

Årsrapport for Kompetanseløft 2025

Personell og kompetanse i den kommunal helse- og omsorgstjenesten
og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten

- Utviklingstrekk og status for 2022



Innholdsfortegnelse

1	Oppsummering.....	4
2	Innledning.....	5
3	Utfordringsbildet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten	7
3.1	Demografisk endringer.....	8
3.2	Utdanning og kompetanse	10
3.2.1	Personell uten helse- og sosialfaglig kompetanse	10
3.2.2	Reduksjon i søkertall til helsefagutdanninger	11
3.3	Rekruttering og utvikling i årsverk	14
3.3.1	Omsorgstjenesten	15
3.3.2	Kommunehelsetjenesten	16
3.4	Ledelse, fagutvikling og innovasjon.....	16
3.4.1	Lederspenn	17
3.4.2	Sykefravær i helse- og omsorgstjenesten	19
3.4.3	Vikarbruk i kommunale helse- og omsorgstjenester	21
3.4.4	Mobilitet i helsetjenestene	22
3.5	Strategisk kompetanseplanlegging – et viktig verktøy for tjenesteutvikling	24
4	Utviklingsstrekk og status i fylkeskommunal tannhelsetjeneste.....	26
4.1	Tannhelsepersonell og kompetanse	26
4.2	Utvikling i behov for tannhelsepersonell	26
4.3	Rekruttere og beholde tannhelsepersonell.....	28
4.4	Fylkeskommunal tannhelsetjeneste og lederkompetanse	29
5	Et kompetanseløft for bærekraftige helse- og omsorgstjenester.....	30
5.1	Rekruttere, utvikle og beholde personell.....	31
5.2	Organisering og oppgavedeling.....	32
5.3	Ny teknologi og nye løsninger	33
5.4	Tilrettelegge for en heltidskultur	35
5.5	Tverrfaglige team i tjenesten	38
5.5.1	Praksis- og lærlingeplasser	40
5.5.2	Tverrprofesjonell samhandlingspraksis.....	41

Tabellfortegnelse

Tabell A: Antall og andel personell uten helse- og sosialfaglig utdanning	10
Tabell B: Antall årsverk og sysselsatte i tjenestene, 2018 og 2022	14

Figurfortegnelse

Figur A: Antall mottakere av omsorgstjenester etter alderskategori, 2012-2022	9
Figur B: Utdanningsnivå blant personell uten helse- og sosialfaglig utdanning, 2022	11
Figur C: Andelen gutter som søker seg til videregående utdanninger	12
Figur D: Et eksempel fra praksis: tverrfaglig samarbeid i Notodden kommune	13
Figur E: Faktaboks om Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten	17
Figur F: Turnover ut av kommunesektoren og all turnover	22
Figur G: Faktaboks om utvikling av KPR for tannhelsetjenesten.....	27
Figur H: Faktaboks om kompetansefremmende tiltak for tannpleiere i K2025.....	28
Figur I: Faktaboks om tilskudd til tannlegespesialister	29
Figur J: Faktaboks om Jobbvinner-prosjektet.....	31
Figur K: Faktaboks om Menn i helse.....	32
Figur L: Faktaboks om Tørn-programmet.....	33
Figur M: Andelen sysselsatte med ulik stillingsstørrelse blant utvalgte yrkesgrupper	36
Figur N: Faktaboks om Lønnstilskudd til avansert klinisk allmennsykepleie.....	38
Figur O: Faktaboks om Modellutvikling for klinisk ernæringsfysiolog	39

1 Oppsummering

Dette er rapport for året 2022, på utviklingstrekk og status på personell og kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten.

Personell- og kompetansesituasjonen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er utfordrende over hele landet. Helsepersonell er et knapphetsgode i både små og store kommuner, uavhengig av sentralitet. Det er utfordrende å rekruttere, beholde og utvikle personell og fagkompetanse. Det gjelder spesielt helsefagarbeidere, sykepleiere inkludert spesialsykepleiere som helsesykepleiere og jordmødre, vernepleiere, fastleger og psykologer. Utfordringen med å rekruttere og beholde personell med relevant fagkompetanse er mest fremtredende i omsorgstjenesten, men gjelder også kommunehelsetjenesten. I tillegg er det en tydelig nedgang i søkertall til helse- og sosialfaglige utdanninger.

Det kjente utfordringsbildet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene blir også i 2022 bekreftet av statsforvalterne og i statistikken. Det er fortsatt en høy andel ansatte i deltidsstillinger, høy andel personell uten helse- og sosialfaglig utdanning, høyt sykefravær og høy turnover.

Den fylkeskommunale tannhelsetjenesten har i mindre grad utfordringer med personell- og kompetansesituasjonen, sammenlignet med kommunal helse- og omsorgstjeneste. Det er likevel fylkesvise utfordringer, særlig med rekruttering av tannleger og tannpleiere, noe som også bekreftes i årsrapporter fra statsforvalter. Sykefraværet blant tannhelsepersonell på om lag 10 prosent er derimot på samme nivå som for den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og er tilnærmet uforandret fra 2020.

Rapporter fra statsforvalter melder om nedgang i søknader fra ansatte til videreutdanninger. En utfordring det pekes på er mangel på kvalifiserte vikarer. Det er bekymringsfullt dersom denne utviklingen fortsetter. Helsedirektoratet vurderer at både kortvarige kurs og gradsgivende utdanningsløp trengs for å dekke fremtidige behov for generalist- og spesialistkompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Nye teknologiske løsninger vil kunne gi nye arbeidsmåter og endrede oppgave- og ansvarsforhold. For å møte behovet for omstilling, blir det viktig å utdanne kandidater med endrings- og omstillingskompetanse, samtidig med oppdatert fagkompetanse.

Lederkompetanse er et sentralt virkemiddel for å lykkes med å rekruttere, beholde og videreutvikle fagkompetanse. For nødvendig omstilling av helse- og omsorgstjenesten må ledelse og organisering samlet sett skape en kultur som gir rom for nytenkning, nye arbeidsmåter, oppgavedeling og tverrfaglighet. Helsedirektoratet mener videre at livslang læring for personell må prioriteres. Det bør også satses på formell utdanning og kompetanseheving for ledere, og gjøres en innsats for å redusere lederspenn.

Det vil kreve en samlet innsats med kraftfulle og målrettede tiltak, for at kommunene også i årene fremover skal kunne tilby helse- og omsorgstjenester av god kvalitet. I likhet med Helsepersonellkommisjonen mener Helsedirektoratet at det er mulig å få denne utviklingen på en mer bærekraftig kurs.

2 Innledning

Denne årsrapporten for Kompetanseløft 2025 presenterer utviklingstrekk og status på personell og kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten for 2022. Målet med Kompetanseløft 2025 er å bidra til en faglig sterk tjeneste, og å sikre at den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten har tilstrekkelig og kompetent bemanning¹.

Kompetanseløft 2025 er nå over halvveis i planperioden. Det har vært en langsiktig innsats med Kompetanseløft-satsninger, med stor spredning og mange tiltak i porteføljen. Siden foregående årsrapport fra Kompetanseløft 2025, har Helsepersonellkommissjonen levert sin konklusjon i *Tid for handling*². Der påpekes det blant annet at personellbruken i helse- og omsorgstjenesten ikke vil være bærekraftig i fremtiden. Helsedirektoratet har i sitt høringsinnspill til *Tid for handling*³ gitt støtte til kommissjonens problemforståelse og beskrivelse av utfordringsbildet⁴. Fra 2021 til 2022 var det som tidligere år en vekst i både antall årsverk og sysselsatte. Veksten i årsverk har vært større enn i antall sysselsatte. Det har også vært en liten økning i antall årsverk per bruker i omsorgstjenesten fra 2021 til 2022⁵.

I oktober 2022 kom Helse- og omsorgsdepartementet med *Opptappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten*⁶ som skal følges opp gjennom Kompetanseløft 2025. Opptappingsplanen er et dynamisk og levende produkt, som vil videreutvikles i tråd med utviklingen av ny politikk og nye tiltak. Bo trygt hjemme-reformen⁷ er fremlagt siden sist, og denne har også koblinger mot tiltak i Kompetanseløft 2025.

Utgifter til helse- og omsorgssektoren i kommunene i 2022 tilsvarte 186 milliarder eller 34 prosent av de samlede brutto driftsutgiftene i sektoren⁸. Kommunene har ansvaret for mange av velferdsstatens viktigste oppgaver til innbyggere i alle aldersgrupper. Kommunene har samlet sett siden 2015 hatt gode økonomiske resultater, men det er samtidig behov for effektivisering og innovasjon i kommunal og fylkeskommunal tjenesteproduksjon for å kunne motvirke det økte presset mot offentlige finanser⁹. Kommunene ønsker støtte og oppfølging fra regionalt støtteapparat blant annet via statsforvalter, Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) og helsefelleskap¹⁰.

Den fylkeskommunale tannhelsetjenesten omfatter tannhelsetjeneste til gruppene som opplistet i Lov om tannhelsetjenesten¹¹. Samlet utgjorde det om lag 1,5 millioner personer eller 28 prosent av befolkningen i 2022. Den fylkeskommunale tannhelsetjenesten har fylkesvise

¹ Helse- og omsorgsdepartementet (2020) *Handlingsplan for Kompetanseløft 2025*. Tilgjengelig: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d9861c8a33dc4b2291a8a41d1ecfdc78/kompetanseloft-2025-2.pdf>

² NOU 2023:4 *Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Tilgjengelig: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/>

³ NOU 2023:4 *Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Tilgjengelig: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/>

⁴ Helsedirektoratet (2023) *Høringsinnspill NOU2023_4_Tid for Handling_Helsedirektoratet*. Tilgjengelig: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-nou-2023-4-tid-for-handling.-personellet-i-en-barekraftig-helse-og-omsorgstjeneste/id2961754/?uid=f894108d-34e2-4452-9f2a-f78c072b0e75>

⁵ SSB, statistikkbank tabell 12209

⁶ Helse- og omsorgsdepartementet (2022) *Opptappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten*. Tilgjengelig: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/opptappingsplan-for-heltid-og-god-bemanning-i-omsorgstjenesten/id2941520/>

⁷ Meld. St. 24 (2022-2023) *Felleskap og meistring – Bu trygt heime*. Tilgjengelig: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-24-20222023/id2984417/>

⁸ SSB, statistikkbank tabell 12362

⁹ Regjeringen.no (2023) *Notat fra TBU av mars 2023 om den økonomiske situasjonen i kommunesektoren*. Tilgjengelig: <https://www.regjeringen.no/contentassets/6e0f61dd71a649459b3f87f8ca030374/notater-2022/endelig-okonominotat-1.-konsultasjonsmote-mars-2023.pdf>

¹⁰ OsloMet (2022) *Leve hele livet i kommunene. NIBR-Rapport 2022:1*. Tilgjengelig: <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/11250/2982569/2022-1%20NIBR.pdf?sequence=5&isAllowed=y>

¹¹ Tannhelsetjenesteloven Tilgjengelig: [Lov om tannhelsetjenesten \(tannhelsetjenesteloven\) - Lovdata](#)

rekrutteringsutfordringer med tannleger og tannpleiere. Kompetanseutfordringene er små, fordi tannhelsesekretær, tannpleier og tannlege må ha autorisasjon for ansettelse¹². Antall tannlegespesialister har økt fra 2021 til 2022 (jf. tabell 2). Den fylkeskommunale tannhelsetjenesten har fått ansvar for flere pasientgrupper de siste årene. Videre foreslår pågående høringsforslag ytterligere to nye grupper¹³. Dette, og ansvar for et økende antall flyktninger, vil kunne medføre økt behov for å tilsette flere tannleger og tannpleiere fremover.

Tallene som presenteres i denne årsrapporten publiseres også på Ressursportal.no. Der tilgjengeliggjøres også tall på fylkes- og kommunenivå¹⁴.

¹² Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). Tilgjengelig: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

¹³ Regjeringen.no (2023) *Høyring - forslag til endringer i tannhelsetjenesteloven og enkelte forskrifter (rettar for nye grupper av pasientar mv.)*. Tilgjengelig: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/hoyring-forslag-til-endringer-i-tannhelsetjenesteloven-og-enkelte-forskrifter-rettar-for-nye-grupper-av-pasientar-mv/id2984052/>

¹⁴ Ressursportal.no Tilgjengelig: [Forside](#) | [Nasjonal Helseportal \(ressursportal.no\)](#)

3 Utfordringsbildet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

I Helsepersonellkomisjonens rapport *Tid for handling*¹⁵ vektlegges det at personellet er ryggraden i helse- og omsorgstjenestene, og at grep må tas for en mer bærekraftig utvikling. Med *Bo trygt hjemme*-reformen utdypes det videre et behov for å sikre en riktig bruk av personell på tvers av tjenestene, og behovet for riktig kompetanse i forhold til brukers behov¹⁶. Dette sammenfaller godt med målsetningen til Kompetanseløft 2025, som er å sikre en faglig sterk tjeneste og å tilrettelegge for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten har tilstrekkelig og kompetent bemanning¹⁷.

Det er mange, både små og store kommuner, i distriktene og sentrale strøk, som har mangel på kompetent helsepersonell. De har også problemer med rekrutteringen. Utfordringsbildet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er fortsatt:

- høy andel deltidsansatte,
- høy andel pleiepersonell uten helse- og sosialfaglig utdanning,
- høyt sykefravær, samt
- høy turnover, og fortsatt forventet høy avgang blant personell i aldersgruppen 55 år og eldre

Disse utfordringene forsterkes og styrkes av hovedutfordringen med å rekruttere og beholde personell. Arbeidsmiljø og evne til å skape attraktive arbeidsplasser i sektoren er også medvirkende faktorer til hovedutfordringen. Ugunstig stort lederspenn og høy vikarbruk er begge deler typiske funn i sektoren, og elementer som har avgjørende effekt for blant annet arbeidsmiljø og attraktiviteten på arbeidsplassen.

I dette kapitlet beskrives det kjente utfordringsbildet med vekt på siste års utvikling. I stor grad sammenfaller helsepersonellkomisjonens utfordringsbilde¹⁸ med hvordan Kompetanseløft 2025 har beskrevet og dokumentert utvikling av kompetanse- og personellsituasjonen i foregående år. Tallene og redegjørelsene i årets rapport understøtter det samme utfordringsbildet som tidligere. Bekymringen er ytterligere forsterket av manglende attraktivitet når det gjelder å jobbe i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og en nedgang i søkertall til helse- og sosialfaglige utdanninger. For mer om utfordringsbildet, se utførlige beskrivelse i *Tid for handling*¹⁹ og *Opptappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten*²⁰.

¹⁵ NOU 2023:4 *Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Tilgjengelig:

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/>

¹⁶ Meld. St. 24 (2022-2023) *Fellesskap og meistring – Bu trygt heime*. Tilgjengelig: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-24-20222023/id2984417/>

¹⁷ Helse- og omsorgsdepartementet (2020) *Handlingsplan for Kompetanseløft 2025*. Tilgjengelig:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d9861c8a33dc4b2291a8a41d1ecfdc78/kompetanseloft-2025-2.pdf>

¹⁸ NOU 2023:4 *Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Tilgjengelig:

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/>

¹⁹ NOU 2023:4 *Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Tilgjengelig:

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/>

²⁰ Helse- og omsorgsdepartementet (2022) *Opptappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten*. Tilgjengelig:

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/opptappingsplan-for-heltid-og-god-bemanning-i-omsorgstjenesten/id2941520/>

3.1 Demografisk endringer

Den demografiske utviklingen er utførlig gjennomgått og beskrevet i *Opptappingsplan for heltid og god bemanning*²¹, Helsepersonellkommissjonens *Tid for handling*²² og Stortingsmelding 24 (2022-2023) *Fellesskap og meistring*²³. I dette kapittelet fremheves derfor elementer som utdyper disse beskrivelsene videre med tanke på denne rapportens fokusområde på status for personell og kompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. De demografiske endringene vil kreve omstruktureringer som ikke kan vente, og som bør adresseres raskt.

Allerede fra 2030 vil det være flere tjenestemottakere over 65 år, enn barn og unge mellom 0 og 19 år²⁴. Flere eldre gir en økt forsørgerbrøk²⁵. I dette ligger det at en større andel av befolkningen vil ha behov for helse- og omsorgstjenester, og det blir færre yrkesaktive per alderspensjonist. Aldersgruppen 90 år og eldre vil øke drastisk fra 46.558 i dag til om lag 108.200 i 2040. Det tilsvarer en økning på 132,5 prosent²⁶. Nesten 50 prosent av alle over 90 år utvikler demenssykdom, noe som er en av hovedårsakene til funksjonsnedsettelse, avhengighet og død blant eldre²⁷. Selv om eldre har bedre funksjonsnivå nå enn tidligere, forventer Folkehelseinstituttet en stor økning i antall eldre med behov for kommunale omsorgstjenester²⁸. Selv om man får flere friske leveår, trenger de fleste likevel mye tjenester de siste to årene av livet (ibid.).

Antallet mottakere av omsorgstjenester har økt med i underkant av 2,6 prosent fra 381.000 til 392.000 fra 2021 til 2022 (jf. figur A og tabell 43). Med den demografiske utviklingen beskrevet av Helsepersonellkommissjonen er det all grunn til å anta at antallet og andelen brukere over 80 år vil øke betydelig i årene fremover. Andel av disse som har omfattende bistandsbehov ligger nå stabilt rundt 23 prosent, men har hatt en klar økning fra 2012 for brukere av institusjonstjenester og hjemmebaserte tjenester (jf. figur 10 og 11).

