilfellene samarbeidet medlemmene godt internt for å bestemme hvilke oppgaver som skal løses av hvem. Team som var avventende og forventet at eksterne ledere skulle definere ansvar, roller og retningslinjer, førte til at leger og sykepleiere følte seg overarbeidet, og administrativt ansatte og andre kliniske medarbeidere følte seg lite verdsatt og ute av stand til å nå sitt fulle potensial med tanke på å bidra til teamet.

- 2) **Respekt, tillit og kommunikasjon** viste seg å være svært tydelige fremmere for samarbeid i allmennpraksis. Flere av de inkluderte studiene i kunnskapsoppsummeringen viste at en felles forpliktelse til primærhelsetjenesten, åpne kommunikasjonskanaler, og en bevissthet om hver profesjons roller og ansvar i teamet ble identifisert som fremmere til teamarbeid. Dårlig kommunikasjon og eksklusjon fra eksempelvis felles praksismøter viste seg å være negativt assosiert med teamarbeid (McInnes et al., 2015).

Moden og åpen kommunikasjon preget av psykologisk trygghet ble fremhevet som et nøkkelelement som fremmer teamarbeid. Eksempler på dette så man i team som hadde etablert en regelmessig praksis for å utveksle informasjon effektivt i et miljø som fremmet tillit og oppmuntret medlemmer til å uttrykke meninger uten frykt for konsekvenser eller latterliggjøring. I motsatt fall, uttrykte informanter fra team med dårlige kommunikasjonsstrategier utfordringer med å gjennomføre oppgaver på grunn av forvirring over ansvarsfordeling og en følelse av isolasjon. Disse informantene uttrykte oftere frustrasjon over å ikke bli hørt, eller ikke ha mulighet til å komme med forslag til endring i teamet (True et al., 2014).

- 3) **Hierarki, utdanning og ansvar:** Den hierarkiske strukturen i helse- og omsorgssektoren, hvor legen tradisjonelt sett står over sykepleieren, betegnes av mange som begrensende for samarbeid og teamarbeid i allmennpraksis. Flere studier har vist hvordan legene automatisk velges som teamleder i kraft av sin posisjon som lege, og at sykepleiere sjelden gis en ledende rolle eller posisjon. Videre så det ut til at finansieringsordninger som inkluderte støtte til teammøter og lønnede stillinger, angivelig har forbedret tilgangen til tjenester, økt effektivitet og fremmet teamarbeid (McInnes et al., 2015).

- 4) **Felles mål og følelse av mening:** Kan bidra til at det er lettere å delegere oppgaver innad i teamet når man er trygg på at alle teammedlemmer er 'på samme side' og jobber mot et felles mål. I tilfeller der dette elementet ikke var til stede, så det ut til at utvikling av teamet og oppgavedeling innad ble mer problematisk (True et al., 2014).

6.3 Hemmere og fremmere for implementering av spesialsykepleieren

En kunnskapsoppsummering så på hva som hemmer og fremmer god implementering av spesialsykepleierrollen, og pekte på disse positive sidene ved denne rollen i kommunen (Torrens et al., 2020):

- Teamfaktorer (evnen til å samarbeide, utvikling av gode relasjoner til andre sykepleiere og leger, støtte fra kollegaer).
- Veiledning, trening.
- God ledelse, støtte fra ledelse.
- God organisering/infrastruktur.

Den samme artikkelen tok også for seg hva som identifiseres som barrierer mot god implementering av AKS-rollen (Torrens et al., 2020). De viktigste momentene var:

- Manglende kunnskap om rollen, samarbeidsproblemer som følge av manglende kunnskap/aksept for rollen.
- Manglende klargjøring av rollen, manglende tro på egen rolle
- Begrenset autonomi og manglende mulighet til å ordinere medikamenter.
- Legene er skeptiske til at AKS-ene tar over deres rolle.
- Utfordring med å få med legene i samarbeidet, mye på grunn av deres skepsis, men det har også med manglende takseringsmuligheter for legen å gjøre.
- Det er utfordrende å etablere tillit siden det er en ny rolle.
- En ikke overraskende utfordring er at kommunale ledere ser med bekymring på at disse spesialsykepleierne koster ekstra mye for kommunene.

En spørreundersøkelse fra Sverige undersøkte muligheter og barrierer for AKS-rollen, og trekker fram følgende (Altersved, Zetterlund, Lindblad, & Fagerström, 2011):

- En klinisk spesialsykepleier ser pasienten oftere og lengre enn legen.
- Stor enighet om at denne kompetansen er ønsket.
- Frigjør tid for fastlegene.
- APN i helsesentre har økt tilgangen til omsorg (care) (fastlegene var ikke enige i det).
- Spesialsykepleierne kan avlaste fastleger.
- Økt kompetanse for de andre sykepleierne gjennom konsultasjoner med spesialsykepleiere.
- Mulighet for andre sykepleiere til å diskutere problemstillinger med AKS.
- Utdannet andre sykepleiere.

En kvalitativ intervjuundersøkelse i Skandinavia tok for seg hvilke utfordringer som preger helse- og omsorgstjenestene, og om AKS-rollen kan bidra til å løse dem (Boman, Glasberg, Levy-Malmberg, & Fagerström, 2019). Utfordringene som beskrives er flere eldre pasienter med komorbiditet, større behov for ekspertise i hjemmetjenesten (*'aging in place'*), mangel på medisinsk kompetanse, lang avstand til legekontor, mangel på geriatrisk kompetanse, mangel på tid blant omsorgspersonalet, manglende samarbeid mellom

tjenestenivåene og manglende samarbeid mellom leger og sykepleiere. Her foreslås det at AKS-sykepleiere kan ha en rolle som bindeledd mellom medisin og sykepleie, og mellom sykepleiere, leger og pasienter. AKS-sykepleiere kan utføre mer kvalifiserte målinger, diagnostisering, igangsetting av behandling og foreskriving av resept på medisin. Alt i alt korresponderer denne utdannelsen med behovet i helsetjenestene. Likevel er det en del utfordringer knyttet til uklarhet i rolle, spesielt når det gjelder arbeidsdeling mellom leger og AKS-er. For å utnytte AKS-enes potensiale er det nødvendig å få på plass politisk bestemte reguleringer.

6.4 Oppsummering av hemmere og fremmere for ansvars- og oppgavedeling

Mange faktorer påvirker hva som kan hemme og fremme ansvars- og oppgavedeling innen kommunale helse- og omsorgstjenester. Når det gjelder vertikal og horisontal oppgavedeling, peker flere studier på viktigheten av klarering av de økonomiske rollene og ansvar hos nasjonale og regionale helsemyndigheter. I forlengelse av dette fremhever noen studier at kompensasjon i forbindelse med økt arbeidsmengde og større ansvar er insentiver man bør være bevisst på at kan påvirke motivasjonen til den enkelte arbeidstaker. Videre viser flere studier at det på aktørnivå er viktig med tillit og gjensidig respekt, samt klare rolledefinisjoner mellom leger og sykepleiere. Kvalitet på klinisk veiledning, opplæring og videreutdanning, samt individuelt tilpasset tilbakemelding anses som viktig for å øke sykepleiefaglige ferdigheter, arbeidsglede og motivasjon til å påta seg mer ansvar. Andre viktige faktorer for å fremme ansvars- og oppgavedeling mellom sykepleiere og leger ser ut til å være hensiktsmessige henvisningssystemer, tilgjengelighet av nødvendige ressurser, eksempelvis kontorfasiliteter, medikamenter og utstyr, for sykepleiere som påtar seg nye oppgaver, samt tilrettelegging for effektiv kommunikasjon og personlig kontakt mellom leger og sykepleiere.

Flere studier har også sett på hva som hemmer og fremmer ansvars- og oppgavedeling i tverrfaglige og teambaserte modeller i primærhelsetjenesten. Oppsummert viste flere studier viktigheten av at man også her har klart definerte roller og delt lederskap som kan fremme samarbeid. Innad i teamet bør det foregå kontinuerlig forhandling og utvikling av roller, slik at teammedlemmer kan utnytte kapasiteten sin til det fulle. Gjensidig respekt, tillit og fokus på moden og åpen kommunikasjon er også viktig for å fremme samarbeid. Videre er det viktig å være bevisst på hvordan tradisjonelle rollemønstre og hierarkiske strukturer påvirker samarbeid. Å jobbe mot et felles mål var også fremhevet som et nøkkelement.

Enkelte studier har også sett på hva som hemmer og fremmer god implementering av spesialsykepleiere. Kunnskap og bevissthet omkring de positive ringvirkninger denne rollen kan ha i kommunene er viktige fremmere, mens manglende kunnskap om rollen, begrenset autonomi, tungrodd samarbeid med legene og økonomiske utfordringer så dessverre ut til å hemme implementering av en slik rolle.

7 Teknologi som virkemiddel for endring i ansvars- og oppgavedeling

I dette kapitlet var intensjonen å se nærmere på hva litteraturen sier om hvordan digitalisering og teknologi kan understøtte endringer i ansvars- og oppgavedeling, samt hvordan dette kan benyttes som en katalysator for ansvars- og oppgavedeling (jf. problemstilling 3, kap. 2.4). I utgangspunktet hadde vi et ønske om særlig fokus på prosjekter eller arbeider på dette området som har vært gjennomført i norske kommuner.

Vårt systematiske litteratursøk i vitenskapelig publisert litteratur ga dessverre svært få treff. Som beskrevet i metodedelene supplerte vi derfor resultatene med håndsøk. Vi inkluderte dermed litteratur med tematikk som grenser mot problemstillingene, og de fleste studiene som omtales her handler derfor mer om implementering av teknologi, herunder sykepleieres holdninger og erfaringer med spesifikke teknologiske løsninger. Følgende utvalg av litteratur besvarer dessverre ikke oppdragsgivers problemstillinger, men gir likevel et innblikk i hvordan sykepleiere benytter ulike teknologiske løsninger for å levere helsetjenester, samt gir et bilde av hvordan digitalisering og implementering av teknologi i kommunal helse- og omsorgstjeneste kan ha mangefasettert og tvetydig betydning for helsetjenesten. Til slutt i dette kapitlet (jf. kap. 7.4) presenterer vi noen momenter og refleksjoner vedrørende utfordringene knyttet til innføring av teknologi som virkemiddel for endring i ansvars- og oppgavedeling i norsk kontekst.

I gjennomgangen av de inkluderte artiklene har vi fokusert på hva litteraturen sier konkret om hvilke digitale teknologier som beskrives, hvilke arbeidsoppgaver som inngår i teknologien, samt hvilke forventede endringer i sykepleiernes arbeidsoppgaver som teknologien inngår i. Vi har også forsøkt å fange opp hvilke refleksjoner forfatterne har gjort til de forventede endringene, samt hvilke konkrete forbedringer som foreslås for at teknologien skal leve opp til forventningene.

7.1 Internasjonale kunnskapsoppsummeringer

I løpet av de siste årene har flere internasjonale vitenskapelige kunnskapsoppsummeringer presentert studier som omhandler implementering av digitalisering og ny teknologi i helse- og omsorgstjenester. Mange av kunnskapsoppsummeringene tar for seg ulike digitale teknologier med hensyn til aksept, kompetanse, holdninger og erfaringer blant helsepersonell, men også fokus på effektivitet og effekt av ulike teknologiske løsninger som støtte i helsepersonells arbeid. Her følger en gjennomgang av de mest sentrale kunnskapsoppsummeringene fra 2014 og fram til i dag.

I 2014 ble det publisert en systematisk gjennomgang av studier som omhandlet helsepersonells syn på akseptabiliteten og gjennomførbarheten av å implementere teknologi som muliggjorde **avstandsoppfølging** (*'remote monitoring technology'* (RMT)) i primærhelsetjenesten (Davis, Freeman, Kaye, Vuckovic, & Buckley, 2014). RMT ble definert som enhver teknologisk løsning som muliggjør overvåkning av et individs helsestatus via et eksternt grensesnitt og som deretter overfører informasjonen til helsepersonell. Totalt 15 kvalitative studier publisert i perioden 1996 til 2013 ble i denne oppsummeringen gjennomgått. Studiene var heterogene i form av type teknologi som ble brukt, land hvor forskningen var gjennomført, karakteristika ved pasienter og klinikere og metodiske tilnæringer. Generelt sett viste resultatene likevel at klinikere (deriblant sykepleiere) hadde positive oppfatninger av RMT. Det ble imidlertid uttrykt bekymring angående den kliniske relevansen av RMT-data, endrende kliniske roller og oppgaver (f.eks. redusert kvalitet på omsorgen grunnet færre pasientbesøk, eller risiko for overbehandling), utilstrekkelig bemanning eller tid til å monitorere og diskutere RMT-data, datainkompatibilitet med klinikernes elektroniske pasientjournaler og uklart juridisk ansvar vedrørende svarprotokoller. Studiene som ble inkludert i denne gjennomgangen støttet opp om at for at RMT skal tas i bruk som en del av rutinemessig praksis i primærhelsetjenesten, må forskere og utviklere

forbedre dataoverføringen til klinikkens elektroniske pasientjournaler, støtte tilstrekkelig infrastruktur for databehandling, sikre klinisk relevans og tilpasning av teknologier til arbeidsflyten i primærhelsetjenesten, opprettholde kvaliteten på den kliniske behandlingen og svare på endringer i pasientbehandlingsmønstre og profesjonelle roller. Forfatterne fremhevet også at det er kritisk behov for å engasjere sluttbrukere i utviklingen og implementeringen av RMT (Davis et al., 2014).

Med mål om å skaffe dypere innsikt og forståelse for sykepleieres erfaringer med implementering av **IT-systemer**, ble det i 2014 publisert en kunnskapsoppsummering som sammenfattede kvalitativ forskning på feltet fra 2000 til 2013 (Meißner & Schnepf, 2014). Resultatene, som var basert på syv vitenskapelige artikler som til sammen inneholdt 320 semistrukturerte intervjuer og 56 fokusgruppeintervjuer, viste at bruken av IT krever en annen form for informasjonsbehandling som noen opplevde som en fordel mens andre ikke gjorde det. Sistnevnte syntes det var vanskeligere å legge inn data og dette resulterte i dårlig klinisk dokumentasjon. Resultatene viste at en forbedring av kvaliteten på pasientenes journaler førte til en generell forbedring av kvaliteten på omsorgen, men dersom kvaliteten på journalene var lav, risikerte man at enkelte pasienter ikke fikk den nødvendige omsorgen. Videre var tiden det tok å fullføre dokumentasjon et fremtredende tema i mange studier. De som var mer effektive med den elektroniske dokumentasjonen viste forbedret tidsstyring. Blant de mindre effektive med elektronisk dokumentasjon ble informasjonsbehandling opplevd som tidkrevende. Oppsummert viste funnene at sykepleiere opplevde IT som en fordel når det forenklet deres daglige arbeidsrutiner og som en belastning når det kompliserte arbeidsprosessene deres. Hvorvidt IT kompliserer eller forenkler praksis, avhenger av mange faktorer, eksempelvis brukervennlighet og ansattes evner til å bruke det, utstyrstilgjengelighet og teknisk funksjonalitet samt holdninger blant klinikerne. Forfatterne hevdet at grensen mellom nytte og byrde er 'semipermeabelt,' da erfaringer varierer ut i fra plikter og ansvar (Meißner & Schnepf, 2014).

Nagel & Penner (2016) peker også på hvordan sykepleiere i økende grad benytter ulike teknologiske løsninger for å levere helsetjenester (Nagel & Penner, 2016). Imidlertid fremhever de hvordan det har vært et etterslep i forskning og generering av empirisk kunnskap som støtter sykepleierpraksis innen dette ekspanderende feltet. De gjennomførte en gjennomgang av litteraturen som var tilgjengelig på daværende tidspunkt (publisert inntil juli 2014), og avdekket åtte publikasjoner som omhandlet konseptuelle modeller, teoretiske rammeverk eller lignende som var relevant for sykepleierpraksis. Mange av modellene fokuserte utelukkende på **telefoner** som teknologisk hjelpemiddel, og fire av artiklene var basert på kvalitative metoder. Ingen publikasjoner reflekterte rundt den omfattende kompleksiteten som kreves for å bygge bro mellom sykepleierprosesser og teknologiske løsninger i sykepleierpraksis. Basert på litteraturen innen feltet, presenterte forfatterne selv en omfattende konseptuell modell for telehelse i sykepleierpraksis. Modellen viste hvordan mange dimensjoner innen telehelse og sykepleierpraksis, som f.eks. klinisk beslutningstaking og sykepleierkompetanse, overlapper og utfyller hverandre. Forfatterne argumenterte for at ettersom bruken og utviklingen av teknologiske løsninger vil ekspandere i fremtidens helsetjeneste, står sykepleierprofesjonen overfor dilemmaet med å generere ny praksisnær kunnskap om hvordan vi fremover skal levere helse- og omsorgstjenester innen telehelse. Gitt at sykepleiere er forpliktet til å fremme hensiktsmessig bruk av teknologi, være forberedt på kompetanse innen telehelse samt sikre trygg omsorg overfor pasienter, er utviklingen av konseptuelle modeller og rammeverk nødvendig for å veilede forskning som kan informere evidensbasert klinisk praksis slik at disse kravene oppfylles (Nagel & Penner, 2016).

Konttila et al., publiserte i 2019 en systematisk kunnskapsoppsummering som tok for seg helsepersonells kompetanse i **digitalisering** (Konttila et al., 2019). I denne studien omfattet digitalisering ulike digitale verktøy som elektronisk pasientjournal, informasjons- og kommunikasjonsteknologi og trådløs kommunikasjon. Forfatterne fremhevet hvordan digitalisering krever høy grad av kompetanse, analytiske

ferdigheter, regelmessig opplæring, etisk refleksjon og varierte kliniske ferdigheter. Det stilles også krav til sosial interaksjon og kommunikasjonsferdigheter. Videre understreket de viktigheten av at teknologien må oppleves som støttende for arbeidsoppgavene. Hvis teknologien krever ekstra arbeid, eller ikke anses som en del av arbeidet (ikke ser nytten), så påvirker det holdningene blant helsepersonell. Teknologi kan være positivt, men også skifte fokus fra pasient til teknologi. For noen kan det forårsake stress og frustrasjoner, og redsel for å miste kliniske ferdigheter, mens andre får økt motivasjon av teknologi. Teknologi kan også endre på teamdynamikker fordi de endrer på ansvarsforhold (Konttila et al., 2019).

Artikkelen til Berntsen et al., (2019) bygger også på en *scoping review* og systematisk litteraturoppsummering, og søkte etter å finne litteratur som omhandlet eksempler og resultater av det de kaller Digi-PIP; tilnærminger til multisyke, skrøpelige eldre (G. Berntsen et al., 2019). **Digi-PIP-care** betegnes som digitalt støttet personorientert, integrert og proaktiv omsorg. **Elektronisk delt pleieplan** med en ansvarlig koordinator var det eneste eksempelet på integrerte strategier. De fant også eksempler på digitalt støttede risikovurderinger, men ingen eksempler på intervensjoner knyttet til forbedring av arbeidsflyt, oppfølging av omsorgsarbeid eller konsekvenser for tjenestemottakerne. Forfatterne konkluderer med at det er lite forskning som leverer bevis på at PIP-care kan bidra til bærekraftig omsorg, selv om det ser ut til å være en allmenn oppfatning. Forfatterne kritiserer RCT-studier for å ikke være i stand til å fange opp kompleksitet, og argumenterer for å la pasientens stemme telle mer i videre forskning (G. Berntsen et al., 2019).

Gjennom systematiske og manuelle søk på prosjekt-nettsider var hensikten med studien til Krick et al., (2020) å kartlegge **digitale teknologier** som allerede er utforsket med hensyn til aksept, effektivitet og effekt ('*effectiveness and efficiency*') (Krick, Huter, Seibert, Domhoff, & Wolf-Ostermann, 2020). Resultatene viste at IKT, roboter og sensorer er mest undersøkt, men også i denne oversikten fant man at det er få studier med høy grad av evidens. De fleste studier de refererer til er gjennomført med eksperimentelle studiedesign, og det er viktig ut fra et teknisk-vitenskapelig perspektiv. Imidlertid viser tester gjennomført på sykepleierpraksis å ha lav evidens. Forfatterne anbefaler forskere å ikke fokusere på systematiske kunnskapsoppsummeringer på digitale teknologier innenfor sykepleie før det er gjennomført flere studier av høy kvalitet. Artikkelen gir ikke svar på hvilke arbeidsoppgaver som inngår i teknologiene eller andre spørsmål knyttet til oppgavefordeling (Krick et al., 2020).

Huter et al., publiserte i 2020 en kunnskapsoppsummering (*scoping review*) som søker å finne ut effekten av teknologi som støtter både formelle og uformelle omsorgsgivere i deres aktiviteter (Huter et al., 2020). Til sammen 31 oppsummeringer ble gjennomgått, og resultatet viser at det er forsket på mange ulike teknologier, og **monitorering** er den mest undersøkte formen for digital støtte. Det vises til at flere av studiene viser positiv effekt, men at de fleste har lav validitet. Noen studier viser ambivalens, men ingen studier rapporterer om negative resultater, og forfatterne mener det representerer virkeligheten på en dårlig måte. De mener også at begrenset evidens på positive resultater av digital teknologi kan forklare nølingen blant sykepleiere i å ta teknologi mer i bruk. Artikkelen går lite inn i hva slags positiv effekt det er snakk om, eller andre spørsmål knyttet til oppgavefordeling (Huter et al., 2020).

Som også vårt litteratursøk indikerer er implementering av digitalisering og ny teknologi i helse- og omsorgstjenester presentert i flere internasjonale vitenskapelige kunnskapsoversikter. Flere oversiktsartikler etterlyser imidlertid studier som omhandler hvordan digitale løsninger påvirker helsepersonells arbeidsprosesser og -mengde. Noe av årsaken til mangelfull forskning på dette området er mangel på implementering av teknologiske løsninger i klinisk praksis i stor skala. Særlig mangelfullt er mål på langtidseffekter av digitale løsninger i helsevesenet. Kunnskapshull og de potensielle gevinstene av

oppgaveglidning og ansvarsfordeling er i liten grad dokumentert gjennom studier av høy kvalitet og med tilstrekkelig lang oppfølgingstid (Iqbal et al., 2021).

7.2 Internasjonale eksempler

Blant litteraturen som ble inkludert i denne kunnskapsoppsummeringen viser også originalstudier, både med kvalitative og kvantitative studiedesign, eksempler på teknologiske løsninger som har potensiale til å støtte sykepleieres arbeidsprosesser i kommunehelsetjenesten.

I en amerikansk, kvalitativ studie undersøkte forfatterne hvordan **elektroniske pasientjournaler (EPJ)** kan støtte teamarbeid i primærhelsetjenesten (O'Malley, Draper, Gourevitch, Cross, & Scholle, 2015). Studien, som ble gjennomført tilbake i 2013, belyste erfaringer blant 63 informanter (bla. leger, spesialsykepleiere, ordinære sykepleiere, helsefagarbeidere, medisinske assistenter, administrativt personell og ledere) som var ansatt ved 27 ulike fastlegepraksiser i 17 stater i USA. Informantene belyste både positive og negative erfaringer med EPJ. Av positiv karakter ble det særlig trukket frem at EPJ forbedret kommunikasjonen innad i teamet ved å tillate direkte og personlig kommunikasjon via forbedret tilgang til pasientinformasjon for alle teammedlemmene. Flere mente også at EPJ bidro til å redefinere teamroller og oppgavedelegering. Egen programvare for oppgavefordeling ble nevnt som eksempel på hvordan EPJ muliggjorde bedre delegering av oppgaver. Tilgang til bestillinger og protokoller som var integrert i EPJ ga bedre struktur og veiledning som bidro til økt autonomi blant teammedlemmene (særlig for medisinske assistenter, helsefagarbeidere og sykepleiere), slik at de kunne utføre nødvendige oppgaver, som vaksinasjoner eller helseundersøkelser, før legens tilsyn. På den andre siden ble det også påpekt negative erfaringer med EPJ. Dette innebar hovedsakelig utfordringer i tilknytning til dårlig funksjonalitet ved EPJ som dermed bidro til utfordringer for teamarbeid i form av mangel på integrert programvare spesifikt for sykepleiere (som på den tiden måtte benytte et separat system parallelt med EPJ), usikkerhet rundt hvem som var ansvarlig for EPJ-data, redusert mulighet til å spore pasientdata i EPJ over tid, samt utfordringer knyttet til hvordan man på best mulig måte kunne standardisere dataregistrering på tvers av team. Basert på informantenes egne forslag, foreslo forfatterne teknisk utvikling av funksjonaliteten i EPJ for å støtte teamarbeid i større grad. Særlig ble det fremhevet å øke muligheten for longitudinell tracking av populasjonsbaserte og individbaserte data over tid (med mål om å øke kvaliteten på helsetilbudet og redusere kostnadsbruk), mer sømløs integrering av programvare som omhandler dokumentasjon av pleieoppgaver, samt mulighet for å lage klinisk meningsfulle behandlingsplaner/oppfølgingsplaner. Forfatterne pekte også på hvordan arbeidsflyten innad i team bør utvikle seg i takt med tilpasninger og nyutviklinger i EPJ. De påpekte at praksisfeltet trenger hjelp og støtte til å tilpasse klinisk arbeidsflyt for å oppnå teambaserte arbeidsoppgaver og skreddersy EPJ til å matche disse arbeidsoppgavene. Dette krever et tett samarbeid mellom klinikere og utviklere av helsetjenesteteknologi (O'Malley et al., 2015).

En oversikt over aktuelle trender innen **robotikk** som kan påvirke arbeidet til sykepleiere i ulike deler av helsetjenesten ble presentert i en polsk publikasjon (Blechar & Zalewska, 2020). Flere ulike roboter som allerede finnes på markedet ble presentert, hvorav de fleste er tilpasset bruk i spesialisthelsetjenesten. Derimot ser det ut til at såkalte **mentale roboter**, som kan benyttes på samme måte som i dyreterapi, kan være aktuelle også i kommunehelsetjenesten. Formålet med slike interaktive roboter, som gjerne er formet som et kjæledyr, er hovedsakelig å oppnå psykologiske effekter, slik som glede og avslapning og de baserer seg på non-verbal kommunikasjon. I Danmark er 1000 slike roboter allerede introdusert i eldreomsorgen, og lignende tiltak innføres nå i Polen. Forfatterne beskrev hvordan dyreroboten kan bli en form for mediator mellom helsepersonell og pasienten, og viste til forskning som indikerer et stort potensial innen psykisk helsevern blant andre. Forfatterne poengterte at empati og omsorg aldri kan erstattes av teknologi, men innovasjon kan

frigjøre sykepleiere fra mange monotone og repetitive oppgaver og spare tid og energi som isteden kan benyttes på pasientkontakt. Mer forskning på robotikk trengs, og fordi helsetjenester ikke er statiske krever det dermed fortløpende forbedringer i takt med den teknologiske utviklingen (Blechar & Zalewska, 2020).

Videre undersøkte Seibert et al., (2020) hvilke behov sykepleiere anser å ha for bruk av **digital sykepleieteknologi (DST)**, hvordan den brukes og hvilke erfaringer sykepleiere har (Seibert et al., 2020). Artikkelen bygger på en spørreundersøkelse rettet mot sykepleiere og sykepleierledere i tillegg til fokusgruppeintervjuer. Det finnes ikke noen internasjonal forent definisjon av hva som faller inn under denne betegnelsen, men denne undersøkelsen viser at blant de som svarte var de mest vanlige teknologiene elektroniske rapportsystemer (78,8 prosent), elektronisk pleieplan (71,5 prosent), elektronisk utstyr til støtte i pasientpleien (for eksempel fra seng til stol) (47,8 prosent), apper (40,0 prosent), IT-påminnelser (35,0 prosent) og utstyr for å avhjelpe tunge løft (34,9 prosent) (flere avkryssninger var mulig). Undersøkelsen viste at det er lite dokumentasjon på effekten av DST, og at sykepleiere er lite involvert i utviklingen av teknologien. Sykepleierne (og sykepleierlederne) mente at teknologi ville øke kvaliteten og effektiviteten, og de så få negative effekter, likevel pekte 58 prosent av de som svarte at manglende implementering skyldes at teknologien er for lite brukervennlig. Sykepleierne meldte at de i liten grad involveres i utviklingen og tilpasningen av teknologien, og at de selv må se en fordel av å ta den i bruk på en måte som understøtter arbeidsprosessen – ikke skaper merarbeid. Betydningen av lederskap trekkes også fram. Ledere må støtte og styre i større grad (Seibert et al., 2020).

7.3 Skandinaviske eksempler

I flere skandinaviske studier som ble inkludert i denne oppsummeringen, de fleste gjennomført i Sverige og Norge, er det undersøkt hvordan ulike teknologiske løsninger er forsøkt implementert i sykepleieres arbeidsprosess. En overvekt av kvalitative studier har undersøkt sykepleieres holdninger og erfaringer samt hvilke faktorer som påvirker implementering og holdninger. Disse studiene kan gi oss et inntrykk av hva som hemmer og fremmer innføring av slike løsninger, slik at det på sikt kan understøtte endringer i ansvars- og oppgavedeling.

I en kvalitativ, eksplorativ studie som ble utført i fem norske kommuner, ble det undersøkt hvordan helsepersonell bidro til pasientsikkerhet hjemme hos brukere via bruk av **trygghetsalarm** (R. Stokke, L. Melby, J. Isaksen, A. Obstfelder, & H. Andreassen, 2021). Blant 35 helsearbeidere, én tekniker og to ledere, ble det beskrevet hvilke arbeidsoppgaver som teknologien inngår i. For helsepersonell var dette hovedsakelig å forsikre seg om at alarmene fungerer (dvs. installere og vedlikeholde). I tillegg definerte studien tre arbeidsprosesser som er essensielle dersom trygghetsalarmen skal fungere hensiktsmessig for brukerne: 1) organisere mennesker og teknologi, 2) være årvåken og beholde roen, samt 3) koordinere aktiviteter som er avhengig av mennesker og teknologi. Arbeidet med å vedlikeholde alarmene (som tilsynelatende er enkelt og trivielt arbeid), ble oppfattet som stressende for ansatte fordi konsekvensene av å ikke få umiddelbar kontakt med en ikke-fungerende alarm kan være alvorlige. Dette ble betegnet som usynlig arbeid overfor ledere, helseteknologiforhandlere og beslutningstakere. Det tvinger også fram nye roller og ny praksis for helsepersonell; noen må ta ansvar når alarmen går, og noen må skille mellom falske og reelle alarmer. Forfatterne påpekte at innføring av teknologiske løsninger ikke må anses som en 'lett løsning', men gjennomgå en kritisk evaluering. De understreket videre at vi fremover bør diskutere behovet for nye rutiner/prosedyrer og utdanning innen telehelse for helsepersonell, samt hvordan og på hvilket nivå avgjørelser vedrørende implementering og organisering av telehelse bør gjennomføres (R. Stokke et al., 2021).

