

KOMPETANSELØFT 2020

Personell og kompetanse i kommunale helse- og omsorgstjenester.
Utviklingstrekk og status 2018

ÅRSRAPPORT 2018



Innhold

Forord	2
1. Utviklingstrekk	4
1.1 Demografiske endringer, omsorgsbyrde og bærekraft	6
1.2 Brukere av omsorgstjenester og bistandsbehov	7
1.3 Framskrevet behov for personell	8
1.4 Utfordringer med deltidsstillinger	9
1.5 Ledelse og strategisk kompetanseplanlegging	10
1.6 Tilgang på kvalifisert personell	11
1.7 Utdanningstilbud og desentraliserte utdanninger	12
1.8 Teknologi og innovasjon	14
2. Personellstatistikk 2018	15
2.1 Årsverk og sysselsatte	16
2.2 Årsverk i omsorgstjenestene	20
2.3 Tilrettelagte boliger for personer med utviklingshemming	21
2.4 Personell uten helse- eller sosialfaglig utdanning	22
2.5 Servicefunksjoner	24
2.6 Helsestasjons- og skolehelsetjenesten	25
2.7 Leger	26
2.8 Fysioterapeuter	28
2.9 Årsverk innenfor psykisk helse og rus	28
2.10 Arbeidstid, sykefravær og turnover	30
2.11 Rekruttering av menn	34
2.12 Sysselsatte over 55 år	35
2.13 Personell med innvandrerbakgrunn	35
2.14 Autorisasjon av personell	36
2.15 Tilgang på nyutdannet helsepersonell	37

Forord

Kompetanseløft 2020 er regjeringens plan for rekruttering, kompetanseheving og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten til og med 2020. Den ble lagt fram i statsbudsjettet for 2016 (Prop.1S (2015-2016)) og er en oppfølging av Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, Omsorg 2020 og Prop. 1S (2015-2016) Opptappingsplanen for rusfeltet.

Årsrapporten for 2018 presenterer status og utfordringer innenfor kompetanse- og personellområdet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Kapittel 1 beskriver utviklingstrekk i tjenesten basert på bl.a. analyser av identifiserte utfordringer for personell- og kompetansesituasjonen. Kapittel 2 i rapporten presenterer statistikk over personell- og kompetansesituasjonen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten til og med 2018. Her benyttes statistikk fra bl.a. KS, SSB/KOSTRA og IPLOS.

I 2018 tok SSB i bruk en ny metode for innhenting av personellstatistikk for årsverk fra personalregisteret i kommunale helse- og omsorgstjenester. Hensikten er å gi mer nøyaktige informasjon om arbeidstid. Endringen gir et databrudd i tidsserien for disse dataene. Det betyr at tallene før og etter endringen ikke kan anses som sammenlignbare. Dette har skapt noen utfordringer for framstilling av personellstatistikk fram til og med 2018.

1. Utviklingstrekk

Kompetent personell utgjør grunnmuren i helse- og omsorgstjenesten og er en forutsetning for kvalitet i tjenestene og arbeidet som skal utføres. Gjennom Helsedirektoratets arbeid med Kompetanseløft 2020 og tidligere nasjonale kompetanse- og rekrutteringsplaner har utfordringsbildet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene over tid blitt tydeliggjort.

Utfordringsbildet i de kommunale tjenestene må ses i sammenheng med endringer og utvikling av spesialisthelsetjenesten. En betydelig oppgaveoverføring fra helseforetakene til kommunene har vært en tilsiktet utvikling etter at Samhandlingsreformen¹ trådte i kraft i 2012.

Fra 2008 til 2017² har antall årsverk i den kommunale helse og omsorgstjenesten økt med 20,4 prosent til 173 909 årsverk. Spesialisthelsetjenesten økte med 20 prosent i samme periode, til 125 790 årsverk. Veksten var større i spesialisthelsetjenesten fram til 2016, men har så flatet ut. Det har altså vært en lik relativ vekst på 20 prosent samlet sett i perioden for begge tjenestenivåene. Dersom kun årsverk for leger vurderes, er det høyere økning blant leger i spesialisthelsetjenesten (22,6 prosent) enn blant leger i kommunehelsetjenesten (14,7 prosent)³. Denne økningen gir også konsekvenser for kommunale helse- og omsorgstjenester.

Utfordringsbildet knyttet til personell og kompetanse i kommunale helse- og omsorgstjenester

Helsedirektoratet har gjort en analyse av tilgjengelig kunnskap og statistikk på personell- og kompetansefeltet. Basert på dette ble det utarbeidet et utfordringsbilde⁴.

Figur 1: Helsedirektoratets utfordringsbilde



Figur: Helsedirektoratet 2019

¹ St.meld.nr.47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. HOD

² Grunnet databrudd i SSBs personellstatistikk benytter vi her 2017-tall til sammenligning av tidligere tall.

³ Leger i kommunene og spesialisthelsetjenesten. Rapport 2019. Rapport IS-2870

⁴ Utfordringene er basert på analyser av statistikk og kunnskap som er hentet fra bl.a. SSB, Helsemod 2019, PAI-registeret, kunnskap fra fylkesmannsembetene, fra følgeevalueringen av Kompetanseløft 2020, fra forskning og andre kilder.

I utfordringsbildet inngår et økende behov for omsorgstjenester og helsehjelp i befolkningen, blant annet grunnet den demografiske utviklingen og endringer i sykdomspanorama; utfordringer med å rekruttere kvalifisert helsepersonell og økende ubalanse mellom tilbud og etterspørsel av helsepersonell. Det er videre utfordringer med høyt sykefravær, utstrakt bruk av deltid og høy turnover. I tillegg mangler en stor andel ansatte formell kompetanse, især i hjemmebaserte tjenester og i sykehjem og institusjonsbaserte tjenester.

Det er identifisert utfordringer knyttet til behov for økt lederkompetanse og en styrket lederrolle i helse- og omsorgstjenesten for blant annet å øke den lokalpolitiske forankringen av strategiske kompetanseplaner som del av kommuneplanen.

Det ligger et framtidig potensiale for personell og kompetanse i innovasjon, ny teknologi og endret organisering av tjenester. Ved å utvikle kommunen til en faglig sterk arena for utdanning og kompetanseutvikling vil rekrutteringen av kvalifisert personell styrkes. Desentraliserte utdanninger kan bidra positivt til rekruttering og kompetanseutvikling av helsepersonell i distriktene.

En heltidskultur i helse- og omsorgstjenestene vil trolig være avgjørende for å benytte personellressursene bedre både i omsorgsboliger, sykehjem og hjemmebaserte tjenester. Kommunene som arbeidsgivere har et stort ansvar i tiden som kommer med å legge til rette for arbeidsvilkår og fagmiljø som gjør at sentrale faggrupper med stort rekrutteringsbehov oppfatter kommunen som en attraktiv arbeidsplass.

En sentral utfordring for kommunene blir å utnytte potensialet bedre framover. Rekrutteringsutfordringene vil bli større. Selv om utdanningskapasiteten kan økes noe, ville det ikke være bærekraftig for samfunnet om en særlig mye større andel av arbeidsstokken jobbet innenfor helse- og omsorgstjenestene enn det som er tilfelle i dag.

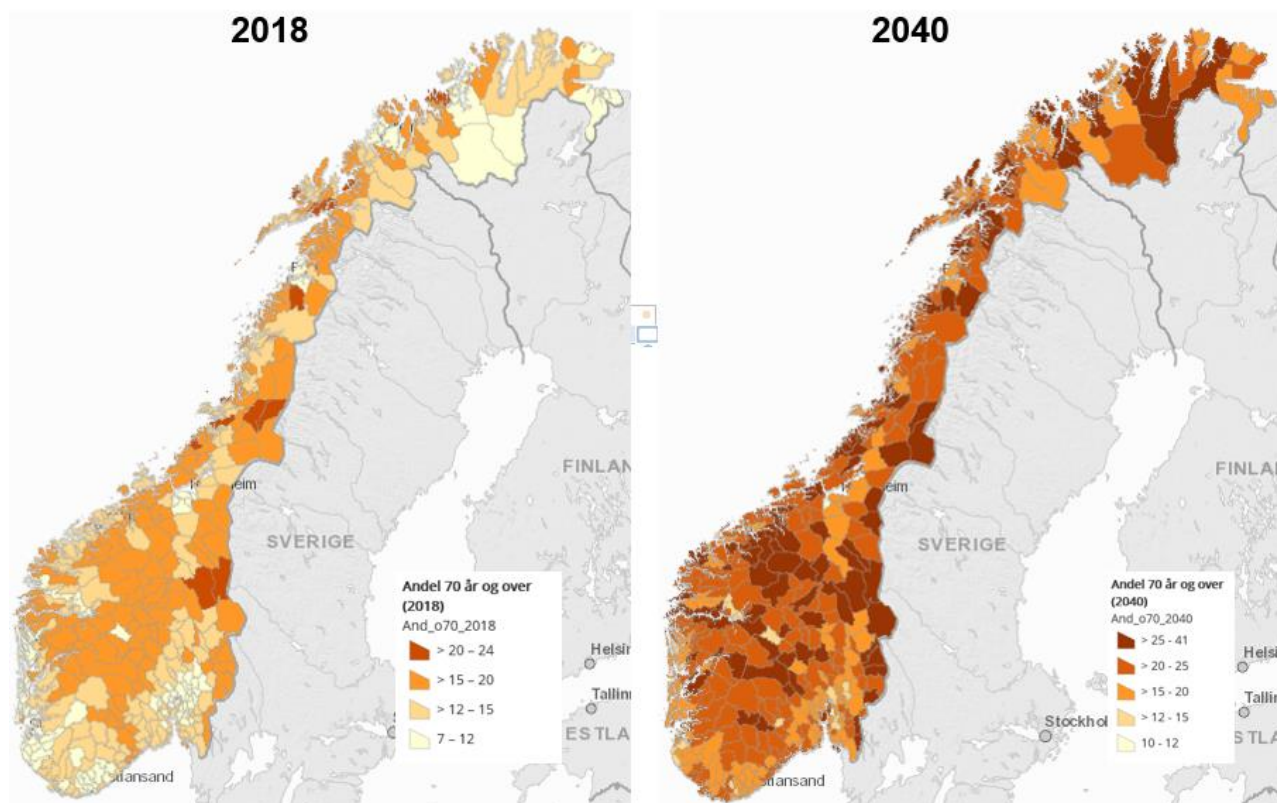
En rekke tiltak i Kompetanseløft 2020 er rettet mot rekruttering og kompetanseheving av personell. Økt faglig bredde, systematisk kompetansekartlegging, heltidskultur i tjenestene, bevisst oppgavedeling og tverrfaglig samarbeid vil kunne bidra til økt kvalitet.

1.1 Demografiske endringer, omsorgsbyrde og bærekraft

Den demografiske utviklingen har stor betydning for framskrevne personellutfordringer. Det blir flere eldre, og forholdet mellom andelen yrkesaktive og andelen alderspensjonister vil endre seg slik at det vil bli gjennomsnittlig færre yrkesaktive per alderspensjonist.

Figur 2: Aldring i distriktene

Andel over 70 år



Kilde: SSB befolkningsframskrivinger⁵.

Fram mot 2040 vil de demografiske utfordringer treffe kommunene i landet ulikt. Noen kommuner vil få en sterk økning av eldre over 70 år, mens andelen yngre vil falle. I noen kommuner vil så mye som hver tredje innbygger være over 70 år innen 2040. Distriktskommuner rammes hardest, særlig kommuner i Nord-Norge og Innlandet. Flyttemønstrene forsterker utviklingen. Demografiske endringer med flere eldre og økt omsorgsbyrde⁶ vil medføre utfordringer for de kommunale helse- og omsorgstjenestene i tiden framover.

Å sikre en bærekraftig tjeneste med økning i antall eldre og yngre brukere med komplekse og sammensatte behov, krever endring og innovasjon i tjenestene. Disse utfordringene må møtes bl.a. med tverrfaglig samarbeid, koordinering, høyere utdanningsnivå og bruk av velferdsteknologi. Utfordringsbildet vil se ulikt ut i kommunene. Med ulike utfordringer framover, vil det være behov for ulik tilnærming og tiltak fra kommune til kommune.

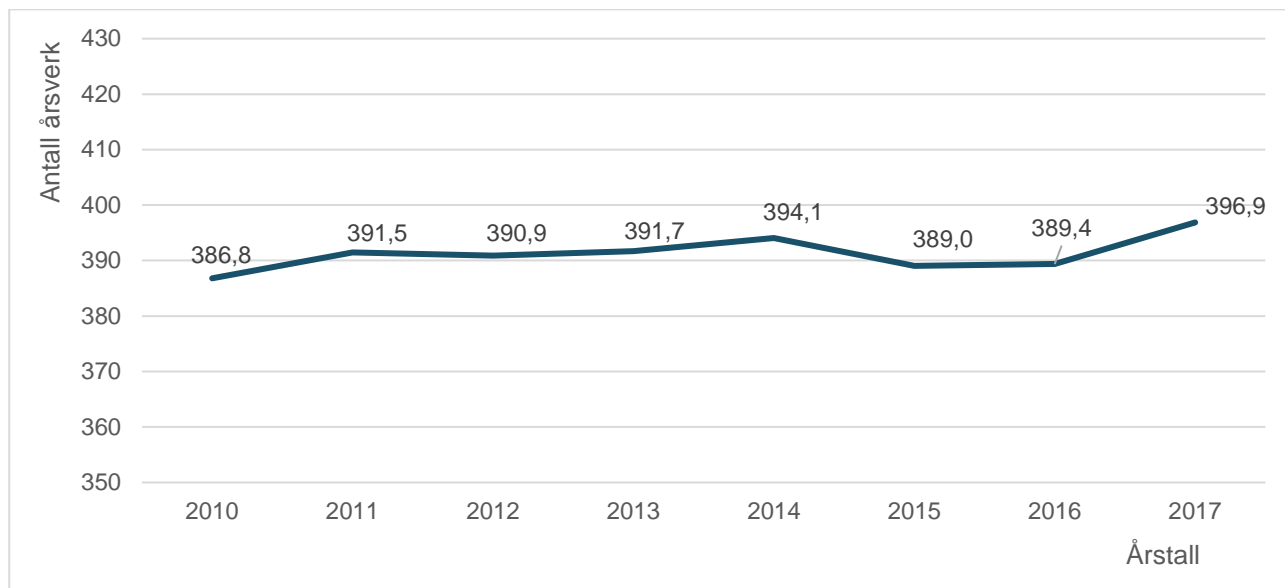
⁵ <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/befolkningsframskrivinger-fram-til-2040-for-hver-enkelt-kommune-sok-i-kart>

⁶ SSB definerer omsorgsbyrde som forholdet mellom antall personer over 65 år og antall personer i alderen 20 til 64 år

1.2 Brukere av omsorgstjenester og bistandsbehov

Antall årsverk per 1 000 brukere/tjenestemottakere er et mål på endring av personellressurser til helse- og omsorgstjenesten. Samtidig gir ikke dette alene et godt mål på om tjenesten har tilstrekkelig antall årsverk med riktig kompetanse. Egenskaper ved mottakerne, som mottakernes alder og bistandsbehov, har betydning for å forstå utviklingen.

Figur 3: Antall årsverk per 1 000 unike mottakere av omsorgstjenester 2010-2017



Kilde: IPLOS, SSB

Merk at Y-aksen begynner på 350 årsverk.

Figur 3 viser en økning i årsverk per 1 000 mottakere av omsorgstjenester til og med 2017. Grunnet databrudd (SSBs innhenting av data) er ikke 2018-tall sammenlignbare med tidligere verdier. Økningen har vært noe større enn økningen i mottakere av omsorgstjenester. Dette sier likevel ikke noe om antall årsverk i forhold til reelt bistandsbehov og endringer av bistandsbehovet til brukergruppen i perioden.