²¹ Helse- og omsorgsdepartementet (2022) *Opptappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten*. Tilgjengelig: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/opptappingsplan-for-heltid-og-god-bemanning-i-omsorgstjenesten/id2941520/>

²² NOU 2023:4 *Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Tilgjengelig: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/>

²³ Meld. St. 24 (2022-2023) *Fellesskap og meistring – Bu trygt heime*. Tilgjengelig: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-24-20222023/id2984417/>

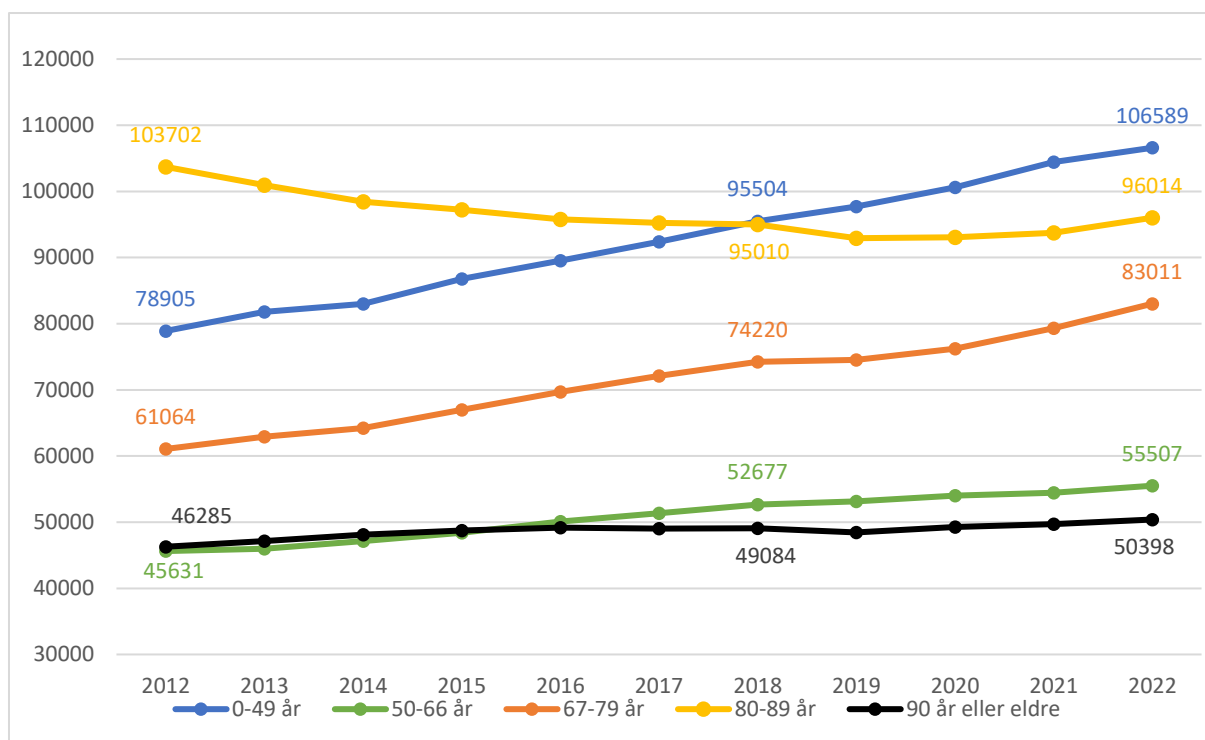
²⁴ Meld. St. 24 (2022-2023) *Fellesskap og meistring – Bu trygt heime*. Tilgjengelig: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-24-20222023/id2984417/>

²⁵ NOU 2023:4 *Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Tilgjengelig: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/>

²⁶ Helsedirektoratet (2022) *Omsorgstjenesten – aktivitetsutvikling og erfaringer fra pandemien*. Tilgjengelig: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/omsorgstjenesten--aktivitetsutvikling-og-erfaringer-fra-pandemien>

²⁷ Helse- og omsorgsdepartementet (2020) *Demensplan 2025*. Tilgjengelig: <https://www.regjeringen.no/contentassets/b3ab825ce67f4d73bd24010e1fc05260/demensplan-2025.pdf>

²⁸ Folkehelseinstituttet (2023) *Ingen stor auke i helsetenester i heimen trass auke i levealder*. Tilgjengelig: <https://www.fhi.no/nyheter/2023/ingen-stor-auke-i-helsetenester-i-heimen-trass-auke-i-levaalder/>



Figur A: Antall mottakere av omsorgstjenester etter alderskategori, 2012-2022
Kilde: Statistikkbanken til SSB (tabell 11642)

Merknad til figur: Figuren viser antall brukere per 31.12.22

I en periode med reduksjon i antall og andel brukere i aldersgruppen 80-89 år og en lav vekst i antall 90 år og over, har antall mottakere av omsorgstjenester under 50 år økt betydelig (jf. figur A og tabell 43). Andelen i brukergruppen mellom 0-49 år har økt til over en fjerdedel av totalt antall brukere, jf. figur 13. Antall brukere 0-49 år krysset gruppen 80-89 år i 2018.

Pasientpopulasjonen er dermed under endring med stadig flere brukere, også yngre tjenestemottakere, med komplekse tilstander og økt behov for helsefaglig kompetanse. Årsakene bak utviklingen i antall og andel yngre tjenestemottakere er uklart. Mulige forklaringer er belyst, jf. *Opptrappingsplan for heltid og god bemanning*²⁹. Opptrappingsplanen peker på at nesten alle nye ressurser som er satt inn i omsorgstjenesten de siste 20 årene har gått til å dekke tjenestebehov til det voksende antallet yngre brukergrupper. Det er særlig nevrologiske tilstander som MS, hjerneslag, hode- og ryggskader, psykiske lidelser, utviklingshemming og rusproblemer som er utfordringene blant de yngre tjenestemottakerne (ibid.).

Andelen under 67 år utgjør i underkant av 50 prosent av brukerne i hjemmetjenesten i 2022³⁰. Rapport fra tilsyn med tilskuddsordningen *Særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester* i 2022 viser at antallet brukere under 67 år som faller inn under ordningen ressurskrevende brukere økte fra 3.398 i 2004 til 7.948 mottakere i 2022³¹. Antallet mottakere i 2022 var imidlertid noe mindre enn antallet mottakere i 2020 som var på 8.140 (ibid.).

²⁹ Helse- og omsorgsdepartementet (2022) *Opptrappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten*. Tilgjengelig: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/opptrappingsplan-for-heltid-og-god-bemanning-i-omsorgstjenesten/id2941520/>

³⁰ SSB statistikkbank, tabell 06972

³¹ Helsedirektoratet (2022) *Stedlig kontroll 2022: Tilskuddsordningen Særlig ressurskrevende helse- og omsorgsordninger*. Rapport levert KDD.

3.2 Utdanning og kompetanse

3.2.1 Personell uten helse- og sosialfaglig kompetanse

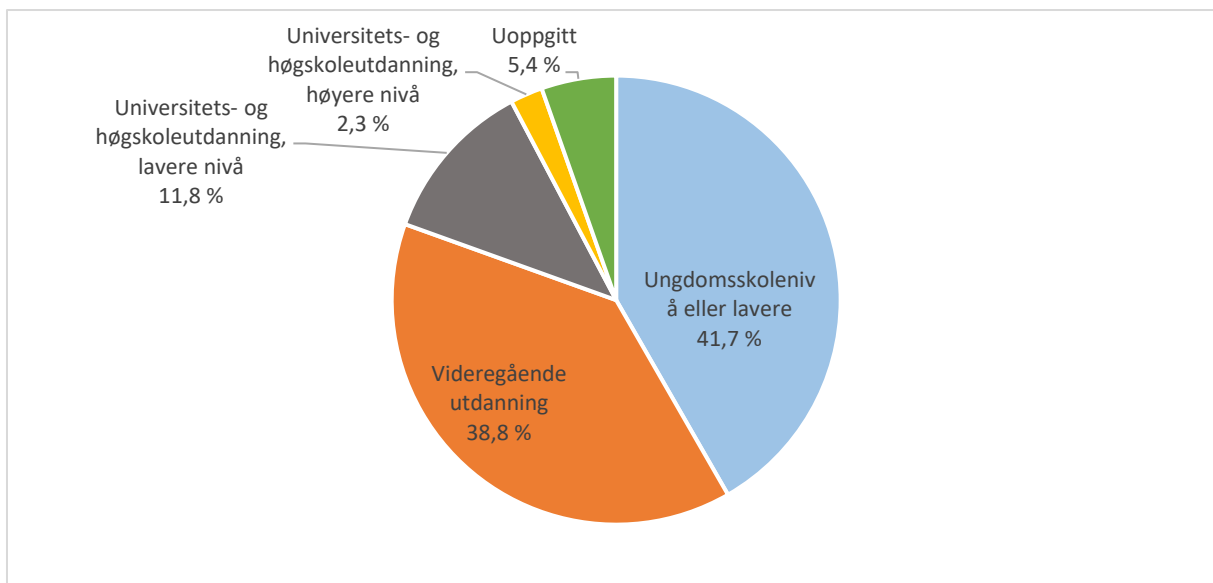
Arbeidet med å sikre tilstrekkelig fagkompetanse innenfor kommunale helse- og omsorgstjenester er viktig og krevende. I brukerrettede omsorgstjenester var andelen personell uten helse- og sosialfaglig utdanning på 23,6 prosent av alle årsverk og 31,9 prosent av alle sysselsatte i 2022 (jf. tabell A). De siste 5 årene har det vært en liten nedgang i andelen personell uten helse- og sosialfaglig utdanning, men andelen er fortsatt høy.

	2018	2019	2020	2021	2022
Antall årsverk utført av personell uten helse- og sosialfaglig utdanning	32808	33427	33452	34025	34726
Andel årsverk utført av personell uten helse- og sosialfaglig utdanning	24,3 %	24,0 %	23,7 %	23,6 %	23,6 %
Antall sysselsatte uten helse- og sosialfaglig utdanning	63720	63042	62745	62911	63450
Andel sysselsatte uten helse- og sosialfaglig utdanning	33,3 %	32,6 %	32,2 %	32,0 %	31,9 %

Tabell A: Antall og andel personell uten helse- og sosialfaglig utdanning

Merknad til tabell: Brukerrettede omsorgstjenester inkluderer ikke stillingskategoriene leger, fysioterapeuter, administrativt personell og servicefunksjoner. Det er en differanse i antallet personell uten helse- og sosialfaglig utdanning i bestillingen til kompetanseløft og det som publiseres av SSB. Differansen skyldes at personer med igangværende helseutdanning plasseres i gruppen *Pleiemedhjelpere/pleieassistent (mm) m/annen helseutdanning* i statistikken på ssb.no, selv om utdanningen ikke er fullført. Helsedirektoratet mener derimot at det gir et riktigere bilde på tilgjengelig kompetanse ved å ekskludere personell med igangværende utdanning og ikke fullført utdanning i denne kategorien, og i stedet sortere disse som personell uten helse- og sosialfagligutdanning.

Blant personell uten helse- og sosialfaglig utdanning er det 41,7 prosent som har ungdomsskolenivå eller lavere som sitt høyeste utdanningsnivå (jf. figur B). Veksten i antall årsverk og sysselsatte uten helse- og sosialfaglig utdanning har de siste 5 årene vært høyest blant denne gruppen (jf. tabell 21). Av personellet uten helse- og sosialfaglig utdanning, er det 18,8 prosent som hadde påbegynt et helsefaglig utdanningsløp i 2022, som er en økning på 1,8 prosent fra 2018 (jf. figur 6).



Figur B: Utdanningsnivå blant personell uten helse- og sosialfaglig utdanning, 2022³²
Kilde: Spesialbestilte data fra SSB

Andelen personell uten helse- og sosialfaglig utdanning er ulik i deltjenestene, hvor det i de tilrettelagte boligene for personer med utviklingshemming utgjør hele 28 prosent av årsverkene, mens den i de institusjonsbaserte tjenestene utgjør 19 prosent. Det er også stor variasjon mellom fylkene, jf. figur 4. Troms og Finnmark og Oslo har høyest andel med henholdsvis 28,4 prosent og 27,4 prosent av årsverkene utført av denne personellgruppen. I den andre enden av skalaen ligger Rogaland med 19,2 prosent og Agder med 18,3 prosent.

Helsepersonellkommissjonen omtaler denne gruppen som *assistenter* og påpeker deres viktighet for å løse personellutfordringene fremover³³. Andelen uten helse- og sosialfaglig utdanning må ses på som en ressurs som trenger en systematisk opplæring for utførelse av oppgaver i helse- og omsorgstjenesten. Mange kommuner ivaretar dette i dag ved bruk av kursheftet *Dette må jeg kunne*³⁴. Systematisk opplæring er en forutsetning for å sikre faglig forsvarlige tjenester i alle ledd, og lovverket har plassert dette ansvaret hos leder. Helsedirektoratet vektlegger satsning på livslang læring for alle faggrupper forankret i strategiske kompetanseplaner i helse- og omsorgstjenesten.

3.2.2 Reduksjon i søkertall til helsefagutdanninger

Årets statistikk fra *Database for statistikk om høyere utdanning*³⁵ og Utdanningsdirektoratet³⁶ viser en nedgang i søkertall til nesten alle helsefaglige utdanninger, både på videregående- og universitetsnivå (jf. tabell 32 og 36). Helse- og oppvekstfag (VG1) har hatt en nedgang i søkertall på 11,6 prosent fra 2018 til 2022, og søkertall til helsearbeiderfag (VG2) har hatt en nedgang på 4,1 prosent i samme periode. Fra 2021 til 2022 har det også vært en nedgang i søkertall til samtlige helsefaglige utdanninger på videregående nivå (jf. tabell 32). Andelen gutter som søker seg til helsefaglige utdanninger på videregående nivå er også redusert siden 2020 (jf. figur C).

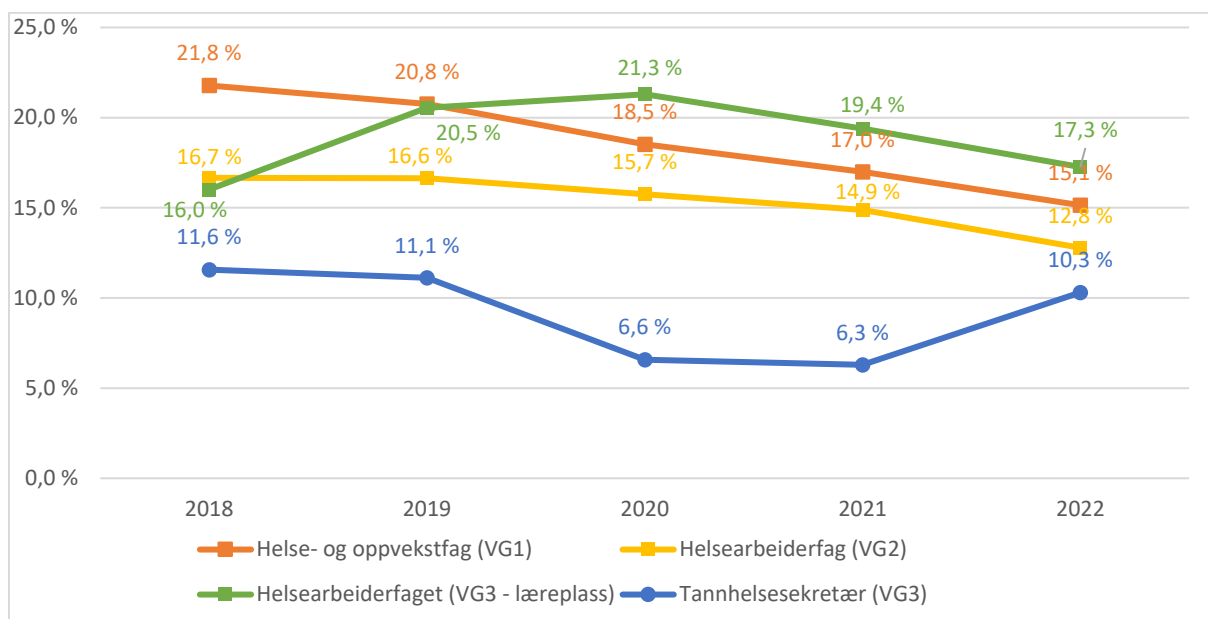
³² Kilde: Spesialbestilte data fra SSB

³³ NOU 2023:4 *Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Tilgjengelig: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/>

³⁴ Nasjonalt senter for Aldring og helse (2022). *Dette må jeg kunne – Er du ny, eller trenger du en oppdatering?* Tilgjengelig: <https://www.aldringoghelse.no/kompetanseheving/dette-ma-jeg-kunne/>

³⁵ Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse (2023) *Database for statistikk om høyere utdanning*. Tilgjengelig: <https://dbh.hkdir.no/>

³⁶ Utdanningsdirektoratet (2023) Tilgjengelig: <https://www.udir.no/tall-og-forskning/statistikk/statistikk-videregaende-skole/sokere-vgs/sokere-utdanningsprogram/>



Figur C: Andelen gutter som søker seg til videregående utdanninger
Kilde: Utdanningsdirektoratet

På universitetsnivå har det vært spesielt stor nedgang i søkertallet til sykepleierstudiet³⁷. Fra 2018 til 2022 har antall søkere med sykepleierstudiet som førstevalg hatt en nedgang på 35,9 prosent, og er nå på det laveste søkertallet på 10 år³⁸. Bare fra 2021 til 2022 er søkertallet redusert med 22,6 prosent til sykepleierstudiet.

Barnevernspedagogikk, sosialt arbeid/sosialfag (bachelor), ergoterapi, fysioterapi, odontologi og klinisk ernæringsfysiologi har også sett en nedgang i antall søkere med studiet som førstevalg i perioden 2018 til 2022, og i perioden 2021 til 2022 (jf. tabell 36). Det bør merkes at søkertallet til alle høyere utdanninger er redusert i denne perioden, men flertallet av de helsefaglige utdanningene har hatt en større nedgang i søkertall enn gjennomsnittet.

Flertallet av Statsforvalterne peker på utfordringer med gjennomføring av kompetanseheving blant annet fordi kommunene ikke får tak i kvalifiserte vikarer. Det er bekymringsfullt dersom denne utviklingen fortsetter, fordi tilbud om etter- og videreutdanning i arbeidsforholdet er viktig for å beholde kvalifisert personell. Kompetanseheving er viktig for faglig forsvarlige tjenester og pasientsikkerhet. Utviklingen betyr at vi må fortsatt satse på rekrutteringstiltak og systematisk følge opp ansatte og studenter i praksis i tjenestene for å beholde og utvikle kompetente medarbeidere.

Når det gjelder fagskole for helsefagarbeidere og annet helsepersonell har det vært tydelig vekst i antall som søker og gjennomfører etterutdanningen, både innen rus/psykiatri og geriatri/demens³⁹. Tilbudet om ulike typer fagskoleutdanning for helsefagarbeidere er imidlertid ujevnt fordelt rundt i landet, noe som gjør det vanskelig å dekke etterspørsel ute i distriktene i enkelte regioner. Tabell 13 viser en nedgang i antall sykepleiere med geriatrisk videreutdanning, samtidig med en øking i antall sykepleiere med master i avansert klinisk allmennsykepleie. Dette kan ha en sammenheng. Samtidig viser nasjonal kartlegging fra kommunene i 2022 at tilgang på fagpersonell

³⁷ Khrono (2023) 815 ledige plasser for studenter i sykepleie. Tilgjengelig: https://khrono.no/815-ledige-plasser-for-studenter-i-sykepleie/806838?utm_campaign=2023-09-14:+815+tomme+studieplasser+p%C3%A5+sykepleie

³⁸ Dagens Medisin (2023) Færre søkere til sykepleien for andre år på rad. Tilgjengelig: <https://www.dagensmedisin.no/faerre-sokere-til-sykepleien-for-andre-ar-pa-rad/561652>

³⁹ Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse (2023) DBH Fagskolestatistikk. Tilgjengelig: <https://fagskole.hkdir.no/>

med spesialkompetanse for eksempel på demens, geriatri og psykologiske sykdommer, har stagnert siden 2018 i forsterkede avdelinger for personer med demens⁴⁰.

