

# Ansvars- og oppgavedeling i et sykepleierperspektiv

**Forfatter:** Edith Roth Gjevjon  
**Oppdragsgiver:** Norsk Sykepleierforbund  
**Dato:** 13. mars 2023



NORSK SYKEPLEIERFORBUND



# Ansvars- og oppgavedeling i et sykepleierperspektiv

*Edith Roth Gjevjon, professor i sykepleie, Lovisenberg diakonale høyskole, UiT Norges arktiske universitet*

Helsetjenestene våre er under press, og de ressursmessige utfordringene helsepersonell møter i arbeidet sitt påvirker vilkårene for å kunne utøve faglig forsvarlig helsehjelp av god kvalitet. Ansvars- og oppgavedeling er et virkemiddel for å få utført de nødvendige oppgavene knyttet til helsehjelp når ressursknapphet og mangel på kvalifisert helsepersonell utfordrer kapasiteten til å utføre dem. I tillegg kan ansvars- og oppgavedeling forbedre sammensetningen av ulike typer helsepersonell, det vil si: å bruke kompetanse og ressurser riktig, på rett sted til rett tid <sup>1</sup>.

I forsknings- og faglitteraturen brukes begrepene oppgaveforskyving, også kalt oppgavegliding og oppgaveoverføring, (engelsk: task shifting), og oppgavedeling (engelsk: task sharing) for å beskrive og forklare hva som skjer i når det er behov for å avlaste kompetent helsepersonell, for å kompensere for mangel på kompetent helsepersonell, supplere eksisterende kompetanse ved tjenestestedet og/eller sikre best mulig kompetansesammensetning <sup>2,3,4,5</sup>. Disse begrepene brukes om hverandre og fremstår som å bety det samme, men er to sider av samme sak med noen nyanseforskjeller <sup>5</sup>. Begrepene fremmer, og kunnskap og erfaringer tilsier en sterk oppgaveorientering i helsetjenestene våre. Det er viktig å være kritisk til denne oppgaveorienteringen, særlig i lys av sykepleiefagets kompleksitet og sykepleierprofesjonens helhetlige ansvar, som krever at sykepleiere bruker sin sammensatte kompetanse riktig, på rett sted til rett tid <sup>6</sup>. Derfor velger Norsk Sykepleierforbund å bruke begrepet ansvars- og oppgavedeling; å overføre eller dele oppgaver uten å plassere ansvar, er uforsvarlig. Forsvarlig ansvars- og oppgavedeling må alltid ha utgangspunkt i pasientsituasjoner <sup>7</sup>, hensikten med oppgavene, og kompetansekrav i samsvar med pasientsituasjonene.

**Oppgaveforskyving** skjer når oppgaver fordeles fra helsepersonell med høyere kompetansenivå til helsepersonell med lavere kompetansenivå (vertikal forskyvning), for eksempel fra leger til sykepleiere eller fra sykepleiere til helsefagarbeidere, og noen ganger skjer oppgaveforskyving også motsatt vei. Det skjer også oppgaveforskyvning mellom helsepersonell på samme kompetansenivå, men med ulikt kompetanseinnhold (horisontal forskyvning); et relevant eksempel på dette er at vernepleiere bemanner vakante sykepleierstillinger eller motsatt. Ved oppgaveforskyving fra sykepleiere til andre, løsrives prosedyrer fra sykepleiernes kliniske vurderings- og beslutningsprosess. Det kan derfor oppstå risiko for at viktige symptomer og tegn ikke oppdages og håndteres, særlig om oppgaveforskyvingen skjer uten system og plan og med utgangspunkt i pasienters situasjon og behov. Planmessig og faglig begrunnet ansvars- og oppgavedeling kan redusere slik risiko.

**Oppgavedeling** kan defineres som at oppgaver gjennomføres i samarbeid og samhandling mellom helsepersonell med ulik kompetanse. Her gjennomføres aktiviteter som innebærer å fordele ulike oppgaver mellom ulikt helsepersonell ut fra helsepersonellens kompetanse og kvalifikasjoner, pasientens situasjon og behov, og konteksten helsehjelpen utføres i. Samarbeid kan defineres som å arbeide sammen for å løse konkrete oppgaver der oppgavene fordeles mellom samarbeidspartnerne. Samhandling kan defineres som aktiviteter med gjensidig relasjonell deltakelse som også inkluderer pasienter og pårørende, kontinuerlig dialog og et felles mål.



