

Kompetanseløft 2020

Personell og kompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene
– utviklingstrekk og status 2019



Innhold

Forord	3
1. utfordringer og muligheter i kommunal helse- og omsorgstjeneste.....	5
1.1 Ledelse som premissleverandør	5
Lederutdanning og lederkompetanse i tjenestene	6
Ledelse og kompetanseplanlegging	8
1.2 Høyt sykefravær i tjenestene	8
1.3 Høy turnover og lav avgangsalder	11
1.4 Mange deltidsansatte, dårlig ressursutnyttelse.....	14
1.5 Mange ufaglærte og små fagmiljø.....	16
2. Personell i kommunal helse- og omsorgstjeneste.....	20
2.1 Endringer i mottakergruppen og framskrevet behov for kompetanse.....	20
Mottakernes bistandsbehov	21
Mottakernes alder	22
2.2 Utvikling i årsverk og sysselsatte	23
Ufaglærte	24
Sykepleiere.....	25
Ernæringsfysiologer og kokker	26
Legeårsverk.....	27
Fysioterapeuter.....	29
2.3 Personellutvikling i deltjenestene.....	29
Årsverk i omsorgstjenestene	30
Tilrettelagte boliger for personer med utviklingshemming.....	32
Helsestasjons- og skolehelsetjenesten.....	34
Psykisk helse- og rustjenester	36
2.4 Kjønn, alder og innvandringsbakgrunn.....	39
Menn i kommunal helse- og omsorgstjeneste	39
Personell over 55 år	43
Helsepersonell med innvandringsbakgrunn	44
3. Utdanning og tilgang på personell	48
3.1 Utdanningstrender innenfor helse- og sosialfag	49
Utdanning på videregående nivå (VG)	49
Høyere utdanning.....	50
3.2 Autorisasjon av personell	51
4. Helsedirektoratets vurdering	53

Forord

Kompetanseløft 2020 er regjeringens handlingsplan for kvalitet og kompetanse i kommunal helse og omsorgstjeneste, og omfatter strategier og ulike tiltak, herunder ulike tilskuddsordninger, for planperioden 2016 til og med 2020. Denne rapporten omhandler kompetanse- og personellsituasjonen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene frem til 2019.

Kompetent personell utgjør grunnmuren i helse- og omsorgstjenesten og er en forutsetning for kvalitet i tjenestene og i arbeidet som skal utføres. Brukere og pasienter skal møtes av kompetente fagfolk som har oppdatert kunnskap og ferdigheter i sin yrkesutøvelse. Gjennom Helsedirektoratets arbeid med Kompetanseløft 2020 og tidligere nasjonale kompetanse- og rekrutteringsplaner har utfordringene knyttet til personell og kompetanse i kommunene blitt tydeliggjort. Utfordringene i helse- og omsorgstjenesten, og især i de ulike omsorgstjenestene, har over tid vært preget av høyt sykefravær, høy turnover, deltidspromblematikk og høy andel ufaglærte. Selv om personell- og kompetansesituasjonen i de kommunale helse og omsorgstjenestene er preget av store utfordringer, finnes det samtidig et betydelig potensial og mulighetsrom i det videre arbeidet. Fremtidens helse- og omsorgstjeneste må være tilpasset innbyggernes behov for behandling, rehabilitering, habilitering og omsorg.

I rapporten blir den kommunale helse- og omsorgstjenestens utfordringer og utviklingsmuligheter presentert i kapittel 1, og det diskuteres blant annet hvordan ledelse og strukturelle forhold påvirker. Kapittel 2 omhandler statistikk knyttet til årsverk og sysselsatte, mens kapittel 3 presenterer utdanningsstatistikk.

1. utfordringer og muligheter i kommunal helse- og omsorgstjeneste

I arbeidet med Kompetanseløft 2020 har Helsedirektoratet identifisert fire hovedutfordringer i kommunal helse- og omsorgstjeneste: deltidspromblematikk, mange ufaglærte, høyt sykefravær og høy turnover. Ledelse har sterk sammenheng med utfordringene. I all hovedsak rammer utfordringene omsorgstjenestene, da disse tjenestene står for 90 prosent av personellressursene i hele den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Tross omfattende utfordringer, ligger det store muligheter for endring, utvikling og forbedring på disse områdene. Tjenestene utfordres også av endringer i oppgavedeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste, og endringer i pasientenes sykdomsbilde og bistandsbehov. I tillegg skal tjenestene håndtere større kriser, slik pandemien i 2020 er et eksempel på. Utfordringene fordrer både personell med god breddekompetanse og med mer spesialisert kompetanse, men også ledere med stor faglig innsikt og sterk evne til å lede.

Tilstrekkelig personell med riktig kompetanse er en forutsetning for å kunne tilby forsvarlig helsehjelp, men er krevende å innfri på grunn av dagens hovedutfordringer. Det er av den grunn helt nødvendig å jobbe målrettet med utfordringene knyttet til sykefravær, turnover, ufaglærte og deltidarbeid, slik at tjenestene blir mer attraktive for fagpersonell.

1.1 Ledelse som premissleverandør

Utfordringsbildet i helse- og omsorgstjenestene er omfattende og komplekst, og det krever kompetente ledere til å gjennomføre nødvendige endringer og tiltak. Ledere i kommunale helse- og omsorgstjenester må gis rom og rammer for å lede, slik at deres rolle ikke begrenses til administrative oppgaver. Rekruttering av ledere er i så måte av avgjørende karakter, da tjenesten i dag er avhengig av ledere med kunnskap, engasjement og forpliktelse til det å lede. Lederrollen er svært kompleks, og det finnes ingen enkel oppskrift på å lede i en utfordret virksomhet. Det bør understrekes at rammene ledere forventes å lede under også påvirker utfallet av deres tiltak og strategier.

Lederskap påvirker sykefravær og turnover, og må ses i lys av arbeidsmiljøforskning, der berikelsesperspektivet og belastningsperspektivet synes viktig. Jobbtilfredshet, forpliktelse og engasjement fungerer som buffer mot stress, men både sykefravær og turnover er komplekse og flerdimensjonale fenomen. På en moderne arbeidsplass er tilstedeværelse av de positive faktorene stadig viktigere for at virksomheten skal oppfattes som en attraktiv arbeidsplass¹.

¹ Kaufmann & Kaufmann (2015) *Psykologi i organisasjon og ledelse*, Fagbokforlaget.

Ledelse og kultur er et av tiltaksområdene i Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring². Endring og forbedring er krevende å få til i praksis, og fordrer konstant oppmerksomhet og tett lederoppfølging. Det forutsetter samtidig en kultur preget av åpenhet, hvor feil og uønskede hendelser anses som en kilde til læring og forbedring, og hvor erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende blir innhentet og tatt i bruk. Ledelse og kultur er også avgjørende for å endre de fire hovedutfordringene, som tidligere presentert. Det er hevdet at ledere er de viktigste kulturskaperne i organisasjoner. Ledere har stor makt, og gjennom sine virkelighetsoppfatninger påvirker de organisasjonskulturen. Helsedirektoratet vil av den grunn i det følgende peke på mulige sammenhenger mellom ledelse, kultur og utfordringene den kommunale helse- og omsorgstjenesten står ovenfor.

Lederutdanning og lederkompetanse i tjenestene

Gjennom Kompetanseløft 2020 og tilbudet om nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten, har det vært en satsning på økt kompetanse for ledere i kommunale helse- og omsorgstjenester og i fylkeskommunale tannhelsetjenester. Rambøll har på oppdrag fra Helsedirektoratet gjennomført flere evalueringer av den nasjonale lederutdanningen for primærhelsetjenesten ved BI³. Evalueringene av lederutdanningen viser at utdanningen gir deltakerne økt kunnskap og ferdigheter, og har styrket deltakerne i deres lederroller.

I tillegg til nasjonal lederutdanning finnes det mange andre utdanninger innenfor ledelse. KS presenterer statistikk over 11 180 ledere og deres generelle utdanningsnivå, og det fremkommer at tre av fire ledere har høyere utdanning, minimum bachelor. Datasettet fra KS viser høyeste utdanningsnivå, slik at tilleggsutdanning i ledelse på masternivå ikke fremkommer dersom graden masterutdanning ikke er oppnådd. Personen vil da være registrert med bachelor som høyeste utdanningsnivå. Datasettet sier heller ikke noe om spesifikk fagutdanning, kun om utdanningen er helsefaglig, juridisk, samfunnsvitenskapelig eller lignende. I statistikken fremkommer det også at ledere i kommunale helse- og omsorgstjenester er fordelt med 3 155 (28 %) ledere i institusjonsbaserte tjenester, 4 229 (38 %) i hjemmebaserte tjenester og 3 796 (34 %) i andre helsetjenester.

Tiltak i Kompetanseløft 2020: Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten

Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten skal bidra til å styrke ledere til å gjennomføre nødvendig omstilling og utvikling. Utdanningen tilbys av Handelshøyskolen BI. Over 1000 ledere vil ha gjennomført utdanningen innen våren 2021. Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten vil bli tilbudt for en ny periode fra høsten 2021. For mer informasjon om lederutdanningen, se <https://www.bi.no/studier-og-kurs/kurs/masterprogram/helseledelse/>.

² Helsedirektoratet (2019) *Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019–2023*.

³ Rambøll Management Consulting (2017) *Evaluering av utdanningstilbudet Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten*.

For å kartlegge den formelle lederkompetansen til ledere i kommunal helse- og omsorgstjeneste, ble Rambøll våren 2020 gitt i oppdrag å supplere statistikken fra KS med egne undersøkelser for å gi et anslag over hvor stor andel av lederne som har formell lederkompetanse. Formell lederkompetanse er i denne sammenheng definert som lederutdanning på minimum 30 studiepoeng. Rambøll har innhentet opplysninger fra 47 kommuner. Med dette er utdanningsnivå i ledelse kartlagt blant 1 707 ledere, tilsvarende 15 % av alle ledere i kommunal helse- og omsorgstjeneste⁴. Av utvalget til Rambøll fremgår det at 50 prosent av lederne har minimum 30 studiepoeng i ledelse eller mer.

Rambøll har også kartlagt lederkompetanse på deltjenestenivå, og fant store forskjeller målt etter formell lederkompetanse. Kun 25 prosent av ledere i *institusjon* har formell lederutdanning på minst 30 studiepoeng, mens resultatet er omvendt for ledere i kategoriene *helsetjenester* og *hjemmebaserte tjenester*, der henholdsvis 75 prosent og 80 prosent av lederne har formell lederutdanning på minst 30 studiepoeng. Dette tyder på at manglende formell lederkompetanse er særlig omfattende i sykehjem, institusjoner og døgnbemannede boliger.

Funnene fra kartleggingen av lederkompetanse bør brukes aktivt i det strategiske arbeidet med lederutvikling for å møte utfordringer i helse- og omsorgstjenesten med hensyn til sykefravær, turnover, deltidsproblematikk og manglende kompetanse/ufaglærte. Institusjonsbaserte tjenester som blant annet sykehjem har et særlig stort behov for styrket lederkompetanse framover.

Lederspenn

Stort lederspenn har sammenheng med lavere jobbgasjement, lavere prestasjon, lavere jobbtilfredshet og høyere turnover. Det er av den grunn problematisk at lederspennet i kommunal helse- og omsorgssektor er svært høyt, slik som blant annet rapporten til NORCE⁵ peker på. Denne rapporten finner også sammenheng mellom lederspenn og sykefravær⁶.

Ledere i helse- og omsorgstjenesten har ansvar for svært mange ansatte blant annet på grunn av deltidsbruken i tjenestene, og kan dermed risikere å bruke stor del av sin arbeidsdag til administrasjon. Dette utgjør i seg selv en lederutfordring. Samtidig er det forventet at ledere i kommunale tjenester blant annet skal initiere og lede større endringer for å møte befolkningens behov for tjenester. Stort lederspenn kan på den måten hindre arbeidet med å gjennomføre nødvendige endringer og innovasjon i sektoren.

⁴ Bergen kommune står for ca. 25 prosent av alle ledere som er definert innen institusjonsbaserte og Oslo kommune inngår ikke datasettet.

⁵ Holte m.fl. (2020) *Leiarspenn og organisering. Samanhengar med sjukefravær og turnover*. NORCE 2020.

⁶ Tjenestene som inngår i utvalget: grunnskole, barnehage, sykehjem, hjemmetjeneste, bolig for psyk. utviklingshemmede og SFO.

Ledelse og kompetanseplanlegging

Helse- og omsorgstjenesten er den største sektoren i kommunen og har grunnleggende betydning for befolkningens helse og velferd. Det er nødvendig med politisk vedtatte kommuneplaner som omfatter tiltak for å møte de store utfordringene framover, som rekruttering av helsepersonell med rett kompetanse. Rambølls rapport om strategisk kompetanseplanlegging i kommunene⁷ viser blant annet at de kommunene som lykkes med rekruttering og kompetanseheving har god oversikt over personell og kompetanseutfordringer, og at ledere har en avgjørende rolle som kulturskapere. Samtidig viser Rambøll (ibid), og evalueringsrapportene av Kompetanseløft 2020 fra Sintef, NIFU og NIBR^{8,9} at det foregår ulike former for kompetanseplanlegging på ulike nivåer i helse- og omsorgstjenesten, men at få planer er politisk behandlet. Utfordringsbildet er dermed ikke er godt nok kjent for lokalpolitikere.

1.2 Høyt sykefravær i tjenestene

Statistikk fra SSB viser at samlet sykefravær i Norge i 2019 var i underkant av 6 prosent¹⁰, mens sykefraværet i kommunene var høyere, med nesten 9 prosent¹¹. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten hadde i overkant av 11 prosent sykefravær i 2019, og sykefraværet er stadig en sentral del av utfordringsbildet for kommunene. Det er høyt sykefravær også i andre kommunale sektorer, inkludert fylkeskommuner, men kun barnehagesektoren har høyere sykefravær¹¹ (12 prosent) enn helse- og omsorgssektoren i kommunene. Til sammenligning var sykefraværet i undervisningssektoren 5,7 prosent. Statistikk fra SSB og KS viser at helse- og sosialtjenestene har betydelig høyere sykefravær (egenmeldt og legemeldt) enn samtlige andre næringer. En rekke faktorer kan påvirke sykefraværet, blant annet arbeidsmiljø og arbeidsbelastning, herunder turnusarbeid. Noe sykefravær er normalt og må påregnes, men med et så høyt sykefravær som det er i dagens kommunale helse- og omsorgstjeneste, går mange ressurser og mye kompetanse tapt. Det er med dette et betydelig potensial i å begrense sykefraværet i tjenesten.

Helseplager og sykefravær øker med økende alder. Dette kan ha særlig innvirkning på sykefraværet til helsefagarbeidere, da gruppen i stor grad består av godt voksne kvinner (se kapittel 2.4). Nedbemanning, vakanser og høy turnover, samt omfanget av turnusarbeid kan også øke sannsynligheten for sykefravær¹².

⁷ Rambøll Management Consulting (2018) *Strategisk kompetanseplanlegging i kommunene*.

⁸ Grut m.fl. (2019) *Evalueringsrapport av Kompetanseløft 2020, delrapport I, del II*.

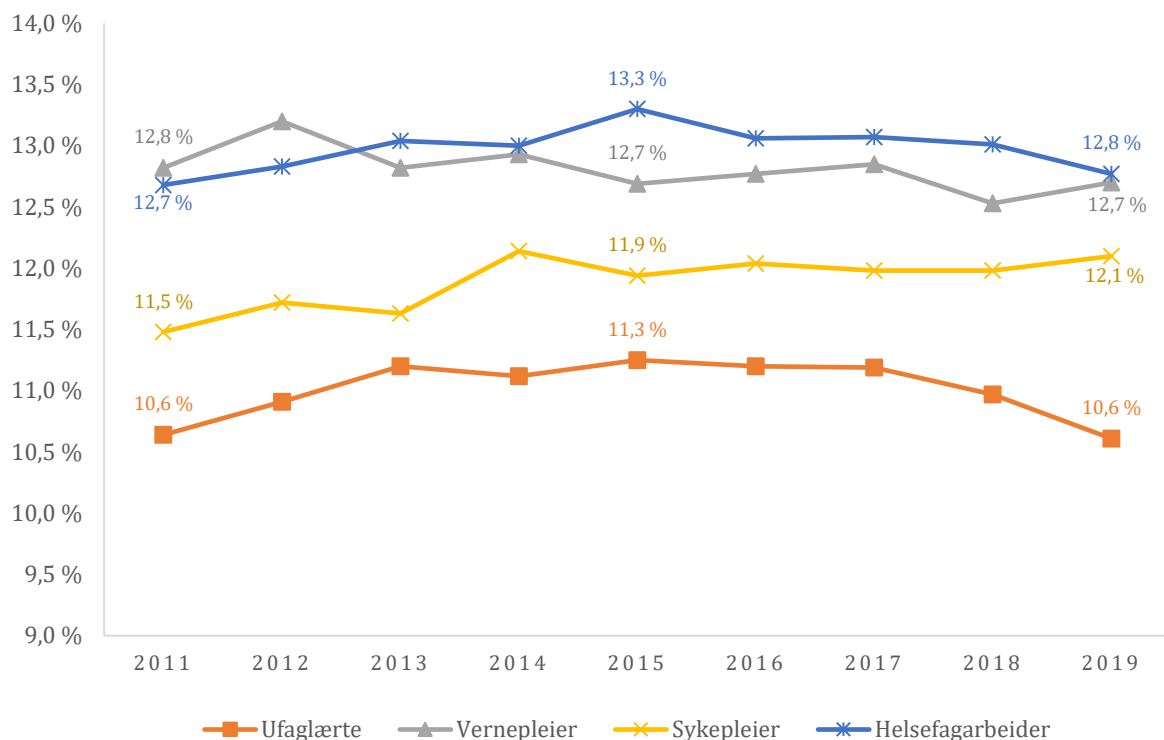
⁹ Nesje m.fl. (2018) *Evalueringsrapport av Kompetanseløft 2020 Første delrapport 2018*.

¹⁰ SSB. *Sykefraværprosent for lønnsstakere 16-69 år, etter type sykefravær og næring*. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/sykefratrot/>

¹¹ KS. *Sykefraværstall for kommuner og fylkeskommuner*. Tilgjengelig fra: <https://www.ks.no/fagomrader/statistikk-og-analyse/fravar/sykefravarstall-for-kommuner-og-fylkeskommuner/>

¹² Helsedirektoratet: *Nasjonale kvalitetsindikatorer: Sykefravær i de kommunale helse- og omsorgstjenestene*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/sykefravær-i-de-kommunale-helse-og-omsorgstjenestene>

Figur 1: Sykefravær* i kommunal helse- og omsorgstjeneste, 2011-2019



Merk at y-aksen starter på 9 prosent. Ufaglærte er definert som ansatte uten helse- eller sosialfaglig utdanning. Se kapittel 2.2.
*Inkluderer både legemeldt- og egenmeldt fravær.

Kilde: spesialbestilte data fra KS' PAI-register.

Høyt sykefravær har betydning for mottakerens opplevelse av kontinuitet i tjenesten. Figur 1 viser at sykefraværet har gått opp eller holdt seg stabilt for ufaglærte, vernepleiere, sykepleiere og helsefagarbeidere fra 2011 til 2019. Helsefagarbeidere har hatt høyest sykefravær med 13,3 prosent i 2015. Sykefraværet for sykepleiere har økt fra 2011 til 2019, med høyest fravær på 12,1 prosent i 2014 og 2019. Sykefraværet for ufaglærte ligger noe lavere enn for de andre gruppene, og har hatt en nedgang i løpet av de siste fire årene.

Tabell 1: Sykefravær i kommunal helse- og omsorgssektor etter stillingstittel og deltjeneste, 2019

	Hjemmetjeneste	Bolig for psykisk utviklingshemmede	Alders- og sykehjem	Andre tjenester	Totalt
Ufaglærte*	9,7 %	9,2 %	8,6 %	11,8 %	10,6 %
Vernepleiere	13,8 %	12,6 %	13,8 %	11,8 %	12,7 %
Sykepleiere	12,3 %	12,4 %	12,4 %	11,3 %	12,1 %
Helsefagarbeider	13,3 %	12,5 %	12,3 %	12,9 %	12,8 %
Andre grupper	9,2 %	10,0 %	7,7 %	10,1 %	9,8 %
Alle stillinger	11,8 %	11,3 %	11,4 %	11,0 %	11,3 %

* Ufaglærte er definert som ansatte uten helse- eller sosialfaglig utdanning. Se kapittel 2.2 for mer informasjon.

