

# Kompetanse og personell i helse- og omsorgstjenesten i kommunene i 2017

Årsrapport 2017 for Kompetanseløft 2020

---

Rapport  
IS-2755



<b>Innhold</b>	<b>Innhold</b>	<b>1</b>
<b>Del I Måloppnåelse og vurderinger</b>		<b>3</b>
1. Innledning		4
2. Vurdering av strategiene i Kompetanseløft 2020		6
<b>Del II Personellutviklingen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten</b>		<b>22</b>
3. Om statistikken		23
4. Sammendrag		24
4. Årsverk og sysselsatte		26
5. Mottakere av omsorgstjenester		33
6. Årsverk i hjemmebaserte- og institusjonsbaserte omsorgstjenester		37
7. Årsverk i boliger for utviklingshemmede		41
8. Ansatte uten helse- eller sosialfaglig utdanningsbakgrunn		43
9. Servicepersonell		48
10. Årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten		50
11. Leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten		52
12. Fysioterapeuter i den kommunale helse- og omsorgstjenesten		56
13. Årsverk i psykisk helse- og rusarbeid		58
13.1. Årsverk i psykisk helse- og rusarbeid		58
13.2. Psykologer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten		59
14. Arbeidstid, sykefravær og turnover		61
14.1. Arbeidstid		61
14.2. Sykefravær		63
14.3. Turnover		65
15. Personell med innvandrerbakgrunn		69
16. Rekruttering av menn		71
17. Sysselsatte over 55 år		73
<b>Del III Utdanning og autorisasjon</b>		<b>75</b>
18. Utdanning		76
18.1. Videregående utdanning		76
18.2. Høyere utdanning		78
19. Autorisering av helsepersonell		80



# **Del I Måloppnåelse og vurderinger**

# 1. Innledning

Kompetanseløft 2020 (K2020) er Regjeringens plan for rekruttering, kompetanseheving og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten fram mot år 2020. Den ble lagt fram i statsbudsjettet for 2016 (Prop.1S (2015-2016)) og er en oppfølging av Meld. St. 26 (2014-2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*, Omsorg 2020 og Prop. 15S (2015-2016) *Opptrappingsplanen for rusfeltet*.

Årets rapport over personell- og kompetansesituasjonen i helse- og omsorgstjenesten i kommunene i 2017 viser status og gir vurderinger for det andre året i planperioden.

Første del av rapporten inneholder en samlet vurdering av status og måloppnåelse for de seks følgende strategiene i Kompetanseløft 2020:

1. Sikre god rekruttering og stabil bemanning av helse- og sosialfaglig personell
2. Sikre at grunn- og videreutdanningene har god kvalitet og er tilpasset tjenestens behov
3. Heve kompetansen hos de ansatte med mål om styrket forskning, innovasjon og kunnskapsbasert praksis
4. Legge til rette for tjenesteutvikling, teamarbeid og innovasjon
5. Bidra til god praksis, faglig utvikling, større faglig bredde og kunnskapsspredning
6. Bidra til bedre ledelse gjennom målrettet satsing på økt lederkompetanse

Oppsummeringen og vurderingene baserer seg på data fra kommunens rapportering til fylkesmennene om resultater av kompetanse- og innovasjonstilskuddet i 2017, rapportering av alle tiltakene i Kompetanseløft 2020, statistikk fra SSB, KS og SINTEF, og funn i første delrapport 2018 av evalueringen av Kompetanseløft 2020<sup>1</sup> som SINTEF, NIBR og NIFU har ansvar for.

Kompetanse- og innovasjonstilskuddet skal gi kommunene rom til å sette i verk kompetansehevede tiltak og nybrotts- og utviklingsarbeid ut fra lokale forutsetninger og behov. Fylkesmennene har ansvar for

---

<sup>1</sup> Grut, L. et al. (2018) *Evaluering av Kompetanseløft 2020. Første delrapport 2018*. SINTEF/NIBR/NIFU, 2018 – Oslo

administrering av tilskuddet og rådgivning til kommunene for å følge opp intensjonene i Kompetanseløft 2020.

Rapportens andre del tar for seg personellutviklingen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Her benyttes statistikk fra SSB; KOSTRA, IPLOS, SINTEF og fra KS sitt PAI-register med mer til analyse og vurderinger av personell- og kompetansesituasjonen i kommunene.

## 2. Vurdering av strategiene i Kompetanseløft 2020

Dette kapittelet oppsummerer hvordan utviklingen i helse- og omsorgstjenestene i kommunene har vært så langt på de faglige områdene og for enkelte tiltak som inngår i de seks strategiene i Kompetanseløft 2020.

### Strategi 1:

#### ***Sikre god rekruttering og stabil bemanning av helse- og sosialfaglig personell***

##### Personellutvikling

Antall ansatte og årsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester har økt i 2017 etter at Kompetanseløft 2020 ble iverksatt i 2016. Det er en økning i nesten alle yrkesgrupper. Dette betyr at vi både har fått en vekst i de gruppene som tradisjonelt har vært og fortsatt er sentrale i helse- og omsorgstjenesten; som helsefagarbeidere, sykepleiere, helsesøstre, vernepleiere og fysioterapeuter og leger. I tillegg har det vært en vekst i grupper som gir en økt faglig bredde i tjenestene som f.eks. psykologer, jordmødre, ergoterapeuter, sosionomer, barnevernspedagoger, miljøterapeuter og barne- og ungdomsarbeidere.

Tall fra NAV viser at helse- og sosialpersonell er blant de yrkesgruppene med aller lavest ledighet. Når det gjelder behov for helse- og sosialpersonell viser NAVs<sup>2</sup> statistikk at det er mange ledige stillinger særlig innenfor yrker som sykepleiere, jordmødre og helsefagarbeidere.

Behovet er forskjellig i ulike deler av landet. Det har blant annet vært mye fokus på at det i visse deler av landet er vanskelig å rekruttere fastleger, og det har vært rapportert om manglende søkere til sykepleierstillinger i

---

<sup>2</sup> <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Statistikk/Arbeidssokere+og+stillinger+-+statistikk/Ledige+stillinger>

mange kommuner. NAVs statistikk gir et øyeblikksbilde på behov ved at de måler ledige stillinger, men den sier ikke noe om hvor vanskelig det er å ansette noen i de ledige stillingene. Sykepleier- og helsefagarbeidergruppen er stor og det er derfor naturlig at det er mange ledige stillinger blant disse yrkesgruppene. En mangel på én lege vil trolig også få større konsekvenser i en liten kommune enn i en stor, der legene oftere jobber i praksisfelleskap og tar ansvar for hverandres pasienter. Dette gjør at NAVs statistikk ikke gir oss et endelig mål for behovet for personell.

Fremtidig behov for helse- og sosialpersonell er vanskelig å beregne. Vinteren 2018 publiserte Samfunnsøkonomisk analyse en rapport som var bestilt av Helsedirektoratet. Den beskriver fire ulike scenarier for år 2040, der viktige og usikre faktorer slår ulikt ut.<sup>3</sup> Alle scenariene beskriver et større behov for helsepersonell i 2040 enn i dag. Rapporten viser at behovet for personell påvirkes av i hvilken grad vi kan nyttiggjøre oss av teknologi for å utvikle helse- og omsorgstjenesten og spare behovet for arbeidskraft, og i hvilken grad politikerne vil prioritere ressurser til helse- og omsorgstjenesten framfor andre samfunnsområder.

Uansett scenario vil det bli et stort behov for helse- og sosialpersonell i kommunene. Det er avgjørende at det allerede nå treffes tiltak som både sikrer god rekruttering og en stabil bemanning i tjenesten. Utviklingen de siste årene med en økning i antall årsverk for de fleste helse- og sosialfaglige yrkesgrupper, er positiv med tanke på å møte fremtidens behov. Det er viktig at dette fortsetter i samme spor.

### Sykefravær

Sykefravær er en indikator for ansattes arbeidsmiljø og belastning i arbeid. Det har også betydning for brukernes opplevelse av kontinuitet i møte med ansatte. Tallene for den kommunale helse- og omsorgstjenesten mellom 2010 og 2017 viser at sykepleiernes sykefravær har holdt seg nokså stabilt i perioden. Det er derimot noe større endringer i sykefraværet for helsefagarbeidere og leger.

---

<sup>3</sup> Samfunnsøkonomisk analyse AS, *Helse-Norge 2040 - Hvordan vil framtiden bli?* Rapport 1-2018  
<https://static1.squarespace.com/static/576280dd6b8f5b9b197512ef/t/5a6ed2bd0d92971475cc69aa/1517212361297/Helse-Norge+2040.pdf>



Sykefravær for helsefagarbeidere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten har gått fra 8,9 prosent i 2010 til 10,0 prosent i 2017.

Det ser ut til at legene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten også har større sykefravær nå enn tidligere. I 2010 var legenes sykefravær 2,8 prosent, mens det i 2017 er 4,2 prosent. Denne trenden er viktig å følge med på, da leger tradisjonelt har vært preget av å ha mindre sykefravær enn annet helsepersonell.

### Heltid/deltid

Andelen deltidsansatte har vært en stor utfordring i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, særlig blant sykepleiere og helsefagarbeidere. Deltidsarbeid skaper ikke bare utfordringer knyttet til manglende stabilitet og tilknytning til arbeidslivet, men det kan i likhet med sykefravær også gi dårligere kontinuitet i oppfølging av pasientene og mottakerne i helse- og omsorgssektoren.

Deltidsproblematikken er særlig relevant i tilknytning til endringer i demografi og økningen i andelen eldre. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten har derfor ikke bare behov for å rekruttere flere nye ansatte for å møte morgendagens utfordringer, men også få mest mulig ut av de ansatte de har. Man bør derfor arbeide aktivt for å få ned andelen i deltidsarbeid.

I perioden 2010 til 2017 har det blitt færre sykepleiere og helsefagarbeidere som arbeider mindre enn halv stilling, og flere som arbeider heltid. Dette mønsteret finner vi også blant yrkesgrupper som blant annet ergoterapeuter, vernepleiere og miljøterapeuter. Helsedirektoratet vurderer at dette er positive tendenser.

### "Turnover"

Kommunene skal ivareta og beholde ansatt helse- og sosialfaglig personell for å oppnå stabil bemanning i tjenestene. Helsedirektoratet har i årets rapport valgt å inkludere "turnover" eller gjennomstrømming av ansatte som del av analysen.

Det gir innsikt i hvordan kommunene lykkes i å beholde kompetente fagfolk, og belyser om ulike funksjoner har spesielle utfordringer knyttet til å beholde visse utdanningsgrupper. Det gir også et bilde av ressursbruk

og kontinuitet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Rekruttering og opplæring er ressurskrevende, og kommunene mister verdifull kompetanse ved hver avgang.

Turnover-tallene fra KS viser at det ikke er forskjell i andelen med gjennomtrekk av stillinger mellom hjemmebaserte tjenester, alders- og sykehjem, boliger for funksjonshemmede og andre tjenester. Ingen deltjeneste skiller seg spesielt ut når det kommer til avgang blant ansatte.

Avgangen fra stillinger steg mellom 2010 og 2015, for så å avta. Likevel er det verdt å merke at en høyere andel sykepleiere ser ut til å slutte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten mellom 2015 og 2017 enn vernepleiere og helsefagarbeidere.

### Årsverk innenfor boliger for personer med funksjonshemming

Mellom 2010 og 2017 har antall årsverk innenfor boliger til personer med funksjonshemming økt. Selv om ufaglærte fortsatt utgjør den største gruppen av personell i disse tjenestene, og deres årsverk har økt i antall, har andelen sunket. En høyere andel årsverk er nå utført av personell med helse- eller sosialfaglig utdanning, blant annet har andelen vernepleiere økt jevnt mellom 2010 og 2017.

### Kompetanseplanlegging

Kompetanseplanlegging er nødvendig for å rekruttere og sikre stabil bemanning i helse- og omsorgstjenesten Funn fra første devaluering av Kompetanseløft 2020<sup>4</sup> viser at de fleste kommuner, over 75 prosent med over 4 000 innbyggere, har utarbeidet en egen kompetanseplan for helse- og omsorgstjenesten, mens kun 46 prosent av kommunene under 2 000 innbyggere har gjort tilsvarende.

Over 80 prosent av kommunene opplyser at de tilbyr etter- og videreutdanning, kurs og deltakelse i læringsnettverk til sine ansatte som et virkemiddel for å beholde personell. I følge evalueringsrapporten ser det ut til at etter- og videreutdanning er det aller viktigste trekkplasteret for å rekruttere personell. Over 65 prosent av kommunene benytter

---

<sup>4</sup> Grut, L. et al. (2018) *Evaluering av Kompetanseløft 2020*. Første delrapport 2018. SINTEF/NIBR/NIFU, 2018 - Oslo

mulighet til faglig oppdatering gjennom etterutdanning og videreutdanning, mens lønn benyttes av 49 prosent av kommunene.

### Gjennomførte tiltak

Det er gjennomført en rekke rekrutteringstiltak i 2017 gjennom Kompetanseløft 2020 for å sikre måloppnåelse av strategi 1 om å sikre god rekruttering og stabil bemanning av helse- og sosialfaglig personell. Enkelte kommuner har store rekrutteringsutfordringer, særlig til institusjons- og hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester. Under blir noen av rekrutteringstiltakene nærmere omtalt.

Flere prosjekter og tiltak rettes mot å kvalifisere ansatte uten fagutdanning til helsefagarbeideryrket. Helsedirektoratet ser at det er et økende behov i tjenestene for å utvikle god fagspråkkompetanse og norskkunnskap blant ansatte med fremmedspråklig bakgrunn. Tilskuddsordningen til å kvalifisere fremmedspråklige er fra 2018 lagt inn i oppdraget til Nasjonal kompetansetjeneste for Aldring og helse om å kvalifisere ufaglærte i omsorgstjenesten, herunder også ansatte med annen språklig og kulturell bakgrunn enn norsk.

Prosjekt *Menn i helse* har i 2017 hatt tiltak i åtte fylker. KS arbeider systematisk og langsiktig med utvidelse til nye geografiske områder. Prosjektet er evaluert av Østlandsforskning, som leverte sluttrapport i juni 2018. Prosjektet blir vurdert som vellykket både i et likestillings- og rekrutteringsperspektiv. Tiltaket hindrer arbeidsledighet og utenforskap blant menn som er arbeidsledige eller som har behov for å endre yrkesretning.

Helsedirektoratet mener at prosjektet har lyktes med å synliggjøre kommunale helse- og omsorgstjenester som en attraktiv arbeidsplass, også for menn. Prosjektet har også utviklet et komprimert utdanningsløp fram til fagbrev som helsefagarbeider innen gjeldende utdanningsrammer

Prosjekt *Jobbvinner* har som mål å øke rekrutteringen av både helsefagarbeidere og sykepleiere til kommunale helse- og omsorgstjenester ved bl.a. å øke andelen sykepleierstudenter som søker jobb i kommunen som førstevalg og å øke andelen elever som søker og fullfører helsefagarbeiderutdanning ved videregående skoler. Studenters

og lærlingers praksisopplevelser er svært viktig for hvor de velger å søke seg jobb som ferdig utdannede yrkesutøvere.