Tabell 1: Bistandsbehov til mottakere av hjemme- og institusjonsbaserte tjenester, fordelt på bistandsbehov

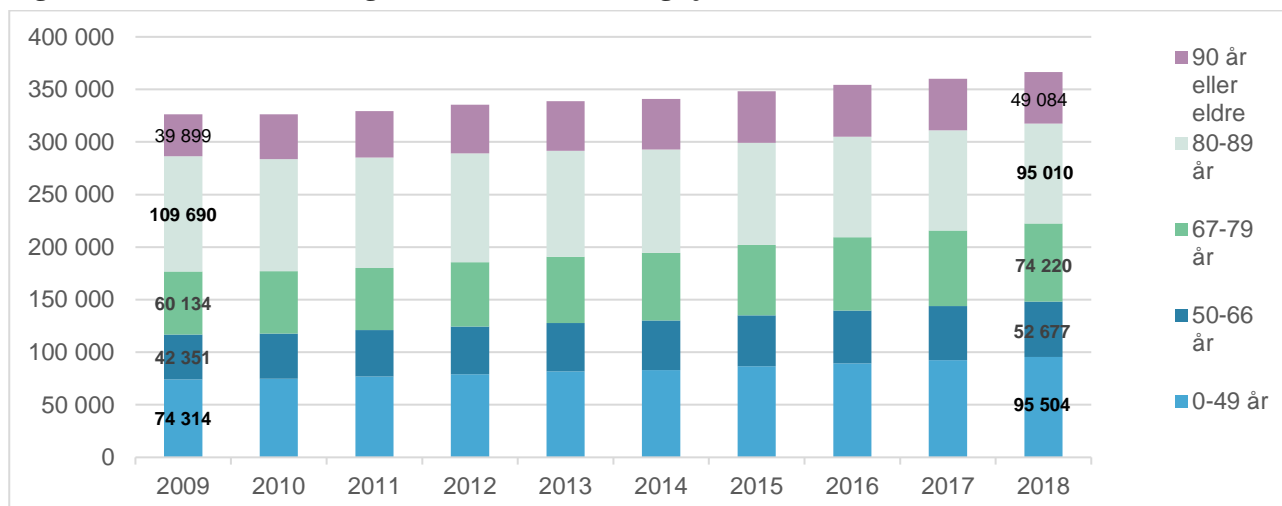
	Noe/avgrenset bistandsbehov	Middels til stort bistandsbehov	Omfattende bistandsbehov	Uoppgitt
2009	38,0 %	29,0 %	20,0 %	12,0 %
2010	39,0 %	31,0 %	22,0 %	8,0 %
2011	38,0 %	32,0 %	22,0 %	8,0 %
2012	38,0 %	33,0 %	22,0 %	7,0 %
2013	38,0 %	33,0 %	23,0 %	6,0 %
2014	38,0 %	34,0 %	23,0 %	6,0 %
2015	37,0 %	34,0 %	23,0 %	6,0 %
2016	37,0 %	34,0 %	23,0 %	6,0 %
2017	37,0 %	34,0 %	23,0 %	6,0 %
2018	36,3 %	33,8 %	23,2 %	6,7 %

Kilde: IPLOS/SSB

Bistandsbehovet til mottakere av hjemmebaserte- og institusjonstjenester har blitt mer omfattende i perioden 2009 til 2018. Tabellen viser en gradvis økning i bistandsbehov blant brukere av kommunale omsorgstjenester, særlig i kategoriene *middels til stort* og *omfattende bistandsbehov*. Kategorien *noe/avgrenset* bistandsbehov går ned.

Selv om de fleste mottakerne av omsorgstjenester er 67 år og eldre, mottar også mange yngre personer kommunale omsorgstjenester. 95 504 personer under 49 år mottok en eller flere typer kommunale omsorgstjenester i 2018. Veksten i brukere som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester i perioden 2010 til 2018 var størst for aldersgruppen under 49 år (28 prosent).

Figur 4: Alderssammensetning av mottakere av omsorgstjenester i kommunene



Kilde: IPLOS/SSB

Antall brukere av omsorgstjenester har økt fra 2010 til 2018 tilsvarende 12,3 prosent. Dette illustreres i figur 4. Det har også vært endringer i alderssammensetning av brukere som mottar helse- og omsorgstjenester i kommunen i perioden 2009 til 2018. Økningen i antall brukere varierte med brukernes alder, og det var økning i nesten alle alderskategorier. Det er særlig verdt å merke seg stor økning i antall brukere under 49 år, der økningen tilsvarer nesten 28 prosent. Kategorien er tett fulgt av gruppen 67 til 79 år, med 25 prosent økning, og aldersgruppen 50 til 66 år som økte med 22 prosent. For aldersgruppa > 90 år økte andelen brukere med nesten 16 prosent. Det har altså vært økning i alle aldersgrupper bortsett fra aldersgruppen 80 til 89 år, der andelen brukere har gått ned med 11 prosent.

Samlet viser tallene en økning i både arbeidsmengde og bistandsbehov blant brukere i den kommunale omsorgstjenesten. Det er grunn til å anta at behovet for økt kompetanse følger økningen i mer omfattende bistandsbehov. Brukere har ofte flere sykdomstilstander og kan ha ustabile og akutte sykdomsforløp. Dette fordrer høy kompetanse blant ansatte i de kommunale omsorgstjenestene. Tilbakemeldinger fra ansatte og ledere kan tyde på at det ikke er et samsvar i tilgjengelige personellressurser og kompetansenivå i forhold til de store oppgavene som skal løses hos brukere med stadig mer komplekse sykdomstilstander. Denne utviklingen må følges nøye.

1.3 Framskrevet behov for personell

SSB har utført framskrivninger som viser hvordan situasjonen vil se ut i 2035 på nasjonalt nivå basert på estimerer tilbud og etterspørsel etter helsepersonell⁷. Denne rapporten omtales ofte som Helsemod-rapporten, etter modellen som brukes. Framskrivningene i etterspørsel er basert på alders- og kjønns spesifikke pasient- og brukerdata, årsverk per bruker og befolkningsframskrivninger basert på tall fra 2017. I en annen rapport er det utført framskrivninger av etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester brutt ned på regioner, noe som viser at det vil bli vekst i alle opptaksområdene men med store regionale forskjeller⁸. De to SSB-rapportene bruker

⁷ Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035. SSB-rapport 2019/11.

⁸ Regionale framskrivninger av etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester, 2017-2035. SSB rapport 2019/26.

noe forskjellig utgangspunkt i beregningene, men tallene de kommer fram til er svært like. Imidlertid er det da viktig å vite hvilken rapport det refereres til.

SSB-rapporten som ser på regionale forskjeller fordeler også årsverkene mellom omsorgstjenesten og kommunal helsetjeneste. I framskrivningene beregnes det at den kommunale omsorgstjenesten vil trenge 65 398 flere årsverk fram mot 2035 på landsbasis. Dette tilsvarer en økning på 46 prosent årsverk fra 2017. Innenfor kommunale helsetjenester er det framskrevet en vekst på 5 840 årsverk fram mot 2035, tilsvarende en vekst på 14 prosent fra 2017. Beregningene antyder dermed behov for over 70 000 flere årsverk i hele helse- og omsorgstjenesten.

Den andre rapporten om arbeidsmarkedet for helsepersonell (Helsemod-rapporten) er brutt ned på ulike utdanninger og sammenligner tilbud og etterspørsel⁹. SSBs utregninger viser at det vil kunne mangle omlag 28 000 sykepleierårsverk, omlag 18 000 helsefagarbeiderårsverk og omlag 4 900 vernepleierårsverk fram mot 2035. KS har beregnet et behov for 38 400 nye årsverk innenfor helse og omsorg i kommunene innen 2028¹⁰. Til sammenligning er det behov for kun 1 000 nye årsverk i øvrige kommunale sektorer i samme periode.

NAVs bedriftsundersøkelse fra 2019¹¹ viser at det alt i dag er en estimert mangel på flere grupper av helsepersonell. Størst er mangelen på sykepleiere. Også KS' arbeidsgivermonitor for 2019 som måler rekrutteringsutfordringer i kommunene viser at det er særlig krevende å rekruttere sykepleiere, men også leger, psykologer og vernepleiere. 75 prosent av kommunene melder at det er meget eller ganske utfordrende å rekruttere sykepleiere, 60 prosent melder vansker med å rekruttere leger, 57 prosent har utfordringer med rekruttering av psykologer og 48 prosent av kommunene melder om vansker med å rekruttere vernepleiere.

1.4 utfordringer med deltidsstillinger

De kommunale helse- og omsorgstjenestene har vært preget av deltidsarbeid siden siste del av 1980-tallet. Arbeidstidsreformen i 1987 førte til en forkortelse fra 38 til 35,5 timers uke. Reduksjonen ble tatt ut som en ekstra frihelg, uten at turnusene ble lagt om. Dette har medført et behov for små stillingsbrøker til å fylle døgnturnus i helgene med nok antall ansatte.

Deltidsarbeid medfører en uutnyttet personellressurs. En økning i gjennomsnittlig stillingsstørrelse kan bidra til å redusere rekrutteringsutfordringene. Forskning på området tyder på at helgeturnusen i omsorgstjenesten må løses for å kunne utvikle en heltidskultur i tjenesten¹². De som jobber deltid i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, kan også ha ansettelsesforhold andre steder, bl.a. i spesialisthelsetjeneste. Den uutnyttede ressursen trenger derfor ikke være like stor som andelen deltidsstillinger gir inntrykk av.

Kun 30,3 prosent av de sysselsatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten jobber 100 prosent eller mer i 2018. Dette er en nedgang på 1,1 prosentpoeng fra 2017. 15,6 prosent arbeider i stillingsprosent mellom 80-99, mens 26,5 prosent har mindre enn en halv stilling.

Kontinuitet, forutsigbarhet, informasjon og faglighet blir sterkt utfordret av deltidsstillinger. Deltidsbruken påvirker kvaliteten i pasientarbeidet og utfordrer pasientsikkerheten i tjenestene. Det skaper stort gjennomtrekk

⁹ Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035. SSB-rapport 2019/11.

¹⁰ KS tilgjengelig her: <https://www.ks.no/fagomrader/statistikk-og-analyse/sysselsettingsstatistikk/stort-behov-for-nye-medarbeidere-fremover/>

¹¹ Kalstø, Åshild Male. NAVS Bedriftsundersøkelse 2019. Økt etterspørsel etter arbeidskraft.

<https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/kunnskap/analyser-fra-nav/arbeid-og-velferd/navs-bedriftsundersokelse-2019>

¹² Ingstad, K. (red.). Turnus som fremmer heltidskultur. Gyldendal 2016, Oslo.

av personell hos sårbare pasientgrupper og gjør det vanskelig å sikre god informasjonsflyt og kontakt med pårørende. Dette kan i neste omgang redusere de ansattes opplevelse av tilfredshet i egen arbeidssituasjon.

Deltidsarbeid er en stor arbeidsgiverutfordring. På grunn av delte stillinger kan mange ledere ha personalansvar for uforholdsmessig mange ansatte i helse- og omsorgstjenesten. Dette skaper utfordringer for oppfølging av sykefravær og ivaretagelse av ansatte, etablering og utvikling av fagmiljøer og kompetanseutvikling i tjenesten. Ansvar for å ivareta kontinuitet i pasientarbeidet blir stort for de få som jobber i hele stillinger. Mye tid blir brukt til å lære opp ansatte og å sikre overføring av pasientstatus og behandlingsplaner mellom ansatte.

Deltidsstillinger påvirker ansattes pensjonsinntjening, hindrer nyutdannede i å få lån til egen bolig og skaper en stressfylt arbeidssituasjon der man må kunne ta imot tilbud om ekstravakter på kort varsel for å kunne få en lønn å klare seg på.

En økning i heltidsstillinger vil være en forutsetning for å bedre kunne møte brukeres bistands- og helsetjenestebehov framover. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten har behov for å rekruttere flere nye ansatte, i tillegg til å utnytte allerede tilgjengelige ressurser. Forskning på området tyder på at det er helgeturnusen i omsorgstjenesten som må løses for å kunne utvikle en heltidskultur i tjenesten¹³.

Helsedirektoratet vurderer at det er nødvendig å innføre en heltidskultur der de fleste ansatte i døgnturnus arbeider i 100%-stillinger. Innsatsen må rettes mot å bistå kommunene i denne omleggingen, og ledere må få verktøy og støtte til å gjennomføre endringer i et tett samarbeid med de ansatte. En omlegging til heltidskultur må vise respekt for kompleksiteten i endringsarbeidet.

1.5 **Ledelse og strategisk kompetanseplanlegging**

Utfordringsbildet i helse- og omsorgstjenestene er omfattende og komplekst, og det krever kompetente ledere til å gjennomføre nødvendige tiltak og endringer. Implementering av systematisk kvalitetsforbedringsarbeid er blant nøklene for å få til gode tjenester. Det henger tett sammen med kompetanse- og personellfeltet.

Gjennom Kompetanseløft 2020 og tilbudet om *Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten* fra BI har det vært en målrettet satsning på økt kompetanse for ledere i kommunale helse- og omsorgstjenester og i fylkeskommunale tannhelsetjenester. Rambølls evalueringen av nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten ved BI¹⁴ konkluderer med at utdanningen gir deltakerne et godt utbytte, økte kunnskaper og ferdigheter, og har styrket deltakerne i deres lederroller.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (FOR-2016-10-28-1250) omhandler plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter, og inkluderer blant annet å ha oversikt over kompetanse og behov for opplæring (paragraf 6 f), og plikten til å sørge for nødvendig kunnskap og kompetanse blant medarbeiderne i det aktuelle fagfeltet (paragraf 7 b).

Evalueringsrapportene av Kompetanseløft 2020 fra Sintef, NIFU og NIBR^{15,16} og Rambølls rapport *Strategisk kompetanseplanlegging i kommunene*¹⁷ peker på at det foregår ulike former for kompetanseplanlegging på

¹³ Ingstad, K., Nergaard, K., Kvande, E., Amble, N., Moland, L., Bråthen, K., Moe, A. (2016). Turnus som fremmer heltidskultur. Oslo: Gyldendal akademisk.

¹⁴ Rambøll Management Consulting (2017). *Evaluering av utdanningstilbudet "Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten"*.

¹⁵ L. Grut m.fl. (2019). *Evaluering av Kompetanseløft 2020, delrapport I, del II*.

¹⁶ K. Nesje m.fl. (2018). *Evaluering av Kompetanseløft 2020 Første delrapport 2018*.

¹⁷ Rambøll Management Consulting (2018). *Strategisk kompetanseplanlegging i kommunene*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/forsoksordninger-og-prosjekter/kompetanseloft-2020>

ulike nivåer i helse- og omsorgstjenesten. Men få planer er politisk behandlet, slik at utfordringsbildet ikke er godt nok kjent for lokalpolitikere. Tilbakemeldinger fra fylkesmannsembetene tyder på at mange kommuner, særlig mindre kommuner, har begrenset kapasitet og kompetanse når det gjelder analyser og planlegging av tjenestene.

Tilsvarende viser Riksrevisjonens undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen at myndighetene ikke har god nok oversikt over kommunenes arbeid med å sikre riktig kapasitet i eldreomsorgen¹⁸. Riksrevisjonen har gått igjennom fylkesmennenes årsrapporter. Deres funn tyder på at det fortsatt er kommuner som ikke utarbeider planer for å møte de framtidige helse- og omsorgsutfordringene. Det varierer også om eksisterende planer er politisk forankret eller ikke.

Tidligere krav til separate sektorplaner for helse- og sosialområdet ble opphevet i forbindelse med endringene i Plan- og bygningsloven i 2008. Hensikten var at sektorplanlegging som hovedregel skulle skje gjennom kommuneplansystemet. Dette har medført at helse- og omsorgstjenesten i noen kommuner ikke lenger har en tydelig plass i kommuneplanen. Helse- og omsorgstjenesten er den største sektoren i kommunen og har grunnleggende betydning for folks helse og velferd. Med de store utfordringer framover for rekruttering av personell til helse- og omsorgstjenesten, vurderer Helsedirektoratet at kommunestyrene bør få seg forelagt vurderinger om personell- og kompetansesituasjonen som del av kommunens planverk og konkrete tiltak til beslutning.

Kompetanseplaner har begrenset verdi hvis de forblir intensjonserklæringer, mens en virksom plan kan gjøre det lettere å jobbe strategisk med kompetanseutvikling og være egnet til å utforme tiltak for å møte egne kompetansebehov og dimensjonere innsatsen¹⁹. Rambølls evalueringsrapport av Kompetanseløft 2020²⁰ viser at kommuner som lykkes med rekruttering og kompetanseheving er preget av god oversikt over personell og kompetanseutfordringer. Ledere har en avgjørende rolle som kulturskapere.

1.6 **Tilgang på kvalifisert personell**

Gode tjenester krever også tilgang på kvalifisert personell. Det er funnet flere utfordringer knyttet til å rekruttere og beholde kvalifisert personell i de ulike helse- og omsorgstjenestene, og rekruttering utgjør i dag en sentral arbeidsgiverutfordring for kommunene. Flere aktører har satt søkelys på dette, som blant annet NAV og KS. I tillegg er utfordringen ventet å øke i årene fremover.

