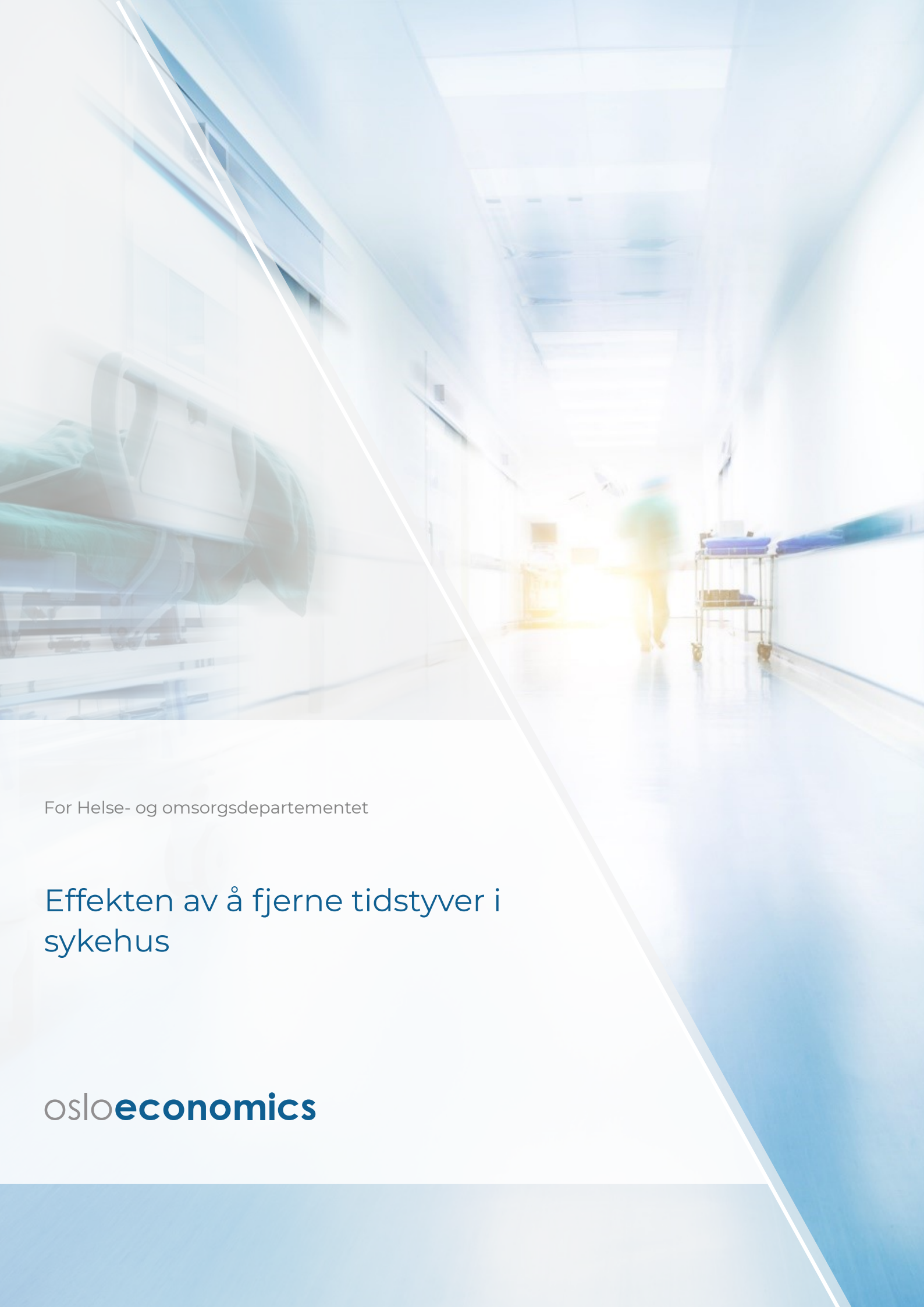




For Helse- og omsorgsdepartementet

Effekten av å fjerne tidstyver i sykehus

oslo**economics**

Tittel: Effekten av å fjerne tidstyver i sykehus
Utarbeidet av: Oslo Economics
Oppdragsgiver: Helse- og omsorgsdepartementet

Publisert: April 2025
Rapportnummer: 2025-29

Kontaktperson: Erik Magnus Sæther / Partner
E-post: ems@osloeconomics.no
Tel: +47 940 58 192

Foto/illustrasjon forside: iStock / hxdbzxy

Innhold

Sammendrag	4
1. Om oppdraget	7
1.1 Bakgrunn	7
1.2 Metode og gjennomføring	7
2. Kategorier av tidstyver	8
3. Bemanning i spesialisthelsetjenesten	9
3.1 Helse- og omsorgssektoren	9
3.2 Spesialisthelsetjenesten	9
3.3 Endring over tid	10
4. Omfang av tidstyver for spesialisthelsetjenesten som helhet	11
4.1 Ulike scenarioer for effekter av tiltak	11
4.2 Potensial for frigjort tid	11
5. Dokumentasjon, beslutningsstøtte og koordinering	13
5.1 Tidstyver	13
5.2 Tiltak for å redusere tidstyver	15
6. Inntak, etterkontroll og pasientforløp	20
6.1 Tidstyvene	20
6.2 Tiltak for å redusere tidstyvene	21
7. Oppgavedeling	27
7.1 Tidstyvene	27
7.2 Mulige tiltak for å redusere tidstyvene	29
8. Organisering og ledelse	33
8.1 Tidstyvene	33
8.2 Mulige tiltak for å redusere tidstyvene	34
9. Bygg og utstyr	37
9.1 Tidstyvene	37
9.2 Mulige tiltak for å redusere tidstyvene	39
10. Anbefalte tiltak på kort og lang sikt	44
10.1 Kategorier av tiltak for å redusere tidstyver	44
10.2 Modell for vurdering av tiltak for å redusere tidstyver	44
10.3 Kvalitativ vurdering av tiltak for å redusere tidstyver	45
10.4 Anbefaling av tiltak på kort og lang sikt	46
Referanser	51

Sammendrag

Arbeidsgruppen i Ventetidsløftet har identifisert en rekke tidstyver i spesialisthelsetjenesten og andre aktører vi har snakket med bekrefter vurderingene. Det er ulike anslag av hvor potensialet for tidsbesparelser er størst, blant annet fordi det arbeides mye med forbedrings tiltak i helseforetakene og noen allerede har knepet tidstyver. Vi finner at det er stort potensial i å bredde ut allerede igangsatte tiltak i helseforetakene. Vår viktigste anbefaling er derfor at det gjøres et arbeid i den enkelte avdeling/fagområde og på hvert enkelte helseforetak med å lære fra andre, i tillegg til å selv spre gode erfaringer og lærdommer. Problemene og løsningene varierer mellom ulike deler av tjenesten og lokal kunnskap og forankring er avgjørende for vellykket gjennomføring. I tillegg anbefaler vi en rekke konkrete tiltak for å redusere tidstyver på kort og lang sikt.

Arbeidsgruppen har identifisert flere enn hundre tidstyver

I arbeidet med Ventetidsløftet har en bredt sammensatt arbeidsgruppe identifisert tidstyver i sykehusene, det vil si oppgaver som tar tid, men gir lite eller ingen nytte. På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har Oslo Economics analysert hvilke tiltak som i størst grad kan frigjøre tid for helsepersonell.

I arbeidet har vi tatt utgangspunkt i arbeidsgruppens flere enn hundre ulike innspill og systematisert tidstyver og tiltak etter kategorier. Vi har intervjuet arbeidsgruppens medlemmer for å innhente supplerende vurderinger og forslag til tiltak, samt gjennomgått forskningslitteratur og rapporter, gjennomførte piloter, statistikk og

Tabell 1-1: Potensiell frigjort tid ved reduksjon av tidstyver (middels scenario, lav og høy i parentes)

Kategori av tidstyver	Leger og psykologer	Sykepleiere/ Vernepleiere	Helsefag-arbeidere	Andre helsefag høyere utdanning	Andre helsefag kortere utdanning	Adm. og støttetj. høyere utdanning	Adm. og støttetj. kortere utdanning
Dokumentasjon, beslutningsstøtte og koordinering	5 % (2-8 %)	4 % (2-6 %)	1 % (0,5-2 %)	3 % (1-5 %)	2 % (1-4 %)	4 % (2-7 %)	2 % (1-4 %)
Inntak, etterkontroll og pasientforløp	5 % (2-8 %)	2 % (1-4 %)	2 % (1-4 %)	3 % (1-5 %)	2 % (1-4 %)	0,5 % (0-1 %)	0 % (0-0 %)
Oppgavedeling	1 % (0,5-2 %)	5 % (3-8 %)	1 % (0,5-2 %)	1 % (0,5-2 %)	0,5 % (0-1 %)	0,5 % (0-1 %)	0 % (0-0 %)
Organisering og ledelse	3 % (1-5 %)	4 % (2-6 %)	4 % (2-6 %)	2 % (1-4 %)	3 % (1-5 %)	10 % (5-15 %)	3 % (1-5 %)
Bygg og utstyr	1 % (0,5-2 %)	2 % (1-4 %)	2 % (1-4 %)	2 % (1-4 %)	0 % (0-1 %)	0 % (0-1 %)	1 % (0-2 %)
Totalt potensial for frigjort tid	15 % (6-25 %)	17 % (9-28 %)	10 % (4,5-18 %)	11 % (5-20 %)	8 % (3-15 %)	15 % (7-25 %)	6 % (2-11 %)

Prosentene i tabellen er anslag på tid som kan frigjøres, målt som andel av samlet arbeidstid i løpet av et år. Anslagene er ment som et snitt på tvers av tjenesten, og det vil være store variasjoner mellom de enkelte områdene og avdelingene. Tidstyvene og tiltakene er til dels overlappende og er ikke uavhengige av hverandre. Summering på tvers av områder kan derfor overvurdere det samlede potensialet noe.

Lavt scenario anses som mulig å realisere uten betydelige endringer. Her starter man med de enkleste tiltakene innenfor dagens rammer. Middels scenario viser et ambisiøst, men realistisk nivå. Her kreves innsats og prioritering, samt villighet til å arbeide systematisk med faglige og organisatoriske prosesser. Høyt scenario illustrerer det fulle potensialet dersom man er villig til å iverksette ytterligere tiltak som innebærer krevende prosesser både faglig, organisatorisk og strukturelt. Scenarioet medfører store potensielle effekter, men også stor usikkerhet.

virksomhetsinformasjon. Til sammen har vi gjennomført intervjuer og arbeidsmøter med ansatte fra en rekke ulike behandlingsområder og med ulik utdanningsbakgrunn.

Vi har systematisert tidstyvene i fem hovedkategorier: 1) Dokumentasjon, beslutningsstøtte og koordinering, 2) Inntak, etterkontroll og pasientforløp, 3) Oppgavedeling, 4) Organisering og ledelse og 5) Bygg og utstyr. Oppgavedeling er ikke i seg selv en tidstyp som skal reduseres, men en måte å avlaste personell og ta i bruk nye ressurser.

Avgrensningene i dette oppdraget har gjort at vi ikke har drøftet faktorer som «prioritering i stort», finansierings-system, bemanning og sykefravær. Dette er imidlertid viktige områder som har stor betydning for tidsbruken i spesialisthelsetjenesten.

Det er ulike vurderinger av hvor potensialet for å frigjøre tid er størst

Alle aktørene vi har snakket med peker på at det er potensial for å frigjøre tid i spesialisthelsetjenesten, men det er ulike vurderinger av hvor potensialet er størst. Det er stor variasjon mellom ulike deler av tjenesten som mellom somatikk og psykiatri, mellom poliklinikk og sengepost og mellom ulike personellgrupper. Noen opplever at lokalene er gammeldagse og lite egnet, andre er svært fornøyd med nye og effektive lokaler.

Gjennom prosessen har vi utarbeidet tre scenarioer med anslag på mulig frigjort tid av tiltak for å redusere tidstyver. Scenarioene illustrerer hva som er mulig å oppnå med ulik innsats, gjennomføringskraft, prioritering og ressursbruk.

Samlet ser vi størst potensial for å frigjøre tid for leger og psykologer (6-25 prosent, 15 prosent i middels), sykepleiere og vernepleiere (9-28 prosent, 17 prosent i middels) og personell med høyere utdanning i administrasjons- og støttetjenester (7-25 prosent, 15 prosent i middels). Potensialet for frigjort tid viser hvor det er mulig å frigjøre tid som for eksempel kan realiseres i form av å behandle flere pasienter, gjøre andre lovpålagte oppgaver, redusere arbeidsbelastning, sikre økt supervisjon av mer uerfarne leger og bruke tid på å bedre arbeidsmiljøet. En del av den frigjorte tiden er vanskelig å nyttiggjøre seg av, for eksempel som følge av at det blir noen minutter frigjort på ulike tidspunkter i løpet av arbeidsdagen. Det er først ved å systematisk forbedre arbeidsflyten for alle involverte medarbeidere i teamet at gevinster kan realiseres.

For leger og psykologer er det størst potensial ved å redusere tidstyver innenfor dokumentasjon, beslutningsstøtte og koordinering samt inntak, etterkontroll og pasientforløp. For sykepleiere er potensialet størst innen oppgavedeling, dokumentasjon og organisering og ledelse. For de med høyere utdanning i administrasjons- og støttetjenester er det primært innen organisering og ledelse det er potensial for å frigjøre tid (Tabell 1-1). Tidstyvene og tiltakene er til dels overlappende og er ikke uavhengige av hverandre. Summering på tvers av områder kan derfor overvurdere det samlede potensialet noe.

Det er stort potensial i å utbre allerede igangsatte tiltak

Vi ser at det er mange gode eksempler på tiltak som er innført i enkeltklinikker eller enkeltsykehus. Den lokale kunnskapen er avgjørende for å prioritere mellom ulike tiltak, og for å lykkes med omstillingsarbeidet. Samtidig er det en risiko for at tiltakene blir fragmenterte, og at det fulle potensialet ikke hentes ut, når det arbeides i «siloe» i stedet for på tvers av tjenesten.

På mange områder arbeider man systematisk med forbedringer i helseforetakene, men det synes like fullt mulig å i større grad spre tiltak som allerede er gjennomført i deler av virksomheten, med god effekt, innenfor foretaket, som kan gi ytterligere effekt dersom det bres ut til hele foretaket. Dette kan gjelde alle typer tiltak, fra IT-tiltak til faglige tiltak, men fellesnevneren er at det ikke er behov for å utvikle noe nytt. Hva disse tiltakene er, vil variere fra helseforetak til helseforetak, både fordi det er forskjell på hva som allerede er gjort, og fordi det kan være ulike prioriteringer av hvilke tidstyver som skal fjernes først.

Det er også viktig at det spres lærdom om gode tiltak på tvers av helseforetakene og de regionale helseforetakene. De beste eksemplene på tiltak som er innført i ett foretak bør aktivt spres til andre foretak, så de kan innføre det samme (eller en lignende variant, tilpasset lokale forhold) hos seg. Det er naturlig at de regionale helseforetakene tar en ledende rolle i en slik utbredelse av tiltak på tvers av helseforetakene. Slik systematisk kvalitetsforbedring er i tråd med det arbeidet som allerede gjøres nasjonalt i de ulike kliniske fagmiljøene.

På kort sikt kan det være hensiktsmessig med en vridning av ressursbruk fra langsiktig, mer strategisk utvikling, til kortsiktige tiltak rettet mot «lavthengende frukter». Det kan bety at det flyttes noe ressurser fra utvikling av

nye bygningsløsninger til arbeid med å optimalisere dagens bygninger, eller noe ressurser fra utvikling av nye IT-systemer til arbeid med å få tilstrekkelig antall arbeidsstasjoner, mulighet til sesjonsvandring og lignende.

Insentiver er viktig for å få til endring

Ildsjeler i helsetjenesten kan være viktige for å få gjennomført tiltak som kan fjerne eller redusere tidstyver. Samtidig bør ikke tjenesten basere seg på ildsjeler – det bør være insentiver på plass som gjør at det lønner seg for enkeltpersoner, avdelinger, klinikker og lignende å drive aktivt omstillingsarbeid for økt produktivitet og reduserte ventelister. Slike insentiver kan komme i flere former, der rent økonomiske insentiver bør være en del av miksen, men der også insentiver som ros fra ledere, positiv omtale i ulike fora, opplevd støtte og ryggdekning og tilstrekkelige fullmakter og handlingsrom kan spille inn. Når riktige insentiver kombineres med god styring, opplever vi at spesialisthelsetjenesten har betydelig kapasitet og evne til omstilling, noe mange gode enkeltteksempler underbygger.

Vi anbefaler flere tiltak for å redusere tidstyver på kort og lang sikt

Oppsummert anbefaler vi på kort sikt:

- Å gjennomgå og sammenligne avdelinger og sykehus innen alle områder, og lære av gode erfaringer
- Faglige tiltak rettet mot inntak, etterkontroll og pasientforløp
- Enklere IT-tiltak rettet mot eksisterende utstyr og løsninger som fungerer dårlig
- Tiltak for hensiktsmessig oppgavedeling
- Oppgradering av utstyr og bedre utnyttelse av eksisterende bygg
- Enklere organisatoriske tiltak for bedre arbeidsplanlegging og mer effektive arbeidsprosesser

På lengre sikt anbefaler vi:

- Mer omfattende organisatoriske tiltak for å forbedre logistikken og pasientflyten
- Mer omfattende IT-tiltak rettet mot dokumentasjon, beslutningsstøtte og koordinering
- Langsiktig arbeid med å fornye og forbedre bygg

Vi har også vurdert virkninger av en rekke enkelttiltak mot tidstyver innen ulike områder av tjenesten. I Tabell 10-3 vises en liste med eksempler på konkrete tiltak som vi anbefaler at gjennomføres.

1. Om oppdraget

I arbeidet med Ventetidsløftet har en bredt sammensatt arbeidsgruppe identifisert tidstyver i sykehusene. På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har Oslo Economics systematisert tidstyvene og analysert hvilke tiltak som i størst grad kan frigjøre tid for helsepersonell.

1.1 Bakgrunn

Som del av arbeidet med Ventetidsløftet (2024-2025) har Helse- og omsorgsministeren nedsatt en arbeidsgruppe som skal identifisere de mest vesentlige tidstyvene og foreslå tiltak.

Arbeidsgruppen har bestått av:

- Delta
- Fagforbundet
- Helse Midt
- Helse Nord
- Helse Sør-Øst
- Helse Vest
- Helsedirektoratet
- Legeforeningen
- NHO Geneo
- Psykologforeningen
- Spekter
- Sykepleierforbundet
- Virke

Arbeidsgruppen har blitt ledet av statssekretær Karl Kristian Bekeng i Helse- og omsorgsdepartementet, og har identifisert en rekke tidstyver, det vil si oppgaver som tar tid, men gir lite eller ingen nytte. Arbeidsgruppen har også foreslått tiltak for å fjerne eller redusere disse tidstyvene.

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har Oslo Economics vurdert hvilke identifiserte tidstyver/tiltak som i størst grad vil frigjøre personellens tid og slik bidra til å redusere ventetidene ved sykehusene.

Forslagene dekker alle behandlingsområder og personellgrupper. I tillegg er det lagt særskilt vekt på fagområder med lang ventetid, som øre-nese-hals (ØNH), øyefaget, ortopedi og psykisk helsevern.

1.2 Metode og gjennomføring

I første fase gjennomgikk vi arbeidsgruppens mer enn hundre ulike innspill og systematiserte tidstyver og tiltak etter kategorier. Deretter gjennomførte vi en omfattende informasjonsinnhenting basert på forskningslitteratur, tidligere evalueringer av tiltak, statistikk og virksomhetsinformasjon.

Vi har også gjennomgått tidstyver, tiltaksområder og konkrete eksempler i en rekke intervjuer med deltakerne i arbeidsgruppen, samt NITO og medarbeidere i spesialisthelsetjenesten som de ulike aktørene enten har tatt med seg i intervjuene eller tipset oss om å kontakte. I tillegg har vi kontaktet klinikere som jobber innenfor fagområdene med særlig lang ventetid.

I intervjuene og arbeidsmøtene har vi innhentet ulike aktørers syn på størrelsen av tidstyvene og i hvilken grad det er mulig å redusere tidstyvene gjennom ulike tiltak. Innspillene vi har fått i disse rundene, kombinert med litteratur på tidsbruk i helsetjenesten, har vi satt sammen til et overordnet anslag på potensial for frigjort tid i tjenesten samlet sett. Deretter har vi sammenstilt og vurdert alle innspillene for å vurdere hvilke kategorier av tidstyver som er størst for hver personellgruppe. Vi har deretter hatt egne workshops hvor vi drøftet hvilke typer tiltak som har størst potensial for å redusere tidstyver innen hver kategori. Vurderingen av hvilke tiltak som er viktigst innen hvert område har tatt utgangspunkt i hva medarbeidere, fagpersoner, klinikere og andre aktører har trukket frem i intervjuer, i tillegg til tidligere evalueringer og litteratur på effektene av tiltak i helsetjenesten.

Vi har ikke gjennomført samfunnsøkonomiske analyser av tiltakene som presenteres i denne rapporten, ettersom det har ligget utenfor mandatet i dette oppdraget. I det videre arbeidet for å redusere tidstyver bør det gjennomføres nærmere analyser av hvilken gevinst og ressursbruk de ulike tiltakene vil medføre både innenfor og utenfor helsetjenesten.

Arbeidet er gjennomført i perioden januar til april 2025.

2. Kategorier av tidstyver

Vi har systematisert tidstyvene i fem hovedkategorier, med beskrivelser av tidstyvene og relevante tiltak. Større endringer i rammene for helsetjenesten eller arbeidslivet, som endringer i prioriteringsforskriften, sykefraværsordninger eller finansieringssystem berøres ikke i analysen.

Systematisering av tidstyver

Basert på arbeidsgruppens innspill har vi systematisert tidstyver i følgende kategorier:

- Dokumentasjon, beslutningsstøtte og koordinering
- Inntak, etterkontroll og pasientforløp
- Oppgavedeling
- Organisering og ledelse
- Bygg og utstyr

IT er ikke en egen kategori, da flere av tidstyvene knyttet til dette går på tvers av de definerte kategoriene. IT-system for journalskriving vil for eksempel påvirke tidstyver i dokumentasjon, mens IT-system for pasientdialog og timebooking påvirker tidstyver innen inntak. Ventetidsløftet har hatt en arbeidsgruppe for teknologiske løsninger og KI. Flere tiltak foreslått av denne gruppen kan kjennes igjen i vår rapport (Ventetidsløftet, 2024).

