

Oppgaveglidning i spesialisthelsetjenesten

*Gjør vi de smarte valgene i forhold til ressurser,
kompetanse og økonomi?*

Tone Hoel Lende



Erfaringsbasert master i helseadministrasjon
Avdeling for helseledelse og helseøkonomi
Institutt for helse og samfunn
Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

05.05.19

Oppgaveglidning
i
spesialisthelsetjenesten

*Gjør vi de smarte valgene i forhold til ressurser,
kompetanse og økonomi?*

© Forfatter Tone Hoel Lende

År 2019

Tittel: Oppgaveglidning i spesialisthelsetjenesten – gjør vi de smarte valgene i forhold til ressurser, kompetanse og økonomi?

Forfatter: Tone Hoel Lende

<http://www.duo.uio.no/>

Sammendrag

Bakgrunn og problemstilling

New Public Management har fokus på økonomi og resultatstyring. Det fører til mer byråkratisering. På bakgrunn av dette og andre faktorer har man de senere år sett at det skjer en omfordeling av oppgaver i spesialisthelsetjenesten. Yrkesgrupper med lang utdanning og høy lønn får bevisst eller ubevisst oppgaver som ligger utenfor deres kjernekompetanse og som kan utføres av yrkesgrupper med kortere utdanning og lavere lønn, samtidig som det sjelden gjøres risikoanalyser i forkant og evalueringer i etterkant. Jeg har sett på hva denne form for oppgaveglidning, som jeg kaller negativ vertikal oppgaveglidning, koster nasjonalt for spesialisthelsetjenesten i somatikken.

Metode

Fra Statistisk Sentralbyrå, tariffavtaler, legeforeningens nettsider og artikler fant jeg opplysninger relatert til årsverk, lønn og arbeidstid for helseprofesjonene leger, sykepleiere, sekretærer og ledere med helsefaglig bakgrunn. Fra litteraturen og egne undersøkelser bruker overleger og leger i spesialisering i snitt 45% av arbeidstiden på arbeid andre yrkesgrupper kunne ha utført (variasjon fra 10-60%). Tilsvarende tall for sykepleiere er 50% (variasjon fra 20-65%). Variasjonen ble brukt til å beregne sannsynlige intervaller for kostnadsestimatene. Materialet er deretter brukt til å beregne og diskutere kostnaden som oppgaveglidning medfører og mulige gevinster ved alternativ bruk av arbeidstiden som økt poliklinisk eller dagkirurgisk aktivitet, eller frigjøring av sykepleieårsverk.

Resultat

Beregningene viser at arbeidstiden overleger og leger i spesialisering bruker på oppgaver andre kunne ha utført koster 3,7 (variasjon fra 0,9-5,0) mrd. kr årlig på nasjonalt nivå. For sykepleiere er tilsvarende beløp 6,2 (variasjon fra 2,4-7,9) mrd. kr årlig. Denne tida utgjør 12 400 (variasjon fra 4900-16 000) sykepleierårsverk som kan brukes inn mot oppgaver som krever deres kompetanse. For leger ville man kunne frigjøre 10,3 (variasjon fra 2,3-13,8) millioner legekonsultasjoner og spare 8,9 (variasjon fra 1,9-11,8) mrd. kr årlig ved å tilbakeføre administrative- og sykepleieroppgaver til sine respektive yrkesgrupper.

Konklusjon

Resultatene viser at selv ved bruk av de nedre estimatene i kostnadsintervallene er arbeid som kunne vært overført til andre yrkesgrupper forbundet med høye kostnader. Store ressurser kan potensielt frigjøres ved å øke arbeidstiden som blir brukt på gruppenes kjernekompetanse, og å redusere negativ vertikal oppgaveglidning. En tydeligere overordnet strategi fra nasjonalt hold må til for å kunne ta smartere valg enn det som er gjort hittil.

Forord

Masterstudiet «Erfaringsbasert helseadministrasjon» har vært lærerikt og spennende. Fagene har gitt en god bakgrunn for videre arbeid enten jeg fortsetter som kliniker eller leder, og jeg ser at jeg i arbeidet med selve masteroppgaven allerede har brukt en del av bakgrunnsstoffet vi har vært igjennom.

En stor takk til veileder Tron Anders Moger for innspill og konstruktive tilbakemeldinger. Det har vært en interessant og lærerik prosess.

Takk til arbeidsgiver ved Stavanger Universitetssykehus som har gitt meg muligheten til å ta dette studiet. I tillegg takker jeg min gode kollega og venn Håvard Søiland som var en god sparringpartner.

Sist men ikke minst også takk til min tålmodige familie som har støttet meg på alle mulige måter. Takk for alle innspill og diskusjoner Sigurd Olav! Du, Knut Roar, Ane, Sondre og Magnus er min beste heiagjeng og det mest verdifulle jeg har.

Stavanger, mai 2019

Tone Hoel Lende

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Problemstilling og formål.....	3
1.2	Oppbygging av oppgaven.....	4
2	Bakgrunn.....	5
2.1	Oppgaveglidning.....	5
2.2	New Public Management.....	6
2.3	Faktorer som har bidratt til oppgaveglidning.....	6
2.3.1	Helsereformenes betydning i styring av spesialisthelsetjenesten.....	6
2.3.2	Drift i spesialisthelsetjenesten.....	7
2.3.3	Innsatsstyrt finansiering.....	7
2.3.4	Kvalitetsbasert finansiering.....	8
2.3.5	Kvalitet og pasientsikkerhet - kvalitetsregistre.....	9
2.3.6	Informasjons- og kommunikasjonsteknologi- IKT.....	9
2.3.7	Befolkning og helsetjenestetilbud.....	10
2.3.8	Helsepersonellutfordringer i Europa og Norge.....	11
2.4	Økonomiske effekter av oppgaveglidning.....	11
3	Metode.....	13
3.1	Datakilder.....	13
3.2	Årsverk og yrkesgrupper.....	14
3.2.1	Leger og sykepleiere.....	14
3.2.2	Merkantilt personell.....	15
3.3	Lønn og yrkesgrupper.....	15
3.3.1	Leger.....	15
3.3.2	Sykepleiere, spesialsykepleiere og jordmødre.....	16
3.3.3	Merkantilt personell.....	17
3.4	Arbeidstid og yrkesgrupper.....	18
3.5	Arbeidstid og oppgaveglidning.....	19
3.5.1	Arbeidstid fra litteratur.....	19
3.5.2	Arbeidstid fra egen utspørring.....	19
3.6	Økonomiske beregninger.....	20
3.6.1	Årsverk, timetall og lønn for ulike yrkesgrupper.....	20

3.6.2	Kostnader ved oppgaveglidning for leger og sykepleiere	22
3.6.3	Poliklinisk konsultasjon med kun takst og egenandel, inntekter:	23
3.6.4	Poliklinikk og utgifter	24
3.6.5	Dagkirurgisk inngrep med takst og prosedyre:	24
4	Resultater.....	25
4.1	Kostnader ved oppgaveglidning	25
4.2	Inntjening og utgifter ved poliklinikk og dagkirurgi	26
4.2.1	Inntjening poliklinikk.....	26
4.2.2	Utgifter poliklinikk.....	27
4.2.3	Inntjening dagkirurgi.....	28
5	Diskusjon.....	29
6	Konklusjon	34
7	Litteraturliste	35

Oversikt over tabeller

Tabell 1: Datakilder og årstall for innhentet informasjon om årsverk og lønn pr profesjon

Tabell 2: Antall årsverk pr profesjon og datakilder de er hentet fra

Tabell 3: Lønn leger 2017 (kr)

Tabell 4: Lønn sykepleiere, spesialsykepleiere/jordmødre, helsesekretærer og sekretærer 2018 (kr)

Tabell 5: Oversikt over årsverk og lønn pr profesjon på nasjonalt nivå (mrd. kr)

Tabell 6: Antall timer pr profesjon nasjonalt, og for ulike stillingsprosenter (mill. timer)

Tabell 7: Lønn pr profesjon nasjonalt, og for ulike stillingsprosenter (mrd. kr)

Tabell 8: Timelønn pr profesjon- gjennomsnitt med min. og maks. (avrundet) (kr)

Tabell 9: Gjennomsnittskostnad i forhold til % tid som går med til oppgaver som kunne vært ivaretatt av andre på nasjonalt nivå, med nedre og øvre grense (=variasjon) (mill. kr)

Tabell 10: Inntjening ved poliklinikk-drift i den tida som er estimert til pr i dag å være oppgaver som kunne vært overført til andre (mrd. kr)

Tabell 11: Gevinst etter at utgifter til ekstra personell er kalkulert inn (mrd. kr)

Tabell 12: Dagkirurgiske prosedyrer og gevinst (mrd. kr)

Oversikt over figurer

Figur 1: Oppgaveglidning

Forkortelser

DRG: Diagnoserelaterte grupper

EPJ: Elektronisk pasientjournal

HF: Helseforetak

IKT: Informasjons- og kommunikasjonssystem

ISF: Innsatsstyrt finansiering

KBF: Kvalitetsbasert finansiering

LIS: Lege i spesialisering

NPM: New Public Management

OECD: The Organization for Economic Co-operation and Development

SSB: Statistisk sentralbyrå

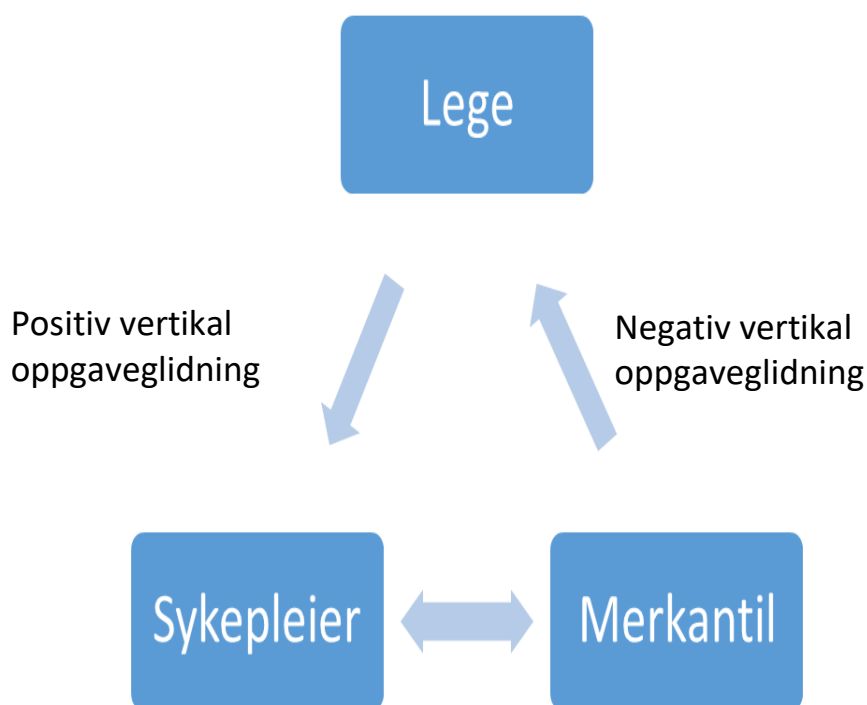
WHO: World Health Organization

UTA: Utvidet arbeidstid

YLF: Yngre Legers Forening

1 Innledning

Oppgaveglidning er flyt av arbeidsoppgaver mellom yrkesgrupper. Ved positiv vertikal oppgaveglidning får man oppgaver som er over kompetansenivået for profesjonens kjerneoppgaver (1). Når kjerneoppgaver overtas fra profesjoner som ligger under eget nivå, kalles det negativ vertikal oppgaveglidning (1) (Figur 1). Ofte skjer oppgaveglidning som en naturlig utvikling, mens man de senere år fra arbeidsgiversiden og politisk hold har begynt å se på det som et virkemiddel for innsparing og bedre ressursbruk (2). Eksempelvis har økte dokumenterings- og rapporteringskrav medført at klinikerne har fått mindre tid til sine kjerneoppgaver. Isteden for å avlaste legene med det primære problemet, har man begynt å utføre en positiv vertikal oppgaveglidning ved å flytte polikliniske pasientkonsultasjoner over til sykepleiergruppen (3). Dette resulterer ofte i forespørsler om ikke helsesekretærene med sin helseprofesjonsutdanning kan hjelpe sykepleierne på poliklinikken med oppgaver, siden sykepleierne også opplever knapphet på tid.



