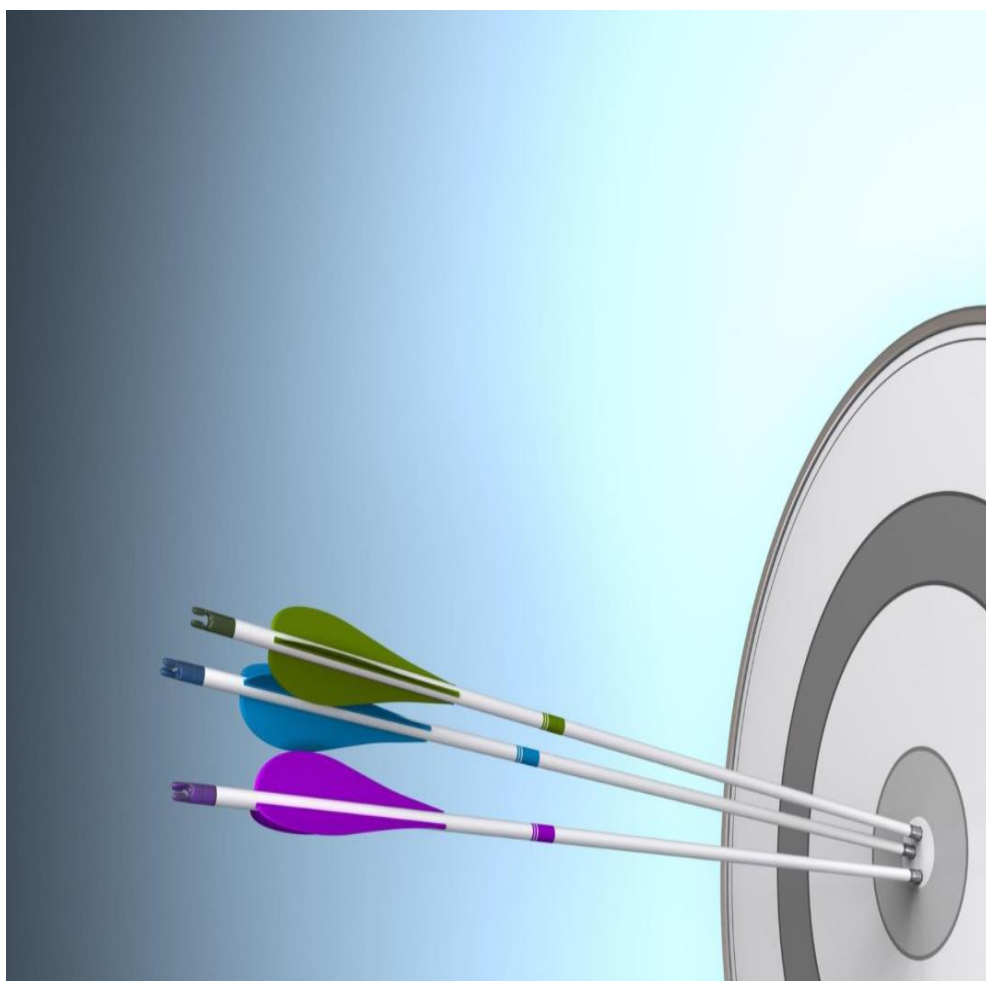


Utdanningskapasitet

Innspill til endringer i utdanningskapasitet for
helsefaglige utdanninger for 2028



Sammendrag.....	4
1. Innledning	6
1.1 Overordnede betraktninger	6
1.2 Tilbud og etterspørsel etter helsepersonell.....	8
Vedlegg A.....	13
2. Bachelorgrader	13
2.1 Audiografer.....	13
2.2 Bioingeniører	15
2.3 Ergoterapeuter	16
2.4 Farmasøyter – reseptar og provisor	17
2.5 Fysioterapeuter	19
2.6 Radiografer	20
2.7 Ortopediingeniør.....	21
2.8 Vernepleiere	24
2.9 Tegnspråk og tolkning	25
3. Sykepleie og videreutdanninger/mastergrader i sykepleie.....	27
3.1 Sykepleie (bachelor grunnutdanning)	27
3.2 Anestesi-, barne-, intensiv-, operasjons- og kreftsykepleie (ABIOK).....	29
3.3 Jordmødre	33
3.4 Helsesykepleie	35
3.5 Andre sykepleieutdanninger	37
4. Lang høyere utdanning.....	38
4.1 Kliniske ernæringsfysiologer.....	38
4.2 Medisin/leger	40
4.3 Psykologer	43
5. Tannhelsefaglige utdanninger	45
5.1 Tannleger.....	45
5.2 Tannpleiere.....	47
5.3 Tannteknikere.....	48
5.4 Tannhelsesekretærer	49
6. Andre helsefaglige utdanninger	51
6.1 Fagskoleutdanninger/høyere yrkesfaglig utdanning.....	51
6.2 Optikere og ortoptister	52
6.3 Ambulansearbeidere og paramedisin	53
6.4 Helsefagarbeidere	55

6.5 Helsesekretærer	57
6.6 Ortopediteknikk.....	58
6.7 Portører	59
6.8 Sosialfaglig kompetanse	59
6.9 Digital kompetanse og teknologiforståelse	60
Statistikk som benyttes i notatet	61
Referanser og kilder	62
Tabellvedlegg 1 estimert mangel på helsepersonell i NAVs bedriftsundersøkelse. 2015 – 2026.....	65
Tabellvedlegg 2 kommunesektorens arbeidsgivermonitor 2025	66

Sammendrag

Helsedirektoratet skal bidra til at helse- og omsorgstjenesten har tilstrekkelig og kompetent personell. I en tid der vi går mot økende knapphet på yrkesaktive utøvere sett opp mot en aldrende befolkning, er dette en krevende oppgave. De kommende utfordringene med økende avstand mellom framskrevet behov for helsepersonell og tilbud av helsepersonell, er godt kjent. Mange av de nødvendige tiltakene vil dreie seg om å beholde de som allerede er sysselsatte, ved å forbedre oppgavedeling, nye arbeidstidsordninger, innføring av ny teknologi med mer. I dette notatet gir vi vurderinger avgrenset til hvor mange vi mener man bør utdanne i forskjellige helsefaglige utdanninger i Norge, for å sikre god rekruttering.

Norge støtter WHO's kode for rekruttering av internasjonalt helsepersonell (2010). Koden sier både at man ikke skal rekruttere helsepersonell aktivt fra sårbare land, og at landene skal strebe etter å dekke egne behov i størst mulig grad med egne menneskelige ressurser. Det innebærer også å utdanne nok helsepersonell selv.

I arbeidet med notatet har de regionale helseforetakene og KS i år bare hatt mulighet til å gi raske innspill til et utkast fra Helsedirektoratet, grunnet omlegging av formatet. Vi benytter ellers relevant forskning, oppdatert statistikk om utdannings- og arbeidsmarkedet, og har hatt en kort innspillsrunde internt i Helsedirektoratet for å komme fram til konklusjonene våre.

Arbeidskraft er på vei til å bli en knapp ressurs i Norge. Kostnadene med å opprette nye studieplasser må rettferdiggjøres av nytten de gir. Mange av løsningene på dagens mangel må løses på andre måter enn å endre på utdanningskapasiteten. I flere tilfeller vurderer vi at det ikke er økt behov for flere studieplasser, selv om det er mangel på personellgruppene enkelte steder. Det kan derimot være mer hensiktsmessig å forbedre gjennomstrømmingen på noen av studiene, fordele personellet annerledes i landet, få flere til å jobbe i helse- og omsorgssektoren, og så videre. Det er viktig med en helhetlig vurdering av situasjonen for hver faggruppe.

Mange av avveiningene som foretas her er kompliserte. Helsedirektoratet ser fram til å jobbe med mange av tiltakene i Meld st. 11 (2025-2026) Helsepersonellplan 2040, og til å jobbe tettere med andre aktører i forbindelse med Kompetansebudsjettet som Kunnskapsdepartementet lanserer.

Samlede anbefalinger

Vi anbefaler en økning på totalt 388 studieplasser for 2028, pluss eventuelt etablering av klinisk ernæringsfysiologi ved NTNU.

Helsedirektoratets anbefalinger om endringer i studieplasser, med en kort begrunnelse, oppsummeres nedenfor i tabell 1.

Tabell 1. Helsedirektoratets endringsforslag for 2028

Utdanningsgruppe	Forslag om endring	Kommentarer
Audiografer	-	Det er nettopp gitt bevilgning, følge med på igangsatte tiltak inkl. ny fagskoleutdanning
Bioingeniører	+30	Viktig yrkesgruppe som brukes stadig mer
Ergoterapeuter	-	Usikker konklusjon siden rehabiliteringsfeltet trenger kompetanse
Farmasøyter reseptar + provisor	-	De går i all hovedsak til et økende antall apotek. Hvis økning bør det skje ved UiT
Fysioterapeuter	-	Ikke meldt om økt behov for studiekapasitet. Det mangler heller stillinger i kommunene
Radiografer	+20	Meldt om mangel, og stråleterapi utbygges flere steder
Ortopediingeniører	-	Behøves økning, det bør jobbes fram muligheter tross begrensninger ved dagens lokaler jf. utredning
Tegnspråk og tolkning	-	Det ser ut til å være noe mangel på ulike tolker, men man bør sikre høyere gjennomstrømming på studiet før økning
Vernepleiere	-	Ingen endring nå betinget av at antallet studieplasser holdes på nytt, høyt nivå fra 2025 for å dekke behovet
Sykepleie bachelor	+100	Viktig å se på desentraliserte plasser. Gjerne utrede nærmere
ABIOK-sykepleiere	+50	Gjerne også utrede nærmere
Jordmødre	+20	Kun liten økning mulig nå, og stabilisere fullføringen.
Helsesykepleiere	-	Vi forstår det som at antall plasser er greit, men de gis ikke nødvendigvis til de som vil jobbe i distrikt/er konstituert
Kliniske ernæringsfysiologer	-	Helse Midt-Norge RHF er positive til eventuell opprettelse av nytt studium ved NTNU, noe vi støtter dersom søknaden til de etablerte studiestedene ikke undergraves og man får en rimelig avtale med NTNU
Leger	+ 68	Opptrapping som Grimstadutvalgets forslag, eks. 68 studieplasser hvert år mot 2028
Psykologer	+ 30	Stor etterspørsel, men noe usikker vurdering
Tannleger	-	UiT har økt med 10 plasser. Det bør lages en plan for opptrapping. Får snart mer data om tannhelsetjenesten
Tannpleiere	-	Har nettopp vært en økning i studieplasser
Tannteknikere	-	Utdanning flyttet til UiO, med oppstart i høst
Tannhelsesekretærer	+20	Det framskrives stor mangel
Helsefagarbeidere	-	Under tvil anbefales ikke økning i studieplasser på videregående skole-nivå, da kun 30 prosent av elevene går videre og fullfører med fagbrev. Noen flere læreplasser behøves. Tiltak rettet mot voksne som vil utdanne seg er mer og mer viktige. Det må samtidig jobbes med attraktiviteten til studiet og yrket
Helsesekretærer	+50	Antallet bør økes (men usikkert estimat), det framskrives stor mangel

1. Innledning

1.1 Overordnede betraktninger

Vi viser til tildelingsbrev for 2026, der mål 9 er at helse- og omsorgstjenesten har tilstrekkelig og kompetent personell, og til Meld st. 11 (2025-2026) Helsepersonellplan 2040. Som ledd i dette arbeidet gir vi her innspill til endringer i studiekapasitet til helsefaglige utdanninger. Vi dekker nå både utdanninger på universitets- og høghskolenivå, fagskolenivå og på videregående skole-nivå.

Tilstrekkelig tilgang på helsepersonell med rett kompetanse er avgjørende for å skape gode helse- og omsorgstjenester. Helsedirektoratet stiller seg som før bak hovedkonklusjonene i Helsepersonellkommisjonens rapport (NOU 2023:4) om at helse- og omsorgstjenestenes andel av den totale arbeidsstyrken ikke kan øke *vesentlig*. Samtidig betyr de store kommende behovene at noe økning i utdanningskapasitet er nødvendig for å møte etterspørselen. Dette bør først og fremst komme de kommunale helse- og omsorgstjenestene til gode.

En stor del av utfordringene som kommer i helse- og omsorgssektoren som følge av demografiske endringer må løses på andre måter enn ved å bare øke bemanningen, slik Helsepersonellplan 2040 skisserer. Helsedirektoratet jobber med mange av de alternative løsninger som oppgavedeling, endringer i turnus, lederutviklingsprogram, tiltak for å beholde personell og utvikle fagmiljø og så videre. Vi henviser til rapportering om disse temaene og spesielt Kompetanseløft 2025 for mer informasjon.

Overordnet ønsker Helsedirektoratet å peke på at vi fortsatt mener man er for avhengig av utenlandsutdannet personell, slik vi har skrevet om tidligere. Det å selv utdanne nok personell har både et viktig beredskapselement i seg, og det er solidarisk med tanke på andre land som kan ha behov for eget utdannet helsepersonell. Norges støtte til WHOs kode om internasjonal rekruttering av helsepersonell innebærer også å lene seg i størst mulig grad på egne menneskelige ressurser.

Likeledes er vi fortsatt mest bekymret med tanke på kommunal helse- og omsorgssektors muligheter til å tiltrekke seg tilstrekkelig arbeidskraft framover. Spesialisthelsetjenesten har historisk hatt færre problemer med å tiltrekke arbeidskraft, og uttrykker mindre bekymring for utviklingen framover enn det vi erfarer at kommunene gjør. Dette poenget har vi også greid ut om tidligere.

I samråd med Helse- og omsorgsdepartementet leverer vi en kortere besvarelse enn tidligere, grunnet omfattende innspill og arbeid med Helsepersonellplan 2040. **Vi vil generelt henvise til tidligere notat for mer informasjon om vurderingene**, som for mange grupper ikke har endret seg dramatisk selv med de nye framskrivningene fra SSB. Det er også knyttet noe mer usikkerhet til SSBs framskrivninger i år enn tidligere, siden det har vært endringer i bemanningssammensetningen i helse- og omsorgstjenestene som gir relativt store endringer i tallene for enkelte grupper. Dette blir viktig å følge opp i de neste årene.

På sikt vil arbeidet med ny Helsepersonellmonitor gjøre vurdering og jevnlig oppdatering enklere og mer transparent. Vi ser også fram til å jobbe tettere med andre aktører i forbindelse med Kompetansebudsjettet. Mange av vurderingene her er kompliserte og går på tvers av sektorer.

Vurderingsgrunnlag

I våre innspill legger vi vekt på å bidra med så gjennomarbeidete og realistiske forslag som vi kan. Våre forslag er basert på både innspill fra tjenestene over mange år, forskning, statistikk og framskrivninger, samt faglige betraktninger om tjenestenes utvikling. Dette ses opp mot den faktiske utviklingen i studiekapasitet. En studieplass krever ressurser av utdanningsinstitusjonen – både i form av menneskelige ressurser (forelesere, veiledere, administrasjon), og bygninger og utstyr. I noen tilfeller er det mangel på praksisplasser. Vi skal derfor ikke foreslå opprettelse av nye studieplasser uten god begrunnelse.

For studier som inkluderer praksisundervisning er det viktig med samsvar mellom utdanningskapasitet og praksiskapasitet, og det er derfor viktig med et tett samarbeid mellom helse- og omsorgstjenestene og helsemyndighetene på den ene siden og utdanningsinstitusjonene og utdanningsmyndighetene på den andre. Det er derfor gledelig å se at Helsepersonellplan 2040 inneholder tiltak for mer samarbeid for å forbedre lærling- og praksisutdanning.

Vi forsøker altså å gi så *realistiske* forslag som mulig, og holde oss til prinsippet om at andelen av helsepersonell i arbeidsstyrken ikke kan øke vesentlig. Omtalen av hver gruppe må derfor tas i betraktning, og ikke bare de enkelte tallene som oppsummerer årets innspill. Vi mener forslagene våre er nøkterne og viktige å følge opp, og at en del av behovet for økt kapasitet må dekkes gjennom å utdanne flere i helseyrkene.

Avgrensning

Avgrensningen av hvilke utdanningsgrupper vi omtaler er gjort på et pragmatisk grunnlag, etter at vi etter hvert har blitt bedt om å inkludere flere grupper enn kun de som tidligere hadde kandidatmåltall. For gruppene vi har skrevet om i flere år, har vi som regel god informasjon som vi har opparbeidet oss over tid, mens flere av de nyere gruppene omtales svært kort. Vi omtaler nå totalt 33 grupper helsepersonell.

Til sammen beskriver vi 26 av gruppene som kan få autorisasjon eller lisens som helsepersonell¹, samt ulike grupper som (inntil videre) ikke har egen autorisasjon, som videreutdanninger i ABIOK-sykepleie. Ikke alle grupper gis en vurdering med tanke på antall studieplasser, da vi ikke har nok informasjon til å gjøre det, men vi omtaler dem ut fra innmeldt utfordringsbilde og annet. De som er helt utelatt, er i all hovedsak de vi aldri har fått noe innspill om gjennom flere år med dette arbeidet. Helsedirektoratet ønsker innspill om flere av disse gruppene velkommen.

¹ Unntak: apotektekniker (omtales kun kort under farmasøytene), fotterapeut, kiropraktor, manuellterapeut, naprapat, osteopat og ortoptist (omtales kun kort under optikerne). Omsorgsarbeider og hjelpepleier er dekket under helsefagarbeidere.

1.2 Tilbud og etterspørsel etter helsepersonell

Helsedirektoratet legger til grunn at HOD er godt kjent med den siste tilgjengelig statistikken fra KS' arbeidsgivermonitor (siste utgave er fra 2025); Navs arbeidslivsundersøkelse, og SSBs nye framskrivinger med Helsemod. For å kunne slå raskt opp ved behov har vi lagt ved Navs og KS' tall som tabellvedlegg 1 og 2.

Kort oppsummert viser Navs bedriftsundersøkelse av året at det fortsatt er størst estimert mangel på helsepersonellyrker. For andre år på rad er det helsefagarbeidere det meldes om størst mangel på, etterfulgt av sykepleiere (bachelor) og "andre helseyrker".

KS' arbeidslivsmonitor fra 2025 viste at kommunene (unntatt Oslo som ikke er med) hadde størst utfordringer med å rekruttere sykepleiere (bachelor), etterfulgt av leger, psykologer og vernepleiere. Kanskje noe overraskende er helsefagarbeiderne først nummer fem på listen, dersom vi ser på summen av yrker som er "ganske" eller "meget" utfordrende å rekruttere. Bildet er allikevel av en situasjon der mange melder om store rekrutteringsproblemer.

Rapporteringen fra statsforvalterne er ikke helt systematisk, men vi kan trekke ut av denne informasjon at det overveiende meldes om rekrutteringsproblemer i kommunene når det gjelder sykepleiere, vernepleiere og helsefagarbeidere.

SSBs nye Helsemod-beregninger viser som kjent nå at det er helsefagarbeidere det ligger an til å bli størst mangel på mot 2040, etterfulgt av sykepleiere. Som nevnt over er de nye framskrivningene basert på personellsammensetningen fra 2024, som har endret seg ganske mye siden siste framskrivning med data fra 2019. Det er derfor noe mer usikkert enn tidligere om disse trendene vil holde seg slik de neste årene. SSB har vurdert at personellsammensetningen i 2024 er det mest fornuftige å ta utgangspunkt i slik situasjonen er nå. Vi kan ikke alltid vite om den nye sammensetningen av personell er basert på fornuftige vurderinger av oppgavedeling eller nye arbeidsoppgaver og arbeidsformer, eller oppstår på grunn av mangel på enkelte yrkesgrupper. Helsedirektoratet ser svært positivt på at det i Helsepersonellplan 2040 legges opp til at det skal jobbes mer med disse framskrivningene i de neste årene, slik at man kan finne mer ut av dette og forstå mer av tilbud og etterspørsel for flere yrkesgrupper.

Kort om behov for helsepersonell i kommunene, fra KS

KS har ofte pekt på arbeidsgivermonitoren i sine innspill til utdanningskapasitet, og trukket fram hvilke grupper som framheves der. De har vist til at det er innen helse og omsorg kommunene vil få de største problemene med å rekruttere arbeidskraft framover.

De trekker i år fram at de mener kompetansepolitikken legger godt til rette for behovene i stor grad, og ser fram til arbeidet med KDs kompetansebudsjett. De ser at arbeid med dimensjonering og prioritering bare blir viktigere og viktigere framover.

I 2024 trakk de fram at det ikke alltid er en direkte sammenheng mellom rekrutteringsutfordringer og utdanningskapasitet, fordi rekrutteringsutfordringer også kan ha andre årsaker. Geografi, demografi i kommunene, avstand til utdanningsinstitusjonene, forhold på arbeidsplassen med mer vil kunne avgjøre om man tiltrekker seg arbeidskraft, i tillegg til søknadsmassen til utdanningene og andre forhold direkte knyttet til utdanningssiden. Videre har KS trukket fram høy deltidsandel som en av de største utfordringene på kommunesiden.

KS har også tidligere pekt på hvordan mer tverrfaglighet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene vil kunne påvirke hvilke behov det er for de ulike utdanningsgruppene i årene fremover. Med en dreining mot mer tverrfaglige team og bredere sammensetning av fagmiljø kan man forhåpentligvis tilrettelegge bedre for mer robuste fagmiljø. Tverrfaglighet kan bidra til økt bevissthet om riktig bruk av kompetanse til ulike oppgaver, samt få fram behovet for tverrfaglig samarbeid. I tillegg til de sentrale helseprofesjonene har KS også trukket fram behov for eks. logopeder, og på sanseområdet vil det i tillegg være nødvendig med tilgang til audio- og synspedagoger. Også barnevernsfaglig og familieterapeutisk kompetanse kan være viktig for deler av de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Helsedirektoratet er for øvrig kjent med at KS jobber med å støtte utvikling av modeller som kan gi mer presise framskrivninger av behov for helsepersonell for kommunene.

Kort om behov for helsepersonell i spesialisthelsetjenesten

Her gis et kort sammendrag fra de regionale helseforetakenes innspill de siste årene. Mer detaljerte innspill om enkeltgrupper tas med under de respektive beskrivelsene i vedlegg A.

Helsedirektoratet understreker at RHFene i år fikk tilsendt et utkast fra oss, som de fikk svært kort tid på å kommentere, så de har ikke hatt mulighet til å ta den vanlige runden med innspill hos seg. Dette må tas i betraktning. Innspillene deres legges ved i oversendelsen av dette notatet.

Helse Nord

Det regionale helseforetaket har trukket fram at det er viktig med en viss overkapasitet i enkelte utdanninger, da nyutdannede har en tendens til å flytte ut av regionen. I tillegg er det slik at tilgang på kvalifiserte søkere og praksisplasser legger begrensninger for ytterligere økning i nord. Det er viktig å prioritere geografisk og til rett fagområde etter behov.

En spesifikk utfordring er at økning av studieplasser i andre deler av landet kan gjøre at plasser blir stående ledig i distrikt (eksempel farmasi Oslo/Tromsø).

Helse Nord har også framhevet at det er behov for å se særskilt på finansiering av desentrale utdanninger. Disse utdanningene er avgjørende for å klare å opprettholde desentrale helsetjenester. Som regel er imidlertid desentrale utdanninger ulønnsomme for utdanningsinstitusjonene.