Avgrensning

Vi har avgrenset oppdraget ved å se bort fra «prioritering i stort», det vil si hvilke tjenester som helsetjenesten skal tilby og prioritering mellom disse. Videre berører vi heller ikke ressurstilgang og insentiver i form av bemanning, rekruttering, sykefravær og finansieringssystem.

Vi ser likevel at det er noen grensetilfeller, der prioritering, ressurstilgang og insentiver kan påvirke på individnivå, og dermed være relevante. Dette kan gjelde inntak av pasienter, etterkontroll og organisering og ledelse. Men prioritering «i stort», som stortingsvedtak om budsjett eller nasjonale planverk, inngår ikke.

Ressurstilgang og insentiver er ikke fokus for dette oppdraget i den grad det angår overordnet bemanning, rekruttering, sykefravær og finansieringssystemet. Faktoren er likevel relevant i den grad det går på for eksempel konkrete insentiver for effektiv bruk av byggene og utstyret og insentiver for effektiv oppgavedeling.

Figur 2-1: Kategorier av tidstyver

- DOKUMENTASJON, BESLUTNINGSSTØTTE OG KOORDINERING**
 - Omfattende og ineffektiv dokumentasjon
 - Manglende beslutningsstøtte og oversikt over informasjon
 - Utfordrende koordinering
- INNTAK, ETTERKONTROLL OG PASIENTFORLØP**
 - Ufullstendige eller unødvendige henvisninger
 - Ineffektivt forløp med etterkontroller
 - Ineffektive pasientforløp
- OPPGAVEDELING**
 - Ikke-optimal helsefaglig oppgavedeling
 - Ikke-optimal administrativ oppgavedeling
 - Ikke-optimal praktisk oppgavedeling
- ORGANISERING OG LEDELSE**
 - Uhensiktsmessig arbeidsplanlegging
 - Utilstrekkelige ledelse
- BYGG OG UTSTYR**
 - Uhensiktsmessige bygg
 - Ineffektivt medisinsk-teknisk utstyr
 - Gjentakende mindre IT-problemer

Figur 2-2: Områder som påvirker tidsbruk i tjenesten



3. Bemanning i spesialisthelsetjenesten

Tidstyvene stjeler tiden til de ansatte på sykehusene. Spesialisthelsetjenesten sysselsetter om lag 140 000 årsverk, der sykepleiere er den største yrkesgruppen, etterfulgt av leger og deretter administrasjon og ledelse. I senere år har det vært størst bemanningsvekst blant leger, psykologer og innen administrasjon og støttetjenester.

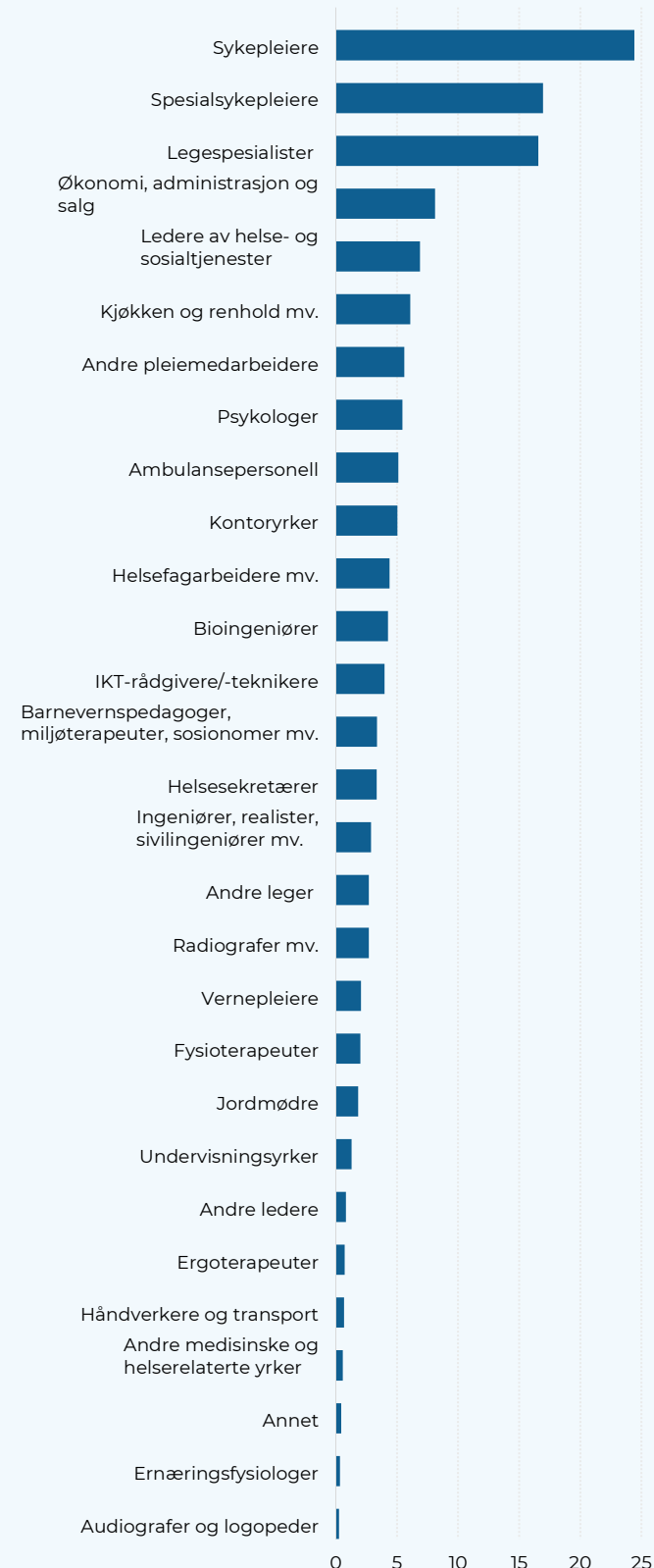
3.1 Helse- og omsorgssektoren

Helse og omsorg er en stor yrkesssektor, med 20 prosent av norske sysselsatte (OECD, 2024). Dette er den største andelen i EU/EØS, foran Danmark med 18 og Nederland med 17 prosent. Norge, sammen med Østerrike og Kypros, har den høyeste dekkningen leger, med 5 per 1 000 innbyggere. OECD (2024) viser at Norge også er i toppen når det gjelder sykepleierdekning, med 12 per sykepleiere per 1 000 innbyggere, samme som i Island, Finland, Irland og Tyskland. EU/EØS-snittet er 4,2 leger og 8,4 sykepleiere per 1 000 innbyggere.

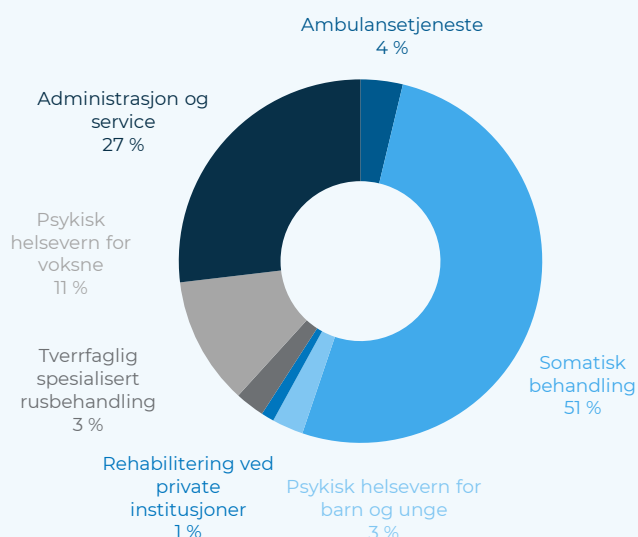
3.2 Spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten sysselsetter drøyt 5 prosent av de sysselsatte i Norge (SSB, 2025). Sykepleiere, inkludert spesialsykepleiere, er den største yrkesgruppen i spesialisthelsetjenesten, med i overkant av 41 000 årsverk (Figur 3-1). Leger er den nest største gruppen, med 16 600 årsverk. Deretter følger

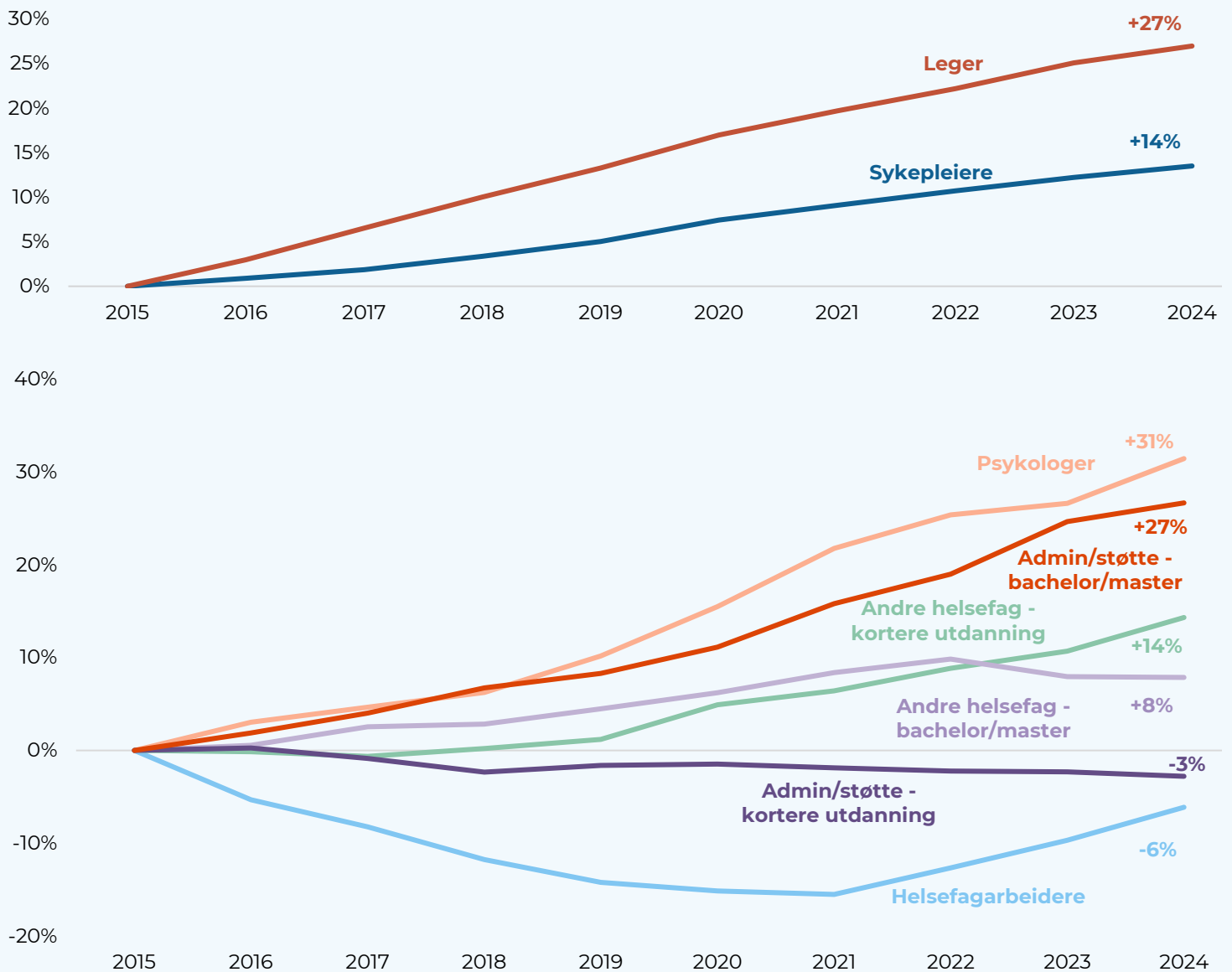
Figur 3-1: Avtalte årsverk i spesialisthelsetjenesten i 2024 (i tusen)



Figur 3-2: Årsverk etter område, 2024



Figur 3-3: Prosentvis utvikling i avtalte årsverk siden 2015 for utvalgte grupper i tjenesten



Kilde: SSB tabell 13953 (hele landet, spesialisthelsetjenesten i alt)

økonomi, administrasjon og salg, med rundt 8 100 årsverk, og ledere med 6 900 årsverk.

Somatisk behandling er størst med over halvparten av årsverkene (Figur 3-2). Administrasjon og service følger med 27 prosent. Psykisk helsevern har totalt 14 prosent, med henholdsvis 11 og 3 prosent for voksne og barn og unge. Ambulansetjenesten har 4 prosent av årsverkene, mens 3 prosent av årsverkene jobber innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Andre helsefag med høyere utdanning utgjør 14 prosent.

3.3 Endring over tid

Antall årsverk i spesialisthelsetjenesten har økt med 15 prosent siden 2015, mens befolkningsveksten i periode har vært 6 prosent. Befolkningen har imidlertid blitt eldre, slik at behovet for helsehjelp per innbygger har økt. I den sammen perioden har antall innbyggere som er 65 år eller eldre økt med 21 prosent. Det har også vært en endring i

arbeidsmåten med redusert bruk av innleggelse, og endringer i ansvarsfordelingen mellom HF og kommuner, samt en betydelig investering innen IT. Sistnevnte krever styrking av teknisk kompetanse, men bidrar også til å frigjøre tid brukt på drift.

Det har vært en vesentlig økning i antall leger (27 prosent), psykologer (31 prosent) og personell i administrasjon og støttetjenester som har høyere utdanning (27 prosent). Innen administrasjon og støttetjenester har det særlig vært sterk økning i antall IKT-rådgivere og -teknikere (139 prosent). Det har også blitt flere ingeniører (30 prosent) og ledere (16 prosent)

Siden 2015 har det derimot blitt færre helsefagarbeidere (6 prosent reduksjon). Selv om nivået er lavere enn i 2015, har det imidlertid vært økning i helsefagarbeidere siden 2019. Det har også vært en reduksjon innen årsverk i administrasjon og støttetjenester med kortere utdanning (3 prosent reduksjon).

4. Omfang av tidstyver for spesialisthelsetjenesten som helhet

Gjennom prosessen har vi utarbeidet tre scenarioer med anslag på mulig frigjort tid av tiltak for å redusere tidstyver. Lavt scenario anses som mulig å realisere uten betydelige endringer, middels scenario krever innsats, prioritering og systematisk arbeid med faglige og organisatoriske prosesser, mens høyt scenario innebærer krevende prosesser både faglig, organisatorisk og strukturelt.

4.1 Ulike scenarioer for effekter av tiltak

Det er en rekke tidstyver i spesialisthelsetjenesten i dag. Gjennom dette arbeidet har vi utarbeidet tre scenarioer med anslag på mulig frigjort tid av tiltak for å redusere tidstyver; lav, middels og høy. Scenarioene illustrerer hva som er mulig å oppnå med ulik innsats, gjennomføringskraft, prioritering og ressursbruk.

- Lavt scenario anses som mulig å realisere uten betydelige endringer. Her starter man med de enkleste tiltakene innenfor dagens rammer.
- Middels scenario viser et ambisiøst, men realistisk nivå. Her kreves innsats og prioritering, samt villighet til å arbeide systematisk med faglige og organisatoriske prosesser.
- Høyt scenario illustrerer det fulle potensialet dersom man er villig til å iverksette ytterligere tiltak som innebærer krevende prosesser både faglig, organisatorisk og strukturelt. Scenarioet medfører store potensielle effekter, men også stor usikkerhet.

4.2 Potensial for frigjort tid

Vi vurderer at det er potensial for å frigjøre tid for samtlige kategorier av personell i spesialisthelsetjenesten (Tabell 4-1). Hvilket område det er mest å hente på varierer mellom faggrupper og tjenesteområder. I de videre kapitlene vil vi belyse de ulike kategoriene av tidstyver og eksempler på tiltak.

Prosentene i tabellen er anslag på tid som kan frigjøres, målt i andel av samlet arbeidstid i løpet av

Tabell 4-1: Potensiell frigjort tid ved reduksjon av tidstyver (middels scenario, lav og høy i parentes)

Kategori av tidstyver	Leger og psykologer	Sykepleiere/ Vernepleiere	Helsefag- arbeidere	Andre helsefag høyere utdanning	Andre helsefag kortere utdanning	Adm. og støttetj. høyere utdanning	Adm. og støttetj. kortere utdanning
Dokumentasjon, beslutningsstøtte og koordinering	5 % (2-8 %)	4 % (2-6 %)	1 % (0,5-2 %)	3 % (1-5 %)	2 % (1-4 %)	4 % (2-7 %)	2 % (1-4 %)
Inntak, etterkontroll og pasientforløp	5 % (2-8 %)	2 % (1-4 %)	2 % (1-4 %)	3 % (1-5 %)	2 % (1-4 %)	0,5 % (0-1 %)	0 % (0-0 %)
Oppgavedeling	1 % (0,5-2 %)	5 % (3-8 %)	1 % (0,5-2 %)	1 % (0,5-2 %)	0,5 % (0-1 %)	0,5 % (0-1 %)	0 % (0-0 %)
Organisering og ledelse	3 % (1-5 %)	4 % (2-6 %)	4 % (2-6 %)	2 % (1-4 %)	3 % (1-5 %)	10 % (5-15 %)	3 % (1-5 %)
Bygg og utstyr	1 % (0,5-2 %)	2 % (1-4 %)	2 % (1-4 %)	2 % (1-4 %)	0 % (0-1 %)	0 % (0-1 %)	1 % (0-2 %)
Totalt potensial for frigjort tid	15 % (6-25 %)	17 % (9-28 %)	10 % (5-18 %)	11 % (4,5-20 %)	8 % (3-15 %)	15 % (7-25 %)	6 % (2-11 %)

Prosentene i tabellen er anslag på tid som kan frigjøres, målt som andel av samlet arbeidstid i løpet av et år. Anslagene er ment som et snitt på tvers av tjenesten, og det vil være store variasjoner mellom de enkelte områdene og avdelingene. Tidstyvene og tiltakene er til dels overlappende og er ikke uavhengige av hverandre. Summering på tvers av områder kan derfor overvurdere det samlede potensialet noe.

et år. Anslagene er ment som et snitt på tvers av tjenesten, og det vil være store variasjoner mellom de enkelte områdene og avdelingene. For eksempel vil potensialet være lavere i de delene av tjenesten som allerede har implementert flere av tiltakene mot tidstyver som diskuteres i denne rapporten.

Samlet sett anser vi at det er størst potensial for å frigjøre tid for leger og psykologer (6-25 prosent, 15 prosent i middels), sykepleiere og vernepleiere (9-28 prosent, 17 prosent i middels) og personell med høyere utdanning i administrasjon og støtte-tjenester (7-25 prosent, 15 prosent i middels).

For leger og psykologer er det størst potensial ved å redusere tidstyver i kategoriene dokumentasjon, beslutningsstøtte og koordinering, samt inntak, etterkontroll og pasientforløp. For sykepleiere vurderes potensialet å være størst innen oppgave-delning, dokumentasjon, samt organisering og ledelse. For personell med høyere utdanning i

administrasjon og støttetjenester er det først og fremst innen organisering og ledelse det er potensial for å frigjøre tid.

I dette arbeidet er det ikke vurdert hvordan frigjort tid blant helsepersonellet skal realiseres. Frigjort tid kan tas ut i form av å behandle flere pasienter, gjøre andre lovpålagte oppgaver, redusere arbeidsbelastning, sikre økt supervisjon av mer uerfarne leger og bruke tid på å bedre arbeidsmiljøet.

En del av den frigjorte tiden er videre vanskelig å nyttiggjøre seg av, for eksempel som følge av at det blir noen minutter frigjort på ulike tidspunkter i løpet av arbeidsdagen. Det er først ved å systematisk forbedre arbeidsflyten for alle involverte medarbeidere i teamet at gevinster kan realiseres. Tidstyvene og tiltakene er til dels overlappende og er ikke uavhengige av hverandre. Summering på tvers av områder kan derfor overvurdere det samlede potensialet noe.

5. Dokumentasjon, beslutningsstøtte og koordinering

Omfattende og ineffektiv dokumentasjon, manglende beslutningsstøtte og oversikt over informasjon og utfordrende koordinering fører til mye «unødvendig» tidsbruk for helsepersonell. Tidsbruken forsterkes av lite brukervennlige og dårlig integrerte IT-systemer, som kan kreve manuell informasjonsinnhenting og gjentatt registrering. Det er stort potensial for å frigjøre tid, blant annet gjennom effektivisering av journalskriving med KI, automatisering, kunstig intelligens og økt bruk av støttepersonell.

5.1 Tidstyver

Tidstyvene som inngår i denne kategorien er:

- Omfattende og ineffektiv dokumentasjon
- Manglende beslutningsstøtte og oversikt over informasjon
- Utfordrende koordinering

Alle tidstyvene forsterkes av lite fungerende IT-systemer. Manglende automatisering og systemintegrasjon gjør at personell må bruke tid på manuell datahåndtering og navigere mellom ulike systemer for å finne eller dele informasjon. Trege systemer, gjentatte innlogginger og dårlig tilpassede brukergrensesnitt forverrer situasjonen.

Omfattende og ineffektiv dokumentasjon

Dokumentasjon er en viktig del av arbeidet i spesialisthelsetjenesten og nødvendig for blant annet kvalitetssikring, kommunikasjon og juridiske hensyn. Rapporteringspraksisen blir en tidstyv når rapporteringen er mer omfattende enn nødvendig, for eksempel ved dobbeltrapportering eller når

Tabell 5-1: Tidstyver og tiltak innen dokumentasjon, beslutningsstøtte og koordinering

Tidstyver	Type tiltak	Tiltak	Eksempler
Omfattende og ineffektiv dokumentasjon	IT-tiltak	• Effektivisere journalskriving (KI) • Forbedre IT-system (brukergrensesnitt og integrering) • Automatisere kvalitets- og avviksrapportering	• KI til journalskriving – psykisk helsevern • Datafangst til kvalitetsregister og avvikssystem • Eliminering av dobbeltdokumentasjon
	Tiltak for bedre oppgavedeling	• Tilgjengeliggjøre mer støttepersonell	• LA ØNH-lege/audiograf rekvirere (ikke søke om) høreapparat elektronisk • Helsesekretærer avlaster klinikere med koding, dokumentasjon, oppsett av timeavtaler etc. i større grad
	Faglige tiltak	• Innføre mer hensiktsmessig rapporteringspraksis	• Veiledning/faglig trygghet for rapporteringsrutiner – psykisk helsevern
Manglende beslutningsstøtte og oversikt over informasjon	IT-tiltak	• Forbedre beslutningsstøtte i journalsystemet • Gi lettere tilgang til nødvendig informasjon (legemiddelinformasjon etc.)	• Integrere data fra primærhelsetjenesten i sykehusets EPJ
Utfordrende koordinering	IT-tiltak	• Sørge for bedre oversikt over og kommunikasjon med aktører i og utenfor helse- og omsorgstjenesten • Tilgjengeliggjøre mer støttepersonell	• Bedre løsning for godkjenning av pasientreiser

Vi har gjort konkrete beregninger for enkelte, men ikke alle, tiltak. Beregningene er ment som eksempler, og ikke nødvendigvis som et estimat av det fulle potensialet til tiltaket. Flere helsetiltak har allerede iverksatt eller planlegger å iverksette tiltak på innen kategoriene vist her.

rapportering må gjøres selv om automatisering er mulig.