NAVs bedriftsundersøkelse²¹ viser at det er et betydelig underskudd av sentrale helsepersonellgrupper i en samlet helse- og omsorgstjeneste. For å oppfylle kommunens ansvar i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven, skal kommunen ha ansatt lege, sykepleier, fysioterapeut, jordmor og helsesykepleier. Fra 2020 gjelder kompetansekravene også ergoterapeut, psykolog og tannlege. Dette kan forsterke kommunenes rekrutteringsutfordringer.

¹⁸ Riksrevisjonen (2018). *Riksrevisjonens undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen. Dokument 3:5 (2018-2019)*.

¹⁹ Leif E. Moland, Ketil Bråthen, Odd Bjørn Ure, Helge Renå, Christian Skattum og Tone H. Sollien (2010). *Strategisk kompetanseutvikling i kommunene*. Tilgjengelig fra:

<https://www.ks.no/contentassets/ba5a868b035e4c5eb51b7abb722973e3/rapport.pdf>

²⁰ Rambøll Management Consulting (2018). *Strategisk kompetanseplanlegging i kommunene*. Tilgjengelig fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/forsoksordninger-og-prosjekter/kompetanseloft-2020>

²¹ Åshild M. Kalstø (2019). *NAV's bedriftsundersøkelse. Økt etterspørsel etter arbeidskraft*. Tilgjengelig fra: https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Kunnskap/Analyser+fra+NAV/Arbeid+og+velferd/Arbeid+og+velferd/attachment/548419?_download=true&_ts=16a968191b8

Som nevnt under 1.6 tyder framskrivninger fra SSB i 2019 på at det vil bli store underskudd av flere sentrale yrkesgrupper fram mot 2035. Framskrivningene tilsier at mye av denne etterspørselsveksten vil skje i omsorgstjenestene i kommunene²².

Ifølge KS' beregninger²³ må antall årsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester øke med rundt 38 000 fram mot 2028 dersom kommunene skal kunne tilby tjenester på samme nivå som i dag. Ifølge beregningene vil helse- og omsorgstjenestene alene stå for tilnærmet hele økningen av årsverk i kommunal sektor de neste ti årene. Beregningene er gjort med KS' rekrutteringsmodell, basert på data fra PAI-registeret og befolkningsprognoser fra SSB.

Særlig vanskelig å rekruttere sykepleiere

Å rekruttere helsepersonell er en sentral arbeidsgiverutfordring for kommunene. KS gjennomfører regelmessige kartlegginger, gjennom kommunesektorens arbeidsgivermonitor, der de spør rådmenn om utfordringer med å rekruttere arbeidskraft, herunder ulike grupper helsepersonell.

Sykepleiere er den yrkesgruppen som klart flest kommuner har utfordringer med å rekruttere. Av kommunene som besvarte, vurderte kun 11 av 216 kommuner (tilsvarende 5 prosent), at det *ikke* var utfordrende å rekruttere sykepleiere. 65 kommuner vurderte at det var *litt* utfordrende, 73 at det var *ganske* utfordrende og 67 at det var *meget* utfordrende²⁴. NAV estimerte i 2019 en mangel på 4 500 sykepleiere og 1 100 spesialsykepleiere²⁵, mens HELSEMOD framskriver et betydelig underskudd av sykepleiere. I KS sin undersøkelse erfarte kun 8 av 216 kommuner utfordringer med å få tak i helsefagarbeidere. Ifølge HELSEMOD-framskrivingene vil det imidlertid bli en betydelig ubalanse mellom framtidig tilbud og etterspørsel etter helsefagarbeidere framover.

I Riksrevisjonens undersøkelse fra 2016 om ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen, kommer det fram at nær halvparten av kommunene opplyser at de ikke har nok sykepleiere²⁶.

1.7 Utdanningstilbud og desentraliserte utdanninger

Kommunenes tilgang til helsepersonell vil naturligvis være nært knyttet til uteksaminering av nye kandidater. I tillegg vil rekruttering til kommunene være avhengig av om nyutdannede *ønsker* å jobbe i kommunene. NSF Students avgangsundersøkelse som ble publisert i 2018²⁷ viser at kun 2 av 10 nyutdannede sykepleiere hadde jobb i sykehjem eller hjemmetjeneste som førstevalg etter endte studier. Resultatene stemmer godt overens med tidligere undersøkelser.

En SSB-undersøkelse fra 2019²⁸ indikerer at mange sykepleiere starter karrieren i spesialisthelsetjenesten, før de begynner i kommunene etter hvert. Kommunene må jobbe systematisk for å være og bli oppfattet som

²² Regionale framskrivninger av etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester, 2017-2035. SSB rapport 2019/26.

²³ Rapport *Stort behov for nye medarbeidere fremover*. KS (2018). Tilgjengelig fra: <https://www.ks.no/fagomrader/statistikk-og-analyse/sysselsettingsstatistikk/stort-behov-for-nye-medarbeidere-fremover/>

²⁴ KS' arbeidsgivermonitor 2017

²⁵ NAVs bedriftsundersøkelse 2019

²⁶ Riksrevisjonen (2016). *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen*. Dokument 3:5 (2015–2016).

²⁷ NSF Student (2018). *Avgangsundersøkelsen 2017*. Tilgjengelig fra:

https://www.nsf.no/Content/3763210/cache=20180603105249/NSF-%231017046-v1-Avgangsunders%C3%B8kelsen_2017.pdf

²⁸ Skjøstad O., S. Beyrer, J. Hansen og G. Hjemås (2019). *Sykepleieres arbeidssted og nyutdannede sykepleieres tilknytning til arbeidslivet*. SSB-rapporter 2019/4. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/attachment/377977?ts=168ebbca3b8>

attraktive arbeidsplasser for nyutdannede og arbeidstakere. Rekrutteringsproblemer kan henge sammen med mangel på heltidsstillinger og fagmiljøer med muligheter for fagutvikling.

Helsedirektoratet følger med på utviklingen av søkere til helse- og sosialfaglige utdanninger og ferdige kandidater. Statistikken viser gode søkertall for sykepleiestudiet I tillegg til sykepleierne som vi utdanner i Norge, har innvandrere vært viktig for rekrutteringen til kommuner i deler av landet²⁹. Kompletterende utdanning som i dag tilbys for sykepleiere ved OsloMet - storbyuniversitetet og VID Vitenskapelige Høyskole, er et viktig tiltak for at tjenestene kan dra nytte av kompetansen til personer med utenlandsk utdanning så raskt som mulig.

Søkertallene for helse- og oppvekstfag (vg1) og helsefagarbeiderfag (vg2 og vg3) har økt betydelig siden 2010. Denne veksten klarer likevel ikke å kompensere for frafallet ved pensjonsalder blant helsefagarbeidere/hjelpepleiere/omsorgsarbeidere. Rekrutteringen av voksne for å utdanne seg til å bli helsefagarbeidere ble redusert etter omleggingen fra en tidligere skolebasert videregående utdanning til fagutdanning med to års læretid fram til fagbrev. De ulike ordninger som i dag skal bidra til at ansatte over 25 år i kommunale helse- og omsorgstjenester får fagbrev, kan framstå som kompliserte å gjennomføre.

Høsten 2018 ble ordningen "fagbrev på jobb" innført. Målgruppen er voksne i helse- og omsorgstjenesten, hvor personer som er i lønnet arbeid kan bli realkompetansevurdert, få opplæring på arbeidsplassen og ta fagbrev på grunnlag av dette³⁰. Det gjenstår å se om denne ordningen kan gjøre det lettere å kvalifisere voksne til helsefagarbeideryrket.

Desentraliserte utdanninger

Mindre kommuner kan ha særlige utfordringer med å tilby utdanning til eget helsepersonell. Denne utfordringen kan forsterkes ved at desentraliserte deltids- og nettbaserte utdanninger legges ned til fordel for større forsknings- og utdanningsenheter³¹ i sentrale strøk. Dette gir følger for små kommuner med lang avstand til høgskoler og universiteter³². Fokus på forskningsproduksjon i universitets- og høgskolesektoren tilsier større forskningsmiljøer i sentraliserte enheter. Samtidig har helse- og omsorgstjenestene behov for nærhet til profesjonsutdanninger for å møte rekrutteringsutfordringene framover. Undersøkelser viser at desentraliserte utdanningstilbud styrker rekrutteringen av kvalifisert personell, og de blir værende i kommunene³³.

Behov for mer praksis i kommunene

Det er behov for å heve kvaliteten og øke omfanget av praksis i kommunene for en rekke helse- og sosialfaglige utdanninger, noe som også er framhevet i *Kultur for kvalitet i høyere utdanning*³⁴. Historisk har praksisdelen av helsefagutdanninger i stor grad vært utviklet i en sykehuskontekst. I dag gjennomføres ca. 2/3 av alle praksisstudier i spesialisthelsetjenesten³⁵. Dette er ikke lenger i samsvar med hvordan arbeidsoppgaver fordeler seg mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og helseforetak. Positive erfaringer fra praksisperioder kan være rekrutterende med tanke på framtidig arbeidsforhold.

²⁹ For en oversikt over omfang av sykepleiere med utenlandsk statsborgerskap og/eller utdanning i kommunale helse- og omsorgstjenester, se: Helsedirektoratet (2018). *NHSP 2020-2023 - Kunnskapsgrunnlag til underprosjektet "Helsepersonell med utdanning fra utlandet"*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kunnskapsgrunnlag-helsepersonell-med-utdanning-fra-utlandet>

³⁰ For mer informasjon, se https://utdanning.no/tema/nyttig_informasjon/fagbrev_pa_jobb

³¹ Basert på bl.a. rapporteringer årlig fra fylkesmannsembetene i forbindelse med gjennomføring av Kompetanseløft 2020.

³² L. Grut m.fl. (2019). *Evaluering av Kompetanseløft 2020, delrapport I, del II*.

³³ M. Gaski, B. Abelsen og I. Lie (2017), *Sykepleiere utdannet i Nord-Norge*. NSDM-rapport. Tilgjengelig fra: <https://www.nsdsm.no/sykepleiere-utdannet-i-nord-norge/>

³⁴ Meld. St. 16 (2016-2017) *Kultur for kvalitet i høyere utdanning*

³⁵ Praksisprosjektet: http://www.uhr.no/documents/praksisprosjektet_sluttrapport.pdf

1.8 Teknologi og innovasjon

Innføring og utvikling av ny teknologi vil ha betydning for framtidens behov for helsepersonell. Det er stor usikkerhet rundt hvilken effekt endringer i form av velferdsteknologi og digitalisering vil få for framtidig behov for personell og kompetanse, men det er et stort potensial for bedre utnyttelse av teknologi³⁶. Trolig vil flere av framtidens utfordringer på personellfeltet kunne løses gjennom teknologisk utvikling, hvor teknologiske løsninger tas i bruk på stadig utvidede og nye områder.³⁷

Ifølge Arbeidsgivermonitoren 2017 er det sentrale arbeidsgiverutfordringer å realisere gevinster ved digitalisering og evne til innovasjon og nyskaping³⁸. Undersøkelsen gjelder kommunene generelt, men det er liten tvil om at disse utfordringene er relevante også i helse- og omsorgstjenestene.

Ifølge Ipsos, som har gjennomført en kartlegging av endrede kompetansebehov i en digitalisert helse- og omsorgssektor på oppdrag for KS, har ni av ti kommuner innført velferdsteknologiske løsninger de siste to årene, mens seks av ti er i gang med å digitalisere oppgaver og tjenester³⁹.

Trolig vil digitalisering og velferdsteknologi kunne bidra til å effektivisere driften, men samtidig har det også følger for de ansatte og kravene til deres kompetanse. Fire av ti kommuner i Ipsos-undersøkelsen oppgir at helse- og omsorgsarbeidere i ganske (38%) eller meget stor grad (2 %) har fått nye ansvarsområder som følge av teknologisk/digital kompetanseheving. Samtidig opplever fire av fem at deres medarbeidere i meget eller ganske stor grad mangler relevant og nødvendig teknologisk/digital kompetanse. Innovasjonskompetanse, grunnleggende digitale ferdigheter og evne til læring og omstilling blir trukket frem som kompetanse det er særlig behov for å styrke. Ifølge en utredning fra Asplan Viak og Fafo har kommunestørrelse betydning for kommunenes innovasjonsevne⁴⁰, og utfordringene vil trolig variere mellom kommuner av ulik størrelse.

En behovsanalyse for avansert IKT-kompetanse finner også en underdekning av avansert IKT-personell innen tjenesteyting og offentlig sektor, og særlig innen helsesektoren⁴¹. Det er særlig behov for tverrfaglig kompetanse. For helse- og omsorgssektoren er det behov for å øke kompetanse på anskaffelse for kjøp av IKT-utstyr. Det er også behov for styrke lederes kompetanse og forståelse av innovasjon og teknologiske løsninger.

³⁶ NOU 2016: 3. *Ved et vendepunkt: Fra ressursøkonomi til kunnskapsøkonomi. Produktivitetskomisjonens andre rapport*. Oslo: Finansdepartementet

³⁷ Samfunnsøkonomisk analyse (2018). *Helse-Norge 2040. Hvordan vil fremtiden bli? Rapport 1-2018*

³⁸ KS/IPSOS (2017). *Arbeidsgivermonitoren: Utfordrende med nye arbeidsmåter*. Tilgjengelig fra: <https://www.ks.no/fagomrader/statistikk-og-analyse/arbeidsgivermonitoren/nye-arbeidsmater-utfordrende/>

³⁹ Ipsos Public Affairs (2018). *Kartlegging av endrede kompetansebehov i en digitalisert helse- og omsorgssektor*. Tilgjengelig fra: <https://www.ks.no/contentassets/9d044ddc1e12472b8c3a11fb2f851d85/rapport-ks-dypdykk-ledere-2018---oppdatert.pdf>

⁴⁰ Leif E. Moland, Ketil Bråthen, Odd Bjørn Ure, Helge Renå, Christian Skattum og Tone H. Sollien (2010). *Strategisk kompetanseutvikling i kommunene*. Tilgjengelig fra: <https://www.ks.no/contentassets/ba5a868b035e4c5eb51b7abb722973e3/rapport.pdf>

⁴¹ Røtnes, R., Bjørnstad, R., & Norberg-Schulz, M. (2015). *Dimensjonering av avansert IKT-kompetanse*. Oslo: Samfunnsøkonomisk analyse.

2. Personellstatistikk 2018

Data som rapporten bygger på, er i hovedsak levert av Statistisk sentralbyrå (SSB) og kommunesektorens organisasjon (KS) sitt PAI-register. Statistikk er også hentet fra SSBs statistikkbank⁴², Utdanningsdirektoratets nettsider⁴³ og fra SINTEF sin årlige kartlegging av bl.a. stillinger og årsverk i kommunenes psykisk helse- og rusarbeid⁴⁴. Personellstatistikk som presenteres i dette kapitlet er på nasjonalt nivå. Tall på kommunenivå er tilgjengelig på Ressursportal.no. Ressursportalen er statlig finansiert gjennom Leve hele livet og skal bidra til at kommunene får lett tilgang til statistikk, styringsinformasjon og analyseverktøy til å benytte i deres planarbeid, herunder til strategisk kompetanseplanlegging.

Databrudd grunnet endringer i innhenting av personelldata

I 2018 tok SSB i bruk en ny metode for *årsverksberegning* av personell i kommunale helse- og omsorgstjenester, med den hensikt å gi mer nøyaktige informasjon om ansattes arbeidstid. Data om antall sysselsatte berøres ikke av databruddet. Den nye beregningsmetoden gir noe lavere årsverkstall enn hva som tidligere er oppgitt. Endringen har gitt et databrudd i årsverksinformasjon mellom 2017 og 2018. Dette gir usikre tall når årsverksdata i 2018 sammenlignes med tidligere år. SSB har etter oppdrag fra Helsedirektoratet gjort beregninger av årsverk etter ny metode også for årene 2016 og 2017, slik at vi kan vurdere faktiske endringer for utvalgte årsverk i handlingsplanperioden for Kompetanseløft 2020 (2016-2020). Men det gir begrenset mulighet til å sammenligne historiske tall med tall fra 2016 og framover.

