

Årsrapport Kompetanseløft 2025 – utviklingstrekk og status 2024

Først publisert: 20. oktober 2025

Siste faglige endring: 20. oktober 2025

Innhold

1. Sammendrag	3
2. Innledning	6
3. Status i den kommunale helse- og omsorgstjensten	8
4. Status i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten	24
5. Innsatsområder for bærekraftige helse- og omsorgstjenester ... 28	
6. Vedlegg 1: Tabeller og figurer	37

Sammendrag

Kompetanseløft 2025 (K2025) sitt hovedmål er å bidra til en faglig sterk tjeneste, og til å sikre at den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten har en tilstrekkelig og kompetent bemanning. I denne årlige rapporten presenteres statistikk og analyser basert på en rekke ulike kilder knyttet til områder som har betydning for personellsituasjonen i disse tjenestene.

Utvikling, årsverk og sysselsatte

Utviklingen av årsverk og sysselsatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten har hatt en markant vekst fra 2015 til 2024. I denne perioden har antall årsverk økt med 25,1 prosent og antall sysselsatte med 13,6 prosent. Samtidig har det også vært en økning i antall årsverk per bruker i omsorgstjenesten fra 2023 til 2024.

Utviklingen i årsverk og sysselsatte og de demografiske endringene tilsier likevel at antallet ansatte per bruker vil minke i årene fremover. Utviklingen i omsorgstjenesten viser at det i 2024 var størst vekst i yrkesgruppene hjemmehjelpere og andre pleiemedarbeidere (4,3 prosent), samt gruppen barnevernspedagoger, miljøterapeuter og sosionomer (5,8 prosent). Det har vært liten vekst i antall sysselsatte sykepleiere (0,1 prosent) og antall helsefagarbeidere (2,3 prosent).

Det er omsorgstjenesten som har klart flest årsverk i de kommunale helse- og omsorgstjenestene med 89 prosent. Det er denne tjenesten som i store trekk vil få flere og større oppgaver når antallet brukere i aldersgruppen 80–89 år øker. Fra 2023–2024 økte antall tjenestemottakere i denne gruppen med over 3 prosent, noe som indikerer at denne gruppen tjenestemottakere om få år vil være den største.

Til tross for en økning i årsverk og antall sysselsatte på nasjonalt nivå, viser statistikken at kommunale helse- og omsorgstjenester fortsatt står overfor vedvarende og betydelige utfordringer knyttet til stabilisering og rekruttering av helsepersonell, både i sentrale og mer rurale områder. Dette utfordringsbildet kan blant annet tilskrives demografiske endringer, økt kompleksitet i kommunenes ansvarsområder, samt begrenset tilgang på kvalifisert arbeidskraft.

Stillingsstørrelse og heltidskultur

Det har i mange år vært viktig å fremme en heltidskultur i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Den positive veksten i antall årsverk, som er høyere enn antall sysselsatte, fortsetter også i 2024. Det indikerer at flere jobber i større stillinger. Den gjennomsnittlige stillingsstørrelsen til sykepleiere var 85 prosent og for helsefagarbeidere var den 79 prosent. Det kan forstås som at mange kommuner jobber godt for å øke stillingsstørrelsen og dermed jobber for å skape en heltidskultur. En konsekvens av at flere får større stillinger er at de ansatte som allerede jobber i tjenestene har mindre kapasitet til å påta seg merarbeid, og utviklingen tilsier at reservekapasiteten blir mindre per år. Det betyr at muligheten til å bruke denne reservekapasiteten for å øke kapasiteten i tjenestene, er i ferd med forsvinne.

Utdanning og kompetanseutvikling

Når det gjelder utdanning og kompetanseutvikling, er det en økning i innsøkingen til sykepleierutdanningen. Dette forklares delvis med at det ble gjort flere fritak fra karakterkravet i matematikk i 2024-opptaket. Behovet for sykepleiere er fortsatt stort, men om effekten av endringen har betydning for antall kandidater som fullfører utdanningen, vil først bli synlig om noen år. I Navs arbeidsmarkedsundersøkelse estimeres det nå at det er like stor mangel på helsefagarbeidere som sykepleiere. Dette er en utvikling som det er særlig viktig å adressere.

Mangelen på helsefagarbeidere er økende, og andelen elever som velger å bli lærlinger har gjennom flere år vært rett i underkant av 30 prosent av elevene på helse og oppvekstfag. Det betyr at det i fjor kun var 1938 som fikk fagbrev etter endt lærlingetid. Det er foreløpig en del som får fagbrev som helsefagarbeider gjennom praksiskandidatordningen, men tjenestene vil være avhengig av et tilfang av ungdom som velger helsefagarbeideryrket slik status er per i dag. Det er derfor viktig å øke kunnskapen om årsaker til at ungdom ikke velger å bli helsefagarbeidere.

Når det gjelder tjenestenes behov for kompetanseutvikling er det fortsatt et stort behov for å utdanne og videreutdanne ansatte på alle nivåer. Det er svært mange ansatte uten helse- og sosialfaglig utdanning som trenger opplæring og kompetanseheving. Tjenestene har utfordringer med å tilrettelegge for at ansatte skal kunne ta utdanning da det er svært vanskelig å få vikarer som kan erstatte ansatte som er under utdanning. Dette krever fleksible kompetanse- og utdanningsløp og det kan tyde på at utdanningsinstitusjonene i større grad må tilrettelegge for arbeidsintegreert læring som er tilpasset de uten helse- og sosialfaglig utdanning til mer spesialisert kompetanseutvikling på høyere gradsnivå.

Sykefravær og mobilitet

Sykefraværet i helse- og omsorgstjenestene er høyere enn i øvrige næringer. Fraværet er størst blant kvinner i aldersgruppen 25–39 år. En del av dette fraværet kan knyttes til graviditet og fravær i forbindelse med omsorg for barn. Risikofaktorer knyttet til annet sykefravær handler om blant annet arbeidstidsorganisering, høye jobbkrav og arbeidsmiljøfaktorer som mobbing, vold og trakassering. Vi viser til den nye NOU 2025:5 Kvinners arbeidshelse. Kunnskap og tiltak.

Mobiliteten blant ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene har holdt seg relativt stabil over tid, men ligger fortsatt høyere enn i spesialisthelsetjenesten og øvrige sektorer. Et betydelig antall av de som bytter jobb innen denne tjenesten, går videre til stillinger i samme sektor eller til andre relevante deler av helse- og omsorgsfeltet. Det gjelder også for ledere. Dette innebærer at få faktisk forlater den kommunale helse- og omsorgstjenesten, noe som isolert sett er positivt. Samtidig kan høy mobilitet internt bidra til redusert kontinuitet, og dermed påvirke både kvaliteten på tjenestene og arbeidsmiljøet negativt.

Den fylkeskommunale tannhelsetjenesten

Den fylkeskommunale tannhelsetjenesten har fått et økt pasienttilfang. Blant annet har lovfesting av unges rett til delvis dekning av tannlegekostnader betydning for omfanget pasienter i den offentlige tannhelsetjenesten. I tillegg har personer med rusmiddelavhengighet og innsatte i fengsler i kriminalomsorgen fått lovfestet rett til tannbehandling. Ssamtidig vil de demografiske endringene også kunne utløse rettigheter til tannhelsetjenester til flere pasienter. Det medfører behov for flere tannhelsesekretærer, tannpleiere og tannleger i fylkeskommunal tannhelsetjeneste, og utdanning og rekruttering til den fylkeskommunale tannhelsetjenesten må ta høyde for disse endringene.

Den fylkeskommunale tannhelsetjenesten har i mindre grad utfordringer med personell- og kompetansesituasjonen, sammenlignet med den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Personell- og kompetanseutfordringene i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten gjelder særlig innen sykefravær samt regionale rekrutteringsutfordringer og et økt pasienttilfang. Disse faktorene vil øke etterspørselen av tjenestene ytterligere.

En bærekraftig helse- og omsorgstjeneste

Sikring av tilstrekkelig og kompetent bemanning i helse- og omsorgstjenestene forutsetter målrettede og koordinerte innsatser på flere områder. Flere av disse innsatsene krever et styrket samarbeid på tvers av departementer og sektorer. For eksempel vil tiltak for å redusere sykefravær innebære et tettere samarbeid med Nav. Kompetanseutvikling, herunder styrking av kommunenes planleggingskapasitet, fagspesifikk kompetanse blant ansatte og rekruttering til helseutdanningene, fordrer et nært samarbeid med utdanningssektoren. Videre vil forebyggende tiltak som har som mål å redusere behovet for helsetjenester involvere aktører fra andre sektorer, inkludert frivilligheten og oppvekstsektoren.

Innad i helse- og omsorgstjenesten er det fortsatt viktig å understreke behovet for at kommunene har god kompetanse innen strategisk kompetanseplanlegging. Med gode kompetanseplaner som et grunnleggende fundament, kan dette bidra til at kommunene kan jobbe langsiktig og planmessig med sine bemanningsbehov. Slike planer har videre betydning for organisering av tjenestene der det fortsatt er viktig å jobbe med arbeidstidsorganisering, oppgavedeling og tverrfaglig samarbeid. Ny teknologi får også en stadig større betydning. Nye metoder, som digital hjemmeoppfølging og digital hjemmesykepleie, vil ikke lenger bare endre måten vi yter helsetjenester på, men også omforme hvem, hvor og hvordan tjenestene ytes.

Innledning

Kompetanseløft 2025 er i sitt siste år i den tredje planperioden. Det har vært en langsiktig innsats med mange tiltak innenfor en rekke innsatsområder. Siden forrige rapport i 2024 har den geopolitiske situasjonen bidratt til endringer som har betydning for helsepersonell i Norge. Dette handler blant annet om et økt beredskapsfokus, der helsepersonells kompetanse er en sentral og begrenset ressurs, både nasjonalt og internasjonalt. I denne sammenhengen påvirker den globale mangelen på helsepersonell også Norge. I tillegg har Norge et ansvar gjennom WHO-koden om internasjonal etisk rekruttering av helsepersonell. Dette betyr at det blant annet er viktig å jobbe nasjonalt med å utdanne og beholde egen kompetanse [1].

Siden forrige rapport har det også tilkommet flere nye strategiske planer som har betydning for helsepersonellsituasjonen i helse- og omsorgstjenestene. I denne sammenhengen nevner vi særlig [Meld. St. 23 \(2024-2025\). Fornye, forsterke forbedre. Framtidens allmennlegetjenester og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus \(regjeringen.no\)](#), hvor allmennlegetjenesten trekkes fram som en hjørnestein i helse- og omsorgstjenestene. Blant hovedgrepene i denne meldingen er tverrfaglige legekontor, digitale løsninger og bedre oppfølging av barn og unge, og satsningene i meldingen ses blant annet i sammenheng med [Opptappingsplan for heltid og god bemanning \(regjeringen.no\)](#) som følges opp gjennom Kompetanseløft 2025.

I [Bo trygt hjemme-reformen](#) sin første statusrapport for 2024 gis særlig organisering av arbeidet oppmerksomhet. Reformens innsatsområde knyttet til kompetente og myndiggjorte medarbeidere er det som ses spesifikt i sammenheng med Kompetanseløft 2025. Tiltak som løftes frem her er TØRN, tilskudd til veiledning av studenter og ansatte, nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten, Jobbvinner, ABC opplæringene og Menn i helse.

I andre sektorer, som utdanning og arbeids- og velferdssektoren, er det også endringer som påvirker arbeidet med personell og kompetanse i helse- og omsorgstjenestene. Innen utdanning har endringene i opplæringsloven og overgangen til modulstrukturert opplæring for voksne stor betydning for voksnes rett til, og mulighet til å ta et fagbrev. I tillegg vil [Meld. St. 11 \(2024-2025\) Fagfolk for en ny tid – med høyere yrkesfaglig utdanning \(regjeringen.no\)](#) kunne ha stor betydning i arbeidet med å tilby helsefagarbeidere formelle utdannings- og karriereløp. Når det gjelder arbeids- og velferdssektoren kan målsettingen i [Perspektivmeldingen 2024 \(regjeringen.no, PDF\)](#) om å få flere unge i arbeid, være en mulighet der helsesektoren også kan bidra.

I 2024 leverte tannhelseutvalget, som ble oppnevnt i 2022, sin utredning, [NOU 2024:18 En universell tannhelsetjeneste. Harmonisering, styring, og utvidet offentlig ansvar \(regjeringen.no\)](#). Utredningen har vært på høring og Helsedirektoratet har i sitt høringssvar blant annet etterlyst et bedre kunnskapsgrunnlag om befolkningens behov for tannhelsehjelp.

[1] Helsedirektoratet (2020)

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ansettelse-av-helsepersonell/helsemyndighetenes-ansvar/internasjon>

Leseveiledning av rapporten

I årets rapport, som tidligere år, redegjøres det for personellsituasjonen i de kommunale helse og omsorgstjenestene og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Rapporten beskriver pasient- og brukerpopulasjonen, mobilitet, sykefravær, utdannings- og kompetanseutvikling.

Rapporten inneholder liten grad av gjentakelser fra allerede leverte rapporter fra Kompetanseløft 2025. Leseren oppfordres til å se tidligere rapporter fra Kompetanseløft 2025 for ytterligere kontekst og innsikt utover denne rapportens fokus.

I det videre er rapporten innrettet med kapittel 3 som beskriver status i kommunal helse- og omsorgstjeneste, deretter kapittel 4 med status for fylkeskommunal tannhelsetjeneste. I kapittel 5 beskrives utvalgte fagområder og nasjonale og internasjonale perspektiver vi mener er viktig for å fremme en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste.

Tabeller og figurer er samlet i eget vedlegg, vedlegg 1. Tabellhenvisninger i rapporten brukes bokstaver (A-Å), og i referanser til vedlegget benyttes det tall (1, 2, 3 etc.) Det samme gjelder for figurreferanser.

Status i den kommunale helse- og omsorgstjensten

Rekruttering og utvikling i årsverk

Helse- og omsorgstjenesten sysselsetter mellom 15 og 20 prosent av arbeidstakerne i Norge. Som vist i figur A, har det vært en markant vekst i både antall årsverk og sysselsatte innen den kommunale helse- og omsorgstjenesten siden 2015. I løpet av denne perioden har antall årsverk økt med hele 38 700, noe som tilsvarer en vekst på 25,1 prosent. Samtidig har antall sysselsatte steget med 28 200 personer, en økning på 13,6 prosent. Denne utviklingen reflekterer både en økt etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester, og en styrking av kapasiteten i kommunene for å møte befolkningens behov.

Selv med denne veksten er helse- og omsorgstjenesten den næringen som rapporterer om størst mangel på arbeidskraft i [NAVs årlige bedriftsundersøkelse \(nav.no\)](#). Mangelen er i 2025 estimert til 11 450 personer, som er en nedgang på 2 350 fra 2024. Det er størst mangel på sykepleiere (2 100) og helsefagarbeidere (3 000). Det er en nedgang på 1 800 for sykepleiere og 100 for helsefagarbeidere, noe som betyr at det for første gang er estimert større mangel på helsefagarbeidere enn sykepleiere. Nytt i årets bedriftsundersøkelse er at Nav også kartlegger hvilken utdanning som er mest relevant for stillinger som det er problemer med å rekruttere til. For helse og omsorg er det mangel på 4 450 med utdanning på bachelornivå, 1 100 på fagskolenivå og 2 300 på videregående nivå.

[SSBs Helsemod \(2023\) \(ssb.no\)](#) har som beskrevet i tidligere rapporter estimerte en økende mangel på helsepersonell frem til 2040. [Perspektivmeldingen 2024 \(regjeringen.no\)](#) viser et behov for 180 000 flere personer i helse- og omsorgssektoren i 2060.

KS Arbeidsgivermonitor 2025 viser at 81 prosent av kommunene opplever det som meget eller ganske utfordrende å rekruttere sykepleiere, som er en nedgang fra 93 prosent i 2023. Selv om det dermed har blitt noe [lettere å få tak i sykepleiere og leger \(alltinget.no\)](#), viser undersøkelsen at rekruttering av helsefagarbeidere fortsatt er like vanskelig som tidligere. I tillegg oppgir 68 prosent av kommunene at de har tatt i bruk ulike insentivordninger, som lønnstillegg, boligtilbud, utdanningsmuligheter eller andre goder, for å tiltrekke seg helsepersonell.

[Internasjonalt er det også stor mangel på helsepersonell \(who.int\)](#), og da særlig sykepleiere og leger i allmennmedisin. Norge støtter og følger [WHO-koden for etisk internasjonal rekruttering av helsepersonell \(who.int\)](#). Det er ingen uttalt strategi i Norge å rekruttere helsepersonell fra utlandet, men mange kommer til Norge, og mange av vårt helsepersonell, særlig leger og tannleger, utdannes i utlandet. Det er viktig å planlegge for egne studieplasser for å dekke behov for fremtidig helsepersonell, både av hensyn til etiske prinsipper, samt nasjonal og global bærekraft i helsetjenestene.

Demografiske endringer

Utviklingen i pasientpopulasjonen

Pasientpopulasjonen er i vekst og under endring som følge av de kjente demografiske utviklingstrekkene. Etter en periode med flere yngre tjenestemottakere, har det de siste årene også vært en tydelig økning i antallet brukere over 80 år. Mange av de yngre brukerne har komplekse og sammensatte helseutfordringer, og har behov for tett oppfølging fra personell med helsefaglig kompetanse. I 2024 utgjorde tjenestemottakere under 67 år i underkant av 50 prosent av brukerne i hjemmetjenesten [2].

Rapportering fra kommunene på tilskuddsordningen «Særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester» i 2024 viser at antallet brukere under 67 år, som faller inn under ordningen, har økt fra 3 398 i 2004 til 8 655 i 2024, det vil si mer enn en dobling av antallet på 20 år. Det årlige utbetalingsbeløpet har økt fra 1 506 millioner kroner i 2004 til 13 504 millioner kroner i 2024. Tjenester til brukere som kategoriseres som særlig ressurskrevende skiller seg ut ved at en høy andel mottar praktisk bistand og helsetjenester i hjemmet, de har lavere dødelighet, nedsatt funksjonsevne og utfordringer med å ivareta husholdningsfunksjoner og egenomsorg [3].

Ifølge sist tilgjengelige [befolkningsframskriving fra Statistisk sentralbyrå \(SSB\)](#), vil det allerede i løpet av det neste tiåret være flere over 65 år, enn barn og unge mellom 0 og 19 år. Framskrivningene viser videre til en stagnasjon av personer i aldersgruppen fra 20–69 år.

Flere eldre og færre i yrkesaktiv alder gir en økt forsørgerbrøk (ibid.) og [én av fire aleneboende eldre har ingen familie i nærheten \(ssb.no\)](#). Denne stagnasjon i aldersgruppen 20–69 år sammen med det økte behovet for utdannet fagpersonell i alle bransjer, vil ha betydning for antallet personer som vil kunne jobbe i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og for antallet studenter som rekrutteres inn til utdanninger i helse- og sosialfagene [4]. Utviklingen med større andel eldre i befolkningssammensetningen vil videre føre til at et større antall personer vil kunne få behov for helse- og omsorgstjenester.

Antallet mottakere av omsorgstjenester har fra 2023 til 2024 økt med 0,6 prosent fra 399 500 til 401 700 (se vedlegg 1, tabell 51 og figur B). Med den demografiske utviklingen med en økt andel av befolkningen over 80 år, forventes en gradvis økt etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester de neste 30 til 40 årene (ibid.). Andelen av brukerne som har omfattende bistandsbehov har ligget stabilt rundt 23 prosent i mange år, men økte til om lag 25 prosent i 2024 (jf. figur 9). [SSB har gjort en endring i beregningen \(ssb.no\)](#), og mener at økningen nok skyldes denne endringen. En økning i antallet og andelen med omfattende bistandsbehov, vil påvirke behovet for helsepersonell.

Etter en periode med reduksjon i antall og andel brukere i aldersgruppen 80-89 år, har både antallet og andelen økt siden 2020. For personer 90 år og over er det en liten reduksjon fra 2023 til 2024. Antall mottakere av omsorgstjenester under 50 år har økt betydelig de siste årene, men har en liten nedgang fra 2023 til 2024 (se figur B og vedlegg 1, tabell 51). Andelen i brukergruppen mellom 0–49 år har økt til over en fjerdedel av totalt antall brukere, men har en liten nedgang fra 2023 (se vedlegg 1, figur 11). Antall brukere 0–49 år krysset gruppen 80–89 år i 2018, men veksten i antallet mottakere over 80 år indikerer at denne gruppen igjen bli den største om noen år, dette er også i tråd med [framskrivninger som estimerer flere eldre i befolkningen \(ssb.no\)](#).

Utviklingen i avtalte årsverk og sysselsatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten

Tabell A viser utviklingen i avtalte årsverk og sysselsatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten, hvor endringer de siste fem år og endringen fra 2023 til 2024 vises. For mer detaljerte tabeller, se vedlegg 1, tabell 1–4, 22–24 og 33–36.

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

Tabell A: Antall årsverk og sysselsatte i tjenestene, 2020 og 2024 (spesialbestilte data fra SSB)

	Årsverk		Endring i %		Sysselsatte		Endring i %	
2020	2024	2020-2024	2023-2024	2020	2024	2020-2024	2023-2024	
Kommunal helse- og omsorgstjeneste	175 245	192 842	10,0 %	2,2 %	222 343	234 859	5,6 %	1,3 %
Kommunal helsetjeneste	17 278	19 538	13,1 %	1,3 %	20 326	22 682	11,6 %	0,6 %
Kommunal omsorgstjeneste	146 610	160 769	9,7 %	2,4 %	202 017	212 177	5,0 %	1,3 %
Fylkeskommunal tannhelsetjeneste	3 275	3 443	5,1 %	0,5 %	3 454	3 639	5,3 %	0,8 %

Tabell A viser at det har vært en vekst i årsverk på 10 prosent i de kommunale helse- og omsorgstjenestene siden 2020. Veksten fra 2023 til 2024 var på 2,2 prosent, som er lavere enn fjorårets vekst på 3,3 prosent. Det er en større vekst i årsverk enn i antall sysselsatte, som er positivt fordi det indikerer at flere ansatte jobber i større stillinger. Til sammenligning var veksten i antall årsverk i spesialisthelsetjenesten 1,4 prosent fra 2023 til 2024 [5]. Veksten har vært høyere i de kommunale helse- og omsorgstjenestene de siste årene (se figur 1, vedlegg 1). Dette er en riktig og ønsket utvikling [6].

Veksten i årsverk for flere yrkesgrupper som spesialsykepleiere, sykepleiere, vernepleiere og helsefagarbeidere, er fremdeles lav (se vedlegg 1, tabell 1), noe som kan indikere rekrutteringsutfordringene kommunene opplever for disse gruppene i dag. Statsforvalterne rapporterer også at kommunene har vansker med å skaffe kvalifiserte vikarer for ansatte som er i studiepermisjon. De siste årenes økning i søkere til sykepleie og helse- og oppvekst er imidlertid positivt[7],[8]. Det er rimelig å forvente at når flere tar utdanning som sykepleier og helsefagarbeider, vil det ha betydning for veksten i antall årsverk. Dette forutsetter at de som søker gjennomfører studiet og at de søker seg til helsetjenesten. Dette vil vi først se effekten av om tre-fire år.

Det er gruppen med sosialfaglig utdanning som har hatt størst vekst i årsverk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (se vedlegg 1, tabell 1). Denne gruppen inkluderer miljøterapeuter, sosionomer og barnevernspedagoger. De har hatt en økning i årsverk på 28,5 prosent fra 2020–2024 og 6,3 prosent fra 2023–2024. Det er nå 8 600 årsverk utført av disse personellgruppene. Veksten i årsverk og sysselsatte miljøterapeuter er spesielt sterk i omsorgstjenesten (se vedlegg 1, tabell 22 og 23). Det er fortsatt relativt få årsverk i gruppene som omfatter sosialfaglig utdanning sammenlignet med de helsefaglige utdanningsgruppene, men andelen med sosialfaglig utdanninger øker videre i 2024 til 4,5 prosent av årsverkene.

Tidligere har veksten i antall årsverk vært høyere i kommunehelsetjenesten, enn i omsorgstjenesten. I 2023–2024 har kommunehelsetjenesten hatt en lavere vekst i årsverk (1,3 prosent, vedlegg 1, tabell 33 og 34) enn omsorgstjenesten, som har hatt 2,4 prosent økning (vedlegg 1, tabell 22 og 23). Samlet for perioden 2020–2024 er veksten i årsverk fortsatt høyere i kommunehelsetjenesten enn i omsorgstjenesten med henholdsvis 13,1 prosent mot 9,7 prosent (jf. tabell 33 og 22).

Utviklingen i omsorgstjenesten og kommunehelsetjenesten omtales i det videre hver for seg. De to tjenestene er ulike ved at omsorgstjenesten yter tjenester til brukerne hele døgnet over lengre tid i

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

Omsorgstjenesten

Omsorgstjenesten står for om lag 89 prosent av årsverkene (ekskludert leger, fysioterapeuter og psykologer) i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det har vært en økning i antall årsverk per bruker i omsorgstjenesten fra 2023 til 2024 [9]. Veksten i antall årsverk og sysselsatte i omsorgstjenesten var totalt sett henholdsvis 2,4 prosent for årsverk og 1,3 prosent for sysselsatte fra 2023 til 2024 (se vedlegg 1, tabell 22–25). Det er en mindre økning enn fra 2022, men likevel høyere enn årene 2019 til 2022. Den største økningen er i hjemmehjelpere og andre pleiemedarbeidere (4,3 prosent), samt gruppen barnevernspedagoger, miljøterapeuter og sosionomer (5,8 prosent). Årets statistikk viser også at veksten er lav for sykepleiere og spesialsykepleiere (se vedlegg 1, tabell 22 og 23). I antall sysselsatte sykepleiere i omsorgstjenesten er det en vekst på 0,1 prosent fra 2023 til 2024 og en nedgang på 2,4 prosent fra 2020.

Det har også vært en relativt lav vekst på 2,3 prosent i antall sysselsatte helsefagarbeidere i omsorgstjenesten siden 2020, men det er samtidig positivt at veksten i antallet årsverk er på 8,7 prosent (se vedlegg 1, tabell 22). Vernepleiere har hatt en tydelig vekst fra 2020 i omsorgstjenestene, men det ser ut til at veksten har avtatt noe de siste årene.

For saksbehandlere og kontormedarbeidere er det en vekst på 1,7 prosent i årsverk fra 2023–2024. Dette kan være grupper som er nødvendige for å realisere god oppgavedeling og lederstøtte. For andre yrker som kjøkkenpersonell, renholdere og vaktmestere var det en nedgang (se vedlegg 1, tabell 22). Årsverk for gruppen ledere økte med 5 prosent fra 2020 til 2024, men det er en nedgang på 0,5 prosent fra 2023 til 2024.

Innad i omsorgstjenesten var veksten i årsverk fra 2023 til 2024 høyest i de hjemmebaserte tjenestene med 2,7 prosent. Det tilsvarer 2 550 årsverk (se vedlegg 1, tabell 27). De tilrettelagte boligene for personer med utviklingshemming er en del av de hjemmebaserte tjenestene. Her var veksten 1,9 prosent eller 430 årsverk, som er en lavere vekst enn i de foregående årene. I de institusjonsbaserte tjenestene var veksten 1,9 prosent eller i underkant av 1 200 årsverk (vedlegg 1, tabell 29).

Helsedirektoratet følger med på utviklingen i sammensetningene av helsepersonell i omsorgstjenesten med et særlig henblikk på antall sykepleiere og helsefagarbeidere. Det er samtidig viktig å vurdere faktorer som påvirker veksten som effekter av oppgavedeling, antall uteksaminerte kandidater innen de ulike yrkesgruppene, behovene i befolkningen og arbeidskraftkonkurransen mellom ulike sektorer.

Kommunehelsetjenesten

Kommunehelsetjenesten står for om lag 11 prosent av årsverkene (ekskludert leger, fysioterapeuter og psykologer) i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Veksten i årsverk har vært på 13,1 prosent fra 2020. Veksten er på 1,3 prosent fra 2023 til 2024 (se vedlegg 1, tabell 33–36), som tilsvarer 255 årsverk.

Siden 2020 er det en generell stor økning for de fleste utdanningsgruppene i kommunehelsetjenesten (se vedlegg 1, tabell 35 og 36). Blant de store helsefaglige utdanningene i kommunehelsetjenesten, er det årsverkene utført av sykepleiere uten videreutdanning og sykepleiere med videreutdanning innen helsefag som har økt mest siden 2020, og de har også en klar vekst fra 2023.

Når det gjelder helsestasjon- og skolehelsetjenesten, har antallet helsesykepleiere steget hvert år siden 2020, men fra 2023 er det en nedgang på 2,8 prosent. Andelen helsesykepleiere av de totale årsverkene i tjenesten har gått ned fra 50,3 prosent i 2020 til 45 prosent i 2024 (se vedlegg 1, tabell 38). Jordmor har hatt en vekst i årsverk på 2,4 prosent fra 2023 og 16,7 prosent fra 2020.

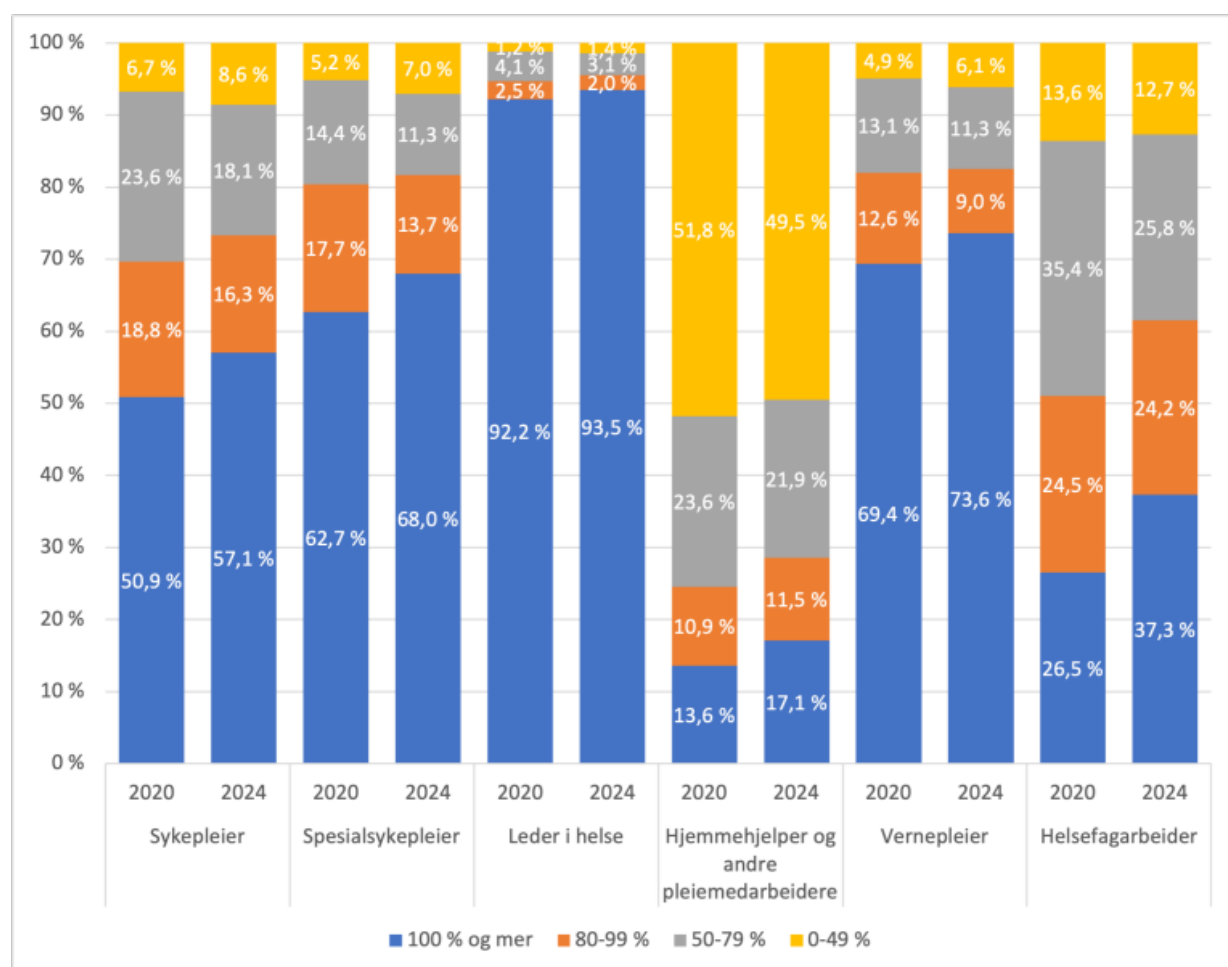
Helsedirektoratet følger med på utviklingen knyttet til helsesykepleiere, og [Helsedirektoratet publiserer egen statistikk om helsestasjon- og skolehelsetjenesten](#).

Heltid, stillingsstørrelser og heltidskultur

Statistikken viser at det også i år er en større økning i antall årsverk (2,2 prosent) enn i antall sysselsatte (1,3 prosent) (jf. tabell A). Det indikerer at flere jobber i større stillingsprosenter. Andelen som har 100 prosent stilling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene har økt fra 33 prosent i 2020 til 39,1 prosent i 2024 (se vedlegg 1, figur 15).

Figur C og figur 15 i vedlegg 1 viser at det er en klar økning for alle grupper. Det er en økning på 6,2 prosent for sykepleiere som jobber full stilling i perioden 2020–2024. Samtidig viser tallene i figur C at det bare er 57,1 prosent av sykepleierne i kommunal helse- og omsorgstjeneste som har full stilling i 2023.

For helsefagarbeidere har det vært en økning i antallet med full stilling på 10,8 prosent i samme tidsperiode. Likevel er det bare 37,3 prosent av helsefagarbeiderne som har full stilling i kommunal helse- og omsorgstjeneste i 2024.



Figur C: Andelen sysselsatte med ulik stillingsgruppe blant utvalgte yrkesgrupper (spesialbestilte data fra SSB). Merk at figuren viser andelen sysselsatte i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Helsefagarbeider inkluderer også hjelpepleiere og omsorgsarbeidere.