Prosjektet har i 2017 iverksatt en rekke lokale delprosjekter i ulike geografiske områder hvor ulike rekrutteringstiltak utprøves. Til sammen er omlag 30 kommuner involvert i prosjektene. Det er så langt etablert samarbeid med åtte høyskoler/universiteter/videregående skoler i de områder der det er piloter.

Det er i 2017 gjennomført flere rekrutteringstiltak som retter seg mot leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, særlig i områder som har hatt vansker med stabil legedekning. Erfaringer fra Sogn og Fjordane og Finnmark viser at særskilte tiltak bidrar til større stabilitet i tjenestene. Veiledningsgrupper for leger under spesialistutdanning i allmenntidmedisin i og samfunnsmedisin i Nord-Norge styrker rekruttering og bidrar til stabilitet av primærleger.

Tilskuddet til rekruttering av psykologer har ført til økning av årsverk for psykologer i kommunene. Måloppnåelsen for ordningen vurderes som høy. Samtidig er det fortsatt en stor andel kommuner som ikke har rekruttert psykologer. Det er en vedvarende tendens at mindre kommuner ikke får rekruttert eller ikke søker om tilskudd. 75 prosent av psykologene er ansatt i kommuner med 10 000 eller flere innbyggere. Videre er det et relativt store fylkesvise forskjeller i rekrutteringen.

Kvalifisert veiledning av elever, lærlinger, studenter og nyansatte i kommunene er et sentralt virkemiddel med god effekt som inngår i flere av rekrutteringstiltakene i Kompetanseløft 2020. Økt bruk av kompetanse- og innovasjonstilskudd til veilederutdanninger i 2017 viser at mange kommuner satser på å kvalifisere medarbeidere med veilederkompetanse for å styrke praksisperioder til studenter. Helsedirektoratet vurderer dette som et viktig tiltak.

## Strategi 2:

### ***Sikre at grunn- og videreutdanningene har god kvalitet og er tilpasset tjenestenes behov***

Helsedirektoratet har i 2017 gjennomført to utredninger for å vurdere om videreutdanninger for sykepleiere og fysioterapeuter er tilpasset behovene i helse- og omsorgstjenesten. Det er også vurdert om det bør etableres en eller flere kliniske videreutdanninger på masternivå som møter behovet for breddekompetanse i tjenestene.

Det finnes mange videreutdanningstilbud for sykepleiere, både faggruppespesifikke og tverrfaglige. Dette kan skape utfordringer bl.a. i form av svært spisset kompetanse som bryter med de fleste kommuners behov for mer generalistkompetanse. En sterk spesialisering vil kunne forsterke silo-organiseringen av tjenester. Dette er uheldig for brukere med omfattende helse- og psykososial svikt som har behov for tjenester fra flere faggrupper og deltjenester samtidig.

Helsedirektoratet leverte høsten 2017 rapporten IS-2674 *Videreutdanning for sykepleiere – Hvordan sikre at behovet for avansert breddekompetanse blir ivaretatt i fremtiden?*<sup>5</sup> På bakgrunn av utredningen ble det foreslått å etablere to videreutdanninger for sykepleiere på masternivå; Master i allmennsykepleie og Master i barn, unge, familie.

Tilsvarende ble det våren 2018 foreslått å etablere en ny, bred klinisk videreutdanning i fysioterapi. Den nye masteren ble anbefalt å være rettet mot pasienter med store og sammensatte behov, og å styrke særlig kompetansen om helsesvikt hos eldre og å øke kunnskapen om sammenhengen mellom fysiske og psykiske plager.

Helsedirektoratet har i 2017 også arbeidet med å utvikle en systematisk modell for faglig dialog og kollegaveiledning mellom leger i kommunene og leger i spesialisthelsetjenesten..

I følge første devaluering av Kompetanseløft 2020 tilbyr hele 95 prosent av kommunene praksisplasser til studenter på bachelornivå eller til elever

---

<sup>5</sup> <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/videreutdanning-for-sykepleiere-hvordan-sikre-at-behovet-for-avansert-breddekompetanse-blir-ivaretatt-i-fremtiden>

fra fagopplæring på videregående skolenivå. Kun 22 prosent av kommunene i undersøkelsen med under 4 000 innbyggere opplyser at de har samarbeid med utdanningsinstitusjoner, mens 56 prosent av kommunene med over 15 000 innbyggere har slikt samarbeid. Helsedirektoratet er bekymret for at det ikke er avtalt regelmessig samarbeid mellom flere kommuner og utdanningsinstitusjoner om gjennomføring av praksisstudier. Dette kan gå utover kvaliteten og dermed kunne svekke innholdet i utdanninger. Dårlig kvalitet i praksisperioden kan hindre rekruttering av nyutdannede til kommunale helse- og omsorgstjenester.

## **Strategi 3:**

### ***Øke kompetansen hos de ansatte med mål om styrket forskning, innovasjon og kunnskapsbasert praksis***

#### Kompetanseutvikling

I rapporteringen fra fylkesmannsembetene påpeker flere at kompetanse- og innovasjonstilskuddet er et avgjørende virkemiddel for at kommunene kan iverksette kompetansehevende tiltak. Devalueringen av Kompetanseløft 2020 fra SINTEF m.fl. (2018) understreker dette. Evalueringen legger til grunn at midler fra kompetanse- og innovasjonstilskuddet svarer på reelle behov i kommunene, siden så stor andel av kommunene søker midler fra fylkesmannen.

Det er stadig flere ansatte i kommunene som tar fagskoleutdanning og videre- og masterutdanninger med støtte fra kompetanse- og innovasjonstilskuddet. I tillegg har det vært stor aktivitet i kommunene med ulike ABC-opplæringsprogram og annen internopplæring.

Antallet som tar videre-/masterutdanninger med støtte fra kompetanse- og innovasjonstilskuddet har flatet ut i 2016 og 2017 sammenlignet med tidligere år. En forklaring kan være at fylkesmannen har økt tilskuddssatsen per student, slik at veksten i antall mottakere begrenses. En annen forklaring kan være at mange av de tidligere 60 studiepoengs videreutdanningene nå er lagt inn i masterprogram. Dette fører til at det tar lengre tid å fullføre utdanningsløpet, noe som kan gi redusert antall fullførte årlig.

Bruken av kompetanse- og innovasjonstilskuddet til lederutdanninger har økt kraftig mellom 2015 og 2017. Samtidig viser kommunenes tilskudsrapportering at antall ansatte som tar videreutdanninger innen psykisk helsearbeid og rus og tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge har sunket mellom 2016 og 2017. Nedgangen fortsetter også fra tidligere år for videreutdanninger innen eldreomsorg/demens.

Selv om andelen årsverk med helse- og sosialutdanning øker, er det fortsatt en økning i antall årsverk utført av ufaglærte i perioden 2010-2017. Gruppen ufaglærte består av ansatte som ikke har helse- og sosialfaglig utdanning. I 2017 utgjorde gruppen over 35 000 årsverk. Av disse har 42,5 prosent kun utdanning på ungdomsskolenivå eller lavere. Dette gjelder for alle tjenestene samlet. Det er betydelige forskjeller mellom de ulike tjenestene.

I institusjonsbaserte tjenester, som sykehjem og heldøgns bemannede omsorgsboliger, har antall årsverk med ufaglærte derimot sunket med 4,6 prosent mellom 2010 og 2017, mens antall årsverk har økt med 14,9 prosent blant ufaglærte i hjemmebaserte tjenester (figur 6).

Det er bekymringsfullt at andelen ufaglærte øker i de hjemmebaserte omsorgstjenestene, samtidig som behovet hos brukerne tilsier økt behov for helsefaglig kompetanse. Helsedirektoratet kjenner ikke til årsakene til denne utviklingen.

Devalueringen av Kompetanseløft 2020 peker på at 86 prosent av kommuner med over 15 000 innbyggere opplyser at de har ansatte med master- og doktorgradsutdanninger. Bare 29 prosent av kommunene med færre enn 2 000 innbyggere har ansatte med dette utdanningsnivået. Større kommuner har også langt hyppigere etablert samarbeid med forskingsinstitusjoner enn mindre kommuner. Manglende kapasitet oppgis å være en grunn til manglende forskningsinnsats i små kommuner. I tillegg viser delrapporten at det er en klar tendens til at innovasjonsarbeid generelt avtar med synkende kommunestørrelse.

### Gjennomførte tiltak

Det er omfattende aktivitet i kommunene for å kvalifisere ansatte, særlig ansatte uten helse- eller sosialfaglig bakgrunn. ABC-opplæringsmodellen har etter hvert blitt utvidet til å omfatte systematisk opplæring i kommunene innen en rekke fagområder. Nesten alle kommuner i landet har eller har hatt ansatte med i kompetansehevingsprogrammene Demensomsorgens ABC og Eldreomsorgens ABC. I alt 27 725 personer har deltatt i Eldreomsorgens ABC og Demensomsorgens ABC siden oppstart i 2005 til utgangen av 2017.

Helsedirektoratet har i 2017 arbeidet med å sikre opplæringstilbud til stadig flere fagområder; bl.a. opplæring innen lindrende behandling og



omsorg ved livets slutt, innen arbeid med mennesker med utviklingshemming, og Velferdsteknologiens ABC, for å stimulere kommunene til å planlegge og innføre bruk av velferdsteknologiske løsninger for helse- og omsorgstjenesten.

Det gjøres også mye i kommunene for å kvalifisere ansatte uten helse- og sosialfaglig utdanning til helsefagarbeidere. Nasjonal kompetanse-tjeneste for aldring og helse har siden 2010 hatt i oppdrag å utvikle og tilby kurspakke for ufaglærte gjennom bl.a. *Jeg vil bli helsefagarbeider – med ABC til fagbrev.*

Flere tiltak i Kompetanseløft 2020 retter seg mot ansatte som tar høyere utdanninger. Lønnstilskudd for å stimulere kommuner til å videreutdanne sykepleiere med masterutdanning i avansert klinisk sykepleie, har i 2017 hatt en sterk økning i antall søknader. Det er likevel fortsatt behov for å stimulere flere ansatte til å ta denne utdanningen med tanke på at kommunene skal gi behandling og oppfølging til stadig flere pasienter med omfattende og sammensatte lidelser.

Det er utviklet tiltak for å styrke kompetanse i barnepalliasjon blant helsepersonell. Tilskudd til etablering av videreutdanning i barnepalliasjon på masternivå skal kvalifisere sykepleiere til å være sentrale ressurspersoner for barnepalliative team i de større barneavdelingene, og å bedre samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten for pasienter med behov for barnepalliasjon. Første kull i videreutdanningen avsluttet i desember 2017.

## **Strategi 4:**

### ***Legge til rette for tjenesteutvikling, teamarbeid og innovasjon***

Fylkesmannen rapporterer at kompetanse- og innovasjonstilskuddet i 2017 bl.a. har gått til 373 ulike innovasjonsprosjekter mot 250 i 2015. Flere av tiltakene er samarbeidsprosjekter mellom flere kommuner, også på tvers av fylkesgrenser. Fylkesmennene melder at det er stor variasjon i kvaliteten på innovasjonsprosjektene.

Det er spesielt mange prosjekter knyttet opp mot velferdsteknologi, habilitering og hverdagsrehabilitering, pårønderarbeid og forebygging tidlig innsats og egenmestring. Det rapporteres også om aktivitet på områdene ernæring og legemiddelhåndtering. Alle disse områdene er viktige satsinger i Omsorg 2020. Fylkesmennene melder om stor aktivitet med å innføre velferdsteknologi, og at ansatte i kommunene får kompetanseheving gjennom opplæring av Velferdsteknologien ABC.

Tilskudd fra Nasjonalt program for velferdsteknologi skal sikre en nasjonal spredning og implementering av anbefalingene. I 2017 var det 36 prosjekter som fikk tilskudd og deltar i Nasjonalt program for velferdsteknologi. 263 kommuner, med representasjon fra alle fylker, deltar. Prosjektene jobber godt med tjenesteutviklingsprosesser og har fokus på gevinstrealisering. Det er et mål at velferdsteknologi skal være en integrert del av tjenestetilbudet i omsorgstjenestene innen 2020.

Helsedirektoratet mener at det store flertall av kommunene arbeider målrettet med tjenesteutvikling og innovasjon, særlig knyttet til innføring av velferdsteknologi.

Tilskuddsordningen *Teknologisk støtte i fritidsaktiviteter for barn og unge med nedsatt funksjonsevne og deres familie* skal bidra til å identifisere og prøve ut velferdsteknologiske løsninger som kan bidra til at barn og unge med funksjonsnedsettelse enklere kan delta i og mestre fritidsaktiviteter. Tiltakene skal også bidra til økt trygghet og avlastning av pårørende.

Nasjonalt senter for e-helseforskning intervjuet 19 foreldre i Drammen og Horten om familienes erfaringer med bruk av velferdsteknologi for sitt

barn. Resultatene avdekket mange gevinster for barna. De opplevde økt mestring, mindre behov for assistent, økt frihet til å ferdes alene og mindre stigma knyttet til bruk av hjelpemidler som skiller de fra andre barn. Studien understreket samtidig at teknologi som kan avhjelpe og møte ett barns behov, ikke nødvendigvis er det riktige for et annet barn.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å gjennomføre pilot for primærhelseteam og for strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam. De tre-årige prosjektene starter opp henholdsvis 1. april 2018 og 1. september 2018. Målet med å jobbe mer teambasert er å bidra til mer strukturert, koordinert og tverrfaglig oppfølging av pasienter og brukere. Aktiv brukermedvirkning er sentralt. Arbeidet skal ta utgangspunkt i brukers mål og kunne svare på spørsmålet "hva er viktig for deg?". Et viktig mål er også å kunne identifisere personer med behov for oppfølging tidlig og jobbe mer proaktivt. Nytt verktøy for risikokartlegging skal bidra til dette og skal prøves ut i forbindelse med pilot for oppfølgingsteam og i første omgang med utgangspunkt i fastlegens journal. Begge pilotene skal følgeevalueres og årlig statusrapportering vil kunne si noe om effekter av å organisere tjenester i form av primærhelseteam og oppfølgingsteam.

Kompetanseløft 2020 omfatter bl.a. midler til drift av 17 ulike kompetansesentre utenom spesialisthelsetjenesten. De skal bidra til å styrke kompetansen og kvaliteten i relevante tjenester og sektorer. Sentrene skal være en "tjeneste for tjenestene", for den forebyggende virksomheten i kommunene, spesialisthelsetjenesten og det statlige barnevernet. Kompetansesentrene har en betydelig rolle i å bistå kommunen i faglig utvikling.

