

Kompetanseløft 2025 - Årsrapport 2021

Først publisert: 18.01.2023

Sist faglig oppdatert: 18.01.2023



Innhold

1. Innledning	3
2. Ny planperiode Kompetanseløft 2025	5
3. Utfordringsbildet som grunnlag for mål og tiltak	15
4. Følgeevaluering og veien videre for program K2025	27
5. Vedlegg	29
6. PDF-versjon av rapporten	30

Innledning

Dette er den årlige rapporteringen på utviklingstrekk og status på personell og kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og inkluderer i år også en status for den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Årsrapport for Kompetanseløft 2020, publisert desember 2021, avsluttet foregående planperiode. I 2021 ble ny planperiode for Kompetanseløft 2025 (K2025) startet. Dette er første årsrapport for K2025.

Personell- og kompetansesituasjonen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er fortsatt utfordrende over hele landet. Helse- og omsorgspersonell 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 og fastleger. Den fylkeskommunale tannhelsetjenesten har i mindre grad utfordringer med personell- og kompetansesituasjonen, men det er fylkesvise forskjeller som må adresseres.

Det kjente utfordringsbildet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene blir fortsatt bekreftet fra Statsforvalterne og i nasjonal statistikk. Det er fortsatt en høy andel ansatte i deltidsstillinger, høy andel personell uten helse- og sosialfaglig utdanning, høyt sykefravær og høy turnover. Turnover er særlig høy for ansatte under 30 år og blant personell i aldersgruppen 60 år og eldre. I den fylkeskommunale tannhelsetjenesten er utfordringsbildet noe annerledes. Det er lav andel tannhelsepersonell i deltidsstillinger. Sykefraværet er derimot på samme nivå som for helse- og omsorgstjenesten og det er også høy turnover for tannleger og tannpleiere.

Det er positivt at andelen personell uten helse- og sosialfaglig utdanning synker jevnt fra 2017-2021 (jf. Vedlegg 1, tabell 20). Andelen som jobber i hele stillinger øker i samme periode blant utvalgte yrkesgrupper (jf. Vedlegg 1, figur 16 og 17). Fra 2020-2021 er veksten høyere for årsverk enn for sysselsatte, noe som betyr at stillingsprosentene øker (jf. Vedlegg 1, tabell 1). Denne utviklingen er derimot for svak til at tjenestene er bærekraftige. Veksten i årsverk er svak for flere yrkesgrupper, og særlig markert er nedgangen i antall sykepleiere i omsorgstjenesten fra 2020-2021, hvor både årsverk og sysselsatte er redusert for alle typer sykepleiere (jf. Vedlegg 1, tabell 24).

Mangel på kvalifisert arbeidskraft er en fare for kvaliteten i tjenestene, og i omsorgstjenesten scores det lavt på brukertilfredshet sammenlignet med andre offentlige tjenestetilbud[1]. Det er også utfordrende å tilrettelegge for brukermedvirkning i omsorgstjenesten med henvisning til tidspress, individualisering, profesjonskultur, kontinuitet og strukturelle forhold[2].

Statsforvalterne gir generelt uttrykk for at de har mindre ressurser og handlingsrom til utviklingsoppgaver sammenlignet med forvaltnings- og tilsynsoppgaver. De opplever derfor ikke å ha samme detaljkunnskap om kommunene og deres kompetansebehov som tidligere. Helsedirektoratet vil følge med på hvordan dette vil påvirke helse- og omsorgstjenestene og mulighetene for å gjennomføre tiltak ute i kommunene.

Helse- og sosialtjenesten sysselsetter en av fem arbeidstakere i Norge, og er den næringen som rapporterer om størst mangel på arbeidskraft[3]. Mangelen er estimert til 16.000 personer, dvs. 4.550 flere personer enn i 2020. Det er størst mangel på sykepleiere (5.900). KS' arbeidslivsmonitor viser også at sykepleiere er den gruppen personell som kommuner har størst utfordring med å rekruttere. Over 80 prosent av kommunene rapporterer at det er "meget utfordrende" eller "ganske utfordrende" å rekruttere sykepleiere[4].

Det blir flere mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester, og en økende andel av disse har omfattende bistandsbehov. De samme mottakerne som har omfattende bistandsbehov, vil oftest også ha rettigheter i fylkeskommunal tannhelsetjeneste. Det vil medføre flere oppgaver og behov for flere tannpleiere og tannleger i tjenesten.

Kompetanseløft 2025 er en nasjonal satsing blant flere store satsninger, som Primærhelsemeldingen, Nasjonalt velferdsteknologiprogram, Handlingsplan for allmennlegetjenesten, Nasjonal helse- og sykehusplan, Leve hele livet m.fl. Dette gjenspeiler en politisk forståelse for utfordringene som fordrer at ting sees i sammenheng og på tvers av sektorer.

Årsrapporten har to vedlegg. Vedlegg 1 viser en samlet fremstilling av aktuelle tabeller og figurer. Vedlegg 2 er rapportering for alle tiltak i K2025 porteføljen for 2021.

Tabell- og figurhenvisninger i årsrapporten benytter referanser med bokstaver (A-Å), mens det i vedlegg 1 benyttes tabell- og figurreferanser med tall (1, 2, 3, ...).

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

[2] Bikova, M. og Christensen, K. (2022) Samproduksjon i mulighetsrommet for brukermedvirkning i norske helse- og omsorgstjenester. Tilgjengelig: <https://www.idunn.no/doi/full/10.18261/tfo.8.1.9>

[3] NAV (2022) Bedriftsundersøkelsen. Tilgjengelig: <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/kunnskap/analyser-fra-nav/arbeid-og-velferd/arbeid-og-velferd/bedriftsur>

[4] KS (2021) Kommunesektorens arbeidsgivermonitor 2021. Tilgjengelig: <https://www.ks.no/globalassets/fagomrader/arbeidsgiverpolitikk/nyskapende-arbeidsgivere/Kommunesektorens->

Ny planperiode Kompetanseløft 2025

Kompetanseløft 2025 (K2025) skal sørge for en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste med tilstrekkelig og kompetent personell. Programmet løfter særlig frem etablering av en heltidskultur i tjenestene, redusert vikarbruk og derigjennom økt kontinuitet i bemanningen, som viktige områder å arbeide med.

Dette er den tredje handlingsplanen for kompetanseheving, rekruttering og fagutvikling siden 2010. Kompetanseløftet 2015 var rettet mot den kommunale omsorgstjenesten, Kompetanseløft 2020 ble utvidet til å omfatte alle deltjenester i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, til dagens Kompetanseløft 2025 som også omfatter tiltak for den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. En samlet strategi for hele kompetanseløftet kan gi synergieffekter og nye innfallsvinkler for tverrfaglig samarbeid. Denne rapporten presenterer utviklingstrekk og status på personell og kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten.

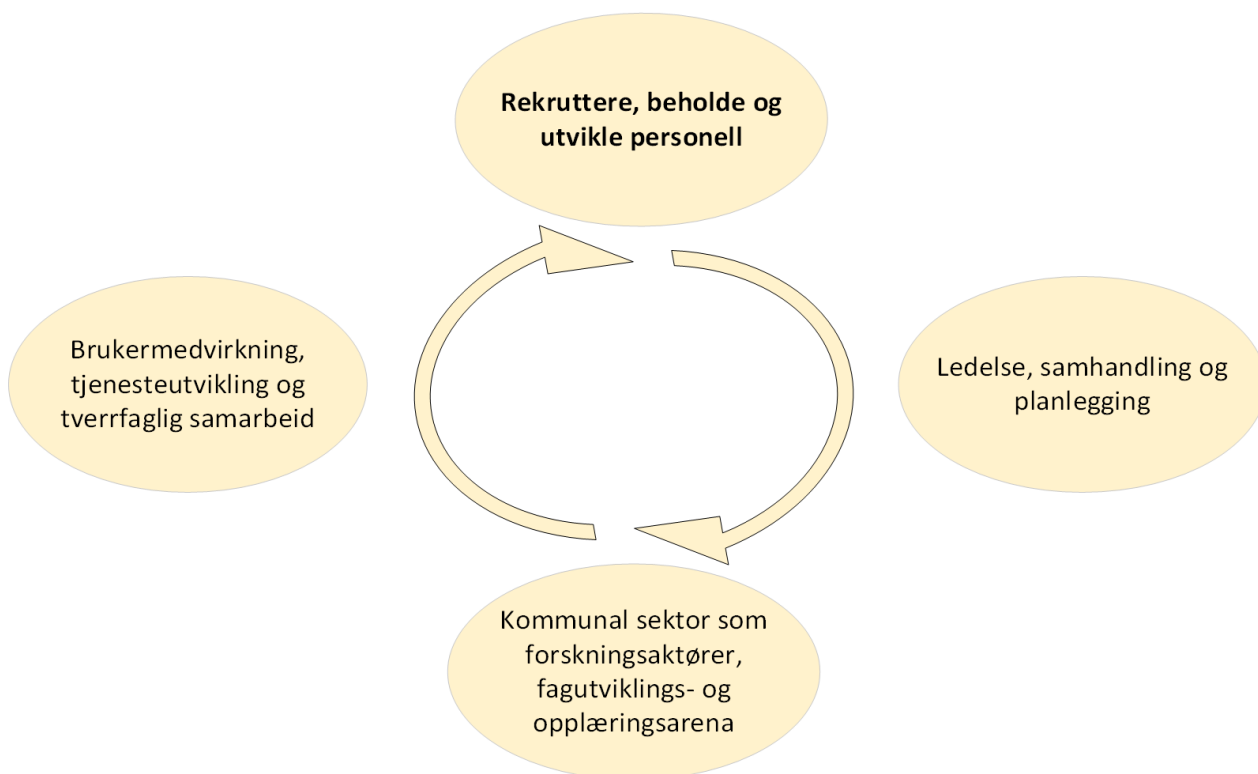
Evalueringen av den foregående planperioden, Kompetanseløft 2020, viste at det fortsatt er behov for fokus på utfordringsbildet i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Særlig forskning og mer kunnskap om hva som er effektive tiltak for å adressere utfordringene er viktig. Det trengs nye, reviderte og på enkelte områder mer målrettede tiltak, for å bidra til de nødvendig endringer i tjenestene. Spesielt bør forskning, videreutvikling av kunnskapsgrunnlaget og brukervedvirkning vektlegges. Dette er adressert i handlingsplan for Kompetanseløft 2025[5].