Positiv og negativ vertikal oppgaveglidning

Figur 1. Oppgaveglidning mellom leger, merkantilt personell og sykepleiere. Negativ vertikal oppgaveglidning oppstår når arbeidsoppgaver flyttes fra merkantilt personell til leger og sykepleiere. Positiv vertikal oppgaveglidning skjer når sykepleiere begynner å gjøre begrensede legeoppgaver eller merkantil gjør sykepleieroppgaver.

Vi har en profesjonsnøytral helsepersonell-lov som tillater oppgaveglidning. Oppgaver kan deles på tvers av profesjongrensar så fremt forsvarlighet, kvalitet og pasientsikkerhet er ivarettatt. Helsevesenet skal løse sine oppgaver på en mest mulig hensiktsmessig og ressursbesparende måte. Oppgaveglidning iverksettes ved kapasitetsproblemer der man sitter med enten manglende rekruttering eller økt etterspørsel av tjenester (2). Sykepleiere og sekretærer kan oppleve en positiv vertikal oppgaveglidning da de får tilført oppgaver fra hhv. leger og sykepleiere. Dette medfører kompetanseheving for disse yrkesgruppene (Figur 1), som ofte skjer ved intern opplæring.

Oppgaveglidning har imidlertid flere uheldige konsekvenser. For det første vil legene få mindre merkantil hjelp når sekretærene overtar tidligere sykepleieoppgaver. I tillegg har man flere steder redusert antall sekretærer som ledd i innføring av IKT-verktøy. Man får en sirkel med uhensiktsmessig eller negativ vertikal oppgaveglidning, der leger og sykepleiere får ekstra arbeidsoppgaver de er overkvalifisert til. Selv om leger er overkvalifiserte til en del oppgaver, vil effekten kunne være økt tidsbruk og i verste fall gi mindre pasientsikkerhet, siden noen av oppgavene vil være mer uvante og tidkrevende pga. manglende rutine.

For det andre kan man tenke seg at oppgaveglidningen vist i Figur 1 vil sluke sykepleierressurser fra den totale kliniske driften. Det er derfor viktig å ta med tilgjengelige ressurser som variabel når man utfører oppgaveglidning (4). Dette aktualiseres av at det er, og vil være, mangel på sykepleiere framover.

For det tredje vil andel tid som legene bruker på direkte pasientarbeid avta. Direkte pasientarbeid omfatter all direkte kontakt med enkeltpasienter eller deres pårørende, inkludert telefoner etc., mens indirekte pasientarbeid defineres som arbeid foran dataskjerm, e-post, dataregistrering, journalarbeid, attester, epikriser og annet dokumentasjonsarbeid (5). Selv om man fra 1994 til 2014 kan dokumentere stabilitet i den samlede ukearbeidstiden for de fleste heltidsarbeidende leger i Norge (5), har andel tid til direkte pasientarbeid for overleger og leger i spesialisering (LIS) i sykehus gått ned fra 61% til 46%. Data fra 2016/2017 viser ytterligere nedgang til 42% (19 timer/uke) for overleger og LIS. For lege-ledere har tid til direkte pasientarbeid gått dramatisk ned fra 50% til 29%. Denne problematikken er også debattert i land det er naturlig å sammenligne oss med. I Sverige diskuterer man hvordan legers administrasjonsbyrde kan minskes ved at legeadministrativt arbeid som ikke krever medisinsk kompetanse kan overføres til annet personell (6).

Det samme mønsteret sees blant sykepleiere, der man i en undersøkelse så at kun 35,5 % av arbeidstida gikk med til direkte pasientkontakt (7). Hele 64,5% gikk dermed med til indirekte pasientkontakt (tilberedning av mat, vask av senger, utfylling av skjema, ringing etter drosje etc.) (7), noe som også samsvarer med en svensk undersøkelse (8). Generelt ser man at kjerneoppgaver som behandling, pleie og diagnostikk for både leger og sykepleiere spises opp av økt dokumentasjon og administrasjon, jf. E. Nordin som er sitert i Helsedirektoratets rapport med følgende uttrykk: «Administrasjonsbörden har exploderat under senare år» (9).

Selv om det har vært en sterk økning i oppgaveglidning, er det kun 30% av prosjektene gjennomgått av Helsedirektoratet som har innbefattet risiko og konsekvensanalyser i utredningen (2). Dette er lavt. Hensikten med denne oppgaven er derfor å peke på konsekvenser av oppgaveglidningen. Det ene er å beregne årlige kostnader ved å flytte på oppgaver mellom profesjonene i spesialisthelsetjenesten i Norge. Videre er det svært relevant å estimere de ressurser som bindes opp når man tar i bruk oppgaveglidning som virkemiddel ved bemanningsspørsmål.

1.1 Problemstilling og formål

Jeg ønsker å undersøke hvilke kostnader vi får ved at yrkesgrupper med høyere utdanning og lønn gjør oppgaver som kunne vært ivaretatt av grupper med lavere utdanning og lønn. Hvis man antar at arbeidsoppgaver i henhold til yrkesgruppens egen utdanning og kompetanse representerer den mest kostnadseffektive tidsbruken, hva er da den potensielle gevinsten i å tilbakeføre oppgaver til gruppene? Jeg ønsker også å belyse hva gevinsten svarer til hvis den omsettes i bemanningsendringer, behandlingsskapasitet eller inntjening. Dette kan være innspill til debatten om det er hensiktsmessig med tiltak som medfører oppgaveglidning i somatisk spesialisthelsetjeneste, og om man har en optimal ressursforvaltning gitt de føringer og rammer som er lagt fra sentralt hold.

Spesifikt har jeg gjort beregninger for følgende forskningsspørsmål:

Hva koster det nasjonalt for hver yrkesgruppe (leger, sykepleiere, sekretærer) at man overtar oppgaver for hverandre?

Hvor mye økt behandlingsskapasitet kan man få hvis noe av tiden leger bruker til oppgaver som kunne vært utført av sykepleiere og merkantiltjenesten ble tilbakeført dit?

Hvor mange sykepleierårsverk kan man frigjøre hvis tiden sykepleiere bruker på oppgaver som kunne vært utført av leger og merkantiltjenesten ble tilbakeført dit?

Hva slags inntjening kan man få hvis tid som tilbakeføres til merkantiltjenesten fra leger blir frigjort til produksjon (i.e. poliklinikkvirksomhet og dagkirurgi)?

1.2 Oppbygging av oppgaven

Jeg starter med definisjon av oppgaveglidning og relaterte begreper samt noe av bakgrunnen for omfordeling av oppgaver. Deretter tar jeg for meg bakgrunnen for den målbaserte styringen av helseforetakene (HF) som utøves pr i dag. Det gjelder reformer innen eierskap, struktur, økonomi, drift og kvalitet samt økt bruk av informasjons- og kommunikasjonsteknologi, som igjen har ført til at oppgaver mer eller mindre bevisst blir flyttet mellom yrkesgrupper. Demografi, økende alder og økte muligheter til diagnostikk og behandling betyr økt behov for helsepersonell. Samtidig har man i framskrivninger sett på hva slags type helsepersonell det vil være størst mangel av i framtida. Dette bør betyr noe for strategi ved oppgaveglidning.

I metodedelen gjør jeg rede for hvordan jeg har funnet bakgrunnsdata når det gjelder årsverk, lønn og arbeidstid for de tre yrkesgruppene leger, sykepleiere og sekretærer i somatisk spesialisthelsetjeneste som jeg har valgt å fokusere på i oppgaven. Videre redegjør jeg for hvordan jeg setter opp de økonomiske estimatene relatert til de oppgitte forskningsspørsmålene. I resultatdelen presenteres regnestykkene som er satt opp med resultater, og oppgaven avsluttes med en diskusjon av funnene.

2 Bakgrunn

2.1 Oppgaveglidning

Oppgaveglidning eller «task shifting» defineres av Verdens Helseorganisasjon, WHO, som «*rational redistribution of tasks among health workforce teams*» (10). I denne definisjonen ligger det altså en antagelse om at oppgaveglidning er rasjonelt og dermed noe positivt.

Oppgaveglidning kan være et resultat av bevisst planlegging i en større sammenheng for å avhjelpe f. eks. ressursmangel (9), eller det kan skje nærmest umerkelig (11). Støre holdt i 2013 en tale til sykehusene der han pekte på 10 punkt der sykehusene kunne gjøre forbedringer, «*blant annet bedre og smartere oppgavedeling mellom ansatte i sykehusene*» (12). Han nevnte blant annet at oppgavedeling innebærer at arbeidsoppgaver som tidligere har vært tilknyttet en særskilt profesjon, også skal kunne utføres av andre yrkesgrupper for bedre utnyttelse av samlet kompetanse og ressurser (13). Det foreligger dermed en politisk bestilling om å tenke oppgavedeling eller oppgaveglidning.

Helseprofesjonene sitter med hver sine ulike spesifikke kompetanseområder, roller samt rettigheter og plikter. De har også mulighet til å endre etablerte arbeidsområder, identifisere eller overta nye arbeidsområder (14). Oppgaveglidning kan på den måten skje i flere retninger kalt diversifisering, spesialisering, horisontal og vertikal oppgaveglidning. Diversifisering eller utvidelse defineres som identifisering av et nytt område som ikke har vært «eid» av andre disipliner (14). Ved å ta på seg en ny oppgave utvides yrkesgruppens rolle og ansvar. Ved spesialisering deles arbeidsoppgavene slik at man får økt ekspertise innen mindre felt. Horisontal og vertikal oppgaveglidning handler om hvordan oppgaver fordeles mellom yrkesgrupper med likt kompetansenivå (horisontal) eller ulikt kompetansenivå (vertikal), og forekommer både for direkte og indirekte pasientrettet arbeid. I 2013 kartla Helsedirektoratet erfaringer vedrørende endret oppgavedeling i Norge og andre nordiske land. I denne rapporten er det anført at oppgaveglidning ofte innbefatter at helsepersonell med kortere utdanning overtar oppgaver som tidligere ble ivaretatt av helsepersonell med lengre utdanning, karakterisert som vertikal oppgaveglidning (2). Denne form for oppgaveglidning der yrkesgrupper får økt sin kompetanse kaller jeg positiv vertikal oppgaveglidning. Det finnes relativt mye litteratur om dette feltet. I oppgaven er jeg derimot mer opptatt av det jeg kaller negativ vertikal oppgaveglidning der overkvalifisert personell gjør oppgaver som kunne vært

ivaretatt av andre med lavere kompetanse og lønn. Denne form for oppgaveglidning kan skje nokså ubemerket da det ikke kreves svært stor innsats i form av opplæring. Det settes som regel heller ikke spørsmålstegn ved forsvarlighet. Intuitivt vil det være kostbart at personell med høy lønn gjør oppgavene til personell som har lavere lønn.

2.2 New Public Management

Fra 1990-tallet skjedde det en gradvis endring i ledelse og organisering av sykehus. Det ble blant annet satt større krav til både økonomisk styring, kvalitet og rapportering. Dette kom i kjølvannet av reformen New Public Management (NPM), som oppsto i Australia og New Zealand, og som deretter spredte seg til Storbritannia og USA på slutten av 1980-tallet. New Public Management representerer prinsipper og metoder for organisering og styring av offentlige virksomheter med marked som utgangspunkt, og der bedre kvalitet og høyere effektivitet er målet. På første halvdel av 1990 tallet kom OECDs Public management Committee med en tyngre begrunnelse og anbefaling av NPMs styringsprinsipper med vekt på mål- og resultatstyring, økt konkurranse og større valgfrihet for brukerne av ulike tjenester (15). Dette førte til endret begrepsbruk i offentlig forvaltning, inkludert helsevesenet. I sykehus er det kanskje først og fremst ordene produksjon og produktivitet som volder størst frustrasjon siden produsert helse ikke så lett lar seg måle som et produkt med positivt økonomisk fortegn.