## Faglige ramme og sykepleiernes særegne bidrag

Sykepleieres og annet helsepersonells utdanning og kompetanse gir gjennom autorisasjon ulike ansvarsområder, roller og funksjon. Vi kan dele inn sykepleieres aktiviteter i følgende tre typer <sup>6</sup>, <sup>8</sup>, som også er overførbart til helsepersonell generelt, og som kan være nyttig å kjenne til i lys av faglig autonomi, ansvars- og oppgavedeling:

- 1. Uavhengige aktiviteter** inkluderer oppgaver som helsepersonellet innen rammene av sin autorisasjon har et selvstendig ansvar for og kan tildele, utføre og fordele til andre. Sykepleiere har en særlig kompetanse til å på selvstendig grunnlag analysere pasientens situasjon, observere, vurdere og tolke symptomer og tegn, fatte beslutninger om tiltak, igangsette disse, evaluere tiltakenes effekt og gjøre nødvendige justeringer.
- 2. Avhengige aktiviteter** inkluderer oppgaver som er fordelt fra helsepersonell med høyere kompetanse til helsepersonell med lavere kompetanse. Her har helsepersonell med høyere kompetanse det overordnede ansvaret for planleggingen og resultatet av aktiviteten, men noen definerte oppgaver utføres av andre. For eksempel, kan stell av en multisyk og skrøpelig pasient i stabil fase utføres av en helsefagarbeider. Dette utløser uavhengige aktiviteter for helsefagarbeideren, som å utføre stellet på en faglig forsvarlig måte, observere pasienten under stellet, dokumentere observasjoner, og informere den som fordelte oppgaven om observasjonene. Det er fremdeles sykepleier som har det overordnede faglige ansvaret, mens helsefagarbeideren har et individuelt ansvar for sine handlinger ut fra sine kvalifikasjoner og situasjonen ellers. Det er viktig å minne om at helsepersonell har et juridisk ansvar for å si fra om de ikke innehar tilstrekkelig kompetanse til å ivareta en tildelt oppgave. Da må oppgaven tildeles andre som har nødvendig kompetanse.
- 3. Avhengig-av-hverandre-aktiviteter** er aktiviteter som gjennomføres sammen med annet helsepersonell. Sykepleiere arbeider tett sammen med annet helsepersonell, som helsefagarbeider, ernæringsfysiolog, fysioterapeut, ergoterapeut eller lege, avhengig av hvilke kompetanser som kreves for å gi best mulig helsehjelp til pasienten. For eksempel, vil sykepleiere og fastleger i primærhelseteam kunne utfylle hverandre med gode resultater. Legen iverksetter og justerer medisinsk behandling, ofte på bakgrunn av sykepleieres observasjoner og vurderinger av pasienten. Sykepleiere følger opp, har et faglig ansvar for å gjøre videre observasjoner og vurderinger av eventuelle endringer i pasientens funksjon eller helsetilstand og melder tilbake til lege som har det medisinske ansvaret. Det forutsetter en tydelig ansvarsavklaring for å lykkes med slik felles oppfølging.

Sykepleiere har et selvstendig og uavhengig ansvar for å ivareta menneskers grunnleggende behov i den hensikt å fremme helse, forebygge sykdom, forebygge, avdekke og håndtere forverring av tilstand, lindre lidelse og legge til rette for en verdig og naturlig død <sup>9</sup>. Dette er oppgaver som også andre helsepersonellgrupper vil mene å ha ansvar for, mens sykepleierens særegne bidrag er knyttet til den kliniske analysen og kompetanse til å uavhengig gjennomføre strukturert observasjon, kartlegging og vurdering av endring i pasientsituasjonen, og kompetanse til å tilpasse helsehjelpen til endringer i pasientens behov for helsehjelp<sup>10</sup>. Det som skiller den formelle kompetansen til sykepleiere fra helsepersonell med lavere formell kompetanse er ikke evnen til å utføre visse oppgaver i seg selv, men kunnskap og ferdigheter innen kritisk tenking, klinisk resonnering, vurdering, beslutningstaking og å utøve tilpasset helsehjelp.