En tidstyv er at helsepersonellet «overrapporterer» i den forstand at de skriver lengre og mer detaljert enn hva som er nødvendig for god pasientbehandling. Dette gjelder særlig yngre medarbeidere som vil være på «den sikre siden», for eksempel med tanke på en eventuell senere tilsynssak.

Disse tidstyvene forverres av lite brukervennlige journalsystemer, som forlenger dokumentasjons- og rapporteringsarbeidet. Eirik Arnesen (ikke publisert pt.) finner i sin masteroppgave at leger i Norge ikke er fornøyde med de digitale verktøyene som brukes, og at det er stor variasjon i brukervennlighet mellom systemene, både for nye og erfarne brukere.

I en kartlegging med rundt 2 500 klinikere fra hele landet innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) mente om lag 70 prosent at de har for lite tid til direkte pasientkontakt, og en like stor andel mente det brukes for mye tid på dokumentasjon i elektronisk pasientjournal (EPJ) (Helse Vest, 2023). Rundt 65 prosent opplevde at den samlede rapporteringsbyrden krever for mye tid, og omtrent halvparten mente at andre enn klinikere burde ivareta rapporteringsoppgavene. Prosjektet konkluderte med at klinikerens arbeid med journalføring, koding og rapportering tar tid fra pasientene. De foreslo automatisk datahøsting til registre og større

oppmerksomhet om journalføring, inkludert kursing og veiledning i journalføring for å trygge arbeidssituasjonen til klinikere med direkte pasientrettet arbeid og dokumentasjonsplikt i EPJ.

Psykologforeningens (2024) medlemsundersøkelse i spesialisthelsetjenesten viste at over halvparten av respondentene (56 prosent) bruker to til tre timer eller mer på rapportering hver dag. Selv om ikke all tidsbruken er unødvendig, understøtter funnene at helsepersonell særlig innen psykisk helsevern bruker betydelig tid på dokumentasjon.

I en undersøkelse fra Sykepleien (2024) anslo sykepleiere at de i snitt bruker to timer per arbeidsdag på EPJ. Det var ikke spesifisert hvor mye av denne tiden som er nær pasientene og hvor stor andel som jobbet i spesialisthelsetjenesten, men rundt 77 prosent anslo at tiden brukt i EPJ gikk på bekostning av pasientnære oppgaver.

Riksrevisjonen (2018a) anbefalte i 2018 å forenkle og automatisere dokumentasjonsarbeidet der det er mulig, og overføre ulike administrative oppgaver til administrativt personell. De konkluderte med at bedre administrativ støtte og mer brukervennlige elektroniske systemer kan frigjøre legeressurser til pasientbehandling.

Manglende beslutningsstøtte og oversikt over informasjon

Beslutningsstøtte og oversikt over informasjon handler i denne sammenheng om enkel tilgang til oppdatert og relevant informasjon for å fatte

Tabell 5-2: Potensiell frigjort tid (målt i årsverk) ved reduksjon av tidstyver innen dokumentasjon, beslutningsstøtte og koordinering (middels scenario, lav og høy i parentes)

Tidstyver	Type tiltak	Leger og psykologer	Sykepleiere/ Vernepleiere	Helsefag- arbeidere	Andre helsefag høyere utdanning	Andre helsefag kortere utdanning	Adm. og støttetj. høyere utdanning	Adm. og støttetj. kortere utdanning
Omfattende og ineffektiv dokumentasjon	IT-tiltak	885 (355-1 415)	805 (400-1 210)	15 (5-30)	215 (70-360)	165 (80-325)	715 (360-1 250)	135 (65-270)
	Oppgavedeling	10 (5-20)	15 (10-25)	5 (5-10)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)
	Faglige tiltak	135 (50-215)	520 (260-780)	10 (5-25)	150 (50-250)	80 (40-165)	0 (0-0)	0 (0-0)
Manglende beslutningsstøtte og oversikt over informasjon	IT-tiltak	60 (25-95)	90 (45-135)	10 (5-15)	45 (15-70)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)
Utfordrende koordinering	IT-tiltak	120 (50-195)	360 (180-535)	0 (0-0)	20 (10-35)	25 (15-55)	180 (90-315)	135 (70-270)
Sum		1 210 (485-1 940)	1 790 (895-2 685)	40 (20-80)	430 (145-715)	270 (135-545)	895 (450-1 565)	270 (135-540)

avgjørelser i pasientbehandlingen. Tidstyver oppstår når, for eksempel, beslutningsgrunnlaget er ufullstendig, vanskelig tilgjengelig eller krever manuell innhenting fra ulike kilder.

Noen opplever at beslutningsstøtte og informasjon ikke er lett tilgjengelig i praksis, og at dette skaper tidstyver i form av forsinkelser og merarbeid. Legeforeningen har for eksempel påpekt at mange sykehusleger mangler gode teknologiske verktøy når de er "på farten" i klinikken (Dagens Medisin, 2024). Det samme gjelder sykepleiere og annet helsepersonell med dokumentasjonsansvar. Når relevante journalopplysninger, prøvesvar eller faglige råd ikke er tilgjengelige ved pasientkontaktpunktet, må helsepersonellet bruke tid på å oppsøke en kontor-PC eller finne informasjon manuelt.

Utfordrende koordinering

Utfordrende koordinering kan være en tidstyv i situasjoner hvor personell i spesialisthelsetjenesten bruker unødvendig tid på å kommunisere med aktører internt og eksternt. Manglende systemstøtte, uklare ansvarsforhold og lite integrerte kommunikasjonsverktøy kan skape merarbeid og føre til ineffektive arbeidsprosesser.

5.2 Tiltak for å redusere tidstyver

Flere tiltak er aktuelle for å redusere tidstyvene innen dokumentasjon, beslutningsstøtte og koordinering (Tabell 5-1).

Vi vurderer at det er størst potensial for å frigjøre tid på dette området gjennom IT-tiltak. Faglige tiltak kan frigjøre noe tid for personellet, mens tiltak for bedre oppgavedeling har begrenset potensial innen dette området. Det er særlig potensial for å frigjøre tid for leger, psykologer, sykepleiere, vernepleiere og personell innen administrasjon og støttetjenester som har høyere utdanning (Tabell 5-2).

Effektivisere journalskriving (KI)

Talegjenkjenning og KI-baserte verktøy kan effektivisere journalskriving ved å transkribere eller lage sammendrag av innholdet i konsultasjoner. Dette kan redusere dokumentasjonstid og sikre at informasjon registreres raskt og presist.

Bruk av KI til journalskriving kan trolig særlig påvirke leger, psykologer og sykepleiere. Tiltaket kan implementeres i hele spesialisthelsetjenesten, men det kan gi særlig store gevinster innen psykisk helsevern, hvor det mye av personellets tidsbruk går til dokumentasjon og rapportering. Vi anslår at tiltaket kan frigjøre tid tilsvarende mellom 243 og 1 427 årsverk dersom det innføres i psykisk helsevern (Tabell 5-3). Effektene vil være betydelig større ved innføring på tvers av hele spesialisthelsetjenesten. Verktøyene som kan genere sammendrag anses som medisinsk utstyr, og det er per i dag kun ett av de tilgjengelige verktøyene som kan generere sammendrag som er CE-merket (med selvdeklarerer). Verktøyene er under stadig utvikling og på sikt vil det trolig være større valgmuligheter for mer tilpasset funksjonalitet.

Tabell 5-3: Regneeksempel – KI til journalføring i psykisk helsevern

Årsverk innen psykisk helsevern			
Leger	2 555		
Psykologer	4 474		
Sykepleiere	5 762		
Andel påvirket	Lav	Middels	Høy
Leger	60 %	70 %	80 %
Psykologer	60 %	70 %	80 %
Sykepleiere	60 %	70 %	80 %
Tidsbesparelse per dag	Lav	Middels	Høy
Leger	20 min	45 min	90 min
Psykologer	20 min	45 min	90 min
Sykepleiere	7 min	15 min	30 min

Frigjort tid (målt i årsverk)	Lav	Middels	Høy
Leger	69	182	416
Psykologer	121	305	698
Sykepleiere	52	137	313
Totalt frigjort tid (målt i årsverk)	243	624	1 427

Kilde for årsverk: SSB tabell 13953, 2024

Innføre mer hensiktsmessig rapporteringspraksis

Standardiserte protokoller, retningslinjer og faglig trygghet kan redusere dokumentasjonsmengden. Økt veiledning og samtale med kollegaer kan gi bedre forståelse for hva som må dokumenteres, og hvordan dette kan gjøres på en effektiv måte, for eksempel ved bruk av sjekklister og maler. Flere informanter er redd for at sjekklister eller maler kan blåse opp dokumentasjonsbyrden og legger vekt på at man skal tydeliggjøre at den enkelte medarbeider skal kunne bruke eget faglig skjønn og at rapporteringen skal være tilstrekkelig og relevant for behandlingssituasjonen.

Mer hensiktsmessig rapporteringspraksis innen psykisk helsevern, gjennom blant annet bedre veiledning og økt faglig trygghet, vil i størst grad påvirke helsepersonell med begrenset erfaring. Vi legger til grunn 30, 50 og 70 prosent påvirket av tiltaket for hhv. lavt, middels og høyt scenario. Dette kan isolert sett gi tidsbesparelser tilsvarende mellom 59 og 599 årsverk av leger, psykologer og sykepleiere innen psykisk helsevern (Tabell 5-4). Effekten av dette tiltaket reduseres trolig hvis man også benytter seg av KI som regnet på over, da kostnaden ved unødvendig dokumentasjon allerede blir redusert.

Tabell 5-4: Regneeksempel – veiledning/faglig trygghet for rapporteringsrutiner i psykisk helsevern

Årsverk innen psykisk helsevern			
Leger	2 555		
Psykologer	4 474		
Sykepleiere	5 762		
Andel påvirket	Lav	Middels	Høy
Leger	30 %	50 %	70 %
Psykologer	30 %	50 %	70 %
Sykepleiere	30 %	50 %	70 %
Tidsbesparelse per dag	Lav	Middels	Høy
Leger	7 min	15 min	30 min
Psykologer	7 min	15 min	30 min
Sykepleiere	7 min	15 min	30 min
Frigjort tid (målt i årsverk)	Lav	Middels	Høy
Leger	12	43	121
Psykologer	20	73	204
Sykepleiere	27	98	274
Totalt frigjort tid (målt i årsverk)	59	214	599

Et annet eksempel på mer hensiktsmessig rapporteringspraksis er knyttet til prosessen for å søke om høreapparat gjennom NAV. Dersom søknad/rekvirering av høreapparat kan forenkles og

automatiseres, vil ØNH-leger, audiografer og helsesekretærer få frigjort tid tilsvarende mellom 10 og 20 årsverk for audiografer, mellom 8 og 15 for helsesekretærer og 3 og 14 for ØNH-leger (Tabell 5-5).

Tabell 5-5: Regneeksempel – Forenklet og automatisert prosedyre for søknad/rekvirering av høreapparat rettet mot NAV (ØNH-leger, audiografer og helsesekretærer)

Audiografer	Lav	Middels	Høy
Audiografer som søker om høreapparat per dag	150	150	150
Antall flere pasienter som hver audiograf kan tilpasse for hver dag	1	1	1
Spart tid som følge av enklere løsning, per dag	30 min	45 min	60 min
Frigjort tid (målt i årsverk), audiografer	10	15	20
ØNH-leger	Lav	Middels	Høy
Årsverk	150	150	150
Besparelse per pasient	5 min	8 min	10 min
Antall pasienter ØNH-leger har som utløser søknad, per dag	2	3	4
Besparelse per dag	10 min	24 min	40 min
Frigjort tid (målt i årsverk), ØNH-leger	3	8	14
Helsesekretærer	Lav	Middels	Høy
Årsverk	113	113	113
Besparelse per dag	30 min	45 min	60 min
Frigjort tid (målt i årsverk), helsesekretærer	8	11	15
Totalt frigjort tid (målt i årsverk)	21	35	49

Merk: Vi har blitt informert om at det jobber rundt 120 audiografer i avtalepraksis, og at disse utgjør 80 prosent av alle audiografene. Vi legger derfor til grunn at det er 150 audiografer og tilsvarende antall ØNH-leger. Videre antar vi at det er i underkant av en helsesekretær per ØNH-lege/audiograf, og legger til grunn at det er 3 sekretærer for hver 4. ØNH-lege/audiograf. Tidsbesparelser er basert på samtaler med ØNH-leger i avtalepraksis.

Forbedre IT-system (brukergrensesnitt og integrering)

Effektive IT-systemer er avgjørende for å redusere unødvendig tidsbruk knyttet til dokumentasjon og rapportering. Flere helsepersonell opplever i dag systemene som lite brukervennlige og lite integrerte og at dette øker tidsbruken i arbeids-hverdagen.

Bedre grensesnitt og samordning mellom IT-systemer kan sikre at informasjon flyter bedre mellom pasientjournaler, laboratoriedatasystemer og andre plattformer. Dette sikrer at opplysninger rapporteres kun en gang og er konsistente og lett tilgjengelige på tvers av plattformer.

Datafangst til kvalitetsregistre og avvikssystem

Automatisk datafangst til kvalitetsregistre og avvikssystem kan sikre mer nøyaktige og oppdaterte rapporter. Tiltaket kan redusere tidsbruk for rapportøren, men kan også redusere tid som mottakeren/behandleren bruker på å følge opp eventuelle feil ved manuell rapportering.

Vi anslår at automatisert datafangst til kvalitetsregister og avvikssystem kan frigjøre tid tilsvarende mellom 68 og 260 årsverk, og at dette primært påvirker sykepleiere/vernepleiere, leger, helsesekretærer, bioingeniører, radiografer, audiografer og logoped (Tabell 5-6).

Tabell 5-6: Regneeksempel – datafangst til kvalitetsregistre og avvikssystem (hele tjenesten)

Frigjort tid (målt i årsverk)			
Sykepleiere/vernepleiere	32	64	128
Leger	18	36	73
Teknisk-kliniske (bioingeniør, radiograf, audiograf/logoped)	7	14	27
Helsesekretærer	11	21	32
Totalt frigjort tid (målt i årsverk)	68	135	260

Kilde for årsverk: SSB tabell 13953, 2024

Forbedre beslutningsstøtte i journalsystemet

Beslutningsstøttesystemer kan hjelpe helsepersonell med raskt å finne relevant pasientinformasjon, medisinske retningslinjer og behandlingsanbefalinger. Bedre integrasjon av kunnskapskilder i journalsystemene, nye teknologiske løsninger, mobile løsninger og rutiner for faglig tilbakemelding mellom kolleger og nivåer redusere tidsbruken. For eksempel kan KI analysere pasienthistorikk og foreslå mulige diagnoser eller behandlingsforløp basert på oppdatert medisinsk kunnskap. Videre kan automatisert deling av data mellom systemer og institusjoner sikre at beslutningstakere alltid har tilgang til oppdatert informasjon uten behov for manuelle forespørsler.

Sørge for bedre oversikt over og kommunikasjon med aktører i og utenfor helse- og omsorgstjenesten

En oppdatert og tilgjengelig oversikt over kontaktpersoner og henvisningsinstanser kan redusere tid brukt på å finne riktig samarbeidspartner i pasientforløp. Bedre oversikt over kontaktpersoner på, for eksempel, sykehjem kan gjøre det enklere å finne riktig ansvarlig person ved utskrivning og videre oppfølging av pasienter. Generelt kan digitale kontaktregistre og felles kommunikasjonsplattformer støtte effektiv samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

Mer støttepersonell

Økt tilgang på støttepersonell kan sikre at oppgaver som ikke krever medisinsk kompetanse håndteres av administrativt personale. Dette frigjør tid for klinikere til å fokusere på pasientbehandling. For eksempel kan støttepersonell avlaste klinikere med

visse rapporteringsoppgaver, dokumentasjonskontroll og koordinering med relevante aktører i og utenfor helse- og omsorgstjenesten. De kan også bidra med å strukturere og klargjøre informasjon som skal inn i pasientjournaler, noe som reduserer behovet for etterarbeid fra klinikerens side.

Videre kan automatisering av administrative oppgaver frigjøre mye av tiden til støttepersonell, knyttet til både dokumentasjon og rapportering, men også inntak, etterkontroll og pasientforløp. Helse Nord har introdusert KI-assistenten Nora Nord, som blant annet kan hjelpe med:

- Utlevering av epikriser
- Rydding i ventelister, ved å sende ut behovsskjema til pasienter på venteliste. Nora Nord mottar og behandler svarene og flytter pasientene på ventelisten. Hvis svaret er nei, sendes dette videre til behandler.
- Oppgjør, som medfører korrekt registrering i Dips etter registrering i Imatis)
- Utsending av infeksjonsskjema (30 dager etter operasjon via infeksjonsmodulen)
- Opprettelse av fristbrudd i Frida
- Overføring av journalverdige data fra skyløsning til Dips Arena

Håndtering av epikriser har redusert forsinkelser på epikriser fra opp mot tre måneder til noen få minutter og frigjort rundt 10 stillinger (NRK, 2024). VI har blitt informert om at effektiviseringsgevinsten av at Nora Nord tar oppgjør ligger på mellom 5-10 årsverk. Det samme gjelder for kontroll og utlevering av epikriser. Dersom denne besparelsen skaleres opp til hele Norge (ved bruk av antall innbyggere per opptaksområde), kan det anslagsvis frigjøre mellom 192 og 769 årsverk totalt.

Tabell 5-7: Regneeksempel – automatisere administrative oppgaver (basert på Nora Nord)

Pasientgrunnlag, Nordlandssykehuset	140 000		
Pasientgrunnlag, hele Norge	5 520 000		
Ratio Norge/Nordlandssykehuset	39		
Frigjort tid	Lav	Middels	Høy
Frigjort tid (målt i årsverk), Nordlandssykehuset	5	10	20
Frigjort tid (målt i årsverk), Norge (fratrasket Nordlandssykehuset)	192	384	769

Kilde for pasientgrunnlag til Nordlandssykehuset: Nordlandssykehuset (2025).

Vi har i regnestykket lagt til grunn en gevinst på mellom 5 og 20 årsverk på administrativt arbeid, knyttet både til dokumentasjon og rapportering, men også inntak, etterkontroll og pasientforløp.

6. Inntak, etterkontroll og pasientforløp

Mangelfulle henvisninger, unødvendige kontroller og ineffektive pasientforløp fører til unødvendig tids- og ressursbruk i spesialisthelsetjenesten.

Tydeligere faglige kriterier for når det er behov for etterkontroll, bedre systemstøtte, mulighet for fleksible konsultasjonsformer og behovsbasert oppfølging er blant tiltakene som kan bidra til å redusere tidstyvene.

6.1 Tidstyvene

Effektive inntaks- og etterkontrollprosesser krever presise henvisninger, behovsbasert oppfølging og

fleksible løsninger for etterkontroller. I dag opplever mange følgende tidstyver:

- Ufullstendige eller unødvendige henvisninger
- Ineffektive forløp med etterkontroller
- Ineffektive pasientforløp

Ufullstendige eller unødvendige henvisninger

Ufullstendige eller unødvendige henvisninger fører til unødvendig ressursbruk. Dette gjelder både i inntakskontoret, hvor personell må tolke, vurdere og eventuelt tilbakevise henvisninger, men også hos andre instanser som må bruke ytterligere tid på tilbakeviste henvisninger. Hvis unødvendige henvisninger kommer forbi inntakskontoret vil ressurser mobiliseres for en henvisning som i utgangspunktet var unødvendig. Dette bidrar til både overbehandling og overdiagnostisering.

Tabell 6-1: Tidstyver innen inntak, etterkontroll og pasientforløp

Tidstyver	Type tiltak	Tiltak	Eksempler
Ufullstendige eller unødvendige henvisninger	Faglige tiltak	• Forbedre systemstøtte og veiledning til henviser/faglige kriterier for henvisning • Sørge for helhetlig tilbakemelding til fastlege • Understøtte koordinering mellom fagdirektør/spesialist – tydeliggjøre praksis	• Forbedre systemstøtte og veiledning til henviser/faglige kriterier for henvisning • Understøtte koordinering mellom fagdirektør/spesialist – tydeliggjøre praksis • Unngå standardpakker for bestilling av laboratorieprøver
	IT-tiltak	• Understøtte enklere pasientdialog og system for timebooking	• Digital bookingløsning
Ineffektive forløp med etterkontroller	Faglige tiltak	• Gi faglig trygghet i vurderingene for å redusere antallet kontroller • Sørge for behovsbaserte kontroller • Innføre mer hensiktsmessige konsultasjonsformer for etterkontroller (inkl. digital støtte)	• Faglig trygghet i vurderingene slik at man kan redusere antallet kontroller • Mer hensiktsmessige konsultasjonsformer for etterkontroller, inkl. digital støtte
	Tiltak for bedre oppgavedeling	• La andre faggrupper gjennomføre kontroller i større grad	• Sykepleier/fysioterapeut gjennomfører kontroller
Ineffektive pasientforløp	Faglige tiltak Tiltak for bedre oppgavedeling IT-tiltak Organisatoriske tiltak	• Optimalisere pasientforløp • Understøtte koordinering av ressurser som personell, rom og utstyr	• Simulering av optimale pasientforløp

Merk at vi har gjort konkrete beregninger for enkelte, men ikke alle, tiltak. Beregningene er ment som eksempler, og ikke nødvendigvis som et estimat av det fulle potensialet til tiltaket. Flere helsetiltak har allerede iverksatt eller planlegger å iverksette tiltak på innen kategoriene vist her.

