

Kompetanseløft 2025 – Årsrapport 2023

Først publisert: 30. september 2024

Siste faglige endring: 30. september 2024

Innhold

1. Oppsummering	3
2. Innledning	5
3. Utfordringsbildet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten	7
4. Utfordringsbildet i fylkeskommunal tannhelsetjeneste	22
5. En handlingsplan for bærekraftige helse- og omsorgstjenester 26	

Oppsummering

Å øke kompetansen til de ansatte i tjenestene og rekruttere personell med helsefaglig kompetanse er et kontinuerlig arbeid. Rekrutteringsutfordringene for kommunene er betydelige både sentralt og ruralt, og det er vanskelig å sikre kontinuitet i tjenestene. I denne rapporten presenteres statistikk og analyser basert på en rekke ulike kilder knyttet til områder som er viktig for Kompetanseløft 2025 sitt hovedmål om å bidra til en faglig sterk tjeneste, og til å sikre tilstrekkelig og kompetent bemanning i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Oppsummeringen løfter frem noen av de viktigste funnene og utviklingstrekkene fra årets rapport som blant annet antall årsverk og sysselsatte i tjenestene, helsepersonells kompetanse og utdanning, ledelse og mobilitet.

Fra 2022 til 2023 var det en større vekst i antall årsverk og sysselsatte enn det har vært de siste årene, og veksten i årsverk var større enn i antall sysselsatte. Det har også vært en økning i antall årsverk per bruker i omsorgstjenesten fra 2022 til 2023. Antallet ansatte per bruker vil likevel minke på grunn av den demografiske utviklingen i årene fremover.

Befolkningens behov for tjenester legger føringer for kompetansebehovene og organiseringen av tjenestene. Behovet for økt kompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene ivaretas i stor grad i det formelle utdanningssystemet. Det er derfor positivt at søkningen til høyere utdanning innen helserelaterte utdanninger fortsatt er høy, og at vi for 2024 ser en vekst i innsøkingen til sykepleierutdanningen. Fagskolene har de senere årene også hatt en vekst i antall studenter og benyttes i stor grad til etter- og videreutdanning for personell som allerede jobber i helse- og omsorgstjenestene.

Sammensetningen av personell med grunnskole-, videregående-, og høyskole/universitetsutdanning har over de siste årene vært relativt stabil, men med noe mindre variasjon fra år til år. I 2023 er det en liten økning i andelen personell uten helse- og sosialfaglig utdanning. Andelen er høyest innen tjenester for personer med utviklingshemming. Dette kan utfordre tilbudet om faglig forsvarlige tjenester, og flere tilsyn har de senere årene vist lovbrudd i tjenestene til denne gruppen.

En annen utfordring for tjenestene er å benytte fagskoleutdannedes fagkompetanse på en hensiktsmessig måte ved å tilpasse oppgaver og ansvarsområder som er i tråd med deres kompetansenivå.

På tross av en svak positiv vekst i søkning til sykepleierutdanningen i 2024 og veksten i fagskolesektoren, er det likevel bekymringsfullt at det er få som søker seg til helse- og oppvekstfag i videregående utdanning. Videre er antallet som tar videreutdanning synkende, og det er stor mangel på sykepleiere i alle deler av tjenestene.

Den fylkeskommunale tannhelsetjenesten har i mindre grad utfordringer med personell- og kompetansesituasjonen, sammenlignet med den kommunal helse- og omsorgstjenesten.

Personell og kompetanseutfordringene innen fylkeskommunal tannhelse gjelder særlig i forhold til sykefravær og regionale rekrutteringsutfordringer, og økt pasienttilfang som øker etterspørselen etter tjenestene.

Ledelse er sentralt i forvaltning av tjenestenes behov, og ivaretagelse av personell både med tanke på å rekruttere, beholde og sørge for nødvendig fagutvikling for ansatte. Gjennom flere år har det vært en spesifikk satsning på å øke lederkompetansen i tjenestene blant annet gjennom nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten. Organisering av tjenestene med tanke på hvor mange en leder har personalansvar for, er en avgjørende faktor for flere forhold. Å ha personalansvar for mange ansatte, det vil si å ha stort lederspenn samtidig som det er få administrative og faglige ledere, bidrar til å vanskeliggjøre ledernes handlingsrom til nærledelse og kulturbygging. En nærhet til sine ansatte er vesentlig for å skape kontinuitet og kvalitet i tjenestene.

Et stort lederspenn har også betydning for blant annet sykefravær og mobilitet. Utviklingen for 2023 med hensyn til sykefravær og mobilitet, følger det samme mønster som tidligere år. Det er fortsatt et høyt sykefravær i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det høye sykefraværet er en vedvarende utfordring og årsaksakene er sammensatt. Det handler om høy arbeidsbelastning, både fysisk og psykisk, arbeidstidsordninger, manglende lederstøtte og ivaretagende strukturer i organisasjonen. Tallene på mobilitet kan tyde på at det er i ferd med å stabilisere seg på et tilsvarende nivå som før pandemien, og har sånn sett vært relativt stabilt de siste ti årene.

Kompleksiteten i utfordringsbildet, og hva som bidrar til å løse sammensatte utfordringer, krever endringsvilje og innsats på kort og lang sikt. Innovasjon, analytiske ferdigheter og strategisk planlegging er sentrale kompetanser i den nåværende og fremtidige helse- og omsorgstjenesten. Prosjekter som Tørn har, gjennom sitt arbeid med blant annet å støtte kommunene i utviklingsarbeid om oppgavedeling, bemanningsplanlegging og arbeidstidsordninger, vært et viktig satsningsområde for å fremme en bærekraftig kommunal helse- og omsorgstjeneste. I tillegg bidrar Tørn til å utvikle og bygge en arbeidsmetodikk og strukturer som fremmer kommunenes evne til å gjennomføre endringsarbeid. Incentiver som fremmer varige strukturer som skal ivareta en vedvarende utfordring med å rekruttere, utvikle og beholde kompetent personell, er nødvendig for å imøtekomme befolkningens behov for helse- og omsorgstjenester.

Innledning

Kompetanseløft 2025 er snart på vei inn i siste år i den tredje planperioden. Det har vært en langsiktig innsats med stor spredning og mange tiltak i porteføljen. Denne årsrapporten presenterer utviklingstrekk og status på personell og kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten for 2023.

Målet med Kompetanseløft 2025 er å bidra til en faglig sterk tjeneste, og til å sikre at den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten har tilstrekkelig og kompetent bemanning[1]. Denne årlige rapporten presenterer utviklingstrekk og status på personell og kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten for 2023. Siden forrige rapportering for 2022, er det tilkommet nye strategiske handlingsplaner som har effekt for Kompetanseløft 2025 og dens strategiske formål. Viktigst er *nasjonal helse- og samhandlingsplan*[2] som har et hovedfokus på å rekruttere, beholde og utvikle kvalifisert personell i tjenestene. Videre fokuserer nasjonal helse- og samhandlingsplan på å fremme forebygging og mestring. Dette er en viktig forutsetning for å redusere behovet på lang sikt for helse- og omsorgstjenester, og kan bidra til en bærekraftig utvikling av behovet for helsepersonell.

I *Bo trygt hjemme-reformen*[3] er den nye hjemmetjenesten et viktig satsningsområde som er særlig relevant i forhold til Kompetanseløfts strategiske formål, med sitt fokus på bedre grunnbemanning og lavere vikarbruk. *Opptappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten*[4], som følges opp gjennom Kompetanseløft 2025, er også forankret i Bo trygt hjemme-reformen. Opptappingsplanen skal være et dynamisk og levende produkt, som vil videreutvikles i tråd med utviklingen av ny politikk og nye tiltak. I 2023 kom også ny *nasjonal e-helsestrategi*[5] for digitalisering i helse- og omsorgssektoren, hvor særlig mål 2 om *enklere arbeidshverdag* har en direkte sammenheng med Kompetanseløft sine strategiske målsetninger. Gjennom digitale verktøy for helsepersonellet skal man øke attraktiviteten i arbeidssituasjonen, gi god beslutningsstøtte og styrke pasientsikkerheten.

Kampen om arbeidskraften intensiveres også på grunn av den demografiske utviklingen[6]. En aldrende befolkning og færre yrkesaktive vil påvirke behovet for arbeidskraft i helse- og omsorgssektoren.

Kommunene har ansvaret for innbyggere i alle aldersgrupper og mange av velferdsstatens viktigste oppgaver. Utgifter til helse- og omsorgssektoren i kommunene i 2023 tilsvarte 204 milliarder, 34 prosent av de samlede brutto driftsutgiftene[7]. Kommunene har samlet sett siden 2015 hatt gode økonomiske resultater[8], men i 2023 er ikke nettodriftsresultat på det nivået som anbefales. Dette kan ses i sammenheng med høy prisvekst og høyt kostnadsnivå blant annet på varer og tjenester[9]. Behov for effektivisering og innovasjon i kommunal og fylkeskommunal tjenesteproduksjon for å kunne motvirke det økte presset mot offentlige finanser er derfor fortsatt viktig.

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

Tabeller og figurer er samlet i eget vedlegg, vedlegg 1. I videre lesning er det viktig å merke seg Tabellhenvisninger i hovedrapporten bruker bokstaver (A-Å), mens det i vedlegget benyttes tabellreferanser med tall (1, 2, 3, ...). Det samme gjelder for figurreferanser.

[1] Helse- og omsorgsdepartementet (2020) *Handlingsplan for Kompetanseløft 2025*. Tilgjengelig: [https://www.regjeringen.no/contentassets/d9861c8a33dc4b2291a8a41d1ecfdc78/kompetanseloft-2025-2.\(PDF\)](https://www.regjeringen.no/contentassets/d9861c8a33dc4b2291a8a41d1ecfdc78/kompetanseloft-2025-2.(PDF))

[2] Regjeringen.no (2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027: Kortere ventetider og en felles helsetjeneste*. Tilgjengelig: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/nasjonal-helse-og-samhandlingsplan-2024-2027-kortere-ventetider-og-en->

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

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

[5] Ehelse.no (2023) *Nasjonalt e-helsestrategi for helse- og omsorgssektoren*. Tilgjengelig: <https://www.ehelse.no/strategi/nasjonal-e-helsestrategi-for-helse-og-omsorgssektoren>

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

[7] SSB, statistikkbank tabell 12362

[8] Regjeringen.no (2023) *Notat fra TBU av mars 2023 om den økonomiske situasjonen i kommunesektoren*. Tilgjengelig: <https://www.regjeringen.no/contentassets/6e0f61dd71a649459b3f87f8ca030374/notater-2022/endelig-okonomir>

[9] Regjeringen.no (2024) *Notat fra TBU av mars 2024 om den økonomiske situasjonen i kommunesektoren*. Tilgjengelig: [vedlegg-a-notat-fra-tbu-om-den-okonomiske-situasjonen-i-kommunesektoren.pdf \(regjeringen.no\)](#)

Utfordringsbildet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Kompetanseløft 2025 skal bidra til å sikre tilstrekkelig og kompetent bemanning i helse- og omsorgstjenestene og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Det handler om å sikre riktig bruk av personell på tvers av tjenestene, og riktig kompetanse i forhold til brukers behov[10]. Dette er en pågående utfordring som også gjenspeiles i nyere reformer som *Bo trygt hjemme*-reformens satsningsområde *kompetente medarbeidere*[11].

Å sikre kompetent bemanning handler blant annet om antallet som ønsker å ta helse- og sosialfagsstudier og at helsepersonellet ønsker å jobbe i de kommunale helse- og omsorgstjenestene i hele landet. Statistikken i årets rapport viser det samme utfordringsbildet som tidligere, men med en noe større vekst i årsverk i de kommunale helse- og omsorgstjenestene enn de siste årene. Utfordringen med å rekruttere og beholde kvalifisert helsepersonell, samt å sikre kontinuitet i tjenestene, forblir en betydelig utfordring for mange kommuner, både sentralt og ruralt.