## Strategi 5:

### ***Bidra til god praksis, faglig utvikling, større faglig bredde og kunnskapsspredning***

I 2017 ble prosessen med reetablering av utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) avsluttet. Nytt samfunnsoppdrag og nye ledere og ansatte kom på plass i løpet av 2017. Utviklingssentrene har en sentral plass i arbeidet med å bistå til faglig utvikling i kommunene, bl.a. ved å koordinere opplæring av nasjonale tiltak som ABC-opplæring, pasientsikkerhetsprogrammet og velferdsteknologiprogrammet. Flere utviklingssentre har i 2017 startet et samarbeid om å utvikle et felles verktøy for å kunne observere systematisk endringer og negativ utvikling i pasientens helsetilstand, og å tilby opplæring til ansatte. Dette er svært etterspurt kompetanse i kommunene.

Faglig bredde kan vurderes både gjennom variasjon av faggrupper i tjenesten og gjennom konkrete tiltak for å tilføre nye behandlings- og oppfølgingsmetoder. Musikkbasert opplæringsprogram er et eksempel på det siste. Nord Universitet og Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg gjennomførte i perioden 2015 - 2017 opplæringsprogrammet *Musikkbasert miljøbehandling (MMB)*, med integrert bruk av musikk og sang til helse- og omsorgstjenestene. Programmet ble forlenget ut 2018. Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse har en viktig rolle i arbeidet, ved å tilby en ABC-opplæring om musikkbasert miljøbehandling. Den bygger på personsentrert omsorg og er for ansatte som arbeider nært brukere og pasienter, basert på musikk, sang og bevegelse i behandlingen.

Et annet eksempel på større faglig bredde er tilbudet om opplæringsprogrammet *Mitt livs ABC*, som rettes mot ansatte som arbeider med mennesker med utviklingshemming. Ved utgangen av 2017 hadde 1555 personer i 69 kommuner startet med *Mitt livs ABC*. Helsedirektoratet mener at arbeidet med spredning av tiltaket er godt i gang.

Personellstatistikken for 2017 viser en fortsatt vekst i årsverk til ergoterapeuter, sosionomer og barne- og ungdomsarbeidere. Dette er faggrupper som vil bidra til økt faglig bredde i tjenester som er sterkt

helsefaglig dominert. SSB-data viser en økning i antall sysselsatte kokker og kjøkkenassistenter fra 2016 til 2017. Dette kan bidra til økt fokus på næringsrik mat til brukere av helse- og omsorgstjenesten.

Det ser ut til at satsningen på velferdsteknologi foreløpig ikke har ført til en økning av sysselsatte med teknisk kompetanse i helse- og omsorgstjenesten. Blant servicepersonell var det 34 sysselsatte ingeniører i 2017 mot 31 i 2015 og 2016. Det var 17 elektrikere/elektronikere i 2017 mot 9 i 2015 og 10 i 2016. Kommunene kan likevel ha denne typen kompetanse ansatt i andre deler av tjenesten og som dermed ikke inngår i denne statistikken.

## Strategi 6:

### ***Bidra til bedre ledelse gjennom målrettet satsning på økt kompetanse for ledere***

Videreutdanning innen ledelse er den mest hyppige utdanningsretningen som kommunene søker midler til fra kompetanse- og innovasjonstilskuddet. Nesten en tredjedel av de som får støtte fra tilskuddet tar lederutdanning.

Den nasjonale lederutdanningen for primærhelsetjenesten som tilbys ved Handelshøyskolen BI, har blitt svært populær for ledere i både helse- og omsorgstjenesten i kommunene og tannhelsetjenesten i fylkeskommunene. *Rambøll har evaluert utdanningen siden starten i 2015<sup>6</sup>. Det kommer fram bl.a. god nytte av lederkunnskapen for kommunene som har deltatt.* Innholdet i lederutdanningen dekker bl.a. endringsledelse og ledelse av innovative løsninger i helse- og omsorgstjenesten.

Det er langt flere søkere enn studieplasser. Helsedirektoratet samarbeider tett med KS om å tilby utdanningen over hele landet. 257 ledere har fullført nasjonal lederutdanning ved utgangen av 2017. Våren 2018 har 421 ledere fullført utdanningen.

Fra høsten 2017 var to klasser lokalisert i Oslo, og en klasse vekselvis i Lakselv og Tromsø. De var ferdig utdannet i juni 2018. Utdanningen i Nord-Norge ble gjennomført i samarbeid med Fylkesmannen i Finnmark, Fylkesmannen i Troms og vertskommunene Porsanger og Tromsø.

KS og Nasjonal ledelsesutvikling arbeider med å utvikle felles lederutviklingstiltak for ledere i kommunale helse- og omsorgstjenester og i spesialisthelsetjenesten.

---

<sup>6</sup> <https://helsedirektoratet.no/kompetanseloft-2020#nasjonal-leiarutdanning-for-primærhelsetenesta>

## **Del II**

# **Personellutviklingen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten**

# 3. Om statistikken

Statistikken i denne rapporten er i hovedsak innhentet gjennom bestillinger til Statistisk sentralbyrå (SSB) og KS. Samtidig kan en del av statistikken gjenfinnes i *statistikkbanken* på SSB sine nettsider ([www.ssb.no/statbank](http://www.ssb.no/statbank)). Dette gjelder for eksempel statistikk om leger og fysioterapeuter.

Statistikk om utdanningstall på videregående nivå er hentet fra Utdanningsdirektoratet sine nettsider ([www.udir.no/tall-og-forskning/statistikk](http://www.udir.no/tall-og-forskning/statistikk)). Tall om psykisk helse- og rusarbeid er innhentet fra SINTEFs kartlegging<sup>7</sup> om disse tjenestene i kommunene.

For å kunne se endringer over tid, blir 2010 og 2015 benyttet som en referanse der det mulig. Det er nødvendig å være forsiktig i tolkning når man sammenligner tall før og etter 2015. I 2014 endret SSB metoden for å innhente data. Endringer mellom 2014 og 2015 kan skyldes endret målemetode og er ikke nødvendigvis en reel endring i årsverk eller sysselsettingstall.

---

<sup>7</sup> SINTEF. 2017. *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene*. [https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/rapporter-sintef-ts/rapport\\_is24\\_8\\_2017.pdf](https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/rapporter-sintef-ts/rapport_is24_8_2017.pdf)



## 4. Sammendrag

Formålet til Kompetanseløftet 2020 er å bidra til en faglig sterk tjeneste, og å sikre at de kommunale helse- og omsorgstjenestene har tilstrekkelig og kompetent bemanning. På bakgrunn av statistikk og analyser presentert i rapporten mener Helsedirektoratet at utviklingen er i tråd med Kompetanseløft 2020 sitt formål.

Under presenteres hovedfunn fra personellstatistikken for 2017.

- I 2017 var det en vekst på 5 950 årsverk eller 4 199 sysselsatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten som helhet fra året før. Dette representerer 3,8 prosent økning i årsverk og 2,0 prosent økning blant sysselsatte. Dette gir en sterkere vekst sammenlignet med årene tidligere. Det at antall årsverk er større enn antall sysselsatte indikerer at flere ansatte har fått økt stillingsstørrelse i perioden.
- I perioden 2010 til 2017 har det blitt flere helsefagarbeidere og sykepleiere som arbeider heltid og færre som arbeider under 50 prosent stilling. Tilsvarende mønster finner vi også blant ergoterapeuter, vernepleiere og miljøterapeuter. Dette er positivt, særlig for kontinuitet i tjenesten og bruken av viktig kompetanse.
- Gjennomtrekken av ansatte i stillinger økte mellom 2010 til 2015. Fra 2015 til 2017 har den falt. For sykepleiergruppen har ikke turnover avtatt like mye som for andre faggrupper.
- Lege- og fysioterapeutårsverk har hatt en større vekst i 2017 sammenlignet med 2016 med en økning på 238 (128) legeårsverk og 160 (116) fysioterapeutårsverk (tabell 14, 16).
- Årsverk for fastlønnede fysioterapeuter i helse- og omsorgstjenesten har økt med hele 36 prosent i perioden 2010 til 2017, mens veksten er kun 4 prosent for fysioterapeuter med driftsavtale med kommunene. Antall årsverk for fysioterapeuter har i samme periode økt med 15,8 prosent (tabell 17).
- Utviklingen mellom 2010 og 2017 tyder på at majoriteten av veksten i årsverk for helsefagarbeidere har funnet sted i hjemmebaserte tjenester. I perioden 2016 og 2017 var det

samtidig en økning på 413 helsefagarbeiderårsverk (figur 2). Nedgangen som vi har sett fra 2011 til 2015 er nå snudd.

- Antall sykepleierårsverk har økt mellom 2010 og 2017. I 2010 ble det utført 10 895 sykepleieårsverk i hjemmebaserte tjenestene mot 14 893 i 2017. For institusjon økte tallene fra 13 347 i 2010 til 16 698 i 2017. Økningen har vært særlig sterk i institusjonsbaserte tjenester, bl.a. grunnet etablering av øyeblikkelig-hjelp-døgnplasser i kommunene (figur 3).
- Det har skjedd en endring i sammensetning av mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester. Ikke bare har antallet mottakere økt, men mottakerne er preget av en større andel yngre brukere i 2017 enn 2010. Det er likevel usikkert om årsverksveksten og økt kompetanse i tjenesten tilsvarer økning i det faktiske behovet i tjenesten. Dette bør vurderes nærmere bl.a. gjennom forskning på sammenheng mellom bistands- og pleiebehov og personell- og kompetanseinnsats i omsorgstjenesten (figur 1).
- I perioden 2015 til og med 2017 har det vært en økning i de fleste yrkesgrupper innen helsestasjons- og skolehelsetjenesten, noe som fører til at det blir blant annet flere helsesøstre, sykepleiere og fysioterapeuter per innbygger mellom null og 20 år. Det har derimot vært liten endring i antall leger per innbygger mellom null og 20 år (tabell 10).
- Andelen årsverk utført av ansatte uten helse- eller sosialfaglig utdanningsbakgrunn er fremdeles høy i boliger til mennesker med utviklingshemming og tilsvarer 31,4 prosent. Den relative andelen ufaglærte har derimot sunket fra 2010 til 2017 med nærmere 3 prosentpoeng (tabell 7).
- Andelen menn i yrker som sykepleiere og helsefagarbeidere i kommunale helse- og omsorgstjenester har hatt en liten økning siden 2015 med henholdsvis 0,2 prosentpoeng flere mannlige sykepleiere og 1,1 prosentpoeng flere mannlige helsefagarbeidere (tabell 23). Omleggingen til helsefagarbeiderutdanningen for ungdom fra tidligere hjelpepleierutdanning ser ut til å ha ført til at flere menn utdannes enn tidligere. Det nasjonale prosjektet Menn i helse kan også ha bidratt til denne endringen.

## 4. Årsverk og sysselsatte

Tabell 1 gir oversikt over antall årsverk i omsorgstjenestene og helsestasjon- og skolehelsetjenesten, samt lege- og fysioterapeutårsverk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Årsverk er summen av heltidsstillinger og deltidstillinger omregnet til heltidsstillinger, fravær og vikarer er ikke trukket fra. Tallene for helsestasjons- og skolehelsetjenesten og omsorgstjenestene er registerdata, mens lege- og fysioterapeutårsverk hentes gjennom spørreskjema i KOSTRA.

**Tabell 1**

Årsverk i omsorgstjenestene og helsestasjon- og skolehelsetjenesten, samt lege- og fysioterapeutårsverk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, 2010, 2015-17

	2010	2015	2016	2017
Årsverk i omsorgstjenestene	126 227	135 433	137 951	142 937
Årsverk i helsestasjonstjenesten og skolehelsetjenesten*	3 611	4 086	4 475	4 778
Legeårsverk i kommunehelsetjenesten	4 746	5 457	5 585	5 823
Fysioterapeutårsverk i kommunehelsetjenesten	4 288	4 690	4 806	4 966
<b>Sum</b>	<b>138 872</b>	<b>149 666</b>	<b>152 816</b>	<b>158 504</b>

Kilde: SSB/KOSTRA.

\*Ekskludert leger og fysioterapeuter

Sett over flere år har antall årsverk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten økt med 19 632 årsverk fra 2010 til 2017, noe som gir en 14 prosent vekst.

Årsverk innen omsorgstjenestene står for majoriteten av årsverksveksten. Fra 2010 til 2017 økte årsverk i omsorgstjenestene med 16 710 årsverk, eller 13 prosent. Selv om tjenesteområdene hver for seg har hatt en positiv vekst i disse årene, så har årsverk innen helsestasjons- og skolehelsetjenesten hatt størst prosentvis endring. Fra 2010 til 2017 økte årsverk innen dette området med 1 167, en 32 prosent vekst.

Det er en samlet økning på 5 688 årsverk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten mellom 2016 og 2017. Veksten er 3,7 prosent. Dette er en større økning sammenlignet mellom 2015 og 2016 da tilsvarende tall var 3 150, noe som gir en prosentvis vekst på 2,1.

Omsorgstjenestene står for den største økningen i reelle tall mellom 2016 og 2017. Omsorgstjenestene økte med 4 987, eller 4 prosent, mellom 2016 og 2017, noe som er en større vekst enn mellom 2015 og 2016 da veksten var på 2 517 årsverk, tilsvarende 1,9 prosent.

Fra 2015 til 2016 var det en relativt stor økning i antall årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Økningen var på 389 årsverk, noe som utgjør 10 prosent. Denne økningen fortsatte mellom 2016 og 2017. Mellom disse årene økte antall årsverk med 303, noe som tilsvarer en 7 prosent vekst. Økningen for helsestasjons- og skolehelsetjenesten i tabell 1 viser ikke det fullstendige bildet da tabellen ikke inkluderer lege- og fysioterapeutårsverk. For å se hele denne tjenesten samlet, se tabell 9.

Legeårsverkene har økt med 238 årsverk fra 2016 til 2017. Dette er en vekst på 4 prosent. Dette er en sterkere vekst sammenlignet med utviklingen mellom 2015 og 2016. Fra 2015 til 2016 var det en økning på 128 årsverk, noe som gir en 2,3 prosent. Legeårsverkene er nærmere beskrevet i tabell 10, 11, 12 og 13.

Økningen i fysioterapeutårsverk mellom 2016 og 2017 var på 160 årsverk, eller 3 prosent. Dette er en større vekst enn mellom 2015 og 2016 da endringen var på 116 årsverk, det vil si 2,5 prosent. For mer om årsverksutviklingen i fysioterapitjenesten, se tabell 14 og 15.

I tabell 2 vises årsverk og antall sysselsatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten for 2010 og mellom 2015 og 2017. Tabellen er mer detaljert enn tabell 1. I tillegg til årsverk i omsorgstjenestene og helsestasjon- og skolehelsetjenesten, inneholder den også andre årsverk i kommunehelsetjenesten, men i motsetning til tabell 1 inneholder den ikke fysioterapeut- og legeårsverk.

**Tabell 2**

Årsverk og antall sysselsatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, ekskl. leger, fysioterapeuter og psykologer. Sysselsatte i parentes, 2008-17.