I en svensk tverrsnittstudie ble det undersøkt om persepsjon, eksperimentering og evaluering og anskaffelse av **velferdsteknologi** blant fagpersoner som jobber i kommunal eldreomsorg, hadde sammenheng med kjønn, alder og yrke (Baudin, Gustafsson, & Frennert, 2020). Til sammen 393 respondenter svarte på en internettbasert spørreundersøkelse, hvorav (minst) 129 var registrert som sykepleiere, i tillegg til ergoterapeuter, fysioterapeuter, rehabiliteringsledere og annet teknisk personell. Resultatene viste at menn uttrykte en mer positiv holdning og større nysgjerrighet til ny teknologi sammenlignet med kvinner. Selv om flertallet av respondentene var kvinner, var det likevel flere menn i utvalget som var involvert i anskaffelsesprosessen av velferdsteknologiske løsninger. Videre opplevde de yngste respondentene (18-24 år) at den digitale transformasjonen på arbeidsplassen foregikk 'for sakte' og ytret et ønske om å få fart på den digitale endringen, samtidig som de fleste blant de eldste respondentene (65-74 år) opplevde at det foregikk i 'riktig tempo'. Et interessant funn viste også at til tross for at informantene følte seg oppmuntret av ledelsen til å utforske og eksperimentere med ny velferdsteknologi, gjorde de det aldri, hverken for ledelsen eller med pasienter. Forfatterne konkluderte med at helsepersonell innen kommunal eldreomsorg på generell basis viste svært positive holdninger til ny teknologi. Imidlertid kan både kjønns- og aldersforskjeller påvirke disse holdningene, og ulik grad av deltakelse i beslutningsprosessene angående utrulling av ny teknologi kan påvirke den totale digitale transformasjonen i kommunal eldreomsorg negativt (Baudin et al., 2020).

I en annen norsk studie med kvalitativt design, ble 26 helsepersonell i hjemmetjenesten intervjuet i forbindelse med implementering av **digitale medisindispensere** (H. H. Kleiven, Ljunggren, & Solbjør, 2020). Resultatene viste at helsepersonells største bekymring med innføring av dette omhandlet sikkerhet, og de krevde trygg medisineringspraksis og gode omsorgsordninger for tjenestebrukene fremfor mål om effektivitet og innovasjon. Videre formidlet fagfolk som var vant til å jobbe selvstendig at de nå følte seg avhengig av brukerstøtte. Å være ukjent med den nye medisinerordningen førte til motstand mot den digitale dispenseren, men det viste seg at mer direkte erfaringer endret fokus til nye måter å organisere arbeidet på. Forhandling av praktiske og organisatoriske ordninger førte til at helsepersonell stolte på at den digitale dispenseren bidro til trygg og god omsorg for tjenestebrukene. Videre reflekterte forfatterne rundt hvordan implementering av digital teknologi i hjemmetjenestene må være basert på tidligere praksis på feltet, spesielt når det gjelder sikkerhet for pasienter. Gjennom prosesser forhandler helsepersonell om teknologiske løsninger for å få dem til å passe til klinisk praksis. De konkluderer med at politikere og ledere må ta opp spørsmål om omsorgsordninger og individualiserte tilpasninger til pasientenes behov for å få støtte fra helsepersonell ved implementering av digital teknologi i hjemmetjenestene (H. H. Kleiven et al., 2020).

En norsk, kvantitativ studie undersøkte holdninger til **informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT)** blant sykepleiere og andre ansatte i hjemmetjenesten (Øyen, Sunde, Solheim, Moricz, & Ytrehus, 2018). Data baserte seg på en spørreundersøkelse blant 155 sykepleiere og andre ansatte i hjemmetjenesten i Sogn og Fjordane fylke. Resultatene viste at informantene uttrykte positive holdninger til bruk av IKT i hjemmetjenesten, til tross for at de oppga minimal bruk av slik teknologi i arbeidshverdagen sin per i dag. Siden IKT både betegnes som velferdsteknologi og er en markedsvarer, hadde svært mange personlige erfaringer med IKT. Forfatterne poengterte at det kan forklare en positiv holdning til å innføre dette i arbeidssammenheng, og konkluderte med at helsepersonells private erfaringer med IKT kan påvirke implementering av slik teknologi i hjemmetjenesten (Øyen et al., 2018).

Nilsen et al., publiserte en longitudinell casestudie (fem kommuner) med elementer av aksjonsforskning (Nilsen, Dugstad, Eide, Gullstett, & Eide, 2016). Det er gjennomført individuelle intervjuer, fokusintervjuer og deltakende observasjon. Temaet er ulike former for motstand mot teknologi i kommunale helse- og omsorgstjenester, og teknologien som undersøkes er digital sensorteknologi brukt til å varsle om hendelser

om natten. Motstanden som identifiseres deles inn i følgende grupperinger: 1) organisatorisk-, kulturell-, teknologisk- og etisk motstand. Studien viser hvordan det forskerne kaller motstand mot implementering av teknologi kan komme fra flere hold, og bidra til å vanskeliggjøre realiseringen. Utfordringene som identifiseres er knyttet til det vi kan kalle manglende faglig-profesjonell infrastruktur (som i artikkelen kalles motstand). Det handler om manglende kommunikasjonsarenaer på tvers av kommuneorganisasjonen som førte til at ikke alle som burde vært informert og involvert, ble det. For eksempel fikk ikke dagvaktene opplæring i å tilrettelegge sensorene før nattvaktene kom, IT-personalet ble ikke informert om prosjektet, ledere viste ikke interesse, i tillegg til at implementeringen ble vanskeliggjort på grunn av manglende eller dårlig nettverksforbindelse. De fagansatte var konstant bekymret for om sensorene virket som de skulle. Studien viser imidlertid en gradvis mer positiv holdning til teknologien (Nilsen et al., 2016).

I en svensk, kvalitativ studie ble det undersøkt hvilke erfaringer og holdninger svenske sykepleiere i primærhelsetjenesten har til **digitale helsetjenesteverktøy** (*digital eHealth services*) med formål om å støtte pasienter til egenomsorg (Öberg et al., 2018). Digitale helsetjenesteverktøy ble i denne studien bredt definert, og inkluderte internettløsninger for helseinformasjon (som elektroniske pasientjournaler, ulike systemer integrert i dette (f.eks. helseinformatikk, e-resepter, laboratoriesvar, administrative styringssystemer)), men også telemedisinske løsninger og mobile helseapper. Basert på fem fokusgruppeintervju med totalt 20 informanter fra fem ulike helsesentre i primærhelsetjenesten i nordlige Sverige, viste resultatene at sykepleierne hadde ulike erfaringer med digitale verktøy. De hadde en felles forståelse for at digital utvikling var uunngåelig, og de kunne – i hvert fall i noen situasjoner – se fordelene med den nye teknologien. Resultatene viser imidlertid også en rekke bekymringer knyttet til implementering og bruk av digital teknologi. Overgangen fra tradisjonelle ansikt-til-ansikt-besøk til digitale helsetjenesteverktøy ble sett på som tap av synlighet og kontroll i den daglige arbeidshverdagen. Sykepleierne foretrakk å møte pasientene sine ansikt til ansikt og var skeptiske til ny ansvars- og oppgavefordeling som de mente utgjorde en risiko for at de mistet ekspertrollen som er involvert i å gi praktiske råd til pasienter. Sykepleierne følte dermed et behov for å beskytte både seg selv og sine pasienter mot 'det digitale kaoset' som de hevdet ble skapt. De erkjente også at veksten av digitale helsetjenesteverktøy krever at sykepleiere ikke bare har klinisk kunnskap, men også teknisk kunnskap. Forfatterne konkluderte med at dersom sykepleiere skal tilpasse seg ny politikk og praksis knyttet til dagens digitaliserte utvikling i primærhelsetjenesten, må deres begrep om arbeidsrollen utvides når det gjelder omfanget av oppgavene og må gå utover det etablerte synet på tradisjonell sykepleier. Det ser ut til å være behov for utdanning og opplæring i digitale helsetjenesteverktøy for å gjøre det mulig for sykepleiere å bli involvert i digital implementering. De poengterte at det er sentralt å gi sykepleiere tilstrekkelige ressurser til å støtte pasientens egenomsorg samtidig som verdiene knyttet til personsentrert omsorg opprettholdes (Öberg et al., 2018).

I tråd med resultatene fra Öberg et al., (2018), eksemplifiserte Frennert (2019) hvordan **digitalisering** og implementering av **velferdsteknologi** i kommunal helse- og omsorgstjeneste kan ha mangefasettert og tvetydig betydning for helsetjenesten. Forfatteren hevder at grunnleggende verdier kan gå tapt under digitalisering dersom det ikke gjennomføres på en formålstjenlig måte (Frennert, 2019). Hun pekte på viktige omstillinger man bør være bevisst på i en digitaliseringsprosess. For det første er det viktig at helsepersonell får tilstrekkelig kunnskap og erfaring med hvordan man bruker en digital løsning eller et digitalt system for å endre praksis, også omtalt som *re-opplæring*. Videre må det en *reorganisering* til, i form av flere teamkonstellasjoner sammensatt av ulike profesjoner som ikke bare har fokus på sine spesialoppgaver, men som har en mer holistisk tankegang. Disse kan lettere oppnå målet om å levere de ønskede tjenestene. Hun argumenterte også for viktigheten av *formålstjenlige teknologiske løsninger*, som med andre ord er tydelige teknologiske løsninger som faktisk er hensiktsmessige, slik at ny teknologi kan implementeres lettere.

Frennert pekte videre på hvordan mangel på digital kompetanse og *digitale ferdigheter*, samt mangel på infrastruktur for bruk av mer teknologi, kan skape frustrasjon. Hun fremhevet risikoen ved mangel på digitale ferdigheter og bevissthet om ens egen kompetanse eller mangel på kompetanse blant ledelsen, og hvordan det kan føre til at implementering av velferdsteknologi blir prosjekt- eller produktorientert fremfor strategiske valg som kan støtte opp under organisasjonens kjerneverdier og mål samt dynamikken i dagens infrastruktur. Forfatteren mener dette kan være avgjørende for om man enten utvikler dyktig eller inkompetent helsepersonell, gode eller dårlige arbeidsmiljø, effektiv eller ineffektiv organisering av omsorgstjenesten. Hun løfter fram hvordan man ved å ta utgangspunkt i gjeldende arbeidsflyt og prosesser, i tillegg til å identifisere risiko og ineffektive løsninger, kan bidra til å identifisere hvilke forbedringer som trengs for å øke forståelse for dagens praksis og eksisterende problemer (Frennert, 2019).

Frennert argumenterer også *for* digitalisering, og fremhevet særlig en forventning om at det kan *booste* kvaliteten og kostnadseffektiviteten av helse- og omsorgstjenester. Videre har digitalisering potensialet til å øke brukermedvirkning for mottakerne av helsetjenester, samt øke attraktiviteten for å jobbe i helse- og omsorgstjenesten blant menn (Frennert, 2019).

Koronapandemien har redusert barrierene for å ta i bruk digitale løsninger i helsesektoren over store deler av verden. Men, for at velvilligheten for digitalisering skal vedvare er det avgjørende at løsningene oppleves som enkle å bruke, er kompatible med etablert arbeidsflyt og at de oppleves nyttige (Thomas et al., 2020). Dette er i tråd med Frennerts argumenter vedrørende viktige omstillinger som man bør være bevisst på i en digitaliseringsprosess.

7.4 Andre betraktninger

Som nevnt innledningsvis i dette kapitlet ga det systematiske litteratursøket vårt i liten grad tilgang på artikler som svarer på de konkrete problemstillingene vi ønsket å finne ut av i dette prosjektet. Også flere av artiklene som fremkom gjennom håndsøk har begrenset interesse, selv om noen av dem berører vår tematikk i noen grad. I søkekriteriene la vi til grunn at kapitler i antologier og bøker ikke skulle inkluderes. Siden de systematiske internasjonale søkene ikke ga så mye, tar vi likevel med noen momenter fra antologier og artikler fra norske forhold. Her oppsummert i følgende momenter:

- Mange opplever teknologi som trygghets- og frihetsskapende, men mange ansatte opplever utfordringer knyttet til organisering, kompetanse og ressurser. Det gjelder for eksempel bruk av trygghetsalarm, GPS og pilledispenser, som er de vanligste velferdsteknologiene i norske kommuner (Haukelien, 2020; Isaksen, Paulsen, Skarli, Stokke, & Melby, 2017; Hanne Hestvik Kleiven, 2017; Aardalen, Moen, & Gjevjon, 2016).
- Positive erfaringer med videobesøk og videosamtaler (Kajander & Storm, 2017).
- Positive erfaringer med videoassistert oppfølging fra spesialisthelsetjenesten for eksempel i forbindelse med avansert sårstell, men det stilles spørsmålsteget ved om kommunale ressurser gjør det mulig å følge opp anvisninger fra spesialisthelsetjenesten (Aune & Aanestad, 2019; Haukelien, 2020).

- Gjennomføring av velferdsteknologiske prosjekt krever stor arbeidsinnsats som i liten grad tas høyde for i planlegging og finansiering av prosjektene. Det fører til ekstrabelastning for ansatte som det ikke kompenseres for (Paulsen, Vekve, Isaksen, & Skarli, 2017; Thygesen, 2019a; Wackers, 2019).
- Den stabile og spesialiserte faglige infrastrukturen som vanligvis forbindes med innføring av høyteknologiske nyvinninger eksisterer ikke i de kommunale helse- og omsorgstjenestene som preges av deltid, utstrakt bruk av vikarer og stor andel (rundt 30 prosent) av ufaglærte. Samtidig er den sosiale, organisatoriske og faglige kompleksiteten betydelig og økende, blant annet som følge av samhandlingsreformens målsetting om at kommunene skal ivareta flere oppgaver som tidligere lå til spesialisthelsetjenesten (Haukelien, 2020).
- Det finnes lite dokumentasjon på spørsmålet om effektivisering og innsparing ved bruk av velferdsteknologi (Andreassen, Obstfelder, & Lotherington, 2019; Mogensen, 2019).
- Implementering av velferdsteknologi krever organisatoriske endringer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene hvor det legges inn ressurser til opplæring, prøving og feiling (Thygesen, 2019a, 2019b) (Vike, Haukelien, Bakken, & Løyland, 2004).
- I den tidligere omtalte kartleggingen av sykepleieres rolle i psykisk helsevern og TSB ble også kompetansebehov kartlagt (Melby et al., 2017). Av de hyppigst oppgitte temaene var bruk av ny teknologi for oppfølging og behandling. Bruk av teknologi, både for kommunikasjon mellom pasienter og helsepersonell og i behandlingsøyemed, er et helt sentralt område i tjenesteutøvelsen generelt i helsesektoren, og psykisk helsevern er ikke noe unntak.

7.5 Oppsummering av teknologi som virkemiddel for endring i ansvars- og oppgavedeling

Implementering av digitalisering og ny teknologi i helse- og omsorgstjenestene, som for eksempel elektroniske pasientjournaler, ulike former for kommunikasjonsteknologier, avstandsoppfølging, monitorering, sensorer, digitale medisindispensere, og annen velferdsteknologi, er presentert i flere internasjonale vitenskapelige kunnskapsoversikter og i enkeltstudier både fra Norge, Sverige og andre vestlige land. Studiene viser hvordan ulike faktorer må være på plass for at teknologien skal tas i bruk som en del av rutinemessig praksis i tjenestene. Dette innebærer blant annet å etablere en infrastruktur som gjør teknologien brukbar, tilpasse teknologien til arbeidsflyt- og prosesser i tjenestene, sikre klinisk relevans og sørge for at kvaliteten på behandlingen opprettholdes, og ta hensyn til endringer i pasientbehandlings-mønstre, samt utvikle profesjonelle roller i takt med innføring av teknologi. Hvorvidt digitalisering og teknologi kompliserer eller forenkler klinisk praksis, avhenger dermed av mange faktorer, og mange løfter fram viktige aspekter som brukervennlighet og ansattes kompetanse, utstyrstilgjengelighet og teknisk funksjonalitet samt holdninger og erfaringer blant klinikerne. Få publikasjoner ser ut til å reflektere rundt den omfattende kompleksiteten som kreves for å bygge bro mellom sykepleiernes arbeidsprosesser og teknologiske løsninger i sykepleierpraksis. Derimot påpekes det i flere studier at det i fremtiden kreves et tettere samarbeid mellom klinikere og utviklere av helsetjenesteteknologi slik at teknologien oppleves som støttende for arbeidsoppgavene.

Litteraturen som er presentert her gir dessverre ikke gode nok svar på hvilke arbeidsoppgaver som inngår i teknologien eller andre spørsmål knyttet til arbeids- og oppgavedeling. Noe av litteraturen peker på hvordan omfanget av sykepleieroppgaver kanskje må gå utover det etablerte synet på tradisjonell sykepleie, og det ser ut til å være behov for utdanning og opplæring i digitale helsetjenesteverktøy for å gjøre det mulig for sykepleiere å bli involvert i innføringen av digitale løsninger.

8 Resultater fra intervjustudien

Videre i rapporten tar vi for oss resultater fra intervjuene. Vi belyser fire problemstillinger fordelt på fem kapitler:

- Hvordan opplever sykepleierne ansvars- og oppgavedelingen i hverdagen, og oppleves den som hensiktsmessig? (Kap. 9 og 10)
- Hva er sykepleierne erfaringer med å jobbe tverrfaglig og i team? Hva hemmer og fremmer tverrfaglig samarbeid? (Kap. 11)
- Hvordan opplever sykepleierne sine utviklingsmuligheter i eget yrke og roller? (Kap. 12)
- På hvilke måter påvirker digitale løsninger og teknologi ansvars- og oppgavedelingen i den kommunale helse- og omsorgssektoren? (kap. 13)

30 sykepleiere er altså intervjuet, og vi har forsøkt å inkludere erfaringer og refleksjoner fra alle i den videre teksten. Sykepleierne representerer bredden av tjenester som skulle inkluderes i studien, men gitt rammen for oppdraget er det imidlertid et begrenset antall informanter vi har snakket med fra hver av tjenestene. Vi mener likevel at sykepleierne setter ord på mange allmenngyldige erfaringer, som stemmer godt overens med funn fra litteraturen. Gjennom teksten etterstreber vi å relatere funn fra intervjuene med funn fra tidligere forskning.

8.1 Sykepleieres ansvar og oppgaver

Et tema som kom opp i intervjuene, men som i utgangspunktet ikke var definert som en problemstilling, er hva som skal forstås som en sykepleiers oppgaver. Vi skal ikke diskutere dette i detalj, fordi det er en pågående diskusjon, der det finnes mange ulike meninger og ikke noe entydig svar. Men for informantene har det vært nødvendig å sette ord på hva de mener er sine oppgaver før de begynner å snakke om i hvilken grad de er tilfredse med dagens ansvars- og oppgavedeling. Før vi går videre med resultatene skal vi derfor kort komme innom temaet.

Alle informantene er inne på at en sykepleiers oppgave kan forstås vidt eller mer avgrenset, og det er noe forskjellige meninger om hva som er riktig. De som forfekter en vid definisjon vil si at sykepleiere har som ansvar og oppgave å ivareta helheten av pasientens situasjon, noe som innebærer at det er et stort spenn av arbeidsoppgaver som er relevant for en sykepleier. En smalere definisjon, som gjerne springer ut fra å arbeide et sted der det er hardt press på sykepleierressursene, argumenterer for at sykepleiere må gjøre oppgaver som kun sykepleiere har kompetanse til å gjøre. Sykepleiermangelen gjør at flere tar til orde for at det må gå an å ha en bedre arbeidsdeling der sykepleierne konsentrerer seg om de oppgavene som de er de eneste som kan gjøre, og at andre yrkesgrupper får ansvar for å gjøre de andre oppgavene. Ett eksempel er fra en informant ved et sykehjem. Hun mener at det er stor enighet om at det helhetlige perspektivet på sykepleie er viktig, og at det for sykepleiere har stor verdi å se pasienten/brukeren i alle mulige situasjoner, inkludert under et stell. Men når altså sykepleiermangelen slår inn for fullt om noen år, må man tenke annerledes:

"Jeg husker jeg gikk på skole i 2005, sant, da var det å se helheten... det var veldig flott og pasienten i sentrum og på topp av kjeden. Men for å være litt realistisk - «helheten» er jo et veldig stort ord" (...) Hvis du tenker 2030-2040 nå. Da mener jeg at vi blir tvunget til å spørre oss – hva er det sykepleierne må ta? Man kan jo begynne på toppen sånn formelt, hva er det de må, sant? (Informant 15)

Det vil være forskjellige muligheter for å la sykepleiere konsentrere seg om et mer avgrenset sett oppgaver som krever deres kompetanse, eller å la sykepleierne jobber mer helhetlig. Mulighetsrommet vil videre påvirkes av en rekke faktorer: bemanningsfaktor, kompetanse hos kolleger, antall sykepleiere på arbeidsplassen og organisering av oppgaver, for å nevne noe – som også tatt opp i litteraturgjennomgangen. Dette går vi mer detaljert inn på videre i teksten.

9 Ansvars- og oppgavedeling i sykehjem og hjemmetjenester

9.1 Hjemmetjenesten: Generelt sett lite oppgavedeling

I hjemmetjenesten er hovedinntrykket, ut fra det informantene forteller – at det er lite formell fordeling av oppgaver mellom yrkesgrupper. For eksempel beskriver en informant at hos dem går sykepleierne på vanlige lister – og "gjør alt." En annen beskriver at de er så få at alle er "litt poteter", og de har ikke noen egen sykepleierliste. De forteller også at flere informanter har erfaring med at de må gjøre et stort spenn av oppgaver, hvor mange av dem ikke trenger å gjøres av en sykepleier. En enhetsleder i en stor by forklarer at før de gjorde en omorganisering av arbeidet, gjorde sykepleierne veldig mange oppgaver som ikke var "sykepleierfaglige". Samtidig opplevde hun aldri at noen klaget på det. Ifølge henne var det slik praksis var, og det ble ikke problematisert på noen måte. Det var godtatt av alle. Samtidig gikk det nødvendigvis ut over tiden til oppgaver som krever sykepleierkompetanse. En informant i en annen kommune har tilsvarende erfaringer, og forteller slik om hvordan hun erfarte arbeidet i hjemmetjenesten:

Du kan jo sette det litt sånn på spissen, men du hadde jo sånne stelle-runder, der det var mye at du skulle lage kaffe til dem, og du skulle lage frokost til dem, og gi dem lette medisiner og sånt. Og det er jo selvfølgelig en viktig jobb fordi du får jo observert dem på en annen måte enn å bare skulle inn og stelle sårene deres, men... Hvis du hadde mange av disse pasientene en hel uke så tenker jeg at du trenger ikke være sykepleier for å gå til dem hele uka. (Informant 8).

Det er viktig å påpeke at hun også beskriver at hun til tider gjorde veldig mye relevant sykepleierarbeid. Men fordi hun jobbet i en liten kommune med få ansatte, opplevdes oppgavedeling vanskelig. Det innebar at hun måtte gjøre mange forskjellige oppgaver. En annen informant (Informant 2) peker på noe av den samme utfordringen med å jobbe i en liten kommune og i en liten tjeneste. Hun er ansatt i en kommune med få innbyggere, men med store geografiske avstander. Det betyr lange kjøreturer for hjemmesykepleien. Det gjør det utfordrende å bruke sykepleierkompetansen utelukkende hos brukere som trenger en sykepleier hjem, mener hun. Et eksempel hun gir, er når en er ute på en lang kjøretur, hvor to av fire brukere trenger en sykepleier. Da må også sykepleieren dra innom de to andre som strengt tatt ikke trenger en sykepleier. Ellers skaper man ekstra mye kjøring for andre ansatte.

9.1.1 Sykepleierlister og andre former for oppgavedeling

Vi finner også eksempler i materialet på kommuner som har egne sykepleierlister og kommuner som har differensiert oppgavene, for eksempel gjennom å bruke assistenter til oppgaver som ikke krever helsefaglig kompetanse. En av informantene (Informant 5) forteller at på hennes arbeidsplass har de egne sykepleierlister. Lista består kun av brukere som må ha oppfølging av en sykepleier, og det er bare unntaksvis at det kommer pasienter som ikke trenger sykepleiere på denne lista, forklarer hun. Kommunen har få sykepleiere, og de aller fleste dagene blir sykepleierkompetansen brukt til sykepleieroppgaver, blant annet å ordne med medisiner og være på medisinrommet, besvare e-meldinger og gjøre sykepleierfaglige vurderinger av pasientene. Informanten ser imidlertid også nytten av å gå på vanlige lister. Hun mener at man ikke kan forvente at ufaglærte skal kunne fange opp alle endringer hos brukerne. Det er et argument for at sykepleierne også bør gå på "vanlige lister". Samtidig, i en situasjon med sykepleiermangel, er det nødvendig å gjøre grundige vurderinger av hvordan sykepleierressursene kan brukes best mulig. Vi kommer tilbake til dette.

En annen måte å fordele ansvar og oppgaver på er å sette bort oppgaver som ikke trenger å utføres av personer med helsefaglig utdanning. Det omfatter typisk praktiske oppgaver, inkludert renhold. En enhetsleder beskriver at de har ansatt en assistent for å avlaste i hjemmetjenesten:

Det jeg har gjort sånn organisatorisk, er at jeg har ansatt en egen assistent som tar for seg renholdsoppgaver og praktiske oppgaver ute hos brukeren, så jeg bruker ikke sykepleiere og fagarbeidere til det. Sykepleiere og fagarbeidere får gjøre det de er gode på - og min assistent, hun er rågod på renhold. Men er hun først inne hos en bruker så tar hun jo også... Altså skulle brukeren også ha morgenstell samme dagen så gjør hun jo også det." (Informant 2)

En hensiktsmessig fordeling av oppgaver kan være positivt med tanke på å utnytte sykepleierressursene best mulig, men det kan også innebære utfordringer. En av informantene som har erfaring med rene sykepleierliste mener det representerer en fare hvis en skal bruke sykepleierne til utelukkende å gjøre sykepleieroppgaver. Med det mener hun at sykepleierne bør være inne hos pasientene for å fange opp ting, for å forebygge, for å se hele situasjonen med pårørende, uten at de nødvendigvis skal inn for å stelle et komplisert sår, eller sette en sonde eller gjøre andre avanserte prosedyrer. Hun argumenterer altså for viktigheten – *i et forebyggende perspektiv* – at sykepleiere også går til brukere som ikke står på sykepleierlista fordi sykepleiere er bedre trent til å oppdage gryende helseutfordringer enn helsefagarbeidere og ufaglærte er (Informant 5). Flere informanter er inne på noe av det samme. Ved at man kommer for sent inn med tiltak, blir det brannslukking heller enn forebygging. Det blir dyrt for samfunnet.

9.1.2 Oppgavedeling i hjemmetjenesten i Bergen kommune: Prosjekt HELTOM

Det finnes flere eksempler på nasjonalt nivå der man har forsøkt å organisere hjemmetjenestene på nye måter. Vi har intervjuet sykepleiere i Bergen kommune som har erfaring fra prosjektet HELTOM.⁸ Prosjektet er som tidligere nevnt evaluert, og det finnes to rapporter som beskriver erfaringer og resultater (jf. 4.1.2). Prosjektet har altså hatt som hensikt å rigge tjenesten for den kommende sykepleiermangelen, og det pågikk i 2020-2021. Organiseringsmodellen kommer opprinnelig fra Danmark og innebærer at man organiserer tjenesten i såkalte helsteam, kun bestående av sykepleiere — og omsorgsteam, bestående av helsefagarbeidere og assistenter. Det er altså en form for teambasert organisering for ansatte som gir hjelp til hjemmeboende (Breistein & Følstad, 2021).

Oppsummert forteller informantene om både positive erfaringer og utfordringer med modellen. Det samsvarer med funn fra evalueringene (Breistein & Følstad, 2021; Øygarden et al., 2020). Gjennomført på riktig måte, med riktig kompetanse på alle nivåer, er imidlertid informantene svært fornøyde med organiseringen. Her tar vi spesifikt for oss erfaringer med ansvars- og oppgavedeling. Noe av det første de gjorde i pilotbydelene, forteller informantene, var å samle alle sykepleierne i en gruppe og helsefagarbeidere og ufaglærte i andre grupper. Deretter satte de kriterier for hvem som skulle ha hvilke oppdrag:

...slik at helsefagarbeiderne kan avlaste sykepleierne, slik at sykepleierne får lov til å gjøre mer administrative ting som går ut mot pasienter og slike ting. (...) Sykepleierne blir nå ikke brukt til [hjelp med] vanlig personlig hygiene og hjelp til ernæring, med mindre det er en grunn til at det skal gå sykepleier der. Palliasjon for eksempel, da går gjerne sykepleierne inn (Informanter 1)

⁸ Informantene presenteres ikke nærmere av hensyn til ivaretagelse av anonymitet, men kommunen og prosjektet nevnes ved navn fordi prosjektet kan gi oss viktig læring. Informantene har gitt sitt samtykke til dette.

Ved å gjøre en slik inndeling basert på fagbakgrunn, er altså hensikten å utnytte sykepleierkompetansen på en bedre måte. Samtidig som helsefagarbeiderne også får et større ansvar og en mer selvstendig rolle. I tillegg til inndelingen i helseteam og omsorgsteam, er det lagt opp til et utstrakt tverrfaglig samarbeid, der ergoterapeuter og fysioterapeuter inngår. To ganger i uka har ergo- og fysioterapeuter, sykepleiere og helsefagarbeidere og primærkontakter møte der de diskuterer nye pasienter som kommer fra sykehus eller fra korttidsopphold på sykehjem. Informantene mener at modellen fører til et økt, forenklet og godt samarbeid med fysio- og ergoterapitjenesten. Videre slipper de å sende henvisning digitalt, fordi de er lokalisert på samme sted. Generelt ble samlokalisering sett på som positivt for å fremme samarbeid og kommunikasjon.

Modellen innebærer altså et tydeligere ansvar og klarere definerte oppgaver for sykepleierne. Men kanskje er det særlig helsefagarbeiderne som merker størst forskjell. Informantene forteller at flere av helsefagarbeiderne syntes det var "litt av en overgang" med den nye organiseringsformen, og lederne brukte mye tid på å trygge dem i begynnelsen for at de skulle føle seg komfortable med det økte ansvaret de fikk. En informant beskrev det som at de ikke lenger kan "skjule seg" bak en sykepleier, implisitt at de må ta over en del av det ansvaret som sykepleierne tidligere hadde. En tredje informant (Informant 15), som kjenner godt til modellen, mener at den stiller store krav til helsefagarbeiderne. Tidligere har de ikke vært vant til å gjøre så omfattende observasjoner av brukerne, men i denne modellen må de det. Oppsummert mener informantene at helsefagarbeiderne har fått økt sin kompetanse betraktelig, og i tillegg har de blitt mye tryggere i rollen sin ettersom de har fått erfaring med organiseringen. Fra et ståsted der sykepleiermangel er utfordringen, betyr det at helsefagarbeiderne tar over ansvar og oppgaver sykepleierne tidligere hadde, og at sykepleierne kan konsentrere seg om oppgaver som må utføres av dem.

De to informantene mener at sykepleierne får brukt kompetansen sin på en riktigere måte. En av dem refererer til hva flere sykepleierkolleger sier, nemlig at sammenliknet med å være på en avdeling på et sykehus hvor arbeidet er veldig spesialisert, får sykepleierne brukt all kunnskapen sin i hjemmetjenesten. De får brukt faget sitt, og de får jobbet tverrfaglig med mange ulike problemstillinger, mener hun. I tillegg har informantene selv opplevd endringer i rollen som leder. En av dem mener hun har fått utvidet sitt eget lederskap og tatt større faglig ansvar som følge av den nye organiseringen der hun leder helsefagarbeidere. Som eneste sykepleier sier hun *"...jeg merker at jeg får brukt meg sjøl på en helt annen måte som sykepleier enn hva jeg gjorde under den gamle organiseringen. Da hadde jeg også sykepleiere å skjule meg litt bakom. Nå må jeg være sykepleier"* (Informant 1).