Selv om det er en relativt lav andel med heltidsstillinger for flere grupper, er den gjennomsnittlige stillingsstørrelsen likevel høy. Den gjennomsnittlige stillingsstørrelsen er også økende for alle grupper (se vedlegg 1, tabell 63). For sykepleiere er den 85 prosent i 2024 mot 84 prosent i 2020. Den gjennomsnittlige stillingsstørrelsen har økt mest for helsefagarbeidere fra 2020 til 2024, fra 75 til 79 prosent.

Små stillingsstørrelser medfører gjerne at man tar ekstravakter utover avtalt stilling, inntil full stilling. [KS måler dette og kaller det merarbeid](#). I 2024 er det 9 000 flere årsverk innen den kommunale helse- og omsorgstjenesten på grunn av slikt merarbeid (se vedlegg 1, tabell 66). Dette er en nedgang på 800 årsverk fra 2023. Det er spesielt gruppene personell uten helse- og sosialfagligutdanning og helsefagarbeidere som har mye merarbeid (se vedlegg 1, tabell 67). Forklaringen er at de i utgangspunktet har relativt lave stillingsprosenter og vil av den grunn ha muligheten til å påta seg merarbeid i et større omfang. Utviklingen tilsier at reservekapasiteten blir mindre og mindre per år, ved at ansatte jobber i større og større stillinger. Mulighetsrommet som har ligget i reservekapasiteten knyttet til å øke kapasiteten i tjenestene, ser ut til å være i ferd med å bli lukket.

Helsedirektoratet mener fortsatt det er viktig å jobbe for at flest mulig skal jobbe i heltidsstillinger (100 prosent stilling), men anerkjenner den positive trenden med at sykepleiere, vernepleiere og helsefagarbeidere jobber i større stillingsprosenter. Ny kunnskap i prosjektet Helt frem, på vei mot heltidskultur [10], viser til at arbeidet mot en heltidskultur har svært mange aspekter som trang økonomi, at ansatte ønsker å jobbe deltid og manglende politiske og administrative prioriteringer. På tross av målrettede prosjekter er det vanskelig å øke andelen ansatte med heltidsstillinger.

En annen viktig sluttvurdering i prosjektet Helt fram, på vei mot heltidskultur (ibid), er at kommunene som deltok forteller om holdningsendringer i kommunen. Økt kunnskap om heltidsgevinster bidrar til slike holdningsendringer som gjennom videre arbeid og satsning vil kunne lede til en kulturendring rundt denne tematikken. En sterk heltidskultur kan defineres som at minst 80 prosent av de ansatte arbeider heltid (ibid). I lys av denne definisjonen og trenden med økende stillingsprosenter, kan dette forstås som at tjenestene jobber riktig for å nå en målsetting om flere ansatte i store og hele stillinger. På tross av positive trender er det likevel viktig å fortsatt ha et fokus på at tjenestene bør tilby ansatte hele stillinger, særlig for helsefagarbeidere. Mangelen på helsefagarbeidere er økende og andelen elever som velger å bli lærlinger har gjennom flere år vært rett i underkant av 30 prosent av elevene på helse og oppvekstfag [25]. Tjenestene er avhengig av et tilfang av ungdom som velger helsefagarbeideryrket og mulighetene for en heltidsstilling kan være en viktig faktor i denne sammenhengen.

[2] SSB statistikkbank, tabell 06972

[3] Hagen, T. P., Aarflot, M., & Tjerbo, T. (2024). Brukerne blir yngre, psykiske lidelser øker: Dypdykk i pleie- og omsorgstjenestene 2017-2021 (ISBN 978-82-7756-281-0). Oslo: Universitetet i Oslo. Hentet fra <https://www.ks.no/contentassets/060cb278b480471fb65f52eab9a27b8a/Dypdykk-i-pleie-og-omsorgstjenest>

[4] Regjeringen (2024) Perspektivmeldingen 2024. Tilgjengelig: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-31-20232024/id3049290/>

[5] SSB tabell 13953

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

[7] Samordna opptak (2025)

https://hkdir.quarto.pub/samordna-opptak-statistikk-hovedopptak-2025/2_utd_omr_uhg.html

[8] Udir (2025)

<https://www.udir.no/tall-og-forskning/statistikk/statistikk-videregaende-skole/analyser/2025/fortsatt-okning-i->

[9] SSB, statistikkbank tabell 12209

[10] Bråthen, K., & Moland, L. E. (2025). Helt fra, på vei mot heltidskultur (2025:07). Oslo. Hentet fra

https://www.fafo.no/images/pub/20920_versjon_2.pdf

[11] Udir (2025) [Analysebrettet - Nøkkeltall for fag- og yrkesopplæring](#)

Utdanning og kompetanse

Økt behov for kompetanse

Utviklingen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og befolkningens behov for tjenester bidrar til økt behov for kompetanse på alle utdanningsnivåer. I en tid der kommunene rapporterer om utfordringer med å rekruttere fagutdannet personell og det blir færre i yrkesaktiv alder, bidrar det til et større fokus på fagutvikling for det personellet de allerede har. Dette skaper nye utfordringer for blant annet utdanningssektoren. Det er et større behov for tilpasset utdanning og utdanning som kan kombineres med jobb. Dette kommer blant annet til uttrykk i den [nasjonale satsningen på de yrkesfaglige utdanningene \(regjeringen.no\)](#).

Kompetansebehovene i kommunene er stort, og det trengs flere ansatte med mer avansert medisinsk kompetanse, samtidig er det behov for flere med generalistkompetanse. Videre trenger personell uten helse- og sosialfaglig utdanning tilpasset opplæring og veiledning. Det synes også å være større behov for analyse-, plan- og saksbehandlingskompetanse i kommunene, noe som skal gi bedre kunnskap om hvilke oppgaver som skal løses, og prioritering på hvem som har riktig kompetanse til å gi nødvendige helse- og omsorgstjenester til befolkningen.

En hovedutfordring knyttet til behovet for kompetanse i helse- og omsorgstjenestene handler om ungdommers utdanningsvalg og samarbeidet mellom helse- og omsorgssektoren og utdanningssektoren. Dette samarbeidet må handle om tilpasning av utdanning og opplæring i et livsløpsperspektiv, tilrettelegging for sektorens behov for kompetanse, dimensjonering av utdanningstilbud og tilbud om utdanning i hele landet.

Søkning til helsefaglige utdanninger

Statistikken for 2024 fra [Database for statistikk om høyere utdanning \(dbh.hkdir.no\)](#) og [Utdanningsdirektoratet \(udir.no\)](#) viser en økning i søkertall til nesten alle de store helsefaglige utdanningene. Dette gjelder både på videregående- og universitetsnivå hvor nedgangen fra 2023 er snudd til en økning (se vedlegg 1, tabell 40 og 44).

Videregående opplæring

Helse- og oppvekstfag (VG1) har hatt en nedgang i søkertall på 3,3 prosent fra 2020 til 2024. Søkertall til helsearbeiderfag (VG2) er redusert med 15,6 prosent i samme periode. Det økte behovet for helsefagarbeidere, slik det skisseres iblant annet i Navs arbeidsmarkedsundersøkelse er utfordrende, da om lag 50 prosent av elevene velger å gå videre til påbygg for å ta generell studiekompetanse fremfor å gå i lære for å bli helsefagarbeidere.

Høyere yrkesfaglig utdanning

Når det gjelder fagskole eller høyere yrkesfaglig utdanning, har det vært en tydelig vekst i antall som søker og gjennomfører en fagskoleutdanning (se tabell B), blant annet innen rus/psykiatri og geriatri/demens [12]. Helsefagene er at av de to største fagområdene i høyere yrkesfaglig utdanning [13]. Det har vært en økning i studietilbud innen helsefag som tilbyr nettbasert undervisning og nettbasert undervisning med samlinger (ibid.). 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 B: Antall fagskolestudenter bestått hele utdanningstilbudet. Kilde: DBH fagskolestatistikk

	2020	2021	2022	2023	2024	Endring i %	
Hjelpepleiefag	85	90	55	100	125	47,1 %	25,0 %
Pleie- og omsorgsfag, andre	160	300	605	595	400	150,0 %	-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 %

Det er stor utvikling i fagskolesektoren. Undersøkelser viser at fagskoleutdanningene har høy arbeidsmarkedsrelevans og at utdanningstilbudet i stor grad er tilpasset arbeidsmønstrene i sektoren [14]. Det vil si at det i stor grad er deltidsutdanninger innen helse- og velferdsfagene som er tilpasset for deltidsarbeidende studenter.

Tallene for universitet og høgskole viser at etter den store nedgangen i søkertallet til sykepleierstudiet i 2023, økte antallet søknader med 11,8 prosent i 2024. Det kan tyde på at de lave søkertallene i 2023 var et unntak fra normalen. Fra 2020 til 2024 ble antall søkere med sykepleierstudiet som førstevalg redusert med hele 26,4 prosent. Søkertallene for 2025 viser at det er en stor økning i antallet som søker til sykepleierutdanningen igjen. Antallet er på samme nivå som i 2020.

Barnevernspedagogikk, vernepleie, sosialt arbeid/sosialfag (sosionom), ergoterapi og medisin har også hatt en nedgang i antall søkere med studiet som førstevalg i perioden 2019 til 2023. I perioden 2023 til 2024 har antallet søkere økt også her 2 (se vedlegg 1, tabell 46). Tannlege, psykolog og klinisk ernæringsfysiolog hadde en liten nedgang i antallet søkere fra 2023.

Flere statsforvaltere rapporterer også for 2024 om en nedgang i antall søknader fra ansatte til videreutdanning [15]. Årsakene til dette synes å være sammensatte, men særlig utfordringer med å skaffe kvalifiserte vikarer fremstår som en sentral hindring for gjennomføring av utdanningsløp. Denne utviklingen gir grunn til bekymring, da tilbud om videreutdanning i arbeidsforholdet er avgjørende for å utvikle og beholde kvalifisert personell.

Personell uten helse- og sosialfaglig utdanning

Tabell C inkluderer personell uten helse- og sosialfaglig utdanning i yrker som er definert som pasient og brukerrettede i telleren, og personell med helse- og sosialfaglig utdanning i yrker som er definert som pasient- og brukerrettede i nevneren.

Andelen personell uten helse- og sosialfaglig utdanning i brukerrettede omsorgstjenester var på 27,3 prosent av alle årsverk og 34 prosent av alle sysselsatte i 2024, se tabell C. De siste årene har det vært en økning i andelen av personell uten helse- og sosialfaglig utdanning. I 2024 er det imidlertid en økning på 1 prosentpoeng i årsverk og 0,8 prosentpoeng i sysselsatte, noe som kan tyde på at veksten tiltar.

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

	2020	2021	2022	2023	2024
Antall årsverk utført av personell uten helse- og sosialfaglig utdanning	33144	33867	34969	37263	39583
Andel årsverk utført av personell uten helse- og sosialfaglig utdanning	25,1 %	25,2 %	25,6 %	26,3 %	27,3 %
Antall sysselsatte uten helse- og sosialfaglig utdanning	59522	59857	60889	63399	65882
Andel sysselsatte uten helse- og sosialfaglig utdanning	32,3 %	32,3 %	32,6 %	33,2 %	34,0 %

Merknad til figur C: Brukerrettede omsorgstjenester inkluderer ikke stillingskategoriene leger, fysioterapeuter, administrativt personell og servicefunksjoner.

Blant personell uten helse- og sosialfaglig utdanning i brukerrettede yrker, i omsorgstjenesten, er det 46 prosent som har ungdomsskolenivå eller lavere som sitt høyeste utdanningsnivå, se figur D. Veksten i antall årsverk og sysselsatte uten helse- og sosialfaglig utdanning i omsorgstjenesten har de siste fem årene vært høyest blant denne gruppen, samt gruppen med uoppgitt utdanningsnivå (se vedlegg 1, tabell 25).

Andelen personell uten helse- og sosialfaglig utdanning er ulik i deltjenestene. I de tilrettelagte boligene for personer med utviklingshemming utgjør denne personellgruppen hele 33,8 prosent av årsverkene. I de institusjonsbaserte tjenestene utgjør personellgruppen 25,3 prosent til sammenligning.

Den høye andelen ufaglærte i tjenester for utviklingshemmede kan være utfordrende i arbeidet med å yte faglig forsvarlig tjenester [16]. Et viktig poeng i denne sammenhengen er knyttet til flere tilsynssaker som viser til brudd på helse- og omsorgstjenesteloven, og en særlig bekymring om manglende fagkompetanse i tjenestene er relatert til retningslinjer og lovverket om bruk av tvang og makt overfor denne gruppen [17]. I tillegg til at det er stor variasjon i andelen uten helse- og sosialfaglig utdanning mellom tjenestene, er det også stor variasjon mellom fylkene (se vedlegg 1, figur 4). Finnmark, Troms og Oslo har høyest andel med henholdsvis 34 prosent, 31,9 prosent og 31,7 prosent av årsverkene utført av denne personellgruppen. I den andre enden av skalaen ligger Østfold med 22,6 prosent og Agder med 21,7 prosent.

Helsepersonellkommisjonen omtalte [personell uten helse- og sosialfaglig utdanning som assistenter \(regjeringen.no\)](#) og påpekte at det er en viktig gruppe for å løse personellutfordringene fremover. Assistenter er en viktig ressurs som har behov for kompetanseheving i form av kurs eller mer oppgavespesifikk opplæring slik at de kan bidra med sin kompetanse for å dekke tjenestebehovene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Mange kommuner ivaretar dette i dag ved bruk av kursheftet [Dette må jeg kunne \(aldringoghelse.no\)](#) og andre [ABC-kurs \(aldringoghelse.no\)](#). Spørsmål om det er behov for å utvikle et eget kompetanseløp og et stillingsnivå under helsefagarbeider er belyst i en ny

rapport fra Fafo, [Nye stillinger for ikke-faglærte i pleie- og omsorgstjenestene \(fafo.no, PDF\)](#). I rapporten konkluderes det med at opplæring bør ivaretas innenfor dagens regelverk om modulstrukturert opplæring og at det bør jobbes mot at flest mulig oppnår et fagbrev.

Formell kompetanseheving på videregående nivå er organisert på en ny måte gjennom [fullføringsreformen \(lovdata.no\)](#), og de endringene som er gjort i ny opplæringslov som trådte i kraft 1.8.2024. Modulstrukturert opplæring i grunnopplæringen er innført for voksne. Gjennom modulstrukturering er opplæringen organisert i mindre enheter, og opplæringen skal legges til rette for oppstart med den modulen som samsvarer best med den kompetansen kandidaten allerede har.

I tillegg kan vedkommende avslutte opplæringen og få utstedt kompetansebevis som både vil ha betydning for arbeidslivet, men også senere om kandidaten ønsker å oppta studiene igjen [18]. Evaluering av forsøket med modulstrukturert fag- og yrkesopplæring viser til gode resultater hvor realkompetansevurdering blir tatt i bruk, gir en mer fleksibel vei til fagbrev og at opplæringen er mer tilpasset voksne og oppleves som mer relevant [19]. Det er for tidlig å vurdere betydningen av endringene i opplæringsloven for tjenestene. Det vil være viktig å følge utviklingen både for å vurdere om det blir en økning i antall voksne som tar fagbrev, og hvorvidt kompetansebevisene som kan utstedes vil ha en reell betydning i arbeidslivet.

Helsefaglige utdanninger i et kjønnsperspektiv

Det er tydelige forskjeller mellom kjønnene i opplæring og utdanning på alle nivåer i Norge [20]. Sammenlignet med de andre landene i Europa er Norge blant dem med høyest kvinneandel i høyere utdanning med fordelingen 40 prosent menn og 60 prosent kvinner [21]. Forskjellene i utdanningsløpet allerede fra førskolealder påvirker utdanningsvalgene [22], og i videregående skole er det en overvekt av jenter (86,7 prosent i 2025) som søker seg til helse og oppvekstfag.

Det samme kjønnsdelte mønsteret er også fremtredende i helse- og sosialfagutdanninger i fagskolesektoren [23], og i høyere utdanning hvor andelen kvinner i helse, sosial og idrettsfag er så høyt som 79 prosent [24]. For å motvirke fremtidige uheldige effekter av et kjønnsdelt arbeidsmarked bør det iverksettes tiltak på alle nivåer i utdanningsløpet [25].

[12] Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse (2024) DBH Fagskolestatistikk. Tilgjengelig: <https://fagskole.hkdir.no/>

[13] Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse (2024) Utdanningstilboda. Tilgjengelig: <https://hkdir.no/rapporter-undersokelser-og-statistikk/les-rapporten/tilstandsrapport-for-hogare-yrkesfagleg-i>

[14] 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>

[15] Helsedirektoratet (2024) Rapportering på alle tiltak Kompetanseløft 2025 for 2024, levert u.off til HOD 15.juni 2025

[16] Ellingsen KE, Isaksen MS, Lungwitz D (2020) Lav kompetanse og utstrakt bruk av deltid truer faglig forsvarlige tjenester til personer med utviklingshemming. Tilgjengelig: <https://fontene.no/forskning/lav-kompetanse-og-utstrakt-bruk-av-deltid-truer-faglig-forsvarlige-tjenester-til-pe>

- [17] Helsetilsynet (2024) Tilsyn. Tilgjengelig: <https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/>
- [18] Hk-dir. (2025)
<https://hkdir.no/voksenopplaering/modulstrukturert-opplaering-for-voksne/hva-er-modulstrukturert-opplaering>
- [19] Dahle, M., Nordhagen, I. C., Jones, H., & Monsen, M. (2024). Sluttrapport fra evaluering av forsøk med modulstrukturert fag- og yrkesopplæring og kombinasjonsforsøket. ideas2evidence. Hentet fra <https://ideas2evidence.com/nb/publications/sluttrapport-fra-evaluering-av-forsok-med-modulstrukturert-fag-c>
- [20] NOU 2019:3 Nye sjanser – bedre læring, kjønnsforskjeller i skoleprestasjoner og utdanningsløp. Tilgjengelig:
<https://www.regjeringen.no/contentassets/8b06e9565c9e403497cc79b9fdf5e177/no/pdfs/nou20192019000>
- [21] Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse (2024) Tilstandsrapport for høyere utdanning 2024. Tilgjengelig:
<https://hkdir.no/rapporter-undersokelser-og-statistikk/tilstandsrapport-for-hoyere-utdanning-2024>
- [22] NOU 2019:3 Nye sjanser – bedre læring, kjønnsforskjeller i skoleprestasjoner og utdanningsløp. Tilgjengelig:
<https://www.regjeringen.no/contentassets/8b06e9565c9e403497cc79b9fdf5e177/no/pdfs/nou20192019000>
- [23] Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse (2025) [Tilstandsrapport for høgare yrkesfagleg utdanning 2024-Studentane | HK-dir](#)
- [24] Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse (2024) Tilstandsrapport for høyere utdanning 2024. Tilgjengelig:
<https://hkdir.no/rapporter-undersokelser-og-statistikk/tilstandsrapport-for-hoyere-utdanning-2024>
- [25] NOU 2019:3 Nye sjanser – bedre læring, kjønnsforskjeller i skoleprestasjoner og utdanningsløp. Tilgjengelig:
<https://www.regjeringen.no/contentassets/8b06e9565c9e403497cc79b9fdf5e177/no/pdfs/nou20192019000>

Ledelse, sykefravær, vikarbruk og mobilitet

Ledelse av kommunale hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester er utfordrende og komplekst [25]. Lederveksten i helse- og omsorgssektoren har vært på 20,2 prosent i perioden 2015–2024. Det er langt høyere enn i øvrige næringer hvor veksten har vært på 8,6 prosent. Det er fortsatt en høyere vekst i antall ledere enn i antall ansatte i helse- og omsorgssektoren, noe som bør ha betydning for ledertettheten i disse tjenestene [26].

Tiltak knyttet til utvikling av lederkompetanse og økning av antall ledere med formell lederkompetanse er en viktig del av handlingsplanen for Kompetanseløft 2025. Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten ved BI har fortsatt gode søkertall. Evalueringen over flere år viser til godt fornøyde studenter. Den siste [evalueringen fra mars 2025 \(kpmg.no, PDF\)](#) gjengir praktiske eksempler på endringer i tjenestene som informanter mener kan ses i sammenheng med at deres leder har tatt denne utdanningen. Eksempler som trekkes frem handler om mer systematikk knyttet til personalpolitikk, bedre tilrettelegging for medarbeidere, kommunikasjon og strukturering av opplæring for nyansatte og vikarer. Dette er positive tilbakemeldinger fra informantene i evalueringen. Tilbakemeldingene må likevel brukes med stor forsiktighet, da de kontekstuelle variasjonene som påvirker slike forhold er svært forskjellige fra tjenestested til tjenestested og fra kommune til kommune.

Lederspenn og ledermobilitet

Antall ledere i de kommunale helse- og omsorgstjenestene har økt, men lederspennet i kommunale helse- og omsorgstjenester er estimert til å være nærmere 40 personer per leder [27],[28]. Til sammenligning er lederspennet i arbeidslivet i snitt totalt på om lag 10 personer (ibid). Dette tyder på at det er et behov for å redusere lederspennet i helse- og omsorgstjenestene. Det er samtidig viktig å søke å finne de rette lederne og øke kompetansen til de som skal lede slike tjenester.

Kunnskap tilsier at ledere både kan fremme og hemme utvikling i tjenestene [29], eksempelvis i rapporten [Helt fram – på vei mot heltidskultur \(fafo.no, PDF\)](#) pekes det på at manglende initiativ og kunnskap blant lederne bidro negativt knyttet til å nå prosjektets målsettinger. Utfordringer med å ha personalansvar for mange ansatte kan påvirke tjenesteutvikling, ivaretagelse og oppfølging av medarbeidere. Samtidig vil et for ensidig fokus på kun å redusere lederspennet være uheldig, da dette i seg selv ikke er ensbetydende med at ledelsen blir bedre.

Kompleksiteten i det å lede helse- og omsorgstjenester kan også påvirke ledermobiliteten i disse tjenestene. Mobiliteten blant ledere i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er på 22,1 prosent, til sammenligning med øvrige næringer hvor mobiliteten er 16 prosent. I sykehustjenester er ledermobiliteten lavere med 12 prosent. På tross av relativ høy mobilitet blant ledere i kommunale helse- og omsorgstjenester er det nærmere 60 prosent av de som forlater en lederjobb som får en ny lederjobb, ofte innen samme sektor.

Blant ledere som forlot kommunale helse- og omsorgstjenester eller sykehus, og som fortsatt var yrkesaktive i 2024, var over halvparten ansatt i offentlig administrasjon. Om lag en fjerdedel gikk til annen helse- og sosialtjeneste, og flere gikk over til undervisningssektoren. Dette indikerer at til tross for høy ledermobilitet sammenlignet med andre næringer, forblir mange i stillinger innen samme sektor. Det er positivt at mange av lederne velger å forbli i samme sektor, men hyppige lederskifter kan samtidig bidra til at ansatte opplever manglende kontinuitet, noe som kan påvirke kvaliteten på tjenestene og arbeidsmiljøet.

Sykefravær i helse- og omsorgstjenesten

I SSBs sykefraværstatistikk vises det at sykefraværet i de kommunale helse- og sosialtjenestene fortsatt er betydelig høyere enn i samtlige andre næringer, men det har blitt noe lavere siden 2022 (se vedlegg 1, figur 18). Det er også markant høyere enn i spesialisthelsetjenesten (se vedlegg 1, figur 19). Sykefraværet totalt i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er 8,8 prosent i 2024, opp fra 8,3 prosent i 2020. Fra 2023 til 2024 har sykefraværet kun økt 0,3 prosentpoeng. Ser man spesifikt på yrkesgrupper, er det kun små endringer opp eller ned siden 2023 (se vedlegg 1, tabell 68).

Sykefraværet er høyere i omsorgstjenesten enn i kommunehelsetjenesten (se vedlegg 1, tabell 68 og 69). Av de store personellgruppene er det vernepleiere (9,6 prosent), sykepleiere (10,1 prosent) og helsefagarbeider (10,7 prosent) som har det høyeste sykefraværet i omsorgstjenesten. Når det gjelder sykefravær for personell uten helse- og sosialfaglig utdanning, er dette lavere (7,1 prosent) enn hos ovennevnte grupper (se vedlegg 1, tabell 69).

Det er viktig å bemerke at stillingsstørrelse må ses i sammenheng med sykefravær. De som jobber i stillinger mindre enn 40 prosent har betydelig lavere sykefravær enn de som jobber i større stillinger. Samtidig er mange av de ansatte i mindre stillinger personer uten helse- og sosialfaglig utdanning, og det er også flere yngre i denne gruppen personell [30]. Sykefraværet for de med små stillinger må derfor tolkes med forsiktighet.

Gjennom evalueringsoppdraget1-40) for planperioden for Kompetanseløft 2021–2025 følges sykefravær i omsorgstjenesten opp av evalueringspartnere Fafo med Senter for samfunnsøkonomiske analyse (SØA) [31]. Som tidligere år har de sett på sykefravær knyttet til kjønn, alder, utdanning, yrke, arbeidstid, arbeidstidsordninger, arbeidsstedskommune og heltidsandel i virksomheten. De gjør også nyttige sammenligner med sykefraværet i sykehusene.

På landsbasis sank sykefraværet i fjerde kvartal 2024, og Nav karakteriserte det som en positiv trend – selv om sykefraværet totalt sett økte fra 6,7 prosent til 6,8 prosent for alle næringer i 2024 [32]. Sykefraværet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene falt også i fjerde kvartal i 2024 sammenlignet med fjerde kvartal i 2023. Utover det er trenden med at omsorgstjenesten har det høyeste sykefraværet sammenlignet med de øvrige næringene i kommunale helse- og omsorgstjenester, også gjeldende i 2024.

Den kommunale omsorgstjenesten skiller seg fortsatt ut sammenlignet med øvrige næringer ved at sykefraværet er høyere blant de som jobber heltid enn de som jobber deltid [33]. En del av denne forskjellen mellom heltid og deltid kan forklares med at det er lavt sykefravær blant lønnstakere med lav stillingsprosent. Hvis vi avgrenser utvalget til sykepleiere og helsefagarbeidere, som jobber 100 prosent eller mer i en turnusstilling, finner vi likevel at sykefraværet fortsatt er høyere for sykepleierne i omsorgstjenesten, sammenliknet med sykehus tjenester. Forskjellen i sykefravær mellom helsefagarbeidere i de to tjenestene blir imidlertid noe mindre. Dette kan underbygge at høyere andel ufaglærte i små stillinger i omsorgstjenesten, øker arbeidsbelastningen for sykepleierne som jobber der (ibid).

I arbeidet med å redusere sykefraværet er det viktig å ha kunnskap om forhold som kan bidra til å forklare hva som påvirker fraværet. [STAMI viser til at det i helse- og omsorgsnæringen er en rekke risikofaktorer \(noa.stami.no, PDF\)](https://noa.stami.no/PDF) som arbeidstidsordninger, høye jobbkraav, mekaniske og ergonomiske arbeidsmiljøfaktorer, mobbing, vold og trakassering som har betydning for sykefraværet. Eksempelvis er vernepleiere/sosialarbeidere, sykepleiere og helsefagarbeidere blant yrkesgruppene som oppgir at de er mest utsatt for hets eller trusler, vold og/eller uønsket seksuell oppmerksomhet. Det er innen sykehjem og omsorgsinstitusjoner, sosialtjenester og barnevern dette forekommer hyppigst (ibid). STAMI viser også til at det innen helse og omsorgsnæringen er mye å hente på forebyggende arbeidsmiljøarbeid som eksempelvis ivaretas gjennom verneombud og systematisk HMS arbeid.

Kvinner, sykefravær og kvinners arbeidshelse

Det er klart flere kvinner enn menn som jobber i helse- og omsorgstjenestene, og på samme måte som i andre næringer er sykefraværet høyere blant kvinner enn menn. Det er interessant å merke seg at det i aldersgruppen mellom 16-19 år ikke er registrert kjønnsforskjeller i sykefraværet. Utover det er kjønnsforskjellen til stede i alle øvrige aldersgrupper, men er størst i aldersgruppen 25-39 år. En del av årsaken til at kvinner har høyere sykefravær enn menn i denne aldersgruppen kan forklares med graviditet og sykefravær knyttet til omsorg for barn [34].

Andre årsaksforklaringer knyttes til at arbeid innen helse- og omsorgstjenestene er krevende, både fysisk, psykisk og emosjonelt. Det er derfor positivt at kvinners arbeidshelse har fått oppmerksomhet gjennom NOU 2025:5 [35], hvor det foreslås tiltak som er rettet mot systemene nasjonalt og mot virksomhetene. I tillegg foreslås det å øke forskningsinnsatsen for å styrke kunnskapsgrunnlaget.

Vikarbruk i kommunale helse- og omsorgstjenester

Det vil alltid være et behov for vikarer, blant annet som en følge av sykefravær, mobilitet, at fast ansatte ikke kan dekke alle vakter og at hensynet til brukerne gjør at det er få oppgaver som kan utsettes [36]. En utfordring som har vært adressert, er knyttet til kostnadene til bruk av vikarbyråer og at helsepersonell, særlig leger og sykepleiere, gjennom avtaler med vikarbyråer får bedre lønnsbetingelser og at mange dermed jobber i mindre stillingsprosjenter [37].

I 2021 brukte kommunene og sykehusene 3,4 mrd. kr på innleie av helsepersonell fra vikarbyråer. Det utgjorde 1,7 prosent av sektorens totale lønnskostnader [38]. Fra 2021 til 2022 økte innleiekostnadene ganske kraftig, slik at [kommunene alene brukte like mye som kommuner og sykehus gjorde til sammen i 2020 \(fafo.no\)](#). I 2022 utgjorde vikarutgiftene 2,5 prosent av de totale lønnskostnadene. I 2023 økte utgiftene noe, mens andelen av totale lønnskostnader gikk litt ned. Det kan tyde på at bruken av vikarbyråer er i ferd med å flate ut [39].

I helse- og omsorgstjenestene har det igjennom flere år vært jobbet med å imøtekomme bemanningsbehovene gjennom å vurdere arbeidstidsorganisering og nye turnusordninger. Dette er tiltak som blant annet skal redusere behovet for vikarer [40]. Nyere kunnskap viser til at det er en vekst i omfang av langvakter, årsturnus og fleksibel turnus i kommunale helse- og omsorgstjenester [41]. Denne endringen i arbeidstidsorganisering kan ha hatt betydning for utflatingen i bruk av vikarbyråer som antydes i årets mobilitetsrapport fra Fafo [42]. Statsforvalterne rapporterer også i år at kommunene jobber med arbeidstidsorganisering og turnusordninger som skal sikre ivaretagelse av egne ansatte. Dette er en positiv utvikling som må ses i sammenheng med det sammensatte arbeidet som gjøres med tjeneste- og bemanningsanalyser, kompetanseplanlegging og oppgavedeling.

En vedvarende utfordring i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er høy turnover blant ansatte. Tall fra KS' PAI-register viser at nedgangen i turnover fortsetter fra 2023 til 2024, men utviklingen er beskjeden. I den kommunale helsesektoren sank turnover med kun 0,2 prosentpoeng, fra 22,2 prosent i 2023 til 22 prosent i 2024, se figur E. Ved å se på turnover kun for de som slutter i kommunesektoren er den på samme nivå som i 2023, 14,7 prosent, se figur E. Det er positivt at turnover ser ut til å normalisere seg etter pandemien og at det høye nivået vi så i de årene ikke vedvarer.

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

Det er en liten økning i turnover i hjemmetjenesten, boliger for personer med utviklingshemming og helsestasjons- og skolehelsetjenesten fra 2023 til 2024 (se vedlegg 1, tabell 53). I sykehjem er det en liten reduksjon. Det er over tid betydelig høyere turnover i omsorgstjenestene, enn i helsestasjon- og skolehelsetjenesten. I 2024 er den på mellom 22 og 23,2 prosent i de ulike omsorgstjenestene, og tilsvarende 17,9 prosent i helsestasjon- og skolehelsetjenesten (se vedlegg 1, tabell 53).

Turnover i helsestasjon- og skolehelsetjenesten har økt med 2,4 prosentpoeng fra 2023 til 2024. Omsorgstjenestene har betydelig høyere turnover enn det er i kommunen for øvrig, mens det er interessant å se at helsestasjons- og skolehelsetjenesten og tannhelsetjenesten har lavere turnover enn i kommunen for øvrig (se vedlegg 1, tabell 57).

Turnover er høyest hos ansatte under 30 år og blant de over 60 år, mens ansatte mellom 40–59 år er de som bytter jobb minst (se vedlegg 1, figur 13). Det er høyest turnover i gruppene personell uten helse- og sosialfaglig utdanning (34,3 prosent) og leger (28,9 prosent) i 2024 (se vedlegg 1, tabell 55).

For helsefagarbeidere, jordmødre og leger har det blitt henholdsvis 0,2, 2,5 og 1,4 prosentpoeng lavere turnover fra 2023 til 2024. Ser vi på sykepleiere og vernepleiere som slutter i kommunesektoren, har det økt fra 2020 og 2023 (se vedlegg 1, tabell 61). Med tanke på personellutfordringene i kommunene er det et viktig moment at de som slutter i en kommunal stilling ikke forsvinner ut av kommunal sektor.

Gjennom evalueringsoppdraget for planperioden for Kompetanseløft 2021–2025 følger Fafo med partnere opp utviklingen i mobiliteten i helse- og omsorgstjenestene. Et viktig funn er at de fleste helsepersonell jobber i helse- og omsorgstjenesten, og blant de som bytter jobb velger svært mange å fortsette å jobbe innenfor tilsvarende tjenesteområde og de fleste holder seg i helsesektoren [43]. Dette har også [Statistisk sentralbyrå vist for sykepleiere i sine analyser \(ssb.no\)](#).

Når man ser på mobilitet mellom ulike tjenester, fremstår sykehusene som relativt stabile arbeidsplasser med lav mobilitet. Dette kan skyldes strukturelle forhold, spesialisering og faste stillinger. I kontrast har hjemmetjenesten høy mobilitet.