En avansert klinisk allmennsykepleier (AKS) er en viktig del av fremtidens helse- og omsorgstjeneste. Deres kompetanse kan benyttes mange steder i kommunen. De er utdannet til å se helheten, både hos pasienten og i systemet. Det er positivt at antall sykepleiere som har gjennomført master i avansert klinisk allmennsykepleie øker, men det forutsetter at dette i realiteten styrker behovet for fagkompetanse i pasientrettede kommunale helse- og omsorgstjenester. AKS-sykepleiere dekker et etterspurt behov for faglig støtte og veiledning for å vurdere, observere og gi forsvarlig helsehjelp. De er også en samhandlingsaktør mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten for pasienter i en sårbar fase mellom ulike behandlingsnivå. Se eksempel fra praksis i figur D.

Et eksempel fra praksis: tverrfaglig samarbeid i Notodden kommune

Notodden kommune har etablert stillingsbeskrivelse for spesialist i klinisk allmennsykepleie (AKS). Her beskriver kommunen hvordan funksjonen skal bidra til helhetlig og pasientrettet helsehjelp til pasienter med sammensatte og komplekse helseutfordringer. Fokus på å forbygge sykdomsutvikling, bidra til økt selvstendighet, faglig støtte, undervisning i nært samarbeid med de ansatte i virksomhetene. AKS skal bidra til økt tverrfaglig samarbeid til det beste for pasienten og arbeide for de sømløse helsetjenestene med fokus på de gode pasientovergangene, mellom tjenestenivåene.

Samarbeidet vil medføre arbeid på tvers av virksomhetene: legevakt, legesenter, hjemmetjenesten, omsorgshjem, sykehjem, og tildelingskontor. Samarbeidspartnere er alle tjenester rundt pasient: fastlege, fagsykepleiere, demenskoordinator, kreftkoordinator, ledere, sykepleiere, helsefagarbeidere, fysioterapeuter og andre faggrupper som pasienten har. Målgruppen er alle pasienter innen heldøgnsomsorg i kommunen, men hovedfokus er på pasienter i hjemmetjeneste og i heldøgn bemannede omsorgsboliger, samt støttende funksjon til annet helsepersonell.

Funksjonen er selvstendig, personorientert, helhetlig og koordinerende.

Les mer [her](#) og i debattinnlegg [her](#)

Figur D: Et eksempel fra praksis: tverrfaglig samarbeid i Notodden kommune

⁴⁰ Helsedirektoratet (2023) *Nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud for personer med demens 2022*. Tilgjengelig: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/nasjonal-kartlegging-av-kommunenes-tilrettelagte-tjenestetilbud-for-personer-med-demens-2022>

3.3 Rekruttering og utvikling i årsverk

I *Tid for handling* understrekes det at det ikke vil være mulig å bemanne seg ut av utfordringen hvor tjenestene mangler *alle* typer helsepersonell⁴¹. Demografiske forhold tilsier at andelen helsepersonell ikke kan øke vesentlig. Helse- og omsorgstjenesten sysselsetter litt over 15 prosent av arbeidstakere i Norge (ibid.), og er den næringen som rapporterer om størst mangel på arbeidskraft i NAVs årlige bedriftsundersøkelse⁴². Mangelen er i 2023 estimert til 13.000 personer, som er en nedgang på 2.750 fra 2022. Det er likevel større mangel enn årene før pandemien. Det er størst estimert mangel på sykepleiere (4.650) og helsefagarbeidere (2.700).

Årets arbeidsgivermonitor fra KS viser at det fortsatt er utfordrende å rekruttere medarbeidere til kommunesektoren⁴³. KS sin arbeidsgivermonitor fra 2023 viser at sykepleiere er den gruppen personell som kommunene har størst utfordring med å rekruttere. Rekrutterings utfordringene gjelder spesielt innen helse- og omsorgssektoren, der det fortsatt er et presset arbeidsmarked. Det har utviklet seg i negativ retning siden forrige måling i 2021. Behovet for digital kompetanse, omstillingsevne, samt samhandlings- og relasjonskompetanse har økt siden 2021 fra et allerede høyt nivå (ibid.).

Mangelen på personell og utfordringene med rekruttering vises i tillegg i SSBs Helsemod⁴⁴. Det er et stort og økende behov for mer kompetanse. Det gjelder både blant dem som ansettes, og dem som allerede er ansatt. Norge er ikke alene om denne utfordringen, også internasjonalt er det stor mangel på helsepersonell. WHO estimerer en mangel på hele 15 millioner helsearbeidere globalt innen 2030^{45,46}.

I tabell B vises utviklingen i avtalte årsverk og sysselsatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten, hvor endringer de siste fem år og endringen fra 2021 til 2022 vises. Mer detaljerte tabeller er å finne i vedlegget, jf. tabell 1, 2, 24 og 29.

	Årsverk		Endring i %		Sysselsatte		Endring i %	
	2018	2022	2018-2022	2021-2022	2018	2022	2018-2022	2021-2022
Kommunal helse- og omsorgstjeneste	171442	186720	8,9 %	1,4 %	222772	232340	4,3 %	0,3 %
Kommunal helsetjeneste	20320	22900	12,7 %	-4,2 %	24377	27126	11,3 %	-6,2 %
Kommunal omsorgstjeneste	140120	151935	8,4 %	2,1 %	198395	205214	3,4 %	1,1 %
Fylkeskommunal tannhelsetjeneste	3400	3552	4,5 %	3,0 %	3630	3766	3,7 %	2,7 %

Tabell B: Antall årsverk og sysselsatte i tjenestene, 2018 og 2022⁴⁷

Merknad til tabell: Merk at leger og fysioterapeuter kun er inkludert i antall årsverk, men ikke i antall sysselsatte. Leger og fysioterapeuter er heller ikke inkludert i antall årsverk og sysselsatte i kommunehelsetjenesten og omsorgstjenesten.

⁴¹ NOU 2023:4 Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Tilgjengelig:

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/>

⁴² NAV (2023) *Bedriftsundersøkelsen*. Tilgjengelig: <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/kunnskap/analyser-fra-nav/arbeid-og-velferd/arbeid-og-velferd/bedriftsundersokelsen>

⁴³ KS (2023) *Kommunesektorens arbeidsgivermonitor 2023*. Tilgjengelig: <https://www.ks.no/fagomrader/statistikk-og-analyse/arbeidsgivermonitoren/arbeidsgivermonitoren-2023-status-og-trender-for-arbeidslivet-i-kommunesektoren/>

⁴⁴ SSB (2023) *Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2040*. Tilgjengelig: <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/artikler/arbeidsmarkedet-for-helsepersonell-fram-mot-2040/>

⁴⁵ WHO (2022) *Health workforce*. Tilgjengelig: https://www.who.int/health-topics/health-workforce#tab=tab_1

⁴⁶ Health Policy Watch (2023) *Time To 'Walk The Talk' In Addressing Health Worker Shortages - Health Policy Watch (healthpolicy-watch.news)*

⁴⁷ Kilde: spesialbestilte data fra SSB

Tabell B viser at det har vært en vekst i årsverk på 8,9 prosent i de kommunale helse- og omsorgstjenestene siden 2018. Veksten fra 2021 til 2022 var på 1,4 prosent, som er lavere enn fjorårets vekst på 2,9 prosent. Det er høyskole- og universitetsutdannet personell som har stått for hoveddelen av veksten de seneste årene.

Veksten i årsverk for flere yrkesgrupper er svak, og bekymringsfullt i år er reduksjon for sykepleiere med og uten videreutdanning, og den lave veksten for helsefagarbeidere fra 2021-2022 (jf. tabell 1). For sykepleiere med og uten videreutdanning er det en liten nedgang både i antall sysselsatte og årsverk fra 2021, men det er en økning fra 2020. Hva som er årsaken, og hvor mye som skal legges i denne endringen, er uklart per nå. Det er mulig at hvordan pandemiarbeidet har blitt organisert i kommunene påvirker dette. Uavhengig av årsaken til reduksjonen fra 2021 til 2022 vil det være viktig å følge med på utviklingen av antallet sykepleiere fremover.

Det er gruppen med sosialfaglig utdanning som har hatt størst vekst i prosent av antall årsverk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (jf. tabell 1). Denne gruppen inkluderer miljøterapeuter, sosionomer, barnevernspedagoger og barne- og ungdomsarbeidere. Miljøterapeuter har for eksempel hatt en økning i årsverk på 34,3 prosent fra 2018-2022 og 10,2 prosent fra 2021-2022. Veksten er sterk i omsorgstjenesten (jf. tabell 24). Det er i utgangspunktet relativt få årsverk i disse gruppene, men andelen med sosialfaglig utdanninger øker fortsatt i 2022.

Hvorvidt denne utviklingen er resultat av ønsket og bevisst planlegging for å dekke inn et kapasitetsbehov, eller om det kan være en løsning av nødvendighet er videre noe av det som bør følges opp. Tverrfaglige team hvor også sosialfaglige utdanningsgrupper deltar kan være en styrke i håndteringen av brukernes behov.

Sammenlignet med spesialisthelsetjenesten har veksten i årsverk vært høyere i de kommunale helse- og omsorgstjenestene de siste årene, se figur 1. Dette er en riktig og ønsket utvikling⁴⁸.

Utviklingen i deltjenestene omsorgstjenesten og kommunehelse, omtales i det videre hver for seg. De to tjenestene er ulike ved at omsorgstjenesten yter tjenester til brukerne hele døgnet over lengre tid i institusjoner, boliger og i hjemmetjenesten. Døgkontinuerlige tjenester i kommunene innebærer til dels store utfordringer knyttet til personellplanlegging og rekruttering av personell med riktig kompetanse. Det er også betydelige flere brukere og ansatte i omsorgstjenesten.

Tidligere år har veksten i antall årsverk vært høyere i kommunehelsetjenesten enn i omsorgstjenesten. Fra 2021-2022 har derimot kommunehelsetjenesten hatt en nedgang i antall årsverk på 3,8 prosent, mens omsorgstjenesten har hatt en økning på 2,1 prosent. I perioden 2018-2022 er veksten fortsatt høyere i kommunehelsetjenesten enn i omsorgstjenesten (jf. tabell 24 og 29). Årsaken til nedgangen i kommunehelsetjenesten er i stor grad knyttet til at mange av de som jobbet med pandemirelaterte oppgaver var ansatt der.

3.3.1 Omsorgstjenesten

Omsorgstjenesten står for om lag 87 prosent av årsverkene (ekskludert leger, fysioterapeuter og psykologer) i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Veksten i antall årsverk og sysselsatte i omsorgstjenesten var totalt sett hhv. 2,1 prosent for årsverk og 1,1 prosent for sysselsatte fra 2021 til 2022 (jf. tabell 24). Det er en relativt liten økning. Det er likevel positivt med tanke på målsettingen om større stillingsstørrelser, at veksten er større i antall årsverk enn for sysselsatte.

⁴⁸ NOU 2023:4 *Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Tilgjengelig: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/>

En bekymringsfull utvikling er den svake veksten for det to gruppene sykepleier uten videreutdanning og sykepleiere med videreutdanning (eksklusiv jordmor og helsesykepleier) de siste årene. I antall sysselsatte sykepleiere uten videreutdanning har det vært en nedgang på 0,2 prosent fra 2021 til 2022.

Det har vært en relativt lav vekst på 2,5 prosent i antall sysselsatte helsefagarbeidere i omsorgstjenesten siden 2018, men det er samtidig positivt at veksten i antallet årsverk er på 8,2 prosent (jf. tabell 24). Helsedirektoratet ser likevel med bekymring på den lave veksten i sysselsatte i denne store og viktige gruppen ansatte. Når helsepersonellkommissjonen også viser til at helsefagarbeiderne er en viktig gruppe for å løse utfordringene og også bør brukes mer i sykehusene⁴⁹, blir den svake veksten over tid enda mer problematisk.

Både vernepleiere og ergoterapeuter har hatt en klar vekst fra 2018 i omsorgstjenestene, men med regionale forskjeller. Fra 1.1 2020 ble ergoterapi en lovpålagt tjeneste i kommunene. Kun to stillingskategorier, *aktivitør* og *servicefunksjoner*, har hatt en nedgang i årsverk siden 2018, og de var også de eneste med nedgang fra 2021 til 2022.

Innad i omsorgstjenesten var veksten i årsverk fra 2021 til 2022 høyest i tilrettelagte boliger for personer med utviklingshemming med 5,6 prosent, som tilsvarer 1.150 årsverk (jf. tabell 28). Denne økningen som har vedvart over tid, kan forklares med veksten i antallet yngre brukere med omfattende og komplekse tjenestebehov i samme periode. I de hjemmebaserte tjenestene var veksten totalt 2,4 prosent eller 2.100 årsverk. I de institusjonsbaserte tjenestene var veksten 1,8 prosent eller 1.050 årsverk.

3.3.2 Kommunehelsetjenesten

Det var en klar vekst på 12,7 prosent fra 2018 i årsverk i kommunehelsetjenesten, og grunnet avviking av pandemiarbeid en nedgang på 3,8 prosent fra 2021 til 2022 (jf. tabell 29). Dette arbeidet har vært arbeidsintensivt og omfattende. Personell uten helse- og sosialfaglig utdanning har en nedgang fra 2021, i og med at dette var ansatte som jobbet med pandemi relaterte oppgaver. Også blant sykepleiere med og uten videreutdanning har det vært en nedgang 2021 til 2022.

Blant de helsefaglige utdanningene i kommunehelsetjenesten er det årsverkene utført av jordmødre som har økt mest siden 2018, og de har også en vekst fra 2021 (jf. tabell 29). Denne veksten er i tråd med politiske satsninger. Selv om antallet helsesykepleiere har steget hvert år siden 2018, så har andelen helsesykepleiere av de totale årsverkene i tjenesten gått ned (jf. tabell 30). Helsedirektoratet publiserer egen statistikk om helsestasjon- og skolehelsetjenesten på www.helsedirektoratet.no⁵⁰.

3.4 Ledelse, fagutvikling og innovasjon

Å være leder i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten er en kompleks og sammensatt funksjon. Avhengig av ledernivået inneholder stillingen både administrative oppgaver og faglig lederskap. Ledere må ha handlingskompetanse og handlingsrom for å kunne tilrettelegge for strategisk kompetanseplanlegging. Dette gjelder både for nåværende og fremtidige helse- og omsorgsbehov, og tilsvarende for tann- og munnhelsetjenester for personer med rettigheter i offentlig tannhelsetjeneste.

⁴⁹ NOU 2023:4 *Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Tilgjengelig: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/>

⁵⁰ Helsedirektoratet (2023) *Årsverk fordelt på deltjenester i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Tilgjengelig: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/arsverk-fordelt-pa-deltjenester-i-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>

I *Opptreppingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten* inngår den nasjonale lederutdanningen for primærhelsetjenesten som et av foreløpig seks sentrale tiltak, alle forankret i Kompetanseløft 2025⁵¹, se faktaboks E. Videre har *Bo trygt hjemme reformen* understreket satsningen på lederutdanningen, i tillegg til utvikling av en ny, kortere og digital lederutdanning i løpet av 2023⁵².

Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten

Et sentralt tiltak i Kompetanseløft 2025 og i Opptreppingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten er Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten.

Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten består i 2022 av to programmer: Helseledelse og Ledelse av tjenesteutvikling. Leverandøren av utdanningen er Handelshøgskolen BI. Begge programmene er på masternivå og gir 30 studiepoeng. Målsettingen med programmene er å gi den bredden av lederkompetanse som helsesektoren trenger for å imøtekomme forskrifter og dagens krav om behov for tjenesteutvikling.

Les mer om tiltaket [her](#)

Figur E: Faktaboks om Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten

Evalueringene fra nasjonal lederutdanning viser at ledere som har tatt lederutdanningen gir uttrykk for større psykologisk trygghet og de utvikler en robust verktøykasse for å stå i og lede nødvendige endringsprosesser⁵³. Lederkompetanse er et sentralt virkemiddel for å lykkes med å rekruttere, beholde og videreutvikle fagkompetanse, legge til rette for nødvendig fagutvikling og sikre innovasjon i tjenestene. For nødvendig omstilling av helse- og omsorgstjenesten må ledelse og organisering samlet sett skape en kultur som gir rom for nytenkning, særlig om måter å jobbe på, oppgaver og tverrfaglighet i personellgruppen.

Fra statsforvalter rapporteres det for 2022 om økt samarbeid med KS, Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT), helsefelleskap, fylkeskommunen og NAV på regionalt nivå. Dette er et viktig steg i riktig retning for samarbeid og spredning av gode eksempler på fagutvikling, oppgavedeling og organisering. Dette er igjen nødvendig for å sikre bærekraft og gjenbruk av effektive løsninger innen særlig planlegging, organisering og kompetanseutvikling.

3.4.1 Lederspenn

Det er en utfordring at ledere ofte har et stort lederspenn som utfordrer nærledelse og det daglige ansvaret for kompetanseheving, faglig forsvarlige tjenester og administrative oppgaver. I ledelseslitteraturen er et lederspenn på 20 medarbeidere det ideelle å ha personalledelse for. I en rapport fra NORCE utført på vegne av KS pekes det på funn der enkelte ledere kan ha et lederspenn

⁵¹ Helse- og omsorgsdepartementet (2022) *Opptreppingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten*. Tilgjengelig:

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/opptreppingsplan-for-heltid-og-god-bemanning-i-omsorgstjenesten/id2941520/>

⁵² Meld. St. 24 (2022-2023) *Felleskap og meistring – Bu trygt heime*. Tilgjengelig: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-24-20222023/id2984417/>

⁵³ Rambøll (2021) *Evaluering av utdanningstilbudet "Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten"*.

Tilgjengelig: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/kompetanseloft-2025/nasjonal-lederutdanning/Evaluering%20av%20Utdanningstilbudet%20nasjonal%20lederutdanning%20for%20prim%C3%A6rhelsetjenesten,%20ramb%C3%B8ll%202021.pdf>

på opp imot 300 medarbeidere⁵⁴. Videre beskriver undersøkelsen en median i sykehjem på 93 ansatte, mens den i hjemmetjenesten er på 59 medarbeidere. Stort lederspenn gjør at oppgavevolumet øker. Dette gjelder særlig administrative oppgaver. Lederne får mindre tid og rom til å utøve faglig lederskap og utvikling av fagkompetanse.