9.1.3 Utydelig ansvars- og oppgavedeling og uformell oppgaveglidning

I materialet finner vi flere eksempler på at oppgavedelingen mellom sykepleiere og helsefagarbeidere og assistenter ikke er tydelig avklart, og at ansvar og oppgaver forhandles og fordeles fortløpende. Det kan bety en lite hensiktsmessig fordeling av oppgaver. En informant (Informant 4) i en liten kommune forklarer at de har en dagsrytmeplan som skiller litt på oppgavene. Hun erfarer likevel at denne ikke alltid følges i praksis og beskriver en rotete situasjon der helsefagarbeidere gjør sykepleieroppgaver, for eksempel dobbeltkontroll av legemidler. Hennes inntrykk er at helsefagarbeiderne er interessert i å gjøre mer avanserte oppgaver som egentlig hører til sykepleierens kompetanseområde. Oppgavene fordeles og gjøres på en litt vilkårlig måte, opplever hun. En annen informant var tidligere leder for hjemmetjenesten i sin kommune og hadde tilsvarende erfaring med en uklar oppgavedeling. Hun beskrev det slik:

I hjemmetjenesten hadde vi både assistenter - altså ufaglærte - hjelpepleiere og sykepleiere. Og veldig stor andel ufaglærte eller helsefagarbeidere. Og det blir liksom til at det er så veldig mye mer interessant for den gruppen der å gjøre ting som faktisk er sykepleieroppgaver. Også blir det litt sånn at sykepleieren og hjelpepleieren nesten blir litt likestilt, og at de skal gjøre likt. Og så når det arbeidet er gjort - da kan sykepleieren gjøre det som bare sykepleieren kan gjøre. Sånn at tiden til å tenke sykepleier - opplevde jeg veldig ofte - ble veldig forringet (Informant 26)

Vi skal se senere, i delen om sykehjem, at også informanter derfra opplever at sykepleiere og helsefagarbeidere i stor grad gjør de samme oppgavene. Når disse oppgavene er gjort, kommer de sykepleierfaglige oppgavene på toppen, og da er det ofte lite tid igjen til dem. Et siste eksempel fra hjemmetjenesten understreker hvordan ansvar og oppgaver går på tvers av fagbakgrunn. Her forteller en sykepleier om at det er få vurderinger rundt kompetansebehov for spesifikke oppgaver, og lite differensiering med tanke på hva slags oppgaver som skal utføres:

Noe ganger er det nødvendig at en sykepleier vurderer: hvilke pasienter trenger en sykepleier for å vurdere pusten, for eksempel. Slike vurderinger gjøres ikke. Mange av dem som får hjelp til personlig hygiene kan fint ivaretas av helsefagarbeidere eller assistenter. Ja - andre [yrkesgrupper] gjør ting som sykepleiere burde gjort. Vurderingsbesøk, oppfølging av kompliserte pasientkasus som burde blitt fulgt av sykepleiere daglig. (Informant 6)

Informantens erfaring er at slike vurderinger blir gjort innimellom, men "det sklir ut", og beslutningene følges ikke opp. En forklaring ser ut til å være at sykepleierne er så travle at de er nødt til å konsentrere seg om de oppgavene som kun kan gjøres av sykepleiere. Da må for eksempel administrative oppgaver og dosering av medisiner prioriteres.

En ikke for streng oppgavefordeling kan være et gode, fordi det kan bidra til å utnytte ressursene på arbeidsplassen på en fleksibel måte. Likevel, med tanke på at særlig den kommunale helse- og omsorgstjenesten har lav bemanning, sett opp mot behovet, bringer det med seg utfordringer. Hvis sykepleiere og helsefagarbeidere gjør mye av de samme oppgavene, og sykepleieroppgavene blir tatt til sist, kan det gå utover forsvarlighet og kvalitet, mener vi. I tillegg peker informanter på det faktum at brukerne i hjemmetjenesten (og sykehjem for den saks skyld) i dag er mye sykere enn tidligere. Det stiller økte krav til kompetanse i hjemmetjenesten (Informant 1), og det stiller også krav til hvordan denne kompetansen brukes. Dette er tatt opp i flere tidligere studier, som peker på et økt behov for oppgaveglidning etter samhandlingsreformen, for å kunne ivareta pasienter med komplekse problemer (Gautun et al., 2016).

9.2 Sykehjem: "Alle gjør alt" — men sykepleierne gjør noe ekstra

De fleste informantene som har jobbet/jobber på sykehjem har erfaring med at "alle gjør alt", som flere uttrykte det. Det er altså liten grad av oppgavedeling. En leder i sykehjem beskriver det slik:

Det er jo en litt sånn... Hva skal jeg si... en sånn satt tendens i sykehjem, at alle skal gjøre alt. Og det er jo litt rart at en sykepleier som har bachelorgrad eller gjerne master skal stå og smøre en skive med brunost når assistenten skal stå og gjøre andre oppgaver. (...) Det har vært sånn i lang tid, i mange år, at alle skal gjøre alt fordi alle er like mye verdt (Informant 14)

Andre informanter trekker fram de samme oppgavene. Sykepleierne smører mat, gjør kjøkkenarbeid generelt, rydder og vasker og fyller på forbruksvarer på lager. En annen leder forteller en historie om at de hadde en sykepleier som kom og tok en ekstravakt på sykehjemmet en dag, og det første hun fikk beskjed om var at hun og en annen skulle vaske ned kjøkkenet, "fordi det var tiden for det". Informanten har ikke opplevd at sykepleiere sier nei til noen oppgaver fordi de er sykepleiere (Informant 17). Dette inntrykket støttes av resten av intervjuene – det ser ikke ut som det er vanlig å avslå oppgaver fordi det faller utenfor ens ansvarsområde. Det er selvfølgelig heller ikke lett å si nei dersom det er mangel på folk på jobb, og en har en utydelig eller manglende avgrensning av hva som er de forskjellige yrkesgruppens arbeidsoppgaver. På et annet sykehjem har en av informantene den samme erfaringen:

Det er en liten avdeling, og... for å få ting til å gå rundt, så må alle "gjøre alt", jeg ser jo det. Men det kunne sikkert vært gjort på en annen måte, jeg ser ikke noen fasit jeg, nei. Og det er jo her den profesjonskampen kan komme inn, da. For hvis man begynner å snakke om det der med oppgavefordeling, så får man jo fort svar ifra omsorgsarbeiderne at ja, de er heller ikke utdanna til å ta inn og ut av oppvaskmaskina. Og det er jo sant, det. Så ... denne diskusjonen har vi hatt, flere ganger. Jeg har ikke noe svar, jeg. (Informant 13)

I denne "alle gjør alt"-kulturen er det imidlertid flere informanter som reagerer negativt på at de må bruke tid på oppgaver som de ikke trenger utdanning for å gjøre. Det gjelder spesielt oppgaver som vasking, rydding og matlaging. Når det gjelder stell, som også er en oppgave som kan gjøres av ansatte uten sykepleierutdanning, er det flere som synes det er viktig å være med på stell, fordi det gir et helhetlig bilde av pasienten. I stedet for å få opplysninger om tilstanden til beboeren fra andre, kan vi forstå det slik at de opplever en form for kvalitetssikring gjennom å ha gjort observasjonen selv. En informant sier at hun liker å ha sett pasienten selv før hun snakker med legen om hva som plager pasienten. Dersom sykepleiere skal gjøre færre stell, krever det utvikling av gode samarbeids- og tillitsrelasjoner mellom de som skal gjøre stell og observere pasienten til vanlig, for eksempel helsefagarbeidere. Her kan vi trekke veksler på litteraturen om hemmere og fremmere for godt samarbeid innad i primærhelsetjenesten for å peke på sentrale faktorer som må være til stede for å få til et vellykket samarbeid. Tydelig definerte roller, forhandling og utvikling av rollene og oppgavene, god kommunikasjon og en opplevelse av å jobbe mot samme mål vil være viktig (McInnes et al., 2015; True et al., 2014).

Konsekvensen av "alle skal gjøre alt"-tilnærmingen er at sykepleierne får lite tid til å gjøre de oppgavene som bare kan gjøres av en sykepleier. En informant oppsummerer det med at sykepleiere gjør alle de daglige oppgavene som andre kunne gjort, samtidig som de gjør de oppgavene som bare sykepleiere kan gjøre. Det er slitsomme dager, mener hun (Informant 7). Flere beskriver at kolleger er lite bevisste på at sykepleierne har mange spesifikke sykepleierfaglige oppgaver, utover vanlig stell. Vi kan lett forestille oss at når disse oppgavene blir usynlige, blir det mer krevende å forhandle om oppgavedeling. Et annet eksempel kom fra en sykepleier på en langtidsavdeling. Hun forteller at de er få sykepleiere, og at hun i praksis derfor har driftet avdelingen alene lenge. Hun beskriver en situasjon der hun har hatt veldig mye ansvar og mange oppgaver som skal gjøres, men hun møter lite forståelse fra kollegaene for alt hun må gjøre:

... det som er litt vanskelig oppi det hele er jo at de skal forstå, de andre jeg jobber med. Det er veldig masse assistenter her på avdelinga, at de skal forstå at jeg har litt andre oppgaver å gjøre. Så når jeg sier at "når klokka er tolv, så må jeg gå og sette meg litt på kontoret og ta unna litt medisiner og legevisitten og sånne ting", så er det ikke bestandig... for det er egentlig ikke tid for det, for jeg er innretta med at jeg skal være i stell...i sju og en halv time Og så har, de har vært veldig mye alene, da, de på avdelinga her.

De har ikke hatt, på en måte, en..en konkret sjef å forholde seg til. Eh, sånn at de eh, de er på en måte sine egne herrer, da, sånn at de synes det er fryktelig vanskelig når jeg kommer og er litt sånn bossy og bestemmer litt over dem, og forteller dem hva de skal gjøre. (Informant 12)

I tillegg til at en del oppgaver blir usynlige for kollegene, forteller også flere av informantene om at på grunn av turnus, eller manglende ressurser, må sykepleierne gjøre oppgaver som andre yrkesgrupper burde ha gjort. Ett eksempel er fra en korttidsavdeling der de har begrenset tilgang til kjøkkenhjelp. Det betyr at sykepleierne må trå til på kjøkkenet. En sykepleier med masterutdanning forteller:

I helgene så er vi to i hjemmesykepleien og to inne [på korttidsavdelingen], og det er ikke fast kjøkkenhjelp. Det hadde vi for fem-seks år siden, men de ble omorganisert vekk. Nå har vi kjøkkenhjelp bare til frokost i ukene, så det er ikke mer enn senest forrige helg, så stod jeg og var kjøkkenhjelp for dem inne på korttidsavdelingen. Denne helga ble det avdelingssykepleieren som ble kjøkkenhjelp ekstra. (Informant 4)

Sykepleiere må altså brukes til kjøkkentjeneste, fordi kommunen har valgt å ta vekk kjøkkenhjelpen i helgene. Kjøkkenoppgaver er nettopp av de oppgavene man ikke trenger sykepleierfaglig kompetanse for å utføre, og som kan gjøre av ansatte med lavere/annen kompetanse (Devik & Olsen, 2021). Et annet eksempel kom fra et sykehjem der sykepleierne blir spurt om å ta over fysioterapioppgaver. Fordi fysioterapeutene ikke jobber i helgene, ber de sykepleierne om å følge opp øvelser for pasientene/beboerne i helgene. Det er naturligvis best for pasientene om de får gjort øvelsene sine hver dag. Informanten viser forståelse for forespørselen, men stiller samtidig spørsmål ved at sykepleierne stadig vekk blir pålagt flere oppgaver:

Vi jo fått forespørsler da, om vi kan gjøre de og de øvelsene gjennom helga. Og da kan det jo bli diskusjoner. For helga er jo ofte tynt bemannet fra før, og hvis vi da blir pålagt enda flere oppgaver, så er det ikke alltid vi ser at det er hensiktsmessig. Men vi skjønner jo det vi óg, at fysioterapeutene de er ikke på jobb lørdag og søndag. Så vi strekker oss jo, vi får det jo til. Men det kan være en utfordring. (Informant 13)

En annen utfordring — som tas opp av flere informanter — er at når det faktisk er gjort forsøk på oppgavedeling mellom sykepleiere og helsefagarbeidere/assistenter, er det likevel ikke alltid det følges opp i praksis. Det kan ha ulike årsaker, men effekten er uansett at sykepleierne må ta oppgaver som stell osv. En sykepleier forteller at blant annet personalmangel fører til at hun ikke får gjort de sykepleierfaglige oppgavene:

Siden jeg starta på i januar og til nå, da [oktober], så har jeg hatt to kontordager ... der jeg på en måte skulle ha tatt tak i ting. Men det som skjer er jo at; den første kontordagen var det jo mangel på folk. Og da ble det liksom “Ja, men jeg kan ta en to-tre stell og så kan jeg gå ut etterpå”, men så er det en pasient som er syk eller de [helsefagarbeiderne] har behov for at det er noen her og de ... de er jo fryktelig utrygge, enkelte som jobber her. (Informant 12)

Flere sykepleiere tematiserer at helsefagarbeidere trenger hjelp fra sykepleierne, også til oppgaver som ligger innenfor deres ansvarsområde. Informantene våre går ikke nærmere inn på årsakene til dette, og de vet det kanskje heller ikke. En informant peker imidlertid på at det er en del oppgaver helsefagarbeiderne gjør sjelden som kan påvirke mestringsfølelsen. Det får igjen konsekvenser for sykepleierne som må bistå. Det kan også skape konflikt fordi presset på sykepleierressursene blir store:

Altså, konflikten den kommer vel i det øyeblikket man mangler sykepleiere, hvis det er en dag det er mange sykepleiere som er syke. Da har du flinke helsefagarbeidere, men som kvier seg for å gjøre disse oppgavene fordi at de vanligvis ikke gjør dem. Så vi har snakket litt om det; at det er klart at hvis du deler ut medisin hver åttende uke på en lørdags kveld, så blir man jo ikke god på det. Og da har man ikke lyst til å ta det ansvaret (Informant 17)

Sitatet tydeliggjør at ansvars- og oppgavedeling er noe som må jobbes med over tid, og at kompetanse- og kompetanseoverføring, trening og erfaringsbygging er viktig.

9.2.1 Delegering av oppgaver og bedre utnyttelse av sykepleierkompetansen

I forlengelsen av hva som ble tatt opp i forrige avsnitt, finner vi blant flere av informantene i sykehjem et uttalt behov for å delegerer oppgaver og ansvar når sykepleiermangelen er økende. I tillegg snakker flere om at de opplever å ikke få utnyttet kompetansen sin når de må smøre mat og re senger. Vi skal se på noen refleksjoner rundt dette. En informant sier det slik:

Ideen er jo at vi er der for pasienten, så hvis man skal ta det på alvor, så må vi stille oss spørsmålet – hvordan får vi mest output for hvor sykepleieren er i løpet av vekten sin? Står de og spriter bord, så kan de ikke være vakt i fellesarealet – så enkelt er det. (Informant 15)

Informanten trekker fram at på sykehus har de støttefunksjoner som portører og andre typer ansatte som fasiliterer for pasientrettet arbeid, og det har man ikke på sykehjem i samme omfang som på sykehus. I hvilken grad man kan innføre det på sykehjem for å lette arbeidet for de med helsefaglig utdanning er selvfølgelig et spørsmål, fordi det koster penger. Men som informanten sier:

Her er jo spørsmålet: hvis det er mangel på kompetanse og mangel på sykepleiere og mangel på helsepersonell, da er det mer relevant å stille seg de spørsmålene, og gå i grensegangen på «skal de sprite?», «skal de hente ved?», «skal de hente posten i hjemmesykepleien?», «skal de følge til legen?», osv. (Informant 15)

Informanten jobber i sykehjem, men argumentasjonen er like gyldig for andre deler av tjenestene der det er mangel på helsefaglig personale. Hva kan delegeres bort og hva er man villige til å betale for det? En leder på et annet sykehjem mener også at det er behov for bedre delegering, og forteller at de har diskutert det ved flere anledninger, og at de jobber med en bedre oppgavedeling:

Så ser jeg også at vi sikkert kan delegerer mer ned. (...) Dette har vi hatt veldig mange runder på, at sykepleierne har det veldig travelt fordi de har mye mer ansvar. Så da har jeg sagt noe om at jeg synes ikke det er sykepleieren som trenger å stå og dele ut de faste medisinene sammen med frokosten. Det kan helsefagarbeiderne med medisinkurs gjøre. Så vi har forbedringspotensial på det og vi jobber litt med det. (Informant 17)

Et annet viktig poeng, som tas opp av en informant, er at manglende differensiering av oppgaver kan føre til utydelige ansvarsforhold og at oppgaven faktisk ikke utføres. Hun mener at "alles ansvar fort blir ingens ansvar." Hennes erfaring fra arbeidsplassen er at det er mange oppgaver som burde ha vært gjort, men som ikke blir det av denne årsaken. Hun eksemplifiserer med demensutredning av beboerne. I dag er det alles

oppgave å sørge for at det skjer, men informanten mener en tydeligere ansvars plassering er bedre. Det ville ført til en bedre oppfølging dersom man hadde plassert ansvaret og oppgaven med å gjennomføre demensutredning til noen dedikerte personer. Oppsummert betyr det at flytende ansvars- og oppgavedeling kan medføre tjenester av lavere kvalitet, og at det er behov for en mer formalisert arbeidsdeling i sykehjem.

Ut ifra intervjuene, og som eksemplifisert ved sitatene over, tyder imidlertid mye på at det er et stykke igjen før man har fått innført en hensiktsmessig oppgavedeling i sykehjem, sett i lys av den sykepleiermangelen som er mange steder. Videre er flere informanter misfornøyd med "alle skal gjøre alt" kulturen i sykehjem, og ønsker å få utnyttet sin kompetanse bedre. Dette var vi også inne på over. Mange av dem har også videreutdanninger, som da i liten grad blir utnyttet. For å holde på og rekruttere sykepleiere til sykehjem er det sannsynligvis også viktig at de føler de får brukt kompetansen sin. En informant forteller at der hun jobber snakker sykepleierne ofte om at de har en bachelor-utdanning og de må bruke den til "det den skal brukes til", altså til å utøve sykepleierfaget. Hun erfarer også, på samme måte som flere andre, at hun må gjøre alt det andre ansatte gjør, pluss de sykepleierfaglige oppgavene på toppen (Informant 11) Til sist tar vi med en informant med spesialistutdanning som mener hun får brukt kunnskapen og kompetansen sin, men:

*...så er det jo mye andre ting som skjer på en sykehjemsavdeling, da, enn...direkte pasientbehandling (...)
Det er å ta inn og ut av oppvaskmaskina, henge opp klær til tørk og vaske til jul, og alt det der. Da føler jeg at jeg ikke får brukt kompetansen min, når jeg driver på med sånne ting. (Informant 13)*

9.2.2 Sykehjem med tydelig oppgavedeling

I materialet finner vi også eksempler på sykehjem som prøver ut nye måter å organisere ansvar og oppgaver på. To av dem er nybygde sykehjem. Av informantene fremheves det som en viktig faktor at sykehjemmene er nye, fordi man da kan gjøre bemanningsplanlegging fra scratch, sette opp nye turnuser og gjøre endringer i oppgaver og ansvar, sammenliknet med tradisjonell oppgavedeling. Samtidig vil vi bemerke at det ikke kan være en forutsetning med nybygde sykehjem for å kunne tenke nytt om organisering og turnus. Det absolutte flertallet av norske sykehjem er tross alt etablerte med bygg i alle fasonger, en planlagt bemanning og eksisterende turnuser. Ett eksempel på ny organisering fikk vi imidlertid eksempel på fra en informant som startet å jobbe på et nybygd sykehjem. Sykehjemmet har lagt opp til en organisering der sykepleierne skal driver med mer spesialiserte oppgaver. Informanten beskriver at hun syntes det var ekstra spennende å begynne å jobbe der, blant annet fordi inntrykket nettopp var at hun skulle få konsentrere seg om sykepleierfaglige oppgaver. Hun forteller:

"Her er sykepleierdekningen i utgangspunktet litt for liten, sånn at... Jeg forstod det sånn at her måtte vi stort sett utføre de oppgavene som vi [sykepleiere] måtte ta. Sånn at det ikke ble så mye stell og pleie og ... de oppgavene. Og det syntes jeg jo var meget spennende da. (Informant 16)

Dessverre viste det seg at det ble så travelt hele sommeren, at selv om planen var at hun skulle gå på topp, så ble hun satt opp på rom og måtte ta stell. I tillegg måtte hun gjøre "alt det andre", hvilket førte til at det ble veldig travelt, beskriver hun. På intervjutidspunktet hadde imidlertid situasjonen roet seg, og avdelingen hadde forholdsvis lavt belegg. Hun trengte derfor ikke lenger å ha ansvar for rom og stell og kunne konsentrere seg om sykepleierfaglige oppgaver. Det interessant å merke seg at sykehjemmet klarer å selge inn det faktum at det er få sykepleiere som noe attraktivt for nyansatte, ved å si at de hovedsakelig skal få jobbe med oppgaver som kun kan utføres av sykepleiere.

I en annen kommune har de innført sykepleierteam på sykehjemmet. Hensikten er å bruke sykepleierkompetansen på en mer effektiv måte. Sykepleierne går på toppen i et team og betjener hele sykehjemmet. Her skal sykepleierne få gjøre det de er utdannet til, og de skal ikke bruke tiden sin på å ordne med tøy og servere mat, forteller en informant. Helsefagarbeiderne står for den daglige driften (Informant 18). I en tredje kommune gjorde de også grep for å håndtere sykepleiermangelen. Informanten — som arbeidet som leder i kommunen — forteller at de gjorde ganske mange ting. Ett tiltak var å slå sammen natt-tjenesten for hjemmebaserte tjenester og institusjon, for at de ikke skulle være så sårbare om det var sykdom blant sykepleierne et sted. Det krevde at sykepleieren ikke var låst på en avdeling, for eksempel på sykehjemmet eller på en sone i hjemmesykepleien. Vi har ikke tilstrekkelig kunnskap om erfaringene med disse organiseringsformene, men eksemplene viser at det gjøres forsøk på ny organisering rundt omkring i kommunene. Det er likevel verdt å huske på at selv om organisering gjøres på papiret, er det nødvendig å undersøke nærmere hvordan det fungerer i praksis (jf. det første eksemplet i avsnittet).

Det fjerde eksemplet vi skal ta opp, er fra et nybygd sykehjem i en stor kommune. Vi intervjuet en leder, som også har erfaring fra flere andre sykehjem. Hun problematiserer for det første noe vi har vært inne på tidligere, nemlig at det har en verdi for sykepleiere å delta i "alle" oppgaver. Hun trekker blant annet fram – i likhet med andre – verdien av observasjonene som kan gjøres under et stell. Men gitt situasjonen med sykepleiermangel, må man likevel tenke annerledes i organiseringen av sykehjem, mener hun. På dette sykehjemmet har de organisert seg på den måten at avdelingene ledes av en helsefagarbeider. Sykepleierne er samlet i et team på tolv, med en leder. De arbeider dag- og kveldsvakter og gjør kun sykepleieroppgaver (Informant 14). Sykepleierne går her altså på topp av de som står for daglig drift av avdelingene. Organiseringen er inspirert av en modell Aleris brukte da de tidligere drev sykehjem. Informanten beskriver at de utnytter sykepleierressursene til fulle, og at sykepleierne kun gjør sykepleieroppgaver:

Sykepleierne i dette sykehjemmet får gjøre sykepleieroppgaver, kun det – altså det de er gode på og er spesialister på. Så jeg ser jo at det tiltrekker ... Vi har en intensivsykepleier, vi har en sårsykepleier, vi har flere med videreutdanning som ønsker å jobbe sånn. (...) Det de sier nå er at de kan prioritere, de har muligheten og tid til å prioritere, så de kan prioritere vekk for eksempel opplæringsoppgaver eller sånne ting en dag hvor de for eksempel har to som ligger på det siste, pårørende er der, de kan bruke tid på dem. (Informant 14)

Lederen mener organiseringen representerer en stor kontrast i forhold til en tradisjonell måte å jobbe på. Når det er knapphet på ressurser, er man imidlertid nødt til å bruke ressursene der man trenger dem mest, sier hun. En stor forskjell er selvfølgelig at sykepleierne er avhengige av at helsefagarbeiderne som er ute i avdelingene melder fra om det blir endringer i pasientens tilstand. Dette til forskjell fra når sykepleierne gjør stell og kan observere pasienten direkte selv. En følge av organiseringen er videre at sykepleierne må ha oversikt over ganske mange pasienter. Ifølge informanten, synes de fleste at det er gøy. Men hun viser også til at noen sykepleiere synes de kommer for langt fra pasienten og at det er for mange å holde oversikt over. Men kan også tenkes at det sykepleierfaglige fellesskapet minsker (forutsatt at man faktisk er flere sykepleiere på avdelingen). På sykehjemmet er det løst ved at de har en sykepleierbase der alle sykepleierne treffes om morgenen og eventuelt innimellom oppgaver. På den måten ivaretas et faglig fellesskap blant sykepleierne.

Utfordringer med slik oppgavedeling

Informanter som har erfaring med en slik type oppgavedeling der sykepleierne går på topp, mener at det medfører noen ulemper og utfordringer, selv om det også har mye positivt med seg. Én ulempe er at

sykepleierne kan miste noe av nærheten til pasienten. De ser ikke pasientene på samme måte som når man er mye sammen med dem gjennom dagen, dersom man bare går kort innom og ved behov. Det betyr at man kanskje går glipp av noe, og man blir avhengig av at de som jobber tett på pasientene har god observasjonskompetanse. Én informant stiller imidlertid spørsmål om det er nødvendig at sykepleieren har stor nærhet til pasienten. Det er et spørsmål som sikkert vil besvares ulikt av ulike personer, er vår oppfatning. Men dersom sykepleieren ikke er veldig nær pasienten, er man imidlertid avhengig av at andre er nær pasienten og formidler informasjon til sykepleierne.

Informanten fra det ene sykehjemmet mener videre at en negativ konsekvens er at sykepleierne kan oppleve det stressende å jobbe på denne måten. De har et stort ansvar for pasientene, men rekker ikke alltid å lese seg skikkelig opp og sette seg godt inn i pasientens situasjon. Hun hadde erfart at å ha dette ansvaret alene kan oppleves som for stort for noen. En tilsvarende betraktning kom fra en leder i en annen kommune. I denne kommunen hadde de gjort forsøk med å ha én sykepleier på natt som hadde ansvar for både hjemmebaserte tjenester og institusjon. Kommunen hadde stor mangel på sykepleiere, og dette var ett av flere forsøk på å organisere seg på en måte som sikret forsvarlighet i tjenestene døgnet rundt. Imidlertid opplevdes ordningen som utrygg for sykepleierne i rollen. Det ble rett og slett for mye ansvar for én person, ifølge informanten. Hun advarer også mot at sykepleiere må jobbe for mye uten sykepleierkolleger, fordi man da står i fare for å tape et faglig fellesskap. I en tid med sykepleiermangel er det et viktig spørsmål å stille: hvordan skal man veie behovet for sykepleierfaglig fellesskap opp mot nødvendigheten av å ha sykepleiere på alle vakter i alle tjenester? Og hvordan kan man i tilfelle organisere et faglig fellesskap blant sykepleiere når flere kanskje må regne med å være eneste sykepleier på sin vakt?

9.3 Oppsummering: Lite formalisert oppgavedeling i sykehjem og hjemmetjenester

I hjemmetjenesten og i sykehjem har vi vist at det generelt sett er lite formalisert oppgavedeling. Sykepleiere gjør mye av de samme oppgavene som de andre ansatte, som stell, tilberedelse av mat, vasking og rydding. Det finnes videre gjerne en oppgavedeling "på papiret", der sykepleierne har ansvar for oppgaver som krever sykepleierfaglig kompetanse i tillegg til å delta i den daglige pasientoppfølgingen. En del av disse oppgavene ser imidlertid ut til å bli nedprioritert i en travel hverdag, typisk oppgaver som ikke gir resultater umiddelbart, som kvalitetsarbeid, dokumentasjon og samhandling med aktører utenfor egen tjeneste. Flere sykepleiere opplever at disse oppgavene blir usynlig for kolleger, og at de derfor møter liten forståelse for at de trenger tid til dem.

Vi har også vist at det pågår flere forsøk på ny organisering og oppgavedeling. Slike nye organiseringsformer ser ut til å oppstå som en konsekvens av sykepleiermangel og et ønske om å utnytte sykepleierkompetansen på mer hensiktsmessige måter. Organiseringen innebærer typisk at sykepleiere trekkes ut av fellesskapet og utgjør egne team. Det kan ha både fordeler og ulemper. En fordel er at sykepleierne virkelig får brukt kompetansen sin til sykepleierfaglige oppgaver. Det kan være faglig tilfredsstillende for sykepleierne og være positivt for pasienters/brukeres helse. Ulemper kan være at det sykepleierfaglige fellesskapet reduseres, og at læring og kompetanseoverføring fra erfarne til uerfarne sykepleiere blir vanskeliggjort. Slike organiseringsformer krever følgelig en god balanse mellom selvstendig arbeid og deltakelse i et fellesskap.

10 Ansvars- og oppgavedeling innenfor psykisk helse- og rusfeltet

10.1 Psykisk helsearbeid i kommunene: helhetlig tilnærming til brukeren

Å jobbe som sykepleier innenfor psykisk helsearbeid i kommunene framstår som ganske forskjellig fra å jobbe i hjemmetjenesten eller sykehjem. En stor forskjell er at arbeidet i hovedsak av å ha samtaler med brukerne, til forskjell fra å gjøre stell, smøre mat og vaske, som alle sykepleierne i hjemmetjenesten og sykehjem erfarer. For eksempel beskriver en sykepleier hverdagen som at " *Det går veldig mye på samtaler – møter og samtaler*" (Informant 19). Samtidig er det ett fellestrekk: en tydelig oppfatning av at en helhetlig tilnærming til brukeren er viktig fra sykepleierens side. En slik tilnærming kan vi si innebærer at sykepleierne gjør et vidt spenn av oppgaver, også oppgaver man ikke trenger sykepleierutdanning for å utføre. Informantene beskriver det for eksempel på denne måten:

Innenfor psykisk helse og rus, så er på en måte alle oppgaver en del av tjenesten. For eksempel, hvis det er en person som har problemer med å gå og hente posten eller sitte på bussen eller hva som helst, så trenger kanskje ikke en sykepleier være med på det, kan man si. Men det spørres hvor han er i angsten sin. Hvis det er i begynnelsen, og [brukeren] skal utsettes for dette som man er redd for, så må en være med på dette for tryggheten da. Være med å hente posten, være med på bussen da, så det er jo både sykepleiere og psykologer som gjør det. (Informant 19)

Vi har i hvert fall den tankegangen i vår tjeneste at vi jobber helhetlig og ikke har noen store hierarkiske skiller (...) Når vi jobber sånn som vi gjør, med at man må ta der det brenner her og nå, så er det ingen av mine sykepleiere som klager over at de må kaste søppel eller være med å vaske hos en bruker, for det er fokus på helhetlig sykepleier, opplever jeg (Informant 21)

Generelt sett virker informantene fornøyde med ansvaret og oppgavene de har. De beskriver at de har stor myndighet og selvstendighet og kan bestemme mye over egen arbeidsdag, og det er ingen som beskriver at de gjør arbeid som ikke hører innunder deres domene. En informant tar imidlertid opp at de i hennes kommune gjorde en gjennomgang av alle arbeidsoppgavene sykepleierne hadde, men hensikt å finne ut av om det var noe sykepleiere gjør som de strengt tatt ikke trenger å gjøre, for eksempel å vaske bilene. I prosjektet ble det gjort en kartlegging av alle arbeidsoppgaver, men informanten mener det hele "kokte bort i kålen". Kartleggingen ble gjort, men det kom ikke noe ut av det (Informant 20). Informanten mener videre at dersom sykepleiere bare skal rendyrke sitt fag, så dytter man oppgaver over på andre som de ikke er klare til å ta imot, eller har noe ønske om å ta imot. Det er viktige tanker, og peker mot at når man skal avklare oppgavedelingen i tjenesten, er det nødvendig at alle berørte parter er med i diskusjonen. Dersom en yrkesgruppe skal frasi seg noen oppgaver, betyr det nødvendigvis at noen andre må gjøre dem. Dette fremheves også i litteraturen: det må til en forhandling om ansvar og oppgaver blant samarbeidspartnerne for å få til en vellykket fordeling av oppgaver (McInnes et al., 2015; True et al., 2014).