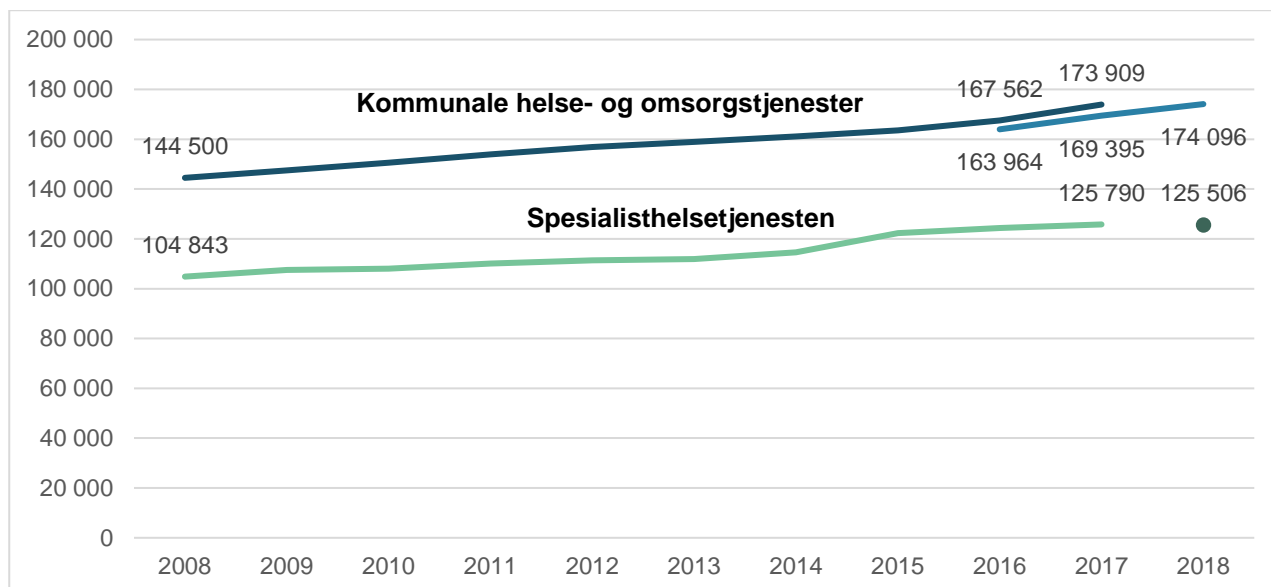
Data som er hentet fra SSBs *statistikkbank* har imidlertid databrudd mellom 2017 og 2018. Disse databruddene vil synliggjøres der det er relevant. Et tilsvarende databrudd finnes også mellom 2014 og 2015, ettersom SSB også på dette tidspunktet endret metode. Endringer mellom 2014 og 2015 kan dermed skyldes endret målemetode og illustrerer ikke nødvendigvis endring i årsverk. Dette databruddet er ikke synliggjort i denne rapporten, da hovedfokus i rapporten er nyere endringer, men er noe leseren bør være oppmerksom på ved sammenligning av eldre og nyere tall.

⁴² <https://www.ssb.no/statbank/>

⁴³ www.udir.no/tall-og-forskning/statistikk

⁴⁴ https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/avdelinger/helse/endelig_kommunalt-psykisk-helse-rusarbeid-2018.pdf

Figur 5: Årsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten



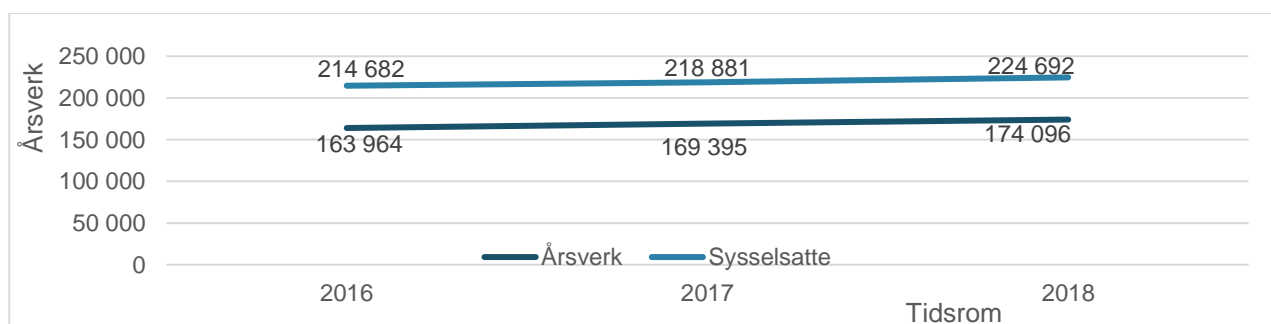
Kilde SSB. Figuren viser tidligere og ny beregning for perioden 2008-2017 og 2016 til 2018. Merk at mørk blå og grønn linje viser tidligere beregning av SSB. Ny metode er illustrert ved lys blå linje.

2.1 Årsverk og sysselsatte

Vi vil i det følgende presentere statistikk på årsverk og sysselsatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Som det fremgår av figur 6 er det flere sysselsatte enn årsverk. Ett årsverk kan fordeles på flere ansatte. Spriket mellom antall årsverk og sysselsatte indikerer at det fortsatt er mange ansatte i deltidsstillinger i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det vises en forholdsvis lik økning i antall sysselsatte og årsverk fra 2017 til 2018 som kan tyde på at det ikke har vært en stor økning i deltidsstillinger dette året. Deltidsbruken blir nærmere omtalt i avsnitt 2.11.

Figur 6: Årsverk og sysselsatte i kommunale helse- og omsorgstjenester (SSB)



Kilde: SSB

I den kommunale helse- og omsorgstjenesten som helhet økte antall årsverk med 6,2 prosent og antall sysselsatte med 4,7 prosent mellom 2016 og 2018. Utviklingen med større vekst i årsverk enn i sysselsatte, kan tyde på økende stillingsstørrelse for sysselsatte. For perioden 2017 til 2018 var det derimot en relativt lik vekst i årsverk og sysselsatte. Antall årsverk økte fra 2017 til 2018 med 2,8 prosent og antall sysselsatte økte med 2,7 prosent.

Tabell 2: Årsverk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten 2016-2018

	2016	2017	2018	Endring 2017-2018 i %
Administrativt personell	2 031	1 956	2 038	4,2 %
Aktivitør	1 197	1 165	1 076	-7,6 %
Sykepleier (bachelor)	26 761	27 846	28 391	2,0 %
Barne- og ungdomsarbeider	1 146	1 278	1 357	6,2 %
Barnevernspedagog	954	974	1 078	10,7 %
Ergoterapeut	2 057	2 226	2 341	5,2 %
Geriatrisk sykepleier	1 864	1 946	1 981	1,8 %
Helsesekretær	2 547	2 598	2 601	0,1 %
Helsesykepleier	2 787	2 915	3 030	3,9 %
Hjelpepleier, omsorgsarbeider og helsefagarbeider	47 488	48 547	48 779	0,5 %
Jordmor	422	465	519	11,6 %
Miljøterapeut	2 236	2 412	2 744	13,8 %
Pleieass., hjemmehj., brukerrettet tj. m/annen utd. på vg. nivå	13 938	14 790	15 288	3,4 %
Pleieass., hjemmehj., brukerrettet tj. m/helseutd	947	951	1 061	11,5 %
Pleieass., hjemmehj., brukerrettet tj. m/helseutd på høgsolenivå	2 759	2 965	3 290	11,0 %
Pleieass., hjemmehj., brukerrettet tj. m/helseutd på vg. nivå	3 545	3 781	4 246	12,3 %
Pleieass., hjemmehj., brukerrettet tj. u/vg. utd.	18 232	18 282	18 689	2,2 %
Psykiatrisk sykepleier inkl. psykisk helsearbeid	2 278	2 370	2 420	2,1 %
Psykisk miljøarbeid	170	181	188	3,8 %
Servicefunksjoner	3 291	3 270	3 301	0,9 %
Sosionom	1 458	1 614	1 746	8,2 %
Sykepleier med annen spesialutdanning/videreutdanning	3 339	3 544	3 719	4,9 %
Uspesifisert, annet	3 822	3 823	4 107	7,4 %
Vernepleier	8 305	8 710	9 106	4,5 %
Leger	5 585	5 823	5 963	2,4 %
Fysioterapeuter	4 806	4 966	5 039	1,5 %
Totalt	163 964	169 395	174 096	2,8 %

Merknader: Tall for årsverk inkluderer lange fravær. Psykologer er ikke medregnet. Her kan vi regne endring fra 2017 til 2018 for årsverk ettersom SSB har justert tallene fra 2016. Kilde: SSB

Det har vært størst vekst blant miljøterapeuter, med nesten 14 prosent økning fra 2017 til 2018. Denne stillingskategorien er sammensatt og inneholder bl.a. vernepleiere, sosionomer, ergoterapeuter, sykepleiere, barnevernspedagoger, barnehagelærere, spesialpedagoger og annet høgscole- og universitetsutdannet personell.

Jordmødre har også hatt høy relativ vekst i kommunale helse- og omsorgstjenester, med 11,6 prosent økning fra 2017 til 2018. Økningen i årsverkstall blant jordmødre er i tråd med satsningen på jordmortjeneste i kommunehelsetjenesten, gjennom tilskuddsordningen "Styrking og utvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten". Dette har vært en politisk prioritet for at kommunene skal være rustet til å følge opp barselkvinner når disse utskrives tidligere etter fødsel. Ordningen startet i 2016 og tilskuddsbeløpet har gradvis økt i størrelse. I 2018 var 20 millioner øremerket jordmorsårsverk.

Høy vekst finner vi også blant ansatte med sosialfaglig bakgrunn som barnevernspedagoger (10,7%), sosionomer (8,2%) og barne- og ungdomsarbeidere (6,2%). Økningen blant barnevernspedagoger og sosionomer kan knyttes til at flere faggrupper arbeider i omsorgstjenestene, særlig innen psykisk helse- og rusarbeid og i arbeid med personer med utviklingshemming.

Kategoriene «*Pleieassistenter, hjemmehjelp etc i brukerrettet tjenester*» er omfangsrik og ansatte har ulik utdanningsbakgrunn. De aller fleste har ikke helse- eller sosialfaglig utdanningsbakgrunn. Gjennomsnittlig vekst i årsverk for kategoriene under pleieassistenter mv. har økt med 4,4 prosent fra 2017 til 2018. Tilsvarende har kategoriene for sykepleiere kun hatt en økning med 2,3 prosent i samme tidsrom. Dette skjer i en periode med tidligere utskrivning fra sykehus til hjemmebaserte og institusjonsbaserte omsorgstjenester og dermed økt behov for helsefaglig kompetanse.

Blant SSBs kategorier for sykepleiere er det lavest vekst av geriatriske sykepleiere (1,8 prosent) tett fulgt av sykepleiere uten videreutdanning (2 prosent). I lys av SSBs framskrivninger vil behovet for sykepleiere være høyest av de ulike faggruppene. Kommunene melder alt nå om store rekrutteringsutfordringer for sykepleiere. Helsedirektoratet er kjent med at enkelte kommuner ansetter personer uten helsefaglig bakgrunn i mangel på sykepleiere. Gjennom prosjekt Jobbvinner har KS fokus på at kommunene skal utvikle rekrutteringsstrategier for å få nok sykepleiere og helsefagarbeidere. I dette inngår faglig oppfølging av nyansatte, godt fagmiljø, heltidsstillinger og dyktige ledere.

Antall årsverk blant fysioterapeuter holdt seg relativt stabilt fra 2016 til 2018. Fra 2017 til 2018 var det kun 1,5 prosent økning. Det har vært større økning blant ergoterapeuter (5,2 prosent).

Antall årsverk blant helsefagarbeidere (inkludert hjelpepleiere og omsorgsarbeidere) holdt seg tilnærmet stabilt mellom 2016 og 2018. Økningen fra 2017 til 2018 var 0,5 prosent. Forklaringen kan ses i sammenheng med arbeidet som er gjort de siste årene med å utvikle fulltidsstillinger, noe som særlig har skjedd for sykepleiere, og i noe mindre grad for helsefagarbeidere. Det ligger fortsatt et potensiale av helsefagressurser i den store bruken av deltidsstillinger. Selv om kommunene ikke melder om rekrutteringsutfordringer for helsefagarbeidere⁴⁵, viser framskrivninger et stort behov framover slik vi tidligere har omtalt.

⁴⁵KS' arbeidsgivermonitor 2017

Tabell 3: Sysselsatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten 2010, 2015-2018

	2010	2015	2016	2017	2018	Endring 2017- 2018 i %
Administrativt personell	4 300	2 627	2 546	2 388	2 516	5,4 %
Aktivitør	1 793	1 592	1 533	1 475	1 379	-6,5 %
Andre sykepleiere	26 509	30 469	31 161	32 145	32 584	1,4 %
Barne- og ungdomsarbeider	1 015	1 417	1 529	1 643	1 740	5,9 %
Barnevernspedagog	827	1 062	1 094	1 114	1 199	7,6 %
Ergoterapeut	1 615	2 131	2 236	2 412	2 532	5,0 %
Geriatrisk sykepleier	1 466	2 016	2 066	2 145	2 190	2,1 %
Helsesekretær	3 003	3 160	3 164	3 219	3 245	0,8 %
Helsesykepleier	2 482	3 028	3 131	3 242	3 360	3,6 %
Hjelpepleier, omsorgsarbeider og helsefagarbeider	60 098	62 176	62 838	63 617	63 733	0,2 %
Jordmor	381	426	475	520	577	11,0 %
Miljøterapeuter	4 534	2 455	2 725	2 899	3 246	12,0 %
Pleieass., hjemmehj., brukerrettet tj. m/annen utd. på vg. nivå	17 000	25 927	26 326	27 356	28 689	4,9 %
Pleieass., hjemmehj., brukerrettet tj. m/helseutd	553	1 100	1 213	1 199	1 332	11,1 %
Pleieass., hjemmehj., brukerrettet tj. m/helseutd på høgskolenivå	3 201	5 833	6 025	6 287	6 839	8,8 %
Pleieass., hjemmehj., brukerrettet tj. m/helseutd på vg. nivå	3 453	6 114	6 164	6 315	6 982	10,6 %
Pleieass., hjemmehj., brukerrettet tj. u/vg. utd.	35 765	34 192	32 968	32 691	33 308	1,9 %
Psykiatrisk sykepleier inkl. psykisk helsearbeid	2 093	2 458	2 496	2 591	2 649	2,2 %
Psykisk miljøarbeid	124	174	177	185	197	6,5 %
Servicefunksjoner	7 199	2 879	4 580	4 483	4 485	0,0 %
Sosionom	1 238	1 595	1 647	1 794	1 949	8,6 %
Sykepleier med annen spesialutdanning/videreutdanning	2 392	3 455	3 699	3 906	4 089	4,7 %
Uspesifisert, annet	7 483	7 684	5 905	5 872	6 151	4,8 %
Vernepleier	6 680	8 646	8 984	9 383	9 721	3,6 %
Totalt	195 204	212 616	214 682	218 881	224 692	2,7 %

Kilde: SSB

Antall sysselsatte er langt flere enn antall årsverk i helse- og omsorgstjenesten, slik det også fremgår av figur 4. Dette skyldes i stor grad bruk av deltidsstillinger og til dels små stillingsbrøker som enkelte ansatte. Helseledelsen har som partene i arbeidslivet påpekt de uheldige sidene ved dette.

Tabell 3 viser stor økning av sysselsatte i kommunene fra 2010 til 2018 for flere yrkesgrupper. Det har i denne perioden vært en total økning på 15,1 prosent i antall sysselsatte. Økningen fra 2017 til 2018 synes derimot å være begrenset. Totalt økte antall sysselsatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten med 2,7 prosent siste år. Det var størst vekst i sysselsatte miljøterapeuter (12 prosent), pleieassistenter med helseutdanning (11,1 prosent), jordmødre (11 prosent) og pleieassistenter med helseutdanning på videregående nivå (10,6 prosent). Det var nedgang på 6,5 prosent for sysselsatte aktivitører. Denne nedgangen har vedvart i flere år og kan ha sammensatte forklaringer. En forklaring har vært at kommunene har redusert antall stillinger for faggrupper som ikke er lovpålagte.

2.2 Årsverk i omsorgstjenestene

Institusjonsbaserte og hjemmebaserte tjenester utgjør mer enn tre ganger så mange årsverk som øvrige helse- og omsorgstjenester og innehar dermed hovedtyngden av personellressursene.

Omsorgstjenesten i kommunene blir i SSBs statistikker gruppert som hjemmebaserte tjenester og institusjon. Hjemmebaserte tjenester innebærer oppsøkende helse- og omsorgstjenester i innbyggernes hjem, kommunale boliger eller der personell møter brukeren på annet avtalt sted. I kategorien *institusjon* finner vi tjenester blant annet i sykehjem, døgnbemannede boliger til ulike grupper av brukere med omfattende behov for tjenester.