I år har Helse Nord lagt vekt på at det er behov for bedre styring og prioritering av utdanningene, med referanse til KDs kompetansebudsjett. De framhever at dersom man vil opprettholde desentraliserte helsetjenester er det behov for politisk styring av studieplasser. Det er ikke mulig å øke studieplasser overalt, alltid. De har sett at opprettelse av flere studieplasser i byene ofte medfører nedgang i søkermassen i distriktene. Da blir studieplasser i distrikt stående tomme, og KD truer da med å flytte dem. Dette er viktige poeng som Helse Nord over tid har påpekt i dialog med Helsedirektoratet.

Ellers ønsker Helse Nord å si at de er uenige i Helsedirektoratets utkast med forslag om å opprette klinisk ernæringsfysiologi ved NTNU. De påpeker at UiT ikke fikk fylt opp sine

studieplasser, og at studentene ikke fikk relevante jobber. *(Kommentar fra Helsedirektoratet: dette har vi tatt i betraktning i endelig notat fra oss.)*

Videre etterlyser Helse Nord et forslag om dimensjonering av paramedisin i notatet.

Det siste de trekker fram er en etterlysning av forslag om reduksjon i studieplasser.

Helse Sør-Øst

Det regionale helseforetaket har i det siste skrevet at dagens nivå på utdanningene overordnet stort sett imøtekommes deres behov (da har man ikke tatt hensyn til eks. kommunenes behov). De gir stort sett støtte til forslagene i Helsedirektoratets utkast av dette notatet, men bemerker at de ville trengt mye bedre tid dersom de skulle hente innspill fra klinikkene.

Helse Sør-Øst har utviklet en egen regional modell for framskrivning av behov som vil gi bedre grunnlag for innmelding av endringer i utdanningskapasitet fremover.

Helse Sør-Øst framskriver selv en markant aktivitetsøkning innen psykisk helsevern, og har i det siste framhevet spesielt at utdanningskapasiteten for psykologer er utilstrekkelig. Noe arbeide, men ikke alt, vil kunne tas av evt. flere sykepleiere med master i psykisk helsevern og rus. De har vektlagt at økningen i medisinstudenter bør skje ved de desentrale studieplassene. ABIOK-sykepleiere har tidligere vært mest kritisk, men der er antallet nå på et bedre nivå etter de siste års økning. Dagens nivå må opprettholdes både for ABIOK og for jordmødre, og det framheves at en del stillinger i dag fylles av sykepleiere og ikke spesialsykepleiere. Videre har de trukket fram små og sårbare utdanninger som et viktig område, eks. audiografer og ortopediingeniører, der små yrkesgrupper fyller viktige stillinger på sykehusene. Det er også noe økt behov for radiografer.

De trekker i år fram at de ønsker mer IKT-kompetanse inn i de helsefaglige grunnutdanningene, i tillegg til flere ansatte med spesialisert IKT-kompetanse og kjennskap til helsetjenestene. Innføring av KI vil bare forsterke dette framover.

Videre bør miljø og klima også være en naturlig del av det som innarbeides i utdanningene.

I tillegg arbeider de med en regional digital løsning for koordinering av regionenes praksisplasser - ufullstendig match mellom de aktørene på utdanningssiden og tjenestesiden har vært tatt opp gjentatte ganger til HOD/Helsedirektoratet (eks. for fysioterapeuter). De trekker i å igjen fram at det bør fokuseres mer på at tilgjengelige studieplasser fylles opp, og at studentene gjennomfører, enn av at antall studieplasser økes. De påpeker at spesialisthelsetjenesten stiller med et betydelig antall praksisplasser og fagkompetanse som krever tid og kompetent veiledningspersonell. Studenter som ikke fullfører utdanningene har en betydelig kostnadsside også for spesialisthelsetjenesten. For helsefagarbeidere har de tidligere meldt at det ikke ser ut til å tilbys tilstrekkelig læreplasser sett opp mot behovet.

Det regionale helseforetaket ser ellers frem til arbeidet med ny Helsepersonellmonitor, og håper RHFene vil bli involvert i Kunnskapsdepartementets arbeid med Kompetansebudsjett. De påpeker viktigheten av at dette arbeidet sees i sammenheng med arbeidet som allerede er lagt ned i Nasjonal bemanningsmodell.

Helse Vest

Det regionale helseforetaket peker i år på at de har fått kort tid til å lese utkastet fra Helsedirektoratet, og vi tar forbehold om det.

De bruker Nasjonal Bemanningsmodell, og peker i tillegg på innspill til arbeidet med Helsepersonellplan 2040, og til de ulike bærekraftsrapportene som er skrevet de siste årene². De ulike rapportene tar opp hvordan RHF kan klare seg med bemanning framover, dersom strukturelle grep tas. De er enige i at behov for videre vekst først og fremst vil komme i kommunal helse- og omsorgstjeneste (viser bant annet til "Aktivitet sjukehus og kommune"). Det er helsefagarbeidere, helsesekretærer og sykepleiere det vil bli størst mangel på framover også i deres analyser, og de mener at sykepleiere (bachelor) blir den viktigste utdanningen å prioritere for UH-sektoren framover.

RHFet har skrevet flere ganger at det er utfordrende å tilby tilstrekkelig antall praksisplasser for enkelte utdanninger. Det er viktig med tett samarbeid mellom UH-sektoren, helsemyndighetene, utdanningsinstitusjonene og helse- og omsorgstjenesten. De støtter at man ikke skal opprette studieplasser uten særlig god grunn.

Helse Vest peker videre på at de jobber med mange av de andre tiltakene (enn økt studiekapasitet) som må til for å løse bemanningsutfordringene framover. De trekker fram oppgavedeling, etablering av team og satsing på breddekompetanse, alternative og fleksible arbeidstidsordninger inkludert mulighet for 12,5 timers vakter for pleiepersonell, og tiltak for å beholde utvikle og utdanne riktig faglig kapasitet.

Helsedirektoratet noterer for øvrig at det ser ut som Helse Vest og vi er noe uenige i Helsedirektoratets forslag om at antall utdanningsstillinger for helsefagarbeidere (på videregående skole nivå) holdes som i dag, og mener disse bør økes. Helsedirektoratet noterer seg dette, men holder på at det er andre tiltak, og flere læreplasser, som blir viktigst i første omgang.

De enkelte gruppene Helse Vest melder behov om er ellers omtalt under vedlegg A.

Helse Midt-Norge

Det regionale helseforetaket har lest gjennom notatet fra Helsedirektoratet, og har ingen prinsipielle innvendinger mot oppsummeringene som er skrevet (men understreker den korte fristen de fikk for gjennomlesing). Deres spesifikke innspill om enkeltgrupper er tatt med i vedlegg A.

Helse Midt-Norge ga ellers sist innspill i 2024, og da omtalte de fem grupper som særlig viktig å fokusere på: grunnutdanning i sykepleie, spesialiserte sykepleiere, audiografer, logoped og kliniske ernæringsfysiologer. Følgende forhold ble tatt opp om disse gruppene:

De tok opp at det var utfordringer med å fylle studieplassene på bachelorstudiet i sykepleie ved alle UH-institusjoner unntatt ved NTNU. Dette ga ledige praksisplasser ved enkelte sykehus, noe som stiller større krav til koordinering og samarbeid mellom partene. De ønsket i større grad å benytte

² [bærekraftig-utvikling-for-abiok-sykepleiere-jordmodre-sykepleiere-og-helsefagarbeidere_25.pdf](#)
[etablere-bærekraftig-utvikling-for-intensivsykepleiere.pdf](#)
[Bærekraftig utvikling for fødekapasitet på Vestlandet sluttrapport](#)
[bærekraftig-radiologi-pa-vestlandet_sluttrapport.pdf](#)
[bærekraftig-utvikling-for-ambulansetjenesten-i-helse-vest_sluttrapport-med-vedlegg.pdf](#)
[bærekraftig-utvikling-av-kompetanse-og-kapasitet-i-phv-og-tsb---rapport.pdf](#)
[ekstern-turnover-sluttrapport.pdf](#)

praksisplasser over hele regionen. De viste også til tidligere innspill som gjelder konsekvenser av at NTNU endrer spesialsykepleierutdanningen fra erfaringsbasert master til alminnelig masterutdanning, noe som ga stor usikkerhet for omfanget av praksisplasser ved HFene.

Mangelen på audiografer: de samlet innspill fra de andre RHFene.

Mangelen på logopeder i mange kommuner og at mange ikke tilbød tjenesten til voksne. Dette vanskeliggjør oppfølging etter sykehusbehandling. De pekte på et stort spenn i den faglige profilen mellom utdanningene, der UiB skiller seg ut i kvalitet og gjennomføringsprosent. Helse Midt-Norge argumenterte videre for at prosessen med mulig autorisasjon for bl.a. logopeder tas opp igjen (jfr. Innst 170 L 2021-2022).

Helse Midt-Norge er for øvrig fortsatt positive til om det skulle etableres et studietilbud innen klinisk ernæringsfysiologi i deres område. Dette har de meldt om siden 2019, og de viser til underdekning i spesialisthelsetjenesten og økende behov i kommunene.

Vedlegg A

2. Bachelorgrader

2.1 Audiografer

Helsedirektoratets anbefaling

Helsedirektoratet anbefaler foreløpig ikke å øke studiekapasiteten for audiografer for 2028, i og med at det nettopp er gitt ekstramidler til dette i 2026. På sikt må man allikevel få til å øke studiekapasiteten/gjennomføringen.

Overordnet vurdering

Med en aldrende befolkning blir det flere som har behov for hørselshjelp. Lang ventetid for tilpasning av høreapparat synliggjør den store etterspørselen etter audiografer.

Audiografutdanningen inngikk i utredningen fra Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse (HK-dir): "Små helseutdanninger – tydelige samfunnsbehov" rapport 02/2025. I etterkant har det kommet tiltak, og i 2026 ble det bevilget 10 mill. kroner til å øke utdanningskapasiteten ved audiografutdanningen ved NTNU, hvor praksisveilederkapasiteten skal styrkes, og studieplassene skal desentraliseres for å bidra til rekruttering i hele landet. Samtidig har RHFene i 2026 fått 28 mill. kroner for å øke kapasiteten og å fremme hensiktsmessig oppgavedeling mellom personell i hørselsomsorgen, herunder vurdere etablering av fagskoleutdanning i audiologi for relevant personell i dialog med fagskolene. Fagskolen i Rogaland har etablert utdanningen "Hørselsteknikk og hørselsomsorg" (30 studiepoeng) med oppstart høsten 2026 med 17 studenter. Helse Vest skriver at utdanningen skal styrke hørselsomsorgen på Vestlandet, øke kapasiteten og fjerne lang ventetid. Dette skal kunne bidra til å få kvalifisert støttepersonell ved hørecentralene, og bidra til å nå mål om raskere pasientforløp, bedre oppgavedeling og redusert ventetid.

Helsedirektoratet har flere ganger påpekt at gjennomføringen ved studiet har vært lav, og i 2025 var det bare 13 fullførte grader selv om det er 40 studieplasser. Tiltakene som er igangsatt vil forhåpentligvis bidra til å få opp antallet ferdige kandidater.

Audiografene er ikke inkludert i SSBs Helsemod-framskrivninger. Navs bedriftsundersøkelse estimerte i 2026 at det ikke var behov for "audiografer og logopeder". Helsedirektoratet er usikre på hvorfor dette er resultatet av undersøkelsen, siden alle de fire RHFene har meldt om økt behov for audiografer flere ganger. Helse Midt-Norge ba de øvrige helseregionene om en oversikt over behov for audiografer og om tilgangen på praksisplasser. Vi viser til omtale av dette brevet i vårt notat for 2024, og til eget brev om audiografer fra Helse Nord (Helse Nords ref. 2024/1206-8/310). Kort oppsummert har alle fire RHF meldt om økt behov for audiografer, og tilbudt seg å bidra i arbeidet eks. med praksisplasser.

Helsedirektoratet tror at det på sikt vil være behov for en økning i antall audiografer, men at man samtidig må komme videre med tiltak knyttet til teknologisk utvikling/ digitalisering og økt

oppgavedeling (inkludert Helsedirektoratets nye oppdrag om å utvikle nasjonale retningslinjer for hørselsomsorgen). Vi følger blant annet med på utviklingen i Danmark på dette feltet. Regelverksendringer vil kunne være et viktig bidrag.

Tabell 2: Nøkkeltall for audiografer. 2018-2025

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Fullførte grader	32	36	28	28	17	22	32	13
Antall studieplasser	40	40	40	40	40	40	40	40
Antall nye autorisasjoner	33	34	33	32	16	24	32	23
Andel utdanning fra utlandet	0 %	3 %	9 %	9 %	0 %	12,5 %	3%	34,8 %
Antall sysselsatte	570	593	622	645	654	665	696	703
Andel i helse- og sosialtjenester	61,9 %	62,4 %	61,6 %	60,9 %	59,9 %	57,9 %	58,2 %	60,0 %
Andel sysselsatte 55 år + innen helse- og sosialtjenester	10,5 %	9,7 %	10,4 %	10,4 %	12,5 %	12,5 %	14,8 %	15,9 %

Kilde: DBH, Helsedirektoratet og SSB

2.2 Bioingeniører

Helsedirektoratets anbefaling

Helsedirektoratet anbefaler at antall plasser fortsetter å økes noe, og anbefaler 30 nye plasser i 2028 som en del av en opptrapping.

Overordnet vurdering

Helsedirektoratet har over tid ment at det er behov for økt utdanningskapasitet for bioingeniører. Etter hvert har alle de fire RHFene meldt om økt behov for bioingeniører, og flere regionale helseforetak nevner også en økende tendens til at bioingeniører rekrutteres til andre bransjer enn helse- og omsorgssektoren. Helse Sør-Øst skriver i år at de støtter økningen, og at rask teknologisk utvikling over overgang til nye automasjonsløsninger bidrar til mer detaljert diagnostikk innen flere laboratoriefaglige områder. Helse Vest skriver i år at de er enige i økningen på 30 studieplasser, men det forutsetter tett samarbeid mellom UH-sektoren og helseforetakene. Helse Nord har tidligere skrevet at pasienttilbud er blitt rammet av mangel på yrkesgruppen.

I de siste årene har det vært opprettet flere studieplasser, og økningen bør fortsette. SSB har framskrevet underdekning på 800 i yrkesgruppen mot 2040 (som før), og NAV estimerer en mangel på 250 bioingeniører nå i 2026.

Bioingeniørene er svært viktige for diagnostikk. Deres sentrale rolle ble tydeliggjort under pandemien, hvor NAVs estimerte mangel også gikk opp. De vil kunne få en enda viktigere rolle framover dersom eks. persontilpasset medisin rulles ut i større omfang.

Tabell 3: Nøkkeltall for bioingeniører. 2018-2025

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Fullførte grader	265	274	268	271	282	224	269	270
Antall studieplasser	318	331	353	323	380	393	410	417
Antall nye autorisasjoner	296	294	280	301	298	282	296	314
Andel fra utlandet	10 %	7 %	6 %	9 %	7 %	11,7 %	12,2 %	12,1 %
Antall sysselsatte	7 139	7 240	7 279	7 373	7 482	7486	7564	7630
Andel helse- og sosialtjenester	74,0 %	73,8 %	74,3 %	74,4 %	72,8 %	72,6 %	72,5 %	72,4 %
Andel 55 år + innen helse- og sosialtjenester	25,6 %	25,3 %	23,8 %	22,7 %	22,5 %	22,0 %	22,4 %	22,2 %

Kilde: DBH, Helsedirektoratet og SSB

2.3 Ergoterapeuter

Helsedirektoratets anbefaling

Helsedirektoratet anbefaler for øyeblikket at antall studieplasser holdes på dagens nivå for 2028, men er usikre på konklusjonen.

Overordnet vurdering

Det kan se ut som andel fullførte grader har gått ned de siste årene. Det er viktig å opprettholde høy fullføringsgrad, og ta i betraktning at svært få får autorisasjon på bakgrunn av utenlandsk utdanning.

SSBs framskrivninger for ergoterapeutene har endret seg mye siden sist, og gått fra mulig betydelig underskudd, til et overskudd på 300 årsverk i 2040. Kommunenes utfordringer med å rekruttere ergoterapeuter ble noe forsterket fra 2023 ifølge KS' arbeidsgivermonitor. I spesialisthelsetjenesten er det kun enkelte foretak i Helse Sør-Øst som har meldt om behov for økt kapasitet. NAV estimerer fortsatt ingen mangel på ergoterapeuter i dag. Det er kun statsforvalter i Trøndelag som skriver at noen kommuner melder om rekrutteringsproblemer for ergoterapi/fysioterapi i år, men vi er usikre på hvor systematisk denne informasjonen er samlet inn.

Ergoterapeuter er viktig for tilpassing av hjelpemidler og sentrale ressurser for innføring av velferdsteknologi for brukerne. Satsning på velferdsteknologiske hjelpemidler kan gi økt etterspørsel etter ergoterapeuter.

Ifølge Riksrevisjonen (rapport 2024)³ er det stor mangel på kompetanse i habilitering og rehabiliteringstjenestene. De peker på mangel på bruk av rett kompetanse. Kun 41 kommuner har den lovpålagte kompetansen tilgjengelig i rehabiliteringstjenesten og 93 prosent av kommunene oppgir at de har tilgang til ergoterapeut.

Det kan være grunn til å anta at tjenestene ikke etterspør/ansetter rett kompetanse innen habilitering og rehabilitering. Helsedirektoratet har tidligere vurdert under Kompetanseløft 2025 at det fortsatt var behov for å styrke de kommunale tjenestene med flere årsverk for ergoterapeuter. Vi har hørt om yrkesutøvere som ansettes i helse- og omsorgssektoren men i andre stillinger enn som ergoterapeut, men har ikke noe klart bilde av hvor utbredt dette eventuelt er. På utdanning.no står det at 35% av de utdannede jobber med "annet" (eks, ikke som ergoterapeut, saksbehandler el.l.) og dette er noe høyere enn for en del av de andre sammenlignbare gruppene.

³ [Dokument 3:12 \(2023–2024\)](#)

Tabell 4. Nøkkeltall for ergoterapeuter. 2018-2025

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Fullførte grader	251	252	244	260	269	256	238	256
Antall studieplasser	288	312	348	307	325	322	335	302
Antall nye autorisasjoner	264	272	264	256	270	269	244	267
Andel med utdanning fra utlandet	4 %	7 %	6 %	2 %	3 %	3 %	6,6 %	2,6
Antall sysselsatte	5 061	5 231	5 364	5 573	5 779	5 942	6042	6167
Andel sysselsatte innen helse- og sosialtjenester	76,0 %	76,3 %	76,3 %	75,2 %	74,3 %	73,6 %	73,4 %	73,0 %
Andel 55 år + innen helse- og sosialtjenester	16,3 %	16,2 %	15,6 %	15,4 %	14,9 %	14,8 %	14,4 %	14,2 %

Kilde: DBH, Helsedirektoratet og SSB

2.4 Farmasøyter – reseptar og provisor

Helsedirektoratets anbefaling

Helsedirektoratet anbefaler ingen endringer i studiekapasitet for farmasøyter for 2028, inntil videre. Vi er kjent at det er noen rekrutteringsproblemer i offentlig helsetjeneste, men de må sannsynligvis løses på andre måter.

Overordnet vurdering

Direktoratets vurdering er, som tidligere, at etterspørselen etter farmasøyter i hovedsak drives av en svært stor vekst i antall apotek, med mer enn en dobling på landsbasis siden 2001. Arbeidsmarkedet for farmasøyter i det private har stor innvirkning på tilbudet av farmasøyter i helse- og omsorgstjenestene. Økt utdanningskapasitet gir dermed ikke nødvendigvis tilsvarende økning i tilgangen på farmasøyter til sykehusapotekene eller andre offentlige aktører.

Dette er en utfordring, spesielt i nord, der RHFet har rapportert om rekrutteringsproblemer over flere år. De har vurdert at søkergrunnlaget innen farmasi bachelor er begrenset og et hinder for en økning, men at en smidig løsning for autorisasjon og kompletterende utdanning for farmasøyter med utdanning fra utlandet kan være viktig. Sykehusapoteket Nord (SANO) skrev i fjor et eget brev om rekrutteringsproblemer, som de mente var grunnet overbooking av studieplasser i Oslo. De viste også til konkurransen fra privat sektor med vekst i antall apotek. SANO vurderte også kapasiteten for apoteketeknikere som for lav, med stort frafall underveis i VGS. Vi viser til eget vedlegg fra SANO i fjorårets innspill. Helse Vest og Helse Sør-Øst har meldt om behov for mer kompetanse, men på sikt. Helse Sør-Øst trekker i år fram at ser et økende behov for farmasifaglig kompetanse hos dem framover, det inkluderer både master, bachelor og apoteketeknikere. De ser for seg at flere farmasøyter hos dem vil arbeide ut mot klinikken, blant annet i nye farmasitun.

Gjennom en årrekke har farmasøyter med utenlandsk utdanning utgjort en betydelig andel av de nye autorisasjonene som farmasøyt. I 2024 var andelen reseptarfarmasøyter med utenlandsk utdanning økt til 73 prosent, men dette kan være et unntak. De fleste var fra land utenfor EØS (144 fra Pakistan). Andelen med utenlandsk utdanning har vært lavere for provisorfarmasøyter. I 2024 er 36 prosent av autorisasjoner for provisorfarmasøyter gitt til personell med utdanning fra andre land.

I NAVs bedriftsundersøkelse blir det ikke estimert en mangel på farmasøyter i 2026. De siste tretten årene har estimert mangel vekslet mellom 0 og 50 farmasøyter.

Tabell 5. Reseptarfarmasøyter. 2018-2025

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Fullførte grader	108	156	123	120	88	132	36	40
Antall studieplasser	145	145	190	170	170	145	155	150
Antall nye autorisasjoner	171	203	205	196	192	294	270	252
Andel nye autorisasjoner med utdanning fra utlandet	34 %	20 %	40 %	38 %	54 %	55,4 %	73,3 %	60,7 %
Sysselsatte	-	1 399	1 509	1 660	1 867	1 320	1345	1477
Andel sysselsatt i helse- og sosialtjenestene	-			-	2,3 %	1,9 %	2,3 %	2,5 %

Kilde: DBH, Helsedirektoratet og SSB

Tabell 6. Provisorfarmasøyter. 2018-2025

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Fullførte grader	126	122	115	132	113	117	141	164
Antall studieplasser	147	147	162	162	189	189	190	186
Antall nye autorisasjoner	193	174	163	187	176	202	205	227
Andel nye autorisasjoner med utdanning fra utlandet	40 %	36 %	39 %	36 %	33 %	42 %	36 %	38,8 %
Antall sysselsatte	-	4 268	4 349	4 467	4 534	4 605	4686	4799
Andel sysselsatte innen helse- og sosialtjenester	-	3,3 %	3,4 %	3,5 %	3,9 %	4,0 %	4,1 %	4,2 %

Fullførte grader og studieplasser gjelder den integrerte mastergraden i farmasi ved UiO og UiB (NUS-kode 766103) og den toårige mastergraden ved NTNU, UiT og OsloMet (NUS-kode 766106). Mastergraden i klinisk farmasi på 90 studiepoeng fra UiO (NUS-kode 766105) kvalifiserer ikke til autorisasjon som provisorfarmasøyt og er derfor holdt utenfor.