Selv om informantene generelt sett framstår som fornøyde med ansvar og oppgaver, finner vi noen eksempler på at mye tid går med på ikke-direkte pasientnært arbeid, og et ønske om at andre kunne ta større deler av noen arbeidsoppgaver. En avdelingsleder sier:

Vi ser at det blir veldig mye administrativt – mer og mer på sykepleierne også – enn det var tidligere. Mye større krav til dokumentasjon. Og vi blir jo målt i direkte brukertid og ikke-direkte brukertid, og en bruker vel kanskje mye på ikke-direkte brukertid. Vi ser det går med mye tid å sitte i møter, være koordinatorene,

samordne og sånn. Så nå har jeg søkt på prosjektmidler for å få ansatt en feltsykepleier som jobber direkte rettet mot psykisk helse og fysisk helse, se det i sammenheng opp imot de rusavhengige i kommunen. (Informant 21)

Informanten understreker at hun ikke opplever at de gjør arbeid som *ikke* er sykepleierfaglig, og at arbeidet deres "helt klart må være en blanding av klinisk og administrativt". Det er imidlertid noe interessant med at en ser behovet for å ansette en sykepleier til å jobbe ute i felten, fordi de andre bruker så mye tid i møter og til administrativt arbeid. Det gir et godt bilde av hvordan sykepleierrollen og ansvar og oppgaver er i utvikling. Direkte pasientkontakt er bare en del av sykepleierarbeidet, og denne tendensen kan se ut til å forsterke seg.

Når vi har snakket om oppgaveglidning så langt, har vi referert til det som en prosess som skjer mellom yrkesgrupper *innad* i en tjeneste. En informant løfter imidlertid også fram poenget med ansvars- og oppgavedeling/glidning mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Det går litt utenfor denne studiens hovedtema, men er likevel viktig når vi skal reflektere rundt hvordan ressurser totalt sett skal fordeles i helse- og omsorgssektoren. Det er liten tvil om at mye av presset i kommunen skyldes at pasienter skrives tidlig ut av sykehus (Birgit Abelsen et al., 2014; Gautun et al., 2016), og at kapasiteten i spesialisthelsetjenesten ikke svarer til behovet. Dette oppleves av flere av informantene, og eksemplifiseres ved en informant innenfor psykisk helsearbeid:

Det vi ser er jo kanskje litt sånn ansvarsfordeling. Det blir jo mer og mer på kommunene i forhold til å håndtere utfordringer, og vi skjønner jo at det på en måte blir vanskeligere å få folk [pasienter] inn i spesialisthelsetjenesten. Så jeg føler jo at vi i kommunen må kaste oss rundt og tenke smart og prøve å løse opp i mest mulig her (Informant 21)

Fra SINTEFs kartlegging av årsverk i kommunalt psykisk helse og rusarbeid, finner vi at det har vært en svak vekst i årsverk innenfor sektoren, og størst har veksten vært for tjenester rettet mot barn og unge. Men kartleggingen viser også at mange kommuner oppgir at det er meget utfordrende å rekruttere spesialsykepleiere og sykepleiere med videreutdanning innen psykisk helse og rus (22-23 prosent av kommunene) samt helsesykepleiere med videreutdanning (22 prosent). Ser man det i kombinasjon med at kommunene får stadig større ansvar, er det bekymringsfullt med tanke på å få nok sykepleiere inn i denne delen av sektoren (Ose & Kaspersen, 2021).

10.2 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling: samtalerapi i poliklinikk, større spenn i oppgaver på sengepost

Det er store forskjeller på ansvar og oppgaver for sykepleierne innenfor psykisk helsevern og TSB. Ut fra intervjuene våre – og innsikt fra tidligere studier – ser det ut som det er et særlig skille mellom å jobbe på sengepost og i poliklinikk. Det tegner seg et bilde av en behandlerrolle, der samtalerapi er hovedarbeidsoppgaven i poliklinikk, mens i sengepost – og i ambulerende team – er det et bredere sett oppgaver som utføres.

Felles for informantene innen psykisk helsevern/TSB er at alle jobber tverrfaglig. Her er alle avhengige av samarbeid på tvers av yrkesgrupper. Det er likevel noen ting som er karakteristisk for sykepleierens arbeid og tilnærming til pasientene, sammenliknet med andre yrkesgrupper – slik de beskriver det selv. Det gjelder at

de anvender et helhetlig menneskesyn, og at de har et særlig fokus på somatikk. Vi skal se på noen eksempler fra intervjuene. Noen av informantene jobber i BUP. En informant beskriver at sykepleierne i BUP kan sies å være "eksperter på en helhetlig tenkning". Det helhetlige perspektivet omfatter ikke bare å tenke på alle aspekter av pasientens liv, men på hele familien. Dette er trolig særlig relevant når pasientgruppa er barn og unge, siden foreldre/familie naturligvis har en viktig rolle i oppfølgingen. Informanten sier:

Vi har dette helhetlige menneskesynet med oss, og den, hva skal jeg si, den omsorgsbiten, som jeg tenker er veldig viktig, ikke bare for den pasienten som blir henvist oss, men også for hele familien (Informant 22)

Videre snakker en informant om det tverrfaglige arbeidet, og at det, som nevnt over, gjennomsyrrer alt arbeid. Sykepleiere har – og tar – imidlertid et særlig ansvar for det somatiske perspektivet:

Jeg tenker jo også at vi har med oss i disse tverrfaglige møtene - teammøtene - at vi har den kompetansen vi har som sykepleiere i bunn. Det er en tverrfaglighet som jeg tenker er viktig, for vi ser det somatiske bildet på en litt annen måte enn noen andre tverrfaglige utdanninger gjør. (Informant 23)

I teamet der sykepleieren jobber, er det krav om at det skal være gjort en somatisk vurdering av de unge i forkant av henvisningen. Hensikten er at eventuelle somatiske problemer skal være utelukket slik at teamet kan jobbe utelukkende med psykisk helse. Det er ikke alltid at en slik vurdering er gjort, og sykepleierne ivaretar dermed en viktig oppgave ved å ha fokus på somatikk. Dette oppleves altså som et viktig ansvar som matcher sykepleiernes kompetanse godt, noe vi også fant i gjennomgang av forskningslitteraturen (Granamo & Knutstad, 2021). Bedre ivaretagelse av somatisk helse og gode levevaner er videre en av målsetningene med pakkeforløp for psykisk helse og rus⁹, og sykepleiere vil spille en sentral rolle for å oppnå denne målsetningen.

En informant i poliklinikk i DPS er behandler og jobber også mye samtalebasert. Hun beskriver at "mye går bra", og at hun har utfordrende arbeidsoppgaver. Hun opplever videre at hun har stadig muligheter til å lære nye ting. Selv om hun jobber mye alene, er tverrfaglig arbeid og samarbeid en viktig del av arbeidsdagen:

Jeg jobber en del alene, men jeg er en del av et miniteam hvor vi har en sykepleier til og en spesialist, og min spesialist er en overlege. Også har vi sånne teammøter... Der store deler av poliklinikken òg møtes, som vi òg kan drøfte med. Og der er det med psykologer og ja, psykologspesialister, leger i spesialisering, og andre sykepleiere, og sosionomer. (Informant 25)

Behandlerrollen som sykepleiere i psykisk helsevern kan ha, kan beskrives som en rolle med stort ansvar, men med et mer avgrenset sett arbeidsoppgaver. Samtale med pasientene er hovedoppgaven. Informanten ved DPS opplever stor myndighet og frihet i arbeidet. I tillegg er hun tett på kompetente kolleger hun kan spørre til råds. For eksempel har hun lett tilgang til legespesialist, som hun kan diskutere blant annet suicidalitetsvurderinger og medisinerer med:

I [journal]systemet vårt så kan vi sende noe som heter "gul lapp", og da gjør jeg jo det hvis det er noe jeg lurur på. Eller hvis jeg har gjort en suicidalitetsvurdering, så sender jeg notatet til han [legen]. "Er dette

⁹ [Om pakkeforløpet - Helsedirektoratet](#) (lesedato: 24.3.22)

...? Har jeg ivaretatt alle ting nå, eller må jeg gjør mer før jeg går hjem?" Så jeg har han støtt i bakhånd da. (Informant 25)

I tillegg har hun god kontakt med den andre sykepleieren på arbeidsplassen. De har spesialisert seg på litt forskjellige felt innen psykisk helse, og informanten setter pris på å diskutere med henne. Psykisk helsevern representerer et svært tverrfaglig arbeidsmiljø, og flere informanter tar opp sykepleieres rolle i dette miljøet. Noen uttrykker en viss bekymring, fordi de opplever at det blir stadig færre sykepleiere på arbeidsplassen, mens andre yrkesgrupper (for eksempel sosionomer) øker i antall. Det kan ha uheldige konsekvenser nettopp for ivaretagelse av den somatiske helsa til pasientene, mener de. I tillegg kan det være uheldig for sykepleierfagmiljøet, fordi man står i fare for ikke å ha noen andre med lik fagbakgrunn å sparre med.

Når det gjelder forskyvning av oppgaver på arbeidsplassen, har de tidligere eksemplene fra intervjustudien, særlig handlet om å flytte oppgaver fra sykepleiere til helsefagarbeidere eller ufaglærte. Vi kan kalle det oppgaveglidning nedover. Fra en av informantene i psykisk helsevern får vi imidlertid et eksempel på det motsatte. Informanten mener at sykepleierne tar stort ansvar for utredning av brukerne, og hun ønsker at psykologene kunne tatt en større rolle i utredning, altså en form for oppgaveglidning oppover:

Dette er jo en ganske selvstendig jobb, men utredning... jeg skulle ønske at noe av den utredningen var lettere å ivareta av andre. (...) Jeg tenker psykologer kunne ha litt mer av utredningen. Men de har jo fulle timebøker de òg. (Informant 25)

Nå er sannsynligvis ikke psykologer en gruppe som har mer kapasitet enn sykepleiere, hvilket informanten også antyder. Etter vår mening er det likevel fornuftig å se på totaliteten av arbeidsoppgaver og kompetansen til alle ansatte, og se hvordan oppgaver og ansvar kan fordeles – uavhengig av om oppgaver flyttes "opp" eller "ned" i et yrkesmessig hierarki.

Går vi videre og ser på arbeid i døgnet, innen psykisk helsevern/TSB, tegnes et annet bilde enn blant de som jobber poliklinisk. En informant forteller om en vanlig arbeidsdag:

Jeg leverer ut medisiner. Det gjør jeg daglig. Jeg jobber jo tre skift, da, så jeg jobber jo litt forskjellig. Men sånn type dag, så er det medisiner. Og så er det mye fysisk aktivitet, der pasientene er mye ute og trener. Så i løpet av en dag så er det ofte ja, det er måltider, jeg er med å stelle til måltider. Vasker litt, hvis det er nødvendig, og sørger for at ting er i orden på... med kaffe, sånne ting. Og så har jeg ofte mye samtaler med pasientene, samtalebasert behandling. (Informant 24)

Beskrivelsen av arbeidet på en sengepost minner mer om arbeidet på et sykehjem der oppgaver som matlaging, vasking og rydding på avdelingen må gjøres. Informanten forteller at hun trives godt med oppgaver som samtaler med pasientene og medisinutlevering. Også oppgaver som er mer miljøterapeutiske som å koke kaffe sammen med pasientene og liknende, synes hun er ok. Men hun stiller kritiske spørsmål til å vaske rom og gjøre annen vasking. Som hun sier: "Det er ikke typisk sykepleieroppgave, det er ikke det" (Informant 24). På denne spesifikke døgnavdelingen har de snakket om muligheten for at vaskepersonalet kan vaske ut rom når en pasient skrives ut, men ifølge informanten sier lederen at "alle må bidra". Med tanke på at det er så stor arbeidsbelastning på den som skal vaske, så må alle bidra. Det er egentlig det hun sier." Vi kan forstå det dithen at vaskepersonalet er overbelastet og ikke har kapasitet til å gjør mer enn de allerede gjør. Samtidig mener informanten at dersom de hadde organisert dagene på en bedre måte, der vaskepersonalet fikk beskjed

i forkant av at en pasient skrives ut, kunne de planlagt for å vaske ut av rommet. På den måten kunne sykepleierne brukt kompetansen sin til oppgaver som krever sykepleierfaglig kompetanse. God planlegging og organisering av arbeidet på nye måter er nødvendig om en skal få brukt sykepleiere – og annet fagpersonale for den saks skyld – på en god måte, og unngå at ansvar flyter over i hverandre.

Til sist ser vi på et eksempel fra en informant fra akutt psykisk helsevern. Dette er igjen en helt annen setting enn en sengepost. Dagene er naturlig nok preget av uforutsigbarhet. Det betyr at oppgavene skifter ut fra hvilke pasienter som kommer inn. Informanten mener hun får brukt kompetansen sin som sykepleier, selv om det noen ganger er mindre å gjøre. Noen ganger kan hun sitte konstant på overvåking for å forhindre selvmord og selvskading, andre ganger er det roligere, forteller hun. Oppgavedelingen framstår som avklart, slik informanten forteller (Informant 20).

10.3 Oppsummering: En helhetlig tilnærming – gjennomført på ulike måter

Sykepleiere som jobber innenfor psykisk helse og rus, enten det er i kommunen eller i spesialisthelsetjenesten, uttrykker at de er opptatt av en helhetlig tilnærming til brukeren/pasienten. Sykepleierens oppmerksomhet rettes derfor mot alle aspekter ved pasientens liv og helse og mot familie og nettverk. Det er dermed mange oppgaver som oppleves som relevante for en sykepleier på dette feltet, så lenge det gagnar pasientens helsetilstand. Det er imidlertid store forskjeller mellom hvordan sykepleiere innenfor poliklinikk og sengepost beskriver oppgavene sine. Sykepleiere i poliklinikk jobber mer avgrenset med samtalerterapi, mens arbeidet i sengepost ser ut til å innebære et bredt sett av oppgaver. Oppgavedelingen i poliklinikk ser dermed ut til å være temmelig avklart, mens arbeid på sengepost får mer en karakter som arbeid i sykehjem der ansvar og oppgaver fordeles og omfordeles fortløpende.

11 Erfaringer med å jobbe tverrfaglig og i team

Som vi har vist i kapitlene 9 og 10, er det en økende tendens til å prøve ut – og organisere – helsefaglig arbeid i team. I Norge prøves det blant annet ut primærhelseteam og tverrfaglig strukturert oppfølgingsteam, og flere tverrfaglige, teambaserte tjenestemodeller er i drift i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, for eksempel ACT- og FACT-team. Videre i denne delen skal vi se på informantenes erfaringer med teamarbeid og tverrfaglig arbeid, før vi avslutter med å si noe om hva som hemmer og fremmer denne typen organisering.

11.1 Teamarbeid og tverrfaglig arbeid

Et første sentralt poeng fra intervjuene er at alle informantene er enige i at en tverrfaglig tilnærming er nødvendig for at pasientene/brukerne skal få best mulig tjenester. "Vi er alle avhengige av hverandre for å gjøre en god jobb", som en informant på sykehjem sier. Det er ikke spesielt overraskende. Det andre poenget er at til tross for en holdning om at tverrfaglighet er bra og nødvendig, er det ikke alltid at tjenestene er organisert på en slik måte. Intervjuene synliggjør et spenn fra tydelig definerte team, som primærhelseteam, til mer uformelle team som en kan finne på sykehjem. I førstnevnte team er oppgave- og ansvarsdelingen avklart, mens i sistnevnte forhandles ansvar og oppgaver mer eller mindre fortløpende (jf. beskrivelse av arbeidsdagen i kapittel 9).

Tverrfaglighet er nødvendig, men omfanget varierer i praksis

I kapittel 10 viste vi at særlig innenfor psykisk helsearbeid kjennetegnes arbeidet av at det i stor grad er tverrfaglig. I sykehjem og hjemmetjenesten er det tverrfaglige samarbeidet mindre formalisert og organisert, men det eksisterer, og flere forteller at en prøver å jobbe mer tverrfaglig sammen. Vi skal se nærmere på noen eksempler fra intervjuene. En leder i sykehjem har erfart at det er forskjell på korttids- og langtidsavdeling:

På korttidsavdelingen, så er man jo veldig god på å jobbe tverrfaglig fordi pasientgruppen man har, de har et vedtak om rehabilitering og opptrening og da er det mange aktører som må på banen. De har faste møter der lege, fysioterapeuter, helsefagarbeider, sykepleier og leder sitter sammen. På de andre avdelingene, på langtids og for mennesker med demens, så kan det være sammensatte problemstillinger der også, og der er vi ikke nok like gode til å jobbe i team og finne løsninger og ... det kan vi bli bedre på. (Informant 17)

Flere informanter trekker fram at teamarbeid og tverrfaglighet er mer formalisert på korttidsavdelinger enn på langtidsavdelinger. Her jobber altså mange profesjoner tett sammen, mot et felles mål. En informant på en rehabiliteringsavdeling har erfart at organiseringen av samarbeidet hos dem har vært litt tilfeldig, men nå jobber avdelingen for å gi er mer koordinert tilbud til pasientene:

Så er det jo rehabiliteringsavdelinga; vi har jo nært samarbeid med fysioterapeut og ergoterapeut. (...) Vi har jo jobba litt parallelt, for de er jo en egen gruppe, da, fysioterapeutene. Men de er veldig mye inne i avdelingen, og vi har veldig mye med dem å gjøre. Så vi har prøvd å få til noen sånne tverrfaglige, faste tverrfaglige møter. Og det synes jeg vi har fått til ganske bra (...). Det har jo vært litt sånn at vi har jobba parallelt før, med at de kjørte sitt løp og vi vårt, og så var det ikke alltid overensstemt med hva er egentlig målet her. Vi går og pleier og hjelper, og så har de hatt "inn og ha trening og så ut igjen – ferdig". Mens nå prøver vi å få til mer og mer at vi har samme målet, da ... mer fokus på rehabilitering. (Informant 13)

Sitatet illustrerer godt at det kan være kultur og tradisjon for at yrkesgrupper jobber mer ved siden av hverandre enn sammen. Det viser også at det gjøres en innsats for å jobbe mer integrert. Det kvalitative materialet er for lite til å kunne si noe om omfang og tendenser, men sett opp mot helsepolitikken som ivrer for mer tverrfaglig samarbeid, og litteratur som viser at det er en økende trend, kan vi lett tenke oss at dette også er tendenser i Norge.

I hjemmetjenesten har vi sett at det er lite formalisert tverrfaglig samarbeid, selv om ansatte gjerne er organisert i team. Disse teamene er imidlertid ikke spesielt tverrfaglige, og er mer en måte å organisere kjøreruter og kontakt med brukerne på. En sykepleier som nå jobber som avansert klinisk sykepleier erfarer at samarbeidet knyttet til hjemmetjenestebrukere i kommunen er fragmentert. Sykepleiere, ergoterapeuter og fysioterapeuter er organisert i hver sine enheter, og legene ser de sjelden. Hverdagsrehabilitering er organisert helt for seg selv. Hennes erfaring er at det ikke er veletablert samarbeid i kommunen, og hun ønsker at det var mer av det (Informant 6). Som påpekt over, er ikke intervju materialet stort nok til at vi kan si at det skorter på godt organisert tverrfaglig samarbeid i hjemmetjenestene rundt om i Norge. Erfaring fra andre prosjekter tilsier imidlertid at eksemplet ikke er helt unikt.

Innenfor psykisk helse- og rus-feltet fant vi at det var svært stor grad av tverrfaglighet, alle er drillet i tverrfaglig arbeid og det settes høyt. Flere av informantene tok imidlertid opp at de får stadig færre sykepleierkolleger, noe som vekket en viss bekymring. At man blir den eneste sykepleieren på sin avdeling/enhet betyr at en mister et særskilt sykepleierfokus. En kommunalt ansatt informant forteller:

I min kommune, der jeg er ansatt, så er det i psykisk helsetjeneste bare sosionomer. Og da er det ingen som har det sykepleierfokus, så det er ikke tverrfaglig. (...) Og det er litt alarmerende at sykepleiere ikke er i de tjenestene fordi det er en veldig viktig part i det tverrfaglige arbeidet, og det er jo en helsetjeneste. Det bør være overvekt av den faggruppen. Ellers risikerer en også at det somatiske ikke blir fulgt godt nok opp. Dårlig oppfølging av somatisk helse er typisk for denne pasientgruppa. (Informant 19)

Det er en svært uheldig utvikling dersom deler av tjenestene står uten sykepleiere. De sykepleierne vi har intervjuet, som har få sykepleierkolleger, er uttalte tilhengere av tverrfaglig arbeid. Det kan likevel oppleves faglig ensomt å være uten kolleger med samme utdanning. Samtidig – dersom en på grunn av sykepleiermangel blir nødt til å legge opp arbeidet der et fåtall sykepleiere skal ivareta store pasientgrupper – kan det være nødvendig å se på alternative løsninger for hvordan sykepleierne skal få ivaretatt behovet for et sykepleierfaglig fellesskap. For eksempel kan en se for seg etablering av fagnettverk/interkommunale arenaer osv. En annen utfordring som kan oppstå når det er få ansatte med én fagbakgrunn, her eksemplifisert med sykepleie, er at kolleger/leder ikke har full oversikt over kompetanseområde og ferdigheter hos yrkesgruppen. Det kan også bety at de heller ikke har god innsikt i hva arbeidsoppgavene deres består i. Vi så flere eksempler på manglende innsikt i sykepleiernes ansvar og oppgaver i kapittel 4, særlig i gjennomgangen av arbeidet i hjemmetjenesten og i sykehjem. Vi kan imidlertid tenke oss at slik innsikt kan oppnås gjennom god informasjon. Det kan ikke være en forutsetning å ha samme fagbakgrunn for å skjønne andres arbeidsoppgaver.

Historier fra psykisk helsevern og TSB tegner et bilde av et godt tverrfaglig samarbeid for akkurat våre informanter. En sykepleier i psykisk helsevern beskriver at hun er svært fornøyd med samarbeidet. Hun jobber tett med en psykiater, og opplever ham som en faglig støtte. Samtidig peker hun på at det også handler om "personkjemi" og at man har en felles tenkemåte, implisitt at det er vel så viktig som faglig bakgrunn:

Jeg synes [samarbeidet] er kjempefint. Jeg har enkel tilgang til både medisinvurderinger og suicidalitetsvurderinger og ... Jeg opplever god støtte i [legen]. Og det er jo litt personavhengig det òg da. Jeg og han tenker jo veldig likt, og jobber på litt samme måten, og da er det jo òg mye lettere å få til den dialogen rundt pasienter òg da. (Informant 25)

En informant i TSB fremhever at det som gjør at det tverrfaglige samarbeidet fungerer bra, er nettopp at kollegene har forskjellige fagbakgrunn og synspunkter. Samtidig er det også det som skaper uenighet. Hun beskriver at teamarbeidet fungerer slik:

Jeg synes det fungerer..... Ja, på en skala fra en til ti, så er det kanskje sju? Det som fungerer bra, er at det kommer fram litt forskjellige meninger. Forskjellige standpunkt, forskjellige utdannelser, som er veldig bra. Men [negativt], det er kanskje at noen yrkesgrupper får mer oppmerksomhet enn andre. At det fort kan bli uenigheter, at det er mange forskjellige typer folk som jobber her, og det kan fort bli uenigheter. (Informant 24)

Informanten mener at det er psykologene som blir hørt mest, og at de på et vis befinner seg på toppen av det yrkesmessige hierarkiet. Hvis de "skjærer gjennom" som informanten sier, kan det bli gnisninger mellom dem og sykepleierne på faglig grunnlag. Sykepleieren konkluderer med at "når teamet fungerer godt, kan det være veldig fruktbart, og veldig bra, men når det ikke fungerer, så er det veldig tungt." Tverrfaglig samarbeid beskrives altså – ikke overraskende – som både givende og krevende. I litteraturen som vi gikk gjennom i kapittel 4 har vi vist til en rekke faktorer som hemmer og fremmer teamarbeid og tverrfaglig samarbeid. I tverrfaglige miljøer er det helt sikkert nødvendig å jobbe aktivt med både teamutvikling og kompetanse i å jobbe tverrfaglig. Kan hende må denne typen kompetanseutvikling få større plass i tjenestene, ettersom arbeidet blir mer og mer teambasert og tverrfaglig.

Primærhelseteam

I kapittel 4 beskrev vi primærhelseteam og noen resultater fra forsøket med denne typen organisering. Vi beskrev blant annet at sykepleieren i PHT skal være en ressurs som "skal bidra til økt kapasitet og et utvidet tilbud i møte med pasientens behov" (Helsedirektoratet, 2017). Vi har intervjuet tre sykepleiere som er med i PHT, og tar videre for oss noen av hovedtemaene de snakket om. For det første tar de opp at det er behov for sykepleiere på legekontor fordi det finnes en rekke sykepleierfaglige oppgaver der:

Sykepleiere har absolutt en rolle på legekontor! Det er så mange dårlige pasienter i primærhelsetjenesten, så det trengs sykepleiere der. (Informant 8)

Jeg har veldig mange pasienter som hører til i hjemmesykepleien, og disse skrøpelige eldre. Så jeg synes jo det er veldig mange sykepleierfaglige oppgaver på et legekontor som jeg tenker legen ikke trenger å sitte og jobbe med. Så jeg drar på mye hjemmebesøk for å kartlegge behovene til pasienter som kanskje ikke kan komme seg på legekantoret, eller pasienter som har blitt syke og som ikke orker å dra på legekantoret. (Informant 9)

Sykepleiere kan altså godt ta over ansvar og oppgaver som tradisjonelt sett gjøres av fastlegen, mener informantene. Det samsvarer med funn fra sluttrapporten fra evalueringen av PHT, som fant at sykepleiere både utførte oppgaver i stedet for, og i tillegg til, legenes oppgaver. Dette inkluderte hjemmebesøk,

kommunikasjon og kartlegging av pasientenes behov (B. Abelsen et al., 2022). Et annet tema – som kan ses i forlengelsen av beskrivelsen av oppgavene de utfører – er at informantene opplever at de får utnyttet mye av den *sykepleierfaglige kompetansen* sin i PHT. Én eksemplifiserer med at hun dagen før intervjuet hadde vært på hjemmebesøk til to eldre, skrøpelige pasienter. Hun gjorde observasjoner av funksjonsnivå, tok blodprøver m.m., og gjorde en vurdering av hva slags tiltak som burde iverksettes (medisiner eller annet). Ved behov vil hun også kontakte andre tjenester i kommunen for å få koplet på dem. "Og da får jeg jo virkelig brukt sykepleierutdannelsen min og erfaringer," sier hun. Dette er oppgaver som sykepleiere har svært god kompetanse på, understreker informanten.

Samarbeid innad i teamet er et tredje tema som ble tatt opp i intervjuene. Det er tydelig at hvor godt samarbeidet fungerer varierer litt mellom legene, og at organisering og møtepunkter for teamet må tenkes godt gjennom. Våre informanter kommer fra tre forskjellige team. Slik beskriver de aspekter av hvordan teamet fungerer:

Det er egentlig veldig kjekt, det fungerer veldig fint. I hvert fall hos oss. Det er litt individuelt fra lege til lege, for noen ... Men det har gått seg veldig til, men vi har brukt tre år på at sykepleier skal ha en rolle inn i teamet. (Informant 8)

Vi har ikke møter. Når jeg begynte her, så ble vi enige om at vi ikke har møter. Vi snakker sammen. Så i stedet for å sette av møter som gir veldig knapp tid til hver [pasient] og en fastlege som er et enkeltmannsforetak, det vil gi en merbelastning som ikke er ønskelig. Det er heller ikke noe vi har behov for i forhold til den funksjonen. Vi er i behov for at vi snakker sammen og har en gjensidig tillit. Uten en gjensidig tillit og respekt, så faller bunnen ut av hele prosjektet. (Informant 10)

De [legene] er mer og mer på gli. De har nok vært skeptiske, det har de. Fordi fastlegene... de jobber ikke i team, ikke sant. De har sin liste og sitter på sitt kontor, og gjør den jobben de skal, og de skal gjøre alt sammen. (Informant 9)

Informanten fra det siste sitatet, forteller at hun har fått mer og mer ansvar etter hvert som legen ser at hun bidrar på en god måte. Det er altså ikke helt rett fram å etablere en arbeidsdeling og et godt samarbeid i teamet. Som informanten i det midterste sitatet peker på: det er nødvendig å etablere tillit og tiltro til hverandre i teamet, og det kan vi tenke oss er en prosess som må få vokse fram over tid. Legene virker svært opptatt av at PHT ikke må innebære merarbeid for dem, men at det heller skal virke avlastende. Det kan det bli ettersom man finner en god arbeidsform, der sykepleierne (og helsesekretærene) tar over oppgaver fra legen. Samarbeid og god oppgavedeling mellom medlemmene i teamet ser altså ut til å henge sammen med tillit, kunnskap og respekt for hverandre, ut fra intervjuene. Dette samsvarer godt med funn fra litteraturen om hva som hemmer og fremmer teamarbeid (McInnes et al., 2015; True et al., 2014). I tillegg må en kjenne sine egne grenser som sykepleier, som en av informantene sier:

For en nyutdannet sykepleier å begynne i primærhelseteam, det går ikke. Du skal ha noen år på baken og du skal kjenne til kommunen, du skal kjenne til spesialisthelsetjenesten. Altså du skal kjenne til hvordan systemene fungerer, og så skal du ha en del erfaring og du skal ha ryggrad til å si at "dette kan jeg faktisk ikke, dette er ikke mitt bord, dette kan ikke jeg gjøre. (Informant 9)

Et fjerde tema som følger av "samarbeid innad i teamet" er hva som *hemmer og fremmer* et slikt samarbeid. Vi har allerede vært inne på det over, og alle PHT-informantene har oppfatninger om dette. Informantene ellers har færre tydelige oppfatninger om hemmere og fremmere for tverrfaglig arbeid/teamarbeid, så den videre sammenfatningen baserer seg på sykepleierne i PHT. Imidlertid vil de fleste av erfaringene disse informantene har gjort seg, også være overførbare til andre team. Fremmere for teamarbeid omfatter kjennskap til hverandre i teamet og at man føler seg trygge på hverandre. En informant sier blant annet: *"Man må spille hverandre gode og utnytte den kompetansen som er i teamet. Det må være trygt å samarbeide, det er det viktigste."* Tillit til hverandre og respekt for hverandre beskrives videre som viktig. Kulturbygging så teamet har en felles forståelse av hvordan oppgaven skal løses, er like fullt en fremmer for godt teamarbeid.