K2025 skal adressere 4 hovedutfordringer:

- Knapphet på helse- og sosialfaglig personell
- Mangel på kompetanse og kunnskapsgrunnlag
- For lite brukervedvirkning, tverrfaglighet, samarbeid og samhandling
- Svakheter i ledelsen, planleggingen og organiseringen av tjenestene

(Prop. 1 S (2020-2021))

De fire hovedutfordringene danner basis for de fire strategiske satsningsområdene i K2025:



Figur A: Strategiømrådene i Kompetanseløft 2025

K2025 er både en strategisk plan og en handlingsplan med konkrete tiltak. I overgangen fra K2020 til K2025 var det kun mindre endringer i porteføljen av tiltak. De fleste tilskuddsordninger ble videreført, og har vært pågående i mange år. Nye satsninger kommer til, men det er relativt små midler som bevilges til disse i forhold til det store budsjettet på 2,2 milliarder pr år til K2025 samlet. Helsedirektoratet har derfor i 2021 arbeidet med å konsolidere porteføljen i programmet, og foreslått at det gjennomføres en helhetlig revidering av porteføljen. Dette for å sikre effekt helt ut til sluttbruker i tråd med Helsedirektoratets strategiske utviklingsområder[6] og K2025 sine strategiømråder (jf. figur A). Vedlegg 2 viser rapporteringen for 2021 for alle tiltak i K2025 sin portefølje.

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

[6] Helsedirektoratet (2022) Helsedirektoratets strategi. Tilgjengelig: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/helsedirektoratets-strategi/strategiens-fire-utviklingsomrader>

2.1

Kompetanse som grunnlag for faglig forsvarlighet

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester presiserer i § 4-1- bokstav d) krav til at kommunene sikrer tilstrekkelig fagkompetanse i tjenestene (hol)[7]. I veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring[8] § 7b presiseres hvilke kompetansekrav som danner grunnlag for begrepet faglig forsvarlig helsehjelp:

- Kartlegging av kompetansebehov
- Rekruttere personell med nødvendig kompetanse

- Alle medarbeider får tilstrekkelig opplæring og etterutdanning

Forutsetningene innebærer at ledere både kartlegger ansattes kompetanse og sikrer tilstrekkelig opplæring og videreutdanning i tråd med kompetansebehov i tjenesten. Alle tre forutsetningene handler om kompetanse og hvilket ansvar den enkelte ansatte og spesifikt hvilket ansvar overordnet ledelse i kommunen har for å sikre faglig forsvarlighet i alle ledd. For å lykkes med endring og forbedring er det nødvendig at medarbeiderne har kompetanse i forbedringsarbeid. Det er øverste leders ansvar å sørge for at det er etablert et system for å sikre nødvendig kunnskap og kompetanse hos medarbeiderne[9].

Kommunene har en lovpålagt plikt til å yte faglig forsvarlige kommunale helse- og omsorgstjenester[10]. Pasienter, brukere og pårørende har tilsvarende rettighetsregulering i pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl)[11]. Kravet om at tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene er hjemlet i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Videre skal virksomhetene arbeide systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten presiserer lederansvaret for at medarbeidere har nødvendig kunnskap og kompetanse i sitt faglig virke i de kommunale tjenestene.

Lovkravene viser tydelig hvilke krav det stilles til kompetanse, fagutvikling og kvalitetsforbedring hos ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Det finnes derimot ingen bestemmelse i tannhelsetjenesteloven som uttrykkelig pålegger fylkeskommunen en plikt til å tilby eller yte forsvarlige tannhelsetjenester[12]. Etter helsepersonelloven § 4 har det enkelte helsepersonell en plikt til å utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra personellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Fylkeskommunens plikt til å planlegge, organisere og legge til rette for at helsepersonell oppfyller krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift etter tannhelsetjenesteloven § 1-3 a. Dette innebærer dermed implisitt at også fylkeskommunen har en plikt til å sørge for forsvarlige tannhelsetjenester. Dette forutsettes videre i tannhelsetjenesteloven § 6-2, hvor det heter at Statens helsetilsyn skal føre tilsyn med at fylkeskommunene fremmer tannhelsetjenestens formål på en forsvarlig og hensiktsmessig måte.

Tannhelsetjenesteloven[13] § 6-1 pålegger fylkeskommune å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av tannhelsepersonell, herunder også videre- og etterutdanning. Fylkeskommunen skal sørge for at dens ansatte tannhelsepersonell får påkrevet videre- og etterutdanning. Videre plikter tannhelsepersonell i den offentlige tannhelsetjenesten å ta del i videre- og etterutdanning som blir foreskrevet og som er nødvendig for å holde dets kvalifikasjoner ved like.

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

[8] Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Tilgjengelig:

<https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>

[9] Helsedirektoratet (2022) Helsedirektoratets strategi. Tilgjengelig: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/helsedirektoratets-strategi/strategiens-fire-utviklingsomrader>

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

[11] Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Tilgjengelig: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

[12] NOU 2018:16 Det viktigste først — Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester. Tilgjengelig: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2018-16/id2622153/>

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

2.2

Pandemien og konsekvenser for læring og utvikling i tjenestene

Pandemien førte til store endringer i helse- og omsorgstjenestene og påvirket arbeidet for mange ansatte i tjenesten. Omplussing til smittevernarbeid medførte endringer i arbeidsoppgaver og Statsforvalterne melder at mange kommuner måtte sette kompetansehevende tiltak på vent på grunn av pandemien.

Pandemien påvirket også tannhelsetilbudet og etterspørselen, spesielt i mars og april 2020. Da ble det kun tilbudt nødvendig akutt tannbehandling. I perioden med de strengeste tiltakene opplevde mange ansatte i privat tannhelsetjeneste å bli helt eller delvis permittert, men dette gjaldt ikke i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Behandlingstilbudet ble påvirket i enkelte kommuner da det ved økt smitterisikonivå ble innført strengere regionale tiltak.

En positiv effekt av pandemien var at flere ansatte fikk nye og andre oppgaver gjennom omplussinger internt i kommunen[14]. Tannhelsepersonell ble tilbudt opplæring i vaksinasjonsteknikk, og kunne delta i kommunenes opplegg for vaksinerings av befolkningen.

Flere institusjoner ble forhindret fra å hente inn vikarer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Mangel på kvalifiserte vikarer skjer samtidig med at antall frivillige på fritidsaktiviteter i omsorgstjenesten har gått merkbart ned under pandemien[15]. Frivillige har bidratt med ekstra støtte til praktiske og sosiale aktiviteter som gåturer, kulturaktiviteter og samtaler. Totalt sett har manglende kvalifisert personell og frafallet av frivillige for viktige støtteoppgaver medvirket til økt slitasje og turnover blant fast helsepersonell.

Pårørendeundersøkelser gjort under pandemien viser at det har vært lagt ned en betydelig merinnsats fra pårørende under nedstengninger og smitteverntiltak[16]. Etter pandemien blir det viktig å fortsette arbeidet med Pårørendestrategien[17]. Ny kunnskap som har framkommet gjennom Helsedirektoratets undersøkelser og andre kunnskapskilder, viser at det er behov for bedre samarbeid, tilrettelegging og forbedringer av ordninger, slik at samfunnet fortsatt kan nyte godt av pårørendes viktige innsats[18].

Under pandemien kan det se ut til at tendensen til jobbskifte er blitt forsterket. Høy turnover eller turnoverintensjon krever tiltak som styrker rekruttering, arbeidsmiljø og arbeidsbetingelser for å beholde allerede godt kvalifisert personell[19]. Helsedirektoratet anbefaler at økt mobilitet og turnover blant helsepersonell motvirkes postpandemisk med ytterligere styrking av fag- og kompetansemiljø.

[14] Helsedirektoratet (2022) Omsorgstjenesten – aktivitetsutvikling og erfaringer fra pandemien. Tilgjengelig:

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/omsorgstjenesten--aktivitetsutvikling-og-erfaringer-fra-pandemier>

[15] Helsedirektoratet (2022) Omsorgstjenesten – aktivitetsutvikling og erfaringer fra pandemien. Tilgjengelig:

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/omsorgstjenesten--aktivitetsutvikling-og-erfaringer-fra-pandemier>

[16] Helsedirektoratet (2022) Omsorgstjenesten – aktivitetsutvikling og erfaringer fra pandemien.

Tilgjengelig:

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/omsorgstjenesten--aktivitetsutvikling-og-erfaringer-fra-pandemier>

[17] Helse- og omsorgsdepartementet (2020) Vi – de pårørende. Tilgjengelig:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/08948819b8244ec893d90a66deb1aa4a/vi-de-parorende.pdf>

[18] Helsedirektoratet (2022) Omsorgstjenesten – aktivitetsutvikling og erfaringer fra pandemien.

Tilgjengelig:

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/omsorgstjenesten--aktivitetsutvikling-og-erfaringer-fra-pandemier>

[19] Adresseavisen (2022) La oss snakke litt om arbeidsvilkår. Tilgjengelig:

<https://www.midtnorskdebatt.no/i/EaG9jP>

2.3

Samskapning satt i system

Den nye planperioden for Kompetanseløft 2025 inkluderer også den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. En samlet strategi for hele kompetansefeltet kan gi synergieffekter og nye innfallsvinkler for tverrfaglig samarbeid.

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten og fylkeskommunal tannhelsetjeneste har behov for å prioritere ledelse og ledere som kan bruke sin kompetanse til å skape faglig utvikling og kvalitet til det beste for de som mottar tjenestene og de som arbeider i tjenestene. Disse lederne trenger også godt fungerende nettverk og arbeidsmiljø rundt seg, slik at deres utviklings- og endringsarbeid får resonans og grobunn i alle ledd i tjenestene.

Tjenesteutvikling som er bra for små kommuner kan også være bra for store kommuner[20]. Forskning på tjenesteutvikling og innovasjon i både rurale og urbane kommuner er nødvendig for å videreutvikle en bærekraftig og kostnadseffektiv helse- og omsorgstjeneste. Det er nødvendig å vurdere nye oppgaveløsninger og teamsammensetning på tvers av tjenesteområder og tjenestenivåer. Organisasjonsendringer på kommunalt nivå bør ses i sammenheng med for eksempel samhandling om pasientforløp for pasientgruppene som er prioriterte målgrupper i helsefelleskapene, jf. Nasjonal helse- og sykehusplan[21]. Dette er pasienter som ofte har behov for sammensatte og koordinerte tjenester og som beveger seg mellom tjenestenivåene (ibid.)

Helsedirektoratet anbefaler et langsiktig og strategisk samarbeid mellom Universitets- og høyskole-sektoren, Statsforvalternivået, Fylkeskommunenivået, arbeidslivet (offentlig og privat), kommunene og tjenestene for en bærekraftig langsiktig tjenesteutvikling. Kompetanseutvikling må planlegges i tråd med behovene i de ulike regionene. Et slikt samarbeid vil medføre muligheter for strategisk satsning med mange effekter ut fra hvilke behov som er i de ulike regionene. Samarbeidet bør omfatte alle utdanningsnivå og hele utdanningspyramiden (fra fagutdanning til doktorgradsnivå). Forskning viser at aktører som er sentrale for regionbaserte utdanninger bør spille slik at det rekrutteres, beholdes og utvikles personell og fagkompetanse i hele landet[22].