Tid for handling omtaler også lederspennet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene som problematisk⁵⁵. Det understrekes at stort lederspenn kan hindre arbeidet med å gjennomføre nødvendige endringer og innovasjon i sektoren, at det påvirker jobbengasjement, prestasjon, tilfredshet, og turnover.

I rapporten *Vikarbruk i sykehus og kommunale helse- og omsorgstjenester* beskriver Fafo lederes hverdag med presset bemanning, mange deltidsansatte som ikke ønsker å ta ekstravakter, stort vikarbehov og problemer med å skaffe tilstrekkelig bemanning i helger og ferier⁵⁶. Mye av lederes tid går til å skaffe vikarer, håndtere høy turnover, rekruttere og lære opp vikarer og nye ansatte. Dette går på bekostning av tid til annen ledelse og fagutvikling. Videre finner Fafo at stort lederspenn og høyt sykefravær skaper kommunikasjonsutfordringer og reduserer kontinuiteten i tjenestegjennomføringen. En avdeling med 24 årsverk kan fort gi et lederspenn på 50–55 personer. Har man ansvar for flere avdelinger blir lederspennet fort på nærmere 150 personer (ibid.).

Det trengs en dedikert leder for å gjennomføre utviklingsarbeid og skape oppslutning hos de ansatte, særlig hvis lederen ønsker å realisere nye ideer⁵⁷. Det samme gjelder evnen til å se og verdsette sine ansatte, og å motivere dem til å bidra i endringsarbeidet.

Senter for omsorgsforskning (SOF) leverte på oppdrag for Helsedirektoratet en rapport om ufullstendig helsehjelp og kompetansebehov i norske sykehjem i 2022⁵⁸. To av totalt fire forskningsspørsmål i rapporten dreide seg om hvilke sammenhenger som kan identifiseres mellom ufullstendig helsehjelp og karakteristika ved ansatte, og videre hvordan ledere håndterer balansen mellom pasientbehov, kompetanse og kapasitet. Funnene er interessante, og sier blant annet:

«Sykepleiere og vernepleiere rapporterte oftere utelatte oppgaver enn helsefagarbeidere, mens helsefagarbeidere rapporterte oftere utelatte oppgaver enn assistenter – på samtlige områder. Videre fant vi at kvinner oftere rapporterte utelatt helse- og omsorgshjelp enn menn, og at ansatte som hadde faste stillinger, oftere rapporterte utelatte oppgaver enn ansatte i midlertidig stillinger. Mens ansatte som jobbet tilsvarende heltidsstilling oftere rapporterte utelatt helse- og omsorgshjelp knyttet til «psykososiale behov», rapporterte de som jobbet mindre stillinger hyppigere utelatt helse- og omsorgshjelp knyttet til «dokumentasjon». (...) Vi fant ingen vesentlige forskjeller i forekomst av utelatt helse- og omsorgshjelp når vi sammenlignet aldersgrupper eller grupper av ansatte med og uten videreutdanning.»

(Sitat hentet fra Rapport 01/2023, side 5⁵⁹)

⁵⁴ NORCE (2019) Leiarspenn og organisering - Samanhengar med sjukefråvær og turnover. Tilgjengelig:

<https://www.ks.no/globalassets/fagomrader/arbeidsgiverpolitikk/ledelse/Rapport-NORCE-Samfunn-nr-33-Leiarspenn-organisering-og-sjukefraver.pdf>

⁵⁵ NOU 2023:4 *Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Tilgjengelig:

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/>

⁵⁶ Fafo (2023) *Vikarbruk i sykehus og kommunale helse- og omsorgstjenester* Tilgjengelig: <https://www.faf.no/zoo-publikasjoner/faf-rapporter/vikarbruk-i-sykehus-og-kommunale-helse-og-omsorgstjenester>

⁵⁷ Fafo (2023) *Vikarbruk i sykehus og kommunale helse- og omsorgstjenester* Tilgjengelig: <https://www.faf.no/zoo-publikasjoner/faf-rapporter/vikarbruk-i-sykehus-og-kommunale-helse-og-omsorgstjenester>

⁵⁸ Olsen R.M., Andfossen N.B., Devik S.A., Fredwall T.E., Førland O., Moholt, J.M. (2022) *Ufullstendig helse- og omsorgshjelp og kompetansebehov i sykehjem*. Tilgjengelig: <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/handle/11250/3049970>

⁵⁹ Olsen R.M., Andfossen N.B., Devik S.A., Fredwall T.E., Førland O., Moholt, J.M. (2022) *Ufullstendig helse- og omsorgshjelp og kompetansebehov i sykehjem*. Tilgjengelig: <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/handle/11250/3049970>

I rapporten fra SOF presenteres en vurdering av at jobberfaring, stabilitet i stillingene, heltidsarbeid og høy kompetanse bidrar til at ufullstendig helse- og omsorgshjelp blir lagt merke til og erkjent. Først når noe erkjennes kan man gjøre noe med det. En annen forståelse som presenteres er at ansatte med lengre jobberfaring, stabilitet i stillingene, heltidsarbeid og høy kompetanse har et arbeidsinnhold eller jobbfunksjon som gjør at de i større grad må utelate visse oppgaver (ibid.). Det å utelate hjelp til sårbare sykehjemsbeboeres grunnleggende behov er uansett alvorlig og kan representere en trussel mot pasientsikkerheten og forsvarligheten i tjenesten. I rapporten fremheves det at dette er både et individuelt ansvar, et virksomhetsansvar og et myndighetsansvar. Nasjonale og kommunale myndigheter og ledelsen ved det enkelte sykehjem må gi de ansatte rammevilkår som gjør det mulig for dem å oppfylle plikten til forsvarlig yrkesutøvelse (ibid.).

På spørsmålet om lederes håndtering og balansering av ulike krav kom det frem ulike strategivalg for å positivt påvirke ansatte og overordnet ledelse og politisk nivå. For å tilrettelegge for god helse- og omsorgshjelp beskrev lederne at de måtte ha et fokus på å holde seg oppdatert og orientert, kontinuerlig sikre daglig bemanning og riktig oppgavefordeling med de personellressursene som er på vakt. Videre peker lederne på viktigheten av å bevisstgjøre ansatte på deres rolle og ansvar, tilrettelegge for å støtte og veilede ansatte til god faglig praksis, samt å bygge kultur for åpenhet og læring. I samhandlingen med overordnet ledelse og politisk nivå pekte lederne på ansvaret sitt for å orientere om faktiske forhold i tjenesten, argumentere for ressursbehov og å medvirke i langsiktig strategiarbeid for tjenesten.

Forskerne formidler at intervjuene de gjennomførte med lederne bidrar til å forstå og forklare ufullstendig helse- og omsorgshjelp i sykehjemmene. Tidspress og travelhet trekkes frem også i denne undersøkelsen som en medvirkende faktor, og at dette kan blant annet henger sammen med egenskaper ved pasientgruppen, lav grunnbemanning, sykefravær og vikarbruk, lav kontinuitet og ansattes kompetanse. Lav kontinuitet henger dessuten sammen med at kun 22 prosent av de ansatte har 100 prosent stilling, mens den gjennomsnittlige stillingsprosenten er på 67 prosent⁶⁰.

3.4.2 Sykefravær i helse- og omsorgstjenesten

De kommunale helse- og sosialtjenestene har betydelig høyere sykefravær enn samtlige andre næringer (jf. figur 19). Det er også markant høyere enn i spesialisthelsetjenesten (jf. figur 20). Sykefraværet har totalt gått noe ned fra 2021, men ser man på enkelt yrkesgrupper, har flere av dem en økning (jf. tabell 59, 60, 61 og 63).

Sykefravær kan generelt forklares ved kjennetegn ved individet, arbeidsplassen (virksomheten) og samfunnet⁶¹. STAMI viser til at ansatte i hjemmetjenesten er av yrkesgruppene som sliter mest med psykisk utmattelse etter jobb, og de ligger høyt på statistikken over muskelskjelettplager og søvnmangel⁶². De viser videre til at de ansatte opplever høye emosjonelle krav og rollekonflikt. Disse utfordringene gjelder også for andre deler av den kommunale omsorgstjenesten, og kommunehelsetjenesten. Forskning på pasientsentrert omsorg peker på at det å jobbe i helse- og omsorgstjenesten er krevende både fysisk, psykisk og emosjonelt, og at det ikke finnes tilstrekkelig

⁶⁰ Olsen R.M., Andfossen N.B., Devik S.A., Fredwall T.E., Førland O., Moholt, J.M. (2022) *Ufullstendig helse- og omsorgshjelp og kompetansebehov i sykehjem*. Tilgjengelig: <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/handle/11250/3049970>

⁶¹ Knardahl S, Sterud T, Nielsen M.B., Nordby K-C. (2016) Arbeidsplassen og sykefravær: arbeidsforhold av betydning for sykefravær. Tilgjengelig: https://stami.brage.unit.no/stami-xmlui/bitstream/handle/11250/2425959/arbeidsplassen_og_sykefravaer_-_arbeidsforhold_av_betydning.pdf?sequence=1&isAllowed=y

⁶² Statens arbeidsmiljøinstitutt (2023) *Hvorfor er det høyt sykefravær i hjemmetjenesten?* Tilgjengelig: <https://stami.no/hvorfor-er-det-hoyt-sykefravaer-i-hjemmetjenesten/>

lederstøtte og veiledning av personellet gjennom systematiske ivaretagende strukturer i en krevende arbeidshverdag⁶³. I tillegg vil belastningen av turnusarbeid bidra til høyere sykefravær⁶⁴.

Det antas videre at det høye sykefraværet er tett koblet sammen med de andre utfordringene som diskuteres i dette kapitlet. Som eksempel på dette har et sykehjem i Sandefjord fått lavere sykefravær med tettere oppfølging, bedre samarbeid og solid opplæring. Et viktig grep de gjorde for å dette til i praksis var å sørge for et mindre lederspenn⁶⁵.

Sykefraværet er høyere i omsorgstjenesten enn i kommunehelsetjenesten, og også innad i omsorgstjenesten er det forskjeller ved at fraværet er høyere ved de institusjonsbaserte tjenestene (jf. tabell 60, 61 og 63). Av de store personellgruppene er det sykepleiere uten videreutdanning (9 prosent) og helsefagarbeider (9,9 prosent), som har det høyeste sykefraværet i omsorgstjenesten (jf. tabell 60). I den fylkeskommunale tannhelsetjenesten er også sykefraværet på et høyt nivå (jf. tabell 63).

Dette delkapittelet er i det videre basert på rapport *Sykefravær i omsorgstjenesten* fra Senter for samfunnsøkonomiske analyse (SØA), skrevet på oppdrag fra Helsedirektoratet⁶⁶.

SØA finner at den kommunale omsorgstjenesten skiller seg fra de fleste andre tjenesteområder og næringer, ved at sykefraværet er høyere blant de som jobber heltid enn de som jobber deltid (jf. tabell 64). I omsorgstjenesten øker sykefraværet med stillingsstørrelse, samtidig er det ingen eller liten forskjell for de som jobber mer enn 60 prosent (jf. figur 22). Hvis vi ser bort fra de som har lavest stillingsprosent, blir forskjellene i sykefravær mellom hel- og deltidsansatte i omsorgstjenesten mindre, men fortsatt (marginalt) høyere for de som jobber heltid. Til sammenlikning faller sykefraværet i sykehustjenester med økende stillingsstørrelse, for de som jobber mer enn 60 prosent. Den samme tendensen gjør seg gjeldende i kommunehelsetjenesten. Det er derfor grunn til å tro at økt sykefravær i omsorgstjenesten, med økning i stillingsprosent, henger sammen med arbeidsbelastningen.

De finner også at det uten unntak er høyere sykefravær blant de som jobber turnus. I omsorgstjenesten har drøyt tre av fire lønnstakere en turnusstilling (jf. tabell 65). Til sammenlikning har under halvparten av lønnstakerne i sykehustjenester en turnusstilling. Det økte sykefraværet for større stillinger i omsorgstjenesten, gjelder i hovedsak lønnstaker som jobber turnus. For lønnstakerne som ikke jobber turnus, faller sykefraværet med stillingsstørrelse, også i omsorgstjenesten.

Hvis vi avgrenser utvalget til sykepleiere og helsefagarbeidere, som jobber 100 prosent eller mer i en turnusstilling, finner vi at sykefraværet fortsatt er høyere for sykepleierne i omsorgstjenesten, sammenliknet med sykehustjenester, mens forskjellen i sykefravær mellom helsefagarbeiderne i de to tjenestene blir noe mindre. Stor grad av turnusarbeid er derfor ikke alene om å forklare at sykefraværet i omsorgstjenesten er høyst. Andre forhold kan være de STAMI⁶⁷ omtaler og som de skal undersøke videre.

⁶³ OsloMet (2020) *En utvikling som må snus - Bemanning og kompetanse i sykehjem og hjemmesykepleien*. Tilgjengelig: <https://hdl.handle.net/20.500.12199/6417>

⁶⁴ Moland L., Tofteng M. og Nesland A. (2023) *Vikarbruk i sjukehus og kommunale helse- og omsorgstjenester*. Tilgjengelig: <https://www.fao.no/images/pub/2023/20852.pdf>

⁶⁵ Idebanken (2023) *Tingene vi har lykkes med*. Tilgjengelig: https://www.idebanken.org/inspirasjon/artikler/dette-fikk-ned-sykefravaeret?Sleeknote=?SNSubscribed=true&utm_campaign=Nyhetsbrev&utm_content=Nyhetsbrev&utm_medium=Epost&utm_source=Apsis

⁶⁶ Samfunnsøkonomisk analyse (2023) *Sykefravær i omsorgstjenesten* Tilgjengelig: [Sykefravær i omsorgstjenesten — Samfunnsøkonomisk analyse \(samfunnsokonomisk-analyse.no\)](https://www.samfunnsokonomisk-analyse.no)

⁶⁷ Statens arbeidsmiljøinstitutt (2023) *Hvorfor er det høyt sykefravær i hjemmetjenesten?* Tilgjengelig: <https://stami.no/hvorfor-er-det-hoyt-sykefravaer-i-hjemmetjenesten/>

Oslo skiller seg ut med noe lavere sykefravær i omsorgstjenesten. Ellers er det kun små geografiske variasjoner i sykefraværet. Det er en tendens til at sykefraværet er lavere i virksomheter med høyere heltidsandel, men også her er forskjellene små.

OECD rapporter om psykisk belastning hos personell viser at helsepersonell ligger 1/3 over andre sektorer, særlig når det gjelder angst og depresjon. To risikofaktorer som særlig trekkes frem er ufin omgangstone, "incivility" og det å være involvert i uønskede hendelser^{68,69,70}. Andre studier viser at det å være involvert i alvorlige pasienthendelser gjør at helsepersonell i større grad forlater yrket (ibid.). Ufin omgangstone på arbeidsplassen kan også ha en rekke negative konsekvenser, inkludert for sykefravær og turnover, pasientsikkerhet og økonomi⁷¹. Jobbvinnerprosjektet har tydelig vist hvor viktig det er å systematisk planlegge og heve kompetansen på veiledning og kommunikasjon når nyansatte begynner i jobb, særlig for ansatte som kommer rett fra studier⁷².

3.4.3 Vikarbruk i kommunale helse- og omsorgstjenester

Dette delkapittelet er basert på en Fafo-rapport skrevet på oppdrag fra Helsedirektoratet om vikarbruk i kommunale helse- og omsorgstjenester og i spesialisthelsetjenesten⁷³. Rapporten viser omfanget av vikarbruk i tjenestene, hvordan og hvorfor bruken varierer og hvilke erfaringer ledere og ansatte har gjort seg. Fafo skriver at å drive helse- og omsorgssektoren helt uten vikarer virker utopisk og at det trolig heller ikke er ønskelig. Noe bruk av vikarer kan være nødvendig, og virke både faglig stimulerende og rekrutteringsfremmende for tjenestestedene. Samtidig påpeker de at dersom vikaromfanget er vedvarende stort, kan det få negative konsekvenser både for tjenestekvaliteten og arbeidsmiljøet, omtrent på samme måte som hvis omfanget av små deltidsstillinger blir for stort.

Rapporten viser videre at en stor og økende del av helse- og omsorgstjenestene utføres av vikarer og fast ansatte som tar ekstravakter. Noe av dette er planlagt, men mye er det ikke, som følge av ubesatte stillinger og fravær blant fast ansatte. I 2022 utgjorde dette om lag 20 prosent av totale lønnskostnader. I 2021 brukte kommunene 2,4 milliarder på innleie fra vikarbyrå, og dette har økt betydelig siden 2012. Kostnadene ved innleie fra vikarbyrå er ca. 2,5 ganger så høy som kostnadene ved å bruk av fast ansatte (ibid.).

Behovet for vikarer er en følge av at fast ansatte ikke kan dekke alle vakter, og at hensynet til brukerne gjør at det er få oppgaver som kan utsettes. Rapporten deler forklaringene for det store vikarbehovet i tre hovedgrupper:

- Mange ubesatte stillinger og vakter som følge av rekrutteringsproblemer
- Lav grunnbemanning og turnusoppsett for helgebemanning som raskt skaper vikarbruk ved fast ansattes fravær
- Høyt fravær

Omfattende og/eller uplanlagt vikarbruk kan være krevende for ledere og fast ansatte. Mye av tiden deres går til å skaffe ekstravakter, håndtere høy turnover, rekruttere og lære opp nye vikarer og nye

⁶⁸ de Bienassis, K., et al. (2020), "Culture as a cure: Assessments of patient safety culture in OECD countries", *OECD Health Working Papers*, No. 119, OECD Publishing. Tilgjengelig: <https://doi.org/10.1787/6ee1aeae-en>

⁶⁹ Braithwaite J, Herkes J, Ludlow K, et al Association between organisational and workplace cultures, and patient outcomes: systematic review. Tilgjengelig: <https://bmjopen.bmj.com/content/7/11/e017708>

⁷⁰ de Bienassis, K., L. Slawomirski and N. Klazinga (2021), "The economics of patient safety Part IV: Safety in the workplace: Occupational safety as the bedrock of resilient health systems", *OECD Health Working Papers*, No. 130, OECD Publishing. Tilgjengelig: <https://doi.org/10.1787/b25b8c39-en>.