	2010	2015	2016	2017	Årsverk- og sysselsattutvikling			
					Endring 2010-17	Endring 2016-17	%-endring 2010-17	%-endring 2016-17
Administrativt personell	3 514 (4 300)	2 127 (2 627)	2 102 (2 546)	2 046 (2 388)	-1 468 (1 912)	-56 (-158)	-41,8 % (-44,5 %)	-2,7 % (-6,2 %)
Aktivtør	1 440 (1 858)	1 251 (1 592)	1 219 (1 533)	1 190 (1 475)	-250 (318)	-29 (-58)	-17,4 % (-17,7 %)	-2,4 % (-3,8 %)
Andre sykepleiere	22 123 (25 750)	26 320 (30 469)	27 234 (31 161)	28 511 (32 145)	6 388 (5 636)	1 277 (984)	28,9 % (21,3 %)	4,7 % (3,2 %)
Geriatrisk sykepleier	1 322 (1 466)	1 846 (2 016)	1 884 (2 066)	1 981 (2 145)	659 (679)	97 (79)	49,8 % (46,3 %)	5,1 % (3,8 %)
Helsesøster	2 120 (2 482)	2 681 (3 028)	2 803 (3 131)	2 943 (3 242)	823 (760)	140 (111)	38,8 % (30,6 %)	5,0 % (3,5 %)
Jordmor	307 (381)	376 (426)	427 (475)	474 (520)	167 (139)	47 (45)	54,4 % (-36,5 %)	11,0 % (9,5 %)
Psykiatrisk sykepleier inkl. psykisk helsearbeid	1 874 (2 093)	2 256 (2 458)	2 302 (2 496)	2 404 (2 591)	530 (498)	102 (95)	28,3 % (23,8 %)	4,4 % (3,8 %)
Sykepleier med annen spes./videreutdanning	2 096 (2 392)	3 121 (3 455)	3 379 (3 699)	3 624 (3 906)	1 528 (1 514)	245 (207)	72,9 % (63,3 %)	7,3 % (5,6 %)
Barne- og ungdomsarbeider	765 (916)	1 079 (1 417)	1 166 (1 529)	1 309 (1 643)	544 (628)	143 (114)	71,1 % (61,9 %)	12,3 % (7,5 %)
Barnevernspedagog	700 (769)	928 (1 062)	960 (1 094)	996 (1 114)	296 (287)	36 (20)	42,3 % (34,7 %)	3,8 % (1,8 %)

Ergoterapeut	1 437 (1 615)	1 961 (3 131)	2 072 (2 236)	2 243 (2 412)	806 (797)	171 (176)	56,1 % (49,3 %)	8,3 % (7,9 %)
Helsesekretær	2 358 (3 003)	2 620 (3 160)	2 643 (3 164)	2 702 (3 219)	344 (216)	59 (55)	14,6 % (7,2 %)	2,2 % (1,7 %)
Hjelpepleier, omsorgsarbeider og helsefagarbeider	46 368 (60 298)	47 446 (62 176)	48 448 (62 838)	49 743 (63 617)	3 375 (3 519)	1 295 (779)	7,3 % (5,9 %)	2,7 % (1,2 %)
Miljøterapeuter	3 309 (4 534)	2 029 (2 455)	2 295 (2 725)	2 490 (2 899)	-819 (-1 635)	195 (174)	-24,8 % (-36,1 %)	8,5 % (6,4 %)
Pleieass., hjemmehj., brukerrettet tj. m/annen utd. på vg. nivå	9 426 (17 000)	13 690 (25 927)	14 257 (26 326)	15 168 (27 356)	5 742 (10 356)	911 (1 030)	60,9 % (60,9 %)	6,4 % (3,9 %)
Pleieass., hjemmehj., brukerrettet tj. m/helseutd	427 (533)	918 (1 100)	996 (1 213)	1 006 (1 199)	579 (646)	10 (-14)	135,6 % (116,8 %)	1,0 % (-1,2 %)
Pleieass., hjemmehj., brukerrettet tj. m/helseutd på høgskolenivå	1 593 (3 201)	2 734 (5 833)	2 806 (6 025)	3 039 (6 287)	1 446 (3 086)	233 (262)	90,8 % (96,4 %)	8,3 % (4,3 %)
Pleieass., hjemmehj., brukerrettet tj. m/helseutd på vg. nivå	2 260 (3 453)	3 511 (6 114)	3 578 (6 164)	3 820 (6 315)	1 560 (2 862)	242 (151)	69,0 % (82,9 %)	6,8 % (2,4 %)
Pleieass., hjemmehj., brukerrettet tj. u/vg. utd.	22 107 (35 765)	18 856 (34 192)	18 458 (32 968)	18 571 (32 691)	-3 536 (-3 074)	113 (-277)	-16,0 % (-8,6 %)	0,6 % (-0,8 %)
Psykisk miljøarbeid	114 (124)	169 (174)	168 (177)	182 (185)	68 (61)	14 (8)	59,6 % (49,2 %)	8,3 % (4,5 %)
Servicefunksjoner	5 308 (7 199)	2 270 (2 879)	3 605 (4 580)	3 595 (4 483)	-1 713 (-2 716)	-10 (-97)	-32,3 % (-37,2 %)	-0,3 % (-2,1 %)
Sosionom	1 068 (1 238)	1 397 (1 595)	1 475 (1 647)	1 637 (1 794)	569 (556)	162 (147)	53,3 % (44,9 %)	11,0 % (8,9 %)
Uspesifisert, annet	3 346 (7 483)	5 709 (7 684)	4 493 (5 905)	4 599 (5 872)	1 253 (-1 611)	106 (-33)	37,4 % (-21,5 %)	2,4 % (-0,6 %)

Vernepleier	6 103 (6 680)	8 055 (8 646)	8 401 (8 984)	8 847 (9 383)	2 744 (2 703)	446 (399)	45,0 % (40,5 %)	5,3 % (4,4 %)
<b>Totalt</b>	<b>141 484 (195 204)</b>	<b>153 349 (212 616)</b>	<b>157 170 (214 682)</b>	<b>163 120 (218 881)</b>	<b>21 636 (23 677)</b>	<b>5 950 (4 199)</b>	<b>15,3 % (12,1 %)</b>	<b>3,8 % (2,0 %)</b>

Kilde: SSB.

I tillegg til at tabell 2 viser årsverks- og sysselsattutvikling for 2010 og mellom 2015-2017, så viser den absolutt og prosentvis endring. Tabell 2 viser at det har vært en total økning i antall årsverk på 21 636 og med 23 677 sysselsatte mellom 2010 og 2017. Dette gir relativ vekst på 15,3 og 12,1 prosent. Mellom 2016 og 2017 var økningen 5 950 årsverk og 4 199 sysselsatte. Dette gir prosentvis vekst på 3,8 (årsverk) og 2,0 prosent (sysselsatte). Dette er en større absolutt og relativ oppgang sammenlignet med endringen mellom 2015 og 2016. Mellom 2015 og 2016 økte årsverk med 3 821 og antall sysselsatte med 2 066, noe som gir en vekst på henholdsvis 2,5 (årsverk) og 1,0 prosent (sysselsatte). Flere sysselsatte enn årsverk viser at et årsverk kan være fordelt på flere ansatte. Mens utviklingen mellom 2015 og 2016 indikerer at flere ansatte har fått tilført større stillingsdel. Økningen i nye årsverk er i tillegg til nye stillinger benyttet til å øke stillingsprosenten blant de ansatte.

Yrkesgruppene som har hatt størst absolutt vekst mellom 2010 og 2017 er sykepleiere (uten master- eller videreutdanning) og helsefagarbeidere. Mellom 2010 og 2017 har sykepleierårsverk (uten master- eller videreutdanning) økt med 6 388 og helsefagarbeiderårsverk med 3 375. Dette gir henholdsvis økning på antall sysselsatte innenfor disse gruppene på 5 636 og 3 519.

Mellom 2016 og 2017 har jordmødre, sosionomer og barne- og ungdomsarbeidere hatt de største prosentvise økningen i antall årsverk. Årsverk innenfor disse gruppene har økt med henholdsvis 11, 11 og 12,3 prosent.

Selv om årsverk blant pleieassistenter uten videregående utdanning har sunket mellom 2010 og 2017 med 3 536 mellom, så har antall årsverk utført av pleieassistenter uten helse- eller sosialfaglig utdanning på videregående nivå økt med 5 742 årsverk. Utvikling i to grupper som begge blir sett på som ufaglært har altså vært forskjellig.

Tabell 3 viser endringer i årsverk og antall sysselsatte kun i omsorgstjenesten.

**Tabell 3**

Årsverk og antall sysselsatte i omsorgstjenesten, sysselsatte i parentes, 2010, 2015-17

	2010	2015	2016	2017
Psykiatrisk sykepleier inkl. psykisk helsearbeid	1 255 (1 395)	1 488 (1 632)	1 502 (1 636)	1 562 (1 685)
Geriatrisk sykepleier	1 322 (1 466)	1 846 (2 016)	1 884 (2 066)	1 981 (2 145)
Sykepleier med annen spesial-/videreutdanning	2 096 (2 392)	3 121 (3 455)	3 379 (3 699)	3 624 (3 609)
Sykepleiere uten videreutdanning	19 569 (23 273)	22 888 (26 441)	23 396 (26 748)	24 425 (27 515)
Vernepleier	5 832 (6 388)	7 673 (8 244)	7 961 (8 525)	8 327 (8 847)
Helsefagarbeider	45 339 (58 745)	46 347 (60 792)	47 276 (61 390)	48 570 (62 200)
Ergoterapeut	735 (826)	1 029 (1 127)	1 077 (1 180)	1 173 (1 287)
Sosionom	1 068 (1 238)	1 397 (1 595)	1 475 (1 647)	1 637 (1 794)
Barnevernspedagog	700 (827)	928 (1 062)	960 (1 094)	995 (1 114)
Miljøterapeut	2 768 (3 877)	1 347 (1 705)	1 512 (1 867)	1 651 (2 006)
Aktivitør	1 440 (1 793)	1 250 (1 592)	1 219 (1 533)	1 189 (1 475)
Barne- og ungdomsarbeider	765 (1 015)	1 079 (1 417)	1 166 (1 529)	1 309 (1 643)
Pleieassistent/ hjemmehjelp, m/helseutdanning på vg. nivå	2 260 (3 453)	3 511 (6 114)	3 578 (6 164)	3 820 (6 315)



Pleieassistent/ hjemmehjelp med helseutdanning på høgskolenivå	1 593 (3 201)	2 734 (5 833)	2 806 (6 025)	3 039 (6 287)
Pleieassistent/ hjemmehjelp m/ annen vg. utdanning	8 858 (16 162)	12 413 (24 100)	12 833 (24 341)	13 660 (23 335)
Pleieassistent/hjemmehjelp uten vg. utd.	22 107 (35 765)	18 856 (34 192)	18 458 (32 968)	18 571 (32 691)
Servicepersonell	4 530 (6 098)	1 766 (-)	2 999 (-)	2 993 (3 701)
Administrativt personell	1 802 (2 085)	1 319 (-)	1 266 (-)	1 153 (1 330)
Uspesifisert, annet	2 188 (4 960)	4 443 (6 252)	3 204 (4 494)	3 257 (4 488)
<b>Totalt</b>	<b>126 227 (175 587)</b>	<b>135 433 (187 569)*</b>	<b>137 951 (186 906)*</b>	<b>142 937 (195 764)</b>

Kilde: SSB. (-) = mangler sysselsettingstall. \*Merk at 2015 og 2016 ikke er sammenlignbart med 2010 og 2017 når det gjelder sysselsettingstall. Det mangler sysselsettingstall for service- og administrativt personell for 2015 og 2016.

Tabell 3 viser at det har vært en økning på 16 660 årsverk i omsorgstjenesten mellom 2010 og 2017, noe som representerer en 13 prosent vekst. Fra 2016 til 2017 var økningen på 4 987, noe som er en 3,6 prosent vekst. Det var en større oppgang enn mellom 2015 og 2016, da veksten var på 2 517 årsverk, eller 1,9 prosent.

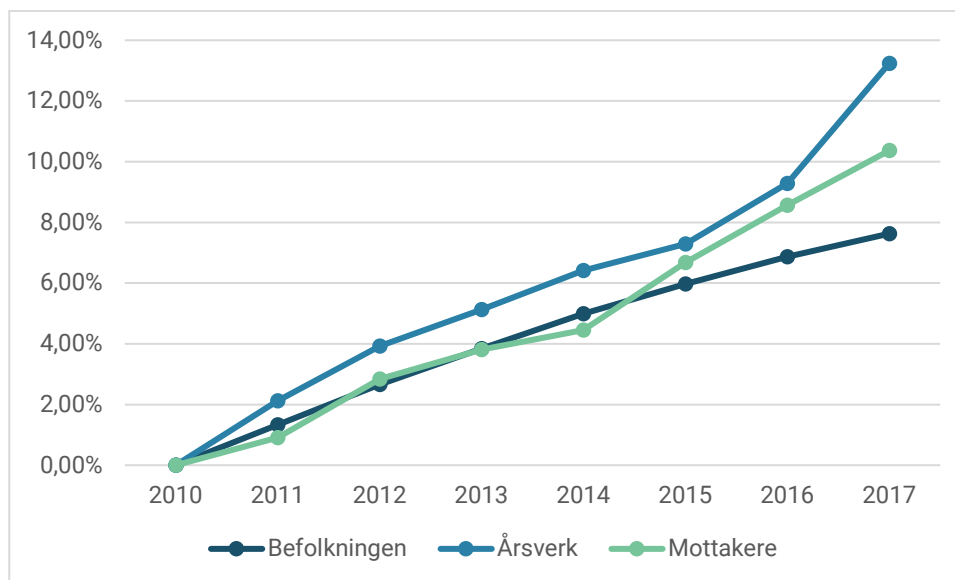
Økningen i sykepleierårsverk er større mellom 2016 og 2017 enn tidligere år. Fra 2016 til 2017 økte sykepleieårsverk med 1 431, eller 4,7 prosent, noe som er en større vekst enn mellom 2015 og 2016 da det økte med 818, eller 2,7 prosent. Samtidig har sykepleiere som har videreutdanning økt mellom 2016 og 2017. Det er 402 flere sykepleiere med videreutdanning i 2017 enn 2016, noe som representerer en vekst på 5,9 prosent. Det er større vekst enn mellom 2015 og 2016, da antallet sykepleiere med videreutdanning økt med 310 årsverk, eller 4,8 prosent. Dette ser ut til å bekrefte en trend at flere med høyere utdanning blir ansatt eller tar videreutdanning i omsorgstjenestene.

# 5. Mottakere av omsorgstjenester

Tabell 1 og 3 viser at det har vært en økning i årsverk og sysselsatte i omsorgstjenestene. Det er mulig å analysere disse positive utviklingstrekkene ved å sammenligne disse tendensene med utviklingen av mottakerne av tjenestene.

Figur 6 viser prosentvis vekst for befolkningen, årsverk i omsorgstjenestene og mottakere innen omsorgstjenestene mellom 2010 til 2017.