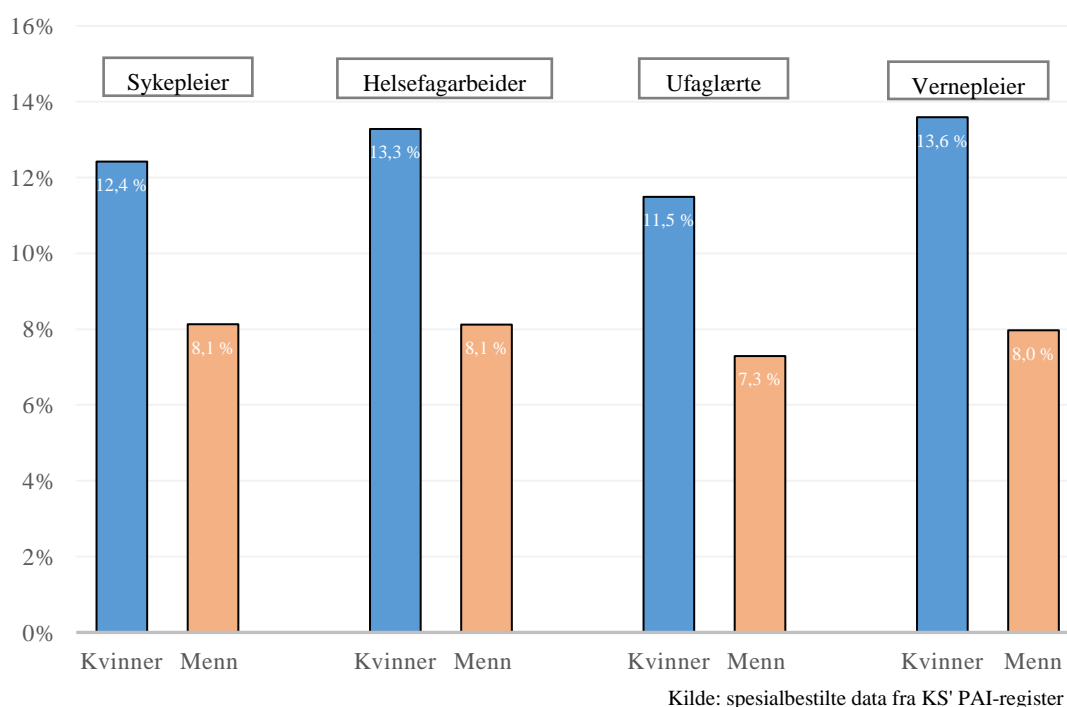
Kilde: spesialbestilte data fra KS' PAI-register

Som det fremgår av tabell 1 med data fra KS' PAI-register, var det samlede sykefraværet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten i 2019 på 11,3 prosent. Ser man på tallene for stillingsgrupper

er bildet mer nyansert. Det er jevnt høyt sykefravær i alle deltjenester, med noe lavere fravær i *andre tjenester*. Tall fra SSB med legemeldt fravær viser at deltjenester innen omsorgstjenestene har høyest sykefravær. Dette kan trolig forklares med større arbeidsbelastning relatert til turnusarbeid sammenlignet med andre deltjenester i helse- og omsorgstjenesten der man har ordinær arbeidstid.

Figur 2 viser at det er store forskjeller mellom kvinners og menns sykefravær, noe som i stor grad kan forklares med at kvinner generelt har høyere sykefravær enn menn. Forskjellen er størst for vernepleiere, der det er hele 5,6 prosentpoeng forskjell i sykefraværet mellom menn og kvinner.

Figur 2: Sykefravær i kommunal helse- og omsorgstjeneste etter kjønn, 2019



Ved å sammenligne sykefravær i helse- og omsorgstjenestene med fravær i kommunenes tjenester for øvrig, tegnes et tydelig bilde av det vi her omtaler som et *overfravær* i kommunale helse- og omsorgstjenester. Særlig er overfraværet betydelig blant menn i kommunal helse- og omsorgstjeneste, der fraværet er vesentlig høyere enn blant menn i øvrig kommunal sektor. Dette illustreres i tabell 2, og tallene viser hvor mye *mer* prosentvis fravær de ulike yrkesgruppene har sammenlignet med resten av kommunesektoren.

Som det fremgår av tabell 2 har menn i den kommunale helse- og omsorgssektoren 23,3 prosent *mer fravær* enn menn i øvrige deler av kommunal sektor. Tilsvarende andel for kvinner er 10,1 prosent. Samlet sett har kvinner og menn i den kommunale helse- og omsorgstjenesten 17,9 prosent mer fravær enn ansatte i andre sektorer i kommunen. Dette kan indikere at det er egenskaper ved selve arbeidet,

arbeidsforholdene og organisasjonskulturen som påvirker fraværet i tjenestene. Det er behov for mer kunnskap om overfraværet slik at det kan jobbes målbevisst med bakenforliggende forhold og årsaker.

Tabell 2: Overfravær i kommunal helse og omsorgstjeneste, 2019

	Kjønn	Differanse i sykefravær sammenlignet med øvrig kommunal sektor
Sykepleier	Kvinner	15,3 %
	Menn	41,6 %
	Kvinner og menn	26,8 %
Helsefagarbeider	Kvinner	23,3 %
	Menn	41,5 %
	Kvinner og menn	33,9 %
Ufaglærte*	Kvinner	6,7 %
	Menn	27,0 %
	Kvinner og menn	11,2 %
Vernepleiere	Kvinner	26,2 %
	Menn	38,9 %
	Kvinner og menn	33,1 %
Alle stillinger i utvalget	Kvinner	10,1 %
	Menn	23,3 %
	Kvinner og menn	17,9 %

* Ufaglærte er definert som ansatte uten helse- eller sosialfaglig utdanning. Se kapittel 2.2 for mer informasjon.

Kilde: spesialbestilte data fra KS' PAI-register

Bryter man tallene ned på yrkesgruppe er kjønnsforskjellene enda større. Mannlige sykepleiere, vernepleiere og helsefagarbeidere har om lag 40 prosent mer fravær enn menn i øvrige deler av kommunal sektor, mens bildet er mer nyansert blant kvinner. Kvinnelige sykepleiere har også mer sykefravær enn andre kvinner i kommunal sektor, men "kun" 15,3 prosent mer fravær. Kvinnelige helsefagarbeidere og vernepleiere har derimot vesentlig mer fravær enn andre kvinner i kommunal sektor. Forskjellen er likevel betydelig mindre enn blant menn i de samme yrkene. Tilsvarende er det også store kjønnsforskjeller i de ulike deltjenestene. Dette indikerer at kjønnsforskjellene alene ikke forklarer høyere fravær i disse yrkene, og at det kan være egenskaper ved selve arbeidet og arbeidsmiljøet som påvirker sykefraværet.

1.3 Høy turnover og lav avgangsalder

Turnover kan beskrives som frivillig avgang fra en stilling, arbeidsplass eller tjenestested, avhengig av hva man måler. Det vil alltid være turnover i en virksomhet, og noe utskiftning er også gunstig for både den enkelte arbeidstaker og virksomhet. At ansatte opparbeider seg erfaring fra ulike tjenestemråder har for eksempel verdi for kompetanseutviklingen. Likevel er høy turnover kostbart, og utskiftningene kan også påvirke brukerne og kvaliteten i tjenesten negativt.

Vi har begrenset informasjon om årsaken til turnover i kommunal helse- og omsorgstjeneste, men lav arbeidsglede og manglende jobbengasjement er generelt sett assosiert med høy turnover i helse- og omsorgsykker¹³.

I statistikk fra KS er turnover rapportert på to nivå, der individet enten går ut av kommunesektoren i sin helhet eller ut av den enkelte virksomheten. Når man snakker om turnover i form av å slutte i *kommunesektoren* omfatter dette helsepersonell som var ansatt i en stilling i kommunen ett år, men som ikke var ansatt i kommunesektoren året etter. Turnover i form av å slutte i *virksomheten* favner bredere, og vil for eksempel inkludere helsepersonell som bytter jobb innenfor samme kommune, bytter jobb til en annen kommune eller slutter i kommunen i sin helhet. Det vil hovedsakelig bli referert til turnover fra virksomheten i den videre teksten, siden dette viser det reelle antallet som slutter på en arbeidsplass fra år til år. Mange jobbskifter innad i den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan gi mindre stabilitet, noe som i seg selv kan bidra til turnover og utfordringene som følger med.

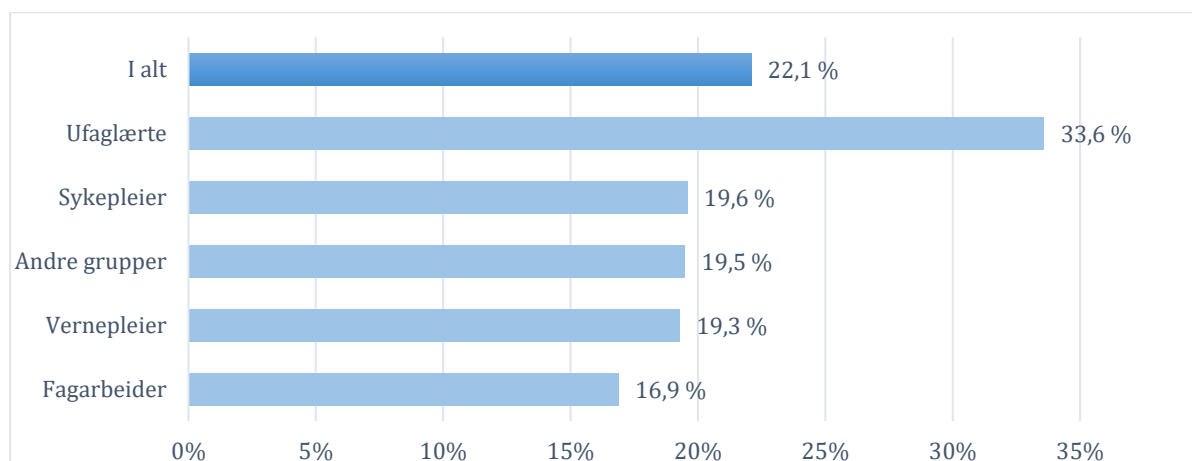
Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) gjorde i 2016 en kartlegging¹⁴ av underbemanning i hjemmesykepleien og sykehjem blant sykepleiere. Av undersøkelsen fremgikk det at så mange som 28 prosent av sykepleierne ønsket å skifte jobb, og kun 42 prosent var sikre på at de *ikke* ville bytte jobb. 30 prosent var usikre. Av de som ønsket å slutte eller var usikre på om de ville skifte jobb, oppga 27 prosent at de ønsket jobb på sykehus. Av de som ønsket å bytte jobb eller var usikre, oppga hele 33 prosent at de ønsket seg arbeid *utenfor* tjenestene hjemmesykepleie, sykehjem, sykehus, helsestasjon og kommuneadministrasjon. De ble ikke spurt hvor de ønsket å jobbe, men disse tjenestene utgjør i all hovedsak alle tjenester i helse- og omsorgstjenesten, og kan bety at de ønsker seg ut av tjenestene de har tatt sin sykepleierutdanning for å arbeide innenfor. Analysene viser en klar og signifikant sammenheng mellom mangel på sykepleiere (rekrutteringsutfordringer og problem med høyt fravær) og arbeidsmiljø. Statistikken som presenteres om turnover i rapporten fra NOVA er i stor grad sammenfallende med statistikken vi presenterer i denne rapporten.

Total turnover i 2019 var på 22,1 prosent, og det var ingen store forskjeller i turnover mellom de ulike deltjenestene. Ser man på utviklingen de siste fem årene, har turnover i alle deltjenester holdt seg relativt stabilt på dette høye nivået. Forskjellene er langt større når man ser på turnover blant ulike *stillingsgrupper*, som illustrert i figur 3.

¹³ Richardsen & Martinussen (2008) *Hva skal til for å øke arbeidsglede og motivasjon? En undersøkelse av jobbengasjement i helse- og omsorgsykker*. Tilgjengelig fra: <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2008/03/hva-skali-oke-arbeidsglede-og-motivasjon-en-undersokelse-av-jobbengasjement-i>

¹⁴ NOVA (2016) *Underbemanning er selvforsterkende. Konsekvenser av mangel på sykepleiere i hjemmesykepleien og sykehjem*.

Figur 3: Turnover i ulike stillingsgrupper i kommunal helse- og omsorgstjeneste i 2019

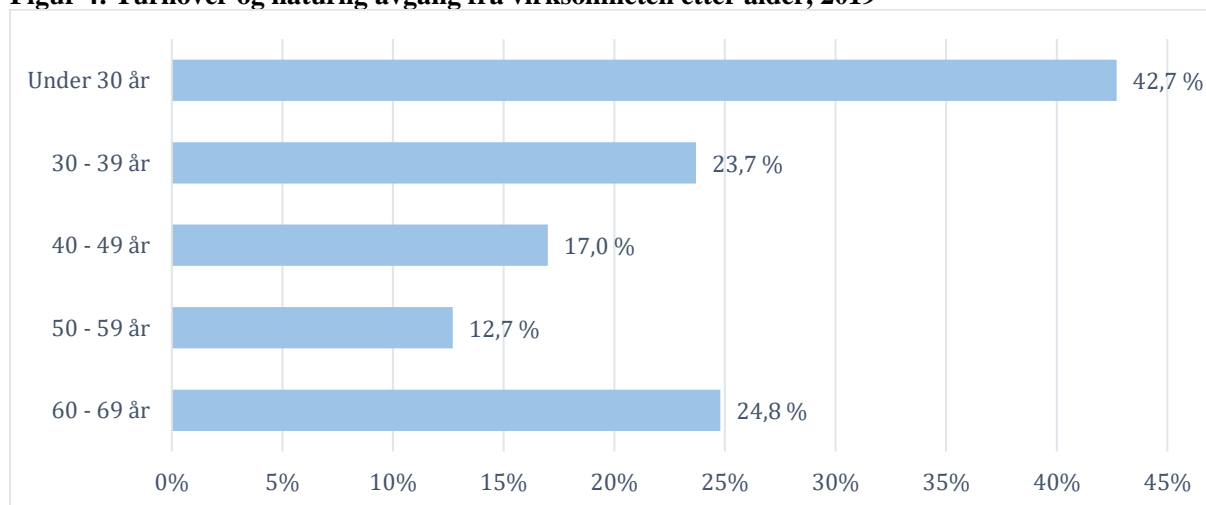


Merknad: turnover er målt som turnover fra virksomheten, som vil si at man har (1) sluttet i kommunesektoren, (2) byttet kommune, (3) byttet til en annen tjeneste i kommunen. Ufaglærte er definert som ansatte uten helse- eller sosialfaglig utdanning. Se kapittel 2.2 for mer informasjon.

Kilde: spesialbestilte data fra KS' PAI-register

Figur 3 illustrerer at turnover er høyest blant ufaglærte, med turnover på 33,6 prosent i 2019. Dette er også gruppen hvor turnover har økt mest fra 2015, med en økning på 2,2 prosentpoeng. De andre faggruppene har også gjennomgående høy turnover. Blant sykepleiere var turnover i 2019 på 19,6 prosent. Sykepleiere har litt høyere turnover enn vernepleiere og helsefagarbeidere, både når man måler turnover fra virksomheten og turnover fra kommunen. Sykepleiere har tilgang til et bredere arbeidsmarked enn vernepleiere og helsefagarbeidere, ikke minst i spesialisthelsetjenesten. Dette kan være en mulig forklaring på en større andel jobbskifter. Bryter man tallene ytterligere ned på deltjeneste, er det sprik i hvor sykepleierne har størst turnover. Sykepleiere i omsorgsboliger har størst turnover på 23,5 prosent, mens turnover er lavest for sykepleiere i hjemmetjenesten med 18,5 prosent. Nivået på turnover fra virksomheten for vernepleiere har variert gjennom årene, men var 19,3 prosent i 2019. Turnover fra kommunen ligger på 9,5 prosent.

Figur 4: Turnover og naturlig avgang fra virksomheten etter alder, 2019



Altersgruppen «over 70 år» er ekskludert fra figuren.

Kilde: spesialbestilte data fra KS' PAI-register

Statistikken som her ligger til grunn illustrerer andelen som har sluttet i virksomheten det siste året. Statistikken sier derimot ikke hva de som slutter har gått til, om de har pensjonert seg eller begynt i ny jobb. Med kjent lav avgangsalder i helse- og omsorgsfagene, må øvre aldersgrupper vurderes med hensyn til naturlig avgang fra arbeidslivet. Som det illustreres i figur 4 er turnover fra virksomheten høyest for helsepersonell under 30 år, der turnover er over 40 prosent i 2019. Personell under 30 år har gjennomgående høyest turnover også når man vurderer utviklingen i tjenestene fra 2010 til 2019. Dette er i samsvar med trender i samfunnet, der man finner større mobilitet blant yngre arbeidstakere. Turnover for personell i aldersgruppen 30-39 år er på 23,7 prosent. Dette er nesten like høyt som turnover i aldersgruppen 60-69 år, men man må der anta at en del av turnover er naturlig avgang til pensjon.

Turnover i kommunal helse- og omsorgstjeneste er høyere sammenlignet med turnover i resten av kommunen. I perioden fra 2010 til 2019 har denne forskjellen økt, og i 2019 var det 32,5 prosent høyere turnover i kommunal helse- og omsorgstjeneste sammenlignet med resten av kommunesektoren. Dette utgjør en økning på 13,2 prosentpoeng fra 2010.

Arbeid i omsorgstjenestene kan omfatte krevende mellommenneskelige relasjoner og døgkontinuerlig turnusarbeid. Mange helsefagarbeidere og sykepleiere under 67 år som er utenfor arbeidslivet, har pensjonert seg tidlig eller mottar sykdomsrelaterte ytelser^{15, 16}. Blant helsefagarbeidere over 60 år var kun 33 prosent i jobb i 2016¹⁷. KLP yter pensjon til de fleste sykepleiere, og har kartlagt medlemmenes avgangsalder. Gjennomsnittlig avgangsalder (inkludert avgang grunnet uførepensjon) for deres sykepleiere var 57 år i 2017. Både eksemplene om avgangsalder for sykepleiere og den lave andelen helsefagarbeidere over 60 år må forstås som et resultat av arbeidsbelastningen som følger yrke og tjenestested.

Det er viktig å legge til rette for at helsepersonell kan stå lengre i arbeid før de pensjoner seg. Dette er viktig for å redusere dagens mangel på helsepersonell og imøtekomme den økte etterspørselen som framskrivinger angir. I tillegg har eldre arbeidstakere verdifull erfaring som er viktig for tjenesten som helhet, og de har en viktig rolle i kunnskapsoverføring til nye medarbeidere og andre ansatte.

1.4 Mange deltidsansatte, dårlig ressursutnyttelse

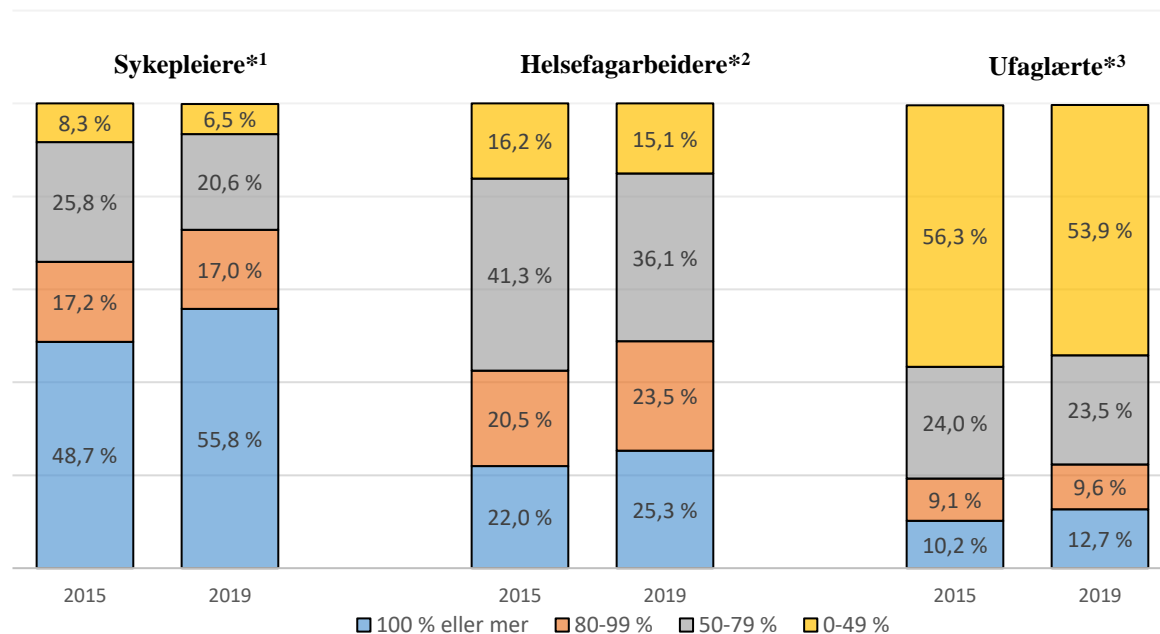
De kommunale helse- og omsorgstjenestene har vært preget av deltidsarbeid siden siste del av 1980-tallet. Arbeidstidsreformen i 1987 medførte en endring fra 38 timers uker til 35,5 timers uker. Reduksjonen ble tatt ut som en ekstra frihelg, uten at turnusene ble lagt om. Dette resulterte i et behov

¹⁵ Skjøstad m.fl. (2019) *Sykepleieres arbeidssted og nyutdannede sykepleieres tilknytning til arbeidslivet*. SSB-rapport 2019/4.

¹⁶ Beyrer m.fl. (2019) *Helsefagarbeideres arbeidssted og nyutdannede helsefagarbeideres tilknytning til arbeidslivet*. SSB-rapport 2019/20.

for små stillingsbrøker til å sikre bemanning i helgene. Dessverre er bruken av deltid i dag blitt så utbredt at Helsedirektoratet vurderer den som en av de fire hovedutfordringene i omsorgstjenestene.

Figur 5: Stillingsstørrelse i kommunal helse- og omsorgstjeneste i 2015 og 2019



*1 Tallet inkluderer alle sykepleiere med og uten videreutdanning

*2 Helsefagarbeider inkluderer hjelpepleiere og omsorgsarbeidere.