⁷¹ Crawford CL, Chu F, Judson LH, Cuenca E, Jadalla AA, Tze-Polo L, Kawar LN, Runnels C, Garvida R Jr. An Integrative Review of Nurse-to-Nurse Incivility, Hostility, and Workplace Violence: A GPS for Nurse Leaders. *Nursing administration quarterly*. Tilgjengelig: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30839451/>

⁷² KS (2022) *Jobbvinner*. Tilgjengelig: <https://www.ks.no/fagomrader/arbeidsgiverpolitikk/jobbvinner/>

⁷³ Fafo (2023) *Vikarbruk i sykehus og kommunale helse- og omsorgstjenester* Tilgjengelig: <https://www.fafo.no/zoo-publikasjoner/fafo-rapporter/vikarbruk-i-sykehus-og-kommunale-helse-og-omsorgstjenester>

ansatte. Mye av det lederne opplever gjelder også for fast ansatte, som det å stå for opplæring og løpende veiledning av tilkallingsvikarer og personell fra vikarbyråene. I tillegg kommer slitasjen ved at det er færre faste på jobb og færre som kan ta ansvaret for faglig krevende oppgaver. Redusert og bedre vikarbruk kan bidra til et bedre arbeidsmiljø for de ansatte og mindre stress. Bieffekter av dette vil også kunne være lavere sykefravær og gode kår for aktiv ledelse og tjenesteutvikling. Og i tillegg økt kontinuitet i bemanningen for brukeren.

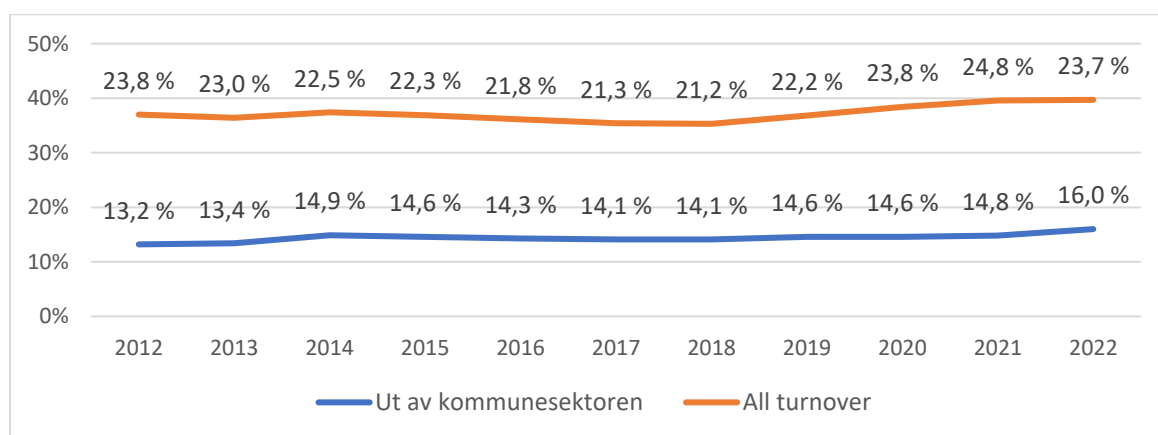
I rapporten beskrives en ideell fordeling av fast ansatte og vikarbruk, den består av 88 prosent fast ansatte, 11 prosent tilkallingsvikarer og 1 prosent fra vikarbyråene. Anbefalingen er basert på spørreundersøkelsen og betraktninger om hvordan tjenestekvalitet, og arbeidsmiljøet for ledere og ansatte påvirkes av vikarbruk. For at kommunene med høy vikarbruk skal kunne redusere vikarbruken, må de ta større grep enn bare å redusere bruken av vikarbyråer. Eksempelvis gjennom utvikling av turnuser der helgene i større grad tas av fast ansatte i store stillinger, og mer robuste bemanningsplaner der det meste av fraværet løses uten å bruke vikarer.

3.4.4 Mobilitet i helsetjenestene

I dette kapitlet presenteres først tall fra KS og PAI-registeret. Dette delkapitlet er basert på en Fafo-rapport skrevet på oppdrag fra Helsedirektoratet om *Mobilitet i helse- og omsorgstjenestene*⁷⁴.

En stor utfordring i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er vedvarende høy turnover. Det var en nedgang i turnover på 1,1 prosentpoeng i den kommunale helsesektoren fra 2021 (24,8 prosent) til 2022 (23,7 prosent) (jf. figur F). Selv med denne nedgangen er turnover fortsatt på et høyt nivå, sammenlignet med årene før pandemien. Ved å se på turnover kun for de som slutter i kommunesektoren den økt fra 14,8 prosent i 2021 til 16,0 prosent i 2022 (jf. figur F).

Hovedårsaken til den store økningen er nok at mange av de som jobbet med pandemirelaterte oppgaver har sluttet. Om pandemien vil gi en langvarig effekt eller hva slags effekt den gir, er for tidlig å si, men den har av ulike grunner gjort at tallene for turnover i årene 2020-2022 er lite sammenlignbare og vanskelig å trekke konklusjoner ut fra.



Figur F: Turnover ut av kommunesektoren og all turnover
Kilde: Spesialbestilte data fra KS

Merknad til figur: Turnover måles fra 1. desember til 1. desember året etter (for eksempel er turnover for 2016 målt fra 1. desember 2015 til 1. desember 2016). Kategorien *All turnover* er om en ansatt har (1) sluttet i kommunesektoren, (2) byttet kommune, (3) byttet til en annen deltjeneste i kommunen

⁷⁴ Nielsen R.A. og Moland L.E. (2023) *Mobilitet i helse- og omsorgstjenestene*. Tilgjengelig her: <https://www.fafo.no/zoo-publikasjoner/fafo-rapporter>

Stadig utskiftning av ansatte og ledere fører til manglende kontinuitet og kompetanselekkasje. Det er utfordrende og ressurskrevende å rekruttere og lære opp nytt personell, slik at de har nødvendig kompetanse og innsikt i pasientenes situasjon. Opparbeidelse av kontekstuell kompetanse og en stor andel sårbare pasienter krever erfaring og innsikt fra ansatte med tilstrekkelig kontinuitet i tjenesten. Turnover kan derfor være en utfordring for tjenestekvalitet og pasientsikkerhet.

Selv om det var nedgang i turnover totalt i sektoren i 2022, økte den i hjemmetjenesten, boliger for psykisk utviklingshemmede, alders- og sykehjem og helsestasjons- og skolehelsetjenesten (jf. tabell 45). Det er betydelig høyere turnover gjennom årene i omsorgstjenestene, enn i helsestasjon- og skolehelsetjenesten. I 2022 er den på mellom 23 og 24,1 prosent i de ulike omsorgstjenestene, og tilsvarende 18,2 prosent i helsestasjon- og skolehelsetjenesten. I de ulike omsorgstjenestene er det relativt lik turnover, men noe høyere i hjemmetjenesten enn i omsorgsboliger (jf. tabell 45). Omsorgstjenestene har betydelig høyere turnover enn i kommunen for øvrig, mens det er interessant å se at helsestasjons- og skolehelsetjenesten har tilsvarende lavere turnover enn i kommunen for øvrig (jf. tabell 49).

Turnover er høyest hos ansatte under 30 år, og blant de over 60 år, og mest stabilt for ansatte mellom 39-59 år (jf. figur 14). Turnover blant ledere har vært svakt økende over flere år (jf. tabell 47) og er i 2022 gått ned fra 17,1 til 16,2 prosent, som er samme nivået som i 2020. Det er høyest turnover for personell uten helse- og sosialfaglig utdanning (36,5 prosent) og for leger (32,8 prosent) i 2022 (jf. tabell 47).

For helsefagarbeidere og sykepleiere har det blitt 2,5 prosentpoeng lavere turnover fra 2021 til 2022. Ser vi bare på de sykepleiere og helsefagarbeidere som slutter i kommunesektoren har det økt fra 2021 (jf. tabell 51). Med tanke på personellutfordringene i kommunene er det en negativ utvikling at en større andel av de som slutter i jobben forsvinner ut av kommunesektoren.

Mobiliteten i den kommunale helse- og omsorgstjenesten i 2022 var noe høyere enn i resten av arbeidsmarkedet. De hjemmebaserte tjenestene har hatt det høyeste nivået i perioden fra og med 2015, mens de ansatte på sykehusene har hatt lavest mobilitet (jf. tabell 66). Det er menn, de yngste arbeidstakerne og de deltidsansatte som bytter jobb mest (jf. tabell 67).

Omtrent en av fem av dem som sluttet i en jobb i den kommunale helse- og omsorgstjenesten gikk til en annen arbeidsgiver i samme tjenesteområde (jf. tabell 70). Det er også mobilitet mellom de ulike deltjenesten, så til sammen er det 39 til 47 prosent som gikk til en arbeidsgiver innenfor de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Mellom 12 og 15 prosent går til privat sektor. Blant de 10 til 13 prosentene som byttet jobb til en annen offentlig tjeneste gikk flest til sosialtjenester, men også til offentlig administrasjon og undervisning (jf. tabell 71).

Det er sykepleiere (inkludert med videreutdanning) utenfor helsetjenestene, som er den yrkesgruppen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten som har høyest mobilitet i årene fra 2015 til 2021, mens sykepleiere på sykehus har lavest mobilitet (jf. tabell 72). Blant sykepleiere i omsorgstjenestene har mobiliteten ligget forholdsvis stabilt rundt 20 prosent, men jevnt over litt høyere i hjemmetjenestene.

Mobiliteten blant sykepleiere i de kommunale helsetjenestene har stort sett ligget rundt 17-18 prosent, men var høyere i 2019 og 2021, dette er trolig knyttet til koronapandemien. Omtrent en av fire sykepleiere i de kommunale helse- og omsorgstjenestene som bytter jobb, går til en ny arbeidsgiver i samme tjenesteområde (jf. tabell 73). Den tilsvarende andelen på sykehusene er over en av tre. Samlet sett er det dermed en liten andel som forlater de offentlige helsetjenestene og få som går til privat sektor. Den lille andel av sykepleierne som bytter jobb til et annet sted i offentlig sektor, går til jobber innen helse- og sosialtjenester, offentlig administrasjon eller undervisning.

Flertallet av personer med sykepleierutdanning jobber som sykepleiere eller i stillinger hvor sykepleierutdanningen er relevant eller nødvendig (jf. tabell 75). Dette vises også i andre rapporter⁷⁵.

Helsefagarbeidere som jobber i omsorgstjenestene og på sykehusene har hatt en mobilitet på rundt 20 prosent gjennom perioden, mens den har vært noe høyere i de kommunale helsetjenestene (jf. tabell 77). De fleste helsefagarbeidere jobber i omsorgstjenestene, og det er også dit de går når de bytter jobb. Fire av ti helsefagarbeidere som byttet jobb fra 2021 til 2022 gikk til omsorgstjenestene (jf. tabell 78). Andelen var noe høyere blant dem som allerede hadde jobb i omsorgstjenesten. To av ti mobile helsefagarbeidere forlater helsevesenet og går til enten øvrig offentlig sektor eller til privat sektor. Andelene som går til øvrige offentlig sektor og til privat sektor er forholdsvis like.

Leger i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er langt mer mobile enn legene på sykehusene (jf. tabell 79). Mobiliteten blant leger på sykehus har vært relativt stabil gjennom perioden, mens det er en tendens til økt mobilitet blant legene i de kommunale tjenestene. Dette kan ha sammenheng med kommunens rolle som utdanningsvirksomhet for leger som har praksis i kommunen under spesialistutdanning i allmenntilleggsmedisin (LIS1)⁷⁶.

Fire av ti leger som bytter jobb i den kommunale helsetjenesten gikk enten til en annen jobb innen kommunale helsetjenester (21 prosent), til omsorgstjenestene (12 prosent) eller til sykehusene (6 prosent) (jf. tabell 80). En forholdsvis liten andel av mobile leger gikk til privat sektor. Det er få leger som byttet jobb fra sykehusene til jobb i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Mobiliteten blant ledere i kommunale tjenester har jevnt over vært høyere enn i øvrige næringer gjennom perioden (jf. tabell 81). En høy andel av ledere som bytter jobb går til en ny lederjobb (jf. tabell 82). Innen de fleste tjenesteområdene går fire av ti ledere som er mobile til en ny jobb med lederansvar. Unntaket er ledere i hjemmetjenestene, der går over halvparten av lederne videre til en ny lederjobb.

3.5 Strategisk kompetanseplanlegging – et viktig verktøy for tjenesteutvikling

Strategisk kompetanseplanlegging og kunnskapsbasert ledelse er en forutsetning for faglig forsvarlig drift i en sektor med store rekrutteringsutfordringer, samt høyt sykefravær og høy turnover både blant ledere og ansatte, jf. foregående kapitler.

Planlegging og prioritering er viktig for å møte utfordringene i forhold til rekruttering, og for å skape gode arbeids- og fagmiljø for å beholde og utvikle kvalifisert personell. Ansatte som tar videreutdanning eller får videreutviklet sin kompetanse, bør få tilpasset oppgaver og ansvar i samsvar med ny kompetanse.

Kompetanseplanlegging fordrer at kommunen på systemnivå har innsikt i sine innbyggers helse- og omsorgsbehov både i nåværende og fremtidig kontekst. Det rapporteres gjennomgående fra statsforvalterembetene at interkommunale nettverk for kommunene og tverrsektorielt samarbeid på regionalt nivå er viktig for å støtte og veilede kommunene i arbeidet med strategisk kompetanseplanlegging og tilskudsforvaltning.

⁷⁵ Sykepleien Forskning (2023): *Hvor blir det av sykepleierne? En registerbasert analyse* Tilgjengelig: [Hvor blir det av sykepleierne? En registerbasert analyse \(sykepleien.no\)](https://www.sykepleien.no/registerbasert-analyse/sykepleien.no)

⁷⁶ Legeforeningen (2023) *Om LIS1 (tidligere turnustjenesten)*. Tilgjengelig: <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/student/norsk-medisinstudentforening/lis1/LIS1/>

Et tiltak i *Opptappingsplan for heltid og god bemanning*⁷⁷ er styrking regionalt hos statsforvalter med en regional koordinatorkfunksjon. Denne funksjonen skal støtte og veilede kommuner i arbeidet med strategisk kompetanseplanlegging, samt rekruttering og kompetanseheving av personell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Statsforvalterembetene melder om økt aktivitet i form av støtte til kommunene på bruk av analyse og kartlegging av lokale forhold som grunnlag for strategisk og langsiktig kompetanseplanlegging. En tettere kontakt mellom kommunene og statsforvalter som tilskuddsforvalter på kompetanse- og tjenesteutviklingstilskuddet, ser ut til å skape bedre forståelse for viktigheten av analyse, kartlegging og langsiktig planlegging.

De fleste kommunene forsøker å gjøre kompetanseplanlegging, men har utfordringer med forankring på et strategisk nivå. Det gis tilbakemeldinger fra statsforvalterne på at det mangler kompetanse på strategisk kompetanseplanlegging i kommunene. Kommunene har blant annet ulik tilnærming og forståelse av hva som bør inkluderes i en strategisk kompetanseplan (nivå), utforming og forankringen av planen. For å sikre en bærekraftig utvikling av relevant og kritisk kompetanse er det sentralt å få adressert utfordringene med strategisk kompetanseplanlegging.

⁷⁷ Helse- og omsorgsdepartementet (2022) *Opptappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten*. Tilgjengelig: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/opptappingsplan-for-heltid-og-god-bemanning-i-omsorgstjenesten/id2941520/>

4 Utviklingstrekk og status i fylkeskommunal tannhelsetjeneste

Samhandlingen mellom fylkeskommunal tannhelsetjeneste og kommunal helse- og omsorgstjeneste er i enkelte fylkeskommuner formalisert med samarbeidsavtaler. Dette gjøres for å skape en tettere og tydeligere sammenheng mellom tjenesteområder, helhetlige tjenester til brukerne og styrket kompetanse til personellet. I dette kapittelet adresseres særlige utviklingstrekk og status i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten.

4.1 Tannhelsepersonell og kompetanse

Det er i liten grad tilsatt personell uten relevant fagkompetanse i fylkeskommunal tannhelsetjeneste fordi tannpleiere og tannleger må ha autorisasjon⁷⁸. Andelen tilsatte uten helse- og sosialfaglig utdanning er stabil på om lag 5 prosent og siden fylkeskommunal tannhelsetjeneste hovedsakelig tilsetter autoriserte tannhelsesekretærer, så utgjør denne andelen i stor grad administrativt tilsatte i tannhelsetjenesten.

I den fylkeskommunale tannhelsetjenesten er det små utfordringer knyttet til deltidstillinger, siden alle kategorier tannhelsepersonell har gjennomsnittlig avtalt arbeidstid på i overkant av 90 prosent, stabilt siden 2018 (jf. figur 18). Turnover har vært stabil på om lag 13 prosent over flere år (jf. tabell 46). Sykefraværet på om lag 10 prosent, er derimot på samme nivå som for den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og tilnærmet uforandret fra 2020.

Når det gjelder tilgang på personell med nødvendig kompetanse, så har den fylkeskommunale tannhelsetjenesten mindre utfordringer sammenlignet med kommunal helse- og omsorgstjeneste. Det er likevel fylkesvise utfordringer, særlig med rekruttering av tannpleiere og tannleger, noe som også bekreftes i årsrapporter 2022 fra statsforvalter⁷⁹ og bør følges med på.

Selv om antall årsverk og sysselsatte tannpleiere i fylkeskommunal tannhelsetjeneste har økt med om lag 4 prosent fra 2021 og med 17 prosent sammenlignet med 2018, så har antall ledige stillinger for tannpleiere økt gradvis fra 2020⁸⁰. I 2022 var det 26 ledige tannpleierstillinger, hvorav 6 i Vestland og 6 i Nordland.

Antall årsverk og sysselsatte tannleger uten spesialitet i fylkeskommunal tannhelsetjeneste har vært stabilt siden 2018. I 2022 var det om lag 52 ledige stillinger for tannlege uten spesialitet i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten, hvorav 12 i Trøndelag og 11 i Møre og Romsdal. Antall årsverk og sysselsatte tannlegespesialister i fylkeskommunal tannhelsetjeneste har økt med om lag 17 prosent siden 2018, og henholdsvis 10 prosent (årsverk) og 17 prosent (sysselsatte) sammenlignet med 2021 (jf. tabell 2).