**Figur 1. Prosentvis vekst mellom 2010 og 2017 for befolkningen, årsverk i omsorgstjenestene og mottakere av omsorgstjenester**



Kilde: SSB/IPLOS.

Figur 6 viser at årsverk har hatt en sterkere prosentvis vekst mellom 2010 til 2017 sammenlignet med mottakere. Samtidig ser det ut til at det er en sterkere vekst av mottakere i forhold til befolkningsveksten. Fra 2010 til 2017 har befolkningen, årsverk og mottakere økt med henholdsvis 7,6, 13,2 og 10,4 prosent.

**Tabell 5**

Brukere av hjemmebaserte- og institusjonstjenester, fordelt andel og bistandsbehov, 2010, 2015-17

Antall	mottakere	Bistandsbehov				
		Totalt	Noe/avgrenset bistandsbehov	Middels til stort bistandsbehov	Omfattende bistandsbehov	Uoppgitt
2010	265 723	100 %	39 %	31 %	22 %	8 %
2015	275 200	100 %	37 %	34 %	23 %	6 %
2016	278 017	100 %	37 %	34 %	23 %	6 %
2017	282 302	100 %	37 %	34 %	23 %	6 %

Kilde: IPLOS

Tabell 5 viser antall brukere av hjemme- og institusjonstjenester fordelt etter bistandsbehov. Ved å se på utviklingen fra 2010 til 2017, kan man se at det har vært 2 prosent nedgang i antall personer med *Noe/avgrenset bistandsbehov*. Samtidig har *Middels til stort* og *omfattende bistandsbehov* har økt med henholdsvis 3 og 1 prosentpoeng.

Men selv om det kan tenkes at disse endringene kan komme som følge av at det er færre som er i uoppgitt-kategorien (denne har sunket fra 8 til 6 prosent mellom 2010 og 2017), så kan disse endringene også indikere at en større andel av mottakerne av hjemmebaserte- og institusjonstjenester har større hjelpebehov i 2017 sammenlignet med 2010.

Data fra IPLOS viser at den deltjenesten som har hatt klart størst økning fra 2013-2017 er tjenesten *Berre helseteneste i heimen*. Denne har økt med 21,2 prosent. Samtidig har deltjenesten *Berre praktisk bistand* gått ned 13,4 prosent. Dette tyder på at det har blitt et større behov for helsefaglig kompetanse i hjemmetjenesten.

Når det gjelder pasienter/brukere som er innlagt i institusjon har vi ikke samme registrering av hva slags behov de har. Men, det var en økning av andelen korttidsopphold fra 2013-2017 på 3,1 prosent, og en nedgang i langtidsopphold på 3,6 prosent i samme tidsrom. Det var også en nedgang i antallet plasser i helse- og omsorgsinstitusjoner på 2,5

prosent. Økt andelen korttidsopphold kan være en mulig følge av samhandlingsreformen, der kommunene har fått ansvaret for pasientene tidligere i behandlingsforløpet. Det betyr trolig at behovet for høyere kompetanse blant ansatte har økt til tross for færre antall plasser i institusjonene, fordi pasientene som er innlagt har behov for mer avansert helsehjelp.

**Tabell 6**

Aldersfordeling med prosentandel av totalsummen av mottakere av omsorgstjener, 2010, 2015-17

	2010	2015	2016	2017
0-49 år	74 732 (23 %)	86 760 (25 %)	89 544 (25 %)	92 403 (26 %)
50-66 år	43 125 (13 %)	48 389 (14 %)	50 108 (14 %)	51 364 (14 %)
67-79 år	59 296 (18 %)	66 992 (19 %)	69 677 (20 %)	72 122 (20 %)
80-89 år	106 680 (33 %)	97 241 (28 %)	95 795 (27 %)	95 243 (26 %)
90 år eller eldre	42 502 (13 %)	48 752 (14 %)	49 160 (14 %)	49 028 (14 %)
<b>Totalt</b>	<b>326 335 (100 %)</b>	<b>348 134 (100 %)</b>	<b>354 284 (100 %)</b>	<b>360 160 (100 %)</b>

Kilde: SSB/IPLOS.

Tabell 6 viser aldersfordelingen for de unike mottakerne av omsorgstjenester gjennom året med prosentandel i parentes. Fra 2010 til 2017 økte antall brukere med 33 825, noe som er en 10 prosent vekst. Antallet mottakere økt, men gruppen er preget av en større andel yngre i 2017 enn 2010.

Aldersgruppen 0-49 år har økt til 26 prosent i 2017, en økning på tre prosentpoeng fra 2010. Aldersgruppen 80-89 år har derimot sunket betraktelig fra 33 prosent i 2010 til 26 prosent i 2017. Det var 11 437 færre mottakere i denne gruppen i 2017 sammenlignet med 2010.

De fleste mottakerne av tjenester er over 67 år og eldre. Samtidig viser tall fra IPLOS for 2016 at det var de eldste og de yngste mottakerne som oftest hadde omfattende bistandsbehov. I den eldste gruppen brukere (over 90 år) hadde 34 prosent omfattende bistandsbehov, mens det i aldersgruppen 0-17 år var 29 prosent med omfattende bistandsbehov.

Det er et mål at institusjonsplassering for yngre brukere bør unngås. Dette viser seg i at det er vanligere å tildele eldre med omfattende bistandsbehov institusjonsplass, mens yngre brukere med omfattende behov oftere blir tilbudt hjelp i egen bolig. I tillegg trenger mottakere i arbeidsfør alder ekstra hjelp til utdanning, arbeid, selvstendig bolig og sosialt liv. Dette krever mye av de kommunale tjenestene.<sup>8</sup> Flere yngre mottakere i omsorgstjenestene har konsekvenser ikke bare for behovet for flere sysselsatte, men det stiller også krav til høyere kompetanse og kompetanse knyttet til alle aldersgrupper hos de ansatte i hjemmebasert tjenestene.

---

<sup>8</sup> Berit Otnes. Utviklingen i pleie- og omsorgstjenestene 1994-2013  
[http://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie/aar-forelopige/\\_attachment/231177?\\_ts=14df671b688](http://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie/aar-forelopige/_attachment/231177?_ts=14df671b688)

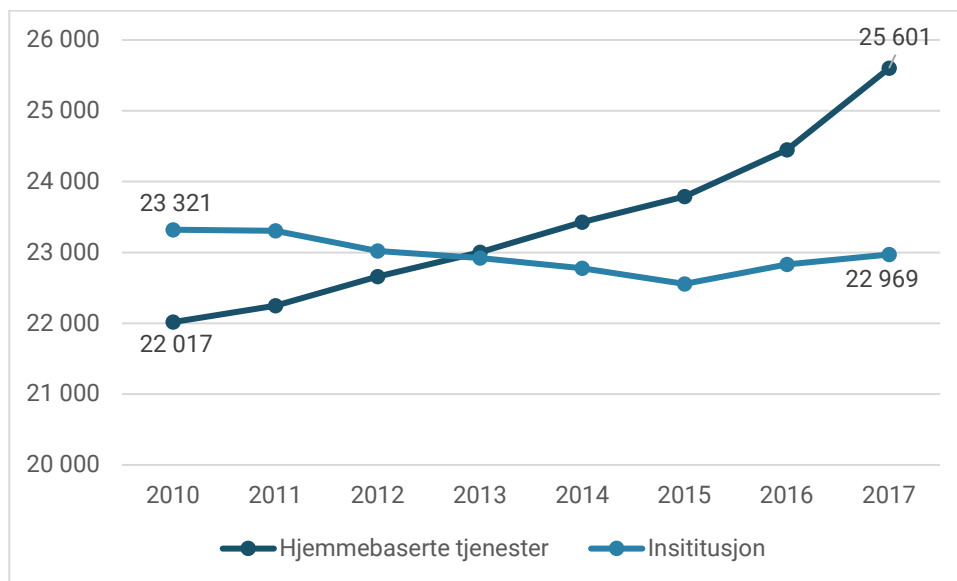
# 6. Årsverk i hjemmebaserte- og institusjonsbaserte omsorgstjenester

Omsorgstjenesten i kommunene blir i SSBs statistikker gruppert som hjemmebaserte tjenester, dvs. oppsøkende tjenester i innbyggernes hjem eller tjenester der personell møter brukeren på annet avtalt sted. Institusjon omfatter blant annet sykehjem, aldershjem, barneboliger og avlastningsboliger.

Figur 2, 3, 4 og 5 viser antall årsverk fordelt på hjemmebaserte tjenester og institusjon for helsefagarbeidere (figur 2), sykepleiere (figur 3), vernepleiere (figur 4) og ufaglærte (figur 5).

Her kan det være verdt å merke at omleggingen av SSBs datainnsamling kan ha noe å si for overgangen mellom 2014 og 2015. Det ser ikke ut til å være store utslag for figur 2 og 3, men det er en nokså stor økning i årsverk blant ufaglærte mellom disse årene. Det er derfor nødvendig å ta et visst forbehold når man tolker figur 5 da endringene kan skyldes metodiske forhold.

**Figur 2. Helsefagarbeidere i hjemmebaserte tjenester og institusjon, 2010-17**

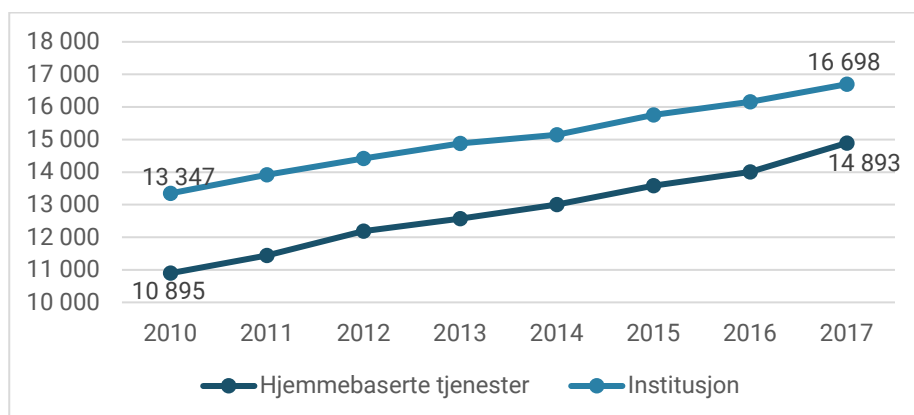


Kilde: SSB.

Årsverksinnsatsen blant helsefagarbeidere har endret seg for hjemmebaserte tjenester og institusjon mellom 2010 og 2017. I 2010 var 22 017 og 23 321 årsverk utført innenfor henholdsvis hjemmebaserte tjenester og institusjon. Dette snudde i 2013 da det var henholdsvis 23 005 og 22 920 årsverk innenfor disse tjenestene. Forskjellene økte deretter ytterligere mot 2017. Per 2017 er det 25 601 og 22 969 årsverk innenfor hjemmebaserte tjenester og institusjon.

Mellom 2010 og 2017 har derfor helsefagarbeiderårsverk innenfor hjemmebaserte tjenester økt med 3 854. Innenfor institusjon har det sunket med 352. Utviklingen mellom 2010 og 2017 tyder derfor på at majoriteten av veksten i helsefagarbeiderårsverk har funnet sted i hjemmebaserte tjenester.

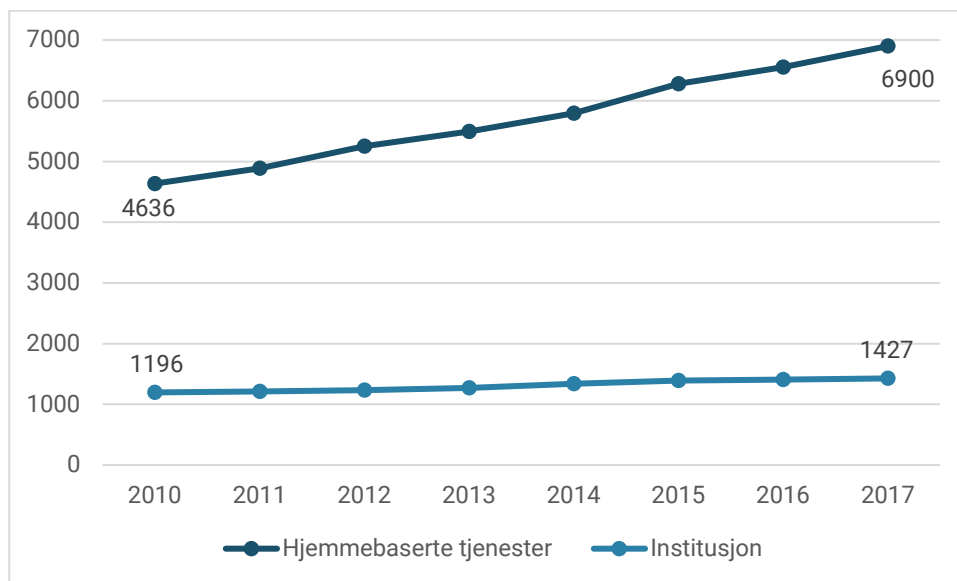
**Figur 3. Sykepleiere i hjemmebaserte tjenester og institusjon, 2010-17**



Antall sykepleierårsverk har økt mellom 2010 og 2017. I 2010 ble det utført 10 895 sykepleieårsverk i hjemmebaserte tjenestene mot 14 893 i 2017. For institusjon økte tallene fra 13 347 i 2010 til 16 698 i 2017.

Selv om det er flere sykepleierårsverk i institusjon sammenlignet med hjemmebaserte tjenester, viser figur 8 at sykepleierårsverk har økt både hjemmebaserte tjenester og institusjon.

**Figur 4. Vernepleiere i hjemmebaserte tjenester og institusjon, 2010-17**



Kilde: SSB.

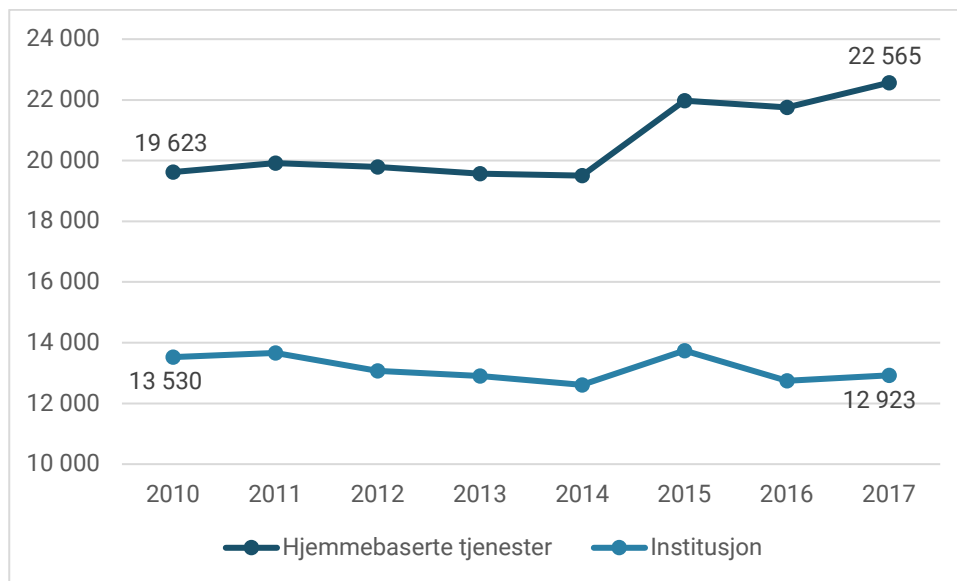
Figur 9 viser at det er flere årsverk utført av vernepleiere i hjemmebaserte tjenester enn institusjon. Mens det i hjemmebaserte tjenester var 6 900 årsverk utført av vernepleiere, var de tilsvarende tallene for institusjon, 1 427.