*3 Ufaglærte er definert som ansatte uten helse- eller sosialfaglig utdanning. Se kapittel 2.2 for mer informasjon.

Kilde: spesialbestilte data fra SSB

Som figur 5 illustrerer, jobber 75 prosent av helsefagarbeidere og 45 prosent av sykepleiere deltid. Det har vært en positiv utvikling i heltidsstillinger og stillingsstørrelser for sykepleiere, helsefagarbeidere og ufaglærte fra 2015 til 2019, men utfordringene knyttet til deltid er likevel betydelige. Sykepleiere som jobber 100 prosent eller mer har økt mest, med en økning på 7,1 prosentpoeng i denne perioden.

Deltidsstillinger er særlig utbredt blant ufaglærte, selv om utviklingen er at stadig flere jobber i større stillingsprosent. I 2019 arbeidet over halvparten av ufaglærte i stillingsbrøker under 50 prosent. Kun 12 prosent jobbet heltid. En forklaring er at dagens arbeidsturnus 24/7 ikke lar seg gjennomføre uten ansatte som "tetter hull" i turnusen. Konsekvensene av deltidsarbeid er mange, og påvirker områder som kvalitet, organisatoriske forhold, arbeidsmiljø- og arbeidsbelastning og personlige forhold.

Deltidsproblematikken påvirker kvaliteten i tjenestene på flere nivå, ved at kontinuitet, forutsigbarhet, informasjon og faglighet blir utfordret. Samtidig skaper deltid lite pleiekontinuitet hos sårbare pasientgrupper, og gjør det vanskelig å sikre god informasjonsflyt og kontakt med pårørende. På denne måten utfordres pasientsikkerheten.

Med mange ansatte i mindre stillinger får ledere personalansvar for svært mange ansatte, noe som igjen medfører mye administrasjon og utfordringer knyttet til opplæring og kunnskapsoverføring. Når leders

arbeidstid bindes opp av administrativ personaladministrasjon, kan dette også påvirke muligheten for etablering og utvikling av fagmiljøer og kompetanseutvikling i tjenesten. Deltidsarbeid kan i seg selv utgjøre en utnyttet personellressurs. En økning i gjennomsnittlig stillingsstørrelse kan derfor bidra til å redusere rekrutteringsbehovet og -utfordringene. De som jobber deltid i de kommunale helse- og omsorgstjenestene kan derimot jobbe ekstravakter og ha ansettelsesforhold flere steder, også i spesialisthelsetjenesten, og ha arbeidsforhold hos både private, ideelle og kommunale tjenestetilbydere. Den utnyttede ressursen er derfor ikke nødvendigvis like stor som andelen deltid isolert sett gir inntrykk av.

Ansvar for å ivareta kontinuitet i pasientarbeidet blir stort for de få som jobber i hele stillinger, og overføring av informasjon om pasientstatus og behandlingsplaner mellom ansatte blir mer tidkrevende når mange ikke er tilfredsstillende kjent med brukere og pasienter. Arbeidsbelastningen på den enkelte i heltidsstilling øker når normen ikke er heltidsarbeid, og også arbeidsmiljøet påvirkes av at man oftere jobber med ansatte man er mindre kjent med. Dette, i tillegg til nevnte faktorer ovenfor, kan redusere ansattes opplevelse av engasjement i eget arbeid, og dermed også faren for sykefravær og turnover. Deltidsstillinger påvirker også ansattes pensjonsinntjening, hindrer ansatte i å få lån til egen bolig og skaper en stressfylt arbeidssituasjon der man må ta imot tilbud om ekstravakter på kort varsel for å oppnå en tilfredsstillende inntekt.

En økning i heltidsstillinger vil være en forutsetning for å bedre kunne møte brukeres bistands- og helsetjenestebehov framover. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten har behov for å rekruttere flere nye ansatte, i tillegg til å utnytte allerede tilgjengelige ressurser. Forskning på området tyder på at helgeturnusen i omsorgstjenesten må løses for å kunne utvikle en heltidskultur i tjenesten.¹⁷ Epidemien i 2020 har også aktualisert smitterisikoen som følger av mange ansatte i mindre stillinger, samt krav til smittevern og smittekompetanse i tjenestene.

1.5 Mange ufaglærte og små fagmiljø

En kvalitetsindikator for kommunal helse- og omsorgstjeneste er hvor stor andel årsverk som utføres av personell med helse- og sosialfaglig utdanning.¹⁸ Kvalitetsindikatoren er viktig å følge i lys av økt behov for mer avansert og tverrfaglig helsehjelp, blant annet grunnet brukergupper med behov for omfattende og sammensatte tjenester.

¹⁷ Ingstad (2016) *Turnus som fremmer heltidskultur*. Gyldendal.

¹⁸ Helsedirektoratet. *Nasjonale kvalitetsindikatorer. Årsverk med fagutdanning i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/fagutdanning-i-pleie-og-omsorgstjenesten>

Det er viktig å påpeke at ufaglærte utgjør en viktig ressurs, da mange kan ha ervervet betydelig realkompetanse. Samtidig ligger det et potensial for kompetanseutvikling og kvalifisering i de ufaglærte. Helsedirektoratet har i 2020 fått i oppdrag å utrede potensialet og eventuelle virkemidler som ligger i å kvalifisere ufaglært personell i omsorgstjenestene til en helse- og sosialfaglig utdanning og videre yrkeskarriere i helse- og omsorgstjenestene. Oppdraget inngår i arbeidet med nytt kompetanseløft. I utredningen vil Helsedirektoratet i større grad enn i denne rapporten presentere potensialet som finnes blant ansatte uten fagutdanning.

**Tiltak i Kompetanseløft 2020:
Kurspakke for ufaglærte**

Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse har i oppdrag å utvikle og tilby opplæringsprogram for ufaglærte i omsorgstjenesten. Målet er å tilby opplæring fram til fagbrev som helsefagarbeider. Kurspakken er også tilrettelagt for ansatte med annet morsmål enn norsk. For mer informasjon, se <https://abc.aldringoghelse.no/opplae-ring/med-abc-til-fagbrev/>.

Tabell 3: Andel ufaglærte* i brukerrettet omsorgstjeneste, årsverk og sysselsatte, 2015-2019

	2015	2016	2017	2018	2019
Årsverk	23,6 %	23,0 %	22,8 %	22,9 %	22,5 %
Sysselsatte	31,8 %	31,0 %	30,7 %	30,8 %	30,1 %

* Ufaglærte er definert som ansatte uten helse- eller sosialfaglig utdanning. Se kapittel 2.2 for mer informasjon.

Kilde: spesialbestilte data fra SSB

I 2019 utgjorde ufaglærte 22,5 prosent av årsverk i brukerrettet omsorgstjeneste og 30,1 prosent av alle sysselsatte i brukerrettet omsorgstjeneste. Andelen ufaglærte har holdt seg relativt stabil over flere år. Det er bekymringsfullt at en så høy andel årsverk utføres av ufaglærte. Overføring av oppgaver fra helseforetakene har medført høyere kompetansebehov i tjenesten. En høy andel ufaglærte er derfor særlig uheldig.

Det finnes lite forskning nasjonalt og internasjonalt om konsekvenser for kvalitet og pasientsikkerhet knyttet til andel ufaglærte i helse- og omsorgstjenesten. På oppdrag fra Helsedirektoratet utførte Folkehelseinstituttet en kartlegging i 2017. Under kartleggingen¹⁹ fant man ingen studier som undersøkte effekter av høy andel personell uten relevant fagutdanning i pasientarbeid i helse- og omsorgstjenestene, men imidlertid viste et flertall av observasjonsstudiene at en høyere andel sykepleiere var korrelert med lavere pasientdødelighet.

Helsetilsynet mottar meldinger om uønskede hendelser i kommunale helse- og omsorgstjenester. Dette kan gi et bilde av bemannings- og kompetansesituasjonen og pasientsikkerheten i tjenesten. Ordningen

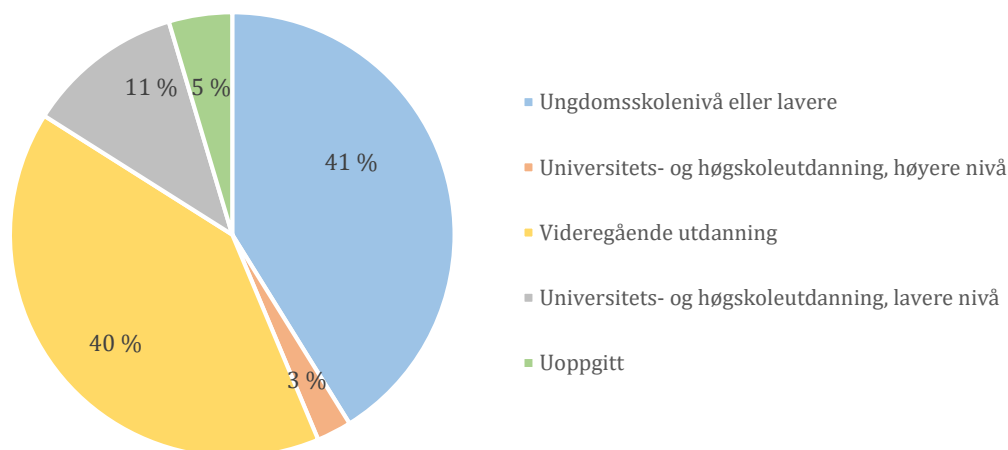
¹⁹ Folkehelseinstituttet (2017) *Ufaglært personell, profesjonsblanding, kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenestene: en kartleggingsoversikt*. Rapport 2017.

med meldeplikt om uønskede hendelser for helse- og omsorgstjenesten²⁰ ble først innført 1. juli 2019, og man har derfor begrenset med meldinger til å kunne foreta analyser så langt.

Utdanningsnivå blant ufaglærte

Det er uheldig at mange ufaglærte har svært lavt utdanningsnivå samtidig som brukere tjenestene krever stadig mer kompetanse. Dette har konsekvenser for pasientsikkerheten og er særlig problematisk sett i lys av at pasientene blir stadig sykere.

Figur 6: Utdanningsnivå blant ufaglærte i 2019, årsverk



Kilde: spesialbestilte data fra SSB

I figur 6 presenteres utdanningsnivået blant ufaglærte. I 2019 hadde flertallet av de ufaglærte på 41,2 prosent ungdomsskole eller lavere utdanning som høyeste utdanningsnivå. Denne andelen har holdt seg relativt stabil siden 2015. Dette er særlig bekymringsfullt sett i lys av endringer i pasientgruppene der stadig flere multisyke innbyggere mottar kommunale helse- og omsorgstjenester.

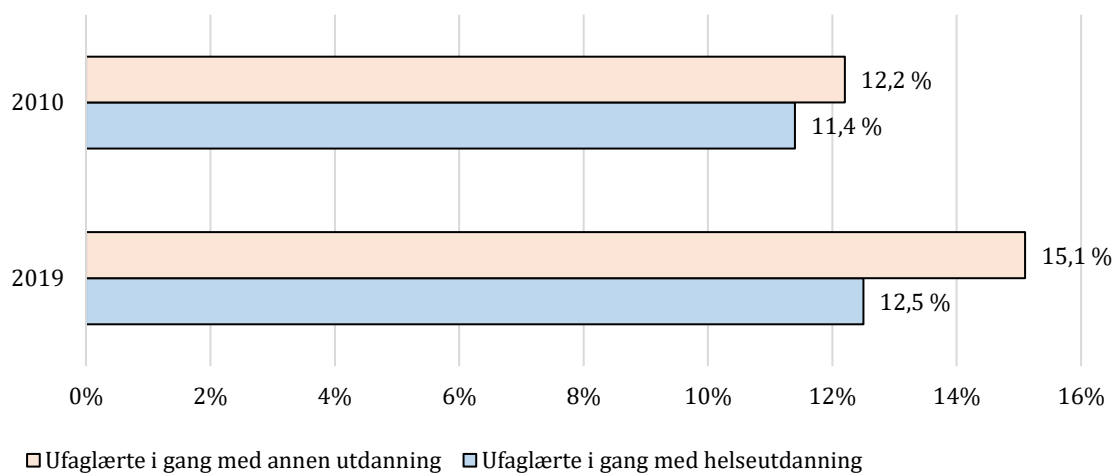
Andelen ufaglærte med utdanning på universitets/høyskolenivå, både lavere og høyere grad, er i dag på henholdsvis 11 og 3 prosent. Denne gruppen har hatt størst prosentvis vekst de siste årene. Det vil være nyttig å kartlegge hva som er årsaken til at gruppen med høyere utdanning arbeider i en sektor hvor deres utdanning ikke har direkte relevans for oppgavene som skal utføres.

Utdanningsnivå blant ufaglærte har betydning for utvikling av strategier for kvalifisering av denne gruppen. Strategier for kompetanseheving må ta utgangspunkt i deres utdanningsnivå og norskkunnskaper, der strategiene bør gå på tvers av hele utdanningsspennet.

²⁰ Helsetilsynet. *Varslingsplikt om uønskede hendelser*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/brev-og-horingsuttalelser-fra-statens-helsetilsyn/2019/ny-varslingsplikt-til-statens-helsetilsyn-om-dodsfall-og-svart-alvorlige-skader-etter-hendelser-i-kommunale-helse-og-omsorgstjenester/>

Helse- og omsorgstjenesten kan framstå som en attraktiv arbeidsplass med mange deltidsstillinger og generelt mange vakante vakter, for studenter og elever som ønsker deltidsarbeid under utdanning uavhengig av studieretning. Helse- og sosialfaglige studenter som har hatt praksis i kommunene, er også attraktive som arbeidskraft, og er en viktig gruppe for framtidig rekruttering til de kommunale tjenestene.

Figur 7: Andel ufaglærte under utdanning, 2019



Kilde: spesialbestilte data fra SSB

Som figur 7 viser har andelen ufaglærte som er under utdanning økt, og i 2019 var totalt 27,6 prosent ufaglærte under utdanning. Likevel utgjør andelen som tar en helsefaglig utdanning under halvparten av gruppen. Oppsummert er tendensen fortsatt at de fleste ufaglærte ikke er i et utdanningsløp. Det er også verdt å merke seg at økningen av ufaglærte som tar helserelatert utdanninger er svært svak sammenlignet med økningen i andelen som tar annen utdanning.

2. Personell i kommunal helse- og omsorgstjeneste

I det følgende kapittelet presenteres statistikk for avtalte årsverk²¹ og sysselsatte²² i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Statistikken er levert av Statistisk sentralbyrå (SSB) og kommunesektorens organisasjon (KS). Det er også hentet statistikk fra SSBs statistikkbank²³, Utdanningsdirektoratets nettsider²⁴ og SINTEFs årlige kartlegging av kommunenes psykisk helse- og rusarbeid²⁵. Personellstatistikken som presenteres er på nasjonalt nivå. Tall på kommunenivå er tilgjengelig på Ressursportal.no.

2.1 Endringer i mottakergruppen og framskrevet behov for kompetanse

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten preges av et økende behov for kompetanse. I henhold til helse- og omsorgstjenesteloven skal kommunene ha ansatt lege, sykepleier, fysioterapeut, jordmor, ergoterapeut, psykolog, tannlege og helsesykepleier. KS' arbeidsgivermonitor²⁶ for 2019 viser at det er særlig krevende å rekruttere sykepleiere, men også leger, psykologer og vernepleiere. KS har beregnet²⁷ at antall årsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester må øke med rundt 38 000 fram mot 2028 dersom kommunene skal kunne tilby tjenester på samme nivå som i 2017, da beregningene ble gjort. Til sammenligning pekte KS på et behov for kun 1 000 nye årsverk i øvrig kommunal sektor i samme periode.

Tiltak i Kompetanseløft 2020:

Kompetanse- og innovasjonstilskuddet

Overordnet mål for kompetanse- og innovasjonstilskuddet er å styrke kommunenes evne og mulighet til å utvikle bærekraftige og gode helse- og omsorgstjenester. Kommunene kan søke midler til kompetanseheving, innovasjons- og utviklingsprosjekter. Fylkesmannen har ansvar for tilskuddsforvaltningen, og skal gi råd og veiledning til kommunene om fagutvikling, kompetanseheving og innovasjon i omsorgstjenestene. Se også www.helsedirektoratet.no/tilskudd/kommunalt-kompetanse-og-innovasjonstilskudd for mer informasjon.

Statistisk sentralbyrå (SSB) har også gjort framskrivninger av behovet for årsverk i kommunal helse- og omsorgstjeneste²⁸. SSB har med sin metode, som er annerledes enn den KS bruker i sine framskrivninger, beregnet at den kommunale *omsorgstjenesten* vil trenge 65 398 nye årsverk, frem mot 2035. Dette tilsvarer en økning på 46 prosent fra 2017. Til sammenligning vil kommunale *helsetjenester*

²¹ Avtalte årsverk er ekskludert lange fravær.

²² Hvis en person kun har et *biarbeidsforhold* i kommunal helse- og omsorgstjeneste, vil ikke personen telles som sysselsatt i statistikken.

²³ SSBs statistikkbank. Tilgjengelig på: <https://www.ssb.no/statbank/>

²⁴ Utdanningsdirektoratet. *Statistikk fag- og yrkesopplæring*. Tilgjengelig fra: <https://www.udir.no/tall-og-forskning/statistikk/statistikk-fag-og-yrkesopplaring/>

²⁵ Ose m.fl. (2018) *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2018 Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene*. SINTEF Rapport.

²⁶ KS (2019) *Kommunesektorens arbeidsgivermonitor 2019*.

²⁷ KS (2018) *Stort behov for nye medarbeidere fremover*. Tilgjengelig fra: <https://www.ks.no/fagomrader/statistikk-og-analyse/sysselsettingsstatistikk/stort-behov-for-nye-medarbeidere-fremover/>

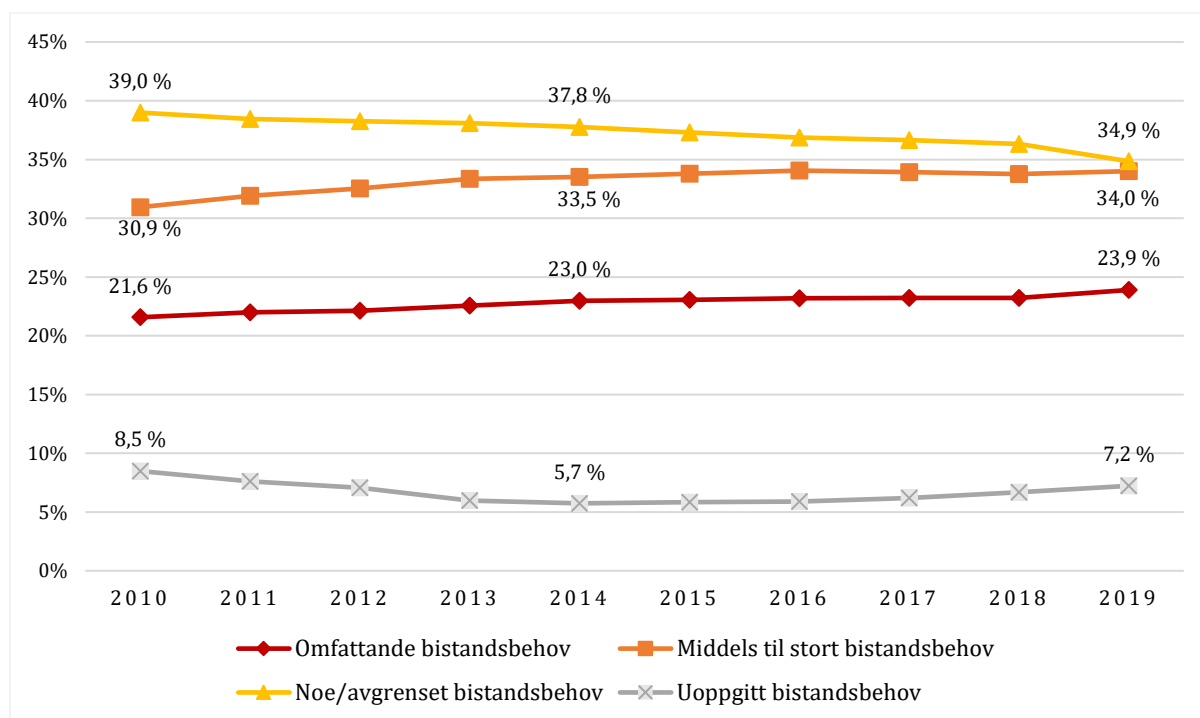
²⁸ SSB (2019) *Regionale framskrivninger av etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester, 2017-2035*. SSB rapport 2019/26.

trengte 5 840 årsverk fram mot 2035, tilsvarende en vekst på 14 prosent. Rekrutteringsutfordringene som kommunene står ovenfor vil trolig øke i takt med etterspørselen for helsepersonell.

I tillegg til økt behov for helsepersonell, påvirker også den demografiske utviklingen hvordan man bør organisere tjenesten for fremtiden. Det blir flere eldre, og forholdet mellom yrkesaktive og tjenestemottakere vil endre seg slik at det blir gjennomsnittlig færre yrkesaktive per tjenestemottaker. I årene fremover vil demografiske utfordringer treffe kommunene ulikt, noe som vil påvirke forholdet mellom antall årsverk og tjenestemottakere. I noen kommuner vil så mange som hver tredje innbygger være over 70 år innen 2040. Kombinasjonen av flere mottakere, lav bemanning og manglende kompetanse vil gjøre det svært krevende å levere tjenester av tilfredsstillende kvalitet. Arbeidstakere og fagorganisasjoner har varslet behov for bedre bemanning og kompetanse i lang tid.