2.3 Faktorer som har bidratt til oppgaveglidning

2.3.1 Helsereformenes betydning i styring av spesialisthelsetjenesten

Ved økt fokus på økonomisk styring og rapportering er det innført flere reformer basert på samarbeid, arbeidsdeling og spesialisering (16). Man så først på frivillig helseregionalt samarbeid (Christie utvalget 1995). Deretter kom Hellandsvik-utvalget som tok for seg hvem som skulle eie sykehusene. Sørensen-utvalget gikk i 1999 inn for ny lov om fylkeskommunale selskap. Høybråten kom i 2000 med forslag om ny lov om fylkeskommunale sykehusselskap.

I 2002 overtok staten sykehusene fra fylkeskommunene og det ble opprettet 5 regionale helseforetak. Denne helseforetaksreformen skulle bidra til at man fikk bedre måloppnåelse samt endrede innsatsområder. Det ble med dette startet målinger innen ulike kategorier som blant annet ventetider, epikrisetider og pasienttilfredshet, det vil si såkalte kvalitetsindikatorer. Dette arbeidet er krevende og utføres pr i dag av ulike yrkesgrupper på forskjellige nivå.

I tillegg til at det rapporteres, skal rapportene følges opp med tanke på måloppnåelse. Der mål ikke nås, etterspørres årsak. Videre pålegges det å se på arbeidsflyt og at det gjøres tiltak for å bedre et resultat som ikke er innenfor kravet. Det betyr at man må omprioritere, noe som igjen kan gå utover et annet resultatmål. Hvem som følger opp og svarer for dette varierer nok i HFene, men ofte involveres klinikere i arbeidet for blant annet å finne tiltak som må iverksettes for å nå målene.

2.3.2 Drift i spesialisthelsetjenesten

På slutten av 1990-tallet ble det vedtatt lover angående driften i spesialisthelsetjenesten: Lov om spesialisthelsetjenesten, helsepersonell-loven, lov om pasientrettigheter (2001), samt fritt sykehusvalg. Samhandlingsreformen ble innført 2012. Disse lovene og reformene har bidratt ytterligere til oppgaveglidning. Helsepersonell-loven er profesjonsnøytral, noe som åpner opp muligheten for at oppgaver kan delegeres til egnet personell så lenge det skjer forsvarlig. Samhandlingsreformen innbefatter at behandling skal skje på lavest mulige nivå. Den har igjen medført endrede oppgaver eller oppgaveglidning og fordeling mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjenesten. Lovene har medført administrativt merarbeid som følger hver pasient, der noe kunne vært overført sekretærtjenesten for frigjøring av behandlingsskapasitet for sykepleiere og leger.

2.3.3 Innsatsstyrt finansiering

Innsatsstyrt finansiering (ISF) ble innført i 1997 som en aktivitetsbasert ordning. Systemet tar utgangspunkt i koder etter medisinske og kostnadmessige kriterier, der en andel av finansieringen avhenger av gjennomført aktivitet (17). Resten gis som rammetilskudd. ISF andelen utgjør i 2018 ca. 36 milliarder kroner, og dekker 50% av finansieringen.

Dekningsgraden har tidligere år variert mellom 40-60% (17). ISF medfører at man må ha fokus på blant annet riktig dokumentering i pasientens elektroniske journal (EPJ), da dette igjen brukes ved diagnosesetting, prosedyrer og takster. Dette vektet på ulike måter, og unøyaktighet i dette arbeidet kan gi store økonomiske tap for helseforetak. En stor utfordring med systemet er at det gjøres endringer hvert år når det gjelder koding og at det er utfordrende å være oppdatert. Det er pr i dag legenes ansvar å dokumentere riktig i journal, og å sette på riktige koder. Med høyt arbeidspress blir dette arbeidet heller ikke prioritert, med ditto tap. Enkelte helseforetak har kodekonsulenter og sekretærer som deltar på kurs og er oppdaterte på koding og regelverk. En mulig løsning for igjen å frigjøre tid til behandling er å la disse få større ansvar og myndighet i dette arbeidet.

De senere år er det gjort endringer i DRG-systemet og i kostnadsvekter, noe som påvirker utviklingen av oppgaveglidning. I NOU 2016:25 som omhandler «Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten» er det skrevet sitat: *«lagt til rette for mer fleksibel bruk av ulike typer helsepersonell-grupper, nye former for digital samhandling, økt bruk av ambulant behandling og samarbeidsløsninger med kommunehelsetjenesten»* (18). En slik endring i finansiering fungerer som et incentiv til videreutvikling av oppgaveglidning.

2.3.4 Kvalitetsbasert finansiering

Kvalitetsbasert finansiering (KBF) ble innført i 2014 for en prøveperiode på 3 år. Denne ordningen er videreført til 2018 (19). Indikatorene som inngår i dette systemet omhandler resultat, prosess og pasientopplevelse. Hensikten med kvalitetsbasert finansiering var å gi et økonomisk incentiv for spesialisthelsetjenesten i arbeidet med kvalitet og brukertilfredshet. I 2017 inngikk 32 av de nasjonale kvalitetsindikatorene i KBF, mens det i 2018 ble tatt inn 39 indikatorer. Avhengig av om de enkelte helseforetak når målene eller ikke, tilføres eller fratras de økonomiske midler. Også her kreves det personell med kompetanse for å følge med på rapporter med tanke på hvordan man ligger an med tanke på måloppnåelse, samt igjen riktig dokumentering som ligger til grunn for all rapportering.

2.3.5 Kvalitet og pasientsikkerhet - kvalitetsregistre

1.januar 2017 trådte forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten i kraft (20). Den har som mål å bidra til faglig forsvarlig helsetjeneste, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og viser til plikten til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere. Kvalitetsindikatorer og målinger av disse, samt medisinske kvalitetsregistre ligger til grunn for årlige stortingsmeldinger om kvalitet og pasientsikkerhet. Variasjon i kvalitet, kapasitetsutnyttelse, effektivitet og tilgjengelighet skal brukes som ledd i forbedringsarbeid.

Fra 2012 har helsedirektoratet hatt et lovpålagt ansvar for å utvikle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer. Per 1. oktober 2017 var det 171 nasjonale kvalitetsindikatorer. Sammen med nasjonale kvalitetsindikatorer og faglige retningslinjer skal medisinske kvalitetsregistre bidra til kunnskapsbasert praksis og systematisk forbedringsarbeid. Det finnes 52 kvalitetsregistre med nasjonal status (20). En konsekvens av dette arbeidet er at personell i klinisk drift mobiliseres for å gå på lokale, nasjonale eller regionale kurs for å lære metodikk som prosjektledelse, Lean samt kvalitets- og forbedringsarbeid. Det lages prosjekter med styrings- og prosjektgrupper der det skal skrives dokumenter og rapporter. Om dette ikke akkurat kommer inn under definisjonen at det skjer en oppgaveglidning, så tar det personell ut av drift og direkte pasientarbeid. Et annet moment er at det er krevende å lære disse metodene og at trendene skifter raskt i forhold til hvilke metoder som til enhver tid skal brukes. Spørsmålet er om det ikke er mer rasjonelt å ha eget personell som er utdannet i den slags type arbeid tilhørende en prosjektavdeling og ha disse til å fasilitere prosjektene i avdelingene.

2.3.6 Informasjons- og kommunikasjonsteknologi- IKT

Fra tidlig på 1980-tallet ble det økt salg og bruk av såkalte «personlige datamaskiner» i private husholdninger. Gradvis tok også helsevesenet i bruk digitaliserte verktøy, ikke bare administrativt men og av de som jobber nærmest pasientene. Dette gjelder alt fra verktøy som brukes i diagnostikk og behandlingsøyemed til dokumentering og elektronisk pasientjournal.

Teknologien utvikles raskt og har mange fordeler. Imidlertid ser man også at systemene ikke alltid er tilpasset drift og oppgaver. Systemene er heller ikke alltid ordentlig pilotert eller ferdig utviklet. Det byr på utfordringer når disse systemene settes i drift inntil alle integrasjoner og forbedringer er utført med tungvinte arbeidsmåter og økt tidsbruk som

konsekvens. Et eksempel på dette er f.eks. innføring av talegjenkjenning. Man så for seg en gevinst i sparte merkantilstillinger (21). Samtidig skulle dokumentering, kvalitet og samhandling om den enkelte pasient mellom yrkesgruppene i helsevesenet bli bedre. Jeg har ikke funnet rapporter som viser forventet effekt.

I NOU 1 2015, kap. 15 (13) diskuteres fordeler ved digitalisering av offentlig sektor. Riksrevisjonen viser imidlertid til at det er mange eksempler på lite vellykkede IKT-prosjekter, blant annet pga. for optimistiske planer og for dårlig styring. Kompleksitet i store prosjekter er også nevnt. Riksrevisjonen påpeker at mangelfulle IKT-systemer vanskeliggjør rask og effektiv utveksling av informasjon i behandling og oppfølging av pasienter (22). Noe som igjen gir lavere produktivitet og dårligere pasientbehandling (13). Mange ulike programmer som til dels ikke er integrert i hverandre, knapphet på PCer, mye på- og avlogging krever økt tidsbruk på dokumentering, og mindre tid til observasjon, diagnostikk, behandling og pleie av pasienter.

2.3.7 Befolkning og helsetjenestetilbud

Det er ikke bare økt målstyring og IKT som fører til økte og endrede oppgaver over tid. Sammensetning i befolkningen i forhold til bosted, økonomi, alder og sykdomsmønster forandres også. En ser også at etterspørsel og forventninger til helsetjeneste-tilbudet øker, samtidig som befolkningen blir eldre. Tilbudet av helsetjenester er også i stadig endring og Helseatlas (23) viser blant annet til at det forekommer ulikt omfang av tilbudte tjenester avhengig av hvor man bor. En annen bekymring gjelder overbehandling. Høsten 2018 lanserte legeföreningen en kampanje som heter «Gjør kloke valg» (24) som ledd i pasientsikkerhetsprogrammet, for å hindre overdiagnostikk og overbehandling. Med det ønsker man å kunne bruke mer tid og penger på nødvendige helsetjenester, noe som vil være ressursbesparende. Dette er viktig siden framskrivninger viser at det vil være mangel på helsepersonell i framtida (4). I en rapport fra Kunnskapssenteret i 2013 (25) ble det angitt at man allerede i 2017 ville se mangel på sykepleiere som en stor utfordring. Samtidig ville det være ventet et overskudd på leger i 2017 på 700.

2.3.8 Helsepersonellutfordringer i Europa og Norge

Brusselkontoret (26) som er et konsulentselskap med spesialkompetanse på EU- og EØS-spørsmål, utga en rapport i 2012 som viser initiativ på EU nivå og et utvalg europeiske land i forhold til nye og endrede roller for helsepersonell. Denne rapporten fokuserer spesielt på sykepleiere og oppgaveglidning samt endrede roller for helsepersonell. Målet med rapporten var å gi innspill og eksempler til Norsk Sykepleieforbund med tanke på oppgaveglidning i helsevesenet. I EU har man sett på utfordringene Europa står ovenfor i forhold til helsepersonell, endret alderssammensetning og sykdomsmønster og klimaendringer. Et White Paper som omhandler EUs helsepolitikk (27) tar også opp at «nye teknologier kan revolusjonere helsevesenet hvis de håndteres riktig». I Norge viser også denne rapporten at det ifølge prognose ser ut til at det spesielt er sykepleiere og hjelpepleierrettede profesjoner det vil være et underskudd av i framtiden. Helsedirektoratet ga i 2009 ut rapporten «utdanne nok og utnytte godt» (16). Her ser man på hvordan andre land har utviklet oppgaveglidning der sykepleiere overtar legeoppgaver. Dette ser ikke ut til at vil være den beste løsning i Norge, da det nettopp er sykepleiergruppa blant helsepersonell det vil mangle flest av. I denne rapporten tas det videre opp at nye oppgaver og roller som tilegnes helsepersonell bør såkalt institusjonaliseres gjennom f. eks. lovgivning og utdanningssystemer. Dette for å få mer struktur og orden på oppgaveglidningen.