Utfordringsbildet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er fortsatt:

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

Disse utfordringene forsterkes og styrkes av hovedutfordringen med å rekruttere og beholde personell. Arbeidsmiljøet og evne til å skape attraktive arbeidsplasser i sektoren er også viktige forhold, som påvirker hovedutfordringen med å rekruttere og beholde personell. Ugunstig stort lederspenn og høyt vikarbruk er typiske funn i sektoren (jf. kap. 3.4), og elementer som har avgjørende effekt for blant annet arbeidsmiljø og attraktiviteten på arbeidsplassen.

[10] Helse- og omsorgsdepartementet (2020) *Handlingsplan for Kompetanseløft 2025*. Tilgjengelig: [https://www.regjeringen.no/contentassets/d9861c8a33dc4b2291a8a41d1ecfdc78/kompetanseloft-2025-2.\(PDF\)](https://www.regjeringen.no/contentassets/d9861c8a33dc4b2291a8a41d1ecfdc78/kompetanseloft-2025-2.(PDF))

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

Demografiske endringer

Det demografiske utfordringsbildet slik det beskrives i Tid for handling legges til grunn i denne rapporten [12]. Budskapet Helsedirektoratet har fremholdt i tidligere årsrapporter fra Kompetanseløft 2025 er ytterligere understøttet av nye publikasjoner i 2023 og 2024. Dette kapittelet fremhever nye elementer som utdyper tidligere gitte beskrivelser.

Ifølge Statistisk sentralbyrås befolkningsframskriving vil det allerede i løpet av det neste tiåret være flere over 65 år, enn barn og unge mellom 0 og 19 år[13]. Framskrivningene viser videre til en stagnasjon av personer i aldersgruppen fra 20-69 år[14]. Flere eldre og færre i yrkesaktiv alder gir en økt forsørgerbrøk (ibid.). En slik stagnasjon i aldersgruppen 20-69 år sammen med det økte behovet for utdannet fagpersonell i alle bransjer, vil ha betydning for antallet studenter som rekrutteres inn til utdanninger i

helse- og sosialfagene[15]. Utviklingen med flere eldre i befolkningssammensetningen gir også en større andel av befolkningen som potensielt vil ha behov for helse- og omsorgstjenester.

Antallet mottakere av omsorgstjenester har fra 2022 til 2023 økt med i underkant av 1,9 prosent fra 392.000 til 399.500 (jf. tabell 43). Andelen av brukerne som har omfattende bistandsbehov har ligget stabilt rundt 23 prosent i mange år (jf. figur 10 og 11). Om andelen med omfattende bistandsbehov øker, så vil det påvirke behovet for helsepersonell.

Etter en periode med reduksjon i antall og andel brukere i aldersgruppen 80-89 år har dette nå snudd, og både antallet og andelen øker. For personer 90 år og over er det en liten reduksjon fra 2022 til 2023. Veksten i antall mottakere av omsorgstjenester under 50 år har økt betydelig (jf. figur A og tabell 43). Andelen i brukergruppen mellom 0-49 år har økt til over en fjerdedel av totalt antall brukere, jf. figur 13. Antall brukere 0-49 år krysset gruppen 80-89 år i 2018.

Pasientpopulasjonen øker og er under endring med stadig flere yngre tjenestemottakere. Nytt de siste årene er at også antallet brukere over 80 år øker. Flere av de unge brukerne har komplekse tilstander og økt behov for oppfølging fra personell med helsefaglig kompetanse. Andelen yngre tjenestemottakere under 67 år utgjør i underkant av 50 prosent av brukerne i hjemmetjenesten i 2023[16].

Rapporten etter tilsynet med tilskuddsordningen *Særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester* i 2023 viser at antallet brukere under 67 år som faller inn under ordningen har økt fra 3.398 i 2004 til 8.301 i 2023 [17]. Det årlige utbetalingsbeløpet har økt fra 1.506 millioner kroner i 2004 til 11.608 millioner kroner i 2023.

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

[13] SSB (2024) *Nasjonale befolkningsframskrivninger 2024*. Tilgjengelig: <https://www.ssb.no/befolkning/befolkningsframskrivninger/artikler/nasjonale-befolkningsframskrivninger-2024>

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

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

[16] SSB statistikkbank, tabell 06972

[17] Helsedirektoratet (2023) *Stedlig kontroll 2023: Tilskuddsordningen Særlig ressurskrevende helse- og omsorgsordninger*. Rapport levert KDD.

Utdanning og kompetanse

Utviklingen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og befolkningens behov for tjenester bidrar til økt behov for kompetanse på alle utdanningsnivåer. Det er et særlig behov for mer avansert medisinsk kompetanse og breddekompetanse. Personell uten helse- og sosialfaglig utdanning har behov for opplæring, og det er nødvendig med mer fagutdannet helsepersonell med videreutdanninger og

spesialkompetanse innen ulike fagområder. Behovene for økt kompetanse kan ikke kun dekkes av nyrekruttering, noe som blant annet betyr at arbeidsgivere må utvikle det personellet de har, og finne gode løsninger for å yte de tjenestene befolkningen har behov for.

Personell uten helse- og sosialfaglig utdanning

I brukerrettede omsorgstjenester var andelen personell uten helse- og sosialfaglig utdanning på 24,1 prosent av alle årsverk og 32,3 prosent av alle sysselsatte i 2023 (jf. tabell A). I de siste årene har det vært en liten reduksjon i andelen av personell uten helse- og sosialfaglig utdanning. I 2023 er det imidlertid en økning på 0,5 prosent, noe som tilsvarer nivået i 2019.

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

	2019	2020	2021	2022	2023
Antall årsverk utført av personell uten helse- og sosialfaglig utdanning	33427	33452	34025	34726	36688
Andel årsverk utført av personell uten helse- og sosialfaglig utdanning	24,0 %	23,7 %	23,6 %	23,6 %	24,1 %
Antall sysselsatte uten helse- og sosialfaglig utdanning	63042	62745	62911	63450	65607
Andel sysselsatte uten helse- og sosialfaglig utdanning	32,6 %	32,2 %	32,0 %	31,9 %	32,3 %

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

Blant personell uten helse- og sosialfaglig utdanning i omsorgstjenesten er det 41,7 prosent som har ungdomsskolenivå eller lavere som sitt høyeste utdanningsnivå (jf. figur B). Veksten i antall årsverk og sysselsatte uten helse- og sosialfaglig utdanning har de siste 5 årene vært høyest i denne gruppen og i gruppen med uoppgitt utdanningsnivå (jf. tabell 21).

Av personellet uten helse- og sosialfaglig utdanning er det 18 prosent som hadde påbegynt et helsefaglig utdanningsløp i 2023. Dette er en nedgang fra 18,8 prosentpoeng i 2022, men en økning på 0,2 prosentpoeng fra 2019, jf. figur 6. Dette betyr at det blir flere i gruppen personell uten helse- sosialfaglig utdanning i tjenestene, og færre av dem er i et helsefaglig utdanningsløp.

Andelen personell uten helse- og sosialfaglig utdannelse er ulik i deltjenestene. I de tilrettelagte boligene for personer med utviklingshemming utgjør denne personellgruppen hele 28 prosent av årsverkene. Til sammenligning utgjør personellgruppen 19 prosent i de institusjonsbaserte tjenestene. Den høye andelen ufaglærte i tjenester for utviklingshemmede kan være utfordrende i arbeidet med å yte faglig forsvarlig tjenester[19]. Det er flere tilsynssaker som viser brudd på Helse- og omsorgstjenesteloven. En særlig bekymring om manglende fagkompetanse i tjenestene er relatert til retningslinjer og lovverket om bruk av tvang og makt overfor denne gruppen[20].

Helsepersonellkommisjonen omtalte personell uten helse- og sosialfaglig utdanning som *assistenter*, og påpekte at det er en viktig gruppe for å løse personellutfordringene framover[21]. 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. Mange kommuner ivaretar dette i dag ved bruk av kursheftet *Dette må jeg kunne*[22] og andre ABC-kurs[23]. I tillegg har flere kommuner opprettet stillinger som for eksempel *matverter* som ikke krever formell utdanning, men hvor ansatte får en mer oppgavespesifikk kursing og opplæring.

"Personer uten helsefaglig utdanning som jobber innen helse- og omsorgstjenesten, kan ta fagbrev gjennom privatistordningen praksiskandidat hos Aldring og helse. Det tar i overkant av ett år fra opptak i prosjektet til teoriundervisningen er ferdig. Både virksomheten, den ansatte og bruker/pasient får utbytte av kompetansehevingen.

Leder for den som søker studieplass må forplikte seg til å skaffe en veileder på arbeidsplassen, tilrettelegge for at ansatte i utdanningen til helsefagarbeider får nødvendig praksis under opplæringen og gi den ansatte som tar utdanning mulighet til å delta på fellessamlinger i regi av Aldring og helse.

Søkning til helsefaglige utdanninger

Når det gjelder fagskole eller høyere yrkesfaglig utdanning, har det vært en tydelig vekst i antall som søker og gjennomfører en fagskoleutdanning (jf. tabell B). Det gjelder blant annet innen rus/psykiatri og geriatri/demens[26]. Helsefagene er at av de to største fagområdene i høyere yrkesfaglig utdanning[27]. Det er variasjon i fagskoleutdanningstilbud for helsefagarbeidere i de ulike delene av landet, men 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.

						Endring i %	
	2019	2020	2021	2022	2023	2019-2023	2022-2023
Hjelpepleiefag	70	85	90	55	100	42,9 %	81,8 %
Pleie- og omsorgsfag, andre	90	160	300	605	595	561,1 %	-1,7 %
Helse-, sosial- og idrettsfag, andre	1045	1165	1420	1285	1360	30,1 %	5,8 %
Totalt	1205	1410	1810	1945	2055	70,5 %	5,7 %

Det er stor utvikling i fagskolesektoren og undersøkelser viser at fagskoleutdanningene har høy arbeidsmarkedsrelevans og at utdanningstilbudet i stor grad er tilpasset arbeidsmønstrene i sektoren[29]. Det vil si at det i stor grad er deltidsutdanninger innen helse- og velferdsfagene som er tilpasset for deltidsarbeidende studenter.

På universitetsnivå har det vært stor nedgang i søkertallet til sykepleierstudiet. Fra 2019 til 2023 har antall søkere med sykepleierstudiet som førstevalg hatt en nedgang på 30,6 prosent, og var i 2023 det laveste søkertallet på 10 år[30]. Bare fra 2022 til 2023 er søkertallet redusert med 12,7 prosent til sykepleierstudiet. Søkertallene for 2024 viser at det er en økning i antallet som søker til sykepleierutdanningen igjen, men antallet er fortsatt lavere enn i 2022[31].

Barnevernspedagogikk, vernepleie, sosialt arbeid/sosialfag, ergoterapi og medisin har også sett en nedgang i antall søkere med studiet som førstevalg i perioden 2019 til 2023, og i perioden 2022 til 2023 (jf. tabell 36). Søkertallet til alle høyere utdanninger er redusert i denne perioden, men flertallet av de helsefaglige utdanningene har hatt en større nedgang i søkertall enn gjennomsnittet.

Flere statsforvaltere melder også om nedgang i søknader om videreutdanninger. Det virker å være et sammensatt årsaks-bilde til dette. Særlig utfordringer med tilgang på kvalifiserte vikarer hindrer gjennomføring av utdanningsløp. Det er bekymringsfullt dersom denne utviklingen fortsetter, fordi tilbud om etter- og videreutdanning i arbeidsforholdet er viktig for å utvikle og beholde kvalifisert personell.