Flere undersøkelser har avdekket utfordringer knyttet til henvisningspraksis. Riksrevisjonen (2018b) avdekket at mer enn hver fjerde fastlege jevnlig henviser pasienter til spesialisthelsetjenesten uten forventning om medisinsk nytte. Videre erkjenner hver tredje sykehuslege at de jevnlig tar inn pasienter til utredning selv om henvisningen indikerer at det ikke er nødvendig. Halvparten av sykehuslegene opplever jevnlig at det ikke fremgår klart hvorfor pasienten trenger spesialistbehandling, og 9 av 10 sykehusleger rapporterer stor variasjon i henvisningskvaliteten (Riksrevisjonen, 2018b).

Ineffektive forløp med etterkontroller

Det gjennomføres i dag en rekke kontroller etter behandling i spesialisthelsetjenesten. Mange av disse er nødvendige og viktige for å sikre at overgangen fra behandling til hverdag foregår uten store komplikasjoner som krever videre tiltak. For mange av pasientene settes imidlertid kontroller opp i henhold til et standardisert forløp, uten en vurdering av behovet. Manglende eller ineffektiv bruk av digitale hjelpemidler kan også gjøre forløpet ineffektivt.

Ineffektive pasientforløp

Flaskehalser, dårlig samhandling mellom nivåer og uklare prioriteringer kan føre til ressursbruk på feil

pasienter og unødvendig ventetid for andre. Pasientforløpene kan også være ineffektive i form av at pasientene uteblir fra timer eller ikke møter forberedt.

Det pekes videre på at det er eksempler på bruk av teknologiske løsninger, medisinsk utstyr og legemidler som ikke er optimale og/eller der det finnes enda bedre løsninger for et best mulig forhandlingsforløp. Det pekes også på at bedre oppgavedeling mellom private og offentlige aktører kan bidra til mer effektive behandlingsforløp.

6.2 Tiltak for å redusere tidstyvene

Det største potensialet innen dette området ligger innen faglige tiltak, særlig rettet mot henvisninger og etterkontroller. I tillegg er det også IT-tiltak, tiltak for bedre oppgavedeling og organisatoriske tiltak som kan bidra til å redusere tidstyver (Tabell 6-2).

Det er særlig for leger at tiltak på dette området kan frigjøre tid. Også for gruppen andre helsefag med høyere utdanning er det betydelig potensial (Tabell 6-2).

Tabell 6-2: Potensiell frigjort tid (målt i årsverk) ved reduksjon av tidstyver innen inntak, etterkontroll og pasientforløp (middels scenario, lav og høy i parentes)

Tidstyver	Type tiltak	Leger og psykologer	Sykepleiere/ Vernepleiere	Helsefagarbeidere	Andre helsefag høyere utdanning	Andre helsefag kortere utdanning	Adm. og støttetj. høyere utdanning	Adm. og støttetj. kortere utdanning
Ufullstendige eller unødvendige henvisninger	Faglige tiltak	300 (120-485)	130 (70-270)	15 (10-35)	170 (55-285)	135 (70-275)	45 (0-85)	0 (0-0)
	IT-tiltak	60 (25-100)	45 (20-90)	10 (5-15)	80 (30-150)	55 (25-110)	25 (0-45)	0 (0-0)
Ineffektivt forløp med etterkontroller	Faglige tiltak	550 (215-855)	225 (115-445)	15 (10-35)	45 (15-70)	25 (15-55)	10 (0-20)	0 (0-0)
	Oppgavedeling	60 (25-100)	45 (20-90)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)
Ineffektive pasientforløp (sengepost)	Faglige tiltak	60 (25-100)	135 (65-270)	15 (5-25)	45 (15-70)	15 (5-25)	10 (0-20)	0 (0-0)
	Oppgavedeling	60 (25-100)	90 (45-180)	10 (5-15)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)
	IT-tiltak	60 (25-100)	90 (45-180)	10 (5-15)	45 (15-70)	15 (5-25)	10 (0-20)	0 (0-0)
	Organisatorisk	60 (25-100)	135 (65-270)	10 (5-30)	45 (15-70)	25 (15-55)	10 (0-20)	0 (0-0)
Sum		1 210 (485-1 940)	895 (445-1 790)	85 (45-170)	430 (145-715)	270 (135-545)	110 (0-220)	0 (0-0)

Forbedre systemstøtte og veiledning til henviser/faglige kriterier for henvisning

Systemer med bedre funksjonalitet kan gi henviser tilgang til beslutningsstøtte og retningslinjer for når henvisninger er nødvendige og bidra til god og fullstendig utfylling. Tydelige, oppdaterte faglige kriterier for henvisning kan bistå henviser i vurderingen av behovet for henvisning, og eventuelt om det er alternative tiltak som bør prøves før pasientene sendes til spesialisthelsetjenesten. Det kan også være aktuelt med funksjonalitet som varsler dersom henvisninger mangler informasjon og gir veiledning om hva som må inkluderes.

Dette tiltaket kan redusere tiden som brukes på å vurdere, tolke og hente inn ytterligere informasjon i forbindelse med ufullstendige henvisninger. Med en anslått tidsbesparelse på mellom 2 og 6 minutter hver dag for de som jobber med mottatte henvisninger i spesialisthelsetjenesten, anslår vi at det kan frigjøres tid tilsvarende mellom 18 og 177 årsverk for sykepleiere, leger, psykologer og helsesekretærer (Tabell 6-3).

Tabell 6-3: Regneeksempel – systemstøtte og veiledning til henviser

Årsverk innen somatikk, psykisk helsevern, rehabilitering og TSB				
Sykepleiere	40 925			
Leger	18 600			
Psykologer	5 427			
Helsesekretærer	3 318			
Andel påvirket	Lav	Middels	Høy	
Sykepleiere	1 %	6 %	10 %	
Leger	10 %	20 %	30 %	
Psykologer	10 %	20 %	30 %	
Helsesekretærer	40 %	50 %	60 %	
Tid spart per dag	Lav	Middels	Høy	
Sykepleiere	2 min	4 min	6 min	
Leger	2 min	4 min	6 min	
Psykologer	2 min	4 min	6 min	
Helsesekretærer	2 min	3 min	5 min	
Frigjort tid (målt i årsverk)	Lav	Middels	Høy	
Sykepleiere	2	22	56	
Leger	8	34	76	
Psykologer	2	10	22	
Helsesekretærer	6	11	23	
Totalt frigjort tid (målt i årsverk)	18	77	177	

Kilde for årsverk: SSB tabell 13953, 2024

Et annet foreslått tiltak er bedre systemstøtte for å unngå standardpakker for bestilling av laboratorieprøver. Slik støtte kan utformes i henhold

til «Gjør kloke valg»-kampanjen, som har som formål å redusere overbehandling og overdiagnostisering i helsevesenet. Med dette kan

man redusere antallet unødvendige prøvebestillinger og heller støtte opp under individuelle vurderinger av pasientenes behov i de enkelte tilfellene.

Vi anslår at et slik tiltak kan spare tid tilsvarende mellom 42 og 209 årsverk for bioingeniører ved at det frigjøres tid tilsvarende mellom 1 og 5 prosent av årsverkene på grunn av lavere etterspørsel etter laboratorieprøver (Tabell 6-4).

Tabell 6-4: Regneeksempel – unngå standardpakker for bestilling av laboratorieprøver innen somatikk

	Lav	Middels	Høy
Bioingeniører, årsverk innen somatikk	4 179	4 179	4 179
Tid som kan frigjøres (målt i andelen av årsverkene)	1 %	3 %	5 %
Frigjort tid (målt i årsverk), bioingeniører	42	125	209

Kilde for årsverk: SSB tabell 13953, 2024

Enklere pasientdialog og system for timebooking

Effektive kommunikasjonsløsninger kan redusere antallet unødvendige kontroller og bidra til at pasientene møter opp til riktig tid med nødvendig informasjon, blant annet om hva de kan forvente av konsultasjonen. Videre kan påminnelser til pasienten om time redusere uteblivelser og avtalebrudd, mens mulighet for at pasienten selv kan velge tidspunkt kan redusere behovet for ombooking og tidsbruk knyttet til dette.

Helse Sør-Øst har innført pasientdialog via Helsenorge (metodebok.no, 2024), mens Helse

Nord (2025) jobber med at digital dialog/melding skal bli del av alle digitale pasienttjenester. Dette vil spare tid for pasienten, som slipper telefontid, og gjøre det enklere for helsepersonell å henvende seg til pasienten når det passer best. Sykehuset Østfold (2023) har begynt med påminnelse dagen før time-avtalen. Denne kommer i tillegg til påminnelse tre dager før.

Som vist i Tabell 6-5 kan tid tilsvarende mellom 5 og 38 legeårsverk frigjøres ved å redusere behovet for å sette opp en ekstra konsultasjon på mellom 15 og 30 minutter, som følge av at pasient uteblir eller ikke er forberedt.

Tabell 6-5: Regneeksempel – pasientdialog og system for timebooking (hele tjenesten)

	Lav	Middels	Høy
Polikliniske konsultasjoner (spesialisthelsetjenesten, per år)	12 900 000	12 900 000	12 900 000
Konsultasjoner hvor ny konsultasjon kreves, andel	0,25 %	0,5 %	1 %
Tidsbesparelse per nye konsultasjon	15 min	20 min	30 min
Frigjort tid (målt i årsverk), leger	5	13	38

Kilde for polikliniske konsultasjoner: SSB, Spesialisthelsetjenesten, hovedtall, 2023

Helhetlig tilbakemelding til fastlege

Fastlegene er sentrale i pasientoppfølging, og mangelfull kommunikasjon mellom dem og spesialisthelsetjenesten kan føre til unødvendige kontroller og gjentakende vurderinger. Helhetlig tilbakemelding til fastlege, enten etter konsultasjon/innleggelse eller ved avslag av henvisning, kan bidra til at flere oppgaver håndteres i primærhelsetjenesten, og at spesialisthelsetjenesten kun involveres når det er nødvendig.

Tiltak som kan gjøre det enklere for fastlegene å avlaste spesialisthelsetjenesten inkluderer:

- 1. Standardisering av informasjon ved utskrivelse som sikrer raskere etablering av en individuell oppfølging av den utskrevne pasienten
- 2. Redusere antall dokumenter ved utskrivelse til et minimum, for eksempel gjennom ett felles dokument fra helseforetaket
- 3. Raskt etablere videre behandlingsbehov og samstemme kritisk informasjon (legemidler, vitalia, funksjon i hjemmet) på tvers av instanser når pasienten har kommet til eget bosted
- 4. Avklare om fastlege eller kommunal helse- og omsorgstjeneste har mulighet til å

- gjennomføre kontroller lokalt heller enn å sende pasienten til poliklinisk oppfølging
- Etablere individuelle parametere for en mer presis oppfølging med mål om å fange opp endringer hos pasienten og iverksette behandling før det blir behov for (re)innleggelse

Koordinering mellom fagdirektør/spesialist

Det er store variasjoner i andelen henvisninger som avvises av inntakskontoret. Dette kan skyldes flere forhold, som ulik grad av erfaring, varierende grad av faglig trygghet og utydelige faglige retningslinjer for når henvisninger skal/kan avvises.

Henvisningsvurdering krever både faglig høy kompetanse og tilstrekkelig tid. For å sikre riktige prioriteringer og god ressursbruk i spesialisthelsetjenesten må henvisningsvurderinger utføres av personell med relevant erfaring, og det må settes av nok tid til arbeidet for å unngå forhastede eller feilaktige beslutninger.

Veiledning og faglig støtte til mindre erfarne spesialister gis i hovedsak av mer erfarne kollegaer innen samme fagområde. Fagdirektørene har en viktig rolle i å legge til rette for god faglig praksis på tvers av spesialiteter, og kan bidra til at kriteriene

for vurdering av henvisninger blir tydeligere og mer ensartede. I samarbeid med spesialistmiljøene kan de styrke rammene for faglig kvalitet, særlig der det er behov for å bygge trygghet.

Regnestykkene i Tabell 6-6 illustrerer den potensielle effekten av faglig trygghet, først i form av reduserte nye konsultasjoner, som også fører med seg to etterkontroller. Ved å anta at man unngår en første konsultasjon på mellom 20 og 40 minutter og to påfølgende kontroller på 15 til 30 minutter hver, kan leger og psykologer anslagsvis spare tid tilsvarende mellom 7 og 69 årsverk.

Potensialet for reduksjon av tidstyver er ikke kun i form av færre nye konsultasjoner, men også reduserte etterkontroller for pasienter som allerede har et pasientforløp i tjenesten. Ved å anta at en gitt andel av konsultasjonene per år kan unngås, vil dette anslagsvis spare tid tilsvarende mellom 17 og 170 årsverk av leger og psykologer.

Det vil ofte også være sykepleiere involvert i konsultasjonene/etterkontroller, men i en mindre grad enn leger og psykologer. Vi har derfor lagt til grunn at frigjort tid for sykepleiere tilsvarer halvparten av de frigjorte lege- og psykologårsverkene, altså mellom 3 og 34 i første og 8 og 85 i andre tilfelle.

Tabell 6-6: Regneeksempel – Faglig trygghet – koordinering mellom fagdirektør og spesialist kan redusere antallet nye konsultasjoner og antallet etterkontroller

Unngåtte konsultasjoner	Lav	Middels	Høy
Nyhenvisninger, hele spesialisthelsetjenesten	1 400 000	1 400 000	1 400 000
Unødvendige henvisninger som avvises etter tiltaket	1 %	3 %	5 %
Total tidsbesparelse per reduserte nye konsultasjon for leger/psykologer (første konsultasjon og to etterkontroller)	50 min	70 min	100 min
Total tidsbesparelse for leger og psykologer som følge av unngåtte nye konsultasjoner (målt i årsverk)	7	29	69
Total tidsbesparelse for sykepleiere som følge av unngåtte nye konsultasjoner (målt i årsverk)	3	14	34

Redusert antall etterkontroller for pasienter i spesialisthelsetjenesten

Polikliniske konsultasjoner (fratrasket nyhenvisninger) per år	11 500 000	11 500 000	11 500 000
Andel av konsultasjonene som unngås	1 %	3 %	5 %
Tidsbesparelser	Lav	Middels	Høy
Tid spart per unngåtte kontroll, leger og psykologer	15 min	20 min	30 min

Total tidsbesparelse for leger og psykologer som følge av unngåtte etterkontroller (målt i årsverk)	17	68	170
Total tidsbesparelse for sykepleiere som følge av unngåtte etterkontroller (målt i årsverk)	8	34	85

Kilde for nyhenvisninger: FHI, Ventetider og pasientrettigheter, 2023

Kilde for konsultasjoner: SSB, Spesialisthelsetjenesten, hovedtall, 2023

Note: Tidsbesparelsene er oppgitt som tid spart for leger og psykologer. Vi legger til grunn at sykepleiere sparer tid tilsvarende halvparten av tiden til legene og psykologene i forbindelse med de unngåtte konsultasjonene/kontrollene.

Faglig trygghet i vurderingene for å redusere antallet kontroller

Helsepersonell må føle seg trygge på når en kontroll er nødvendig og når den kan unngås. Dette kan oppnås gjennom tydeligere faglige standarder.

Dette henger i stor grad sammen med faglig trygghet for vurdering av henvisninger, og vi forventer at effekten av å gi spesialistene sterkere faglig trygghet er omtrent lik som å koordinere/gi faglig trygghet i forbindelse med vurdering av henvisninger.

Behovsbaserte kontroller

Et mer fleksibelt oppfølgingsregime sikrer at kontroller kun gjennomføres når det er nødvendig. Behovsstyrt poliklinikk, der vurderingen av behovet for oppfølging skjer basert på pasientens tilstand og symptomer, kan frigjøre kapasitet i helsetjenesten.

En konkret løsning som kan bidra til mer behovsbaserte kontroller er automatiserte behovsskjemaer som sendes til pasient før kontroll settes opp. Dette har Nordlandssykehuset innført ved bruk av KI-assistenten Nora Nord.

Mer hensiktsmessige konsultasjonsformer for etterkontroller

I mange tilfeller kan oppfølging skje gjennom alternative konsultasjonsformer. Et potensielt effektivt tiltak er å endre format for flere etterkontroller fra fysisk til telefon- eller nettbasert, der det er faglig forsvarlig. Det vil også ofte være hensiktsmessig at sykepleier heller enn lege gjennomfører digitale konsultasjoner, noe som vil kunne gi ytterligere besparelser.

Regnestykket i Tabell 6-7 illustrerer først effekten av at flere kontroller tas over telefon eller digitalt av lege. Basert på et anslag på antall kontroller som egner seg for telefonkontakt/digital oppfølging kan leger og psykologer anslagsvis spare tid tilsvarende mellom 11 og 165 legeårsverk.

Det vil også ofte være mulig å erstatte leger/psykologer med sykepleiere i en andel av de telefonbaserte/digitale kontrollene. Hvis vi legger til grunn at mellom 40 og 60 av konsultasjonene som egner seg for telefonkontakt/digital oppfølging er enklere konsultasjoner som kan gjennomføres av sykepleiere, vil dette frigjøre ytterligere lege- og psykologårsverk, tilsvarende mellom 33 og 297 årsverk. Disse vil da bli erstattet av mellom 33 og 297 sykepleierårsverk.

Tabell 6-7: Regneeksempel – mer hensiktsmessige konsultasjonsformer for etterkontroller

Overgang til telefonbaserte/digitale kontroller	Lav	Middels	Høy
Nyhenvisninger, hele spesialisthelsetjenesten	1 400 000	1 400 000	1 400 000
Nyhenvisninger som fører til kontroller som er egnet for telefon/digital oppfølging, andel	20 %	30 %	40 %
Gjennomsnittlig antall kontroller for hver nyhenvisning	2	2	3
Totalt antall kontroller egnet for telefon/digital oppfølging	560 000	840 000	1 680 000
Tidsbesparelse per kontroll	2 min	5 min	10 min
Frigjort tid for leger og psykologer (målt i årsverk) som følge av telefonkontakt/digital konsultasjon	11	41	165

Oppgavedeling til sykepleiere	Lav	Middels	Høy
Digitale kontroller/telefonkontroller som er egnet for sykepleieroppfølging	40 %	50 %	60 %
Antall konsultasjoner egnet for telefon/digital oppfølging ved sykepleier (50 % av total over)	280 000	420 000	840 000
Tid per konsultasjon (enklere konsultasjoner)	15 min	20 min	30 min
Ekstra tidsbruk for sykepleiere (målt i årsverk)	33	83	297
Frigjort tid for leger og psykologer (målt i årsverk)	33	83	297

Kilde for nyhenvisninger: FHI, Ventetider og pasientrettigheter, 2024

La andre faggrupper gjennomføre kontroller i større grad

For å frigjøre kapasitet blant spesialister kan enkelte kontroller gjennomføres av annet helsepersonell, som sykepleiere eller fysioterapeuter. Mange oppfølginger handler om veiledning, justering av behandling eller vurdering av rehabiliteringsbehov – oppgaver som ikke nødvendigvis krever en legespesialist.

Optimalisere pasientforløp

Bedre pasientforløp handler om å sikre at pasientene får riktig behandling til rett tid, uten unødvendige forsinkelser eller omveier i systemet. Ved å for eksempel innføre strømlinjeformet logistikk der det er mulig, kan man sikre bedre flyt i pasientbehandling. Her er LEAN-metodikken et naturlig utgangspunkt. LEAN handler om å skape mest mulig verdi med minst mulig sløsing, gjennom kontinuerlig prosessforbedring.

Et mulig tiltak er simulering av optimale pasientforløp, der data og kunstig intelligens brukes til å analysere og forutsi hvordan pasientflyten kan forbedres. Dette gjør det mulig å identifisere flaskehalser og sørge for at nødvendige ressurser er tilgjengelige der behovet er størst.

I tillegg er det viktig å sikre at kompetanse er tilgjengelig tidlig i pasientforløpet, slik at riktige vurderinger tas fra start og pasientene raskere får nødvendige behandling. Riktig behandling tidlig i forløpet kan være effektivt for å redusere den totale varigheten av forløpet.

Understøtte koordinering av ressurser som personell, rom og utstyr

Effektiv pasientbehandling forutsetter god koordinering av ressursene som kreves for å gjennomføre konsultasjoner, prosedyrer og behandling. Ved å styrke planleggingen og koordineringen av personell, rom og utstyr kan man redusere flaskehalser, forsinkelser og unødvendig ventetid.

Digitale verktøy kan understøtte denne koordineringen. For eksempel kan utstyrslokaliseringsteknologi bidra til å redusere tiden som brukes på å lete etter medisinsk-teknisk utstyr. Bedre ressursplanleggingsverktøy kan gi oversikt over tilgjengelig kapasitet og gjøre det mulig å utnytte ressursene mer effektivt. Koordinert ressursbruk er et lavterskeltak med høyt potensial, både for å redusere tidstyver og for å sikre bedre flyt i pasientforløpene.

7. Oppgavedeling

Hensiktsmessig oppgavedeling kan bidra til bedre ressursutnyttelse og redusert tidsbruk i spesialisthelsetjenesten. Når helsefaglige, administrative og praktiske oppgaver ikke er fordelt i tråd med kompetanse og tilgjengelighet, kan det føre til unødvendig bruk av tid og kapasitet. Erfaringer viser at godt planlagt oppgavedeling kan styrke kvalitet, fleksibilitet og effektivitet i tjenesten, forutsatt at det legges til rette for opplæring, tydelige rammer og god forankring.

7.1 Tidstyvene

Effektiv oppgavedeling er viktig for å sørge for at oppgaver gjennomføres av personell med riktig kompetanse. I spesialisthelsetjenesten kan oppgavedeling fordeles på helsefaglige, administrative og praktiske oppgaver. Tidstyvene i denne kategorien inkluderer:

- Ikke-optimal helsefaglig oppgavedeling
- Ikke-optimal administrativ oppgavedeling
- Ikke-optimal praktisk oppgavedeling

Oppgavedeling er et utbredt tiltak for å møte bemanningsutfordringer i helsetjenesten. For eksempel fant Oslo Economics (2022a) at de fleste sykehus i Norge hadde igangsatt tiltak for oppgavedeling, og samtlige prosjekter meldte om positive erfaringer med dette arbeidet.