4.2 Utvikling i behov for tannhelsepersonell

Den fylkeskommunale tannhelsetjenesten omfatter tannhelsetjeneste til gruppene som opplistet i Lov om tannhelsetjenesten⁸¹. Samlet utgjorde det om lag 1,5 millioner personer, 28 prosent av

⁷⁸ Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). Tilgjengelig: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

⁷⁹ Statsforvalteren.no (2023) *Årsrapportar for 2022*. Tilgjengelig: <https://www.statsforvalteren.no/portal/nyheter/2023/03/arsrapportar-for-2022/>

⁸⁰ SSB statistikkbank, tabell 11774

⁸¹ Tannhelsetjenesteloven Tilgjengelig: [Lov om tannhelsetjenesten \(tannhelsetjenesteloven\) - Lovdata](#)

befolkningen i 2022. Utfordringsbildet i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten er primært høyt sykefravær og høy turnover blant tannleger og tannpleiere.

Fylkeskommunal tannhelsetjeneste har fått ansvar for flere pasientgrupper de siste årene. Det er også et lovforslag ute på høring om endringer hvor det foreslås rettigheter for ytterligere to grupper⁸². Dette vil kunne medføre behov for å tilsette flere tannpleiere og tannleger. Behov for tannhelsepersonell både i fylkeskommunal og privat tannhelsetjeneste vil også påvirkes av økende antall flyktninger⁸³.

De demografiske framskrivningene omtalt i kapittel 3.1, beskriver at antallet og andelen brukere over 80 år vil øke betydelig i årene fremover, også andelen med omfattende bistandsbehov. Vedtak om institusjons- og hjemmebaserte helsetjenester, vil oftest utløse rettighet til gratis tannhelsetjenester i den offentlige tannhelsetjenesten⁸⁴ og også kunne bidra til økt behov for tannhelsepersonell, særlig tannpleiere og tannleger. Dette understøttes også i *Tid for handling*⁸⁵.

Videre peker *Tid for handling* på at det er rekrutteringsutfordringer i deler av tannhelsetjenesten. Dette synes primært å handle om skjev geografisk fordeling av tannhelsepersonell, samt skjev fordeling mellom den private og offentlige delen av tannhelsetjenesten. I framskrivninger av arbeidsmarkedet for helsepersonell frem mot 2040⁸⁶, legges det til grunn en større vekt på tannpleie og forebyggende behandling. Dette kan drive frem en fortsatt vekst i etterspørselen etter tannpleiere fram mot 2040. Regjeringen har i tråd med Hurdalsplattformen, satt ned et utvalg som skal gjennomgå tannhelsetjenesten, og særlig vurdere forslag som holder oppe, styrker og videreutvikler tannhelsetjenesten sine helsefremmende og forebyggende tilbud.

Nasjonale data for tann- og munnsykdom og behandling hos den voksne befolkningen er utilstrekkelig. De manglende dataene skyldes blant annet at privat tannhelsetjeneste står for størstedelen av all tannbehandling av voksne, ca. 2/3 av befolkningen.

Utvikling av kommunalt pasient- og brukerregister for tannhelsetjenester

Helsedirektoratet har i oppdrag å utvikle Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) slik at det omfatter data fra tannhelsetjenesten. Innmelding av tannhelsedata til KPR vil bl.a. gjøre det mulig å sikre informasjon om hvor tannhelsetilbud er tilgjengelig, vurdere behovet for tannhelsetjenester i befolkningen og å vurdere om det er variasjon i tilgjengelighet, finansiering og bruk av tannhelsetjenester.

Tannhelseutvalget ble oppnevnt av regjeringen i 2022 og utvalgets forslag skal baseres på tilgjengelig kunnskap og utredninger, med utgangspunkt i status og ev. framskrivninger av befolkningens tannhelse. Helsedirektoratet skal derfor levere analyser til utvalget basert på datafangst av tannhelsedata til KPR og legge en plan for permanent innmelding av tannhelsedata til KPR.

Figur G: Faktaboks om utvikling av KPR for tannhelsetjenesten

⁸² Regjeringen.no (2023) *Høring - forslag til endringer i tannhelsetjenesteloven og enkelte forskrifter (rettar for nye grupper av pasientar mv.)*. Tilgjengelig: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/hoyring-forslag-til-endringer-i-tannhelsetjenesteloven-og-enkelte-forskrifter-rettar-for-nye-grupper-av-pasientar-mv/id2984052/>

⁸³ Rapport *Helsetjenestebehov blant flyktninger fra Ukraina som kom til Norge i 2022*

⁸⁴ Lov om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesteloven). Tilgjengelig: [Lov om tannhelsetjenesten \(tannhelsetjenesteloven\) - Lovdata](#)

⁸⁵ NOU 2023:4 *Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Tilgjengelig: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/>

⁸⁶ SSB (2023) *Arbidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2040*. Tilgjengelig: <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/artikler/arbeidsmarkedet-for-helsepersonell-fram-mot-2040/>

4.3 Rekruttere og beholde tannhelsepersonell

Tannhelsesekretærer

Antall autoriserte tannhelsesekretærer per år varierer noe, med 216 i 2018 og 302 i 2022, og flertallet er utdannet i Norge. Tannhelsesekretærer er en viktig ressurs i tannhelsetjenesten i team med tannlege eller tannpleiere. Andelen tannhelsesekretærer i offentlig tannhelsetjeneste som er over 55 år er om lag 30 prosent. Det er derfor viktig å planlegge rekrutteringen.

Tannpleiere

Antall autoriserte tannpleiere per år varierer, med 68 i 2018 og 93 i 2022⁸⁷. Flertallet er utdannet i Norge. Det kan være flere årsaker til mangelfull rekruttering av tannpleiere, blant annet skjev geografisk fordeling av tannhelsepersonell, antall utdanningsplasser og skjev fordeling mellom den private og offentlige delen av tannhelsetjenesten.

Kjente tiltak for å stimulere til bedre tilgang på søkere i regioner med rekrutteringsutfordringer og for å beholde personell, kan være

- Økt omfang av klinisk praksis i fylkeskommunal tannhelsetjeneste og i kommunen i løpet av tannpleierutdanningen, for på sikt å rekruttere lokalt
- Desentralisert tannpleierutdanning
- Arbeidsgiver legge til rette for videreutdanning og medfølgende stillinger
- Lederstillinger og lederutdanning

Kompetansefremmende tiltak for tannpleiere i Kompetanseløft 2025

Det er tre kompetansefremmende tiltak for tannpleiere i K2025. Det er tilskudd til 1) Fylkeskommunale praksisplasser ved Høgskolen i Hedmark, 2) Lønn for fylkeskommunalt ansatte tannpleiere under videreutdanning i tannpleie og helsefremmende arbeid ved Universitetet i Sørøst-Norge (USN) eller under utdanning til master i helsefremmende arbeid og 3) Videreutdanning i Tannpleie og helsefremmende arbeid ved universitetet i Sørøst-Norge.

Tiltakene er vurdert til å ha god måloppnåelse.

Figur H: Faktaboks om kompetansefremmende tiltak for tannpleiere i K2025

Tannleger uten spesialitet

Antall autoriserte tannleger per år er relativt stabilt og var 285 i 2022, hvor 136 er utdannet i Norge og 135 utdannet i Norden/EU/EØS. Utfordringene knyttet til å rekruttere og beholde tannleger uten spesialitet synes å være relatert til distriktsutfordringer og muligheter for å velge mellom privat og offentlig sektor.

Tannleger med spesialistutdanning

Antall årsverk og sysselsatte tannleger med spesialistutdanning i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten, har økt med om lag 17 prosent fra 2018-2022 (tabell 2). En mulig forklaring kan være at de regionale odontologiske kompetansesentrene får lønnstilskudd og har tilsatt flere

⁸⁷ Helsedirektoratet (2023) Statistikk autorisert helsepersonell. Tilgjengelig: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk-autorisert-helsepersonell>

tannlegespesialister for å ivareta sitt ansvar for å gi spesialisthelsetjenester. Andre faktorer som kan ha medvirket til økningen er at flere fylkeskommuner har tilsatt spesialister i pedodonti.

Tilskudd til tannlegespesialister

Det er flere tiltak i K2025 som har som mål å bidra til økt andel og bedre geografisk tilgang til tannlegespesialister i fylkeskommunal tannhelsetjeneste og ved de regionale odontologiske kompetansesentrene. Det ene er tilskudd til arbeidsgiver for Lønn til kandidater under odontologisk spesialistutdanning og det andre er tilskudd over flere år til Etablering av stillinger for spesialister i pedodonti.

Dette har blant annet bidratt til en økning av antall barn og unge som har fått spesialist-tannhelsetjenester ved økt antall henvisninger og behandlinger og redusert ventetid. Dette er også i tråd med anbefalinger i Nasjonal faglig retningslinje tannhelsetjenester til barn og unge 0–20 år.

Figur 1: Faktaboks om tilskudd til tannlegespesialister

4.4 Fylkeskommunal tannhelsetjeneste og lederkompetanse

Her vises det til ledelsesutfordringene som er beskrevet i kapittel 3.4. Ledere i den fylkeskommunale tannhelsetjeneste som har personal- og økonomiansvar inngår i målgruppen for *Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten* (figur E), og det tas opp om lag 10 studenter fra fylkeskommunal tannhelsetjeneste hvert år. Det er stor interesse for studiet, med dobbelt så mange søkere som plasser til denne målgruppen.

5 Et kompetanseløft for bærekraftige helse- og omsorgstjenester

«Fagfolka er den viktigste ressursen i vår felles helsetjeneste» skriver helseminister Kjerkholt innledningsvis i *Opptrappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten*⁸⁸.

Helsedirektoratet støtter dette, personellet er helsetjenestens ryggrad. Alle personellressurser må ivaretas bedre slik at tilgjengelig arbeidskraft kan brukes så effektivt og smart som mulig. Tjenesten må tilrettelegge for at helsepersonellet skal oppleve å ha attraktive arbeidsplasser, gjennom hele sin yrkeskarriere. Derfor mener Helsedirektoratet at arbeidet med å beholde, utvikle og rekruttere helsepersonell må prioriteres og intensiveres fremover.

Dette kapitlet peker på sentrale elementer som Helsedirektoratet mener må til for et reelt kompetanseløft, samt sikre en bærekraftig rekruttering og kompetanseheving i tjenestene. Kompetanseløft 2025 støtter Helsepersonellkommissjonens konklusjon om at det må *kraftfulle tiltak* til for å få til nødvendig endring i helse- og omsorgstjenestene. Tiltakene må være målrettede og innsatsen må samordnes bedre enn tidligere.

Helsedirektoratet anbefaler i sitt høringsinnspill til *Tid for handling* en styrking av strategisk samordning for etablerte aktører innen forskning, analyse, utdanning og tjenesteutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten⁸⁹. Samordningen kan gjerne skje i en regional setting. En strategisk samordning av aktører kan understøtte en mer balansert utvikling av helsetjenestene i kommunene. Det kan videre understøtte tiltak som er av sentral betydning for å rekruttere og beholde helsepersonell. En samordning tilrettelegger i større grad for muligheter til å ta ut ønsket gevinstrealisering og effekt av gode initiativer. Strategisk samordning kan øke kommunal helse- og omsorgstjeneste sin attraktivitet som arbeidsplass.

Gode og trygge fagmiljø gir attraktive arbeidsplasser. Fra forskning vet vi for eksempel at det som er viktigst for helsepersonellens trivsel er å kunne yte god pasientbehandling⁹⁰. Kunnskapsutvikling i form av relevant forskning og utvikling, samt utdanningsaktiviteter nær der helsepersonellet virker, er sentralt. Slike faglig styrkende aktiviteter foregår oftere i spesialisthelsetjenesten enn i kommunal helse- og omsorgstjeneste⁹¹. Det er derfor avgjørende at forskning, utvikling og utdanning i kommunene styrkes kraftig for å skape attraktive fagmiljø for helsepersonell.

⁸⁸ Helse- og omsorgsdepartementet (2022) *Opptrappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten*. Tilgjengelig: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/opptrappingsplan-for-heltid-og-god-bemanning-i-omsorgstjenesten/id2941520/>

⁸⁹ Helsedirektoratet (2023) *Høringsinnspill NOU2023_4_Tid for Handling_Helsedirektoratet*. Tilgjengelig: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-nou-2023-4-tid-for-handling.-personellet-i-en-barekraftig-helse-og-omsorgstjeneste/id2961754/?uid=f894108d-34e2-4452-9f2a-f78c072b0e75>

⁹⁰ Friedberg, M.W., Chen, P.G., Van Busum, K.R., Aunon, F., Pham, C., Caloyeras, J.P., Mattke, S., Tutty, M. (2013). Factors Affecting Physician Professional Satisfaction and Their Implications for Patient Care, Health Systems, and Health Policy. Rand Corporation. Tilgjengelig: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5051918/>

⁹¹ Helsedirektoratet (2023) *Høringsinnspill NOU2023_4_Tid for Handling_Helsedirektoratet*. Tilgjengelig: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-nou-2023-4-tid-for-handling.-personellet-i-en-barekraftig-helse-og-omsorgstjeneste/id2961754/?uid=f894108d-34e2-4452-9f2a-f78c072b0e75>

5.1 Rekruttere, utvikle og beholde personell

Rapportering fra statsforvalterembetene og halvveisevalueringen fra Leve hele livet reformen viser at regionale nettverk og støttefunksjoner sammen med økonomiske ressurser gjennom tilskudd har stor effekt for utvikling av levende fagmiljø og stabilitet i personellgruppen^{92,93}.

Det er gjennomført flere prosjekter som dokumenterer nye måter å gjennomføre praksis på som øker arbeidsstedets attraktivitet for studenter som kan bli potensielle søkere til stillinger. Eksempler på dette er samordning av flere studenter pr. veileder i praksisfeltet⁹⁴ og tverrprofesjonell samhandlingspraksis⁹⁵.

Et annet viktig tiltak som ble startet i 2016 er *Jobbvinner*-prosjektet som gjennomføres av KS på oppdrag fra HelseDirektoratet, se figur J. Målet med Jobbvinner-prosjektet var å øke rekrutteringen av sykepleiere og helsefagarbeidere til helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Prosjektet ledes av KS i tett samarbeid med fagorganisasjonene.

Jobbvinner

Jobbvinner er en nasjonal satsning med mål om å øke rekrutteringen av sykepleiere og helsefagarbeidere til helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Jobbvinner har et fokus på rekruttering, samt beholde og sørge for veiledning og fagutvikling spesielt for nyutdannet personell. Gjennom systematisk veiledning og oppfølging av nyansatte, har flere opplevd lavere turnover og mer trygge og stabile arbeidstakere.

Da tiltaket ble lansert i 2016 med bakgrunn i en forventet mangel på helsefagarbeidere og sykepleiere, var rekrutteringsutfordringene mindre enn i dag. Det betyr at prosjektets aktualitet er like stor i dag, og enda større enn da det ble satt i gang.

Prosjektet omtales og holdes frem både i Tid for handling og i Opptappingsplan for heltid og god bemanning, og er et sentralt tiltak i porteføljen til Kompetanseløft 2025. KS har på oppdrag fra HelseDirektoratet prosjektansvaret for Jobbvinner, og det er et etablert samarbeid med Fagforbundet og Norsk Sykepleierforbund.

Les mer om tiltaket [her](#)

Figur J: Faktaboks om Jobbvinner-prosjektet

Under koronapandemien ble det gjennomført tiltak for å rekruttere og beholde helsepersonell, det ble som et tidsbegrenset vedtak et endret i lovverket slik at pensjonerte sykepleiere/spesialsykepleiere og annet helsepersonell kunne delta i vaksineringsarbeidet og jobbe så mye de ønsket etter avtale med arbeidsgiver. Statsforvalteren i Innlandet viser til et regionalt

⁹² Statsforvalteren.no (2023) Årsrapport for 2022. Tilgjengelig: <https://www.statsforvalteren.no/portal/nyheter/2023/03/arsrapportar-for-2022/>

⁹³ OsloMet (2022) *Leve hele livet i kommunene*. NIBR-Rapport 2022:1. Tilgjengelig: <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/11250/2982569/2022-1%20NIBR.pdf?sequence=5&isAllowed=y>

⁹⁴ KS (21.01.2022). *Ny veileder: Slik får sykepleierstudenter et godt førsteinntrykk*. [Ny veileder: Slik får sykepleierstudenter et godt førsteinntrykk - KS](#)

⁹⁵ Universitetet i Bergen (u.å.). *TVEPS - Senter for tverrprofesjonell samarbeidslæring*. <https://www.uib.no/tveps>

samarbeid med Nav for å skaffe nok veiledere til studenter i praksis, gjennom kompetanseheving i veiledning og en tilrettelagt jobb for helsepersonell som ellers ville førtidspensjonert seg.

Menn i helse inngår i Kompetanseløft 2025, og har som formål å rekruttere flere menn til helse- og omsorgstjenestene. Tiltaket *Menn i helse* er et komprimert utdanningsløp frem mot fagbrev som helsefagarbeider, jf. figur K.

Menn i helse

Et sentralt tiltak for å utdanne flere til fagbrev som helsefagarbeidere er Menn i helse, et prosjekt KS leverer på oppdrag fra Helsedirektoratet.

Menn i helse er et komprimert utdanningsløp frem til fagbrev som helsefagarbeider. Målsetningen er å bidra til økt rekruttering av menn til arbeid i helse- og omsorgstjenestene. Målgruppen er arbeidssøkende menn mellom 25 - 55+ år. Deltakerne får tittelen helserekruiter. Siden oppstarten i Trondheim i 2010 har tiltaket vokst i omfang og innhold. I 2014 ble nasjonal implementering igangsatt, og det har årlig vært økende interesse for deltakelse. I løpet av 2022 har tilnærmet 1.000 deltagere tatt fagbrev som helsefagarbeider gjennom tiltaket.

I 2022 startet det opp rekordmange 444 helserekruiter. Fra 2019 til 2022 er antall samarbeidskommuner økt fra 65 til 140 i følgende 9 fylker: Agder, Innlandet, Nordland, Rogaland, Troms og Finnmark, Trøndelag, Vestfold og Telemark, Vestland og Viken.

Les mer om tiltaket [her](#)

Figur K: Faktaboks om *Menn i helse*

5.2 Organisering og oppgavedeling

Med *Tid for handling*⁹⁶ understrekes behovet for en helhetlig innsats på flere områder for å få til nødvendig omstilling i tjenestene. Det pekes på behov for reorganisering, oppgavedeling og fokus på arbeidsforhold og arbeidstid, som tre av de sentrale områdene for innsats. Helsedirektoratet har i sitt høringsinnspill gitt støtte til Helsepersonellkomisjonens problemforståelse, beskrivelse av utfordringsbildet og tiltak når det gjelder organisering og samhandling⁹⁷.