Helsefaglige utdanninger i et kjønnsperspektiv

Det er tydelige forskjeller mellom kjønnene i opplæring og utdanning på alle nivåer i Norge[32]. 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[33]. Kjønnsforskjellene i utdanningsløpet allerede fra førskolealder påvirker utdanningsvalgene[34], og i videregående skole er det en overvekt av jenter som søker seg til helse og oppvekstfag. Andelen menn som søkte seg til VG1 Helse og oppvekstfag var i 2023 12,9 prosent. Andelen er redusert siden 2020 og nedgangen fortsetter fra 2022 til 2023, med unntak for tannhelsesekretær (jf. figur D). Det samme kjønnsdelte mønsteret er også fremtredende i høyere utdanning hvor andelen kvinner i helse, sosial og idrettsfag er så høyt som 79 prosent[35]. Det gjelder også i helse- og sosialfagutdanninger i fagskolesektoren[36]. For å motvirke fremtidige uheldige effekter av et kjønnsdelt arbeidsmarked bør det igangsettes tiltak på alle nivåer i utdanningsløpet[37].

Menn i helse er et eksempel på et tiltak som har hatt positiv effekt knyttet til å ta fagbrev som helsefagarbeider. Et annet eksempel på et tiltak knyttet til høyere utdanning er forslaget i den nye Opptaksmeldingen til høyere utdanning, om kjønnsnøytrale kvoter i utdanninger der det er store forskjeller mellom kjønnene[38].

Menn i helse“Menn i helse” tilbyr et komprimert utdanningsløp for menn som ønsker fagbrev og fast stilling som helsefagarbeider. Målgruppen er menn i aldersgruppen 26-55 år som er arbeidssøkere og som har ytelse fra NAV. I 2024 har 13 av 15 fylker etablert helserekruuttutdanning og i perioden 2011 til 2024 har ca. 1400 rekrutter gjennomført fagbrev som helsefagarbeider.

Figur E: Faktaboks Menn i helse. Kilde: KS.no

[18] Kilde: Spesialbestilte data fra SSB

[19] 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>

[20] Helsetilsynet (2024) *Tilsyn*. Tilgjengelig: <https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/>

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

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

[23] Nasjonalt senter for Aldring og helse (2024) *ABC-opplæringen – Faglig fornying*. Tilgjengelig: <https://www.aldringoghelse.no/kompetanseheving/abc-5opplaeringen/>

[24] Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse (2024) *Database for statistikk om høyere utdanning*. Tilgjengelig: <https://dbh.hkdir.no/>

[25] Utdanningsdirektoratet (2024) *Tall på søkere til videregående opplæring*. Tilgjengelig: <https://www.udir.no/tall-og-forskning/statistikk/statistikk-videregaende-skole/sokere-vgs/sokere-utdanningsp>

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

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

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

[29] Ane, Ragnar; Vika, Karl Solbue; Høst, Håkon (2023) *Høy arbeidsmarkedetsrelevans i fagskoleutdanningene: Kandidatundersøkelse for fagskoleutdannede i 2019 og 2020*. Tilgjengelig: <https://hdl.handle.net/11250/3054384>

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

[31] Regjeringen.no (2024) *Mange søkere og rekordstort tilbud – særlig stor økning i sykepleie, historie og økonomi*. Tilgjengelig: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/mange-sokarar-og-rekordstort-tilbod-sarleg-stor-auke-i-sjukepleie-hist>

[32] NOU 2019:3 *Nye sjanser – bedre læring, kjønnsforskjeller i skoleprestasjoner og utdanningsløp.*

Tilgjengelig:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/8b06e9565c9e403497cc79b9fdf5e177/no/pdfs/nou20192019000>

[33] 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>

[34] NOU 2019:3 *Nye sjanser – bedre læring, kjønnsforskjeller i skoleprestasjoner og utdanningsløp.*

Tilgjengelig:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/8b06e9565c9e403497cc79b9fdf5e177/no/pdfs/nou20192019000>

[35] 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>

[36] Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse (2023) *DBH Fagskolestatistikk.* Tilgjengelig:

<https://fagskole.hkdir.no/>

[37] NOU 2019:3 *Nye sjanser – bedre læring, kjønnsforskjeller i skoleprestasjoner og utdanningsløp.*

Tilgjengelig:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/8b06e9565c9e403497cc79b9fdf5e177/no/pdfs/nou20192019000>

[38] Meld. St. 20 (2023-2024) *Opptak til høgare utdanning.* Tilgjengelig:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/139c36c08bbe470ead20845d66f3f93a/nn-no/pdfs/stm20232024>

Rekruttering og utvikling i årsverk

Helse- og omsorgstjenesten sysselsetter mellom 15 og 20 prosent av arbeidstakerne i Norge, og er den næringen som rapporterer om størst mangel på arbeidskraft i NAVs årlige bedriftsundersøkelse[39]. Mangelen er i 2024 estimert til 13.800 personer, som er en nedgang på 800 fra 2023. Det er likevel større mangel enn årene før pandemien. Det er størst mangel på sykepleiere (3.750) og helsefagarbeidere (3.100). SSBs Helsemod (2023)[40] har estimert en økende mangel på helsepersonell fram til 2040. Perspektivmeldingen 2024 viser et behov på 180.000 personer i helse- og omsorgssektoren i 2060, så det bør gjøres grep både for å minske behovet og øke tilgangen på arbeidskraft[41].

Siste tilgjengelige arbeidsgivermonitor fra KS viste at det fortsatt er utfordrende å rekruttere medarbeidere til kommunesektoren, og sykepleiere er den gruppen personell som kommunene har størst utfordring med å rekruttere[42].

Internasjonalt er det også mangel på helsepersonell, og da særlig sykepleiere og leger i allmennmedisin. Det betyr at vi bør vurdere omfanget av rekruttering av utenlandsk helsepersonell og hvilke land det rekrutteres fra. Det er viktig både av hensyn til etiske prinsipper, samt nasjonal og global bærekraft i helsetjenestene. Norge støtter og følger WHO-koden for etisk internasjonal rekruttering av helsepersonell [43].

I tabell C vises utviklingen i avtalte årsverk og sysselsatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten, hvor endringer de siste fem år og endringen fra 2022 til 2023 vises. Mer detaljerte tabeller i vedlegg 1, jf. tabell 1, 2, 24 og 29.

Tabell C: Antall årsverk og sysselsatte i tjenestene, 2019 og 2023 [44]

	Årsverk		Endring i %		Sysselsatte		Endring i %	
	2019	2023	2019-2023	2022-2023	2019	2023	2019-2023	2022-2023
Kommunal helse- og omsorgstjeneste	176204	192743	9,4 %	3,2 %	224879	236880	5,3 %	2,0 %
Kommunal helsetjeneste	20609	23359	13,3 %	2,0 %	24511	27442	12,0 %	1,2 %
Kommunal omsorgstjeneste	144387	157075	8,8 %	3,4 %	200368	209438	4,5 %	2,1 %
Fylkeskommunal tannhelsetjeneste	3446	3661	6,2 %	3,0 %	3676	3865	5,1 %	2,6 %

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

Tabell C viser at det har vært en vekst i årsverk på 13,3 prosent i de kommunale helse- og omsorgstjenestene siden 2019. Veksten fra 2022 til 2023 var på 3,2 prosent, som er høyere enn fjorårets vekst på 1,4 prosent. Det er en større vekst i årsverk enn i antall sysselsatte, som er positivt ved at flere da jobber i større stillinger. Til sammenligning var veksten i antall årsverk i spesialisthelsetjenesten 1,6 prosent fra 2022 til 2023[45]. Veksten har vært høyere i de kommunale helse- og omsorgstjenestene de siste årene, se figur 1, noe som er en riktig og ønsket utvikling[46].

I den kommunale helse- og omsorgstjenesten er det gruppen med sosialfaglig utdanning som har hatt størst vekst målt som prosent av antall årsverk (jf. tabell 1). Det er fortsatt relativt få årsverk i gruppene som omfatter sosialfaglig utdanning sammenlignet med de helsefaglige utdanningsgruppene, men andelen med sosialfaglig utdanning øker videre i 2023 til 6,9 prosent av årsverkene. Denne gruppen inkluderer miljøterapeuter, sosionomer, barnevernspedagoger og barne- og ungdomsarbeidere. Miljøterapeuter har for eksempel hatt en økning i årsverk på 36,6 prosent fra 2019-2023 og 8,8 prosent fra 2022-2023. Det er nå 7.382 årsverk utført av den personellgruppen. Veksten i årsverk og sysselsatte miljøterapeuter er spesielt sterk i omsorgstjenesten (jf. tabell 24).

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. Døgntkontinuerlige 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.

Tidligere år har veksten i antall årsverk vært høyere i kommunehelsetjenesten enn i omsorgstjenesten, men fra 2022 til 2023 har omsorgstjenesten hatt størst vekst (jf. tabell 24 og 29). I perioden 2019-2023 er veksten i årsverk fortsatt høyere i kommunehelsetjenesten enn i omsorgstjenesten med hhv. 13,3 prosent mot 8,8 prosent (jf. tabell 29 og 24).

Omsorgstjenesten

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

Veksten i antall årsverk og sysselsatte i omsorgstjenesten var totalt sett hhv. 3,4 prosent for årsverk og 2,1 prosent for sysselsatte fra 2022 til 2023 (jf. tabell 24). Det er en større økning enn fra 2021, og den største økningen er i gruppen uten helse- og sosialfaglig utdanning. Årets tall viser også at det er andre personellgrupper enn sykepleiere og helsefagarbeidere som har størst vekst i omsorgstjenesten (jf. tabell 24)

Veksten for sykepleiere uten videreutdanning er fortsatt svært svak. I antall sysselsatte i denne gruppen er det en vekst på 0,4 prosent fra 2022 til 2023 og kun 0,1 prosent fra 2019.

Det har vært en relativt lav vekst på 2,1 prosent i antall sysselsatte helsefagarbeidere i siden 2019, men det er samtidig positivt at veksten i antallet årsverk er på 7,8 prosent (jf. tabell 24). Det er likevel en lav vekst for denne store og viktige gruppen ansatte.

Både vernepleiere og ergoterapeuter har hatt en klar vekst fra 2019 i omsorgstjenestene, men det ser ut til at veksten for vernepleiere har avtatt noe de siste årene. Statsforvalter rapporterer at det er regionale forskjeller, og at man enkelte steder har utfordringer med å rekruttere vernepleiere. Aktivitørene er den eneste gruppen som har hatt en nedgang i årsverk siden 2019, og de var også den eneste gruppen med nedgang i antall årsverk fra 2022 til 2023.

For første gang på mange år er det vekst i antall sysselsatte og årsverk i gruppene *administrativt personell* og *servicefunksjoner*, jf. tabell 24. Økningen i årsverk fra 2022-2023 for administrativt personell var 4,3 prosent og servicefunksjoner 0,9 prosent. Dette kan være grupper som er nødvendige for å realisere god oppgavedeling og lederstøtte.

Innad i omsorgstjenesten var veksten i årsverk fra 2022 til 2023 høyest i tilrettelagte boliger for personer med utviklingshemming med 5,6 prosent, som tilsvarer 1.170 årsverk (jf. tabell 28). Veksten i denne tjenesten har vedvart over tid, og kan forklares med veksten i antallet yngre brukere med omfattende og komplekse tjenestebehov i samme periode (jf. kap. 3.1). De tilrettelagte boligene for personer med utviklingshemming er en del av de hjemmebaserte tjenestene hvor veksten samlet var totalt 4,7 prosent eller 4.300 årsverk. Det er en høyere vekst enn de foregående årene. I de institusjonsbaserte tjenestene var veksten 1,4 prosent eller i underkant av 900 årsverk.