[20] Bosmans, Mark W.G., Boerma Wienke G.W., Groenewegen, Peter P. (2018) Rural primary care, a scoping review

[21] Meld. St. 7 (2019-2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. Tilgjengelig her: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/>

[22] Bikova, M. og Christensen, K. (2022) Samproduksjon i mulighetsrommet for brukermedvirkning i norske helse- og omsorgstjenester. Tilgjengelig: <https://www.idunn.no/doi/full/10.18261/tfo.8.1.9>

2.4

Kompetansebehov om bruker- og pårørendemedvirkning

Brukermedvirkning kan foregå på individnivå, tjenestenivå og systemnivå. Brukermedvirkning på individuelt nivå er samarbeid mellom den enkelte bruker og ansatte i tjenestene. Det handler om å kunne medvirke ved valg som gjelder ens egen helse og livssituasjon[23]. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten og fylkeskommunal tannhelsetjeneste trenger ansatte som har kunnskap både om individuell bruker- og pårørendemedvirkning og systematisk implementering av bruker- og pårørendemedvirkning.

Fremtidens tjenester skal utvikles sammen med pasienter, brukere og deres pårørende. Brukerne skal få større innflytelse over egen hverdag, gjennom mer valgfrihet og et større mangfold av tilbud. Målet er å skape tjenester som bidrar til at hver enkelt tjenestemottaker får ivaretatt sine grunnleggende behov og mulighet til å leve et aktivt og godt liv i fellesskap med andre. Dette innebærer å ta i bruk brukernes ressurser på nye måter, med økt fokus på mestring og den enkeltes erfaringskompetanse som grunnlag for utvikling av tjenestene[24]. Dette prinsippet er nedfelt i pasient- og brukerrettighetsloven. Pasientenes og brukernes behov skal inngå i grunnlaget for utviklingen av tjenestene, og kvaliteten på tjenestene skal vurderes fra deres perspektiv.

Gjennom Leve hele livet-reformen påpekes den tverrsektorielle innsatsen som må til for å komme fra dagens utfordringsbilde til fremtidens mulighetsrom for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette medfører behov for tverrsektoriell kompetanse som kan møte aktuelle tjenestebehov på en ny måte. Ny kunnskap om hvem som kan yte bistand og tjenester i samarbeid med helse- og omsorgstjenesten, som for eksempel frivillige, næringsliv, ny velferdsteknologi mv. er viktig. Dette krever innsikt og kunnskap både for ledere og ansatte innenfor blant annet strategisk planlegging, tjenesteorganisering, oppgavedeling og bruker- og pårørendemedvirkning.

[23] Meld. St. 38 (2020-2021) Nytt, ressurs og alvorlighet – Prioritering i helse- og omsorgstjenesten. Tilgjengelig: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-38-20202021/id2862026/>

[24] Helse- og omsorgsdepartementet (2020) Handlingsplan for Kompetanseløft 2025. Tilgjengelig: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d9861c8a33dc4b2291a8a41d1ecfdc78/kompetanseloft-2025-2.pr>

2.5

En populasjon i endring

Demografiske endringer og sentralisering vil kreve omstruktureringer som bør starte nå. Tabell A viser SSB sin befolkningsframskriving fra 2022[25]. Den viser en betydelig aldring i befolkningen frem mot 2040.

Tabell A: Befolkningsframskriving etter SSBs hovedalternativ[26]

Alder	2022	2025	2040	Endring i %	
				2022-2025	2022-2040
0-17 år	1108523	1091248	1071854	-1,6 %	-3,3 %
18-49 år	2291149	2277943	2252102	-0,6 %	-1,7 %
50-66 år	1154635	1185594	1205854	2,7 %	4,4 %
67-79 år	630670	667858	819398	5,9 %	29,9 %
80-89 år	193735	227316	384167	17,3 %	98,3 %
90 år og eldre	46558	47596	108241	2,2 %	132,5 %

Videre viser tabell A at det vil være en nedgang i aldersgruppene 0-17 og 18-49 år frem mot 2040, samtidig som det blir en stor vekst i alle aldersgrupper over 67 år, der økningen er størst i de eldste aldersgruppene. Befolkningen mellom 80-89 år vil øke med 17,3 prosent frem mot 2025, og med 98,3 prosent frem mot 2040. Aldersgruppen 90 år og eldre vil øke drastisk fra 46.558 i dag til 108.241 i 2040. Det tilsvarer en økning på 132,5 prosent[27]. Nesten 50 prosent av alle over 90 år utvikler demenssykdom og er en av hovedårsakene til funksjonsnedsettelse, avhengighet og død blant eldre[28].

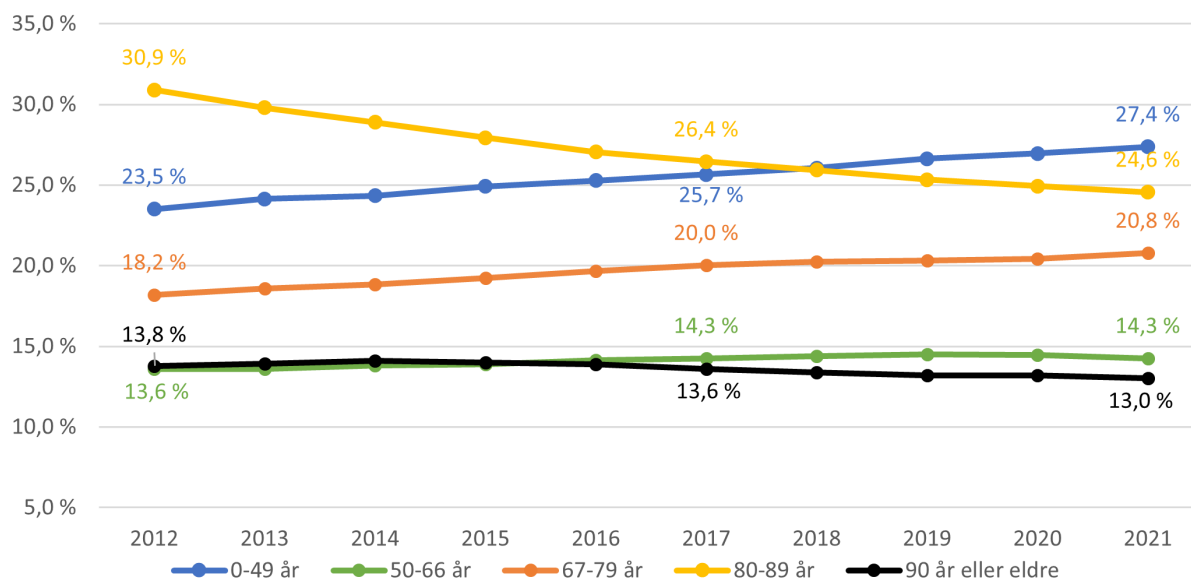
Antallet mottakere av omsorgstjenester har økt med i underkant av 6 prosent fra 360.000 til 381.000 fra 2017 til 2021 (tabell 43). Med den demografiske utviklingen beskrevet over er det grunn til å anta at antallet og andelen brukere over 80 år vil øke betydelig.

I gruppen 80 år og eldre vil det være en stor andel som vil ha rettighet til vederlagsfrie fylkeskommunale tannhelsetjenester ved vedtak om kommunale helse- og omsorgstjenester. De vil også ofte ha forhøyet risiko for å få sykdom i munnhule og tenner, som kan medføre et behandlingsbehov. Årsaken er oftest tiltagende skrøpeligheit som skyldes alder, sykdom og medisinerings med redusert evne til daglig egenomsorg og munnstell og endret kosthold. Den nasjonale kvalitetsindikatoren Andel langtidsbeboere på sykehjem som har blitt vurdert eller behandlet av tannhelsepersonell siste 12 måneder gir en indikasjon på fylkeskommunenes oppnåelse i en lovpålagt oppgave. Den viser at 42,6 prosent ble vurdert i 2021, men det er stor variasjon mellom fylker[29].

Framskrivningen viser at antallet i denne gruppen vil øke betydelig mot 2040. Det vil kreve at tannhelsetjenesten sørger for tilstrekkelig kompetent tannhelsepersonell og at kommunale helse- og omsorgstjenester og fylkeskommunal tannhelsetjeneste samarbeider om felles helhetlig ansvar for disse. Innhenting av tann- og munnhelsesdata til Kommunalt pasientregister (KPR) fra offentlig og privat tannhelsetjeneste starter i 2023, vil kunne gi nyttig informasjon om oral helse, forebygging og behandling av pasienter med rettigheter og brukes til planlegging av personell- og kompetansebehovet.

Helsedirektoratet har fått et oppdrag om å rigge et forprosjekt med kommunal tannpleier og formålet med det er blant annet å fremme tverrfaglig samarbeid og økt kompetanse hos de respektive tjenestene[30]. Bruk av kommunal tannpleier kan på sikt blant annet bidra i løsningen av utfordringene med de demografiske endringene.

I en periode med en reduksjon i antallet brukere i aldersgruppen 80-89 år og en lav vekst i antallet 90 år og over, har antallet mottakere av omsorgstjenester under 50 år økt betydelig (jf. tabell 43). Andelen i brukergruppen mellom 0-49 år har økt til over en fjerdedel av totalt antall brukere, jf. figur B. Antall brukere 0-49 år krysset gruppen 80-89 år i 2018 og har siden fortsatt å øke. Dette tror vi henger sammen med medisinske fremskritt og behandling som medfører at vi lever lengre med komplekse og sammensatte lidelser, samt at mye av pasientgrunnlaget er overført fra spesialisthelsetjenesten til den kommunale helse- og omsorgstjenesten som for eksempel personer med lidelser innen psykiske helse og rus.



Figur B: Andel mottakere av omsorgstjenester etter alderskategorier, 2012-2021

Kortere liggetid og mer bruk av polikliniske tjenester og dagbehandling i spesialisthelsetjenesten fører antakelig til at flere pasienter og mottakere i de kommunale omsorgstjenestene får mer omfattende bistandsbehov, jf. figur 11. Dette medfører at kommunene får et større ansvar for helse- og omsorgstjenester til innbyggere med komplekse lidelser, og sammensatte og omfattende behov for tjenester nå enn tidligere.

[25] SSB (2022) Nasjonale befolkningsframskrivninger. Tilgjengelig:

<https://www.ssb.no/befolkning/befolkningsframskrivninger/statistikk/nasjonale-befolkningsframskrivninger>

[26] Kilde: spesialbestilte data fra SSB

[27] Helsedirektoratet (2022) Omsorgstjenesten – aktivitetsutvikling og erfaringer fra pandemien.