Hva er det som hemmer teamarbeid? Her trekker informantene fram at samarbeidspartneren må se nytten av teamarbeidet. En informant beskriver at det har vært noen utfordringer med samhandlingen med noen leger i PHT. Hun sier: *"En er jo avhengig av at legen er positiv, hvis ikke legen er positiv, så kommer du ingen vei."* Vi kan generalisere dette fra PHT til en mer generell teamsituasjon, og det samme poenget vil gjelde der. En er avhengig av at alle parter i teamet opplever organiseringen i team som nyttig for det spesifikke formålet. Helst bør det kanskje også være en mer effektiv og økonomisk gunstig måte å jobbe på. I PHT har informantene erfart at sykepleieren oppleves som en dyr ressurs, uten at det har stoppet teamet av den grunn. I tillegg kan teamarbeidet hemmes av uavklarte problemstillinger rundt ansvar og oppgaver. En informant har opplevd at mange er opptatt av hvem som skal bære ansvaret dersom sykepleieren "gjør noe galt", som hun formulerer det. Det aktualiserer også et generelt spørsmål, knyttet til behovet for en tydelig ansvarsfordeling og plassering. Til sist tar vi med en annen PHT-informant som mener at når noen i teamet har fokus på posisjoner, da blir man sliten. Når det var fokus på å løse oppgaven sammen, da hadde de det godt.

Gjort på den rette måten, av fagpersoner med den rette holdningen til teamarbeid, ser altså primærhelseteam ut til å være en god måte å jobbe på. Fra et perspektiv hvor poenget er å frigjøre sykepleierkapasitet er det imidlertid interessant å merke seg at teamet tilrettelegges og fungerer mye på legenes premisser. Ved å sette inn sykepleiere i team frigjøres neppe sykepleierkapasitet totalt sett. Men de sykepleierne vi har snakket med i teamene er svært fornøyde og opplever altså at de får brukt kompetansen sin til det fulle. I tillegg ser det ut som PHT har positive konsekvenser for pasientene og deres helsetilstand.

11.2 Oppsummering: tverrfaglig teamarbeid er stadig mer utbredt, men kan være krevende

Teamarbeid har blitt en stadig mer populær måte å organisere helse- og omsorgstjenester på, og sykepleiere er deltakere i en rekke team. Det omfatter både formaliserte team, som primærhelseteam, der oppgaver og ansvar er mer eller mindre tydelig definert, og løse team der sammensetning og oppgavedeling ofte kan endres. Alle informantene i studien ser på tverrfaglighet som en nødvendighet for å tilfredsstille pasientenes behov. Samtidig er det altså forskjeller mellom tjenestene i hvilken grad tverrfagligheten er satt i system, eller organisert i team. Sykepleiere som arbeider med pasienter/brukere med psykiske helseutfordringer ser særlig ut til å jobbe tverrfaglig. Andre deler av tjenesten, som hjemmetjenesten, kan tjene på å organisere seg mer tverrfaglig og jobbe sammen med andre profesjoner mot felles mål for pasientene.

Hva hemmer og fremmer tverrfaglighet og teamarbeid? Dette tok vi opp i litteraturgjennomgangen, men informantene har også sine egne erfaringsbaserte oppfatninger om hemmere og fremmere. Det er særlig informantene fra PHT som har tatt opp dette. De trekker fram faktorer som spenner fra kulturbygging, kjennskap og tillit til hverandre og trygghet i teamet til økonomi og behov for tydelig oppgave- og ansvarsdeling. Det ser ut til å være stor variasjon mellom ulike deler av tjenestene med tanke på hvor utbredt en teamtankegang er. Det er trolig nødvendig å tenke nytt for å skape teamkultur, samt sørge for at det er praktisk mulig å jobbe teambasert der hvor man i dag i liten grad gjør det.

12 Kompetanse og utviklingsmuligheter i yrket og i roller

I dette kapitlet skal vi belyse sykepleieres muligheter for kompetanseheving og hvordan de erfarer å få utnyttet den kompetansen de har. Vi ser først på ansvar og oppgaver hos sykepleiere med AKS-/AGS-utdanning og hvordan de får "brukt seg selv". Deretter ser vi på erfaringer fra de andre sykepleierne vi har intervjuet.

12.1 AKS-rollen er i skjæringspunktet mellom medisin og sykepleier

Vi har gjennomført tre individuelle intervjuer med AKS-/AGS-sykepleiere og ett fokusgruppeintervju med en AKS og to sykepleiere med master ansatt i fagsykepleierstillinger med spesielt ansvar for velferdsteknologi. Til sammen representerer de fire kommuner av ulike størrelser.

12.1.1 Oppgaver og ansvarsområder

Hvorvidt AKS-/AGS-sykepleierne får brukt sin kompetanse varierer ganske mye mellom de vi har intervjuet. Det kan også variere innenfor den samme kommunen, og innenfor ulike tidsperioder for den samme sykepleieren. Noen av AKS-ene forteller at de har oppgaver som er helt i tråd med det de er utdannet for. Et par av kommunene ser ut til å satse på denne type kompetanse; en av kommunene som er av mellomstor størrelse har fem AKS-er under utdanning, og en annen har tre. Men ikke alle kommuner har system for hvordan de benytter denne spesialistkompetansen. En av de kliniske sykepleierspesialistene vi intervjuet opplevde å miste sine spesialfunksjoner da kommunen ble omorganisert. Den samme sykepleieren hadde også erfart at skifte av ledere kunne få konsekvenser for hvordan spesialkompetanse ble brukt eller ikke:

Jeg får jo ikke brukt den AKS-kompetansen min som kommunene faktisk... Kommunen betaler meg jo for det. Men det er mangel på sykepleiere, så da bruker de det som begrunnelse for å sette meg i pleie.... (...). Nå har vi kjøkkenhjelp bare til frokost i ukene, så det er ikke mer enn at senest forrige helg så stod jeg og var kjøkkenhjelp for de inne på korttidsavdelingen. (Informant 4)

De andre sykepleierspesialistene fikk i større grad benytte seg av sin kompetanse. To av dem svarte at de absolutt hadde oppgaver som var i samsvar med deres kompetanse, bortsett fra muligheten til å foreskrive medisiner. En av informantene svarte slik på spørsmål om hun opplever at det er samsvar mellom utdanning og oppgaver:

Jeg går i en nyoppretta stilling. Jeg får brukt all min utdanning der. Jeg kunne ikke hatt stillingen uten utdannelsen. (Informant 6)

En av sykepleierspesialistene svarte "...både og" på spørsmålet om hun fikk brukt sin kompetanse. Hun skulle ønske seg mer tid til utvikling av tjenestene videre, og at hun kunne få avsatt tid til for eksempel undervisning. Hvis hun skulle undervise de andre kollegaene, måtte hun gjøre det på fritiden. En svarte at hun fikk brukt sin spesialkompetanse bortsett fra den dagen i uka hvor hun var vanlig sykepleier i drift. En av sykepleierne fortalte at de som har ressursstillinger i hennes kommune får 10 000 kroner ekstra i året. De andre sykepleierne i kommunen synes ikke det er verdt å gå inn i den jobben, å ta videreutdanning og få spesielle oppgaver — og så få så lite igjen for innsatsen.

Det er særlig i forbindelse med den forventede økningen av eldre mennesker at det, ifølge informantene er nødvendig å styrke AKS-rollen, og som en uttrykte det: "da har vi ikke råd til å ikke se på oppgaveglidning."

Spesielt når det gjelder gruppen med demens, så er det trolig ikke sannsynlig at teknologi vil være løsningen, men kompetanse. AKS-ene som får jobbe som kliniske spesialister jobber hovedsakelig med de som har behov for ekstra kompetanse, altså både kartlegging, planlegging og oppfølging av multisyke med store og sammensatte behov og de som får funksjonsfall. De jobber først og fremst med hjemmeboende pasienter med somatisk problematikk, slik som vanskelige sår, diabetes, KOLS, hjerte- og nyresvikt. De fungerer som koordinatorene for eksempel mellom demensteam, hjemmesykepleier, fastlege og sykehus.

En av sykepleierne forteller at spesielt de som er i en runddans mellom hjemmet, korttidsavdeling og sykehus er en oppgave for en AKS-sykepleier. Da kan de gå inn og gjøre en kartlegging og en utredning, og så bidra til å få mer sammenheng mellom de ulike tjenestene; hjemmesykepleier, fastlege, tjenestekontoret, samt å gjøre opplevelsen av helsevesenet mindre fragmentert for pårørende og pasienter. De kan også være en støtte for bestillerkontoret i deres vurderinger. AKS-sykepleierne jobber både med pasientene individuelt, samtidig som de også er mer oppmerksomme på, og har mer kunnskap om, den organisatoriske siden av sykepleiervirksomheten enn andre sykepleiere (og enn hva andre sykepleiere har muligheten til).

Du har jo både det med fagutvikling og det kliniske arbeidet, og mange mener jo at det ideelle for en AGS er.. Ja, 50 prosent med fag, 50 prosent opp mot pasientene, men når man da snakker om klinisk arbeid for en AGS så er ikke det nødvendigvis det å stelle og ta på støttestrømper. (Informant 4)

12.1.2 Muligheter for annen oppgavefordeling mellom AKS og andre yrkesgrupper

Den største hindringen i å få til en annen oppgavefordeling mellom AKS-er og leger er motvilje fra leger. Det kan skyldes flere faktorer, ifølge informantene: manglende kunnskap, redsel for at AKS-ene skal bli minileger og at de skal "trække i bedet" til legene, det vil si bevege seg over på det som tradisjonelt er legenes ansvarsområde.

AKS-rollen beskrives av de vi har intervjuet som å være i skjæringspunktet mellom medisin og sykepleier. AKS-sykepleierne forteller – i tråd med det litteraturen også viser (Antypas & Kirkevold, 2020) – at mange leger er skeptiske til denne nye rollen, spesielt i begynnelsen. Mange leger er positive, mens andre igjen beskrives som «treige». «De yngste føler det som en liten trussel – at vi skal bli minileger». Den ene AKS-en vi har intervjuet har kontor på legekantoret, og hun pleier å ta brødskiva og kaffekoppen sammen med legene. Denne uformelle formen betyr mye. Det er viktig for en AKS-sykepleier å jobbe tett med legene. En forteller at hun nå etter hvert får henvist pasienter fra tilsynslegene, nå som de har oppdaget at hun ikke er noen trussel for dem, men det har tatt lang tid å opparbeide tillit:

Fastlegene har for mye å gjøre, men de vil ikke ha hjelp. Mostanden er størst fra legeorganisasjonen. Det er en maktkamp! (Informant 7)

Det er et paradoks at legene som er midt i en fastlegekrise er skeptiske til at AKS-sykepleiere skal overta noen av oppgavene deres. Samtidig kan vi også si at det er et tilsvarende paradoks at sykepleiere som opplever at de har så mye ansvar at de slutter i jobben, ikke overlater ansvar til helsefagarbeidere der hvor det faglig sett er innenfor deres kompetanse.

En av AKS-informantene er spesielt opptatt av begrensningene som ligger i at AKS'er i Norge ikke har forskrivningsrett, og hun mener det er helt avgjørende at Helsedirektoratet utreder hvordan det kan gjøres i

Norge. Hvis ikke vil AKS-rolla forvitre. Det er ikke snakk om å kunne forskrive alle typer medisiner, men for eksempel starte behandling for urinveisinfeksjon, lungebetennelse eller gi terminalmedikamenter inntil legen kan underskrive. Det gjelder også ved behov for forlengelse av en resept; det oppleves enormt byråkratisk, og det brukes mye tid og ressurser på å sende PLO-meldinger for å få en resept på en medisin som legen allerede har forskrevet.

Et moment som trekkes fram er også at sykepleierne har mer nærgående kjennskap til pasientene, deres historie og deres pårørende. I tillegg har de mer kliniske erfaring, og de kan gjøre en bedre jobb enn en uerfaren turnuslege som ikke er kjent med pasienten. Det handler både om at sykepleierne, til forskjell fra legene, er hjemme hos pasientene, de tilbringer lenger tid med pasientene, i tillegg til at det er mye større utskiftning av leger enn av sykepleiere:

Fastlegen jobber etter 10-20 minutters tid. Mine pasienter kommer ikke til legen. De er like dårlige som sykehjemspasienter. (Informant 7)

Denne AKS-sykepleieren argumenterer for etablering av team rundt de dårligste pasientene med en AKS-sykepleier, lege og andre helsearbeidere. Legene bruker så lite tid per pasient, og de dårligste pasientene trenger mer oppfølging enn det de får nå. AKS-sykepleierne trenger også andre å konferere med, spesielt når det er snakk om store medisinske tiltak. Derfor er det nødvendig å utvikle nye modeller for samarbeid hvor alle involveres og løftes. En AKS-sykepleier kan gjennom sin kunnskap som koordinator mellom ulike tjenester og tjenestenivåer forebygge sykehusinnleggelse og bidra til utsettelse av institusjonsbehov.

Også det som angår samarbeid med øvrig sykepleietjeneste kan ifølge AKS-sykepleierne ha store fordeler. De AKS-ene som får jobbe med sin spesialitet opplever at de er til stor nytte for de andre sykepleierne og helsefagarbeiderne. Ingen av dem vi har intervjuet har opplevd noe skepsis, tvert imot opplever de andre sykepleierne at de får noe i tillegg når de har en AKS i staben. Det gjelder også de som selv har videreutdanninger. Ikke minst kan AKS-er ha en viktig funksjon når det gjelder å trygge unge nyutdannede sykepleiere som ofte blir kastet ut i skremmende opplevelser som de må håndtere helt alene uten noen å konferere med fordi de er den eneste sykepleieren på vakt. En AKS nevner et eksempel med en nyutdanna sykepleier på 22 år som plutselig befinner seg alene i en situasjon hvor hun skal veilede pårørende på hjemmedød. Det er ikke en oppgave de kan klare: *"Hvem skal de ringe? Legevakta? Nei. Å ringe en AKS kunne hjelpe sykepleierne i å stå i det...(...). Det burde vært 24/7 med AKS, så de kan ringe en AKS de som er utrygge."*

12.2 Videreutdanning og spesialisering

Alle informantene i studien har vært innom temaer som kompetanseheving, ønsker og muligheter for videreutdanning og spesialisering. Oppsummert er de fleste, ikke overraskende, opptatt av å få utvikle seg og gå på kurs eller ta annen videreutdanning. Noen av de yngste informantene, som er forholdsvis nyutdannet, er mindre opptatt av kompetanseheving på det nåværende tidspunkt, men ser for seg at det blir aktuelt senere. Svært mange av de sykepleierne vi har snakket med har videreutdanning (noen har opptil flere) og en god del har en spesialistutdanning. Flere av arbeidsgiverne til våre informanter ser ut til å være opptatt av at medarbeiderne skal få tilbud om kompetanseheving. Samtidig forteller flere at kommunen har dårlig råd, noe som gjør det vanskelig å få det til i praksis. Når informantene snakker om videreutdanning og kompetanseheving, snakker de om alt fra korte kurs og kompetansehevende tiltak til masterutdanning og

spesialisering. Av de førstnevnte nevnes en rekke kurs enten gitt som internundervisning eller i regi av eksterne, som omhandler temaer som geriatri, diabetes, sår- og sårbehandling, Demensomsorgens ABC, bruk av tvang og palliasjon, for å nevne noe. Av lengre utdanningsløp er det typisk AKS-utdanning som nevnes, men også andre videreutdanninger og masterprogram ble nevnt. Vi skal se videre på noen eksempler fra intervjuene om erfaringer med utviklingsmuligheter og kompetanseheving.

En informant med noen års fartstid i hjemmetjenesten i en stor by, forteller at hun har utviklingssamtale der de snakker om hva hun er særlig interessert i, men erfarer samtidig at det er ganske sjelden hun får tilbud om kurs:

Det er selvfølgelig sånn at man kan få kurs innimellom, men det er ganske sjelden. Men de spør jo på sånn utviklingssamtale (...), så får jeg spørsmål om hva jeg trives med og hva jeg har lyst til å bli god på. Skal få lov til å holde særlig på med det som man er interessert i og har lyst til å bli god på. (Informant 3)

Selv om sykepleieren sjelden får tilbud om kurs, er i alle fall faglig utvikling på agendaen. Flere informanter forteller at de har kompetanse- og utviklingsplaner. Og flere forteller også at de får gå på kurs, og at det er viktig og bra:

Skal man kurse seg? Ja, man trenger kursing for å treffe mennesker fra andre miljøer, la oss si to ganger i året. Jeg trenger kurs to dager, to ganger i året – høst og vår. Er det så mye å lære der? Nja ... begge deler, men man vet aldri hva man ikke kan før man plutselig står der! Det er naturlig, sånn er det alltid, det viktigste er også å treffe andre mennesker, og ja så det å kunne dele erfaring få høres erfaringer, så akkurat den biten der, den er knall. (Informant 10)

En annen informant innenfor psykisk helsevern mener "mulighetene for fagutvikling er ganske bra", og hun opplever at hun selv får delta på relevante kurs. Hun opplever imidlertid også at mer erfarne kolleger synes det har blitt dårligere kursmuligheter i de senere årene. Informanten relaterer det til at økonomien har blitt trangere. Spørsmålet om **økonomi** tas også opp av flere. En leder i hjemmesykepleien i en større by, peker på at flere medarbeidere får nei til å delta på kurs som det kunne vært nyttig at de gikk på, "kommuneøkonomien setter en stopper for det," sier hun. En informant som arbeider i sykehjem i en distriktskommune nordpå mente at sykehuset var flinkere til å ha fagdager enn kommunen hun arbeider i nå. En undersøkelse om rammevilkår, handlingsrom og arbeidsmiljøforhold blant sykepleierledere gjort for NSF, viser at seks av ti ledere vurderer at de ikke har tilstrekkelig antall ansatte eller tilstrekkelige økonomiske rammer for å sikre god kvalitet på tjenestene (Agenda Kaupang, 2021). Vi kan derfor lett forestille oss at å sende ansatte på kurs eller finansiere videreutdanning nedprioriteres. Undersøkelsen viste også at ledere har lite handlingsrom og lite tid til å jobbe strategisk og langsiktig med utvikling av sykepleierfaget.

De sykepleierne vi har intervjuet, som har lederansvar, er alle opptatt av at ansatte skal få tilbud om kompetanseheving. En avdelingsleder i hjemmetjenesten beskriver at alle hos dem har en kompetanse- og utviklingsplan, og de som ønsker det får kurs og støtte til utdanning. Hennes erfaring er at sykepleierne ønsker å utdanne seg og utvikle seg, og man generelt sett trenger påfyll av kompetanse hele tiden. Det er viktig for å beholde sykepleiere, mener hun. Et par andre ledere i hjemmetjenesten er opptatt av at ansatte skal **få brukt kompetansen** de opparbeider seg gjennom forskjellige videreutdanninger. Det er et tema som også flere andre tar opp. En argumentasjon som flere fremfører er at videreutdanninger og kurs bør være nyttige for tjenestene, ellers kan det bli slik at sykepleierne skaffer seg en kompetanse de ikke får benyttet. Hvordan skal man sikre

at sykepleierne tar videreutdanning og kurs som etterspørres av tjenestene? Flere informanter mener at det er viktig at ansatte er i dialog med arbeidsgiver før de gyver løs på en utdanning. En leder i hjemmetjenesten forklarer hvordan de tenker rundt dette:

Kommunen lager en kompetanse- og opplæringsplan årlig. (...) Jeg pleier å gjøre det med mine ansatte, se litt på... Når du skal jobbe i hjemmesykepleien, vi er litt generalister. Vi har ganske bred erfaring, og jeg trenger litt av det ene og det andre. Og da går vi gjennom og ser på hvor vi mangler kompetanse i forhold til den brukergruppa vi har, for de er jo... Ja, nå er jo snart den eldste 103 år... Du har jo et sprang her [i alder og behov]. Og noen ønsker å dø hjemme, og noen skal bare ha en hverdagsrehabilitering og komme seg tilbake til normal situasjon, og noen skal ha opplæring i å sette medisin, så du har på en måte alt. Så vi pleier å gå gjennom den kompetanseplanen, så kan de søke om videreutdanning og vi har lagt til grunn at "det er dette vi trenger" og vi ønsker at folk skal utdanne seg innen det. (Informant 2)

Sitatet viser for det første mangfoldet av kompetanse som trengs i hjemmetjenesten. For det andre viser det en strategisk tenking fra lederen om å matche kompetansebehovene i tjenesten og hvilket område de ansatte bør prioritere å utdanne seg innenfor. Flere andre informanter har tilsvarende erfaringer, enten som leder eller som medarbeider som tar en utdanning. En leder i sykehjem forteller om en ansatt som holder på med en AKS-utdanning:

Vi har en sykepleier som nå går på en master i avansert klinisk sykepleie. Så hun tok jeg kontakt med og oppfordret til å søke på den utdanningen, for det er noe vi ønsker oss. (Informant 17)

Hun forteller videre at hun søkte Statsforvalteren om støtte og fikk midler som dekker opp noe av utgiftene. Det betyr at sykepleieren kunne få permisjon med lønn for å ta utdanningen. En annen sykepleier i en mindre distriktskommune forteller at hun i samråd med leder, og etter vurdering av kompetansebehov i kommunen, har startet på en masterutdanning som ligger utenfor sykepleier, men som er etterspurt i kommunen. Det er et eksempel på at det også kan være nyttig å vurdere det overordnede kompetansebehovet i kommunen. Å la ansatte få ta en utdanning de brenner for kan være et viktig virkemiddel for å holde på dem, og det vil selvfølgelig være ekstra viktig i kommuner som sliter med å rekruttere og holde på kompetent arbeidskraft.

En annen leder tok også opp betydningen av å oppmuntre ansatte til å ta en videreutdanning som tjenestene har behov for for å klare å følge opp pasientenes behov. Det er også viktig for den ansatte, peker hun på, fordi vedkommende skal få brukt kompetansen sin og bli kompensert økonomisk. Det blir vanskeligere dersom den ansatte utdanner seg innen et felt som ikke er direkte relevant for tjenestene. Som leder har hun selv jobbet i mange år med strategi rundt videreutdanning hos sykepleierne, og sier:

Vi fikk det jo til når det var noe som vi ... det var kompetanse vi trengte, og ønsket å ha. Men det var ikke så lett hvis du tok noe på eget initiativ, og at det var noe som vi ikke trengte. Så den dialogen med arbeidsgiver var jo kjempeviktig - både for å få dekket det og å få permisjon med lønn, og kompensert tid. Men gode ordninger i forhold til permisjon med lønn, og så bindingstid etterpå da, selvfølgelig. (Informant 20)

En ung sykepleier som holder på med en videreutdanning (psykososial helse) erfarer at arbeidsgiver ikke gir full uttelling for å ta en master. Hun forteller at hun ikke får lønn/dekket mer enn seksti studiepoeng, så hvis hun bestemmer seg for å gå videre så får hun "ikke noe igjen for det – annet enn egen læring." Hun får heller

ikke noen annen rolle på arbeidsplassen. Det betyr selvfølgelig at motivasjonen reduseres. Samtidig er det, som nevnt over, kanskje ikke akkurat denne typen kompetanse som trengs på arbeidsplassen.

Kompetanseheving, enten via lengre utdanningsløp eller via kortere kurs, kan relateres til utvikling i oppgavedeling og ansvarsområder. Sammenfattet, er et viktig funn fra intervjuene at dersom arbeidsgiver/tjenesten ikke har behov for eller klare å nyttiggjøre seg kompetansen til medarbeideren, blir det dårlig samsvar mellom kompetansen, ansvarsområder og oppgaver. Det er ikke gunstig for sykepleieren som har brukt tid og krefter på å ta en utdanning. Samtidig er det heller ikke så gunstig for en arbeidsplass å ha mye kompetanse blant ansatte som ikke kan benyttes. Som tatt opp flere ganger over, ser vi det derfor som viktig med utvikling av kompetanse- og utviklingsplaner som ivaretar både medarbeideres og arbeidsplassens behov. Videre er det også interessant å reflektere rundt hvordan bemanningen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten vil utvikle seg hvis stadig flere sykepleiere får spesialistkompetanse, og de skal klare å utnytte den på best mulig måte. Det medfører et behov for å tenke på ansvars- og oppgavedeling på nye måter, og synet på at sykepleiere skal gjøre "alt" må nødvendigvis utfordres.

12.3 Oppsummering – kompetanseutvikling og bruk av egen kompetanse er viktig, men særlig økonomiske forhold påvirker mulighetene

Sykepleiere har bred og variert kompetanse, og kan følgelig arbeide på mange steder og med mange oppgaver. Mange sykepleiere har i tillegg videreutdanning og/ellers spesialisering, og et økende antall har gjennomført AKS-utdanning som er særlig godt egnet til arbeid i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Sykepleierne i vår studie er svært opptatt av å få brukt kompetansen sin. Mange får brukt den, fordi arbeidsplassen har organisert oppgavene godt og de har ledere som er oppmerksomme på hva de kan. Men det er også eksempler på at sykepleiere *ikke* får brukt kompetansen sin. Særlig kritikkverdig blir det når det er snakk om personer med høy utdanning som gjør oppgaver som kan gjøres uten utdanningen. AKS-erne i vår studie opplever i varierende grad at de får utnyttet kompetansen sin. Det kan ha ulike årsaker, som at det ikke finnes en dedikert stilling til en AKS i kommunen og at samarbeidspartnere og kolleger ikke kjenner godt nok til kompetansen deres. Her finnes det et forbedringspotensial for bedre bruk av avansert kompetanse som kommunene har behov for.

Sykepleierne i studien er opptatt av faglig utvikling og muligheter for kursing og viderutdanning. På samme måte som for utnyttelse av fagkompetanse, avhenger mulighetene mye av kommuneøkonomien. Utdanningen bør i all hovedsak svare på kommunens behov, det kan gjøre det lettere å få støtte og tilrettelegge for kompetanseheving. En suksessfaktor for å holde sykepleiere i tjenestene er å at de får jobbe godt faglig og bruke kompetansen sin.

13 Digitale løsnings innvirkning på ansvars- og oppgavedeling

I dette kapitlet tar vi for oss på hvilke måter digitale løsninger og teknologi påvirker ansvars- og oppgavedelingen i den kommunale helse- og omsorgssektoren, samt psykisk helsevern og TSB. Vi forsøker å svare på dette spørsmålet gjennom først å se på informantenes erfaringer med digitale løsninger, før vi deretter går nærmere inn på hvilke forhold som kan bidra til å frigjøre sykepleierkapasitet. Alle informantene har erfaring med digitale løsninger, om enn i varierende grad. Det framkommer også at det rundt om i tjenestene er mange pågående prosjekter som handler om innføring av nye digitale løsninger og tjenester. Mange av disse prosjektene har som utgangspunkt at brukeren i større grad skal klare seg hjemme, med mindre innsats fra kommunen, i tråd med en politikk der flere innbyggere skal leve lenger hjemme. Fordi det er prosjekter som ikke alltid har pågått så lenge, kan informantene ha begrenset erfaring med løsningene.

Digitale løsninger innføres av ulike årsaker i helse- og omsorgstjenestene. I materialet er hovedgrunnene for å innføre teknologi at man ønsker å heve kvaliteten og/eller effektivisere en tjeneste. Noen sier mer direkte at digitale løsninger innføres for å spare penger. Det er få som forteller om løsninger som innføres primært for å gjøre arbeidsdagen lettere for helsepersonell, eller for å frigjøre kapasitet. Men det kan selvfølgelig likevel bli en konsekvens av en digital løsning. Vi har gruppert de digitale løsningene som informantene har erfaring med, og videre i teksten oppsummerer vi deres synspunkter på dem –særlig synspunkter på konsekvensene. Det er viktig å påpeke at det kan være flere leverandører av den samme typen digital løsning, og det kan derfor være ulike erfaringer med det som på papiret er en lik løsning (for eksempel medisindispensere), men som altså ikke er det likevel. Det ligger imidlertid utenfor dette oppdraget å gjøre detaljerte analyser av forskjellige typer teknologier.

13.1 Løsninger i hjemmet

Ett tema som tas opp er innføring av digitale løsninger i hjemmet. Dette omfatter løsninger som elektroniske medisindispensere, varianter av digital hjemmeoppfølging med sensorer, og ikke minst bruk av videokonferanse, der bruken har skutt fart de siste årene i deler av tjenestene.

Vi ser først på noen erfaringer med **elektroniske medisindispensere**, som også etter hvert har blitt en svært utbredt teknologisk løsning. Det finnes flere leverandører av slike løsninger, og det er ulike erfaringer med dem. Et generelt inntrykk er likevel at elektronisk medisindispenser bidrar til at brukerne av hjemmesykepleie blir mer selvstendige og kan leve mer fritt. En sykepleier forteller at hun var skeptisk i begynnelsen da det ble innført, men at hun nå er omvendt. Hennes erfaring er at brukerne altså slipper å forholde seg så mye til hjemmesykepleien, og de slipper å vente på en sykepleier som er forsinket. For hjemmesykepleien betyr det effektivisering. De kan nå stikke innom brukere en dag i uka, i stedet for som tidligere, da de måtte innom opptil to ganger daglig til noen brukere. Dette er en erfaring som deles av alle informantene som har erfaring med elektroniske medisindispensere. Brukerne blir mer uavhengige av tjenestene og klarer seg mer selv. Dette samsvarer godt med funn fra Kleiven et al. (H. H. Kleiven et al., 2020) som fant at innføring av medisindispensere innebar en forhandling om organsiering og praktisk bruk før helsepersonell stolte på at løsningen bidro til trygg og god omsorg for brukerne. I en annen kommune forteller en informant om et pågående prosjekt med elektroniske medisindispensere. Erfaringen herfra er at medisindispenserne er veldig forskjellige, og de hadde dårlig erfaring med en variant. Hjemmetjenesten opplevde at de måtte gjøre flere utrykninger etter at de innførte medisindispenseren enn før, og den ga mye "hodebry". Nå prøver kommunen ut en annen variant, som de er svært fornøyd med. For tjenestene, inkludert sykepleierne, frigjør elektroniske

medisindispensere kapasitet gjennom at de kan gjøre færre hjemmebesøk. Det er imidlertid en forutsetning at brukeren har en noenlunde stabil medisinliste for at det skal fungere.

Av andre løsninger som nevnes rettet mot hjemmeboende, er en av dem **digital såroppfølging**. I flere av kommunene er hjemmetjenestene utstyrt med kameraer, slik at de kan ta bilder av sår og konsultere eksperter. I den ene kommunen har de et samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Når hjemmetjenesten er hjemme hos en bruker med et vanskelig sår, kan de kople seg opp med sykehuset via videokonferanse og diskutere med ekspertisen der, samtidig som de viser bilder av såret. Informanten som er leder i hjemmetjenesten, har erfart at de ansatte synes det er "veldig gøy" å prøve ut, og at det gir motivasjon å jobbe på litt nye måter. Sykepleierne får også økt kompetansen sin på sårbehandling. For brukerne ligger det en gevinst i tidsbesparing. De slipper å reise til sykehuset for særlig oppfølging av sår, og de blir mindre slitne. I en annen kommune hvor de har atskilte sykepleierlister, har man en ordning der helsefagarbeiderne kan ta bilder av sår og vise til sykepleierne – riktig nok ikke i sanntid. Men det innebærer at helsefagarbeiderne kan jobbe mer selvstendig og ta et større ansvarsområde. Sårbilder lagres i brukerens journal. På den måten muliggjør det også en kvalitetsheving i oppfølgingen av sår, fordi man kan følge utviklingen av det over tid. I en tredje kommune er det også en ansatt internt i kommunen som fungerer som ekspert. Her er det en sykepleier på en av avdelingene på sykehjemmet som har tatt videreutdanning i sår. En informant, som jobber på langtidsavdelinga (kan regnes som hjemmet til pasienten), forteller at hun bruker å "teamse eller skype" med kollegaen når de har sår som de ikke får bukt med i løpet av to-tre uker (Informant 12). Hvis de ikke ser bedring, ringer hun altså opp kollegaen og viser bildet av såret og drøfter med henne. På den måten bidrar en enkel teknologi til forenkling og kvalitetsheving av oppfølging av sår.