Kommunehelsetjenesten

Kommunehelsetjenesten står for om lag 13 prosent av årsverkene (ekskludert leger, fysioterapeuter og psykologer) i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Det var en klar vekst på 13,3 prosent fra 2019 i årsverk i kommunehelsetjenesten, og vekst på 2 prosent fra 2022 til 2023 (jf. tabell 29). Personell uten helse- og sosialfaglig utdanning har en nedgang fra 2022, og har nå om lag samme antall årsverk som før pandemien. Helsesykepleier og jordmor har hatt en liten vekst i antall årsverk, men nedgang i sysselsatte. Også blant administrativt personell og servicefunksjoner har det vært en nedgang fra 2022 til 2023.

Siden 2019 er det en generelt stor økning for de fleste yrkesgruppene i kommunehelsetjenesten, jf. tabell 29. Blant de helsefaglige utdanningene i kommunehelsetjenesten er det sykepleiere uten videreutdanning som har økt mest siden 2019, og de har også en klar vekst fra 2022. Jordmødre har også økt betydelig siden 2019, men som nevnt over er veksten liten fra 2022 til 2023.

Ved å bare se på helsestasjon- og skolehelsetjenesten har antallet helsesykepleiere steget hvert år siden 2019, men andelen helsesykepleiere av de totale årsverkene i tjenesten har gått ned fra 50,6 prosent i 2019 til 47,2 prosent i 2023 (jf. tabell 30). Helsedirektoratet publiseres egen statistikk om helsestasjon- og skolehelsetjenesten[47].

Heltid og stillingsstørrelser

Økningen er også i år større i antall årsverk (3,2 prosent) enn i antall sysselsatte (2 prosent) (jf. tabell 1), noe som betyr at flere jobber i større stillingsprosent. Det er en økning på 6,9 prosentpoeng for sykepleiere uten videreutdanning som jobber full stilling i perioden 2019-2023. Samtidig viser tallene at det bare er 60,9 prosent av sykepleierne i kommunal helse- og omsorgstjeneste som har full stilling i 2023 (se figur F eller figur 17).

For helsefagarbeidere har det vært en økning i antallet med full stilling på 9,5 prosentpoeng i samme tidsperiode. Likevel er det bare 34,7 prosent av helsefagarbeiderne som har full stilling i kommunal helse- og omsorgstjeneste i 2023. Samlet for sektoren er andelen sysselsatte i full stilling pr. 2023 38 prosent (jf. figur 16), en økning på 7,9 prosentpoeng fra 2019 til 2023. Figur 16 viser at det er en klar økning for alle grupper.

Merknad til figur: 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 (jf. figur F), er den gjennomsnittlige stillingsstørrelsen likevel høy. Den gjennomsnittlige stillingsstørrelsen er også økende for alle grupper, unntatt vernepleier og aktivtør (jf. tabell 55). For sykepleiere er den 86,3 prosent i 2023 mot 85 prosent i 2019. Stillingsstørrelsen har økt mest for helsefagarbeidere fra 2019 til 2023, fra 73,1 til 77 prosent.

Små stillingsstørrelser medfører gjerne at man tar ekstravakter utover avtalt stilling, inntil full stilling. KS måler dette og kaller det *merarbeid*[49]. I 2023 er det litt over 9.800 flere årsverk innen den kommunale helse- og omsorgstjenesten på grunn av slikt merarbeid (jf. tabell 58). Dette er en nedgang på 500 årsverk fra 2022. Det er spesielt gruppene personell uten helse- og sosialfagligutdanning og helsefagarbeidere som har mye merarbeid (jf. tabell 59). Forklaringen er at de i utgangspunktet har relativt lave stillingsprosent.

[39] NAV (2024) *Bedriftsundersøkelsen*. Tilgjengelig:

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

[40] SSB (2023) *Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2040*. Tilgjengelig:

<https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/artikler/arbeidsmarkedet-for-helsepersonell-fram-mot-2040/>

[41] Regjeringen (2024) *Perspektivmeldingen 2024*. Tilgjengelig:

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-31-20232024/id3049290/>

[42] KS (2023) *Kommunesektorens arbeidsgivermonitor 2023*. Tilgjengelig:

<https://www.ks.no/fagomrader/statistikk-og-analyse/arbeidsgivermonitoren/arbeidsgivermonitoren-2023-stat>

[43] WHO (2010) *Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel*.

Tilgjengelig: <https://www.who.int/publications/i/item/wha68.32>

[44] Kilde: spesialbestilte data fra SSB

[45] SSB tabell 13953

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

[47] Helsedirektoratet (2024) *Årsverk fordelt på deltjenester i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Tilgjengelig: [Årsverk fordelt på deltjenester i helsestasjons- og skolehelsetjenesten \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no/arsverk-fordelt-pa-deltjenester-i-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten)

[48] Kilde: Spesialbestilte data fra SSB

[49] KS (2024) *Deltidsansatte utførte 12.600 årsverk utover avtalt arbeid i 2023*. Tilgjengelig: <https://www.ks.no/fagomrader/statistikk-og-analyse/syssettingsstatistikk/deltidsansatte-utforte-12.600-ars>

Ledelse, lederrollen og handlingsrom

Lederspenn og ledertetthet

Lederspenn defineres som antall ansatte som en leder har personalansvar[50]. Lederspenspenet har en sammenheng med blant annet prosjektgjennomføringsevne, prestasjoner og forekomst av uønskede forhold som for eksempel rollekonflikter og misnøye.

I kommunal helse- og omsorgstjeneste er lederspennet nesten fire ganger så høyt som i næringslivet ellers [51]. Lederspenn hos førstelinjeledere er i gjennomsnitt 39 ansatte, men variasjonen er derimot stor, og varierer fra 12 til 146 ansatte pr. leder[52]. Omtrent 95 prosent av lederne i kartleggingen hadde ansvar for færre enn 50 ansatte. Det er to tilnærminger som kan redusere lederspennet, enten å ha flere ledere per ansatt eller å få til en overgang til flere heltidsstillinger, som vil bety at en leder har færre ansatte[53].

Senter for omsorgsforskning (SOF) undersøkte ledertetthet i ulike kommunale tjenesteområder på oppdrag fra Helsedirektoratet i 2023[54]. Ledertettheten sier noe om forholdet mellom antall medarbeidere som ikke er ledere og antall personer som har en lederbetegnelse. Den totale ledertettheten er betydelig lavere i omsorgstjenesten, og aller lavest i sykehjem (ibid.). Dette kan tyde på at omsorgstjenesten i mindre grad enn andre sektorer har nådd frem eller blitt prioritert når det gjelder ledelse. Til sammenligning er ledertettheten betydelig lavere i sykehjem enn i barnehage og grunnskole (ibid.).

Førstelinjeledere defineres som ledere med et spesifikt ansvarsområde, og som leder en gruppe ansatte uten selv å ha noen underordnede ledere[55]. Ledere i førstelinjen spiller en avgjørende rolle for effektiv drift og kvalitet i tjenestene. De skal administrere bemanning, økonomi og utstyr. De kan være direkte involvert i pasientbehandling, og de skal kvalitetssikre etterlevelse av retningslinjer og være oppmerksomme på endringer og forbedringsarbeid i sektoren og samfunnet ellers. De har en sentral rolle i å inspirere sine ansatte, gi støtte til utvikling og bidra til et positivt arbeidsmiljø. I kommunale omsorgstjenester er sykefraværet høyt både for deltids- og heltidsansatte, noe som krever ekstra arbeid med blant annet vikaroppdekking. Undersøkelser viser at ledere bruker mye tid på daglige driftsoppgaver, og at de derfor har for lite tid til å sette av til nødvendig tjenesteutvikling (ibid.).

I sykehjem har førstelinjeledere i gjennomsnitt personalansvar for 39 ansatte, med en stor variasjonsbredde fra 12-46 ansatte per leder[56]. Det å ha personalansvar for mange ansatte, samtidig som det er få administrative og faglige ledere, bidrar til å begrense leders handlingsrom til nærledelse og kulturbygging. En styrking av faglederfunksjoner i sykehjem vil kunne bidra positivt for å løfte ledertettheten i sykehjem mer på nivå med kommunen for øvrig[57]. Det er et sterkt ønske om å drive nærledelse, men

dette er det mange hindringer for å realisere i sykehjem (ibid.). Hindringer kan for eksempel være personell med lav formell kompetanse, utfordringer med rekruttering, kulturutfordringer, mange deltidsansatte og høyt sykefravær i tillegg til komplekse turnussystemer på døgnbasis (ibid.). Det har vært en større vekst i antallet med lederyrker enn vanlig ansatte i perioden fra 2015 til 2023, noe som bør sørge for at ledertettheten fremover vil bli større[58].

Sykefravær i helse- og omsorgstjenesten

Sykefraværet i de kommunale helse- og sosialtjenestene er fortsatt betydelig høyere enn i samtlige andre næringer, og har økt det siste året (jf. figur 19). Det er også markant høyere enn i spesialisthelsetjenesten (jf. figur 20). Sykefraværet totalt i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er 8,5 prosent i 2023, opp fra 7,6 prosent i 2019. Fra 2022 til 2023 har sykefraværet kun økt 0,1 prosentpoeng. Ser man spesifikt på yrkesgrupper, er det kun små endringer opp eller ned siden 2022 (jf. tabell 60).

Forskning på pasientsentrert omsorg peker på at det å jobbe i helse- og omsorgstjenesten er krevende både fysisk, psykisk og emosjonelt. Og det finnes heller ikke tilstrekkelig lederstøtte og veiledning av personellet gjennom systematiske ivaretagende strukturer i en krevende arbeidshverdag[59]. Forskning fra Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) underbygger dette ved at de viser at ansatte i hjemmetjenesten er en av yrkesgruppene som sliter mest med psykisk utmattelse etter jobb, og de ligger høyt på statistikken over muskelskjelettplager og søvnmangel[60]. De viser videre til at de ansatte opplever høye emosjonelle krav og rollekonflikt[61]. Disse utfordringene gjelder også for andre deler av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I tillegg vil belastningen av turnusarbeid bidra til høyere sykefravær[62].

Tall fra STAMI viser også at ett av to sykefravær i hjemmetjenesten oppgis å være relatert til jobben, mens to av fem sykefravær ved sykehjem oppgis å være relatert til det samme. Til sammenlikning oppgis ett av fire sykefravær å være relatert til jobben blant de som jobber på sykehus[63].

Sykefraværet er høyere i omsorgstjenesten enn i kommunehelsetjenesten (jf. tabell 61, 62 og 63). Av de store personellgruppene er det sykepleiere uten videreutdanning (9,1 prosent) og helsefagarbeider (10,1 prosent), som har det høyeste sykefraværet i omsorgstjenesten (jf. tabell 61).

Den kommunale omsorgstjenesten skiller seg fra de fleste andre tjenestoområder og næringer, ved at sykefraværet er høyere blant de som jobber heltid enn de som jobber deltid[64]. Det økte sykefraværet for større stillinger i omsorgstjenesten, gjelder i hovedsak lønnstakere som jobber turnus. For lønnstakerne som ikke jobber turnus, faller sykefraværet med stillingsstørrelse, også i omsorgstjenesten. Det er imidlertid relativt få i omsorgstjenesten som ikke har en turnusstilling. Det er derfor grunn til å tro at økt sykefravær i omsorgstjenesten, med økning i stillingsprosent, henger sammen med arbeidsbelastningen. Samtidig kan ikke stor grad av turnusarbeid alene forklare hvorfor sykefraværet i omsorgstjenesten er høyest. Andre forhold kan være de STAMI omtaler, og som er nevnt ovenfor.

Andre interessante funn er for eksempel at i omsorgstjenesten og sykehusene er sykefraværet høyere eller like høyt for lønnstakere med kortere universitets- og høyskoleutdanning (bachelor) som høyeste fullførte utdanning, sammenliknet med lønnstakere som kun har grunnskoleutdanning eller videregående opplæring. Dette skiller seg fra hvordan det er ellers i arbeidslivet. Et annet eksempel er at sykepleiere er den gruppen med størst forskjell i sykefraværet mellom de kommunale omsorgstjenestene og sykehusene.