Tilgjengelig:

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/omsorgstjenesten--aktivitetsutvikling-og-erfaringer-fra-pandemier>

[28] Helse- og omsorgsdepartementet (2020) Demensplan 2025. Tilgjengelig:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/b3ab825ce67f4d73bd24010e1fc05260/demensplan-2025.pdf>

[29] Helsedirektoratet (2022) Nasjonale kvalitetsindikatorer. Tilgjengelig:

<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/beboer>

[30] Helse- og omsorgsdepartementet (2020) Tillegg til tildelingsbrev nr. 36 – oppdrag innenfor

tannhelsefeltet - Forprosjekt for kommunal tannpleier. Tilgjengelig:

<https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/tildeling-oppdrag-og-arsrapporter/2022/tildelir>

2.6

Ny teknologi og nye løsninger

Helsedirektoratet mener at utfordringsbildet må løses på nye måter for å nå målet om bærekraftig kommunal helse- og omsorgstjeneste og fylkeskommunal tannhelsetjeneste. Pandemien beskrives å ha medført et "digitalt sjokk" i måten å kommunisere på og drive opplæring på i form av webinarer, e-kurs og

innspillinger[31]. Eksempelvis benyttet nærmere 116.000 personer velferdsteknologi i Norge i 2021. Om lag 7 av 10 av disse var 80 år eller eldre. Samme år hadde rundt en tredjedel av de i alderen 80 år eller eldre benyttet velferdsteknologi[32].

Kommunene tilbyr i hovedsak digitale trygghetsalarmer, e- lås, lokaliseringsteknologi (GPS), samt ulike typer digitale tilsyn og elektroniske medisindispensere. Tid som frigis ved bruk av teknologiske løsninger benyttes først og fremst til færre besøk, mindre kjøring og redusert bemanning på natt. Kommunene rapporterer om økt kvalitet for både brukere, ansatte og pårørende[33].

Et digitalt samhandlingsverktøy for bruk i kommunal helse- og omsorgstjeneste opp mot fylkeskommunal tannhelsetjeneste for felles personer som ivaretas i de to tjenestene har blitt utviklet. Verktøyet inneholder praktiske eksempler og råd om munnstell og tannhelseproblemer. Det kan bidra til å bedre daglig munnstell med forebygging, avklare behov for å møte på tannklinikk og derav spare brukeren for å måtte møte opp på klinikken. Verktøyet piloteres nå i kommuner i Nordland, Innlandet, Troms og Finnmark.

Strategi for helsekompetanse i befolkningen peker på de ekstra utfordringene helsepersonell møter i å forklare og lære opp pasienter og brukere i velferdsteknologi/medisinsk-teknologisk utstyr[34]. Språkutfordringer gir ekstra utfordringer i opplæringen for innvandrere, og må også planlegges og tas høyde for i utdanning og opplæring av helsepersonell (Ibid.).

Velferdsteknologi er grunnleggende for tjenesteinnovasjon og en mer bærekraftig kommunal helse- og omsorgstjeneste og fylkeskommunal tannhelsetjeneste [35]. Den rivende digitaliseringen er positiv for de brukere, pårørende og ansatte som mestrer digitale plattformer. Digitalisering kan være utfordrende for dem som ikke mestrer dette, ikke har utstyr tilgjengelig, har dårlig nettverksdekning eller ekstra behov for opplæring. Opplæring og kompetanse hos helsepersonell for å sikre vellykket implementering av velferdsteknologi og medisinsk teknologisk utstyr er vesentlig for å bygge nye arbeidsformer. Det er et premiss at alle ansatte har praktisk kunnskap og informasjon om hvordan å anvende teknologien på en riktig måte, og at de klarer å formidle dette på en god måte[36].

Mye teknologi er allerede tatt i bruk, det gjøres mye god innsats på området, men det er fortsatt store muligheter for å ta i bruk mer. Investering i teknologi og infrastruktur kan dempe bemanningspresset[37]. Barrierer for å ta i bruk teknologi i tjenestene kan være mange, herunder kompetanse, økonomi, mangel på insentiver og for eksempel mangel på tilgang på nødvendige systemer. Ved implementering av velferdsteknologi er det et endret behov for kompetanse og et økt behov for samhandling i tjenesten. Man ser også et behov for endring og tilpasning av lovverk, samt smidige finansieringsmuligheter, for å kunne utnytte mulighetsrommet i ny teknologi i tjenestene (ibid.).

Statsforvalter rapporterer i 2021 at kommunene jobber godt med velferdsteknologiprosjekter, men at de er kommet svært ulikt i prosessen med både investering, implementering og kompetanseheving.

[31] E24 (2021) Sjukkdigitalisering og sommertanker. Tilgjengelig:
<https://e24.no/karriere-og-ledelse/i/R93jd5/sjukkdigitalisering-og-sommertanker>

[32] Helsedirektoratet (2022) Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Tilgjengelig:
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/statistikk-registre-og-rapporter/helsedata-og-helseregistre/kommunal>

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

[34] Helse- og omsorgsdepartementet (2019) Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen.

Tilgjengelig:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/97bb7d5c2dbf46be91c9df38a4c94183/strategi-helsekompetanse>

[35] Helsedirektoratet (2021) Gevinstrealiseringsrapport. En kunnskapsoppsummering fra Nasjonalt velferdsteknologiprogram. Tilgjengelig:

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/gevinstrealiseringsrapporter-nasjonalt-velferdsteknologiprogram>

[36] Dugstad J.H., Nilsen E., Gullslett M.K., Eide T., Eide H. (2015) Implementering av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenester: opplæringsbehov og utforming av nye tjenester – en sluttrapport. Tilgjengelig:

<https://openarchive.usn.no/usn-xmlui/handle/11250/285837>

[37] Rambøll Management Consulting og Menon Economics (2022) Bemanningsutfordringene i helse- og omsorgssektoren – utfordringsbildet og løsningsdimensjoner, skrevet for KS og Spekter. Tilgjengelig her:

<https://www.ks.no/contentassets/a93715d6039a44bf865a0f1482462b84/Sluttrapport-Bemanningutfordringe>

Utfordringsbildet som grunnlag for mål og tiltak

I dette kapitlet beskrives det kjente utfordringsbildet med vekt på siste års utvikling. Tendensen er fortsatt jevn vekst i antall årsverk og sysselsatte jf. kapittel 3.2, men Helsedirektoratet mener utviklingen går for sakte og ikke er bærekraftig. I fylkeskommunal tannhelsetjeneste er ikke utfordringene så store når det gjelder antall årsverk og sysselsatte med vekt på siste års utvikling.

Til tross for personellvekst i helsesektoren i perioden 2015 til 2021, så har underskuddet på arbeidskraft i tjenesten likevel doblet seg i samme periode[38]. Dette er spesielt påtakende i helsesektoren, selv om det også skjer i andre sektorer. Det er en for lav vekst i tilgangen på helsepersonell, og det er høy turnover både av ansatte og ledere.

[38] SSB (2019) Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035. Tilgjengelig: https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/_attachment/385822?_ts=16c855ce368

3.1

Ledelse, fagutvikling og innovasjon

Lederkompetanse er et sentralt virkemiddel for å lykkes med å rekruttere, beholde og videreutvikle fagkompetanse, fagutvikling og innovasjon. Lederkompetanse er også viktig for å legge grunnlaget for et godt fag- og arbeidsmiljø i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. En kartlegging av lederkompetansen i 2020 tyder på at om lag 50 prosent av lederne i den kommunale helse- og omsorgstjeneste og om lag 20 prosent av lederne i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten ikke hadde en formell lederutdanning over 30 studiepoeng[39].

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. Ledere i helse- og omsorgstjenesten har ansvar for mange ansatte gjennom hele døgnet, spesielt på grunn av mange deltidsansatte og døgnbasert turnus i flere tjenester. 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 på opp imot 300 medarbeidere[40]. 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. Dette medfører mindre tid og rom for ledere til å utøve faglig lederskap og utvikling av fagkompetanse.

Det er også en lederutfordring at nærmere 30 prosent av personell ansatt i helse- og omsorgstjenesten er uten helse- og sosialfaglig utdanning, jf. kap. 3.4. Personell uten helse- og sosialfaglig utdanning er heller ikke en ensartet gruppe verken i alder, kjønn eller etnisitet. Det må gjøres en bred innsats både på system- og individnivå tverrsektorielt for å oppnå økt kvalifisering.

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 orale helsetjenester for personer med rettigheter i offentlig tannhelsetjeneste.

Strategisk kompetanseplanlegging og kunnskapsbasert ledelse er en forutsetning for faglig forsvarlig drift i en sektor med store rekrutteringsutfordringer, og høy turnover både blant ledere og ansatte. Samtidig som ledere skal rekruttere nye kollegaer skal det planlegges for implementering av nye oppgaver for ansatte som har økt sin kompetanse. 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 et systemnivå har innsikt i sine innbyggers helse- og omsorgsbehov både i nåværende og fremtidig kontekst. For orale helsetjenester må fylkeskommunen ha tilsvarende innsikt. Kommunene bør alene eller interkommunalt få prioritere faglig utvikling og kompetanseutvikling i samsvar med sin strategiske og langsiktige kompetanseplanlegging. Dette kan med fordel gjøres i dialog med regionalt støtteapparat. Den strategiske kompetanseplanleggingen bør være forankret i kommunens samfunnsplan og politisk vedtatt.

Forskning viser at fokus på livslang læring og fagutvikling, samt videreutdanning og lederkompetanse er sentralt for å rekruttere og beholde helsepersonell i tjenestene[41]. Tjenestene bør også sikre at de er attraktive for unge på vei inn i studievalg og arbeidsliv på helse- og omsorgsfeltet, så studentene velger en karriere innen helsesektoren.

[39] Helse- og omsorgsdepartementet (2020) Handlingsplan for Kompetanseløft 2025. Tilgjengelig: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d9861c8a33dc4b2291a8a41d1ecfdc78/kompetanseloft-2025-2.pptx>

[40] NORCE (2019) Leiarspenn og organisering - Samanhengar med sjukefråvær og turnover. Tilgjengelig: <https://www.ks.no/globalassets/fagomrader/arbeidsgiverpolitikk/ledelse/Rapport-NORCE-Samfunn-nr-33-Leiarar.pdf>

[41] NOU 2016:7 Norge i omstilling – karriereveiledning for individ og samfunn. Tilgjengelig: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2016-7/id2485246/>

3.2

Rekruttering og utvikling i årsverk

Arbeidet med rekruttering av personell og kompetanse til tjenestene må målrettes bedre. Statsforvalterne melder at tjenestene jevnt over mangler alle typer helsepersonell – fra helsefagarbeideren til fastlegen. Det er ikke mulig å rekruttere seg ut av det økende arbeidskraftbehovet uten å utvikle tjenestene[42]. Helsepersonellkomisjonens arbeid vil i denne sammenhengen ha stor betydning for videre arbeid i K2025[43].

Mangelen på personell og utfordringene med rekruttering vises i NAVs årlige bedriftsundersøkelse[44], KS arbeidsgivermonitor[45] og SSBs Helsemod[46]. Dette understøttes også av rapporteringen fra Statsforvalterne, og statistikken som følger denne rapporten. Norge er ikke alene om denne utfordringen, også internasjonalt er det stor mangel på helsepersonell i dag og videre inn i fremtiden. WHO estimerer en mangel på hele 15 millioner helsearbeidere globalt innen 2030[47].