2.4 Økonomiske konsekvenser av oppgaveglidning

Mye av litteraturen om oppgaveglidning er kvalitative studier som handler om positiv vertikal oppgaveglidning der yrkesgrupper med lavere utdanning får økt real- og formal kompetanse, og som aktuelt personell derfor synes er interessant og motiverende pga. opplevd kompetanseheving (3, 28, 29). Noe litteratur tar også for seg om de ulike profesjonene er enige i oppgaveglidningen, eller om det foreligger motstand og profesjonsstrid, som også kan være et utfall av oppgaveglidning (30.31). Bortsett fra tidsskriftet «Overlegen» som har tatt opp tema som omfatter negativ vertikal oppgaveglidning (11), har jeg derimot ikke funnet litteratur som tar for seg denne delen av tematikken.

Både positiv og negativ vertikal oppgaveglidning vil føre til ressursmessige og økonomiske konsekvenser. Kunnskapscenteret laget i 2013 en systematisk oversikt over effekter av

oppgavedeling blant ansatte i sykehus for seks utvalgte områder. Dette gjaldt områder som omhandler positiv vertikal oppgaveglidning. For mange viktige utfall ga ikke dokumentasjonen grunnlag for betydningsfulle forskjeller i kvalitet når det gjaldt hvem som utførte oppgavene, heller ikke når det gjaldt kostnader (25). Det er enkelt - tiltak som er evaluert, mens jeg ønsker å se på dette i et større nasjonalt perspektiv. Prosjektleder Grønbekk ved Ullevål sykehus uttalte i 2008 at innføring av talegjenkjenning ville kunne gi 10 millioner kroner i årlig innsparing ved sykehuset (21). Evaluering i ettertid om dette målet er nådd har jeg ikke funnet. Jeg gjorde flere litteratursøk i Google, Google Scholar, PubMed, pyramidesøk i MacMaster, MeSH søk samt et siteringssøk i Web of Science for å finne rapporter om økonomiske utfall ved oppgaveglidning, uten å finne det. Konklusjonen er derfor at jeg ikke har klart å finne litteratur som er sammenlignbar eller relevant for forskningsspørsmålene i denne oppgaven.

3 Metode

3.1 Datakilder

Tabell 1 viser datakilder som er brukt ved innhenting av informasjon for å belyse forskningsspørsmålene, samt årstall dataene er hentet ut for. I forhold til årsverk var statistikken i SSB (statistisk sentralbyrå) (32) oppdatert til og med 2017. For å prøve å differensiere mellom overleger og LIS (lege i spesialisering) ble rapporten Yrkesaktive leger < 70 år i Norge fra 19.03.18 brukt, tilgjengelig på legeföreningens nettsider (33). I denne rapporten var det ikke differensiert mellom somatikk og psykiatri. I «Årsmelding 1.1.-31.12.2016 Norsk psykiatrisk forening» (2016), var det oppgitt antall legespesialister og LIS. Sammenholdt med de andre datakildene kunne en deretter estimere antall overleger og LIS i somatikk. Når det gjelder lønn var tariff-forhandlingene for sykepleiere (34) og merkantil (35, 36) ferdig i april 2018, det er derfor brukt tall fra 2018 for disse profesjonene. Legenes tariff-forhandlinger ble senere ferdig, derfor tall fra 2016/17 (37).

Tabell 1: Datakilder og årstall for innhentet informasjon om årsverk og lønn pr profesjon

Kategori	Profesjon	Datakilde	Årstall
Årsverk	Leger spesialisthelsetjenesten	SSB, tabell 09547	2017
	Sykepleiere	«	
	Leger	SSB, tabell 09548	2017
	Sykepleiere	«	
	Spesialsykepleiere, jordmødre	«	
	Overordnede leger i spes helsetjenesten	«	
	Merkantil	SSB, tabell 09548+ statistisk sentralbyrå, «Kvinner dominerer i spesialisthelsetjenesten»	2017
	Tabell 2018-1 Yrkesaktive leger <70år i Norge fordelt på stillinger per 19.3.2018	Legeföreningens nettsider	2018
	Årsmelding 1.1.-31.12.2016 Norsk psykiatrisk forening (2016)	Den norske Legeförening	2016
Lønn	Leger, LIS	Overenskomstens del A2 mellom Spekter og legeföreningen	2016
	Overleger	Legeföreningens nettsider: Minimumslønn sykehus-spesialister Spekterområdet	2016/17
	Sykepleiere	Overenskomstens del A2 med Norsk sykepleierforbund	2018
	Helsesekretærer/sekretærer	Tariffoppgjør Delta og Fagforbundet	2018
Tidsbruk på ulike oppgaver	Diverse artikler + innhenting av egne data		

3.2 Årsverk og yrkesgrupper

3.2.1 Leger og sykepleiere

Fra Tabell 09547: Årsverk etter utdanning, tjenesteområde og helseforetak 2008-2017 hos SSB ble variablene «Avtalte årsverk ekskl. lange fravær», «alle HF eksklusive private institusjoner m/driftsavtaler», «somatiske institusjoner» innen tjenesteområde, «leger» og «sykepleiere» under fanen helseutdanning og år «2017» brukt. Dette ga en oversikt over leger og sykepleieårsverk i somatisk spesialisthelsetjeneste. For å sammenligne tall, samt skille mer mellom profesjonene brukte jeg også Tabell 09548 Spesialisthelsetjenesten: Årsverk, etter tjenesteområde, yrke og helseforetak 2008-2017. Denne siste tabellen gjorde det mulig å differensiere sykepleiere i kategori sykepleier og spesialsykepleier/jordmor. Jeg brukte den samtidig for å kontrollere tallene fra den først nevnte tabellen fra SSB.

Det er sjelden en i tabeller og statistikk direkte finner de tallene en selv trenger til sine spesielle formål. Tabell 2018-1: Yrkesaktive leger <70år i Norge fordelt på stillinger per 19.3.2018 brukte jeg til å differensiere mellom antall overleger og LIS i spesialisthelsetjenesten, noe jeg ikke klarte direkte i materialet tilgjengelig fra SSB. I denne rapporten er 7410 av legene registrert som overordnet sykehuslege, mens tallet på underordnet sykehuslege er 6305 og LIS-1 (Lege i spesialisering) utgjør 830. Siden denne rapporten ikke skiller mellom somatikk og psykiatri, brukte jeg også Årsmelding 1.1.-31.12.2016 Norsk psykiatrisk forening (2016) til å trekke fra andel spesialister og LIS ansatt i psykiatrien fra tallene vedrørende overleger og LIS framkommet i rapporten over yrkesaktive leger < 70 år. I årsrapporten fra Norsk psykiatrisk forening for 2016 er det oppgitt at det er 1365 spesialister i psykiatri samt 551 LIS. Et anslag av årsverk for overordnede leger i somatisk spesialisthelsetjeneste vil da være ca. 6045 (7410-1365) (tabell 2) samt for LIS 5754 årsverk (6305-551) (tabell 2). LIS-1 tas ikke med i videre beregninger da de utgjør en liten andel av leger i spesialisthelsetjenesten.

Jeg fant ikke direkte rapporter som anga hvor mange lege- og sykepleieledere som er ansatt. Jeg regnet en sykepleieleder pr 30 sykepleiere og en legeleder pr. 15 leger, og fikk da 900 sykepleieledere og 800 legeledere.

3.2.2 Merkantil personell

Det var vanskelig å finne spesifikke tall som differensierte mellom rene årsverk innen merkantil sektor og årsverk innen administrasjon og ledelse. I dette arbeidet brukte jeg tabell 09548 Spesialisthelsetjenesten. Årsverk, etter tjenesteområde, yrke og helseforetak 2008-2017 fra SSB. Artikkelen ”Kvinner dominerer spesialisthelsetjenesten”, publisert 22. Juni 2017 (38) som en del av serien ”Spesialisthelsetjenesten” til statistisk sentralbyrå, ga ytterligere opplysninger som gjorde det mulig å gjøre et anslag over andel helsesekretærer og sekretærer ansatt i spesialisthelsetjenesten.

Tabell 2: Antall årsverk pr profesjon og datakilder de er hentet fra

Profesjon	Datakilde				
	Tabell 09547 SSB (2017)	Tabell 09548 SSB (2017)	Yrkesaktive leger < 70 år i Norge (2018)	Årsmelding 1.1.-31.12. 2016 Norsk psykiatrisk forening (2016)	Artikkel «Kvinner dominerer i spesialisthelsetjenesten» SSB (2017)
Leger	12148	11569	13715		
Sykepleiere	29372	15375			
Spesialsykepleiere/jordmødre		11979			
Overleger			7410		
LIS (inkl. psykiatri)			6305		
LIS-1 (inkl. psykiatri)			830		
Spesialist psykiatri				1365	
LIS psykiatri				551	
Merkantil og ledelse		11064			
Sekretærer og kontormedarbeidere					7048
Helsesekretærer (3202/7048)					3202

3.3 Lønn og yrkesgrupper

3.3.1 Leger

Lønn for leger er hentet fra tariffavtalen mellom legeföreningen og Spekter. I «Overenskomstens del A2 mellom Spekter og Legeföreningen», periode 1.5.14-30.04.16 finner man minimumslønnen til medisinerstudent uten og med lisens, turnusleger, nå LIS-1 og LIS A-D. Dette er betegnelsen på antall år i spesialiteten, dvs. ansiennitet. Gjennomsnitt av årslønn til LIS A-D brukes i beregningene for LIS – se tabell 3.

Fra sentralt hold er det for overleger oppgitt minstelønn, mens man i de lokale B-delene finner hvordan overleger lønnes i de ulike helseforetakene, der 20 HF tatt med i beregningene. For å

estimere overlegelønn gikk jeg inn på legeforeningens nettsider, og fant oversikt over «Minimumslønn- Sykehus Spekterområdet», «oversikt helseforetak» justert for 2017. Her fant jeg det foretaket der overlegelønn var høyest og lavest, samt median og regnet ut gjennomsnittslønn (tabell 3). Det er nettolønn som er tatt med i beregningene for alle helseprofesjonene. Sosiale kostnader, arbeidsgiveravgift, skatt etc. er ikke med og heller ikke overtid, helgetillegg, personlige tillegg etc. Estimatenes gjort for legegruppen, og da spesielt overlegegruppen, vil være for lave da dette er de som har høyest antall UTA (utvidet arbeidstid), og gjerne mest personlige tillegg.

Tabell 3: Lønn leger 2017

Stillingskategori		Lønn
Overlege	Minimum	728 400
	Maksimum	782 700
	Gjennomsnitt	753 900
	Median	754 000
LIS A		563 000
LIS B		608 000
LIS C		650 000
LIS D		688 000
LIS gjennomsnitt		627 000

3.3.2 Sykepleiere, spesialsykepleiere og jordmødre

Arbeidsgiverforeningen Spekter publiserte 02.05.2018 overenskomstens del A2 med Norsk sykepleierforbund, Nr. 14/2018. Her angis minstelønnsnivåene for sykepleier og spesialsykepleier/jordmor i forhold til ansiennitetsstige (tabell 4). I tillegg er det oppgitt et generelt tillegg på 3,5%, mens de som er i ansiennitetsstige spesialsykepleier/jordmor med ansiennitet 16 år eller mer får ytterligere et generelt tillegg på 1%, samlet 4,5 %. Ledere får 1,5% i tillegg, samlet 5%. Jeg har i analysene valgt å bruke 10 års ansiennitet som utgangspunkt for økonomiske beregninger, kategorisert mellom sykepleiere og spesialsykepleiere/jordmødre.

3.3.3 Merkantil personell

For helsesekretærer og sekretærer er lønnstallene hentet fra tariffoppgjøret mellom Delta og Spekter, Område 4 Lovisenberg og Område 10 Spesialisthelsetjenesten. Det opereres også her med ansiennitetsstige (tabell 4). Fagforbundet og overenskomstens del A, A1 og A2 2016-2018, Spekter og LO-forbundene, og Spekter og YS-forbundene, Overenskomstområde 10, opererer med samme ansiennitetsstige, og noe lavere lønnsatser (tabell 4). Også når det gjelder merkantil personale velger jeg å bruke gjennomsnittslønn for 10 års ansiennitet som basis for estimering av kostnader. Tabell 5 viser avrundede tall som brukes videre i beregningene for alle profesjoner og årsverk. I tillegg til å regne ut kostnad for gjennomsnittslønn pr profesjon og år på nasjonalt nivå, er også minimumslønn og maksimumslønn tatt med for å vise variasjon.