Vikarbruk i kommunale helse- og omsorgstjenester

Vikarbruken er tett knyttet til utfordringsbildet lederne står ovenfor, og viser hvorfor nytenkning i helse- og omsorgstjenesten om organisering, oppgavedeling og turnusplanlegging er viktig. Rapporten Helsedirektoratet bestilte i 2022 fra Fafo med samarbeidspartnere om vikarbruk i helse- og omsorgstjenestene er fortsatt aktuell[65].

Det vil alltid være et behov for vikarer blant annet som en følge av at fast ansatte ikke kan dekke alle vakter, og at hensynet til brukerne gjør at det er få oppgaver som kan utsettes[66]. Det er flere hindringer som gjør det vanskelig å dimensjonere den faste bemanningen slik at kjent fravær kan dekkes uten omfattende bruk av vikarer. Hindringene kan være ledernes manglende tid, kapasitet og myndighet. Det er flere tiltak som kan brukes for å begrense behovet for vikarer grunnet forventet fravær, som for eksempel bemanningsplaner og turnuser med økt fast bemanning, som bygger på grundige tjeneste- og fraværsanalyser som viktige tiltak (ibid.).

Underveisevalueringen av Tørn-programmet peker også på dette sentrale momentet om at grundig analysearbeid av tjenestebehovet må komme først, før man så adresserer bemanningsbehov og arbeidstidorganisering og turnusvalg for at kommunene kan organisere arbeidet og arbeidstiden på nye måter[67].

Statsforvalter melder i sin rapportering for 2023 at de opplever en dreining i kommunene til økt fokus på å etablere turnusordninger som sikrer bruk av egne ansatte. Dette løser kommunene gjennom å tilby større stillingsbrøker. Videre tilrettelegges det for bedre kompetanseplanlegging, som en del av det strategiske arbeidet for å beholde ansatte, og sikre nødvendig kompetanse for forsvarlige tjenester. Helsedirektoratet ser positivt på denne rapporteringen.

Mobilitet i helsetjenestene

En utfordring i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er en vedvarende høy turnover.

Tallene fra KS' Pai-register viser at det var en nedgang i turnover på 1,5 prosentpoeng i den kommunale helsesektoren fra 2022 (23,7 prosent) til 2023 (22,2 prosent) (jf. figur G). Med denne nedgangen er nivået som før pandemien. Ved å se på turnover kun for de som slutter i kommunesektoren har den blitt redusert fra 16 prosent i 2022 til 14,7 prosent i 2023 (jf. figur G). Det er positivt at turnover ser ut til å normaliseres etter pandemien og at det høye nivået vi så de årene ikke vedvarer. Hovedårsaken til høy turnover ut av kommunesektoren i 2022 var antakeligantagelig at mange av de som jobbet med pandemirelaterte oppgaver sluttet.

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

Det var nedgang i turnover i hjemmetjenesten, boliger for utviklingshemmede, alders- og sykehjem og helsestasjons- og skolehelsetjenesten fra 2022 til 2023 (jf. tabell 45). Det er vedvarende betydelig høyere turnover i omsorgstjenestene, enn i helsestasjon- og skolehelsetjenesten. I 2023 er den på mellom 22,1 og 22,9 prosent i de ulike omsorgstjenestene, og tilsvarende 15,5 prosent i helsestasjon- og skolehelsetjenesten (jf. tabell 45). 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 kommunen for øvrig (jf. tabell 49).

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 (jf. figur 14). Det er høyest turnover i gruppene personell uten helse- og sosialfaglig utdanning (34,7 prosent) og leger (30,3 prosent) i 2023 (jf. tabell 47).

For helsefagarbeidere og sykepleiere har det blitt henholdsvis 0,8 og 1,5 prosentpoeng lavere turnover fra 2022 til 2023. Ser vi bare på sykepleiere og helsefagarbeidere som slutter i kommunesektoren har det økt fra 2019, men det er en nedgang fra 2022 (jf. tabell 53). Med tanke på personellutfordringene i kommunene er det viktig å få av dem som slutter i jobben forsvinner ut av kommunesektoren.

Mange av dem som bytter jobb velger å bli innenfor det tjenesteområdet de allerede jobber og de fleste holder seg i helsesektoren[68]. Det har også Statistisk sentralbyrå vist for sykepleiere[69]. Det er et mønster i mobiliteten at den er lavest for de med høyest utdanningsnivå, med unntak av allmennlegene. Sykepleiere, spesielt sykepleiere med videreutdanning, er den mest stabile yrkesgruppen med hensyn til mobilitet (ibid.).

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 (ibid.).

[50] 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>

[51] Nielsen, Roy og Moland, Leif (2024) *Mobilitet i helse- og omsorgstjenestene*. Tilgjengelig: [Mobilitet i helse- og omsorgstjenestene | fafo.no](https://mobilitet.helse-og-omsorgstjenestene.no)

[52] 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>

[53] Nielsen, Roy og Moland, Leif (2024) *Mobilitet i helse- og omsorgstjenestene*. Tilgjengelig: [Mobilitet i helse- og omsorgstjenestene | fafo.no](https://mobilitet.helse-og-omsorgstjenestene.no)

[54] 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>

[55] Bråten, Ketil og Yssen, Selma (2024) *Ledelse for tjenesteutvikling og bedre nyttiggjøring og utvikling av personell uten helse- og sosialfaglig bakgrunn*. Tilgjengelig: [Ledelse for tjenesteutvikling og bedre nyttiggjøring og utvikling av personell uten helse- og sosialfaglig bakgrunn Fafo-rapport | Fafo-rapport 2024:16](https://www.fafo.no/rapporter/ledelse-for-tjenesteutvikling-og-bedre-nyttiggjoring-og-utvikling-av-personell-uten-helse-og-sosialfaglig-bakgrunn)

[56] 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>

[57] Olsen, Rose Mari; Andfossen, Nina Beate; Devik, Siri Andreassen; Fredwall, Terje Emil; Førland, Oddvar; Moholt, Jill-Marit (2023) *Ufullstendig helse- og omsorgshjelp og kompetansebehov i sykehjem*. Tilgjengelig: <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/handle/11250/3049970>

- [58] Bråten, Ketil og Yssen, Selma (2024) *Ledelse for tjenesteutvikling og bedre nyttiggjøring og utvikling av personell uten helse- og sosialfaglig bakgrunn*. Tilgjengelig: [Ledelse for tjenesteutvikling og bedre nyttiggjøring og utvikling av personell uten helse- og sosialfaglig bakgrunn Fafo-rapport | Fafo-rapport 2024:16](#)
- [59] OsloMet (2020) *En utvikling som må snus - Bemanning og kompetanse i sykehjem og hjemmesykepleien*. Tilgjengelig: <https://hdl.handle.net/20.500.12199/6417>
- [60] Statens arbeidsmiljøinstitutt (2023) *Hvorfor er det høyt sykefravær i hjemmetjenesten?* Tilgjengelig: <https://stami.no/hvorfor-er-det-hoyt-sykefravaer-i-hjemmetjenesten/>
- [61] Statens arbeidsmiljøinstitutt (2024) *Emosjonelt arbeid er en viktig årsak til sykefravær i hjemmetjenesten*. Tilgjengelig: [Emosjonelt arbeid er ein viktig årsak til sjukefråvær i heimetenesten - STAMI](#)
- [62] Moland L., Tofteng M. og Nesland A. (2023) *Vikarbruk i sjukehus og kommunale helse- og omsorgstjenester*. Tilgjengelig: <https://www.fafo.no/images/pub/2023/20852.pdf>
- [63] Statens arbeidsmiljøinstitutt (2024) *NOA+ bransjeprofiler*. Tilgjengelig: [NOA+ - STAMI NOA](#)
- [64] Norberg-Schultz, Marthe (under publisering) *Sykefravær i omsorgstjenesten*. <https://samfunnsokonomisk-analyse.no/publikasjoner/sykefravaer-i-omsorgstjenesten-2024>
- [65] Moland, Leif E., Tofteng, Maja og Nesland, Astrid (2023) *Vikarbruk i sykehus og kommunale helse- og omsorgstjenester*. Tilgjengelig: <https://www.fafo.no/zoo-publikasjoner/fafo-rapporter/vikarbruk-i-sykehus-og-kommunale-helse-og-omsorgstjenester>
- [66] 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>
- [67] 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>
- [68] Nielsen, Roy og Moland, Leif (Under publisering) *Mobilitet i helse- og omsorgstjenestene*
- [69] Statistisk sentralbyrå (2023) *Det finnes ikke en stor reserve av helsepersonell*. Tilgjengelig: <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/artikler/det-finnes-ikke-en-stor-reserve-av-helsepersonell>

Utfordringsbildet i fylkeskommunal tannhelsetjeneste

Samhandlingen mellom fylkeskommunal tannhelsetjeneste og kommunal helse- og omsorgstjeneste er i søkelyset i flere statsforvalterembeter[70]. Formalisert samarbeid for å sikre sammenheng mellom tjenesteområder, helhetlige tjenester til brukerne og styrket kompetanse til personellet er viktig[71]. For den offentlige tannhelsetjenesten betyr dette at man skal ha operative samarbeidsavtaler med helsestasjon- og skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom[72],[73].

Det er i liten grad tilsatt personell uten relevant fagkompetanse i fylkeskommunal tannhelsetjeneste fordi tannpleiere og tannleger må ha autorisasjon[74]. Andelen tilsatte uten helse- og sosialfaglig utdanning er stabil på om lag 5 prosent og utgjør i stor grad administrativt tilsatte i tannhelsetjenesten. Andelen tannhelsesekretærer 55 år og eldre i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i 2023 er i overkant av 31 prosent, en nedgang fra 36 prosent i 2019 (jf. tabell 16).

I den fylkeskommunale tannhelsetjenesten er det videre små utfordringer knyttet til deltidsstillinger (jf. figur 18), hvor alle kategorier sysselsatte tannhelsepersonell har gjennomsnittlig avtalt arbeidstid på i overkant av 90 prosent. Dette har vært stabilt siden 2016, jf. tabell 57. Turnover har vært stabil på om lag 13 prosent i tidsrommet 2019-2022, men viser en positiv nedgang til 10,3 prosent turnover i 2023 (jf. tabell 46).

Videre i dette kapittelet adresseres utfordringsbildet som er særlig gjeldende for den fylkeskommunale tannhelsetjenesten.

[70] Statsforvalteren.no (2024) *Årsrapporter for 2023*. Tilgjengelig: <https://styringsportalen.statsforvalteren.no/2023/arsrapporter/>

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

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

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

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

Sykefravær i fylkeskommunal tannhelsetjeneste

Sykefraværet er på 9 prosent i 2023 jf. tabell 64, noe som er høyere enn sykefraværet på 8,5 prosent i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (jf. tabell 60). Siden 2019 har sykefraværet i fylkeskommunal tannhelsetjeneste økt med 1,6 prosentpoeng mot 0,8 prosentpoeng i kommunal helse- og omsorgstjeneste (jf. tabell 60 og tabell 64). Sykefraværet er høyest for tannhelsesekretærer og tannpleiere, men har økt

mest for tannleger både med spesialisering (3,5 prosentpoeng) og uten spesialisering (2,6 prosentpoeng) siden 2019.

Regionale rekrutteringsutfordringer

Når det gjelder tilgang på personell med nødvendig kompetanse, så har den fylkeskommunale tannhelsetjenesten mindre utfordringer sammenlignet med den kommunal helse- og omsorgstjenesten. Det er fylkesvise utfordringer, særlig med rekruttering av tannpleiere og tannleger, men også tannhelsesekretærer. I enkelte fylker tilsettes helsefagarbeidere som klinikkassistenter. Dette bekreftes i årsrapporter 2023 fra statsforvalter[75].