Tabell 4: Årsverk i omsorgstjenesten 2016 til 2018

	2016	2017	2018	Endring 2017-2018 i %
Administrativt personell	1 245	1 128	1 189	5,4 %
Aktivitør	1 197	1 165	1 076	-7,6 %
Andre sykepleiere (uten videreutdanning)	23 016	23 877	24 094	0,9 %
Barne- og ungdomsarbeider	1 146	1 278	1 357	6,2 %
Barnevernspedagog	954	974	1 078	10,7 %
Ergoterapeut	1 067	1 162	1 202	3,5 %
Geriatrisk sykepleier	1 864	1 946	1 981	1,8 %
Hjelpepleier, omsorgsarbeider og helsefagarbeider	46 350	47 419	47 587	0,4 %
Miljøterapeuter	1 477	1 602	1 824	13,8 %
Pleieass., hjemmehj., brukerrettet tj. m/annen utd. på vg. nivå	12 639	13 434	13 787	2,6 %
Pleieass., hjemmehj., brukerrettet tj. m/helseutd på høgsolenivå	2 759	2 965	3 290	11,0 %
Pleieass., hjemmehj., brukerrettet tj. m/helseutd på vg. nivå	3 545	3 781	4 246	12,3 %
Pleieass., hjemmehj., brukerrettet tj. u/vg. utd.	18 232	18 282	18 689	2,2 %
Psykiatrisk sykepleier inkl. psykisk helsearbeid	1 489	1 539	1 564	1,7 %
Servicefunksjoner	2 887	2 868	2 880	0,4 %
Sosionom	1 458	1 614	1 746	8,2 %
Sykepleier med annen spesialutdanning/videreutdanning	3 339	3 544	3 719	4,9 %
Uspesifisert, annet	2 650	2 672	2 871	7,5 %
Vernepleier	7 874	8 202	8 575	4,5 %
Totalt	135 189	139 450	142 754	2,4 %

Kilde: SSB. Merknad: Her kan vi regne endring fra 2017 til 2018 for årsverk ettersom SSB har justert tallene tilbake til 2016.

Tabell 4 viser at den totale veksten i årsverk i omsorgstjenesten fra 2017 til 2018 er på 2,4 prosent. Den største veksten er blant miljøterapeuter (13,8 prosent), pleieassistenter med helseutdanning på videregående nivå (12,3 prosent), pleieassistenter med helseutdanning på høgsolenivå (11 prosent) og barnevernspedagoger (10,7 prosent).

Den laveste veksten har vært i kategorien servicefunksjoner (0,4 prosent) og kategorien *Andre sykepleiere* (0,9 prosent). Til sammenligning er økningen i sykepleiere med videreutdanning på 4,9 prosent fra 2017 til 2018, en utvikling som også er observert tidligere år. Dette tyder på at flere sykepleiere med videreutdanning arbeider i omsorgstjenestene, noe som er i tråd med politiske målsetninger. Veksten av årsverk i omsorgstjenestene for sykepleiere (kategorien *Andre sykepleiere*) uten videreutdanning er derimot relativt beskjeden, noe som kan være bekymringsfullt sett i lys av økningen på komplekse sykepleieoppgaver i sykehjem og hjemmetjenester.

Tabell 5: Årsverk i hjemmebaserte tjenester 2016-2018

	2016	2017	2018	Endring 2017-2018 i %
Helsefagarbeidere	23 993	24 991	25 632	2,6 %
Sykepleiere	13 789	14 579	15 196	4,2 %
Vernepleiere	6472	6789	7076	4,2 %
Ufaglærte	20 964	21 647	22 398	3,5 %

Kilde: SSB. Merknad: Her kan vi regne endring fra 2017 til 2018 for årsverk ettersom SSB har justert tallene fra 2016-2018.

Årsverk for helsefagarbeidere, sykepleiere, vernepleiere sammen med pleieassistenter uten helse- og sosialfaglig utdanningsbakgrunn utgjør hovedtyngden av faggrupper i omsorgstjenestene. Det har vært en økning i årsverk for alle gruppene i tabell 5 i hjemmebaserte tjenester. For sykepleiere og vernepleiere har veksten vært på 4,2 prosent, for ufaglærte på 3,5 % og for helsefagarbeidere på 2,6 prosent.

Tabell 6: Årsverk i sykehjem og institusjoner 2016-2018

	2016	2017	2018	Endring 2017-2018 i %
Helsefagarbeidere	22 357	22 428	21 955	-2,1 %
Sykepleiere	15 920	16 327	16 161	-1,0 %
Vernepleiere	1 401	1 403	1 499	6,8 %
Ufaglærte	12 557	12 741	12 950	1,6 %

Merknad: Her kan vi regne endring fra 2017 til 2018 for årsverk ettersom SSB har justert tallene fra 2016-2018. Kilde: SSB

Fra 2017 til 2018 har det vært en økning i årsverk på 6,8 prosent for vernepleiere i sykehjem og institusjoner. For ufaglærte har det vært en økning på 1,6 prosent. Derimot har årsverk for både helsefagarbeidere og sykepleiere har gått ned, med respektive 2,1 og 1 prosent. Dette er en utvikling som må følges, sett i lys av en økning av tidlig utskrevne pasienter fra sykehus til sykehjem og dermed økt behov for avansert sykepleiefaglig kompetanse.

2.3 Tilrettelagte boliger for personer med utviklingshemming

Som det fremgår av tabell 7, utgjør ansatte uten helse- eller sosialfaglig utdanningsbakgrunn (ufaglærte, SSB) den største personellgruppen med 5 670 årsverk i tilrettelagte boliger for personer med utviklingshemming i 2018. De ufaglærte utgjør 31,7 prosent av totale årsverk, og antallet har økt med 3,8 prosent fra 2017 til 2018.

Helsefagarbeidere er den nest største gruppen med 5 556 årsverk (31 prosent). Vernepleiere, som er den nest største utdanningsgruppen med fagkompetanse, utførte 16,5 prosent (2 955 årsverk) av årsverkene i boliger for utviklingshemmede. Andelen økte med 3,3 prosent mellom 2017 og 2018. Den totale veksten av årsverk i boliger for personer med utviklingshemming fra 2017 til 2018 utgjør 3,5 prosent (612 årsverk).

Tabell 7: Årsverk i tilrettelagte boliger for personer med utviklingshemming 2016 til 2018

	2016	2017	2018	Endring 2017-2018 i %	%-andel av årsverk 2018
Annen helseutdanning på videregående nivå	477	519	525	1,1 %	2,9 %
Ergoterapeut	132	139	150	8,2 %	0,8 %
Helsefagarbeider	5 182	5 401	5 556	2,9 %	31,1 %
Pleieassistent med helseutdanning på VGS- eller høyskolenivå	856	856	856	0,0 %	4,8 %
Sosionom og barnevernspedagog	647	658	712	8,2 %	4,0 %
Vernepleier	2 720	2 861	2 955	3,3 %	16,5 %
Miljøterapeut	517	541	592	9,4 %	3,3 %
Sykepleier med videreutdanning	214	217	217	0,1 %	1,2 %
Sykepleier uten videreutdanning	509	507	547	7,9 %	3,1 %
Ufaglært	5 406	5 465	5 670	3,8 %	31,7 %
Servicepersonell	28	33	30	-8,0 %	0,2 %
Administrativt personell	72	70	66	-4,6 %	0,4 %
Totalt	16 758	17 264	17 877	3,5 %	100,0 %

Merknad: Her kan vi regne endring fra 2017 til 2018 for årsverk ettersom SSB har justert tallene fra 2016. Kilde: SSB

Det har vært en økning av personell med høyere utdanning fra 2017 til 2018, bl.a. med 9,4 prosent økning for miljøterapeuter, 8,2 prosent for ergoterapeuter og 7,9 prosent for sykepleiere. Dette er en positiv utvikling og er i tråd med et stort behov for økt kompetanse i arbeidet overfor personer med utviklingshemming. Brukergruppen er kjennetegnet av flere og komplekse tilstander, og har stort behov for kompetent helsehjelp i tillegg til miljøterapeutisk kompetanse. Fylkesmannens tilsyn med tjenesten viser et stort behov for medisinsk faglig kompetanse fra sykepleiere og leger til utviklingshemmede personer.

Det er i en rekke rapporter påpekt utfordringer med manglende kompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene til personer med utviklingshemming 46, 47, 48. Det rapporteres i flere sammenhenger om at det er vanskelig å rekruttere vernepleiere, særlig til tjenestene til personer med utviklingshemming. Dette har vedvart over tid.

2.4 Personell uten helse- eller sosialfaglig utdanning

Andelen årsverk i omsorgstjenestene som utføres av personell med helse- og sosialfaglig utdanning, er en indikator på kvalitet for de kommunale helse- og omsorgstjenestene, <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer>. Kvalitetsindikatoren er viktig å følge i lys av økt behov for mer avansert og tverrfaglig helsehjelp, blant annet grunnet brukergrupper med behov for omfattende og sammensatte tjenester.

Andel årsverk i brukerrettet tjeneste som utføres av personell uten helse- eller sosialfaglig utdanning var 25,5 prosent i 2018. Andelen i 2017 var 25,4 prosent. Andelen uten fagutdanning for helse- og omsorgstjenesten

⁴⁶ Helsetilsynet (2017) Det gjelder livet. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2016 med kommunale helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming.

⁴⁷ NOU 2016:17 På lik linje – Åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemming

⁴⁸ Rambøll (2016) Kartlegging av behandlings- og tjenestetilbudet til personer som har diagnoser som er definert under begrepet hjernehelse

har vært stabil og på samme høye nivå over flere år, tross stor innsats fra kommunene gjennom satsinger i Kompetanseløft 2020 og tidligere handlingsplaner for personell og kompetanse.

Sett i lys av endringer over flere år av pasientgrupper og økning i bistandsbehov i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er det bekymringsfullt at en fjerdedel av årsverk i brukerrettet omsorgstjeneste er ansatte uten helse- og sosialfaglig utdanningsbakgrunn. Dette forsterkes ved at hele 42 prosent av disse har utdanningsnivå på ungdomsskole eller lavere. Fra 2015 til 2018 var det en økning på 0,5 prosent sysselsatte uten helse- og sosialfaglig utdanning. Fra 2017 til 2018 var økningen på 3,4 prosent. For årsverk var økningen fra 2017 til 2018 tilsvarende, på 3,2 prosent. De siste årene har en rekke oppgaver blitt overført fra helseforetakene til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Avansert sykepleie som tidligere ble utført i sykehus, har i løpet av få år blitt overført som oppgaver til kommunene og gis i pasientenes hjem, i sykehjem og helsehus.

Det har skjedd endringer i alderssammensetningen av brukere som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester i flere år, og stadig flere yngre brukere mottar omfattende tjenester slik vi har beskrevet tidligere. Dette kan være personer med medfødte eller ervervede nevrologiske lidelser, psykiske lidelser og andre som har behov for omfattende bistand. I tillegg vil den demografiske utviklingen medføre økt pleietyngde og bistandsbehov framover.

I 2018 er 12,3 prosent (8 349) i gang med helsefaglig utdanning av totalt 68 148 sysselsatte. I tillegg er 14,5 prosent i gang med annen utdanning. Lavt utdanningsnivå og helsefaglig kompetanse blant ansatte har blant annet betydning for strategier knyttet til kompetansehevede tiltak.

Tabell 8: Utdanningsnivået blant ufaglærte i 2018, årsverk

	2018
Ungdomsskolenivå eller lavere (42%)	42 %
Videregående utdanning (36%)	36 %
Universitets- og høyskoleutdanning, lavere nivå (13%)	13 %
Universitets- og høyskoleutdanning, høyere nivå (2%)	2 %
Uoppgitt (7%)	7 %

Kilde: SSB

Tabell 9: Utdanningsbakgrunn blant ufaglærte i institusjon og sykehjem, 2016-2018, årsverk

	2016	2017	2018	Andel 2018	Endring i % '17-'18
Ungdomsskole eller lavere	5806	5795	5772	44,6 %	
Videregående utdanning	4366	4417	4241	32,7 %	
Høyskole og universitetsnivå	1567	1649	1675	12,9 %	
Uoppgitt	817	880	1262	9,7 %	
Totalt	12557	12741	12950		1,6 %

Kilde: SSB

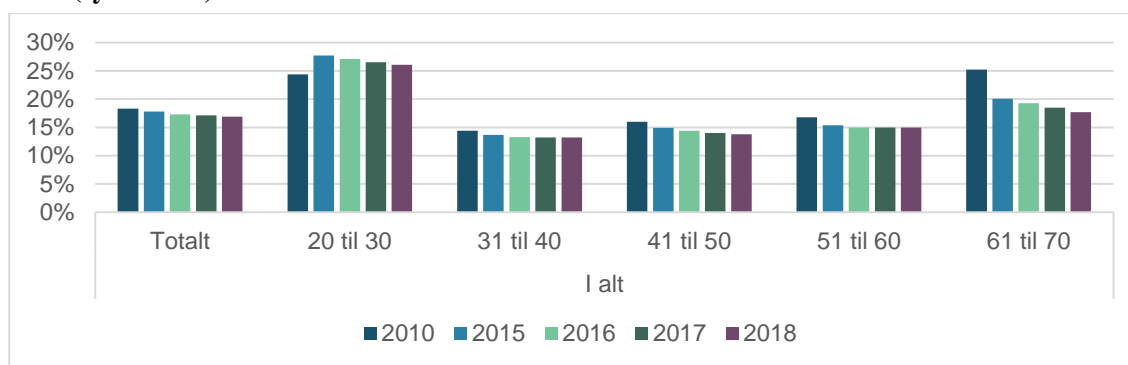
Som det fremgår av tabell 9 var det fra 2017 til 2018 en økning i årsverk på 1,6 prosent for ufaglærte som arbeider i institusjoner og sykehjem.

Tabell 10: Utdanningsnivå blant ufaglærte i hjemmebaserte tjenester 2016-2018, årsverk

	2016	2017	2018	Andel 2018	Endring i % '17-'18
Ungdomsskole eller lavere	8616	8761	8950	40,0 %	
Videregående utdanning	7938	8274	8325	37,2 %	
Høyskole og universitetsnivå	3433	3591	3767	16,8 %	
Uoppgitt	978	1020	1356	6,1 %	
Totalt	20964	21647	22398		3,5 %

Kilde: SSB

Fra 2017 til 2018 var det en økning i årsverk på 3,5 prosent for ufaglærte som arbeider i hjemmebaserte tjenester.

Figur 7: Andel ufaglærte innen den kommunale helse- og omsorgstjenesten, fordelt på alder, 2010 og 2015-2018 (sysselsatte)

Kilde: PAI, KS

Figur 7 viser at det er høyest andel ufaglærte i alderskategorien 20 til 30 år. Andelen ufaglærte er lavest for de som er 31 til 40 år. Andelen øker gradvis i aldersgruppene over. Aldersfordelingen kan gi oss pekepinn på grupper som kan være aktuelle for å tilegne seg kompetanse innen helse- og sosialfag og kvalifisere seg med fagbrev som helsefagarbeidere eller annen utdanning.

Andelen ufaglærte i aldersgruppe 20 til 30 år har vært stabil i perioden 2010 til 2018 og er også den gruppen med høyest andel sysselsatte. Dette er personell som bør motiveres til å kvalifisere seg for arbeid i helse- og omsorgstjenesten. Erfaringer fra kvalifiseringsprogrammet "Kurspakke for ufaglærte" som nasjonal kompetansetjeneste Aldring og helse gjennomfører etter tilskudd fra Helsedirektoratet, viser at eldre ansatte uten helse- og sosialfaglig utdanning i større grad enn yngre ikke ønsker å gjennomføre opplæring for å oppnå fagbrev som helsefagarbeider.

2.5 Servicefunksjoner

Tabell 12: Sysselsatte og årsverk i servicefunksjoner i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

	2016	2017	2018
Årsverk	3 291	3 270	3 301
Sysselsatte	4 580	4 483	4 485

Kilde: SSB

Som tabell 12 viser har antall sysselsatte og årsverk i servicefunksjoner holdt seg nokså stabilt i perioden 2016 til 2018.