UiT og NTNU gjennomfører lokale opptak for sine mastergrader i farmasi, der studentene søker om opptak direkte til utdanningsinstitusjonen, og DBH fører derfor ikke statistikk på antall studieplasser. Vi har i disse tilfellene innhentet informasjon om antall studieplasser fra institusjonen. I SSBs statistikk for sysselsatte i 2018 er mange som tidligere har vært registrert hos SSB som reseptarfarmasøyter, nå registrert som provisorer. Dette har gitt store endringer i antall sysselsatte reseptar- og provisorfarmasøyter fra 2017 og 2018, uten at det reelt. Vi har derfor valgt å utelate statistikk for sysselsatte før 2018.

Statistikk om autorisasjoner er fra Helsedirektoratet.

2.5 Fysioterapeuter

Helsedirektoratets anbefaling

Helsedirektoratet har ingen endringer å anbefale i studiekapasiteten for fysioterapeuter for 2028.

Overordnet vurdering

Vi ser ikke behov for å øke kapasiteten for utdanning av fysioterapeuter. Det har vært en økning i antall studieplasser de siste årene, og opprettelse av nytt studium ved Universitetet i Innlandet.

Det meldes ikke om mangel på fysioterapeuter i NAVs bedriftsundersøkelse, og det har over tid knapt vært meldt om mangel. Dette kan evt. bety at mange jobber privat, uten at vi vet det sikkert. SSBs nye framskrivinger beregner en lav mangel på 200 årsverk i 2040 (omtrent balanse).

Antall kommuner som vurderer det som "ganske" eller "meget" utfordrende å rekruttere fysioterapeuter ble redusert fra 31 prosent i KS' arbeidsgiverundersøkelse i 2023, til 20 prosent i 2025. Det er kun statsforvalter i Trøndelag som skriver at noen kommuner melder om rekrutteringsproblemer for ergoterapi/fysioterapi i år, men vi er usikre på hvor systematisk denne informasjonen er samlet inn. Samtidig rapporteres det i økende grad om manglende kapasitet og lange ventetider på fysioterapitjenester i kommunene, så man må følge med på utviklingen. Det er et misforhold mellom kommunenes og RHFenes behov, der sistnevnte gjentatte ganger har meldt om at de mener de får for mange fysioterapistudenter som skal ha turnusplasser. Helse Vest trekker i år også fram denne utdanningen som en utfordring, og mener det må bli vesentlig tettere dialog med UH-sektoren om plassene som behøves, og hvor studentene best kan oppnå læringsmålene sine. Helse Sør-Øst trekker også fram denne utdanningen som utfordrende med tanke på praksis og turnus. Helse Midt-Norge trekker i år fram blant annet at antallet studenter fra utenlandske institusjoner er uforutsigbart. Turnusordningen skal vurderes, og her har helseregionene gitt innspill.

I Riksrevisjonens undersøkelse av rehabilitering i helse- og omsorgstjenestene ([Dokument 3:12 \(2023–2024\)](#)) uttales det blant annet at «Det er kritikkverdig at Helse- og omsorgsdepartementet ikke har iverksatt tilstrekkelige tiltak for å sørge for at pasientene får de rehabiliteringstjenestene de har behov for». Fysioterapeuter er en sentral yrkesgruppe innen habilitering og rehabilitering og er en av de lovpålagte personellgruppene. Undersøkelsen til Riksrevisjonen viser at fysioterapi er den tjenesten flest kommuner har tilgjengelig (93 prosent).

Tabell 7. Nøkkeltall for fysioterapeuter. 2018-2025

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Fullførte grader	261	310	282	305	327		282	302
Antall studieplasser	382	385	362	387	385	420	480	480
Antall nye autorisasjoner	455	422	428	355	431	435	412	411
Andel nye autorisasjoner med utdanning fra utlandet	31 %	30 %	23 %	19 %	27 %	33,9 %	29,4 %	31,6 %
Antall sysselsatte	13 110	13 288	13 452	13 688	13 874	13331	13392	13479
Andel innen helse- og sosialtjenester	79,6 %	79,6 %	79,4 %	79,1 %	78,1 %	76,7 %	76,2 %	76,0 %
Andel sysselsatte 55 år + innen helse- og sosialtjenester	22,9 %	22,6 %	21,9 %	21,8 %	21,5 %	21,3 %	21,0 %	21,3 %

I tillegg til NUS-koden for bachelorgrad i fysioterapi (665204), omfatter utdanningsstatistikken NUS-koden for bachelorgraden i mensendieck (665205) ved OsloMet.

Kilde: DBH, Helsedirektoratet og SSB

2.6 Radiografer

Helsedirektoratets anbefaling

Helsedirektoratet anbefaler en økning i studiekapasitet på ca. 20 radiografer for 2028, gjerne gitt til HVL.

Overordnet vurdering

Helsedirektoratet har tidligere skrevet mer utførlig om denne yrkesgruppen og mulig oppgavedeling, og henviser til tidligere innspill.

Tidligere har RHFene meldte om tilstrekkelig tilgang på grunnutdannede kandidater, og det har vært en økning i uteksaminerte radiografer. Imidlertid har både Helse Vest og enkelte helseforetak i Helse Sør-Øst meldt om noen utfordringer med å rekruttere radiografer og spesielt stråleterapeuter (videreutdanning for radiografer), i de seneste årene. Helse Vest skriver i år at de legger til grunn at det skjer flere endringer i radiologifaget, og at de ønsker en stabilisering og viss økning av antall studieplasser. Helse Sør-Øst skriver i år at de støtter forslaget om økning, og at rask teknologisk utvikling krever høy grad av kompetent personell. Samtidig forstår vi det slik at stråleterapi skal etableres ved stadig flere sykehus, i tillegg til de to protonsentrene.

NAV estimerer at det mangler 100 "radiografer mv." i 2026, og det samme var estimert i fjor. SSB framskriver nå en liten mangel på 200 årsverk i 2040 (mot mangel på 400 tidligere).

Radiografene er en ung yrkesgruppe, der det ikke er store kull som vil pensjonerer seg i nærmeste framtid. Helsedirektoratet erfarer imidlertid at mange studenter faller fra etter første praksis, og det kan være det bør informeres bedre om hva dette relativt tekniske yrket innebærer av arbeidsoppgaver.

Tabell 8. Nøkkeltall for radiografer. 2018-2025

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Fullførte grader	159	180	158	161	173	151	135	139
Antall studieplasser	215	220	234	230	237	230	235	235
Antall nye autorisasjoner	175	187	171	170	182	168	144	144
Andel nye autorisasjoner med utdanning fra utlandet	10 %	3 %	8 %	5 %	5 %	10,1 %	7,6 %	7,6 %
Antall sysselsatte	3 843	3 961	4 040	4 155	4 251	4349	4414	4476
Andel sysselsatte innen helse- og sosialtjenester	84,9 %	84,6 %	84,3 %	84,3 %	83,4 %	83,0 %	82,6 %	82,7 %
Andel sysselsatte 55 år+ innen helse- og sosialtjenester	16,6 %	16,9 %	16,4 %	17,2 %	17,6 %	17,6 %	18,9 %	19,4 %

Kilde: DBH, Helsedirektoratet og SSB

2.7 Ortopediingeniør

Helsedirektoratet anbefaler ingen økning i studiekapasitet for ortopediingeniører i 2028, ut fra informasjon om at det ikke ser ut til å være mulig å øke antallet ved OsloMet med dagens lokaler. Imidlertid bør man se mer på muligheter for å enten øke antallet ved OsloMet med større lokaler, eller etablere studiet ved NTNU dersom man kan komme til enighet om dette med universitetet.

Ortopediingeniørutdanningen tilbys kun ved OsloMet, og bachelorutdanningen har 16 studieplasser i 2026 (ifølge tall på utdanning.no).

Ortopediingeniørene omtales i rapporten om små og sårbare utdanninger fra HK-dir (2024). Det er en liten utdanning, og det har vært økende etterspørsel etter yrkesgruppen over mange år (ibid). De konkluderer med at utdanningen bør bevares som bachelorutdanning ved OsloMet og at det er behov for økt utdanningskapasitet for å dekke etterspørselen, noe som krever betydelige investeringer.

Ortopediingeniørene er ikke dekket av Helsemod, men ortopeditekniske virksomheters landsforbund (OVL) har estimert at det i 2030 vil være et totalbehov på ca. 450 ortopediingeniører. Med den utdanningskapasiteten det er i dag, og forventet avgang fra yrket, anslår OVL at det vil mangle rundt 180 ortopediingeniører i 2030 (ibid).

I 2025 ble det gitt autorisasjon for i alt 24 ortopediingeniører. En betydelig del av arbeidskraften er fra utlandet, noe som tyder på at man bør finne en løsning for å øke antall studieplasser i Norge.

Helsedirektoratet har i år fått to detaljerte tekster om ortopediingeniørene fra RHFene, som vi derfor gjengir i sin helhet nedenfor. De tar blant annet opp beredskap og regional skjevfordeling i dag.

Helse Sør-Øst har ettersendt følgende innspill:

"Fagmiljøet ved OUS HF mener det foreligger et godt og solid grunnlag for å investere i økt utdanningskapasitet for ortopediingeniører, og at dette arbeidet bør prioriteres høyt. Mangelen på fagpersonell er en kritisk utfordring. På sikt vil dette kunne føre til økt arbeidsbelastning, lengre ventetider for pasientene, redusert kapasitet til oppfølging og lavere kvalitet på tjenestene som leveres. Dersom vi ikke lykkes med å utdanne og rekruttere tilstrekkelig mange ortopediingeniører, vil det få store konsekvenser for den faglige utviklingen og kompetansehevingen innen fagområdet. Det vil i ytterste konsekvens true vår felles evne til å møte samfunnets behov for disse tjenestene i fremtiden.

Rapporten om små og sårbare utdanninger slår fast at vi trenger økt kapasitet, og at dette enten må løses ved å investere i en oppskalering ved OsloMet, eller ved å etablere et studietilbud et sted i tillegg. Etablering av en ortopediingeniørutdanning ved NTNU vil kunne bidra til å øke utdanningskapasiteten og samtidig sikre en bedre geografisk fordeling av ortopediingeniører i landet. Dersom en ny utdanning etableres ved NTNU, er det samtidig avgjørende å sikre en tilsvarende faglig og kvalitetsmessig utvikling ved OsloMet. Målet må være at utdanningene holder et sammenlignbart nivå og gir studentene et godt, helhetlig faglig grunnlag. Videre bør det sees på synergier med turnustjenesten, som nylig har vært på høring. En av de foreslåtte modellene innebærer en klinisk master. NTNU vil etter all sannsynlighet være mer åpne for å opprette et masterløp fremfor en ny bachelor."

Helse Midt-Norge har de siste årene hatt dialog med Trøndelag Ortopediske Verksted. (Kommentar: Dette er ifølge nettsidene deres organisert som et aksjeselskap heleid av St.Olavs Hospital HF, og kontrollert av St.Olavs Hospital, Helse Nord-Trøndelag og Helse Møre og Romsdal i fellesskap). Det ortopediske verkstedet har følgende innspill:

"Utdanningskapasitet i Norge, og beredskapshensyn

Innspillet fra Helsedirektoratet peker på at utenlandske utdanninger står for en stor del av autorisasjonene. Direktoratet har selv oppgitt at over de siste 15 årene, er 58% av autorisasjonene gitt til ortopediingeniører som er utdannet utenfor Norge. De aller fleste av disse er utenlandske, der det tilkommer kostnader til språkopplæring i tillegg til at det må forventes betydelig høyere turnover. Beredskapshensyn tilser at den delen av faget som omfatter bein- og armproteser er spesielt relevant ved økt risiko for å bli involvert i krigshandlinger, da det både praktisk og symbolsk er viktig å gi rask hjelp til de som har mistet et bein eller en arm. TOV er via St. Olavs hospital involvert i å lage bein- og armproteser til ukrainske krigsskadde, og har mottatt innspill til pågående strategiprosess i TOV om å hensynta muligheten for rask oppskalering av klinikk og produksjon på dette området.

Geografiske ulikheter

Oslo Met som har et nasjonalt ansvar for utdanningen av ortopediingeniører, har utfordringer med å utdanne kandidater til hele landet. Dette påvirker igjen den geografiske fordelingen av ortopediingeniører. I Ortopeditekniske Virksomheters Landsforbund (OVL) sin behovsanalyse fra 2024, påpekes betydelig geografiske ulikheter: I følge tall fra SSB pr 2022 var det i Oslo, Viken, Vestfold og Telemark 17 347 innbyggere pr ortopediingeniørårsverk. Helse Nord hadde vel 30 000 innbyggere pr ortopediingeniørårsverk, mens Møre og Romsdal hadde hele 88 616 innbyggere pr ortopediingeniørårsverk. OVL anslår at tallene fra Østlandet og Nord-Norge ikke har endret seg siden 2022, mens tre portugisiske ortopediingeniører til TOV Ålesund samt en rekruttering til en Helse

Midt-Norge RHF - Side 2 privat virksomhet har avhjulpet slik at Møre og Romsdal nå har ca. 54 000 innbyggere pr ortopediingeniørårsverk. I Trøndelag er det om lag 23 000 innbyggere pr ortopediingeniørårsverk. Det må nevnes at også virksomhetene i området med best dekning av ortopediingeniører, melder om ledige stillinger.

De geografiske ulikhetene viser både at det er behov for en betydelig økning av utdanningskapasiteten, og at det vil være fordelaktig å etablere en utdanning utenfor hovedstadsområdet.

Behovet for utdanning på mastergradsnivå

Helsepersonellplan 2024 refererer til Helsedirektoratets anbefaling om å vurdere hvordan utdanningen kan innrettes dersom kravet til turnustjeneste ikke lenger skal være en del av kravet for autorisasjon for ortopediingeniører. En utdanning på mastergradsnivå der praksis og de viktigste elementene fra dagens toårige turnustjeneste inngår i utdanningen, vil avhjelpe utfordringene ved at en underbemannet bransje pr i dag ikke har kapasitet til å tilby turnusplasser til det antallet ortopediingeniører man har behov for å utdanne. Utdanning av ortopediingeniører på mastergradsnivå vil representere en ønsket kvalitetsheving, vil gi utdanningssektoren tilgang til kandidater som kan kvalifiseres for undervisningsstillinger, og vil bidra til å ta frem nødvendig forskningsbasert kunnskap om hjelpemidler, rekvirentpraksis og samfunnsnytte."

Helsedirektoratet erfarer at NTNU ikke har planer om å opprette studiet. Dersom dette skal gjøres må man komme til enighet med universitetet om saken.

Tabell 9. Nøkkeltall for Ortopediingeniør. 2023-2025

	2023	2024	2025
Antall studieplasser		16	16
Antall nye autorisasjoner	28	16	24
Andel nye autorisasjoner med utdanning fra utlandet	86,7 %	68,7 %	58,3 %
Antall sysselsatte	288	302	317
Andel sysselsatte innen helse- og sosialtjenester	8,3	8,3	12,0 %
Andel sysselsatte 55 år+ innen helse- og sosialtjenester	29,2	36,0	23,7 %

Kilde: DBH, Helsedirektoratet og SSB

2.8 Vernepleiere

Helsedirektoratet anbefaling om vernepleie

Helsedirektoratet anbefaler foreløpig ingen økning i studieplasser innen vernepleie for 2028, men kun dersom antallet stabiliserer seg rundt 2025-tallene (1237 plasser).

Overordnet vurdering

Vi har ikke fått oversikt over antall studieplasser høsten 2026, men utdanningen finnes ved minst 17 læresteder. Antallet studieplasser har variert en del de siste årene, slik at det kan være litt vanskelig å vurdere kapasiteten. Så å si ingen vernepleiere får autorisasjon med en utenlandsk utdanning, noe som gjør det ekstra viktig å ha rett dimensjonert utdanning her i Norge.

Helsedirektoratet merker seg at HOD vurderer i Helsepersonellplan 2040 at det er nødvendig å planlegge for økt utdanningskapasitet for vernepleiere. Vi har over tid argumentert for opptrapping av antall studieplasser for denne gruppa, og er opptatt av høy nok utdanningskapasitet. For øyeblikket ser det imidlertid ut til at antall nyutdannede i 2024 (som Helsemod tar som utgangspunkt for tilbudsregning) er lavere enn årene rett før og etter, slik at framskrevet tilbud av årsverk kan undervurderes noe. Tallene for utdannede i 2025 var ikke klare da Helsemod-beregningene ble gjort. Samtidig har antall studieplasser økt i 2025, slik at vi mener det kan være tilstrekkelig til å få til en økning i antall vernepleiere de neste årene. Dermed anbefaler vi ikke en videre økning i 2028, men det betinges av at studieplassene holdes på det nye, høye nivået. Vi vil samtidig følge tett med på utviklingen, og kan komme med endret anbefaling senere. Mer samarbeid med SSB om framskrivninger under Helsepersonellplan 2040 vil kunne gjøre tett oppfølging enklere.

Vernepleiere er tradisjonelt utdannet for å jobbe i tjenestene for mennesker med utviklingshemming, hvor det i årevis har vært meldt om mangel på kompetanse, og Helsedirektoratet har over tid vært opptatt av at adekvat kompetanse i disse tjenestene er viktig. Se våre tidligere innspill. I tillegg jobber en økende andel etter hvert i andre typer helsetjenester. RHFene melder ikke om mangel på vernepleiere, men for kommunene har det blitt tydelig mer utfordrende å rekruttere denne gruppa. Til sammen 65% av kommunene i KS' arbeidsgivermonitor mente det var "ganske" eller "meget" utfordrende å rekruttere yrkesgruppen i 2025.

I NAVs bedriftsundersøkelse estimeres det en mangel på 250 vernepleiere, det er en nedgang fra de to foregående årene. Statsforvalterne i Troms og Finnmark; Nordland; Innlandet; Rogaland; Agder; Møre og Romsdal; Buskerud, Østfold, Akershus og Oslo; og Trøndelag melder i 2026 om kommuner som har rekrutteringsutfordringer når det gjelder vernepleiere. Helsemod beregner nå en mangel på 2100 årsverk i 2040, noe som er en betydelig nedgang fra siste beregninger (mangel på 7400 årsverk).

Tabell 10. Nøkkeltall for vernepleiere. 2018-2025

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Fullførte grader	818	874	953	992	1 026	957	859	978
Antall studieplasser	947	1 012	1 021	1 127	1 122	1087	1160	1237
Antall nye autorisasjoner	864	866	976	992	1 031	963	862	983
Andel med utdanning fra utlandet	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0,1 %	0,1 %
Antall sysselsatte	17 364	17 896	18 485	19 118	19 780	20 388	20848	21287
Andel innen helse- og sosialtjenester	81,1 %	81,0 %	81,0 %	80,8 %	80,0 %	79,0 %	78,6 %	78,5 %
Andel 55 år+ i helse- og sosialtjenester	16,9 %	17,4 %	17,6 %	17,9 %	18,3 %	19,4 %	20,1 %	20,3 %

Kilde: DBH, Helsedirektoratet og SSB

2.9 Tegnspråk og tolkning

Helsedirektoratets anbefaling om tegnspråk og tolkning

Helsedirektoratet har ingen endringer å anbefale i studiekapasitet for 2028, man bør først se på tiltak for å øke gjennomføringsgraden på studiet. Dette er en usikker anbefaling.

Tegnspråk og tolkning

Dette er en av yrkesgruppene som Helsedirektoratet ikke har så grundig kjennskap til, og anbefalingen må sees i lys av dette.

Gjennomføringsgraden for studiet er lav, og man nådde aldri kandidatmåltallene som ble satt for utdanningen. Helsedirektoratet mener derfor fortsatt at man først og fremst bør se på tiltak som kan øke gjennomføringen av studiene.

Tegnspråktolker er ikke inkludert i SSBs statistikk for sysselsatt helse- og sosialpersonell, eller i framskrivningene av tilbud og etterspørsel i Helsemod. De er ikke nevnt med egne kategori i Navs arbeidslivsundersøkelse eller KS' arbeidsgivermonitor.

Informasjon vi har er at brukerorganisasjoner, og særlig Norges Døveforbund, framholder at tegnspråkbrukere ikke får tolk på kveldstid og i helger. Dette har konsekvenser for brukernes muligheter til å delta på diverse aktiviteter. RHFene har sjelden nevnt yrkesgruppene, men Oslo universitetssykehus HF meldte i fjor om større behov, og har i år et lengre innspill til Helse Sør-Øst som vi viderebringer i sin helhet, særlig siden vi stort sett ikke får innspill om denne gruppen:

"Oslo universitetssykehus HF kommenterer i forhold til tegnspråk og tolkning at de ikke helt kjenner seg igjen i vurderingen om at økt gjennomstrømming alene vil være tilstrekkelig for å møte behovet for kvalifiserte tolker. De opplever i dag en betydelig mangel på kvalifiserte tolker. Dette gjelder både de største språkene der behov for tolker er størst, men også særlig tolker i mindre språk, der tilgangen på kvalifiserte tolker ofte er svært begrenset. Til tross for utviklingen av nye teknologiske løsninger vil en mangel kunne medføre utfordringer for helseforetakenes mulighet til å tilby

forsvarlig kommunikasjon og likeverdige helsetjenester til pasienter med behov for tolk. Det er veldig positivt at antall studieplasser er økt, men de mener at utdanningskapasiteten fortsatt bør bygges ut. For mange språkgrupper er rekrutteringsgrunnlaget lite, og det er derfor nødvendig med et tilstrekkelig antall studieplasser over tid for å gi flere tolker mulighet til å kvalifisere seg gjennom formell utdanning. Tolkesentralen mener også at behovet for økt antall studieplasser ikke bare gjelder grunnemnet "Innføring i tolking i offentlig sektor", men også bachelorstudiet i tolking i offentlig sektor. Det kunne i tillegg åpnes for flere påbyggingssemner i tolking ved Høgskolen på Vestlandet. Dette gjelder særlig tiltak som kan bidra til å øke antallet kvalifiserte tolker i språk der mangelen er størst."

Helsedirektoratet mener at det på sikt kan være behov for å øke utdanningskapasiteten men et høyere antall plasser. Teknologisk utvikling vil påvirke hvilke behov som vil oppstå.

Tabell 11. Nøkkeltall for tegnspråk og tolkning. 2017-2024

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Fullførte grader	30	24	33	29	40	37	31	39	61
Antall studieplasser	74	79	69	69	69	74	74	76	79 ^a

I tillegg til NUS-koden 611903 (bachelor, tegnspråk og tolkning), er NUS-koden 611604 (tolkeutdanning, lavere nivå) inkludert i statistikken for årene før 2022, fordi Høgskolen i Bergen/Høgskulen på Vestland brukte denne koden til og med 2021. Antall studieplasser på bachelorprogrammet i tegnspråk og tolkning ved OsloMet – Storbyuniversitetet ble redusert med 10 plasser i 2019, men årsstudiet i tegnspråk økte med samme antall. Fordi årsstudiet er identisk med første år av bachelorgraden, og kvalifiserer til opptak til andre studieår på bachelorgraden dersom det er kapasitet, er det uklart om dette innebar en reduksjon i praksis. OsloMet økte med 5 studieplasser på bachelorgraden og 5 plasser på årsstudiet i 2022.

a) usikkerhet om antall studieplasser i 2025, vi hadde for høyt tall i utkast som ble sendt rundt

3. Sykepleie og videreutdanninger/mastergrader i sykepleie

3.1 Sykepleie (bachelor grunnutdanning)

Helsedirektoratets anbefaling

Helsedirektoratet anbefaler fortsatt en økning på ca. 100 studieplasser for bachelorgraden i sykepleie i 2028. Disse plassene bør være desentraliserte og fleksible studieplasser. Vi påpeker at sykepleiergruppene er ekstra kompliserte å vurdere.