Utfordringene knyttet til å rekruttere og beholde tannleger uten spesialitet synes å være relatert til distriktsutfordringer og muligheter for å velge mellom privat og offentlig sektor. 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 bl.a. ledere av fylkeskommunal tannhelsetjeneste med å forebygge.

Antall årsverk og sysselsatte tannpleiere i fylkeskommunal tannhelsetjeneste har økt med om lag 7 prosent fra 2022 og økt med 16 prosent sammenlignet med 2019 (jf. tabell 2). Antall ledige stillinger for tannpleiere øker ifølge SSB likevel gradvis fra 2020[76], men har en liten nedgang i 2023.

Antall årsverk og sysselsatte tannleger uten spesialitet i fylkeskommunal tannhelsetjeneste har økt jevnt siden 2019 (jf. tabell 2). I 2023 var det likevel ifølge SSB 61 ledige tannlegestillinger ved rapporteringstidspunktet, særlig i Vestland, Trøndelag, Nordland og Møre og Romsdal (ibid.).

Antall årsverk og sysselsatte tannlegespesialister i fylkeskommunal tannhelsetjeneste, har økt med om lag 11 prosent siden 2019, men er på samme nivå i 2023 som i 2022 (jf. tabell 2). Særlig skiller fylkene Troms og Finnmark, Vestland, Trøndelag, Rogaland og Viken seg ut positivt her, noe som blant annet 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. Antallet sysselsatte spesialister i pedodonti har økt fra 15 i 2016 til 28 i 2023, ifølge spesialbestilte tall fra Statistisk sentralbyrå.

Effekten av tilskudd til lønn til tannleger i spesialisering

Tiltaket skal bidra til å sikre befolkningen tilgang til avansert diagnostikk og tverrfaglig spesialistbehandling i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten, ved sykehus og ved tannhelsetjenestens kompetansesentre.

I 2023 innvilget Helsedirektoratet lønnstilskudd for 26 tannleger i spesialisering til 6 fylkeskommuner, 2 odontologiske kompetansesentre, 2 universiteter og 1 sykehus. Tiltaket viser en økning fra 7 virksomheter i 2022 til 11 i 2023 og 13 tannleger i spesialisering i 2022 til 26 tannleger i 2023.

Tiltaket skal også bidra til et likeverdig tjenestetilbud til barn og unge i tannhelsetjenesten, ved at det skal være tilgang til spesialister i pedodonti (barnetannpleie) i alle fylker og i 2023 ble det gitt tilskudd for 8 tannleger i spesialisering i pedodonti.

Tiltaket følges av lønnstilskudd til etablering av stilling for spesialist i pedodonti som har medført en jevn økning i antall stillinger for spesialister i pedodonti i fylkeskommunal tannhelsetjeneste. I 2023 ble det innvilget tilskudd til 9 stillinger fordelt på 8 virksomheter

Dette samsvarer med anbefalinger i nasjonal faglig retningslinje Tannhelsetjenester til barn og unge 0-20 år.

Figur H: Faktaboks lønnstilskudd for tannlegespesialister

[75] Statsforvalteren.no (2024) *Årsrapporter for 2023*. Tilgjengelig: <https://styringsportalen.statsforvalteren.no/2023/arsrapporter/>

[76] SSB statistikkbank, tabell 11774

Utvidede rettigheter og økt pasienttilfang

Fylkeskommunal tannhelsetjeneste har fått ansvar for flere pasientgrupper de siste årene og det vil sannsynligvis føre til økt etterspørsel etter både tannleger og tannpleiere. Fra 1. juli 2024 ble det lovfestet en 75 prosent refusjon for aldersgruppen 19 til 24 år[77],[78]. Andre pasientgrupper som fikk lovfestet rett til tannhelsehjelp er personer som på grunn av rusmiddelavhengighet mottar personlig assistanse, avlastningstiltak for pårørende eller legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og innsatte i fengsler i kriminalomsorgen. I tillegg fikk unge voksne 25 og 26 år fra 1. juli 2024, et tilbud om tannhelsehjelp mot 25 prosent egenbetaling i den offentlige tannhelsetjenesten[79]. I 2023 utgjorde aldersgruppene 21-26 år om lag 412.000 personer[80]. Hvis alle benytter seg av tilbudet, vil det medføre behov for å tilsette flere tannpleiere og tannleger i fylkeskommunal tannhelsetjeneste, ev. må fylkene inngå avtaler med privat sektor om kjøp av tannhelsetjenester. Økt antall flyktninger som ankommer Norge øker behovet for tannleger i mange fylker, fordi tannstatus er dårligere og medfører større behandlingsbehov.

De demografiske framskrivningene som beskrevet i kapittel 3.1, vil kunne utløse rettigheter til gratis tannhelsetjeneste i den offentlige tannhelsetjenesten for flere personer[81]. 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 (jf. kapittel 4.2). I framskrivninger av arbeidsmarkedet for helsepersonell frem mot 2040[82], 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.

[77] Lov om endringar i tannhelsetjenesteloven mv. (rett til tannhelsetjenester for unge vaksne, personar med rusmiddelavhengigheit mv.). Tilgjengelig: <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2024-06-21-43>

[78] Forskrift om endring i forskrift om vederlag for tannhelsetjenester i den offentlige tannhelsetjenesten og forskrift om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land. Tilgjengelig: <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2024-06-12-972>

[79] Regjeringen (2024) Unge voksne får billigere *tannhelsehjelp*. Tilgjengelig: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/unge-voksne-far-billigere-tannhelsehjelp/id3047618/>

[80] [SSB](#) statistikkbank, tabell 07459

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

[82] SSB (2023) Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2040. Tilgjengelig:

<https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/artikler/arbeidsmarkedet-for-helsepersonell-fram-mot-2040/>

En handlingsplan for bærekraftige helse- og omsorgstjenester

Helsepersonellet er helse- og omsorgstjenestens ryggrad. For å få brukt tilgjengelig arbeidskraft så effektivt og riktig som mulig, må de som allerede jobber i tjenestene ivaretas bedre ved å tilrettelegge for faglig og personlig utvikling, gode arbeidsvilkår og et godt arbeidsmiljø. Kompetanseløft 2025 er snart på vei inn i sitt siste år i gjeldende planperiode. Dette kapittelet peker på sentrale elementer som bør være til stede for å beholde kompetanse, sikre en bærekraftig rekruttering og fagutvikling i tjenestene.

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten har en sammensatt tjenesteportefølje. Alle kommuner har det samme ansvaret for og planlegging av et faglig forsvarlig og nødvendig helsetjenestetilbud til befolkningen. Samtidig er de ulike blant annet med tanke på tilgang på helsepersonell, økonomi, demografi, sentralitet og lokalpolitisk styring.

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[83],[84]. 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[85]. 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.

[83] Moland Leif E. (2024) *Modeller for økt grunnbemanning og mindre vikarbruk i omsorgstjenesten*

Tilgjengelig:

<https://fafo.no/zoo-publikasjoner/modeller-for-okt-grunnbemanning-og-mindre-vikar-bruk-i-omsorgstjenester>

[84] 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>

[85] Moland Leif E. (2024) *Modeller for økt grunnbemanning og mindre vikarbruk i omsorgstjenesten*. Tilgjengelig: <https://fafo.no/zoo-publikasjoner/modeller-for-okt-grunnbemanning-og-mindre-vikar-bruk-i-omsorgstjenester>

Tilrettelegge for en heltidskultur

I år viser som nevnt tidligere i rapporten statistikken en økning i antall årsverk, noe som betyr at flere jobber i større stillinger. Kunnskap viser til at trepartssamarbeidet, god ledelseskompetanse og å organisere arbeidet basert på heltidsvennlige turnuser, fremmer en heltidskultur[86]. Satsningen på en slik heltidskultur er i dag tett koblet til bemanningsanalyser som bidrar til en bedre bruk av personellressursene og en mer effektiv tjeneste. I tillegg viser økonomiske beregninger at å øke andelen heltidsstillinger kan gjøres uten at det nødvendigvis øker kommunens lønnskostnader[87].

Satsningen på Tørn-prosjektet og utvidelsen av dette til også å omhandle hele helsetjenesten er et nasjonalt grep som også anerkjenner og fremmer behovet for lokale tilpasninger. Tørn retter oppmerksomheten mot det enkelte tjenestesteds behov for å kjenne pasient og brukers 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 legge til rette for en heltidskultur[88], jf. kap. 5.1.

Helsedirektoratet mener fortsatt at det må jobbes for at andelen med 100 prosent stilling økes for alle personellgrupper i helse- og omsorgstjenesten. Med et særlig blikk på hele stillinger for helsefagarbeidere, som på tross av den positive utviklingen de siste årene fortsatt er den yrkesgruppen med lavest stillingsprosent i tjenesten, jf. kap. 3.3.1.

[86] Agenda Kaupang på vegne av KS (2021) *Organisering, kompetanse og heltidskultur – i kommunale helse- og omsorgstjenester. En kunnskapsoppsummering*. Tilgjengelig: <https://www.agendakaupang.no/wp-content/uploads/2021/05/Rapport-KS-Kunnskapsoppsummering-helse->

[87] 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>

[88] 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>

Strategisk kompetanseplanlegging – et viktig verktøy for tjenesteutvikling

Strategisk kompetanseplanlegging og kunnskapsbasert ledelse er viktige forutsetninger for en faglig forsvarlig drift i en sektor med store rekrutteringsutfordringer, høyt sykefravær og høy turnover, jf. kap. 3.

Planlegging og prioritering er viktig for å møte utfordringene knyttet til rekruttering, og for å skape gode arbeids- og fagmiljø for å beholde og utvikle kvalifisert personell. Ansatte som tar videreutdanning eller får videreutviklet sin kompetanse, bør få tilpasset oppgaver og ansvar i samsvar med ny kompetanse. Et eksempel på at tjenestene ikke utnytter personalets kompetanse på en riktig måte er belyst iblant annet *Arbeidsgiverundersøkelsen 2022: utdanning i et kunnskapsintensivt samfunn*[89]. Undersøkelsen viser til at virksomheter innen helse- og omsorg i stor grad benytter fagskoler i etter- og videreutdanning av sine ansatte. Selv om personalet tilegner seg ny og høyere kompetanse får de aller fleste ingen endrede oppgaver eller ansvarsområder etter fullført utdanning (ibid.). Her finnes et ubrukt potensial av fagkompetanse som må synliggjøres og anerkjennes i virksomhetene.

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. Statsforvalterembetene peker i sine rapporter til Helsedirektoratet på viktigheten av interkommunale nettverk og tverrsektorielt samarbeid for å styrke arbeidet med strategisk kompetansearbeid og tilskuddsforvaltning regionalt[90]. Denne type strategisk kompetanseplanlegging og kunnskap om kompetansebehov i tjenestene vil ha betydning for utdanningsinstitusjonenes tilbud og kapasitet. Stortinget har vedtatt fjerning av kandidatmåltall for å estimere behov for utdanningskapasitet[91]. Det skal erstattes med et tettere samarbeid mellom helsesektor, UH-sektor og næringsliv for et best mulig regionalt og nasjonalt grunnlag for utdanningskapasitet. En mer samordnet og systematisk kontakt mellom helse- og utdanningssektor på regionalt nivå kan bidra til større treffsikkerhet på hvilke utdanningstilbud som tilbys og som besvarer de regionale behovene.

Statsforvalterembetene melder om økt aktivitet i form av støtte til kommunene i bruk av analyse og kartlegging av lokale forhold som grunnlag for strategisk og langsiktig kompetanseplanlegging. En tettere kontakt mellom kommunene og statsforvalter som tilskuddsforvalter på kompetanse- og tjenesteutviklingstilskuddet, ser ut til å skape bedre forståelse for viktigheten av analyse, kartlegging og langsiktig planlegging. Dette er i tråd med nasjonale føringer på økt satsing på livslang læring for alle faggrupper, forankret i strategiske kompetanseplaner i helse- og omsorgstjenesten.