Tabell 4: Lønn sykepleiere, spesialsykepleiere/jordmødre, helsesekretærer og sekretærer 2018

Profesjon	Ansiennitet 0 år	Ansiennitet 4 år	Ansiennitet 8 år	Ansiennitet 10 år	Gjennomsnitt
Sykepleier	400 000	410 000	433 000	490 000	433 000
Spesialsykepleier/jordmor	435 000	455 000	490 000	525 000	476 000
Helsesekretær Delta	334 000	339 000	345 000	396 000	353 500
Helsesekretær Fagforbundet	330 000	335 000	341 000	392 000	349 500

Tabell 5: Oversikt over årsverk og lønn pr profesjon på nasjonalt nivå (mrd. kr)

Profesjon	Årsverk	Årslønn	Min	Gj.snitt	Maks
Overleger	6050	754000	4,4	4,5	4,7
LIS	5800	627000	3,3	3,6	4
Sykepleier	15000	433000	6	6,5	7,5
Spes spl/jordmor	12000	476000	5,2	5,7	6,3
Merkantil	7050	352000	2,4	2,5	2,8
Lege-leder	800	782000		0,6	
Sykepleier-leder	900	627000		0,5	

3.4 Arbeidstid og yrkesgrupper

Ifølge arbeidsmiljøloven utgjør full stilling 40 timer per uke. I 1987 ble det i tariffavtale mellom de store partene i arbeidslivet inngått en avtale om at full stilling skulle være 37,5 timer per uke. Merkantil har 37,5 timers arbeidsuke, hvis de ikke har en stilling som innbefatter kveld/natt/helg. For de som jobber kveld/natt/helg med redusert bemanning, reduseres arbeidstida med 2 timer per uke. Sykepleiere i full turnus-stilling har 35,5 timers arbeidsuke.

For leger er dette annerledes. Det er avtalt unntak fra arbeidstidsbestemmelsene. Leger er dagarbeidere med vaktjeneste, og har alminnelig arbeidstid 37,5 timer/uke. Ved aktivt eller passivt arbeid mellom kl. 20.00 og 06.00 er den alminnelige arbeidstida 35,5 timer per uke. Det er i tariffavtalen avtalt at fast utvidet arbeidstid kan pålegges med 2,5 timer i gjennomsnitt per uke. Dette er innbakt i minimumslønnen. De fleste leger arbeider derfor minimum 38 timer hvis de går i vaktjeneste, ellers 40 timer per uke. For å få lovlige tjenesteplaner, har de fleste leger inngått avtaler som innbefatter mer utvidet arbeidstid. I gjennomsnitt arbeider leger 42,5 timers arbeidsuker i spesialisthelsetjenesten, dvs. de har 2,5 timer UTA som lønnes med 0,08% av basislønnen.

Pga. vaktlønn, UTA (utvidet arbeidstid), individuelle tillegg, funksjonstillegg, utrykning på vakt og tilfeldig overtid, koster et legeårsverk mer enn det som kommer fram her. I Arbeidstidsundersøkelsen fra 2014 der 6 223 leger svarte, dvs. 52,3% av sykehusleger, er gjennomsnittlig arbeidstid for leger oppgitt til ca. 43 timer/uke (22). I tillegg kommer det fram at leger jobber 3280 årsverk utover normal arbeidstid. 812 årsverk er uregistrert arbeid, dvs. ikke overtid, vakansvakter eller del av normal arbeidstid gitt snitt på 39 timers arbeidsuke. I en artikkel fra forskning.no fra 2010 er det oppgitt at en lege i gjennomsnitt jobber 42 timer per uke. Da utregningene blir estimerer har jeg har tatt utgangspunkt i at overleger og LIS i gjennomsnitt jobber 42 timer per uke. Ifølge SSB sin lønnsstatistikk er det 230 arbeidsdager i året. Det medfører at leger jobber ca. 1950 t/år. Når det gjelder overtid og vakansvakter som leger har, blir dette også et underestimat. Sykepleiere og spesialsykepleiere/jordmødre i turnus arbeider 35,5 timer per uke eller 1568 arbeidstimer per år, og merkantil 37,5 timer per uke eller 1695 arbeidstimer per år (SSB lønnsstatistikk). Også i disse gruppene er det overtid som ikke kommer med i beregningene.

3.5 Arbeidstid og oppgaveglidning

Jeg ønsker å finne sannsynlige estimater på hvor mye tid ulike helseprofesjoner bruker på oppgaver som kan ivaretas av andre gruppers kjerneoppgaver. For å øke robustheten er data angående tidsbruk hentet fra både litteratur og egne intervjuer. Beregningene er gjort med flere alternative tidsbruk for å få intervaller som sannsynliggjør hvor estimatene som besvarer forskningsspørsmålene kan ligge.

3.5.1 Arbeidstid fra litteratur

I følge en artikkelen «Hva er egentlig direkte pasientarbeid» i overlegen nr. 4, 2017 (5) er det angitt at overleger og LIS i 1994 brukte 61 % av arbeidstida på direkte pasientarbeid. For 2016 var tilsvarende tall 42 %. Dermed går 58 % av arbeidstida med til arbeid som ikke er direkte pasientrettet. Tallene illustrerer at det har vært en betydelig økning i administrative oppgaver over tid. Jeg antar at en andel av tiden brukt på indirekte arbeid er oppgaver som kunne vært utført av merkantiltjenesten, altså negativ vertikal oppgaveglidning. Ledere har mye administrativt arbeid i tillegg til lederoppgaver. Undersøkelser viser at lege-ledere ofte har sin identitet mer som lege enn leder, og derfor holder på en del av sine klinisk rettede oppgaver (33). Det er også færre leger enn f. eks. sykepleiere, noe som medfører at det er mer sårbart når klinisk kompetanse forsvinner ved at leger går over i andre stillinger. I følge artikkelen om leger og tidsbruk (5) brukte lege-ledere i 1994 50% på direkte pasientarbeid. I 2016 var dette falt til 29%. Mye av tida går med til rent administrativt arbeid, der en del av dette antas å kunne være ivarettatt av andre. Når det gjelder sykepleiere, er det estimert at 64,5% av arbeidstida deres går med til indirekte pasientrettet arbeid (6). Sykepleieleidere har en annen identitet som leder enn leger, og velger oftere å gå inn for ledelse som karrierevei. Deres arbeidshverdag går mest med til ledelse og administrasjon, og ikke så mye til pasientarbeid. Oppgavene deres er imidlertid også langt på vei mye administrasjon som kunne vært utført av andre for frigjøring av tid til lederoppgaver.

3.5.2 Arbeidstid fra egen utspørring

Jeg valgte å spørre et tilfeldig utvalg av leger (8 stk.), lege-ledere (2 stk.), sykepleiere (5 stk.) og sykepleieleidere (2 stk.) samt sekretærer (2 stk.) om hvor stor del av dagen deres som går med til arbeid de mener andre kunne utført, slik at de selv kunne ta seg av det de mente var deres kjerneoppgaver i forhold til stilling. De ble bedt om å oppgi tidsbruken i %. Legene jeg

spurte mente at de brukte 10- 30% på oppgaver andre kunne ta seg av. Dette gjelder spesielt rapporteringer i ulike registre samt en del dokumenthåndtering i elektronisk pasientjournal. I tillegg kommer annet arbeid som ikke er direkte pasientrelatert. Lege-lederne mente at 50-60% av arbeidstida går med til administrasjon som kunne vært ivaretatt av andre.

Sykepleierne mente at ca. 20% av tida går med til arbeidsoppgaver leger skulle gjort, og 20 % som merkantil kunne utført. En sykepleieleder mente at ca. 50% av arbeidsdagen går med til administrasjonsoppgaver som andre kunne utført. Merkantil mente at 10% - 20% av arbeidet går med til å hjelpe samt rydde opp etter leger.

3.6 Økonomiske beregninger

3.6.1 Årsverk, timetall og lønn for ulike yrkesgrupper

Ett årsverk utgjør ulikt antall timer for de forskjellige helseprofesjonene. Tabell 6 viser hvor mange timer antall årsverk pr profesjon utgjør på nasjonalt nivå. Leger arbeider i snitt 42,5 timer pr uke. Med 230 arbeidsdager pr år utgjør det ca. 1950 timer/år. Timene pr år for sykepleiere og merkantil er oppgitt i SSB. Sykepleiere og spesialsykepleiere/jordmødre i turnus har 35,5 timers arbeidsuke, dvs. 1568 timer/år. Merkantil jobber 37,5 timer pr uke, dvs. 1695 timer pr år. Siden andelen tid brukt på oppgaver som kan ivaretas av andre er usikkert, har jeg i tabell 6 oppgitt det antall timer 10-60% av de ulike stillingene utgjør.

Tabell 6: Antall timer pr profesjon nasjonalt, og for ulike stillingsprosenten (mill. timer)

Profesjon	Årsverk	Timer/årsverk	Total antall timer	Total antall timer (avrundet)	10 %	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %
Overlege	6050	1950	11 797 500	11,8	1,2	2,4	3,5	4,7	5,9	7,0
LIS	5800	1950	11 310 000	11,3	1,1	2,3	3,4	4,5	5,7	6,8
Sykepleier	15000	1568	23 520 000	23,5	2,4	4,7	7,0	9,4	11,8	14,1
Spes spl./ jordmor	12000	1568	15 216 000	15,2	1,5	3,0	4,6	6,0	7,6	9,1
Merkantil	7050	1695	11949750	12	1,2	2,4	3,6	4,8	6	7,2

Tabell 7 viser gjennomsnittslønn pr profesjon nasjonalt, med samtidig spredning over minimums- og maksimums lønn. For å lette videre beregninger er det også her regnet ut hvor mye ulike prosent av stillingene utgjør i milliarder norske kroner pr år.

Tabell 7: Lønn pr profesjon nasjonalt, og for ulike stillingsprosent (mrd. kr)

Profesjon		lønn	10 %	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %
Overleger								
	Min	4,4	0,4	0,9	1,3	1,8	2,2	2,6
	Gj snitt	4,5	0,5	0,9	1,4	1,8	2,3	2,8
	Maks	4,7	0,5	0,9	1,4	1,9	2,4	2,8
LIS								
	Min	3,3	0,3	0,7	1,0	1,3	1,7	2,0
	Gj snitt	3,6	0,4	0,7	1,0	1,4	1,8	2,2
	Maks	4,0	0,4	0,8	1,2	1,6	2,0	2,4
Sykepleiere								
	Min	6,0	0,6	1,2	1,8	2,4	3,0	3,6
	Gj snitt	6,5	0,7	1,3	2,0	2,6	3,3	3,9
	Maks	7,5	0,8	1,5	2,3	3,0	3,8	4,5
Spes.spl/ jordm								
	Min	5,2	0,5	1,0	1,6	2,0	2,6	3,1
	Gj snitt	5,7	0,6	1,1	1,7	2,3	2,9	3,4
	Maks	6,3	0,6	1,3	1,9	2,5	3,2	3,8
Merkantil								
	Min	2,4	0,3	0,5	0,7	2,0	1,2	1,4
	Gj snitt	2,5	0,3	0,5	0,8	1,0	1,3	1,5
	Maks	2,8	0,3	0,6	0,8	1,1	1,4	1,7

Tabell 8 viser timelønn pr profesjon funnet ved å dividere total lønn på total antall timer pr profesjon. I tabellen er det også oppgitt gjennomsnittslønn for legene totalt sett, samt for gruppene sykepleier og spesialsykepleiere/jordmødre. Dette fordi det ikke i alle beregningene er mulig å skille mellom andelen av hvor mange som tilhører de ulike undergruppene. Da har gjennomsnittslønn blitt brukt.

Tabell 8: Timelønn pr profesjon- gjennomsnittsverdi med min og maks verdier i parentes (avrundet)(kr).