Mobiliteten er overraskende lik i de store og de minste kommunene. I den kommunale helse- og omsorgstjenesten er mobiliteten høyest i de største kommunene, mens det i sykehusene er lavest mobilitet i de største kommunene. Det er størst mobilitet i de mest sentrale kommunene. Av de som bytter jobb er det omtrent halvparten som bytter til jobb i en annen kommune, mens bare en av ti flytter til en annen kommune [44].

[25] Olsen, Rose Mari; Andfossen, Nina Beate; Devik, Siri Andreassen; Fredwall, Terje Emil; Førland, Oddvar; Moholt, Jill-Marit (2024) Ledelse, pasientsikkerhetskultur og utelatt helse- og omsorgshjelp i sykehjem. Tilgjengelig: <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/handle/11250/3128354?locale-attribute=en>

[26] Nielsen, R. A., & Moland, L. E. (2025). Mobilitet i helse- og omsorgstjenestene i perioden 2015-2024. Under publisering

[27] Olsen, R. M. A., Nina Beate; Devik, Siri Andreassen; Fredwall, Terje Emil; Førland, Oddvar; Moholt, Jill-Marit. (2024). Ledelse, pasientsikkerhetskultur og utelatt helse- og omsorgshjelp i sykehjem (978-82-8340-140-0). Senter for omsorgsforskning. Hentet fra https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/3128354/rapport_0

[28] Bråthen, K., & Moland, L. E. (2025). Helt fram, på vei mot heltidskultur (2025:07). Oslo. Hentet fra https://www.fafo.no/images/pub/20920_versjon_2.pdf

[29] Karp, T. (2024). Lederisme (1. utgave. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk

[30] Norberg-Schulz, M., & Storo, M. L. (2025). Sykefravær og stillingsstørrelser i kommunal helse- og omsorgstjeneste (18-2025). Oslo

[31] Norberg-Schulz, M., & Storo, M. L. (2025). *Sykefravær og stillingsstørrelser i kommunal helse- og omsorgstjeneste* (18-2025). Oslo

[32] NAV (2025)
<https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/sykefravar-statistikk/nyheter/nedgang-i-sykefravaeret-mot->

- [33] Norberg-Schulz, M., & Storo, M. L. (2025). *Sykefravær og stillingsstørrelser i kommunal helse- og omsorgstjeneste* (18-2025). Oslo. Under publisering
- [34] Norberg-Schulz, M., & Storo, M. L. (2025). Sykefravær og stillingsstørrelser i kommunal helse- og omsorgstjeneste (18-2025). Oslo
- [35] Kvinner arbeidshelse. Kunnskap og tiltak. (2023). (NOU 2025:5). Oslo: S. forvaltningstjeneste
- [36] Yssen, Selma, Bråthen Ketil og Moland Leif E. (2023) Høyde for fravær. Etablering av bemannings- og turnusplaner med redusert vikarbehov. Tilgjengelig:
<https://www.fafo.no/zoo-publikasjoner/hoyde-for-fravaer>
- [37] Dagens Medisin (2024)
<https://www.dagensmedisin.no/professor-til-altinget-sykepleiere-og-leger-er-i-ferd-med-a-lure-bade-kommur>
- [38] Moland, L. E., Tofteng, M., & Nesland, A. (2023). Vikarbruk i sykehus og kommunale helse- og omsorgstjenester (2023:17). FAFO. Hentet fra <https://www.fafo.no/en/publications/fafo-reports/>
- [39] Moland et. Al (2025). Lederes handlingsrom for å gjennomføre vikarreduserende tiltak i pleie og omsorgstjenesten. Fafo-rapport under utgivelse
- [40] Bråthen, Ketil og Moland, Leif E. (2024) Ny tørn for effektive helse- og omsorgstjenester. Underveisevaluering av Tørn-programmet. Tilgjengelig:
<https://www.fafo.no/zoo-publikasjoner/ny-torn-for-effektive-helse-og-omsorgstjenester>
- [41] Fevang, E., Fidjeland, A., Gautun, H., Lillebråten, A., & Lillebø, O. S. (2024). Turnusordninger i kommunenes helse- og omsorgstjenester – kraftig vekst i omfang av langvakter, årsturnus og fleksibel turnus. Tidsskrift for omsorgsforskning, 10(3), 1-22
- [42] Nielsen, R. A., & Moland, L. E. (2025). Mobilitet i helse- og omsorgstjenestene i perioden 2015–2024
- [43] Nielsen, R. A., & Moland, L. E. (2025). Mobilitet i helse- og omsorgstjenestene i perioden 2015-2024
- [44] Nielsen, R. A., & Moland, L. E. (2025). Mobilitet i helse- og omsorgstjenestene i perioden 2015–2024

Status i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten

Samhandlingen mellom fylkeskommunal tannhelsetjeneste og kommunal helse- og omsorgstjeneste er i søkelyset og prioriteres i flere statsforvalterembeter [45]. Formalisert samarbeid er viktig for å sikre sammenheng mellom tjenesteområder, helhetlige tjenester til brukerne og styrket kompetanse til personellet [46]. For den fylkeskommunale tannhelsetjenesten betyr dette blant annet at man skal ha operative samarbeidsavtaler med helsestasjon- og skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom [47],[48].

Det er i liten grad tilsatt personell uten relevant fagkompetanse i fylkeskommunal tannhelsetjeneste fordi tannpleiere og tannleger må ha autorisasjon [49], og tannlegespesialister må ha offentlig godkjenning. Andelen tilsatte uten helse- og sosialfaglig utdanning er stabil på om lag 5 prosent og utgjør i stor grad administrativt tilsatte i tannhelsetjenesten [50]. Andelen autoriserte tannhelsesekretærer 55 år og eldre i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten er i overkant av 33 prosent i 2024, en nedgang fra 36 prosent i 2020 (se vedlegg 1, tabell 16).

I den fylkeskommunale tannhelsetjenesten er det videre små utfordringer knyttet til deltidsstillinger (se vedlegg 1, figur 17). Alle kategorier sysselsatte tannhelsepersonell har i flere år en gjennomsnittlig avtalt arbeidstid på i overkant av 90 prosent (se vedlegg 1, tabell 65). Turnover har vært stabil på om lag 13 prosent i tidsrommet 2019–2024, men den var noe lavere i 2023 med 10,3 prosent (se vedlegg 1, tabell 56).

Videre i dette kapitlet tar vi opp utfordringer som gjelder spesielt for den fylkeskommunale tannhelsetjenesten.

[45] Statsforvalteren.no (2024) Årsrapporter for 2024. Tilgjengelig: [Styringsportalen for statsforvalteren 2024](https://styringsportalen.no/statsforvalteren/2024)

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

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

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

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

[50] Statistisk sentralbyrå tabell 14529

Sykefravær i tannhelsetjenesten

Sykefraværet var på 8,8 prosent i 2024 (se tabell 72 i vedlegg 1), tilsvarende sykefraværet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (se vedlegg 1, tabell 68).

Siden 2020 har sykefraværet i fylkeskommunal tannhelsetjeneste økt med 0,7 prosentpoeng mot 0,5 prosentpoeng i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Sykefraværet er høyest for tannhelsesekretærer,

klinikkassistenter og tannpleiere, men har økt også for tannleger (1,1 prosentpoeng) siden 2020. Samtidig er det positivt at det har vært en nedgang på 0,2 prosentpoeng fra 2023, hvor tannpleierne hadde den største nedgangen på 1,6 prosentpoeng.

Regionale rekrutteringsutfordringer

Når det gjelder tilgang på personell med nødvendig kompetanse, har den fylkeskommunale tannhelsetjenesten samlet sett mindre utfordringer sammenlignet med den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det er fylkesvise utfordringer, særlig med rekruttering av tannpleiere og tannleger, men også av tannhelsesekretærer særlig i de nordligste fylkene. I enkelte fylker tilsettes helsefagarbeidere som tannlegeassistenter. Dette bekreftes i [årsrapporter 2023 og 2024 fra statsforvalteren \(statsforvalteren.no\)](https://statsforvalteren.no).

Utfordringene knyttet til å rekruttere og beholde tannleger uten spesialisitet synes å være relatert til distriktsutfordringer og muligheter for å velge mellom privat og offentlig sektor. Et høyt antall tannhelseenheter i enkelte fylker kan bidra til mindre og mer sårbare fagmiljø, og skape en høyere turnover i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten enn ønskelig. Dette arbeider blant annet fylkestannlegene med å forebygge.

Antall årsverk og sysselsatte tannpleiere i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten har økt med om lag 0,9 prosent fra 2023 og økt med 15 prosent sammenlignet med 2020 (se vedlegg 1, tabell 5). Antall ledige stillinger for tannpleiere øker likevel gradvis fra 2020 ifølge SSB, men har en liten nedgang i 2023 før det igjen øker betydelig i 2024 [51].

Antall årsverk og sysselsatte tannleger uten spesialisitet i fylkeskommunal tannhelsetjeneste har økt jevnt siden 2020 (se vedlegg 1, tabell 5). I 2023 var det ifølge SSB 67,5 ledige tannlegestillinger, særlig i Vestland, Trøndelag og Nordland.

Antall årsverk tannlegespesialister i fylkeskommunal tannhelsetjeneste, har økt med om lag 13 prosent siden 2020, men det er to årsverk mindre i 2024 enn i 2023 (se vedlegg 1, tabell 5). Samtidig har antallet sysselsatte tannlegespesialister økt med 26 prosent siden 2020. Særlig skiller fylkene Troms og Finnmark, Vestland, Trøndelag, Rogaland og Viken seg ut positivt, noe som har en sammenheng med at de regionale odontologiske kompetansesentrene ligger i de respektive fylkene.

Gjennom lønnstilskudd kan de tilsette flere tannlegespesialister for å ivareta sitt ansvar for å tilby spesialisttjenester. Andre faktorer som kan ha medvirket til økningen i tannleger med spesialistutdanning i tjenesten, er at flere fylkeskommuner har tilsatt spesialister i pedodonti finansiert med tilskudd, for å ivareta barn og unges behov for spesialisert tannhelsehjelp. Antallet sysselsatte spesialister i pedodonti har økt fra 24 i 2020 til 30 i 2024 (se vedlegg 1, tabell 6).

[79] SSB statistikkbank, tabell 11774 og spesialbestilte tall fra SSB

Utvidede rettigheter og økt pasienttilfang

Fylkeskommunal tannhelsetjeneste har fått ansvar for flere pasientgrupper de siste årene. Det vil medføre behov for å tilsette flere tannhelsesekretærer, tannpleiere og tannleger i fylkeskommunal tannhelsetjeneste.

- Unge voksne mellom 19 år og 28 år, har ifølge tannhelsetjenesteloven rett til nødvendig tannhelsehjelp fra den offentlige tannhelsetjenesten i det fylket hvor de oppholder seg. Dette ble lovregulert 1. juli 2025 [52],[53].
- Personer med rusmiddelavhengighet kan ha rett til nødvendig tannhelsehjelp fra den offentlige tannhelsetjenesten, etter tannhelsetjenesteloven. Denne rettigheten ble lovfestet 1. juli 2024. Personer med rusmiddelavhengighet har rett til nødvendig tannhelsehjelp i det fylket de oppholder seg i, når de på grunn av rusmiddelavhengighet mottar et eller flere av følgende tilbud: Personlig assistanse, avlastningstiltak for pårørende, legemiddellassisteret rehabilitering (LAR-behandling) [54].
- Innsatte i fengsler i kriminalomsorgen har (ved oppfylling av gitte vilkår) rett til nødvendig tannhelsehjelp fra den offentlige tannhelsetjenesten, etter tannhelsetjenesteloven. Denne rettigheten ble lovfestet 1. juli 2024 [55].

De demografiske framskrivningene som beskrevet i kapittel 3.1, vil kunne utløse rettigheter til gratis tannhelsetjeneste i den offentlige tannhelsetjenesten for flere personer [56]. Det vil også kunne bidra til økt behov for tannhelsepersonell, særlig tannpleiere og tannleger. Rekrutteringsutfordringer i tannhelsetjenesten synes primært å handle om skjev geografisk fordeling av tannhelsepersonell, samt skjev fordeling mellom den private og offentlige delen av tannhelsetjenesten. I [framskrivninger av arbeidsmarkedet for helsepersonell frem mot 2040 \(ssb.no\)](#), legges det til grunn en større vekt på tannpleie og forebyggende behandling. Dette kan drive frem en fortsatt vekst i etterspørselen etter tannpleiere fram mot 2040.

Helsedirektoratet gjorde en ekstraordinær bestilling av data til Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) fra den offentlige tannhelsetjenesten i Norge (DOT) for perioden 2017–2022 og arbeidet med tannhelsesdata i KPR var videre knyttet til to hovedaktiviteter i 2024.

Den ene aktiviteten var knyttet til leveransen til Tannhelseutvalget, med analyser av data til Tannhelseutvalget, basert på data om offentlig tannhelsetjeneste i KPR og andre opplysninger i KPR og NPR. Dette er publisert i rapporten [Tannhelsetjenester i Norge](#). SSB har også statistikk som gir grunnlag for nye analyser av tannhelsesdata fra offentlig sektor om sammenhenger mellom behandling, helsetilstand og pasientenes sosioøkonomiske bakgrunn.

Den andre aktiviteten var utvikling av funksjonalitet for løpende innmelding av tannhelsesdata til KPR på en ny registerplattform hvor ansvaret ble overført 1.1.2024 til Folkehelseinstituttet (FHI). FHI fører også dialogen med Den norske tannlegeforeningen videre om innlevering av tannhelsesdata fra private virksomheter. Nasjonale data for tann- og munnsykdom hos den voksne befolkningen er utilstrekkelig, da data fra private tannhelsetjenester ikke er inkludert per i dag. Dette gir også utilstrekkelig grunnlag for å vurdere det fremtidige nasjonale behovet for tannhelsetjenester, herunder tannhelsepersonell.

[Tannhelseutvalgets NOU 2024:18 En universell tannhelsetjeneste Harmonisering, styring og utvidet offentlig ansvar \(regjeringen.no\)](#), ble publisert i september 2024. Utvalget fremmer blant annet at det mangler et helhetlig kunnskapsgrunnlag på tannhelsefeltet, og at det er behov for å bedre tilgang på tannhelsesdata [57].

[52] Tannhelsetjenesteloven Kap. 2 Tilgjengelig: [Lov om tannhelsetjenesten \(tannhelsetjenesteloven\) - Kap. 2. Rett til tannhelsehjelp \(lovdata.no\)](#)

[53] Tannhelsetjenesteloven Kap. 1 Tilgjengelig: [Lov om tannhelsetjenesten \(tannhelsetjenesteloven\) - Kap. 1. Alminnelige bestemmelser \(lovdata.no\)](#)

[54] Tannhelsetjenesteloven § 2-1 og § 1-3 Tilgjengelig: [tannhelsetjenesteloven § 2-1 første ledd \(lovdata.no\)](#) og [§ 1-3 første ledd bokstav f \(lovdata.no\)](#)

[55] Tannhelsetjenesteloven § 2-1 og § 1-3 Tilgjengelig: [tannhelsetjenesteloven § 2-1 første ledd \(lovdata.no\)](#) og [§ 1-3 første ledd bokstav f \(lovdata.no\)](#)

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

[57] NOU 2024:18 En universell tannhelsetjeneste Harmonisering, styring og utvidet offentlig ansvar
Tilgjengelig: [NOU 2024: 18](#)

Innsatsområder for bærekraftige helse- og omsorgstjenester

I dette kapitlet beskrives utvalgte innsatsområder og perspektiver som Helsedirektoratet mener er viktige for å fremme en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste.

Den demografiske utviklingen og rekrutteringsutfordringer har ført til et skifte i arbeidet med helsepersonell, fra et fremtredende fokus på rekruttering, til en mer helhetlig tilnærming der det å beholde og legge til rette for utvikling av egne ansatte står sentralt. Denne perspektivendringen har fått økt oppmerksomhet både nasjonalt og internasjonalt, og fordrer at arbeidsgivere i helse- og omsorgssektoren i større grad prioriterer tiltak som styrker faglig utvikling, arbeidsmiljø og livskvalitet for ansatte [58],[59].

Tiltak som fremmer balanse mellom arbeid og fritid, ivaretar fysisk og psykisk helse og legger til rette for karriereutvikling, er avgjørende for å styrke sektorens attraktivitet og redusere turnover. Slike virkemidler har vært en del av Kompetanseløft 2025 gjennom hele planperioden, men det er behov for å tydeliggjøre og forsterke budskapet om å beholde og satse på fagutvikling for egne ansatte samtidig som det jobbes for å gjøre sektoren mer attraktiv (ibid.).

For å lykkes kreves et mer koordinert og målrettet samarbeid på tvers av departementer, sektorer og fagmiljøer. Det bør også utvikles nye modeller for kompetanseutvikling og utdanning, i tett dialog med de ansatte og tjenestene.

I det følgende presenteres innsatsområder som vurderes som særlig sentrale for å realisere en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste gjennom strategisk utvikling og ivaretagelse av helsepersonell.

[58] Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. (2023). (NOU 2023:4). Oslo: Statens forvaltningstjeneste. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/337fef958f2148bebd326f0749a1213d/no/pdfs/nou202320230004000c>

[59] WHO (2023) [Resolution: Framework for action on the health and care workforce in the WHO European Region 2023–2030](#)

Strategisk kompetanseplanlegging

Systematisk livlang læring

I Handlingsplanen for Kompetanseløft 2025 fra Helse- og omsorgsdepartementet fremheves ønsket om at strategiene i handlingsplanen gjenspeiles i lokale og regionale planer for helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Statsforvalterne rapporterer at flere kommuner lager og tar i bruk strategiske kompetanseplaner, men ikke alle planene er politisk behandlet og det er viktig å fortsette arbeidet med slikt planarbeid. Strategisk kompetanseplanlegging og kunnskapsbasert ledelse er viktige forutsetninger for faglig forsvarlig drift i en sektor med store rekrutteringsutfordringer, høyt sykefravær og høy turnover både blant ledere og ansatte.

Kunnskap om behovet for kompetanse og hvordan den skal brukes fordrer at kommunene og tjenestene har innsikt i sine innbyggers helse- og omsorgsbehov både i dag og i fremtiden. Dette handler om strategisk kompetansekartlegging. Det rapporteres gjennomgående fra statsforvalterembetene at interkommunale nettverk for kommunene og tverrsektorielt samarbeid på regionalt nivå i regi av regional koordinatorfunksjon, har vært en riktig satsing for å støtte og veilede kommunene i arbeidet med strategisk kompetansearbeid og tilskuddsforvaltning[60].

Statsforvalterembetene melder om økt aktivitet i form av støtte og veiledning til kommunene på analyse og kartlegging av lokale forhold som grunnlag for strategisk og langsiktig kompetanseplanlegging. Rapporteringen fra statsforvalterne støtter opp under kommunenes dreining mot å beholde egne ansatte gjennom fagutvikling og kompetanseheving i tråd med den ansatte og tjenestenes behov. Statsforvalter rapporterer for 2024 samtidig en økt bekymring for kompetanseheving, fordi kommunene ikke får tak i kvalifisert personell til å vikariere for de som tar videreutdanning. Ifølge Statsforvalter handler dette både om rekrutteringsvansker og økonomi.

Systematisk opplæring er en forutsetning for å sikre faglig forsvarlige tjenester i alle ledd, og lovverket har plassert dette ansvaret hos leder. For at dette skal fungere mener Helsedirektoratet at det bør satses på livslang læring for alle faggrupper forankret i strategiske kompetanseplaner i helse- og omsorgstjenesten.

Tjeneste- og bemanningsanalyse

En viktig forutsetning for at kommunene skal kunne levere kvalitativt gode helse- og omsorgstjenester, er å ha god kunnskap om tjenestebehovene og hvilken kompetanse og type bemanning som er nødvendig nå og i fremtiden. I dette arbeidet er tjeneste- og bemanningsanalyse et viktig fagområde [61],[62]. I arbeidet med tjeneste- og bemanningsanalyse er det tre kjerneprosesser som må gjennomføres systematisk og gjentas ved behov:

I. tjenesteanalyse

II. bemanningsanalyse

III. arbeidstidsorganisering og turnusvalg

Alle de tre kjerneprosessene er nødvendige for å nå et mål om riktig bemanning gjennom robuste bemannings- og turnusplaner. De ulike kjerneprosessene og tilhørende arbeidsoppgaver kan gjennomføres parallelt og i ulik rekkefølge [63]. Tjenesteanalysen gir kunnskap og innsikt om tjenestestedets behov. Dette er en forutsetning for å lykkes med å tilby gode helse- og omsorgstjenester med riktig bemanning.

Målet om å nå riktig bemanning er et kontinuerlig, systematisk arbeid fordi tjeneste- og bemanningsbehovene endres avhengig av brukernes behov. De ulike kjerneprosessene må derfor foregå regelmessig og parallelt, avhengig av endringer som oppstår. I tillegg til kjerneprosessene er det et grunnleggende fundament i modellene at det finnes et økonomisk handlingsrom for å prioritere arbeidet.

Praksisplasser i kommunale helse- og omsorgstjenester

Praksisplasser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er viktige av flere årsaker. Det blir flere elever og studenter, og flere utdanninger har behov for praksisplasser som samtidig kan være en arena for

rekruttering. Samarbeidsavtalen mellom KS, Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet fra september 2022 har som formål å være pådriver for flere og bedre praksisplasser i kommunale helse- og omsorgstjenester og jobbe for økt samarbeid mellom universiteter, høyskoler og kommunene [64]. Denne avtalen inngår i konsultasjonsordningen mellom regjeringen og kommunesektoren og gjelder foreløpig ut 2025, og følges opp gjennom jevnlige kontaktmøter.

Når det blir flere elever og studenter, er det nødvendig å tenke fagutvikling og innovasjon i praksisgjennomføringen. Alternative praksismodeller kan inkludere simulering og praksis på egen arbeidsplass. Simulering kan benyttes som et supplement eller alternativ til tradisjonell praksis, og praksis på egen arbeidsplass kan gi studentene mulighet til å lære i et allerede kjent miljø. Dette kan redusere stress, øke tryggheten og også øke motivasjonen for å gjennomføre utdanning. Sykepleierforbundet har gjennomført en kunnskapsinnhenting der de vurderer simulering som en av løsningene på praksisutfordringen, samtidig som de fremhever at det er lite forskning på konsekvensene av å erstatte klinisk praksis helt med simulering [65].

Prosjektet «Eg vil ha praksis i Stavanger kommune» er et eksempel på utprøving av praksiskontor som ble startet i 2024, og vil fortsette i 2025. Prosjektet har kartlagt studentmottakelse av sykepleiere og vernepleiere i Stavanger kommune, utarbeidet mandat, flytskjema og rutiner for koordinering av praksisplasser. Det er etablert samarbeidsmøter og nettverk med utdanningsinstitusjonene. Prosjektet skal bidra til å sikre at Stavanger kommune tilbyr god kvalitet i praksis.

Dette er et eksempel på hvordan kommunen kan opparbeide og systematisk tilrettelegge for kvalitetssikrede praksisplasser i samarbeid med praksiskoordinatorfunksjonen i utdanningssektoren. Statsforvalteren i Innlandet rapporterer at de har gitt støtte via kompetanse- og tjenesteutviklingstilskuddet til fire regioner som tester ut pilotering av praksiskontor i 2024. Pilotene er plassert i Dovre, Nord-Fron, Nord-Aurdal og Gran. Fokus i arbeidet til praksiskontorene er å sikre god og tilstrekkelig veilederkompetanse, samt nok kvalifiserte praksisplasser.

Positive erfaringer fra praksisperioder i kommunene kan være rekrutterende med tanke på framtidig arbeidsforhold [66] for både lærlinger og studenter på høyere gradsnivå. Nyere kunnskap viser til at det blant lærlinger i helsefagarbeiderfaget var kun 46 prosent som trodde de kunne få fast jobb der de var i lære [67]. Dette er et lavt tall til sammenligning med lærlinger innen elektro og datateknologi, hvor 83 prosent mente de kunne få fast jobb (ibid.), og indikerer at kommunale helse- og omsorgstjenester i større grad kan bruke lærlingeplasser strategisk i sitt rekrutteringsarbeid. Andre faktorer som kan ha betydning for rekruttering og som er viktig for studentene, er at veiledere har kompetanse på læringsmål og krav til praksis. Veiledere må videre kjenne til ulike systemer som brukes for å planlegge, gjennomføre, dokumentere og evaluere studenten i praksis [68].

Helsedirektoratet fremhever viktigheten av å tenke kombinasjoner av tiltak, for eksempel hvor og hvordan utdanningsinstitusjoner tilbyr utdanning i distrikt og virkemidler rettet mot praksissted for bedre kvalitet på veiledning og systematisk oppfølging av studenter både faglig, sosialt og kollegialt, jf. [praksiskontoroppdraget som ble levert juli 2022 \(regjeringen.no\)](#). Både praksiskoordinatorfunksjon og veilederkompetanse har vist seg å være viktige rekrutteringstiltak for elever og studenters opplevelse av praksis og ønske om fremtidig arbeid i helse- og omsorgstjenestene i kommunene. I flere av Jobbvinnerpilotene er det erfart at studenter og elever som opplever kvalitet når de er i praksis i kommunale helse- og omsorgstjenester, ofte søker seg tilbake til praksisstedet som ferdig utdannet helsepersonell [69].

Organisering av helse- og omsorgstjenester

Kompleksiteten i helse- og omsorgstjenestene, samt måten de er organisert på, utgjør en vedvarende utfordring. Det som i særlig grad preger dagens diskusjon, er de demografiske endringene som påvirker behovet for og tilgangen på helsetjenester. Teknologi som digitale verktøy og kunstig intelligens har allerede endret og vil fortsatt være en pådriver for endringer i organiseringen og leveringen av helsetjenester.

Helsepersonellens kompetanse og pasienter og brukeres behov endres som et resultat av teknologisk utvikling og en aldrende befolkning. Dette vil ha betydning for hvordan vi organiserer og tilbyr helsetjenester. Et viktig poeng i denne sammenhengen er å organisere tjenestene slik at de ivaretar og verdsetter fagfolkene, som er den viktigste ressursen i helse- og omsorgstjenestene. Et prioritert satsningsområde for å bidra til en god organisering som ivaretar fagpersonene, er å jobbe for å etablere en heltidskultur i tjenestene. I tillegg er tiltak som jobbvinner, mentorprogrammer og tilskudd til veiledning av studenter og ansatte viktige initiativer.

I 2024 viser statistikken, som for foregående år, fortsatt en økning i antall årsverk, noe som betyr at flere jobber i større stillinger. Utviklingen i stillingsbrøkene for ansatte tyder på at arbeidet mot en heltidskultur går i riktig retning. Satsningen på en heltidskultur er i dag tett koblet til bemanningsanalyser som bidrar til en bedre bruk av personalressursene og en mer effektiv tjeneste. I tillegg viser økonomiske beregninger at å øke andelen heltidsstillinger kan gjøres uten at det nødvendigvis øker kommunens lønnskostnader [70].

Satsningen og utvidelsen av Tørn-programmet til hele helsetjenesten er et nasjonalt grep som anerkjenner og fremmer behovet for innovasjon og tjenesteutvikling. Tørn retter oppmerksomheten mot det enkelte tjenestesteds behov for å kjenne brukernes behov og deretter gjennomføre oppgaveanalyser, oppgavedeling og bemanningsplanlegging. En slik arbeidsmetodikk er nært knyttet til arbeidstidsorganisering og behovet for å etablere ordninger som skiller seg fra dagens tradisjonelle turnus, og dermed legger til rette for en heltidskultur [71].

Helsedirektoratet mener fortsatt at det bør jobbes for at andelen som jobber heltidsstilling økes. Med et særlig blikk på hele stillinger for helsefagarbeidere, som på tross av den positive utviklingen de siste årene fortsatt er den yrkesgruppen med helseutdanning med lavest stillingsprosent i tjenesten.

En organisering av helse- og omsorgstjenestene som ivaretar personellet, forutsetter at ansatte får tilstrekkelig opplæring, veiledning og oppfølging. Behovet for slike tiltak har blant annet kommet tydelig til uttrykk gjennom stor interesse for tilskuddsordningen til veiledning av studenter og ansatte. Da ordningen ble lyst ut for første gang i 2024, kom det inn søknader for over 90 millioner kroner – til tross for at rammen kun var på ti millioner. Dette illustrerer et betydelig udekket behov.

I tillegg rapporterer statsforvalterne at mentorordninger og strukturerte oppfølgingssystemer for nyansatte vurderes som effektive virkemidler for både rekruttering og stabilisering av arbeidsstyrken. Slike tiltak bør videreføres og i større grad løftes frem som eksempler på god organisering, der veiledning og faglig støtte ses som en integrert del av det å verdsette og beholde ansatte.

[60] Helse- og omsorgsdepartementet (2022) Opptrappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten. Tilgjengelig:
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/opptrappingsplan-for-heltid-og-god-bemanning-i-omsorgstjenest>

[61] Helsedirektoratet (2024) *Faglig anbefaling fra Helsedirektoratet for punkt 2 til 4 i tildelingsbrev*

[62] Yssen, Selma, Bråthen Ketil og Moland Leif E. (2023) *Høyde for fravær. Etablering av bemannings- og turnusplaner med redusert vikarbehov*. Tilgjengelig:
<https://www.fafo.no/zoo-publikasjoner/hoyde-for-fravaer>

[63] Helsedirektoratet (2024) *Faglig anbefaling fra Helsedirektoratet for punkt 2 til 4 i tildelingsbrev*

TB2023-70, levert u.off til HOD 12.juli 2024; jf. vedlegg 1_Kunnskapsoppsummering økt grunnbemanning_Fafo.pdf

[64] Oslo Economics. (2023). Omfang og variasjon i praksisplasser for helse- og sosialfagsstudenter i kommunene (KS FoU-nummer 236004). Hentet fra <https://www.ks.no/contentassets/d199b149184d47f28207feccee0b4d8d/Omfang-og-variasjon-i-praksisplasse>

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

[66] KS (2025) Jobbvinner. Tilgjengelig: <https://www.ks.no/fagomrader/arbeidsgiverpolitikk/jobbvinner/>

[67] Avtale mellom regjering og KS om kvalitets- og kapasitetsøkning i praksis for helse- og sosialfagsstudenter 2022-2025. [Avtale]. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/0891300ad5724e08ab5c208ca6f7d3dd/signert-avtale-om-kvalitet>

[68] Karlsen, K. S. (2025). Simulering forbereder sykepleierstudentene på virkelighetens utfordringer. Sykepleien.

[69] Skålholt, A., Aakernes, N., Andresen, S., Dahlback, J., Gleditsch, R. N., Johannesen, H. S., . . . Vagle, I. (2024). Overgang til opplæring i bedrift. Tredje delrapport fra evalueringen av fagfornyelsen yrkesfag (NIFU-rapport;13 2024:13). Oslo: Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU). Hentet fra <https://nifu.brage.unit.no/nifu-xmlui/bitstream/handle/11250/3164531/Nifurapport2024-13.pdf?sequence=10>.

[70] Moland, Leif E., Tofteng, Maja og Bråthen, Kjetil (2023) Hva koster heltid egentlig? Økonomiske kostnader og gevinster ved å utvikle heltidskultur i kommunale pleie- og omsorgstjenester. Tilgjengelig: <https://www.fafo.no/zoo-publikasjoner/hva-koster-heltid-egentlig>

[71] Bråthen, Ketil og Moland, Leif E. (2024) Ny tørrn for effektive helse- og omsorgstjenester. Underveisevaluering av Tørrn-programmet. Tilgjengelig: <https://www.fafo.no/zoo-publikasjoner/ny-torn-for-effektive-helse-og-omsorgstjenester>

Oppgavedeling og tverrfaglig samarbeid

Bedre oppgavedeling har gjennom flere år vært et viktig innsatsområde i helse- og omsorgstjenestene. Begrepene oppgavedeling, oppgavefordeling, oppgaveforskyvning og oppgaveglidning brukes tilnærmet synonymt i faglitteraturen, og defineres av WHO som den «rasjonelle omfordelingen av oppgaver blant helsepersonell» og der «målet er bedre dekning av helsepersonell og en bedre utnyttelse av de tilgjengelige menneskelige ressursene» (Melby mfl. 2022, side 22) [72]. Det er fortsatt viktig å jobbe for en bedre oppgavedeling, men uten systemer som ivaretar de ansattes behov for opplæring, veiledning og støtte vil ikke oppgavedeling nødvendigvis bidra til bedre ressursutnyttelse [73],[74]. Som en konsekvens av at ansatte får nye oppgaver og manglende opplæring har Helsedirektoratet mottatt bekymringsmeldinger fra statsforvaltere om flere uønskede hendelser og avvik i tjenestene. Dette understreker nødvendigheten av å tenke helhetlig der omfordeling av oppgaver og bedre ressursutnyttelse også handler om riktig opplæring, veiledning og godt sammensatte tverrfaglige team [75] .

Tørn-modellen har vist seg å være en effektiv og gjennomførbar metode for nye måter å jobbe på [76]. Tørn baserer seg på medarbeiderdrevet innovasjon, og forankres i partssamarbeidet og med involvering av vernetjenesten. I rapportene for 2024 fra statsforvalterembetene beskrives Tørn som en viktig satsning for arbeidstidsorganisering og oppgavedeling. Statsforvalterne innvilger søknader om prosjektstøtte til modellutprøving og innsats for å teste ut nye arbeidstidsordninger, oppgavedeling og innføring av helseteknologi i kommunene. Enkelte statsforvaltere rapporterer om at kommunen nå kan se resultater av arbeidet med Tørn, arbeidstidsorganisering og oppgavedeling. Arbeidet har resultert i at flere kommuner har tatt i bruk årsturnus, og har en bedre dekning av vakter spesielt i helger og ferier. I tillegg har bruken av vikarbyråer gått ned.