Sykepleiere har et selvstendig og uavhengig ansvar for å ivareta menneskers grunnleggende behov i den hensikt å fremme helse, forebygge sykdom, forebygge, avdekke og håndtere forverring av tilstand, lindre lidelse og legge til rette for en verdig og naturlig død <sup>11</sup>. Dette er oppgaver som også andre helsepersonellgrupper vil mene å ha ansvar for, mens sykepleierens særegne bidrag er knyttet til den kliniske analysen og kompetanse til å uavhengig gjennomføre strukturert observasjon, kartlegging og vurdering av endring i pasientsituasjonen, og kompetanse til å tilpasse helsehjelpen til endringer i pasientens behov for helsehjelp<sup>12</sup>. Det som skiller den formelle kompetansen til sykepleiere fra helsepersonell med lavere formell kompetanse er ikke evnen til å utføre visse oppgaver i seg selv, men kunnskap og ferdigheter innen kritisk tenking, klinisk resonnering, vurdering, beslutningstaking og å utøve tilpasset helsehjelp.

Sykepleiernes kunnskap og ferdigheter er basert på kunnskap om naturvitenskapelige og samfunnsvitenskapelige støttefag som er integrert i oppdatert sykepleiefaglig kunnskap. De ovennevnte kunnskapene og ferdighetene er selve kjernen i sykepleiernes kompetanse og ansvarsområder som sikrer at pasienten kan stole på at den som utfører oppgaven også identifiserer og forstår endringer i pasientens helsetilstand som kan være truende for liv og helse.

Om man på permanent basis erstatter sykepleiere i en virksomhet, vil man også miste viktig kompetanse som har betydning for helsetjenestenes totale kvalitet. Dette fordi sykepleiere i tillegg til klinisk kompetanse, har kompetanse i å koordinere, organisere, prioritere, og fordele oppgaver knyttet til helsehjelp<sup>13</sup>. Denne organisatoriske kompetansen brukes også uten direkte pasientkontakt, og er viktig for et godt pasientforløp. Sykepleierne har i tillegg et lovpålagt ansvar for å holde seg faglig oppdatert, arbeide kunnskapsbasert, bidra til fagutvikling og tilrettelegge for forskning, samt å vurdere helsehjelpens kvalitet, forsvarlighet og konsekvenser for pasientsikkerhet og pasientens integritet <sup>6</sup>. Sykepleierne har dermed ulike sentrale roller og funksjoner innen helsetjenestene og et helhetlig ansvar som strekker seg utover enkelt-oppgaver; et ansvar som krever særskilt kompetanse som ikke uten videre kan erstattes.

Foto: Sunniva Tønsberg Gaski



## Forutsetninger

Det er vanligvis de tilsynelatende minst komplekse oppgavene som blir fordelt til for eksempel helsefagarbeidere når det er stort press på sykepleierressursene, slik at sykepleierne kan ivareta de mest komplekse oppgavene hos de sykeste pasientene. Helsefagarbeidere har kompetanse til å utføre sykepleieprosedyrer teknisk korrekt, omsorgsfullt og med faglig integritet, men en skal være oppmerksom på at selv om det kan være forsvarlig å fordele «enkle» oppgaver knyttet til noen pasienter, kan fordeling av de samme oppgavene vurderes som uforsvarlig når det gjelder andre pasienter. Om et tjenestested fordeler noen definerte oppgaver som en langvarig ordning, må en likevel vurdere om det finnes tilfeller der helsepersonellet som tradisjonelt sett utfører oppgaven fortsatt skal gjøre det.

Det er alltid pasientens situasjon og behov, samt hensynet til faglig forsvarlighet, kvalitet og pasientsikkerhet som må være styrende, ikke typer oppgaver i seg selv. Er pasienten, og dennes behov og situasjon stabil og kjent, det foreligger oppdatert informasjon om helsetilstand og det finnes veiledende planer, skal ansvars- og oppgavedeling kunne skje uten stor risiko for uheldige hendelser. Er derimot pasienten i en uavklart og ustabil situasjon med fare for akutte forverringer som krever systematiske observasjoner og vurderinger for å avdekke symptomer og tegn på forverring av tilstand, bør ikke selv «enkle» oppgaver som stell, påkledning eller medikamenthåndtering, overlates til andre enn sykepleier så lenge pasienten er i en uavklart og ustabil fase. Dette betinger en endring, særlig dagens kommunale tjenester, mot en sterkere bevissthet og tydeliggjøring av pasientens behov for systematisk observasjon og vurdering som en del av nødvendig helsehjelp.

Ansvars- og oppgavedeling må skje med bevissthet, planlegging, system og tydelig ledelse. Det er særlig kritisk at det er tilstrekkelig og riktig kompetanse ved det som kan betegnes som vertikal oppgaveforskyving. Er kompetansen til helsepersonellet som får fordelt nye oppgaver til seg utilstrekkelig, er sannsynligheten for at uheldige hendelser oppstår stor, med fare for pasienters liv, helse eller livskvalitet, og for personalets arbeidssituasjon.