Sett over tid, så har også årsverk utført av vernepleiere økt mest i hjemmebaserte tjenester sammenlignet med institusjon. Mens det fra 2010 til 2017 var en økning på 2 264 årsverk, eller 48,8 prosent, i hjemmebaserte tjenester, var tilsvarende økning på 231 i institusjon, noe som tilsvarer 19,3 prosent.

Det ser derfor ut til at majoriteten av årsverksveksten blant vernepleiere er i hjemmebaserte tjenester. På side 59 presenteres hvilke yrkesgrupper som finnes i boliger for utviklingshemmede.



Figur 5. Ufaglærte i hjemmebaserte tjenester og institusjon, 2010-17



Kilde: SSB.

Figur 10 viser at flesteparten av årsverkene for ufaglærte blir utført i hjemmebaserte tjenester. I 2017 var antall årsverk av ufaglærte i hjemmebaserte tjenester 22 565, mens antall i institusjon var 12 923.

Årsverk i hjemmebaserte tjenester utført av ufaglærte har økt med 2 942 mellom 2010 og 2017, mens tilsvarende tall for institusjon var en nedgang på 607.

Fra 2010 til 2017 har det altså blitt *flere* ufaglærte i hjemmebaserte tjenester og *færre* i institusjon. IPLOS-data viser, slik det beskrives i kapittel *Mottakere av omsorgstjenester*, at tjenesteyting i form av praktisk bistand i hjemmet, ofte kalt hjemmehjelp, har blitt redusert i perioden, mens bruken av helsetjenester har økt i perioden. Det er dermed bekymringsfullt at antall ufaglærte ser ut til å øke i den hjemmebaserte tjenesten, mens behovet tilsier at det trengs mer helsefaglig kompetanse.

# 7. Årsverk i boliger for utviklingshemmede

I årets rapport ønsket Helsedirektoratet å kartlegge hvilke yrkesgrupper som arbeider i boliger for funksjonshemmede, for å bedre synliggjøre kompetansen hos personellet som arbeider med en mangfoldig gruppe med svært ulike behov.

Tabell 7 gir informasjon om informasjon om antall årsverk i boliger for funksjonshemmede fordelt på utdanning for 2010 og mellom 2015-2017.

**Tabell 7**

Årsverk i boliger for utviklingshemmede, fordelt på utdanningsbakgrunn, 2010, 2015-17

	2010	2015	2016	2017	% av årsverk i 2010	% av årsverk i 2017
Annen helseutdanning på videregående nivå	347	468	482	532	2,7 %	3,0 %
Ergoterapeut	105	133	132	143	0,8 %	0,8 %
Helsefagarbeider	3 878	5 044	5 276	5 548	30,3 %	31,3 %
Pleieassistent med helseutdanning på VGS- eller høyskolenivå	455	845	864	938	3,6 %	5,3 %
Sosionom og barnevernspedagog	424	623	655	669	3,3 %	3,8 %
Vernepleier	1 849	2 690	2 752	2 914	14,5 %	16,4 %
Miljøterapeut	642	484	538	564	5,0 %	3,2 %
Sykepleier med videreutdanning	197	211	216	220	1,5 %	1,2 %
Sykepleier uten videreutdanning	357	507	522	521	2,8 %	2,9 %
Ufaglært	4 388	5 474	5 466	5 558	34,3 %	31,4 %
Servicepersonell	35	9	38	44	0,3 %	0,2 %
Administrativt personell	105	69	75	76	0,8 %	0,4 %
<b>Totalt</b>	<b>12 780</b>	<b>16 556</b>	<b>17 014</b>	<b>17 726</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100 %</b>

Kilde: SSB.

I boliger for funksjonshemmede har antall årsverk økt med totalt 4 946 mellom 2010 og 2017, noe som utgjør en vekst på 38,7 prosent. I samme periode har antall personer med psykisk utviklingshemming over 16 år, økt fra 17 047 i 2010 til 19 529 i 2017. Dette utgjør en økning på 2 482 personer. Antall årsverk har dermed økt mer enn antall personer med diagnosen.

Effekten av dette kan blant annet synliggjøres i antallet søknader om dispensasjon fra utdanningskravet i Helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 9 om bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med utviklingshemming. I Helsetilsynets årsrapport for 2017 meldes det at det er innvilget dispensasjon fra utdanningskravet i 73 prosent av vedtakene i 2017 mot 85 prosent i 2010. Dette er fremdeles et alt for høyt antall, men det går i riktig retning.

I oversikten over hvilke utdanningsbakgrunner som utgjør årsverkene i boliger for funksjonshemmede, er helsefagarbeidere den klart største gruppen med fagkompetanse. Med sine 5 548 årsverk, utgjør helsefagarbeidere 31,3 prosent av årsverkene i 2017. Dette er nesten 15 prosentpoeng mer enn den nest største utdanningsgruppen, vernepleiere.

Vernepleiere utgjør 16,4 prosent (914 årsverk) av den totale summen av årsverk i 2017. Andelen vernepleiere har derfor økt med 1,9 prosentpoeng mellom 2010 og 2017. Det ser derfor ut til å være en større andel med vernepleierutdanning i 2017 sammenlignet med 2010.

Ufaglærte utgjør en betydelig del av årsverkene i boliger for funksjonshemmede med 5 558 årsverk/31,4 prosent i 2017. Det er flere årsverk utført av ufaglærte enn noen annen yrkesgruppe i 2017 i denne tjenesten.

Ufaglærte er en gruppe som også har vokst mellom 2010 og 2017. Fra 2010 til 2017 økte årsverk utført av ufaglærte med 1 170, noe som tilsvarer 27 prosent vekst. Den relative andelen ufaglærte i boliger for utviklingshemmede har derimot sunket fra 2010 til 2017. I 2010 bestod 34,3 prosent av personellet i boliger for funksjonshemmede av ufaglærte mot 31,4 prosent i 2017.

# 8. Ansatte uten helse- eller sosialfaglig utdanningsbakgrunn

Ufaglærte defineres av SSB som ansatte som ikke har helse- eller sosialfaglig utdanning. Mer detaljert består ufaglærte som regel av pleieassistenter eller hjemmehjelper som ikke har fagbrev eller høyere utdanning innenfor helse- eller sosialfag.

Tabell 8 viser årsverk og utdanningsnivå blant ufaglærte innenfor omsorgstjenestene for 2010, og 2015-17.

**Tabell 8**

Utdanningsnivå blant ufaglærte i omsorgstjenestene, årsverk, 2010, 2015-17

	2010	2015	2016	2017	%-andel for 2017
Ungdomsskolenivå eller lavere	14 922	15 507	14 880	15 098	42,5 %
Videregående utdanning	12 907	12 981	12 615	13 061	36,8 %
Universitets- og høyskoleutdanning, lavere nivå	1 737	4 334	4 321	4 558	12,8 %
Universitets- og høyskoleutdanning, høyere nivå	229	720	753	787	2,2 %
Uoppgitt	3 358	2 171	1 925	1 985	5,6 %
<b>Totalt</b>	<b>33 153</b>	<b>35 712</b>	<b>34 495</b>	<b>35 489</b>	<b>100 %</b>

Kilde: SSB.

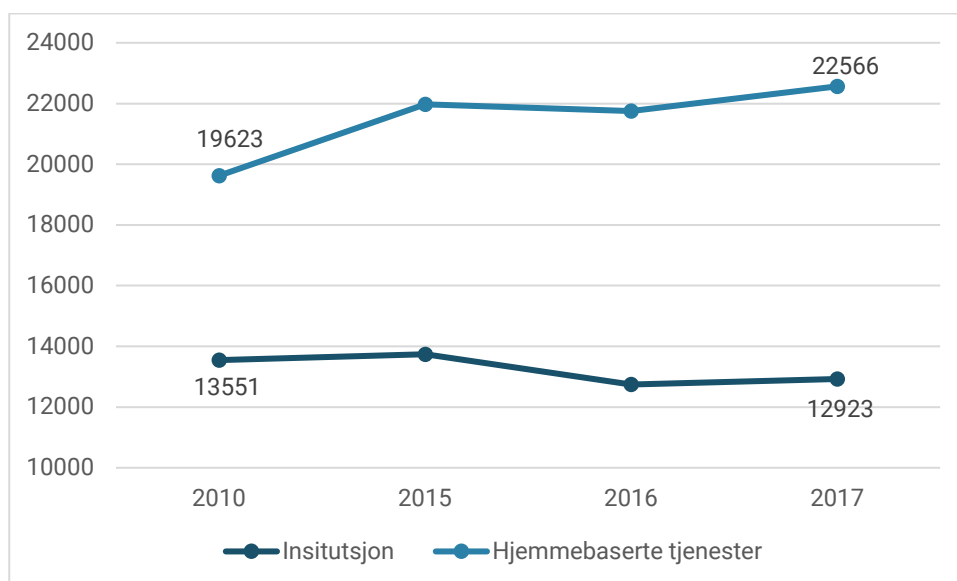
Tabell 8 viser at antall årsverk utført av ufaglærte har økt 2 336 årsverk mellom 2010 og 2017. Samtidig har det vært svingninger i disse årene.

Mellom 2015 og 2016 sank antallet årsverk utført av ufaglært med 1 217. Derimot økte antallet med 994 mellom 2016 og 2017. Fra 2016 til 2017 har derfor antallet årsverk utført av ufaglærte økt.

Tabell 8 viser også utdanningsnivå blant ufaglærte. Ved å se på utviklingen mellom 2016 og 2017 viser det seg at økningen i antall årsverk mellom disse årene er jevnt fordelt mellom utdanningsnivåene. Det er derfor ikke ufaglærte innen et spesifikt utdanningsnivå som har økt årsverk mellom 2016 og 2017. Samtidig viser tabellen ovenfor prosentandelen årsverk utført av ufaglærte fordelt på ulike utdanningsnivåer. 42,5 prosent av de uten helse- og sosialfaglig utdanning hadde ikke fullført videregående opplæring i 2017. Den største gruppen ufaglærte er derfor personell uten videregående utdanning.

Flere relevante yrkesgrupper for helse- og omsorgsektoren kan også falle inn under ufaglært-kategorien. Det kan for eksempel gjelde ansatte som har musikk- og kunstfaglig utdanning, pedagoger og agronomer. Flere kommuner ansetter også erfaringskonsulenter i det psykiske helse- og rusarbeidet. Av den grunn kan ufaglært-statistikken inneholder ansatte som ikke i utgangspunktet regnes som helse- og sosialfag, men som har utdanning som kan være relevant i tjenesten. Statistikken gir ikke en differensiert oversikt over bakgrunn til ansatte uten helse- eller sosialfaglig utdanningsbakgrunn.

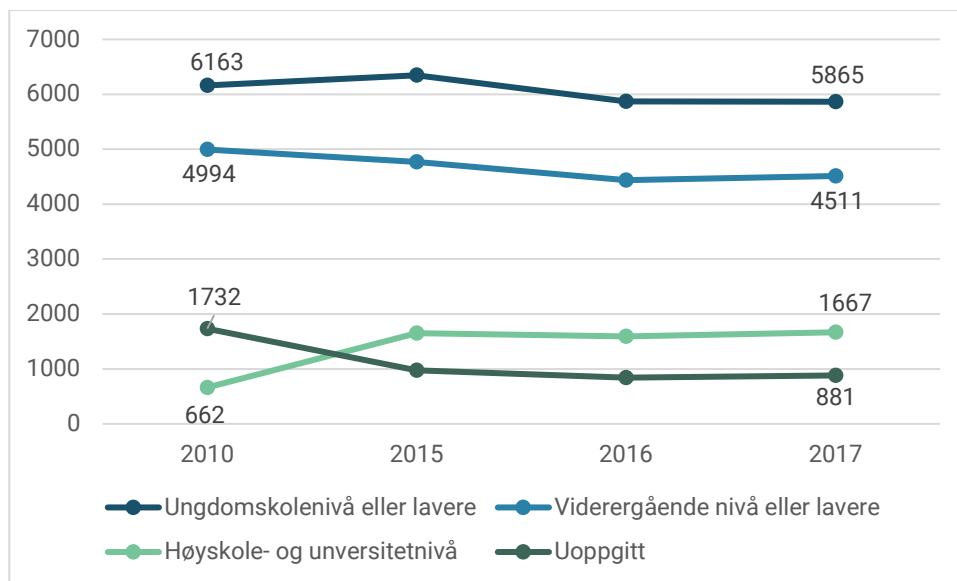
**Figur 6. Årsverk utført av ufaglærte i institusjon og hjemmebaserte tjenester, 2010, 2015-17**



Kilde: SSB.

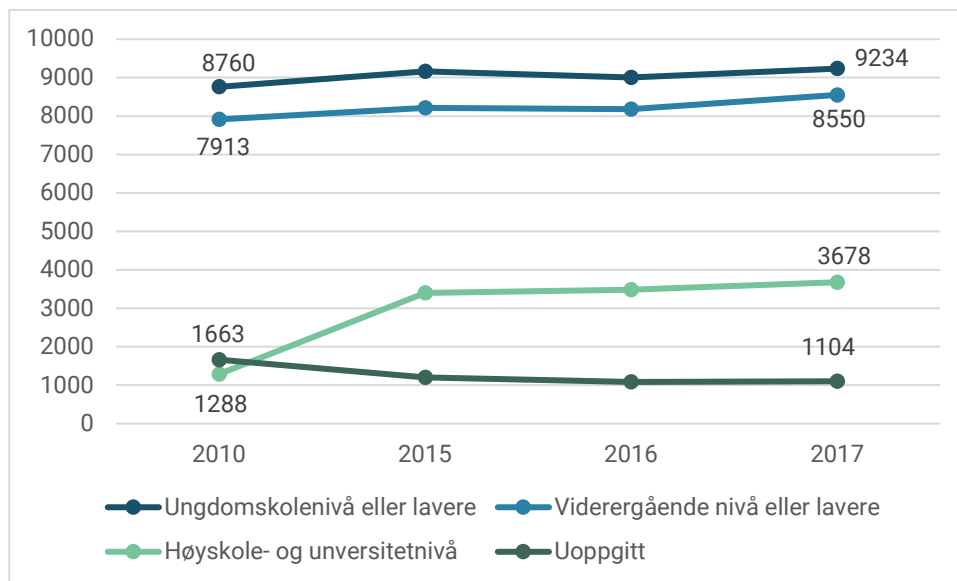
Figur 6 viser at hovedvekten av årsverk utført av ufaglærte er i hjemmebaserte tjenester. I 2017 ble 22 566 og 12 923 årsverk utført av ufaglærte i henholdsvis hjemmebaserte tjenester og institusjon. Utviklingen i bruk av ufaglærte mellom institusjon og hjemmebaserte tjenester har vært noe ulik over tid. Mellom 2010 og 2017 har årsverk utført av ufaglærte økt med 2 943 i hjemmebaserte tjenester, eller 14,9 prosent økning, og sunket med 628 i institusjon, en 4,6 prosent nedgang.