Videre synliggjøres det i rapporteringen fra enkelte statsforvaltere at arbeidet i Tørn har ført til økt bevissthet rundt de oppgaver kommunen forplikter seg til å gjøre, hvilken kompetanse kommunene har og har behov for, og verdien av å ha kompetanseplaner. Dette er positive tilbakemeldinger fra kommunene og viktige resultater fra arbeidet. Men, om målet er at oppgavedeling skal redusere andelen sykepleiere i tjenestene og øke andelen helsefagarbeidere og andre faggrupper, rapporterer Fafo om at det er [lite spor av ny oppgavedeling i tjenestene \(fafo.no\)](https://www.fafo.no/nyheter/ny-oppgavedeling-i-tjenestene-fafo-no). Funnene fra Fafo er interessante, men det er viktig å understreke at fordelingen av ulike yrkesgrupper i tjenestene alene ikke gir et tilstrekkelig grunnlag for å vurdere om arbeidet med oppgavedeling har ført til ønskede endringer.

En annen utfordring flere statsforvaltere påpeker handler om forsinkelser i prosjekter de har fått midler til å gjennomføre. De beskriver at kommunene har utfordringer med rammevilkår som stadig endres, for eksempel høy turnover, høyt sykefravær og dermed bemanningsutfordringer både i prosjekt og daglig drift. Disse problemstillingene må løstes, og viser til behovet for å tenke nytt om hvordan tjenesteutvikling i kommunene, gjennom prosjektmidler, skal bidra til tjenesteutvikling og innovasjon i kommuner som allerede har store utfordringer med bemanning.

Helsedirektoratet anbefaler fortsatt satsning på oppgavedeling. I det videre arbeidet er det de medarbeiderdrevne innovasjonene, forankringen i partssamarbeidet og involveringen av vernetjenesten som må fremheves. Samtidig må de ansattes behov for opplæring, veiledning og tverrfaglig samarbeid i team fremheves som viktige komponenter i dette arbeidet. Å jobbe i tverrfaglig team kan bidra til økt bevissthet om riktig og effektiv bruk av kompetanse for å løse ulike oppgaver, flere perspektiver i refleksjonen rundt brukers behov som igjen kan bidra til mer helhetlige tjenester til brukerne. Med en dreining mot mer tverrfaglige team og bredere sammensetning av fagmiljøer både vertikalt og horisontalt, kan dette kanskje bidra til bedre ressursutnyttelse, ansatte som får brukt sin fagkompetanse og dermed mer robuste og bærekraftige fagmiljøer.

[72] Nielsen, R. A., & Moland, L. E. (2025). Mobilitet i helse- og omsorgstjenestene i perioden 2015-2024.

[73] Melby, Line; Gunnes, Mari; Haukelien, Heidi; Obstfelder, Aud (2022) Frigjøring av sykepleierkapasitet gjennom ny ansvars-/oppgavedeling og bruk av teknologi. Tilgjengelig: <https://sintef.brage.unit.no/sintef-xmlui/bitstream/handle/11250/3018534/Frigj%25C3%25B8ring%2bav%2b>

[74] Nielsen, R. A., & Moland, L. E. (2025). Mobilitet i helse- og omsorgstjenestene i perioden 2015-2024.

[75] Bråthen, K., & Moland, L. E. (2023). Ny oppgavedeling i helse- og omsorgssektoren. En undersøkelse blant helsefagarbeidere, helsesekretærer og portører.

[76] Claudia B. Maier, M. K., Reinhard Busse, Matthias Wismar. (2022). Skill-mix Innovation, Effectiveness and Implementation: Cambridge University press. Hentet fra <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/skill-mix-innovation-effectiveness-and-implementation->

Ny teknologi og digitale hjelpemidler

Helsedirektoratet mener at utfordringsbildet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene må løses på flere og nye måter for å nå målet om bærekraftig kommunal helse- og omsorgstjeneste og fylkeskommunal tannhelsetjeneste. Gevinstrapporter fra Nasjonalt velferdsteknologiprogram, som ble avsluttet i 2023, har vist at velferdsteknologi kan gi store gevinster i form av spart tid og unngåtte kostnader for kommunene. En FOU-rapport fra Oslo Economics (utarbeidet på oppdrag fra KS) underbygger dette bildet ytterligere («[Gir helseteknologi forventede gevinster? \(ks.no\)](#)»). Det anbefales at kommunene vurderer å ta i bruk velferdsteknologi for å oppnå økt bærekraft. Det er derfor viktig at helsepersonellet har tilstrekkelig kompetanse og opplæring, for at tjenestene skal kunne ta i bruk og ha troen på at teknologi skal kunne bidra til å løse fremtidens helsetjenestebehov.

Universitets- og høyskolesektoren utvikler i større grad undervisningstilbud som er relevante for arbeidslivet og svarer ut en del kompetansebehov i helse- og omsorgssektoren. Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse kartlegger om utdanningsinstitusjonene bringer mulighetene i digital teknologi inn i utviklingen av fagområder, studietilbud og arbeidsmetoder. I kartlegging kommer det fram at [flere institusjoner har tverrfaglige emner innen digitalisering \(ks.no\)](#). Det gjennomføres en ny kartlegging i 2025.

Totalt var det registrert 160 225 brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester som hadde elektronisk medisineringsstøtte, digital trygghetsalarm, lokaliseringsutstyr og/eller digitalt tilsyn (ikke-unike brukere). Dette er en økning fra året før. Ser man kun på unike brukere (altså at en og samme bruker som har to eller flere velferdsteknologier kun telles en gang), har antall brukere med velferdsteknologi økt fra 133 697 i 2023 til 140 797 i 2024. De fleste kommunene har kommet godt i gang med trygghetsalarmer, men det er fremdeles stor variasjon i utbredelsen av andre velferdsteknologier som digitalt tilsyn, lokaliseringsteknologi og elektronisk medisineringsstøtte. I det nye «[eldrebarometeret](#)» er det opprettet en egen samleindikator for disse tre velferdsteknologiene, som mål på kvalitet i eldreomsorgen. Andre teknologier og digitale oppfølgingsmetoder, som digital hjemmeoppfølging og nye begreper og metoder som for eksempel «digital hjemmesykepleie», er også i økende grad i bruk i kommunene.

Den økte andelen yngre tjenestemottakere vil ha andre behov for helseteknologi for å opprettholde livskvalitet og delta i samfunnsliv og arbeidsliv. Eldre tjenestemottakere har i dag i større grad behov for trygghetsskapende teknologi. Teknologibehovet må som andre tjenestebehov vurderes individuelt. Det er også av stor viktighet at man sikrer at lov- og regelverk og pasientsikkerhet blir ivarettatt ved bruk av velferdsteknologi. Helsetilsynet har avdekket avvik både når det gjelder digitalt tilsyn, elektronisk medisineringsstøtte og trygghetsalarm med tilhørende responstjeneste. Tilsynsrapportene bør brukes som læring for sikker bruk av velferdsteknologi i kommunene.

Fra og med 2024 er Helseteknologiordningen opprettet, og den skal legge til rette for ytterligere [spredning av velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging \(hkdir.no\)](#) samt bedre anskaffelser av journalløsninger i kommunene. Velferdsteknologi er grunnleggende for tjenesteinnovasjon og en mer bærekraftig kommunal helse- og omsorgstjeneste og fylkeskommunal tannhelsetjeneste. I 2025 ble det satt av 176 millioner kroner til Helseteknologiordningen, hvor totalt 100 prosjekter har mottatt tilskudd og følges opp i 2025. Det er i hovedsak prosjekter som skal jobbe med digital hjemmeoppfølging, journalløsninger og velferdsteknologi som har mottatt midler.

Livslang læring og kompetanseutvikling i tråd med ansattes og tjenestenes behov

Det er et vedvarende behov for systematisk opplæring av personell på alle nivåer i helse- og omsorgstjenestene, og behovet for kompetent personell er stort. I distriktene er det utfordrende for arbeidsgivere å legge til rette for ansattes utdanning og opplæring av flere årsaker. Det handler om at det ikke er kvalifisert personell til å vikariere for ansatte som skal ta utdanning, ressurser til å tilby ansatte utdanning og manglende utdanningstilbud tilpasset ansattes livssituasjon. I tillegg viser søkertall at om lag halvparten av elevene som går på helse- og oppvekstfag velger påbygg til studiespesialisering fremfor å kvalifisere seg til helsefagarbeider gjennom lærlingeordningen [77]. Denne utviklingen er utfordrende for rekrutteringen til helsefagarbeideryrket og svekker tilgangen på kvalifisert personell i tjenestene.

Samtidig som færre unge velger å bli helsefagarbeidere (se vedlegg 1, tabell 40–42), er det mange ansatte i tjenestene uten formell fagutdanning. Dette løfter frem to problemstillinger:

1. Hvordan motivere elever som går på helse- og oppvekstfag til å bli helsefagarbeidere?
2. Hvordan tilrettelegge og tilby tilpasset opplæring og utdanning til ansatte i tjenestene som ikke har formell fagutdanning?

Begge disse problemstillingene har det vært jobbet med gjennom hele planperioden til Kompetanseløft 2025. Gode eksempler på tiltak i Kompetanseløft 2025, som adresserer disse utfordringene er ABC-opplæringene, ABC til fagbrev, Jobbvinner og Menn i helse. Det er viktig med en videre satsning på disse og lignende tiltak, samtidig er det behov for en tydeligere innsats som er rettet mot disse problemstillingene hvor samarbeid med utdanningssektoren og partssamarbeidet er helt sentralt.

Høyere yrkesfaglig utdanning vil gjennom den nye stortingsmeldingen [Meld.St. 11,2024-2025: Fagfolk for en ny tid – med høyere yrkesfaglig utdanning \(regjeringen.no\)](#) få en tydeligere plass i utdanningssektoren. Helse og oppvekstfag er et av fagområdene som løftes frem, og selv om fagskoleutdanning innen helse lenge har vært en viktig videreutdanningsarena for helsefagarbeidere, vil denne utdanningsveien få en mer fremtredende plass. I det videre arbeidet med å utvikle utdanning på dette nivået er det viktig å bidra til at utdanningstilbudet faktisk svarer på de kompetansebehovene tjenestene har, tilrettelegger for ansatte og studenter bo- og livssituasjon og gir en reell anerkjennelse i yrkeslivet.

På samme måte som det er behov for innsats rettet mot videregående opplæring og innen høyere fagskoleutdanning, er det også behov for personell med høyere utdanning på bachelor- og mastergradsnivå. Det synes å være stort behov for mer generalistkompetanse som blant annet flere sykepleiere med master i avansert klinisk allmennsykepleie (AKS). En AKS-sykepleier vil være en viktig del av fremtidens helse- og omsorgstjeneste [78]. AKS sykepleiernes kompetanse kan benyttes mange steder i kommunen og er en viktig fagkompetanse og pådriver i tverrfaglig samarbeid. Det ble i 2024 gjennomført promoteringskampanjer fra Helsedirektoratet mot kommunale ledere og sykepleiere for bedre forståelse av hvordan denne avanserte kliniske allmennsykepleieren kan benyttes på en bærekraftig måte i direkte pasientarbeid, men også på systemnivå i kommunen og som klinisk veileder til ansatte og kollegaer i helse- og omsorgstjenesten. Det har nå vært gitt lønnsstilskudd til kommunene for sykepleiere som tar klinisk avansert allmennsykepleieutdanning i ti år.

[77] Taylor, Ingrid (2023) Advanced practice nursing students' development of clinical competence – A Norwegian mixed-methods study. Tilgjengelig: <https://openarchive.usn.no/usn-xmlui/handle/11250/3050489>

[78] Udir (2025) [Analysebrettet – nøkkeltall for fag- og yrkesopplæring](#)

Forebyggende arbeid i helse- og omsorgssektoren

Forebygging er et sentralt innsatsområde og anses å være en nøkkelkomponent for å kunne motvirke en del av de utfordringene som helsetjenestene møter når befolkningen blir eldre.

Eldrereformen [Bo trygt hjemme](#) peker på viktigheten av forebyggende arbeid, og i årsrapporten for 2024 vises det til Helsedirektoratets oppdrag om å utvikle et rammeverk for en mer forebyggende helse- og omsorgstjeneste. En sentral faktor for å imøtekomme fremtidens behov for helsetjenester er å forebygge sykdom for å dempe behovet for helsetjenester [78]. I denne sammenhengen er det et interessant funn i Senter for omsorgsforskning sin rapport Utelatt helse- og omsorgshjelp, avvik og pasientsikkerhet i kommunen. Den hjelpen som oftest ikke ble gitt var knyttet til tiltak som tilrettelagt for at brukeren kunne gjøre oppgaver selv og tilrettelegging for fellesskap og egenmestring [79]. Det er ingen enkel forklaring på hvorfor dette er den mest utelatte oppgaven, men det antyder at det er nødvendig med en mer aktiv innsats for å fremme forebyggende arbeid i hele og omsorgstjenesten.

I det videre arbeidet med å sikre kompetent helsepersonell er det nødvendig å fremme kunnskap og ferdigheter i forebyggende arbeid som en sentral kompetanse. Kompetanse om forebyggende arbeid må involvere kunnskap om og samarbeid med tjenester som frisklivssentraler, andre typer mestringstilbud samt arbeidsinkludering og samarbeid med andre sektorer som for eksempel Nav.

[78] Helse - og omsorgsdepartementet. (2024). Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027. Vår felles helsetjeneste (Meld. St. 9 (2023-2024)). Oslo. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-9-20232024/id3027594/>

[79] Olsen, R. M., Andfossen, N. B., Devik, S. A., Fredwall, T. E., Førland, O., Hartviksen, T. A., & Moholt, J.-M. (2025). Utelatt helse- og omsorgshjelp, avvik, og pasientsikkerhet i kommunen. Under publisering

Vedlegg 1: Tabeller og figurer

Definisjoner

I dette vedlegget brukes variablene årsverk og sysselsatte. SSB definerer avtalte årsverk som summen av alle heltidsjobber og deltidsjobber omregnet til heltidsjobber, og det er ingen begrensning på antallet arbeidsforhold per person. Det er likevel viktig å være oppmerksom på at statistikken kun inkluderer avtalte årsverk, slik at merarbeid og overtid ikke inngår i denne beregningen av årsverk.

Sysselsatte er definert som personer som utførte inntektsgivende arbeid av minst en times varighet i en referanseuke (i dette tilfellet i uka i november som inneholder datoen den 16.), samt personer som har et slikt arbeid, men som var midlertidig fraværende pga. sykdom, ferie, lønnet permisjon e.l. Dette følger [anbefalingene fra Den internasjonale arbeidsorganisasjonen \(ILO\) \(fn.no\)](#) [116].

Arbeidsforholdet kan enten være som lønnstaker eller som selvstendig næringsdrivende. For sysselsatte med flere arbeidsforhold i referanseuken, fastsettes ett som det viktigste. Dette medfører at hver person kun telles en gang. Dette betyr også at hvis en person har et hovedarbeidsforhold som ikke er i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, men har et biarbeidsforhold her, vil ikke personen telles som sysselsatt i disse tabellene.

Når tallet for sysselsatte er betydelig høyere enn antall årsverk, slik det er i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, er gapet mellom dem en indikasjon på at mange er ansatt i deltidsstillinger.

Tall for den kommunale helse- og omsorgstjenesten inneholder tall for både privat og kommunal sektor. Personer som arbeider i privat sektor i næringer hvor kommunene etterspør tjenester eller finansierer tjenester ved offentlig støtte er inkludert. Det gjelder ikke for den fylkeskommunale tannhelsetjenesten.

Endring i statistikkproduksjon fra SSB

Statistisk sentralbyrå (SSB) har i år endret måten de produserer statistikk knyttet til personell i helse- og omsorgstjenestene. Tidligere benyttet SSB en variabel kalt `K_yrk`, som kombinerte informasjon om utdanning og yrke. I denne modellen ble alle med helse- og sosialfaglig utdanning klassifisert etter utdanning, mens øvrige ble klassifisert etter yrke.

I den nye metoden har SSB valgt å skille disse to komponentene og introdusert to separate variabler: én for utdanning og én for yrke. Dette har ført til at det nå finnes to ulike tabeller for hvert tjenesteområde, én som viser fordelingen etter utdanning, og én som viser fordelingen etter yrke. Det er viktig å merke seg at i enkelte statistikker, som for eksempel tabeller for sykefravær og stillingsprosent, benyttes yrke som grunnlag, ikke utdanning. Dette gir et mer presist bilde av faktisk arbeidsutførelse i tjenestene. Endringen gir dermed et mer nyansert og realistisk bilde av bemanningen i tjenestene.

Utdanningstabellene vil i stor grad samsvare med de tidligere tabellene for personer med helse- og sosialfaglig utdanning, og gir fortsatt god innsikt i kompetansesammensetningen. Den store endringen ligger imidlertid i yrkestabellene, som gir bedre tall for brukerrettede tjenester. SSB har her definert hvilke yrker som regnes som pasient- og brukerrettede, noe som gir et mer presist bilde av personell som faktisk jobber direkte med tjenestemottakere.

Et konkret eksempel på denne endringen er hvordan sykepleiere i lederstillinger nå klassifiseres. Tidligere ble disse inkludert i gruppen med sykepleiere, ettersom utdanningen var helse- og sosialfaglig. Med den nye

metoden blir de utelatt fra gruppen med brukerrettet personell, fordi lederrollen ikke regnes som pasient- og brukerrettet.

Denne endringen har også konsekvenser for beregningen av andelen personell uten helse- og sosialfaglig utdanning i omsorgstjenestene. Når den nye metoden benyttes, blir denne andelen høyere enn tidligere, ettersom flere ledere og administrative roller ikke lenger regnes som fagutdannet brukerrettet personell.

Denne endringen har også konsekvenser for beregningen av andelen personell uten helse- og sosialfaglig utdanning i omsorgstjenestene. Når den nye metoden benyttes, blir denne andelen høyere enn tidligere, ettersom flere ledere og administrative roller ikke lenger regnes som fagutdannet brukerrettet personell.

De ulike deltjenestenes definisjon i dette vedlegget er definert ut fra KOSTRA funksjon/deltjeneste

Deltjeneste	KOSTRA funksjon/deltjeneste
Kommunal helse- og omsorgstjeneste	232+233+241+234+253+254+261
Kommunehelsetjenesten	232+233+241
Helsestasjons- og skolehelsetjenesten	232
Omsorgstjenestene	234+253+254+261
Hjemmebaserte tjenester og dagsenter m.m.	234+254
Institusjonsbaserte tjenester	253
Bolig utviklingshemmede	Plukker ut virksomheter med næring «87.203 Bofellesskap for psykisk utviklingshemmede». Inngår i hjemmebaserte tjenester.
Praktisk bistand og aktivisering	234+254

Se for øvrig [veileder til kontoplan i KOSTRA \(regjeringen.no, PDF\)](#).

[116] FN (2021) Den internasjonale arbeidsorganisasjonen (ILO). Tilgjengelig:

<https://www.fn.no/om-fn/fns-organisasjoner-fond-og-programmer/den-internasjonale-arbeidsorganisasjonen-ilo>

Årsverk og sysselsatte i kommunal helse- og omsorgstjeneste

Tabell 1: Årsverk og yrke i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Kilde: Spesialbestilte data fra SSB og statistikkbanken til SSB (tabell 11996, 11995). Merknad: Tall for årsverk inkluderer lange fravær.

Yrker	2020	2021	2022	2023	2024	Endring 2020–2024, absolutt og prosentvis	Endring 2023–2024, absolutt og prosentvis

Andre helserelaterte yrker	3731	3826	3805	3825	3844	113	3,0 %	19	0,5 %
Andre ledere	2256	2272	2314	2415	2554	298	13,2 %	139	5,8 %
Barnevernspedagoger, miljøterapeuter, sosionomer mv.	6698	7025	7608	8094	8606	1908	28,5 %	512	6,3 %
Ergoterapeuter	1735	1810	1868	1908	1955	220	12,7 %	47	2,5 %
Helsefagarbeidere mv.	46282	47568	48307	49458	50302	4020	8,7 %	844	1,7 %
Hjemmehjelper og andre pleiemedarbeidere	47328	48676	49357	51924	54086	6758	14,3 %	2162	4,2 %
Kjøkkenyrker	2807	2833	2867	2922	2907	100	3,6 %	-15	-0,5 %
Ledere av helse-, omsorgs- og sosialtjenester	4347	4525	4544	4599	4603	256	5,9 %	4	0,1 %
Renholdere og vaktmestre mv.	2079	1971	1943	1949	1903	-176	-8,5 %	-46	-2,4 %
Saksbehandlere og kontormedarbeidere mv.	4914	5252	5245	5377	5461	547	11,1 %	84	1,6 %
Spesialsykepleiere	7990	8424	8639	8892	8958	968	12,1 %	66	0,7 %
Sykepleiere	25841	25965	25667	26191	26402	561	2,2 %	211	0,8 %
Uspesifisert	513	546	561	657	558	45	8,8 %	-99	-15,1 %
Vernepleiere	7369	7749	8004	8104	8166	797	10,8 %	62	0,8 %
Leger	6193	6408	6656	6987	7188	995	16,1 %	201	2,9 %
Fysioterapeuter	5163	5185	5230	5323	5348	185	3,6 %	25	0,5 %
Totalsum	175245	180035	182615	188625	192841	17596	10,0 %	4216	2,2 %

Tabell 2: Sysselsatte og yrke i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Kilde: Spesialbestilte data fra SSB

Yrker	2020	2021	2022	2023	2024	Endring 2020–2024, absolutt og prosentvis		Endring 2023–2024, absolutt og prosentvis	
Andre helserelaterte yrker	4373	4540	4471	4464	4452	79	1,8 %	-12	-0,3 %

Andre ledere	2296	2305	2334	2441	2572	276	12,0 %	131	5,4 %
Barnevernspedagoger, miljøterapeuter, sosionomer mv.	7917	8286	8865	9400	9946	2029	25,6 %	546	5,8 %
Ergoterapeuter	1854	1925	1979	2017	2056	202	10,9 %	39	1,9 %
Helsefagarbeidere mv.	59109	59793	59959	60276	60493	1384	2,3 %	217	0,4 %
Hjemmehjelper og andre pleiemedarbeidere	82705	83771	83974	86754	88620	5915	7,2 %	1866	2,2 %
Kjøkkenyrker	3746	3730	3800	3852	3809	63	1,7 %	-43	-1,1 %
Ledere av helse-, omsorgs- og sosialtjenester	4398	4583	4590	4650	4650	252	5,7 %	0	0,0 %
Renholdere og vaktmestre mv.	2959	2824	2766	2767	2703	-256	-8,7 %	-64	-2,3 %
Saksbehandlere og kontormedarbeidere mv.	5590	6012	5945	6028	6093	503	9,0 %	65	1,1 %
Spesialsykepleiere	8825	9470	9640	9783	9834	1009	11,4 %	51	0,5 %
Sykepleiere	29525	29794	29235	29587	29740	215	0,7 %	153	0,5 %
Uspesifisert	1152	1194	1286	1276	1222	70	6,1 %	-54	-4,2 %
Vernepleiere	7894	8311	8539	8611	8669	775	9,8 %	58	0,7 %
Totalsum	222343	226538	227383	231906	234859	12516	5,6 %	2953	1,3 %

Tabell 3: Årsverk og utdanning i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Kilde: Spesialbestilte data fra SSB. Merknad: Tall for årsverk inkluderer lange fravær.

Utdanning	2020	2021	2022	2023	2024	Endring 2020–2024, absolutt og prosentvis		Endring 2023–2024, absolutt og prosentvis	
Aktivitør	950	903	825	770	707	-243	-25,6 %	-63	-8,2 %
Annen helseutdanning på høgskole- eller universitetsnivå	5209	5360	5367	5733	5929	720	13,8 %	196	3,4 %
Annen helseutdanning på videregående nivå	4309	4657	4791	5255	5273	964	22,4 %	18	0,3 %

Annen utdanning på høgskole- eller universitetsnivå	8932	9440	9901	10911	11314	2382	26,7 %	403	3,7 %
Annen utdanning på videregående nivå	14077	14441	14611	15379	15201	1124	8,0 %	-178	-1,2 %
Barne- og ungdomsarbeider	1670	1924	2155	2372	2614	944	56,5 %	242	10,2 %
Barnevernspedagog	1518	1609	1710	1785	1803	285	18,8 %	18	1,0 %
Ergoterapeut	2491	2585	2654	2743	2780	289	11,6 %	37	1,3 %
Helsefagarbeider mv.	49965	51342	52015	53247	54087	4122	8,2 %	840	1,6 %
Helsesekretær	2253	2245	2254	2278	2317	64	2,8 %	39	1,7 %
Helsesykepleier	3321	3428	3571	3611	3524	203	6,1 %	-87	-2,4 %
Jordmor	671	717	741	732	761	90	13,4 %	29	4,0 %
Sosionom	2626	2727	2844	2910	2940	314	12,0 %	30	1,0 %
Sykepleier med annen videreutdanning innen helsefag	4213	4369	4467	4662	4844	631	15,0 %	182	3,9 %
Sykepleier med annen videreutdanning innen sykepleie	871	916	966	991	978	107	12,3 %	-13	-1,3 %
Sykepleier med videreutdanning innen geriatri/eldreomsorg	1923	1917	1874	1823	1742	-181	-9,4 %	-81	-4,4 %
Sykepleier med videreutdanning innen psykisk helsearbeid og rusomsorg	2550	2600	2589	2622	2599	49	1,9 %	-23	-0,9 %
Sykepleier uten videreutdanning innen helsefag	27471	27793	27562	28014	28238	767	2,8 %	224	0,8 %
Uspesifisert	1084	1176	1313	1482	2437	1353	124,8 %	955	64,4 %
Utdanning på grunnskolenivå	17996	18164	18123	18426	19568	1572	8,7 %	1142	6,2 %
Vernepleier	9790	10129	10401	10568	10650	860	8,8 %	82	0,8 %
Leger	6193	6408	6656	6987	7188	995	16,1 %	201	2,9 %
Fysioterapeuter	5163	5185	5230	5323	5348	185	3,6 %	25	0,5 %

Totalsum	175245	180035	182620	188624	192842	17597	10,0 %	4218	2,2 %
-----------------	--------	--------	--------	--------	--------	-------	-----------	------	----------

Tabell 4: Sysselsatte og utdanning i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Kilde: Spesialbestilte data fra SSB

Utdanning	2020	2021	2022	2023	2024	Endring 2020–2024, absolutt og prosentvis		Endring 2023–2024, absolutt og prosentvis	
Aktivitør	1206	1138	1057	993	896	-310	-25,7 %	-97	-9,8 %
Annen helseutdanning på høgskole- eller universitetsnivå	9472	9615	9218	9499	9428	-44	-0,5 %	-71	-0,7 %
Annen helseutdanning på videregående nivå	7104	7550	7674	8252	8269	1165	16,4 %	17	0,2 %
Annen utdanning på høgskole- eller universitetsnivå	14161	14670	14874	15852	15437	1276	9,0 %	-415	-2,6 %
Annen utdanning på videregående nivå	24840	25137	24935	25600	24938	98	0,4 %	-662	-2,6 %
Barne- og ungdomsarbeider	2095	2373	2652	2891	3112	1017	48,5 %	221	7,6 %
Barnevernspedagog	1682	1764	1853	1919	1945	263	15,6 %	26	1,4 %
Ergoterapeut	2677	2782	2844	2913	2939	262	9,8 %	26	0,9 %
Helsefagarbeider mv.	64049	64787	64847	65220	65355	1306	2,0 %	135	0,2 %
Helsesekretær	2826	2810	2827	2834	2859	33	1,2 %	25	0,9 %
Helsesykepleier	3659	3871	3984	3976	3881	222	6,1 %	-95	-2,4 %
Jordmor	740	816	830	821	856	116	15,7 %	35	4,3 %
Sosionom	2892	2974	3065	3143	3163	271	9,4 %	20	0,6 %
Sykepleier med annen videreutdanning innen helsefag	4526	4787	4873	5036	5248	722	16,0 %	212	4,2 %
Sykepleier med annen videreutdanning innen sykepleie	959	1025	1072	1100	1066	107	11,2 %	-34	-3,1 %
Sykepleier med videreutdanning innen geriatri/eldreomsorg	2132	2129	2092	2031	1934	-198	-9,3 %	-97	-4,8 %

Sykepleier med videreutdanning innen psykisk helsearbeid og rusomsorg	2766	2851	2833	2820	2806	40	1,4 %	-14	-0,5 %
Sykepleier uten videreutdanning innen helsefag	31063	31520	31061	31305	31501	438	1,4 %	196	0,6 %
Uspesifisert	1696	1769	1915	2022	3375	1679	99,0 %	1353	66,9 %
Utdanning på grunnskolenivå	31359	31378	31824	32497	34563	3204	10,2 %	2066	6,4 %
Vernepleier	10439	10792	11053	11182	11288	849	8,1 %	106	0,9 %
Totalsum	222343	226538	227383	231906	234859	12516	5,6 %	2953	1,3 %

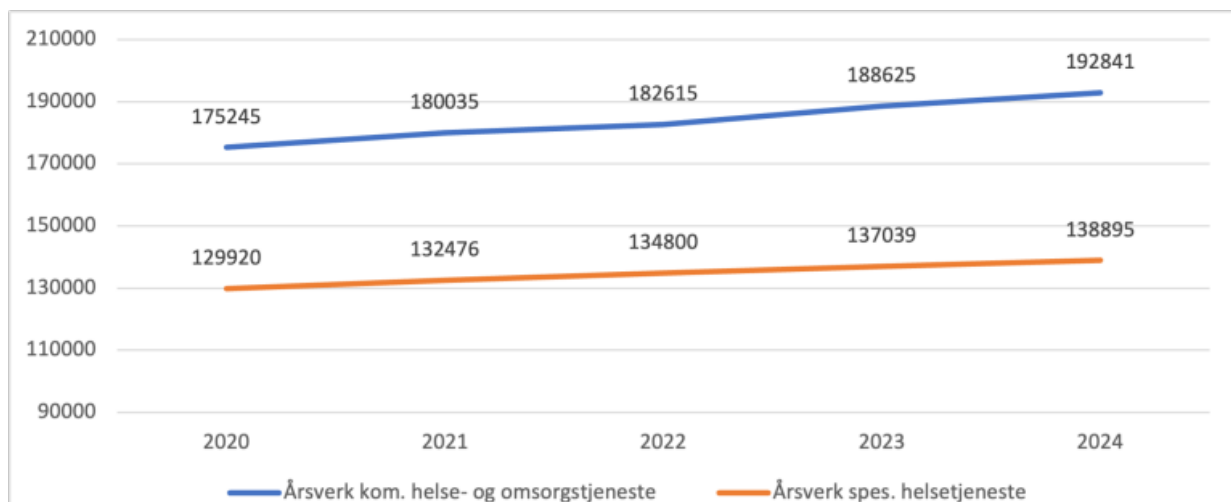
Tabell 5: Årsverk og sysselsatte, utdanning i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Kilde: Spesialbestilte data fra SSB. Merknad: Tall for årsverk inkluderer lange fravær.

Utdanningsgrupper	2020	2021	2022	2023	2024	Endring 2020–2024, absolutt og prosentvis		Endring 2023–2024, absolutt og prosentvis	
Tannhelsesekretær									
Sysselsatte	1511	1470	1490	1504	1517	6	0,4 %	13	0,9 %
Årsverk	1387	1350	1377	1380	1394	7	0,5 %	14	1,0 %
Tannlege uten spesialitet									
Sysselsatte	1285	1313	1313	1353	1362	77	6,0 %	9	0,7 %
Årsverk	1254	1257	1261	1317	1317	63	5,0 %	0	0,0 %
Tannlegespesialist									
Sysselsatte	69	72	87	85	87	18	26,1 %	2	2,4 %
Årsverk	78	81	89	90	88	10	12,8 %	-2	-2,2 %
Tannpleier									
Sysselsatte	591	604	625	667	673	82	13,9 %	6	0,9 %
Årsverk	556	571	597	638	644	88	15,8 %	6	0,9 %
Totalt sysselsatte	3456	3459	3515	3609	3639	183	5,3 %	30	0,8 %
Totalt årsverk	3275	3259	3324	3425	3443	168	5,1 %	18	0,5 %

Tabell 6: Antall tannlegespesialister. Kilde: Spesialbestilte data fra SSB. Merknad: Tabellen viser antall årsverk og sysselsatte innen fylkeskommunal og privat tannhelsenæring. Tall for årsverk inkluderer lange fravær. For tannlegespesialister med to spesialiseringer er bare den ene tatt med.

Utdanning	2020	2021	2022	2023	2024	Endring 2020–2024, absolutt og prosentvis	Endring 2023–2024, absolutt og prosentvis

Tannleger innen endodonti									
Sysselsatte	78	76	74	71	81	3	3,8 %	10	14,1 %
Årsverk	87	85	84	83	90	3	3,4 %	7	8,4 %
Tannleger innen kjeve- og ansiktsradiologi									
Sysselsatte	6	6	9	6	3	-3	-50,0 %	-3	-50,0 %
Årsverk	7	8	9	8	9	2	28,6 %	1	12,5 %
Tannleger innen kjeveortopedi									
Sysselsatte	188	199	189	200	205	17	9,0 %	5	2,5 %
Årsverk	190	199	187	195	200	10	5,3 %	5	2,6 %
Tannleger innen oralkirurgi									
Sysselsatte	63	66	79	76	74	11	17,5 %	-2	-2,6 %
Årsverk	73	78	86	89	87	14	19,2 %	-2	-2,2 %
Tannleger innen pedodonti									
Sysselsatte	24	21	24	30	30	6	25,0 %	0	0,0 %
Årsverk	22	20	24	26	27	5	22,7 %	1	3,8 %
Tannleger innen periodonti									
Sysselsatte	87	95	96	88	89	2	2,3 %	1	1,1 %
Årsverk	95	99	103	94	89	-6	-6,3 %	-5	-5,3 %
Tannleger innen protetikk og bittfysiologi									
Sysselsatte	73	71	68	72	76	3	4,1 %	4	5,6 %
Årsverk	81	79	78	80	85	4	4,9 %	5	6,3 %
Totalt sysselsatte	519	534	539	543	558	39	7,5 %	15	2,8 %
Totalt årsverk	555	568	571	575	587	32	5,8 %	12	2,1 %



Figur 1: Årsverk i kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten Kilde:

Spesialbestilte data fra SSB og statistikkbanken til SSB (tabell 13953)

Tabell 7: Legeårsverk etter funksjon. Kilde: Statistikkbanken til SSB (tabell 11996). Merknad:

Tabellen viser årsverk i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Næringsdrivende leger utenfor fastlegeordningen ble ikke rapportert i 2020.