Videokonferanse

Bruken av videokonferanse i en eller annen variant har økt de siste årene, og pandemien er trolig en viktig forklaringsfaktor for økningen. Dette inkluderer Komp¹⁰, som er en bildetelefon utviklet primært for at eldre skal kunne ha kontakt med familie på en enkel måte, men som også har blitt benyttet i flere hjemmetjenester for å holde kontakt med brukerne under pandemien. Det gjenstår å se hvordan bruken kommer til å justeres og tilpasses de enkelte brukergrupper og tjenester, men informantene opplever i alle fall mye positivt med å bruke denne typen teknologi. Én konsekvens av å ta i bruk videokonferanse er at sykepleierne kan *spare tid* på å kjøre til brukere/pasienter eller til andre tjenester for å ha møter. Men informantene trekker også fram at *tilgjengeligheten* til tjenesten øker for brukerne, samt at muligheten for å delta i møter øker for tjenestene:

Vi så jo veldig effekten av det [videokonferansemøter]; både som tidsbesparende i forhold til å reise ut på møter, men og mye enklere å få med folk på møter (...) Og det var vi faktisk ikke så langt fremme med da jeg begynte der. Men det kom veldig når koronaen kom - da kom det veldig kjapt. Og da ble det også pasientoppfølging via videokonferansemøter. Da hadde vi også sikre måter å gjøre det på da.
(Informant 20)

Med en gang Covid kom, var vi oppe og gikk i forhold til videokonsultasjoner og sånne ting. Og flere ganger i uka har vi videomøter med boligene for psykisk utviklingshemmede, for der er det mye å ta tak i. Og da tar vi det over video. Jeg har mye videomøter med boligene og med hjemmesykepleien.
(Informant 9)

¹⁰ [Komp - én-knappsskjermen for eldre | No Isolation](#) (lesedato: 23.2.22)

Videomøter oppleves altså som et effektivt virkemiddel når møter skal avholdes, og det øker sjansen for at alle kan delta. Sykepleierne vi har snakket med er generelt sett mer opptatt av at kvaliteten på tjenestene kan bli bedre og at tjenestene blir lettere tilgjengelig enn at videokonferanser/møter er tidsbesparende. En informant mener for eksempel at "det er noe med å være tilgjengelig på pasientens premisser, og der hjelper teknologien oss" (Informant 10). Videre forteller en sykepleier i psykisk helsevern at oppfølging på videokonferanse kom for fullt med koronaen. Det var ikke alltid aktuelt å møte pasienter ansikt til ansikt, og hun opplevde det som mye bedre å snakke "via skjerm" enn bare på telefonen, som ville vært alternativet:

Du får jo mye mer informasjon når du ser den du prater med (...) Også er det litt lettere å følge kontakten over tid. På telefonen da når du får en pause så, ja, okay ... «Ja, men da prates vi da», ikke sant, men hvis du har en pause når du ser noen så kan du se at de tenker, eller at de snur seg og hoster, eller at det er andre ting som skjer liksom, at noen er i døra, eller ... Kan jo være så mange grunner. Du får ... Jeg syns du får en annen kontakt da. (Informant 25)

Når det gjelder tilgjengelighet, har videomøter åpnet opp både for at det er lettere å holde kontakten med bruker/pasient, og for å inkludere pårørende og andre tjenester i møter. En informant har for eksempel hatt møter med både pasient og fastlege samtidig, der de har sittet på hvert sitt sted. Og pårørende har vært med på digitale møter. En annen informant innenfor psykisk helsearbeid forteller om nettverksmøter og ansvarsgruppemøter på Teams, der bruker, familie og behandlere møtes. Inntrykket er at noen brukere/pasienter føler seg mer vel med det. Med forbehold om at intervjumaterialet dekker mange tjenester, og følgelig er begrenset fra hver tjeneste, ser det ut som videokonferanse/digitale møter er særlig mye brukt innenfor oppfølging av psykisk helse, og da først og fremst gir gevinst i form av økt tilgjengelighet. Men informantene tar også opp utfordringer med bruk av videomøter, som tap av den mellommenneskelige relasjonen og mangel på stillhet i samtalen, som ifølge en informant, er viktig i terapi. Oppsummert har altså informantene flere gode erfaringer med videomøter. Det er likevel et åpent spørsmål om bruken av videomøter frigjør sykepleierkapasitet. Noe tid kan åpenbart spares inn ved å unngå reiser, og slik sett kan en slutte seg til at noe kapasitet frigjøres.

Digitale løsninger for personer med psykiske helseutfordringer

Blant andre digitale løsninger for hjemmeboende, som nevnes i intervjuene, finner vi et par eksempler på løsninger rettet mot personer med psykiske plager og lidelser. I en kommune tester de ut et digitalt nettbasert lavterskeltilbud med forskjellige moduler som gjør at brukeren kan få hjelp via nett mens en sitter hjemme (Prosjekt assistert selvhjelp)¹¹. Her finnes moduler som mestring av angst, panikkangst og sosial angst, mestring av fobier, depresjon, søvnvansker og stress og belastninger. I en annen kommune prøver de ut en form for digital kognitiv atferdsterapi.¹² Kommunen har ikke hatt psykolog, så de prøver ut en digital tjeneste som et alternativ, forteller informanten. Bruken skal evalueres av kommunen. Av effektmål er kommunen mest opptatt av om tjenesten har effekt på brukerens helsetilstand, og ikke på om tjenesten sparer tid. For begge tjenestene gjelder at de består av en kombinasjon av egeninnsats fra brukeren og veiledning fra tjenestene, typisk en sykepleier med videreutdanning innen psykisk helsearbeid.

Digital hjemmeoppfølging med sensorer

¹¹ [Assistert Selvhjelp – Få bedre psykisk helse via internett](#) (lesedato: 24.2.22)

¹² <https://ifightdepression.com/en/self-management-resources/ifightdepression-tool> (lesedato: 24.2.22)

Et siste eksempel vi tar med er et klassisk velferdsteknologi-eksempel. I kommunen har man tatt i bruk digital hjemmeoppfølging kombinert med sensorer som sender vitale målinger til kommunen. Målingene blir monitort av en sykepleier som arbeider i et primærhelseteam. Hun sier:

Altså, jeg liker jo veldig godt telemedisinsk oppfølging og sånne ting, fordi at du får fulgt mange flere pasienter, og hvis systemene er gode så bruker du ikke noe særlig tid heller. Da logger jeg meg på den siden, og så fester jeg et blikk og ser at alt er grønt og det betyr at jeg ikke trenger å gjøre noe. "Her var det noe som var gult, det må jeg inn og se på", altså det går litt fort. Og så har du kanskje 20 pasienter som du i løpet av en halvtime har kontrollert. (Informant 9)

Slik informanten erfarer det, bidrar altså slike løsninger til at hun på en mer effektiv måte kan følge med på pasientene. Ved å kaste et blikk på verdiene, få hun et raskt overblikk på om noen trenger nærmere oppfølging, eller om alt er greit. Vi vil legge til at det kreves kapasitet og ressurser avsatt slik at noen kan ta rollen med å følge med resultatene av målingene som sendes inn. Gevinsten kommer altså ikke av seg selv, uten at noe også må investeres. All implementering av teknologi/nye tiltak kan forstås ut fra et slikt synspunkt. I en tidligere studie har vi pekt på at innføring av velferdsteknologiske løsninger nødvendiggjør endring av arbeidspraksis og organisering av hjemmetjenesten for at løsningen skal bli brukbar (R. Stokke et al., 2021). Det er tilfellet i det empiriske eksemplet her også – bruk av telemedisinske løsninger krever planlegging og ny organisering av ansvar og oppgaver for at sykepleierne skal kunne respondere på teknologien.

13.2 Løsninger på institusjon

Informantene som jobber på institusjon, har særlig erfaring med digitalt tilsyn og sensorteknologi. Samtidig opplever de at stadig flere teknologiske løsninger testes ut. De fungerer mer eller mindre vellykket.

Digitalt tilsyn

Digitalt tilsyn innebærer at beboere/pasienter overvåkes — etter at de eller pårørende har gitt sitt informerte samtykke til det — gjennom for eksempel bevegelsessensorer, fallsensorer, bleiesensor og døralarmer.¹³ Intervjuene gir et blandet bilde av hvordan slike løsninger virker og hva slags forventninger sykepleierne har til dem. En leder mener det kan være nyttig, så lenge det blir brukt på riktig måte:

Ja, riktig brukt så synes [ansatte] at det er nyttig, fordi det gir faktisk en bedre beslutning som du kan konferere i forhold til lege, medisinsk behandling og sånne ting. Det er jo nyttig, men selvfølgelig ikke alene. Det er en utfordring at det ikke er integrert i journalsystemet enda. Men når en ser at man får erfaring med at: "ok, dette kan være nyttig", også inn mot for eksempel psykisk utviklingshemmede, at det er et mindre inngripende tiltak enn å komme inn veldig mange ganger å sjekke... Så det blir jo disse avveingene, ikke sant (...) Men, det vi også ser, det er at man er veldig usikker på om det vil spare tid (Informant 27)

En annen informant er positiv til å ta i bruk digitalt tilsyn, og har erfart at det kan erstatte en nattevakt:

¹³ Mange refererer til denne typen løsning: [RoomMate](#), men vi omtaler det kun som "digitalt tilsyn i teksten" (lesedato: 24.2.22)

Det er jo et helt reelt valg, altså. Det er helt konkret... Hvis vi får inn en pasient, der vi ser at "her blir det... må passes på gjennom natta", da må vi jo velge: skal vi sette opp sensor, eller skal vi leie inn ekstra nattevakt? Det er jo helt konkret. (Informant 13)

På sykehjemmet hun jobber har det vært hendelser med tekniske problemer, hvor blant annet sensorene ikke har fungert, eller ansatte ikke har klart å sette dem opp. Da har de måttet leie inn nattevakt, forteller informanten, og bruker det som et tydelig eksempel på at sensorer i alle fall kan brukes for å avlaste personalet. Det kan rett og slett være kostnadsbesparende. Intervjuene viser, som nevnt over, et mangetydig bilde av erfaringer og forventninger til digitalt tilsyn. Ved et annet sykehjem har de ennå ikke prøvd ut digitalt tilsyn, men de vurderer det. Informanten reflekterer rundt temaet:

Nå har vi ikke prøvd det [digitalt tilsyn] enda, men jeg har veldig lyst til å si nei. For jeg ble utfordret på om... jeg fikk et spørsmål fra min leder; «er det sånn at nå når vi tar dette systemet i bruk, er det sånn at vi kan vi bruke en nattevakt mindre?» Og da måtte jeg si noe om at en ting er jo at man får bedre oversikt over når det skjer noe, men når det faktisk skjer noe så må det jo inn hender der. Ikke sant (Informant 17)

Sykepleieren tror at digitalt tilsyn kan bli et supplement og en ekstra trygghet for både personalet og pasientene, men hun stiller spørsmål ved hvor mye ressurser man vil spare. Flere andre er av samme oppfatning. Det er usikkerhet ved hvor mye ressurser, og således sykepleierkapasitet som kan spares ved å innføre digitalt tilsyn. En mener at man kanskje kan spare noe tid ved å slippe og gå rundt på alle rom (Informant 16). Andre er mer opptatt av de kvalitetsmessige effektene som digitalt tilsyn kan gi. En beskriver for eksempel at digitalt tilsyn er nyttig for å unngå og forstyrre beboerne unødig. En annen sier "Er det 113 eller er det bare en tisseflaske?" Slike ting kan digitalt tilsyn gi informasjon om (Informant 7), mens en annen fremhever verdien for fallforebygging. Enda en annen informant trekker fram at særlig nattevaktene har "kjempenytt av døralarm og bevegelsesalarm." Da kan de gå rundt i en annen etasje, og hvis pasienten går ut av sengen, så er det en sånn sensor som registrerer bevegelse – "bang, alarm!" (Informant 15)

Informantene problematiserer også bruken av digitalt tilsyn, kanskje mest ut ifra hva det har å si for pasientene, heller enn for sykepleierne. En mener det er viktig å problematisere rundt teknologiens erstatning for menneskelig kontakt. Hun sier:

Hvis det er en urolig pasient, kanskje angstfylt, skal man da erstatte at noen tett ved siden av senga holder en i hånda og trøster en, med at det står en sensor som piper hver gang man setter foten på gulvet? Ja.. Det går an å.. Det kan man diskutere opp og ned (Informant 13)

For sykepleiernes del handler de negative konsekvensene mye om at teknologien ikke virker og at det skaper merarbeid og irritasjon. Det kan også skape usikkerhet om pasienten faktisk blir fulgt opp. På en korttidsavdeling har de fått innført et varslingsystem, der ansatte får varsler på telefonen når pasientene utløser alarmen. Forventningen var at de skulle spare tid, men de opplever nå ordningen "som bare tøysete". Enten ringer det stadig vekk, eller alarmene ringer ikke på telefonen fordi telefonene er ødelagt eller liknende. Det skaper en utrygghet knyttet til om pasienter ringer på hjelp, men at ingen mottar og pasienten følgelig ikke får hjelp. (Informant 4)

Vi ser altså at det er blandede erfaringer og forventninger til digitalt tilsyn. Noen sykepleiere er overveiende positive og tenker at digitalt tilsyn betyr at de kan senke skuldrene litt, for eksempel med tanke på pasienter

de er redde for at skal reise seg opp og falle. På den måten kan teknologien bli en avlastning, fordi de slipper å gå innom pasientene så ofte som de måtte ha gjort ellers. Andre sykepleiere er mer skeptiske og synes løsninger som digitalt tilsyn har for mye smak av overvåkning. I tillegg kan det lett medføre tekniske problemer, noe som betyr merarbeid for de ansatte.

Vi tar med et annet mer avgrenset eksempel på digital løsning, som også har denne dobbeltheten i seg, vendesenger. På den ene siden innebærer vendesenger et potensial for forbedring og effektivisering, på den andre siden krever det kompetanse for å kunne bruke teknologien som styrer sengas bevegelser. For pasienten vil det være gunstig å bli ofte nok snudd. En leder fra sykehjem fremhever at for sykepleierne er det positivt fordi de slipper å gjøre tunge løft og forflytninger. Samtidig har hun erfart at det er krevende for mange av de ansatte å stille inn hvordan og hvor ofte senga skal bevege seg. Hun mener det er en bøyg for mange å gyve løs på å stille inn en slik seng. Opplæringen er også krevende. Og fordi vendesenger ikke brukes så veldig ofte, blir ikke ansatte fortrolige med teknologien.

13.3 Løsninger rettet mot helsepersonell

Noen digitale løsninger er primært rettet mot helsepersonell. Målene for disse er hovedsakelig forenklet samhandling mellom personell og tjenester, og en muligheter for å bli mer effektiv i tjenesten ved for eksempel å dokumentere fortløpende i journal på mobile enheter. Vi har vært inne på videokonferanse-løsninger tidligere, som en tjeneste som kan brukes mellom helsepersonell og pasient. Også helsepersonell bruker videokonferanse til møter seg imellom. Informantene opplever at det sparer dem for mye tid, fordi de unngår reising. Vi ser fra eksemplene under at det gjerne er sykepleiere som deltar i ansvarsgrupper, og de har mange samarbeidsmøter som har nytte av digitale møter:

Dette er jo en stor kommune, så den er veldig vidstrakt. Altså sånn med reisevei, så sparer du mye på kapasitet da. Og vi var jo og en del av FACT-teamet, interkommunalt samarbeid i forhold til FACT-team. Og en ser jo... når du da skal ha base på [tettsted] og så skal du da reise helt til oppi [...] på kommunegrensen, sant, og helt i sør. Så det er lange avstander. Så ... ja, det har vært en effekt på den biten. (Informant 21)

Altså, når vi har ansvarsgruppemøte og sånn, så har vi brukt video. Og det har jo spart oss for mye ressurser, med tanke på at vi må kjøre langt. Vi bor en time fra [storby] og en time fra [liten by]. Ja, og vi bor oppi skogen, på en måte, det er der institusjonen vår er (Informant 24)

Det har frigjort en del reisetid på en del ting du brukte å kjøre mellom møter, samarbeidsmøter sånn som vi gjorde tidligere så kan vi ta det på - enten via helsenetten eller på Teams da sånn som vi gjør nå. Sånn sett så har vi spart inn litt mer tid på det vi har brukt til kjøring tidligere da (Informant 25)

Felles for de tre informantene er at de alle jobber innenfor psykisk helse og rusfeltet. Alle deltar i mange samarbeidsmøter, og alle har lange kjøreavstander. Mange sykepleiere i Norge har det på den måten, med forholdsvis stor geografisk avstand til samarbeidspartnere og behov for å ha mange samarbeids-/koordineringsmøter. Å ta i bruk videoløsninger for slike møter virker derfor svært fornuftig.

Andre digitale løsninger som tas opp av sykepleiere i hjemmetjenesten, er arbeidslister på mobilen og muligheter for å dokumentere i journalen mens man er ute hos brukeren. En (Informant 2) forteller at de i ca.

20 år har hatt Geric på mobilen og at de er godt vant med å bruke den løsningen. Det framstår som nyttig fordi sykepleierne kan se på tiltaksplaner, journalnotater, medisiner osv. mens de er ute hos brukeren. Tilgang til journalen på mobil har etter hvert blitt utbredt, og kan også sies å både styrke kvaliteten og kanskje også effektivisere arbeidet. Imidlertid er det selvfølgelig alltid en sjanse for tekniske problemer, som en annen informant tar opp. Hun forteller at de har gode erfaringer med å ha arbeidslistene sine på mobilen, men det skjer stadig vekk at de ikke kommer inn på mobilen, og følgelig ser de heller ikke hvilken liste de skal gå på. Som erstatning skriver de ut papirlister. I tillegg får de heller ikke kvittert ut for oppdrag (herunder at de har gitt medisiner) når de er ute hos brukerne. Da må sykepleierne inn på pc-en når de kommer tilbake til kontoret, og det skaper merarbeid. Informanten sier: *"Det er sårbart. Vi lager avvik på det, og så sender vi det til kommunen, så det er eneste måten de kan se at systemet ikke fungerer optimalt."* (Informant 1) I hjemmetjenesten beskriver også noen informanter at de har innført en digital adgangsløsning via en app (Bekey). Dette oppleves som et stort framskritt fordi de ansatte slipper å gå rundt med et digert nøkkelknippe.

Fra informantene på sykehjem nevnes også noen digitale løsninger, som kun er i bruk i sykehjem. Den ene er medisinsautomater og elektronisk lagerstyring på medisinrommene. En av informantene har det på sykehjemmet der hun jobber. Det innebærer at de har automater som er stilt inn med hvilke medisiner de skal ha og hvilket beholdningsnivå. Når beholdningen faller under et visst nivå, går det en automatisk bestilling til apoteket, og medisinerne blir levert til sykehjemmet. Informanten erfarer at de sparer sykepleierressurser på dette, siden sykepleierne slipper å stå og telle medisiner.

Et siste eksempel vi vil nevne fra sykehjem, er en digital løsning som går rett på dette oppdragets hensikt. Det er et prosjekt der et sykehjem skal igang med elektronisk ruteplanlegger¹⁴, som kort fortalt handler om at man ved hjelp av AI skal kunne fordele arbeidsoppgavene på en mest mulig hensiktsmessig måte. Vi har ikke detaljert informasjon om hvordan dette gjøres i praksis, men ifølge informanten vil løsningen gjøre det enklere å fordele relevante oppgaver til personell ut ifra kompetansenivå. Hun tror videre at ved å synliggjøre arbeidsoppgavene alle har for hverandre kan det bidra til at andre kan ta de oppgavene sykepleierne gjør som er lite sykepleierfaglige. På den måten kan sykepleierressursene bli brukt på en bedre måte. Informanten synes det er spennende å se hvordan det går. Slike løsninger som er målrettet mot mer riktig utnyttelse av personalets kompetanse kan bli viktige i en tid framover preget av bemanningsutfordringer i tjenestene. Foreløpig har vi ikke funnet noen forskning på slike løsninger, og det er derfor vanskelig å si om de fungerer etter hensikten.

13.4 Hvilke forhold kan påvirke frigjøring av sykepleierkapasitet?

Over har vi gått gjennom informantenes erfaringer med digitale løsninger de har tatt opp i intervjuene. Generelt sett har informantene en positiv holdning til å ta i bruk ny teknologi – selv om det også framkommer eksempler på skepsis. Til tross for at stadig flere digitale løsninger tas i bruk, er det likevel ikke helt rett fram å avgjøre hva som er konsekvenser av innføringen, og om den bidrar til å frigjøre sykepleierkapasitet. Vi har sett at noen teknologier, mer enn andre, ser ut til å bidra til å spare tid på unødvendige oppgaver (som reising), mens andre i hovedsak bidrar til å øke kvalitet på tjenestene. Det er uansett riktig å si at informantene ser digitale løsninger som et viktig hjelpemiddel i en tid der det vil bli færre sykepleiere i tjenestene:

Vi blir færre hender, vi må ta i bruk verktøy som kan bistå at vi må gjøre den jobben som faktisk trenger et menneske og så må vi la teknologien gjøre de andre oppgavene som kan hjelpe oss med å spare tid.
(Informant 2)

¹⁴ [Elektronisk ruteplanlegger i hjemmetjenesten \[Gratis guide\] - Visma \(lesedato: 1.2.22\)](#)

Mange av informantene er inne på hva slags effekter de digitale løsningene gir på et litt mer abstrakt plan – altså ikke knyttet til en spesifikk teknologi. Videre synes mange det er vanskelig å skille eksakt hvilke teknologiske løsninger som bidrar til frigjøring av tid og hva som bidrar til bedre kvalitet for pasienten og økt trygghet for sykepleieren. Uten studier designet spesifikt for å svare på dette, er det vanskelig å svare konkret på hvordan ny teknologi kan frigjøre sykepleierkapasitet. De fleste informantene er inne på at teknologi kan være et verktøy og et hjelpemiddel *i tillegg til* sykepleieren, og at teknologien stort sett ikke kan erstatte sykepleiere. Samtidig har vi noen eksempler der sykepleierens oppgave faktisk kan overtas av en teknologi (lagerstyring), eller at man kan jobbe på avstand og slik spare mye reisetid. Det kan frigjøre sykepleierkapasitet. I intervjuene har det framkommet noen forhold vi ser som viktige at er på plass for at teknologi skal frigjøre kapasitet. Vi går gjennom dem i de følgende avsnittene.

Bestillerkompetanse – inkluder helsepersonell i hvilke løsninger som skal anskaffes

Et annet moment som blir tatt opp av et par informanter, handler sammenfattet om bestillerkompetanse og at helsepersonell bør være med å bestemme hva slags digitale løsninger de trenger. En informant har erfart at det kan gå galt dersom helsepersonell selv ikke er med og beslutter hva som skal kjøpes inn:

Det er litt stygt å si det, men IT-avdelingen er litt sånn “stat i staten” i kommunen. Vi er jo veldig prisgitt deres kapasitet og hva de tenker og mener. Et godt eksempel på det var da vi skulle starte opp med FIT-skjemaer i [kommune] som skal være med å sikre kvalitet i samtalen du har med brukere. Og da hadde jeg en erfaring med [kommune2] der vi hadde gjort “research” før, i forhold til hvilke program som var de beste alternativene og som kunne integreres med andre typer program. Men nei, IT hadde bestemt seg for at det var det andre programmet, og det var ikke funksjonelt (...) Og dette er jo kanskje litt den utfordringen vi ser - at vi som er brukere av teknologien – at når du ikke er med og blir spurt om råd, eller blir tatt med når sånne ting skal avklares og kjøpes inn og den type ting ... så, ja... (Informant 20)

Tidligere studier har vist at dersom helsepersonell ikke inkluderes i innkjøp og/eller har liten påvirkning på hvilke løsninger som velges, kan det føre til at de blir mindre fornøyde med løsningene. Det kan være at løsningene er innført uten god kjennskap til hva tjenestene faktisk trenger, og de passer kanskje ikke til deres behov (Melby et al., 2019).

Teknologien må være "god nok"

Et annet forhold som løftes fram er et teknologien må virke; den må være til å stole på. Flere har eksempler på at de har måttet ta i bruk teknologier som fungerer dårlig, for eksempel nyutviklede løsninger i en tidlig versjon. En informant erfarte det slik:

Vi var i en tidlig fase, så teknologien var rett og slett ikke god nok. Så vi brukte masse tid på å teste, jeg husker at vi hadde sånne GX8 trygghetsalarmer som gjorde utslag nærmest ute på sjøen så vi måtte fininnstille og teste masse, så den var ikke god nok, men dette er nesten solgt før den var skikkelig testet, da, men sånn var det på en måte nasjonalt, så jeg tror på en måte ingen var. Det var bare sånn, så man lærer mye fortløpende nå altså. (Informant 27)

En annen informant som har særlig ansvar for velferdsteknologi, peker på at ansattes holdninger påvirkes når teknologien ikke virker. De ansatte blir lei, og det sprer frustrasjon. Det er selvfølgelig ikke bra, verken for arbeidsmiljøet, eller for mulighetene til å nyttiggjøre seg teknologien.

Avklart ansvar for hvem som løser tekniske problemer

Det følger av det vi har beskrevet over at det er viktig at det er en avklart ansvars- og oppgavedeling med IT-avdeling og teknikere for å forhindre slike opplevelser. En informant i hjemmetjenesten mener at "sykepleierne må få gjøre det de er gode på og så kan velferdsteknologisk konsulent og teknisk ansvarlig få gjøre det de er gode på. Når man fordeler oppgavene slik, blir det mye mer effektivt", mener hun (Informant 2). Hun argumenterer altså for en god oppgavedeling med andre yrkesgrupper som IT-ansatte, slik at sykepleiere (og annet helsepersonell) skal slippe å bruke tid på å løse tekniske problemer. Denne problemstillingen har vi også erfaring med selv fra egne studier. For å få trygghetsalarmen til brukerne til å virke, måtte sykepleierne stadig vekke ta på seg en teknisk support-rolle (Randi Stokke et al., 2021). Det spiser av tiden som kunne blitt brukt på sykepleierfaglig arbeid.

Opplæring i bruk av de digitale løsningene

Et annet ganske åpenbart moment er at sykepleierne må få opplæring i de digitale løsningene, og en må regne med at det tar noe tid før eventuell frigjort sykepleierkapasitet kan tas ut. Som vi var inne på over, er det noen løsninger — som vendesengene — som brukes sjelden og derfor er mer krevende å sette seg inn i. Men også mye brukte løsninger som pasientalarmer kan ta sin tid å sette seg inn i. En leder på sykehjem sier:

Bare på de alarmene som vi har her, som alle pasientene har, så har vi brukt masse tid. Men nå er det klart, det er helt nytt. Men det har i hvert fall gått mye tid nå i begynnelsen bare på å forstå dem, og det å kunne legge inn og endre på dem. Det er personalet som snakker om det da, ikke sant, de blir frustrert og står i gangen en halvtime og snakker om det. Om noe som ikke funker. (Informant 16)

Det er vanskelig å skille hva som skyldes manglende opplæring og hva som skyldes dårlig funksjonalitet ved teknologien. Men eksemplet viser uansett på at god opplæring og forståelse av teknologien er viktig. I en presset hverdag kan det være vanskelig å prioritere og lære seg en ny teknologi – det er kanskje den største utfordringen knyttet til å bli en kompetent teknologibruker (jf. Melby et al., 2020).

Digital kompetanse

Et beslektet forhold med behovet for opplæring, er nødvendigheten av utvikling av den digitale kompetansen hos sykepleierne. Det er nødvendig for at de skal være i stand til å vurdere når og hvordan en digital løsning skal brukes, samt å ta imot og fortolke resultater osv. fra løsningene. Det betyr at innføring av teknologi også medfører nye krav om kompetanse og nye arbeidsoppgaver. Selv om man klarer å lage en god arbeidsdeling med IT-avdelinger/teknikere, vil det trengs gode sykepleierfaglige vurderinger i anvendelsen av teknologien mener flere informanter. Blant annet mener en informant (Informant 18), at behovet for gode sykepleierfaglige vurderinger ikke blir mindre med innføring av teknologi. Det vil bli økte krav til kompetanse etter hvert som vi får mer avansert teknologi i alle deler av helsetjenesten og flere målinger/egenregistreringer. Når vi i større skala begynner å måle og varsle ved hjelp av teknologi, vil det også bli større krav og forventninger til rask respons og riktig vurdering av måleresultatene. En knapphet på fastleger, økte oppgaver og ansvar, gjør «sykepleierblikket» og vurderinger enda viktigere.

Et element av digital kompetanse kan sies å være evnen til å gjøre en god vurdering av når man skal bruke en digital løsning og når en ikke skal gjøre det. En informant eksemplifiserer dette med bruken av Teams sett opp mot å møtes ansikt til ansikt. Hun sier:

Når du skal vurdere om du skal dra hjem, eller om du skal ta det på Teams, så må du ha en veldig faglighet for å vurdere det når du får søknaden (...) Du må ha en vurderingsevne da. Og det mener jeg sykepleiere har, spesielt når du har tatt ulike utdanninger og når du har master så er du jo på et høyere nivå og har den enda større evne til å vurdere situasjoner. (Informant 19)

I en arbeidshverdag der helsepersonell i stadig økende grad må forholde seg til digitale løsninger blir nettopp evnen til å utnytte teknologien på en riktig måte viktig. Brukt "feil", kan den bli en hemske og skape merarbeid, mens brukt riktig kan den gi bedre tjenester, og også frigjøre tid for sykepleierne. Utvikling av digital kompetanse må starte allerede i utdanningen, og en må regne med at kompetanseutvikling og integrering av digitale løsninger er et kontinuerlig arbeid. Som en av informantene sier: "*Det tar tid å få til dette. Ingen lærte dette på sykepleierutdanningen.*" (Informant 18)

13.5 Oppsummering: ny teknologi gir økt kvalitet heller enn spart tid

I denne kapitlet har vi beskrevet informantenes erfaringer med ulike digitale løsninger, strukturert etter om de er rettet mot hjemmeboende, mot pasienter/beboere i institusjon, eller om de brukes for å støtte helsepersonell og samhandling dem imellom. Hovedinntrykket er at når informantene snakker om konsekvenser av teknologiene er de oftest knyttet til konsekvenser for *pasientene*. Det kan handle om at pasienter lettere får tilgang til en tjeneste, eller at kvaliteten på tjenesten blir bedre. Konsekvenser for helsepersonell handler i stor grad om å spare tid gjennom bruk av videomøteløsninger. Men det kan også handle om at monitoreringsteknologier skaper trygghet for helsepersonell, fordi de vet at de lettere kan følge med på pasienten.

Sett opp mot problemstillingen i oppdraget; kan teknologi frigjøre sykepleierkapasitet, peker intervjuene på at sykepleierne kan spare tid på å bruke videomøter. Dette er det tydeligste funnet. Videre ser det ut som også noen andre digitale løsninger kan bidra til spart tid, men som påpekt over, er det like mye kvalitetsheving som ser ut til å være en konsekvens. På lang sikt kan vi tenke oss at tjenester av god kvalitet vil redusere – eller utsette — behovet for tjenester i framtiden. På den måten vil en indirekte effekt være frigjort kapasitet.