Den nye regionale koordinatorfunksjonen hos Statsforvalter etablert i 2023 har bidratt til revitalisering av tverrsektorielt samarbeid på regionalt nivå. Det rapporteres gjennomgående at interkommunale nettverk for kommunene og tverrsektorielt samarbeid på regionalt nivå er viktig for å støtte og veilede kommunene i strategisk kompetanseplanlegging og tilskuddsforvaltning.

En annen viktig utvikling i kommunene som kan ha betydning for å kunne løse bærekrafts utfordringene med knapphet på tilgang på kvalifisert personell, handler om utvikling og utdanning av egne ledere og ansatte. Statsforvalter i Innlandet har etablert et regionalt kompetansenettverk for samarbeid og spredning av gode eksempler. Det regionale samarbeidet har i 2023 resultert i et nettbasert kurs i samarbeid med Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) i Innlandet. Kurset er så langt gjennomført av 550 ledere som jobber nær pasienter og brukere i 38 av de 46 kommunene i Innlandet. Kurset heter God ledelse i praksis og er basert på forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

[89] Skjelbred, Siv-Elisabeth; Alne, Ragnar; Reiling, Rune Borgan; Ulvestad, Marte E. S.; Furholt, Jon; Skålholt, Asgeir (2024) *Arbeidsgiverundersøkelsen 2022: utdanning i et kunnskapsintensivt samfunn*. Tilgjengelig: <https://hdl.handle.net/11250/3114706>

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

[91] Meld. St. 19 (2023-2024) *Profesjonsnære utdanninger over hele landet*. Tilgjengelig: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-20232024/id3032273/>

Organisering, oppgavedeling og tverrfaglighet

Bedre oppgavedeling i helse- og omsorgstjenesten er et viktig steg for å oppnå bærekraftige tjenester. Begrepen 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 m.fl. 2022, side 22) [92].

Oppgavedeling inviterer også til mer tverrfaglighet både vertikalt og horisontalt i tjenestene, og til bedre utnyttelse av den kompetansen som er tilgjengelig i og for tjenestene lokalt. Oppgavedeling er et ledelsesverktøy som gir fleksibilitet i bruk av personellressursene og som bør tas i bruk i større grad i oppgaveløsning lokalt. I undersevaluering av Tørn-prosjektet blir oppgavedeling og påfølgende kompetanseheving fremhevet som to sider av samme sak for samlet å sikre kvalitet og forsvarlige helse- og omsorgstjenester [93].

Tørn-modellen har vist seg å være effektiv og gjennomførbar metode for nye måter å jobbe på [94]. Tørn-programmet er basert på medarbeiderdrevet innovasjon, og forankret i partssamarbeidet og med involvering av vernetjenesten. I rapportene for 2023 fra statsforvalter beskrives det stor endringsvilje og flere søknader om prosjektstøtte til modellutprøving og innsats for å teste ut nye arbeidstidsordninger, oppgavedeling og innføring av helseteknologi i kommunene. Statsforvalterne melder imidlertid om flere forsinkelser i prosjektprosesser på grunn av rammevilkår som stadig endres, for eksempel høy turnover, høyt sykefravær og dermed bemanningsutfordringer både i prosjekt og daglig drift.

Tverrfaglig samarbeid oppstår når to eller flere individer med komplementære ferdigheter som har ulik bakgrunn samarbeider for å skape en felles forståelse [95]. Det er ulike tilnærminger og arbeidsprosesser som kan bidra til å fremme tverrfaglighet og det krever derfor også ulike tiltak avhengig av det målet man ønsker å oppnå. Med en dreining mot mer tverrfaglige team og bredere sammensetning av fagmiljø både vertikalt og horisontalt, kan man kanskje bedre tilrettelegge for mer robuste og bærekraftige fagmiljø. Tverrfaglighet kan bidra til økt bevissthet om riktig bruk av kompetanse til ulike oppgaver, flere perspektiver inn i refleksjonen rundt pasient og brukers behov og derigjennom bidra til mer helhetlige tjenester.

For å utøve tverrfaglig samarbeid er kunnskap om de ulike profesjonenes kompetanse, og anerkjennelse og respekt på tvers av profesjonene særlig viktig [96]. Statistikken viser at flere ansatte med sosialfaglig eller pedagogisk utdanning nå jobber i omsorgstjenesten, jf. tabell 24. Tjenestenes behov for flerfaglig kompetanse tilsier at denne utviklingen er positiv i utgangspunktet. Dette forutsetter tilstrekkelig helsepersonell og en organisering som sikrer faglig forsvarlige tjenester. I tillegg er det viktig å vite hvorfor en ønsker å fremme tverrfaglig samarbeid. Om det er pasienten eller brukerens mål som skal nås, bør andre tiltak iverksettes enn om det er et tjenestestedets mål som skal nås.

Tverrfaglighet viser seg ofte å være en tilleggsgevinst av tiltak som implementeres, men var ikke nødvendigvis et mål i seg selv [97]. Tverrfaglighet bør være en del av den strategiske kompetanseplanleggingen i møte med bemanning- og kompetanseutfordringene, og være mer enn en utilsiktet gevinst. Videre vil tydelig ledelse, organisering og finansiering, samt valg av arbeidsprosesser og opplæring ha betydning for å øke tverrfaglig samarbeid (ibid.).

Tverrprofesjonell samhandlingslæring (TPS) er en læringsform der studenter fra ulike profesjonsutdanninger lærer sammen. Sykepleier- og ergoterapeututdanninger i Hedmark og Oppland

undersøkte hvilket læringspotensial som kunne ligge i TPS, og gjennomførte et pilotprosjekt ved medisinsk avdeling på Gjøvik sykehus hvor studentene fikk erfaring med egen og andres kompetanse. Gjennom å lære av, med og om, erfarer studenter å få ny og økt innsikt i hverandres kompetanse og ferdigheter. Dette kan medføre bedre kvalitet i pasient- og brukerbehandlingen gjennom økt bevissthet om egen profesjon og forståelse for eget og andres fag[98].

En viktig yrkesgruppe som gjennom sin generalistkompetanse blant annet kan være en pådriver for tverrfaglig samarbeid og teamarbeid er, avansert klinisk allmennsykepleiere (AKS)[99]. Det er positivt at statsforvaltere rapporterer for 2023 at de kommunene som satser på denne spesialistutdanningen for sykepleiere ser ut til å følge opp med nye oppgaver i tråd med ny kompetanse. Rapporteringer viser også at kommunene i økende grad er blitt oppmerksomme på kompetansen som AKS sykepleiere kan tilby pasienter med komplekse helsebehov.

En annen gruppe som er viktig med tanke på oppgavedeling og tverrfaglighet er personell uten helse- og sosialfaglig utdanning. Denne gruppen er viktige å ha med i arbeidet for å sikre medarbeiderdrevet involvering i prosessen[100]. Involvering av personell uten helse- og sosialfaglig utdanning vil kunne bidra til mer kreativitet og bedre forankring av ny oppgavedeling. En viktig gevinst ved å inkludere denne gruppen i arbeidet med oppgavedeling kan være at helsepersonell kan prioritere oppgaver som krever helse- og sosialfaglig utdanning. All oppgavedeling bør legge til grunn tjenesteanalyse, kompetansekartlegging og nødvendige kompetansehevende tiltak for at det skal fungere godt i praksis.

Opptappingsplan for heltid og god bemanning pekte på små fagmiljø som en risiko og sårbarhet for å rekruttere og beholde kvalifisert personell. Det er et vedvarende stort behov for opplæring av personell uten fagutdanning, rekruttering til yrkesutdanning i helse- og oppvekstfag, etter- og videreutdanning, og for å åpne opp for andre yrkesgrupper inn i tjenesten.

Ny teknologi og digitale hjelpemidler

Helsedirektoratet mener at utfordringsbildet må løses på nye måter for å nå målet om en bærekraftig kommunal helse- og omsorgstjeneste og fylkeskommunal tannhelsetjeneste. Totalt var det registrert 148.651 pasienter og brukere i kommunal helse- og omsorgstjeneste som hadde elektronisk medisineringsstøtte, digital trygghetsalarm, lokaliseringsutstyr og/eller digitalt tilsyn (ikke-unike brukere). 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.

Ved utgangen av 2023 er det etablert prosjekt for spredning av digital hjemme-oppfølgning innen alle 19 helsefellesskap, der to eller flere kommuner samarbeider med fastleger og det lokale helseforetaket. Pr 1.3.2024 har 56 kommuner startet opp med inklusjon av én eller flere pasienter, og totalt 954 aktive pasienter fordelt på ulike pasientgrupper og lidelser følges med digital hjemme-oppfølgning[101].

Fra og med 2024 er Helseteknologiordningen opprettet, og den skal legge til rette for ytterligere spredning av velferdsteknologi og digital hjemme-oppfølgning samt bedre anskaffelser av journalløsninger i kommunene. Velferdsteknologi er grunnleggende for tjenesteinnovasjon og en mer bærekraftig kommunal helse- og omsorgstjeneste og fylkeskommunal tannhelsetjeneste.

Et premiss for at tjenestene skal ha troen på at teknologi skal kunne bidra til å løse fremtidens helsetjenestebehov og at de tar den i bruk, er at helsepersonellet får tilstrekkelig kompetanse og opplæring [102]. Gjennom RETHOS har utdanningssektoren et uttalt ansvar for at helsepersonell skal ha læringsutbytter knyttet til teknologi, innovasjon og entreprenørskap. Dette gjenspeiles i studieplaner i flere av de mest sentrale helsefagutdanningene som sykepleie, vernepleie og fysioterapi[103]. På tross av dette

kan det synes som det er utydelig hva disse kompetanseområdene faktisk inneholder og hvilke sluttkompetanser studenter innen de ulike helsefagutdanningene faktisk innehar[104]. Gitt det omfattende fokuset på nødvendigheten av å benytte teknologi for å imøtekomme fremtidens behov for helsetjenester, er det nødvendig med mer kunnskap om hvordan helseutdanningene skal bidra for å sikre helsepersonell tilstrekkelig digital og teknologisk kompetanse[105].