Overordnet vurdering

Regjeringen har i Helsepersonellplan 2040 signalisert at de ønsker å øke studiekapasiteten for sykepleiere, og Helsedirektoratet støtter dette. Det er fortsatt behov for flere studieplasser tross økningen de siste årene (eks. økning på 178 plasser i 2025).

Helsedirektoratet skrev i fjor en utfyllende tekst om sykepleierne, og henviser dit for flere detaljer. Hovedkonklusjonene står seg selv om SSBs framskrivninger nå beregner et betydelig mindre gap enn før i 2040, med ny estimert mangel på 14 700 årsverk, mot tidligere 29 700.

Når det gjelder Navs arbeidslivsundersøkelse er den estimerte mangelen på sykepleiere (ikke inkludert spesialsykepleiere) i 2026 på 1850. Det har vært en nedgang fra topp-estimatet på 5900 manglende sykepleiere i 2022.

KS' Arbeidsgivermonitor viser at sykepleiere fortsatt er den yrkesgruppen kommunene opplever som mest utfordrende å rekruttere. Andelen kommuner som vurderte rekruttering av sykepleiere som meget eller ganske utfordrende økte fra 52 prosent i 2015 til 93 prosent i 2023, før den sank til 81 prosent i 2025. Dette understøttes av SINTEFs sykepleierundersøkelse fra 2025⁴, der 65 prosent av lederne i kommunale sykehjem og 60 prosent av lederne i hjemmetjenestene rapporterte om ubesatte sykepleierstillinger. SINTEF peker på at høyt arbeidspress, sykefravær og bemanningsutfordringer forsterker rekrutteringsproblemene, mens både KS og kommunene fremhever tiltak som bedre arbeidsforhold, fleksible arbeidstidsordninger, oppgavedeling og desentralisert sykepleierutdanning som viktige virkemidler for å styrke rekrutteringen. KS har også uttalt at de mener at praksis med å godkjenne sykepleiere fra andre land er altfor streng i Norge.

Helsedirektoratet har tidligere rapportert grundig fra statsforvalterrapporter gitt i forbindelse med Kompetanseløft 2025, og henviser til disse for detaljer. Kort oppsummert viser rapportene vi har fått i 2026 at statsforvalterne i Troms og Finnmark; Nordland; Innlandet; Agder; Møre og Romsdal; Buskerud, Østfold, Akershus og Oslo; Vestland; og Trøndelag melder om kommuner som i 2025 hadde rekrutteringsutfordringer når det gjelder sykepleiere.

De regionale helseforetakene har over tid pekt på behov for flere sykepleiere, men behovet varierer mellom regionene.

Helse Nord har tidligere rapportert at behovet for sykepleiere tilsier en økning, men at søkergrunnlaget er svakt i regionen. De påpeker igjen behovet for desentraliserte plasser. Helse Nord anmoder om nasjonal regulering av kapasiteten for å sikre tilstrekkelig rekruttering til

⁴ Ose, S. O., & Kaspersen, S. L. (2025). Resultater fra NSF-kohorten 2024. SINTEF Rapport 2025:01135

sykepleierutdanninger i distrikt, slik at ikke opprettelse av sentrale studieplasser tømmer desentrale/mer perifere plasser.

Helse Sør-Øst skriver i år at en økning ikke bør legges sentralt på Østlandet, og at det allerede er betydelig mangel på praksisplasser. De påpeker at en økning i storbyene vil medføre enda større rekrutteringsutfordringer for studiestedene i distriktene og mindre byer. De har tidligere skrevet at tiltak som sikrer at alle gjennomfører på normert tid vurderes som viktigere enn ytterligere økning. I tillegg påpeker de også at de opplever at flere nye sykepleiere velger annen karrierevei etter endt utdanning, eller slutter etter få år.

Helse Midt-Norge har tidligere skrevet om utfordringer med å fylle studieplassene ved andre UH-institusjoner og campus enn ved NTNU i Trondheim (Helsedirektoratet kjenner ikke situasjonen på dette tidspunkt). De har hatt noe ledig kapasitet i de regionale sykehusene for å ta imot praksisstudenter, og påpekt at de fremover i større grad må benytte praksisplasser over hele regionen, der det er ledig kapasitet. Dette krever koordinering mellom helseforetakene og universitet- og høyskolesektoren.

Helse Vest skriver i år at det er denne utdanningen universitets- og høyskolesektoren bør prioritere. De har over tid påpekt at det er viktig at en økning skjer i tett samarbeid med helseforetakene, og slik at utdanningen er relevant for de oppgavene sykepleierne vil møte i helsetjenesten. De mener at dersom antallet skal økes utover det man i dag har veilederkapasitet til, må UH-sektoren bidra for å få flere veiledere.

Tabell 12. Nøkkeltall for sykepleiere. 2018-2025

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Fullførte grader	4 042	4 121	4 177	4 241	4 439	4400	3853	3946
Antall studieplasser	4 716	4 941	5 150	5 151	5 260	5354	5384	5562
Antall nye autorisasjoner	5 284	5 402	5 504	5 633	6 372	6267	5553	5251
Andel utdanning fra utlandet	23 %	24 %	23 %	25 %	30 %	29,5	30,2 %	24,3 %
Antall sysselsatte	105 697	107 732	109 186	111 971	113 355	115 062	115 995	117335
Andel i helse- og sosialtjenester	87,0 %	86,7 %	86,6 %	86,2 %	85,5 %	85,2 %	84,9 %	84,7 %
Andel sysselsatte 55 år + i helse- og sosial	21,6 %	21,9 %	21,9 %	22,3 %	22,4 %	22,6 %	22,9 %	23,0 %

Kilde: DBH, Helsedirektoratet og SSB

3.2 Anestesi-, barne-, intensiv-, operasjons- og kreftsykepleie (ABIOK)

Helsedirektoratets anbefaling om ABIOK-sykepleiere

Helsedirektoratet anbefaler en videre opptrapping av studieplasser for ABIOK-sykepleiere. Behovet er ikke helt enkelt å tallfeste på bakgrunn av innspillene, men vi mener at en fortsatt økning på 50 studieplasser kan være passende i 2028. Det ser ut til at Helse Sør-Øst er greit dekket nå, så andre regioner bør prioriteres. Kapasitet, tilbud og etterspørsel burde utredes nærmere.

Overordnet vurdering

Vi forstår det slik at det fortsatt er økt behov for spesialsykepleiere, selv om det ikke framheves av RHFene i like stor grad som de gjorde for få år siden. Det tyder på at opptrappingen de siste årene har hatt effekt. Innspillet med framskrivninger fra HSØ tyder på at deres behov er relativt greit dekket overordnet sett i deres region. Tilgang på ABIOK-sykepleiere (anestesi-, barne-, intensiv-, operasjons- og kreftsykepleiere) er avgjørende for helseberedskapen i Norge. Disse spesialsykepleierne utgjør en sentral ressurs ved alvorlige hendelser, kriser, pandemier og økt behandlingsbehov i spesialisthelsetjenesten.

Det finnes ikke løpende oppdatert statistikk for studieplasser for ABIOK-utdanningene fordi dette er videreutdanninger og mastergrader med lokale opptak. Det var 790 unike personer som fullførte ABIOK-utdanningene i 2025, dette tallet inkluderer ikke personer som fullfører en mastergrad etter tidligere å ha fullført en videreutdanning. Dette er lavere enn i 2022-2024.

ABIOK-sykepleiere er ikke inkludert som en egen gruppe i framskrivningene i Helsemod, kun som en del av sykepleierkategorien (se omtale av sykepleie bachelor ovenfor). NAVs bedriftsundersøkelse estimerer i 2026 en mangel på 350 spesialsykepleiere, og mange av disse vil være ABIOK-sykepleiere. Estimater er en betydelig nedgang fra 950 i fjor.

Det er viktig å presisere at SSBs statistikk for sysselsatte ABIOK-sykepleiere, som vi viser i tabeller nedenfor, presenterer antall personer med mastergrad. De som tar mer fleksible masterutdanninger innenfor spesialsykepleie kan ofte velge studieretning innenfor de såkalte ABIOK-utdanningene. Disse er ikke inkludert i statistikken for sysselsetting (rundt 5%). Rundt 80 % av ABIOK-sykepleiere jobber i helse- og sosialtjenester.

Helse Vest publiserte i 2025 rapporten kalt "Bærekraftig utvikling for ABIOK-sykepleiere, jordmødre, sykepleiere og helsefagarbeidere", som er utformet i fellesskap mellom de fire RHFene og fagforeninger m.fl. Her beskrives ulike scenarioer, hvor man blant annet mener å kunne trekke ned behovet for ABIOK-sykepleiere betraktelig ved å innføre ulike tiltak. Helsedirektoratet kjenner ikke til hvilke tiltak som er iverksatt så langt, og vi må følge tett med på utviklingen videre framover. Nedenfor er vurderinger fra RHFene hver for seg.

Helse Nord har tidligere meldt at de har avklart behov og muligheter for følgende økte utdanningskapasitet med UiT: Anestesisykepleie (12 plasser), intensivsykepleie (10 plasser) og operasjonssykepleie (11 plasser). Økningen er planlagt fra denne høsten. Tidligere har Helse Nord tatt opp diskusjonen om studier på 90 studiepoeng versus master, der RHFene har spilt inn felles at de ønsker de ønsket at det skulle være mulig både å ta 90 studiepoeng og master.

Helse Sør-Øst har i år skrevet at de nå vurderer at det er tilstrekkelig utdanningskapasitet i deres område. Heller enn økning bør man se på tiltak for å fylle de eksisterende studieplassene og øke gjennomføringsgraden, i tillegg til å vurdere en omfordeling mellom de ulike ABIOK-utdanningene. De har tidligere understreket behov for vurdering av hvordan kompetansen til disse yrkesgruppene benyttes, framfor en kontinuerlig økning i antallet studieplasser.

Helse Midt-Norge har tidligere henvist til sine vurderinger gjort i 2023 angående endringene NTNU iverksatte for spesialsykepleieutdanningen, som ble endret fra en erfaringsbasert utdanning på masternivå til en alminnelig mastergrad. Videre har Helse Midt-Norge påpekt manglende samsvar mellom antall studieplasser og lokale behov i helseforetakene. De skrev at et studiums popularitet ikke nødvendigvis svarer ut behovet, og ikke bør ligge til grunn for antallet studieplasser per spesialitet innenfor masterutdanningen.

Helse Vest peker i år på bærekraftsrapporten som er omtalt ovenfor. De har over tid understreket viktigheten av samarbeidet mellom helseforetakene og utdanningsinstitusjoner.

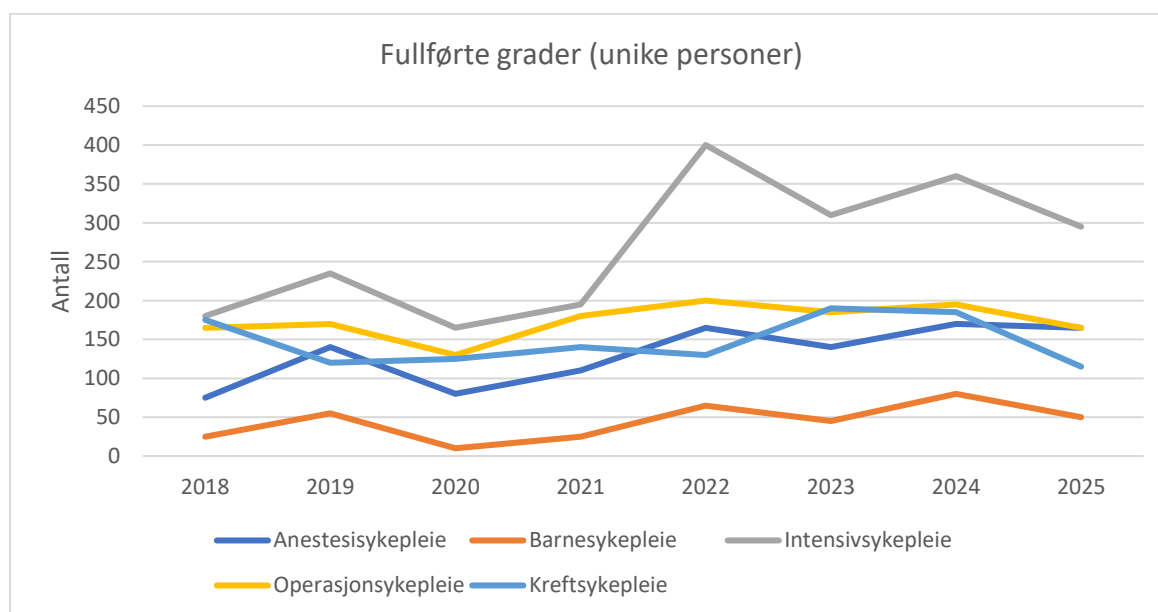
Alt i alt er det krevende å vurdere kapasitet, behov og tilbud for disse gruppene. HK-dir skrev en rapport i 2023 om opptak, gjennomføring og kandidatproduksjon for sykepleier- og spesialsykepleierutdanningene. En slik gjennomgang er et godt grunnlag for en videre utredning av hvordan behov for og tilbud av ABIOK-kandidater kan nærme seg hverandre. På samme måte som for sykepleie bachelor burde arbeidet inkludere en kartlegging av behov i kommuner og helseforetak, praksiskapasitet og utdanningsinstitusjonenes kapasitet til å utvide tilbudet.

Tabell 13. Nøkkeltall for ABIOK-sykepleie. 2018-2025

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Fullførte (unike personer) ¹	615	725	505	645	960	850	990	790

1) Fullførte grader (unike personer) viser kun nye fullførte utdanninger, slik at personer som fullfører en mastergrad etter tidligere å ha fullført en videreutdanning ikke vil telles igjen. Disse tallene er hentet fra DBHs statistikkbank og er rundet av til nærmeste hele 5.

Figur 2. Utviklingen i antall nye sykepleier som fullfører en ABIOK-utdanning



Kilde: Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse

Tabell 14. Nøkkeltall for anestesisykepleie¹. 2018-2025

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Fullførte grader (unike personer)	75	140	80	110	165	140	170	165
Fullførte grader (inkludert påbygg)	80	160	105	135	185	190	255	270
Videreutdanninger	50	100	50	75	100	110	110	110
Mastergrader, nye	25	40	30	35	65	30	60	55
Mastergrader, påbygg	5	20	25	25	20	45	80	95
Antall sysselsatte	1130	1216	1296	1386	1463	1582	1651	1725
Andel i helse- og sosialtjenester	88,5	86,8	86,0	85,4	85,0	85,3	84,2	82,5
Andel sysselsatte 55 år + i helse- og sosial	6,8	7,1	8,0	9,0	10,7	11,9	13,7	16,0

1) Fullførte grader (unike personer) viser kun nye fullførte utdanninger, slik at personer som fullfører en mastergrad etter tidligere å ha fullført en videreutdanning ikke vil telles igjen. Disse tallene er hentet fra DBHs statistikkbank og er rundet av til nærmeste hele 5. Derfor går ikke totalsummen nødvendigvis opp. SSB er også kilde.

Tabell 15. Nøkkeltall for barnesykepleie¹. 2018-2025

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Fullførte grader (unike personer)	25	55	10	25	65	45	80	50
Fullførte grader (inkludert påbygg)	25	65	20	35	80	70	110	80
Videreutdanninger	20	45	10	20	45	35	55	35
Mastergrader, nye	0	10	0	5	20	10	30	10
Mastergrader, påbygg	0	10	10	10	15	25	25	35
Antall sysselsatte	559	593	613	627	667	708	713	796
Andel i helse- og sosialtjenester	85,9	86,2	81,9	82,1	82,2	80,9	79,7	78,4
Andel sysselsatte 55 år + i helse- og sosial	15,4	16,2	16,9	18,3	20,1	19,4	21,0	20,4

1) Fullførte grader (unike personer) viser kun nye fullførte utdanninger, slik at personer som fullfører en mastergrad etter tidligere å ha fullført en videreutdanning ikke vil telles igjen. Disse tallene er hentet fra DBHs statistikkbank og er rundet av til nærmeste hele 5. Derfor går ikke totalsummen nødvendigvis opp. SSB er også kilde.

Tabell 16. Nøkkeltall for intensivsykepleie¹. 2018-2025

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Fullførte grader (unike personer)	180	235	165	195	400	310	360	295
Fullførte grader (inkludert påbygg)	195	305	205	250	485	470	520	475
Videreutdanninger	145	190	120	145	305	250	245	205
Mastergrader, nye	35	50	40	50	95	60	110	90
Mastergrader, påbygg	20	65	40	60	85	135	140	160
Antall sysselsatte	2475	2578	2720	2889	3027	3283	3487	3638
Andel i helse- og sosialtjenester	89,4	87,9	86,7	87,0	84,9	84,9	84,1	83,4
Andel sysselsatte 55 år + i helse- og sosial	12,7	14,4	16,1	17,3	18,3	19,2	20,3	21,3

1) Fullførte grader (unike personer) viser kun nye fullførte utdanninger, slik at personer som fullfører en mastergrad etter tidligere å ha fullført en videreutdanning ikke vil telles igjen. Disse tallene er hentet fra DBHs statistikkbank og er rundet av til nærmeste hele 5. Derfor går ikke totalsummen nødvendigvis opp. SSB er også kilde.

Tabell 17. Nøkkeltall for operasjonsykepleie¹. 2018-2025

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Fullførte grader (unike personer)	165	170	130	180	200	185	195	165
Fullførte grader (inkludert påbygg)	165	190	140	195	230	235	270	280
Videreutdanninger	150	160	110	165	175	175	160	140
Mastergrader, nye	15	10	20	15	25	10	40	30
Mastergrader, påbygg	5	15	10	20	30	35	60	100
Antall sysselsatte	1626	1711	1860	2003	2132	2305	2426	2543
Andel i helse- og sosialtjenester	91,8	90,6	89,6	90,6	89,6	88,6	88,2	87,1
Andel sysselsatte 55 år + i helse- og sosial	12,3	13,8	13,9	15,2	16,7	17,0	18,3	18,8

1) Fullførte grader (unike personer) viser kun nye fullførte utdanninger, slik at personer som fullfører en mastergrad etter tidligere å ha fullført en videreutdanning ikke vil telles igjen. Disse tallene er hentet fra DBHs statistikkbank og er rundet av til nærmeste hele 5. Derfor går ikke totalsummen nødvendigvis opp. SSB er også kilde.

Tabell 18. Nøkkeltall for kreftsykepleie¹. 2018-2025

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Fullførte grader (unike personer)	175	120	125	140	130	190	185	115
Fullførte grader (inkludert påbygg)	175	120	125	140	135	200	205	180
Videreutdanninger	175	120	125	140	120	185	170	90
Mastergrader, nye	0	0	0	0	10	5	15	30
Mastergrader, påbygg	0	0	0	0	5	10	25	60
Antall sysselsatte	2685	2871	3040	3180	3357	3525	3704	4067
Andel i helse- og sosialtjenester	77,9	76,3	74,6	73,3	74,1	73,3	72,9	77,9
Andel sysselsatte 55 år + i helse- og sosial	27,0	27,4	28,4	29,4	30,3	30,7	30,7	30,1

1) Fullførte grader (unike personer) viser kun nye fullførte utdanninger, slik at personer som fullfører en mastergrad etter tidligere å ha fullført en videreutdanning ikke vil telles igjen. Disse tallene er hentet fra DBHs statistikkbank og er rundet av til nærmeste hele 5. Derfor går ikke totalsummen nødvendigvis opp. SSB er også kilde.

3.3 Jordmødre

Helsedirektoratets anbefaling

Helsedirektoratet anbefaler en økning på ca. 20 studieplasser for 2028. Vi har fått tilbakemeldinger om at det mangler jordmødre særlig i spesialisthelsetjenesten, samtidig som kommunene ser ut til å ha rimelig tilgang på kompetansen. Over de siste årene har utdanningskapasiteten økt nasjonalt, og vi anbefaler en liten økning nå og stabilisering av gjennomføringen på nytt høyt nivå.

Overordnet vurdering

Vurdering av behov for å utdanne nye jordmødre må ta i betraktning at 30 prosent av jordmødre som jobber i helse- og sosialtjenestene er 55 år eller eldre, og 15 prosent av totalen er over 60 år og nærmere seg pensjonsalder. I 2025 var 31 prosent av nye autorisasjoner som jordmor gitt til personer med utdanning fra utlandet. Dette er en nedgang fra tidligere, men det er viktig å utdanne nok jordmødre i Norge og i større grad gjøre de norske helsetjenestene selvforsynte.

Samtidig er praksisplasser er kjent flaskehals og en grunn til ikke å øke alt for mye per nå. Ny forskrift for jordmorutdanning (2023) vil kunne lette presset på praksisplasser. Helsedirektoratet ser nødvendigheten av den tverrsektorielle arbeidsgruppen som skal vurdere kvalitet og kapasitet for praksis i utdanningene, slik det skisseres i Helsepersonellplan 2040.

NAVs bedriftsundersøkelse estimerer en mangel på rundt 100 jordmødre i 2026, noe som er en oppgang fra 50 i fjor. I rapporteringen fra statsforvalterne i år og i fjor var det ingen som nevnte jordmødre særskilt i omtale av rekrutteringsutfordringer. SSB framskriver nå at underskuddet av jordmødre øker til 700 i 2040 i referansealternativet for etterspørselen (mot tidligere underskudd på 500).

Oppbyggingen av jordmøtjenestene i kommunene har bidratt til at spesialisthelsetjenesten har fått større utfordringer med å rekruttere jordmødre. Helsedirektoratet (2020d) vurderte at økt kompleksitet i fødepopulasjonen indikerer et økt behov for kompetanse, ressurser og bemanning ved fødeinstitusjonene, særlig kvinneklinikkene. Dette kan gjøres på ulike måter.

De regionale helseforetakene har noe ulike vurderinger av behov for jordmødre. Helse Midt-Norge skriver i år at etter deres framskrivninger og beregninger er det sannsynligvis balanse mellom tilbud og etterspørsel framover for deres del. Dette avhenger imidlertid av at NTNU fortsetter med årlig opptak, noe som har vært utfordrende kapasitetsmessig for undervisning og praksisplasser. Helse Nord har over tid meldt at de har behov for flere jordmødre, og skrev i fjor at de trenger 24 nye utdannede jordmødre hvert år. Imidlertid vurderer de dette som vanskelig på grunn av kapasitetsbegrensninger på praksisplasser. Helse Vest skriver i år at de støtter Helsedirektoratets råd om opptrapping, men at det samtidig burde gjøres tiltak for å synkronisere praksis i utdanningene med de tidene på året da det tradisjonelt er flest fødsler. Helse Sør-Øst skriver i år at de har god dialog med de to universitetene som utdanner jordmødre (*Helsedirektoratets kommentar: i deres område*), og de ønsker sterkt at disse tildeles flere studieplasser.