Studien viser også at det er en del forutsetninger som må være til stede for at tjenestene skal kunne nyttiggjøre seg teknologien. Det omfatter forhold både ved teknologien og ved organisasjonen/personalet. Teknologien må svare på behov som tjenestene har, den må være stabil og virke. Teknikere må ha ansvar for teknologien, så ikke sykepleiere får denne tilleggsjobben. Og sykepleierne (og andre som skal bruke løsningene) må sikres god opplæring på kort sikt. På lang sikt må den digitale kompetansen økes generelt sett. Som en del av den digitale kompetansen inngår ferdigheter til å handle etisk og gjøre vurderinger om når teknologi skal brukes og ikke.

14 Avsluttende refleksjoner

Hensikten med studien vi har presentert i denne rapporten har vært å få kunnskap om hvordan oppgave- og ansvarsfordeling og teknologi kan frigjøre sykepleierkapasitet og bidra til å rekruttere og beholde sykepleiere i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Problemstillingen er svært aktuell i en tid der vi kan forvente stor mangel på sykepleiere, men også på andre yrkesutøvere med helsefaglig bakgrunn. I studien har vi jobbet ut ifra følgende problemstillinger, som til sammen gir oss kunnskap til å gjøre noen vurderinger om hva som skal til for å rekruttere og beholde sykepleiere, samt frigjøre kapasitet:

I kunnskapsoversikten belyser vi følgende problemstillinger:

- Hvilke trender, eksempler og resultater på endringer i ansvars- og oppgavedeling finnes nasjonalt og internasjonalt?
- Hva hemmer og hva fremmer ansvars- og oppgavedeling innenfor helse- og omsorgstjenester?
- Hvordan kan digitalisering og teknologi understøtte endringer i ansvars- og oppgavedeling framover? Og hvordan kan dette benyttes som en katalysator for ansvars- og oppgavedeling?

I den kvalitative undersøkelsen belyses disse problemstillingene:

- Hvordan opplever sykepleierne ansvars- og oppgavedelingen i hverdagen?
- Hvordan opplever sykepleierne sine utviklingsmuligheter i eget yrke og rolle?
- Hva er sykepleiernes erfaringer med å jobbe tverrfaglig og i team? Hva hemmer og fremmer tverrfaglig samarbeid?
- På hvilke måter påvirker digitale løsninger og teknologi ansvars- og oppgavedelingen i den kommunale helse- og omsorgssektoren?

Videre følger en overordnet oppsummering av resultatene, samt noen avsluttende refleksjoner rundt selve kjernen i oppdraget: hvordan kan vi frigjøre sykepleierkapasitet og bidra til å rekruttere og beholde sykepleiere i de kommunale helse- og omsorgstjenestene? Vi peker også på kunnskapshull og gir anbefalinger for videre forskning og praksisendringer på feltet.

Ansvars- og oppgavedeling i Norge sammenliknet med andre land

Litteraturen som har blitt oppsummert i dette prosjektet (kapitlene 4-7) viser hvordan flere vest-europeiske land, og andre land som Canada og USA, har kommet et godt stykke på vei i utviklingen av en systematisk tilnærming til ansvars- og oppgavedeling i kommunal helse- og omsorgssektor, og dermed kan også vise til mer dokumentert kunnskap på feltet. I Norge kan det virke som at de kommunale helse- og omsorgstjenestene bærer mer preg av uformell oppgaveglidning uten en tydelig og strategisk plan. På ett vis kan det tenkes at en uformell form for oppgaveglidning på mange måter er positivt, da det i vårt langstrakte land synes helt nødvendig at ansvars- og oppgavedeling tilpasses lokale forhold og behov. I tillegg kan en slik uformell oppgaveglidning forstås som en respons på et mer eller mindre akutt opplevd behov i tjenestene, og ved å omfordele oppgaver løses problemet. På den annen side byr en slik uformell oppgaveglidning også på utfordringer, da det blir opp til den enkelte kommunes sykehjem, hjemmetjeneste eller fastlegepraksis å avgjøre hvordan og på hvilken måte ansvars- og oppgavedeling best kan organiseres. Eksempler på faktorer som i stor grad vil påvirke gjennomførbarheten av ansvars- og oppgavedeling uten mer overordnede føringer er ulike oppfatninger og uklare definisjoner av sykepleierens og annet helsepersonells roller og ansvarsområder, ulike finansieringsordninger, lokale lover og regler, politiske føringer, beslutningstakere og lederes egne preferanser, samt misforhold mellom kapasitets- og kompetansesammensetning.

Til tross for at kunnskapsoppsummeringen vår viste begrensede mengder forskning som har sett spesifikt på ansvars- og oppgavedeling innen psykisk helsevern og TSB, ga informantene i studien vår inntrykk av at sykepleierne innen dette feltet i større grad er fornøyd med egne oppgaver og ansvar. Dette gjelder særlig sykepleiere som jobber poliklinisk. Sammenlignet med sykepleiere i sykehjem, i hjemmetjenesten eller på fastlegekontor, kan oppgavene i psykisk helsevern/TSB for en del sykepleiere i stor grad være avgrenset til samtaleterapi. På den annen side kan oppgavene også være svært omfattende og "grenseløse". Men — fordi oppfølging av psykisk helse og rusproblematikk i stor grad handler om å følge opp alle aspekter av pasientens liv gjennom en helhetlig tilnærming, blir også svært mange oppgaver relevant for sykepleierne.

De avanserte kliniske allmensykepleierne er i økende grad på vei inn i de kommunale tjenestene, og det vil bli svært viktig å få utnyttet deres kompetanse. Vi har vist at det ikke er tilfelle alle steder i dag. Vi har ikke nok kunnskap til å si hvorfor kompetansen ikke utnyttes skikkelig. Men det er verdt å merke seg at bruk av kompetanse ikke er noe som skjer i et vakuum, men i samspill med kolleger med sin fagspesifikke kompetanse og innenfor en kommunal kontekst med økonomiske begrensinger. Videre er det klart at så lenge det ikke er tilstrekkelig med ansatte som kan gjøre mindre avanserte oppgaver, kan AKS-erne lett havne i en rolle der de bare må trå til der det brenner. Vi ser også den samme tendensen der mengden oppgaver som skal gjøres overskrider det de ansatte har kapasitet til å gjøre. Da har heller ikke "vanlige" sykepleiere tid til å jobbe med kvalitetsarbeid, men må smøre brødsriver og skifte på senger. Det er ikke god utnyttelse av den sykepleierfaglige kompetansen. Og det gjør det svært vanskelig å frigjøre sykepleierkapasitet så lenge ikke noen andre kan gjøre jobben.

Behov for endring av ansvar og oppgaver

I studien har vi altså vist at sykepleiere utfører mange forskjellige oppgaver og at mange av dem oppleves relevante og innenfor det som er sykepleierens mandat. Samtidig har vi også sett at mange sykepleiere gjør oppgaver som man slett ikke trenger sykepleierutdanning for å gjøre. Det er sjelden formaliserte oppgavebeskrivelser eller formell oppgavedeling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og fordeling av ansvar og oppgaver avgjøres gjerne av virksomhetene selv. Så lenge kravet om faglig forsvarlighet overholdes betyr det at flere yrkesgrupper kan gjøre de samme oppgavene. Vi har tidligere i rapporten pekt på at det er vanskelig å gi en presis beskrivelse av hva slags oppgaver sykepleiere bør gjøre mer av og hva de bør gjøre mindre av. Mye avhenger av hvilken kontekst vi snakker om. Likevel er det ingen tvil om at i en tid der vi står overfor sykepleiermangel, særlig i de kommunale tjenestene, er det nødvendig å begynne å prioritere tøffere omkring hvilke oppgaver sykepleiere bør gjøre mer av og hvilke de bør gjør mindre av. Som et prinsipp vil vi si at utdanning og oppgaver — naturligvis — bør matche hverandre. En sykepleierfaglig utdanning bør først og fremst utnyttes til å gjøre oppgaver som andre yrkesgrupper ikke har kompetanse til å gjøre. Av dette følger det at for oppgaver som ikke krever sykepleierutdanning, kan andre yrkesgrupper ta større ansvar. Det vil bli nødvendig med diskusjoner mellom alle yrkesgrupper, faglærte som ufaglærte, for å avklare en mest mulig hensiktsmessig oppgavedeling. Videre er det et lederansvar å sørge for at planene som legges for oppgavedeling overholdes. I dag ser vi at ressursmangel i tjenestene gjør det vanskelig å følge avtalte planer. Sykepleiere som eksempelvis skulle ha brukt tid på fagutvikling og veiledning, må plutselig ta i et tak på kjøkkenet fordi assistentstillingen er fjernet. Det vil vi hevde ikke er god bruk av kompetanse.

Konsekvenser og rolleforståelse ved ny organisering

Ny organisering av ansvar og oppgaver medfører både ønskede og uønskede konsekvenser. Hva skjer når man eksempelvis trekker sykepleiere ut av virksomheten og lar dem operere i egne team som "server" avdelinger hvor de selv har lite pasientkontakt? Gjennom dette oppdraget har vi vist hvordan denne formen for

organisering prøves ut i flere prosjekter i norsk kontekst. Å være bevisst på hvordan dette blant annet preger kulturen på arbeidsplassen, etiske standarder og det tverrfaglige arbeidet, er viktige aspekter å ta hensyn til når man vurderer en slik organiseringsform. På den annen side kan man spørre seg hva som er alternativet i tilfeller hvor man praktisk talt har altfor få sykepleiere ansatt. Kanskje er slike former for organisering den mest hensiktsmessige for å få utnyttet sykepleierkompetansen på en best mulig måte. Det fordrer likevel sykepleiere som evner å ta stort ansvar, og som gir god faglig veiledning til kollegene. I tillegg krever det jevnlig treffpunkter hvor sykepleierne kan utvikle seg i et fagfellesskap. I tverrfaglige tjenestemodeller ser vi noe av den samme utfordringen. Stor grad av tverrfaglig arbeid kan skape utfordringer for ivareteakelse av det sykepleierfaglige fellesskapet.

Ny organisering av ansvar og oppgaver, som skissert over, krever også en ny rolleforståelse. Særlig når det gjelder sykepleiere som jobber mye med å veilede helsefagarbeidere og assistenter er det nødvendig å tenke nytt om rollen sin. Det kan tenkes at denne bevisstgjøringen bør starte allerede i grunnutdanningen, slik at sykepleierne/studentene tilegner seg en forståelse for at man i mange tilfeller vil være blant dem med høyest kompetanse som andre vil vende seg til for hjelp og støtte. Å være en slik person innebærer et stort ansvar, som det også er viktig å læres opp til. Kanskje gjelder dette spesialsykepleiere og AKS-er i særlig grad. Å ha kunnskap om egen og andres rolle synes kanskje åpenbart, men både litteraturgjennomgangen og intervjuene vi har gjennomført har vist flere tilfeller av usikkerhet rundt AKS-eres rolle blant fastleger, sykepleierledere og andre ordinære sykepleiere. Fordelen med at AKS-er i utgangspunktet kan avlaste legene forsvinner om man bekymrer seg mer for om rollene overlapper, fremfor å skaffe til veie kunnskap og tydelige definisjoner av hva de ulike rollene skal innebære og hvilke muligheter dette gir innenfor det norske lovverket.

Ringvirkninger av begrepsbruk

Det er verdt å merke seg at litteraturen vi har gjennomgått beskriver ansvars- og oppgavedeling med ulike begrep og dertil hørende definisjoner. Det overordnede målet for å skape en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste, bør etter vår oppfatning, innebære en mest mulig hensiktsmessig fordeling av ansvar og oppgaver blant alle ansatte i sektoren. I praksis innebærer dette flere yrkesgrupper, ikke bare sykepleiere og leger som i størst grad er representert i forskningslitteraturen. Helsefagarbeidere er særlig aktuelle, men også støttepersonell som eksempelvis renholdere, assistenter og miljøarbeidere har alle en viktig rolle i det store bildet. Særlig savner vi fokus på hvilke kriterier som bør legges til grunn for at sykepleiere og helsefagarbeidere kan fordele oppgaver i større grad. Resultatene fra intervjustudien vår indikerer hvordan vellykket oppgavedeling handler om kompetanse i flere ledd. Vi bør spørre oss hvorfor vi ikke lykkes med kompetanseheving blant ufaglærte og helsefagarbeidere i stor nok grad. I denne sammenheng bør vi også reflektere over begrepsbruk som hyppig benyttes i internasjonal litteratur; *vertikal* og *horisontal* oppgavedeling. Den hierarkiske strukturen i helse- og omsorgssektoren betegnes av mange som begrensende for samarbeid og teamarbeid blant helsepersonell. Vi bør spørre oss om en begrepsbruk som denne låser diskusjonen og opprettholder tradisjonelle rollemønstre fremfor å invitere til viktige diskusjoner om ansvars- og oppgavedeling.

Videre kommer vi stadig tilbake til begrepet og prinsippet om *likhet* og at 'alle er like mye verdt' i spørsmål rundt ansvars- og oppgavedeling blant sykepleiere og annet helsepersonell. I stor grad handler det om at ansvaret for det som skal gjøres i løpet av en vakt *flyter* mellom de ansatte. Kanskje er ikke likhet egentlig et *prinsipp*, men et *resultat* av behovet for en dugnadsberedskap som konsekvens av et misforhold mellom ansvar og oppgaver versus kapasitet og kompetansesammensetning? Det fører til at effekten av kompetanse

blir mindre enn den faktiske kompetansen. Planlagt oppgavedeling kan ikke gjennomføres når disse planene plutselig kan kollapse på grunn av marginal bemanning som ikke tar høyde for normale variasjoner.

Er løsningen digitalisering og ny teknologi?

Teknologi som løsning på det forventede kapasitetsproblemet innen den kommunale helse- og omsorgssektoren har lenge vært høyt oppe på den politiske agendaen. Ikke minst NOU-en *Innovasjon i omsorg* (NOU 2011: 11) fremmer innovasjon og teknologi som nødvendige tiltak i helse- og omsorgssektoren. Det er satset millioner, om ikke milliarder, på kommunale forsøk, samt forskning på kommunale forsøk, for å erstatte den menneskelige kapasiteten med teknologi. Så langt har ikke resultatene og tilbakemeldingene vist særlig stor grad av måloppnåelse, som for eksempel reduserte utgifter, bedre kvalitet, trygghet, eller mer effektivitet (jf. kap 7). Det kan absolutt være et mål å bruke sykepleierkompetansen på en mer målrettet og rasjonell måte, og i dette tilfellet kan teknologi bidra på flere områder. Imidlertid er det grunn til å sette spørsmålsteget ved om teknologien faktisk kan komme til å koste like mye, om ikke mer, enn man sparer. Teknologi skal utvikles, implementeres, det skal gjennomføres kontinuerlig opplæring, service og vedlikehold. Kanskje bør vi derfor like gjerne stille spørsmålet på en annen måte; *hva skal til for å øke sykepleierkapasiteten? Hvordan beholde de sykepleierne man har rekruttert?* Mange sykepleiere uttrykker at de faktisk ønsker å jobbe i de kommunale tjenestene og i eldreomsorgen, men inntrykket er at de gir opp underveis. Mange blir stående alene og de orker ikke lenger å være delaktig i det de opplever som uverdigg omsorg, slik Vigdis Reisæter beskriver i «*Jeg skal hjelpe deg. En sykepleiers farvel til eldreomsorgen*» (Reisæter, 2021). Utdanning av sykepleiere er ressurskrevende. Å utdanne dem til sykefravær, uførhet eller arbeidsavklaring for å bytte beite er irrasjonelt og ineffektivt.

14.1 Behov for videre forskning

For å øke kunnskapsgrunnlaget vårt når det gjelder effekt og effektivitet av ansvars- og oppgaveglidning i Norge trenger vi mer forskning på feltet. Internasjonal forskning har ikke automatisk overføringsverdi til norske forhold, og lokale tilpasninger må prøves ut i studier av høy kvalitet, og som dokumenterer resultater som videre kan gjøres tilgjengelig for implementering i større skala. Videre er det viktig å være bevisst på hvilken kontekst forskningen foregår i. Med andre ord bør man skille mellom studier som undersøker ansvars- og oppgaveglidning i sykehjem, i hjemmetjenesten og i fastlegepraksis samt innen psykisk helsevern og TSB. På den måten kan kontekstavhengige behov bedre belyses.

Som også vår litteraturgjennomgang viser er *implementering* av digitale tjenester og ny teknologi i helse- og omsorgstjenestene presentert i flere internasjonale vitenskapelige kunnskapsoversikter. Flere av disse etterlyser imidlertid studier som omhandler hvordan digitale løsninger påvirker helsepersonells *arbeidsprosesser og -mengde*. Dette finnes det lite systematisk kunnskap om, og de studiene som har vært gjennomført er ofte avgrensede, og de har korte tidsperspektiv (Iqbal et al., 2021). Vi trenger derfor mer omfattende studier som har en lengre tidshorisont og som kan si oss noe om langtidseffekter på tidsbruk og oppgavedeling som følge av digitale løsninger i sektoren.

Vi trenger også mer kunnskap om effekter og konsekvenser av nye former for organisering av oppgaver.

Et helt konkret forslag til en fremtidig praksisendring kan derfor være en satsing på å bemanne opp en hjemmetjeneste eller et sykehjem såpass at planlagt ansvars- og oppgavedeling faktisk kan gjennomføres over tid. Ved å utføre følgeforskning kan man dokumentere kvaliteten slik den oppleves av helsepersonell, beboere og pårørende både før og etter prosjektstart. Videre vil det være viktig å dokumentere total kostnader før og

underveis, samt sammenligne med andre 'normalt' bemannede tjenester ut fra dagens praksis. Hypotesen er at en slik organisering vil bidra til at kostnader på sikt vil være lavere på grunn av redusert sykefravær, færre ansatte på arbeidsavklaringsmidler, mindre utskifting av ansatte, bedre forebyggende effekt, bedre helsehjelp, færre sykehusinnleggelses og kanskje også større trivsel blant beboere og ansatte. Imidlertid vil såkalte 'budsjettsiloer' være en aktuell problemstilling, forstått på den måten av det som går ut av det ene budsjettet går inn i det andre mellom første- og andrelinjetjenesten, NAV osv.

14.2 Anbefalinger

I det videre følger anbefalinger basert på funn fra studien, som kan tjene som skritt på veien til å frigjøre sykepleierkapasitet og bidra til å rekruttere og beholde sykepleiere i de kommunal helse- og omsorgstjenestene. En helt overordnet anbefaling er selvfølgelig at kommunene/arbeidsgivere må sørge for å ha tilstrekkelig med stillinger i tjenestene. Det ligger utenfor NSF's direkte påvirkning, og de videre anbefalingene tar heller utgangspunkt i hva tjenestene kan gjøre selv, og hvordan NSF kan jobbe videre med en god ansvars- og oppgavedeling i tjenestene.

- I Norge har vi mye uplanlagt og uformell oppgaveglidning. Nye former for ansvars- og oppgavedeling bør testes ut i kontrollerte former, slik at en får dokumentert gevinster og kostnader. Det omfatter både økonomi, pasientutfall og tilfredshet hos de ansatte. Justeringer av organisasjonsform må helt sikkert påregnes.
- Oppgavedeling som har vist seg å fungere godt i andre land, passer ikke nødvendigvis overalt i Norge. Vi har en særegen (og i all hovedsak) offentlig helse- og omsorgstjeneste, og vi er et langstrakt og spredtbygd land, som gir spesifikke utfordringer både med tanke på transport og hvor spesialisert man kan tillate seg å bli, gitt at vi kan ha få pasienter som krever en slik spesialistkompetanse. Vi kan derfor ikke automatisk adoptere tiltak/ordninger som er utviklet i andre land. De trenger ikke å passe i Norge.
- På sikt bør nye gode former for oppgavedeling formaliseres, i tråd med hva andre land har gjort. Når man har mer kunnskap om hvilken ansvars- og oppgavedeling som gir ønsket resultat i de spesifikke delene av tjenestene, bør det utvikles veiledere og retningslinjer for bemanning og sammensetning av den og fordelingen av oppgaver dem i mellom.
- Endringer i ansvar og oppgaver blant sykepleiere skjer ikke i et vakuum. Nye former for oppgavedeling krever at samarbeidspartnere har kunnskap om hverandres roller, kompetanse og oppgaver. Sykepleiere må formidle sin kompetanse og sitt særlige ansvarsområde til tette samarbeidspartnere som leger og helsefagarbeidere og vice versa. Det må danne grunnlag for diskusjon om oppgavedeling.
- Tjenestelevering gjennom tverrfaglige team er stadig mer utbredt, og er trolig veien å gå. Men som ved alt tverrfaglig arbeid, kreves ferdigheter i tverrfaglig arbeid, og det kreves at profesjonsutøvere får faglig påfyll fra samme profesjon andre steder for å ivareta egen faglighet. I de tilfeller der sykepleiere jobber mye uten tett samarbeid med andre sykepleiere, blir det særlig viktig.

- AKS er en viktig rolle, og denne kan fungere som en ressurs i tjenestene gjennom veiledning av kolleger og generelt bidra til kompetanseheving. Det er nødvendig i en tid da pasienter og brukere har stadig mer omfattende og komplekse tilstander. Arbeidsgivere bør være bevisste på hvordan de kan utnytte AKS-kompetansen.
- Sykepleierrollen er i endring og vil sannsynligvis endre seg ytterligere i de kommende år. Det har ringvirkninger for utdanningen. Allerede under utdanning bør sykepleierstudentene øves opp i å ta en selvstendig rolle og et stort ansvar, gitt at sykepleiere framover trolig kan forvente å måtte jobbe både selvstendig og ta en veilderrolle ovenfor andre yrkesgrupper. Øve på ferdigheter i tverrfaglig arbeid og teamarbeid både på skolen og i praksis er like fullt viktig.
- Teknologi og digitale tjenester vil være en naturlig integrert del av sykepleierfaglig arbeid i all fremtid. Sykepleiere bør ta en tydelig rolle i utvikling og innkjøp av teknologi til tjenestene for å sikre at den svarer på deres behov også. Teknologibruk- og forståelse bør være en del av sykepleierutdanningen. En bør utnytte mulighetene som ligger i teknologien til å redusere dokumentasjonsarbeid og administrativt arbeid, gjennom for eksempel større grad av strukturering av journal.
- Mange faktorer vil være viktige for å rekruttere flere sykepleiere til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. For sykepleierne i vår studie er det viktig å få brukt kompetansen sin, og det er viktig å oppleve at man gir tjenester av god nok kvalitet. I tillegg er faktorer som turnus og lønn særlig viktige. Kommunen som arbeidsplass må framsnakkes. Man får stort ansvar som sykepleier, men også et spennende og utviklende arbeid. Unge sykepleiere kan få tilbud om en mentorordning, der erfarne sykepleiere fungerer som ressurspersoner for dem.
- Nye måter å organisere ansvar og oppgaver på kan være positivt for å rekruttere og beholde sykepleiere. Et innovativt miljø, der man både prøver ut nye måter å jobbe på og nye faglige prosjekter m.m. kan kanskje særlig få nyutdannede til å bli interesserte.

15 Referanser

- Abelsen, B., Gaski, M., Godager, G., Iversen, T., Løyland, H. I., Pedersen, K., . . . Sæther, E. M. (2019). *Evaluering av pilotprosjekt med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger: Statusrapport II*. Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/primaerhelseteam-og-alternative-finansieringsordninger-evaluering-av-pilotprosjekt>
- Abelsen, B., Gaski, M., Godager, G., Iversen, T., Løyland, H. I., Pedersen, K., . . . Sæther, E. M. (2022). *Evaluering av pilotprosjekt med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger: Sluttrapport for 2018-2021 (Statusrapport IV)*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/primaerhelseteam-og-alternative-finansieringsordninger-evaluering-av-pilotprosjekt>
- Abelsen, B., Gaski, M., Nødland, S. I., & Stephansen, A. (2014). *Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet*. Stavanger/Alta: IRIS Samfunnsforskning, Nasjonalt senter for distriktsmedisin
- Agenda Kaupang. (2021). *Lederundersøkelsen*. Retrieved from Oslo: <https://www.agendakaupang.no/publication/lederundersokelsen/>
- Allen, D. (2004). Re-reading nursing and re-writing practice: towards an empirically based reformulation of the nursing mandate. *Nursing inquiry*, 11(4), 271-283.
- Allen, D. (2014). *The Invisible Work of Nurses: Hospitals, Organisations and Healthcare*. London: Routledge.
- Allen, D. (2019). *Sykepleiernes usynlige arbeid. Organisering av sykehus og pasientomsorg*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Altersved, E., Zetterlund, L., Lindblad, U., & Fagerström, L. (2011). Advanced practice nurses: A new resource for Swedish primary health-care teams. *International Journal of Nursing Practice*, 17(2), 174-180. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2011.01923.x>
- Andreassen, H. K., Obstfelder, A., & Lotherington, A. T. (2019). IKT-arbeid i helse- og omsorgssektoren. en balansekunst. I I. Moser (Red.), *Velferdsteknologi : en ressursbok* (1. utgave.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Antypas, K., & Kirkevold, M. (2020). Structure evaluation of the implementation of geriatric models in primary care: a multiple-case study of models involving advanced geriatric nurses in five municipalities in Norway. *BMC Health Services Research*, 20(1), 749. doi:10.1186/s12913-020-05566-y
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32. doi:10.1080/1364557032000119616
- Auerbach, D. I., Chen, P. G., Friedberg, M. W., Reid, R., Lau, C., Buerhaus, P. I., & Mehrotra, A. (2013). Nurse-Managed Health Centers And Patient-Centered Medical Homes Could Mitigate Expected Primary Care Physician Shortage. *Health Affairs*, 32(11), 1933-1941. doi:10.1377/hlthaff.2013.0596
- Aune, G., & Aanestad, M. (2019). Oppfølging fra spesialisthelsetjenesten hjemme hos pasienten. I I. Moser (Red.), *Velferdsteknologi: en ressursbok*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Baudin, K., Gustafsson, C., & Frennert, S. (2020). Views of Swedish Elder Care Personnel on Ongoing Digital Transformation: Cross-Sectional Study. *J Med Internet Res*, 22(6), e15450. doi:10.2196/15450
- Bergsagel, I. (2019). 6 av 10 sykepleiere bruker daglig tid på oppgaver de mener andre burde utføre. *Sykepleien* 1.
- Berntsen, G., Strisland, F., Malm-Nicolaisen, K., Smaradottir, B., Fensli, R., & Røhne, M. (2019). The Evidence Base for an Ideal Care Pathway for Frail Multimorbid Elderly: Combined Scoping and Systematic Intervention Review. *J Med Internet Res*, 21(4), e12517. doi:10.2196/12517
- Berntsen, G. K. R., Dalbakk, M., Hurley, J. S., Bergmo, T., Solbakken, B., Spansvoll, L., . . . Rumpsfeld, M. (2019). Person-centred, integrated and pro-active care for multi-morbid elderly with advanced care needs: a propensity score-matched controlled trial. *BMC Health Serv Res*, 19(1), 682. doi:10.1186/s12913-019-4397-2

- Blechar, L., & Zalewska, P. (2020). The role of robots in the improving work of nurses. *Pielegniarstwo XXI Wieku*, 18(3), 174-182. doi:10.2478/pielxxiw-2019-0026
- Boman, E., Glasberg, A. L., Levy-Malmberg, R., & Fagerström, L. (2019). 'Thinking outside the box': advanced geriatric nursing in primary health care in Scandinavia. *BMC Nurs*, 18, 25. doi:10.1186/s12912-019-0350-2
- Breistein, B., & Følstad, G. (2021). *Sluttrappport HELTOM - Helsetjenestetteam og omsorgsteam* (Bk360nr: 2019/08418-65). <https://www.bergen.kommune.no/politikere-utvalg/api/fil/4446074/Vedlegg-5-Sluttrappport-prosjektet-HELTOM>
- Carson Weinstein, L., Henwood, B. F., Cody, J. W., Jordan, M., & Lelar, R. (2011). Transforming assertive community treatment into an integrated care system: the role of nursing and primary care partnerships. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*, 17(1), 64-71. doi:10.1177/1078390310394656
- Davis, M. M., Freeman, M., Kaye, J., Vuckovic, N., & Buckley, D. I. (2014). A systematic review of clinician and staff views on the acceptability of incorporating remote monitoring technology into primary care. *Telemed J E Health*, 20(5), 428-438. doi:10.1089/tmj.2013.0166
- Dawson, A. J., Nkowane, A. M., & Whelan, A. (2015). Approaches to improving the contribution of the nursing and midwifery workforce to increasing universal access to primary health care for vulnerable populations: A systematic review. *Human Resources for Health*, 13(1). doi:10.1186/s12960-015-0096-1
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2016). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. Oslo.
- Delamaire, M.-L., & Lafortune, G. (2010). *Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries*. Retrieved from OECD Publishing: https://www.oecd-ilibrary.org/nurses-in-advanced-roles_5kmbrcfms5g7.pdf?itemId=%2Fcontent%2Fpaper%2F5kmbrcfms5g7-en&mimeType=pdf
- Devik, S. A., & Olsen, R. M. (2021). *Oppgaveglidning i omsorgstjenestene – Kunnskapsoppsummering*. Under publisering i [Omsorgsbiblioteket - Helsebiblioteket.no](https://omsorgsbiblioteket.no)
- Dierick-van Daele, A. T. M., Steuten, L. M. G., Romeijn, A., Derckx, E. W. C. C., & Vrijhoef, H. J. M. (2011). Is it economically viable to employ the nurse practitioner in general practice? *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 20(3-4), 518-529. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03492.x
- Digitalisering i offentlig sektor (2014). Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/tema/statlig-forvaltning/ikt-politikk/digitalisering-i-offentlig-sektor/id2340245/>
- Donelan, K., Yuchiao, C., Berrett-Abebe, J., Spetz, J., Auerbach, D. I., Norman, L., & Buerhaus, P. I. (2019). Care Management For Older Adults: The Roles Of Nurses, Social Workers, And Physicians. *Health Affairs*, 38(6), 941-949. doi:10.1377/hlthaff.2019.00030
- Edwards, S. T., Helfrich, C. D., Grembowski, D., Hulen, E., Clinton, W. L., Wood, G. B., . . . Stewart, G. (2018). Task Delegation and Burnout Trade-offs Among Primary Care Providers and Nurses in Veterans Affairs Patient Aligned Care Teams (VA PACTs). *J Am Board Fam Med*, 31(1), 83-93. doi:10.3122/jabfm.2018.01.170083
- Elstad, I. (2019). Grunnleggjande sjukepleie gjeld liv og død. *Sykepleien*, 1, 12-16. doi:10.4220/Sykepleiens.2018.74511
- Faber, M. J., Burgers, J. S., & Westert, G. P. (2012). A sustainable primary care system: lessons from the Netherlands. *J Ambul Care Manage*, 35(3), 174-181. doi:10.1097/JAC.0b013e31823e83a4
- Faraz, A. (2016). Novice Nurse Practitioner Workforce Transition Into Primary Care: A Literature Review. *West J Nurs Res*, 38(11), 1531-1545. doi:10.1177/0193945916649587
- Fonn, M. (2021). Krav om heltid endret turnusen. *Sykepleien*, 4/2021, 68-77
- Frennert, S. (2019). Lost in digitalization? Municipality employment of welfare technologies. *Disabil Rehabil Assist Technol*, 14(6), 635-642. doi:10.1080/17483107.2018.1496362
- Freund, T., Everett, C., Griffiths, P., Hudon, C., Naccarella, L., & Laurant, M. (2015). Skill mix, roles and remuneration in the primary care workforce: who are the healthcare professionals in the primary care teams across the world? *Int J Nurs Stud*, 52(3), 727-743. doi:10.1016/j.ijnurstu.2014.11.014

