

KARI LUDVIGSEN, HILDE DANIELSEN:

NY OPPGAVEFORDELING MELLOM PERSONELLGRUPPER I HELSE- OG OMSORGSSEKTOREN: VEIEN
Å GÅ FOR Å SIKRE FRAMTIDAS VELFERDSTJENESTER?

UNI RESEARCH ROKKANSENTERET RAPPORT 2 – 2014

Sammendrag

Uni Research Rokkansenteret har på oppdrag fra KS gjennomført prosjektet *Ny oppgavefordeling mellom personellgrupper i helse- og omsorgssektoren: veien å gå for å sikre framtidens velferdstjenester?* i perioden august 2013 til mai 2014.

Formål og gjennomføring

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

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

Kunnskapsoversikt om ny oppgavefordeling internasjonalt og i Norge

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

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

Danske rapporter som tar sikte på å inspirere til økt bruk av oppgavefordeling i kommunal helsetjeneste og i tjenester for eldre framhever betydningen av ledelse, medvirkning, samarbeid, planer for kompetanse og opplæring. Fokus på pasientforløp, faglig kvalitet og tverrfaglighet kan sikre fleksibilitet som danner grunnlag for ny oppgavefordeling.

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

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

Ny oppgavefordeling i lys av kommunal planlegging, rekruttering og opplæring

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

Dagens oppgavefordeling i helse- og omsorgssektoren

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

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

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

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

Tiltak som fremmer ny oppgavefordeling

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

Bevisstgjøring om eksisterende tiltak og muligheter

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

Planlegging for utnytting og utvikling av kompetanse

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

Systematisk kvalifisering av personell

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

Delegasjon og ansvar

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

Lovverk og forordninger

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

Utdanninger og alternative karriereveier

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

Premisser for å skape ny oppgavefordeling

Hva må til for å skape ny oppgavefordeling? Nasjonale institusjonelle rammer legger premisser for oppgavefordeling og mulighetene for en fleksibel fordeling av oppgaver mellom personellgrupper, men skaper ikke nødvendigvis ny oppgavefordeling. Kommunale ledere og enhetsledere har mulighet til å ta i bruk ny oppgavefordeling, men benytter mulighetene i lovverket i liten grad. For at de eksisterende mulighetene skal tas i bruk, må kommunenes kunnskap om lovverk, nasjonale tiltak og virkemidler styrkes. For at kommunene skal benytte ny oppgavefordeling som et strategisk

virkemiddel, må dette inngå i den langsiktige planlegging av helse- og omsorgstjenestene både i kommunalt planarbeid, i nasjonale planer som statsbudsjett, stortingsmeldinger, og i nasjonale helse og omsorgsplaner.

Våre intervjuer peker mot at forslag og tiltak rettet inn mot ny oppgavefordeling kan komme til å skape motforestillinger blant ansatte i kommunene. Verken ledere eller ansatte hadde stort fokus på ny oppgavefordeling, selv om de hadde mange konkrete innspill om hvordan arbeidsoppgaver hadde forandret seg og hvordan oppgaver kunne fordeles mer hensiktsmessig. De mente at ansatte jobbet best hvis de var sikre på hva som var deres ansvar og hva som ikke var det, og framhevet at det fungerte godt når ulike faggrupper jobbet sammen i tverrfaglige team med utgangspunkt i sin faglighet. Informantene var opptatt av at man bør jobbe for å unngå profesjonsstrid. Disse innvendingene er ikke et hinder for å skape ny oppgavefordeling, fordi andre studier viser at man må sikre klare ansvarslinjer og innføre dette i samråd med profesjoner og yrkesgrupper. Dette impliserer at ny oppgavefordeling forankres i tjenestene og blant personell, basert på identifisering av konkrete, lokale behov. Det betyr også at fagforbundene må inkluderes i arbeidet med ny oppgavefordeling mellom personellgrupper.

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