Vi viser ellers til rapporten om bærekraftig utvikling for ABLOK-sykepleiere, jordmødre og helsefagarbeidere, som viser ulike mulige scenarioer for RHFene mot 2040. I rapporten estimeres et behov for vekst på 5,1 prosent i faglig kapasitet dersom oppgaver løses på samme måte som i dag, og det ikke er noen endring i fravær eller stillingsstørrelser. Hvis man derimot setter inn kraftfulle tiltak som beskrevet, vil behovet kunne gå ned med så mye som 40,7 prosent mot 2040.

Helsedirektoratet vil følge nøye med på utviklingen framover.

Tabell 19. Nøkkeltall for jordmødre. 2018-2025

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Opptatte studenter ¹	154	109	187	126	188	199	200	204
Fullførte grader (unike personer) ²	140	100	130	120	115	105	180	145
Fullførte grader (inkludert påbygg) ²	166	111	135	130	120	110	190	145
Videreutdanninger	35	18	35	0	0	0	0	0
Mastergrader, nye	105	80	95	120	115	105	180	145
Mastergrader, påbygg	25	10	0	10	10	5	10	0
Antall nye autorisasjoner	211	169	210	179	249	168	261	211
Andel med utdanning fra utlandet	34 %	47 %	38 %	46 %	58 %	41 %	34,1 %	30,8 %
Antall sysselsatte	3 243	3 283	3 294	3 355	3 383	3 404	3 495	3567
Andel sysselsatte innen helse- og sosialtjenester	91,2 %	91,0 %	90,7 %	90,5 %	90,1 %	89,8 %	90,4 %	90,3 %
Andel sysselsatte 55 år + innen helse- og sosialtjenester	32,4 %	32,9 %	32,1 %	32,6 %	31,2 %	31,2 %	31,6 %	30,0 %

1) Det er ikke tilgjengelig statistikk for studieplasser ettersom opptak til jordmorutdanningene gjøres lokalt. Vi har derfor benyttet statistikk for opptatte studenter. Antall opptatte studenter ligger normalt litt over antall budsjetterte studieplasser.

2) Fullførte grader (unike personer) viser kun nye fullførte utdanninger, slik at personer som fullfører en mastergrad etter tidligere å ha fullført en videreutdanning ikke vil telles igjen. Disse tallene er hentet fra DBHs statistikkbank og er rundet av til nærmeste hele 5. Derfor går ikke totalsummen opp.

Data er også hentet fra Helsedirektoratet og SSB.

3.4 Helsesykepleie

Anbefaling

Helsedirektoratet anser at dagens studiekapasitet for helsesykepleiere er omtrent på riktig nivå på lengre sikt, men det er en utfordring nå som gjelder spesielt kvalifisering av sykepleiere som jobber i tjenesten i dag, spesielt i mindre kommuner. En løsning kan være at en høyere andel av studieplassene settes av til konstituerte helsesykepleiere, eventuelt kombinert med å øke antall plasser en periode.

Overordnet vurdering

Det har vært en vekst i antall i helsesykepleiere i helsestasjons- og skolehelsetjenesten de seneste årene. I 2025 var det registrert 4957 sysselsatte helsesykepleiere, hvorav 90 prosent jobbet i helse- og sosialtjenestene (hovedsakelig i helsestasjons- og skolehelsetjenesten). Om lag hver tredje helsesykepleier, 32 prosent, er 55 år eller eldre.

Riksrevisjonen konkluderer i sin nye rapport om tjenester til barn og unge med psykiske plager og⁵ at tilbudet i kommunene ikke er tilstrekkelig utbygget, mangler kompetanse, og at for mye av oppfølgingsansvaret overlates til helsesykepleiere, selv om disse ikke har mandat eller kapasitet til å behandle barn og unge med psykiske plager og lidelser. Det er risiko for at en slik ansvarsforskyvning også går utover kapasiteten til å jobbe helsefremmende og forebyggende.

Samtidig har flere statsforvaltere og kommuner over tid meldt om at det er vanskelig å få kvalifiserte søkere til ledige helsesykepleierstillinger, og at man har tilsatt sykepleiere uten videreutdanning i stillingene. SSB framskriver nå at tilbudet og etterspørselen i mellomalternativet vil gå helt i null (i balanse) i 2040, men med utgangspunkt i at det er en balanse mellom tilbud og etterspørsel i utgangsåret. Tilbakemeldinger fra kommuner og statsforvaltere om vansker med å rekruttere kvalifiserte fagpersoner indikerer samtidig at dette ikke nødvendigvis er tilfelle, noe som ville kunne endre konklusjonen.

I rapporteringene for tilskuddsordningen *Styrking og utvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten* for 2025 (N=297), oppgir mer enn én av tre kommuner (n=106) at de har hatt utfordringer med å rekruttere personell, hvorav flertallet (n=93) oppgir at det har vært utfordrende å rekruttere helsesykepleiere. Mer enn halvparten av kommunene som oppgir rekrutteringsutfordringer har måttet lyse ut aktuelle stillinger flere ganger.

Det har over tid vært rapportert en høy andel sykepleiere i helsesykepleierstilling (konstituerte helsesykepleiere) i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Tidligere statistikk fra tilskuddsordningen viste at mer enn halvparten av norske kommuner hadde konstituerte helsesykepleiere i tjenesten per 1. oktober 2024. Svarene viser at mange kommuner har sykepleiere som ønsker å utdanne seg til helsesykepleier og jobbe i tjenesten i kommunen fremover, men at kvalifisering/ tilgang til studieplasser fortsatt er en utfordring.

Det er jevnt over høye søknadstall til helsesykepleierutdanningene og høy gjennomføringsgrad, noe som viser at det er et godt rekrutteringsgrunnlag til faggruppen. Utdanningsinstitusjonene melder om utfordringer med å skaffe nok praksisplasser for helsesykepleiere, og at dette begrenser hvor mange studieplasser som kan tilbys. Søkerporteføljen til tilskuddsordningen viser at det er et høyt antall sykepleiere med studieplass på helsesykepleierutdanning i kommunene, og at kommunene ønsker å prioritere slik kompetanseheving. Kvalifisering av sykepleiere som allerede er ansatt i tjenesten, har tilknytning til kommunen og ønsker videreutdanning i helsesykepleie, bør være et prioritert tiltak fremover, jf. svar til HOD om videre innretning av lønnstilskudd for helsesykepleiere.

⁵ [Riksrevisor: – Mange barn og unge får ikke hjelpen de trenger](#)

Tabell 20. Nøkkeltall for helsesykepleiere. 2018-2025.

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Opptatte studenter ¹	259	268	377	291	428	446	492	534
Fullførte grader (unike personer) ²	225	320	255	210	305	250	340	380
Fullførte grader (inkludert påbygg) ²	225	325	270	215	310	255	420	575
Videreutdanninger	220	320	245	205	275	230	255	255
Mastergrader, ny	5	0	10	5	30	20	85	125
Mastergrader, påbygg	0	5	15	5	5	5	75	185
Antall sysselsatte	4 667	4 739	4 823	5 018	5 143	5142	5026	4957
Andel sysselsatte innen helse- og sosialtjenester	88,6 %	88,7 %	87,3 %	87,8 %	88,9 %	88,5	88,9 %	88,8 %
Andel sysselsatte 55 år + innen helse- og sosialtjenester	32,7 %	32,0 %	31,1 %	32,8 %	31,6 %	30,2	31,5 %	31,7 %

Tabellen avviker noe fra andre tabeller i notatet: Det er ikke en egen autorisasjon for helsesykepleiere og det er ikke sentralt opptak til utdanningene, og derfor ikke tilgjengelig statistikk for studieplasser. 1) Det er ikke tilgjengelig statistikk for studieplasser ettersom opptak til helsesykepleierutdanningene gjøres lokalt. Vi har derfor benyttet statistikk for opptatte studenter. Antall opptatte studenter ligger normalt litt over antall budsjetterte studieplasser.

2) Fullførte grader (unike personer) viser kun nye fullførte utdanninger, slik at personer som fullfører en mastergrad etter tidligere å ha fullført en videreutdanning ikke vil telles igjen. Disse tallene er hentet fra DBHs statistikkbank og er rundet av til nærmeste hele 5. Derfor går ikke totalsummen opp. DBH har ikke tall på fullførte utdanninger fra UiT for alle år og tall er derfor hentet direkte fra UiT.

Data er også hentet fra SSB.

3.5 Andre sykepleieutdanninger

I tillegg til de sykepleiergruppene vi har nevnt ovenfor, er det også andre sykepleieutdanninger som vi bør følge tett med på for å sikre at helse- og omsorgstjenestene har tilstrekkelig tilgang på nødvendig kompetanse. Helsedirektoratet mottar fra tid til annen innspill om blant annet **AKS; sykepleiere innen lunge, nyresykepleie, nevrologi og revmatologi** (Helse Nord); **sykepleiere i psykisk helsevern og barnesykepleiere** (Helse Sør-Øst); og **sykepleiere med geriatriisk kompetanse** (Helse Vest).

Helse Nord har tidligere gjort en kartlegging og lenge bedt om at det opprettes et **nytt program i akutt- og mottakssykepleie ved UiT**, og vi henviser til et eget innspill om det. Helse Nord har ønsket avklaring på om dette blir opprettet eller ikke (Helsedirektoratet kjenner ikke til om det er gitt).

Utover dette har vi fått innspill om at det er behov for en **smittevernutdanning for norsk smittevernpersonell, inkludert egen smittevernsykepleie**.

4. Lang høyere utdanning

4.1 Kliniske ernæringsfysiologer

Anbefaling

Helsedirektoratet har ingen endringer å anbefale i studiekapasiteten for kliniske ernæringsfysiologer ved de tre eksisterende utdanningene for 2028. Helse Midt-Norge mener det hadde vært fordelaktig om man kunne revurdert mulighetene for etablering av et slikt tilbud i Midt-Norge (NTNU).

Helsedirektoratet ville støtte en slik opprettelse ved NTNU, med det viktige forbehold om at det ikke undergraver søkergrunnlaget ved de eksisterende studiestedene, og at man kunne komme til enighet med universitetet.

Overordnet vurdering

Utdanningstilbudet for kliniske ernæringsfysiologer er geografisk begrenset, og Helsedirektoratet støtter fortsatt planer om å opprette et studietilbud ved NTNU i Trondheim, noe som ville hatt positive følger for tilgangen på kliniske ernæringsfysiologer i Midt-Norge. Antallet studieplasser nasjonalt ble justert ned fra en topp på 83 i 2024, og ser ut til å ligge på 78 (master og integrert 5-årlig løp) i 2026.

Helsedirektoratet forstår det slik at det for tiden er lavere søknad til studiet enn tidligere ved de eksisterende studiestedene, så opprettelse av et tilbud ved NTNU må vurderes ut fra om det ville undergrave søkergrunnlaget for de andre studiestedene. Samtidig påpeker vårt fagmiljø at det ikke er sikkert at utfordringene med søknad og opptak primært skyldes utdanningskapasiteten.

Rekrutteringsutfordringene kan også henge sammen med usikkerhet om arbeidsmarkedet og karrieremulighetene etter endt utdanning. Selv om behovet for ernæringskompetanse i helse- og omsorgstjenesten er godt dokumentert, er kliniske ernæringsfysiologers rolle og bidrag ofte lite synlig i overordnede planer, strategier, framskrivninger og andre styringsdokumenter.

Da utdanningskapasiteten ble utvidet for rundt 15 år siden, var dette blant annet begrunnet i forventet økt behov for ernæringskompetanse, særlig i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Selv om antallet stillinger har økt over tid, har utviklingen vært mer gradvis enn det man kunne forvente ut fra de identifiserte behovene og de politiske ambisjonene om å styrke ernæringsarbeidet. Samtidig ser vi positive eksempler på at kommuner etablerer nye stillinger og viderefører stillinger som i første omgang er etablert gjennom tilskuddsordninger og prosjektmidler. For eksempel har 8 av 10 prosjekter besluttet å videreføre stillinger etter at de fikk midler gjennom tilskuddet Modellutvikling klinisk ernæringsfysiolog som ressurs for omsorgstjenesten i 2021-23. Erfaring fra andre helsepersonellgrupper tilsier at økt tilgang på kvalifisert arbeidskraft også kan bidra til utvikling av nye stillinger og tjenestetilbud, særlig på områder der kompetansen i dag er begrenset representert.

Helsemod inkluderer ikke framskrivninger av tilbud og etterspørsel etter kliniske ernæringsfysiologer. Kliniske ernæringsfysiologer er heller ikke nevnt i KS' arbeidsgivermonitor. I mangel på dette viser vi til tidligere beregninger for gruppa i scenario-rapporten utarbeidet av Samfunnsøkonomisk analyse. Alle fire scenarioer peker på behov for langt flere yrkesutøvere enn i dag.

Det er sysselsatt 808 autoriserte kliniske ernæringsfysiologer, hvorav 65 prosent jobber innen helse- og sosialtjenestene. Kliniske ernæringsfysiologer er en svært ung yrkesgruppe, og kun 11 prosent av de sysselsatte i helse- og sosialtjenestene er 55 år eller eldre.

Helsedirektoratet anbefaler i rapporten Ernæringskompetanse i helse- og omsorgstjenesten at det etableres minst ett årsverk per 10 000 innbyggere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette er et beskjedent estimat gitt en økende aldrende befolkning med mer komplekse og sammensatte sykdomsbilder enn tidligere, og til dels lavere enn andre lands anbefalinger.

Verken Helse Nord, Helse Sør-Øst eller Helse Vest har tidligere meldt om behov for endringer i utdanningskapasiteten for kliniske ernæringsfysiologer. De skriver at kompetansen er viktig, og Helse Vest framhever mulig behov for flere på sikt. Helse Midt-Norge har over flere år meldt om behov for opprettelse av studietilbud innen klinisk ernæringsfysiologi, og vi viser til eget brev der dette begrunnes. De skriver i sitt innspill i år at NTNU hittil ikke har opprettet dette, med henvisning til egen strategi, men Helse Midt-Norge er fortsatt positive til en slik opprettelse.

Tabell 21. Nøkkeltall for kliniske ernæringsfysiologer. 2018-2025

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Fullførte grader	52 ^{a)}	52 ^{a)}	42 ^{a)}	57	55	66	33	59
Antall studieplasser	55	70	75	75	75	75	83	76
Antall nye autorisasjoner	58	59	47	55	54	54	39	61
Andel med utdanning fra utlandet	12 %	3%	4 %	0	4 %	11,1%	0,0	3,3 %
Antall sysselsatte (kun autoriserte)	498	551	598	-	720	769	808	840
Andel innen helse- og sosialtjenester	69,5%	67,2%	67,1%	-	64,2%	65,7%	65,7 %	64,8 %
Andel 55 år+ innen helse- og sosialtjenester	12,1%	12,2%	11,2%	-	10,0%	8,5%	10,4%	10,7 %

Tall på sysselsatte kliniske ernæringsfysiologer er ikke inkludert for 2021 ettersom dataene fra SSB også inkluderer personer med annen høyere utdanning innen ernæring, som ikke leder frem til autorisasjon som helsepersonell.

a) UiB og UiT gjennomfører lokale opptak, og DBH fører ikke statistikk på antall studieplasser. Vi har i disse tilfellene innhentet informasjon om antall studieplasser fra institusjonen.

Data om autorisasjon er hentet fra Helsedirektoratet.

4.2 Medisin/leger

Helsedirektoratets anbefaling

Helsedirektoratet anbefaler at opptrappingen av studieplasser i medisin fortsetter i tråd med Grimstadutvalgets anbefalinger, med eksempelvis 68 plasser i 2027 og det samme i 2028, eventuelt at målet forskyves ett år. Deretter anbefaler vi at man fortsetter opptrappingen noen få år til, for å komme opp i 80% utdanning i Norge. Nye plasser må sees i sammenheng med antall LIS1-stillinger.

Overordnet vurdering

Helsedirektoratet har skrevet inngående om legene i tidligere notat om utdanningskapasitet, og henviser dit for flere detaljer.

Utdanningskapasiteten for leger har økt betydelig etter 2019, da Grimstadutvalget leverte sin rapport og anbefalte at Norge selv utdanner 80 prosent av de legene vi trenger. Samtidig utdannes en svært stor andel av nye leger fortsatt i utlandet (64 prosent av nye autorisasjoner i 2025), og opptrappingen av studieplasser i Norge bør fortsette. Hvis man legger til 68 nye plasser hvert år i 2027 og 2028 (det ser ut til å være 940 plasser i 2026), vil man nå Grimstadutvalgets måltall på 1076 studieplasser. Det kan være utfordrende for utdanningsinstitusjonene og helse- og omsorgstjenestene dersom økningen skjer raskt, så opptrappingen må foregå i dialog med dem.

Vi tror imidlertid at måltallet Grimstadutvalget regnet seg fram til vil være noe for lavt idet det oppnås, fordi antall sysselsatte leger har vokst svært mye siden 2019. Vi mener selve målsettingen om 80 prosent nasjonal utdanning bør beholdes, men Helsedirektoratet har ikke hatt kapasitet til å gi et nytt konkret måltall ennå.

Det er utfordringer med å finne leger enkelte steder i spesialisthelsetjenesten. For fastlegeordningen har det vært stor mangel (men den er på vei ned). Samtidig er det relevant å trekke fram den store veksten det har vært i antall leger de siste årene totalt sett. Fra 2018-2025 har antallet sysselsatte leger uten spesialitet vokst med ca. 1000, mens antall sysselsatte leger med spesialitet har vokst med over 4500 – en vekst på 30 prosent med utgangspunkt i 2018-antallet. Totalt antall sysselsatte leger har vokst med 19 prosent i samme periode.

SSBs framskrivninger har gått fra et mulig underskudd på 1 700 årsverk til et mulig overskudd på 2300 årsverk i 2040.

NAV estimerer en mangel på 100 allmennleger i 2026. Når det gjelder (andre) legespesialister, har mangelen gått videre ned fra før, til 550. Vi har tidligere funnet at den største mangelen på legespesialister er innen psykisk helsevern. (Vi minner som før på at inndelingen i NAVs bedriftsundersøkelse når det gjelder ulike legespesialister er litt upresis i en norsk kontekst⁶.)

⁶ NAV benytter en standard for yrkesklassifisering som kalles STYRK-08, som bygger på International Standard Classification of Occupations (ISCO). I klassifiseringssystemet finnes det to kategorier for leger; allmennpraktiserende leger og Legespesialister. I en norsk kontekst, der mange allmennleger er spesialister i allmennmedisin, er ikke dette gjensidig utelukkende kategorier, og trolig har noen virksomheter rapportert inn spesialister i allmennmedisin som "legespesialister". Det vil være naturlig å kategorisere leger med godkjent spesialitet innen alle andre spesialiteter enn allmennmedisin, som "legespesialister". Dessverre vil ikke leger i spesialisering (som ikke er i spesialisering i allmennmedisin), passe naturlig inn i noen av disse kategoriene. Disse utfordringene gjør det vanskelig å tolke resultatene for leger og det bør tas hensyn til ved neste revidering av STYRK.

I kommunesektorens arbeidsgivermonitor for 2025 rapporterte 34 prosent av respondentkommunene at det var "meget" utfordrende å rekruttere leger, mens ytterligere 29 prosent vurderte at det var "ganske" utfordrende. Rekrutteringsutfordringene var mer utbredt i de forrige tre undersøkelsene. KS har tidligere framhevet at det i en situasjon med rekrutterings- og stabiliseringsutfordringer i allmennlegetjenesten fortsatt er viktig å øke antall studieplasser i medisin i Norge.

De regionale helseforetakene varierer noe i sin beskrivelse av behovet for leger. Helse Midt-Norge omtalte ikke leger spesielt i de to siste årene, men har tidligere vist til sitt høringssvar gitt i forbindelse med Grimstadutvalgets utredning. Helse Nord har meldt at de mener de er på maksimal kapasitet for utdanning av leger i sin region. De har økt fra 119 studieplasser i 2019 til 171 i 2026. Helse Sør-Øst skriver i år at de støtter en opptrapping av studieplasser, og peker på innspill til HOD om dette. De har tidligere påpekt at desentraliserte utdanninger er et viktig virkemiddel for å sikre kompetanse i distriktene. Helse Vest har meldt at det er viktig at opptrappingen som var planlagt for Vestlandslegen må fortsette, og peker i år på forutsetningene for Vestlandslegen som viktige for rett dimensjonering ved UiB. Dette må komme på plass for å få rett dimensjonering ved de fire campusene.

Tilgangen på leger med grunnutdanning fra norske eller utenlandske universiteter vurderes da *samlet sett* tilfredsstillende over tid, så begrunnelsen for å øke antall norske studieplasser er mer relatert til å ta ansvar for selvforsyning. SSB-tall levert til National Health Workforce Accounts i 2023 og 2024 indikerer at av alle 28065 som har både autorisasjon og yrke som lege (altså trukket fra de som jobber i byråkrati, forskning m.m.) så hadde nesten 45 prosent utdanning fra utlandet. Litt over halvparten av denne gruppa igjen var født i Norge.

Dimensjoneringen av grunnutdanningen i medisin må ses i sammenheng med første del av spesialistutdanningen og behov for spesialister. Det er nå mange søkere som ikke får tilbud om LIS1-stillinger. Tjenestenes behov må ligge til grunn.

Tabell 22. Nøkkeltall for medisinerutdanninger og leger 2017-2025

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Fullførte grader	554	574	560	533	600	634	616	655
Antall studieplasser	636	636	696	716	731	761	821	871
Antall nye autorisasjoner	1784	1621	1631	1505	1 746	2051	2076	1718
Andel med utdanning fra utlandet	69 %	66 %	66 %	65 %	67 %	70 %	71,6 %	63,5
Leger uten spesialitet								
Antall sysselsatte - uten spesialitet	14 071	14 263	14 691	14 923	14 720	15023	15017	15083
Andel sysselsatte innen helse- og sosialtjenester	86,0 %	86,2 %	85,8 %	85,1 %	84,8 %	84,4 %	84,8 %	85,3 %
Andel 55 år+ innen helse- og sosialtjenester	4,8 %	4,9 %	4,7 %	4,8 %	5,7 %	5,7 %	5,7 %	5,8 %
Leger med spesialitet								
Antall sysselsatte - med spesialitet	15 708	16 305	16 761	17 360	18 281	18945	19738	20347
Andel sysselsatte innen helse- og sosialtjenester	90,3 %	90,5 %	90,8 %	90,5 %	90,1 %	90,2 %	90,4 %	90,4 %
Andel 55 år+ innen helse- og sosialtjenester	41,3 %	40,3 %	39,2 %	38,4 %	38,1 %	38,0 %	37,3 %	36,3 %

Kilde: DBH, Helsedirektoratet og SSB. Medisinerutdanningen omfatter NUS-kodene 7631010 (cand.med.), 763999 (forskerlinjen ved UiO) og 863199 (forskerlinjen ved NTNU).

4.3 Psykologer

Anbefaling

Helsedirektoratet anbefaler å øke studiekapasiteten for psykologer i 2028, med eks. 30 studieplasser, men vurderingen av antallet er usikker.