Profesjon	Timelønn i kr
Overleger	390 (373-398)
LIS	319 (292-354)
Gjennomsnitt leger (Overleger og LIS)	355
Lege-ledere	401
Sykepleiere	277 (255-319)
Spes spl/jordm	375 (342-414)
Gjennomsnitt (Spl og spes spl./jordmødre)	326
Sykepleieledere	335
Merkantil	208 (200-233)

Tabell 6, 7 og 8 gir en bakgrunn for analysene som presenteres i resultatdelen. De oppgis for å vise konsekvensene i form av tidsbruk og kroner ved at ulik andel av stillinger brukes til oppgaver som kunne vært ivaretatt av andre yrkesgrupper. Samtidig gir de også et grunnlag hvis man ønsker å sammenligne samt se på andre scenarier.

3.6.2 Kostnader ved oppgaveglidning for leger og sykepleiere

Dette avsnittet beskriver beregningene som omhandler første forskningsspørsmål, dvs. hva det koster nasjonalt at leger, sykepleiere og merkantil overtar oppgaver for hverandre. Noe indirekte pasient arbeid må utføres av leger. Med tanke på at det er vanskelig å få nøyaktige estimat på hvor mange prosent av en legestilling som går med til oppgaver som kunne vært ivaretatt av andre, har jeg valgt å ta gjennomsnittet av 60% og 30%, som er tallene fremkommet i artikkel samt fra legene jeg spurte, og beregnet hva det koster at 45% av arbeidstida til leger går med til oppgaver som kunne vært utført av sykepleiere og

merkantiltjenesten. I tillegg har jeg beregnet kostnad hvis denne andelen kun er 10% av arbeidstida, eller så høy som 60%. Jeg har gjort det samme for sykepleiere, som gir ca. 50% av tiden brukt på oppgaver som kunne vært gjort av leger eller merkantiltjenesten, og tatt med ytterpunktene 20% og 65% for også her se på variasjon. Hva sekretærer bruker tid til som ikke er direkte knyttet til deres kjerneoppgaver fant jeg ikke noen studier på. De få jeg forhørte meg med mente at de bruker 20 % av tida på oppgaver som er kommet i forbindelse med økt rapportering samt opprydding og kontroll av arbeid leger gjør i EPJ.

3.6.3 Poliklinisk konsultasjon med kun takst og egenandel, inntekter:

Forskningsspørsmål 2, 3 og 4 dreier seg om hvor mye økt behandlingsskapasitet man får hvis tid og oppgaver leger og sykepleiere bruker på arbeid som kan overføres andre yrkesgrupper frigis, samt hva slags inntjening man får hvis denne tida brukes til produksjon. Beregningene relatert til dette beskrives under samt i underkapittel 3.5.4 og 3.5.5. Det man tjener inn på økt produksjon vil kunne brukes til å ansette personell til å utføre de oppgavene som leger og sykepleiere ikke får utført, siden de da vil utføre arbeid innenfor egne kjerneområder.

Leger er de som stort sett har generert inntekt. Etter hvert er det etablert sykepleiepoliklinikker innen enkelte fag der man nå får inntekter. Den tida en lege eller sykepleier får frigitt til pasientarbeid, vil i tillegg til antall pasienter behandlet gi inntekt i form av diagnosetakster, polikliniske takster og prosedyretakster. Det vil gi ytterligere gevinst i helseforetakene. For å illustrere hva slags tall det er snakk om når det gjelder mulig inntjening ved å øke behandlingsskapasitet har jeg valgt å se på to typer inntjening i forhold til pasienter med brystkreft; polikliniske kontroller og dagkirurgi. Grunnen til at jeg bruker disse eksemplene er at jeg kjenner dette fagfeltet, samt at inntjening på disse formene for produksjon ikke representerer høyere beløp enn gjennomsnittet. Jeg har ikke funnet tall som viser andel polikliniske konsultasjoner som utføres uten prosedyretakst på nasjonalt nivå. Inntjeningen ved økt poliklinisk drift vil derfor være høyere. Andre koder og takster kunne like gjerne vært brukt for å få fram lignende tall som illustrasjon på inntjening. En poliklinisk konsultasjon der det kun utføres kontroll uten prosedyre, og der diagnosen er brystkreft (Cancer mamma) med diagnosekoden C 50.4 og takst 201b, gir en ISF-refusjon på 869 kr samt egenandel 345 kr, dvs. totalt 1 214 kr. Ved å sette inn en konsultasjon pr time som i estimatene er konvertert fra oppgaver som kunne vært overført til andre til mulig

produksjonstid, får man en stor økning i poliklinisk aktivitet. I tillegg har jeg sett på hva det gir av inntekter. Om pasientgrunnlaget er til stede for en slik økning, må selvsagt vurderes.

3.6.4 Poliklinikk og utgifter

Økt poliklinikk-drift genererer inntekter. Imidlertid påløpes også utgifter. Dette gjelder alt fra materialkostnader til ekstra personell samt bygningsmasse. Jeg vet ikke om det finnes en spesiell beregningsnøkkel når det gjelder andel merkantil og sykepleiere på poliklinikk. Det er også ulike typer poliklinikker, der noen er svært ressurskrevende og andre ikke. Med utgangspunkt i flere poliklinikker ved kirurgisk avdeling på Universitetssykehuset i Stavanger beregner jeg en sekretær samt en sykepleier pr 3000 konsultasjoner/år. Jeg har bare gjort estimater i forhold til overleger, og scenariet der de øker produktiviteten sin i 10%, 45 % og 60% av stillingen med en konsultasjon pr time.

3.6.5 Dagkirurgisk inngrep med takst og prosedyre:

Vedrørende dagkirurgi og inntjening har jeg igjen brukt en diagnose samt prosedyrekoder som jeg har hentet fra eget felt. Andre typer dagkirurgiske inngrep vil kunne generere høyere eller lavere inntekt, og ta kortere eller lenger tid. Et dagkirurgisk inngrep med igjen diagnose brystkreft C 50.4 og prosedyrekodene HAB 40 (brystbevarende operasjon) og PJX 10 (vaktpostlymfeknutediagnostikk) gir en inntekt på 17 219 kr. Ved kalkulering setter jeg som forutsetning at total tid pr prosedyre er 2,5 timer. Tidsbruk vil også være forskjellig avhengig av prosedyre, pasient og operatør. Jeg har i beregningene ikke tatt med utgifter som også påløper, det være seg anestesimidler og annet utstyr. Det er også minimum en anestesilege og anestesisykepleier, samt to operasjonssykepleiere involvert sammen med kirurg under prosedyren. I tillegg kommer personell som ivaretar pasientene før og etter inngrepet.

I rapporten «Antall spesialistgodkjenninger per godkjent spesialist, yrkesaktive medlemmer av Legeforeningen under 70 år per 3. november 2014» som ligger på legeforeningens nettsted gjorde jeg et overslag over kirurgiske fag som ortopedi, generell kirurgi, nevrokirurgi, fødselshjelp og kvinnesykdommer samt plastikk-kirurgi og fikk ca. 2300 spesialister. Ikke alle disse arbeider i spesialisthelsetjenesten, og noen har en dobbel spesialitet. Utfra tallet 2300 spesialister i operative fag, har jeg som utgangspunkt i denne analysen satt som forutsetning at 1/3 av overlege- og LIS- årsverk utfører oppgaver som gir ISF inntekter knyttet til operative inngrep.

4 Resultater

4.1 Kostnader ved oppgaveglidning

Det første spørsmålet som belyses er hva det koster på nasjonalt nivå for hver yrkesgruppe at man overtar oppgaver for hverandre. Dette er beskrevet i tabell 9 der estimatene baserer seg på tall hentet fra tabell 6 og 8 i metodedelen. Hvis 45% av samlet arbeidstid for overleger og LIS går med til oppgaver som kunne vært utført av andre, vil det utgjøre 3,7 mrd. kr. årlig innenfor somatisk spesialisthelsetjeneste i Norge. Ser man på ytterlighetene 10% og 60%, utgjør det hhv. 0,9 og 5,0 mrd. kr (tabell 9). Ser man på lege-ledere koster 40% av arbeidstida, som er fylt med oppgaver andre kunne utført, 300 mill. kr. For 30% og 60% av tida er beløpene hhv. 200 og 400 mill. kr. I tillegg kommer manglende inntjening.

Likeens ser man for sykepleiere og spesialsykepleiere at hvis 50% av oppgavene kunne vært overført til andre, koster denne arbeidstida 6,2 mrd. kr. Gjør man beregninger for 20% og 65% av arbeidstida koster dette 2,4 og 7,9 mrd. kr (tabell 9). Brukes 30-40% av tida til legeledere på oppgaver som kunne vært utført av andre, koster det 0,2-0,3 mrd. kr (tabell 9). Sykepleieledere bruker også mye av tida si på oppgaver som andre kunne utført. Går 50% av arbeidstida med til dette, utgjør det 0,2 mrd. kr.

Ser man på antall årsverk som går med til oppgaver som kunne vært overført til andre for sykepleiere og spesialsykepleiere under ett i forhold til 20%, 50% og 65% stilling utgjør dette hhv. 4900, 12 400 og 16 000 årsverk (tabell 9). Dette er tid som kunne vært frigjort og brukt mer effektivt inn mot sykepleiefaget.

Tabell 9: Gjennomsnittskostnad i forhold til % tid som går med til oppgaver som kunne vært ivaretatt av andre på nasjonalt nivå, med nedre og øvre grense (=variasjon)

Profesjon	Årsverk	Timer/årsverk	Timer totalt (mill.)	Lønn (kr)	Arbeids-tid %	Timer (mill.)	Kostnad (mill. kr)
Overleger	6050	1950	11,8	390			
Min					10	1,2	500
Middel					45	5,3	2100
Maks					60	7,0	2800
LIS	5800	1950	11,3	319			
Min					10	1,1	400
Middel					45	5,0	1600
Maks					60	6,8	2200
Sykepleiere	15000	1568	23,5	277			
Min					20	4,7	1300
Middel					50	11,8	3300
Maks					65	15,3	4200
Spesialsykepl.	12000	1568	15,2	375			
Min					20	3,0	1100
Middel					50	7,6	2900
Maks					65	9,9	3700
Merkantil	7050	1695	12	208			
					10	1,2	20
					20	2,4	50
Lege-ledere	800	1950	1,6	401			
Min					30	0,5	200
Middel					40	0,6	300
Maks					60	1,0	400
Sykepleier-ledere	900	1568	1,4	335			
					50	0,7	200

4.2 Inntjening og utgifter ved poliklinikk og dagkirurgi

4.2.1 Inntjening poliklinikk

Bakgrunnstallene for beregning av inntjening og utgifter ved poliklinikkdrift og dagkirurgi er igjen hentet fra tabell 6 og 8 i metodedelen. 45% av arbeidstid for overleger og LIS i 100% stilling utgjør hhv. ca. 2700 og 2600 årsverk, tilsvarende 5,3 og 5,0 mill. timer (tabell 10). Setter man leger til å drive mer poliklinikk, dvs. øker produktiviteten i timene som brukes på indirekte pasientarbeid med en poliklinikk-konsultasjon pr time, vil det i snitt for overleger på nasjonalt nivå kunne gi en gevinst på 4,3 (variasjon fra 0,9-5,8) mrd. kr avhengig av type konsultasjon, prosedyrekoder og takster (tabell 10). For LIS vil inntjeningen være 4,6 (variasjon fra 1,0-6,0) mrd. kr (tabell 10). Øker man dette til 2-3 konsultasjoner pr time vil

man komme opp i 8-13 mrd. kroner inntjening for hver av gruppene. Det er ikke alle typer oppgaver som kommer inn under indirekte pasientarbeid som kan overføres til andre profesjoner, slik at det første scenariet med en poliklinikk-konsultasjon pr time nok vil gi det mest riktige estimatet. Kostnader med tanke på de som må overta de indirekte pasientoppgavene for å frigjøre produksjonstid er ikke tatt med.