- Førland, O., Alvsvåg, H., & Tranvåg, O. (2018). Perspektiver på omsorgsforskning. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 3(4), 196 - 214.
- Gautun, H. (2020). *En utvikling som må snus. Bemanning og kompetanse i sykehjem og hjemmesykepleiern*. Retrieved from https://www.nsf.no/sites/default/files/2020-12/nova-rapport-14-20_en-utvikling-som-ma-snus.pdf
- Gautun, H., & Bratt, C. (2015). *Bemanningsnorm i sykehjem*. Tidsskrift for omsorgsforskning: <https://hdl.handle.net/10642/3166>
- Gautun, H., Øien, H., & Bratt, C. (2016). *Underbemanning er selvforsterkende. Konsekvenser av mangel på sykepleiere i hjemmesykepleiern og sykehjem*. <https://hdl.handle.net/20.500.12199/510>
- Granamo, A. L., & Knutstad, U. (2021). The registered nurse in the field of substance abuse - invisible and generic or distinct and specific? *Sykepleien*, 16. doi:10.4220/Sykepleienf.2021.86452en
- Groenewegen, P., Heinemann, S., Greß, S., & Schäfer, W. (2015). Primary care practice composition in 34 countries. *Health Policy*, 119(12), 1576-1583. doi:10.1016/j.healthpol.2015.08.005
- Haukelien, H. (2020). Alderdom i det velferdsteknologiske utopia? Velferdsteknologi i norske kommuner. I C. H. Anvik, J. T. Sandvin, J. P. Breimo, & Ø. Henriksen (Red.), *Velferdstjenestenes vilkår : nasjonal politikk og lokale erfaringer*. Oslo: Universitetsforlaget
- Haukelien, H., Vike, H., & Vardheim, I. (2015). *Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Sykepleieres erfaringer*. <https://intra.tmforsk.no/publikasjoner/filer/fil.asp?fil=2794>
- Helmers, A. K. B., Johansen, L. B., & Reppen, N. K. (2021). Derfor vurderer 3 av 4 sykepleiere i kommunene å slutte *Sykepleien*. <https://sykepleiern.no/2021/09/derfor-vurderer-3-av-4-sykepleiere-i-kommunene-slutte#:~:text=Nesten%203%20av%204%20sykepleiere,en%20sp%C3%B8rreunders%C3%B8kelse%20utf%C3%B8rt%20av%20Sykepleien>
- Helsedirektoratet. (2015, 27.01.2022). ACT-, FACT- og FACT ung-team. Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/tema/lokalt-psykisk-helse-og-rusarbeid/act-og-fact-team>
- Helsedirektoratet. (2017). *Primærhelseteam - Kvalitet, Ledelse og Finansiering*. <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/forsoksordninger-og-prosjekter/primaerhelseteam-pilotprosjekt>
- Helsedirektoratet. (2018). *Pakkeforløp for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)*. <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/rusbehandling-tsb>
- Hjemås, G., Zhiyang, J., Kornstad, T., & Stølen, N. M. (2019). *Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035. Rapport 2019/11*. Statistisk sentralbyrå: https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/_attachment/385822?_ts=16c855ce368
- Hofstad, E. (2021). Johansens metode er veien til en ny oppgavedeling. *Sykepleien* 4/2021. <https://sykepleien.no/2021/10/johansens-metode-er-veien-til-en-ny-oppgavedeling>
- Holm Hansen, E., Bomann, E., Bing-Jonsson, P., & Fagerstrom, L. M. (2020). Introducing Nurse Practitioners Into Norwegian Primary Healthcare-Experiences and Learning. *Res Theory Nurs Pract*, 34(1), 21-34. doi:10.1891/1541-6577.34.1.21
- Huter, K., Krick, T., Domhoff, D., Seibert, K., Wolf-Ostermann, K., & Rothgang, H. (2020). Effectiveness of Digital Technologies to Support Nursing Care: Results of a Scoping Review. *J Multidiscip Healthc*, 13, 1905-1926. doi:10.2147/jmdh.S286193
- Iqbal, F. M., Lam, K., Joshi, M., Khan, S., Ashrafian, H., & Darzi, A. (2021). Clinical outcomes of digital sensor alerting systems in remote monitoring: a systematic review and meta-analysis. *NPJ Digit Med*, 4(1), 7. doi:10.1038/s41746-020-00378-0
- Isaksen, J., Paulsen, K. B., Skarli, J., Stokke, R., & Melby, L. (2017). Hvilken nytte har hjemmeboende med hjelpebehov av velferdsteknologi? *Tidsskrift for Omsorgsforskning*, 3(02), 117-127. doi:10.18261/issn.2387-5984-2017-02-09
- Josi, R., & De Pietro, C. (2019). Skill mix in Swiss primary care group practices - a nationwide online survey. *BMC Fam Pract*, 20(1), 39. doi:10.1186/s12875-019-0926-7

- Kajander, M., & Storm, M. (2017). «Kontakt med ett trykk»: hjemmeboende brukeres erfaringer med videosamtaler. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 6(01), 6-20. doi:10.18261/ISSN.1892-2686-2017-01-02
- Karimi-Shahanjarini, A., Shakibazadeh, E., Rashidian, A., Hajimiri, K., Glenton, C., Noyes, J., . . . Colvin, C. J. (2019). Barriers and facilitators to the implementation of doctor-nurse substitution strategies in primary care: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst Rev*, 4(4), Cd010412. doi:10.1002/14651858.CD010412.pub2
- Karlsson, B., & Kim, S. H. (2015). *Sykepleier i kommunalt psyksisk helse- og rusarbeid*. Høgskolen i Buskerud og Vestfold: <http://hdl.handle.net/11250/298288>
- Kleiven, H. H. (2017). Når hjemmetjenesten skal ta i bruk velferdsteknologi. I S. Nakrem & S. Jóhannes (Red.), *Velferdsteknologi i praksis. Velferdsteknologi i praksis : perspektiver på teknologi i kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Oslo: Cappelen Damm akademisk
- Kleiven, H. H., Ljunggren, B., & Solbjør, M. (2020). Health professionals' experiences with the implementation of a digital medication dispenser in home care services - a qualitative study. *BMC Health Serv Res*, 20(1), 320. doi:10.1186/s12913-020-05191-9
- Konttila, J., Siira, H., Kyngäs, H., Lahtinen, M., Elo, S., Kääriäinen, M., . . . Mikkonen, K. (2019). Healthcare professionals' competence in digitalisation: A systematic review. *J Clin Nurs*, 28(5-6), 745-761. doi:10.1111/jocn.14710
- Krick, T., Huter, K., Seibert, K., Domhoff, D., & Wolf-Ostermann, K. (2020). Measuring the effectiveness of digital nursing technologies: development of a comprehensive digital nursing technology outcome framework based on a scoping review. *BMC Health Serv Res*, 20(1), 243. doi:10.1186/s12913-020-05106-8
- KS og KPMG. (2021). *Prosjekt Tørn: Sammen om fremtidens helse og omsorg*. <https://www.ks.no/contentassets/8af664237cc54f21b6f4fee85d778569/Kunnskapsinnhenting-kommuner-Torn-mai-2021.pdf>:
- Landheim, A., & Odden, S. (2020). *Evaluering av FACT-team i Norge* Retrieved from https://rop.no/contentassets/d4f50ab571e84e24a9bd879ae14a9690/evaluering-av-fact-team-i-norge_sluttrapport_nasjonalt-kompetansetjeneste-for-samtidig-rusmisbruk-og-psykisk-lidelse-nkrop.pdf
- Landheim, A., Ruud, T., Odden, S., Clausen, H., Heiervang, K. S., & Stuen, H. K. (2014). *Utprøving av ACT-team i Norge. Hva viser resultatene?* <https://rop.no/globalassets/dokumenter/sluttrapport-evaluering-act-team.pdf>
- Laurant, M., van der Biezen, M., Wijers, N., Watananirun, K., Kontopantelis, E., & van Vught, A. J. (2018). Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database Syst Rev*, 7(7), Cd001271. doi:10.1002/14651858.CD001271.pub3
- Leong, S. L., Teoh, S. L., Fun, W. H., & Lee, S. W. H. (2021). Task shifting in primary care to tackle healthcare worker shortages: An umbrella review. *Eur J Gen Pract*, 27(1), 198-210. doi:10.1080/13814788.2021.1954616
- Lovink, M. H., Persoon, A., Koopmans, R., Van Vught, A., Schoonhoven, L., & Laurant, M. G. H. (2017). Effects of substituting nurse practitioners, physician assistants or nurses for physicians concerning healthcare for the ageing population: a systematic literature review. *J Adv Nurs*, 73(9), 2084-2102. doi:10.1111/jan.13299
- Lovink, M. H., van Vught, A., Persoon, A., Koopmans, R., Laurant, M. G. H., & Schoonhoven, L. (2019). Skill mix change between physicians, nurse practitioners, physician assistants, and nurses in nursing homes: A qualitative study. *Nurs Health Sci*, 21(3), 282-290. doi:10.1111/nhs.12601
- Lovink, M. H., van Vught, A., Persoon, A., Schoonhoven, L., Koopmans, R., & Laurant, M. G. H. (2018). Skill mix change between general practitioners, nurse practitioners, physician assistants and nurses in primary healthcare for older people: a qualitative study. *BMC Fam Pract*, 19(1), 51. doi:10.1186/s12875-018-0746-1
- Ludvigsen, K., & Danielsen, H. (2014). *Ny oppgavefordeling mellom personellgrupper i helse- og omsorgssektoren: veien å gå for å sikre framtidens velferdstjenester?* Uni Research, Bergen <https://www.ks.no/contentassets/5470cfff71684ed698c56662389cc7c0/rapport.pdf>

- Maier, C. B. (2019). Nurse prescribing of medicines in 13 European countries. *Human Resources for Health*, 17(1), 95. doi:10.1186/s12960-019-0429-6
- Maier, C. B., & Aiken, L. H. (2016). Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study. *European Journal of Public Health*, 26(6), 927-934. doi:10.1093/eurpub/ckw098
- Maier, C. B., Aiken, L. H., & Busse, R. (2017). Nurses in advanced roles in primary care. doi:doi:https://doi.org/10.1787/a8756593-en
- Martínez-González, N. A., Djalali, S., Tandjung, R., Huber-Geismann, F., Markun, S., Wensing, M., & Rosemann, T. (2014). Substitution of physicians by nurses in primary care: A systematic review and meta-analysis. *BMC Health Services Research*, 14(1). doi:10.1186/1472-6963-14-214
- McInnes, S., Peters, K., Bonney, A., & Halcomb, E. (2015). An integrative review of facilitators and barriers influencing collaboration and teamwork between general practitioners and nurses working in general practice. *J Adv Nurs*, 71(9), 1973-1985. doi:10.1111/jan.12647
- Meißner, A., & Schnepf, W. (2014). Staff experiences within the implementation of computer-based nursing records in residential aged care facilities: a systematic review and synthesis of qualitative research. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 14(1), 54. doi:10.1186/1472-6947-14-54
- Melby, L., Obstfelder, A., & Hellesø, R. (2018). "We tie up the loose ends": Homecare nursing in a changing health care landscape. *Global qualitative nursing research*, 5, 2333393618816780.
- Melby, L., Sand, K., Midtgård, T., Toussaint, P. J., & Karlstrøm, H. (2019). *Digitaliseringens konsekvenser for samhandlingen og kvaliteten på helse-, velferds- og omsorgstjenestene*. https://www.forskningsradet.no/siteassets/publikasjoner/kunnskapsnotater/trykkeklart-notat_digitaliseringens_konsekvenser-25.10.2019.pdf
- Melby, L., Thaulow, K., Lassemo, E., & Ose, S. O. (2020). *Sykepleieres erfaringer fra første fase av koronapandemien fra mars-oktober 2020*. Trondheim: Sintef. <https://hdl.handle.net/11250/2822995>
- Melby, L., Ådnanes, M., & Kasteng, F. (2017). *Sykepleier i psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (A28053)*. Trondheim: Sintef. <https://sintef.brage.unit.no/sintef-xmlui/bitstream/handle/11250/2436189/Rapport%2bA28053%2bSykepleier%2bi%2bpsykisk%2bhelsevern%2b2bog%2bTSB.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Meld. St. 26 (2014 - 2015). (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/?ch=1->
- Mendes, M. A., da Cruz, D. A. L. M., & Angelo, M. (2015). Clinical role of the nurse: concept analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 24(3-4), 318-331. doi:10.1111/jocn.12545
- Mogensen, F. (2019). Implementering af elektronisk omsorgsjournal i kommunal setting. *Tidsskrift for Omsorgsforskning*, 5(03), 21-35. doi:10.18261/issn.2387-5984-2019-03-03
- Munn, Z., Peters, M. D. J., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A., & Aromataris, E. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Med Res Methodol*, 18(1), 143. doi:10.1186/s12874-018-0611-x
- Murray-Parahi, P., Edgar, V., Descallar, J., Comino, E., & Johnson, M. (2017). ENSCOPE: Scoping the Practice of Enrolled Nurses in an Australian Community Health Setting. *Int Nurs Rev*, 64(1), 59-68. doi:10.1111/inr.12305
- Nagel, D. A., & Penner, J. L. (2016). Conceptualizing Telehealth in Nursing Practice: Advancing a Conceptual Model to Fill a Virtual Gap. *J Holist Nurs*, 34(1), 91-104. doi:10.1177/0898010115580236
- Nancarrow, S. A., & Borthwick, A. M. (2005). Dynamic professional boundaries in the healthcare workforce. *Sociology of Health & Illness*, 27(7), 897-919. doi:https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2005.00463.x
- Nilsen, E. R., Dugstad, J., Eide, H., Gullstlett, M. K., & Eide, T. (2016). Exploring resistance to implementation of welfare technology in municipal healthcare services - a longitudinal case study. *BMC Health Serv Res*, 16(1), 657. doi:10.1186/s12913-016-1913-5

- Nordfjaern, T., Melby, L., Kaasbøll, J., & Ådnanes, M. (2021). The importance of interdisciplinarity in accommodating patient needs among norwegian nurses. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. doi:10.1111/jpm.12731
- Norsk sykepleierforbund. (2021). Helsepersonellkommissjonen. <https://www.nsf.no/nyheter/arbeidsvilkar/helsepersonell-kommissjonen>
- NOU 2011: 11. *Innovasjon i omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- O'Malley, A. S., Draper, K., Gourevitch, R., Cross, D. A., & Scholle, S. H. (2015). Electronic health records and support for primary care teamwork. *J Am Med Inform Assoc*, 22(2), 426-434. doi:10.1093/jamia/ocu029
- Oberg, U., Orre, C. J., Isaksson, U., Schimmer, R., Larsson, H., & Hornsten, A. (2018). Swedish primary healthcare nurses' perceptions of using digital eHealth services in support of patient self-management. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(2), 961-970. doi:10.1111/scs.12534
- OECD. (2014). *OECD Reviews of Health Care Quality: Norway 2014: Raising Standards*. OECD Publishing <http://dx.doi.org/10.1787/9789264208469-en>
- OECD. (2017). *New Health Technologies*. <https://www.oecd-ilibrary.org/content/publication/9789264266438-en>
- OECD. (2019a). *Health in the 21st Century: Putting Data to Work for Stronger Health Systems* OECD Publishing, Paris: <https://doi.org/10.1787/e3b23f8e-en>
- OECD. (2019b). *Task shifting and health system design*. https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/expert_panel/docs/023_taskshifting_en.pdf
- Ose, S. O., & Kaspersen, S. L. (2021). *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2021: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene*. Trondheim: Sintef.
- Parker, S., & Fuller, J. (2016). Are nurses well placed as care co-ordinators in primary care and what is needed to develop their role: A rapid review? *Health and Social Care in the Community*, 24(2), 113-122. doi:10.1111/hsc.12194
- Paulsen, K. B., Vekve, I.-A., Isaksen, J., & Skarli, J. Å. (2017). Trygg hjemme - Ansattes erfaringer med deltakelse i det nasjonale velferdsteknologiprogrammet. *Tidsskrift for Omsorgsforskning*(02), 136-144. doi:10.18261/issn.2387-5984-2017-02-11
- Pham, M. T., Rajić, A., Greig, J. D., Sargeant, J. M., Papadopoulos, A., & McEwen, S. A. (2014). A scoping review of scoping reviews: advancing the approach and enhancing the consistency. *Res Synth Methods*, 5(4), 371-385. doi:10.1002/jrsm.1123
- Pittman, P., & Forrest, E. (2015). The changing roles of registered nurses in Pioneer Accountable Care Organizations. *Nurs Outlook*, 63(5), 554-565. doi:10.1016/j.outlook.2015.05.008
- Rafferty, A. M., Busse, R., Zander-Jentsch, B., Sermeus, W., & Bruyneel, L. (2019). *Strengthening health systems through nursing: Evidence from 14 European countries* Retrieved from United Kingdom <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326183/9789289051743-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Regjeringen. (2021). Regjeringen har oppnevnt helsepersonellkommissjonen. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/regjeringen-har-oppnevnt-helsepersonellkommissjonen/id2892577/>
- Reisæter, V. J. (2021). *Jeg skal hjelpe deg. En sykepleiers farvel til eldreomsorgen* (1. utgave). Oslo: Cappelen Damm.
- Røhne, M., Ausen, D., & Grut, L. (2017). *Verktøy for ressursplanlegging i hjemmetjenesten. OPTET-Optimeringsteknologi i hjemmebaserte tjenester*. Oslo: Sintef
- Røhne, M., & Grut, L. (2020). *Digitale tavleløsninger for økt kvalitet, bedre pasientsikkerhet og effektiv ressursbruk i kommunehelsetjenesten. Erfaringer fra fem norske kommuner*. Oslo: SINTEF
- Schober, M., & Affara, F. (2006). *Advanced nursing practice*. London Blackwell Publishing
- Seibert, K., Domhoff, D., Huter, K., Krick, T., Rothgang, H., & Wolf-Ostermann, K. (2020). Application of digital technologies in nursing practice: Results of a mixed methods study on nurses' experiences, needs and perspectives. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes*, 158-159, 94-106. doi:10.1016/j.zefq.2020.10.010

- Stokke, R., Melby, L., Isaksen, J., Obstfelder, A., & Andreassen, H. (2021). A qualitative study of what care workers do to provide patient safety at home through telecare. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1-10.
- Stokke, R., Melby, L., Isaksen, J., Obstfelder, A., & Andreassen, H. (2021). A qualitative study of what care workers do to provide patient safety at home through telecare. *BMC Health Serv Res*, 21(1), 553. doi:10.1186/s12913-021-06556-4
- Thomas, E. E., Haydon, H. M., Mehrotra, A., Caffery, L. J., Snoswell, C. L., Banbury, A., & Smith, A. C. (2020). Building on the momentum: Sustaining telehealth beyond COVID-19. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 0(0), 1357633X20960638. doi:10.1177/1357633x20960638
- Thygesen, H. (2019a). Mulighetsrommet for GPS. Om den sosiale formingen av GPS-løsninger i demensomsorgen. I I. Moser (Red.), *Velferdsteknologi: en ressursbok* (1. utgave). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Thygesen, H. (2019b). Velferdsteknologi og nye tjenesteløsninger. I I. Moser (Red.), *Velferdsteknologi : en ressursbok* (1. utgave). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Tjora, A. H. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (2 utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Torrens, C., Campbell, P., Hoskins, G., Strachan, H., Wells, M., Cunningham, M., . . . Maxwell, M. (2020). Barriers and facilitators to the implementation of the advanced nurse practitioner role in primary care settings: A scoping review. *Int J Nurs Stud*, 104, 103443. doi:10.1016/j.ijnurstu.2019.103443
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., . . . Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*, 169(7), 467-473. doi:10.7326/m18-0850
- True, G., Stewart, G. L., Lampman, M., Pelak, M., & Solimeo, S. L. (2014). Teamwork and delegation in medical homes: primary care staff perspectives in the Veterans Health Administration. *J Gen Intern Med*, 29 Suppl 2(Suppl 2), S632-639. doi:10.1007/s11606-013-2666-z
- Tønnesen, S., & Nortvedt, P. (2012). Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleier? *Sykepleien Forskning*, 7(3), 280-285. doi:10.4220/sykepleienf.2012.0134
- van der Biezen, M., Derckx, E., Wensing, M., & Laurant, M. (2017). Factors influencing decision of general practitioners and managers to train and employ a nurse practitioner or physician assistant in primary care: a qualitative study. *BMC Fam Pract*, 18(1), 16. doi:10.1186/s12875-017-0587-3
- van Veldhuizen, J. R. (2007). FACT: a Dutch version of ACT. *Community Ment Health J*, 43(4), 421-433. doi:10.1007/s10597-007-9089-4
- Vike, H., Haukelien, H., Bakken, R., & Løyland, K. (2004). *Kvinnelig bemanning. Om vilkårene for fagutøvelse og kvalitet i omsorgsykene*. Telemarksforskning.
- Wackers, G. (2019). Giraffens skript. Om teknologi, brukere, etikk, jus og økonomi. I I. Moser (Red.), *Velferdsteknologi: en ressursbok* (1. utgave). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Walker, L., Clendon, J., & Nelson, K. (2015). Nursing roles and responsibilities in general practice: three case studies. *J Prim Health Care*, 7(3), 236-243.
- World Health Organization. (2008). *Task shifting: rational redistribution of tasks among health workforce teams. Global recommendations and guidelines*. Retrieved from Geneva, Switzerland:
- Öberg, U., Orre, C. J., Isaksson, U., Schimmer, R., Larsson, H., & Hörnsten, Å. (2018). Swedish primary healthcare nurses' perceptions of using digital eHealth services in support of patient self-management. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(2), 961-970. doi:https://doi.org/10.1111/scs.12534
- Øyen, K. R., Sunde, O. S., Solheim, M., Moricz, S., & Ytrehus, S. (2018). Understanding attitudes toward information and communication technology in home-care: Information and communication technology as a market good within Norwegian welfare services. *Inform Health Soc Care*, 43(3), 300-309. doi:10.1080/17538157.2017.1297814
- Øygarden, O., Gressgård, L. J., & Berge, A. K. (2020). *Helsetjenesteteam og omsorgsteam - Resultater fra følgeforskning* (27/2020). Retrieved from https://norceresearch.brage.unit.no/norceresearch-xmlui/bitstream/handle/11250/2755571/Pilotprosjektet%20BHELTOM_rapport%20fra%20Bf%25C3%25B8lgeforskning.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Aardalen, B., Moen, A., & Gjevjon, E. R. (2016). Fra vevstol til nettbrett ; helsepersonells vurderinger av teknologi som et hjelpemiddel i forebygging av funksjonssvikt hos hjemmeboende eldre. *Nordisk sygeplejeforskning [elektronisk ressurs]*, 6, 298-310.

A Oversikt over litteratursøket

DATABASE OG SØKENR.	KRITERIA	SØKEFRASE	ANTALL TREFF	SØKENR.	SØKEFRASE	ANTALL TREFF	SØKEFRASE	ANTALL TREFF	SØKEFRASE	ANTALL TREFF
1. GOOGLE SCHOLAR										
A	Publikasjonsdato: 2011 – 2021. No citations, no patents.	nurse AND (“health care” OR “mental care” OR “substance abuse”) AND (task OR skill) AND (shift OR transfer OR delegation)	18 000	AA	nurse AND (“primary health care” OR “mental care” OR “substance abuse”) AND (task OR skill) AND (shift OR transfer OR delegation)	17 400				
B	Publikasjonsdato: 2011 – 2021. No citations, no patents.	nurse AND (“health care” OR “mental care” OR “substance abuse”) AND (task OR skill) AND (shift OR transfer OR delegation) AND review	18 100	BB	nurse AND (“primary health care” OR “mental care” OR “substance abuse”) AND (task OR skill) AND (shift OR transfer OR delegation) AND review	17 700				
2. SCOPUS										
A	Publikasjonsdato: 2011 til 2021. Engelsk.	nurse AND ("health care" OR "mental care" OR "substance abuse") AND ("skill mix" OR "work delegation" OR "task shift" OR "task transfer" OR "task delegation" OR "task reallocation")	256	AA	nurse AND ("primary health care" OR "mental care" OR "substance abuse") AND ("skill mix" OR "work delegation" OR "task shift" OR "task transfer" OR "task delegation" OR "task reallocation")	37				
B	Publikasjonsdato: 2011 til 2021. Engelsk	nurse AND ("health care" OR "mental care" OR "substance abuse") AND ("skill mix" OR "work delegation" OR "task shift" OR "task transfer" OR "task delegation" OR "task reallocation") AND technology	10	BB	nurse AND ("primary health care" OR "mental care" OR "substance abuse") AND ("skill mix" OR "work delegation" OR "task shift" OR "task transfer" OR "task delegation" OR "task reallocation") AND technology	0	nurse AND ("primary health care" OR "mental care" OR "substance abuse") AND ("skill mix" OR "work delegation" OR "task shift" OR "task transfer" OR "task delegation" OR "task reallocation") AND ("digital surveillance" OR "digital support" OR digitization OR digitalisation)	0		
C¹⁵	Publikasjonsdato: 2011 til 2021.	nurse AND ("health care" OR "mental care" OR "substance	0		nurse AND ("health care" OR "mental care" OR "substance	0	nurse AND ("health care" OR "mental care"	0	nurse AND ("health care" OR "mental	0

¹⁵ Inkluderer søk på spesifikke teknologiske løsninger grunnet ingen (0) treff vedrørende litteratur om teknologi og digitalisering som understøtter oppgave- og arbeidsfordeling.

DATABASE OG SØKENR.	KRITERIA	SØKEFRASE	ANTALL TREFF	SØKENR.	SØKEFRASE	ANTALL TREFF	SØKEFRASE	ANTALL TREFF	SØKEFRASE	ANTALL TREFF
	Engelsk	abuse") AND ("skill mix" OR "work delegation" OR "task shift" OR "task transfer" OR "task delegation" OR "task reallocation") AND ("electronic medicine dispenser")			abuse") AND ("skill mix" OR "work delegation" OR "task shift" OR "task transfer" OR "task delegation" OR "task reallocation") AND ("telemedicine")		OR "substance abuse") AND ("skill mix" OR "work delegation" OR "task shift" OR "task transfer" OR "task delegation" OR "task reallocation") AND ("remote monitor*")		care" OR "substance abuse") AND ("skill mix" OR "work delegation" OR "task shift" OR "task transfer" OR "task delegation" OR "task reallocation") AND ("distance follow-up")	

3. PUBMED

A	Publikasjonsdato: siste 10 år. Språk: engelsk, norsk, svensk og dansk Art: mennesker.	nurse AND ("health care" OR "mental care" OR "substance abuse") AND ("skill mix" OR "work delegation" OR "task shift" OR "task transfer" OR "task delegation" OR "task reallocation")	171	AA	nurse AND ("primary health care" OR "mental care" OR "substance abuse") AND ("skill mix" OR "work delegation" OR "task shift" OR "task transfer" OR "task delegation" OR "task reallocation")	33				
B	Publikasjonsdato: siste 10 år. Språk: engelsk, norsk, svensk og dansk Art: mennesker	nurse AND ("health care" OR "mental care" OR "substance abuse") AND ("skill mix" OR "work delegation" OR "task shift" OR "task transfer" OR "task delegation" OR "task reallocation") and technology	23	BB	nurse AND ("primary health care" OR "mental care" OR "substance abuse") AND ("skill mix" OR "work delegation" OR "task shift" OR "task transfer" OR "task delegation" OR "task reallocation") AND technology	2	nurse AND ("health care" OR "mental care" OR "substance abuse") AND ("skill mix" OR "work delegation" OR "task shift" OR "task transfer" OR "task delegation" OR "task reallocation") AND ("digital surveillance" OR "digital support" OR digitization OR digitalisation)	3	nurse AND ("health care" OR "mental care" OR "substance abuse") AND ("skill mix" OR "work delegation" OR "task shift" OR "task transfer" OR "task delegation" OR "task reallocation") AND ("electronic medicine dispenser")	0

DATABASE OG SØKENR.	KRITERIA	SØKEFRASE	ANTALL TREFF	SØKENR.	SØKEFRASE	ANTALL TREFF	SØKEFRASE	ANTALL TREFF	SØKEFRASE	ANTALL TREFF
C ¹⁶	Publikasjonsdato: siste 10 år. Språk: engelsk, norsk, svensk og dansk Art: mennesker	nurse AND ("health care" OR "mental care" OR "substance abuse") AND ("skill mix" OR "work delegation" OR "task shift" OR "task transfer" OR "task delegation" OR "task reallocation") AND ("telemedicine")	0		nurse AND ("health care" OR "mental care" OR "substance abuse") AND ("skill mix" OR "work delegation" OR "task shift" OR "task transfer" OR "task delegation" OR "task reallocation") AND ("remote monitor*")	0	nurse AND ("health care" OR "mental care" OR "substance abuse") AND ("skill mix" OR "work delegation" OR "task shift" OR "task transfer" OR "task delegation" OR "task reallocation") AND ("distance follow-up")	0	nurse AND ("health care" OR "mental care" OR "substance abuse") AND ("skill mix" OR "work delegation" OR "task shift" OR "task transfer" OR "task delegation" OR "task reallocation") AND (sensor OR device)	0
4. MEDLINE										
A	Publikasjonsdato: siste 10 år. Art: mennesker. Engelsk	nurse AND ("health care" OR "mental care" OR "substance abuse") AND ("skill mix" OR "work delegation" OR "task shift" OR "task transfer" OR "task delegation" OR "task reallocation")	143	AA	nurse AND ("primary health care" OR "mental care" OR "substance abuse") AND ("skill mix" OR "work delegation" OR "task shift" OR "task transfer" OR "task delegation" OR "task reallocation")	20				
B	Publikasjonsdato: siste 10 år. Art: mennesker. Engelsk	nurse AND ("health care" OR "mental care" OR "substance abuse") AND ("skill mix" OR "work delegation" OR "task shift" OR "task transfer" OR "task delegation" OR "task reallocation") AND technology	5	BB	nurse AND ("primary health care" OR "mental care" OR "substance abuse") AND ("skill mix" OR "work delegation" OR "task shift" OR "task transfer" OR "task delegation" OR "task reallocation") AND technology	0				
5. CINAHL										
A	Publikasjonsdato: 2011 til 2021. Art: menneske Språk: engelsk	nurse AND (health care OR mental care OR substance abuse) AND (skill mix OR work delegation OR task shift OR task transfer OR task reallocation)	199	AA	nurse AND (primary health care OR mental care OR substance abuse) AND (skill mix OR work delegation OR task shift OR task transfer OR task reallocation)	25				
B	Publikasjonsdato: 2011 til 2021	nurse AND (health care OR mental care OR substance	6	BB	nurse AND (primary health care OR mental care OR	0				

¹⁶ Inkluderer søk på spesifikke teknologiske løsninger grunnet svært få treff vedrørende litteratur om teknologi og digitalisering som understøtter oppgave- og arbeidsfordeling.

DATABASE OG SØKENR.	KRITERIA	SØKEFRASE	ANTALL TREFF	SØKENR.	SØKEFRASE	ANTALL TREFF	SØKEFRASE	ANTALL TREFF	SØKEFRASE	ANTALL TREFF
	Art: menneske Språk: engelsk	abuse) AND (skill mix OR work delegation OR task shift OR task transfer OR task reallocation) AND technology			substance abuse) AND (skill mix OR work delegation OR task shift OR task transfer OR task reallocation) AND technology					



Teknologi for et bedre samfunn

www.sintef.no