Det tar tid og ressurser å bygge og utvikle fagkompetanse og ikke minst er det et kontinuerlig arbeid som må være en del av kvalitetsutviklingen og kompetanseplanleggingen i enhver kommune. Med bakgrunn i at

helsepersonell er et knapphetsgode har flere kommuner begynt et systematisk arbeid med hvem som skal gjøre hva eller hvilke(n) kompetanse som skal benyttes relatert til hvilke arbeidsoppgaver – oppgavedifferensiering eller oppgavefokusering[48].

Statsforvalteren melder om kommuner som konkurrerer om de samme personellressursene seg imellom. Sykepleiere, vernepleiere, helsefagarbeidere og fastleger er blitt et knapphetsgode. De mindre og/eller minst ressursrike kommunene taper ofte i kampen om personell. Mindre kommuner benytter seg også i mindre grad av kompetansetilskudd av ulike årsaker. Dette er ikke en bærekraftig utvikling og hindrer livslang læring og utvikling av ny fagkompetanse.

Kommunale helse- og omsorgstjenester er viktig som praksisarena for studenter, både som et rekrutteringsverktøy og for å synliggjøre viktigheten av kunnskapsbasert praksis, og kommunal sektor som arbeidsrelevant praksisfelt[49]. Det er et stort behov for å satse mer på utdanning av helsepersonell som kjenner kommunesektor godt og med kompetanse som dekker brukernes og tjenestenes behov gjennom hele døgnet. Helsedirektoratet anbefaler etablering av en nasjonal praksismodell for systematisk opptrapping av praksisplasser i kommunene[50]. Dette kan gi det løftet som trengs for å beholde kvalifisert personell i et levende fagmiljø og bidra til bedre rekruttering.

I tabell B gis det en overordnet beskrivelse av utviklingen i avtalte årsverk og sysselsatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten, hvor endringer de siste fem år (siden 2017) og endringen fra 2020 til 2021 omtales, jf. Vedlegg 1, tabell 1, tabell 2, tabell 24 og tabell 29.

Tabell B: Antall årsverk og sysselsatte i tjenestene, 2017 og 2021[51]

	Årsverk		Endring i %		Sysselsatte		Endring i %	
	2017	2021	2017-2021	2020-2021	2017	2021	2017-2021	2020-2021
Kommunal helse- og omsorgstjeneste	166948	184214	10,3 %	2,9 %	218756	231655	5,9 %	2,1 %
Kommunal helsetjeneste	19251	23 802	23,6 %	9,6 %	23133	28730	24,2 %	11,7 %
Kommunal omsorgstjeneste	136960	148820	8,7 %	1,9 %	195623	202925	3,7 %	0,8 %
Fylkeskommunal tannhelsetjeneste	3381	3450	2,0 %	0,3 %	3616	3666	1,4 %	0,5 %

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.

Tabell B viser at det har vært en vekst i årsverk på 10,3 prosent i de kommunale helse- og omsorgstjenestene siden 2017. Veksten fra 2020 til 2021 var 2,9 prosent, og sammenlignet med tidligere år er den relativt stor. I og med at statistikken kun inkluderer planlagte årsverk, fremkommer ikke merarbeidet som har preget pandemien. Helsedirektoratet antar imidlertid at deler av veksten siste år skyldes økt rekruttering til pandemirelaterte arbeidsoppgaver.

Antall årsverk og sysselsatte i fylkeskommunal tannhelsetjeneste er tilnærmet uforandret fra 2017 til 2021. Differensiert per personellgruppe er antall årsverk for tannlegespesialister i fylkeskommunal tannhelsetjeneste økt med 11,5 prosent fra 2017 til 2021. Antall årsverk for tannleger og

tannhelsesekretærer er stabilt på samme nivå, mens antall årsverk for tannpleiere har økt ca. 8 prosent i samme tidsrom. Det er rekrutteringsproblemer av tannpleiere og det er trender i utdanningsbildet som kan tyde på at dette er en utfordring som må adresseres fremover.

Økning i antall årsverk for tannlegespesialister i fylkeskommunene kan ha sammenheng med oppbygging av de odontologiske kompetansesentrene for å kunne ivareta oppgaven med å gi spesialisttannhelsetjenester. Det er også positivt at antall stillinger for spesialist i pedodonti i fylkeskommunal tannhelsetjeneste har økt fra 15 stillinger i 2016 til 20 stillinger i 2021. Flere tiltak kan forklare denne utviklingen, blant annet:

- Prioritert lønnstilskudd under utdanning
- Fylker kan søke om delfinansiering av lønn i en 6-års periode
- Anbefalinger om spesialisttannhelsetjenester til barn og unge[52]
- Anbefaling om tilsetting av spesialist i pedodonti i hvert fylke (Ibid.)
- Fylkeskommunen har lovpålagt ansvar for å sørge for at tannhelsetjenester og spesialisttjenester er tilgjengelig[53]

Det er likevel fortsatt et behov for å rekruttere tannleger til spesialistutdanning i pedodonti og å opprette stillinger for dem i fylkeskommunal tannhelsetjeneste.

Det vil på sikt være behov for å øke antallet tannpleiere grunnet forventet økt andel innbyggere over 80 år frem mot 2040 (jf. kap. 2.5). Dette vil kreve god kompetanse hos både tannpleiere og tannleger fordi personer over 80 år ofte har en sammensatt og kompleks helsesituasjon og dermed risiko for redusert oral helse.

Det er gruppen med sosialfaglig utdanning som har hatt størst endring i prosent av antall årsverk (jf. Vedlegg 1, tabell 1) i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Denne gruppen inkluderer miljøterapeuter, barnevernspedagoger og barne- og ungdomsarbeidere. Miljøterapeuter har for eksempel hatt en økning i årsverk på 32,9 prosent fra 2017-2021 og 7,6 prosent fra 2020-2021. Veksten er spesielt sterk i omsorgstjenesten (jf. Vedlegg 1, tabell 24). Det er i utgangspunktet relativt få årsverk i disse gruppene, men andelen med sosialfaglig utdanning øker likevel mer sammenlignet med andelen med helsefaglige utdanninger. Generelt kan tværfaglighet øke bevissthet om riktig bruk av kompetanse til ulike oppgaver og medføre mer helhetlige tjenester til brukerne. Helsedirektoratet vil likevel følge denne utviklingen nøye, særlig hvis det er slik at sosialfaglige eller andre personellgrupper erstatter helsepersonell fordi det er mangel på søkere med helsefaglig utdanning.

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 gir andre og til dels større utfordringer knyttet til personellplanlegging og rekruttering av personell med riktig kompetanse. I tillegg er det betydelige flere brukere og ansatte i omsorgstjenesten.

Omsorgstjenesten står for om lag 86 prosent av årsverkene (ekskludert leger, fysioterapeuter og psykologer) i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Veksten i omsorgstjenesten har vært lavere enn veksten i kommunehelsetjenesten, både sett fra 2017 og for foregående år (jf. Vedlegg 1, tabell 24 og 29).

Veksten i antall årsverk og sysselsatte i omsorgstjenesten var totalt sett hhv. 1,9 prosent og 0,8 prosent for sysselsatte fra 2020 til 2021 (jf. Vedlegg 1, tabell 24). Det er en relativt liten økning, men samtidig er det positivt at veksten er større i antall årsverk enn for sysselsatte. En bekymringsfull utvikling er at det for alle sykepleiergruppene har vært en nedgang i både årsverk og sysselsatte fra 2020 til 2021. Det skal merkes

at nedgangen kan ha sammenheng med pandemiarbeidet i kommunene (jf. kap.2.2). Helsedirektoratet vil følge både nedgang i årsverk og antall sysselsatte nøye fremover, og i tillegg nedgangen i antall søkere til sykepleierutdanningen[54].

Det har vært en relativt lav vekst på 1,7 prosent i antall sysselsatte helsefagarbeidere i omsorgstjenesten siden 2017, men det er samtidig positivt at veksten i antallet årsverk er på 6,8 prosent (jf. Vedlegg 1, tabell 24). Helsedirektoratet ser likevel med bekymring på den lave veksten i sysselsatte i denne store og viktige gruppen ansatte. Dette er en utvikling som vil bli fulgt med på videre, på lik linje som for sykepleiere.

Både vernepleiere og ergoterapeutene har hatt en positiv vekst fra 2017 og 2020 i omsorgstjenestene. Statsforvalter rapporterer likevel at her er det regionale forskjeller, og at man enkelte steder har utfordringer med å rekruttere vernepleiere. Kun to stillingskategorier, aktivtør og servicefunksjoner har hatt en nedgang i årsverk siden 2017, og de var også de eneste med nedgang fra 2020 til 2021.

Det var en klar vekst på 23,6 prosent fra 2017 og hele 9,6 prosent fra 2020 i utviklingen i årsverk og sysselsatte i kommunehelsetjenesten (jf. Vedlegg 1, tabell 29). Personell uten helse- og sosialfaglig utdanning og sykepleiere med og uten videreutdanning har økt mest siden 2020, men det er en generelt stor økning blant de fleste gruppene, som vises i tabell 29. Det antas at mye av veksten fra 2020 skyldes kommunenes pandemiarbeid med testing, vaksinerings og smittesporing som har vært en del av kommunehelsetjenestens ansvar. Dette arbeidet har vært arbeidsintensivt og omfattende.

Pensjonerte sykepleiere/spesialsykepleiere og annet helsepersonell har deltatt i dette arbeidet og jobbet for kommunen i pandemiarbeid med smittesporing, vaksinerings og testing[55],[56]. Helsedirektoratet vil følge med på utviklingen i økning i antall årsverk i kommunehelsetjenesten videre for å se om veksten fortsetter eller avtar fremover.

Blant de helsefaglige utdanningene i kommunehelsetjenesten er det årsverkene utført av jordmødre som har økt mest siden 2017, og de har også en god vekst fra 2020 (jf. Vedlegg 1, tabell 29). Denne veksten er i tråd med politiske satsninger. For helsesykepleiere er veksten noe lavere, men fortsatt relativt høy.

Sammenlignet med spesialisthelsetjenesten har veksten i årsverk vært høyere i de kommunale helse- og omsorgstjenestene de siste årene, men for antall sysselsatte har veksten vært mer eller mindre lik, jf. Vedlegg 1, figur 1. I spesialisthelsetjenesten er gapet mellom antall årsverk og antall sysselsatte betydelig mindre enn i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (jf. Vedlegg 1, figur 1). Selv om det i kommunen har vært en høyere vekst i antall årsverk enn i antall sysselsatte fra 2020-2021, er gapet fortsatt stort. Sett ut fra hvilke oppgaver som er i kommunene burde dette gapet vært mindre for å sikre kontinuitet i pasientbehandlingen, en bærekraftig tjeneste og en kultur for heldid.