For eksempel:

- Symptomer og tegn på forverring av tilstand blir mistolket eller ikke oppdaget og kan føre til akutte tilstander og for tidlig død
- Kliniske prosedyrer blir utført feil på grunn av mangel på tilstrekkelig opplæring eller veiledning og/ eller på grunn av feilbedømming av egen kompetanse eller ansvarsområde
- Pasienter og pårørende opplever utrygghet
- Helsepersonellet kan oppleve «ansvarsoversømmelse», moralsk stress, usikkerhet og tap av arbeidsglede

Figuren på neste side oppsummerer sentrale forutsetninger for å lykkes med ansvars- og oppgavedeling i en virksomhet.

### Hvorfor ansvars- og oppgavedeling?

- Avlaste kompetent personell?
- Erstatte kompetent personell?
- Supplere kompetent personell?
- Rett kompetanse på rett sted til rett tid

### Oppgavene må være

- Klart definert og avgrenset
- Tilpasset den enkeltes behov og situasjon
- I samsvar med utøverens ansvar og vurdering av egen kompetanse

### Hva bør styre ansvars- og oppgavedeling?

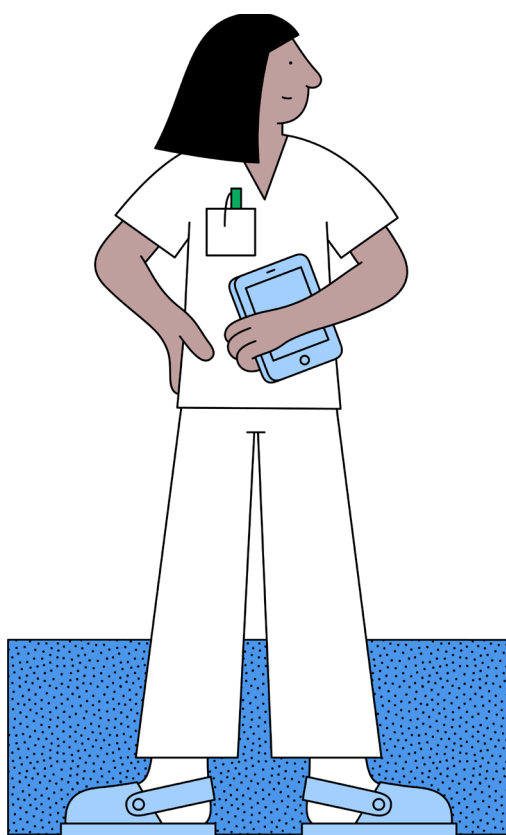
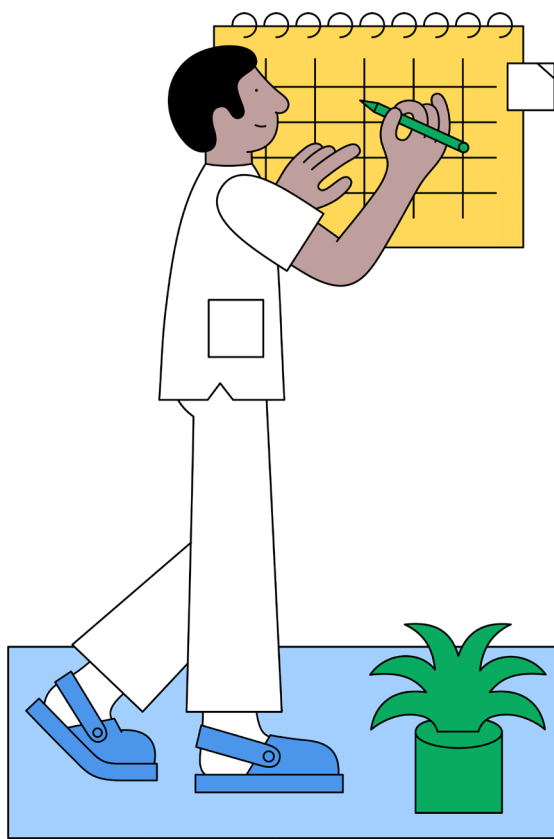
Pasientens behov og situasjon  
Kompetansekrav  
Tilgjengelig kompetanse  
Fokus på forsvarlighet og pasientsikkerhet