Begrepene oppgavedeling, oppgavefordeling, oppgaveforskyvning og oppgaveglidning brukes

Tabell 7-1: Tidstyver innen oppgavedeling

Tidstyver	Type tiltak	Tiltak	Eksempler
Ikke-optimal helsefaglig oppgavedeling	Tiltak for bedre oppgavedeling	Forbedre helsefaglig oppgavedeling	• Ny organisering av injeksjon ved våt AMD (flere tiltak slått sammen) • Katarakt-kirurgi (grå stær) • Fysioterapeuter kan avlaste ortopeder ved å undersøke skulderpasienter • Desentralisering av blodprøvetaking (bioingeniører overfører oppgave til sykepleiere eller helsesekretærer/-personell) • Helsefagarbeidere kan utføre oppgaver som tidligere i hovedsak ble utført av sykepleiere • Logistikkmedarbeidere kan avlaste spesialsykepleiere på intensivavdeling • Helsefagarbeidere/portører tar seg av transport av pasienter heller enn sykepleiere • Apoteketeknikere på medisinerom i sykehus • Helsesekretærer avlaster leger innen ortopedi - bestille røntgen, blodprøver, operasjoner osv.
Ikke-optimal administrativ oppgavedeling	Tiltak for bedre oppgavedeling IT-tiltak	Forbedre administrativ oppgavedeling	• KI for kontroll og utlevering av epikriser (Nora Nord) • KI for automatisering av oppgjør (Nora Nord)
Ikke-optimal praktisk oppgavedeling	Tiltak for bedre oppgavedeling	Forbedre praktisk oppgavedeling	

Merk at vi har gjort konkrete beregninger for enkelte, men ikke alle, tiltak. Beregningene er ment som eksempler, og ikke nødvendigvis som et estimat av det fulle potensialet til tiltaket. Flere helsetiltak har allerede iverksatt eller planlegger å iverksette tiltak på innen kategoriene vist her.

tilnærmet synonymt i faglitteraturen, og defineres av Verdens helseorganisasjon (WHO) som den «rasjonelle omfordelingen av oppgaver blant helsepersonell» og der «målet er bedre dekning av helsepersonell og en bedre utnyttelse av de tilgjengelige menneskelige ressursene» (Melby, et al., 2022). Mer hensiktsmessig oppgavedeling kan bidra til at behovet for å rekruttere til de mest pressede yrkesgruppene reduseres. Mulige gevinster kan være:

- Økt kapasitet og effektivitet: ved å involvere flere yrkesgrupper i oppgaveløsningen kan man behandle flere pasienter og gjøre det raskere.
- Mer fleksibilitet ved at oppgaver flyttes fra spesialister til generalister.
- Høyere kvalitet og pasientsikkerhet: ved optimal oppgavedeling får hver pasient tilgang til rett kompetanse til rett tid.
- Bedre arbeidsmiljø og økt jobbtilfredshet: når oppgavedelingen fungerer, opplever ansatte ofte et mer meningsfylt arbeid.
- Fleksibilitet og robusthet i tjenestene: Det å ha medarbeidere som kan mestre et bredt spekter av oppgaver gir en mer robust tjeneste. Den såkalte «universalarbeideren» – personell som kan trå til på flere områder – blir verdifull i en hverdag med turnus, helgearbeid og sykefravær.

Samtidig kan erfaringene variere. Mens noen ansatte opplever økt ansvar som en anerkjennelse av egen kompetanse, er det andre som ikke ønsker å påta seg nye oppgaver eller mer ansvar (Oslo

Economics, 2022a). Det er viktig at oppgavedeling gjøres på en gjennomtenkt måte, basert på en oversikt over de ulike oppgavene og kompetansen som kreves for å gjennomføre dem effektivt og faglig forsvarlig.

Ulempene oppstår oftest hvis oppgavedelingen ikke planlegges godt, og inkluderer:

- Risiko for redusert kvalitet dersom de som får nye oppgaver ikke får tilstrekkelig opplæring
- Motstand og konflikter i arbeidsmiljøet
- Økt ressursbruk i innføringsfasen
- Dominoeffekter og uforutsette konsekvenser: å endre oppgavedelingen et sted i systemet kan tvinge frem endringer andre steder.

Det er viktig at oppgavedeling gjøres på en gjennomtenkt måte, basert på en oversikt over de ulike oppgavene og kompetansen som kreves for å gjennomføre dem effektivt og faglig forsvarlig. Som Oslo Economics (2022b) fant, har de fleste informanter ikke erfart nevneverdige ulemper av oppgavedeling så lenge det gjennomføres på en forsvarlig måte. Mulige ulemper knyttes hovedsakelig til omstillingsperioden og initial skepsis. Spesielt disse seks faktorene anses som viktige for å lykkes med oppgavedeling:

1. Tydelig forankring i ledelsen
2. Satsing på lærlinger
3. Kartlegging av oppgaver, ansvar og roller
4. Informasjon og holdningsarbeid
5. Opplæring og kompetanseheving
6. Økonomiske rammer

Tabell 7-2: Potensiell frigjort tid (målt i årsverk) ved reduksjon av tidstyver innen oppgavedeling (middels scenario, lav og høy i parentes)

Tidstyver	Type tiltak	Leger og psykologer	Sykepleiere/ Vernepleiere	Helsefag- arbeidere	Andre helsefag høyere utdanning	Andre helsefag kortere utdanning	Adm. og støttetj. høyere utdanning	Adm. og støttetj. kortere utdanning
Ikke-optimal helsefaglig oppgavedeling	Oppgavedeling	215 (110-435)	895 (535-1 430)	5 (0-10)	5 (0-15)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)
Ikke-optimal administrativ oppgavedeling	Oppgavedeling	25 (10-45)	55 (35-90)	15 (10-30)	30 (15-55)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)
	IT-tiltak	0 (0-0)	55 (35-90)	5 (0-10)	25 (10-45)	55 (0-110)	90 (0-180)	0 (0-0)
Ikke-optimal praktisk oppgavedeling	Oppgavedeling	0 (0-5)	1 230 (735-1 970)	15 (10-35)	85 (45-170)	15 (0-25)	20 (0-45)	0 (0-0)
Sum		240 (120-485)	2 235 (1 340-3 580)	40 (20-85)	145 (70-285)	70 (0-135)	110 (0-225)	0 (0-0)

7.2 Mulige tiltak for å redusere tidstyvene

Innen dette området er det først og fremst tiltak rettet mot bedre oppgavedeling som er aktuelle. I tillegg er det noen IT-tiltak som er relevante hvor teknologi overtar/automatiserer administrative oppgaver som i dag gjøres av helsepersonell (Tabell 7-1).

Det er særlig potensial for å frigjøre tid for sykepleiere gjennom oppgavedeling, både gjennom helsefaglig og praktisk oppgavedeling (Tabell 7-2). Merk at Tabell 7-2 kun inkluderer gevinster fra tid som frigjøres og ikke tar hensyn til økt tidsbruk for andre yrkesgrupper.

Forbedre helsefaglig oppgavedeling

Riktig oppgavedeling mellom ulike yrkesgrupper i helsevesenet kan bidra til mer effektiv ressursbruk, men det er viktig at dette gjøres på en balansert måte. Målet med bedre oppgavedeling bør ikke være å flytte oppgaver ukritisk fra en yrkesgruppe til en annen, men heller å fordele oppgaver mer hensiktsmessig basert på kompetanse, kapasitet og behov.

Eksempler på bedre oppgavedeling inkluderer tilfeller der sykepleiere har overtatt spesifikke behandlings- og oppfølgingsoppgaver fra leger, som injeksjon ved sykdommen våt AMD eller

oppfølging etter katarakt-kirurgi (grå stær) der operasjonen var ukomplisert.

For å lykkes med helsefaglig oppgavedeling kreves god opplæring og oppfølging av yrkesgruppen som får tildelt nye oppgaver. For å lykkes er det også viktig med tilstrekkelig tilgang på de yrkesgruppene som det med fordel kan tildeles oppgaver til.

Ny organisering ved våt AMD

Ny organisering av injeksjon ved våt AMD inkluderer flere tiltak og er basert på vellykkede erfaringer med endret organisering av behandling. Før tiltaket var det øyelegen som undersøkte pasienten, trakk opp medikamentet og gjennomførte alle injeksjonene og kontrollene. Etter tiltaket er behandlingen organisert slik at ansatte ved sykehusapoteket trekker opp medikamentet, mens sykepleiere gjennomfører injeksjonene. Det er laget egne spesialtilpassede AMD-journaler og ved ukompliserte behandlinger gjennomføres det ikke legekontroll. Som vist i Tabell 7-3 kan dette frigjøre tid tilsvarende mellom 28 og 42 legeårsverk. Samtidig vil det kreve ytterligere tid fra sykepleiere tilsvarende mellom 14 og 21 årsverk. Effektiviseringsgevinsten for øyeleger er her større enn det økte behovet for sykepleiere fordi ekstra kontroll sløyfes ved ukompliserte behandlinger.

Tabell 7-3: Regneeksempel – ny organisering ved våt AMD

Injeksjoner per år	125 000		
Antall øyeleger før tiltak	70		
	Lav	Middels	Høy
Effektiviseringsgevinst per øyelege	40 %	50 %	60 %
Økt behov for sykepleiere	20 %	25 %	30 %
Frigjort tid (målt i årsverk), leger	28	35	42
Ekstra tid (målt i årsverk), sykepleiere	14	18	21

Effektiviseringsgevinsten for øyeleger er her større enn det økte behovet for sykepleiere blant annet fordi kontrollen ved ukompliserte behandlinger, som tidligere ble gjennomført av leger, også kan sløyfes. Det vil også være noe ekstra tidsbruk for apotekansatte, men denne endringen anses som liten relativt til endringen for leger og sykepleiere.

Oppfølging etter katarakt-kirurgi

Tiltaket innen katarakt-kirurgi innebærer at legekontroll dagen etter operasjon sløyfes dersom operasjonen var ukomplisert. Kontrollen som gjennomføres en uke etter operasjon,

gjennomføres av sykepleier i stedet for lege. Som vist i Tabell 7-4 kan dette anslagsvis frigjøre tid tilsvarende mellom 13 og 22 legeårsverk. Den nye oppgavedelingen vil gi økt tidsbehov for sykepleiere tilsvarende mellom 7 og 11 årsverk.

Tabell 7-4: Regneeksempel – oppfølging etter katarakt-kirurgi

Operasjoner per år	50 000		
Ukompliserte, andel	90 %		
Legekontroller per operasjon (tidligere)	2		
Legekontroller per operasjon etter tiltak	0		
Sykepleierkontroller per operasjon etter tiltak	1		
Tidsbruk per kontroll	Lav	Middels	Høy
Tidsbruk	15 min	20 min	25 min
Frigjort tid (målt i årsverk), leger	13	18	22
Ekstra tid (målt i årsverk), sykepleiere	7	9	11

Fysioterapeuter avlaster ortopeder

Andre mulige områder for ny oppgavedeling inkluderer at fysioterapeuter får en større rolle i preoperative vurderinger av ortopediske pasienter, slik at flere pasienter får riktig behandling uten å måtte gå gjennom en ekstra vurdering av ortoped. Dette har blitt prøvd med suksess på Haraldsplass sykehus i Bergen (Oslo Economics, 2022a). Pasienter som skal vurderes for skulderoperasjon blir kalt inn til en poliklinisk konsultasjon hos fysioterapeut, som innhenter bakgrunnsinformasjon og annen relevant informasjon, gjennomfører

pasientundersøkelse og vurderer behov for operasjon eller fysioterapibehandling. Når fysioterapeuten har gjennomført sin behandling skruer fysioterapeuten på et rødt lys utenfor rommet som varsler ortopeden om at det er klart for å komme inn. Ortopeden kvalitetssikrer vurderingene og tar endelig avgjørelse om videre behandling.

Dette tiltaket kan gi tidsbesparelser tilsvarende mellom 2 og 4 legeårsverk (Tabell 7-5). Det anslås samtidig at det vil kreve ekstra tid fra fysioterapeuter tilsvarende mellom 3 og 6 årsverk.

Tabell 7-5: Regneeksempel – fysioterapeuter avlaster ortopeder

Skulderoperasjoner per år	13 800		
Forundersøkelser som fører til operasjon, andel	80 %		
Antall forundersøkelser	17 250		
Antall etterundersøkelser	13 800		
Totalt antall for- og etterundersøkelser	31 050		
	Lav	Middels	Høy
Undersøkelser hvor fysioterapeut kan avlaste lege, andel	30 %	50 %	70 %
Konsultasjoner med avlastning, antall	9 315	15 525	21 735
Leger	Lav	Middels	Høy
Tidsbesparelse, per konsultasjon med avlastning	20 min	20 min	20 min
Frigjort tid (målt i årsverk), leger	2	3	4
Fysioterapeuter	Lav	Middels	Høy
Tidsbruk, per overtatte konsultasjon	30 min	30 min	30 min
Ekstra tid (målt i årsverk), fysioterapeuter	3	5	6

Kilde: Oslo Economics (2022a)

Desentralisering av blodprøvetaking

Desentralisering av blodprøvetaking innebærer at bioingeniører overfører oppgaven til helsesekretærer, sykepleiere eller annet personell som har fått tilstrekkelig opplæring i blodprøvetaking. Dette har blitt innført blant annet ved Stavanger Universitetssykehus (SUS). I forbindelse med kartleggingen for Spekter, Fagforbundet og Delta ble prosjektgruppen i Oslo Economics (2022b) informert om at mottaksklinikken sto for om lag halvparten av alle blodprøvene på sengepost, og at dette arbeidet isolert sett tilsvarte i overkant av 9 årsverk. Dette kan ganges opp for alle blodprøver på mottaksklinikk for hele landet, for å anslå en tidsbesparelse tilsvarende mellom 131 og 196 årsverk bioingeniører (Tabell 7-6). Samtidig vil tidsbruken

for den nye personellgruppen som utfører oppgaven øke, men den samlede tidsbruken kan være noe lavere gitt at ny oppgavedeling innebærer at blodprøvene utføres av personell som allerede er på avdelingen, mens bioingeniøren gjerne må komme til pasienten kun for blodprøven.

For å lykkes med dette tiltaket er det viktig at blodprøvene tas av kvalifisert personell som har gjennomgått tilstrekkelig opplæring. Dersom det tas unødvendige blodprøver eller det gjøres andre feil i blodprøvetakingen kan tiltaket ha motsatt effekt og føre til flere heller enn færre tidstyver. Unødvendige blodprøver øker risiko for tilfeldige funn som kan føre til unødvendig utredning, behandling og/eller bekymring hos pasienter («Gjør kloke valg», Legeforeningen, 2024).

Tabell 7-6: Regneeksempel – desentralisering av blodprøvetaking

Årsverk for blodprøvetaking på mottaksklinikken SUS	9		
% av blodprøvene på sengepost utført på mottaksklinikken	50 %		
Andel av helseforetakenes aktivitet som er på SUS	5,5 %		
Antall årsverk knyttet til blodprøvetaking på mottaksklinikk	327		
Andel av blodprøver som kan overføres fra bioingeniører	Lav	Middels	Høy
Andel	40 %	50 %	60 %
Frigjort tid (målt i årsverk), bioingeniører	131	164	196

Kilde: Oslo Economics (2023)

Farmasitun

Et annet mulig tiltak er å la apotekansatte utføre spesialiserte legemiddelhåndteringsoppgaver i sykehuset (farmasitun). Dette er blant annet gjort på Radiumhospitalet, og det pågår planlegging av farmasitun for Ny sikkerhetssykiatri, Nye Aker og Nye Rikshospitalet. Farmasitun kan avlaste arbeidsoppgaver for sykepleierne, som i dag bruker tid på å hente, klargjøre og dobbeltsjekke legemidler. Det kan også øke pasientsikkerheten, bidra til riktig kompetanse på riktig oppgave, økt lagerkontroll og kostnadskontroll, samt frigjøre areal for legemiddellagring for de lokale sykehusenhetene (Sykehusapotekene, 2025). Eksempler på legemiddelhåndteringsoppgaver som kan gjøres i farmasitun er:

- Apotekansatte kan styre legemiddellagrene på enhet ved å fylle opp basislager og utføre holdbarhets- og temperaturkontroll
- Koordinering og kvalitetssikring gjennom rådgivning, antibiotikastyring og utvidet kurvegjennomgang

- Lagerkontroll ved å ivareta logistikk med ekstralagre og beredskapslagre, samt lagre bruksklare parenterale løsninger (legemidler som brukes til injeksjon eller infusjon)
- Sammenstille legemidler for det kommende døgnet (inkludert dobbeltkontroll)
- Tilberedning av intravenøse legemidler etter avtalt liste

Forbedre administrativ oppgavedeling

Administrative oppgaver kan være en tidstyv for helsepersonell. Når leger, sykepleiere og annet klinisk personell må bruke tid på dokumentasjon, koordinering av pasientforløp eller manuell oppfølging av henvisninger, kan det gå utover tid til direkte pasientbehandling.

Et tiltak for å redusere omfanget av administrative oppgaver, er at postsekretærer og helsesekretærer kan overta oppgaver som å håndtere pasienthenvendelser, administrere pasientjournaler, bestille laboratorieprøver og koordinere timeavtaler. Dette reduserer avbrudd i helsepersonellens

arbeidshverdag og bidrar til at klinikere kan konsentrere seg om kjerneoppgavene sine.

Effektiv administrativ oppgavedeling handler også om bedre bruk av IT-systemer for å automatisere rutineoppgaver. Et eksempel er IT-systemer som håndterer oppgjør, som kan sikre at refusjoner og økonomiske transaksjoner mellom ulike enheter skjer uten at helsepersonell må involveres i tidkrevende økonomiadministrasjon. Manuelle prosesser for dokumentasjon og registrering fører ofte til dobbeltarbeid, og med bedre integrasjon mellom ulike systemer kan mye av dette strømlinjeformes. IT-systemer kan også kontrollere og utlevere epikriser, og her er datasystemet til Nordlandssykehuset, Nora Nord, et godt eksempel. Se regneeksempel i Tabell 5-7.

Forbedre praktisk oppgavedeling

Helsepersonell bruker ofte tid på oppgaver som ikke krever medisinsk kompetanse. Økt bruk av ikke-medisinsk personell ved praktiske oppgaver kan sikre at leger, sykepleiere og bioingeniører

slipper å bruke tid på oppgaver som transport av pasienter, matservering, utstyrshåndtering eller klargjøring av rom.

Portører tar seg av pasienttransport i stedet for sykepleiere

Bedre oppgavedeling kan også oppnås innen pasienttransport, hvor sykepleiere kan få frigjort tid ved at portører tar seg av pasienttransport. Portører står allerede i stor grad for denne oppgaven, så det vil være en begrenset andel av tjenesten som påvirkes av tiltaket. Samtidig er tidsanslagene ment å hensynta at sykehus kan være store og at pasienttransport derfor kan ta betydelig tid.

Tiltaket kan anslagsvis frigjøre tid tilsvarende mellom 76 og 570 årsverk for sykepleiere (Tabell 7-7). Det vil også være behov for flere portører, og en rimelig antagelse er at det er et 1:1-forhold med årsverkene av sykepleiere som frigjøres.

Tabell 7-7: Regneeksempel – pasienttransport i somatikken

	Lav	Middels	Høy
Årsverk sykepleiere, somatikk	33 618	33 618	33 618
Andel påvirket	20 %	35 %	50 %
Tidsbesparelse per sykepleier per dag	5 min	10 min	15 min
Frigjort tid (målt i årsverk), sykepleiere	76	266	570

Kilde for årsverk: SSB tabell 13953, 2024

Samtidig er det viktig at oppgaver ikke overføres til personell uten nødvendig opplæring eller kompetanse, da feil i praktiske prosesser kan føre til økt arbeidsbelastning i etterkant. Dette er særlig relevant innen laboratoriearbeid, hvor feil ved blodprøvetaking eller prøvemateriale kan skape unødvendig merarbeid dersom det ikke utføres korrekt.

Strukturert oppgavedeling mellom støttepersonell og helsearbeidere kan også bidra til mer effektiv arbeidsflyt. Dette kan inkludere bedre organisering av logistikkoppgaver på sykehus, slik at for eksempel laboratorieprøver, medisinsk utstyr og annet materiell håndteres mer effektivt uten å involvere klinikere unødvendig.

8. Organisering og ledelse

Uhensiktsmessig arbeidsplanlegging og utilstrekkelig ledelse kan føre til unødvendig tidsbruk og ineffektiv ressursutnyttelse. Manglende fleksibilitet og uklare ansvarsforhold kan skape flaskehalser og merarbeid for ansatte. Bedre vaktplanlegging, tydeligere ledelsesstrukturer og smartere bruk av teknologi og kompetanse kan frigjøre tid og gi mer forutsigbar og effektiv drift.

8.1 Tidstyvene

Organisering og ledelse i helsetjenesten påvirker hvor effektivt ressursene brukes og unødvendig tidsbruk. Uhensiktsmessig organisering kan føre til flaskehalser, dobbeltarbeid og ineffektive arbeidsrutiner, mens utilstrekkelig ledelse kan skape usikkerhet, uklare ansvarsforhold og dårlig informasjonsflyt.

I denne kategorien beskriver vi følgende tidstyver:

- Uhensiktsmessig arbeidsplanlegging
- Utilstrekkelig ledelse

Uhensiktsmessig arbeidsplanlegging

Uhensiktsmessig arbeidsplanlegging handler om hvordan bemanning og ressursfordeling

organiseres. Uhensiktsmessig arbeidsplanlegging kan føre til at ansatte bruker mye tid på å håndtere plutselige endringer, omdisponeringer eller ekstravakter.

“Merkantile tidstyver”, spesielt knyttet til IKT og administrasjon, er et kjent problem i sykehusene (Fafo, 2021). Ansatte rapporterer at de bruker unødig mye tid på å lete etter utstyr, logge inn i trege datasystemer og dobbeltregistrere informasjon – tid som kunne vært spart ved bedre planlegging. Slike tidstyver forverres når bemanningsplanene ikke tar høyde for støttefunksjoner eller tilstrekkelig opplæring, og når ressursene fordeles suboptimalt over døgnet.

Svikt i planlegging kan gi utslag i form av økt overtid, vakanser og sykefravær. I Helsetalen 2025 pekte helse- og omsorgsministeren på sykefravær som den kanskje største tidstyven i tjenesten, og kobler dette blant annet til behovet for mer fleksibilitet og bedre ledelse (Regjeringen, 2025).

Utilstrekkelig ledelse

Utilstrekkelig ledelse kan være en kilde til flere ulike tidstyver. Omvendt premiering, uklare beslutningsprosesser, mange ledernivåer og manglende kommunikasjon kan skape ineffektivitet og unødvendig tidsbruk.