Tabell 10 inntjening ved poliklinikk-drift i den tida som er estimert til pr i dag å være oppgaver som kunne vært overført til andre (mrd. kr)

Profesjon	Årsverk	timer/ årsverk	timer totalt (mill.)	% tid medgått til oppgaver som kan overføres andre	timer (mill.)	(mrd. kr)	Inntjening 1214 kr/ konsultasjon (mrd. kr)	Gevinst (mrd. kr)
Overleger	6050	1950	11,8					
Min				10	1,2	0,5	1,4	0,9
Middel				45	5,3	2,1	6,4	4,3
Maks				60	7,0	2,8	8,6	5,8
LIS	5800	1950	11,3					
Min				10	1,1	0,4	1,4	1,0
Middel				45	5,0	1,6	6,2	4,6
Maks				60	6,8	2,2	8,2	6,0

4.2.2 Utgifter poliklinikk

Tabell 11 gir en oppsummering av netto gevinst hvis overleger og LIS i 10%, 45% eller 60% av arbeidstida øker produksjonen med en poliklinisk konsultasjon pr time med fratrukk av kostnader til behov for ditto personell. Årslønn til sykepleiere og sekretærer er hentet fra tabell 5. Disse estimatene gir ikke et fullverdig bilde over mulig inntjening, men utfra tilgjengelige data regnes de som tilstrekkelige til å underbygge hypotesen om at det er en gevinst å hente ved at helseprofesjonene bruker tid på kjerneoppgaver som diagnostikk og behandling.

Tabell 11: Gevinst etter at utgifter til ekstra personell er kalkulert inn (mrd. kr)

Antall konsultasjoner	Spl. behov	koster mrd. kr	sekretær behov	koster mrd. kr	gevinst mrd. kr
1 mill.	333	0,1	333	0,1	1,7
5 mill.	1700	0,7	1700	0,6	7,6
7 mill.	2300	1,0	2300	0,8	10,0

4.2.3 Inntjening dagkirurgi

Tabell 12 viser at produksjonen og inntjeningen kan øke markant når tiden som brukes på oppgaver utenfor eget kompetanseområdet frigjøres. Hvis overleger i opererende fag øker tiden brukt til operative inngrep med 10% gitt en prosedyre som tar 2,5 timer i snitt á 17 219 kroner, vil dette utgjøre 200 000 prosedyrer og gi en inntekt på 3,2 milliarder kroner årlig. Øker produktiviteten i 45-60% av arbeidstida med samme tidsbruk pr. prosedyre og inntekt blir gevinsten 11,3-16 mrd. kroner pr år. Dette er et forenklet regnestykke, men det illustrerer hva omprioritering av tid og oppgaver kan gi i inntekter.

Tabell 12: Dagkirurgiske prosedyrer og gevinst (mrd. kr)

Profesjon	Årsverk	% stilling	tid i timer medgått til oppgaver som kan overføres andre (mill.)	kostnad (mrd. kr)	2,5 timer pr prosedyre utgjør antall prosedyrer (mill.)	mill. prosedyrer med enhetspris 17219 kr (mrd. kr)	Gevinst (mrd. kr)
Overleger	2020						
	Min	10	0,4	0,2	0,2	3,4	3,2
	Middel	45	1,8	0,7	0,7	12,0	11,3
	Maks	60	2,4	0,9	1,0	17,0	16,0
LIS	1900						
	Min	10	0,4	0,2	0,2	3,4	3,2
	Middel	45	1,7	0,5	0,7	12,0	11,5
	Maks	60	2,3	0,7	0,9	15,5	15,0

5 Diskusjon

Økt økonomi og resultatstyring, sammen med reformer og lover/forskrifter som omhandler blant annet økt kontrollvirksomhet, dokumentering og kvalitetsarbeid har ført til en endring i arbeidsoppgaver og måten å jobbe på for både leger, sykepleiere og merkantil. Konsekvensen av den økte byråkratiseringen er blant annet økt bemanningsbehov, økonomisk innstramming, effektivisering samt innføring av ny teknologi og digitalisering. Økt digitalisering har i enkelte sammenhenger ført til endring av oppgaver og til tider reduksjon av personell.

Gitt antagelsene som er gjort, da særlig usikkerheten rundt arbeidstiden som blir brukt til oppgaver utenfor eget kompetanseområde, viser hovedfunnene til forskningsspørsmålene reist i innledningen at for leger totalt koster det 3,7 (variasjon fra 0,9-5,0) mrd. kr årlig at stillingene brukes til arbeidsoppgaver som kunne vært ivaretatt av andre. Tilsvarende for sykepleiere totalt koster det 6,2 (variasjon fra 2,4-7,9) mrd. kr årlig (tabell 9) at deler av stillingen brukes til arbeidsoppgaver som kunne vært ivaretatt av andre. Selv hvis de sanne estimatene ligger i nedre halvdel av intervallene, er med andre ord kostnadene betydelige for begge grupper. Jeg så også på hva slags kostnadsbilde man har for leger og sykepleiere som innehar lederstillinger, der en økende andel av arbeidstida er besatt med oppgaver som tidligere blant annet ble skjøttet av personell i stab- og støttefunksjoner. For legeledere koster det 0,3 (variasjon fra 0,2-0,4) mrd. kr årlig at de bruker deler av stillingen på oppgaver som kunne vært utført av f. eks. merkantil. For sykepleieledere der jeg ikke har mye data å bygge antagelsene på, har jeg estimert at det vil koste 0,2 mrd. kr at deler av arbeidstida brukes til oppgaver andre yrkesgrupper med lavere kompetanse og lønn kunne utført.

Konvertering av tidsbruk for leger fra oppgaver som kunne vært ivaretatt av andre til direkte pasientrettet arbeid kan potensielt gi økt behandlingsskapasitet. Tiden leger bruker til arbeidsoppgaver som ligger utenfor egen kjernekompetanse er estimert til 10,3 (variasjon fra 2,3-13,8) mill. timer årlig (tabell 9). Det er et betydelig antall timer som potensielt ville kunne frigjøres til direkte pasientbehandling selv ved kun omdisponering av 10 % av legenes arbeidstid. I framskrivninger er det vist at det vil være mangel på spesielt sykepleiere. Mine resultater viser at 12 400 (variasjon fra 4900-16 000) sykepleierårsverk vil kunne frigjøres til direkte sykepleieoppgaver ved omdisponering av arbeidsoppgaver (tabell 9). Om en igjen bare ser på minimums estimatet vil mye kapasitet kunne bli frigjort til blant annet å dekke det økte sykepleiebehovet hvis legetid ble omdisponert til for eksempel økt inntjening. Økt

behandlingskapasitet kan eksempelvis brukes til inntjening på poliklinikk. Gitt at man den tiden overleger og LIS bruker til arbeidsoppgaver utenom egen kompetanse øker produksjonen med en konsultasjon pr time vil dette gi 10,3 (variasjon fra 2,3-13,8) konsultasjoner og inntjening på 8,9 (variasjon fra 1,9-11,8) mrd. kr årlig (tabell 10). Tar man med økt antall ansatte sykepleiere og sekretærer ved en utvidet poliklinikkdrift estimert til 1700 (variasjon fra 333-2300) årsverk (tabell 11) vil man få en inntjening på 7,6 (variasjon fra 1,7-10,0) mrd. kr årlig (tabell 11). Hvis sykepleiere faktisk fikk omdisponert oppgaver ville behovet for sykepleiere til denne driften være dekket. Konvertering av tidsbruk fra arbeidsoppgaver utenom egen kompetanse til det å utføre en dagkirurgisk prosedyre er en annen måte å få inntjening på. Hvis overleger som driver med operative fag bruker arbeidstida på en prosedyre som tar 2,5 timer gir det en inntjening på 11,3 (variasjon fra 3,2-16) mrd. kr årlig.

Jeg har avdekket store mangler på relevante data for å kunne beregne konsekvensene av negativ vertikal oppgaveglidning både på avdelings, sykehus og på nasjonalt nivå. Kvalitetssikrede tall vil utvilsomt være nyttige hvis man skal vurdere omlegging av drift for å øke inntjeningen på poliklinikk eller dagkirurgi. Fremtidige studier må derfor inkludere en bredere kostnadsoversikt. Denne må omfatte kostnader ved behov for større areal, økt belastning på poliklinikker og operasjonsstuer, samt behov for flere ansatte og medisinsk teknisk utstyr. Det er heller ikke gitt at man i fremtiden må disponere arbeidstida slik man gjør i dag. Politisk kan det f.eks. bestemmes at man skal ha flere helsesekretærer og tilbakeføre oppgaver til disse. Marginalkostnadene for utvidet arbeidstid (UTA) og overtid for leger er høye. Reduksjon av dyr overtid ved å omdisponere oppgaver til andre yrkesgrupper er noe det er mulig å vurdere før man tar ut ytterligere tidssparing i økt aktivitet. Omlegging av drift vil for øvrig ikke nødvendigvis implisere et høyere helsebudsjett, da det forutsetter uendret finansieringssystem. Ved økt produksjon vil ISF-refusjonene kunne endres slik at helsebudsjettet forblir tilnærmet uendret. Før man setter i gang og gjør de større politiske endringer, må man gjøre en pilotstudie der man finner de mest korrekte estimater for utgifter og tidsbruk.

Et relevant spørsmål er om det er pasientgrunnlag nok til å endre arbeidsoppgaver til leger mot økt produksjon i spesialisthelsetjenesten. I en SSB-rapport fra 23. juni 2016 er det oppgitt at det i 2015 var 8,7 millioner polikliniske konsultasjoner, hvorav 2/3 av disse ble utført innen somatikken, dvs. 5,8 mill. konsultasjoner (39). Fra 2014 til 2015 var det en vekst på 9 % i

antall konsultasjoner, og mellom 2011 til 2015 en vekst på 23%. Det å øke antall polikliniske konsultasjoner med ytterligere 5-7 millioner virker derfor ikke realistisk utfra denne rapporten. Med aldrende befolkning og økt behov for helsetjenester må man likevel anta at det i framtiden vil være noe behov for økt poliklinisk virksomhet i spesialisthelsetjenesten. Man må ikke glemme at det i et samfunnsmessig perspektiv arbeides politisk for at man i større grad skal behandle pasienter på lavest mulige nivå hos fastlege og i kommunehelsetjenesten, jf. blant annet Samhandlingsreformen og Fastlegereformen.

Pga. knapphet på økonomiske og menneskelige ressurser er det utviklet og innført ny teknologi. Ved økt digitalisering har man videre sett en potensiell gevinst i å redusere blant annet antall sekretærer og la klinikere ta en del av oppgavene ved hjelp av den nye teknologien. Dette er noen av arbeidsoppgavene som inngår i negativ vertikal oppgaveglidning. Fagforbundet stiller da også i et innlegg publisert i «Overlegen 1-2012» spørsmål ved om oppgaveglidning er et resultat av sykehusenes feilslåtte innsparing (11). Videre vises det her til at antall helsesekretærer er redusert de senere årene, og at sykepleiere og leger blir «overbetalte helsesekretærer» som bruker mer tid på sekretærarbeid, siden dette ikke er innenfor kompetanseområdet for disse helseprofesjonene. Marie Wedin har i samme tidsskrift pekt på at dokumentasjon og kvalitetsregistrering og journalhåndtering i kombinasjon med dårlige IT-system koster mye legetid. Hun viser videre til at produksjonen i snitt pr lege i Sverige ligger på 824 konsultasjoner/år, mens den i OECD i snitt ligger på 2511 konsultasjoner/år. Politisk styrt byråkratisering fører til omfordeling av ressurser som igjen resulterer i ulike former for oppgaveglidning for til enhver tid å komme de politiske beslutningene i møte. Utfra dette tenker jeg at man i større grad bør vurdere hvilke oppgaver det er hensiktsmessig at de ulike helseprofesjonene utfører for nettopp å unngå kostnadskrevende negativ vertikal oppgaveglidning.