### Leder- og systemansvar

- Leder har tilstrekkelig klinisk kompetanse og lederkompetanse
- Ansvar knyttet til pasientsituasjoner er avklart
- Oppdatert informasjon og planer om den enkelte pasient lett tilgjengelig
- Systematisk organisering og koordinering av personalressurser
- Systematisk kvalitetsarbeid og kvalitetskontroll
- Kompetanseplaner og systematisk kompetanseheving
- Risikovurderinger; faglig, organisatorisk, økonomisk

### Helsepersonellens ansvar

- Vurdere pasientens behov og situasjon
- Vurdere egen kompetanse
- Kjenne eget og andres kompetanseområde og forstå egne faglige begrensninger
- Kjenne virksomhetens rutiner ved ansvars- og oppgavedeling
- Vite hvem som gjør hva og har ansvar for hva ved endrede oppgaver



Det er avgjørende at ledere er bevisst på årsakene til at ansvars- og oppgavedeling vurderes som nødvendig, om situasjonen er kortvarig eller langvarig, og hvilke konsekvenser dette kan ha for pasientene, helsepersonellet og organisasjonen. Det kreves uansett planlegging, enten i form av beredskap i tilfelle akutt mangel på kvalifisert personell skulle oppstå, eller i form av et system rundt ansvars- og oppgavedeling som er tydelig, kjent og som legger til grunn relevante faglige, organisatoriske og økonomiske vurderinger. Det er et ledelses- og systemansvar å sikre tilstrekkelig, kvalitetssikret og veiledet opplæring. De må også kjenne rutinene for å dokumentere og rapportere tilbake til helsepersonellet som har fordelt oppgavene og som har det overordnede faglige ansvaret for dem.

Fra et administrativt lederperspektiv kan det være vanskelig å definere og vurdere faglig forsvarlighet når hovedfokus er å løse situasjonen og sørge for at oppgavene utføres. Her har sykepleierne en viktig rolle i vurderingen av faglig forsvarlighet, og en forpliktelse til å reagere og handle ved fare for redusert forsvarlighet, kvalitet og pasientsikkerhet. De fleste mellomledere er sykepleiere, de må også ivareta sitt faglige lederansvar med samme høye prioritet som det administrative ansvaret.

I dette dokumentet beskrives ansvars- og oppgavedeling ut fra et sykepleierperspektiv, i lys av sykepleie som fag og profesjon. Teksten er ment å bidra med faglig grunnlag for å kunne vurdere i hvilke tilfeller, under hvilke forutsetninger og for hvilke oppgaver ansvars- og oppgavedeling er hensiktsmessig og argumentasjon for hvorfor ansvars- og oppgavedeling ikke alltid er riktig.



## Referanser

- 1 De Maeseneer, J., et al., *Task shifting and health system design: report of the expert panel on effective ways of investing in health (EXPH)*. 2019.
- 2 Devik, S.A. og R.M. Olsen, *Oppgaveglidning i omsorgstjenestene - en hurtigoversikt over forskningslitteratur*. Omsorgsbiblioteket, 2022.
- 3 Leong, S.L., et al., *Task shifting in primary care to tackle healthcare worker shortages: An umbrella review*. European Journal of General Practice, 2021. 27(1): p. 198-210.
- 4 Melby, L. et al., *Frigjøring av sykepleierkapasitet gjennom ny ansvars-/oppgavedeling og bruk av teknologi*. SINTEF Rapport, 2022.
- 5 Orkin, A.M., et al., *Conceptual framework for task shifting and task sharing: an international Delphi study*. Human resources for health, 2021. 19(1): p. 1-8.
- 6 Borglin, G. og Gjevjon, ER., *Sykepleie- profesjon og fag*, in Sykepleieboken 1. Sykepleiens fundament. 2022, Cappelen Damm Akademisk: Oslo.
- 7 Kirkevold, M., *Karakteristika ved sykepleiepraksis - sykepleiernes møte med ulike typer situasjoner*, in Sykepleieboken 1. Sykepleiens fundament. 2022, Cappelen Damm Akademisk: Oslo.
- 8 Wilkinson, JM., *Nursing process and critical thinking*. 2011: Pearson Higher Ed.
- 9 ICN, *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*, International Council of Nurses (ICN),. 2006.
- 10 American Nurses Association (ANA). *What is Nursing?* [02.01.2023]; Tilgjengelig fra: <https://www.nursingworld.org/practice-policy/workforce/what-is-nursing/>.
- 11 ICN, *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*, International Council of Nurses (ICN),. 2006.
- 12 Allen, D., *Sykepleiernes usynlige arbeid: Organisering av sykehus og pasientomsorg*. 2019: Fagbokforlaget