En annen utfordring er manglede kompetanseplanlegging. Helsedirektoratet (2024) påpeker at

Tabell 8-1: Tidstyver innen organisering og ledelse

Tidstyver	Type tiltak	Tiltak	Eksempler
Uhensiktsmessig arbeidsplanlegging	Organisatoriske tiltak	• Forbedre vakt-/turnusplanlegging • Forbedre bruk av ressurser på tvers av avdelinger	• KI for vakt-/turnusplanlegging
	IT-tiltak	• Forbedre intern logistikk/bruk av KI for planlegging	
	Faglige tiltak		
Utilstrekkelig ledelse	Organisatoriske tiltak	• Innfør mentorordninger og systematisk refleksjon • Jobb med organisasjonsutvikling • Introduser færre ledernivå hvor mulig	
	Faglige tiltak		

Merk at vi har gjort konkrete beregninger for enkelte, men ikke alle, tiltak. Beregningene er ment som eksempler, og ikke nødvendigvis som et estimat av det fulle potensialet til tiltaket. Flere helsetiltak har allerede iverksatt eller planlegger å iverksette tiltak på innen kategoriene vist her.

strategisk kompetanseplanlegging og kunnskapsbasert ledelse er nødvendige forutsetninger for en forsvarlig drift, spesielt gitt rekrutteringsutfordringer, høyt sykefravær og høy turnover i helse- og omsorgssektoren. Uten en langsiktig plan for å utvikle og bruke de ansattes kompetanse risikerer man feil personellsammensetning og ineffektiv bruk av arbeidskraften. Et funn fra Arbeidsgiverundersøkelsen 2022 viser at helse- og omsorgsvirksomheter støtter de ansatte i videreutdanning, men at flertallet av dem som skaffer seg høyere kompetanse ikke får nye oppgaver eller ansvar etterpå (Helsedirektoratet, 2024). Slike eksempler tyder på utilstrekkelig oppgavedeling og tilpasning av stillinger til ansattes kompetanse.

8.2 Mulige tiltak for å redusere tidstyvene

Innen organisering og ledelse er det særlig organisatoriske tiltak som er mest aktuelle, i tillegg til faglige tiltak og IT-tiltak (Tabell 8-1).

Det største potensialet innen dette området ligger i tiltak som frigjør tid blant personell innen administrasjon og støttetjenester som har høyere utdanning. I tillegg er det potensial for å frigjøre tid for sykepleiere og helsefagarbeidere (Tabell 8-2).

Forbedre vakt-/turnusplanlegging

Bedre vaktplanlegging er nødvendig for å sikre riktig bemanning til riktig tid, og unngå perioder med overbelastning og ineffektiv ressursbruk.

Teknologi kan spille en viktig rolle for å forbedre vaktplanlegging. For eksempel kan KI brukes for å forutsi bemanningsbehov og optimalisere vaktplaner. Dette kan gi besparelser i form av hensiktsmessig bemanning, men også i selve arbeidet med vaktplanlegging, både for turnusplanlegger og for de ansatte i turnus/vakt. KI kan for eksempel brukes til å automatisk generere utkast til vaktplaner basert på historiske data og preferanser, oppdage regelbrudd, foreslå bytter og gi ansatte enklere tilgang til å foreslå ønsker og endringer eller se tilgjengelige vakter.

I regneeksempelet i Tabell 8-3 legger vi til grunn at sykepleiere, vernepleier og halvparten av legene går turnus/vakt og at hver 60. sykepleier er avdelings-sykepleier med ansvar for turnusplanlegging. Vi anslår at turnusplanlegger kan spare tid tilsvarende mellom 28 og 99 årsverk ved at de hver uke kan spare tid på enklere vakt-/turnusplanlegging. Videre legger vi til grunn at ansatte som går vakt/turnus, og som må melde inn ønsker og koordinere med familie o.l., kan spare mellom et kvarter og en time hver 12. uke hvor ny vakt-/turnusplan settes opp. Disse ansatte kan spare tid tilsvarende mellom 40 og 159 årsverk ved at KI gir mer effektive prosesser for både turnusplanlegger og ansatte i vakt/turnus.

Tabell 8-2: Potensiell frigjort tid (målt i årsverk) ved reduksjon av tidstyver innen organisering og ledelse (middels scenario, lav og høy i parentes)

Tidstyver	Type tiltak	Leger og psykologer	Sykepleiere/ Vernepleiere	Helsefag-arbeidere	Andre helsefag høyere utdanning	Andre helsefag kortere utdanning	Adm. og støttetj. høyere utdanning	Adm. og støttetj. kortere utdanning
Uhensiktsmessig arbeidsplanlegging	Organisatorisk	355 (120-595)	895 (445-1 340)	50 (25-70)	80 (40-160)	60 (20-100)	110 (55-165)	20 (5-35)
	IT-tiltak	155 (50-255)	180 (90-270)	50 (25-75)	85 (45-170)	60 (20-100)	110 (55-165)	20 (5-35)
	Faglige tiltak	0 (0-0)	180 (90-270)	5 (0-10)	5 (0-10)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)
Utilstrekkelig ledelse	Organisatorisk	180 (60-300)	355 (180-535)	50 (25-75)	85 (45-170)	250 (80-410)	1 790 (895-2 685)	325 (110-540)
	Faglige tiltak	35 (10-60)	180 (90-270)	15 (10-25)	30 (10-60)	40 (15-70)	225 (110-335)	40 (15-70)
Sum		725 (240-1 210)	1 790 (895-2 685)	170 (85-255)	285 (140-570)	410 (135-680)	2 335 (1 115-3 350)	405 (135-680)

Tabell 8-3: Regneeksempel – KI for turnus-/vaktplanlegging (spesialisthelsetjenesten i alt)

Ansatte som går turnus/vakt (sykepleiere, vernepleiere helsefagarbeidere, halvparten av legene)	62 036		
Antall avdelingssykepleiere (hver 60. sykepleier)	720		
Tidsbesparelser for turnusplanlegger	Lav	Middels	Høy
Dager i uken spart for turnusplanlegger/avdelingssykepleier	0,2 dager	0,5 dager	0,7 dager
Timer i uken spart for turnusplanlegger (7,25 timers arbeidsdag)	1,5 timer	3,6 timer	5,1 timer
Tidsbesparelser for ansatte i turnus/vakt	Lav	Middels	Høy
Timer spart per 12. uke for ansatte i turnus/vakt	0,25 timer	0,5 timer	1 time
Frigjort tid (målt i årsverk)	Lav	Middels	Høy
Frigjort tid (målt i årsverk), turnusplanlegger	28	71	99
Frigjort tid (målt i årsverk), ansatte i turnus/vakt	40	79	159
Totalt frigjort tid (målt i årsverk)	68	150	258

Kilde for årsverk: SSB tabell 13953, 2024

Forbedre intern logistikk/bruk av KI for planlegging

Et tiltak for å forbedre intern logistikk er å ta i bruk digitale verktøy for samkjøring av rom-, utstys- og pasientflytplanlegging. For eksempel kan tildeling av undersøkelses- og behandlingsrom gjøres basert på kapasitetsutnyttelse, og å bruke historiske data til å forutsi når og hvor behovene oppstår. Kunstig intelligens kan bidra til å optimalisere romfordeling ved å foreslå effektive kjøreplaner for dagen, redusere nedetid mellom pasienter og hindre dobbeltbookinger.

Forbedre bruk av ressurser på tvers av avdelinger

Bedre bruk av ressurser på tvers av avdelinger kan bidra til at helsepersonell brukes der de trengs mest, i stedet for at enkelte avdelinger er overbelastet mens andre har ledig kapasitet. Dette gir større fleksibilitet i perioder med varierende arbeidsbelastning og kan bidra til en mer rettferdig fordeling av arbeidsmengden mellom ansatte.

Innføre mentorordninger og systematisk refleksjon

Strukturert opplæring og utdanning er avgjørende for rask faglig progresjon og trygghet, på tvers av yrkesgrupper. Det bidrar til å redusere usikkerhet, styrke beslutningsevne og forebygge feil som ellers kan koste både tid og ressurser. Dette er ikke bare et personalgode, men et klart ledelsesansvar.

Mentorordninger er et eksempel på hvordan ledere kan legge til rette for faglig utvikling og støtte. Ved å koble erfarne ledere eller fagpersoner med

mindre erfarne ansatte skapes arenaer for kunnskapsoverføring, refleksjon og praktisk problemløsning. I tillegg kan ledere opererer som mentorer i egen enhet, og slik bidra til å fremme kontinuerlig læring, ansvarliggjøring og tydelige forventninger i det daglige arbeidet. En godt forankret kultur for opplæring og veiledning styrker både kvaliteten på tjenestene og arbeidshverdagen for de ansatte.

Jobb med organisasjonsutvikling

Organisasjonsutvikling handler om å styrke strukturer, kultur og arbeidsformer slik at tjenesten blir mer effektiv og tilpasningsdyktig. Det innebærer blant annet å utvikle gode arbeidsforhold, tydelige mål og riktige insentiver for å fremme motivasjon og redusere turnover. Ansatte må dra i samme retning, med en felles forståelse av mål som redusert ventetid og bedre pasientflyt.

For å frigjøre tid til pasientarbeid bør man også vurdere alternative former for informasjonsdeling, som digitale kanaler, for å redusere unødvendige møter, som er en tidstyv særlig i psykisk helsevern. I tillegg bør effektivisering belønnes: avdelinger som jobber smartere, bør få beholde gevinsten i form av mer handlingsrom.

Introduser færre ledernivåer hvor mulig

Ved å redusere antall ledernivåer forenkles beslutningsstrukturen og ledere får mer direkte ansvar og myndighet. Dette bidrar til raskere beslutninger, færre tidkrevende avklaringsrunder og bedre informasjonsflyt. Når ansatte har nærhet til beslutningstakere, blir det lettere å løse

utfordringer fortløpende og tilpasse driften etter behov. Færre ledernivå styrker også den daglige oppfølgingen og legger til rette for tydeligere prioriteringer og tettere støtte til medarbeidere. Samtidig kan større lederspenn utfordrer ledernes kapasitet for oppfølging, og krever tydelige strukturer og god støtte for å sikre kvalitet og nærvær i ledelsen

9. Bygg og utstyr

Upraktiske bygg, gammelt medisinsk-teknisk utstyr og gjentatte IT-problemer fører til forsinkelser, dobbeltarbeid og unødvendig tidsbruk. Dårlig areal-utnyttelse, ustabil utstyr og systemer som krever hyppige innlogginger tar tid i helsepersonellens arbeidshverdag. Bedre romløsninger, oppdatert teknologi og enkle digitale forbedringer kan gi gevinster i form av mer effektiv drift og frigjort tid.

9.1 Tidstyvene

Fysiske omgivelser, teknisk utstyr og digitale løsninger har stor innvirkning på hvor effektivt helsepersonell kan utføre arbeidet sitt. Når sykehusbygg og arbeidsstasjoner ikke er tilpasset driften, medisinsk utstyr er utdatert eller ikke fungerer optimalt, og IT-systemer skaper frustrasjon gjennom trege systemer og innloggingsproblemer, kan det føre til forsinkelser, dobbeltarbeid og redusert pasientgjennomstrømning.

Tidstyvene i denne kategorien er:

- Uhensiktsmessige bygg
- Ineffektivt medisinsk-teknisk utstyr (MTU)
- Gjentagende mindre IT-problemer

Uhensiktsmessige bygg

Uhensiktsmessige bygg blir en tidstyv ved at driftsavbrudd, plassmangel og upraktisk utforming hemmer flyten i kliniske oppgaver. Manglende eller uforutsigbar tilgang på operasjonsstuer kan føre til utsettelse av inngrep. Kapasitetsproblemer i akuttmottak, postoperative avdelinger og intensivavdelinger bidrar også til forsinkelser eller stans i operasjonsplanleggingen, i tillegg til å forårsake andre tidstyver.

Videre kan dårlig planlagte bygningsløsninger føre til unødvendige gangavstander og tidstap. Smale bygningskropper fører ofte til lengre korridorer og gangavstander (Sykehusbygg, 2023), og helsepersonell rapporterer om at dårlige arealløsninger medfører tid på leting etter ledige undersøkelsesrom, kontorplasser eller utstyr som blodtryksapparater og PC-er.

Flere rapporter har dokumentert at mange sykehusbygg er gamle, upraktiske eller i teknisk dårlig stand. Riksrevisjonen fant i 2021 at den tekniske tilstanden på bygningsmassen ved halvparten av helseforetakene var utilfredsstillende, og at tilstanden har forverret seg fra 2012 til 2020 grunnet manglende vedlikehold (Riksrevisjonen, 2021).

Et eksempel på konsekvensen av dette er at flere sykehusbygg ikke tåler vekten av ny instrumentering i laboratorium. Innen kreft-

Tabell 9-1: Tidstyver innen bygg og utstyr

Tidstyver	Type tiltak	Tiltak	Eksempler
Uhensiktsmessige bygg	Fysiske arealer	• Omorganisering og ny romfordeling • Sørge for mer effektiv bruk av rom	• Økte/mer tilrettelagte arealer for å redusere venting på poliklinikk- og sengerom
	Faglige tiltak		• Tydeliggjøre standard for rengjøring
Ineffektivt medisinsk-teknisk utstyr (MTU)	Fysiske arealer	• Anskaffe MTU som understøtter effektiv drift • Forbedre vedlikehold av MTU • Forbedre utstyrslokalisering	• Tilgang til MTU som understøtter effektiv drift
Gjentagende mindre IT-problemer	IT-tiltak	• Gjennomføre et vedlikeholdsløft • Investere i oppdatering av "enkelt" utstyr	• Sesjonsvandring • Elektronisk overvåkning og svaroverføring av pasientnære analyser

Merk at vi har gjort konkrete beregninger for enkelte, men ikke alle, tiltak. Beregningene er ment som eksempler, og ikke nødvendigvis som et estimat av det fulle potensialet til tiltaket. Flere helsetiltak har allerede iverksatt eller planlegger å iverksette tiltak på innen kategoriene vist her.

omsorgen er det eksempler på patologilaboratorier hvor man ikke får fornyet instrumentering eller innført automatiserte løsninger på grunn av utilstrekkelige arealer eller fordi byggene ikke tåler vekten av instrumentene.

Hovedproblemet ligger ofte i manglende fleksibilitet i byggene, ikke nødvendigvis i alderen på dem. Selv om eldre bygg gjerne er mindre fleksible, er det ikke alderen i seg selv som skaper tidstyver. Et eldre bygg kan fungere godt dersom det er tilpasningsdyktig og funksjonene kan endres over tid. Tilsvarende kan nye bygg forårsake ineffektive arbeidsprosesser dersom de har en rigid utforming og ikke egner seg for fremtidige endringer i arbeidsprosesser. Løsningen ligger derfor ikke utelukkende i å bygge nytt, men i å sikre fleksible og funksjonelle bygningsløsninger uavhengig av alder.

Ineffektivt medisinsk-teknisk utstyr (MTU)

Ineffektivt MTU kan forlenge undersøkelser, skape flaskehalser i diagnostikk og øke risikoen for feil. Når utstyr er utdatert eller har lange oppstartstider, kan det føre til at pasientbehandlingen tar lengre tid enn nødvendig. Samtidig kan manglende investeringer i mer avansert teknologi føre til at pasienter ikke får riktig diagnose til rett tid. Effektivt vedlikehold av utstyr er derfor avgjørende for å unngå driftsavbrudd og sikre stabil tilgang til nødvendige medisinske verktøy.

MTU som er gammelt, upålitelig eller i for liten skala, utgjør en betydelig tidstyv i sykehus-

hverdagen. Riksrevisjonens gjennomgang av MTU i 2021 avdekket at mye utstyr er aldrende. I de fleste helseforetak var over 30 prosent av utstyrsparkens komponenter mer enn ti år gamle (Riksrevisjonen, 2021). Konsekvensene av en aldrende utstyrspark er hyppigere feil og havari, lengre reparasjonstider og dermed mer nedetid på kritisk utstyr. Slike sammenbrudd fører til improviserte innkjøp ("havariinvesteringer") som ofte er kostbare og ineffektive. Leger rapporterer at de ofte må bruke tid på å få gammelt utstyr til å virke i stedet for å behandle pasienter (Dagens Medisin, 2024).

Tidstyver knyttet til utstyr handler ikke bare om alder, men også om tilgang og anvendelighet. Hvis det finnes for få apparater av en type (f.eks. blodtrykksapparater eller MR-/CT-maskiner), må pasienter og behandlere vente på tur. Tilsvarende kan manglende standardisering og integrasjon av utstyr skape merarbeid, for eksempel utstyr som ikke kommuniserer med IT-systemene, slik at data må overføres manuelt.

Gjentagende mindre IT-problemer

Gjentagende mindre IT-problemer kan være en betydelig tidstyv i hverdagen til helsepersonell. Selv små tekniske problemer, som treg innlogging, printere som ikke fungerer eller ustabile systemer, kan akkumulere seg til store tidstyver over tid. Når helsepersonell må bruke flere minutter på å logge seg inn i systemene gjentatte ganger i løpet av en arbeidsdag, kan dette føre til betydelig tapt tid samlet sett. Treg respons fra IT-systemer eller uforutsigbare systemfeil kan også gjøre at klinikere må bruke mer tid enn nødvendig på administrative

Tabell 9-2: Potensiell frigjort tid (målt i årsverk) ved reduksjon av tidstyver innen bygg og utstyr (middels scenario, lav og høy i parentes)

Tidstyver	Type tiltak	Leger og psykologer	Sykepleiere/ Vernepleiere	Helsefag- arbeidere	Andre helsefag høyere utdanning	Andre helsefag kortere utdanning	Adm. og støttetj. høyere utdanning	Adm. og støttetj. kortere utdanning
Uhensiktsmessige bygg	Fysiske arealer	95 (50-195)	155 (80-315)	40 (25-85)	70 (35-145)	0 (0-25)	0 (0-25)	110 (0-215)
	Faglige tiltak	15 (5-25)	20 (10-45)	5 (0-10)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)
Ineffektivt medisinsk-teknisk utstyr (MTU)	Fysiske arealer	35 (20-75)	270 (135-535)	5 (0-10)	145 (75-280)	0 (0-25)	0 (0-0)	0 (0-0)
Gjentagende mindre IT-problemer	IT-tiltak	95 (50-195)	450 (225-895)	35 (20-65)	70 (35-145)	0 (0-85)	0 (0-200)	25 (0-55)
Sum		240 (120-485)	895 (450-1 790)	85 (45-170)	285 (145-570)	0 (0-135)	0 (0-225)	135 (0-270)

oppgaver, noe som går utover tiden de har til pasientbehandling.

Riksrevisjonen beskrev i 2023 en IT-situasjon hvor nye systemer ikke fungerer som de skal for leger og sykepleiere. Konsekvensen er at helsepersonell må bruke tid på “arbeid rundt systemene”, altså ekstra registrering og kontroll (Riksrevisjonen, 2023). Når klinisk tid går med til å rette opp i IT-feil, lete frem informasjon i ulike systemer eller vente på trege programmer, er det en tidstyv. I verste fall går det også ut over pasientsikkerheten dersom informasjon blir forsinket eller ikke når frem.

9.2 Mulige tiltak for å redusere tidstyvene

Innen bygg og utstyr er det særlig tiltak i forbindelse med fysiske arealer som er relevante, i tillegg til IT-tiltak og faglige tiltak (Tabell 9-1).

Det er potensial for å frigjøre tid blant sykepleiere, helsefagarbeidere og andre helsefag med høyere utdanning. Potensialet for å frigjøre tid er imidlertid noe lavere her enn innen de øvrige områdene (Tabell 9-2).

Omorganisering og ny romfordeling

På mange sykehus er bygningsstrukturen ikke tilpasset dagens pasientstrømmer eller arbeidsprosesser. Omorganisering og ny romfordeling kan bidra til å redusere tid brukt på logistikk og unødvendig venting. Omorganisering og ny romfordeling bør gjennomføres med mål om å forbedre pasientflyten og ha romkapasitet som er tilpasset behandlingsbehovene.

Bedre tilrettelegging av arealer kan gi store gevinster for å redusere venting. Dette kan både gjelde tid brukt på å lete etter arbeidsplass, men også på å følge pasient over lengre distanser til ledig rom. Vi har også blitt informert om at helsepersonell ofte må «vente på tur» for både polikliniske rom, sengerom og operasjonsstuer.

Regneeksemplet indikerer at bedre tilrettelegging av arealer kan medføre spart tid tilsvarende mellom 107 og 535 årsverk blant yrkesgrupper som forventes å påvirkes av denne ventingen (Tabell 9-3).

Tabell 9-3: Regneeksempel – bedre tilrettelegging av arealer i tjenesten som helhet

Årsverk (hele spesialisthelsetjenesten)	Årsverk	Andel påvirket	
Leger/psykologer	24 738	50 %	
Sykepleiere	45 258	50 %	
Helsefagarbeidere	4 409	50 %	
Andre helsefag – bachelor/master	11 225	50 %	
Andre helsefag – kortere utdanning	8 931	50 %	
Tidsbesparelser	Lav	Middels	Høy
Minutter spart per dag	1 min	3 min	5 min
Frigjort tid (målt i årsverk)	Lav	Middels	Høy
Leger	28	84	140
Sykepleiere/vernepleiere	51	154	256
Helsefagarbeidere	5	15	25
Andre helsefag – bachelor/master	13	38	63
Andre helsefag – kortere utdanning	10	30	50
Totalt frigjort tid (målt i årsverk)	107	321	535

Kilde for årsverk: SSB tabell 13953, 2024

Effektiv bruk av rom

Mer effektiv bruk av rom innebærer å optimalisere hvordan eksisterende arealer utnyttes. Manglende oversikt over tilgjengelige rom og utstyr kan føre til at operasjoner, behandlinger og undersøkelser forsinkes. En mulig løsning er KI for operasjonsplanlegging, for hjelp med å fordele operasjonstid og ressurser mer effektivt og slik unngå forsinkelser knyttet til dårlig planlegging eller rommangel. I tillegg kan digitale løsninger for utstyrslokalisering bidra til at helsepersonell raskere finner nødvendig utstyr, noe som kan spare betydelig tid og redusere frustrasjon.

For å sikre rask klargjøring mellom operasjoner kan også tydeligere rengjøringsstandarder bidra til mer

effektive rutiner, slik at operasjonsstuer kan tas i bruk raskere. Når det er klart hva som gjelder i ulike situasjoner, kan man unngå unødvendig ventetid og sikre bedre flyt gjennom dagen. Dette kan bidra til at rommene tas i bruk raskere etter hver operasjon, samtidig som man ivaretar krav til hygiene og pasientsikkerhet. Klare forventninger og felles forståelse blant involvert personell er viktig for at dette skal fungere godt i praksis.