	2020	2021	2022	2023	2024	Endring i %	
						2020–2024	2023–2024
Administrasjon	143	144	167	152	149	4,2 %	-2,0 %
Helsestasjons- og skolehelsetjeneste	232	221	225	231	233	0,7 %	1,0 %
Annet forebyggende helsearbeid	172	204	164	178	153	-11,3 %	-14,1 %
Diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering	4966	5107	5353	5631	5851	17,8 %	3,9 %
Helse- og omsorgstjenester i institusjon	569	624	630	674	679	19,4 %	0,8 %
Øyeblikkelig hjelp døgntilbud	110	108	117	121	122	10,8 %	0,9 %
Totalt	6193	6408	6656	6987	7188	16,1 %	2,9 %

Tabell 8: Legeårsverk etter avtaleform. Kilde: Statistikkbanken til SSB (Tabell 11996). Merknad:

Tabellen viser årsverk i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Næringsdrivende leger utenfor fastlegeordningen ble ikke rapportert i 2020.

	2020	2021	2022	2023	2024	Endring i %	
						2020–2024	2023–2024
Kommunalt ansatte leger	1584	1640	1822	2065	2175	37,3 %	5,4 %
Næringsdrivende fastleger	4151	4168	4148	4250	4348	4,7 %	2,3 %
Turnuslege	458	538	566	566	580	26,8 %	2,5 %
Helprivate leger	-	63	119	106	85	0,0 %	-19,7 %
Totalt	6193	6408	6656	6987	7188	16,1 %	2,9 %

Tabell 9: Fastleger og fastlegelister uten fast tilknyttet lege. Kilde: Helsedirektoratet. Merknad:

Målepunkt brukt er desember.

	2020	2021	2022	2023	2024	Endring i %	
						2020–2024	2023–2024
Fastleger	4928	4961	5057	5268	5517	12,0 %	4,7 %
Lister uten fast tilknyttet lege	181	221	310	322	260	43,6 %	-19,3 %

Tabell 10: Fysioterapeutårsverk etter funksjon. Kilde: Statistikkbanken til SSB (tabell 11995).

Merknad: Tabellen viser årsverk i kommunal helse- og omsorgstjeneste.

	2020	2021	2022	2023	2024	Endring i %	
						2020–2024	2023–2024
Administrasjon	87	87	77	66	66	-24,5 %	-0,8 %
Helsestasjons- og skolehelsetjeneste	259	273	274	282	283	9,6 %	0,4 %
Annet forebyggende helsearbeid	202	218	225	239	238	17,9 %	-0,1 %
Diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering	4112	4118	4171	4258	4287	4,3 %	0,7 %
Helse- og omsorgstjenester i institusjon	480	472	470	460	459	-4,3 %	-0,3 %
Øyeblikkelig hjelp døgntilbud	24	16	14	17	14	-39,7 %	-13,3 %
Totalt	5163	5185	5230	5323	5348	3,6 %	0,5 %

Tabell 11: Fysioterapeutårsverk etter avtaleform. Kilde: Statistikkbanken til SSB (tabell 11995).

Merknad: Tabellen viser årsverk i kommunal helse- og omsorgstjeneste.

	2020	2021	2022	2023	2024	Endring i %	
						2020–2024	2023–2024
Fastlønnet	2270	2286	2309	2394	2423	6,8 %	1,2 %
Tilskudd	2733	2736	2754	2772	2770	1,3 %	-0,1 %
Turnusfysioterapeut	160	163	167	157	155	-2,9 %	-1,6 %
Totalt	5163	5185	5230	5323	5348	3,6 %	0,5 %

Tabell 12: Årsverk utført av psykologer, fordelt på funksjon. Kilde: Spesialbestilte data fra SSB.

Merknad: Tabellen viser årsverk i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Tall for årsverk inkluderer lange fravær.

	2020	2021	2022	2023	2024	Endring i %	
						2020–2024	2023–2024
Forebygging, helsestasjon, skolehelsetjeneste	152	174	185	194	189	24,3 %	-2,6 %
Annet forebyggende helsearbeid	152	185	193	220	221	45,4 %	0,5 %
Diagnose, behandling og rehabilitering/habilitering	65	64	69	59	87	33,8 %	47,5 %
Omsorgstjenesten	103	99	102	108	106	2,9 %	-1,9 %
Totalt	472	522	549	581	603	27,8 %	3,8 %

Tabell 13: Antall sysselsatte kliniske ernæringsfysiologer etter funksjon. Kilde: Spesialbestilte data fra SSB. Merknad: Tabellen viser årsverk i kommunal helse- og omsorgstjeneste.

	2020	2021	2022	2023	2024	
Helsetjenesten	23	23	22	24	23	

Omsorgstjenesten	25	27	30	47	57	
Totalt	48	50	52	71	80	

Kjønn, alder og innvandring – årsverk og sysselsatte i kommunal helse- og omsorgstjeneste

Tabell 14: Antall og andel sysselsatte menn. Kilde: Spesialbestilte data fra SSB. Merknad: Tabellen viser antall sysselsatte i kommunal helse- og omsorgstjeneste.

	2020	2021	2022	2023	2024	Endring i %	
						2020–2024	2023–2024
Totalt antall sysselsatte menn	33739	35221	36347	38366	39981	18,5 %	4,2 %
Andel menn av totalt antall sysselsatte	15,2 %	15,5 %	16,0 %	16,5 %	17,0 %	1,8 %	0,5 %



Figur 2: Andel sysselsatte menn i tannhelsetjenesten. Kilde: Spesialbestilte data fra SSB

Tabell 15: Andel og antall sysselsatte 55 år og over. Kilde: Spesialbestilte data fra SSB

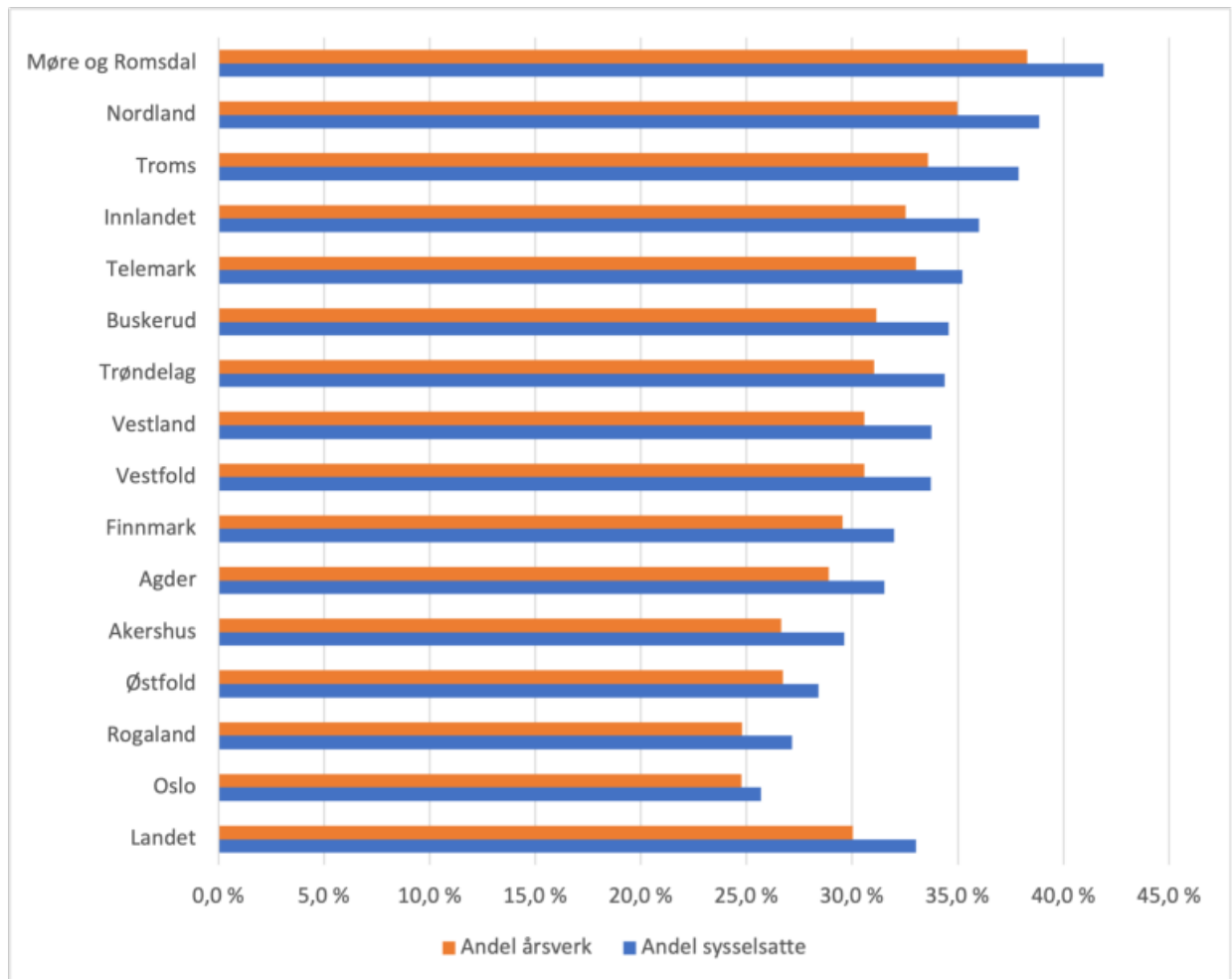
	2020	2021	2022	2023	2024	Endring i prosentpoeng og prosent	
						2020–2024	2023–2024
Sykepleiere	17,1 %	18,6 %	18,9 %	19,1 %	20,1 %	3,0 %	1,0 %
	5061	5536	5526	5637	5971	18,0 %	5,9 %
Spesialsykepleier	31,6 %	33,3 %	32,9 %	33,2 %	33,5 %	1,9 %	0,3 %
	2792	3149	3172	3246	3290	17,8 %	1,4 %
Helsefagarbeider, hjelpepleier, omsorgsarbeider	33,6 %	33,1 %	32,9 %	32,8 %	33,0 %	-0,6 %	0,2 %

	19855	19800	19751	19797	19967	0,6 %	0,9 %
Hjemmehjelper og andre pleiemedarbeidere	18,9 %	19,1 %	19,4 %	19,4 %	19,5 %	0,6 %	0,1 %
	15595	16003	16327	16818	17254	10,6 %	2,6 %
Vernepleier	14,5 %	15,3 %	16,0 %	16,9 %	17,8 %	3,3 %	0,9 %
	1148	1271	1365	1458	1543	34,4 %	5,8 %
Andre helserelaterte yrker	26,1 %	26,4 %	26,9 %	26,5 %	27,4 %	1,3 %	0,9 %
	1140	1199	1203	1183	1218	6,8 %	3,0 %
Ledere av helse-, omsorgs- og sosialtjenester	29,1 %	28,6 %	28,1 %	28,3 %	28,5 %	-0,6 %	0,2 %
	1279	1312	1289	1314	1327	3,8 %	1,0 %
Ergoterapeuter	13,3 %	13,0 %	12,7 %	12,6 %	11,8 %	-1,5 %	-0,8 %
	247	250	251	254	242	-2,0 %	-4,7 %
Barnevernspedagoger, miljøterapeuter, sosionomer mv.	17,0 %	17,0 %	16,8 %	17,2 %	17,6 %	0,6 %	0,4 %
	1343	1408	1490	1618	1753	30,5 %	8,3 %
Adm. og service	33,0 %	33,4 %	33,4 %	33,2 %	33,0 %	0,0 %	-0,2 %
	5199	5365	5380	5435	5414	4,1 %	-0,4 %
Totalt for stillingskategoriene	24,1 %	24,4 %	24,5 %	24,5 %	24,7 %	0,6 %	0,2 %
	53659	55293	55754	56760	57979	8,1 %	2,1 %

Tabell 16: Andel og antall sysselsatte 55 år og over av alle sysselsatte i tannhelsetjenesten. Kilde: Spesialbestilte data fra SSB

	2020	2021	2022	2023	2024	Endring i prosentpoeng og prosent	
						2020–2024	2023–2024
Tannlegespesialist	21,7 %	25,0 %	24,1 %	21,2 %	24,1 %	2,4 %	3,0 %
	15	18	21	18	21	40 %	16,7 %
Tannlege uten spesialisitet	12,9 %	12,6 %	12,8 %	12,0 %	11,7 %	-1,2 %	-0,3 %
	166	165	168	163	160	-3,6 %	-1,8 %
Tannpleier	20,0 %	18,7 %	17,0 %	16,3 %	16,3 %	-3,6 %	0,0 %
	118	113	106	109	110	-6,8 %	0,9 %
Tannhelsesekretær	36,1 %	34,6 %	34,2 %	33,3 %	33,3 %	-2,8 %	0,0 %

	546	508	510	501	505	-7,5 %	0,8 %
Totalt for stillingskategoriene	24,5 %	23,2 %	22,9 %	21,9 %	21,9 %	-2,6 %	0,0 %
	845	804	805	791	796	-5,8 %	0,6 %



Figur 3: Andelen helsefagarbeidere 55 år og over fordelt på fylke, 2024. Kilde: Spesialbestilte data fra SSB. Merknad: Figuren viser andel årsverk og sysselsatte i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Tall for årsverk inkluderer lange fravær.

Tabell 17: Andel og antall sysselsatte med innvandringsbakgrunn. Kilde: Spesialbestilte data fra SSB. Merknad: Tabellen viser andel og antall sysselsatte i kommunal helse- og omsorgstjeneste.

	2020	2021	2022	2023	2024	Endring i prosentandel og prosent	
						2020–2024	2023–2024
Andre helserelaterte yrker	10,7 %	11,2 %	11,0 %	11,5 %	11,9 %	1,2 %	1,2 %
	468	510	492	512	530	13,2 %	3,5 %
Andre ledere	5,5 %	6,7 %	5,8 %	6,9 %	7,5 %	2,0 %	0,6 %
	127	154	136	169	193	52,0 %	14,2 %
	12,4 %	12,6 %	13,4 %	13,6 %	14,3 %	1,9 %	0,7 %

Barnevernspedagoger, miljøterapeuter, sosionomer mv.	979	1045	1188	1274	1422	45,3 %	11,6 %
Ergoterapeuter	4,6 %	5,3 %	5,4 %	5,4 %	6,1 %	1,5 %	0,7 %
	85	102	106	109	126	48,2 %	15,6 %
Helsefagarbeidere mv.	20,8 %	22,4 %	24,0 %	25,6 %	27,2 %	6,4 %	1,6 %
	12302	13374	14378	15448	16447	33,7 %	6,5 %
Hjemmehjelpere og andre pleiemedarbeidere	21,7 %	22,5 %	23,7 %	24,2 %	25,1 %	3,4 %	0,9 %
	17914	18818	19883	21018	22220	24,0 %	5,7 %
Kjøkkenyrker	17,2 %	18,2 %	19,1 %	21,5 %	23,6 %	6,4 %	2,1 %
	643	677	727	830	900	40,0 %	8,4 %
Ledere av helse-, omsorgs- og sosialtjenester	6,7 %	6,6 %	7,2 %	7,7 %	8,0 %	1,3 %	0,3 %
	293	301	329	360	370	26,3 %	2,8 %
Renholdere og vaktmestre mv.	34,0 %	36,5 %	35,4 %	36,0 %	35,4 %	1,4 %	-0,6 %
	1005	1031	979	996	956	-4,9 %	-4,0 %
Saksbehandlere og kontormedarbeidere mv.	7,2 %	8,2 %	8,7 %	8,6 %	9,3 %	1,9 %	0,7 %
	404	494	517	520	569	40,8 %	9,4 %
Spesialsykepleiere	7,3 %	7,3 %	7,6 %	7,8 %	7,9 %	0,6 %	0,1 %
	645	689	731	767	772	19,7 %	0,7 %
Sykepleiere	18,5 %	18,6 %	19,2 %	20,1 %	21,2 %	2,7 %	1,1 %
	5458	5528	5611	5934	6313	15,7 %	6,4 %
Uspesifisert	12,7 %	12,1 %	12,1 %	13,7 %	11,4 %	-1,3 %	-2,3 %
	146	145	155	175	139	-4,8 %	-20,6 %
Vernepleiere	3,7 %	4,0 %	4,4 %	4,8 %	5,2 %	1,5 %	0,4 %
	293	333	373	417	451	53,9 %	8,2 %
Andelen med innvandringsbakgrunn av alle sysselsatte	18,3 %	19,1 %	20,1 %	20,9 %	21,9 %	3,6 %	1,0 %
Totalt antall sysselsatte med innvandringsbakgrunn	40762	43201	45605	48529	51408	26,1 %	5,9 %

Tabell 18: Andel og antall sysselsatte med innvandringsbakgrunn i tannhelsetjenesten. Kilde: Spesialbestilte data fra SSB

	2020	2021	2022	2023	2024	Endring i prosentandel og prosent	
						2020–2024	2023–2024

Tannlegespesialist	47,8 %	45,8 %	44,8 %	42,4 %	41,4 %	-6,4 %	-1,0 %
	33	33	39	36	36	9,1 %	0,0 %
Tannlege uten spesialisitet	29,5 %	30,7 %	30,4 %	30,2 %	30,2 %	0,8 %	0,0 %
	379	403	399	409	412	8,7 %	0,7 %
Tannpleier	14,7 %	15,2 %	17,1 %	18,4 %	19,6 %	4,9 %	1,2 %
	87	92	107	123	132	51,7 %	7,3 %
Tannhelsesekretær	16,4 %	17,9 %	19,7 %	21,2 %	21,7 %	5,3 %	0,5 %
	248	263	293	319	329	32,7 %	3,1 %
Andelen med innvandringsbakgrunn av alle sysselsatte	21,6 %	22,9 %	23,8 %	24,6 %	25,0 %	3,4 %	0,4 %
Totalt antall sysselsatte med innvandringsbakgrunn	747	791	838	887	909	21,7 %	2,5 %

Personell uten helse- og sosialfaglig utdanning i kommunal helse- og omsorgstjeneste

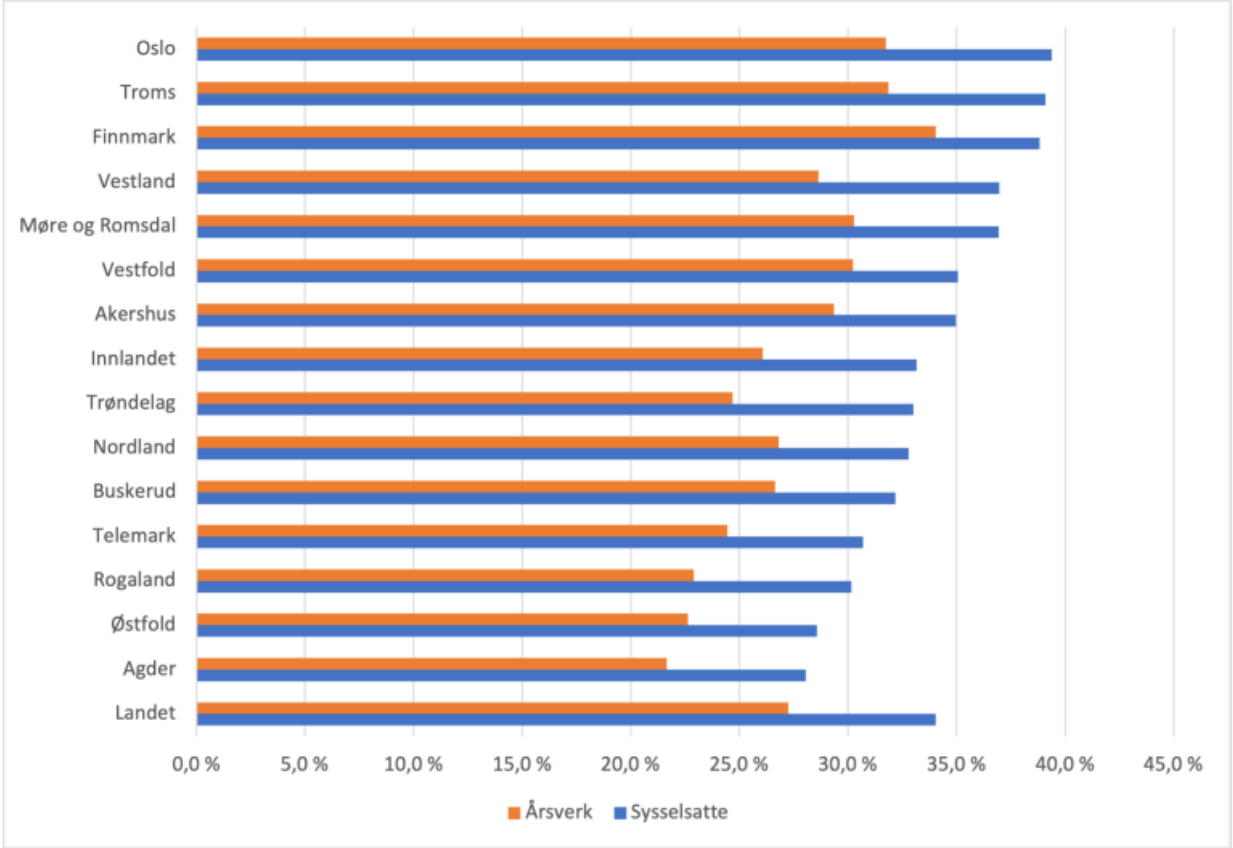
Tabell 19: Antall og andel personell uten helse- og sosialfaglig utdanning. Kilde: Spesialbestilte data fra SSB. Merknad: Tabellen viser antall og andel i kommunale helse- og omsorgstjenester. Tall for årsverk inkluderer lange fravær. Leger og fysioterapeuter er ikke inkludert i totalt antall sysselsatte.

	2020	2021	2022	2023	2024	
Antall årsverk utført av personell uten helse- og sosialfaglig utdanning	42089	43221	43948	46198	48520	
Andel årsverk utført av personell uten helse- og sosialfaglig utdanning	24,0 %	24,0 %	24,1 %	24,5 %	25,2 %	
Antall sysselsatte uten helse- og sosialfaglig utdanning	72056	72954	73548	75971	78313	
Andel sysselsatte uten helse- og sosialfaglig utdanning	32,4 %	32,2 %	32,3 %	32,8 %	33,3 %	

Tabell 20: Antall og andel personell uten helse- og sosialfaglig utdanning i brukerrettede omsorgstjenester. Kilde: Spesialbestilte data fra SSB. Merknad: Tabellen viser ttall for årsverk inkluderer lange fravær. Brukerrettede omsorgstjenester inkluderer ikke stillingskategoriene leger, fysioterapeuter, administrativt personell og servicefunksjoner.

	2020	2021	2022	2023	2024
Antall årsverk utført av personell uten helse- og sosialfaglig utdanning	33144	33867	34969	37263	39583

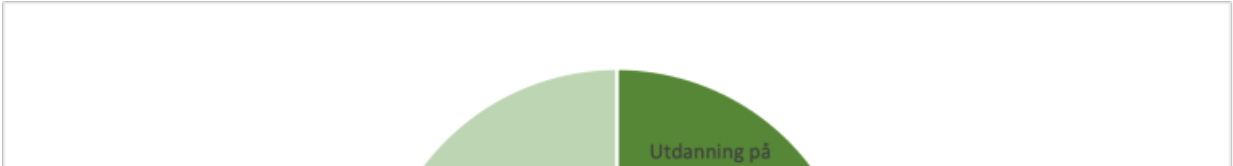
Andel årsverk utført av personell uten helse- og sosialfaglig utdanning	25,1 %	25,2 %	25,6 %	26,3 %	27,3 %
Antall sysselsatte uten helse- og sosialfaglig utdanning	59522	59857	60889	63399	65882
Andel sysselsatte uten helse- og sosialfaglig utdanning	32,3 %	32,3 %	32,6 %	33,2 %	34,0 %

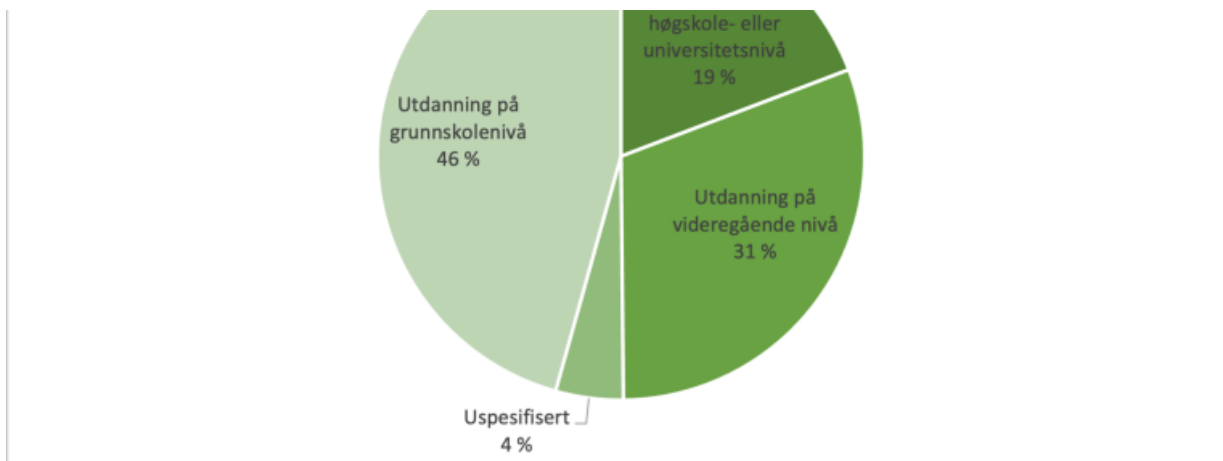


Figur 4: Andel personell uten helse- og sosialfaglig utdanning fordelt på fylke, 2024. Kilde: Spesialbestilte data fra SSB. Merknad: Figuren viser andel i brukerrettede omsorgstjenester. Tall for årsverk inkluderer lange fravær

Tabell 21: Antall personell uten helse- og sosialfaglig utdanning fordelt på utdanningsnivå. Kilde: Spesialbestilte data fra SSB. Merknad: Tabellen viser antall årsverk i brukerrettede omsorgstjenester. Tall for årsverk inkluderer lange fravær.

Årsverk	2020	2021	2022	2023	2024	Endring 2020–2024	Endring 2023–2024
Annen utdanning på høgskole- eller universitetsnivå	6945	7239	7695	8611	8920	28,4 %	3,6 %
Annen utdanning på videregående nivå	10270	10495	10772	11535	11434	11,3 %	-0,9 %
Utdanning på grunnskolenivå	15006	15144	15392	15827	17047	13,6 %	7,7 %
Uspesifisert	1412	1467	1585	1726	2955	109,3 %	71,2 %





Figur 5: Utdanningsnivå blant personell uten helse- og sosialfaglig utdanning, 2024 Kilde: Spesialbestilte data fra SSB. Merknad: Figuren viser utdanningsnivå blant personell uten helse- og sosialfaglig utdanning i omsorgstjenesten.(sysselsatte). Tall for årsverk inkluderer lange fravær.

Årsverk og sysselsatte i deltjenestene

Tabell 22: Årsverk og yrke i omsorgstjenesten. Kilde: Spesialbestilte data fra SSB. Merknad: Tall for årsverk inkluderer lange fravær.

	2020	2021	2022	2023	2024	Endring 2020–2024	Endring 2023–2024
Andre helserelaterte yrker	535	530	550	575	578	8,0 %	0,5 %
Andre ledere	1906	1903	1947	2019	2136	12,1 %	5,8 %
Barnevernspedagoger, miljøterapeuter, sosionomer mv.	5680	5886	6387	6812	7347	29,3 %	7,9 %
Ergoterapeuter	737	763	769	784	791	7,3 %	0,9 %
Helsefagarbeidere mv.	45643	46750	47594	48752	49607	8,7 %	1,8 %
Hjemmehjelper og andre pleiemedarbeidere	45848	46872	47834	50490	52661	14,9 %	4,3 %
Kjøkkenyrker	2787	2806	2848	2899	2885	3,5 %	-0,5 %
Ledere av helse-, omsorgs- og sosialtjenester	3872	4007	4015	4086	4064	5,0 %	-0,5 %
Renholdere og vaktmestre mv.	1697	1597	1585	1584	1540	-9,3 %	-2,8 %
Saksbehandlere og kontormedarbeidere mv.	3526	3613	3730	3882	3946	11,9 %	1,6 %
Spesialsykepleiere	3497	3608	3711	3870	3893	11,3 %	0,6 %
Sykepleiere	23437	23062	22797	23163	23265	-0,7 %	0,4 %
Uspesifisert	450	477	458	496	393	-12,7 %	-20,8 %
Vernepleiere	6997	7317	7546	7618	7659	9,5 %	0,5 %
Totalsum	146612	149191	151771	157030	160765	9,7 %	2,4 %

Tabell 23: Sysselsatte og yrke i omsorgstjenesten. Kilde: Spesialbestilte data fra SSB

	2020	2021	2022	2023	2024	Endring 2020–2024	Endring 2023–2024
Andre helserelaterte yrker	610	628	622	644	634	3,9 %	-1,6 %
Andre ledere	1942	1920	1963	2044	2157	11,1 %	5,5 %
Barnevernspedagoger, miljøterapeuter, sosionomer mv.	6805	7030	7554	8020	8577	26,0 %	6,9 %
Ergoterapeuter	806	826	825	839	847	5,1 %	1,0 %
Helsefagarbeidere mv.	58332	58811	59111	59453	59678	2,3 %	0,4 %
Hjemmehjelper og andre pleiemedarbeidere	80414	81005	81603	84401	86388	7,4 %	2,4 %
Kjøkkenyrker	3726	3700	3773	3821	3794	1,8 %	-0,7 %
Ledere av helse-, omsorgs- og sosialtjenester	3916	4067	4057	4132	4102	4,7 %	-0,7 %
Renholdere og vaktmestre mv.	2377	2248	2234	2242	2187	-8,0 %	-2,5 %
Saksbehandlere og kontormedarbeidere mv.	3953	4038	4186	4302	4350	10,0 %	1,1 %
Spesialsykepleiere	3888	4020	4139	4273	4263	9,6 %	-0,2 %
Sykepleiere	26683	26177	25754	25998	26033	-2,4 %	0,1 %
Uspesifisert	1053	1077	1124	1086	1017	-3,4 %	-6,4 %
Vernepleiere	7512	7855	8065	8110	8150	8,5 %	0,5 %
Totalsum	202017	203402	205010	209365	212177	5,0 %	1,3 %

Tabell 24: Årsverk og utdanning i omsorgstjenesten. Kilde: Spesialbestilte data fra SSB. Merknad:
Tall for årsverk inkluderer lange fravær.