Tabell 13: Personellutvikling for utvalgte stillingskategorier med servicefunksjoner, sysselsatte

	2015	2016	2017	2018
Sjefskokker	81	76	75	79
Kokker	1 319	1 379	1 488	1 513
Kjøkkenassistenter	131	126	135	143
Vaktmestre	218	470	485	460
Renholdere	582	1 893	1 762	1 693

Kilde: SSB

De største yrkesgruppene innenfor servicepersonell er renholdere, kokker, vaktmestre, kjøkkenassistenter og sjefskokker. Fra 2017 til 2018 har endringene vært begrenset. Antallet kjøkkenassistenter har økt med nærmere 6 prosent, sjefskokker med 5,3 prosent og kokker med 1,7 prosent. Det har vært en nedgang i vaktmestere på 5,2 prosent og renholdere på nesten 4 prosent.

Økningen i kokker og kjøkkenpersonell er forventet å øke tiden fremover grunnet politisk satsning gjennom kvalitetsreformen Leve hele livet (2019-2023). Ett av reformens seks satsingsområder er knyttet til å styrke tilgangen på sunn og god mat. Underernæring blant beboere i sykehjem og hjemmeboende eldre er et kjent problem. Kommunene skal gjennom Leve hele livet gjennomføre en planlagt styrking av dette fagområdet.

2.6 Helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Tabell 14: Årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten 2015-2017 og 2018

	2015	2016	2017	Endring 2015-2017 i %	Databrudd	2018
Lege	210	214	218	3,8 %	Ikke sammenlignbart fra 2017 til 2018	220
Fysioterapeut	202	229	249	23,3 %		259
Jordmor	323	361	408	26,3 %		464
Helsesykepleier	2469	2587	2721	10,2 %		2846
Andre sykepleiere	505	669	753	49,1 %		844
Annen helsefaglig utdanning	457	519	553	21,0 %		620
Uten helsefaglig utdanning	332	339	342	3,0 %		360
Sum	4 498	4 917	5 244	16,6 %		5 615

Kilde: SSB

Grunnet databrudd mellom 2017 og 2018 ser vi på endringer i perioden 2015 til 2017. Den totale veksten i helsestasjons- og skolehelsetjenesten var på 16,6 prosent i perioden 2015 til 2017. Det har vært vekst i alle grupper i perioden 2015 til 2017. Veksten var størst hos gruppen andre sykepleiere (49,1 prosent), jordmor (26,3 prosent), fysioterapeut (23,3 prosent) og annen helsefaglig utdanning (21 prosent). Den laveste veksten har vært blant personell uten helsefaglig utdanning (3 prosent) og leger (3,8 prosent).

Tabell 15: Avtalte årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten per 10 000 innbyggere 0-20 år, 2015-2017 og 2018

	2015	2016	2017	Databrudd	2018
Leger	1,6	1,6	1,6	Ikke sammenlignbart fra 2017 til 2018	1,7
Fysioterapeuter	1,5	1,7	1,9		2,0
Jordmor	2,4	2,7	3,1		3,5
Helsesykepleier	18,6	19,4	20,5		21,5
Andre sykepleiere	3,8	5,0	5,7		6,4
Annen helsefaglig utdanning	3,4	3,9	4,2		4,7
Uten helsefaglig utdanning	2,5	2,5	2,6		2,7

Kilde: SSB

Tabellen viser antall årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten per 10 000 innbyggere under 20 år, fordelt på yrkesgruppene som utgjør grunnbemanningen. Årsverk per 10 000 innbyggere har økt for alle utdanningsgruppene mellom 2015 og 2017, bortsett fra leger, der årsverkstallene har vært uendret. Grunnet databruddet kan vi ikke si noe sikkert om endringer fra 2017 til 2018.

2.7 Leger

I dette avsnittet presenteres tall for legeårsverk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og tall for sysselsatte fastleger. Data for legeårsverk er hentet fra SSB, mens antall sysselsatte er hentet fra Helsedirektoratets fastlegeregister.

Vi viser til Helsedirektoratets årlige rapport <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/leger-i-kommune-og-spesialisthelsetjenesten> for mer utdypende analyse av legedekningen i kommunale helse- og omsorgstjenester.

Det har vært en jevn økning i legeårsverkene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten fra 2015 til 2017. Fra 2016 til 2017 var veksten på 4,3 prosent. I 2018 var det 5 963 legeårsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester.

Tabell 17: Legeårsverk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter funksjon, 2015-2017 og 2018

	2015	2016	2017	Endring 2015-2017 i %	Databrudd	2018
Diagnose, behandling og re-/habilitering	4 429	4 526	4 647	5 %	Ikke sammenlignbart fra 2017 til 2018	4 779
Forebygging, helsestasjons- og skolehelsetjeneste	210	214	218	4 %		220
Annet forebyggende helsearbeid	151	140	143	-5 %		133
Helse- og omsorgstjenester i institusjon	570	590	576	1 %		580
Administrasjon	97	115	119			132
Tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene	-	-	120	-		119
Totalt	5 457	5 585	5 823	7 %		5 963

Kilde: SSB

Grunnet lavt antall oppgis ikke prosent

Den største kategorien for legeårsverk er i funksjonsområdet *Diagnose, behandling og re/habilitering*. Fastlegeårsverkene inngår her. Fra 2015 til 2017 økte legeårsverkene i denne kategorien med 5 prosent. Det har også vært en økning i antall årsverk for leger i administrative stillinger. De andre funksjonskategoriene har mer beskjedne økninger i legeårsverk mellom 2015 og 2017. Den totale veksten har vært på 7 prosent.

Fra 2017 er det opprettet en ny kategori i KOSTRA som heter *Tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene*. Disse legeårsvverkene er en del av institusjonstilbudet i kommunen og utgjør 22,1 prosent økning fra 2015 til 2017. I 2018 var det dermed 699 legeårsvverk i kommunale institusjoner som sykehjem, helsehus og kommunal øyeblikkelig hjelp døgn-institusjoner.

Tabell 18: Legeårsvverk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, etter avtaleform

	2010	2015	2016	2017	2018	Endring 2010-2018 i %	Endring 2017-2018 i %
Næringsdrivende fastleger	3 468	3 833	3 884	3 983	4 035	16,3 %	1 %
Kommunalt ansatte leger (inkluderer kommunalt ansatte fastleger)	692	1 037	1 132	1 258	1 343	94,1 %	7 %
Turnuslege	446	453	448	457	462	3,6 %	1 %
Næringsdrivende leger utenfor fastlegeordningen	140	133	121	125	123	-12,0 %	- 1 %
Totalt	4 746	5 457	5 585	5 823	5 963	25,6 %	2 %

Merknad: Årsverkstallene i tabellen omfattes ikke av databruddet. Kilde: SSB

Tabellen presenterer legeårsvverk etter avtaleform fra 2010 til 2018. Den totale veksten av legeårsvverk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten har i denne perioden vært 25,6 prosent. Næringsdrivende fastleger er den største gruppen, og har hatt en økning på 16,6 prosent. Det har vært en stor vekst på 94,1 prosent av kommunalt ansatte leger i perioden. Årsverk for næringsdrivende leger utenfor fastlegeordningen har gått ned med 12 prosent.

Tabell 19: Fastleger og fastlegelister uten fast tilknyttet lege

	30.06.2010	30.06.2015	30.06.2016	30.06.2017	30.06.2018
Fastleger (antall)	4 087	4 563	4 643	4 687	4 753
Fastlegelister, totalt	4 171	4 637	4 704	4 788	4 872
Hvorav lister med fast tilknyttet lege	4 107	4 580	4 658	4 705	4 779
Hvorav lister uten fast tilknyttet lege	64	57	46	83	93

Kilde: Fastlegeregisteret/Styringsdata for fastlegeordningen (tabell 2, 3 og 4). Målepunkter er 30. juni.

I tabell 19 vises tall fra Helsedirektoratets fastlegeregister. Fastlegelister uten fast tilknyttet lege er ofte besatte av vikarer. Det var en økning på 66 fastleger fra 2017 til 2018, noe som tilsvarer 1,4 prosent. For fastlegelister uten fast tilknyttet lege ser vi en økning fra 2017 til 2018 på 10 fastlegelister, tilsvarende 12 prosent.

2.8 Fysioterapeuter

Tabell 20: Fysioterapeutårsverk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (etter funksjon), for årene 2010, 2015-2017 og 2018

	2010	2015	2016	2017	Endring 2015-2017 i %	Databrudd	2018
Diagnose, behandling og re-/habilitering	3 465	3 804	3 842	3 978	4,6 %	Ikke sammenlignbart fra 2017 til 2018	4 037
Forebygging, helsestasjons- og skolehelsetjeneste	214	202	229	249	23,3 %		259
Annet forebyggende helsearbeid	166	155	171	176	13,5 %		192
Helse- og omsorgstjenester i institusjon	368	453	474	458	1,1 %		455
Administrasjon	76	75	90	93	24,0 %		83
Tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene*	-	-	-	11			13
Totalt	4 288	4 690	4 806	4 966	5,9 %		5 039

Kilde: SSB

Tabell 20 viser at det totale antall årsverk for fysioterapeuter i den kommunale helse- og omsorgstjenesten har økt med 5,9 prosent mellom 2015 og 2017. Det er flest årsverk i kategorien *Diagnose, behandling og re-/habilitering*. For denne gruppen var veksten i perioden 2015 til 2017 på 4,6 prosent. *Helse- og omsorgstjenester i institusjon* utgjør den andre største kategorien etter antall årsverk. Denne gruppen hadde derimot minst prosentvis økning i perioden 2015 til 2017, med 1,1 prosent. Administrasjon (24 prosent) og *Forebygging, helsestasjons- og skolehelsetjenesten* (23,3 prosent) økte mest fra 2015 til 2017.

Selv om tallene ikke lar seg sammenligne direkte grunnet databruddet, ser det likevel ut til at det har vært vekst i de tre øverste kategoriene i tabellen, da ny målemetode i SSB for årsverk generelt sett medførte en nedjustering, gitt samme datagrunnlag. At antall årsverk likevel har økt i periode 2017 til 2018 kan derfor indikere en vekst i årsverk for disse gruppene.

Tabell 21: Fysioterapeutårsverk etter avtaleform 2015-2017 og 2018

	2015	2016	2017	Endring 2015-2017 i %	Databrudd	2018
Fysioterapeuter med driftsavtale	2 701	2 694	2 730	1,1 %	Ikke sammenlignbart fra 2017 til 2018	2 727
Fastlønnede fysioterapeuter	1 829	1 946	2 069	13,1 %		2 153
Fysioterapeuter i turnus	160	167	167	4,4 %		160
Totalt	4 690	4 806	4 966	5,9 %		5 040

Kilde: SSB

Den største økningen i fysioterapiårsverk fra 2015 til 2017 var blant fastlønnede, med en vekst på 13,1 prosent. I 2018 var det i denne kategorien 2 153 årsverk. Årsverk som turnusfysioterapeut har økt med 4 prosent fra 2015 til 2017 og var i 2018 på 160 årsverk. Det har vært liten endring for fysioterapeuter i samme periode med driftstilskudd, kun 1,1 prosent, og antall årsverk var 2 727 i 2018.

2.9 Årsverk innenfor psykisk helse og rus

SINTEF har årlig oppdrag fra Helsedirektoratet om innsamling av data om psykisk helse- og rusarbeid i kommunene. I rapporten Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid: Årsverk, kompetanse og innhold i

tjenestene⁴⁹, redegjør SINTEF for antall årsverk i psykisk helse- og rustjenester rettet mot både barn/unge og voksne mellom 2015 og 2018.

Tabell 22: Årsverk i psykisk helse og rus

	2015	2016	2017	2018	Endring 2017-2018 i %
Voksne	10 429	11 063	11 534	12 563	8,9 %
Barn og unge	2 702	2 873	3 099	3 331	7,5 %
Totalt	13 131	13 936	14 633	15 894	8,6 %

Kilde: Sintef

Innenfor psykisk helse- og rusarbeid økte antall årsverk mellom 2017 og 2018 totalt 8,6 prosent. Tjenester rettet mot barn og unge økte med 7,5 prosent. Antall årsverk i tjenester rettet mot voksne økte i samme periode med 8,9 prosent.

Psykologer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Kommunene skal fra 1. januar 2020 kunne tilby psykologtjenester. For å sikre at kommunene kan innfri lovkravet, har fylkesmennene forvaltet et tilskudd til rekruttering av psykologer i kommunene. Tilskuddsordningen har vært et tiltak i Kompetanseløft 2020. Tilskuddsordningen opphører i 2020 da lovkravet trer i kraft, og midlene blir lagt inn i det statlige rammetilskuddet til kommunene.

Økt rekruttering av psykologer skal bidra til å styrke kvalitet og kompetanse i det helhetlige og tverrfaglige kommunale arbeidet innen psykisk helse og rus, samt volds- og traumefeltet. Den totale veksten fra 2017 til 2018 var på 16 prosent, og en rekke kommuner har søkt og mottatt tilskudd til rekruttering av psykologer.

Tabell 23: Sysselsatte psykologer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, fordelt på funksjon, 2010, 2015-2018

	2010	2015	2016	2017	2018
Forebygging, helsestasjon, skolehelsetjeneste	39	101	119	125	147
Annet forebygge helsearbeid	86	136	169	191	223
Diagnose, behandling og re-/habilitering	36	39	49	60	66
Totalt	161	276	337	376	436

Kilde: SSB

Det var i 2018 sysselsatt totalt 436 psykologer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, slik det framgår av tabell 23. Det er en vekst på 60 sysselsatte fra 2017. Av disse var 346 (79 prosent) sysselsatt i kommunal sektor og 90 (21 prosent) i privat sektor med kommunal avtale.

Tabell 23 viser antall sysselsatte i forskjellige funksjoner for perioden 2010 til 2018. Antall sysselsatte psykologer innen kategorien *Forebygging, helsestasjon og skolehelsetjeneste* økte med 17,6 prosent. Psykologer i kategorien *Annet forebyggende arbeid* økte med 16,8 prosent. Kategorien omfatter i hovedsak miljørettet helsevern, bedriftshelsetjeneste, annet forebyggende arbeid etter helse- og omsorgsloven § 3-3, folkehelseoven § 8, frisklivssentraler og helsestasjoner for eldre og innvandrere. Kategorien diagnose, behandling og re-/habilitering økte med 10 prosent. Den totale veksten fra 2017 til 2018 er på 16 prosent.

⁴⁹ https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/avdelinger/helse/endelig_kommunalt-psykisk-helse-rusarbeid-2018.pdf

Tabell 24: Kommuner som har mottatt rekrutteringstilskudd for psykologer 2017-2018

Fylke	2017		2018	
	Kommuner/bydeler i fylket som mottar tilskudd	Totalt antall kommuner/bydeler i fylket	Kommuner/bydeler i fylket som mottar tilskudd	Totalt antall kommuner/bydeler i fylket
Østfold	12	18	14	18
Akershus	15	22	22	22
Oslo (bydelene)	14	15	15	15
Hedmark	12	22	19	22
Oppland	13	26	26	26
Buskerud	15	21	14	21
Vestfold	8	12	9	9
Telemark	10	18	16	18
Aust og Vest-Agder	20	30	19	30
Rogaland	13	26	13	26
Hordaland	25	33	25	33
Sogn og Fjordane	23	26	15	26
Møre og Romsdal	19	36	22	36
Sør-Trøndelag*	17	25		
Nord-Trøndelag*	18	23		
Trøndelag*			30	47
Nordland	21	44	27	44
Troms	12	24	12	24
Finnmark	12	19	13	19
Totalt antall kommuner/bydeler	279	440	311	436

Kilde: Helsedirektoratet

*Fra 2018 er Nord- og Sør-Trøndelag slått sammen til Trøndelag fylke

Tabell 24 viser antall kommuner/bydeler som har mottatt rekrutteringstilskudd for en eller flere psykologer i hvert fylke i 2017 og 2018. Tabellen omfatter ikke eventuelle kommuner med psykolog utenfor tilskuddsordningen. Det har vært en sterk økning i rekrutteringen fra 2013 til 2018, hvor antall stillinger det ble gitt tilskudd til økte fra 130 til 525. Av totalt 436 kommuner og bydeler, mottok 311 tilskudd i 2018. Samtidig er det fortsatt kommuner som ikke har rekruttert psykolog.