**Figur 7. Utdanningsnivå blant ufaglærte i institusjon, 2010, 2015-17**



Kilde: SSB.

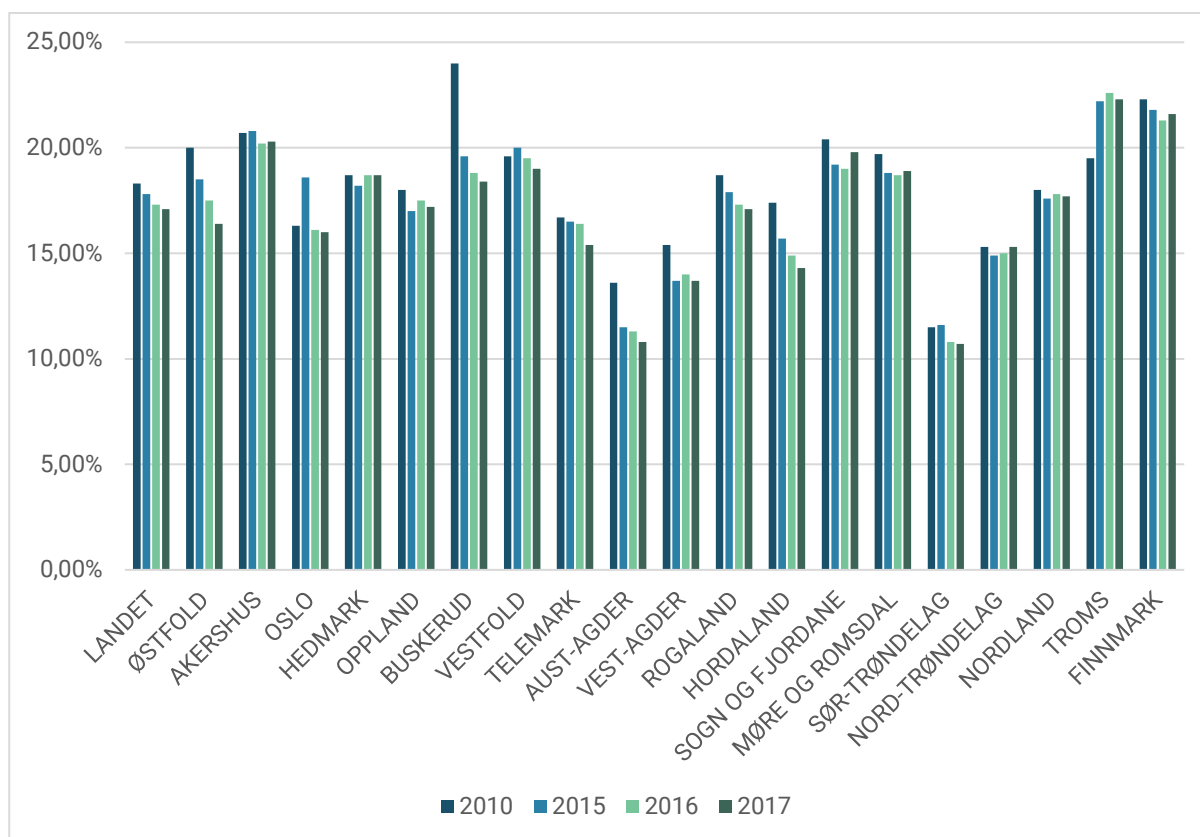
**Figur 8. Utdanningsnivå blant ufaglærte i hjemmebaserte tjenester, 2010, 2015-17**



Kilde: SSB.

Figur 7 og 8 viser utdanningsnivå for ufaglærte i institusjon og hjemmebaserte tjenester i årsverk. Disse figurene utfyller figur 6 fordi de angir hvilket utdanningsnivå ufaglærte i institusjon og hjemmebaserte tjenester i hovedsak har. De viser at det blir færre med ungdomsskole og videregående utdanning i institusjon mellom 2010 og 2017, men at disse gruppene har økt for hjemmebaserte tjenester. Det betyr at hjemmebaserte tjenester i større grad enn institusjoner rekrutterer ufaglærte med utdanning på videregående eller lavere nivå.

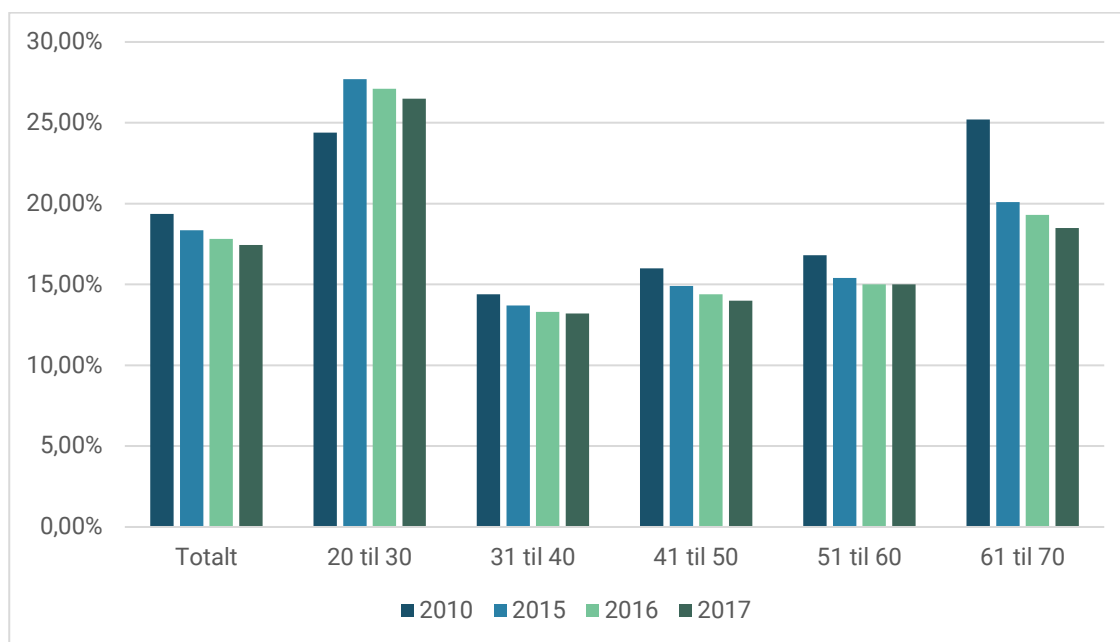
**Figur 9. Andel ufaglærte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, fordelt på fylke, 2010, 2015-17**



Kilde: KS' PAI-register.

Figur 9 viser andelen ufaglærte fordelt på fylke i hele den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Figuren viser at flesteparten av fylkene har opplevd en nedgang i andel ufaglærte mellom 2010 og 2017. Samtidig er det variasjoner i bruken av ufaglærte mellom fylkene. Mens for eksempel Troms og Finnmark har over 20 prosent andel ufaglærte, så har Aust-Agder og Sør-Trøndelag litt over 10 prosent.

**Figur 10. Andel ufaglært innen den kommunale helse- og omsorgstjenesten, fordelt på alder, 2010, 2015-17**



Kilde: KS' PAI-register.

Figur 10 viser andelen ufaglærte fordelt på alder og år for hele den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Figuren viser at det er høyest andel ufaglærte i alderskategorien 20-30 år. Dette kan forklares bl.a. ved at denne gruppen ikke har hatt mulighet til å fullføre en helse- eller sosialutdanning på grunn av alder, eller at de er studenter som tar vakter i helse- og omsorgstjenesten mens de studerer.

Andelen ufaglærte er lavest for de som er 31-40 år, før den gradvis øker til de over 61 år.



# 9. Servicepersonell

Tabell 9 gir sysselsettingsinformasjon om de seks største yrkesgruppene i kategorien servicepersonell innenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten mellom 2015 og 2017. Helsedirektoratet har ikke tall tidligere enn 2015. Oversikt over andre yrker innenfor servicepersonell presenteres i vedlagt Excel-fil.

**Tabell 9**

De seks største yrkesgruppene innenfor servicepersonell, sysselsatte, 2015-17, fordelt på SSBs kategorier

	2015	2016	2017
Sjefskokker	81	76	75
Kokker	1 319	1 379	1 488
Kjøkkenassistenter	131	126	135
Andre yrker innen estetiske fag	121	120	-
Vaktmestre	218	470	485
Renholdere	582	1 893	1 762
Menige*	-	53	50

Kilde: SSB.

\* I 2017 var det registrert flere i kategorien Menige enn i kategorien Andre yrker innen estetiske fag.

Fra 2016 til 2017 sank antallet sysselsatte servicepersonell fra 4 569 til 4 472, en nedgang på 97, eller to prosent.

Selv om yrkesgruppene innen topp seks av servicepersonell varierer noe mellom 2015 og 2017, utgjør de seks største gruppene omlag 90 prosent av alle sysselsatte i denne kategorien. De seks yrkesgruppene i tabell 7 utgjør 3 995 av de 4 472 sysselsatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten i 2017.

Tallene for 2017 viser at renholdspersonell er den største yrkesgruppen innen servicepersonell med 1 762 sysselsatte, mens den nest største yrkesgruppen er kokker. Til sammen utgjør kjøkkenpersonell (sjefskokker, kokker og kjøkkenassistenter) 1 698 sysselsatte. Det er en oppgang på 117 sysselsatte fra 2016, da antallet var 1 581.

Ettersom det lagt ned innsats for å fremme velferdsteknologi i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, er det interessant å undersøke om det har kommet ny teknisk kompetanse i tjenestene. Blant servicepersonell var det 34 sysselsatte ingeniører i 2017 mot 31 i 2015 og 2016. Det var 17 elektrikere/elektronikere (mv.) i 2017 mot 9 i 2015 og 10 i 2016.

Med forbehold om at de ikke er kun tradisjonelle tekniske yrker som kan bidra til å stimulere til økt satsning og bruk av velferdsteknologi i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, ser det ut til at satsning på velferdsteknologi foreløpig ikke har ført til en økning av sysselsatte med tradisjonell teknisk kompetanse. Kommunene kan likevel ha denne typen kompetanse ansatt i andre deler av tjenesten. Det kan også tenkes at slikt personell ikke ansettes i kommunene på lik linje med andre, men leiesinn eller operere som selvstendig næringsdrivende.

# 10. Årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Myndighetene har hatt en offensiv satsning på helsestasjons- og skolehelsetjenesten siden 2014, blant annet for å øke grunnbemanningen som består av helsesøstre, jordmødre, leger og fysioterapeuter. I tabell 9 vises antall årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten fordelt på de ulike yrkesgruppene.<sup>9</sup>

**Tabell 10**

Årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2010, 2015-17

	2010	2015	2016	2017	Endring mellom 2016-17	%-endring mellom 2016-17
Lege	205	210	214	218	4	1,9 %
Fysioterapeut	214	202	229	249	20	8,7 %
Jordmor	266	323	361	408	47	13,0 %
Helsesøster	1 963	2 469	2 587	2 721	134	5,2 %
Andre sykepleiere	518	505	669	753	84	12,6 %
Annen helsefaglig utdanning	464	457	519	553	34	6,6 %
Uten helsefaglig utdanning	505	332	339	342	3	0,9 %
<b>Sum</b>	<b>4 136</b>	<b>4 498</b>	<b>4 917</b>	<b>5 244</b>	<b>327</b>	<b>6,7 %</b>

Kilde: SSB.

Tabell 10 viser en samlet årsverkssøkning i helsestasjons- og skolehelsetjenesten på 1 108, eller 26,7 prosent mellom 2010 og 2017. Fra 2016 til 2017 var økningen på 327 eller 6,6 prosent.

<sup>9</sup> Summen av årsverkene for hele tjenesten skiller seg noe fra tabell 1. Dette er fordi årsverkene for leger og fysioterapeuter i helsestasjons- og skolehelsetjenesten inngår i legeårsverk og fysioterapeutårsverk i kommunehelsetjenesten.

Størst numerisk økning mellom 2016 og 2017 var helsesøsterårsverk. Mellom disse årene økte antallet helsesøsterårsverk med 134, eller 5,2 prosent. Den største relative endringen er blant jordmødre og andre sykepleiere. Antall jordmor- og andre sykepleier-årsverk økte med henholdsvis 47 og 84, eller 13,0 og 12,6 prosent.

Helsedirektoratet har fått tilbakemeldinger fra tjenestene om at det i enkelte kommuner har vært vanskelig å rekruttere helsesøstre til nye ledige stillinger. De har derfor valgt å ansette sykepleiere i helsesøsterstillinger. Helsedirektoratet har ikke oversikt over hvor omfattende dette problemet er, men økningen av "Andre sykepleiere" i helsestasjon- og skolehelsetjenesten kan være et tegn på at det er mangel på helsesøstre. Det har blitt pekt på for få studieplasser og omleggingen av helsesøsterutdanningen til en mastergrad, samt mangel på praksisplasser, som en mulig forklaring knyttet til utdanningskapasitet. Masterutdanning fører bl.a. til lengre utdanningstid for den enkelte og færre utdanningsplasser på høyskoler og universitet.

Helsedirektoratet gir årlig innspill til utdanningskapasitet til Helse- og omsorgsdepartementet. I innspillet for 2018 planlegges det å se særlig på behovet for en del videreutdanninger for sykepleiere herunder helsesøstre.

**Tabell 11**

Årsverk per 10 000 innbyggere mellom 0 og 20 år i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2015-17

	2015	2016	2017
Lege	1,6	1,6	1,6
Fysioterapeut	1,5	1,7	1,9
Jordmor	2,4	2,7	3,1
Helsesøster	18,6	19,4	20,5
Andre sykepleiere	3,8	5,0	5,7
Annen helsefaglig utdanning	3,4	3,9	4,2

Kilde: SSB.

Tabell 11 viser antall årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten per 10 000 innbyggere mellom 0 og 20 år fordelt på yrkesgruppene som utgjør grunnbemanningen. Tabellen viser at årsverk per 10 000 innbyggere har økt for alle utdanningsgruppene mellom 2015-17, bortsett fra leger. Leger hadde samme dekningsgrad i helsestasjons- og skolehelsetjenesten for innbyggere mellom 0 og 20 år i 2017 som 2015.