Det kan være relevant for den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten å adoptere tiltak som er gjennomført i for eksempel prosjekt som Menn i helse[57] for økt synlighet og rekruttering.

[42] KS (2022) Debattheft 2022 – På samme lag. Tilgjengelig:

<https://www.ks.no/fagomrader/lonn-og-tariff/hovedtariffavtalen/debattheft-2022-paa-samme-lag/>

[43] Regjeringen.no (2022) Helsepersonellkommissjonen. Tilgjengelig:

<https://nettsteder.regjeringen.no/helsepersonellkommissjonen/>

[44] NAV (2022) Bedriftsundersøkelsen. Tilgjengelig:

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

- [45] KS (2021) Kommunesektorens arbeidsgivermonitor 2021. Tilgjengelig: <https://www.ks.no/globalassets/fagomrader/arbeidsgiverpolitikk/nyskapende-arbeidsgivere/Kommunesektor>
- [46] SSB (2019) Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035. Tilgjengelig: https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/_attachment/385822?ts=16c855ce368
- [47] WHO (2022) Health workforce. Tilgjengelig: https://www.who.int/health-topics/health-workforce#tabtab_176
- [48] KS (2022) Tørn – Sammen om fremtidens helse og omsorg. Tilgjengelig: <https://www.ks.no/fagomrader/arbeidsgiverpolitikk/kompetanse-og-rekruttering/torn/>
- [49] Nasjonalt senter for distrikts medisin (2022) Kunnskapsoppsummering Hva hemmer og fremmer tilgang på kvalifisert personell til helse- og omsorgstjenestene i distriktskommuner? Tilgjengelig: <https://www.nsdm.no/kunnskapsoppsummering-fra-nsdm/>
- [50] Helsedirektoratet (2022) Rapport Utrede etablering av praksiskontor. Tilgjengelig: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utrede-etablering-av-praksiskontor>
- [51] Kilde: spesialbestilte data fra SSB
- [52] Helsedirektoratet (2018) Nasjonal faglig retningslinje for tannhelsetjenester til barn og unge 0-20 år. Tilgjengelig: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/tannhelsetjenester-til-barn-og-unge-020-ar>
- [53] Lov om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesteloven). Tilgjengelig: <https://lovdata.no/nav/lov/1983-06-03-54/>
- [54] Sykepleien (2022) Samordna opptak 2022: 23 prosent færre har sykepleie som førstevalg. Tilgjengelig: <https://sykepleien.no/2022/04/samordna-opptak-2022-23-prosent-faerre-har-sykepleie-som-forstevalg>
- [55] Norsk Sykepleierforbund (2021) Massevaksinering til besvær. Tilgjengelig: <https://www.nsf.no/fylke/trondelag/blogg/massevaksinering-til-besvaer>
- [56] Sykepleien (2021) Ba pensjonerte sykepleiere bidra: «Jippi», tenkte Grethe Lauritzen. Tilgjengelig: <https://sykepleien.no/2021/12/ba-pensjonerte-sykepleiere-bidra-jippi-tenkte-grethe-lauritzen>
- [57] Menn i helse (2022). Menn i helse. Tilgjengelig: <https://mennihelse.no/>

3.3

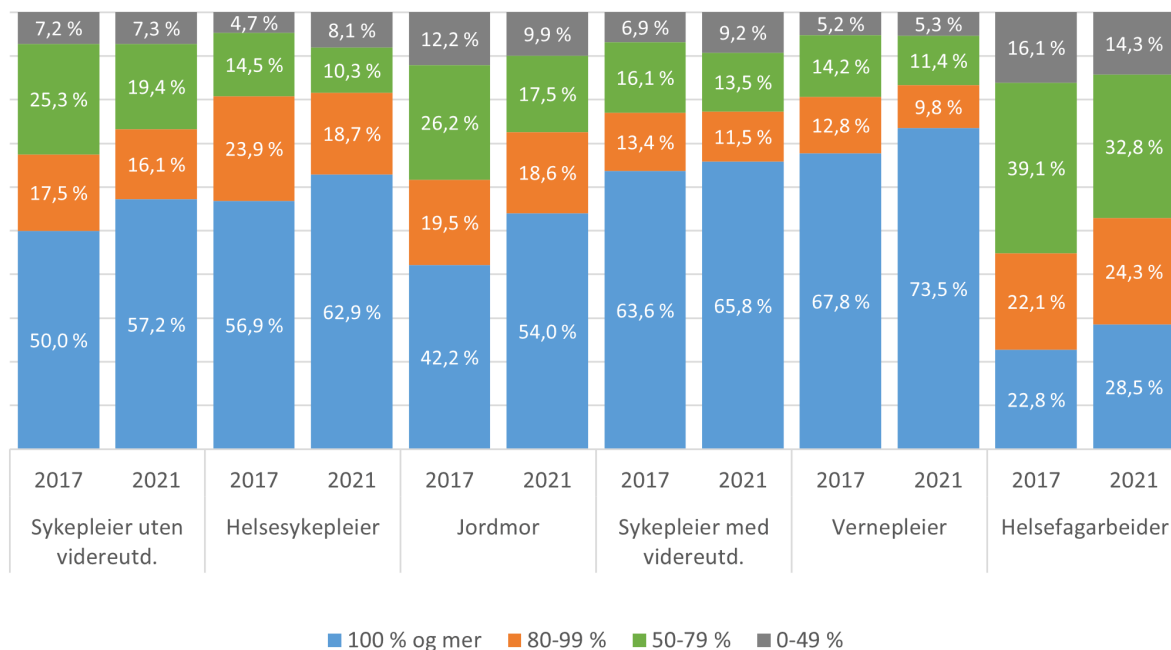
Heltid som førstevalg i døgnbaserte tjenester

Det er en større økning i antall årsverk (2,9 prosent) enn i antall sysselsatte (2,1 prosent) fra 2020 til 2021 i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (jf. Vedlegg 1, tabell 1). Dette betyr at flere jobber i større stillingsprosent. Det er en vekst på 7,2 prosent for sykepleiere uten videreutdanning som jobber full stilling i perioden 2017-2021, men samtidig viser tallene at det bare er 57,7 prosent av sykepleierne i kommunal helse- og omsorgstjenesten jobber full stilling i 2021 (jf. figur C). For helsefagarbeidere har det vært en økning i antallet med full stilling på 5,8 prosent i samme tidsperiode. Likevel er det bare 28,5 prosent av helsefagarbeiderne som har full stilling i kommunal helse- og omsorgstjeneste i 2021. Samlet

for sektoren er andel sysselsatte i full stilling pr 2021 34,4 prosent (jf. Vedlegg 1, figur 16). Dette er en økning på 5,1 prosent fra 2017 til 2020.

"Faste, hele stillinger skal være hovedregelen i norsk arbeidsliv."

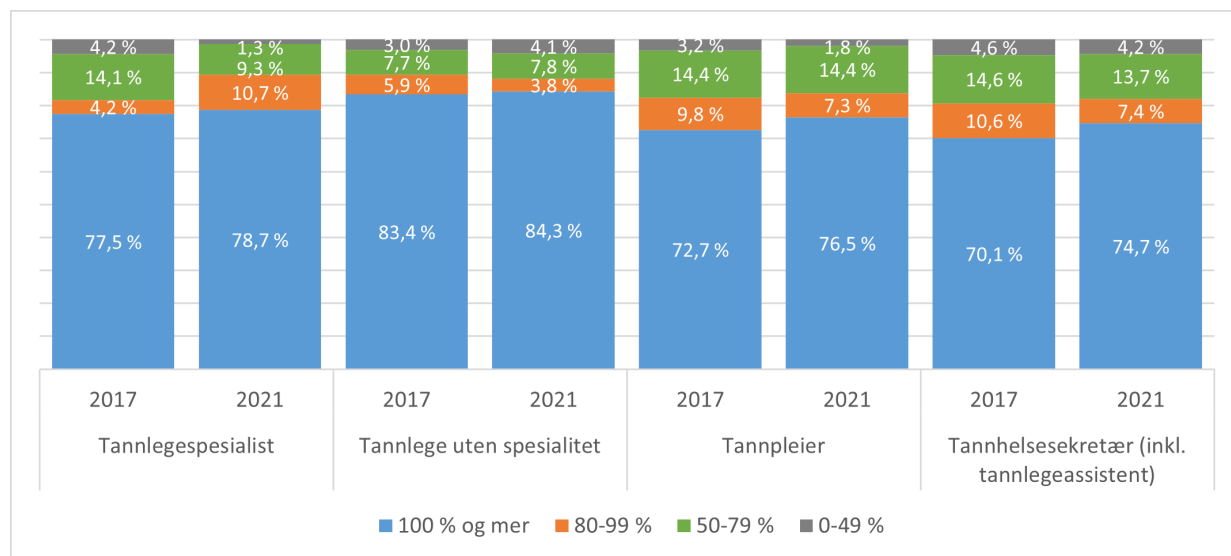
Hurdalsplattformen 2021-2025: side 49 [58]



Figur C: Andelen sysselsatte med ulik stillingsstørrelse blant utvalgte yrkesgrupper[59]

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

I motsetning til i kommunal helse- og omsorgstjeneste var det lav andel deltidsstillinger for alle yrkesgrupper i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i 2021, jf. figur D. Mellom 74,7 og 84,3 prosent var i heltidsstillinger og andelen med 0-49 prosent stilling varierte mellom 1,3 og 4,2 prosent. Utviklingen er relativt uforandret mellom 2017 og 2021.



Figur D: Andelen sysselsatte med ulik stillingsstørrelse i tannhelsetjenesten[60]

Det er fortsatt ikke mange nok med 100 prosent stilling, selv om det er en positiv utvikling. Helsedirektoratet ser med bekymring på det lave antallet ansatte med fulle stillinger blant sykepleiere og helsefagarbeidere, som er grunnpilaren i en faglig forsvarlig tjeneste. Utviklingen er for langsom og medfører blant annet konsekvenser for bærekraftig drift, lavere kontinuitet og er en fare for pasientsikkerheten[61].

Det er utfordrende å tilrettelegge for en heltidskultur innen omsorgstjenestene. En kunnskapsoppsummering fra FAFO viser at med dagens tradisjonelle turnusordning, så vil det ikke være mulig å nå målet om en heltidskultur[62]. Det vil kreve at man må jobbe annenhver helg i full stilling, og det er lite attraktivt for mange. Mange kommuner har innført turnus med langvakter i helgene, da er man avhengig av drøftinger med tillitsvalgte lokalt. FAFO peker videre på at langvakter som er organisert på en god måte, gir bedre resultater enn de tradisjonelle turnusene (Ibid.). 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.

Gjennom kompetanseløftets satsing på å utrede nye organisasjonsformer i tjenestene, TØRN-prosjektet, ser man stadig nye eksempler på tjenesteutvikling. Bodø kommune har for eksempel gjennom fokus på optimal bruk av kompetanse og oppgavedeling oppnådd positive resultater, blant annet med markant effekt på sykefravær[63]. Brukerne var mer tilfreds med tjenesten og sykepleierne opplevde mer kontroll og mindre stress i arbeidshverdagen.