Overordnet vurdering

Helsedirektoratet har skrevet utførlig om psykologene i tidligere notat, og henviser dit for mer informasjon.

Det har vært en markant vekst i antall sysselsatte psykologer de siste årene, og arbeidsstyrken er relativt ung, med 20 prosent av sysselsatte i helse- og sosialtjenester over 55 år. Den norske utdanningskapasiteten har økt noe siden 2018, men vi mener det fortsatt bør økes mer blant annet fordi 30 prosent av nye autorisasjoner fortsatt gis til personer med utdanning fra utlandet, og den psykiske uhelsen i befolkningen øker, spesielt for noen grupper.

SSB-tall levert til National Health Workforce Accounts i 2023 og 2024 indikerer at av alle 7281 som har både autorisasjon og yrke som psykolog (altså trukket fra de som jobber i byråkrati, forskning m.m.) så hadde 29 prosent utdanning fra utlandet. Det som er spesielt for psykologene er at så mange, hele 75 prosent av disse, var født i Norge. Det er dermed et stort rekrutteringspotensial dersom man øker utdanningskapasiteten her hjemme, slik det diskuteres i Helsepersonellplan 2040.

Tross en stor økning i sysselsatte rapporteres det at både kommuner og spesialisthelsetjenesten har utfordringer med å rekruttere denne yrkesgruppen. NAV estimerer en mangel på 200 psykologer i 2026⁷. Den estimerte mangelen er dermed tilbake på nivå med 2018, før kravet om at kommuner i henhold til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. skal ha knyttet til seg psykolog, trådte i kraft.

35 prosent av kommunene i kommunesektorens arbeidsgivermonitor vurderte i 2025 at det var "meget utfordrende" å rekruttere psykologer. Ytterligere 24 prosent vurderte at det var "ganske utfordrende". Helsedirektoratet har inntrykk av at rekrutteringsutfordringene er betydelige i Nord-Norge og i mindre distriktskommunene generelt. Kommunene tar i bruk en rekke virkemidler for å rekruttere og beholde psykologer. Samtidig er det stor variasjon i hvilken grad de har tilstrekkelige rammebetingelser for å rekruttere og beholde psykologkompetansen. Dette kan medføre at kommuner kommer i en uheldig konkurransesituasjon, sett opp mot andre tjenestesteder, som spesialisthelsetjenesten og/eller det private markedet. I en rapport fra Oslo Economics (2022), kommer det frem at det i perioden 2012-2020 har vært en betydelig økning i antall private virksomheter som tilbyr psykologtjenester.

Samtidig melder også spesielt Helse Sør-Øst og Helse Vest om større mangel på psykologer og psykologspesialister enn for noen år siden. Helse Sør-Øst har i det siste trukket fram psykologi som den utdanningen der det er aller mest kritisk å få til en økning av utdanningskapasiteten i deres region. Deres framskrivninger har vist en underkapasitet på utdanningsplasser, tross økning de siste årene. I år trekker de fram spesifikt at en profesjonsutdanning ved Universitet i Innlandet vil kunne bidra til rekruttering i det området. Helse Vest har tidligere skrevet at det behøves flere på kort og

⁷ NAV benytter en bred definisjon av psykolog, men mangelen er så vidt vi vet i sykehus og institusjoner og poliklinikker innen psykisk helsevern, slik at vi kan anta at det gjelder kliniske psykologer.

lang sikt. De har merket en konkurransesituasjon der de siste årenes oppbygging av psykologkompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten har rekruttert mye av sin kapasitet fra helseforetakene, i tillegg til at det er et økende privat marked for psykologer. De viser til rapporten «Bærekraftig utvikling for psykisk helsevern og TSB»⁸ Helse Vest skriver i år spesielt at antall studenter ved det nyoppstartede studiet ved Universitetet i Stavanger må dimensjoneres i tråd med forutsetningen for opprettelsen. Helse Nord har ikke meldt om behov for økt studiekapasitet, mens Helse Midt-Norge meldte om økt behov sist i 2022.

For denne gruppen går vi som tidligere mot anbefalingene som kan trekkes ut av Helsemod-beregningene, der framskrivningene viser et potensielt overskudd av årsverk (nå 1600) i 2040. Et viktig moment inn i denne avgjørelsen er at psykiske helseutfordringer utgjør en stor andel av helsetap i befolkningen og er en viktig grunn til for eksempel uførhet. Vi registrerer at det stedvis er lang ventetid på behandling i deler av det psykiske helsevernet. Samtidig har den psykiske uhelsen økt de siste årene spesielt blant unge. Riksrevisjonen sier i sin nye rapport om tjenester til barn og unge med psykiske lidelser⁹ at tilbudet er kritikkverdig. (Det er viktig å merke seg at dette gjelder mest andre forhold enn kapasitet, og ikke bare gjelder psykologer, men de er en del av bildet.) En eventuell kapasitetsøkning må følges av andre tiltak og virkemidler som bidrar til at psykologkompetansen kommer offentlige helse- og omsorgstjenester til gode.

Tabell 23. Nøkkeltall for psykologer. 2018-2025.

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Fullførte grader	274	300	273	355	306	266	336	348
Antall studieplasser ^{a)}	339	339	370	375	375	351	355	364
Antall nye autorisasjoner	379	461	427	523	506	444	482	501
Andel nye autorisasjoner med utdanning fra utlandet	30 %	34 %	35 %	33 %	37 %	34,7 %	35,9 %	29,7 %
Antall sysselsatte	8 029	8 310	8 625	9 111	9 624	9 950	10265	10534
Andel sysselsatte innen helse- og sosialtjenester	80,1 %	80,2 %	80,8 %	81,7 %	81,3 %		81,8 %	82,2 %
Andel sysselsatte 55 år + innen helse- og sosialtjenester	21,1 %	20,6 %	19,8 %	19,6 %	19,6 %	19,8 %	19,7 %	19,8 %

Kilde: DBH, Helsedirektoratet og SSB a) UiT hadde lokalt opptak til og med 2019, men vi har innhentet antall studieplasser fra UiT.

⁸ helse-vest.no/nyheter (06.09.23) [Felles løft for psykisk helsevern](#)

⁹ [Riksrevisor: – Mange barn og unge får ikke hjelpen de trenger](#)

5. Tannhelsefaglige utdanninger

De tannhelsefaglige utdanningene på universitetsnivå beskrives samlet nedenfor for tannlege/odontologi, tannpleier og tanntekniker. I tillegg beskriver vi tannhelsesekretærer, som utdannes på videregående skole.

Stortinget har bedt regjeringen følge opp anbefalingene fra *NOU 2024-18 En universell tannhelsetjeneste Harmonisering, styring og utvidet offentlig ansvar*, ved å legge frem forslag til en tannhelsereform høsten 2026 og en lovproposisjon i 2027. Dette arbeidet vil kunne resultere i en reform av den norske tannhelsetjenesten med framtidige konsekvenser for personell- og utdanningsbehov.

5.1 Tannleger

Helsedirektoratets anbefaling

Helsedirektoratet anbefaler ingen endringer i studiekapasiteten for odontologi for 2028, men mener at det nå bør planlegges for en økning av den norske studiekapasiteten, siden en stor andel per i dag utdannes i utlandet. Det er imidlertid usikkerhet knyttet til framtidig behov for tannleger, særlig grunnet mulig snarlig tjenestereform, samt mangelfull informasjon om den private tannhelsetjenesten og begrensede data om voksenbefolkningens munnhelse.

Overordnet vurdering

Helsedirektoratet vurderer at den norske utdanningskapasiteten, supplert med tannleger med utdanning fra utlandet, per i dag gir tilstrekkelig tilgang på nye tannleger samlet sett for offentlig og privat tannhelsetjeneste. Imidlertid er fortsatt en stor andel av tannlegene som får norsk autorisasjon hvert år utdannet i utlandet; 42 prosent i 2025. Helsepersonellkommisjonen anbefaler at det skal være utdanningskapasitet i Norge for å utdanne 80 prosent av behovet i Norge innenfor de store helsepersonellgruppene. For tannlegene er vi langt fra dette målet. Totalt 28 prosent av alle tannleger i Norge som jobbet klinisk (med yrke "tannlege") har vært utdannet i utlandet, ifølge tall SSB rapporterte til National Health Workforce Accounts i 2024. Helsedirektoratet opprettholder derfor tidligere vurdering av utdanningskapasiteten.

Det er i 2026 163 studieplasser i odontologi, ved universitetene i Bergen (48), Oslo (65) og Tromsø (50). Antall studieplasser har siden 2024 blitt utvidet med ti plasser i Tromsø, forut for dette har antallet studieplasser vært uendret i minst 13 år (med unntak av en midlertidig økning ved UiT i 2020).

Det er ca. 5200 sysselsatte tannleger i tannhelsetjenesten. Det var 1 506 tannleger (uten og med spesialitet) som arbeidet i offentlig tannhelsetjeneste i 2025. De utgjør ca. 29 prosent av alle de sysselsatte tannlegene.

NAV estimerer at mangelen på tannleger er omtrent 0 i 2026. Estimert mangel har over tid vært 0 eller 50 tannleger.

I Kommunesektorens arbeidsgivermonitor for 2025 var det 11 fylkeskommuner som gjorde en vurdering av hvor utfordrende det er å rekruttere tannleger, opp fra syv i 2023. I 2025 var det tre som vurderer dette som meget utfordrende, to som ganske utfordrende og fire som litt utfordrende. Statsforvalternes årsrapporter for 2025 gir et bilde av begrensede rekrutteringsutfordringer for tannhelsepersonell, men mer merkbart i noen regioner, og da særlig i distrikter. Det er særlig Trøndelag og Vestland som rapporterer rekrutteringsutfordringer for tannhelsepersonell. Det er begrenset informasjon om tannhelsetjenesten i 2025 rapportene og tre rapporter oppgir å ha nedprioritert tannhelsefeltet.

SSB framskriver nå et underskudd på om lag 100 årsverk for tannleger i 2040, mot et lite overskudd i forrige framskrivning. Samtidig påpeker de at det er en del usikkerhet forbundet med forutsetningene for etterspørselen etter tannleger i årene framover. Dette skyldes blant annet at mye tannbehandling foregår i privat virksomhet, der SSB ikke har samme informasjon om behandling og personellbehov som de har for de andre personellgruppene. Framtidig organisering av tannhelsetjenesten, inkludert oppgavedeling mellom tannleger og tannpleiere vil ha betydning for behovet for både tannleger og tannpleiere.

Generelt har tannhelsen i den norske befolkningen forbedret seg betraktelig etter innføringen av fluorbehandling på slutten av 1960-tallet, noe som tilsier behov for færre tannleger og mulighet for ytterligere oppgaveglidning av forebyggende undersøkelser til tannpleiere. Samtidig kan det bli et økt behov for tannhelsetjenester i deler av befolkningen som følge av en økning i andelen eldre og andre grupper med redusert helse, som kronisk syke og flyktninger.

Tannhelsehjelp som utføres i fylkeskommunal eller privat tannhelsetjeneste skal i løpet av 2026 rapporteres til KPR. Dataene vil gi informasjon om tann- og munnhelse og forebygging og behandling i hele befolkningen. KPR vil ikke gi informasjon om antall ansatte i ulike personellkategorier, men gjennom analyser kan man få informasjon om antall helsepersonell og antall pasienter som er undersøkt/behandlet i forhold til antall helsepersonell. På bakgrunn av dette og av at en tannhelsereform kan være på trappene i nær framtid, avventer vi situasjonen framfor å anbefale en konkret endring nå. Men det nå bør planlegges for en økning av den norske studiekapasiteten for odontologi.

Tabell 24. Nøkkeltall for tannleger, både offentlig og privat sektor. 2018-2025.

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Fullførte grader	118	118	113	116	136	133	137	154
Antall studieplasser	153	153	161	153	153	153	153	163
Antall nye autorisasjoner	317	281	262	241	285	313	307	264
Andel med utdanning fra utlandet	62 %	56 %	56 %	53 %	52 %	57 %	54,7 %	42,0 %
Antall sysselsatte tannleger	5 400	5 427	5 509	5 649	5 831	5937	6016	6133
Andel sysselsatt innen helse- og sosialtjenester	88,5 %	89,5 %	89,3 %	89,0 %	88,1 %	87,8 %	87,3 %	87,7 %
Andel sysselsatte 55 år + innen helse- og sosialtjenester	28,1 %	27,3 %	26,4 %	25,8 %	26,3 %	25,9 %	25,3 %	24,3 %

Kilde: DBH, Helsedirektoratet og SSB. NUS-koden 764106 (Master odontologi, femårig). Tallet for 2021 inneholder også tre fullførte utdanninger ved forskerlinjen ved UiO (NUS-kode 764199, odontologi, uspesifisert, høyere nivå).

5.2 Tannpleiere

Helsedirektoratets anbefaling

Helsedirektoratet anbefaler ingen endring i studiekapasiteten for tannpleiere for 2028.

Overordnet vurdering

Tannpleiere er en liten gruppe, og det utdannes relativt få studenter årlig. Det er noe frafall fra studiet underveis. Etter en nedgang i 2024, var det et høyere antall ferdige kandidater i 2025 enn tidligere. Utdanningstilbudet er geografisk lite spredt.

I Helsemod framskrives det nå et overskudd på 300 tannpleiere. Når Helsedirektoratet vurderer at antall studieplasser bør holdes på dagens nivå inntil videre, er det fordi det kan komme til å bli en ytterligere oppgaveforskyvning fra tannleger til tannpleiere. Det er usikkerhet knyttet til dette, men beslutningsgrunnlag blir bedre når resultatet av tjenestereformen er kjent og når data om private tannhelsetjenester inkluderes i KPR.

Tannpleiere utdannes ved universitetene som utdanner tannleger i Bergen (32), Oslo (24) og Tromsø (20), samt ved Universitetet i Innlandet (INN) (Elverum) (30). Det har vært en gradvis økning til 106 studieplasser i 2026, etter at det har ligget på i overkant av 90 plasser fra 2017-2023.

Det ble utdannet 90 tannpleiere i 2025, noe som er en økning fra tidligere og et høyere tall enn på mange år.

Det var 1801 sysselsatte med fullført tannpleierutdanning i 2025. 83 prosent av disse er ansatt i helse- og sosialtjenestene. 704 sysselsatte, tilsvarende 39 prosent, jobbet i offentlig tannhelsetjeneste

NAV estimerer at mangelen på tannpleiere er nærmere 0 enn 50 i 2026.

SSB innhentet tall for ledige stillinger for tannpleiere i den offentlige tannhelsetjenesten per. 31.12.2024 og det var 40,5 ledige stillinger. Det var høyest antall ledige tannpleierstillinger i Vestland (9), Trøndelag (7,6) og Nordland (6,8).

I Statsforvalternes årsrapporter for 2025 er det begrenset informasjon om tannhelsetjenesten i 2025 og tre rapporter oppgir å ha nedprioritert tannhelsefeltet. Samlet sett fremstår ikke situasjonen for rekruttering å være kritisk.

Framtidig organisering av tannhelsetjenesten, inkludert hvor stor andel av tjenesten finansieres offentlig og hvordan oppgaver fordeles mellom tannleger og tannpleiere, vil ha betydning for behovet for både tannleger og tannpleiere.

Tabell 25. Nøkkeltall for tannpleiere, både offentlig og privat sektor. 2018-2025.

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Fullførte grader	63	84	68	73	84	85	70	90
Antall studieplasser	93	92	98	92	95	95	102	108
Antall nye autorisasjoner	68	87	83	76	93	99	76	94
Andel nye autorisasjoner med utdanning fra utlandet	10 %	7 %	10 %	9 %	6 %	14,1 %	5,3 %	6,4 %
Antall sysselsatte	1 512	1 568	1 593	1 625	1 670	1705	1768	1801
Andel sysselsatte innen helse- og sosialtjenester	80,6 %	79,5 %	81,6 %	81,9 %	81,5 %	82,8 %	82,9 %	82,9 %
Andel 55 år+ innen helse- og sosialtjenester	19,9 %	18,8 %	17,9 %	16,8 %	16,5 %	16,1 %	16,0 %	15,4 %

Kilde: DBH, Helsedirektoratet og SSB

5.3 Tannteknikere

Helsedirektoratets anbefaling

Helsedirektoratet anbefaler ingen endringer i studiekapasitet for 2028.

Overordnet vurdering

Kunnskapsdepartementet bestemte at utdanningen av tannteknikere skulle overføres fra OsloMet til Det odontologiske fakultet ved Universitetet i Oslo (UiO), der man hadde første opptak fra studieåret 2026/2027. Helsedirektoratet anbefaler at utdanningskapasiteten bør opprettholdes på nåværende nivå og at det ses på tiltak for å øke gjennomføringsgraden på studiet for tannteknikere. Det anbefales å se hen til Danmark, som har en gjennomføringsgrad på 90 prosent for tilsvarende utdanning. UiO har ønsket å stille krav til realfagskompetanse for studentene de tar opp (høring om forskrift om opptak til høyere utdanning), og hvis dette innføres kan det ha innvirkning på gjennomføringsgraden.

OsloMet hadde opptak til 24 studieplasser to av tre år. Det ble ikke tatt opp nye studenter ved utdanningen i 2024 og 2025. I snitt hadde 12 kandidater fullført utdanningen i de fire treårsperiodene fra 2011 til 2022. Gjennomføringsgraden har vært lav. Antall fullførte grader har normalt vært under halvparten av antallet studenter som ble tatt opp på studiet tre år tidligere.

I 2025 var det 5 som fikk norsk autorisasjon, hvorav 4 var utdannet utenfor Norge. Det lave antall autorisasjoner gjør at små endringer gir store utslag i andelen av autorisasjonene som er gitt på bakgrunn av utenlandsk utdanning.

Tannteknikere er en liten yrkesgruppe, i 2025 var det 598 sysselsatte med tannteknikerutdanning i alle næringer. Nedgangen i antall sysselsatte tannteknikere fortsatte dermed. Drøyt 12 prosent av tannteknikere jobber i helse- og sosialtjenestene. Resterende andel sysselsatte driver eller er ansatt i privat foretak.

Kilde til behovsvurdering har i mange år vært NAVs bedriftsundersøkelse, og de estimerte ingen mangel på "protese- og tannteknikere" verken i 2023 eller 2024. I 2025 hadde estimatet økt til en mangel på 50, men i 2026 er det nede i 0 igjen.

Tannteknikere var inkludert i rapporten fra Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse om små og sårbare utdanninger (HK-dir 2025). I avgjørelsen om å beholde utdanningen i Norge, ble det lagt vekt på nasjonal beredskap og selvforsyning jf. Helsepersonellkommisjonen, betydelig aldersavgang blant tannteknikere, demografiske endringer med en økende andel eldre, og økte sosiale forskjeller. Flere pasienter etterspør norsk tannteknikk fremfor importert fra utlandet og det er et økende behov for tett samarbeid mellom tannteknikere og tannleger.

Tabell 26. Antall tannteknikere med autorisasjon fordelt på ulike aldersgrupper. Inkludert kullet som ble uteksaminert fra OsloMet i 2023.

Aldersgrupper	20-30	31-40	41-50	51-60	61-70	70+	Totalt
Antall tannteknikere med autorisasjon	49	136	217	210	172	130	914

Kilde: OsloMet og delt med Helsedirektoratet, august 2023.

Tabellen over viser at av totalt 914 registrerte tannteknikere som har fått norsk autorisasjon vil omtrent en tredjedel være pensjonert om 10 år. Blant de som forventes å være yrkesaktive (20-70 år), er i underkant av halvparten i gruppen 51-70 år.

Tabell 27. Nøkkeltall for tannteknikere. 2018-2025.

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Fullførte grader	10	0 ^{a)}	14	10	0 ^{a)}	12	12	1
Antall studieplasser	24	0 ^{a)}	26	24	0 ^{a)}	32	0	0
Antall nye autorisasjoner	24	10	20	17	8	16	16	5
Utdanning fra utlandet	17	9	7	6	8	3	4	4
Andel utlandet	71 %	90 %	35 %	35 %	100 %	19 %	25,0 %	80,0 %
Antall sysselsatte	683	648	647	661	646	633	614	598
Andel sysselsatte innen helse- og sosialtjenester	11,7 %	12,8 %	12,4 %	13,3 %	12,2 %	12,2	13,2 %	11,9 %

Kilde: DBH, Helsedirektoratet og SSB. a) Det var kun opptak til studiet to av tre år.

5.4 Tannhelsesekretærer

Helsedirektoratets anbefaling

Helsedirektoratet anbefaler å se på tiltak for økt gjennomføringsgrad og i tillegg en økning i utdanningskapasitet på vg 3 for 2028, på om lag 20 plasser.

Overordnet vurdering

Tannhelsesekretærer utdannes på videregående skole. Det er en treårig utdanning, der det tredje året, tannhelsesekretær (vg3), bygger på helse- og oppvekstfag (vg1) og helseservicefag (vg2). I 2026 hadde 121 elever tannhelsesekretær Vg3 som førstevalg, mens i perioden 2020-2024 lå tallet på rundt 150 elever. (Udir.no).

Det var 256 som fikk autorisasjon som tannhelsesekretær i 2025. Av disse hadde 98 prosent utdanning fra Norge. Antallet varierer over år, men har økt fra 204 nye autorisasjoner i 2019.

Tannhelsesekretærer utgjør den nest største yrkesgruppen i hele tannhelsetjenesten, med drøyt 5 100 sysselsatte. Av disse er om lag 74 prosent sysselsatte i helse- og sosialtjenestene. Av alle sysselsatte er 99 prosent kvinner, og ca. 33 prosent er 55 år og over. Andelen av de eldste arbeidstakerne er svakt synkende, men fra et høyt nivå. I fylkeskommunal tannhelsetjeneste (offentlig) er om lag like mange over 55 år.

I Helsemod framskrives tilbud og etterspørsel for helsesekretærer og tannhelsesekretærer samlet. Det er viktig å merke seg at det i akkurat disse tallene fra SSB kan finnes noen som jobber uten å være kvalifisert til autorisasjon (beskyttet tittel), men sannsynligvis mer i privat enn i offentlig tannhelsetjeneste. SSB anslår nå i referansealternativet at mangelen kan bli om lag 2100 årsverk i 2040, noe som er mer enn en halvering fra sist.

Helsedirektoratet erfarer at denne gruppen kan være vanskelig å rekruttere, uten at vi har klare tall på det. Det blir viktig å øke antall utdanningsplasser fremover, for å kompensere for de mange som vil pensjonere seg.

I statsforvalternes rapportering for 2025 nevnes tannhelsesekretærer bare unntaksvis. Dette kan indikere at tannhelsesekretærenes rolle og kompetansebehov i liten grad synliggjøres i statsforvalternes rapportering om personell- og kompetanseutfordringer i helsetjenesten. Vi kan trekke fram at statsforvalter i Troms og Finnmark uttaler følgende: "Det er viktig å beholde desentralisert studietilbud for tannhelsesekretær. Det er kun et studietilbud i Troms og Finnmark (i Tromsø) med 15 studieplasser, men det er vanskelig å få fylle studieplassene. Det har vært få søkere i senere tid, og det er fare for at utdanninger legges ned."

Tabell 28. Nøkkeltall for tannhelsesekretærer. 2018-2025.