Mottakernes bistandsbehov

Figur 8: Mottakeres bistandsbehov i hjemme- og institusjonsbaserte tjenester, 2010-2019



Kilde: spesialbestilte data fra SSB

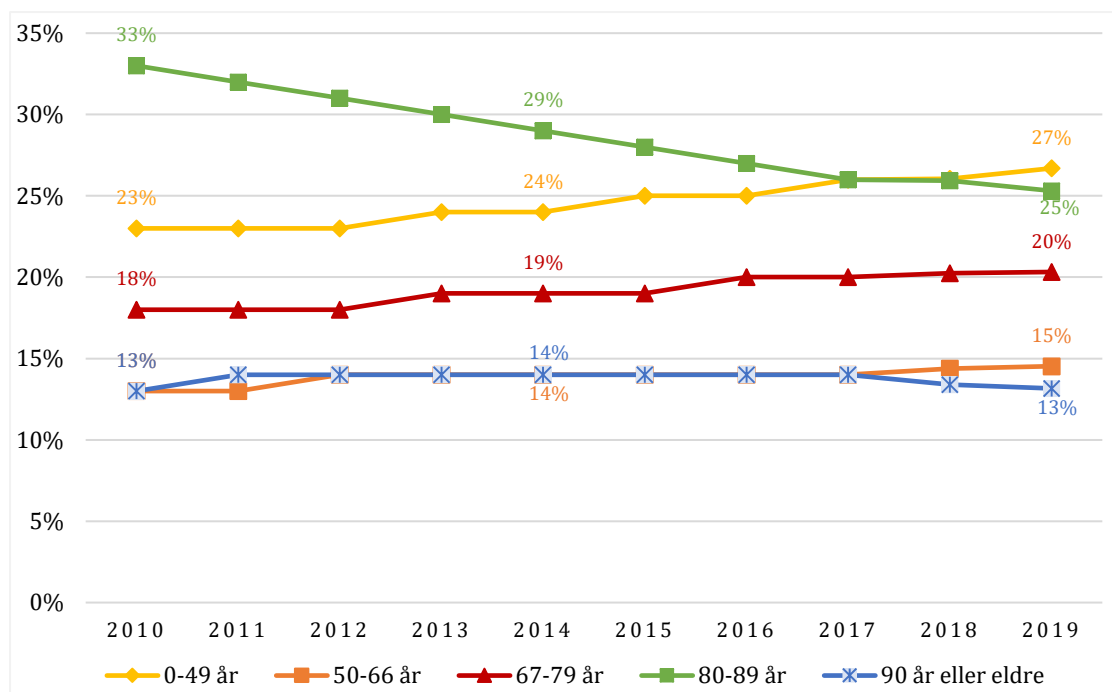
Samtidig som det blir flere eldre, viser figur 8 at bistandsbehovet til mottakerne i omsorgstjenesten øker. De siste ti årene har det blitt flere mottakere med *omfattende* og *middels til stort bistandsbehov*. Mottakere med *noe/avgrenset bistandsbehov* har gått ned. Bistandsbehovet øker i alle deltjenester, og økningen er størst for mottakere som får praktisk hjelp og hjemmesykepleie. Blant disse mottakerne har 30,3 prosent et omfattende bistandsbehov, noe som utgjør en økning på 8,7 prosentpoeng fra 2010. Det er likevel flest mottakere med omfattende bistandsbehov som er på langtidsopphold på institusjon. Denne gruppen utgjør 85,6 prosent, og har økt med 7 prosentpoeng fra 2010.

Økt bistandsbehov er knyttet til økt arbeidsmengde og arbeidsbelastning blant de ansatte. Det er også grunn til å anta at behovet for økt kompetanse følger økningen i mer omfattende bistandsbehov. Brukere har ofte flere diagnoser og kan ha ustabile og akutte sykdomsforløp. Dette fordrer høy kompetanse blant ansatte i de kommunale omsorgstjenestene. Tilbakemeldinger fra ansatte og ledere kan tyde på at det ikke er samsvar i tilgjengelige personellressurser og kompetansenivå, tatt i betraktning oppgavene som skal løses hos brukere med stadig mer komplekse sykdomstilstander. Denne utviklingen må følges nøye. Siden det er grunn til å anta at økt bistandsbehov også gir behov for økt personell og kompetanse, er situasjonsbildet mer komplekst enn hva årsverksutviklingen gir uttrykk for. Utviklingen i årsverk må derfor sees i sammenheng med utviklingen i mottakernes bistandsbehov og alder.

Mottakernes alder

Mange yngre personer mottar kommunale helse- og omsorgstjenester, selv om de fleste mottakerne er over 67 år. Som figur 9 viser, mottok 74 700 personer under 49 år en eller flere typer tjenester i 2010, og i 2019 var tallet 97 700. For tallene fra 2019 mangler det data fra 13 kommuner, for disse er 2018-verdier brukt istedenfor. Dette er en økning på 30,7 prosent på ti år. Aldersgruppen utgjør dermed hele 27 prosent av alle mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester. De stadig flere yngre brukerne som mottar tjenester kan være personer med medfødte eller ervervede nevrologiske lidelser, psykiske lidelser eller andre som har behov for omfattende bistand.

Figur 9: Andelen mottakere av omsorgstjenester etter alderskategori, 2010-2019



Kilde: spesialbestilte data fra SSB

Fra 2010 til 2019 har antall brukere av omsorgstjenester økt med 12,2 prosent. Som det fremgår av figur 9, har alderssammensetningen av brukerne har også endret seg. Gruppen 80-89 år utgjorde den største andelen i 2010, men i 2019 utgjør gruppen av mottakere under 49 år den største andelen.

2.2 Utvikling i årsverk og sysselsatte

Tabell 4: Årsverk og sysselsatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, 2015-2019

		2015	2016	2017	2018	2019	Endring i % 2015-19
Administrativt personell	Årsverk	1 918	1 898	1 845	1 896	1 856	-3,2 %
	Sysselsatte	2 465	2 383	2 245	2 329	2 290	-7,1 %
Aktivitører	Årsverk	1 229	1 191	1 162	1 069	993	-19,2 %
	Sysselsatte	1 592	1 533	1 475	1 376	1 269	-20,3 %
Barne- og ungdomsarbeidere	Årsverk	1 051	1 128	1 260	1 333	1 475	40,3 %
	Sysselsatte	1 417	1 529	1 643	1 729	1 892	33,5 %
Barnevernspedagoger	Årsverk	915	946	969	1 071	1 185	29,6 %
	Sysselsatte	1 062	1 094	1 114	1 203	1 330	25,2 %
Ergoterapeuter	Årsverk	1 944	2 044	2 214	2 338	2 438	25,4 %
	Sysselsatte	2 131	2 236	2 412	2 530	2 629	23,4 %
Helsesekretærer	Årsverk	2 573	2 582	2 640	2 651	2 645	2,8 %
	Sysselsatte	3 160	3 164	3 219	3 238	3 192	1,0 %
Helsefagarbeidere*1	Årsverk	46 333	47 076	48 145	48 355	49 688	7,2 %
	Sysselsatte	62 176	62 838	63 617	63 651	64 214	3,3 %
Miljøterapeuter, pedagoger og psykisk miljøarbeid*2	Årsverk	4 152	4 373	4 613	5 043	5 396	30,0 %
	Sysselsatte	5 671	5 922	6 182	6 676	7 005	23,5 %
Servicefunksjoner*3	Årsverk	4 332	4 475	4 480	4 515	4 495	3,8 %
	Sysselsatte	6 285	6 356	6 243	6 280	6 186	-1,6 %
Sosionomer	Årsverk	1 381	1 446	1 597	1 733	1 919	38,9 %
	Sysselsatte	1 595	1 647	1 794	1 951	2 161	35,5 %
Sykepleiere med bachelor	Årsverk	25 812	26 654	27 725	28 273	29 006	12,4 %
	Sysselsatte	30 469	31 161	32 145	32 552	33 125	8,7 %
Sykepleiere med videreutdanning*4	Årsverk	10 154	10 644	28 587	11 629	11 997	18,2 %
	Sysselsatte	11 383	11 867	12 404	12 881	13 197	15,9 %
Ufaglærte*5	Årsverk	32 238	31 905	32 706	33 768	34 236	6,2 %
	Sysselsatte	61 836	60 934	61 599	63 191	62 267	0,7 %
Vernepleiere	Årsverk	7 921	8 259	8 683	9 058	9 416	18,9 %
	Sysselsatte	8 646	8 984	9 383	9 724	10 090	16,7 %
Øvrig personell med helseutdanning	Årsverk	6 631	6 741	7 156	8 029	8 635	30,2 %
	Sysselsatte	12 728	13 034	13 406	14 635	15 198	19,4 %
Sum*6	Årsverk	148 584	151 362	173 782	160 761	165 380	11,3%
	Sysselsatte	212 616	214 682	218 881	223 946	226 045	6,3 %

Merknader: Tall for sysselsatte står i parentes. Tall for årsverk inkluderer lange fravær.

Kilde: spesialbestilte data fra SSB

*1 Helsefagarbeider inkluderer hjelpepleiere og omsorgsarbeidere.

*2 Miljøterapeut og pedagog er ikke beskyttede titler, og kan inkludere ulike utdanninger. Psykisk

miljøarbeid inkluderer helsepersonell med videreutdanning innen psykisk helsearbeid og helsepsykologi.

*3 Her inngår renholdspersonell, vaktmestertjenester, kokker/kjøkkenpersonell mm.

*4 Tallet inkluderer alle sykepleiere med videreutdanning, også jordmødre og helsesykepleiere.

*5 Ufaglærte er definert som ansatte uten helse- eller sosialfaglig utdanning. Se kapittel 2.2.

*6 Leger og fysioterapeuter inngår ikke i denne statistikken.

I tabell 4 vises en samlet oversikt over antall årsverk og sysselsatte fra 2015 til 2019. I denne femårsperioden har antall årsverk i kommunal helse- og omsorgstjeneste økt med 11,3 prosent, og antall sysselsatte har økt med 6,3 prosent. Utviklingen med større vekst i årsverk enn i sysselsatte kan tyde på generell økning i stillingsstørrelse, selv om det fortsatt er en stor andel som jobber deltid. Det ligger med andre ord et stort potensial i en omlegging til heltidskultur.

Den største prosentvise veksten i antall årsverk fra 2015 til 2019 finner man i kategoriene barne- og ungdomsarbeidere (40,3 prosent), sosionomer (35,5 prosent) og miljøterapeuter og pedagoger (31 prosent). Disse kategoriene har også hatt stor vekst i antall sysselsatte. Utviklingen blant barne- og ungdomsarbeidere er trolig relatert til arbeid i boliger for utviklingshemmede. Økningen blant barnevernspedagoger og sosionomer kan knyttes til at flere faggrupper arbeider i omsorgstjenestene, og da særlig innen psykisk helse- og rusarbeid og i arbeid med personer med utviklingshemming. Aktivitører har hatt størst nedgang fra 2015 til 2019, både i antall årsverk (nedgang på 19,2 prosent) og sysselsatte (nedgang på 20,3 prosent). Nedgangen følger utviklingen de siste årene, og er et resultat av flere faktorer, deriblant kommunens prioriteringer av lovpålagte oppgaver.

Ufaglærte

Personer uten helse- og sosialfaglig utdanning er av SSB kategorisert som ufaglærte. I tillegg inngår kategorien "uspesifisert, annet" også i ufaglærte. Ufaglærte jobber som pleieassistenter, hjemmehjelp og lignende. Årsverk for ufaglærte har økt med 6,2 prosent fra 2015 til 2019. Økningen har skjedd til tross for betydelige satsning og tiltak i Kompetanseløft 2020 for å øke fagkompetansen til ansatte uten helse- eller sosialfaglig utdanning. Det er komplekse årsaker til veksten i årsverk, men en forklaring er at rekrutteringsutfordringer fører til at faglært arbeidskraft blir erstattet av personer uten nødvendig kompetanse.

Det har siden oppstart av Kompetanseløft 2020 og tidligere handlingsplaner vært satset mye på å kvalifisere ansatte uten relevant fagutdanning til helsefagarbeidere. I 2019 rapporterte fylkesmannsembetene at rundt 4000 ansatte mottok midler fra kommunalt kompetanse- og innovasjonstilskudd, primært gjennom ordningen for praksiskandidater. Av disse opparbeidet 1 315 tidligere ufaglærte seg fagbrev som helsefagarbeidere, mens 2 503 var under kvalifisering. Det er en positiv økning siden 2015. Det gjøres en stor innsats for kvalifisering i kommunene, der kompetansetjenesten *Aldring og helse* bidrar gjennom opplæringsprogrammet *Bli helsefagarbeider – med ABC til fagbrev* med faglig støtte og oppfølging over hele landet i samarbeid med kommuner og fylkeskommuner.

Øvrig personell med helseutdanning

Kategorien *øvrig personell med helsefaglig utdanning* utgjør over 15 000 sysselsatte og 8 600 årsverk. Personell kategoriseres i denne gruppen av SSB dersom de ikke passer inn i andre kategorier. Kategorien er klassifisert basert på innmeldt yrke, mens øvrige kategorier er basert på utvalgte autorisasjoner og utdanninger. Dette medfører at man kan finne autoriserte ambulansesarbeidere og foterapeuter, men også personell uten autorisasjon i denne kategorien. Innrapportert yrke er en svakere variabel enn utdanning og autorisasjon, og det kan være større variasjon i hva rapportert yrke er sammenlignet med faktisk yrkesutøvelse i denne kategorien.

Helsedirektoratet anbefaler en nærmere kartlegging av denne personellgruppen, da direktoratets forståelse er at kategorien er upresis og omfangsrik. Kategorien kan for eksempel inkludere helseutdannede som ikke jobber som det de er utdannet som. Om lag 25 prosent i kategorien er personell som SSB definerer som innvandrere (se definisjon i kapittel 2.4), og det kan derfor være ansatte som ikke har fått godkjent helseutdanning fra hjemlandet. Kategorien kan også inneholde feilregistrert personell. Antall årsverk i denne gruppa har totalt økt med 30,2 prosent fra 2015 til 2019, men på grunn av stor usikkerhet knyttet til kategorien bør det utvises forsiktighet i tolkning av utviklingen.

Sykepleiere

Som det fremgår av tabell 4, har sykepleiere med videreutdanning hatt større årsverksvekst (18,2 prosent) enn sykepleiere med grunnutdanning (12,4 prosent). I tabell 5 brytes disse tallene ytterligere ned for å illustrere veksten i de enkelte videreutdanningene. I lys av SSBs framskrivninger vil behovet for sykepleiere være større enn for andre faggrupper. Kommunene melder allerede om utfordringer med å rekruttere sykepleiere. Helsedirektoratet er kjent med at enkelte kommuner ansetter personer uten helsefaglig bakgrunn i mangel på sykepleiere.

Tabell 5: Årsverk blant sykepleiere og spesialsykepleiere, 2015-2019

		2015	2016	2017	2018	2019	Endring i % 2015-19
Sykepleier med bachelorgrad	Årsverk	25 812	26 654	27 725	28 273	29 006	12,4 %
	Sysselsatte	30 469	31 161	32 145	32 552	33 125	8,7 %
Geriatrisk sykepleier	Årsverk	1 814	1 857	19 337	1 969	1 977	9,0 %
	Sysselsatte	2 016	2 066	2 145	2 188	2 185	8,4 %
Helsesykepleier	Årsverk	2 660	2 777	2 904	3 025	3 125	17,5 %
	Sysselsatte	3 028	3 131	3 242	3 357	3 440	13,6 %
Jordmor	Årsverk	372	421	462	520	565	51,9 %
	Sysselsatte	426	475	520	590	613	43,9 %
Psykiatrisk sykepleier* ¹	Årsverk	2 227	2 266	2 358	2 407	2 455	10,2 %
	Sysselsatte	2 458	2 496	2 591	2 653	2 694	9,6 %
Sykepleier med annen videreutdanning* ²	Årsverk	3 080	3 323	3 526	3 708	3 875	25,9 %
	Sysselsatte	3 455	3 699	3 906	4 093	4 265	23,4 %

*¹ Inkluderer sykepleiere med videreutdanning i tverrfaglig psykisk helsearbeid.

Kilde: spesialbestilte data fra SSB

*² Alle videreutdanninger som ikke er listet i tabellen inngår i denne kategorien, inkludert master i avansert klinisk sykepleie.

Blant de ulike videreutdanningene, er det jordmødre som har hatt størst vekst fra 2015 til 2019 med en økning i årsverk på 51,9 prosent. Veksten er i tråd med satsningen på jordmorkompetanse i kommunal helse- og omsorgstjeneste, gjennom tilskuddsordningen "Styrking og utvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten" (se kapittel 2.3). Dette har vært en politisk prioritet for å sikre at kommunene er rustet til å følge opp både gravide og barselkvinner når disse utskrives tidligere etter fødsel.

Den laveste veksten er blant geriatriske sykepleiere, hvor antall årsverk har økt med 9 prosent. Dette står i kontrast til framskrivninger om en aldrende befolkning med behov for geriatrisk kompetanse. Flere kommuner prioriterer at de ansatte tar videreutdanning innen demensomsorg eller master i avansert klinisk sykepleie. Dette kan forklare nedgangen i geriatrisk sykepleier, som primært har vært knyttet til videreutdanning i eldreomsorg og geriatrisk sykepleie. Utvikling av en ny masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie er ett av tiltakene til Helse- og omsorgsdepartementet for å møte de store og sammensatte utfordringene som kommunal helse- og omsorgstjeneste står overfor i årene som kommer. Sykepleiere med denne kompetansen kan søke om offentlig spesialistgodkjenning fra 2020. Det er etablert en lønnstilskuddsordning som kommunene kan søke for å videreutdanne sykepleiere i avansert klinisk allmennsykepleie.

**Tiltak i Kompetanseløft 2020:
Lønnstilskudd for utdanning i
avansert klinisk sykepleie**

Kommunene kan søke Helse- direktoratet om lønnstilskudd til sykepleiere som tar en master i avansert klinisk allmennsykepleie. Målet er å tilby "høyere breddekompetanse" i kommunene. Utdanning i avansert klinisk sykepleie er godt kjent internasjonalt. Rollen som avansert klinisk allmennsykepleier er under utvikling i norske kommuner. For mer informasjon, besøk nettsiden www.helsedirektoratet.no/tilskudd/lonnstilskudd-for-masterutdanning-i-avansert-klinisk-sykepleie.

Ernæringsfysiologer og kokker

En viktig del av arbeidet i kommunal helse- og omsorgstjeneste er å tilrettelegge for riktig ernæring, ettersom eldre er en pasientgruppe som er sårbar for underernæring. I kvalitetsreformen *Leve hele livet* er ett av innsatsområdene «*Mat og måltider*». Med bakgrunn i dette er det viktig å kartlegge utviklingen i årsverk og sysselsatte som sikrer ernæring i omsorgstjenesten. Pasientgruppen er i hovedsak representert i omsorgstjenestene, og personellstatistikken for ernæringsfysiologer, kokker og kjøkkenpersonell er derfor hentet fra omsorgstjenesten, under kategorien av servicefunksjoner.

Kokker utgjør den største gruppen av personell som sikrer ernæring, med rundt 1800 sysselsatte i 2019. I perioden 2015 til 2019 har dette antallet økt med 5,1 prosent. Kjøkkenassistenter har hatt et stabilt nivå av sysselsatte rundt 1500 personer, med en liten nedgang på 0,5 prosent fra 2015 til 2019. Kokker og kjøkkenpersonell er forventet å øke tiden fremover grunnet politisk satsning gjennom kvalitetsreformen *Leve hele livet* (2019-2023).

I 2019 var det også ansatt 58 personer utdannet som klinisk ernæringsfysiolog i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. SSB opererer med en definisjon av kliniske ernæringsfysiologer som inkluderer ernæringsfysiologer både med og uten autorisasjon.

Legeårsverk

Utviklingen i årsverk og sysselsatte leger er ikke inkludert i tabell 4, da SSB ikke utgir tall på sysselsatte leger. Utviklingen i *legeårsverk* presenteres derfor kun i tabell 6 og 7.

Avgangen fra fastlegeyrket øker, og flere undersøkelser viser at det har blitt vanskeligere for kommunene å rekruttere nye fastleger²⁹. Tjenesten preges av høy slutttilbøyelighet, og fastlegene jobber lange arbeidsdager. Dette har resultert i at mange av dagens fastleger har høy alder, og det er få medisinstudenter og unge leger som ønsker å bli fastleger. Til tross for fastlegeordningens utfordringer, er det fortsatt vekst i antall fastlegelister, også når man tar hensyn til befolkningsveksten. Det vil si at gjennomsnittlig antall pasienter på fastlegelistene fortsatt reduseres. I tillegg øker andelen fastleger som er spesialister i allmennmedisin, og det er høy aktivitet knyttet til allmennleger i spesialisering og ALIS-avtaler³⁰.

Tiltak i Kompetanseløft 2020: Allmennleger i spesialisering

Formålet med tilskuddsordningen er blant annet å rekruttere legespesialister til arbeid i kommuner og å legge til rette for spesialistutdanning i allmennmedisin. Dette gjøres blant annet gjennom Alis-avtaler mellom kommuner og fastleger. Det finnes ulike tilskuddsordninger, også for områder med rekrutteringsutfordringer. Se også www.helsedirektoratet.no/tilskudd/alis-avtaler-for-naeringsdrivende-fastleger for mer informasjon.