2.10 Arbeidstid, sykefravær og turnover

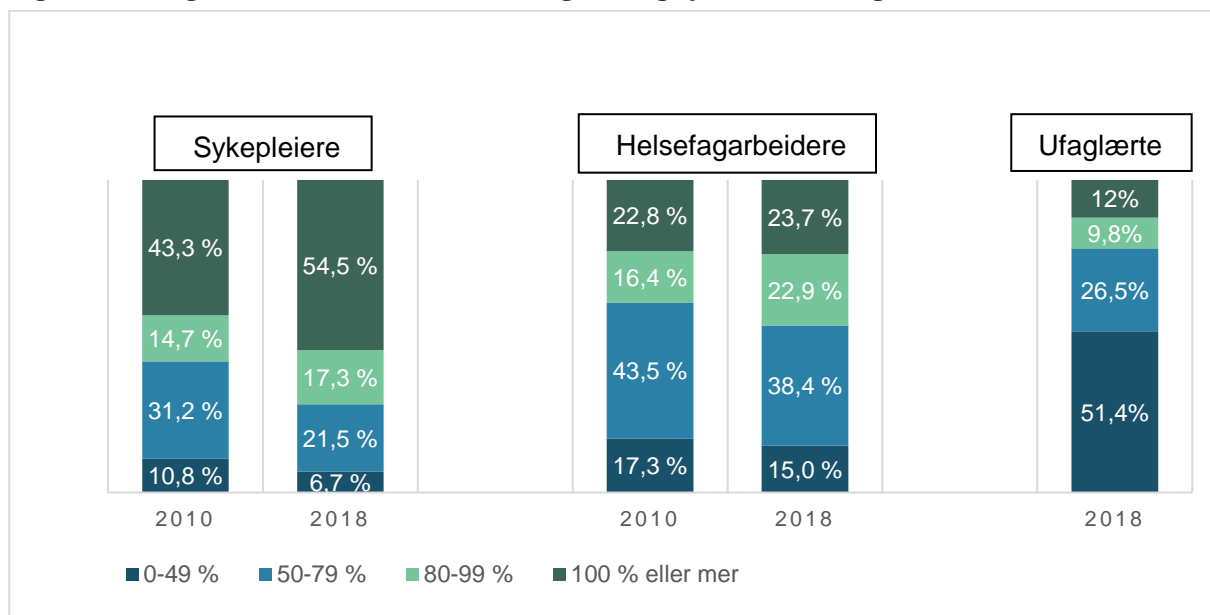
For å sikre tilstrekkelig personell med riktig kompetanse både i dag og i fremtiden trenger vi ikke bare å rekruttere flere helsepersonell. Det er også nødvendig å se på tiltak som tilrettelegger for heltidsarbeid, begrenser sykefraværet og som sikrer lavere turnover i kommunale helse- og omsorgstjenester. Dette er noen faktorer som bidrar til å håndtere det økende antall pasienter og brukere i årene fremover. Informasjon om arbeidstid, sykefravær og turnover presenteres i det følgende.

Arbeidstid – heltid og deltid

Deltidsstillinger har tradisjonelt preget de kommunale helse- og omsorgstjenestene, særlig blant helsefagarbeidere, sykepleiere og ufaglærte. Deltidsarbeid gir utfordringer blant annet knyttet til manglende stabilitet og kontinuitet for pasienter og mottakerne i helse- og omsorgstjenestene, og kan gi svekket kvalitet i tjenestene. Uønsket deltidarbeid innebærer også personlige utfordringer og konsekvenser for ansatte, slik vi diskuterte i kapittel 1.

I tillegg til fokus på kvaliteten i tjenestene, er det behov for å benytte ressursene til de som allerede er ansatt i sektoren for å møte morgendagens rekrutteringsutfordringer. Dette er noen av argumentene for å arbeide aktivt for å endre til heltidskultur i helse- og omsorgstjenestene.

Figur 8: Stillingsstørrelse i kommunal helse- og omsorgstjeneste i 2010 og 2018



Kilde: SSB

Som figur 8 illustrerer, har det i perioden 2010 til 2018 vært en økning i heltidsstillinger og stillingsstørrelser for sykepleiere og helsefagarbeidere. Andelen som jobber mer enn 80 prosent og 100 prosent har vokst. Det er likevel uheldig at over halvparten av helsefagarbeiderne jobber under 50 prosent stilling, og at 78 prosent helsefagarbeidere jobber 80 prosent eller mindre.

For ansatte uten helse- eller sosialfaglig utdanningsbakgrunn (ufaglærte) er deltidsstillinger særlig utstrakt. I 2018 arbeider over halvparten i stillingsbrøker under 50 prosent. Kun 12 prosent jobber fulltid. En forklaring er at dagens arbeidsturnus 24/7 ikke lar seg gjennomføre uten ansatte som "tetter hull" i turnusen, særlig i helger og kvelder. Det bidrar til brukere får et svært høyt antall ansatte å forholde seg til. Ledere i omsorgstjenestene får personalansvar for svært mange ansatte, og det blir utfordrende med tidsbruk til opplæring og kunnskapsoverføring.

Sykefravær

Høyt sykefravær er en sentral del av utfordringsbildet for kommunene. Statistikk fra SSB viser at helse- og sosialtjenestene (inkludert spesialisthelsetjenesten m.m.) har betydelig høyere sykefravær enn samtlige andre næringer (inkluderer både egenmeldt og legemeldt sykefravær)⁵⁰. Det er høyt sykefravær også i andre kommunale sektorer (inkludert fylkeskommuner), men kun barnehagesektoren har høyere sykefravær enn helse-, pleie- og omsorgssektoren. Sykefravær påvirkes blant annet av ansattes arbeidsmiljø og arbeidsbelastning, herunder turnusarbeid. Helse- og omsorgstjenesten hadde 8,3 prosent sykefravær i 2018. Sykefraværsandelen i alle kommunale sektorer (inkl. fylkeskommuner) var i 2018 9,6 prosent. I de brukerrettede omsorgstjenestene i kommunene var samlet sykefravær 11,6 prosent. Kun ansatte i arnehager⁵¹

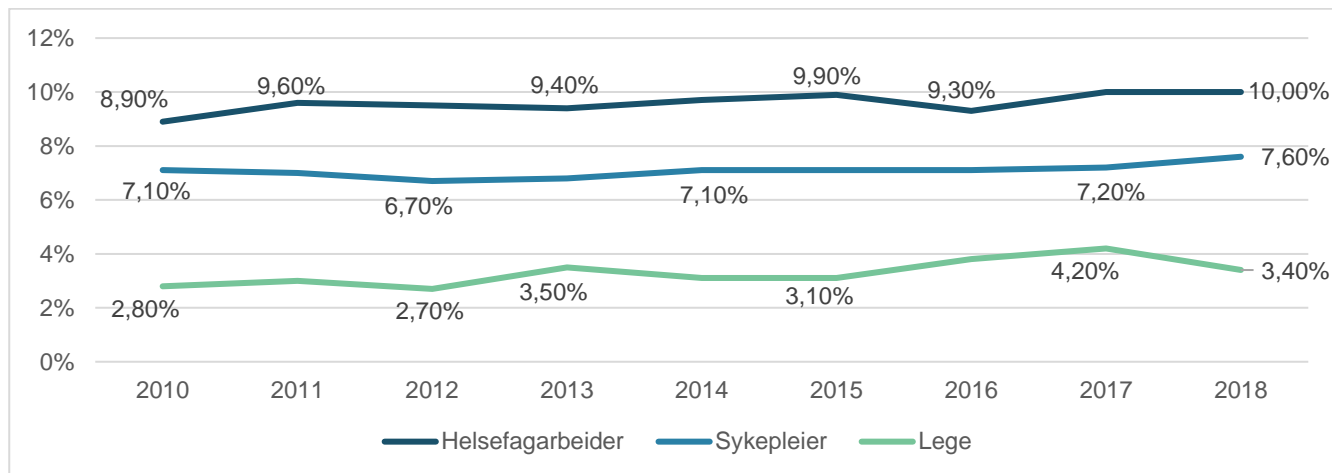
⁵⁰ SSB. Sykefraværsprosent for lønnstakere 16-69 år, etter type sykefravær og næring. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/sykefratot/>

⁵¹KS: <file:///I:/Helsepersonell/Statistikk%20p%C3%A5%20helsepersonellfeltet/KS%20oversikt%20sykefrav%C3%A6r.pdf>

har høyere sykefravær (12 prosent) enn ansatte i helse- og omsorgstjenestene. Til sammenligning var sykefraværet i undervisningssektoren 5,7 prosent.

Kjønns sammensetningen i sektoren påvirker det egenmeldte sykefraværet, og kvinner har høyere egenmeldt sykefravær enn menn. Videre øker helseplager og sykefravær med økende alder. Dette kan ha innvirkning, særlig på sykefraværet til helsefagarbeidere, som i stor grad består av godt voksne kvinner. Nedbemanning, vakanser og høy turnover, samt omfanget av kvelds- og nattarbeid kan også øke sannsynligheten for sykefravær⁵².

Figur 9: Sykefravær for helsefagarbeider, sykepleier og leger i kommunal helse- og omsorgstjeneste, 2010-2018



Kilde: SSB

Høyt sykefravær har betydning for mottakerens opplevelse av kontinuitet i møte med tjenesten. Tallene for den kommunale helse- og omsorgstjenesten mellom 2010 og 2018 viser at sykepleiernes sykefravær har holdt seg stabilt, men fikk en økning fra 7,2 til 7,6 prosent fra 2017 til 2018. Sykefraværet i 2018 er dermed det høyeste som er målt for sykepleiere i denne perioden.

Helsefagarbeiderne har hatt jevnt, høyt sykefraværet med svak økning i perioden. Laveste målte fravær var i 2010 (8,9 prosent), mens høyest fravær ble målt både i 2017 og 2018 med 10 prosent. Den totale økningen sykefravær blant helsefagarbeidere har vært 1,1 prosent mellom 2010 og 2018, men utviklingen er ikke lineær.

Tidlig avgang for sykepleiere og helsefagarbeidere

Bare 33 prosent av helsefagarbeiderne over 60 år var i jobb i 2016 (SSB-rapport nr. 20/2019). Av tall fra KLP som yter pensjon til de fleste sykepleiere, framgår det at gjennomsnittlig avgangsalder i 2017 var på 57 år. Det er 5 år lavere enn forventet pensjoneringsalder for en gjennomsnittlig arbeidstaker i Norge⁵³. Arbeidet kan omfatte krevende mellommenneskelige relasjoner og døgkontinuerlig turnusarbeid. Mange av

⁵² Helsedirektoratet: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/sykefravær-i-de-kommunale-helse-og-omsorgstjenestene>

⁵³ NAV <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/kunnskap/analyser-fra-nav/arbeid-og-velferd/arbeid-og-velferd/utviklingen-i-sysselsetting-og-pensjonering-blant-seniorer>

helsefagarbeiderne og sykepleiere under 67 år som befinner seg utenfor arbeidslivet, mottar sykdomsrelaterte ytelser eller har pensjonert seg tidlig^{54, 55}.

Sykefraværet for leger har tradisjonelt har vært lavere enn for annet helsepersonell. I 2016 og 2017 pekte kurven oppover, men tallene fra 2018 viser en nedgang til 3,4 prosent.

Tabell 25: Sykefravær i kommunal helse- og omsorgssektor, etter funksjon 2018

	Diagnose, behandling, re-/habilitering		Helse- omsorgstjenester i institusjon		Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende	
	Sykefravær (%)	Antall årsverk	Sykefravær (%)	Antall årsverk	Sykefravær (%)	Antall årsverk
Andre utdanninger	6,0	2 399	6,1	17 442	6,9	29 745
Sykepleiere	5,9	1 979	8,9	12 650	9,1	11 160
Helsefagarbeider, hjelpepleier, omsorgsarbeider (samlet)	9,1	658	10,0	21 955	10,3	24 349
Lege	4,1	3 033	4,6	347	;	;
Legespesialist	2,3	3 352	4,2	89	;	;
Fysioterapeut	4,6	6 307	6,1	410	;	;
Sykepleier med videreutdanning	5,8	701	8,2	3 383	8,5	3470
Vernepleier	8,4	88	8,8	1499	8,7	6300

Kilde: SSB

Tabellen viser at sykepleiere som arbeider i institusjon og i hjemmebaserte tjenester i 2018 hadde sykefravær på henholdsvis 8,9 og 9,1 prosent. Dette utgjør en stor andel tapte årsverk. Sykepleiere som jobber innen diagnose, behandling og re-/habilitering har lavere sykefravær (5,9 prosent). Dette er gjerne stillinger som arbeider kun på dagtid. For sykepleiere med videreutdanning er tendensene like, men fraværet er noe lavere.

Hjelpepleier, omsorgsarbeider og helsefagarbeidere samlet, har i tillegg til vernepleiere jevnt over høyt fravær. Det er i disse yrkesgruppene, sammen med sykepleiere, at det forekommer flest tapte årsverk.

Turnover (gjennomtrekk) i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Med turnover menes gjennomtrekk av arbeidstakere, og kan beskrives som avgang fra en stilling, arbeidsplass eller tjenestested. Det vil alltid være turnover i en virksomhet, og noe utskiftning er også gunstig for både den enkelte virksomhet og for den enkelte arbeidstaker. Likevel er høy turnover kostbart, og det påvirker også brukerne og kvaliteten i tjenesten negativt. Vi har begrenset informasjon om årsaken til turnover i kommunal helse- og omsorgstjeneste, men lav arbeids glede er assosiert med høy turnover blant ulike næringer generelt.

KS har definert turnover i denne sammenheng som avslutning av jobb i kommunesektoren. Dataene som presenteres i det følgende er derfor basert på helsepersonell som var ansatt i en stilling ett år, ikke var ansatt i kommunesektoren året etter. Turnover som inkluderer bytte av jobb innenfor samme virksomhet fremkommer derfor ikke, og reell turnover kan være høyere. Mange jobbskifter innad i den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan også gi mindre stabilitet, i seg selv bidra til turnover, og utfordringene som følger med.

⁵⁴ Skjøstad O., S. Beyrer, J. Hansen og G. Hjemås (2019). Sykepleieres arbeidssted og nyutdannede sykepleieres tilknytning til arbeidslivet. SSB-rapporter 2019/4. Tilgjengelig fra: https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachment/377977?_ts=168ebbca3b8

⁵⁵ S Beyrer, G Hjemås, O Skjøstad og J Hansen (foreløpig upublisert). *Helsefagarbeideres arbeidssted og nyutdannede helsefagarbeideres tilknytning til arbeidslivet*. SSB, rapport 2019.

Som det fremgår av tabell 26 var det totalt 14,1 prosent turnover i den kommunale helse- og omsorgstjenesten i 2018. Andelen personell som avslutter sitt arbeidsforhold i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er relativt stabil i perioden 2009 til og med 2018.

Tabell 26 viser at alders- og sykehjem hadde høyere turnover enn andre deltjenester mellom 2014 og 2016, men forskjellene har jevnet seg ut de siste to årene. Det er ingen store forskjeller i turnover i ulike deltjenester.

Tabell 26: Turnover per deltjenester innen helse/omsorg i kommunesektoren

	Totalt	Hjemmetjeneste	Bolig for psykisk utviklingshemmede	Alders - og sykehjem	Andre tjenester
2009 - 2010	13,00 %	13,10 %	13,20 %	12,90 %	13,00 %
2014 - 2015	14,60 %	14,20 %	15,00 %	15,90 %	13,90 %
2015 - 2016	14,30 %	15,10 %	13,90 %	15,10 %	13,40 %
2016 - 2017	14,10 %	14,20 %	14,30 %	14,40 %	13,70 %
2017 - 2018	14,10 %	14,20 %	14,10 %	14,50 %	13,80 %

Kilde: KS

Tabell 27: Andelen turnover i stillinger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, etter utdanning

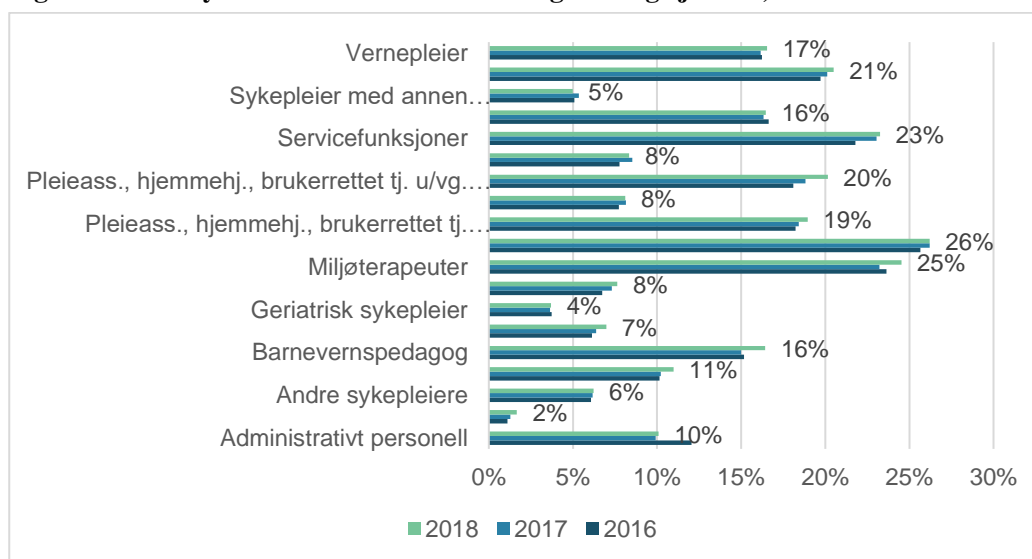
	Sykepleier	Vernepleier	Helsefagarbeider
2009 - 2010	11,70 %	8,1 %	8,9 %
2014 - 2015	13,10 %	9,5 %	10,8 %
2015 - 2016	12,50 %	10,5 %	10,5 %
2016 - 2017	11,30 %	8,5 %	10,1 %
2017-2018	11,70 %	9,0 %	10,1 %

Kilde: KS

Tabell 27 viser turnover blant ulike faggrupper i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Turnover blant sykepleiere i 2018 var 11,7 prosent. Sykepleiere har høyere turnover enn vernepleiere og helsefagarbeidere. Sykepleiere har tilgang til et bredere arbeidsmarked enn vernepleiere og helsefagarbeidere, ikke minst i spesialisthelsetjenesten. Dette kan være en mulig forklaring på større andel jobbskifte.