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Antall nye autorisasjoner	216	204	263	227	302	321	279	256
Utdanning fra utlandet	13	12	7	11	9	13	6	6
Andel utlandet	6%	6%	3%	5%	3%	4%	2,2 %	2,3 %
Antall sysselsatte	5041	5042	4985	4965	5053	5121	5132	5094
Andel sysselsatte innen helse- og sosialtjenester	72,8 %	73,3 %	74,5 %	73,9 %	73,3 %	73,0 %	73,1 %	73,8 %
Andel sysselsatte 55 år og over	34,3 %	34,2 %	34,2 %	34,1 %	33,6 %	33,7 %	32,4 %	32,6 %

Kilde: DBH og SSB

6. Andre helsefaglige utdanninger

Helsedirektoratets oppdrag har tidligere vært avgrenset til utdanninger med kandidatmåltall. Nå som denne avgrensningen ikke lenger er til stede, omtaler vi flere grupper av helsefaglige utdanninger, inkludert på fagskolenivå og videregående skole-nivå.

Omtalen av disse gruppene er i hovedsak mye kortere enn for fagene som hadde kandidatmåltall, fordi vi ikke har opparbeidet oss så mye kunnskap om disse fagene over lang tid slik vi har om de andre. Vi vil arbeide videre med kunnskapsgrunnlaget vårt om disse fagene i det videre.

6.1 Fagskoleutdanninger/høyere yrkesfaglig utdanning

I rapporten om K2025 som ble oversendt i fjor, pekte Helsedirektoratet på at det har vært en tydelig vekst i antall som søker og gjennomfører en fagskoleutdanning, blant annet innen rus/psykiatri og geriatri/demens. Vi har ikke hatt kapasitet til å oppdatere tabellen i år. Helsefagene er ett av de to største fagområdene i høyere yrkesfaglig utdanning¹⁰. Det har vært en økning i studietilbud innen helsefag som tilbyr nettbasert undervisning og nettbasert undervisning med samlinger. Dette kan bidra til mer fleksibilitet og økt tilgang i distriktene på tross av variasjon i fagskoleutdanningstilbud for helsefagarbeidere i de ulike delene av landet.

Tabell 29. Antall fagskolestudenter som har bestått hele utdanningstilbudet. 2020-2024.

	2020	2021	2022	2023	2024	Endring i prosent	
						2020-2024	2023-2024
Hjelpepleiefag	85	90	55	100	125	47,1 %	25,0 %
Pleie- og omsorgsfag, andre	160	300	605	595	400	150 %	-32,8%
Helse-, sosial- og idrettsfag, andre	1165	1420	1285	1360	1310	12,4 %	-3,7 %
Totalt	1410	1810	1945	2055	1835	30,1 %	-10,7 %

Kilde: Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse. 2024. Hentet fra rapport K2025, august 2025.

¹⁰ Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse (2024) Utdanningstilboda. Tilgjengelig: <https://hkdir.no/rapporter-undersokelser-og-statistikk/les-rapporten/tilstandsrapport-for-hogare-yrkesfagleg-utdanning-2024/Fagskular%20og%20utdanningstilbod#Utdanningstilboda>

Det er stor utvikling i fagskolesektoren og undersøkelser viser at fagskoleutdanningene har høy arbeidsmarkedsrelevans og at utdanningstilbudet i stor grad er tilpasset arbeidsmønstrene i sektoren¹¹. Det vil si at det i stor grad er deltidsutdanninger innen helse- og velferdsfagene som er tilpasset for deltidsarbeidende studenter.

6.2 Optikere og ortoptister

Optikere jobber med synsundersøkelser og avdekker synsfeil. De kan foreskrive briller og kontaktlinser og gi råd og veiledning om syn og øyehelse. De kan gi synstrening, og har rett til å henvise til annet helsepersonell ved mistanke om øyesykdommer.

Optikere er en treårig profesjonsutdanning (bachelor) som tilbys ved USN i Kongsberg, med 50-70 uteksaminerte årlig ved bachelorprogrammet i optometri. I 2025 er det 90 studieplasser i optikk.

Helsedirektoratet har ikke fanget opp noen innspill fra helse- og omsorgstjenestene som går på behov for endring i utdanningskapasiteten for optikere. Men i utredningen fra HK-dir om små helseutdanninger (2024) konkluderer de med at dagens utdanningskapasitet dekker dagens etterspørsel i arbeidsmarkedet, men at den bør økes på sikt blant annet på grunn av demografiske endringer med flere eldre med synsutfordringer.

Av relevans for dette feltet er at Helsedirektoratet skal arbeide med å utrede hensiktsmessig oppgavedeling mellom optikere og øyeleger (TB2026-71), med mål om at legetjenesten inkludert fastlegene potensielt kan avlastes. I den forbindelse kan det være hensiktsmessig å inkludere betraktninger også om ortoptister. Det er svært mange barn som henvises til øyelege med spørsmål om redusert syn og/eller skjeling, i tillegg er det mange som har behov for vurdering på grunn av skjeling, samsynsproblematikk og redusert syn, uavhengig av alder. Dette er ortoptistenes spesialfelt.

Ortoptistene får autorisasjon som helsepersonell i Norge, men utdanningen finnes ikke her i landet. På grunn av mangel på ortoptister så importerer vi derfor ortoptister fra Tyskland, Storbritannia, Australia, Sveits eller Sverige, men trolig også fra andre land. Utdanningen er litt ulik fra land til land, i Sverige er den ett år, mens den i Australia er en to-årig masterutdannelse (altså må man ha en bachelorgrad først).

Helsedirektoratet bør derfor følge med på utviklingen både for utdanningen av optikere og tilfanget av ortoptister videre framover.

¹¹ Alne, Ragnar; Vika, Karl Solbue; Høst, Håkon (2023) Høy arbeidsmarkedsrelevans i fagskoleutdanningene: Kandidatundersøkelse for fagskoleutdannede i 2019 og 2020. Tilgjengelig: <https://hdl.handle.net/11250/3054384>

Tabell 30. Nøkkeltall for optikere. 2020-2025

	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Fullførte grader	70	70	70	55	50	65
Antall studieplasser					90	90
Antall nye autorisasjoner	86	76	81	77	61	72
Andel nye autorisasjoner med utdanning fra utlandet	16 %	12 %	10 %	25 %	16,4 %	9,7 %
Antall sysselsatte					2145	2147
Andel sysselsatte innen helse- og sosialtjenester					12,0 %	11,9 %
Andel sysselsatte 55 år+ innen helse- og sosialtjenester					18,7 %	21,9 %

Kilde: Utdanningsdirektoratets statistikkbank, Helsedirektoratet og SSB.

6.3 Ambulansearbeidere og paramedisin

Ambulansearbeiderfaget

Ambulansearbeiderfaget er en utdanning på videregående nivå med to år i skole og to år i lære. 193 personer oppnådde fagbrev i ambulansefaget i 2025, det er en nedgang over hele perioden fra 2018.

Ambulansetjenesten styres og koordineres av landets 16 AMK-sentraler. AMK-sentralene bemannes med sykepleiere (medisinske operatører) og ambulansearbeidere (ressurskoordinatorer) Helsedirektoratet har registrert en betydelig økning i antallet henvendelser til landets AMK-sentraler og at flere sliter med rekrutteringsproblemer. Høyt arbeidspress påvirker operatørenes evne til å gjøre gode vurderinger og prioriteringer av om de skal sende ambulanse og med hvilken prioritet (akutt, dvs. blålys og sirener – eller ikke akutt). Mangel på gode vurderinger og prioriteringer kan både føre undertriagering og overtriagering. Undertriagering i AMK innebærer at det ikke sendes ut riktige eller tilstrekkelige akuttmedisinske ressurser, eller at oppdraget ikke gis høy nok prioritet (hastegrad). Tilsvarende defineres overtriage som utsending av flere akuttmedisinske ressurser, eller ressurser med høyere hastegrad enn hva som er nødvendig. Det er derfor viktig med tilstrekkelig bemanning og akuttmedisinsk kompetanse i AMK for å hindre økt press på ambulansetjenesten.

I alt var det 4665 sysselsatte ambulansearbeidere i 2025. Av disse var 77 prosent i helse- og sosialtjenesten.

Tabell 31. Nøkkeltall for ambulansearbeiderfaget. 2018-2025.

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Oppnådde fagbrev	279	258	221	210	225	222	212	193
Antall nye autorisasjoner	340	327	300	329	269	244	260	236
Andel nye autorisasjoner med utdanning fra utlandet	2,3%	1,5%	2,3%	1,8%	3,0%	1,2%	3,1%	2,5 %
Antall sysselsatte						5171 ^{a)}	4884 ^{a)}	4665
Andel sysselsatte innen helse- og sosialtjenester						79,2%	77,9%	76,8 %
Andel sysselsatte 55 år+ innen helse- og sosialtjenester						15,6%	16,8%	17,2 %

Kilde: Utdanningsdirektoratets statistikkbank, Helsedirektoratet og SSB

a) Vi rakk ikke å få fullstendig bekreftet at dette er korrekte tall

Paramedisinutdanningen

Bachelorgraden i paramedisin er en relativt ny utdanning og nær alle sysselsatte er under 55 år. Antall sysselsatte har økt kraftig, fra 260 i 2022 til 1737 i 2025, etter at det kom ut en spesielt stor gruppe med autorisasjon i 2024. Av disse var 91 prosent sysselsatt i helse- og sosialtjenesten. Praktisk talt alle har fått autorisasjon med utdanning fra Norge så langt.

Tabell 32. Nøkkeltall for paramedisinere 2020-2025

	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Fullførte grader	45	100	115	110	160	110
Antall nye autorisasjoner			269	191	860	501
Sysselsatte			260	445	1211	1737
Andel nye autorisasjoner med utdanning fra utlandet			0,4%	0%	0,3%	0,8 %
Andel sysselsatte innen helse- og sosialtjenester				92%	93%	91,0 %
Andel sysselsatte 55 år+ innen helse- og sosialtjenester				0%	6%	10,1 %

Kilde: Utdanningsdirektoratets statistikkbank, Helsedirektoratet og SSB.

Tabellen er mangelfull da paramedisin er en ny utdanning.

Ambulansearbeiderfaget og paramedisin må sees i sammenheng

Bachelorutdanningen i paramedisin har vært svært populær, og antallet kandidater med fullført utdanning har økt mye de siste årene. Samlet sett vil man dermed få økt tilgang til ambulansepersonell de neste årene, selv om antallet ambulansearbeidere er litt nedadgående. Det er etablert en overgangsordning hvor personell med tilsvarende utdanning kan søke autorisasjon

som paramedisiner. Eks. Helse Sør-Øst har tidligere påpekt at det kan gjøre det vanskelig å vurdere utdanningskapasiteten opp mot det reelle behovet.

Flere helseforetak har påpekt at det er viktig å se de to gruppene i sammenheng.

Helse Sør-Øst trekker i år fram paramedisin som et studium som bør vurderes med tanke på kapasitet, og peker på at man må nasjonalt se på studieplassene her opp mot studieplasser for ambulansefaget. De vurderer at en økning i studieplasser i paramedisin på sikt vil fortrenge ambulansefagarbeiderne, noe som ikke er i tråd med politiske føringer om å bygge på fagarbeidernes kompetanse. De har ellers tidligere meldt at utdanningen til de prehospitale tjenester synes tilfredsstillende.

Helse Nord har ikke meldt om endret behov. De er opptatt av at det skal være en god balanse i kompetansetilførselen fra begge utdanningsløpene. De har tidligere meldt en bekymring for at paramedisin kan fortrenge yrkesfag og ønsker en bedre dialog med UH-sektoren om dimensjonering av Helse Nords behov. De har tidligere påpekt at praksisplasser er en begrensende faktor i nord.

Helse Midt-Norge har ikke meldt om økt behov for paramedisinere.

Helse Vest publiserte i 2025 en egen rapport om "Bærekraftig utvikling for ambulansetjenesten på Vestlandet"¹², og vi viser til den for flere detaljer. De regner med å ha en fortsatt økning i behovet for ambulansetjenester framover, og mener at dagens organisering av tjenestene ikke vil være bærekraftig. Tiltak som settes inn bør rettes mot god oppgavedeling i team, og tett samarbeid mellom yrkesgrupper og det akuttmedisinske nettverket. Gode IKT-løsninger må videreutvikles. Slik kan man bidra til god utnyttelse av akuttmedisinske ressurser. Samtidig er det viktig å sikre trygge medarbeidere som får jevnlig påfyll av faglig kompetanse, tilpassede arbeidsplaner og sikrer kvaliteten i tjenestene. Helse Vest ser fortsatt for seg at man vil behøve vekst i ambulansepersonell (nå overveiende ambulansefagarbeidere), men behovet mot 2040 kan da øke med mer bærekraftige 19,1 prosent, i stedet for en økning på 29 prosent med dagens situasjon.

6.4 Helsefagarbeidere

Helsedirektoratet anbefaler, under tvil, ikke at det opprettes flere utdanningsplasser for helsefagarbeidere (på videregående skole) for 2028. Antall utdannede helsefagarbeidere må økes, men andre forhold knyttet til økning i læreplasser, flere muligheter for kvalifisering o.a. synes mer relevant, og det må jobbes med å øke utdanningens og yrkets attraktivitet.

Overordnet vurdering

Det er stort behov for flere helsefagarbeidere allerede i dag, og de nye Helsemod-framskrivningene antyder at det vil bli enda større behov framover. Estimert mangel i 2040 har økt med 1900, til 25 900 årsverk, og de er nå den gruppen helsepersonell det framskrives størst mangel på. Det er viktig å få til en økning i antall utdannede helsefagarbeidere framover, og Helsedirektoratet støtter dette målet slik det står i Helsepersonellplan 2040.

¹² https://www.helse-vest.no/4ab124/siteassets/rapporter/berekraftsrapportar/barekraftig-utvikling-for-ambulansetjenesten-i-helse-vest_sluttrapport-med-vedlegg.pdf

Tall fra utdanningsdirektoratet viste at de fleste fikk tilbud om sitt første ønske på helse- og oppvekstfag (vg1) (82,9 prosent) og til helsearbeiderfaget på vg2 (91,8 prosent) i 2025. Antall skoleplasser på videregående nivå synes derfor å være tilnærmet tilstrekkelig, men det er relativt få som fortsetter og fullfører fagbrev som helsefagarbeidere fra dette nivået. Under 30 prosent av elevene som går på VG2 helsefagarbeidere velger å gå videre med opplæring i bedrift (lærling). Slik utviklingen er og har vært de siste årene, er tjenestene helt avhengig av at voksne, og personer som allerede jobber i tjenestene, kvalifiserer seg til å bli helsefagarbeidere.

Helsedirektoratet ønsker velkommen det arbeidet som nå skal gjøres under Helsepersonellplan 2040. De to arbeidsgruppene som skal se på tiltak for å gjøre arbeidsplassene for helsefagarbeidere mer attraktive, og hva som kan gjøres innenfor eksisterende reguleringer, er viktige. Samtidig er det positivt at det skal opprettes flere læreplaner, og at kvaliteten i lærlingeordningen skal forbedres.

Antallet sysselsatte har gått ned fra 91 458 i 2024 til 84 345 i 2025. Dette er en stor nedgang på ett år, og situasjonen bør følges nøye. En relativt stor andel av de sysselsatte helsefagarbeiderne i helse- og sosialtjenestene er 55 år og over, noe som betyr at mange vil gå ut med pensjon innen altfor lenge. Antallet som får autorisasjon er noe nedadgående, mens det man behøver er en tydelig vekst.

En positiv utvikling er at det ser ut til å være en økning i stillingsstørrelse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

NAVs bedriftsundersøkelse viser en estimert mangel på 3650 helsefagarbeidere i 2026, slik at de nå er den gruppen det meldes om aller størst mangel på. Kommunesektorens arbeidsgivermonitor for 2025 viste at i alt 54 prosent rapporterte at det var "meget" eller "ganske" utfordrende å rekruttere helsefagarbeidere. Det var en svak forbedring fra 2023. Statsforvalterne i Troms og Finnmark; Nordland; Innlandet; Agder; Buskerud, Østfold, Akershus og Oslo; Vestland og Trøndelag melder i 2026 om kommuner som hadde rekrutteringsutfordringer i 2025 når det gjelder helsefagarbeidere.

Helse Sør-Øst skriver i år at de støtter arbeid med å øke attraktiviteten til utdanningen og yrke, og tilrettelegging for voksne som tar utdanningen. Samtidig erfarer de at ikke alle veier til fagbrev ivaretar kvaliteten i opplæringen og faget, og påpeker at man ikke må miste det for øyet. De trekker fram at en revisjon av fagplanene kan være på sin plass. Helse Nord har meldt behov for å økt utdanningskapasitet for helsefagarbeidere som følge av satsing på yrkesfag og ny oppgavefordeling. De ser at svikt i rekruttering og nedleggelse av utdanningstilbud kan være til hinder for økning. Helse Midt-Norge har ikke trukket fram helsefagarbeidere i sine siste innspill. Flere viser til rapporten «Bærekraftig utvikling for ABIOK-sykepleiere, jordmødre, sykepleiere og helsefagarbeidere» (Helse Vest RHF 2025).

Helse Vest har anbefalt noen år at utdanningskapasiteten økes både på kort og lang sikt, og at dette er nødvendig for å nå målene og bedre oppgavefordelingen. I år skriver RHFet at de mener antall studieplasser må økes, og at tilbud om studiespesialisering må holdes noe tilbake. De trekker fram dimensjoneringen i Fylkeskommunene, og at det må skje i dialog med foretakene (som også må engasjere seg mer). Helsedirektoratet tolker dette som at vi er noe uenige om hvorvidt det er antall studieplasser som bør økes, eller mer antall læreplaner slik vi mener, og noterer det.

Utfordringene er størst i kommunene, men etter hvert som flere helsefagarbeidere ønskes inn i sykehusene er det viktig å forsøke å unngå en uheldig konkurransesituasjon mellom de to nivåene.

Tabell 33. Nøkkeltall for helsefagarbeidere. 2018-2025.

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Oppnådde fagbrev	3 486	3 799	3 805	4 554	4 342	4 349	4 229	4064
Antall nye autorisasjoner	4212	4350	4798	4986	4960	4918	4912	4807
Andel nye autorisasjoner med utdanning fra utlandet	6,7%	5,8%	2,8%	4%	7%	8,5%	9,6%	9,8 %
Antall sysselsatte	89 205	89 440	88 852	89 871	90 485	91 034	91 458	84345
Andel sysselsatte innen helse- og sosialtjenester						84,4%	84,4%	85,8 %
Andel sysselsatte 55 år+ innen helse- og sosialtjenester						33,4%	33,5%	33,0 %

Kilde: Utdanningsdirektoratets statistikkbank, Helsedirektoratet og SSB.

Sysselsatte inkluderer Helsefagarbeidere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere.

6.5 Helsesekretærer

Helsedirektoratet anbefaler at utdanningskapasiteten for helsesekretærer økes, med ca. 50 plasser. Det er lav tilflyt av nyutdannede sett i lys av at mange vil gå av med pensjon de nærmeste årene.

Overordnet vurdering

Helsesekretærutdanningen er en treårig utdanning på videregående skole. 651 personer fikk autorisasjon i 2025, så å si alle med utdanning fra Norge.

Antallet sysselsatte helsesekretærer har økt med om lag 1000 fra 2018 til 2025. I alt 77 prosent av helsesekretærene jobber i helse- og sosialtjenestene. Videre er 29 prosent av helsesekretærene i helse- og sosialtjenestene 55 år eller eldre, en økning fra 21,5 prosent i 2016.

I Helsemod-framskrivningene framskrives tilbud og etterspørsel for helsesekretærer og tannhelsesekretærer samlet (tannhelsesekretærer omtales nærmere over). *Det er viktig å merke seg at for akkurat denne kategorien så kan det være inkludert noen personer som ikke har autorisasjon.*

Mange i denne yrkesgruppen er over 55 år og nærmer seg pensjonsalder og de er flere enn de nye som utdannes. De nye framskrivningene tyder heldigvis på at mangelen i 2040 ikke vil bli like stor som antatt før, men er allikevel på 2100 årsverk for helsesekretærer og tannhelsesekretærer sammenlagt.

I NAVs bedriftsundersøkelse i 2026 estimeres en mangel på 50 helsesekretærer, noe som er en nedgang fra de foregående årene.

Både Helse Vest, Helse Sør-Øst og Helse Nord har i løpet av de siste årene pekt på behov for flere helsesekretærer. Grappa framheves som viktig i ny oppgavedeling, og de kan frigjøre andre personellressurser. Helse Sør-Øst skriver i år at de støtter en økning i studieplasser, og legger til at man burde se nærmere på utdanningens innhold. Den kunne tilpasses tjenestens behov bedre ved å ha økt fokus på kunstig intelligens og logistikk. Helse Nord påpeker at tilgangen svekkes gjennom nedleggelse av videregående linjer flere steder. Helse Vest skriver i år at de støtter forslaget om opptrapping. De trekker fram at RHFene må bidra til samtaler om rett dimensjonering i Kompetanseutvalgene, og at HFene må bidra til oppmerksomhet om og god rekruttering til yrket sammen med Fylkeskommunen. Kun Helse Midt-Norge har ikke nevnt helsesekretærer i sine siste innspill.

Tabell 34. Nøkkeltall for helsesekretærer. 2018-2025

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Antall nye autorisasjoner	534	519	588	629	662	757	661	651
Andel nye autorisasjoner med utdanning fra utlandet	0,7%	0,7%	0,8%	1,1%	0,6%	0,3%	0,6%	0,5 %
Antall sysselsatte	11 838	11 995	12 030	12 263	12 436	12657	12820	12835
Andel sysselsatte innen helse- og sosialtjenester						77	77,4	77,4 %
Andel sysselsatte 55 år+ innen helse- og sosialtjenester						28,9	29,4	30,3 %

Kilde: SSB, Helsedirektoratet

6.6 Ortopediteknikk

Ortopediteknikere produserer, justerer og reparerer ortopediske hjelpemidler til brukere som mangler en kroppsdel, eller er for å gjenopprette tapt funksjon i en kroppsdel. Utdanningen er yrkesfaglig i videregående opplæring, og ender i fagbrev. Ortopediteknikere samarbeider med ortopediingeniøren i tilvirkning av ortopediske hjelpemidler.

Antall oppnådde fagbrev i ortopediteknikkfaget var 11 i 2025. Antallet har variert mellom 8 og 16 siden 2018.

Tabell 35. Oppnådde fagbrev i ortopediteknikkfaget. 2018-2025.

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Ortopediteknikkfaget	12	10	15	10	8	16	12	11

Kilde: Utdanningsdirektoratets statistikkbank.

I 2024 var 12 ortopedilæringer under kontrakt ifølge Utdanningsdirektoratet.

6.7 Portører

Portørutdanningen er yrkesfaglig i videregående opplæring. Portører transporterer pasienter, medisiner og utstyr på sykehus, sykehjem eller andre institusjoner. Portørfaget ble vedtatt som nytt lærefag i 2015. 51 personer fullførte portørfaget (vg3) i 2024-25. Portørkompetansen er sentral med hensyn til oppgavedeling, jfr. Fafo-rapporten «Ny oppgavedeling i helse- og omsorgssektoren» (FAFO 2023).