Rapporter og analyser som omhandler negativ vertikal oppgaveglidning og økonomiske konsekvenser, synes å være utilgjengelige. Videre er risikoanalyser og økonomisk evaluering av oppgaveglidning ikke-eksisterende. Det er i tråd med at Kunnskapscenteret viser til mangelfull evaluering av slike prosjekter (15). Det eneste jeg har funnet der jeg til en viss grad kan sammenligne data, er en omfattende rapport fra Sentralsjukehuset i Rogaland fra 1982 (40) som omhandler arbeidstid. Denne rapporten ble laget pga. at det forelå en uoverensstemmelse mellom Yngre legers forening (YLF) og sykehuseier, der det var planlagt reduksjon i arbeidstid uten tilsvarende reduksjon i arbeidsmengde. Det kommer her fram at

overleger den gang brukte 50% av arbeidstida på direkte pasientarbeid, mens LIS brukte 60% og turnuskandidater 45%, mot det som rapporteres nå for overleger og LIS på 42 -45% (5). Overleger brukte 22% på indirekte pasientarbeid og 23 % på administrasjon og utvikling, mens for LIS var tallene hhv. 22% og 26 %, og turnuskandidater 45% og 18 %. Det er interessant å se at diskusjonen om tidsbruk ikke er av nyere dato. Det ser dermed ut til at det da som nå var og er en diskrepans mellom arbeidsoppgaver og arbeidstid for blant annet leger. Det kan med denne rapporten sammenlignet med dagens rapporter vedrørende tidsbruk også se ut til at helseprofesjonene alltid har måttet ta seg av oppgaver som de regner som utenfor deres kompetanseområde. Hva denne tida har vært fylt med har nok likevel blitt endret, både pga. resultat- og målstyringen, samt endret måte å arbeide på med mindre merkantil støtte og flere IKT verktøy.

Det er flere begrensninger ved beregningene som er gjort i studien. For det første er de upresise, da det var vanskelig å finne eksakte data når det gjelder oppgaveglidning og tidsbruk. Et annet aspekt er at den litteraturen og de rapportene jeg fant refererte mye til indirekte pasientarbeid. Dette begrepet er ikke nødvendigvis identisk med negativ vertikal oppgaveglidning, og kan derfor ikke brukes som surrogatmarkør for oppgaveglidning i denne sammenheng. Man får likevel et brukbart bilde på hvor mye tid yrkesutøvere med helseprofesjonell utdanning bruker på oppgaver som de nødvendigvis ikke trenger å bruke sin basiskompetanse på. Jeg tok hensyn til usikkerheten ved å gjøre flere beregninger for å vise omfanget av tidsbruk og kostnader gitt ulike scenarier.

Det er noe variasjon mellom tallene som er hentet ut fra de ulike datakildene, men ikke mer enn forventet med tanke på usikkerheten i innrapportering og databearbeiding som ligger til grunn. For å redusere denne feilkilden, ble flere rapporter og artikler benyttet for å forsøke å få et noenlunde riktig bilde av antall årsverk pr. yrkesgruppe i somatisk spesialisthelsetjeneste. En annen feilkilde er at en 100% stilling for de forskjellige yrkesgruppene ikke har et likt antall arbeidstimer, noe jeg har prøvd å gjøre rede for. Lønn hentet fra tariff-avtaler gir en generell oversikt over hva arbeidet til ulike yrkesgrupper koster. Estimaten i denne oppgaven kan kanskje bedre brukes som et forholdstall mellom yrkesgruppene enn helt eksakte beløp, da det er mye som ikke er tatt hensyn til når det gjelder lønn og individuelle avtaler. Kostnadene relatert til arbeidstakere i helsevesenet er sannsynligvis betydelig høyere enn det som kommer fram her. Det gjør at arbeidstid brukt til

oppgaveglidning koster mer enn det jeg har fått vist i denne oppgaven. Samtidig blir inntjeningen der jeg har tatt hensyn til økt personellbehov mindre.

Når det gjelder inntjening og gevinst har jeg hentet diagnosekoder og takster fra det kirurgiske fagfeltet. Andre fagområder innenfor spesialisthelsetjenesten vil ha andre satser for ulike prosedyrer og tjenester, men trolig ville beregninger for de fleste spesialiteter vist det samme mønsteret som jeg har funnet i denne oppgaven.

En siste begrensning i oppgaven er at jeg ikke har klart å finne estimater for hvor stor andel av polikliniske konsultasjoner som er eller ikke er knyttet til en prosedyre. Er det knyttet en prosedyretakst til konsultasjonen, vil man få betydelig høyere inntjening. Også når det gjelder dagkirurgi er det forskjeller i hva man får i inntekt avhengig av prosedyrer. På utgiftssiden er det ikke bare materiell og medikamentkostnader, men også kostnader knyttet til annen type personell som er involvert i behandlingen. Større inngrep på inneliggende pasienter, gjerne med kompliserende bidiagnoser, vil gi desto høyere inntjening, men også være knyttet til lengre behandlingstid og større utgifter.

6 Konklusjon

Helsepolitisk er det åpnet opp for oppgaveglidning i spesialisthelsetjenesten. Det er imidlertid ikke gitt klare føringer for hvilke typer tiltak som er fornuftige for riktig prioritering med tanke på tilgjengelige ressurser nå og i fremtiden. Til tross for begrensningene i denne studien og forenklingene i de økonomiske beregningene ser man at selv ved bruk av minimumsverdiene for tids- og kostnadsintervallene, indikerer funnene at arbeidstid enkelte helseprofesjoner bruker på oppgaver som burde vært ivaretatt av andre, herunder negativ vertikal oppgaveglidning, har betydelige kostnader. Implementering av oppgaveglidning bør derfor løftes til nasjonalt nivå med risikoanalyse samt evaluering av konsekvenser. På bakgrunn av kalkuleringer kan man så ta godt fundamenterte og smarte valg for best mulig forvaltning av tilgjengelige ressurser i spesialisthelsetjenesten.

7 Litteraturliste

1. Lie AE. Klinikeres holdninger til oppgaveglidning i spesialisthelsetjenesten (2017). Hentet fra: [file:///C:/Users/Eier/Downloads/Masteroppgave-UiO-AstridEidesvikLie%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Eier/Downloads/Masteroppgave-UiO-AstridEidesvikLie%20(1).pdf)
2. Helsedirektoratet. Oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten. Utredning av hvorvidt endret oppgavedeling kan bidra til reduserte ventetider og mer effektiv pasientbehandling. Helsedirektoratet; 2013
3. Hofstad E. Avlaster legene 2012 [oppdatert 30.10.2018]. Hentet fra: <https://sykepleien.no/2012/06/avlaster-legene#footer>.
4. Den norske legeforening. Samfunnspolitisk avdeling. Oppgaveglidning (5/2013), Policynotat. Hentet fra: <https://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Publikasjoner/policynotater/Polycynotater-2013/Oppgaveglidning-52013/>
5. Rosta J, Rø KI. Hva er egentlig direkte pasientarbeid. Overlegen. 2017;4:18-9.
6. Thornblad H. Så ska läkare avlastas administrativ arbetsbörda Region Skåne, Sweden2012 [sitert 2018 05.05]. Hentet fra: <http://www.sjukhuslakaren.se/sa-ska-lakare-avlastas-administrativ-arbetsborda/>.
7. Foss H, Skaar V, Fosshaug B, Ekeren A, Haga T, Westby M. Hvordan kan sykepleiere prioritere tiden for å ivareta pasientens behov for direkte sykepleie? [Bachelor]. Oslo, Norway: Diakonhjemmet Høgskole; 2015.
8. Lundgren S, Segesten K. Nurses` use of time in a medical-surgical ward with all RN-staffing. J Nurs Manag. 2001;9 (1):13-20.
9. Helsedirektoratet. Oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten : Kartlegging av erfaringer med endret oppgavedeling i Norge og andre nordiske land. Helsedirektoratet; 2013. Rapport nr.: IS-2108.
10. World Health Organization. Task Shifting : Global recommendations and guidelines. World Health organization; 2008.
11. Norsk overlegeforening. Overlegen 1, Februar 2012: Tema: Oppgaveglidning – Task shift. Hentet fra: <https://beta.legeforeningen.no/contentassets/64392179f28542eaabd09f1c52d5d997/overlegen-1-2012.pdf>
12. Støre J. Politiske mål og forventninger til spesialisthelsetjenesten : Tale til sykehusene 30.01.2013 Hentet fra: [www.regjeringen.no/nb/dep/hod/aktuelt/taler artikler](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/aktuelt/taler_artikler).
13. NOU 2015 :1. Produktivitet-grunnlag for vekst og velferd : Produktivitetskomisjonens første rapport. In: Finansdepartementet, red. Norge: Produktivitetskomisjonen; 2015.
14. Nancarrow SA, Borthwick AM. Dynamic professional boundaries in the healthcare workforce, Sociol Health Illn. 2005 Nov, 27(7):897-919 Hentet fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16313522>
15. Hansen T. New Public Management. Store norske leksikon. 2017.
16. Meld. St. nr. 16 (2010-2011). Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015). 2011.
17. Helsedirektoratet. Innsatsstyrt finansiering(ISF) og DRG-systemet. 2018.
18. NOU 2016:25. Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten : Hvordan bør statens eierskap innrettes framover? 2016.

19. Helsedirektoratet. Årsrapport for Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem. 2017.
20. Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse. 2017.
21. Ullevål Universitetssykehus. Talegjenkjenning gir 10 millioner årlig innsparing for Ullevål sykehus Oslo, Norge, 2008 [sitert 2018 07.05]. Hentet fra: https://w3.siemens.no/.../talegjenkjenning_gir_10_millioner_innsparing_ullevaal_syke
22. Riksrevisjonen Dokument 1 (2014-2015). Riksrevisjonens rapport om den årlige revisjon og kontroll for budsjettåret 2013. 2014.
23. Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering. Helseatlas 2018 Hentet fra: <https://www.helseatlas.no/>.
24. Johansen BK. Gjør kloke valg-en kur mot overbehandling? Overlegen 1-2018. 2018.
25. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester. Task sharing for selected health services in hospitals. Oslo, Norge: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester; 2013.
26. Brusselkontoret. Nye oppgaver, nye roller - Europas helsevesen i endring. Brusselkontoret AS; 2012 Februar 2012.
27. Commission of the European Communities. White Paper : Together for Health : A Strategic Approach for the EU 2008-2013. Commission of the European Communities; 2007 23.10.2007.
28. Ukkestad BA. Anestesioppgaver og profesjon. Hvem gjør hva i morgen? 12.05.2016. Hentet fra: <https://www.duo.uio.no/handle/10852/51660>
29. Oppgaveglidning på legevakt. Kan sykepleiere overta legeoppgaver på legevakt? Fordypningsoppgave Haraldsplass Diakonale Høgskole 05.05.2014. Hentet fra: <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/id/247552/Lexander%20>
30. Vigeland E. Profesjongrensener i medisinsk bildediagnostikk. Tid for en ny arbeidsdeling (2010). Hentet fra: <https://www.duo.uio.no/handle/10852/30209?show=full>
31. Yttermo S. Oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten. Hvilke synspunkter har fysioterapeutene til oppgavedeling på Lovisenberg Diakonale Sykehus? Hentet fra: <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/38379/Yttermo-master.pdf?sequence=1>
32. Statistikkbanken [Internet]. Samdata. Hentet fra: <https://www.ssb.no/statbank/>.
33. Den norske legeförening. Hentet fra: <https://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Legestatistikk/Medlemsstatistikk/Den-norske-legeforening/>.
34. Arbeidsgiverforeningen Spekter. Tariffoppgjør 2018. Hentet fra: <https://www.nsf.no/spekter/artikkelliste/664089>.
35. Delta. Lønn og avtaler for helsesekretærer 2018. Hentet fra: <https://delta.no/yrke/helsesekret%C3%A6rforbundet-i-delta/l%C3%B8nn-og-avtaler>.
36. Fagforbundet. Spekter-helse-sykehus - Hovedoppgjøret 2018. Hentet fra: <https://www.fagforbundet.no/lonn-og-avtaler/spekter/sykehus/>.
37. Arbeidsgiverforeningen Spekter. 2016. Hentet fra: <http://www.spekter.no/Tema/Lonnsoppgjor/Lonnsoppgjoret-2016/>.
38. Statistisk Sentralbyrå. Kvinner dominerer i spesialisthelsetjenesten. 2017.
39. Statistisk Sentralbyrå. Hentet fra: <https://www.ssb.no/helse/statistikker/speshelse/aar/2016-06-23>
40. Bryne H, Hoel R, Lichtenberg N, Herstad H, Øvrebø TA. Legetjenesten ved Sentralsjukehuset i Rogaland. Stavanger, Norge; 1983.