	2020	2021	2022	2023	2024	Endring 2020–2024	Endring 2023–2024
Aktivitør	911	857	792	743	676	-25,8 %	-9,0 %
Annen helseutdanning på høgskole- eller universitetsnivå	4197	4207	4209	4461	4621	10,1 %	3,6 %
Annen helseutdanning på videregående nivå	4130	4414	4572	5022	5044	22,1 %	0,4 %
Annen utdanning på høgskole- eller universitetsnivå	8203	8573	9129	10171	10548	28,6 %	3,7 %
Annen utdanning på videregående nivå	13223	13436	13775	14586	14423	9,1 %	-1,1 %
Barne- og ungdomsarbeider	1621	1852	2077	2292	2527	55,9 %	10,3 %
Barnevernspedagog	1244	1308	1352	1407	1406	13,0 %	-0,1 %
Ergoterapeut	1350	1397	1416	1478	1503	11,3 %	1,7 %
Helsefagarbeider mv.	48975	50155	50955	52206	53064	8,3 %	1,6 %
Helsesekretær	691	681	742	780	819	18,5 %	5,0 %

Helsesykepleier	158	149	169	157	161	1,9 %	2,5 %
Jordmor	89	87	84	71	83	-6,7 %	16,9 %
Sosionom	2060	2087	2141	2165	2208	7,2 %	2,0 %
Sykepleier med annen videreutdanning innen helsefag	3358	3381	3400	3525	3596	7,1 %	2,0 %
Sykepleier med annen videreutdanning innen sykepleie	677	702	758	779	768	13,4 %	-1,4 %
Sykepleier med videreutdanning innen geriatri/eldreomsorg	1842	1811	1766	1714	1634	-11,3 %	-4,7 %
Sykepleier med videreutdanning innen psykisk helsearbeid og rusomsorg	1662	1644	1635	1672	1660	-0,1 %	-0,7 %
Sykepleier uten videreutdanning innen helsefag	24907	24739	24569	24868	24933	0,1 %	0,3 %
Uspesifisert	1035	1116	1246	1428	2358	127,8 %	65,1 %
Utdanning på grunnskolenivå	17079	17125	17279	17664	18841	10,3 %	6,7 %
Vernepleier	9198	9469	9703	9844	9896	7,6 %	0,5 %
Totalsum	146610	149190	151769	157033	160769	9,7 %	2,4 %

Tabell 25: Sysselsatte og utdanning i omsorgstjenesten. Kilde: Spesialbestilte data fra SSB

	2020	2021	2022	2023	2024	Endring 2020-2024	Endring 2023-2024
Aktivitør	1159	1083	1024	961	856	-26,1 %	-10,9 %
Annen helseutdanning på høyskole- eller universitetsnivå	8155	8112	7830	7960	7862	-3,6 %	-1,2 %
Annen helseutdanning på videregående nivå	6884	7258	7415	7975	8015	16,4 %	0,5 %
Annen utdanning på høyskole- eller universitetsnivå	13264	13607	13936	14965	14546	9,7 %	-2,8 %
Annen utdanning på videregående nivå	23688	23764	23808	24489	23857	0,7 %	-2,6 %
Barne- og ungdomsarbeider	2061	2303	2549	2800	3022	46,6 %	7,9 %
Barnevernspedagog	1390	1439	1473	1530	1525	9,7 %	-0,3 %
Ergoterapeut	1472	1527	1539	1574	1596	8,4 %	1,4 %
Helsefagarbeider mv.	62820	63314	63529	63964	64109	2,1 %	0,2 %
Helsesekretær	976	923	992	1039	1070	9,6 %	3,0 %
Helsesykepleier	184	184	189	190	201	9,2 %	5,8 %
Jordmor	94	117	102	98	100	6,4 %	2,0 %
Sosionom	2295	2289	2340	2350	2403	4,7 %	2,3 %
Sykepleier med annen videreutdanning innen helsefag	3621	3672	3699	3803	3880	7,2 %	2,0 %

Sykepleier med annen videreutdanning innen sykepleie	729	758	823	850	822	12,8 %	-3,3 %
Sykepleier med videreutdanning innen geriatri/eldreomsorg	2044	2011	1975	1912	1802	-11,8 %	-5,8 %
Sykepleier med videreutdanning innen psykisk helsearbeid og rusomsorg	1807	1796	1790	1795	1790	-0,9 %	-0,3 %
Sykepleier uten videreutdanning innen helsefag	28051	27798	27455	27612	27628	-1,5 %	0,1 %
Uspesifisert	1634	1693	1835	1956	3257	99,3 %	66,5 %
Utdanning på grunnskolenivå	29877	29653	30389	31114	33332	11,6 %	7,1 %
Vernepleier	9812	10101	10318	10428	10504	7,1 %	0,7 %
Totalsum	202017	203402	205010	209365	212177	5,0 %	1,3 %

Tabell 26: Prosentvis endring i avtalte årsverk i omsorgstjenesten, 2015/16-2023/24. Kilde: Spesialbestilte data fra SSB

	2015–2016	2016–2017	2017–2018	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
Prosentvis endring i avtalte årsverk i omsorgstjenesten	1,3 %	3,2 %	2,6 %	3,2 %	1,3 %	1,8 %	1,7 %	3,5 %
Prosentvis endring i antall sysselsatte i omsorgstjenesten	0,7 %	1,9 %	1,7 %	1,1 %	0,5 %	0,7 %	0,8 %	2,1 %

Tabell 27: Årsverk og yrke i hjemmebaserte tjenester og dagsenter (m.m.) Kilde: Spesialbestilte data fra SSB. Merknad: Tallene for årsverk inkluderer lange fravær

	2020	2021	2022	2023	2024	Endring 2020-2024	Endring 2023-2024
Andre helserelaterte yrker	347	339	371	396	383	10,4 %	-3,3 %
Andre ledere	1106	1096	1137	1219	1286	16,3 %	5,5 %
Barnevernspedagoger, miljøterapeuter, sosionomer mv.	4757	4958	5391	5790	6235	31,1 %	7,7 %
Ergoterapeuter	446	491	501	508	518	16,1 %	2,0 %
Helsefagarbeidere mv.	24468	25352	25936	26686	27100	10,8 %	1,6 %
Hjemmehjelper og andre pleiemedarbeidere	30350	31538	32339	34499	35946	18,4 %	4,2 %
Kjøkkenyrker	319	347	351	362	389	21,9 %	7,5 %
Ledere av helse-, omsorgs- og sosialtjenester	2072	2179	2247	2271	2267	9,4 %	-0,2 %
Renholdere og vaktmestre mv.	296	259	258	282	268	-9,5 %	-5,0 %
Saksbehandlere og kontormedarbeidere mv.	2354	2414	2570	2727	2778	18,0 %	1,9 %

Spesialsykepleiere	1822	1932	1998	2139	2143	17,6 %	0,2 %
Sykepleiere	11000	10982	11065	11391	11497	4,5 %	0,9 %
Uspesifisert	262	271	247	296	250	-4,6 %	-15,5 %
Vernepleiere	5665	5971	6123	6232	6292	11,1 %	1,0 %
Totalsum	85264	88129	90534	94798	97352	14,2 %	2,7 %

Tabell 28: Årsverk og utdanning i hjemmebaserte tjenester og dagsenter (m.m.) Kilde: Spesialbestilte data fra SSB

	2020	2021	2022	2023	2024	Endring 2020–2024	Endring 2023–2024
Aktivitør	648	608	564	523	479	-26,1 %	-8,4 %
Annen helseutdanning på høgskole- eller universitetsnivå	2705	2776	2801	3028	3152	16,5 %	4,1 %
Annen helseutdanning på videregående nivå	2451	2643	2741	3014	3078	25,6 %	2,1 %
Annen utdanning på høgskole- eller universitetsnivå	5769	6071	6593	7456	7744	34,2 %	3,9 %
Annen utdanning på videregående nivå	7587	7912	8249	8926	9060	19,4 %	1,5 %
Barne- og ungdomsarbeider	1178	1370	1541	1704	1908	62,0 %	12,0 %
Barnevernspedagog	962	1048	1081	1143	1140	18,5 %	-0,3 %
Ergoterapeut	947	1012	1034	1081	1116	17,8 %	3,2 %
Helsefagarbeider mv.	26636	27651	28187	29030	29464	10,6 %	1,5 %
Helsesekretær	406	405	450	494	510	25,6 %	3,2 %
Helsesykepleier	72	70	89	77	75	4,2 %	-2,6 %
Jordmor	44	42	40	33	39	-11,4 %	18,2 %
Sosionom	1796	1829	1873	1916	1961	9,2 %	2,3 %
Sykepleier med annen videreutdanning innen helsefag	1741	1756	1779	1877	1943	11,6 %	3,5 %
Sykepleier med annen videreutdanning innen sykepleie	322	321	358	367	385	19,6 %	4,9 %
Sykepleier med videreutdanning innen geriatri/eldreomsorg	734	726	709	702	682	-7,1 %	-2,8 %
Sykepleier med videreutdanning innen psykisk helsearbeid og rusomsorg	1165	1154	1164	1211	1191	2,2 %	-1,7 %
Sykepleier uten videreutdanning innen helsefag	11939	12066	12214	12508	12597	5,5 %	0,7 %
Uspesifisert	557	607	685	792	1223	119,6 %	54,4 %
Utdanning på grunnskolenivå	10152	10320	10474	10829	11461	12,9 %	5,8 %
Vernepleier	7453	7743	7906	8083	8146	9,3 %	0,8 %
Totalsum	85264	88130	90532	94794	97354	14,2 %	2,7 %

Tabell 29: Årsverk og yrke i institusjonsbaserte tjenester. Kilde: Spesialbestilte data fra SSB.

Merknad: Tall for årsverk inkluderer lange fravær.

	2020	2021	2022	2023	2024	Endring 2020–2024	Endring 2023–2024
Andre helserelaterte yrker	188	191	180	178	195	3,7 %	9,6 %
Andre ledere	801	807	810	800	850	6,1 %	6,3 %
Barnevernspedagoger, miljøterapeuter, sosionomer mv.	924	927	996	1021	1111	20,2 %	8,8 %
Ergoterapeuter	291	272	267	276	274	-5,8 %	-0,7 %
Helsefagarbeidere mv.	21176	21398	21658	22066	22507	6,3 %	2,0 %
Hjemmehjelper og andre pleiemedarbeidere	15496	15334	15494	15991	16714	7,9 %	4,5 %
Kjøkkenyrker	2468	2460	2497	2539	2496	1,1 %	-1,7 %
Ledere av helse-, omsorgs- og sosialtjenester	1800	1829	1768	1815	1797	-0,2 %	-1,0 %
Renholdere og vaktmestre mv.	338	347	366	360	342	1,2 %	-5,0 %
Saksbehandlere og kontomedarbeidere mv.	1172	1198	1160	1156	1168	-0,3 %	1,0 %
Spesialsykepleiere	1676	1676	1713	1732	1749	4,4 %	1,0 %
Sykepleiere	12437	12079	11732	11773	11768	-5,4 %	0,0 %
Uspesifisert	188	206	210	200	143	-23,9 %	-28,5 %
Vernepleiere	1332	1346	1423	1386	1367	2,6 %	-1,4 %
Totalsum	60287	60070	60274	61293	62481	3,6 %	1,9 %

Tabell 30: Årsverk og utdanning i institusjonsbaserte tjenester Kilde: Spesialbestilte data fra SSB

	2020	2021	2022	2023	2024	Endring 2020–2024	Endring 2023–2024
Aktivitør	261	245	226	220	197	-24,5 %	-10,5 %
Annen helseutdanning på høgskole- eller universitetsnivå	1478	1416	1396	1419	1455	-1,6 %	2,5 %
Annen helseutdanning på videregående nivå	1659	1753	1813	1987	1944	17,2 %	-2,2 %
Annen utdanning på høgskole- eller universitetsnivå	2331	2395	2430	2605	2691	15,4 %	3,3 %
Annen utdanning på videregående nivå	5289	5205	5211	5342	5045	-4,6 %	-5,6 %
Barne- og ungdomsarbeider	438	478	533	584	613	40,0 %	5,0 %
Barnevernspedagog	282	260	271	265	266	-5,7 %	0,4 %
Ergoterapeut	402	386	382	397	386	-4,0 %	-2,8 %
Helsefagarbeider mv.	22306	22475	22738	23145	23576	5,7 %	1,9 %
Helsesekretær	283	274	291	285	307	8,5 %	7,7 %
Helsesykepleier	86	79	80	82	85	-1,2 %	3,7 %
Jordmor	45	44	44	38	43	-4,4 %	13,2 %

Sosionom	264	257	268	249	247	-6,4 %	-0,8 %
Sykepleier med annen videreutdanning innen helsefag	1618	1625	1621	1648	1653	2,2 %	0,3 %
Sykepleier med annen videreutdanning innen sykepleie	356	381	399	413	383	7,6 %	-7,3 %
Sykepleier med videreutdanning innen geriatri/eldreomsorg	1107	1083	1057	1011	952	-14,0 %	-5,8 %
Sykepleier med videreutdanning innen psykisk helsearbeid og rusomsorg	497	490	471	460	469	-5,6 %	2,0 %
Sykepleier uten videreutdanning innen helsefag	12965	12673	12352	12358	12332	-4,9 %	-0,2 %
Uspesifisert	426	451	510	590	1084	154,5 %	83,7 %
Utdanning på grunnskolenivå	6446	6371	6385	6436	7002	8,6 %	8,8 %
Vernepleier	1745	1726	1797	1761	1752	0,4 %	-0,5 %
Totalsum	60284	60067	60275	61295	62482	3,6 %	1,9 %

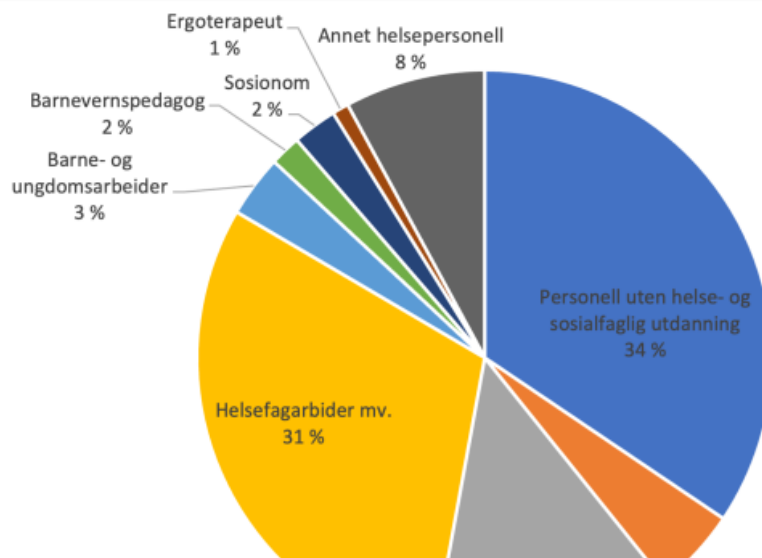
Tabell 31: Årsverk og yrke i tilrettelagte boliger for personer med utviklingshemming. Kilde: Spesialbestilte data fra SSB. Merknad: Tall for årsverk inkluderer lange fravær.

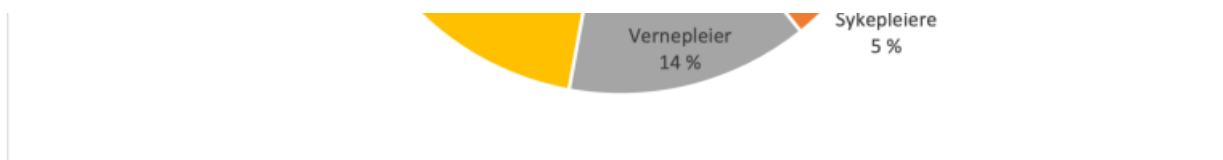
	2020	2021	2022	2023	2024	Endring 2020–2024	Endring 2023–2024
Andre helserelaterte yrker	77	63	72	74	73	-5,2 %	-1,4 %
Andre ledere	219	231	254	286	295	34,7 %	3,1 %
Barnevernspedagoger, miljøterapeuter, sosionomer mv.	1609	1721	2000	2217	2392	48,7 %	7,9 %
Ergoterapeuter	38	40	50	48	58	52,6 %	20,8 %
Helsefagarbeidere mv.	5471	5829	6065	6226	6276	14,7 %	0,8 %
Hjemmehjelper og andre pleiemedarbeidere	8330	8806	9207	9735	9873	18,5 %	1,4 %
Kjøkkenyrker	7	6	5	7	7	0,0 %	0,0 %
Ledere av helse-, omsorgs- og sosialtjenester	351	392	430	450	442	25,9 %	-1,8 %
Renholdere og vaktmestre mv.	53	43	46	51	40	-24,5 %	-21,6 %
Saksbehandlere og kontormedarbeidere mv.	216	241	240	257	267	23,6 %	3,9 %
Spesialsykepleiere	78	95	109	131	127	62,8 %	-3,1 %
Sykepleiere	474	528	614	731	796	67,9 %	8,9 %
Uspesifisert	36	26	17	32	28	-22,2 %	-12,5 %
Vernepleiere	2573	2702	2775	2809	2816	9,4 %	0,2 %
Totalsum	19532	20723	21884	23054	23490	20,3 %	1,9 %

Tabell 32: Årsverk og utdanning i tilrettelagte boliger for personer med utviklingshemming. Kilde: Spesialbestilte data fra SSB

Årsverk	2020	2021	2022	2023	2024		
---------	------	------	------	------	------	--	--

Aktivitør	118	110	101	93	90	Endring 2020–2024 -23,7 %	Endring 2023–2024 -3,2 %
Annen helseutdanning på høgskole- eller universitetsnivå	716	776	786	852	875	22,2 %	2,7 %
Annen helseutdanning på videregående nivå	597	650	700	777	763	27,8 %	-1,8 %
Annen utdanning på høgskole- eller universitetsnivå	1726	1912	2178	2431	2454	42,2 %	0,9 %
Annen utdanning på videregående nivå	1966	2058	2199	2346	2345	19,3 %	0,0 %
Barne- og ungdomsarbeider	494	562	636	738	796	61,1 %	7,9 %
Barnevernspedagog	345	387	427	454	437	26,7 %	-3,7 %
Ergoterapeut	187	210	220	217	236	26,2 %	8,8 %
Helsefagarbeider mv.	6031	6407	6604	6828	6869	13,9 %	0,6 %
Helsesekretær	91	86	100	118	118	29,7 %	0,0 %
Helsesykepleier	11	10	11	13	11	0,0 %	-15,4 %
Jordmor	5	6	4	5	5	0,0 %	0,0 %
Sosionom	504	542	597	621	619	22,8 %	-0,3 %
Sykepleier med annen videreutdanning innen helsefag	77	81	89	104	107	39,0 %	2,9 %
Sykepleier med annen videreutdanning innen sykepleie	8	11	15	18	19	137,5 %	5,6 %
Sykepleier med videreutdanning innen geriatri/eldreomsorg	25	31	34	34	40	60,0 %	17,6 %
Sykepleier med videreutdanning innen psykisk helsearbeid og rusomsorg	102	108	129	141	137	34,3 %	-2,8 %
Sykepleier uten videreutdanning innen helsefag	608	663	768	864	924	52,0 %	6,9 %
Uspesifisert	86	104	119	123	182	111,6 %	48,0 %
Utdanning på grunnskolenivå	2581	2630	2718	2762	2972	15,1 %	7,6 %
Vernepleier	3256	3379	3449	3512	3497	7,4 %	-0,4 %
Totalsum	19534	20723	21884	23051	23496	20,3 %	1,9 %





Figur 6: Utdanningsgrupper etter årsverk i tilrettelagte boliger for personer med utviklingshemming, 2024. Kilde: Spesialbestilte data fra SSB

Tabell 33: Årsverk og yrke i kommunehelsetjenesten. Kilde: Spesialbestilte data fra SSB. Merknad: Tall for årsverk inkluderer lange fravær.

Yrke	2020	2021	2022	2023	2024	Endring 2020–2024	Endring 2023–2024
Andre helserelaterte yrker	3196	3296	3254	3251	3266	2,2 %	0,5 %
Andre ledere	350	371	368	395	418	19,4 %	5,8 %
Barnevernspedagoger, miljøterapeuter, sosionomer mv.	1018	1138	1221	1281	1261	23,9 %	-1,6 %
Ergoterapeuter	999	1047	1099	1124	1163	16,4 %	3,5 %
Helsefagarbeidere mv.	638	818	713	706	694	8,8 %	-1,7 %
Hjemmehjelper og andre pleiemedarbeidere	1481	1803	1523	1435	1425	-3,8 %	-0,7 %
Kjøkkenyrker	20	26	20	22	20	0,0 %	-9,1 %
Ledere av helse-, omsorgs- og sosialtjenester	475	518	530	512	539	13,5 %	5,3 %
Renholdere og vaktmestre mv.	382	375	358	365	361	-5,5 %	-1,1 %
Saksbehandlere og kontormedarbeidere mv.	1390	1639	1516	1494	1515	9,0 %	1,4 %
Spesialsykepleiere	4492	4814	4927	5022	5066	12,8 %	0,9 %
Sykepleiere	2404	2903	2870	3029	3137	30,5 %	3,6 %
Uspesifisert	61	69	104	161	166	172,1 %	3,1 %
Vernepleiere	372	432	459	486	507	36,3 %	4,3 %
Totalsum	17278	19249	18962	19283	19538	13,1 %	1,3 %

Tabell 34: Sysselsatte og yrke i kommunehelsetjenesten. Kilde: Spesialbestilte data fra SSB.

Yrke	2020	2021	2022	2023	2024	Endring 2020–2024	Endring 2023–2024
Andre helserelaterte yrker	3763	3912	3849	3820	3818	1,5 %	-0,1 %
Andre ledere	354	385	371	397	415	17,2 %	4,5 %
Barnevernspedagoger, miljøterapeuter, sosionomer mv.	1112	1256	1311	1380	1369	23,1 %	-0,8 %
Ergoterapeuter	1048	1099	1154	1178	1209	15,4 %	2,6 %
Helsefagarbeidere mv.	777	982	848	823	815	4,9 %	-1,0 %
Hjemmehjelper og andre pleiemedarbeidere	2291	2766	2371	2353	2232	-2,6 %	-5,1 %
Kjøkkenyrker	20	30	27	31	15	-25,0 %	-51,6 %
Ledere av helse-, omsorgs- og sosialtjenester	482	516	533	518	548	13,7 %	5,8 %

Renholdere og vaktmestre mv.	582	576	532	525	516	-11,3 %	-1,7 %
Saksbehandlere og kontomedarbeidere mv.	1637	1974	1759	1726	1743	6,5 %	1,0 %
Spesialsykepleiere	4937	5450	5501	5510	5571	12,8 %	1,1 %
Sykepleiere	2842	3617	3481	3589	3707	30,4 %	3,3 %
Uspesifisert	99	117	162	190	205	107,1 %	7,9 %
Vernepleiere	382	456	474	501	519	35,9 %	3,6 %
Totalsum	20326	23136	22373	22541	22682	11,6 %	0,6 %

Tabell 35: Årsverk og utdanning i kommunehelsetjenesten. Kilde: Spesialbestilte data fra SSB

Utdanning	2020	2021	2022	2023	Endring 2020–2024	Endring 2023–2024
Aktivitør	37	46	33	27	-18,9 %	11,1 %
Annen helseutdanning på høgskole- eller universitetsnivå	1012	1154	1157	1272	29,2 %	2,8 %
Annen helseutdanning på videregående nivå	180	242	219	233	26,7 %	-2,1 %
Annen utdanning på høgskole- eller universitetsnivå	730	866	772	741	4,9 %	3,4 %
Annen utdanning på videregående nivå	855	1004	836	792	-9,0 %	-1,8 %
Barne- og ungdomsarbeider	48	72	78	80	83,3 %	10,0 %
Barnevernspedagog	274	301	357	378	44,9 %	5,0 %
Ergoterapeut	1141	1187	1238	1265	11,9 %	0,9 %
Helsefagarbeider mv.	990	1188	1060	1041	3,3 %	-1,7 %
Helsesekretær	1562	1564	1512	1497	-4,1 %	0,1 %
Helsesykepleier	3162	3278	3402	3454	6,3 %	-2,7 %
Jordmor	582	631	657	663	16,7 %	2,4 %
Sosionom	565	640	704	745	29,6 %	-1,7 %
Sykepleier med annen videreutdanning innen helsefag	855	987	1067	1138	46,0 %	9,7 %
Sykepleier med annen videreutdanning innen sykepleie	193	215	209	213	8,8 %	-1,4 %
Sykepleier med videreutdanning innen geriatri/eldreomsorg	81	107	108	110	35,8 %	0,0 %
Sykepleier med videreutdanning innen psykisk helsearbeid og rusomsorg	889	956	954	951	5,7 %	-1,2 %
Sykepleier uten videreutdanning innen helsefag	2565	3052	2992	3146	28,8 %	5,1 %
Uspesifisert	48	60	66	54	68,8 %	50,0 %
Utdanning på grunnskolenivå	917	1040	844	763	-20,7 %	-4,7 %
Vernepleier	592	660	697	724	27,0 %	3,9 %
Totalsum	17278	19250	18962	19287	13,1 %	1,3 %

Tabell 36: Sysselsatte og utdanning i kommunehelsetjenesten

Utdanning	2020	2021	2022	2023	2024	Endring 2020–2024	Endring 2023–2024
Aktivitør	47	55	33	32	40	-14,9 %	25,0 %
Annen helseutdanning på høgskole- eller universitetsnivå	1317	1503	1388	1539	1566	18,9 %	1,8 %
Annen helseutdanning på videregående nivå	220	292	259	277	254	15,5 %	-8,3 %
Annen utdanning på høgskole- eller universitetsnivå	897	1063	938	887	891	-0,7 %	0,5 %
Annen utdanning på videregående nivå	1152	1373	1127	1111	1081	-6,2 %	-2,7 %
Barne- og ungdomsarbeider	34	70	103	91	90	164,7 %	-1,1 %
Barnevernspedagog	292	325	380	389	420	43,8 %	8,0 %
Ergoterapeut	1205	1255	1305	1339	1343	11,5 %	0,3 %
Helsefagarbeider mv.	1229	1473	1318	1256	1246	1,4 %	-0,8 %
Helsesekretær	1850	1887	1835	1795	1789	-3,3 %	-0,3 %
Helsesykepleier	3475	3687	3795	3786	3680	5,9 %	-2,8 %
Jordmor	646	699	728	723	756	17,0 %	4,6 %
Sosionom	597	685	725	793	760	27,3 %	-4,2 %
Sykepleier med annen videreutdanning innen helsefag	905	1115	1174	1233	1368	51,2 %	10,9 %
Sykepleier med annen videreutdanning innen sykepleie	230	267	249	250	244	6,1 %	-2,4 %
Sykepleier med videreutdanning innen geriatri/eldreomsorg	88	118	117	119	132	50,0 %	10,9 %
Sykepleier med videreutdanning innen psykisk helsearbeid og rusomsorg	959	1055	1043	1025	1016	5,9 %	-0,9 %
Sykepleier uten videreutdanning innen helsefag	3012	3722	3606	3693	3873	28,6 %	4,9 %
Uspesifisert	62	76	80	66	118	90,3 %	78,8 %
Utdanning på grunnskolenivå	1482	1725	1435	1383	1231	-16,9 %	-11,0 %
Vernepleier	627	691	735	754	784	25,0 %	4,0 %
Totalsum	20326	23136	22373	22541	22682	11,6 %	0,6 %

Tabell 37: Årsverk og yrke i helsestasjon- og skolehelsetjenesten. Kilde: Spesialbestilte data fra SSB og statistikkbanken til SSB (tabell 11994). Merknad: Tall for årsverk inkluderer lange fravær.

Yrke	2020	2021	2022	2023	2024	Endring 2020–2024	Endring 2023–2024
Andre helserelaterte yrker	803	868	897	918	929	15,7 %	1,2 %
Andre ledere	109	118	110	115	132	21,1 %	14,8 %
Barnevernspedagoger, miljøterapeuter, sosionomer mv.	222	208	275	292	295	32,9 %	1,0 %
Ergoterapeuter	56	62	66	70	80	42,9 %	14,3 %
Helsefagarbeidere mv.	30	51	28	25	27	-10,0 %	8,0 %

Hjemmehjelper og andre pleiemedarbeidere	103	151	130	122	139	35,0 %	13,9 %
Ledere av helse-, omsorgs- og sosialtjenester	130	153	161	153	156	20,0 %	2,0 %
Renholdere og vaktmestre mv.	6	12	8	7	11	83,3 %	57,1 %
Saksbehandlere og kontormedarbeidere mv.	370	457	445	440	435	17,6 %	-1,1 %
Spesialsykepleiere	3358	3563	3684	3732	3769	12,2 %	1,0 %
Sykepleiere	332	478	482	543	552	66,3 %	1,7 %
Uspesifisert	12	17	22	33	46	283,3 %	39,4 %
Vernepleiere	24	28	24	27	34	41,7 %	25,9 %
Totalsum	5555	6166	6332	6477	6605	18,9 %	2,0 %

Tabell 38: Årsverk og utdanning i helsestasjon- og skolehelsetjenesten. Kilde: Spesialbestilte data fra SSB og statistikkbanken til SSB (tabell 11994)

Utdanning	2020	2021	2022	2023	2024	Endring 2020–2024	Endring 2023–2024
Annen helseutdanning på høgskole- eller universitetsnivå	228	272	275	299	298	30,7 %	-0,3 %
Annen helseutdanning på videregående nivå	15	25	17	21	22	46,7 %	4,8 %
Annen utdanning på høgskole- eller universitetsnivå	124	161	155	152	171	37,9 %	12,5 %
Annen utdanning på videregående nivå	100	139	114	117	123	23,0 %	5,1 %
Barne- og ungdomsarbeider	6	11	12	12	16	166,7 %	33,3 %
Barnevernspedagog	91	85	116	112	120	31,9 %	7,1 %
Ergoterapeut	65	69	74	76	85	30,8 %	11,8 %
Helsefagarbeider mv.	93	111	87	78	85	-8,6 %	9,0 %
Helsesekretær	73	82	90	88	88	20,5 %	0,0 %
Helsesykepleier	3036	3121	3253	3298	3205	5,6 %	-2,8 %
Jordmor	546	577	606	612	628	15,0 %	2,6 %
Sosionom	78	82	124	132	133	70,5 %	0,8 %
Sykepleier med annen videreutdanning innen helsefag	329	376	435	447	533	62,0 %	19,2 %
Sykepleier med annen videreutdanning innen sykepleie	20	24	20	17	20	0,0 %	17,6 %
Sykepleier med videreutdanning innen geriatri/eldreomsorg	6	10	6	10	8	33,3 %	-20,0 %
Sykepleier med videreutdanning innen psykisk helsearbeid og rusomsorg	115	151	151	146	148	28,7 %	1,4 %
Sykepleier uten videreutdanning innen helsefag	475	683	626	693	753	58,5 %	8,7 %
Uspesifisert	2	3	5	3	8	300,0 %	166,7 %
Leger	232	221	225	231	233	0,4 %	0,9 %

Fysioterapeuter	259	273	274	282	288	11,5 %	2,1 %
Utdanning på grunnskolenivå	107	133	113	93	84	-21,5 %	-9,7 %
Vernepleier	42	53	59	67	77	83,3 %	14,9 %
Totalsum	6041	6663	6837	6986	7126	18,0 %	2,0 %

Tabell 39: Årsverk i psykisk helse- og rustjenester. Kilde: SINTEF

	2020	2021	2022	2023	2024	Endring i %	
						2020–2024	2023–2024
Voksne	12966	13091	13291	13445	12607	-2,8 %	-6,2 %
Barn og unge	3603	3700	3783	3991	3629	0,7 %	-9,1 %
Totalt	16569	16792	17074	17436	16236	-2,0 %	-6,9 %

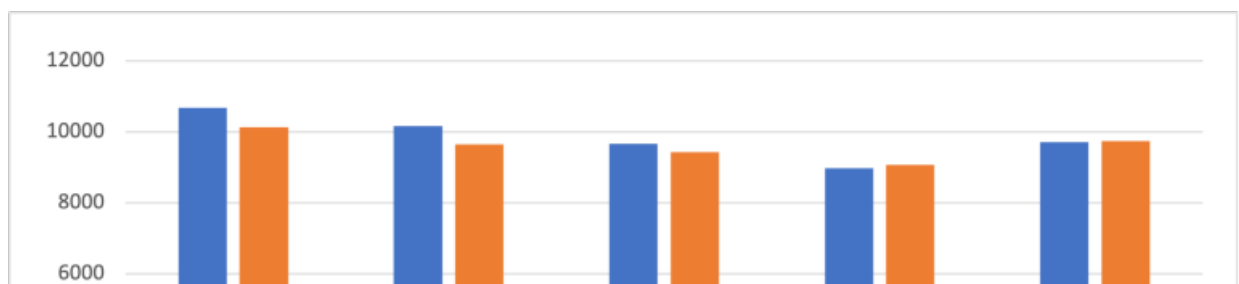
Utdanning og autorisasjoner

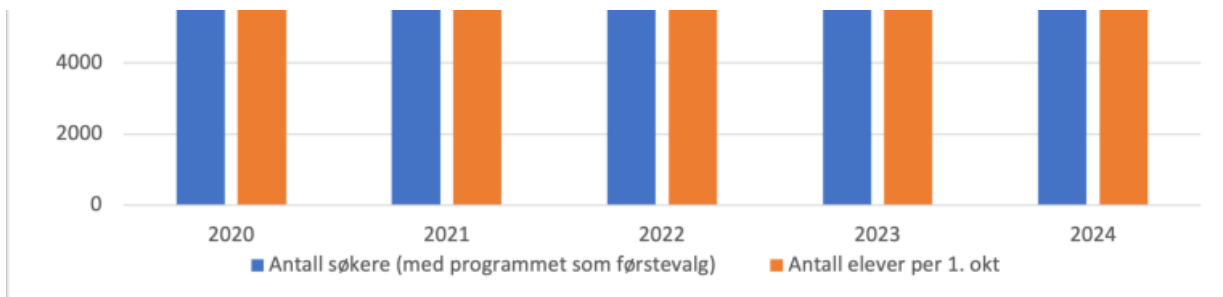
Tabell 40: Antall søkere til utdanning på videregående skolenivå. Kilde: Utdanningsdirektoratet

	2020	2021	2022	2023	2024	Endring i %	
						2020–2024	2023–2024
Helse- og oppvekstfag (VG1)	10684	10168	9667	8970	9706	-9,2 %	8,2 %
Helsearbeiderfag (VG2)	3855	4105	3684	3493	3255	-15,6 %	-6,8 %
Helsearbeiderfaget (VG3 - læreplass)	2484	2717	2467	2274	2049	-17,5 %	-9,9 %
Tannhelsesekretær (VG3)	152	143	136	147	147	-3,3 %	0,0 %
Alle videregående utdanninger	205 809	206 831	204 199	204 029	207 878	1,0 %	1,9 %

Tabell 41: Antall elever per 1. oktober på helsefaglige utdanninger på VGS. Kilde: Utdanningsdirektoratet

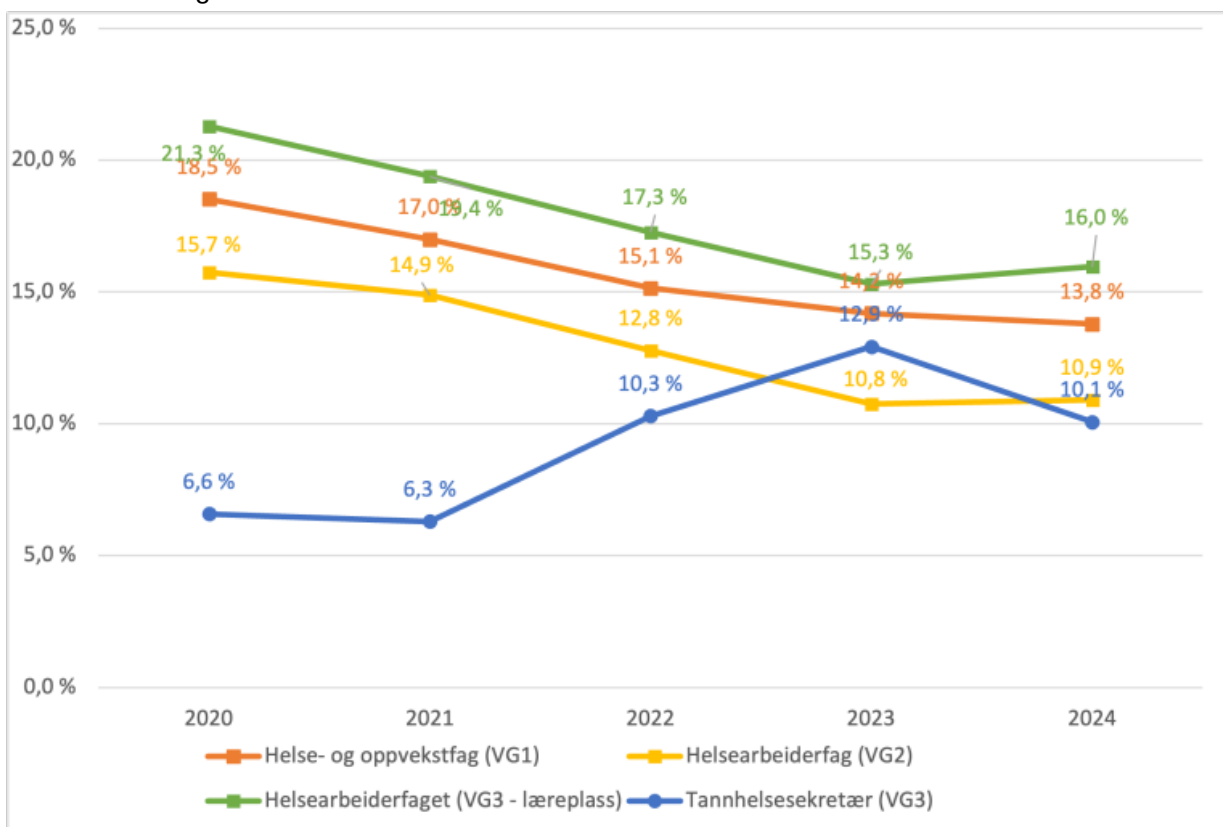
	2020	2021	2022	2023	2024	Endring i %	
						2020–2024	2023–2024
Helse- og oppvekstfag (VG1)	10 139	9 643	9 426	9 064	9 738	-4,0 %	7,4 %
Helsearbeiderfag (VG2)	4 017	4 159	3 846	3 749	3 435	-14,5 %	-8,4 %
Tannhelsesekretær (VG3)	130	129	138	132	121	-6,9 %	-8,3 %





Figur 7: Antall søkere og antall elever tatt opp til helse- og oppvekstfag (VG1), 2020/21–2024/25

Kilde: Utdanningsdirektoratet



Figur 8: Andelen gutter som søker seg til videregående utdanninger. Kilde: Utdanningsdirektoratet

Tabell 42: Oppnådde fag- og svennebrev etter utdanningsprogram. Kilde: Utdanningsdirektoratet.