Som vist i Tabell 9-4 kan dette tiltaket anslagsvis spare tid tilsvarende mellom 17 og 50 årsverk for kirurger, anestesileger, operasjonssykepleiere og anestesisykepleiere. Regnestykket tar høyde for at det ofte, ved forsinkelse, gjøres andre nødvendige oppgaver, som å jobbe i journal.

Tabell 9-4: Regneeksempel – tydeliggjøre standard for rengjøring

Antall kirurgiske opphold	426 000		
Forsinkelser	Lav	Middels	Høy
Andel påvirket av forsinkelser	40 %	50 %	60 %
Tidsbesparelser per operasjon	Lav	Middels	Høy
Kirurg	2,5 min	3,75 min	5 min
Anestesilege	2,5 min	3,75 min	5 min
Operasjonssykepleier	2,5 min	3,75 min	5 min
Anestesisykepleier	2,5 min	3,75 min	5 min
Totalt per operasjon	10 min	15 min	20 min
Totalt frigjort tid (målt i årsverk)	17	31	50

Kilde for antall kirurgiske opphold: Helsedirektoratet (2023)

Anskaffe MTU som støtter effektiv drift

Flere helseforetak har i dag ulikt utstyr som er tregt, utdatert eller ofte går i stykker. Dette kan føre til unødvendige forsinkelser i utredning og behandling, redusert effektivitet og lavere kvalitet i pasientbehandlingen. Utskiftning av gammelt og ustabilt utstyr er et viktig tiltak for å frigjøre tid og ressurser, og gjør det mulig for helsepersonell å arbeide mer effektivt.

Investeringer i nytt og mer avansert utstyr, særlig innen diagnostikk, kan bidra til raskere og mer presise diagnoser, som kan gi bedre pasientforløp, færre unødvendige undersøkelser og mer målrettet behandling.

Effektive anskaffelsesprosesser er her avgjørende for å sikre riktig utstyr til rett tid, til en bærekraftig kostnad. Ved å utforme effektive anbudsprosesser

som legger til rette for innovasjon og kvalitet, kan man oppnå bedre ressursutnyttelse og styrke kapasiteten i spesialisthelsetjenesten.

Som vist i Tabell 9-5 kan man ved å sikre tilgang til MTU anslagsvis spare tid tilsvarende mellom 18 og 327 årsverk i somatikken. Basert på informasjon fra intervjuene har vi i regnestykket lagt til grunn at det kan gå med en del klinisk tid til å håndtere ineffektivt MTU i løpet av en arbeidshverdag. Samtidig er det også en del moderne utstyr i sykehusene av høy kvalitet, og det er mange klinikere som i liten grad er i berøring med MTU i løpet av en dag. Dette er hensyntatt andelen påvirket.

Tabell 9-5: Regneeksempel – Sikre tilgang til MTU som understøtter effektiv drift innen somatikk

Årsverk (somatikk)			
Sykepleiere/vernepleiere	35 649		
Helsefagarbeidere	3 077		
Leger	15 654		
Fysioterapeuter	1 506		
Bioingeniører	4 179		
Radiografer	2 694		
Audiografer/logopeder	253		
Andre pleiemedarbeidere	3 230		
Helsesekretærer	2 919		
Andel påvirket	Lav	Middels	Høy
Sykepleiere/vernepleiere	30 %	40 %	50 %
Helsefagarbeidere	20 %	30 %	40 %
Leger	10 %	20 %	30 %
Fysioterapeuter	5 %	10 %	15 %
Bioingeniører	30 %	40 %	50 %
Radiografer	40 %	50 %	60 %
Audiografer/logopeder	30 %	40 %	50 %
Andre pleiemedarbeidere	10 %	15 %	20 %
Helsesekretærer	5 %	10 %	15 %
Tidsbesparelser	Lav	Middels	Høy
Tidsbesparelse per dag	0,5 min	2 min	5 min
Totalt frigjort tid (målt i årsverk)	18	101	327

Kilde for årsverk: SSB tabell 13953, 2024

Forbedre vedlikehold av MTU

Bedre vedlikehold er avgjørende for å sikre stabil drift av MTU. Manglende service og reparasjoner kan føre til uventede driftsavbrudd og ineffektiv bruk av ressurser. Et mer systematisk vedlikeholdsprogram kan forhindre at utstyr svikter i kritiske situasjoner og sikre at alt utstyr fungerer når det trengs.

En nasjonal strategi kan understøtte effektiv anskaffelse og vedlikehold av MTU. Som Riksrevisjonen (2021) understreker i gjennomgangen av helseforetakenes investeringer i bygg og MTU, er mål og strategier et godt grunnlag for å kunne utarbeide langsiktige investeringsplaner. En nasjonal strategi kan sette føringer som RHF-ene igjen kan utvikle mål og strategier for å nå, og gjennom dette forbedre rutiner for anskaffelse og vedlikehold av MTU.

Forbedre utstyrslokalisering

For å redusere tid brukt på å lete etter nødvendig utstyr, kan det innføres digitale løsninger som gir oversikt over hvor utstyr befinner seg til enhver tid. Teknologier som RFID-brikker kan brukes til å spore og registrere bevegelsen av utstyr i bygget. Dette vil gjøre det enklere for helsepersonell å finne frem til riktig utstyr raskt og sikre bedre utnyttelse av eksisterende ressurser. Tiltaket er særlig aktuelt i bygg med upraktisk utforming og lange gangavstander, der dagens mangel på oversikt fører til betydelig letetid.

Gjennomføre et vedlikeholdsløft

Et vedlikeholdsløft innebærer å styrke og systematisere det planmessige vedlikeholdet av både bygningsmasse, tekniske installasjoner og MTU. Dette inkluderer å sikre tilstrekkelige vedlikeholdsbudsjetter, bedre planlegging og raskere håndtering av feil og avvik. Målet er å unngå driftsavbrudd, redusere behovet for kostbare havariinvesteringer og sikre stabil drift av kritisk utstyr.

Investere i oppdatering av «enkelt» utstyr

Oppdatering av "enkelt" utstyr handler om målrettede investeringer i basisutstyr og digitale arbeidsverktøy som brukes hyppig i klinisk hverdag, men som ofte er neglisjert. Dette kan inkludere utskifting av gamle PC-er, skjermer, printere og

mobile arbeidsstasjoner. Mange av tidstyvene knyttet til IT-problemer skyldes nettopp utilstrekkelig grunnutstyr, og dette tiltaket kan gi rask gevinst i form av mindre frustrasjon og mer tid til pasientbehandling.

Et tiltak her er å innføre utstyr som støtter elektronisk overvåkning og svaroverføring av pasientnære analyser. Dette er enda ikke innført på alle sykehus. Det vil kunne spare tid både for bioingeniører, sykepleiere og helsefagarbeidere, som unngår manuell innleggelse av svar og oppfølging av utstyr. Dette vil også kunne øke pasientsikkerheten og sørge for at svar overføres til riktig pasient.

Et annet konkret tiltak innenfor dette området er innføring av sesjonsvandring (allerede innført som en mulighet i Helse Vest). Sesjonsvandring innebærer at brukeren raskt får tilgang til sin desktop slik den ble forlatt uten å måtte laste inn profilen for hver nye pålogging. Dette kan redusere tiden de ansatte bruker på å logge inn på maskiner og programmer, som kan være trege, gjentakende ganger i løpet av arbeidsdagen.

Som vist i Tabell 9-6 kan sesjonsvandring anslagsvis frigjøre tid tilsvarende mellom 191 og 1 129 årsverk av leger, sykepleiere, helsefagarbeidere og helsesekretærer.

Tabell 9-6: Regneeksempel – sesjonsvandring (hele spesialisthelsetjenesten)

Årsverk (hele spesialisthelsetjenesten)			
Leger	19 286		
Sykepleiere	41 365		
Helsefagarbeidere	4 409		
Helsesekretærer	3 331		
Andel påvirket	Lav	Middels	Høy
Leger	40 %	45 %	50 %
Sykepleiere	80 %	85 %	90 %
Helsefagarbeidere	30 %	40 %	50 %
Helsesekretærer	5 %	15 %	25 %
Innlogginger	Lav	Middels	Høy
Antall gjentatte innlogginger hver dag	10	15	20
Tidsbruk hver innlogging	0,2 min	0,5 min	0,5 min
Tidsbesparelse av tiltaket, per dag	2 min	7,5 min	10 min

Frigjort tid (målt i årsverk)	Lav	Middels	Høy
Leger	35	147	218
Sykepleiere	150	596	842
Helsefagarbeidere	6	30	50
Helsesekretærer	1	8	19
Totalt frigjort tid (målt i årsverk)	191	782	1 129

Kilde for årsverk: SSB tabell 13953, 2024

10. Anbefalte tiltak på kort og lang sikt

Basert på vår overordnede utredning av tidstyver i spesialisthelsetjenesten anbefaler vi på kort sikt faglige tiltak, IT-tiltak, tiltak for oppgavedeling, tiltak for bygg og utstyr og organisatoriske tiltak. På kort sikt vil for eksempel faglige tiltak rettet mot de største tidstyvene innen inntak, etterkontroll og pasientforløp ha stort potensial, relativt lave kostnader og kunne innføres raskt. På lang sikt har mer omfattende tiltak stort potensial, men medfører også større kostnader og usikkerhet. Det er også en rekke konkrete tiltak innen øye, psykisk helsevern, øre-nese-hals og ortopedi som bør gjennomføres.

10.1 Kategorier av tiltak for å redusere tidstyver

Det er en rekke ulike tiltak som kan være relevante for hver av de identifiserte tidstyvene. Tiltakene kan sorteres inn i fem overordnede kategorier:

- IT-tiltak
- Tiltak for bedre oppgavedeling
- Faglige tiltak
- Andre organisatoriske tiltak
- Tiltak for fysisk arbeidsmiljø

IT-tiltak

Denne kategorien omfatter tiltak knyttet til digitale systemer og teknologiske løsninger. Målet er å effektivisere arbeidsoppgaver, forbedre bruker-vennlighet, samhandling, informasjonsflyt og integrering mellom systemer. Eksempler inkluderer anskaffelse av KI-verktøy til spesifikke arbeidsoppgaver og automatisert datafangst til rapportering

Tiltak for bedre oppgavedeling

Tiltak innen oppgavedeling handler om omfordeling av oppgaver blant helsepersonell, slik at de menneskelige ressursene benyttes på en mer optimal måte enn tidligere. Oppgavedeling fordrer at de berørte har tydelige ansvarsforhold og at yrkesgruppene som får nye oppgaver har rett kompetanse. Målet er å frigjøre tid til kjerneoppgaver og redusere unødvendig dobbeltarbeid.

Faglige tiltak

Faglige tiltak dreier seg om forbedringer i kliniske prosesser, prosedyrer og retningslinjer, og å hindre uønsket variasjon. Hensikten er å sikre god kvalitet samtidig som tidkrevende og lite verdiskapende oppgaver reduseres. Det inkluderer for eksempel å sikre faglig trygghet i rapportering og kliniske vurderinger, noe som sikrer effektiv rapportering og mer hensiktsmessige forløp med etterkontroller. Det kan også inkludere tydeligere interne retningslinjer for å sikre mer enhetlig praksis både internt og mellom avdelinger. Det inkluderer også hensiktsmessig bruk av personell og logistikk (personell, rom og utstyr). Tiltakene skal bidra til å skape smidige arbeidsprosesser og redusere flaskehalser.

Andre organisatoriske tiltak

Organisatoriske tiltak omfatter endringer i struktur, ledelse og koordinering av arbeidet. Her inngår tiltak for vaktplanlegging, mentorordninger og annen ivaretagelse av de ansatte, lederutvikling og tiltak færre ledernivåer.

Tiltak for fysisk arbeidsmiljø

Denne kategorien inkluderer tiltak som gjelder det fysiske arbeidsmiljøet, som utforming av lokaler og tilgang til effektivt medisinsk-teknisk utstyr. Selv om bygg og utstyr er viktige kostnadsdrivere i spesialisthelsetjenesten, utgjør personell en klart større andel av kostnadene, så det kan være god lønnsomhet i å investere i bygg og utstyr som effektiviserer arbeidet.

10.2 Modell for vurdering av tiltak for å redusere tidstyver

I vurderingen av tiltak for å redusere tidstyver har vi utarbeidet anslag på frigjort tid som følge av tiltakene. I tillegg har vi gjort kvalitative vurderinger av:

- Tidsperspektiv
- Gjennomføringsusikkerhet
- Implementeringskostnad
- Andre virkninger

Tidsperspektiv vurderes overordnet, etter hvorvidt virkningene av tiltaket oppstår på kort sikt (ett års sikt) eller ikke. De øvrige kvalitative vurderingene er gjort etter en fem-delt skala, illustrert med fargekoder. Skalaen går fra negativ til positiv, slik at tiltakene som vurderes best på parameteren er grønne og de som vurderes dårligst markeres røde (Tabell 10-1).

Tabell 10-1: Skala for kvalitative vurderinger av tiltak

Fargekode	Betydning
	Negativ
	Litt negativ
	Verken positiv eller negativ
	Litt positiv
	Positiv

Tidsperspektiv

I arbeidet har vi overordnet vurdert tidsperspektivet for den potensielle effekten av tiltakene. Vi har hovedsakelig skilt mellom kort og lang sikt.

- Kort sikt: Tiltaket ventes å kunne gi effekter i løpet av ett års tid
- Lang sikt: Tiltaket ventes ikke å kunne gi effekter i løpet av ett års tid, men på lengre sikt

Tiden frem til effekter av tiltak oppstår påvirkes av:

1. Tid frem til tiltaket igangsettes (tid til forarbeid og planlegging)
2. Tid til implementering av tiltaket
3. Tid fra tiltaket er implementert til effektene oppstår

Her vurderer vi tid fra tiltaket igangsettes til det oppstår effekter (punkt 2 og 3). Noen type tiltak inneholder deltiltak av ulik karakter, hvor noen ventes å gi effekter på kort sikt og andre på lengre sikt. Disse er markert som både kort og lang sikt.

Gjennomføringsusikkerhet

Det knytter seg varierende grad av gjennomføringsusikkerhet til tiltakene. Gjennomføringsusikkerhet kan både handle om hvorvidt tiltaket idet hele tatt lar seg gjennomføre, og hvor store gevinstene blir (graden av gevinstrealisering) dersom tiltaket gjennomføres. Usikkerheten kan skyldes at lignende tiltak ikke tidligere har vært prøvd ut i den norske helsetjenesten, at tiltaket kan gjennomføres med ulikt ambisjonsnivå og usikkerhet rundt om man faktisk får til omstilling og endring av arbeidshverdag på en god måte.

Grønn farge betyr at tiltaket har lav gjennomføringsusikkerhet, og motsatt for rød.

Implementeringskostnad

Under overskriften implementeringskostnad vurderer vi i hvilken grad det er ressurskrevende å gjennomføre tiltaket (størrelsen på «pukkel-kostnaden»). Ressursbruken kan være i form av

ansattes tid, i form av kjøp av programvare eller kjøp av tjenester knyttet til IT, opplæring eller lignende.

Grønn fargekode betyr at tiltaket har lave kostnader knyttet til implementering og gjennomføring, rød farge betyr høye kostnader.

Andre virkninger

I tillegg til rene kostnadsvirkninger (virkninger knyttet til helsetjenestens ressursbruk) kan tiltakene ha en rekke andre virkninger både i spesialisthelsetjenesten og eksternt. Tiltak kan for eksempel påvirke ressursbruken i andre deler av helsetjenesten, eller hos andre aktører utenfor tjenesten. Tiltakene kan også påvirke arbeidsmiljøet og trivselen i spesialisthelsetjenesten. Vi har forutsatt at alle tiltakene lar seg gjennomføre på en måte som ikke påvirker tjenestekvalitet, og kvalitet er derfor ikke en del av vurderingen her. Andre virkninger er drøftet i tekst, og ikke i den fem-delte skalaen.

10.3 Kvalitativ vurdering av tiltak for å redusere tidstyver

Faglige tiltak og tiltak for bedre oppgavedeling kan i utgangspunktet implementeres relativt raskt og gi effekter på kort sikt. Tiltakene innebærer først og fremst tydeliggjøring av praksis og endringer i ansvarsforhold og handler om måten man jobber på. IT-tiltak har både kort og lang tidshorisont. IT-tiltak som allerede er i bruk i helsetjenesten i dag, som bedre løsning for pasientreiser og IT-system som tar oppgjør, kan raskt breddes til hele tjenesten. Nye IT-verktøy, herunder KI-verktøy, som fortsatt er under utvikling vil derimot ha en noe lengre tidshorisont.

Andre organisatoriske tiltak som omhandler effektivisering av arbeidsprosesser og bruk av nye verktøy til arbeidsplanlegging kan gjennomføres på kort sikt. Mer omfattende tiltak på dette området, som større arbeid med å optimalisere pasientforløp vil ha en lengre tidshorisont. Når det gjelder fysiske arealer og utstyr, vil enklere tiltak som for eksempel oppgradering av utstyr og bedre utnyttelse av eksisterende bygg kunne gjennomføres på kort sikt. Mer omfattende tiltak på dette området innebærer større endringer i de fysiske arealene og krever lengre gjennomføringstid.

Gjennomføringsusikkerheten er størst for mer omfattende IT-tiltak og tiltak for oppgavedeling. Dette skyldes at det tidligere har vært varierende gevinster ved utvikling av større IT-løsninger i helsetjenesten. For oppgavedeling er det usikkerhet rundt prosessene for endret bemanning

og ansvarsfordeling (der mange parter skal involveres, og det kan være behov for endringer i avtaleverk, med mulighet for motstridende interesser), og dermed usikkerhet om man får endret arbeidsflyten i tilstrekkelig grad. Det er noe mindre usikkerhet rundt faglige tiltak, langsiktige organisatoriske tiltak og tiltak for fysiske arealer.

Det er lavest usikkerhet om enklere IT-tiltak organisatoriske tiltak og tiltak for fysiske arealer og bygg. Dette er tiltak som innebærer å ta i bruk eller bredde bruken av eksisterende verktøy, oppgradere utstyr og utnytte dagens arealer bedre.

Implementeringskostnaden er størst for IT-tiltak og tiltak for fysiske arealer på lengre sikt. Dette er ofte

lange og kostbare prosesser som involverer eksterne aktører. Enklere IT-tiltak, tiltak for fysiske arealer og utstyr og mer omfattende organisatoriske tiltak vurderes som å ha en noe lavere kostnad. Tiltakene med lavest kostnad er faglige tiltak, tiltak for oppgavedeling og enklere organisatoriske tiltak. Dette er tiltak som ikke involverer eksterne aktører og først og fremst innebærer tydeliggjøring av praksis og endringer i ansvarsforhold.

De fleste tiltakene vurderes å ikke ha vesentlige andre virkninger. Et unntak er andre organisatoriske tiltak, som vurderes å kunne ha noe positive virkninger i form av bedret arbeidsmiljø og trivsel blant de ansatte.

Tabell 10-2: Kvalitativ vurdering av ulike typer tiltak for å redusere tidstyver

Type tiltak	Tids- perspektiv	Beskrivelse	Gjennomførings- usikkerhet	Implementerings- kostnad
IT-tiltak	Kort	Enklere IT-tiltak (ta i bruk eksisterende løsninger)		
	Lang	Mer omfattende IT-tiltak (utvikling av nye løsninger)		
Tiltak for bedre oppgavedeling	Kort			
Faglige tiltak	Kort			
Andre organisatoriske tiltak	Kort	Enklere tiltak (arbeidsprosesser og arbeidsplanlegging)		
	Lang	Mer omfattende tiltak (optimalisere pasientflyt)		
Tiltak for fysiske arealer og utstyr	Kort	Enklere tiltak (oppgradering av utstyr og utnyttelse av eksisterende bygg)		
	Lang	Mer omfattende tiltak (større endringer i fysiske arealer)		

10.4 Anbefaling av tiltak på kort og lang sikt

Vi har vurdert en rekke tiltak innenfor ulike områder og hvilke virkninger de vil ha for ulike typer personell i spesialisthelsetjenesten.

Oppsummert anbefaler vi følgende tiltak på kort sikt:

- Gjennomgå og sammenligne avdelinger og sykehus innen alle områder, og ta i bruk gode

erfaringer (identifisering og deling av bestep praksis)

- Faglige tiltak rettet mot inntak, etterkontroll og pasientforløp
- Enklere IT-tiltak rettet mot utstyr og løsninger som finnes i dag, men som i dag fungerer dårlig
- Tiltak for hensiktsmessig oppgavedeling
- Oppgradering av utstyr og bedre utnyttelse av eksisterende bygg

- Enklere organisatoriske tiltak for bedre arbeidsplanlegging og mer effektive arbeidsprosesser

På lengre sikt anbefaler vi:

- Mer omfattende organisatoriske tiltak for å forbedre logistikken og pasientflyten
- Mer omfattende IT-tiltak rettet mot dokumentasjon, beslutningsstøtte og koordinering
- Langsiktig arbeid med å fornye og forbedre bygg

En komplett oversikt over vurderingen av ulike tiltak er vist i slutten av dette kapitlet. Generelt sett er det slik at når ulike tiltak innføres vil det være variasjon mellom ulike deler av tjenesten. Det vil derfor være behov for innslag av lokale løsninger for å sikre at tiltak innføres slik at god utnyttelse av helsepersonellens tid står sentralt. Både problemene og løsningene varierer mellom ulike deler av tjenesten, og det må være lokale vurderinger av ulike hvilke tiltak som er nyttige og hvordan helsepersonellet best bruker sin arbeidstid.

Identifisering og bredding av allerede igangsatte tiltak

Det er i dag igangsatt en rekke initiativer ulike steder for å arbeide mer effektivt og redusere unødvendig tidsbruk. På mange av forbedringsområdene finnes det derfor allerede gode løsninger i tjenesten i dag. Den lokale kunnskapen er avgjørende for å prioritere mellom ulike tiltak, og for å lykkes med omstillingsarbeidet. Samtidig er det en risiko for at tiltakene blir fragmenterte, og at det fulle potensialet ikke hentes ut, når det arbeides i «siloe» i stedet for på tvers av tjenesten.

Vi anbefaler at det gjøres et arbeid i helseforetakene med å gjennomgå og sammenligne alle de ulike delene av tjenesten, identifisere gode løsninger og bredde disse løsningene ut i andre deler av helseforetaket. Dette kan gjelde alle typer tiltak, fra IT-tiltak til faglige tiltak, men fellesnevneren er at det ikke er behov for å utvikle noe nytt. Hva disse tiltakene er, vil variere fra helseforetak til helseforetak, både fordi det er forskjell på hva som allerede er gjort, og fordi det kan være ulike prioriteringer av hvilke tidstyver som skal fjernes først.