[58] Regjeringen.no (2021) Hurdalsplattformen 2021-2025. Tilgjengelig her:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/cb0adb6c6fee428caa81bd5b339501b0/no/pdfs/hurdalsplattformen>

[59] Kilde: Spesialbestilte data fra SSB

[60] Kilde: Spesialbestilte data fra SSB

[61] 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>

[62] 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>

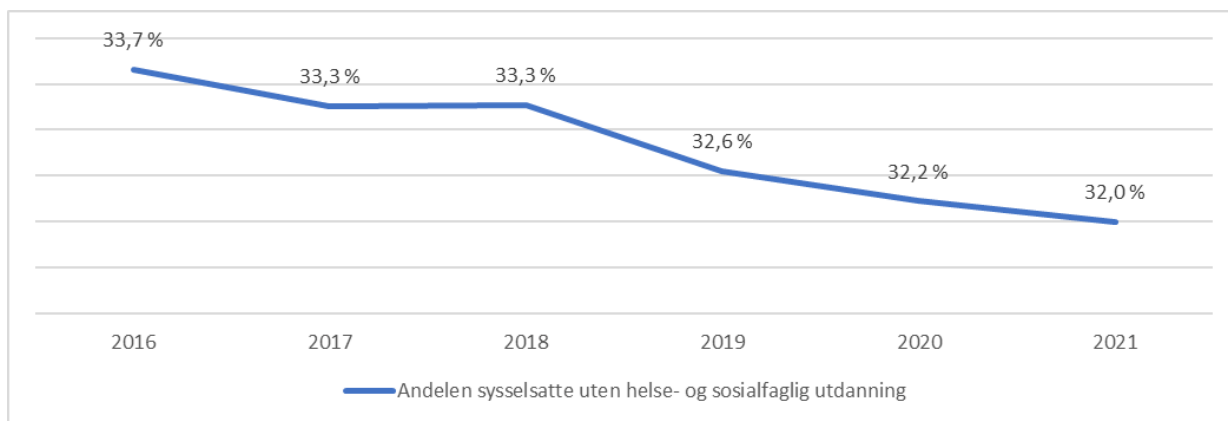
[63] KS (2022) Velferdsteknologi, oppgavedeling og heltidskultur i Bodø kommune. Tilgjengelig:

<https://www.ks.no/fagomrader/arbeidsgiverpolitikk/kompetanse-og-rekruttering/torn/velferdsteknologi-oppga>

3.4

Personell uten helse- og sosialfaglig utdanning

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 32 prosent av alle sysselsatte i 2021 (jf. figur E, og Vedlegg 1, tabell 19 og 20). Selv om utviklingen har vært svakt positiv, mener Helsedirektoratet at det er nødvendig med økt satsning på systemnivå, spesielt rettet mot ledere og satsning på prioriterte kompetansetiltak (Ibid.).



Figur E: Andelen sysselsatte personell uten helse- og sosialfaglig utdanning

Merknad til figuren: 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 sosialfaglig utdanning.

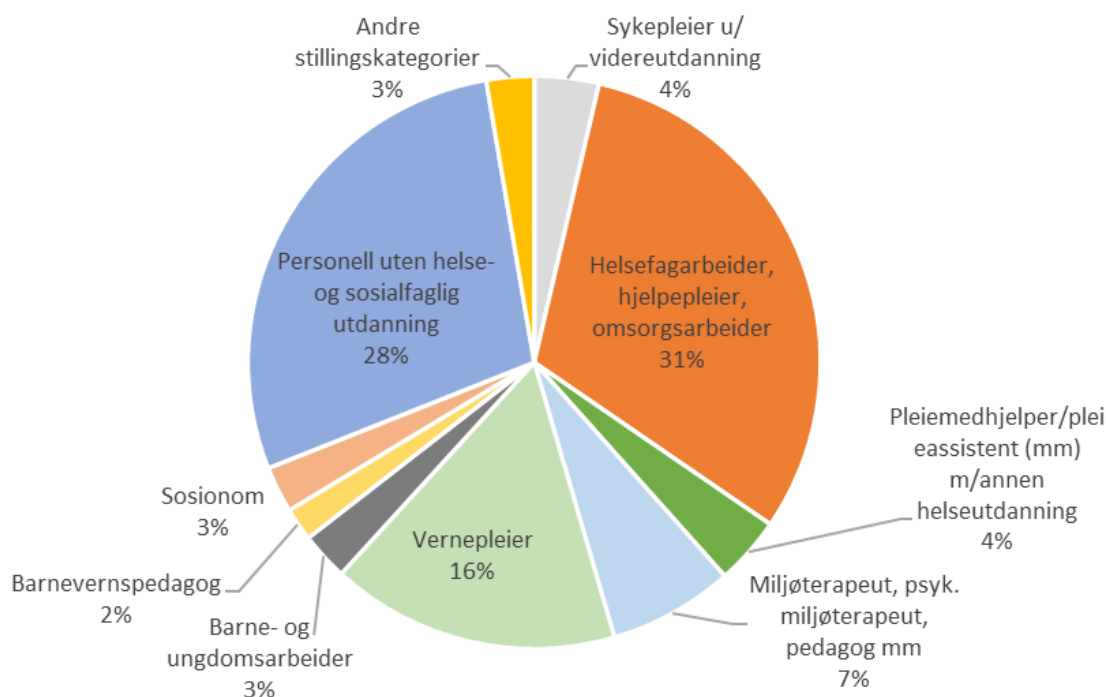
Andelen personell uten helse- og sosialfaglig utdanning i fylkeskommunal tannhelsetjeneste er lav (5,3 prosent, inkludert renholdere, kontorassistenter og rådgivere), jf. Vedlegg 1, tabell 22. Forklaringen er at tjenesten bare ansetter autoriserte tannleger og tannpleiere, samt tannhelsesekretærer med godkjent utdanning. Sammenlignet med de kommunale helse- og omsorgstjenestene er det derfor ingen utfordring med ufaglært tannhelsepersonell i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten.

Det finnes allerede flere utdanningsløp som er tilpasset personell uten helse- og sosialfaglig utdanning. Det bør satses på eksisterende utdanningstilbud som gjøres tilgjengelige, og sikres at disse er praksisnære med mulighet for individuell oppfølging og veiledning.

Helsedirektoratet mener at for å lykkes med systematisk kvalifisering av personellgruppen uten helse- og sosialfaglig utdanning, bør en kombinasjon av tiltak som retter seg mot ulike aktører og nivåer skje parallelt. Det er imidlertid lite forskningsbasert kunnskap om hvordan ulike typer av politiske tiltak og reformer faktisk har påvirket organisatoriske forhold ute i helsetjenestene.

Bare 41,4 prosent av personell uten helse- og sosialfaglig utdanning i omsorgstjenesten har utdanning på ungdomsskolenivå eller lavere (jf. Vedlegg 1, figur 5). Det er også bekymringsfullt at antallet med utdanning på ungdomsskolenivå eller lavere har hatt en vekst de siste fem årene på 12,8 prosent i antall årsverk og 5,9 prosent i antall sysselsatte, jf. Vedlegg 1, tabell 21.

I tilrettelagte boliger for personer med utviklingshemming utgjør personell uten helse- og sosialfaglig utdanning, pleiemedarbeidere med annen helseutdanning og de med "andre stillingskategorier" 35 prosent av arbeidsstokken, jf. figur F.



Figur F: Personellkategorier i tilrettelagte boliger for personer med utviklingshemming, 2021[64] I omsorgssektoren er det flere brukere med psykisk utviklingshemming som har en brukerstyrt personlig assistentordning (BPA)[65]. Brukerstyrt personlig assistanse er ikke avgrenset til bestemte aldersgrupper, funksjonsnedsettelse eller diagnoser. Målgruppen er først og fremst personer med omfattende bistandsbehov. BPA inkluderer i prinsippet ikke helsetjenester. Det kan avtales helsetjenester i koordinasjon med kommunen som oppdragsgiver[66]. Det betyr at BPA-ansatte i hovedsak ikke er helsepersonell. For å bli en god arbeidsleder er det anbefalt å ta eget arbeidslederkurs som tilbys av både private og offentlige aktører.

BPA opplæring er viktig for å sikre kompetanse hos arbeidsledere, saksbehandlere og assistenter i ordningen. Helsedirektoratet anbefaler at det etableres en nasjonal standard for BPA opplæring[67]. Det bør utredes nærmere hvilket innhold og hva slags kvalitet opplæringen som tilbys skal ha.

[64] Kilde: Spesialbestilte data fra SSB

[65] SSB (2011) Flere med brukerstyrt personlig assistent. Tilgjengelig: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/flere-med-brukerstyrt-personlig-assistent>

[66] Ecura (2020) BPA og helsehjelp – Kan assistenten yte helsetjenester? Tilgjengelig: <https://ecurabpa.no/bpa-og-helsehjelp-kan-assistenten-yte-helsetjenester/>

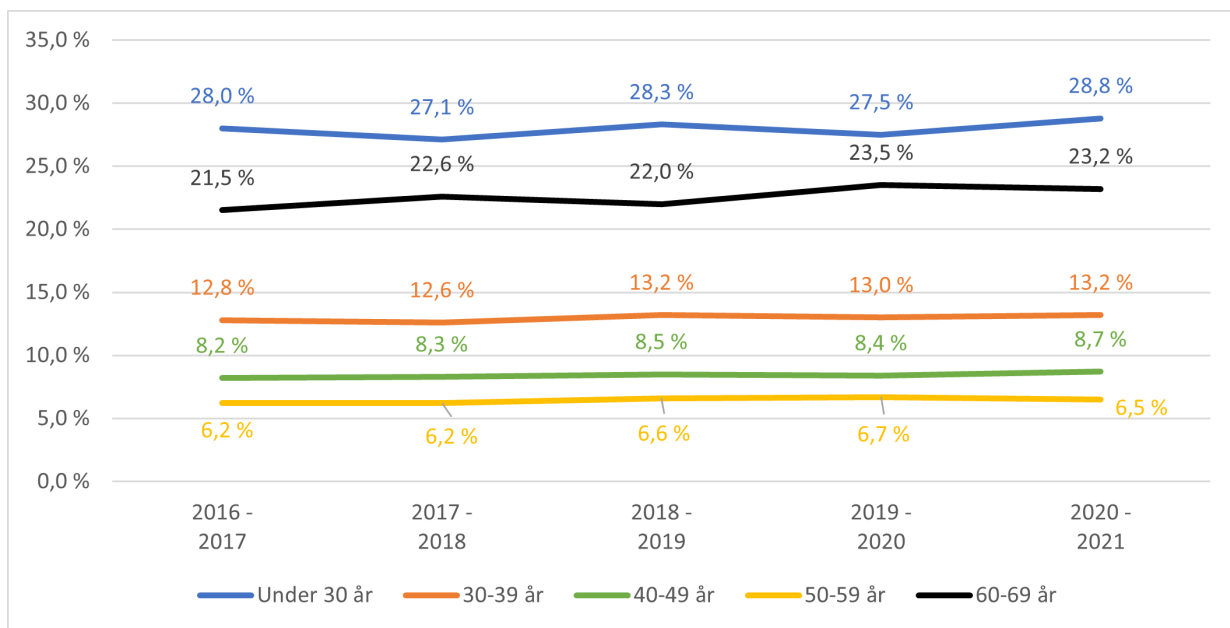
[67] Helsedirektoratet (2022) Høringsuttalelse NOU 2021:11 Selvstyrt er velstyrt, levert Helse- og omsorgsdepartementet juli 2022

3.5

Mobilitet i tjenestene

Tendensen over flere år er at mobiliteten er stor innen den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Turnover fra 2020 til 2021 er ikke noe unntak. Det kan også virke som at årene med pandemien har hatt høyere turnover enn tidligere år. Spesielt sykepleiere og helsefagarbeidere har fått betydelig høyere

turnover siden 2019 (jf. Vedlegg 1, tabell 47). Helsedirektoratet mener at denne utviklingen er bekymringsverdig og vil følge med på den i tiden fremover.