Bedre oppgavedeling i helse- og omsorgstjenesten er et viktig steg for å oppnå bærekraftige tjenester. Oppgavedeling mellom personell handler om at helsepersonell som har fått god opplæring og kompetanse, kan utføre oppgaver som tradisjonelt har vært utført av andre yrkesgrupper. Oppgavedeling er et ledelsesverktøy som gir fleksibilitet i bruk av personellressursene og som bør tas i bruk i større grad i oppgaveløsning lokalt.

Helsedirektoratet støtter forslaget fra Helsepersonellkomisjonen om å igangsette et systematisk kvalitetsutviklingsarbeid for bedre organisering og riktig oppgavedeling. Dette er ytterligere

⁹⁶ NOU 2023:4 *Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Tilgjengelig: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/>

⁹⁷ Helsedirektoratet (2023) *Høringsinnspill NOU2023_4_Tid for Handling_Helsedirektoratet*. Tilgjengelig: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-nou-2023-4-tid-for-handling.-personellet-i-en-barekraftig-helse-og-omsorgstjeneste/id2961754/?uid=f894108d-34e2-4452-9f2a-f78c072b0e75>

aktualisert med *Bo trygt hjemme reformens*⁹⁸ utvidelse av det eksisterende *Tørn*-prosjektet som i dag ligger i Kompetanseløft 2025⁹⁹. *Tørn*-prosjektet gjør forsøk med nye arbeids- og organisasjonsformer i omsorgstjenesten, med formål om å bidra til omlegging av arbeidsformer og organisering for å øke kontinuitet og gi brukere og ansatte forutsigbare tjenester basert på brukers behov. Med utvidelsen vil det bli et program som skal dekke alle tjenestenivåene i helsetjenesten, fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten, jf. figur L.

Forsøk med nye arbeids- og organisasjonsformer i helse- og omsorgstjenestene (Tørn)

Forsøk med nye arbeids- og organisasjonsformer i omsorgstjenestene var et prosjekt i KS frem til 2023. Fra og med 2023 er prosjektet videreført som et utvidet program for å dekke hele helsetjenesten. Det nye programmet skal hete Forsøk med nye arbeids- og organisasjonsformer i helse- og omsorgstjenestene (Tørn) og skal videreføre satsningen i kommunene, samtidig som den også skal introduseres i spesialisthelsetjenesten.

Formålet med programmet er å legge til rette for bedre bruk av personellressursene i hele helse- og omsorgstjenesten, gjennom forsøk med nye arbeids- og organisasjonsformer og forsøk for å fremme riktig oppgavedeling på tvers og innenfor tjenesteområder, -nivåer og virksomheter i helse- og omsorgstjenesten. Bruk av kombinerte stillinger, strukturert oppgavedeling, alternative arbeidstids- eller turnusordninger, samlokalisering av tjenester og strukturerte samarbeid er noen av områdene som vil være aktuelle for forsøk. Programmet skal blant annet bidra til erfaringer med gode modeller for bruk av avansert klinisk sykepleie og fagarbeidere, og til strategisk kompetansekartlegging, kartlegginger for å avdekke variasjon, modellutprøving og prosjekter for oppgavedeling, tilbud om opplæring i metoder og prosessledelse.

Les mer om tiltaket [her](#)

Figur L: Faktaboks om Tørn-programmet

Tørn er et sentralt tiltak i *Opptrappingsplan for heltid og god bemanning*, som samtidig er et eksempel på en prosess som realiserer kjernen i *Tillitsreformen*¹⁰⁰. Gjennom forankring hos ansatte og tillitsvalgte, skjer prosesser med endringsarbeid på organisering og oppgavedeling i et systematisk samarbeid mellom ansatte, tillitsvalgte og ledere.

5.3 Ny teknologi og nye løsninger

Bruk av teknologi som en integrert del av måten vi yter helse- og omsorgstjenester på, forutsetter tilstrekkelig teknologisk kompetanse blant helsepersonell som bidrar til hensiktsmessig bruk og gir trygghet i møte med brukere, pårørende og kollegaer. Videre er det behov for kompetanse om endringsprosesser og tjenesteutvikling både hos ledere og medarbeidere.

⁹⁸ Meld. St. 24 (2022-2023) *Fellesskap og meistring – Bu trygt heime*. Tilgjengelig: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-24-20222023/id2984417/>

⁹⁹ KS (2022) *Tørn – Sammen om fremtidens helse og omsorg*. Tilgjengelig: <https://www.ks.no/fagomrader/arbeidsgiverpolitikk/kompetanse-og-rekruttering/torn/>

¹⁰⁰ Kommunal- og distriktsdepartementet (2022) *Om tillitsreformen*. Tilgjengelig: <https://www.regjeringen.no/contentassets/72998b989796469abf1ee15e47338071/om-tillitsreformen-inspirasjonsnotat-november-2022.pdf>

Digitalisering, hvor implementering av arbeidsbesparende teknologier inngår, er en nødvendig del av tjenesteutviklingen for å møte utfordringsbildet med mangel på helsepersonell, og for å øke produktiviteten, slik det blant annet beskrives i *Tid for handling*¹⁰¹.

Nasjonalt velferdsteknologi-program (NVP), og den kommende *helseteknologiordningen*, har som formål å støtte innføring av arbeidsbesparende teknologier som kan gjøre tjenestene mer bærekraftige. I NVP handler dette om digitalt tilsyn, medisindispensere, lokaliseringsteknologi, e-lås og digital trygghetsalarm, omtalt som trygghets- og mestringsteknologi, og digital hjemmeoppfølging. Kommunene rapporterer om økt kvalitet for både brukere, ansatte og pårørende¹⁰², og tidsbesparende effekter som færre besøk, mindre kjøring, og redusert bemanning på natt. I tillegg kommer redusert reisetid for pasienter. Andelen kommuner som tar i bruk disse teknologiene øker årlig, men utbredelsen er lavest i de minste kommunene. Dette er særlig bekymringsfullt da flere av de mindre kommunene antageligvis vil rammes hardere av mangel på helsepersonell i nær framtid.

Digital hjemmeoppfølging gikk over i spredningsfasen høsten 2022, og det er nå etablert samarbeidsprosjekt i 18 av 19 helsefelleskap. Arbeidet er basert på nasjonale faglige råd for digital hjemmeoppfølging¹⁰³. Omtrent 160 kommuner deltar i dette arbeidet sammen med fastleger og helseforetak innen de ulike helsefelleskapene. Mange av kommunene opplever bærekraftsutfordringer allerede, og ser seg nødt til å ta i bruk teknologi for å tilby forsvarlige tjenester og sikre god ressursbruk.

Velferdsteknologiprogrammet har sammen med deltakende kommuner utviklet *Helhetlig tjenestemodell*. Denne gir god oversikt over roller og ansvar, som må ivaretas for å kunne tilby velferdsteknologi på lik linje med andre tjenester.

I den første løypemeldingen om *helseteknologiordningen* trekkes det frem kulturelle barrierer som teknologisk, kulturell og etisk motstand mot å ta i bruk ny teknologi¹⁰⁴. I tillegg pekes det på lederkompetanse. Det er behov for kompetanse innen digitalisering og en kultur for endring¹⁰⁵ og tilpasning i tjenestene. Det dreier seg både om kompetanse blant ledere i hvordan de kan legge til rette for tjenesteutvikling og endring i arbeidsoppgaver for deres medarbeidere, men også å utvikle en kultur for fleksibilitet og utvikling, som innebærer vilje og evne til å ta innovative løsninger i bruk¹⁰⁶.

Kompetanse innen helseteknologiområdet på nasjonalt nivå i yrkesfag, fagskole og innenfor høyere utdanning er derfor en avgjørende forutsetning for å sikre vellykket implementering og skaleringen av arbeidsbesparende teknologier, jf. Fagfornyelsen og RETHOS¹⁰⁷. Rapporten *Kartlegging av teknologi, innovasjon og entreprenørskap i helsefaglig høyere utdanning i Norge*¹⁰⁸ viser at

¹⁰¹ NOU 2023:4 *Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Tilgjengelig: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/>

¹⁰² Helsedirektoratet (2021) *Gevinstrealiseringsrapport. En kunnskapsoppsummering fra Nasjonalt velferdsteknologi-program*. Tilgjengelig: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/gevinstrealiseringsrapporter-nasjonalt-velferdsteknologi-program>

¹⁰³ Helsedirektoratet (2022) *Nasjonale faglige råd: Digital hjemmeoppfølging*. Tilgjengelig: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/digital-hjemmeoppfolging>

¹⁰⁴ Direktoratet for e-helse (2022) *Utforming av en helseteknologiordning*. Tilgjengelig: <https://www.ehelse.no/publikasjoner/utforming-av-en-helseteknologiordning>

¹⁰⁵ Kommunal- og distriktsdepartementet (2022) *Om tillitsreformen*. Tilgjengelig: <https://www.regjeringen.no/contentassets/72998b989796469abf1ee15e47338071/om-tillitsreformen-inspirasjonsnotat-november-2022.pdf>

¹⁰⁶ NOU 2023:4 *Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Tilgjengelig: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/>

¹⁰⁷ Regjeringen.no (2021) *Nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS)*. Tilgjengelig: <https://www.regjeringen.no/no/tema/utdanning/hoyere-utdanning/utvikling-av-nasjonale-retningslinjer-for-helse-og-sosialfagutdanningene/id2569499/>

¹⁰⁸ Regjeringen.no (2020) *Kartlegging av teknologi, innovasjon og entreprenørskap i helsefaglig høyere utdanning i Norge*. Tilgjengelig: [https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/kartlegging-av-teknologi-innovasjon-og-entreprenorsk-og-entreprenorsk-og-entreprenorsk-i-helsefaglig-hoyere-utdanning-i-norge/id2766042/](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/kartlegging-av-teknologi-innovasjon-og-entreprenorsk-og-entreprenorsk-og-entreprenorsk-og-entreprenorsk-i-helsefaglig-hoyere-utdanning-i-norge/id2766042/)

helsefagene i stor grad har introdusert kunnskap om teknologi i sine utdanninger. Kommunenettverket for innføring av velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging ble etablert i 2022 for å innføre varig struktur for å bygge og sikre kompetanse og kompetansedeling om implementering av velferdsteknologi, endringsprosesser, tjenesteinnovasjon og samarbeid mellom kommuner. Flere kommuner rapporterer at nettverket er nyttig for erfaringsdeling og deling av beste praksis, da en har lyktes med å skape en felles kultur for kompetansedeling¹⁰⁹.

Nye teknologiske løsninger vil kunne gi nye arbeidsmåter og endrede oppgave- og ansvarsforhold mellom grupper av helsepersonell og mellom helsepersonell og pasienten/pårørende. For å møte behovet for omstilling, blir det viktig å utdanne kandidater med endring- og omstillingskompetanse, men også hos dagens helsepersonell. Her blir samspill mellom tjenestene og helseutdanningene avgjørende¹¹⁰.

Når teknologi er en naturlig del av hvordan vi yter helsetjenester framover, er det helt sentralt at relevant kunnskap og system for behovsvurdering er godt innarbeidet. Både ved oppstart, og ved *tværfaglig* vurdering og evaluering underveis. Dette for å sikre at det bidrar til hensiktsmessige og forsvarlige tjenester, eller om pasientens behov bør dekkes på andre måter. Det må også vurderes om bruk av teknologi vil gi bedre ressursutnyttelse og være arbeidsbesparende for tjenesten. Dette er et sentralt element for analyse og planlegging i strategisk kompetanseplanlegging i kommunen. Helsedirektoratet ønsker videre forskning kontinueres på ressursutnyttelse og arbeidsbesparelser for tjenestene ved innføring og bruk av helseteknologi¹¹¹.

5.4 Tilrettelegge for en heltidskultur

Med Helsepersonellkommissjonens *Tid for handling* understrekes det igjen at arbeidsforhold som gir trivsel og utvikling, bidrar til å beholde kompetanse og personell i tjenestene¹¹². Det påpekes også at en større grad av heltidsarbeid vil utløse kapasitet og ha en positiv effekt for kvalitet i tjenestene.

Det er en større økning i antall årsverk (1,4 prosent) enn i antall sysselsatte (0,3 prosent) fra 2021 til 2022 (jf. tabell 1), noe som betyr at flere jobber i større stillingsprosenter. Det er en økning på 7,1 prosentpoeng for sykepleiere uten videreutdanning som jobber full stilling i perioden 2018-2022, men samtidig viser tallene at det bare er 59,5 prosent av sykepleierne i kommunal helse- og omsorgstjenesten jobber full stilling i 2022 (Jf. figur M og figur 17).

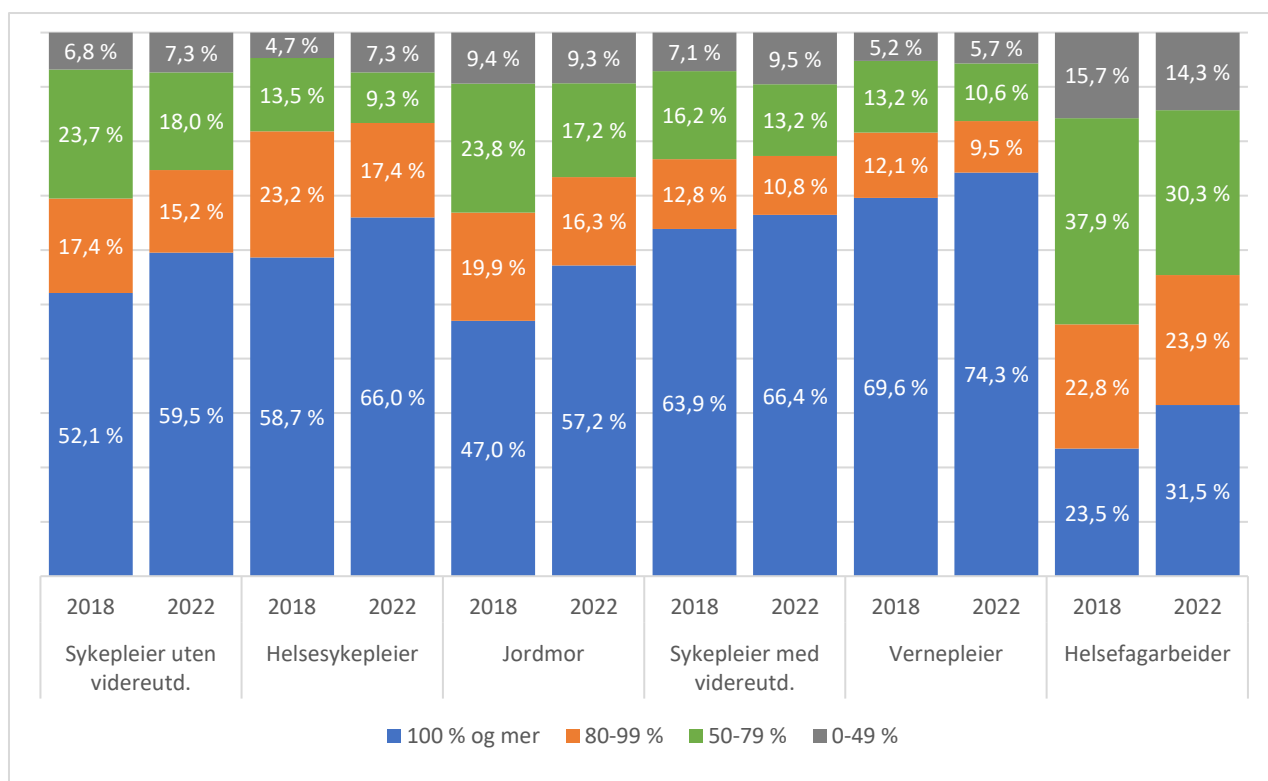
For helsefagarbeidere har det vært en økning i antallet med full stilling på 8 prosentpoeng i samme tidsperiode. Likevel er det bare 31,5 prosent av helsefagarbeiderne som har full stilling i kommunal helse- og omsorgstjeneste i 2022. Samlet for sektoren er andel sysselsatte i full stilling pr 2022 36,3 prosent (jf. figur 16), en økning på 5,9 prosentpoeng fra 2018 til 2022. Figur 16 viser at det er en klar økning for alle grupper.

¹⁰⁹ KS (2022) Årsrapport: Kommunenettverk for innføring av velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging i kommunal sektor – rapportering på aktiviteter i 2022

¹¹⁰ Regjeringen.no (2020) Kartlegging av teknologi, innovasjon og entreprenørskap i helsefaglig høyere utdanning i Norge. Tilgjengelig: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/kartlegging-av-teknologi-innovasjon-og-entreprenorskap-i-helsefaglig-hoyere-utdanning-i-norge/id2766042/>

¹¹¹ Helsedirektoratet (2021) Gevinstrealiseringsrapport. En kunnskapsoppsummering fra Nasjonalt velferdsteknologi program. Tilgjengelig: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/gevinstrealiseringsrapporter-nasjonalt-velferdsteknologi-program>

¹¹² NOU 2023:4 Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Tilgjengelig: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/>



Figur M: Andelen sysselsatte med ulik stillingsstørrelse blant utvalgte yrkesgrupper¹¹³

Merknad til figur: Figuren viser andelen sysselsatte i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Helsefagarbeider inkluderer også hjelpepleiere og omsorgsarbeidere.

Det er fortsatt ikke mange nok med 100 prosent stilling, selv om det er en positiv utvikling. Utviklingen av hele stillinger går for langsomt og kan medføre konsekvenser for en bærekraftig drift med lavere kontinuitet og en potensiell risiko for pasientsikkerheten¹¹⁴.

Selv om det er en relativt lav andel med heltidsstillinger, er den gjennomsnittlige stillingsstørrelse likevel høy for flere grupper. Den gjennomsnittlige stillingsstørrelsen er også økende for alle grupper unntatt aktivtør (jf. tabell 55). For sykepleiere er den 86 prosent i 2022 mot 85,4 prosent i 2021. Det er for helsefagarbeidere at den gjennomsnittlige stillingsstørrelsen har økt mest fra 2018 til 2022, fra 72,1 til 75,8 prosent.

Et annet forhold knyttet til små stillingsstørrelser er at mange tar ekstravakter utover avtalt stilling og inntil full stilling. KS måler dette og kaller det *Mer arbeid*. I 2022 er det litt over 10.000 flere arbeidsårsverk innen den kommunale helse- og omsorgstjenesten på grunn av slikt *mer arbeid* (jf. tabell 57). Det er spesielt gruppene personell uten helse- og sosialfagligutdanning og helsefagarbeidere som har mye mer arbeid (jf. tabell 58). Forklaringen er nok at de i utgangspunktet har relativt lave stillingsprosent. I evalueringsoppdraget har Fafo funnet at 11 prosent av lønnstakerne i omsorgstjenesten, som jobber fulltid, har flere jobber som til sammen utgjør 100 prosent eller mer. Nær 80 prosent av disse har flere jobber innenfor omsorgstjenesten.