Helse Vest har tidligere meldt fra Helse Stavanger at det er et stabilt tall for lærlinger og stadig økende antall med fagbrev grunnet tilrettelegging for voksne medarbeidere. De trekker fram portørene som en viktig gruppe i god oppgavedeling, og at de er på vei til å få mange viktige oppgaver i pasientforløp/pasient flyt og logistikk. Eks. i bærekraftsrapporten om ABIOK-sykepleiere m.fl. trekkes portørene fram som en av gruppene det behøves flere av framover. I rapporten trekker man fram at antall lærlingeplasser bør økes, men vi forstår det da slik at det er disse plassene og overgangen dit, heller enn antall studieplasser, som bør økes for å få flere portører. Verken Helse Nord, Helse Sør-Øst eller Helse Midt-Norge har i det siste meldt om behov for justeringer av utdanningskapasitet for portører.

Tabell 36. Oppnådde fagbrev i portørfaget. 2018-2025.

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Portørfaget	53	47	28	56	44	61	51	51

Kilde: Utdanningsdirektoratets statistikkbank

6.8 Sosialfaglig kompetanse

I tillegg til de rent helsefaglige utdanningene har Helsedirektoratet også trukket fram de sosialfaglige utdanningene (eks. sosionomer og barnevernspedagoger). Dette er profesjoner som utgjør en stor del av helse- og omsorgstjenesten, særlig innen rus- og psykisk helse. I forarbeidene til helselovgivningen er sosialfaglig kompetanse trukket fram mange ganger: Prop. 91 L (2010– 2011).

De sosialfaglige profesjonene kan avlaste helseprofesjonene og tilføre tjenestene et mer helhetlig perspektiv. Sosialfaglig kompetanse i sykehusene kan bidra med støttesamtaler, råd- og veiledning om økonomi, bolig, familie og velferdstjenester, som kan være avgjørende for pasientene. Sosialfaglig kompetanse er viktig for koordineringen mellom nivåene i helsetjenesten og for å oppnå helhetlige pasientforløp. Helse- og sosialfaglig kompetanse må sees i sammenheng dersom man skal få til gode helse- og omsorgstjenester, også ved noe mer begrenset vekst i antall helsepersonell.

Helse Midt-Norge hadde i 2024 et eget innspill om behov for **logoped**, og vi henviser til dette for flere detaljer. De påpekte at det var mangel på logopedkompetanse i Norge, og at mangel i kommunene også vanskeliggjør optimal oppfølging etter sykehusbehandling. De mente blant annet at det var for stort sprik mellom utdanningene hos de ulike lærestedene, og ønsket at logopedutdanningen tas inn i RETHOS-prosjektet. Helsedirektoratet viser ellers til rapporter tidligere oversendt HOD om logopeditjenestene, der bl.a. autorisasjon av logopeder som helsepersonell er tatt opp som en mulighet for å styrke logopedtjenester.

Helsedirektoratet ser fram til at SSB skal utforske mer alle gruppene som ikke er inkludert i dagens Helsemod, slik det leges opp til i Helsepersonellplan 2040.

6.9 Digital kompetanse og teknologiforståelse

Digital kompetanse og teknologiforståelse er en kritisk faktor for digital transformasjon av helse- og omsorgstjenestene. Digital kompetanse er generelt sterkt etterspurt i helse- og omsorgstjenestene og blant studenter, helsepersonell og helseledere i grunn-, videre-, og etterutdanning. Vi ser samtidig at det er utfordrende å etablere arbeidslivsrelevante utdanningstilbud på kompetanseområdet, slik bl.a. Digitaliseringsdirektoratet, Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse og Kompetansebehovsutvalget påpeker.

Økt digital kompetanse kan oppnås blant annet ved at grunnutdanningen på Universitets- og høyskolenivå inkluderer gode læringsutbytter og læringsaktiviteter i sine læreplaner, at digital kompetanseheving i egen arbeidsstyrke skjer i egen regi eller ved bruk av relevante videre- og etterutdanningstilbud, eller at helse- og omsorgstjenestene ansetter personell med bakgrunn i teknologifag som har kjennskap til helsefag og kunnskap om helse- og omsorgstjenesten (system- og hybridkompetanse).

Vi har fortsatt ikke god nasjonal oversikt eller innsikt i hva som er status og vurdering av utdanningsbehov/- kapasitet langs disse dimensjonene i helse- og omsorgssektoren, slik at vi kan tallfeste behov i dette notatet.

Den nylig publiserte stortingsmelding om yrkesfagutdanningene er et godt kunnskapsgrunnlag for å styrke grunnutdanningene ved å inkludere digital kompetanse og teknologiforståelse som viktige læringsmål. KPMG sin rapport om evalueringen av styringssystemet for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS) fra januar 2025 gir innsikt om behov for ytterligere revisjon og presiseringer i retningslinjene for helse- og sosialfagutdanningene og for å løfte digital kompetanse og teknologiforståelse som læringsutbytter, og vi mener det er positivt at slike læringsmål blant annet er foreslått inn i sykepleier bachelor. Vi ser også at revisjon av retningslinjen for sykepleierutdanningen har innlemmet læringsutbytter om digitalisering og teknologi tydeligere i tråd med den raske teknologiske utviklingen som skjer.

Gjennom Kompetanseutvalgets temarapport om *Framtidige kompetansebehov: Hvilken kompetanse trenger Norge for å lykkes med digital omstilling*¹³ og utvalget om kunstig intelligens i høyere utdanning (Malthe-Sørensen-utvalget¹⁴) sine notater og endelig rapport i desember 2026 har vi, og vil få, mer kunnskap om arbeidslivets og utdanningsinstitusjonene sitt arbeid for å møte arbeidslivsrelevante kunnskapsbehov.

¹³ [Kompetansebehovsutvalget](#): Framtidige kompetansebehov: Hvilken kompetanse trenger Norge for å lykkes med digital omstilling? (Temarapport 31.12.2026)

¹⁴ [Malthe- Sørensen utvalget](#)

Statistikk som benyttes i notatet

Dette notatet benytter en rekke ulike statistikkilder. Noe av statistikken er offentlig tilgjengelig, men det meste har Helsedirektoratet bestilt fra Statistisk sentralbyrå (SSB), Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse (HK-dir), NAV og KS. Disse dataleverandørene er ikke ansvarlige for analysen av dataene eller de tolkninger som gjort av Helsedirektoratet.

Vi har bestilt sysselsettingsstatistikk for helse- og sosialpersonell fra SSB. SSB har aggregert statistikk om sysselsatte i helse- og sosialtjenester. Dette omfatter noen tjenester som ikke er helse- og omsorgstjenester, for eksempel barnehage og SFO. Når vi refererer til SSBs statistikk, må vi derfor bruke begrepet helse- og sosialtjenester.

Vi benytter NAVs bedriftsundersøkelse for å beskrive estimert mangel på de ulike helsepersonell-gruppene.

Vi benytter statistikk fra Kommunesektorens arbeidsgivermonitor for å beskrive kommunenes behov og rekrutteringsutfordringer. For enkelte yrkesgrupper supplerer vi med kvalitative vurderinger fra statsforvalternes årsrapporter.

Vi benytter statistikk fra Helsepersonellregisteret (HPR) til å beskrive nye autorisasjoner som helsepersonell. Dette benyttes blant annet også for å følge med på tilgangen på helsepersonell med utdanning fra utlandet.

Vi benytter data fra stillingsportalen for LIS1-stillinger til å beskrive utviklingen i antall søkere og ansatte i første del av legenes spesialistutdanning (LIS1).

Vi benytter SSBs Helsemod-framskrivninger i vurderingene av framtidige behov.

Vi benytter statistikk om høyere utdanning som er levert av Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse og er hentet fra *Database for statistikk om høyere utdanning*.

Statistikk for lærlinger og fagbrev er hentet fra Utdanningsdirektoratets statistikkbank. Statistikk for fullført videregående opplæring utenom fagbrev er bestilt fra SSB.

Referanser og kilder

Arbeids- og velferdsdirektoratet. NAVs bedriftsundersøkelse 2025: Stor mangel på folk med fagbrev Rapport4, 2025.

Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse (HK-dir) (2021). *Behov for IKT-kompetanse i Norge*.

Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse (HK-dir) (2023a) *Kartlegging av utvikling i opptak, gjennomføring, kandidatproduksjon og praksisplasser for sykepleieutdanninger*. Notat nr.03/2023.

Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse (HK-dir) (2023b). Dimensjonering av høyere utdanning. Kartlegging av kunnskapsbehov og vurdering av tiltak. Rapport nr 7/2023.

Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse (HK-dir) (2024) *Fremtidens kompetansekrav. Kunnskapsgrunnlag for kompetansepolitikken 2023*.

Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten (2023). *Gjennomgang av allmennlegetjenesten. Ekspertutvalgets rapport*.

Ergoterapeutene (2023). *Ergoterapidekninga i landets kommuner varierer stort*.

Fafo (2021) *Et tjenesteområde i utvikling. Evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet. Resultatrapport*. 2021:17

Fafo (2022). Seniorer i sykehussektoren: Hvordan beholde seniorene og deres kompetanse.

Fafo (2023a). *Ny oppgavedeling i helse- og omsorgssektoren. En undersøkelse blant helsefagarbeidere, helsesekretærer og portører*.

Fafo (2023b). *Hva koster heltid, egentlig?*

FHI (2023) *Framtidens utfordringer for folkehelsen*

Helsedirektoratet (2012). *Ernæringskompetanse i helse- og omsorgstjenesten*. Oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet 2009-2012.

Helsedirektoratet (2020a). *Praksis i kommunene – En økonomisk og administrativ utredning*.

Helsedirektoratet (2020b) *Fleksible utdanninger – et virkemiddel i rekrutteringen av helsepersonell?*

Helsedirektoratet (2020c) *Utredning av tilbud til hørselshemmede*.

Helsedirektoratet (2020d). *Endring i fødepopulasjon og konsekvenser for bemanning og finansieringssystem*. Rapport oversendt til Helse- og omsorgsdepartementet mars 2020. IS-2895.

Helsedirektoratet (2020e). *Forslag til organisering og innføring av tilbud om NIPT og ultralydundersøkelser i første trimester*.

Helsedirektoratet (2021a). *Tilgang på og behov for jordmødre*. Analysenotat.

Helsedirektoratet (2021b). *Tilgang på og behov for helsesykepleiere*. Analysenotat.

Helsedirektoratet (2022a). *Utrede etablering av praksiskontor*.

Helsedirektoratet (2022b) *Kvalifisering av personell uten helse- og sosialfaglig utdanning – avsluttende rapport*.

Helsedirektoratet (2023 Upublisert). *Estimert mangel på helsepersonell - en grafisk framstilling av resultatene fra NAVs bedriftsundersøkelser.*

Helsedirektoratet (2023 Upublisert). *Utfordringer med å rekruttere helsepersonell i kommunene - en grafisk framstilling av resultatene fra Kommunesektorens arbeidsgivermonitor.*

Helsedirektoratet (2023c) *Evaluering og anbefaling om Medisinstart og kommunikasjon mellom fastlegekontor og apotek.* Utarbeidet av Menon Economics på oppdrag fra Helsedirektoratet.

Helse- og omsorgsdepartementet (2010). Prop. 91 L (2010–2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven).*

Helse- og omsorgsdepartementet (2015). Prop. 15 (2015-2016). *Opptappingsplanen for rusfeltet (2016– 2020).*

Helse- og omsorgsdepartementet (2021). *God og riktig mat hele livet. Nasjonal strategi for godt kosthold og ernæring hos eldre i sykehjem og som mottar hjemmetjenester.*

Helse- og omsorgsdepartementet (2022). *Opptappingsplan for heltid og bemanning i omsorgstjenesten.*

Helse- og omsorgsdepartementet (2024). Meld. St. 9 (2023-2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027. Vår felles helsetjeneste.*

Helse- og omsorgsdepartementet (2026). Meld. St. 11 (2025-2026). *Helsepersonellplan 2040.*

Helse Vest RHF (2022b). Felles regional rapport. *Etablere bærekraftig og utvikling for intensivsykepleie. Hva kan vi gjøre for å dekke framtidig behov for intensivsykepleierkompetanse på en bærekraftig måte?*

Helse Vest RHF (2022b). *Ekstern Turnover. Faktabasert kunnskapsgrunnlag. Et viktig grunnlag for de rette tiltakene.*

Helse Vest RHF (2025). *Bærekraftig utvikling for ABLOK-sykepleiere, jordmødre, sykepleiere og helsefagarbeidere.*

Khrono (2023) *815 ledige plasser for studenter i sykepleie.* Artikkel publisert 14.09.23

KPMG (2020). *Kartlegging av teknologi, innovasjon og entreprenørskap i helsefaglig høyere utdanning i Norge.* Oppdrag på vegne av Helse- og omsorgsdepartementet.

KPMG og Samfunnsøkonomisk analyse (2023). Delrapport sitert i Profesjonsmeldingen.

Kulturdepartementet (2019) *Et samfunn for alle - Likestilling, demokrati og menneskerettigheter Regjeringens handlingsplan for likestilling av personer med funksjonsnedsettelse 2020–2025*

Lovdata: *Forskrift om nasjonal retningslinje for jordmorutdanning.* Ikrafttredelse 01.08.2023.

Meld. St. 7 (2019 –2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 – 2023.*

Meld. St. 19 (2020 –2021) *Styringsmeldingen.*

Meld. St. 14 (2022 –2023) *Utsynsmeldingen.*

Meld. St. 19 (2023 –2024) *Profesjonsnære utdanningar over heile landet.*

Meld. St. 23 (2022-2023) *Opptappingsplan for psykisk helse 2023-2033.*

Meld. St. 31 (2023-2024) *Perspektivmeldingen 2024*.

Meld.St.9 (2023-2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027*. Vår felles helsetjeneste.

Menon Economics (2023). *Variasjon i kommunesektorens utfordringer*. Rapport 49/2023.

NOKUT (2022) *Evaluering av implementering av RETHOS for studieprogrammene i psykologi*. Rapport 7/2022

Nord Universitet (2023) *Status og posisjon for sosialfaglige perspektiv og kompetanse i helse- og velferdstjenestene*. FoU-rapport nr.89.

NOU 2022:17. *Veier inn – ny modell for opptak til universiteter og høyskoler*.

NOU 2023:2. *Fremtidens apotek - fleksibelt og forsvarlig*.

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

NOU 2023:17. *Nå er det alvor – rustet for en usikker framtid*.

Oslo Economics (2022). *Psykiske helsetjenester og tilgang til psykologtjenester i Norge. En analyse av tilgang til og fordeling av helsetjenester for psykiske lidelser og psykologenes rolle i tjenestetilbudet*.

Oslo Economics (2023). *Hva motiverer eldre arbeidstakere i helse- og omsorgstjenesten til å stå lengre i jobb?*

Oslo Economic (2023a) *Omfang og variasjon i praksisplasser for helse- og sosialfagsstudenter i kommunene*. OE-rapport 2023-77.

Regjeringen (2022) *Avtale mellom regjeringen og KS om kvalitets- og kapasitetsøkning i praksis for helse- og sosialfagstudenter 2022-2025* [Avtale-om-kvalitet-og-kapasitetsokning-i-praksis-for-helse-og-sosialfagstudenter](#)

Riksrevisjonen (2024) *Rehabilitering i helse- og omsorgstjenestene*. Dokument 3:12 (2023–2024)

Sintef Helse (2020). *Hvordan påvirker digitalisering akademikeryrkene? En kikk inn i glasskulen* <https://www.akademikerne.no/2020/hoyt-utdannede-vil-ogsaa-oppleve-at-arbeidsoppgavene-endrer-seg-radikalt> (lest 15. juli 2024)

Sintef (2018). *Tilskudd til rekruttering av psykologer i kommunale helse- og omsorgstjenester. En devaluering i forbindelse med følgeevalueringen av Kompetanseløft 2020*. Rapport 2018-11-01.

Sintef (2023) *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2023: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene*.

SSB (2023). *Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2040*

Utdanningsdirektoratet (2024) *Faglig råd for Helse og oppvekstfag. Utviklingsredegjørelsen 2023-2024*.

WHO Europa (2022). *Health and care workforce in Europe: time to act*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Tabellvedlegg 1 estimert mangel på helsepersonell i NAVs bedriftsundersøkelse. 2015 – 2026

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Sykepleiere	1 850	2 350	3 300	3 600	4 550	4 500	4 300	5 350	5 900	4 650	3 750	2100	1850
Spesialsykepleiere	200	200	600	400	1 350	1 100	750	1 450	600	600	500	950	350
Helsefagarbeidere	1 050	650	900	1 400	2 200	2 650	1 950	1 900	2 600	2 700	3 100	3000	3650
Andre helseyrker	1 900	1 450	1 600	1 700	1 700	2 300	1 450	2 100	2 600	1 950	1 950	2100	1350
Allmennpraktiserende leger	-	50	50	50	200	100	50	100	300	400	100	150	100
Legespesialister		600	500	550	500	600	900	1 300	1 200	900	1 150	850	550
Psykologer ¹⁾		200	200	50	100	450	550	400	550	350	400	250	200
Vernepleiere		200	450	450	700	700	750	600	900	700	550	350	250
Jordmødre		50	-	-	-	200	100	150	100	100	50	50	100
Ambulansepersonell	-	100	-	-	-	-	50	-	350	-	-	50	50
Protese- og tannteknikere	-	-	-	50	100	-	50	-	50	-	-	50	-
Ledere av eldreomsorg	-	-	-	50	50	50	450	50	-	-	50	-	50
Ledere av helsetjenester	-	-	50	-	50	50	50	100	100	50	50	50	100
Helsesekretærer	-	-	-	100	-	50	-	50	200	50	100	200	50
Bioingeniører	-	-	-	50	-	-	50	200	150	250	350	200	250
Tannleger	-	-	-	-	-	50	-	-	50	-	50	-	-
Farmasøyter	50	50	50	-	-	0	-	-	50	-	50	50	-
Radiografer mv.	-	-	-	200	-	-	-	-	50	-	-	100	100
Fysioterapeuter	-	-	-	-	-	-	-	-	50	-	-	-	-
Tannpleiere	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	50	-	-

Kilde: NAVs bedriftsundersøkelser. Før 2015 ble undersøkelsen gjennomført både vår og høst. Tallene for 2012 til 2014 er hentet fra vårundersøkelsen. Fra og med 2015 samles dataene inn årlig, med publisering i mai. Rapporter med tall for 2003 til 2011 ligger på NAVs nettsider (PDF-format).

1) NAV benytter en internasjonal standard for yrkesklassifisering der psykologbegrepet inkluderer mer enn kliniske psykologer. Det meste av den observerte mangelen er i spesialisthelsetjenesten, slik at vi kan anta at kliniske psykologer utgjør det meste av mangelen.

Antall personer. NAV runder av til nærmere hele 50. Strek innebærer at estimert mangel var nærmere 0 enn 50. For usikkerheten rundt estimatene, målt med 95 prosent konfidensintervaller, se rapportene på NAVs nettside.

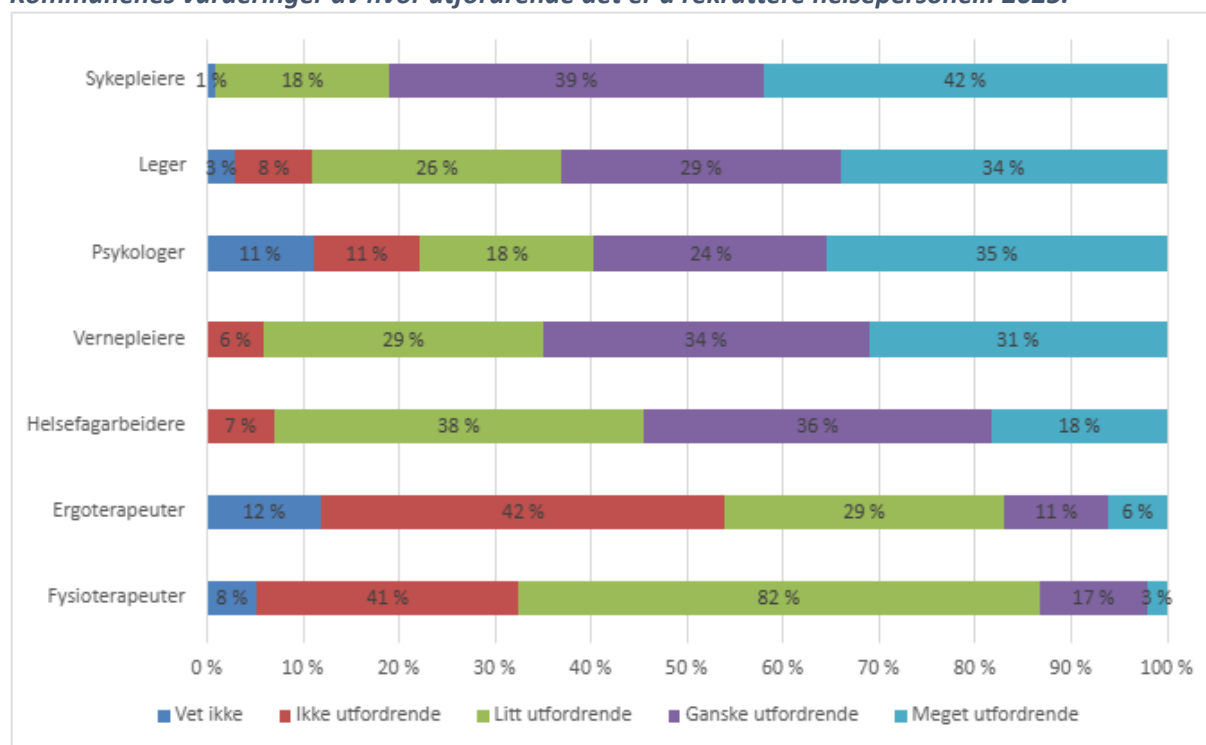
Tabellvedlegg 2 kommunesektorens arbeidsgivermonitor 2025

Kommunesektorens arbeidsgivermonitor er en statistikk- og faktapublikasjon som beskriver status og utviklingstrekk for aktuelle arbeidslivstema i kommuner og fylkeskommuner. Publikasjonen bygger på data fra ulike kilder, der hovedkilden er en landsomfattende spørreundersøkelse blant kommune- og fylkeskommunedirektører. KS spør blant annet hvor utfordrende kommunene vurderer at det er å rekruttere arbeidskraft innenfor ulike yrker.

I og med at svarene reflekterer hvilke yrkesgrupper det er vanskelig å rekruttere, kan det sees som et mål på en type ubalanse (tilbud og etterspørsel matcher ikke), som vi omtaler lengre ned. Men siden dette gir et godt innblikk i kommunenes spesielle utfordringer, og det kan være at problemet er skjevfordeling i landet heller enn mangel på personell totalt sett, presenterer vi den her under kommune-omtalen.

Figuren under viser resultatet fra arbeidsgivermonitoren for 2025. Figuren er sortert etter andelen av kommunene som vurderte det som "meget utfordrende", ganske, litt eller ikke utfordrende å rekruttere de ulike kategoriene helsepersonell.

Kommunenes vurderinger av hvor utfordrende det er å rekruttere helsepersonell. 2025.



N=157

Kilde: KS. Kommunesektorens arbeidsgivermonitor 2025.