Som det fremgår av tabell 6, har legeårsverk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten økt med 11,7 prosent fra 2015 til 2019. De fleste legeårsverkene tilhører funksjonsområdet *diagnose, behandling og re/habilitering*, hvor blant annet fastlegene inngår. Denne gruppen har hatt en vekst på 10,7 prosent.

Kategorien *øyeblikkelig hjelp døgnopphold*, som ble opprettet som en ny kategori i 2017, er en del av institusjonstilbudet i kommunen. I 2019 var det dermed 688 legeårsverk i kommunale institusjoner som sykehjem, helsehus og kommunal øyeblikkelig hjelp døgn-institusjoner.

²⁹ Helsedirektoratet (2019) *Leger i kommunene og spesialisthelsetjenesten*. Rapport 2019.

³⁰ ALIS-avtaler er avtaler mellom kommune og leger i spesialisering i allmennmedisin om særskilte rekrutteringstiltak som går ut over og kommer i tillegg til plikter og rettigheter som følger av spesialistforskriften.

Tabell 6: Legeårsverk i kommunal helse- og omsorgstjeneste etter funksjon, 2015-2019

	2015	2016	2017	2018	2019	Endring i % 2015-19
Diagnose, behandling og re-/habilitering	4 429	4 526	4 647	4 779	4 905	10,7 %
Forebygging, helsestasjons- og skolehelsetjeneste	210	214	218	220	221	5,3 %
Annet forebyggende helsearbeid	151	140	143	133	136	-10,2 %
Helse- og omsorgstjenester i institusjon	570	590	576	580	574	0,7 %
Administrasjon	97	115	119	132	144	48,7 %
Øyeblikkelig hjelp døgnopphold	-	-	120	119	114	-
Totalt	5 457	5 585	5 823	5 963	6 094	11,7 %

Kilde: spesialbestilte data fra SSB og SSBs statistikkbank (tabell 09750 og 11995)

Tabell 7 presenterer legeårsverk etter avtaleform. Næringsdrivende fastleger utgjør den største gruppen, og har hatt en vekst på 7,2 prosent fra 2015 til 2019. I samme periode har kommunalt ansatte leger økt med 35,6 prosent. Årsverk for næringsdrivende leger utenfor fastlegeordningen har gått ned med 8,7 prosent. De fleste fastleger er tilknyttet en fast liste, men lister uten fast tilknyttet lege har mer enn doblet seg de siste fem årene. Disse listene er ofte ivaretatt av vikarer.

Tabell 7: Legeårsverk i kommunal helse- og omsorgstjeneste etter avtaleform, 2015-2019

	2015	2016	2017	2018	2019	Endring i % 2015-19
Næringsdrivende fastleger	3 833	3 884	3 983	4 035	4 110	7,2 %
Kommunalt ansatte leger	1 037	1 132	1 258	1 343	1 406	35,6 %
Turnuslege/LiS1	453	448	457	462	456	0,7 %
Næringsdrivende leger utenfor fastlegeordningen	133	121	125	123	121	-8,7 %
Totalt	5 457	5 585	5 823	5 963	6 094	11,7 %

Kilde: spesialbestilte data fra SSB og SSBs statistikkbank (tabell 11996)

I løpet av høsten 2020 vil Helsedirektoratet omtale utviklingen for leger i kommunene nærmere i den årlige rapporten "Leger i kommunene og spesialisthelsetjenesten". Helsedirektoratet henviser derfor til denne rapporten for mer informasjon.

Fysioterapeuter

SSB publiserer ikke tall på sysselsatte fysioterapeuter, og tall på fysioterapeuter er derfor ikke inkludert i tabell 4. Utviklingen i årsverk for fysioterapeuter presenteres kun i tabell 8.

Antall årsverk utført av fysioterapeuter har hatt en jevn økning fra 2015 med en vekst på 9,1 prosent. *Opptrappingsplanen for rehabilitering og habilitering* (2017 til 2019) har hatt som mål å bidra til at kommunene kan gi et godt og tilrettelagt rehabiliteringstilbud til sine innbyggere, og over tid overta flere rehabiliteringsoppgaver fra spesialisthelsetjenesten. Økning av antall fysioterapeuter er derfor i tråd med målsetningen om at kommunene skal utføre en større andel av rehabilitering (og habilitering), selv om det er flere faggrupper som kan være aktuelle deltagere i brukerens rehabiliteringsprosess.

De fleste årsverkene for fysioterapeuter i kommunal helse- og omsorgstjeneste finner man i kategorien *diagnose, behandling og re-/habilitering* (4084 årsverk i 2019). Årsverk i denne kategorien har økt med 7,4 prosent i perioden 2015 til 2019. *Helse- og omsorgstjenester i institusjon* utgjør den nest største kategorien (467 årsverk i 2019), og hadde en prosentvis økning på 3,1 prosent i perioden 2015 til 2019. Kategorien *forebygging, helsestasjons- og skolehelsetjenesten* (274 årsverk i 2019) har hatt den største veksten i årsverk fra 2015 til 2019 med 35,6 prosent.

Tabell 8: Fysioterapeutårsverk i kommunal helse- og omsorgstjeneste etter avtaleform, 2015-2019

	2015	2016	2017	2018	2019	Endring i % 2015-19
Fysioterapeuter som mottar tilskudd	2 701	2 694	2 730	2 726	2 739	1,4 %
Fastlønnede fysioterapeuter	1 829	1 946	2 070	2 153	2 207	20,6 %
Turnusfysioterapeut	160	167	167	160	170	6,3 %
Totalt	4 690	4 806	4 966	5 039	5 115	9,1 %

Kilde: SSBs statistikkbank (tabell 11996)

Det er flest fysioterapeuter som mottar tilskudd, men denne gruppen har hatt liten vekst fra 2015 til 2019. Til sammenligning har fastlønnede fysioterapeuter økt med 20,6 prosent fra 2015 til 2019. Årsverk som turnusfysioterapeut har økt med 6,3 prosent fra 2015 til 2019.

2.3 Personellutvikling i deltjenestene

Ressursbruken i kommunal helse- og omsorgstjeneste fordeler seg svært ulikt mellom de ulike deltjenestene. Omsorgstjenesten står for 90 prosent av personellressursene i hele den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette påvirker rapporten i stor grad, da det vies mer plass til statistikk og analyse for omsorgstjenesten. Samtidig er det viktig å være bevisst på utviklingen i tjenestene som faller utenfor

omsorgstjenestene, da disse er populasjonstjenester med lovpålagt ansvar for sine mottakere. Vi viser også til Helsedirektoratets årlige rapport³¹ for mer utdypende analyse av legedekningen i kommunale helse- og omsorgstjenester.

Årsverk i omsorgstjenestene

I SSBs statistikk blir omsorgstjenestene gruppert som *hjemmebaserte tjenester* og *institusjon*. Hjemmebaserte tjenester inkluderer oppsøkende helse- og omsorgstjenester i innbyggernes hjem, kommunale boliger eller der personell møter brukeren på annet avtalt sted. Kategorien institusjon inkluderer tjenester som sykehjem, kommunale akutte døgnenheter og døgnbemannede boliger til ulike grupper av brukere med omfattende behov for tjenester.

Ettersom omsorgstjenesten utgjør 90 prosent av personellressursene i kommunal helse- og omsorgstjeneste, er utviklingen i årsverk og sysselsatte i tjenesten forholdsvis lik som presentert i tabell 4. Kort oppsummert er det helsefagarbeidere som utgjør den største andelen av årsverkene, med en andel på 33,5 prosent i 2019. Videre følger ufaglærte som den nest største gruppen med en andel på 21,8 prosent, og sykepleiere uten videreutdanning med en andel på 17,1 prosent.

Samlet sett har årsverk i omsorgstjenesten økt med 10,3 prosent fra 2015 til 2019. Den største økningen er blant barne- og ungdomsarbeidere (40,3 prosent) og sosionomer (38,9 prosent). Dette er en ønsket utvikling i tråd med behovet for større faglig bredde i tjenestene. Årsverk for sykepleiere med videreutdanning har økt med 17,2 prosent fra 2015 til 2019. Dette tyder på at flere sykepleiere med videreutdanning arbeider i omsorgstjenestene i dag, noe som er i tråd med politiske målsetninger. Veksten for sykepleiere med bachelor er derimot lavere, med en økning på 9,8 prosent. Sett i lys av økningen i komplekse sykepleieoppgaver i sykehjem og hjemmetjenester er det stadig behov for flere sykepleiere. Den laveste veksten har vært blant servicefunksjoner (2,8 prosent) og ufaglærte (5,8 prosent), mens grupper som administrativt personell og aktivitører har hatt en nedgang i årsverk på henholdsvis 13,4 prosent og 19,2 prosent.

I tabell 9 presenteres årsverk i hjemmebaserte tjenester og i sykehjem og institusjoner. Hovedtyngden av faggrupper i disse tjenestene består av helsefagarbeidere, sykepleiere, vernepleiere og pleieassistenter uten helse- og sosialfaglig utdanningsbakgrunn.

³¹ Helsedirektoratet (2019) *Leger i kommunene og spesialisthelsetjenesten*. Rapport 2019.

Tabell 9: Årsverk i hjemmebaserte tjenester og i sykehjem og institusjoner, 2015-2019

		2015	2016	2017	2018	2019	Endring i % 2015-19
Helsefagarbeidere*1	Hjemmebaserte tjenester	23 273	23 802	24 828	25 450	26 223	12,7 %
	Sykehjem og institusjoner	21 983	22 130	22 194	21 710	22 266	1,3 %
Sykepleiere*2	Hjemmebaserte tjenester	13 337	13 735	14 506	15 133	15 700	17,7 %
	Sykehjem og institusjoner	15 466	15 834	16 244	16 086	16 401	6,0 %
Vernepleiere	Hjemmebaserte tjenester	6 171	6 441	6 780	7 039	7 261	17,7 %
	Sykehjem og institusjoner	1 370	1 386	1 398	1 491	1 584	15,6 %
Ufaglærte*3	Hjemmebaserte tjenester	19 012	18 862	19 573	20 213	20 742	9,1 %
	Sykehjem og institusjoner	10 739	10 444	10 515	10 734	10 721	-0,2 %

*1 Helsefagarbeider inkluderer hjelpepleiere og omsorgsarbeidere.

Kilde: spesialbestilte data fra SSB

*2 Tallet inkluderer alle sykepleiere, både med og uten videreutdanning, også jordmødre og helsepsykepleiere.

*3 Ufaglærte er definert som ansatte uten helse- eller sosialfaglig utdanning. Se kapittel 2.2.

Som tabell 9 illustrerer har det vært en økning i årsverk for nesten alle grupper i hjemmebaserte tjenester og i sykehjem og institusjoner. Veksten har vært størst for sykepleiere og vernepleiere i hjemmebaserte tjenester, med en økning på 17,7 prosent. Sykepleiere og vernepleiere har også hatt stor vekst i årsverk i sykehjem og institusjoner, med en oppgang på henholdsvis 6 prosent og 15,6 prosent. Det er viktig å følge utviklingen av sykepleiere tett, sett i lys av en økning av tidlig utskrevne pasienter fra sykehus til sykehjem og dermed økt behov for avansert sykepleiefaglig kompetanse.

Det er også verdt å merke seg den ulike veksten i årsverk for ufaglærte i de to deltjenestene. Ufaglærte har hatt en nedgang i årsverk på 0,2 prosent i sykehjem og institusjoner, mens det i hjemmebaserte tjenester har vært en økning med 9,1 prosent. Det er også behov for å få mer kunnskap om hva som er årsaken til at vernepleiere i mindre grad enn ønskelig søker arbeid i sykehjem og institusjoner, og da især i boliger for personer med utviklingshemming. Helsedirektoratet antar at mangel på fagmiljø og faglig stimulering kan være en av flere årsaker.

Tilrettelagte boliger for personer med utviklingshemming

I tilrettelagte boliger for personer med utviklingshemming er det helsefagarbeidere som utgjør den største personellgruppen, med 30,8 prosent av årsverkene. Ufaglærte er den nest største personellgruppen, og utgjør 27,9 prosent, mens vernepleiere er den nest største personellgruppen med *fagkompetanse* og utgjør 16,4 prosent av årsverkene. Det bør bemerkes at kommunene organiserer tilbudet til utviklingshemmede svært ulikt. Selv om pleie og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming ofte ytes fra tilrettelagte boliger med fast tilknyttet personale, er det også mange personer med utviklingshemming som får tjenester fra ambulering hjemmetjenester. Statistikken gir derfor kun et delvis bilde av situasjonen.

Tiltak i Kompetanseløft 2020:

Mitt livs ABC

Mitt livs ABC er et kompetansetiltak i tjenester til personer med utviklingshemming, og tilbys av Aldring og helse. Opplæringsmateriellet gir grunnleggende innføring i tjenesteyting til personer med utviklingshemming. Implementeringen av Mitt livs ABC skjer i samarbeid med fagmiljøer i hvert fylke, som utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester. For mer info, se <https://abc.aldringoghelse.no/opplaaering/utviklingshemming/>.

Som det fremgår av tabell 10, har årsverk i boliger for personer med utviklingshemming økt med totalt 15,6 prosent i perioden fra 2015 til 2019. Økningen har vært særlig stor for personell med helse- og sosialutdanning. Personell med helse- og sosialutdanning på høyere nivå³² har totalt økt med 15,4 prosent (2 402 personer), mens personell med helse- og sosialutdanning på videregående nivå³³ har økt med 16,9 prosent (915 personer). Til sammenligning har ufaglærte «kun» økt med 7,8 prosent (376 personer).

Økningen i personell med høyere utdanning er en positiv utvikling i tråd med et stort behov for økt kompetanse i arbeidet med personer med utviklingshemming. Brukergruppen i boliger for personer med utviklingshemming er kjennetegnet av flere og komplekse tilstander, og de har stort behov for kompetent helsehjelp i tillegg til miljøterapeutisk kompetanse. Fylkesmannens tilsyn med tjenesten viser eksempelvis et stort behov for medisinsk faglig kompetanse fra sykepleiere og leger. I denne sammenhengen er det problematisk at sykepleiere med videreutdanning har en langt svakere vekst enn andre personellgrupper med høyere utdanning, med en økning på kun på 1,4 prosent (3 årsverk) fra 2015 til 2019.

³² Personell med helse- og sosialutdanning på høyere nivå inkluderer kategoriene *ergoterapeut, miljøterapeuter og pedagoger, sosionom og barnevernspedagog, sykepleiere med videreutdanning, sykepleiere uten videreutdanning og vernepleier*.

³³ Personell med helse- og sosialutdanning på videregående inkluderer kategoriene «annen helseutdanning på videregående nivå» og «helsefagarbeider».

Tabell 10: Årsverk i tilrettelagte boliger for personer med utviklingshemming, 2015-2019

	2015	2016	2017	2018	2019
Administrativt personell	40	39	41	45	51
Annen helseutdanning på videregående nivå* ¹	465	472	513	518	572
Ergoterapeut	134	132	139	151	169
Helsefagarbeider* ²	4 940	5 154	5 385	5 521	5 748
Miljøterapeuter og pedagoger* ³	976	1 025	1 044	1 129	1 208
Servicefunksjoner* ⁴	25	31	37	35	32
Sosionom og barnevernspedagog	615	643	655	711	803
Sykepleier med videreutdanning* ⁵	204	212	214	219	206
Sykepleiere uten videreutdanning	498	512	506	547	582
Ufaglærte* ⁶	4 820	4 812	4 855	5 011	5 196
Vernepleier	2 647	2 708	2 861	2 941	3 058
Øvrig personell med helseutdanning	768	768	840	914	1 027
Totalt	16 130	16 508	17 090	17 740	18 651

*1 Dette inkluderer aktivitør, barne- og ungdomsarbeider og helsesekretær.

Kilde: spesialbestilte data fra SSB

*2 Helsefagarbeider inkluderer hjelpepleiere og omsorgsarbeidere.

*3 Miljøterapeut og pedagog er ikke beskyttede titler, og kan inkludere ulike utdanninger.

*4 Her inngår renholdspersonell, vaktmestertjenester, kokker/kjøkkenpersonell mm.

*5 Tallet inkluderer alle sykepleiere med videreutdanning, også jordmødre og helsesykepleiere

*6 Ufaglærte er definert som ansatte uten helse- eller sosialfaglig utdanning. Se kapittel 2.2.

Det er i det hele tatt påpekt utfordringer med manglende kompetanse i kommunale helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming i en rekke rapporter^{34,35,36}. Det rapporteres eksempelvis om vanskeligheter med å rekruttere vernepleiere i flere sammenhenger, noe som har vedvart over tid. Fellesorganisasjonen (FO) og Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (NAKU) har gjennomført en undersøkelse av kompetansesituasjonen i tjenestene til personer med utviklingshemming, hvor de fant at 28,2 prosent av personellet hadde universitets- eller høyskoleutdanning³⁷. Andel ansatte med høyskoleutdanning i tjenestene er uendret siden 1980-tallet.

³⁴ Helsetilsynet (2017) *Det gjelder livet. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2016 med kommunale helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming.*

³⁵ NOU 2016:17 *På lik linje – Åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemming.*

³⁶ Rambøll (2016) *Kartlegging av behandlings- og tjenestetilbudet til personer som har diagnoser som er definert under begrepet hjernehelse.*

³⁷ Styringsportalen for fylkesmannen 2018, årsrapport for Nordland. Tilgjengelig fra: <https://styringsportalen.fylkesmannen.no/2018/arsrapporter/fmno/>

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er en lovpålagt³⁸ helsefremmende og forebyggende populasjonstjeneste for gravide, og alle barn og unge og deres foreldre. Tjenesten består av svangerskaps- og barselomsorg, helsestasjon 0-5 år, skolehelsetjeneste på grunnskole og videregående skole og helsestasjon for ungdom (HFU). Det har de senere årene vært en økende politisk satsning på dette tjenesteområdet ved bruk av økonomiske virkemidler som tilskudd og økning i kommunens frie inntekter, med mål om å styrke og utvikle tjenesten. Det er viktig for sentrale myndigheter å følge med på hvorvidt den økte økonomiske satsingen brukes til å styrke tjenesten ved å øke antall årsverk. For å understøtte trygge og sikre tjenester er det viktig at en økning i årsverk fører til økning i fagpersonell *med ønsket fagkompetanse*, og ikke utelukkende ufaglærte eller fagpersonell uten ønsket helsefaglig kompetanse.

Tiltak i Kompetanseløft 2020: Styrke og videreutvikle helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Formålet med tilskuddsordningen er å styrke og utvikle helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Ordningen skal blant annet bidra til å øke kapasiteten og tilgjengeligheten i tjenesten, samt innføre digitale løsninger som gjør tjenesten mer tilgjengelig og attraktiv.

Det er også et mål å øke bemanning av kjernekompetansen slik at tjenesten kan jobbe i tråd med nasjonale faglige retningslinjer og ivareta populasjons-ansvaret i kommunene. Se også www.helsedirektoratet.no/tilskudd/styrking-og-utvikling-av-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten for mer info.

Tabell 11 illustrer at det har vært vekst i årsverk for alle grupper fra 2015 til 2019, men veksten er størst blant sykepleiere uten videreutdanning med en oppgang på 82,5 prosent. Denne endringen er relatert til stadig økende rekrutteringsutfordringer blant helsesykepleiere, blant annet grunnet for lav utdanningskapasitet. Antall helsesykepleiere har økt med 21 prosent. Også jordmødre har hatt en stor vekst i årsverk, tilsvarende 59,5 prosent. Det har blitt tilført betydelige tilskudd til tjenesten. Veksten bør likevel fortsette for å få nok helsesykepleiere og jordmødre i kommunene.

³⁸ Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2018-10-19-1584>

Tabell 11: Årsverk i helsestasjon- og skolehelsetjenesten, 2015-2019

	2015	2016	2017	2018	2019	Endring i % 2015-19
Lege	210	214	218	220	220	4,6 %
Fysioterapeut	202	229	249	259	270	33,6 %
Jordmor	321	358	401	464	511	59,5 %
Helsesykepleier	2 452	2 565	2 690	2 843	2 966	21,0 %
Sykepleiere uten videreutdanning	499	662	748	846	911	82,5 %
Annen helsefaglig utdanning* ¹	452	517	543	619	631	39,7 %
Ufaglærte* ²	325	330	331	358	350	7,6 %
Sum	4 460	4 874	5 179	5 609	5 858	31,4 %

*1 Dette inkluderer aktivitør, barne- og ungdomsarbeider og helsesekretær.

Kilde: SSBs statistikkbank (tabell 11994)

*2 Ufaglærte er definert som ansatte uten helse- eller sosialfaglig utdanning.

Se kapittel 2.2 for mer informasjon.

Den laveste veksten har vært blant leger, som hadde en økning på 4,6 prosent fra 2015 til 2019. Totalt har årsverk økt med 31,4 prosent fra 2015 til 2019. Økningen i årsverk er i tråd med politiske føringer, men Helsedirektoratet er bekymret for tendenser i kommunene til å erstatte helsesykepleiere med sykepleiere uten denne videreutdanningen.