[92] 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%2bs>

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

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

[95] Olsen, Rose Mari og Andreassen Devik (2024) *Kunnskap om tiltak som kan bidra til økt tverrfaglighet i omsorgstjenesten*. Tilgjengelig: <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/handle/11250/3161778>

[96] Olsen, Rose Mari og Andreassen Devik (2024) *Kunnskap om tiltak som kan bidra til økt tverrfaglighet i omsorgstjenesten*. Tilgjengelig: <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/handle/11250/3161778>

[97] Olsen, Rose Mari og Andreassen Devik (2024) *Kunnskap om tiltak som kan bidra til økt tverrfaglighet i omsorgstjenesten*. Tilgjengelig: <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/handle/11250/3161778>

[98] Sykepleien (2019) *Tverrprofesjonell samarbeidslæring økte bevisstheten om egen profesjon*. Tilgjengelig: <https://sykepleien.no/forskning/2019/06/tverrprofesjonell-samarbeidslæring-okte-bevisstheten-om-egen-pro>

[99] 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>

[100] Bråten, Ketil og Yssen, Selma (2024) *Ledelse for tjenesteutvikling og bedre nyttiggjøring og utvikling av personell uten helse- og sosialfaglig bakgrunn*. Tilgjengelig: [Ledelse for tjenesteutvikling og bedre nyttiggjøring og utvikling av personell uten helse- og sosialfaglig bakgrunn Fafo-rapport | Fafo-rapport 2024:16](#)

[101] Helsedirektoratet (2021) *Gevinstrealiseringsrapport. En kunnskapsoppsummering fra Nasjonalt velferdsteknologiprogram*. Tilgjengelig: [Gevinstrealiseringsrapporter – Nasjonalt velferdsteknologiprogram \(helsedirektoratet.no\)](#)

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

[103] Regjeringen.no (2021) *Kartlegging av teknologi, innovasjon og entreprenørskap i helsefaglig høyere utdanning i Norge*. Tilgjengelig: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/kartlegging-av-teknologi-innovasjon-og-entreprenorskap-i-helsef>

[104] Sykepleien (2024) *Helseutdanningene må tenke nytt om digital kompetanse*. Tilgjengelig: <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2024/01/helseutdanningene-ma-tenke-nytt-om-digital-kompetanse>

[105] Sykepleien (2023) *Hva slags teknologisk og digital kompetanse skal sykepleiere ha?* Tilgjengelig: <https://sykepleien.no/meninger/2022/12/hva-slags-teknologisk-og-digital-kompetanse-skal-sykepleiere-ha>

Ledelse

I denne rapporten har vi pekt på viktigheten av at kommunene foretar grundige tjeneste- og bemanningsanalyser før de legger nye bemanningsplaner. Dette fordrer ledere med analysekompetanse, forståelse og samarbeid med overordnet ledelse, støttefunksjoner og partssamarbeidet. Dette er et arbeid som krever løpende evalueringer, oppdateringer og justeringer i tråd med definerte pasient- og brukerbehov, personelltilgang og økonomiske rammebetingelser. Statsforvalterne rapporterer at stimulering i form av tilskudd betyr mye for både fagutvikling og kompetanseheving for ledere og ansatte i kommunene.

Ledelse er en viktig strategi for å oppnå formålet i Kompetanseløft 2025. Spesielt ledere i førstelinjen står overfor mange ulike oppgaver og forventninger og skal sørge for tilstrekkelig mange ansatte med riktig kompetanse som kan sikre gode helse- og omsorgstjenester. Ledelse av kommunale hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester er omfattende, utfordrende og komplekst. Viktige elementer i ledelsen er ansattoppfølging, koordinering og faglig ledelse. Det vil være behov for lederstøtte og en styrking av lederrollen [106].

For nødvendig omstilling av helse- og omsorgstjenesten bør ledelse og organisering samlet sett skape en kultur og et arbeidsmiljø som gir rom for nytenkning. Særlig nye måter å jobbe på, oppgavedeling og tverrfaglighet i personellgruppen blir viktige grep i verktøykassen, jf. kap. 5.4.

Over halvparten av de spurte sykepleierlederne i en spørreundersøkelse hadde en form for formell lederkompetanse. Den nasjonale lederutdanning for primærhelsetjenesten, samt den nye, digitale lederutdanningen for ledere i kommunal helse- og omsorgstjeneste er samlet sett viktige bidrag for å støtte tjenestene med nødvendig kompetanseheving av ledere.

Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten:

Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten ble etablert i 2015 og tilbys ved Handelshøgskolen BI. Målgruppen er ledere i den kommunale og fylkeskommunale helse- og omsorgstjenesten. Utdanningen tilsvarer 30 studiepoeng på mastergradsnivå. Det er god søknad til studiet.

Utfordringer i helse- og omsorgssektoren gir økende behov for endringskompetanse hos ledere. Studentene trenes i å praktisere ledelse i komplekse organisasjoner, som gjør det mulig å nå målene om kvalitet for pasient og brukere og samtidig effektiv ressursutnyttelse.

Lederutdanningen for primærhelsetjenesten utdanner handlekraftige og kompetente ledere for helse- og omsorgstjenesten

Figur I: Faktaboks Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten.

Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten er et tiltak i strategiområde *Ledelse, samhandling og planlegging* i Kompetanseløft 2025. Gjennom Handelshøyskolen BI *Master of Management-programmet* tilbys Nasjonal lederutdanning. Fra høsten 2022 består dette av to programmer, henholdsvis Helseledelse og Ledelse av tjenesteutvikling. I begge programmene er ledelse og innovasjon for den kommunale og fylkeskommunale helse- og omsorgssektoren gjennomgående temaer. Målgruppen er ledere med personal- og økonomiansvar. Helseledere som deltar på programmet 2023/2024 har, som tidligere år, variert utdanningsbakgrunn, de kommer fra ulike deler av landet, ulike deler av primærhelsetjenesten, har lederansvar på ulike nivåer og har ulik ansiennitet. Leger som har søkt ble fordelt mellom de fire klassene i helseledelse. Det er stort ønske fra ledere i primærhelsetjenesten å få plass på studiene og ventelisten er lang. Søkertallene fra ledere i kommunal helse- og omsorgstjeneste har holdt seg stabilt høyt gjennom hele perioden 2015-2023. Dette er et viktig kompetansetiltak for ledere i primærhelsetjenesten.

[106] 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>

Rekruttere, utvikle og beholde personell

Helsedirektoratet har foretatt flere utredninger knyttet til behovet for kliniske videreutdanninger for å sikre bredde- og generalistkompetanse både i primær- og spesialisthelsetjenesten. For sykepleiere er det som kjent innført offentlig spesialistgodkjenning i klinisk allmennsykepleie som et virkemiddel blant annet for å rekruttere og beholde sykepleiere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Denne kombinasjonen av generalist- og spesialistkompetanse har vist seg å være en brobygger mellom omsorgstjenesten, allmennlegetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Utdanningen er et viktig supplement til oppgavedeling i regi av blant annet Tørn-programmet, og for bedre samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Forskning viser at den kompetansen en AKS-sykepleier innehar kan bidra til færre innleggelser og økt kvalitet i hjemmetjenesten gjennom veiledning og aktiv oppfølging av hjemmeboende pasienter (jf. kap. 5.4). Den generalistkompetansen AKS-sykepleiere innehar har også vist seg særlig viktig for å yte kvalitativt gode tjenester i distrikt[107].

Master i klinisk allmennsykepleier (AKS)

Klinisk spesialist i allmennsykepleie er en masterutdanning med egen spesialistgodkjenning. Under utdanningen tilegner sykepleieren seg avansert kunnskap og klinisk breddekompetanse. En Klinisk allmenn sykepleier gir sykepleie, omsorg og behandling til pasienter med akutte vanlige helseproblemer og oppfølging av pasienter med sammensatte lidelser og komplekse behov. De fungerer på tvers av kommunens virksomheter i helse- og omsorgstjenesten, og har hovedfokus på å hindre sykehusinnleggelser og bidra til at pasienter kan bo lengst mulig hjemme.

En klinisk allmennsykepleier skal arbeide med å koordinere helhetlig avansert klinisk sykepleie gjennom samarbeid med legetjenesten, sykepleietjenesten og øvrige faginstanser. I dette inngår også undervisning, veiledning og støtte til brukere og pårørende utfra helsetilstand og diagnoser, samt veiledning og refleksjon sammen med annet helsepersonell.

Klinisk allmennsykepleier arbeider både i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.

Figur 1: Faktaboks Master i klinisk allmennsykepleie[108]

Det må bli mer attraktivt å jobbe i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Gjennom denne rapporten har vi pekt på behovet for tilpassede og sammensatte innsatser for å sikre riktig bemanning og kompetanse i tjenestene. Helsedirektoratet mener det er viktig å satse på kompetente ledere, oppgavedeling kombinert med økt kompetanse og tilrettelegging for livslang læring gjennom strategisk kompetansearbeid. Utvikling av generalister som kan få mulighet til å ta videreutdanning og spesialisere seg på fagområder tjenesten har spesifikt behov for, vil også være viktig. For å realisere dette på nasjonalt nivå, så forutsettes det blant annet tverrsektorielt samarbeid mellom utdannings- og helsesektor.

Å ta i bruk teknologi og digitale verktøy i helse- og omsorgstjenesten medfører endringsprosesser og kompetansebehov for å implementere nye løsninger og arbeidsmåter. Digitale verktøy for helsepersonellet kan bidra til å øke attraktiviteten i arbeidssituasjonen, gjennom blant annet å gi god beslutningsstøtte og styrke pasientsikkerheten.

[107] Nasjonalt senter for distriktsmedisin (2023) *Rekruttere og beholde sykepleiere i distriktskommuner. En kunnskapsoppsummering*. Tilgjengelig: <https://www.nsd.mn.no/old/wp-content/uploads/2023/02/Kunnskapsoppsummering-rekruttere-og-beholde-syk>

[108] Statsforvalter i Vestfold og Telemark (2022): Samhandling i primærhelsetjenesten Tilgjengelig: <https://www.statsforvalteren.no/siteassets/fm-vestfold-og-telemark/helse-omsorg-og-sosial/2022-samlemapi>

Tilrettelegge for praksis- og lærlingeplasser i eget distrikt

Positive erfaringer fra praksisperioder i kommunene kan være rekrutterende med tanke på framtidig arbeidsforhold[109]. Studentene fremhever som viktig at veiledere har kompetanse på læringsmål og krav til praksis i aktuelt utdanningsprogram. Veiledere må videre kjenne til ulike systemer som brukes for å planlegge, gjennomføre, dokumentere og evaluere studenten i praksis.

Helsepersonellkommisjonen skriver om koblingen mellom rekruttering og praksisplasser, og Helsedirektoratet mener dette bør fremheves enda sterkere. Kommuner og spesialisthelsetjeneste har svært ulike juridiske og økonomiske premisser for gjennomføring av praksis for studenter.

Helsedirektoratet mener fortsatt at det må etableres en praksiskoordinatorfunksjon i kommunen[110]. Formål med funksjonen er å opparbeide og systematisk tilrettelegge for kvalitetssikrede praksisplasser i samarbeid med praksiskoordinatorfunksjonen i utdanningssektoren. Dette er et sentralt og viktig rekrutteringstiltak for helse- og omsorgstjenestene i kommunene. En praksiskoordinator vil også ha et særskilt fokus på å utvikle og øke veilederkompetansen i omsorgstjenesten, og tilrettelegge for flere praksisplasser i tjenesten. Helsedirektoratet kjenner til at det i minst to regioner er planlagt prosjekter der kommuner tester ut praksiskoordinatormodellen for bedre veiledning og praksis i kommunene.

Helsedirektoratet mener at det bør satses systematisk på kvalifisering av flere praksisveiledere som tar på seg den viktige oppgaven med opplæring av studenter og lærlinger i helse- og omsorgstjenesten. Fagressurser bør inspireres til å ta utdanning i veilederkompetanse. Dette kan potensielt øke kapasiteten på praksisplasser. Ved å utdanne flere praksisveiledere, kan kvalitet på veiledningen også styrkes.

Helsedirektoratet fremhever også viktigheten av å tenke kombinasjoner av tiltak. Det kan for eksempel være 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.

Manglende tilgang til lærlingeplass ser ut til å ha stor innvirkning på om elever fullfører yrkesfaglig opplæring. Dette gjelder for alle elever. Behov for økt satsing på lærlingeplasser for yrkesfag innen helse- og sosialfag er et sentralt poeng[111]. Styrking av statlige og regionale incentivordninger som kan støtte opp under flere lærlingeplasser i kommunene kan være et viktig grep[112].

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

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

[111] Bråten, Ketil og Yssen, Selma (2024) *Ledelse for tjenesteutvikling og bedre nyttiggjøring og utvikling av personell uten helse- og sosialfaglig bakgrunn*. Tilgjengelig: [Ledelse for tjenesteutvikling og bedre nyttiggjøring og utvikling av personell uten helse- og sosialfaglig bakgrunn Fafo-rapport | Fafo-rapport 2024:16](#)

[112] Helsedirektoratet (2022) *Rapport Utrede etablering av praksiskontor*. Tilgjengelig: [Utrede etablering av praksiskontor \(helsedirektoratet.no\)](#)