Merknad: Fra og med 2020–21 inkluderes kompetansebevis tatt etter fagopplæring i skole sammen med Merknad til tabell: Fra og med 2020–21 inkluderes kompetansebevis tatt etter fagopplæring i skole sammen med Merknad til tabell: Fra og med 2020–21 inkluderes kompetansebevis tatt etter fagopplæring i skole sammen med «kompetansebevis».

	2019/20	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	Endring i %	
						2019/20–2023/24	2022/23–2023/24
Barne- og ungdomsarbeiderfaget	3026	3256	2929	2854	2552	-15,7 %	-10,6 %
Helsearbeiderfaget	3805	4554	4342	4349	4229	11,1 %	-2,8 %

Tabell 43: Andel som fortsetter utdanning i helsearbeiderfag og starter læretid, fordelt på kjønn.

Kilde: Utdanningsdirektoratet

	2020	2021	2022	2023	2024

Andelen som søker seg til helsearbeiderfag (VG2) etter VG1	Jenter	40,6 %	42,6 %	40,7 %	39,6 %	37,9 %
	Gutter	27,8 %	31,6 %	27,0 %	24,2 %	25,1 %
Andelen som søker seg til helsearbeiderfaget (VG3 - lære) etter VG2	Jenter	58,1 %	64,8 %	57,9 %	57,7 %	51,5 %
	Gutter	75,5 %	82,7 %	67,2 %	68,8 %	80,5 %

Tabell 44: Antall søkere til helse- og sosialfaglige grunnutdanninger (førstevalg, nasjonalt opptak).

Kilde: Database for høyere utdanning. Merknad: Klinisk ernæringsfysiologi inkluderer kun det 5-årige profesjonsstudiet ved Universitet i Oslo. Det finnes også et 2-årig masterstudium ved Universitet i Tromsø og ved Universitet i Bergen som ikke er inkludert.

	2020	2021	2022	2023	2024	Endring i %	
						2020–2024	2023–2024
Barnevernspedagogikk (bachelor)	2562	2278	1842	1554	1722	-32,8 %	10,8 %
Ergoterapi (bachelor)	689	588	531	505	521	-24,4 %	3,2 %
Fysioterapi (bachelor)	2237	2189	1935	2088	2388	6,8 %	14,4 %
Medisin (profesjons-studium)	4024	3857	3838	3398	3658	-9,1 %	7,7 %
Sosialt arbeid (bachelor)	4402	4369	3488	3435	3510	-20,3 %	2,2 %
Sykepleie (bachelor)	13536	13212	10224	8929	9966	-26,4 %	11,6 %
Vernepleie (bachelor)	3997	4899	3951	3337	3340	-16,4 %	0,1 %
Klinisk ernæring (profesjons-studium)	124	110	105	101	90	-27,4 %	-10,9 %
Psykolog (profesjons-studium)	4047	3650	3078	3255	3209	-20,7 %	-1,4 %
Tannlege (master, 5-årig)	572	640	550	582	537	-6,1 %	-7,7 %
Tannpleier (bachelor)	387	420	507	391	447	15,5 %	14,3 %
Totalt antall søkere til høyere utdanning	149187	152619	133412	132504	138869	-6,9 %	4,8 %

Tabell 45: Antall søkere til helse- og sosialfaglige videreutdanninger (førstevalg, lokalt opptak).

Kilde: Database for høyere utdanning. Merknad: Flere av studiestedene har kun opptak til jordmor- og helsesykepleie annethvert år. Endring i prosent er derfor ikke regnet ut.

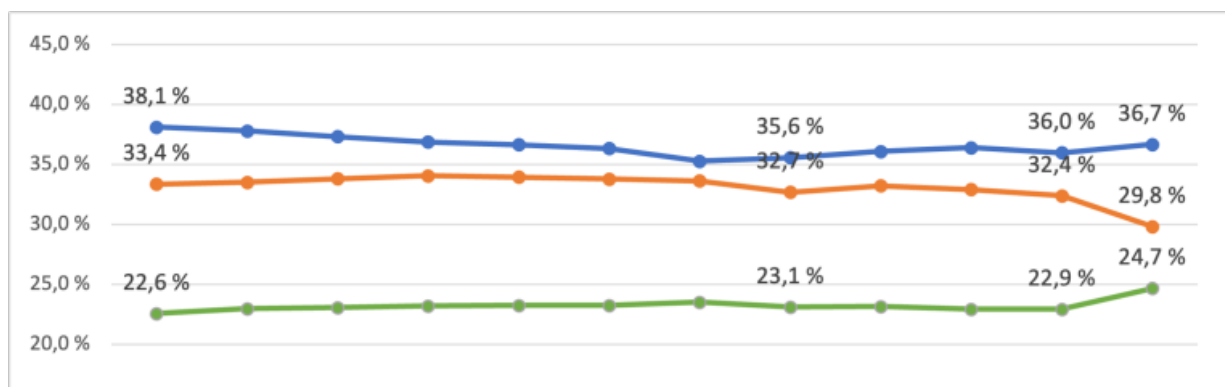
Helsesykepleie	2020	2021	2022	2023	2024
Jordmor	853	943	1443	1314	1718

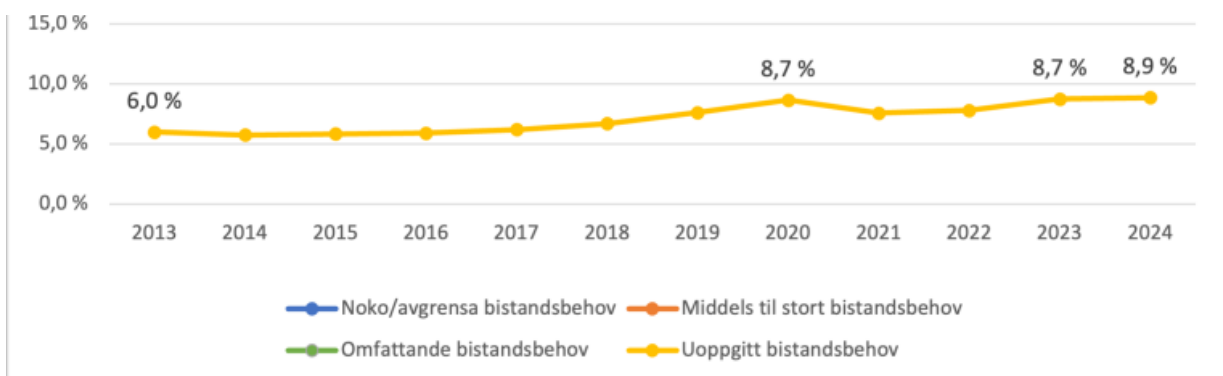
Tabell 50: Autorisasjoner av helsepersonell, fordelt på region, 2023–2024. Kilde: Helsedirektoratet

	2023					2024				
	Norge	Norden	EU/EØS	Andre	Total	Norge	Norden	EU/EØS	Andre	Total

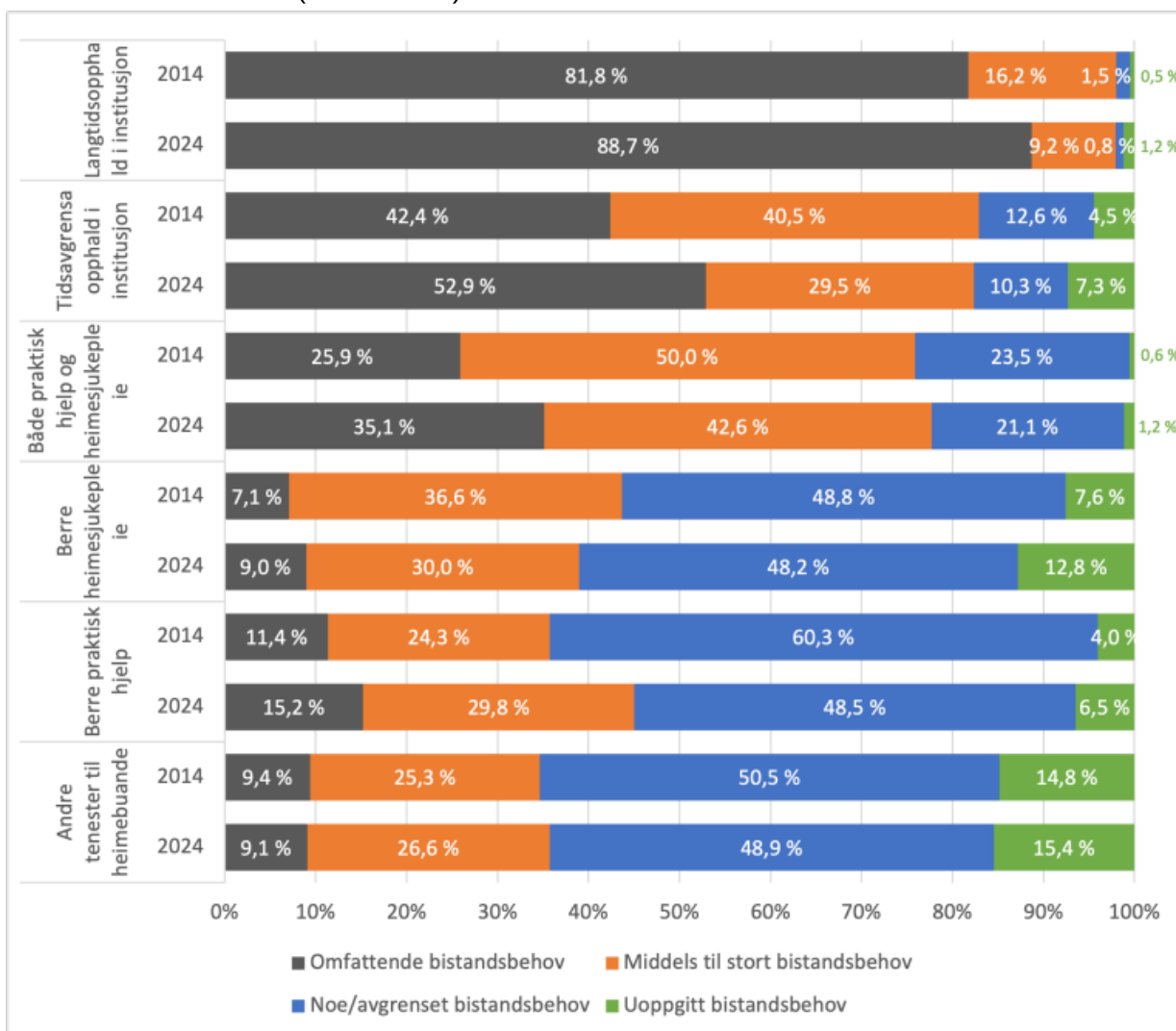
Fysioterapeut, Norge	305				305	291				291
Utland		51	68	12	131		35	72	14	122
Totalt					436					413
Helsefagarbeider, Norge	4493				4493	4437				4437
Utland		356	34	31	421		400	35	36	471
Totalt					4914					4908
Jordmor, Norge	99				99	172				172
Utland		53	13	3	69		71	17	1	89
Totalt					168					261
Klinisk ernærings-fysiolog, Norge	48				48	39				39
Utland		1	0	5	6		0	0	0	0
Totalt					54					39
Lege, Norge	616				616	590				590
Utland		608	749	78	1435		558	780	148	1481
Totalt					2051					2071
Psykolog	290				290	309				309
Utland		112	39	3	154		141	24	8	172
Totalt					444					481
Sykepleier, Norge	4416				4416	3877				3877
Utland		1016	719	117	1852		1003	527	146	1686
Totalt					6268					5563
Vernepleier, Norge	963				963	862				862
Utland		0	0	0	0		0	0	0	0
Totalt					963					862

Mottakere





Figur 9: Andel mottakere med ulike bistanndsbehov i omsorgstjenesten (per 31.12). Kilde: Statistikkbanken til SSB (tabell 06971)

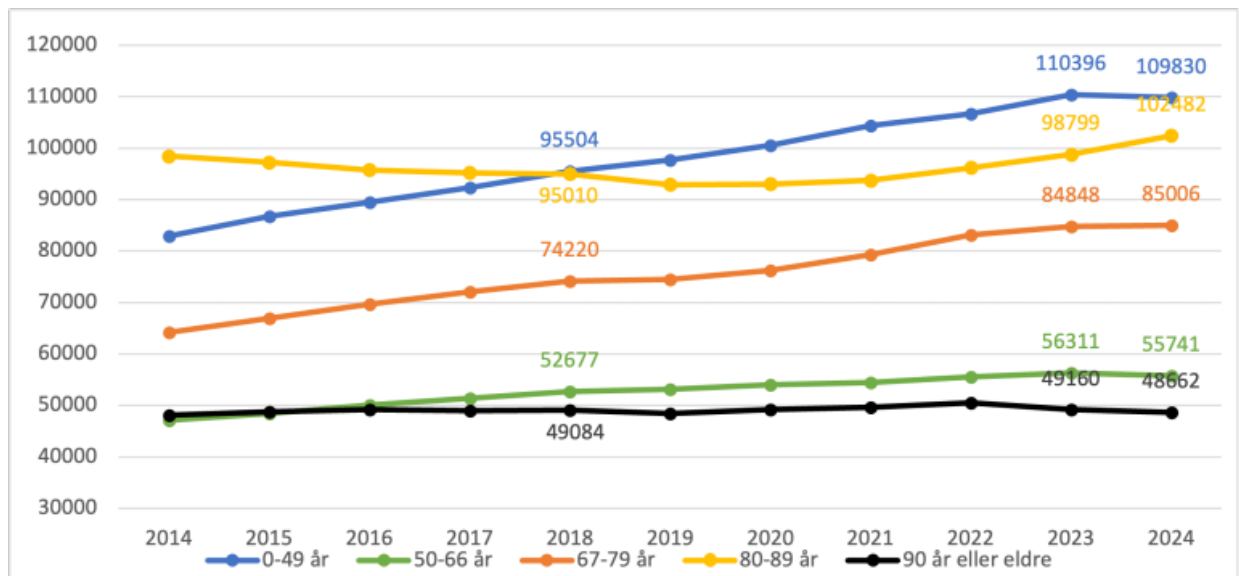


Figur 10: Andel mottakere med ulike bistanndsbehov etter ulike tjenesteområder i omsorgstjenesten (per 31.12) i 2014 og 2024. Kilde: Statistikkbanken til SSB (tabell 06971)

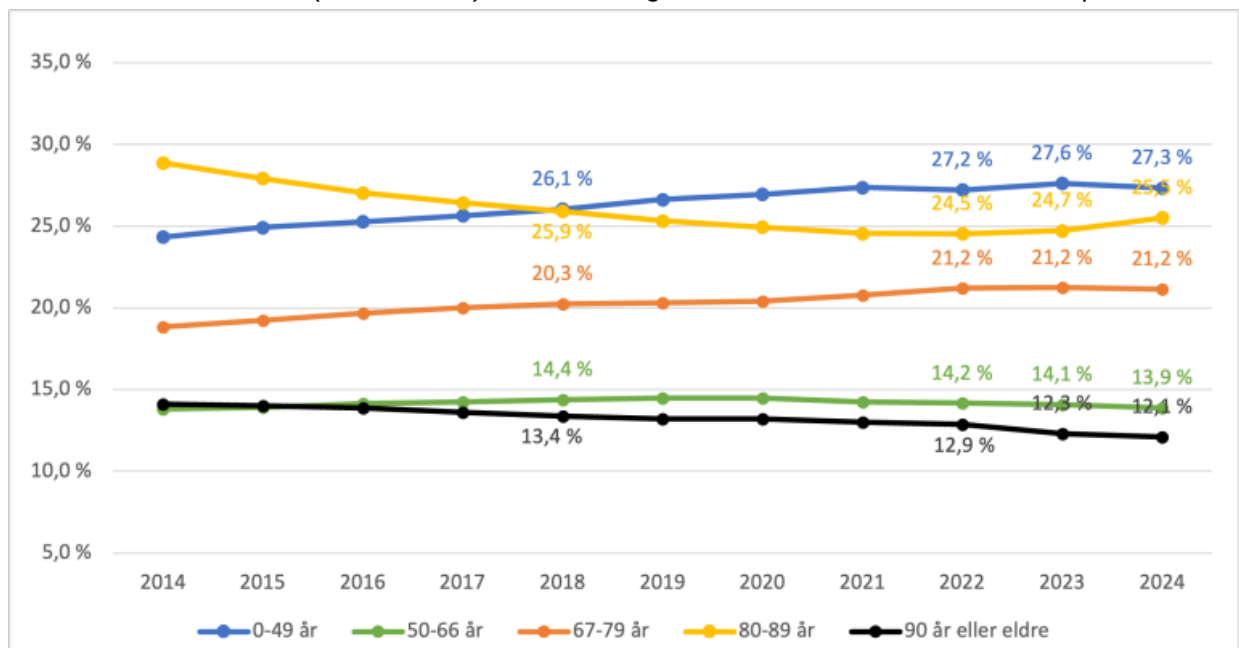
Tabell 51: Antall unike brukere av omsorgstjenester etter alderskategori, 2013–2024. Kilde: Statistikkbanken til SSB (tabell 11642). Merknad: Tabellen viser antall unike brukere i løpet av året.

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
0–49 år	81770	82979	86760	89544	92403	95504	97705	100619	104452	106747	108000

50–66 år	46000	47124	48389	50108	51364	52677	53148	54012	54428	55571	5
67–79 år	62928	64223	66992	69677	72122	74220	74552	76228	79304	83175	8
80–89 år	100930	98455	97241	95795	95243	95010	92924	93062	93729	96232	9
90 år eller eldre	47122	48087	48752	49160	49028	49084	48443	49253	49688	50471	4
I alt	338750	340868	348134	354284	360160	366496	366772	373174	381601	392196	3



Figur 11: Antall mottakere av omsorgstjenester etter alderskategori, 2014–2024. Kilde: Statistikkbanken til SSB (tabell 11642). Merknad: Figuren viser antall unike brukere i løpet av året.



Figur 12: Andelen mottakere av omsorgstjenester etter alderskategori, 2014–2024. Kilde: Statistikkbanken til SSB (tabell 11642). Merknad: Figuren viser mottakere av omsorgstjenester i løpet av året.

Tabell 52: Prosentvis endring i antall brukere av omsorgstjenester, 2012/13–2023/24. Kilde: Statistikkbanken til SSB (tabell 11642). Merknad: Tabellen viser endring i antall brukere i løpet av året.

	2011–2012	2012–2013	2013–2014	2014–2015	2015–2016	2016–2017	2017–2018	2018–2019
Prosentvis endring i antall brukere	1,9 %	0,9 %	0,6 %	2,1 %	1,8 %	1,7 %	1,8 %	0,1 %

Turnover

Tabell 53: Turnover i ulike deltjenester i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Kilde: Spesialbestilte data fra KS. Merknad: Turnover måles fra 1. desember til 1. desember. Turnover innebærer at en ansatt har (1) sluttet i kommunesektoren, (2) byttet kommune, (3) byttet til en annen deltjeneste i kommunen. Kategorien «i alt» inneholder også tannhelsetjenesten og andre tjenester.

	2020	2021	2022	2023	2024	Endring i prosentpoeng	
						2020–2024	2023–2024
Hjemmetjeneste	24,3 %	22,7 %	24,1 %	22,9 %	23,2 %	-1,1	0,3
Bolig for psykisk utviklingshemmede	21,5 %	21,1 %	23,0 %	22,1 %	22,1 %	0,6	0,0
Alders- og sykehjem	23,5 %	22,1 %	23,3 %	22,4 %	22,0 %	-1,5	-0,4
Helsestasjons- og skolehelsetjenesten	19,5 %	17,9 %	18,2 %	15,5 %	17,9 %	-1,6	2,4
I alt	23,8 %	24,8 %	23,7 %	22,2 %	22,0 %	-1,8	-0,2

Tabell 54: Turnover i fylkeskommunal tannhelsetjeneste. Kilde: Spesialbestilte data fra KS.

Merknad: Turnover måles fra 1. desember til 1. desember. Turnover er dersom en ansatt har (1) sluttet i kommunesektoren, (2) byttet kommune, (3) byttet til en annen deltjeneste i kommunen.

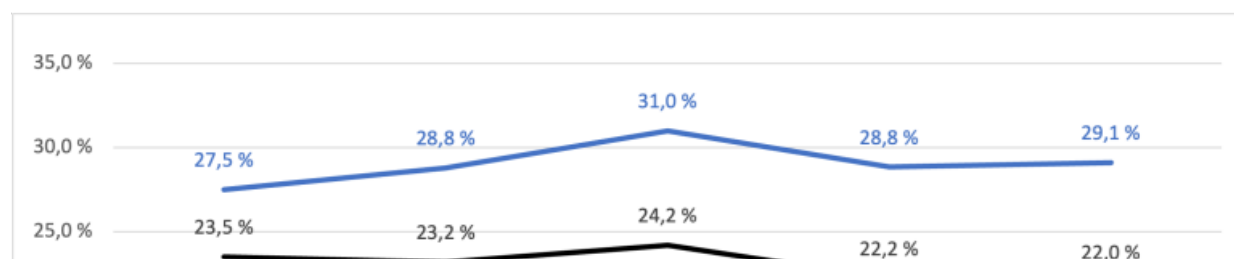
	2020	2021	2022	2023	2024	Endring i prosentpoeng	
						2020–2024	2023–2024
Tannhelsetjenesten	12,6 %	13,2 %	12,9 %	10,3 %	12,9 %	0,3	1,6

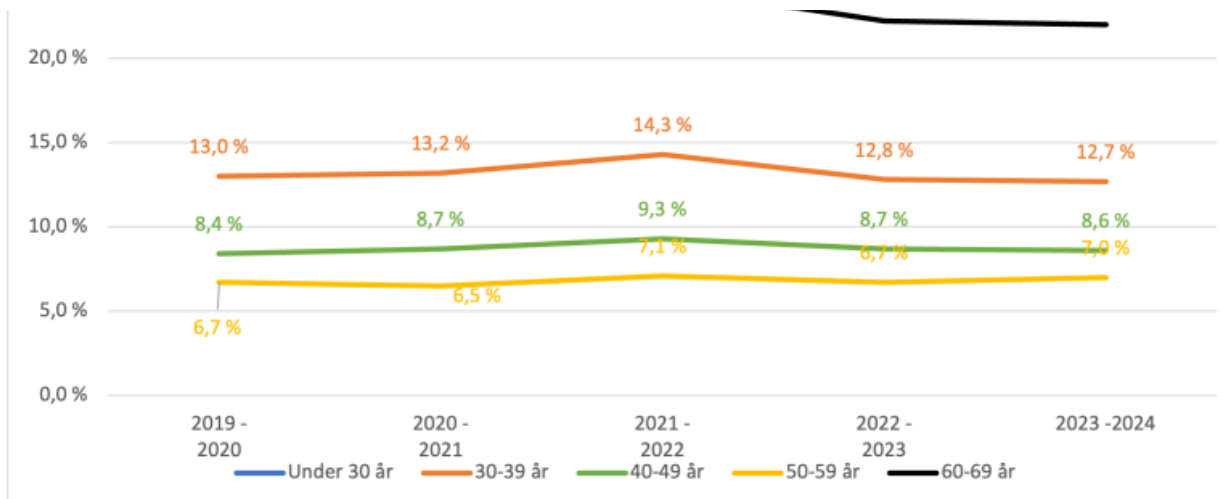
Tabell 55: Turnover blant ulike stillingskategorier i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Kilde: Spesialbestilte data fra KS. Merknad: Turnover måles fra 1. desember til 1. desember. Kategorien «ledere» inkluderer ikke lavere lederstillinger som typisk er uten personalansvar (arbeidsleder og fagleder), og heller ikke den høyeste lederkoden (kommunalsjef). Sykepleiere inkluderer alle sykepleiere. Turnover er dersom en ansatt har (1) sluttet i kommunesektoren, (2) byttet kommune, (3) byttet til en annen deltjeneste i kommunen.

	2020	2021	2022	2023	2024	Endring i prosentpoeng	
						2020–2024	2023–2024
Personell uten helse- eller sosialfaglig utdanning	35,8 %	36,4 %	36,5 %	34,7 %	34,3 %	-1,5	-0,4
Helsefagarbeidere	19,2 %	21,2 %	18,7 %	17,9 %	17,7 %	-1,5	-0,2
Helsesekretærer	13,8 %	19,1 %	23,3 %	17,2 %	16,1 %	2,3	-0,9
Vernepleiere	19,8 %	19,5 %	19,7 %	20,4 %	20,0 %	0,2	-0,4
Sykepleiere	21,6 %	24,0 %	21,5 %	20,0 %	20,2 %	-1,4	0,2
Helsesykepleiere	13,2 %	11,6 %	15,4 %	11,6 %	12,3 %	-1,0	0,7
Jordmødre	18,3 %	12,2 %	16,6 %	15,0 %	12,5 %	-5,8	-2,5
Leger	30,9 %	31,1 %	32,8 %	30,3 %	28,9 %	-2,0	-1,4
Ledere	16,4 %	17,1 %	16,2 %	14,5 %	14,6 %	-1,8	0,1

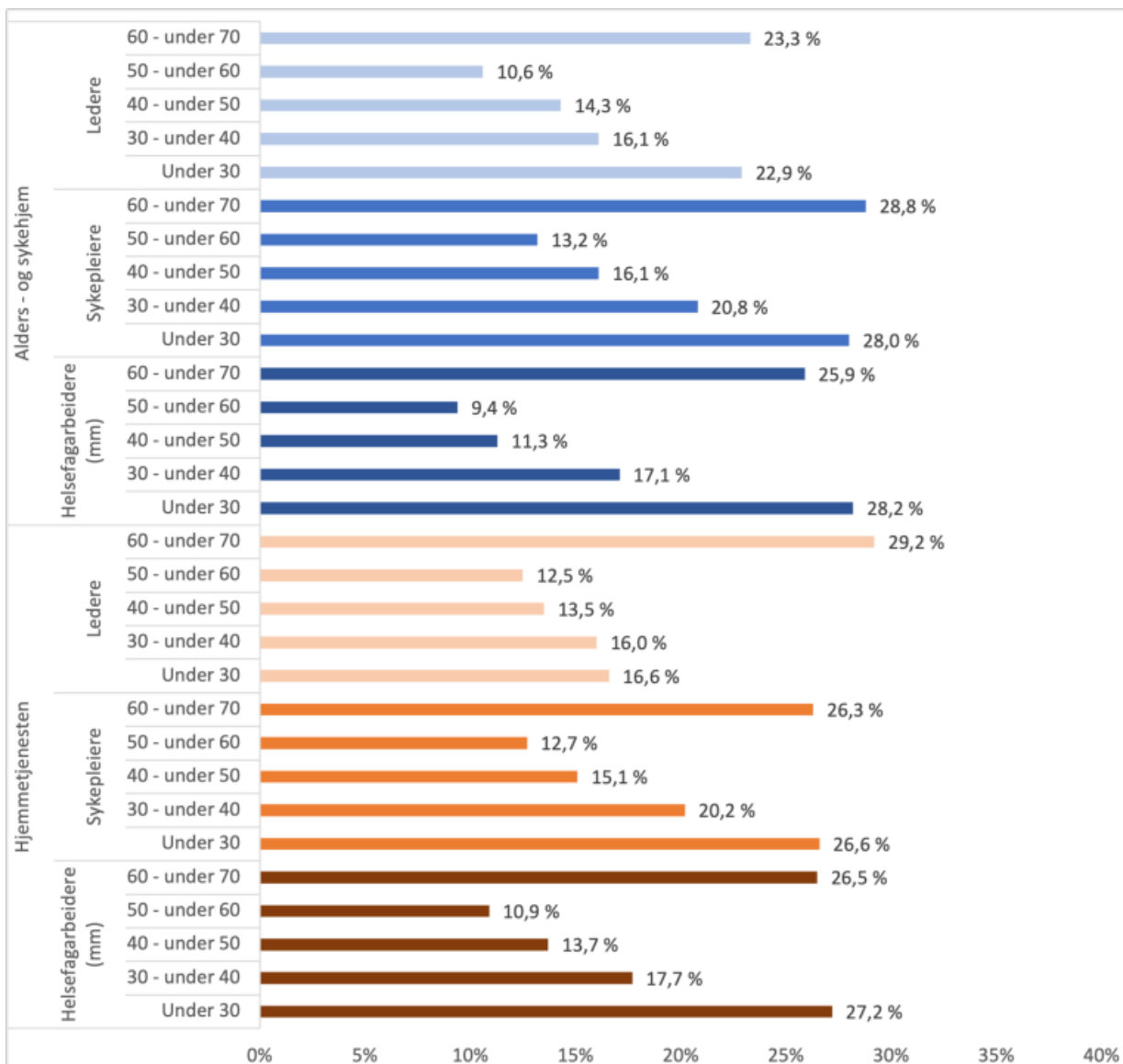
Tabell 56: Turnover blant ulike stillingskategorier i fylkeskommunal tannhelsetjeneste. Kilde: Spesialbestilte data fra KS. Merknad: Turnover måles fra 1. desember til 1. desember. Turnover er dersom en ansatt har (1) sluttet i kommunesektoren, (2) byttet kommune, (3) byttet til en annen deltjeneste i kommunen.

	2020	2021	2022	2023	2024	Endring i prosentpoeng	
						2020-2024	2023-2024
Tannhelsesekretærer	11,1 %	16,2 %	11,6 %	10,3 %	11,1 %	0,0	0,8
Tannpleiere	12,7 %	19,9 %	11,6 %	7,4 %	11,1 %	-1,6	3,7
Tannleger	14,2 %	19,9 %	13,8 %	12,0 %	15,2 %	1,0	3,2





Figur 13: Prosentvis turnover per aldersgruppe i helse- og omsorgstjenesten. Kilde: Spesialbestilte data fra KS. Merknad: Turnover måles fra 1. desember til 1. desember. Turnover er dersom en ansatt har sluttet i kommunesektoren.



Figur 14: Prosentvis turnover pr. aldersgruppe og stillingskategori, 2024. Kilde: Spesialbestilte data fra KS. Merknad: Figuren viser turnover i hjemmetjenesten og alders- og sykehjem. Turnover måles fra 1. desember til 1. desember. Turnover er dersom en ansatt har (1) sluttet i kommunesektoren, (2) byttet kommune, (3) byttet til en annen deltjeneste i kommunen.

Tabell 57: Ulikhet i turnover for utvalgte deltjenester i helse- og omsorgssektoren sammenlignet med kommunen for øvrig. Kilde: Spesialbestilte data fra KS. Merknad: Turnover måles fra 1. desember til 1. desember. Turnover er dersom en ansatt har sluttet i kommunesektoren.

	2020	2021	2022	2023	2024
Hjemmetjeneste	35,3 %	34,3 %	34,7 %	38,2 %	40,1 %
Bolig for psykisk utviklingshemmede	32,4 %	26,1 %	26,8 %	32,3 %	34,3 %
Alders- og sykehjem	35,4 %	36,7 %	38,7 %	41,0 %	36,6 %
Helsestasjons- og skolehelsetjenesten	-2,2 %	-10,1 %	-15,1 %	-4,2 %	-16,8 %

Tabell 58: Ulikhet i turnover for tannhelsetjenesten sammenlignet med kommunen for øvrig. Kilde: Spesialbestilte data fra KS. Merknad: Turnover måles fra 1. desember til 1. desember. Turnover er dersom en ansatt har sluttet i kommunesektoren.

	2020	2021	2022	2023	2024
Tannhelsetjenesten	-6,8 %	-4,2 %	-16,5 %	-21,4 %	-10,1 %

Tabell 59: Turnover ut av kommunesektoren i ulike deltjenester i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Kilde: Spesialbestilte data fra KS. Merknad: Turnover måles fra 1. desember til 1. desember. Turnover er dersom en ansatt har sluttet i kommunesektoren.

	2020	2021	2022	2023	2024	Endring i prosentpoeng	
						2020–2024	2023–2024
Hjemmetjeneste	15,0 %	15,0 %	15,9 %	15,3 %	15,5 %	0,5	0,2
Bolig for psykisk utviklingshemmede	14,0 %	14,2 %	15,2 %	14,5 %	14,9 %	0,9	0,4
Alders- og sykehjem	15,2 %	15,5 %	16,2 %	15,2 %	15,1 %	-0,1	-0,1
Helsestasjons- og skolehelsetjenesten	10,0 %	9,5 %	11,0 %	9,1 %	9,2 %	-0,8	0,1

Tabell 60: Turnover ut av fylkeskommunal sektor fylkeskommunal tannhelsetjeneste. Kilde: Spesialbestilte data fra KS. Merknad: Turnover måles fra 1. desember til 1. desember. Turnover er dersom en ansatt har sluttet i fylkeskommunesektoren.

