

Norsk Sykepleierforbunds prinsipper for;

ANSVARS- OG OPPGAVEFORDELING I HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN

Oppgavefordeling/glidning er et relativt nytt begrep i norsk helsedebatt. Internasjonalt har dette vært et tema i flere år, og det handler om å se på hvorvidt arbeidsoppgaver utført av en gruppe eller profesjon kan overføres til en annen. Årsakene til at dette i økende grad diskuteres, knyttes ofte til en reell eller antatt knapphet på helseressurser, samtidig som man ser en økende befolkning og et større behov for helsetjenester. Noen hevder at jobbglidning er et nødvendig virkemiddel for å sikre et framtidig bærekraftig helsevesen, og at rolleutvidelser og ansvars- og oppgavefordeling er kommet for å bli.

Utviklingen innen helse- og omsorgstjenestenes organisering har medført kortere liggetid i sykehus, relativt mer poliklinisk behandling med mer overvåkende korttidspleie og kontroll oppfølging. Sykehusene skal bli mer spesialiserte, og kortere tid ved sykehusinnleggelse gir mindre mulighet for å yte pleie- og omsorg samt opplæring og mestringsstøtte over tid. Pasienter skrives nå ut med vesentlige gjenværende helsebehov med krav til kvalitet i overgangen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Dette gir minst to utfordringer: 1) Hvordan opprettholde og utvikle høy sykepleiefaglig kvalitet innenfor et stadig mer komprimert innleggelsesforløp. 2) Hvordan sikre kvalitet i pasientforløpet på tvers av avdelinger, nivåer og sektorer. Pasientenes brukerrolle er i endring og det fokuseres på mestring, hverdagsrehabilitering og aktiv aldring. Dette er områder blant andre sykepleierne har mye kunnskap om, og der tjenestetilbud må utvikles og evalueres.

Det er viktig å lære av erfaringene fra våre naboland som har kommet lenger med ansvar og oppgavefordeling. OECD har vurdert erfaringene fra 12 vestlige lands erfaringer med bruk av spesialsykepleiere, med særlig fokus på hvordan den kommunale helse- og omsorgstjeneste kan øke effektiviteten i helsetjenesten. Rapporten beskriver blant annet hvordan utviklingen av spisskompetente roller for sykepleiere kan bedre befolkningens tilgang til helsehjelp og bidra til god helseøkonomi. Erfaringer fra ulike forsøk i Norge er også positive, og tyder så langt på at sykepleiere kan overta flere legeoppgaver og utføre disse med høy score på kvalitet, nøyaktighet og pasienttilfredshet.

Selv om internasjonale erfaringer er viktig, så er likevel ikke alle former for ansvar og oppgavefordeling i andre land direkte overførbare til norske forhold. Flere sliter med lege-mangel, og ansvar og oppgavefordeling er *et* av tiltakene for å møte den situasjonen. Dette er ikke tilfellet i Norge der fremskrivninger tyder på at mangelen vil være størst blant helsefagarbeidere og sykepleiere. Ansvar og oppgavefordeling løser ikke denne utfordringen. I tillegg kommer udekkede behov når det gjelder tilbudet til store pasientgrupper, der helsefagarbeidernes og sykepleiernes kompetanse er ønsket og etterspurt.

Oppgavefordeling foregår ikke i et vakuum, den er ikke et mål i seg selv, men må ses som et virkemiddel i en systematisk løpende tjenesteutvikling. Arbeidet med oppgavefordeling foregår på flere nivåer, men i praksis er det først og fremst en **ledet** utvikling i den enkelte kommune, ved det enkelte sykehus, sykehjem eller annen type institusjon/virksomhet.



Norsk Sykepleierforbund er opptatt av at det må gjøres hensiktsmessige avveininger når det gjelder å ta stilling til oppgavefordeling som virkemiddel i helse- og omsorgssektoren. Vi har derfor nedfelt følgende *overordnede* prinsipper som må legges til grunn i arbeidet med ansvars- og oppgavefordeling:

1. **Sammenheng mellom oppgaver og ansvar.**

Ansvars- og oppgavefordeling i helse- og omsorgssektoren bør brukes i stedet for oppgaveglidning fordi det handler om aktive valg og klargjøring av både ansvar og oppgaver. Det er i tillegg mer dekkende for utviklingen innenfor både spesialist- og kommunehelsetjenesten.

2. **Et strategisk virkemiddel for innovasjon og tjenesteutvikling.**

Endring av ansvars- og oppgavefordeling er ikke et mål i seg selv, men må tilpasses hver enkelt virksomhet og brukes som et strategisk virkemiddel for forbedring, innovasjon og tjenesteutvikling.

3. **Faglig begrunnelse og åpne transparente prosesser.**

Oppgavefordeling må ha en faglig agenda som utgangspunkt, og komme som et resultat av åpne, transparente prosesser. Relevante profesjoner og deres tillitsvalgte skal involveres og medvirke i prosessene.

4. **Sammenheng mellom kompetanse og trygge og sikre helsetjenester.**

Forholdet mellom oppgaver, formell og reell kompetanse og kvalitet/pasientsikkerhet må erkjennes og vurderes nøye før det gjøres endringer i ansvars- og oppgavefordeling.

5. **Hensynet til pasientenes beste må ivaretas.**

Det overordnede utgangspunktet må være hensynet til pasientenes beste ut fra den enkeltes behov. De muligheter og ressurser tjenestene har til rådighet må også spille inn, dog slik at de enkelte tiltak innrettes og organiseres på en måte som fremmer kvalitet og pasientsikkerhet.

6. **Kjernekompetansen skal reflekteres også i nye oppgaver.**

Sykepleiernes deltakelse og bidrag inn i nye oppgaver skal utgjøre en forskjell for pasienten, og kjernekompetansen skal være tydelig til stede i ulike typer oppgavefordelingstiltak.

7. **Faglig forsvarlighet må sikres gjennom opplæring og kvalifisert veiledning.**

Personell som overtar nye oppgaver må få nødvendig opplæring og kvalifisert veiledning. Hvilke oppgaver som kan utføres følger ikke nødvendigvis av hvilken profesjon man tilhører, men hvilke kvalifikasjonskrav man har tilegnet seg. Det må også vurderes om utførelsen av den aktuelle oppgaven er i samsvar med lovkrav om forsvarlighet og i samsvar med arbeidsgivers instruks for stillingen.

8. **Oppgavefordeling og annen tjenesteutvikling må evalueres.**

Effekter av igangsatte tiltak skal evalueres.