Tilskuddsordningen "Styrking og utvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten" fra 2016 med øremerkingen av midler synes å ha vært avgjørende for økningen i helsesykepleier- og jordmorstillinger. Gjennom rapporteringer på tilskuddsordningen beskriver en stor andel av kommunene utfordringer knyttet til rekruttering av personell med ønsket kompetanse. Det er vanskelig å rekruttere spesielt helsesykepleiere. Faggruppene selv og partene i arbeidslivet melder om stadig mangel, og sykepleiere konstitueres i helsesykepleierstillinger grunnet rekrutteringsutfordringer. Kompetansen helsesykepleierne har om helsefremmende og forebyggende arbeid knyttet til barn og unge og deres foreldre er viktig, og denne kompetansen ivaretas ikke når sykepleiere uten videreutdanning i helsesykepleie utgjør nærmere 30 prosent av disse stillingene. Kommunenes beskrivelse av rekrutteringsutfordringer understøttes av en kartlegging utført av Fylkesmannen i Nordland³⁹ i 2018, der det framkom at 52 prosent av fylkets kommuner hadde ansatt sykepleiere i helsesykepleierstilling, og 15,9 prosent hadde ubesatte helsesykepleierstillinger. 29 prosent av kommunene manglet også jordmor.

I Helsemod-rapporten fra SSB 2019, beskrives alderssammensetningen blant jordmødre og helsesykepleiere, der mange nærmer seg pensjonsalder. Grunnet stor etterspørsel etter tjenestene i disse

³⁹ Styringsportalen for fylkesmannen 2018, årsrapport for Nordland. Tilgjengelig fra: <https://styringsportalen.fylkesmannen.no/2018/arsrapporter/fmno/>

fagområdene, avgang blant sysselsatte, og tilgang på personell, vil det være en ytterligere mangel på denne kompetansen i 2035.

Ansvar for svangerskapsomsorg er lagt til primærhelsetjenesten, og den gravide har rett til å selv velge oppfølging hos lege, jordmor eller en kombinasjon av disse. Tilbakemeldinger fra gravide og tjenesten er at mange kvinner ikke har reell valgmulighet, da tilgangen på jordmødre i mange kommuner er begrenset. Behovet for oppfølging av gravide og barselkvinner i kommunene har økt grunnet endringer i fødepopulasjon, tidligere hjemsendelse fra spesialisthelsetjenesten og behov for tettere oppfølging i barseltid⁴⁰. Tidlige hjemmebesøk av jordmor anbefales som et universelt tilbud, som en konsekvens av tidlig utskriving etter fødsel⁴¹.

Psykisk helse- og rustjenester

SINTEF får årlig oppdrag fra Helsedirektoratet om å utrede kommunenes arbeid med psykisk helse- og rusarbeid. I rapporten *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene*⁴², redegjør SINTEF for antall årsverk i psykisk helse- og rustjenester rettet mot både barn/unge og voksne mellom 2015 og 2019.

Tabell 12: Årsverk i psykisk helse- og rustjenester, 2015-2019

	2015	2016	2017	2018	2019	Endring i % 2015-19
Tjenester til voksne	10 429	11 063	11 534	12 563	12 872	23,4 %
Tjenester til barn og unge	2 702	2 873	3 099	3 331	3 527	30,5 %
Totalt	13 131	13 936	14 633	15 894	16 399	24,9 %

Kilde: SINTEF

Som det fremgår av tabell 12 har antall årsverk økt med 24,9 prosent mellom 2015 og 2019. Tjenester rettet mot barn og unge økte med 30,5 prosent, mens årsverk rettet mot voksne økte i samme periode med 23,4 prosent. Helsedirektoratet viser til SINTEFs rapport for nærmere omtale av deltjenesten.

⁴⁰ Helsedirektoratet (2019) *Endring i fødepopulasjon og konsekvenser for bemanning og finansieringssystem 2020*.

⁴¹ FHI (2015). *Jordmorstyrt oppfølging av gravide og fødende er et godt og trygt alternativ*. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/publ/2015/jordmorstyrt-oppfolging-av-gravide-og-fodende-er-et-godt-og-trygt-alternati/>

⁴² SINTEF (2019) *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2019: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene 2019*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kommunalt-psykisk-helse-og-rusarbeid-2019/>

Fra 1. januar 2020 skal kommunene kunne tilby psykologtjenester. For å sikre at kommunene kan innfri lovkravet, har fylkesmennene forvaltet et tilskudd til rekruttering av psykologer i kommunene. Tilskuddsordningen har vært et tiltak i Kompetanseløft 2020. Tilskudds-ordningen opphører i 2020 da lovkravet trer i kraft, og midlene blir lagt inn i det statlige rammetilskuddet til kommunene. Økt rekruttering av psykologer skal bidra til å styrke kvalitet og kompetanse i det helhetlige og tverrfaglige kommunale arbeidet innen psykisk helse og rus, samt volds- og traumefeltet.

Tabell 13 viser at det har vært svært stor vekst i årsverk for psykologer fra 2015 til 2019. Dette kan forklares med tilskuddsordningens positive effekt. I 2019 ble totalt 436 årsverk utført av psykologer i kommunal helse- og omsorgstjeneste, og årsverk utført av psykologer har dermed økt med 70,3 prosent fra 2015.

**Tiltak i Kompetanseløft 2020:
Tilskudd til rekruttering av
psykologer i kommunene**

Formålet med tilskuddsordningen er å styrke kvalitet og kompetanse i det kommunale arbeidet med fagfeltene rus, psykisk helse, vold og traume. Ordningen skal særlig bidra til forsterket rekruttering av psykologer. Tilskuddsordningen ble avsluttet ved utgangen av 2019 og midlene ble da lagt inn i rammetilskuddet til kommunene. For mer informasjon, se www.helsedirektoratet.no/tilskudd/psykologer-i-de-kommunale-helse-og-omsorgstjenestene.

Tabell 13: Årsverk utført av psykologer i kommunal helse- og omsorgstjeneste, 2015-2019

	2015	2016	2017	2018	2019	Endring i % 2015-19
Forebygging, helsestasjon, skolehelsetjeneste	93	110	115	135	142	53,2%
Annet forebyggende helsearbeid*	125	161	183	213	214	72,1%
Diagnose, behandling og re/habilitering	39	48	56	65	79	105,7%
Totalt	256	319	354	413	436	70,3 %

*Omfatter i hovedsak miljørettet helsevern, bedriftshelsetjeneste, annet forebyggende arbeid etter helse- og omsorgsloven § 3-3, folkehelseloven § 8, frisklivssentraler og helsestasjoner for eldre og innvandrere.

Kilde: spesialbestilt data fra SSB

Den største veksten av psykologer har vært i kategorien *diagnose, behandling og re/habilitering*, der antall årsverk har mer enn doblet seg fra 2015 til 2019. I kategorien *annet forebyggende arbeid* har årsverk for psykologer økt med 72,1 prosent fra 2015 til 2019. Årsverk for psykologer innen kategorien *forebygging, helsestasjon og skolehelsetjeneste* økte med 53,2 prosent i perioden 2015 til 2019.

Av de 436 årsverkene for psykologer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, er 79 prosent tilhørende kommunal sektor og 21 prosent privat sektor med kommunal avtale. Dette står i sterk kontrast

til tidligere år. I 2010 var kun 58 prosent av psykologårsverkene tilhørende kommunal sektor, mens 42 var tilhørende privat sektor med kommunal avtale⁴³.

Tabell 14: Kommuner/bydeler i fylket som har mottatt rekrutteringstilskudd for psykolog, 2016-2019

	2016		2017		2018		2019		Andel kommuner som ikke har søkt tilskudd
	Kommuner/bydeler som mottar tilskudd	Totalt antall kommuner/bydeler	Kommuner/bydeler som mottar tilskudd	Totalt antall kommuner/bydeler	Kommuner/bydeler som mottar tilskudd	Totalt antall kommuner/bydeler	Kommuner/bydeler som mottar tilskudd	Totalt antall kommuner/bydeler	
Østfold	12	18	12	18	14	18	15	18	16,7 %
Akershus	15	22	15	22	22	22	22	22	-
Oslo* ¹	14	15	14	15	15	15	15	15	-
Hedmark	11	22	12	22	19	22	21	22	4,5 %
Oppland	10	26	13	26	26	26	26	26	-
Buskerud	13	21	15	21	14	21	18	21	14,3 %
Vestfold	8	14	8	12	9	9	9	9	-
Telemark	2	18	10	18	16	18	18	18	-
Aust og Vest-Agder	18	30	20	30	19	30	22	30	26,7 %
Rogaland	13	26	13	26	13	26	22	26	15,4 %
Hordaland	22	33	25	33	25	33	26	33	21,2 %
Sogn og Fjordane	14	26	23	26	15	26	19	26	26,9 %
Møre og Romsdal	14	36	19	36	22	36	30	35	14,3 %
Sør-Trøndelag* ²	17	25	17	25					-
Nord-Trøndelag* ²	21	23	18	23					-
Trøndelag* ²					30	47	38	48	20,8 %
Nordland	15	44	21	44	27	44	42	44	4,5 %
Troms	8	24	12	24	12	24	24	24	-
Finnmark	12	19	12	19	13	19	15	19	21,1 %
Totalt antall kommuner og bydeler	239	442	279	440	311	436	382	436	12,4 %

*1 Bydelene i Oslo er inkludert i tallene, men ingen bydeler for øvrige byer.

Kilde: Helsedirektoratet

*2 Fra 2018 er Nord- og Sør-Trøndelag slått sammen til Trøndelag fylke.

Tabell 14 viser antall kommuner/bydeler som har mottatt rekrutteringstilskudd for en eller flere psykologer i hvert fylke fra 2016 til 2019. Tabellen omfatter ikke eventuelle kommuner med psykolog utenfor tilskuddsordningen. I 2019 mottok 382 av totalt 436 kommuner og bydeler tilskudd. Dette utgjør 87,6 prosent av alle kommuner og bydeler. Til sammenligning var det kun 54,1 prosent av alle kommuner og bydeler som hadde mottatt rekrutteringstilskudd for psykolog i 2016. I 2019 er det fortsatt 54 av 436 kommuner som ikke har søkt om rekrutteringstilskudd for psykolog. Som det fremgår av tabell 14 er det kun fem fylker hvor alle kommunene har benyttet seg av rekrutteringstilskuddet for psykolog.

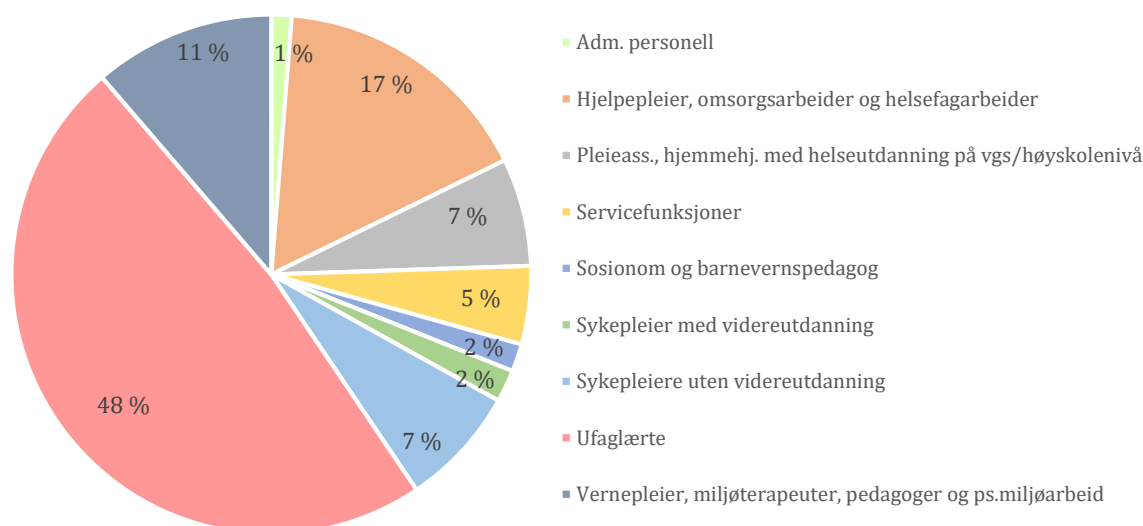
⁴³ Tallene fra 2010 til 2019 er ikke direkte sammenlignbare på grunn av databrudd i SSBs tallmateriale, men gir likevel en indikasjon på utviklingen over tid.

2.4 Kjønn, alder og innvandringsbakgrunn

Menn i kommunal helse- og omsorgstjeneste

I 2019 var det 33 600 sysselsatte menn i den kommunale- helse og omsorgstjenesten (24 931 årsverk), og mennene utgjorde dermed 14,9 prosent av alle sysselsatte (15,1 prosent av alle årsverk).

Figur 10: Fordeling av sysselsatte menn etter stillingskategori, 2019



Merknad: «ergoterapeut» og «annen helseutdanning på vgs-nivå» er ekskludert, da de utgjør mindre enn 1 prosent.

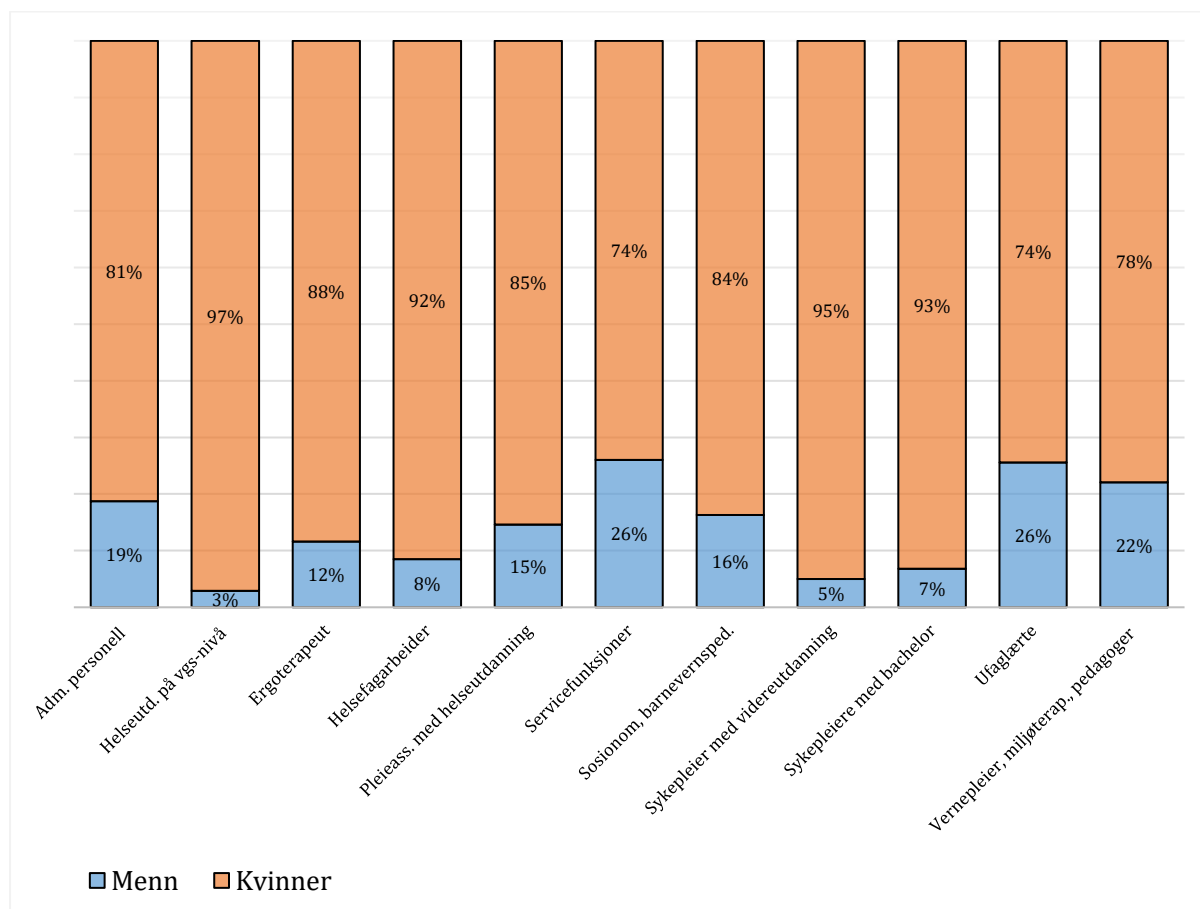
Kilde: spesialbestilte data fra SSB

Den største andelen av mennene som var sysselsatt i den kommunale helse- og omsorgstjenesten i 2019 jobbet som ufaglærte (47,3 prosent). En stor andel menn jobbet også som helsefagarbeidere (16,2 prosent) eller som vernepleiere, miljøterapeuter, pedagoger og innen psykisk miljøarbeid (11,1 prosent). Færrest menn jobbet som administrativt personell (1,2 prosent), som ergoterapeut (0,9 prosent) eller som øvrig personell med helseutdanning på videregående nivå (0,8 prosent). Fordelingen av menn er noe ulik fordelingen av kvinner, der flest kvinner jobber som helsefagarbeider (31 prosent), ufaglærte (24 prosent) og som sykepleiere uten videreutdanning (16 prosent).

I perioden 2015 til 2019 har sysselsatte menn i kommunal helse- og omsorgstjeneste økt med over 5800. Likevel har det vært få endringer i hvilke yrker flest menn jobber i. Fordelingen i 2015 var derfor ganske lik som i figur 10, tross en forskjell på fem år. De største endringene er at noe flere menn jobber som helsefagarbeidere (14 prosent i 2015 mot 16 prosent i 2019), mens det har blitt færre ufaglærte menn (49 prosent i 2015 mot 47 prosent i 2019). Andel menn som blir sykepleiere, både med og uten videreutdanning, har holdt seg stabil gjennom hele perioden.

For å få et mer utfyllende inntrykk av hvor mennene i helsetjenesten jobber, er det også nyttig å se hvor stor *andel* menn utgjør i hver av de ulike yrkesgruppene.

Figur 11: Andelen sysselsatte menn og kvinner i ulike yrkesgrupper i kommunal helse- og omsorgstjeneste, 2019



Kilde: spesialbestilt data fra SSB

Figur 11 viser at det er store variasjoner i andelen menn. I 2019 var andelen menn høyest i kategoriene servicefunksjoner og ufaglærte (26 prosent). Det var færrest menn i kategorien *annen helseutdanning på videregående nivå* (3 prosent). Herunder inngår aktivitører, barne- og ungdomsarbeidere og helsesekretærer. Videre var det også en lav andel menn blant sykepleiere med videreutdanning (5 prosent) og sykepleiere med bachelor (7 prosent). Til sammenligning utgjør mannlige sykepleiere nesten dobbelt så stor andel i spesialisthelsetjenesten. Dette indikerer at kommunene har større utfordringer med å tiltrekke seg mannlige sykepleierne.

Ser man på utviklingen tilbake til 2015, er den gjennomgående tendensen at menn stadig utgjør en litt større andel av arbeidsstyrken i de fleste yrkesgrupper. For noen yrkesgrupper har andelen menn derimot holdt seg stabil eller gått noe ned. Dette gjelder administrativt personell, sykepleiere med videreutdanning, sosionomer og barnevernspedagoger.

KS har gjennom satsningen *Menn i helse* arbeidet systematisk med å utdanne menn til helsefagarbeideryrket, og fra 2015 til 2019 ser man at menn utgjør en stadig større andel av helsefagarbeidere. Menn utgjør i det hele tatt en stor del av *veksten* i helsefagarbeidere. For å eksemplifisere kan man se på veksten av helsefagarbeidere fra 2015 til 2019. Mannlige helsefagarbeidere har i denne perioden økt med 36,7 prosent (1462 sysselsatte), mens helsefagarbeidere *samlet sett* har økt med 3,3 prosent (2038 sysselsatte) i samme periode. Dette innebærer at menn utgjorde 72 prosent av veksten for gruppen av helsefagarbeidere fra 2015 til 2019. Helsedirektoratet vil følge denne utviklingen nærmere. Vi kjenner ikke til forklaringer på dette særskilte funnet mellom 2015 og 2019. Antall nye helsefagarbeidere gjennom prosjekt *Menn i helse* står for en liten del av veksten, men satsningen har trolig påvirket positivt på den måten at flere unge menn starter i VG2 innen helsearbeiderfaget. Tidligere hjelpepleierutdanning rekrutterte i hovedsak voksne kvinner. Omlegging til fag- og yrkesopplæring som helsefagarbeider er primært et tilbud til ungdom. Dette kan ha gitt økt rekruttering av unge menn til faget. I tillegg kan økningen muligens forklares med at menn med høyere helsefaglig utdanning fra andre land utenfor EU/EØS og Sveits kan ha fått autorisasjon som helsefagarbeider i Norge.

Det er store regionale forskjeller i andelen menn som jobber i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Som figur 12 viser, utgjør menn den største andelen av arbeidsstokken i Oslo på 22,2 prosent sysselsatte. I motsatt ende er andelen sysselsatte menn i Vest-Agder kun på 11,3 prosent.