Det er utfordrende å tilrettelegge for en heltidskultur innen omsorgstjenestene. En kunnskapsoppsummering fra Fafo viser at med dagens tradisjonelle turnusordning, så vil det ikke

¹¹³ Kilde: Spesialbestilte data fra SSB

¹¹⁴ Fafo (2021) *Heltids- og deltidsansettelser i sykehusene - Om bruk av flerdelte stillinger ved Sykehuset Østfold*. Tilgjengelig: <https://www.fafo.no/zoo-publikasjoner/heltids-og-deltidsansettelser-i-sykehusene>

være mulig å nå målet om en heltidskultur¹¹⁵. Det vil kreve at man må jobbe annenhver helg i full stilling, og det er lite attraktivt for mange. Med dagens situasjon i den kommunale helse- og omsorgstjenesten vil en heltidsstilling innebære mer helgearbeid. Heltid som norm er et viktig grep for å oppnå bedre resultater for å rekruttere og beholde kvalifisert personell i sterk konkurranse med andre næringer.

Helsedirektoratet mener at for å tilrettelegge for en heltidskultur må det gjøres tverrsektorielle nasjonale grep som understøtter muligheter for lokale innretninger. Videre vil samhandling mellom KS, fagorganisasjoner, utdanningssektor og helse- og omsorgssektor på rekruttering, fagutvikling og forskning og oppskalering av praksisplasser i kommunal helse- og omsorgstjeneste kunne bidra til økt attraktivitet både for å velge karriere i helsevesenet og søke jobber i kommunal sektor¹¹⁶. En meningsfull jobb som innebærer turnusarbeid må markedsføres med positive eksempler jf. Lambertseterhjemmet i Oslo, og årsturnus i Sarpsborg kommune¹¹⁷. Da kan heltidsstillinger og robuste turnusordninger¹¹⁸ sammen med fokus på fagmiljø og systematisk veiledning av nyansatte (Jobbvinnerprosjektet) være nødvendige virkemidler for å sikre en bærekraftig rekruttering og beholde kvalifisert personell¹¹⁹.

Et bærekraftig og velfungerende tjenestetilbud i den kommunale helse- og omsorgstjenesten krever personell som har generell medisinsk, sykepleiefaglig og andre typer fagkompetanse¹²⁰. Dette er grunnleggende i alle kommuner både ruralt og sentralt¹²¹. Det betyr at det må være robuste turnuser med helsepersonell, og også tilrettelagte karriereløp på alle nivåer for å sikre nødvendig oppdatering for å mestre de faglige oppgavene som arbeidsområdet krever.

¹¹⁵ Fafo (2021) *Mulige og umulige løsninger på veien mot heltidskultur - En kunnskap- og eksempelsamling*. Tilgjengelig: <https://www.fafo.no/zoo-publikasjoner/fafo-notater/mulige-og-umulige-losninger-pa-veien-mot-heltidskultur>

¹¹⁶ Helse- og omsorgsdepartementet (2022) *Opptappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten*. Tilgjengelig: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/opptappingsplan-for-heltid-og-god-bemanning-i-omsorgstjenesten/id2941520/>

¹¹⁷ Meld. St. 24 (2022-2023) *Fellesskap og meistring – Bu trygt heime*. Tilgjengelig: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-24-20222023/id2984417/>

¹¹⁸ Moland L., Tofteng M. og Nesland A. (2023) *Vikarbruk i sjukehus og kommunale helse- og omsorgstjenester*. Tilgjengelig: <https://www.fafo.no/images/pub/2023/20852.pdf>

¹¹⁹ Meld. St. 24 (2022-2023) *Fellesskap og meistring – Bu trygt heime*. Tilgjengelig: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-24-20222023/id2984417/>

¹²⁰ Meld. St. 24 (2022-2023) *Fellesskap og meistring – Bu trygt heime*. Tilgjengelig: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-24-20222023/id2984417/>

¹²¹ NOU 2023:9 *Generalistkommunesystemet – Likt ansvar, ulike forutsetninger*. Tilgjengelig: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-9/id2968517/>

5.5 Tverrfaglige team i tjenesten

Et hovedgrep for å dempe behovet på lang sikt for helse- og omsorgstjenester, og dermed få ned behovet for helsepersonell, er å fokusere på det forebyggende helsearbeidet. Helsedirektoratet har gjennom sitt hørings svar til *Tid for handling* fremhevet folkehelse og forebygging som spesielt viktig. Forebygging er effektivt, og vi kan ikke behandle oss ut av utfordringene vi står i. Større satsing på forebygging og tidlig intervensjon vil kunne gi både en friskere befolkning som trenger færre helsetjenester og en friskere arbeidsstokk som kan stå lenger i jobb.

Lønnstilskudd til avansert klinisk allmennsykepleie

En sentral rolle for økt tverrfaglighet er avansert klinisk allmennsykepleier. I Kompetanseløft 2025 er et viktig tiltak: Lønnstilskudd til Avansert klinisk allmennsykepleie. En avansert klinisk allmennsykepleier vil være en viktig del av fremtidens helse- og omsorgstjeneste.

Kompetansen kan brukes mange steder. De er utdannet til å se helheten, både hos pasienten og i systemet. De gjør systematiske, kliniske undersøkelser og vurderinger, fungerer som koordinator, faglig støtte og veileder andre kollegaer. Slik forebygger vi bedre, øker pasientsikkerheten og tryggheten hos pasienter, pårørende og i det faglige fellesskapet.

Lønnstilskuddet har som formål å stimulere kommuner til kompetanseoppbygging gjennom å videreutdanne sykepleiere som ivaretar behov i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Les mer om tiltaket [her](#)

Figur N: Faktaboks om Lønnstilskudd til avansert klinisk allmennsykepleie

Flere eldre vil leve med kroniske sykdommer, og det vil bli behov for økt innsats for at den enkelte skal kunne opprettholde fysisk funksjon så lenge som mulig, mestre egen helse og sykdom, og være selvhjulpne. Det er sentralt å rette innsats mot å redusere og utsette behovet for pleie- og omsorgstjenester, sykehusinnleggelser og institusjonsopphold for eldre. Dette vil på sikt også redusere behovet for de personellgruppene det er størst mangel på.

Modellutvikling for klinisk ernæringsfysiolog

En annen viktig rolle som har vist seg å være en ressurs og pådriver for økt tverrfaglighet er klinisk ernæringsfysiolog. I Kompetanseløft 2025 ble det tatt inn et nytt tiltak for å utvikle modeller for hvordan klinisk ernæringsfysiolog kan bidra ytterligere i kommunene. Tiltaket heter Modellutvikling klinisk ernæringsfysiolog som ressurs for omsorgstjenesten. Tiltaket inngår også i Leve helse livet-reformen.

Erfaringene fra arbeidet viser at klinisk ernæringsfysiolog er en ressurs og pådriver for et målrettet og systematisk ernæringsarbeid, kartlegging av behov for kompetanse, forankring av mat- og ernæringsarbeidet i kommunale planer, utvikling og kvalitetssikring av rutiner for god ernæringspraksis, kompetanseutvikling, tilgjengelig for rådgivning i enkeltsaker og/eller deltakelse i tverrfaglige team. Klinisk ernæringsfysiolog kan ha ulike tilknytninger i kommunen eller interkommunalt.

Det har vært stor interesse og mange kvalifiserte søkere fra kommunene både i 2021, 2022 og 2023. På de tre årene har det vært søkt for 76 millioner til sammen som er fem ganger rammen for tilskuddet. Hvis man tar med de interkommunale prosjektene er det 55 unike kommuner som har søkt modellutviklingsmidler minst ett år. Stortinget har besluttet at modellutviklingsprogrammet skal videreføres. Rapporteringene viser at det oppnås mye ute i kommunene på dette området selv med relativt beskjedne midler.

Les mer om tiltaket [her](#)

Figur O: Faktaboks om Modellutvikling for klinisk ernæringsfysiolog

Helsedirektoratet har foretatt flere utredninger knyttet til behovet for brede kliniske videreutdanninger for å sikre bredde- og generalistkompetanse både i primær- og spesialisthelsetjenesten. For sykepleiere er det som kjent innført offentlig spesialistgodkjenning i klinisk allmennsykepleie som et virkemiddel bl.a. for å rekruttere og beholde sykepleiere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Andre personellgrupper kan benyttes til å utføre kliniske undersøkelser og funksjonsvurderinger, samt ivareta koordinering og veiledning. Regjeringen ønsker en dreining mot faste team og mer kontinuitet og forutsigbarhet overfor den enkelte bruker. Dette bidrar til god kjennskap til brukeren og gode relasjoner over tid, og har mye å si for kvaliteten på tjenesten.

*Opptappingsplan for heltid og god bemanning*¹²² peker på små fagmiljø som en risiko og sårbarhet for å rekruttere og beholde kvalifisert personell. Det er et stort behov for opplæring av personell uten fagutdanning, rekruttering til yrkesutdanning i helse- og oppvekstfag, og etter- og videreutdanning, og åpne opp for andre yrkesgrupper inn i tjenesten. Med en dreining mot mer tverrfaglige team og bredere sammensetning av fagmiljø kan man kanskje bedre tilrettelegge for mer robuste fagmiljø. Tverrfaglighet kan bidra til økt bevissthet om riktig bruk av kompetanse til ulike oppgaver, flere perspektiver inn i refleksjonen rundt brukers behov og derigjennom bidra til mer helhetlige tjenester til brukerne.

Gjennom tverrfaglige team kan man også bedre ta stilling til muligheter for om oppgaver kan gjennomføres av annet type personell enn dem som tradisjonelt har utført arbeidet. Statistikken viser en økning ansatte med sosialfaglig eller pedagogisk utdanning nå jobber i omsorgstjenesten.

¹²² Helse- og omsorgsdepartementet (2022) Opptappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten. Tilgjengelig: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/opptappingsplan-for-heltid-og-god-bemanning-i-omsorgstjenesten/id2941520/>

Tjenestenes behov for flerfaglig kompetanse tilsier at denne utviklingen er positiv i utgangspunktet. Dette forutsetter tilstrekkelig helsepersonell og en organisering som sikrer faglig forsvarlige tjenester. Også spesialpedagogisk personell som logopeder og synspedagoger er nødvendig kompetanse for mange pasientgrupper. De kan bidra inn på oppgaver som ikke krever spesifikke helsekvalifikasjoner, eller jobbe sammen i team som inkluderer nødvendig helsefaglig kompetanse.

En god tilnærming for å utlede hvilken kompetanse kommunene bør ha for å sikre tilstrekkelig faglig bredde, er det bio-psyko-sosiale klassifikasjonssystemet ICF, som er utarbeidet av WHO, og som Norge har forpliktet seg til å bruke. Modellen synliggjør de ulike faktorenes avhengighet til hverandre og hvordan disse må samspille for at innsatsene samlet skal gi effekt for den enkelte bruker. Behovet for tverrfaglig samarbeid blir også tydelig med dette som utgangspunkt¹²³. Sentrale profesjoner er ergoterapeuter, fysioterapeuter, kliniske ernæringsfysiologer, leger, logopeder, psykologer, sosionomer, sykepleiere, tannhelsepersonell og vernepleiere. På sanseområdet vil det i tillegg være nødvendig med tilgang til audio- og synspedagoger. Tilgang til barnevernsfaglig og familierapeutisk kompetanse er også viktig for disse brukergruppene.

Forebyggende helsearbeid er vektlagt i *Tid for handling*¹²⁴ som et viktig grep for å dempe behovet for helsepersonell. Årets statistikk viser at det er andre personellgrupper enn sykepleiere og helsefagarbeidere som øker i omsorgstjenesten (jf. tabell 24).

Tannhelsetjenesten følger opp flertallet av barn, unge og voksne regelmessig og en hovedoppgave er forebyggende tiltak på populasjons- og individnivå for å opprettholde god tann- og munnhelse. Utdanningen av tannpleiere gir god kunnskap om helsefremmende og forebyggende helsetjenester. Den offentlige tannhelsetjenesten skal ha operative samarbeidsavtaler med helsestasjon- og skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom^{125,126}. Samhandling mellom fylkeskommunal tannhelsetjeneste og kommunal helse- og omsorgstjeneste følger et lovpålagt samarbeid med andre tjenesteytere i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven og tannhelsetjenesteloven¹²⁷.

Den fylkeskommunale tannhelsetjenesten har flere fylker med gode eksempler på samhandling mellom tannhelsetjenesten og kommunen. Eksempler er utviklingsprosjekt med tre utvalgte kommuner om utprøving av digital samhandling med helse- og omsorgstjenesten, pilotering av kommunale stillinger for tannpleiere, og opprettelse av formalisert samarbeid med etablert helseledernetverk for kommunale helseledere¹²⁸.

5.5.1 Praksis- og lærlingeplasser

Helsepersonellkommissjonen la frem et forslag om å utdanne flere helsepersonell i Norge¹²⁹. Dersom dette skal realiseres, bør praksisplasser være en planlagt del av dette. Videre bør det tilrettelegges for tverrprofesjonell samhandlingspraksis. Det mangler tilstrekkelig kompetanse på veiledning, og det er ofte lang avstand til studiested, noe som betyr sosiale kostnader for studenter og utfordringer

¹²³ Helsedirektoratet (2018) *Nasjonal veileder: Oppfølging av personer med store og sammensatte behov*. Tilgjengelig: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/kompetansebehov-og-kompetanseplanlegging>

¹²⁴ NOU 2023:4 *Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Tilgjengelig: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/>

¹²⁵ Lov om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesteloven). Tilgjengelig: <https://lovdata.no/nav/lov/1983-06-03-54/>

¹²⁶ Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Tilgjengelig: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2018-10-19-1584>

¹²⁷ Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Tilgjengelig: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

¹²⁸ Regjeringen.no (2023) Statsbudsjettet 2023-2024. Tilgjengelig:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/db237eb54f064a88834d8bc0afed4702/no/pdfs/prp202320240001hoddddpdfs.pdf>

¹²⁹ NOU 2023:4 *Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Tilgjengelig: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/>

med oppfølging fra studiested under praksis¹³⁰. Positive erfaringer fra praksisperioder i kommunene kan være rekrutterende med tanke på framtidig arbeidsforhold¹³¹. Studentene fremhever som viktig at veiledere har kompetanse på læringsmål og krav til praksis i aktuelt utdanningsprogram. Veiledere må også kjenne til ulike systemer som brukes for å planlegge, gjennomføre, dokumentere og evaluere studenten i praksis.

Manglende tilgang til lærlingeplass ser ut til å ha stor innvirkning på om elever fullfører yrkesfaglig opplæring. Behov for økt satsing på lærlingeplasser for yrkesfag innen helse- og sosial er fremhevet i opptrappingsplan for heltid og god bemanning. I Opptrappingsplan for heltid og god bemanning fremheves flere konkrete tiltak for å øke antall læreplasser i praksis for yrkesfag, som for eksempel *Samfunnskontrakten for flere praksisplasser og Fagbrev på jobb*¹³².

5.5.2 Tverrprofesjonell samhandlingspraksis

Tverrprofesjonell samhandlingspraksis eller -læring har gjennom utprøving vist seg å ha stor betydning for kommunikasjon mellom ulike yrkesgrupper, som for eksempel leger og sykepleiere^{133,134}. Utprøvingen har også vist at overføring av kunnskap mellom faggruppene og en felles tilrettelagt læring i kliniske praksissituasjoner bidrar til bedre samarbeid etter endt praksis. Dette medfører økt kvalitet i pasient- og brukerbehandlingen og sikrer brukerne en kvalitativt bedre oppfølging i sitt møte med helsetjenesten.

Tilrettelegging for tverrprofesjonell samhandlingspraksis er dokumentert å være mer effektivt og produktiv enn den enkelte ressurs kan skape alene, blant annet i forhold til bidrag til kreativitet og innovasjon i tjenesteutøvelsen¹³⁵. Studenter med ulik studiebakgrunn samles i felles veiledningsgrupper i praksisfeltet for å lære sammen og av hverandre. Praksisen tilrettelegger både for den faglige praksisen som forventes, og i tillegg legges det til rette for økt tverrprofesjonell samhandlingskompetanse. Fokuset i tverrprofesjonell samhandlingspraksis er på særlig rolleforståelse, samarbeid og kommunikasjon. Gjennom dette fremstår det som et sentralt virkemiddel på vei mot bærekraftige tjenester, for eksempel for større forståelse for hverandres kompetanse, oppgavedeling og mulighetsrommet for å tenke kontinuerlig innovasjon og utvikling.

Helsedirektoratet støtter en satsing på tverrfaglighet, allerede i praksisstudiene blant annet gjennom økt satsning på tverrprofesjonell samhandlingspraksis^{136,137}. Dette kan bidra til en positiv utvikling av pasientens opplevelse av helsetjenestene, og kunne understøtte attraktivitet i tjenesten. Dette kan bidra til å rekruttere og beholde personell.

¹³⁰ Helsedirektoratet (2022) *Rapport Utrede etablering av praksiskontor*. Tilgjengelig: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utrede-etablering-av-praksiskontor>

¹³¹ Helse- og omsorgsdepartementet (2022) *Opptrappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten*. Tilgjengelig: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/opptrappingsplan-for-heltid-og-god-bemanning-i-omsorgstjenesten/id2941520/>

¹³² Helse- og omsorgsdepartementet (2022) *Opptrappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten*. Tilgjengelig: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/opptrappingsplan-for-heltid-og-god-bemanning-i-omsorgstjenesten/id2941520/>

¹³³ Jf. Innspillmøte for Profesjonsmeldingen, 27.mars 2023 i Bergen. Tilgjengelig: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/innspslsmote-om-helse-og-sosialfagutdanningane/id2964929/>

¹³⁴ Universitetet i Bergen (u.å.). *TVEPS - Senter for tverrprofesjonell samarbeidslæring*. Tilgjengelig: <https://www.uib.no/tveps>

¹³⁵ Baerheim A, Ødegaard EE, Ness IJ (2023) Team reflexivity and the shared mind in interprofessional learning. Tilgjengelig: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/14782103221094353>

¹³⁶ Helsedirektoratet (2022) *Rapport Utrede etablering av praksiskontor*. Tilgjengelig: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utrede-etablering-av-praksiskontor>

¹³⁷ Baerheim A, Ødegaard EE, Ness IJ (2023) Team reflexivity and the shared mind in interprofessional learning. Tilgjengelig: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/14782103221094353>