Det er også viktig at gode erfaringer tas i bruk på tvers av hele spesialisthelsetjenesten. De beste eksemplene på tiltak som er innført i ett foretak bør derfor aktivt spres til andre foretak, så de kan innføre det samme (eller en lignende variant, tilpasset lokale forhold) hos seg. Det er naturlig at de regionale helseforetakene tar en ledende rolle i

en slik utbredelse av tiltak på tvers av helseforetakene.

På kort sikt kan det være hensiktsmessig med en vridning av ressursbruk fra langsiktig, mer strategisk utvikling, til kortsiktige tiltak rettet mot «lavhengende frukter». Det kan bety at det flyttes noe ressurser fra utvikling av nye bygningsløsninger til arbeid med å optimalisere dagens bygninger, eller noe ressurser fra utvikling av nye IT-systemer til arbeid med å få tilstrekkelig antall arbeidsstasjoner, mulighet til sesjonsvandring og lignende.

Tiltak for å frigjøre tid på kort sikt

Vi vurderer at det på kort og mellomlang sikt særlig er mye å hente på å redusere tidstyver for helsepersonell innen områdene inntak, etterkontroll og pasientforløp. Dette er et område med vesentlige tidstyver i dag som det med stor sannsynlighet er mulig å redusere. For å redusere disse tidstyvene på kort sikt, anbefales primært faglige tiltak. Uønsket variasjon i praksis for inntak og etterkontroll bidrar til at mye tid brukes på behandling og oppfølging som også internt i tjenesten vurderes som lite hensiktsmessig (Riksrevisjonen, 2018b). Faglige tiltak som bedre veiledning til de som henviser til spesialisthelsetjenesten, tydeligere enighet mellom fagdirektører og klinikere og tydeliggjøring av kriterier og praksis for inntak, antall kontroller, konsultasjonsform, etc. vil kunne redusere antall som kommer inn til behandling og antall oppfølgingskontroller. Dette vil kunne frigjøre vesentlig tid for mange ulike typer helsepersonell innen de fleste fagområder, og redusere overbehandling. De faglige tiltakene er i hovedsak lite kostbare og kan implementeres raskt.

Vi anbefaler også at det gjennomføres tiltak for å oppgradere IT-utstyr i tjenesten i dag, som for eksempel sesjonsvandring og digitale løsninger for utstyrslokalisering, samt oppgradering av printere, datamaskiner, osv. I tillegg bør man utvide bruken av IT-løsninger som har gitt gode effekter i deler av tjenesten, som for eksempel løsning for pasientreiser og automatisering av oppgjør (Nora Nord). Det er en viss implementeringskostnad til denne typen tiltak, men ettersom det er oppgradering av eksisterende utstyr og utprøvde løsninger, er det lav gjennomføringsusikkerhet.

Vi anbefaler også det gjennomføres tiltak for bedre oppgavedeling. Hensiktsmessig fordeling av oppgaver mellom helsepersonell kan påvirke tidsbruken til et stort antall helsepersonell og har stort potensial. Tiltak innen oppgavedeling kan implementeres og frigjøre tid raskt, men rask gevinstrealisering krever god endringsledelse og effektive rutiner for å sikre tilstrekkelig kompetanse blant personellet som får nye oppgaver. Det er

usikkerhet rundt gjennomføringen som følge av at det kan være behov for å rekruttere personell, endre ansvarsfordeling mellom personellet i praksis, endre inngåtte avtaler etc.

Vi anbefaler at det gjennomføres tiltak for oppgradert utstyr og bedre bruk av eksisterende arealer. Dette innebærer å anskaffe medisinsk-teknisk utstyr og gjennomføre et vedlikeholdsløft, samt å forbedre romplanlegging slik at det for eksempel sikres at personellet har tilgang på arbeidsstasjoner ved behov. Disse tiltakene kan medføre en del kostnader, men har begrenset med gjennomføringsusikkerhet ettersom det først og fremst er forbedring av utstyr som brukes i dag.

I tillegg anbefaler vi at det gjennomføres enklere organisatoriske tiltak for bedre arbeidsplanlegging og mer effektive arbeidsprosesser. Dette inkluderer for eksempel å ta i bruk verktøy for bedre arbeidsplanlegging og å gjennomgå og effektivisere arbeidsprosesser.

Tiltak for å frigjøre tid på lengre sikt

På lengre sikt vurderer vi at det særlig vil være potensial i å gjennomføre mer omfattende organisatoriske tiltak for å forbedre logistikken og pasientflyten. Dette innebærer en større gjennomgang av arbeidsprosesser og logistikk for å identifisere flaskehalser. Ved å gjennomføre større tiltak kan man omstrukturere og tilrettelegge for effektiv flyt og logistikk som gir mer effektiv drift. Et slikt arbeid medfører noe gjennomføringsusikkerhet og implementeringskostnader, men det finnes etablerte verktøy (LEAN-metodikk), og det finnes klinikker og praksiser som allerede har lyktes godt med slikt arbeid.

Vi anbefaler også å gjennomføre mer omfattende tiltak for å redusere tidstyver innen dokumentasjon og rapportering. Dette inkluderer for eksempel anskaffelse av KI-verktøy og automatisert data-

fangst. Det er en rekke nye verktøy som er under utvikling eller utprøving i ulike deler av spesialisthelsetjenesten. Tradisjonelt har veien fra utprøving av IT-tiltak til bredere implementering vært lang i spesialisthelsetjenesten. Man bør likevel etterstrebe å raskt bredde ut og ta i bruk de verktøyene som har gitt positive erfaringer og har stort potensial. Økt prioritering av lavhengende frukter, det vil si tiltak av mindre størrelse med begrenset risiko, vil kunne fjerne små tidstyver som påvirker et stort antall helsepersonell hver dag. IT-tiltakene vil i noen tilfeller være kostbare, men gjennomføringsusikkerheten er lav gitt at man velger tiltak som allerede er utviklet og som har vært testet i norsk helsetjeneste.

I tillegg anbefaler vi at det arbeides langsiktig med å fornye og forbedre byggene i spesialisthelsetjenesten. De fysiske arealene er viktige for effektiv drift, og mer hensiktsmessige bygg kan gi gevinster over lang tid.

Avgrensningene i dette oppdraget har gjort at vi ikke har drøftet faktorer som «prioritering i stort», finansieringssystem og sykefravær. Dette er imidlertid viktige områder som har stor betydning for tidsbruken i spesialisthelsetjenesten. Tiltak innenfor disse områdene vil derfor kunne gi vesentlig redusert tidsbruk.

Eksempler på konkrete tiltak innenfor ulike områder

Vi har også gjennomført en overordnet vurdering av virkninger av en rekke enkelttiltak mot tidstyver innen ulike områder av tjenesten. I Tabell 10-3 vises en liste med eksempler på konkrete tiltak, som vi anbefaler at gjennomføres. Noen av tiltakene er allerede implementert enkelte steder i tjenesten. Disse anbefaler vi at breddes, slik at tiltaket implementeres også i andre deler av spesialisthelsetjenesten.

Tabell 10-3: Eksempler på konkrete tiltak mot tidstyver innen ulike områder

Tiltak	Område	Personellgrupper som påvirkes
Bedre organisering og oppgavedeling ved behandling av våt AMD og katarakt	Øye	Lege
KI-verktøy for journalskriving	Psykisk helsevern	Leger, psykologer og sykepleiere
La ØNH-lege/audiograf rekvirere (ikke søke om) høreapparat elektronisk	Øre-nese-hals (ØNH)	Leger og audiografer
Fysioterapeuter avlaster ortopeder ved operasjon	Ortopedi	Leger og fysioterapeuter
KI-verktøy for journalskriving	Alle	Leger og sykepleiere
Avklaring mellom fagdirektører og spesialister om kriterier og praksis for inntak og etterkontroll	Alle	Alle helsepersonellgrupper
Sesjonsvandring	Alle	Leger, sykepleiere, helsesekretærer
Unngå standardbestilling for laboratorieundersøkelser	Alle	Bioingeniører
Organisasjonsutvikling (LEAN etc.)	Alle	Alle helsepersonellgrupper
Veiledning/faglig trygghet for rapporteringsrutiner	Psykisk helsevern	Leger, psykologer og sykepleiere
Veiledning/faglig trygghet for rapporteringsrutiner	Alle	Leger og sykepleiere
Datafangst til kvalitetsregister og avvikssystem	Alle	Helsesekretærer, bioingeniører, radiografer, audiografer/ logopeder, sykepleiere og leger
Automatisere administrative oppgaver	Alle	Helsesekretærer
Systemstøtte og veiledning til henviser	Alle	Leger, psykologer, sykepleiere og helsesekretærer
Pasientdialog og system for timebooking	Alle	Leger og sykepleiere
Mer hensiktsmessige konsultasjonsformer for etterkontroll	Alle	Leger og sykepleiere
Desentralisering av blodprøvetaking	Alle	Bioingeniører
Andre personellgrupper avlaster sykepleiere med pasienttransport	Alle	Sykepleiere
KI for turnus-/vaktplanlegging	Alle	Sykepleiere, vernepleiere helsefagarbeidere, leger
Bedre tilrettelegging av arealer	Alle	Alle helsepersonellgrupper
Tydeliggjøre standard for rengjøring mellom operasjoner	Alle	Leger og sykepleiere
Sikre tilgang til MTU som understøtter effektiv drift	Somatikk	Alle helsepersonellgrupper

Anslag på potensielt frigjort tid (i årsverk) per personellgruppe (usikkerhetsspenn i parentes)								
Tidstyver	Type tiltak	Leger og psykologer	Sykepleiere/ Vernepleiere	Helsefagarbeidere	Andre helsefag høyere utdanning	Andre helsefag kortere utdanning	Adm. og støttetj. høyere utdanning	Adm. og støttetj. kortere utdanning
Dokumentasjon, beslutningsstøtte og koordinering		1 210 (485-1 940)	1 790 (895-2 685)	40 (20-80)	430 (145-715)	270 (135-545)	895 (450-1 565)	270 (135-540)
Omfattende og ineffektiv dokumentasjon	IT-tiltak	885 (355-1 415)	805 (400-1 210)	15 (5-30)	215 (70-360)	165 (80-325)	715 (360-1 250)	135 (65-270)
	Oppgavedeling	10 (5-20)	15 (10-25)	5 (5-10)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)
	Faglige tiltak	135 (50-215)	520 (260-780)	10 (5-25)	150 (50-250)	80 (40-165)	0 (0-0)	0 (0-0)
Manglende beslutningsstøtte og oversikt over informasjon	IT-tiltak	60 (25-95)	90 (45-135)	10 (5-15)	45 (15-70)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)
Utfordrende koordinering	IT-tiltak	120 (50-195)	360 (180-535)	0 (0-0)	20 (10-35)	25 (15-55)	180 (90-315)	135 (70-270)
Inntak, etterkontroll og pasientforløp		1 210 (485-1 940)	895 (445-1 790)	85 (45-170)	430 (145-715)	270 (135-545)	110 (0-220)	0 (0-0)
Ufullstendige eller unødvendige henvisninger	Faglige tiltak	300 (120-485)	130 (70-270)	15 (10-35)	170 (55-285)	135 (70-275)	45 (0-85)	0 (0-0)
	IT-tiltak	60 (25-100)	45 (20-90)	10 (5-15)	80 (30-150)	55 (25-110)	25 (0-45)	0 (0-0)
Ineffektivt forløp med etterkontroller	Faglige tiltak	550 (215-855)	225 (115-445)	15 (10-35)	45 (15-70)	25 (15-55)	10 (0-20)	0 (0-0)
	Oppgavedeling	60 (25-100)	45 (20-90)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)
Ineffektive pasientforløp (sengepost)	Faglige tiltak	60 (25-100)	135 (65-270)	15 (5-25)	45 (15-70)	15 (5-25)	10 (0-20)	0 (0-0)
	Oppgavedeling	60 (25-100)	90 (45-180)	10 (5-15)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)
	IT-tiltak	60 (25-100)	90 (45-180)	10 (5-15)	45 (15-70)	15 (5-25)	10 (0-20)	0 (0-0)
	Organisatorisk	60 (25-100)	135 (65-270)	10 (5-30)	45 (15-70)	25 (15-55)	10 (0-20)	0 (0-0)
Oppgavedeling		240 (120-485)	2 235 (1 340-3 580)	40 (20-85)	145 (70-285)	70 (0-135)	110 (0-225)	0 (0-0)
Ikke-optimal helsefaglig oppgavedeling	Oppgavedeling	215 (110-435)	895 (535-1 430)	5 (0-10)	5 (0-15)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)
Ikke-optimal admin. oppgavedeling	Oppgavedeling	25 (10-45)	55 (35-90)	15 (10-30)	30 (15-55)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)
	IT-tiltak	0 (0-0)	55 (35-90)	5 (0-10)	25 (10-45)	55 (0-110)	90 (0-180)	0 (0-0)
Ikke-optimal praktisk oppgavedeling	Oppgavedeling	0 (0-5)	1 230 (735-1 970)	15 (10-35)	85 (45-170)	15 (0-25)	20 (0-45)	0 (0-0)
Organisering og ledelse		725 (240-1 210)	1 790 (895-2 685)	170 (85-255)	285 (140-570)	410 (135-680)	2 335 (1 115-3 350)	405 (135-680)
Uhensiktsmessig arbeidsplanlegging	Organisatorisk	355 (120-595)	895 (445-1 340)	50 (25-70)	80 (40-160)	60 (20-100)	110 (55-165)	20 (5-35)
	IT-tiltak	155 (50-255)	180 (90-270)	50 (25-75)	85 (45-170)	60 (20-100)	110 (55-165)	20 (5-35)
	Faglige tiltak	0 (0-0)	180 (90-270)	5 (0-10)	5 (0-10)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)
Utilstrekkelig ledelse	Organisatorisk	180 (60-300)	355 (180-535)	50 (25-75)	85 (45-170)	250 (80-410)	1 790 (895-2 685)	325 (110-540)
	Faglige tiltak	35 (10-60)	180 (90-270)	15 (10-25)	30 (10-60)	40 (15-70)	225 (110-335)	40 (15-70)
Bygg og utstyr		240 (120-485)	895 (450-1 790)	85 (45-170)	285 (145-570)	0 (0-135)	0 (0-225)	135 (0-270)
Uhensiktsmessige bygg	Fysiske arealer	95 (50-195)	155 (80-315)	40 (25-85)	70 (35-145)	0 (0-25)	0 (0-25)	110 (0-215)
	Faglige tiltak	15 (5-25)	20 (10-45)	5 (0-10)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)
Ineffektivt medisinsk-teknisk utstyr (MTU)	Fysiske arealer	35 (20-75)	270 (135-535)	5 (0-10)	145 (75-280)	0 (0-25)	0 (0-0)	0 (0-0)
Gjentagende mindre IT-problemer	IT-tiltak	95 (50-195)	450 (225-895)	35 (20-65)	70 (35-145)	0 (0-85)	0 (0-200)	25 (0-55)

Tidstyvene og tiltakene er til dels overlappende og er ikke uavhengige av hverandre. Summering på tvers av områder kan derfor overvurdere det samlede potensialet noe.

Referanser

Dagens Medisin, 2024. *Dette er tidstyvene på norske sykehus*. [Internett]

Available at: <https://www.dagensmedisin.no/helse-og-omsorgsdepartementet-hod-legeforeningen-ventelister/dette-er-tidstyvene-pa-norske-sykehus/651581>

Department of Health & Social Care, 2023. *Medical Technology Strategy*, s.l.: s.n.

Digdir, 2022. *Direktoratet for e-helse: Informasjonsutveksling med redusert klinisk rapporteringsbyrde*. [Internett]

Available at: <https://www.digdir.no/stimulab/direktoratet-e-helse-informasjonsutveksling-med-reduisert-klinisk-rapporteringsbyrde/3604#:~:text=rapporteringsbyrde>

Direktoratet for e-helse, 2023. *Målbilde for digitalisering i helse- og omsorgssektoren*, s.l.: s.n.

Fafo, 2021. *Heltids- og deltidsansettelser i sykehusene*, s.l.: s.n.

Fagforbundet, 2024. *Møt Nora Nord - Nordlandssykehusets digitale medarbeider*. [Internett]

Available at: <https://www.fagforbundet.no/a/375636/om-fagforbundet/yrkesseksjon-kontor-og-administrasjon/aktuelt-fra-yrkesseksjonen/dette-er-nora-nord---nordlandssykehusets-forste-digitale-medarbeider/>

Helse Nord, 2025. *Digital dialog mellom pasient og behandler*. [Internett]

Available at: <https://www.helse-nord.no/digitale-pasienttjenester/digital-dialog-mellom-pasient-og-behandler/>

Helse Vest, 2023. *Rapportering til nytte eller plage?*, s.l.: s.n.

Helsedirektoratet, 2023. *SAMDATA spesialisthelsetjenesten. Kirurgisk behandling, behandlingssted*. [Internett]

Available at: [Kirurgisk behandling, behandlingssted](#)

Helsedirektoratet, 2024. *Kompetanseløft 2025 – Årsrapport 2023*, s.l.: s.n.

Helsedirektoratet, 2024. *Statistikk: Nasjonale kvalitetsindikatorer*. [Internett]

Available at: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/sykehusopphold/gjennomsnittlig-ventetid-i-somatisk-helsetjeneste>
[Funnet 18 Desember 2024].

Helsetilsynet, 2021. *Forsvarlig IKT i norske sykehus?*. [Internett]

Available at: <https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/tilsynsmeldingen/2021/forsvarlig-ikt-i--norske-sykehus>

Helsetilsynet, 2024. *Fragmentert og spesialisert – Hva vet tilsynet om eldre i spesialisthelsetjenesten?*, s.l.: s.n.

Legeforeningen, 2024. *Gjør kloke valg: Unngå repeterende blodprøvekontroller på klinisk stabile pasienter*. [Internett]

Available at: <https://www.legeforeningen.no/kloke-valg/anbefalinger/legeforeningens-anbefalinger/norsk-forening-for-medisinsk-biokjemi/unnga-repeterende-blodprovekontroller-pa-klinisk-stabile-pasienter/>

Melby, L., Gunnes, M., Haukelien, H. & Obstfelder, A., 2022. *Frigjøring av sykepleier kapasitet gjennom ny ansvars-/oppgavedeling*, s.l.: Sinted Digital.

metodebok.no, 2024. *Pasientdialog via Helsenorger*. [Internett]

Available at: <https://metodebok.no/index.php?action=topic&item=PwJGBk2A>

Nordlandssykehuset, 2025. *Om Nordlandssykehuset*. [Internett]

Available at: <https://www.nordlandssykehuset.no/om-oss/om-nordlandssykehuset/#:~:text=Nordlandssykehuset%20HF%20er%20Nord%2DNorges,regionene%20Salten%2C%20Lofoten%20og%20Vester%C3%A5len>

NRK, 2024. *Denne «kvinnen» sparer sykehuset for mange stillinger*. [Internett]

Available at: <https://www.nrk.no/nordland/dataprogrammet-nora-nord-behandler-270.000-epikriser--sparer-nordlandssykehuset-10-stillinger-1.16732210>

OECD, 2024. *Health at a glance: Europe 2024*, s.l.: s.n.

Oslo Economics, 2022a. *Oppgavedeling i helse- og omsorgssektoren*, s.l.: s.n.

Oslo Economics, 2022b. *Kartlegging av erfaring med oppgavedeling mellom helsefagarbeidere og andre personellgrupper i sykehus*, s.l.: s.n.

Oslo Economics, 2023. *Oppgavedeling i helse- og omsorgssektoren*, s.l.: s.n.

Partnerskapet i Ventetidsløftet, 2024. *Ventetidsløftet*. [Internett]

Available at: <https://www.regjeringen.no/contentassets/67bfba604f9745379384c97dfe9dd0ae/ventetidsloftet.pdf>

Regjeringen, 2025. *Helsetalen 2025*. [Internett]

Available at: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/helsetalen-2025/id3083819>

Riksrevisjonen, 2018a. *Undersøkelse av helseforetakenes bruk av legeressursene*, s.l.: s.n.

Riksrevisjonen, 2018b. *Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes arbeid med å sikre god henvisningspraksis fra fastlegene til spesialisthelsetjenesten*, s.l.: s.n.

Riksrevisjonen, 2021. *Riksrevisjonens undersøkelse av helseforetakenes investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr*, s.l.: s.n.

Riksrevisjonen, 2023. *Utnyttelse av IT-systemer på sykehus*, s.l.: s.n.

SSB, 2025. *Statistikkbanken: Spesialisthelsetjenesten*. [Internett]

Available at: <https://www.ssb.no/statbank/list/speshelse/>

Sykehusapotekene, 2025. *Farmasitun*. [Internett]

Available at: <https://www.sykehusapotekene.no/fag-og-forskning/legemiddelhandtering-i-nye-ous/farmasitun/>

Sykehusbygg, 2023. *Kunnskapsgrunnlag - Byggets utforming*. [Internett]

Available at: <https://kunnskapsbanken.sykehusbygg.no/funksjon/2A/10/kunnskapsgrunnlag/i/pRehC/byggets-utforming>

Sykehuset Østfold, 2023. *Nå vil du få enda en SMS*. [Internett]

Available at: <https://www.sykehuset-ostfold.no/nyheter/na-vil-du-fa-enda-en-sms>

Sykepleien, 2024. *Sykepleiere bruker nærmere to timer per arbeidsdag på elektroniske journalsystemer*. [Internett]

Available at: <https://sykepleien.no/2024/09/sykepleiere-bruker-naermere-timer-arbeidsdag-pa-elektroniske-journalsystemer>

Ventetidsløftet, 2024. *Sluttleveranse fra arbeidsgruppen for teknologiske løsninger*. [Internett]

Available at: <https://www.helse-sorost.no/4ac173/siteassets/documents/styret/styremoter/2024/1122/117-2024-vedlegg-4-sluttleveranse-fra-task-force-2-i-ventetidsloftet-teknologiske-losninger-og-ki.pdf>

A decorative diagonal line in light blue and white runs from the top-left corner towards the bottom-right corner of the page.

osloeconomics

www.osloeconomics.no

E-post og telefon:
post@osloeconomics.no
+47 21 99 28 00

Besøksadresse:
Klingenberggata 7A
0161 Oslo

Postadresse:
Postboks 1562 Vika
0118 Oslo