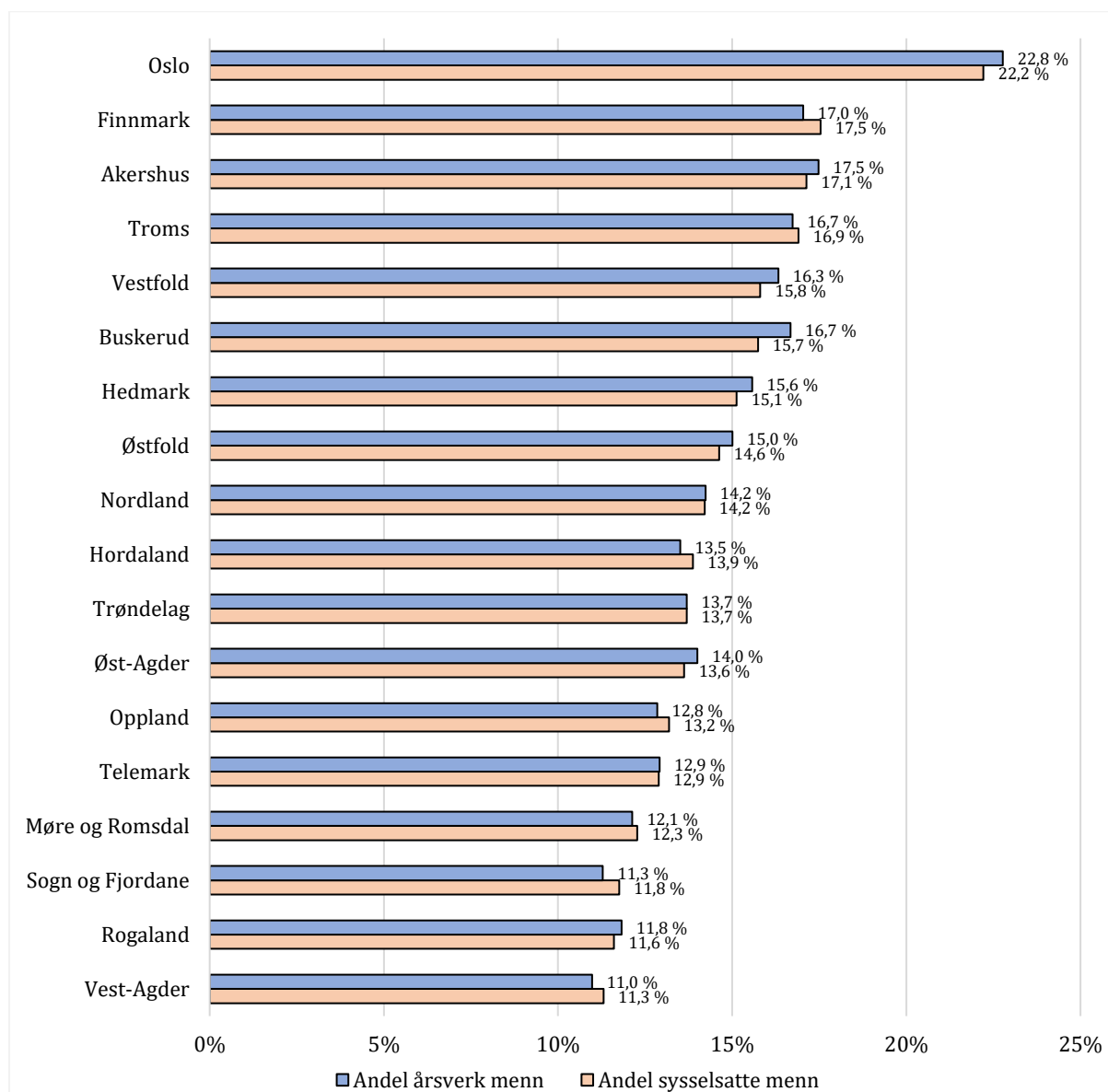
Tiltak i Kompetanseløft 2020: Menn i helse

KS har ansvar for det nasjonale prosjektet *Menn i helse*. Målet er å bidra til økt rekruttering av menn til arbeid i helse- og omsorgstjenestene.

Menn i helse er et arbeidsrettet tiltak for menn mellom 25-55 år som mottar ytelser fra NAV. Deltakerne tilbys et komprimert utdanningsløp på minst 2,5 år fram til fagbrev som helsefagarbeider. Ved utgangen av 2019 hadde 342 menn tatt fagbrevet gjennom *Menn i helse* siden tiltaket startet i 2011.

Menn i helse er et samarbeid mellom kommuner, NAV, fylkeskommuner, fylkesmannen, Helsedirektoratet og KS. Se <https://mennihelse.no/>.

Figur 12: Andelen menn i kommunal helse- og omsorgstjeneste fordelt på fylke, 2019



Kilde: spesialbestilt data fra SSB

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet jobber i 2020 med å utvikle forslag til prosjekt for å rekruttere flere menn til helse- og omsorgssektoren. I den forbindelse har de bestilt en rapport fra PROBA⁴⁴ som konkluderer med at mange menn ikke velger seg til sektoren på grunn av faktorer som manglende kunnskap om og interesse for sektoren, en oppfatning om dårlige strukturelle forhold, og at mange av yrkene oppfattes som kvinneyrker. Arbeidet følges av Helsedirektoratet.

⁴⁴ Proba samfunnsanalyse (2020) *Utredning om rekruttering av menn til helse- og omsorgssektoren*. Rapport 2020-06. Tilgjengelig fra: <https://proba.no/rapport/utredning-om-rekruttering-av-menn-til-helse-og-omsorgssektoren/>

Personell over 55 år

Tabell 15: Andel sysselsatte over 55 år i kommunal helse- og omsorgstjeneste, 2015-2019

	2015	2016	2017	2018	2019	Endring i prosentpoeng 2015-19
Andel sykepleiere over 55 år	21,2%	21,3%	21,4%	21,6%	21,8%	0,6
Andel helsefagarbeidere over 55 år* ¹	34,8%	34,8%	34,8%	34,8%	34,5%	-0,3
Andel ufaglærte over 55 år* ²	21,8%	21,6%	21,2%	21,1%	21,3%	-0,5

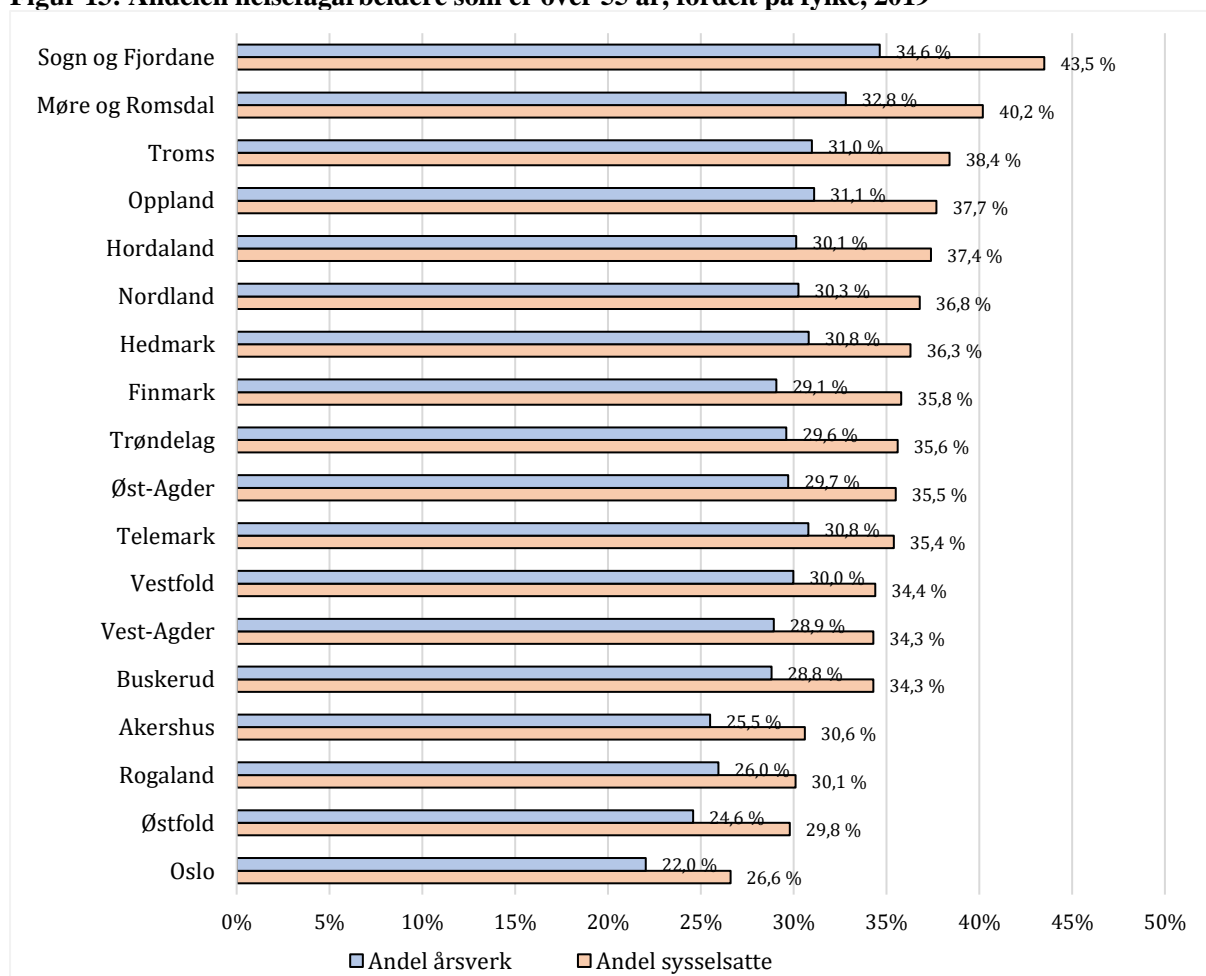
*1 Helsefagarbeider inkluderer hjelpepleiere og omsorgsarbeidere.

Kilde: spesialbestilte data fra SSB.

*2 Ufaglærte er definert som ansatte uten helse- eller sosialfaglig utdanning. Se kapittel 2.2.

Tabell 15 viser andel ansatte over 55 år i utvalgte personellgrupper. Andelen sykepleiere over 55 år utgjør 21 prosent, og har økt med 0,6 prosentpoeng fra 2015 til 2019. Andelen ufaglærte over 55 år vært på rundt 21 prosent fra 2015 til 2019, med en liten nedgang på 0,5 prosentpoeng. Sysselsatte helsefagarbeidere er betydelig eldre enn andre faggrupper. Andelen helsefagarbeidere over 55 år er nesten 35 prosent, og har vært stabilt på dette nivået fra 2015 til 2019. Selv om det i dag ikke er meldt om rekrutteringsutfordringer for helsefagarbeidere, kan det bli en betydelig utfordring om få år.

Figur 13: Andelen helsefagarbeidere som er over 55 år, fordelt på fylke, 2019



Kilde: spesialbestilte data fra SSB

Utfordringen med eldre helsefagarbeidere blir enda tydeligere når man ser tallene på regionalt nivå, og dette illustreres i figur 13. Oslo har lavest andel helsefagarbeidere over 55 år, der helsefagarbeidere over 55 år utgjør 26,6 prosent av sysselsatte helsefagarbeidere og 22 prosent av utførte årsverk. Til sammenligning har Sogn og Fjordane høyest andel, der helsefagarbeidere over 55 år utgjør 43,5 prosent av sysselsatte helsefagarbeidere og 34,6 prosent av utførte årsverk.

Tilsvarende regionale forskjeller finnes også for andre faggrupper, men differansen mellom fylkene er ikke like stor. Eksempelvis er andel sykepleiere over 55 år høyest i Troms, der gruppen utgjør 24,3 prosent av sysselsatte sykepleiere og 20,3 prosent av årsverkene. Den laveste andelen sykepleiere over 55 år er i Oslo, der gruppen utgjør 17,9 prosent av sysselsatte sykepleiere og 15 prosent av årsverkene.

Helsepersonell med innvandringsbakgrunn

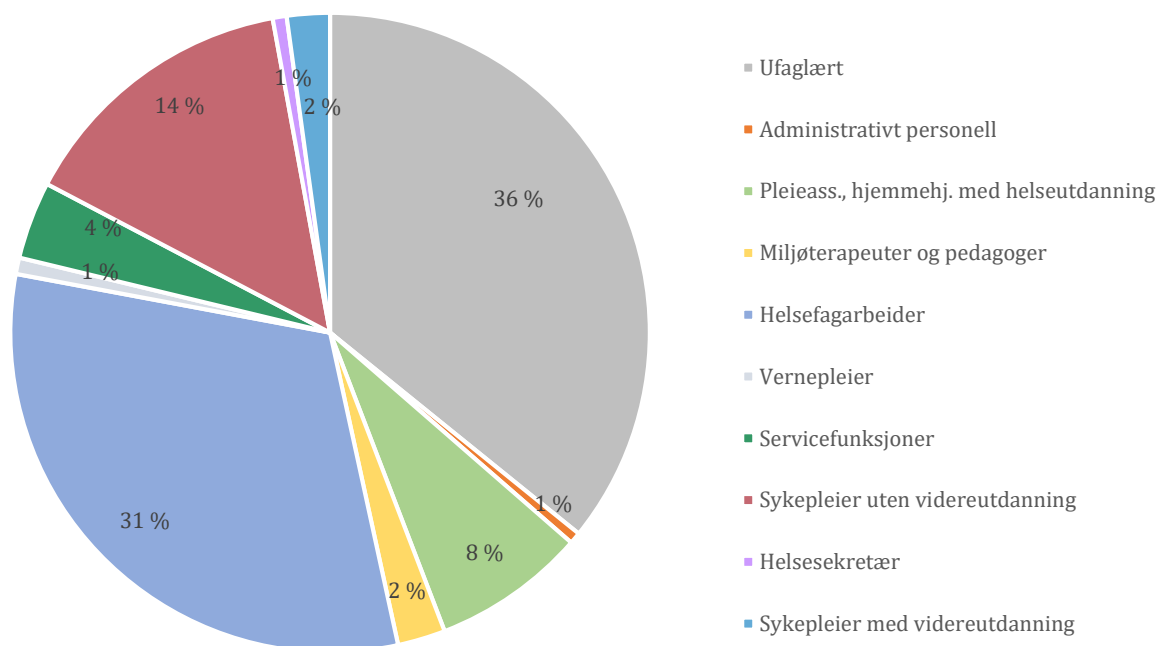
I rapporten har vi tatt utgangspunkt i SSBs definisjon av *innvandrere* og *ikke-bosatte*. SSB definerer dette på følgende måte:

- a) *Innvandrere* er personer som er født i utlandet av to utenlandskfødte foreldre og fire utenlandskfødte besteforeldre. Innvandrere har på et tidspunkt innvandret og bosatt seg i Norge. I denne gruppen finnes det mennesker med og uten norsk statsborgerskap.
- b) *Ikke-bosatte* er personer registrert i folkeregisteret med planlagt opphold i Norge på under seks måneder. Ikke-bosatte omfatter personer med et midlertidig personnummer eller som er registrert som utvandret, men jobber i Norge. Dette kan for eksempel være polsk helsepersonell som er i Norge på kortere oppdrag før de returnerer til Polen, eller personer som pendler fast fra Sverige til Norge for å jobbe.

Som følge av definisjonen til SSB måler vi i hvilken grad vi er avhengig av utenlandsk arbeidskraft, i tillegg til i hvilken grad kommunene har en mangfoldig rekrutteringsprofil som speiler befolkningen. Andelen årsverk som utføres av *innvandrere* og *"ikke-bosatte"* (heretter referert til som "personer med innvandringsbakgrunn"), utgjør en betydelig ressurs for tjenestene. Uten innsatsen fra disse ville helse- og omsorgstjenesten hatt langt større rekrutteringsutfordringer.

I 2019 var det sysselsatt 39 819 personer med innvandrerbakgrunn i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Som figur 14 viser, jobbet flest som ufaglærte (35,4 prosent), helsefagarbeidere (31 prosent) og sykepleiere uten videreutdanning (14,3 prosent).

Figur 14: Sysselsatt helsepersonell med innvandringsbakgrunn, etter stilling, 2019



Merknad: sysselsatte innvandrere i stillinger som aktivitør, barne- og ungdomsarbeider barnevernspedagog, ergoterapeut, psykisk miljøarbeider og sosionom er tatt ut av grafen da hver av disse gruppene utgjør mindre enn 0,5 prosent. Til sammen utgjør disse gruppene 1,1 prosent av sysselsatte innvandrere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Kilde: spesialbestilte data fra SSB

I 2019 jobbet 36 prosent av alle sysselsatte med innvandringsbakgrunn som ufaglærte, og bildet er relativt uendret, med noen unntak, fra 2015.

Tabell 16 viser antall sysselsatte helsepersonell med innvandringsbakgrunn og prosentandelen disse utgjør av det totale antallet sysselsatte i den kommunale helse og omsorgstjenesten fra 2015 til 2019. Det er størst andel helsepersonell med innvandringsbakgrunn i den kommunale helse- og omsorgstjenesten i yrkesgrupper som servicefunksjoner (25 prosent), ufaglærte (22,6 prosent) og helsefagarbeidere (19,2 prosent). Disse gruppene er også blant de som har hatt størst vekst i perioden 2010 til 2019.

Tabell 16: Helsepersonell med innvandringsbakgrunn i ulike yrkesgrupper, 2015-2019

	2015	2016	2017	2018	2019	Endring i % 2015-19
Administrativt personell	160 8,4 %	180 9,5 %	162 8,8 %	182 9,6 %	183 9,9 %	14,0 %
Aktivitør	16 1,3 %	13 1,1 %	15 1,3 %	14 1,3 %	16 1,6 %	-2,5 %
Barne- og ungdomsarbeider	55 6,0 %	55 5,8 %	74 7,6 %	90 8,4 %	101 8,5 %	84,7 %
Barnevernspedagog	26 2,8 %	23 2,4 %	28 2,8 %	35 3,2 %	37 3,1 %	45,5 %
Ergoterapeut	108 5,5 %	109 5,3 %	120 5,4 %	127 5,4 %	136 5,6 %	26,5 %
Helsesekretær	147 5,7 %	177 6,8 %	207 7,8 %	226 8,5 %	236 8,9 %	60,3 %
Helsefagarbeider* ¹	7 207 15,6 %	8 075 17,2 %	8 977 18,6 %	9 276 19,2 %	10 368 20,9 %	43,9 %
Miljøterapeuter, pedagoger og psykisk miljøarbeid* ²	609 15,3 %	628 14,9 %	666 15,0 %	748 15,4 %	782 15,0 %	28,4 %
Servicefunksjoner* ³	972 22,4 %	1 060 23,7 %	1 073 23,9 %	1 104 24,4 %	1 138 25,3 %	17,1 %
Sosionom	56 4,0 %	69 4,8 %	75 4,7 %	82 4,7 %	110 5,7 %	97,3 %
Sykepleier uten videreutdanning	4 392 17,0 %	4 602 17,3 %	4 872 17,6 %	4 872 17,2 %	5 170 17,8 %	17,7 %
Sykepleier med videreutdanning* ⁴	600 5,9 %	662 6,2 %	726 6,5 %	772 6,6 %	814 6,8 %	35,5 %
Ufaglært* ⁵	7 013 21,8 %	6 992 21,9 %	7 294 22,3 %	8 299 24,6 %	8 640 25,2 %	23,2 %
Vernepleier	225 2,8 %	240 2,9 %	268 3,1 %	301 3,3 %	321 3,4 %	43,0 %
Øvrig personell med helseutdanning	1 295 19,5 %	1 329 19,7 %	1 445 20,2 %	1 812 22,6 %	1 941 22,5 %	49,8 %
Andelen helsepersonell med innvandringsbakgrunn utgjør av alle sysselsatte	22 886 15,4 %	24 219 16,0 %	26 009 16,6 %	27 946 17,4 %	29 999 18,1 %	31,1 %

Endringer i tall for sysselsatte fra 2014 til 2015 må tolkes med forsiktighet grunnet nytt datagrunnlag. Kilde: spesialbestilte data fra SSB

*1 Helsefagarbeider inkluderer hjelpepleiere og omsorgsarbeidere.

*2 Miljøterapeut og pedagog er ikke beskyttede titler, og kan inkludere ulike utdanninger.