2.11 Rekruttering av menn

Figur 10: Menn sysselsatt i kommunal helse- og omsorgstjeneste, 2016-2018



Kilde: SSB

Figur 10 viser store variasjoner i andel menn per yrkesgruppe. Menn er høyest representert i kategoriene pleieassistenter med videregående skole uten helsefaglig studieretning (26 prosent), miljøterapeuter (25 prosent) og i servicefunksjoner (23 prosent).

Det er en økning av andel menn fra 2017 til 2018 i faggrupper som helsefagarbeidere, barnevernspedagoger og barne- og ungdomsarbeidere. KS har gjennom satsningen Menn i helse arbeidet systematisk med å rekruttere menn til helsefagarbeideryrket.

2.12 Sysselsatte over 55 år

Det er viktig å legge til rette for at helsepersonell kan stå lenge i arbeid før de pensjoner seg. En grunn er å redusere dagens mangel på helsepersonell og den økte etterspørselen som framskrivinger viser. Eldre arbeidstakere innehar verdifull erfaring som er viktig for tjenesten som helhet, og har en viktig rolle i kunnskapsoverføring til nye medarbeidere og andre ansatte.

Statistikken gir en oversikt over hvor stor andel av ansatte i gitte personellgrupper som er over 55 år og dermed nærmer seg pensjonsalder. Arbeidsstokken for helsefagarbeidere er betydelig eldre enn for andre faggrupper. Andel helsefagarbeidere over 55 år er nærmere 35 prosent. Det vil bli stort behov for å rekruttere helsefagarbeidere om få år. Andelen sykepleiere og ufaglærte som er 55 år eller eldre fra 2016 til 2018 er relativt stabil på rundt 20 prosent.

Tabell 28: Andel sysselsatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten som er over 55 år eller eldre

	2016	2017	2018
Andel sysselsatte sykepleiere over 55 år	21,3 %	21,4 %	21,6 %
Andel sysselsatte helsefagarbeidere over 55 år	34,8 %	34,8 %	34,8 %
Andel sysselsatte ufaglærte over 55 år	19,6 %	19,3 %	19,1 %

Kilde: SSB

2.13 Personell med innvandrerbakgrunn

SSB definerer gruppene *innvandrere* og *ikke-bosatte* på følgende måte:

- a) *Innvandrere* er personer som er født i utlandet av to utenlandskfødte foreldre og fire utenlandskfødte besteforeldre. Innvandrere har på et tidspunkt innvandret og bosatt seg i Norge. I denne gruppen finnes det mennesker med og uten norsk statsborgerskap.
- b) *Ikke-bosatte* er personer registrert i folkeregisteret med planlagt opphold i Norge på under seks måneder. Ikke-bosatte omfatter personer med et midlertidig personnummer eller som er registrert som utvandret, men jobber i Norge. Dette kan for eksempel være polsk helsepersonell som er i Norge på kortere oppdrag før de returnerer til Polen, eller personer som pendler fast fra Sverige til Norge for å jobbe.

Som følge av definisjonen til SSB omfatter statistikken både arbeidstakere som utfører kortvarig arbeid i Norge, men er bosatt i utlandet, men også norske statsborgere. Vi måler dermed i hvilken grad vi er avhengig av utenlandsk arbeidskraft, i tillegg til i hvilken grad kommunene har en mangfoldig rekrutteringsprofil som speiler befolkningen.

Tabell 29: Andel innvandrere og ikke-bosatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, utvalgte yrkesgrupper, 2016-18, i årsverk

	2016	2017	2018	Endring i % 2017-2018
Administrativt personell	9,1 %	8,8 %	9,2 %	0,4 %
Aktivtør	1,1 %	1,3 %	1,3 %	0,0 %
Andre sykepleiere/sykepleier uten videreutdanning	17,3 %	17,6 %	17,3 %	-0,3 %
Geriatrisk sykepleier	9,2 %	9,4 %	10,0 %	0,6 %
Psykiatrisk sykepleier inkl. psykisk helsearbeid	5,2 %	5,3 %	5,6 %	0,3 %
Helsesykepleier	3,2 %	3,2 %	3,1 %	-0,1 %
Jordmor	9,3 %	9,4 %	9,1 %	-0,3 %
Sykepleier med annen spes./videreutdanning	7,3 %	8,0 %	8,1 %	0,1 %
Barne- og ungdomsarbeider	5,0 %	6,0 %	6,9 %	0,9 %
Ergoterapeut	5,4 %	5,4 %	5,4 %	0,0 %
Helsesekretær	6,7 %	7,8 %	8,4 %	0,6 %
Hjelpepleier, omsorgsarbeider og helsefagarbeider	17,4 %	18,80 %	19,4 %	0,6 %
Pleieassistent, hjemmehjelp	22,3 %	22,7 %	24,5 %	1,8 %
Servicefunksjoner	22,4 %	22,3 %	22,5 %	0,2 %
Sosionom og barnevernspedagog	3,9 %	4,0 %	4,2 %	0,2 %
Vernepleier, psykisk miljøarbeid og miljøterapeut	14,1 %	14,5 %	15,1 %	0,6 %
Sykepleier med annen spes./videreutdanning	7,30 %	8,00 %	8,12 %	0,1 %

Kilde: SSB

Tabell 29 viser andel årsverk utført av innvandrere og ikke-bosatte som en prosentandel av det totale årsverket i den kommunale helse og omsorgstjenesten i perioden mellom 2016 og 2018. Tallene er svært stabile. Helse- og omsorgstjenestene i kommunene har stor nytte av ansatte med innvandrerbakgrunn for å løse de store oppgavene i sektoren.

Den største andel innvandrere og ikke-bosatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten arbeider som pleieassistent/hjemmehjelp (24,5 prosent), i servicefunksjoner (22,5 prosent) og helsefagarbeidere (19,4 prosent). Det har vært en liten nedgang av sykepleiere fra 2017 til 2018, noe som samsvarer med at bl.a. sykepleiere fra Sverige har fått jobb og bedre arbeidsavtaler i hjemlandet.

2.14 Autorisasjon av personell

Helsedirektoratet følger registreringen av autorisasjoner i Helsepersonellregisteret for å ha oversikt over hvor helsepersonell som er godkjent til å arbeide i Norge er utdannet.

Tabell 30: Autorisasjoner av helsepersonell, fordelt på region, 2016-2018

Yrke	2016					2017					2018				
	Norge	Norden	EU/ EØS	Andre	Total	Norge	Norden	EU/ EØS	Andre	Total	Norge	Norden	EU/ EØS	Andre	Total
Fysioterapeut	291	84	86	7	468	311	85	76	9	481	309	67	73	6	455
Helsefagarbeider	3891	291	31	890	5103	3820	221	33	564	4638	3861	241	25	12	4139
Jordmor	127	97	12	0	236	109	94	34	0	237	131	64	7	0	202
Klinisk ernæringsfysiolog	26	2	0	0	28	17	7	0	0	24	49	7	0	0	56
Sykepleier	3901	869	348	66	5184	4001	789	488	96	5374	4072	827	327	42	5268
Lege	479	298	718	163	1658	673	333	1049	296	2351	537	337	754	142	1770
Psykolog	276	113	27	5	421	251	120	10	7	388	266	105	7	0	378
Vernepleier	885	0	0	0	885	844	0	0	0	844	864	0	0	0	864

Kilde: Helsedirektoratet

Tabell 30 viser utstedte autorisasjoner til ulike helsepersonellgrupper fra ulike land og geografiske områder i perioden 2016 til 2018. Fra 2017 til 2018 ser vi en nedgang i autoriserte fysioterapeuter, helsefagarbeidere, jordmødre, leger, psykologer og sykepleiere. Nedgangen er særlig stor blant helsefagarbeidere med utdanning utenfor EU/EØS. Den kan ses i sammenheng med innføring av tilleggskrav ved godkjenning av internasjonalt personell fra 1.1.2017 (GIP⁵⁶). Disse kravene må gjennomføres før helsepersonell med utdanning utenfor EU/EØS kan innvilges autorisasjon. De nye kravene påvirker gruppen av helsefagarbeidere mest. Kostnader for gjennomføring av fagprøve skaper bl.a. utfordringer for mange helsefagarbeidere som i stor grad kommer fra land utenfor EØS, mens leger og tannleger ofte har utdanning fra EØS, og sykepleiere i liten grad utdannes i utlandet. Dette kan bidra til å forsterke rekrutteringsutfordringer for kommunene framover.

2.15 Tilgang på nyutdannet helsepersonell

Helsedirektoratet har i oppgave å følge med på at det utdannes tilstrekkelig helsepersonell for å dekke behovene i tjenestene. Tabellene i denne delen presenter søker tall, fagprøvekandidater og avgangselever for helse- og sosialfaglig ved videregående opplæring og opptak ved høyere utdanning.

Utdanning på videregående skole

Det har vært en økning av søkere til helse- og oppvekstfag og helsearbeiderfaget siden 2010 med høyest antall søkere så langt i 2018. Fortsatt er det et frafall av elever fra Vg1 til Vg2, mens søkere til Vg3 er økt fra 2017 til 2018.

Tabell 31: Søkere til utdanning på videregående skolenivå, 2010, 2015-2018

	2010	2015	2016	2017	2018	Endring i antall '17-18	Endring i % '17-18
Helse og oppvekstfag Vg1	8 429	8 813	9 958	10 319	10 931	612	5,9 %
Helsearbeiderfag Vg2	2 972	3 216	3 535	3 701	3 841	140	3,8 %
Helsearbeiderfag Vg3	1 398	1 767	1 931	2 076	2 254	178	8,6 %
Totalt	12 799	13 796	15 424	16 096	17 026	930	5,8 %

Kilde: Utdanningsdirektoratet

Tabell 32: Antall og prosentandel søkere til helse- og oppvekstfag (Vg1) og helsefagarbeiderfaget ved Vg2 og Vg3, fordelt på kjønn, 2015-2018

	2015	2016	2017	2018
Kvinner				
Absolutte tall	11824	12881	13224	13644
Prosentandel	86 %	84 %	82 %	80 %
Menn				
Absolutte tall	1972	2543	2872	3382
Prosentandel	14 %	16 %	18 %	20 %
Totalt antall søkere	13796	15424	16096	17026

Kilde: Utdanningsdirektoratet

⁵⁶ Godkjenning av internasjonalt personell (GIP): Tilleggskrav som må gjennomføres før helsepersonell med utdanning utenfor EU/EØS kan innvilges autorisasjon, innført 1.1.2017. Kravene er: a) Dokumentert språkkrav b) Kurs i nasjonale fag c) Legemiddelhåndtering (utvalgte grupper) og d) Fagprøve (utvalgte grupper.)

Tabell 33: Tilbud i helse- og oppvekstfag Vg1 og helsearbeidsfaget Vg2 og Vg3, per 15 juli, 2015-2018

	2015	2016	2017	2018	Endring i antall 2017-2018	Endring i % 2017-2018
Helse- og sosialfag	8 341	8 960	9 374	9 577	203	2,2 %
Helsearbeiderfag Vg2	3 182	3 459	3 612	3 796	184	5,1 %
Helsearbeiderfag Vg3	1 144	1 293	1 402	1 499	97	6,9 %

Kilde: Utdanningsdirektoratet

Tabell 34: Utvalgte fagprøvekandidater og avgangselever, etter studieretning/programområde, 2009/10, 2014-18

	2009/2010	2014/2015	2015/2016	2016/2017	2017/2018	Endring 16/17-17/18 i %
Aktivitør	37	15	19	16	14	-12,5 %
Barne- /ungdomsarb.	1623	2754	2875	3113	3167	1,7 %
Helsefagarbeider	2234	2943	3205	3286	3561	8,4 %
Helsesekretær	532	727	699	767	743	-3,1 %

Kilde: SSB.

Tabellen viser antall fagprøvekandidater og avgangselever for utvalgte utdanninger på videregående skole. Tallene viser blant annet at antallet fagprøvekandidater/avgangselever ved helsefagarbeiderutdanningen har økt gradvis fra 2009/10 til 2017/18.

Antall aktivitører har variert og /har gått ned de siste årene. Helsesekretær har også variert og var høyere i 2016/2017 enn i 2017/2018. Helsefagarbeider har hatt en positiv økning i alle disse årene og har fra 2016/2017 til 2017/2018 hatt en vekst på 8,4 prosent. Økningen blant barne- og ungdomsarbeidere er lavere, på 1,7 prosent.

Høyere utdanning

Tabell 35: Opptak til utvalgte helse- og sosialutdanninger på høyskole- og universitetsnivå, 2010, 2015-18

	2010	2015	2016	2017	2018
Sykepleiere	4 823	5 199	5 391	5 185	5 273
Vernepleiere	1 144	1 073	1 312	1 114	1337
Ergoterapeuter	279	343	362	337	337
Sosionom	1 055	1 012	1 116	1 085	1 020
Barnevernspedagog	870	820	877	746	866
Fysioterapeut (innenlands)	360	385	419	529	574
Lege (innenlands)	549	569	621	630	627

Kilde: Database for høyere utdanning

Tabellen viser at det for de fleste utdanninger har vært økning i opptak av kandidater fra 2017 til 2018. Dette gjelder sykepleiere, vernepleiere, barnevernspedagoger og fysioterapeuter.

Tabell 36: Fullførte helse- og sosialutdanninger på høyskole- og universitet, 2015-2018

	2015	2016	2017	2018	Prosentvis endring 2017-2018
Sykepleiere	3 639	3 783	4 009	4 040	0,8 %
Vernepleiere	798	874	852	820	-3,8 %
Ergoterapeuter	201	213	220	250	13,6 %
Fysioterapeut	283	308	307	260	-15,3%
Lege	Ca. 515	Ca. 535	Ca. 515	Ca. 545	Ca. 5.8%

Kilde: Database for høyere utdanning (DBH)

Tabell 36 viser fullførte grader for utvalgte helsepersonellgrupper ved norske utdanningsinstitusjoner. I 2018 ble 4040 studenter uteksaminert fra sykepleierutdanningen. Det er en økning på 10,7 prosent fra 2015, men svært begrenset endring fra 2017. Antall studenter som ble uteksaminert fra vernepleierutdanningen økte med 6,8 prosent fra 2015, mens det har vært en liten nedgang fra 2017 til 2018.

For studenter innenfor ergoterapi og fysioterapi økte andelen uteksaminerte med henholdsvis 9,5 prosent og 8,5 prosent fra 2015 til 2018. Fra 2017 til 2018 er det stor ulikhet i antall uteksaminerte mellom disse to utdanningene, da det var en økning på 13,6 prosent for ergoterapeuter og en nedgang på 15,3 prosent for fysioterapeuter.

Utgitt

23. april 2020

Utgitt av

Helsedirektoratet

Telefon: 47 47 20 20

(fra utlandet: +47 477 06 366)

Oslo

Helsedirektoratet

Postadresse

Pb. 220 Skøyen, 0213 Oslo

Besøksadresse

Vitaminveien 4, 0483 Oslo

Trondheim

Helsedirektoratet

avd. Helseregistre

avd. Komparativ statistikk og
styringsinformasjon

Postboks 6173, Torgarden

7435 Trondheim

Besøksadresse

Forsidefoto

Navn xxxxx

Design

Itera as

www.helsedirektoratet.no