	2020	2021	2022	2023	2024	Endring i prosentpoeng	
						2020–2024	2023–2024
Tannhelsetjenesten	10,4 %	10,7 %	9,6 %	8,7 %	10,0 %	-0,4	1,3

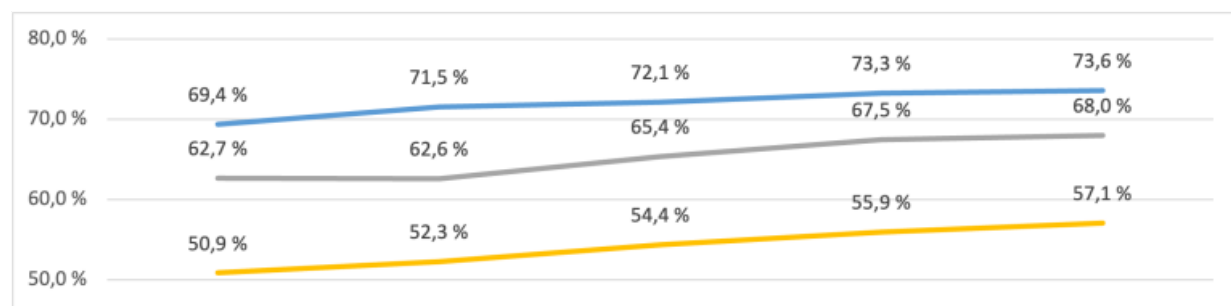
Tabell 61: Turnover ut av kommunesektoren blant ulike stillingskategorier i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Kilde: Spesialbestilte data fra KS . Merknad: Turnover måles fra 1. desember til 1. desember året etter. Turnover er dersom en ansatt har sluttet i kommunesektoren.

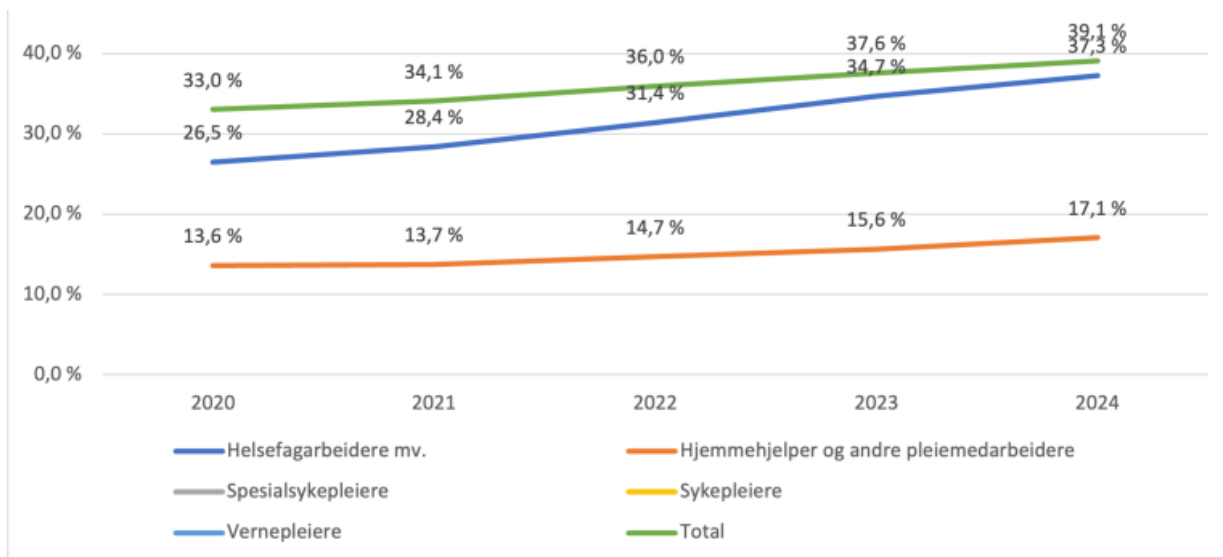
	2019	2020	2021	2022	2024	Endring i prosentpoeng	
						2020–2024	2023–2024
Personell uten helse- eller sosialfaglig utdanning	25,4 %	25,5 %	28,0 %	26,4 %	26,4 %	1,0	0,0
Helsefagarbeidere	10,7 %	11,0 %	11,8 %	10,9 %	10,8 %	0,1	-0,1
Helsesekretærer	9,9 %	14,9 %	18,9 %	13,0 %	12,0 %	2,1	-1,0
Vernepleiere	9,1 %	8,7 %	9,5 %	9,9 %	10,3 %	1,2	0,4
Sykepleiere	11,9 %	12,4 %	13,7 %	12,2 %	12,7 %	0,8	0,5
Helsesykepleiere	6,5 %	6,1 %	9,3 %	6,6 %	7,6 %	1,2	1,0
Jordmødre	10,9 %	9,4 %	12,8 %	10,5 %	9,1 %	-1,8	-1,4
Leger	23,7 %	24,1 %	25,6 %	22,9 %	22,2 %	-1,5	-0,7
Ledere	6,7 %	7,0 %	8,0 %	6,8 %	6,8 %	0,1	0,0

Tabell 62: Turnover ut av fylkeskommunesektoren blant ulike stillingskategorier i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Kilde: Spesialbestilte data fra KS. Merknad: Turnover måles fra 1. desember til 1. desember. Turnover er dersom en ansatt har sluttet i fylkeskommunekommunesektoren.

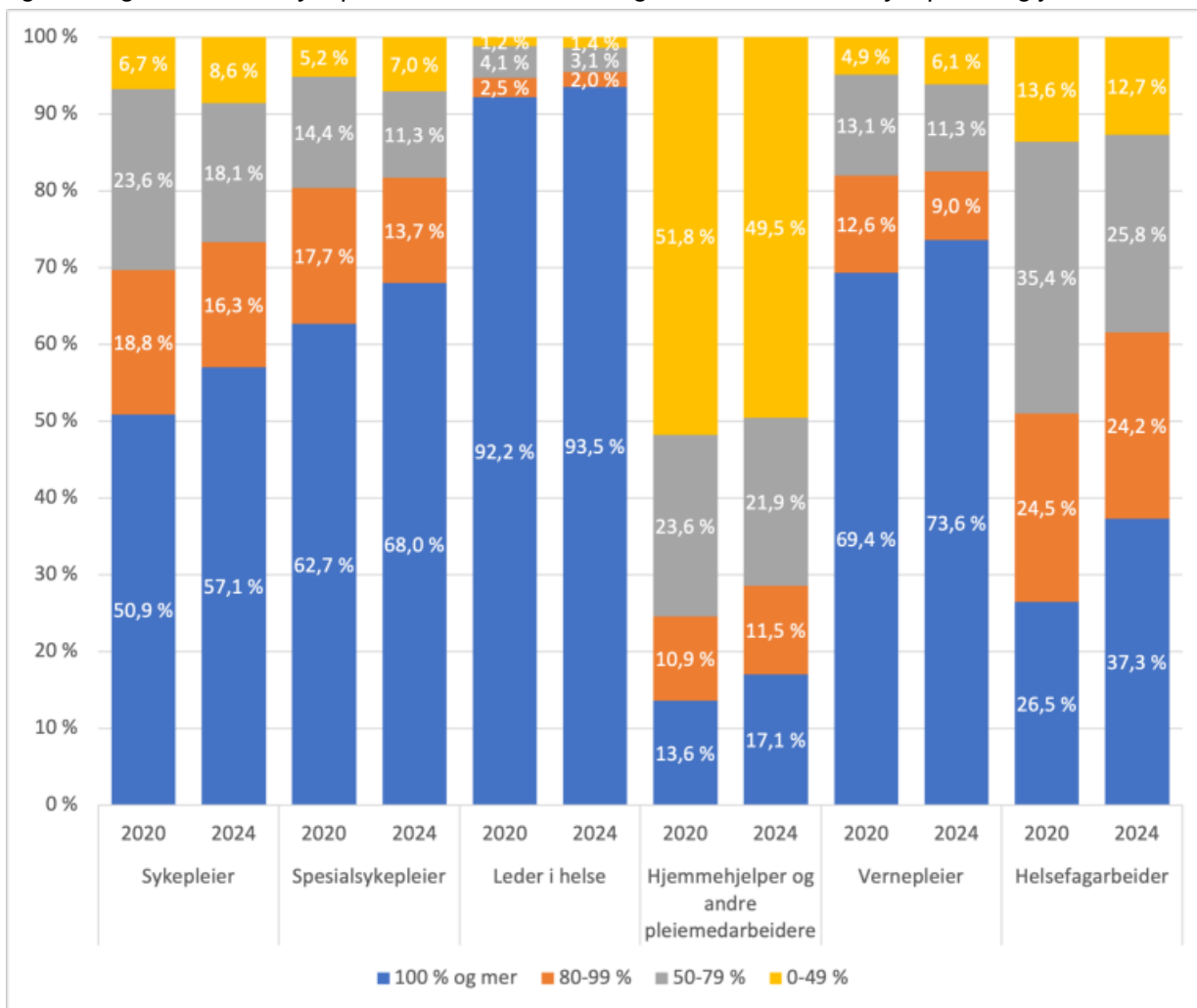
	2020	2021	2022	2023	2024	Endring i prosentpoeng	
						2020–2024	2023–2024
Tannhelsesekretærer	9,8 %	10,2 %	9,6 %	9,2 %	9,6 %	-0,1	0,4
Tannpleiere	9,5 %	9,2 %	8,9 %	5,0 %	7,9 %	-1,6	2,9
Tannleger	11,0 %	12,5 %	10,2 %	10,0 %	11,5 %	0,5	1,5

Stillingsstørrelse



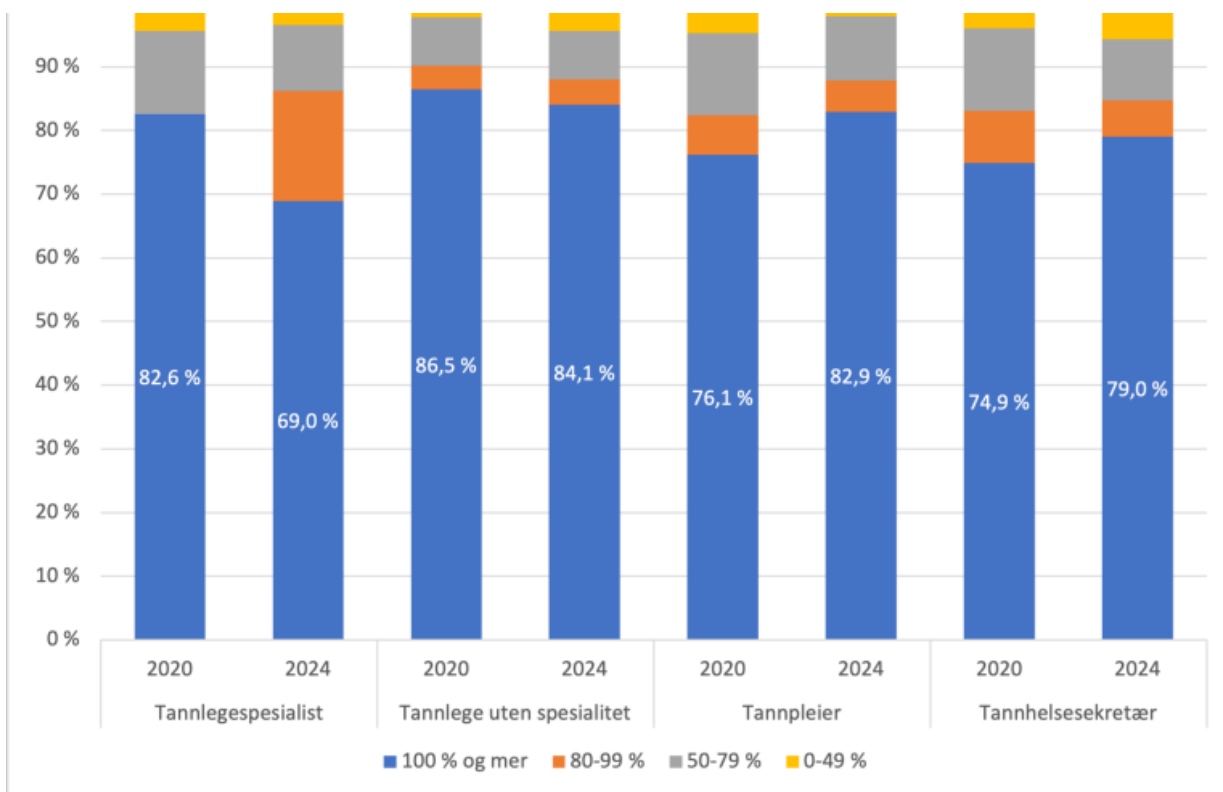


Figur 15: Andelen sysselsatte som jobber heltid blant utvalgte yrkesgrupper. Kilde: Spesialbestilte data fra SSB. Merknad. Med heltid menes en stillingsstørrelse som er 100 % og mer. Viser andelen sysselsatte i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Helsefagarbeider inkluderer også hjelpepleiere og omsorgsarbeidere. Sykepleier m/ videreutdanning ekskluderer helsesykepleier og jordmor.



Figur 16: Andelen sysselsatte med ulik stillingsstørrelse blant utvalgte yrkesgrupper, 2024. Kilde: Spesialbestilte data fra SSB. Merknad: Figuren viser andelen sysselsatte i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Helsefagarbeider inkluderer også hjelpepleiere og omsorgsarbeidere.





Figur 17: Andelen sysselsatte med ulik stillingsstørrelse i tannhelsetjenesten, 2024. Kilde:

Spesialbestilte data fra SSB

Tabell 63: Gjennomsnittlig stillingsstørrelse, yrke i kommunale helse- og omsorgstjenester. Kilde:

Spesialbestilte data fra SSB.

Yrke	2020	2021	2022	2023	2024	Endring 2020–2024	Endring 2023–2024
Andre helserelaterte yrker	80	79	81	81	82	2 %	1 %
Andre ledere	97	97	98	98	98	1 %	0 %
Barnevernspedagoger, miljøterapeuter, sosionomer mv.	80	80	80	80	80	0 %	0 %
Ergoterapeuter	91	92	92	93	93	2 %	0 %
Helsefagarbeidere mv.	75	75	76	78	79	4 %	1 %
Hjemmehjelper og andre pleiemedarbeidere	50	50	51	51	52	2 %	1 %
Kjøkkenyrker	72	73	73	73	74	2 %	1 %
Ledere av helse-, omsorgs- og sosialtjenester	97	97	97	97	98	1 %	1 %
Renholdere og vaktmestre mv.	65	65	64	65	66	1 %	1 %
Saksbehandlere og kontormedarbeidere mv.	85	84	85	86	87	2 %	1 %
Spesialsykepleiere	88	86	87	88	88	0 %	0 %
Sykepleiere	84	84	84	85	85	1 %	0 %
Uspesifisert	37	39	37	42	39	2 %	-3 %
Vernepleiere	90	90	90	90	90	0 %	0 %

Tabell 64: Gjennomsnittlig stillingsstørrelse, yrke i kommunale omsorgstjenester. Kilde:

Spesialbestilte data fra SSB

Yrke	2020	2021	2022	2023	2024	Endring 2020-2024	Endring 2023-2024
Andre helserelaterte yrker	80	78	80	81	83	3 %	2 %
Andre ledere	97	98	98	98	98	1 %	0 %
Barnevernspedagoger, miljøterapeuter, sosionomer mv.	78	78	79	79	79	1 %	0 %
Ergoterapeuter	89	90	90	91	91	2 %	0 %
Helsefagarbeidere mv.	75	75	76	78	79	4 %	1 %
Hjemmehjelper og andre pleiemedarbeidere	50	50	50	51	52	2 %	1 %
Kjøkkenyrker	72	73	73	73	74	2 %	1 %
Ledere av helse-, omsorgs- og sosialtjenester	97	97	97	98	98	1 %	0 %
Renholdere og vaktmestre mv.	67	68	67	66	67	0 %	1 %
Saksbehandlere og kontormedarbeidere mv.	86	87	87	88	88	2 %	0 %
Spesialsykepleiere	87	86	86	87	87	0 %	0 %
Sykepleiere	85	85	85	86	86	1 %	0 %
Uspesifisert	36	38	34	36	32	-4 %	-4 %
Vernepleiere	90	90	90	90	90	0 %	0 %

Tabell 66: Merarbeid i utvalgte deltjenester innen kommunale helse- og omsorgstjenester. Kilde: Spesialbestilte data fra KS. Merknad: Merarbeid er arbeid utover avtalt stillingsstørrelse, inntil full stilling, oppgitt i årsverk. Overtid ikke inkludert.

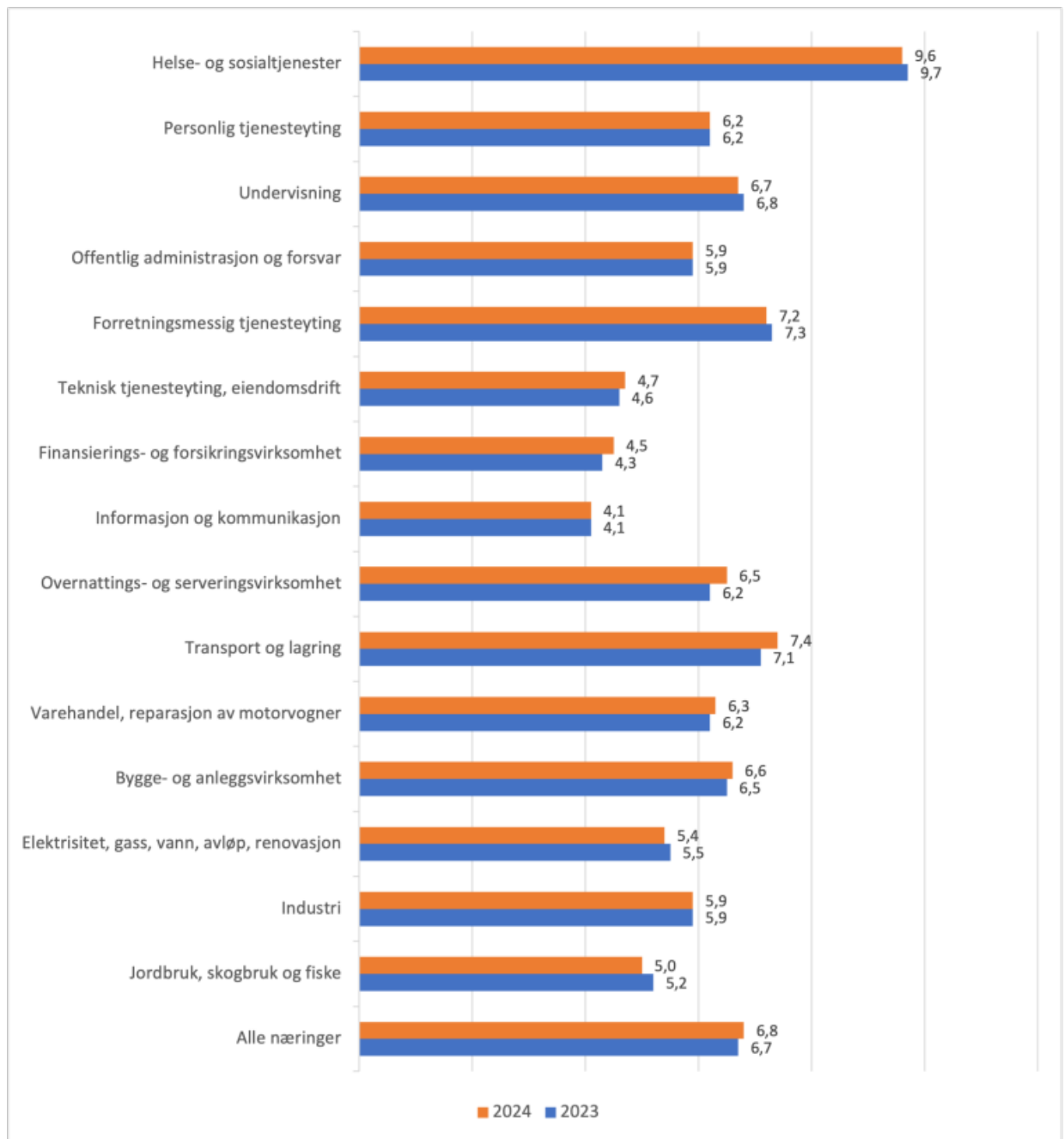
	2020	2021	2022	2023	2024	Endring i prosentpoeng	
						2020–2024	2023–2024
Tannlegespesialist	92,0	94,0	91,0	89,0	90,0	-2 %	1 %
Tannlege uten spesialitet	95,0	93,0	93,0	94,0	93,0	-2 %	-1 %
Tannpleier	90,0	91,0	91,0	93,0	93,0	3 %	0 %
Tannhelsesekretær	90,0	90,0	91,0	90,0	91,0	1 %	1 %

Tabell 67: Merarbeid i utvalgte yrkesgrupper innen kommunale helse- og omsorgstjenester. Kilde: Spesialbestilte data fra KS. Merknad: Merarbeid er arbeid utover avtalt stillingsstørrelse, inntil full stilling, oppgitt i årsverk. Overtid ikke inkludert.

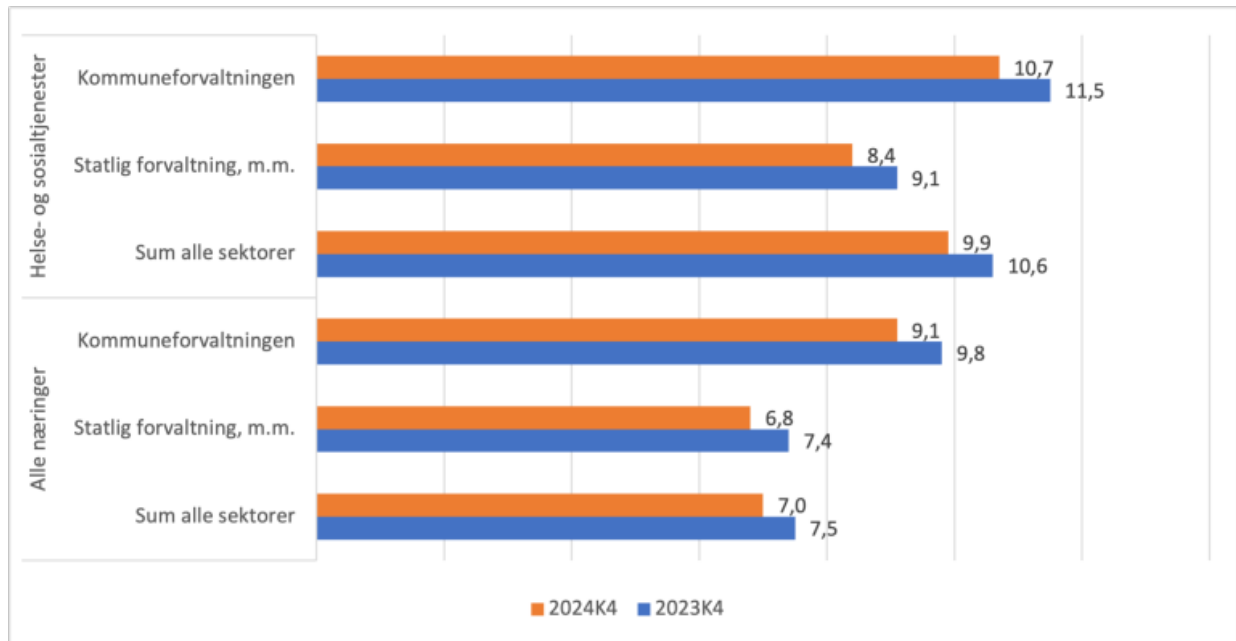
	2020	2021	2022	2023	2024	Endring i %	
						2020–2024	2023–2024
I alt	11 192	11 015	10 287	9 843	9 008	-24,2 %	-9,3 %
Ufaglærte	5 601	5 512	5 114	4 915	4 583	-22,2 %	-7,2 %
Fagarbeidere	3 951	4 034	3 765	3 488	3 070	-28,7 %	-13,6 %
Helsesekretærer	35	39	31	30	24	-45,8 %	-25,0 %
Vernepleiere	101	104	110	113	98	-3,1 %	-15,3 %
Sykepleiere	855	830	782	770	720	-18,8 %	-6,9 %
Helsesykepleiere	13	17	10	7	7	-85,7 %	0,0 %

Jordmødre	4	4	4	5	4	0,0 %	-25,0 %
Leger	40	34	26	35	32	-25,0 %	-9,4 %
Tannhelsesekretærer	9	6	8	9	7	-28,6 %	-28,6 %
Tannpleiere	1	1	0	2	1	0,0 %	0,0 %
Tannleger	3	3	3	3	3	0,0 %	0,0 %
Ledere	25	16	16	13	13	-92,3 %	0,0 %
Andre grupper	554	416	418	453	448	-23,7 %	-1,1 %

Sykefravær



Figur 18: Sykefraværspersent for lønnstakere 16–69 år etter næring, 2023 og 2024. Kilde: Statistikkbanken til SSB (tabell 12441). Merknad: Oppgitt sykefraværspersent inkluderer både legemeldt og egenmeldt sykefravær.



Figur 19: Sykefraværspersent for lønnstakere 16–69 år etter næring og sektor, K42023 og K42024. Kilde: Statistikkbanken til SSB (tabell 12442). Merknad: Oppgitt sykefraværspersent inkluderer både legemeldt og egenmeldt sykefravær.

Tabell 68: Sykefravær i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Kilde: Spesialbestilte data fra SSB. Merknad: Oppgitt sykefraværspersent inkluderer kun legemeldt sykefravær.

Yrke	2020	2021	2022	2023	2024	Endring 2020–2024	Endring 2023–2024
Andre helserelaterte yrker	7,6	7,6	7,9	8,3	8,2	1,6 %	-0,1 %
Andre ledere	4,5	4,3	4,9	4,6	4,8	0,3 %	0,2 %
Barnevernspedagoger, miljøterapeuter, sosionomer mv.	7,9	8,3	8,3	8	8,3	0,4 %	0,3 %
Ergoterapeuter	7,4	6,3	6,8	7,4	7,2	0,0 %	-0,2 %
Helsefagarbeidere mv.	10,3	10,4	10	10,2	10,7	0,4 %	0,5 %
Hjemmehjelpere og andre pleiemedarbeidere	6,7	6,9	7	7,1	7,2	0,5 %	0,1 %
Kjøkkenyrker	8	7,9	7,6	7,8	7	-1,0 %	-0,8 %
Ledere av helse-, omsorgs- og sosialtjenester	4,7	4,8	5,3	5,7	5,6	0,9 %	-0,1 %
Renholdere og vaktmestre mv.	7,1	7,7	7,7	7,3	8	0,9 %	0,7 %
Saksbehandlere og kontormedarbeidere mv.	6,1	6	7,2	6,8	7,2	1,1 %	4,0 %
Spesialsykepleiere	7,5	7,8	7,9	7,9	8,1	0,6 %	0,2 %
Sykepleiere	9,2	9,8	9,3	9,4	9,9	0,7 %	0,5 %
Uspesifisert	8	7,8	7,9	8,6	7,7	-0,3 %	-0,9 %
Vernepleiere	9	9,3	9,4	9,4	9,5	0,5 %	0,1 %
Totalt	8,3	8,5	8,4	8,5	8,8	0,5 %	0,3 %

Tabell 69: Sykefravær i omsorgstjenesten. Kilde: Spesialbestilte data fra SSB. Merknad: Oppgitt sykefraværprosent inkluderer kun legemeldt sykefravær.

Yrke	2020	2021	2022	2023	2024	Endring 2020–2024	Endring 2023–2024
Andre helserelaterte yrker	6,7	6,3	7,6	8,3	8,6	1,9 %	0,3 %
Andre ledere	4,4	4,4	4,8	4,5	4,9	0,5 %	0,4 %
Barnevernspedagoger, miljøterapeuter, sosionomer mv.	8,1	8,3	8,3	8	8,3	0,2 %	0,3 %
Ergoterapeuter	8,3	6,6	6,6	7,9	7,3	-1,0 %	-0,6 %
Helsefagarbeidere mv.	10,3	10,4	10	10,2	10,7	0,4 %	0,5 %
Hjemmehjelper og andre pleiemedarbeidere	6,7	6,9	7	7,1	7,1	0,4 %	0,0 %
Kjøkkenyrker	8	7,9	7,6	7,8	7,1	-0,9 %	-0,7 %
Ledere av helse-, omsorgs- og sosialtjenester	4,8	4,9	5,4	5,7	5,7	0,9 %	0,0 %
Renholdere og vaktmestre mv.	7,3	8	8	7,7	7,9	0,6 %	0,2 %
Saksbehandlere og kontormedarbeidere mv.	6,1	6,1	7,2	6,8	7	0,9 %	0,2 %
Spesialsykepleiere	8,9	8,9	9,2	9	9	0,1 %	0,0 %
Sykepleiere	9,4	10,1	9,6	9,7	10,1	0,7 %	0,4 %
Uspesifisert	8	7,7	8,3	8,8	8,1	0,1 %	-0,7 %
Vernepleiere	9,2	9,4	9,4	9,4	9,6	0,4 %	0,2 %
Totalt	8,5	8,7	8,6	8,7	8,9	0,4 %	0,2 %

Tabell 70: Sykefravær i hjemmebaserte tjenester. Kilde: Spesialbestilte data fra SSB. Merknad: Oppgitt sykefraværprosent inkluderer kun legemeldt sykefravær.

Yrke	2020	2021	2022	2023	2024	Endring 2020–2024	Endring 2023–2024
Andre helserelaterte yrker	6,5	6,3	7,5	9	9,3	2,8 %	0,3 %
Andre ledere	4,3	4,5	4,9	4,7	5,1	0,8 %	0,4 %
Barnevernspedagoger, miljøterapeuter, sosionomer mv.	8,3	8,4	8,5	8,1	8,3	0,0 %	0,2 %
Ergoterapeuter	8,2	6,7	6,4	8,5	7,6	-0,6 %	-0,9 %
Helsefagarbeidere mv.	10,5	10,5	10,1	10,5	10,8	0,3 %	0,3 %
Hjemmehjelper og andre pleiemedarbeidere	7,1	7,3	7,4	7,5	7,5	0,4 %	0,0 %
Kjøkkenyrker	8,3	7,3	9,2	7,8	6,4	-1,9 %	-1,5 %
Ledere av helse-, omsorgs- og sosialtjenester	4,5	5,2	5,5	6,1	5,7	1,2 %	-0,4 %
Renholdere og vaktmestre mv.	6,6	6,9	7,8	7,2	7,9	1,3 %	0,7 %
Saksbehandlere og kontormedarbeidere mv.	6,1	6,1	7,4	6,8	7	0,9 %	0,2 %
Spesialsykepleiere	9,2	8,5	9,1	8,6	8,9	-0,3 %	0,3 %
Sykepleiere	9,4	9,8	9,7	9,5	10,2	0,8 %	0,7 %

Uspesifisert	7,6	6,9	7,9	10	9,4	1,8 %	-0,6 %
Vernepleiere	8,8	9,3	9,5	9,5	9,4	1,6 %	0,1 %
Totalt	8,5	8,7	8,7	8,8	8,9	0,4 %	0,1 %

Tabell 71: Sykefraværprosent i institusjonsbaserte tjenester. Kilde: Spesialbestilte data fra SSB.
Merknad til tabell: Oppgitt sykefraværprosent inkluderer kun legemeldt sykefravær.

Andre helserelaterte yrker	7,2	6,2	7,7	6,9	7,4	0,2 %	0,5 %
Andre ledere	4,6	4,3	4,6	4,3	4,6	0,0 %	0,3 %
Barnevernspedagoger, miljøterapeuter, sosionomer mv.	7,2	7,6	7,7	7,4	8,3	1,1 %	0,9 %
Ergoterapeuter	8,3	6,5	7	6,8	6,8	-1,5 %	0,0 %
Helsefagarbeidere mv.	10,1	10,3	10	9,9	10,5	0,4 %	0,6 %
Hjemmehjelper og andre pleiemedarbeidere	6	6	6	6,2	6,3	0,3 %	0,1 %
Kjøkkenyrker	8	7,9	7,4	7,8	7,2	-0,8 %	-0,6 %
Ledere av helse-, omsorgs- og sosialtjenester	5,1	4,6	5,2	5,2	5,7	0,6 %	0,5 %
Renholdere og vaktmestre mv.	5,9	8,2	8,4	8,7	7,3	1,4 %	-1,4 %
Saksbehandlere og kontormedarbeidere mv.	6	6,2	6,8	6,8	7	1,0 %	0,2 %
Spesialsykepleiere	8,6	9,5	9,3	9,4	9,2	0,6 %	0,2 %
Sykepleiere	9,4	10,4	9,5	9,9	10,1	0,7 %	0,2 %
Uspesifisert	8,5	8,6	8,7	7,3	6,3	-2,2 %	-1,0 %
Vernepleiere	10,6	9,7	9,3	9,3	10,4	-0,2 %	1,1 %
Totalt	8,5	8,7	8,5	8,5	8,8	0,3 %	0,3 %

Tabell 72: Sykefraværprosent i tannhelsetjenesten. Kilde: Spesialbestilte data fra SSB. Merknad: Oppgitt sykefraværprosent inkluderer kun legemeldt sykefravær.

	2020	2021	2022	2023	2024	Endring i prosentpoeng	
						2020–2024	2023–2024
Tannhelsesekretærer	9,9 %	10,3 %	10,6 %	10,1 %	10,4 %	0,5	0,3
Tannpleiere	7,4 %	8,0 %	8,0 %	9,4 %	8,6 %	1,2	-1,6
Tannleger	6,8 %	7,6 %	7,1 %	8,2 %	7,9 %	1,1	-0,3
Klinikkassistenter	9,2 %	9,0 %	8,3 %	9,6 %	9,0 %	-0,2	-0,6
Ledere	4,1 %	5,1 %	3,7 %	7,1 %	4,4 %	0,3	-2,7
Administrasjon og service	6,1 %	6,8 %	4,9 %	6,3 %	6,7 %	0,6	0,4
Totalt	8,1 %	8,6 %	8,4 %	9,0 %	8,8 %	0,7	-0,2