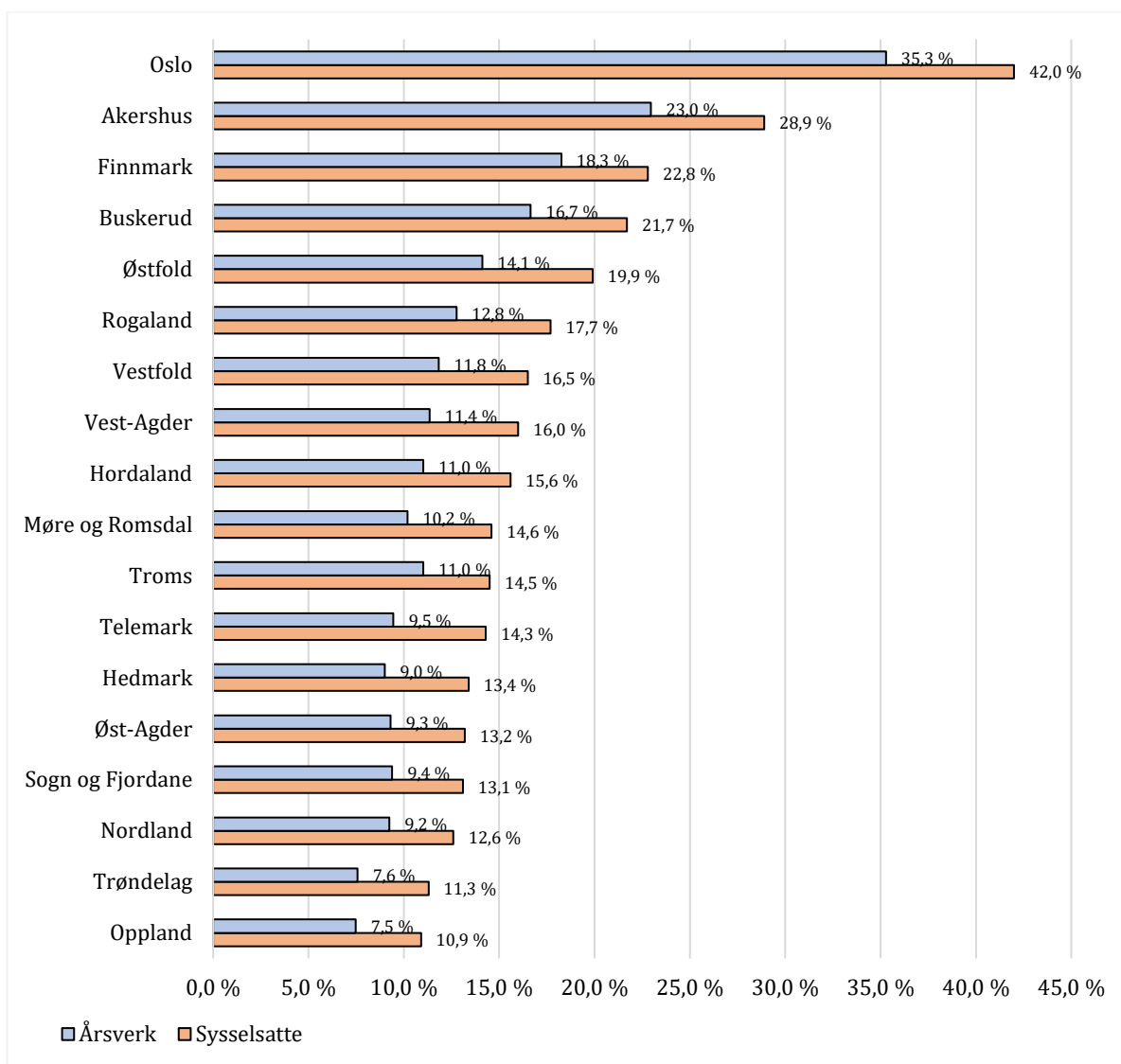
*3 I denne kategorien inngår renholdspersonell, vaktmestertjenester, kokker/kjøkkenpersonell mm.

*4 Tallet inkluderer alle sykepleiere med videreutdanning, også jordmødre og helsesykepleiere.

*5 Ufaglærte er definert som ansatte uten helse- eller sosialfaglig utdanning. Se kapittel 2.2.

Den totale andelen helsepersonell med innvandringsbakgrunn har økt med 2,5 prosentpoeng fra 2015 til 2019, en økning på 7818 sysselsatte. Totalt antall sysselsatte har økt med 13 429 personer i samme periode. Det vil si at helsepersonell med innvandringsbakgrunn utgjør 58 prosent av veksten i tjenestene. Dette viser tydelig at helse- og omsorgstjenestene i kommunene har stor nytte av ansatte med innvandrerbakgrunn for å løse de store oppgavene i sektoren.

Figur 15: Andelen utenlandske og/eller utenlandskfødte i pleie og omsorg, fordelt på fylke, 2019



Kilde: spesialbestilt data fra SSB

Ser man på sysselsatt personell med innvandringsbakgrunn i omsorgstjenestene⁴⁵ utgjør de i gjennomsnitt 18,7 prosent i 2019. Tilsvarende utgjør de 14 prosent av alle utførte årsverk innen omsorgstjenesten. I Oppland finner man den laveste andelen helsepersonell med innvandringsbakgrunn, mens Oslo har klart størst andel helsepersonell med innvandringsbakgrunn. Selv om Oslo i 2019 hadde størst andel, har de hatt lavest *vekst* i antall sysselsatte med innvandringsbakgrunn i perioden 2015 til 2019. Antall helsepersonell med innvandringsbakgrunn har i Oslo økt med 7,2 prosent, mens i fylker som Oppland, Aust-Agder og Nordland har veksten vært på over 40 prosent. Det er gjennomgående flere *sysselsatte* med innvandringsbakgrunn sammenlignet med *årsverk* i alle fylker, noe som viser at mange med innvandringsbakgrunn jobber i deltidsstillinger.

⁴⁵ Dette innebærer alle kommunale helse og omsorgstjenester med unntak av kategoriene «forebygging, helsestasjon, skolehelsetjeneste», «annet forebyggende helsearbeid» og «diagnose, behandling og rehabilitering/habilitering».

3. Utdanning og tilgang på personell

Helsedirektoratet har i oppgave å følge med på om det utdannes tilstrekkelig helsepersonell for å dekke behovene i tjenestene. I dette kapitlet presenteres derfor søkertall, fagprøvekandidater og uteksaminerte kandidater for helse- og sosialfag ved videregående opplæring og ved høyere utdanning. Tallene er hentet fra Utdanningsdirektoratets statistikkbank.

Kommunenes tilgang på helsepersonell er nært knyttet til uteksaminering av nye kandidater, men rekrutteringen er også avhengig av at nyutdannede *ønsker* å jobbe i kommunene. NSF Students avgangsundersøkelse som ble publisert i 2018⁴⁶ viser at kun 2 av 10 nyutdannede sykepleiere hadde jobb i sykehjem eller hjemmetjeneste som førstevalg etter endte studier. Resultatene stemmer godt overens med tidligere undersøkelser.

Rekrutteringsutfordringene kan ha sammensatte årsaker, men mangel på heltidsstillinger, manglende muligheter for faglig utvikling og små fagmiljøer kan være mulige forklaringer. Studenters og elevs erfaring fra praksisperioder i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er også av betydning. Med bakgrunn i dette er kommunene nødt til å jobbe systematisk for å være en attraktiv arbeidsplass for nyutdannede og annet helsepersonell. Dette gjøres blant annet gjennom prosjekt Jobbvinner som KS er prosjektansvarlig for etter tilskudd fra Helsedirektoratet gjennom Kompetanseløft 2020.

**Tiltak i Kompetanseløft 2020:
Rekruttering av sykepleiere og
helsefagarbeidere til omsorgstjenestene
(Prosjekt Jobbvinner)**

Jobbvinner skal løfte frem de attraktive sidene ved å jobbe i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Prosjektet har fokus på å rekruttere og beholde helsefagarbeidere og sykepleiere. Tilskuddet forvaltes av KS, som samarbeider med Fagforbundet, Delta og Norsk Sykepleierforbund om gjennomføringen.

Tiltaket inneholder flere piloter. Et eksempel er mentorordningen utviklet av Trondheim kommune. Mentorordningen gir alle nyansatte en egen mentor, og erfaringen er at dette fører til at langt færre slutter.

Andre eksempler er samarbeid mellom kommuner og utdanningsinstitusjoner for å styrke praksisordningen i sykepleierutdanningen, og forsøk med traineestillinger i kommunene. For mer informasjon, se <https://jobbvinner.no/>

⁴⁶ NSF Student (2018) *Avgangsundersøkelsen 2017*. Tilgjengelig fra: https://www.nsf.no/Content/3763210/cache=20180603105249/NSF-%231017046-v1-Avgangsunders%C3%B8kelsen_2017.pdf

3.1 Utdanningstrender innenfor helse- og sosialfag

Utdanning på videregående nivå (VG)

Søkertallene for helse- og oppvekstfag (VG1) og helsearbeiderfag (VG2 og VG3) har økt betydelig siden 2015, med en samlet vekst på 21,4 prosent flere søkere fra 2015 til 2019. Fra 2018 til 2019 er det en nedgang i antall søkere til helse- og oppvekstfag (VG1) for første gang siden 2014, med 3,5 prosent færre søkere. Etter en stor vekst i perioden 2015 til 2019 kan dette være et uttrykk for at søkertallene stabiliserer seg, men utviklingen må følges videre. Som tabell 17 illustrerer er det fortsatt flere søkere enn elever som blir tatt opp hvert år.

Tabell 17: Søkere og tilbudte plasser til utdanning på videregående skolenivå, 2015-2019

		2015	2016	2017	2018	2019	Endring i % 2015-19
Helse og oppvekstfag VG1	Søkere	9 389	10 441	10 837	11 512	11 111	18,3 %
	Tilbud	8 341	8 960	9 374	9 577	9 717	16,5 %
Helsearbeiderfag VG2	Søkere	3 239	3 556	3 759	3 846	3 947	21,9 %
	Tilbud	3 182	3 459	3 612	3 796	3 804	19,5 %
Helsearbeiderfag læretid	Søkere	1 836	1 992	2 152	2 353	2 508	36,6 %
	Tilbud	1 144	1 293	1 402	1 499	1 531	33,8 %
Totalt	Søkere	14 464	15 989	16 748	17 711	17 566	21,4 %
	Tilbud	12 667	13 712	14 388	14 872	15 052	18,8 %

Merknad: søkertallene er per 1. mars, mens tilbudstallene er per 15. juli.

Kilde: Utdanningsdirektoratet

Blant de som fikk tilbud på helse- og oppvekstfag (VG1) i 2018, søkte 41,2 prosent seg videre til helsearbeiderfag (VG2) i 2019. Dette er en nedgang på 1,4 prosentpoeng sammenlignet med 2016. Imidlertid har andelen som søker seg videre til læretid etter helsearbeiderfag (VG2) økt i samme periode. I 2019 utgjorde denne gruppen 66,1 prosent, en økning på 3,5 prosentpoeng siden 2016.

Det har videre vært en økning i andel gutter som søker helsearbeiderfag i perioden 2015 til 2019. I 2019 utgjorde gutter 20 prosent av alle søkere til helse- og oppvekstfag (VG1) og helsearbeiderfag (VG2 og læretid), noe som utgjør en økning på over 5 prosentpoeng fra 2015. Bryter man opp tallene er det størst andel jenter som søker seg videre til helsearbeiderfag (VG2) etter helse- og oppvekstfag. I 2019 søkte henholdsvis 37 prosent av jentene og 25 prosent av guttene seg videre til helsearbeiderfag (VG2). Det er derimot en større andel gutter enn jenter som starter læretiden etter VG2, med henholdsvis 82 prosent av guttene og 62 prosent av jentene som har gått helsearbeiderfag (VG2).

I 2019 oppnådde 3 799 kandidater fagbrev, noe som tilsvarer en betydelig økning på 30,6 prosent fra 2015. Menn utgjorde en andel på 17 prosent av de oppnådde fagbrevene, en økning på 5 prosentpoeng fra 2015. Blant kandidatene som oppnådde fagbrev i 2019 var 47 prosent lærlinger (1808 personer), 48

prosent praksiskandidater (1669 personer) og 5 prosent elever med fagopplæring i skole (322 personer). Andelen av de som har oppnådd fagbrev som lærlinger har vært tilnærmet uendret siden 2010, mens andelen praksiskandidater har økt (44 prosent i 2010) og andelen elever har gått ned (8 prosent i 2010).

Det er viktig å merke seg at antall nyutdannede helsefagarbeidere trolig ikke vil kompensere for avgangen blant eldre helsefagarbeidere i kommunale helse- og omsorgstjenester i tiden framover⁴⁷. De ulike kvalifiseringsordningene som i dag skal bidra til at ansatte over 25 år får fagbrev, kan framstå som kompliserte å gjennomføre. Høsten 2018 ble ordningen *Fagbrev på jobb* innført. Målgruppen er voksne i helse- og omsorgstjenesten, hvor personer som er i lønnet arbeid, kan bli realkompetansevurdert, få opplæring på arbeidsplassen og ta fagbrev på grunnlag av dette⁴⁸. Det gjenstår å se om denne ordningen kan gjøre det lettere å kvalifisere voksne til helsefagarbeideryrket.

Høyere utdanning

Utdanning av helsepersonell på høyere nivå har i likhet med utdanning på lavere nivå betydning for fremtidens tilgang på helsepersonell. I tabell 18 presenteres utvalgte utdanninger innen helse og sosial på høyskole- og universitetsnivå. Alle disse utdanningene har fra 2015 til 2019 opplevd en økning i uteksaminerte kandidater. Den største veksten er for ergoterapistudenter, hvor 24,1 prosent flere studenter fullførte utdanningen i 2019 sammenlignet med 2015. Økningen har også vært stor for sykepleierutdanningen. I 2019 ble 4112 studenter uteksaminert fra sykepleierutdanningen. Det er en økning på 12,9 prosent fra 2015.

Tabell 18: Uteksaminerte kandidater fra helse- og sosialutdanninger, 2015-2019

	2015	2016	2017	2018	2019	Endring i % 2015-19
Barnevernspedagog	665	645	623	657	719	8,1 %
Ergoterapeut	203	213	220	250	252	24,1 %
Fysioterapeut	283	308	307	261	310	9,5 %
Helsesykepleier	220	197	287	259	220	-
Jordmor	112	179	161	154	107	-
Medisin	535	565	524	554	574	7,3 %
Sosialt arbeid	703	710	756	758	735	4,6 %
Sykepleier	3 641	3 785	4 007	4 034	4 112	12,9 %
Vernepleier	799	873	849	815	873	9,3 %

*¹ UiT har ikke rapportert tall for helsesykepleiere i denne perioden, så tallene for utdanningen er høyere enn det som fremkommer av tabellen.

Kilde: Database for høyere utdanning

*² NTNU har opptak til jordmor hvert andre år.

⁴⁷ SSB (2019) *Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035*. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/attachment/385822?ts=16a9632c1f0>

⁴⁸ For mer informasjon, se <https://utdanning.no/tema/nyttig-informasjon/fagbrev-pa-jobb>

I utdanningene som presenteres i tabell 18, er praksis en viktig del av utdanningen. Det rapporteres om betydelige utfordringer med å etablere nye praksisplasser i kommunene. Gitt flere praksisplasser og kompetente veiledere i praksisperiodene i kommunale tjenester, kunne antall studieplasser trolig vært høyere, noe som ville gitt flere uteksaminerte kandidater fra helse- og sosialutdanningene.

Historisk utvikling over uteksaminerte studenter på videreutdanning til helsesykepleier og jordmor er det i denne rapporten ikke gjort vurdering av. Dette fordi utdanningsinstitusjonene har ulike opptakssystem og rapporteringsordninger. Det er likevel verdt å merke seg at rapportering fra fylkesmannen, tilbakemeldinger fra tjenesten i forbindelse med tilskuddsforvaltning, og statistikk fra SSB viser at det ikke utdannes nok helsesykepleiere til å dekke ledige stillinger i alle landets kommuner^{49,50}. Utfordringer knyttet til praksisplasser oppgis ofte som årsak til begrenset utdanningskapasitet for helsesykepleiere, men også for jordmødre. Årsakene til mangel på praksisplasser bør kartlegges, da det synes svært uheldig at dette hindrer utdanningskapasiteten og tilgangen på helsesykepleiere og jordmødre som er svært etterspurt i kommunene.

3.2 Autorisasjon av personell

Helsedirektoratet følger registreringen av autorisasjoner i Helsepersonellregisteret. Registeret viser også hvor helsepersonell som er godkjent til å arbeide i Norge, er utdannet.

Tabell 19: Autorisasjoner av helsepersonell, fordelt på region, 2017-2019

Yrkeskode	2017					2018					2019				
	Norge	Norden	EU/EØS	Andre	Total	Norge	Norden	EU/EØS	Andre	Total	Norge	Norden	EU/EØS	Andre	Total
Fysioterapeut	311	85	76	9	481	576	67	95	9	747	601	68	77	8	754
Helsefagarbeider	3820	221	33	564	4638	3862	241	25	12	4140	4063	216	23	4	4306
Jordmor	109	94	34	0	237	131	64	7	0	202	88	64	15	0	167
Klinisk ernæringsfysiolog	17	7	0	0	24	49	7	1	0	57	56	2	8	0	66
Lege	673	333	1049	296	2351	1266	471	1204	301	3242	1192	424	1123	173	2912
Psykolog	251	120	10	7	388	271	168	29	5	473	308	227	51	9	595
Sykepleier	4001	789	488	96	5374	4074	828	327	42	5271	4099	901	346	43	5389
Vernepleier	844	0	0	0	844	864	0	0	0	864	868	0	3	0	871

Kilde: Helsedirektoratet

Tabell 19 viser utstedte autorisasjoner til ulike helsepersonellgrupper fra ulike land og geografiske områder. Fra 2017 til 2019 har det vært økning i autorisasjoner til fysioterapeuter, psykologer, leger og vernepleiere. Mens veksten blant fysioterapeuter kan forklares med at flere tar utdanning i Norge, skyldes veksten blant psykologer særlig at flere med utdanning fra Norden og EU/EØS har fått

⁴⁹ SSB (2019) *Regionale framskrivninger av etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester, 2017-2035*. SSB rapport 2019/26.

⁵⁰ Landsgruppen av helsesøstre NSF (2017) *Helsesøstestillinger og utdanning av helsesøstre. En kartlegging av behov for helsesøstestillinger og helsesøstervedutdanning*. Rapport nr.2.

autorisasjoner. Autorisasjoner for sykepleiere har holdt seg tilnærmet stabil i perioden fra 2017 til 2019, mens det har vært en nedgang i autorisasjoner for helsefagarbeidere og jordmødre. Nedgangen i autorisasjoner for helsefagarbeidere er særlig betydelig for de med utdanning fra land utenfor EU/EØS. Nedgangen kan ses i sammenheng med innføring av tilleggskrav for autorisasjon for helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra land utenfor EØS og Sveits fra 1.1.2017⁵¹. Disse kravene må gjennomføres før helsepersonell med utdanning utenfor EU/EØS kan innvilges autorisasjon. De nye kravene påvirker tilgangen på helsefagarbeidere mest. Kostnader for gjennomføring av fagprøve skaper blant annet utfordringer for mange helsefagarbeidere som i stor grad kommer fra land utenfor EØS, mens leger og tannleger ofte har utdanning fra EØS, og sykepleiere fra andre nordiske land. Disse kravene kan bidra til å forsterke rekrutteringsutfordringer for kommunene.

⁵¹ Godkjenning av internasjonalt personell (GIP): Tilleggskrav som må gjennomføres før helsepersonell med utdanning utenfor EU/EØS kan innvilges autorisasjon, innført 1.1.2017. Kravene er: dokumentert språkkrav, kurs i nasjonale fag, legemiddelhåndtering (utvalgte grupper) og fagprøve (utvalgte grupper).

4. Helsedirektoratets vurdering

Helsedirektoratet har gjennom planperioden for Kompetanseløft 2020 og tidligere handlingsplaner for kompetanseheving og rekruttering av personell kunnet følge utviklingen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene tett. Det har vært iverksatt omfattende tiltak for å bedre situasjonen og for å øke andelen kvalifisert personell. Det har vært en stor vekst av årsverk i helse- og omsorgstjenestene over tid. Parallelt har det vært en stor endring i oppgaver og ansvar med overføringer fra spesialisthelsetjenesten til kommunalt nivå. Pasientpopulasjonen er under endring med stadig flere brukere, også yngre brukere, med komplekse tilstander og økt behov for helsefaglig kompetanse.

Rapporten for 2019 peker på utfordringer i alle deltjenester. Helsedirektoratet mener likevel at situasjonen i den kommunale omsorgstjenesten, i sykehjem, omsorgsboliger og de oppsøkende og hjemmebaserte tjenestene, er særlig bekymringsfull. Disse tjenestene utgjør hele 90 prosent av samlede årsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester.

Årsakene er sammensatte. Derfor vil tiltakene også måtte være mangfoldige. Helsedirektoratet vil likevel løfte fram den viktigste strukturelle utfordringen, nemlig deltidskulturen som har vokst fram i omsorgstjenestene de siste 30 årene. Det bør vurderes kraftfulle tiltak og insitament for å styrke omlegging til heltidsstillinger. En mer stabil bemanning i hele stillinger vil kunne virke positivt til endringer innen øvrige hovedutfordringer; høyt sykefravær, høy turnover og stor andel ufaglærte. De fire utfordringene, og især deltidsproblematikken, har store konsekvenser for fagmiljø, og ikke minst dagens mangel på sentrale faggrupper som sykepleiere. Samtidig vil en økning i heltid være et viktig bidrag til å løse det framtidige behovet for personell og en bedre utnyttelse av personellressursene. Omlegging til heltidskultur er et komplekst arbeid, ikke minst fordi dette også vil handle om holdninger og kultur i tjenestene og i samfunnet. Dette må det tas hensyn til.

En mer radikal endring til heltidskultur vil reise en rekke spørsmål som ligger utenfor helsemyndighetenes områder, for eksempel behov for arbeidstidsendringer, lønnsforhold, økt anseelse for omsorgsarbeid i samfunnet og behov for menn i tjenestene. Helsedirektoratet mener at disse spørsmålene må løses i et samarbeid mellom mange parter, der også helsemyndighetene må delta. Befolkningens tjenestebehov og ansattes arbeidsvilkår må ligge til grunn for endringene.

Utgitt av

Helsedirektoratet
Telefon: 47 47 20 20
(fra utlandet: +47 477 06 366)

Oslo

Helsedirektoratet
Postadresse
Pb. 220 Skøyen, 0213 Oslo
Besøksadresse
Vitaminveien 4, 0483 Oslo

Trondheim

Helsedirektoratet
avd. Helseregistre
avd. Komparativ statistikk og
styringsinformasjon
Postboks 6173, Torgarden
7435 Trondheim
Besøksadresse

Forsidefoto

Maskot Bildbyrå AV/Jonér

Design

Itera as

www.helsedirektoratet.no