Figur G: Prosentvis turnover per aldersgruppe i helse- og omsorgstjenesten[1]

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). Turnover er dersom en ansatt har sluttet i kommunesektoren

Turnover er høyest hos ansatte under 30 år, og blant de over 60 år, og mest stabilt for ansatte mellom 39-59 år (jf. Vedlegg 1, figur 14). Hvis en splitter opp og ser på prosentvise turnover i del ulike tjenestene, er andel stabilt høyere gjennom årene i omsorgstjenestene enn i helsestasjon- og skolehelsetjenesten. I 2021 er andelen på 21,9 prosent i omsorgstjenestene, og tilsvarende 17,9 prosent i helsestasjon- og skolehelsetjenesten. I de ulike omsorgstjenestene er det relativt lik turnover, men noe høyere i hjemmetjenesten enn i omsorgsboliger (jf. Vedlegg 1, tabell 45). Turnover blant ledere har vært svakt økende over flere år (jf. Vedlegg 1, tabell 47) og er i 2021 økt fra 16,4 til 17,1 prosent. Det var høyest turnover for personell uten helse- og sosialfaglig utdanning (36 prosent) og for leger (31 prosent) i 2021 (jf. Vedlegg 1, tabell 47). Omsorgstjenestene har betydelig høyere turnover enn det er i kommunen for øvrig, mens det er interessant å se at helsestasjons- og skolehelsetjenesten har lavere turnover enn kommunen for øvrig (jf. Vedlegg 1, tabell 49).

I den fylkeskommunale tannhelsetjenesten er det samlet betydelig lavere turnover enn i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, på 13,2 prosent (jf. Vedlegg 1, tabell 46). Det er også lavere turnover i tannhelsetjenesten enn kommunen for øvrig (jf. Vedlegg 1, tabell 50). I 2021 var det høyest turnover for tannpleiere og tannleger, begge på 19,9 prosent (jf. Vedlegg 1, tabell 48). Helsedirektoratet har regelmessig kontakt med Nasjonalt lederforum for offentlig tannhelsetjeneste. Derfra er det formlidat at det er utfordringer med å rekruttere og beholde tannpleiere og tannleger ved små litt perifere klinikker også i relativt sentrale regioner. Flere tannpleiere og tannleger søker seg over til større klinikker.

Tatt i betraktning utfordringsbildet med demografiske endringer frem mot 2040 (jf. kap. 2.5), så vil det være et økt behov for tannpleiere i fylkeskommunal tannhelsetjeneste. En betydelig andel av tannpleierne (116 av 605 ansatte) i offentlig tannhelsetjeneste er 55 år eller eldre. Dette er en utfordring som samsvarer med forventet stor avgang i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Blant sykepleiere med videreutdanning, helsesykepleiere, jordmødre og helsefagarbeidere er over 30 prosent av de sysselsatte 55 år eller over (jf. Vedlegg 1, tabell 15).

Mobilitet er ikke utelukkende negativt. Nye ansatte kan bidra med ny innsikt og annen kompetanse som kan berike og videreutvikle fagmiljøene og tjenestene. Det tar tid å bygge fagkompetanse og fagmiljøer, og det krever en viss grad av stabilitet og kontinuitet i arbeidsmiljøet for å utvikle tjenestene. Dette kan raskt endre seg hvis mobiliteten sammen med turnover og sykefravær blant fagkompetansen og ledere blir for stor. Stadig utskiftning av ansatte og ledere fører til manglende kontinuitet og kompetanselekkasje. Det er utfordrende og ressurskrevende å rekruttere og lære opp nye ansatte, 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 stabilt personell over tid. 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[69].

[68] Spesialbestilte data fra KS

[69] OsloMet (2022) Leve hele livet i kommunene. NIBR-Rapport 2022:1. Tilgjengelig: <https://oda.oslomet.no/oda-xmloi/bitstream/handle/11250/2982569/2022-1%20NIBR.pdf?sequence=5&isAll>

3.6

Sykefravær

Sykefraværet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten var også i 2021 betydelig høyere enn sykefraværet i resten av samfunnet, jf. Vedlegg 1, figur 19. Det er også høyere enn sykefraværet i spesialisthelsetjenesten, jf. Vedlegg 1, figur 20. Grunnet pandemien var sykefraværet høyere enn det har vært de siste årene.

Årsakene til det høye sykefraværet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er komplekse og ikke avklarte. Det antas at det er tett koblet sammen med de andre store utfordringene i helse- og omsorgstjenestene, som har blitt nevnt i dette kapitlet. I tillegg er nok fravær også knyttet til turnusarbeid og arbeidsforhold slik som fysisk, psykisk og emosjonell belastning som følger av arbeidet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Helsedirektoratet ser behov for mer forskning knyttet til det høye sykefraværet, slik at man kan finne gode tiltak for å få et lavere sykefravær. Sykefraværet er høyere i omsorgstjenesten enn i kommunehelsetjenesten, også innad i omsorgstjenesten er det forskjeller ved at fraværet er høyere ved de institusjonsbaserte tjenestene (jf. Vedlegg 1, tabell 52, 53 og 54). Av de store personellgruppene er det sykepleiere uten videreutdanning (9,4 prosent) og helsefagarbeider (10,3 prosent), som har det høyeste sykefraværet i omsorgstjenesten (jf. Vedlegg 1, tabell 52).

I den fylkeskommunale tannhelsetjenesten er også sykefraværet på et høyt nivå. Sykefraværet er på over 10 prosent for tannpleiere med videreutdanning og tannhelsesekretærer, og om lag 7 prosent for tannpleiere, tannleger og tannlegespesialister (jf. Vedlegg 1, tabell 55). Det har ikke økt spesielt de siste to årene, bortsett fra for tannpleiere med videreutdanning. Denne gruppen er lav i antall, så tallene må tolkes med det forbehold.

Følgeevaluering og veien videre for program K2025

Helsedirektoratet skal gjennomføre følgeevaluering av programmet for å vurdere om de strategiske grepene og om virkemiddelbruken bidrar til å nå målene for programmet. Evalueringen er viktig for vurdering, og eventuell justering av virkemidlene og tiltaksporteføljen i K2025. I 2021 inngikk derfor Helsedirektoratet avtale med FAFO med samarbeidspartnere Senter for samfunnsøkonomisk analyse (SØA), KS-konsulent og Agenda Kaupang, for å gjennomføre evaluering på særlig strategiområde 1 Rekruttere, beholde og utvikle personell (jf. figur A).

Rekruttere, beholde og utvikle personell er et komplekst strategiområde i K2025, og den delen av programmet som har flest definerte tiltak. Evalueringsoppdraget skal for øvrig se til sammenhenger med de øvrige tre strategiområdene der det er naturlig, for å sikre en mest mulig helhetlig evaluering av programmets portefølje. Oppdraget skal evaluere utviklingen på personell- og kompetanseområdet gjennom programmets levetid (2021-2025). Det skal i oppdraget benyttes data fra flere kilder enn dem Helsedirektoratet selv benytter, og dermed understøtte for utvidede analyser. Det anskaffes ytterligere evalueringsoppdrag for å bidra til systematisk kunnskapsinnhenting for helheten av programmets rekkevidde, der dette er aktuelt og innenfor budsjettmessige rammer.

Gjennom programmets levetid vil det årlig publiseres en offentlig rapport med status for programmet og på personell- og kompetansesituasjonen i tjenestene. Disse årsrapportene vil inneholde rapportering på porteføljen i programmet, jf. Vedlegg 2. Helsedirektoratet har i 2021 arbeidet med å konsolidere porteføljen i programmet fra overgangen til K2025. Helsedirektoratet har spilt inn til HOD at en helhetlig revidering av porteføljen for å sikre effekt helt ut til sluttbruker i tråd med Helsedirektoratets strategiske utviklingsområder[70] og K2025 sine strategiområder (jf. figur A) er anbefalt.

Veien videre i 2022/2023 viser at det vil fremover skje mye spennende på dette utfordrende tjenesteområder i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette vil få direkte eller indirekte konsekvenser for Kompetanseløft 2025, programmets utforming og innhold. Dette gjelder da særlig Helsepersonellkommisjonen og Opptappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten.

Helsepersonellkommisjonen skal legge frem sin utredning innen 1.februar 2023. Kommisjonen har som formål:

"Kommisjonen skal etablere et kunnskapsgrunnlag og foreslå treffsikre tiltak i årene framover for å utdanne, rekruttere og beholde kvalifisert personell i helse- og omsorgstjenesten i hele landet for å møte utfordringene i helse- og omsorgstjenestene på kort og lang sikt"

Regjeringen.no Mandat for Helsepersonellkommisjonen[71]

Opptappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten ble fremlagt av HOD i forbindelse med statsbudsjettet 2022. Opptappingsplanen skal følges opp via K2025 og i handlingsplanen er det presentert flere av de løpende tiltakene i K2025 porteføljen som satsningsområder også i denne opptappingsplanen.

[70] Helsedirektoratet (2022) Helsedirektoratets strategi. Tilgjengelig:

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/helsedirektoratets-strategi/strategiens-fire-utviklingsomrader>

[71] Regjeringen.no (2021) Helsepersonellkommisjonen. Tilgjengelig her:

<https://nettsteder.regjeringen.no/helsepersonellkommisjonen/mandat/>

5

Vedlegg

[Vedlegg 1 - tabeller og figurer \(pdf\)](#)

[Vedlegg 2 - mål og effekter for porteføljen 2021 \(pdf\)](#)

6

PDF-versjon av rapporten

[Årsrapport for Kompetanseløft 2025 - utviklingstrekk og status 2021 \(pdf\)](#)