# 11. Leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

I dette avsnittet presenteres tall for legeårsverk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og fastlegetall. SSB har ikke tilgang på sysselsettingsdata for hverken leger eller fysioterapeuter. Men Helsedirektoratet har oversikt over antall sysselsatte fastleger fra fastlegeregisteret. Data for legeårsverk er hentet fra SSBs KOSTRA-rapportering. Fastlegedata er hentet fra Helsedirektoratets fastlegeregister. KOSTRA-tallene gjelder for 2017, mens de nyeste fastlegetallene er fra juli 2018.

Helsedirektoratet lager på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet en årlig rapport om Leger i kommune- og spesialisthelsetjenesten der vi gjør en grundigere analyse av legedekningen også i kommunale helse- og omsorgstjenester.<sup>10</sup>

---

**Tabell 12**

Legeårsverk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, 2010-17

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Legeårsverk	4 746	4 837	5 020	5 197	5 325	5 457	5 585	5 823

Kilde: SSB.

Tabell 12 viser at legeårsverkene har hatt en jevn økning mellom 2010 og 2017. Antallet legeårsverk har økt med 1 077 mellom disse årene, en prosentvis vekst på 22,7. Fra 2016 til 2017 økte legeårsverkene med 238 årsverk, en vekst på 4,3 prosent.

---

<sup>10</sup> Helsedirektoratet, *Leger i kommune- og spesialisthelsetjenesten, 2017*.  
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1412/leger-i-kommune-ogspesialisthelsetjenesten-rapport-2017.pdf>

Tabell 12 viser at legeårsverkene har hatt en jevn økning mellom 2010 og 2017. Antallet legeårsverk har økt med 1 077 mellom disse årene, en prosentvis vekst på 22,7. Fra 2016 til 2017 økte legeårsverkene med 238 årsverk, en vekst på 4,3 prosent.

I tabell 13 og 14 fordeles årsverkene etter funksjon og avtaleform.

**Tabell 13**

Legeårsverk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, etter funksjon, 2010, 2015-17

	2010	2015	2016	2017
Diagnose, behandling og re-/habilitering	3 898	4 429	4 526	4 647
Forebygging, helsestasjons- og skolehelsetjeneste	205	210	214	218
Annet forebyggende helsearbeid	150	151	140	143
Helse- og omsorgstjenester i institusjon	404	570	590	576
Administrasjon	88	97	115	119
Tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene*	-	-	-	120
<b>Totalt</b>	<b>4 746</b>	<b>5 457</b>	<b>5 585</b>	<b>5 823</b>

Kilde: SSB.

\*Ny funksjonskategori fra og med 2017.

Den største funksjonskategorien for legeårsverk er *Diagnose, behandling og re-/habilitering*. Denne kategorien inneholder fastlegeårsverk.

Fra 2010 til 2017 økte legeårsverk i *Diagnose, behandling og re-/habilitering* med 749, noe som representerer en 19 prosent vekst. Fra 2016 til 2017 har antall legeårsverk her økt med 121, en vekst på 3 prosent.

De andre funksjonskategoriene har mer beskjedne økninger i legeårsverk mellom 2016 og 2017, men det er en nedgang på 14 årsverk (2 prosent) for helse- og omsorgstjenester i institusjon. Samtidig er det opprettet en ny kategori i KOSTRA fra 2017 som heter *Tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene*. Disse legeårsverkene er en del av institusjonstilbudet. Det betyr at det til sammen har vært en reel oppgang på 106 legeårsverk i kommunale institusjoner, en 18 prosent økning.

**Tabell 14**

Legeårsverk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, etter avtaleform, 2010, 2015-17

	2010	2015	2016	2017
Næringsdrivende fastleger	3 468	3 833	3 884	3 983
Kommunalt ansatte leger	692	1 037	1 132	1 258
Turnuslege	446	453	448	457
Næringsdrivende leger utenfor fastlegeordningen	140	133	121	125
<b>Totalt</b>	<b>4 746</b>	<b>5 457</b>	<b>5 585</b>	<b>5 823</b>

Kilde: SSB.

**Tabell 14**

Legeårsverk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, etter avtaleform, 2010, 2015-17

	2010	2015	2016	2017
Næringsdrivende fastleger	3 468	3 833	3 884	3 983
Kommunalt ansatte leger	692	1 037	1 132	1 258
Turnuslege	446	453	448	457
Næringsdrivende leger utenfor fastlegeordningen	140	133	121	125
<b>Totalt</b>	<b>4 746</b>	<b>5 457</b>	<b>5 585</b>	<b>5 823</b>

Kilde: SSB.

I tabell 14 presenteres legeårsverkene etter avtaleform. Næringsdrivende fastleger er den største gruppen, men det er en relativt stor økning av kommunalt ansatte fastleger.

Kommunalt ansatte leger økte med 566 årsverk mellom 2010 og 2017, mens den tilsvarende økningen for næringsdrivende fastleger er 515 årsverk. Dette utgjør henholdsvis vekst på 82 og 15 prosent.

Fra 2016 til 2017 økte kommunalt ansatte legeårsverk med 126, mot 99 blant næringsdrivende. Dette er en vekst på 11,1 og 2,5 prosent.

I tabell 15 vises tall fra Helsedirektoratets Fastlegeregister. Tallene er noe høyere enn SSBs tall, men SSB regner årsverk og i tabellen under er enhetene fastleger og fastlegeavtaler.

---

**Tabell 15**

Fastlegeavtaler, fastleger og lister uten lege, 1.7.2010, 1.7.2015-1.7.2018

	1.7.2010	1.7.2015	1.7.2016	1.7.2017	1.7.2018
Fastlegeavtaler	4 171	4 695	4 740	4 818	4 872
Fastleger	4 107	4 626	4 688	4 729	4 779
Lister uten lege	64	69	52	90	93

Kilde: Fastlegeregisteret.

Antallet fastlegeavtaler og fastleger har økt mellom 2017 og 2018. Fra 2017 til 2018 økte antallet fastlegeavtaler med 54 og antallet fastleger med 50, noe som gir en respektiv vekst på 1,1 og 1,1 prosent.

Samtidig har antall *pasientlister uten lege* holdt seg noenlunde stabil mellom 2017 og 2018. Per 1. juli 2018 var det 93 pasientlister som kun var betjent av vikarer. Antall pasienter hos fastlegen har også økt de siste årene. I perioden 2010 til 2015 økte antallet pasienter hos fastlege noe sterkere enn befolkningsveksten i samme periode<sup>11</sup>.

---

<sup>11</sup> SAMDATA kommune: kapittel 5 *Utvikling i bruk av fastlege og legevakt*.



# 12. Fysioterapeuter i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Tabell 16 viser fysioterapeutårsverkene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter funksjon for 2010 og mellom 2015 og 2017.

**Tabell 16**

Fysioterapeutårsverk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, etter funksjon, 2010, 2015-17

	2010	2015	2016	2017
Diagnose, behandling og re-/habilitering	3 465	3 804	3 842	3 978
Forebygging, helsestasjons- og skolehelsetjeneste	214	202	229	249
Annet forebyggende helsearbeid	166	155	171	176
Helse- og omsorgstjenester i institusjon	368	453	474	458
Administrasjon	76	75	90	93
Tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene*	-	-	-	11
<b>Totalt</b>	<b>4 288</b>	<b>4 690</b>	<b>4 806</b>	<b>4 966</b>

Kilde: SSB.

\*Ny funksjonskategori fra og med 2017.

Tabell 16 viser at antall årsverk for fysioterapeuter har økt med 678 mellom 2010 og 2017, en 15,8 prosent vekst. Størst tallmessig økning har kommet i kategorien *Diagnose, behandling og re-/habilitering*. Her har antallet fysioterapeutårsverk økt med 513, en 14,8 prosent vekst. Størst prosentvis vekst er i *Helse- og omsorgstjenester i institusjon*. Her har fysioterapeutårsverk økt med 90, en 24,4 prosent økning.

Fra 2016 til 2017 har det vært en økning av fysioterapeutårsverk i samtlige funksjonskategorier, unntatt *Helse- og omsorgstjenester i*

*institusjon*. Fysioterapeutårsverk i denne kategorien har sunket med 16, eller en 3,3 prosent nedgang.

Den største endringen i absolutte tall er i funksjonen *Diagnose, behandling og re-/habilitering*. Denne kategorien har økt med 136 årsverk mellom 2016 og 2017. Dette er større vekst enn mellom 2015 og 2016, da antallet økte med 38 årsverk. Den største prosentvise veksten er i *Forebygging, helsestasjons- og skolehelsetjenesten*, med en 9 prosent vekst mellom 2016 og 2017.

Tabell 17 gir oversikt over fysioterapeutårsverk etter avtaleform for 2010, og mellom 2015-17.

---

### Tabell 17

Fysioterapeutårsverk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, etter avtaleform, 2010, 2015-17

	2010	2015	2016	2017
Tilskudd	2 625	2 701	2 694	2 730
Fastlønnen	1 521	1 829	1 946	2 069
Turnusfysioterapeut	142	160	167	167
<b>Totalt</b>	<b>4 288</b>	<b>4 690</b>	<b>4 806</b>	<b>4 966</b>

Kilde: SSB.

Tabell 17 viser at den største økningen i absolutte tall og prosent mellom 2010 og 2017, er i blant fastlønnede. Fysioterapeutårsverk i fastlønned-avtaleform har økt 548, eller 36 prosent mellom disse årene. Det har blitt 105 flere fysioterapeutårsverk i avtaleformen tilskudd, noe som er en 4 prosent vekst.

Mellom 2016 og 2017 økte fastlønnen fysioterapeutårsverk med 123, eller 6,3 prosent. mens det, blant Fysioterapeutårsverk basert på tilskudd steg med 36, eller 1,3 prosent.

# 13. Årsverk i psykisk helse- og rusarbeid

## 13.1. Årsverk i psykisk helse- og rusarbeid

SSB/KOSTRA leverer ikke et samlet bilde av personellstatistikk for det kommunale psykisk helse- og rusarbeidet. Disse tjenestene er ulikt organisert i kommunene. I noen kommuner er tjenestene organisert under omsorgstjenestene, mens i andre kommuner er de organisert i deler av de kommunale tjenestene som ikke regnes som helsetjenester. Derfor samler SINTEF på oppdrag fra Helsedirektoratet inn årlige data om psykisk helse- og rusarbeid i kommunene.

I rapporten *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene*<sup>12</sup>, redegjør SINTEF for antall årsverk i psykisk helse- og rustjenester rettet mot både barn/unge og voksne mellom 2015 og 2017. Disse tallene er gjengitt i tabell 18.

**Tabell 18**

Årsverk i psykisk helse- og rusarbeid, 2015-17

	2015	2016	2017	Endring mellom 2016-17	%-endring mellom 2016-17
Barn/unge	2 702	2 873	3 099	226	7,9 %
Voksne	10 429	11 063	11 534	471	4,3 %
<b>Totalt</b>	<b>13 131</b>	<b>13 936</b>	<b>14 633</b>	<b>697</b>	<b>5,0 %</b>

Kilde: SINTEF.

Tabell 18 viser at det vært en økning i antall årsverk innenfor psykisk helse- og rusarbeid mellom 2015 og 2017. Mellom 2015 og 2017 økte antall årsverk med 1 502. Mellom 2016 og 2017 økte antall årsverk med 697. Dette tilsvarer en fem prosent økning mellom 2016 og 2017.

<sup>12</sup> [https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/rapporter-sintef-ts/rapport\\_is24\\_8\\_2017.pdf](https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/rapporter-sintef-ts/rapport_is24_8_2017.pdf)

Ved å se på psykisk helse- og rusarbeid rettet mot barn/unge og voksne hver for seg, finner man tilsvarende positive tendenser. Tjenester rettet mot barn og unge har økt med 226 årsverk mellom 2016 og 2017, noe som representerer en vekst på 7,9 prosent. Antall årsverk i tjenester rettet mot voksne har økt med 471, en økning på 4,3 prosent.

### 13.2. Psykologer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

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 vold- og traumefeltet. Kommunene er pålagt å ha psykolog fra 2020.

For å sikre at kommunene skal innfri det nye lovkravet forvalter fylkesmennene et tilskudd til rekruttering av psykologer i kommunene.

Tabell 19 viser antall kommuner som har mottatt rekrutteringstilskudd for en eller flere psykologer i hvert fylke. Tabellen omfatter ikke eventuelle kommuner med psykolog utenfor tilskuddsordningen.

**Tabell 19**

Kommuner som har mottatt rekrutteringstilskudd for psykolog, 2016-17

	2016		2017	
	<i>Kommuner med psykolog</i>	<i>Antall kommuner</i>	<i>Kommuner med psykolog</i>	<i>Antall kommuner</i>
Østfold	12	18	12	18
Akershus	15	22	15	22
Oslo	14*	15*	14*	15*
Hedmark	11	22	12	22
Oppland	10	26	13	26
Buskerud	13	21	15	21
Vestfold	8	14	8	12
Telemark	2	18	10	18
Aust og Vest-Agder	18	30	20	30
Rogaland	13	26	13	26
Hordaland	22	33	25	33
Sogn og Fjordane	14	26	23	26

Møre og Romsdal	14	36	19	36
Sør-Trøndelag	17	25	17	25
Nord-Trøndelag	21	23	18	23
Nordland	15	44	21	44
Troms	8	24	12	24
Finnmark	12	19	12	19
<b>Total</b>	<b>239</b>	<b>428</b>	<b>279</b>	<b>426</b>

Kilde: Helsedirektoratet. \*Bydelene i Oslo er inkludert i tallene.

Siden rekrutteringstilskuddordningen ble startet, har stadig flere kommuner søkt om tilskudd. I 2013 var det 95 kommuner/bydeler og 130 psykologstillinger, mot 279 kommuner/bydeler og 453 stillinger i 2017. Men det er fortsatt mange kommuner som ikke har rekruttert psykolog. Det er utfordringer knyttet til rekruttering av psykologer, og tilskudd som eneste virkemiddel er trolig ikke tilstrekkelig.

Tabell 20 viser antall sysselsatte psykologer i den helse- og omsorgstjenesten fordelt på funksjon for 2010, og 2015-17.

**Tabell 20**

Psykologer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, fordelt på funksjon, 2010, 2015-17

	2010	2015	2016	2017
Forebygging, helsestasjon, skolehelsetjeneste	39	101	119	125
Annet forebyggende helsearbeid	86	136	169	191
Diagnose, behandling og re-/habilitering	36	39	49	60
<b>Totalt</b>	<b>161</b>	<b>276</b>	<b>337</b>	<b>376</b>

Kilde: SSB.

Tabell 20 viser at antallet sysselsatte psykologer har økt med 215 mellom 2010 og 2017. Selv om antallet har økt mest i kategorien *Annet forebyggende helsearbeid* med 105 sysselsatte psykologer, har *Forebygging, helstasjon og skolehelsetjenesten* den største relative økningen med en vekst på 220 prosent, eller 86 sysselsatte psykologer.

# 14. Arbeidstid, sykefravær og turnover

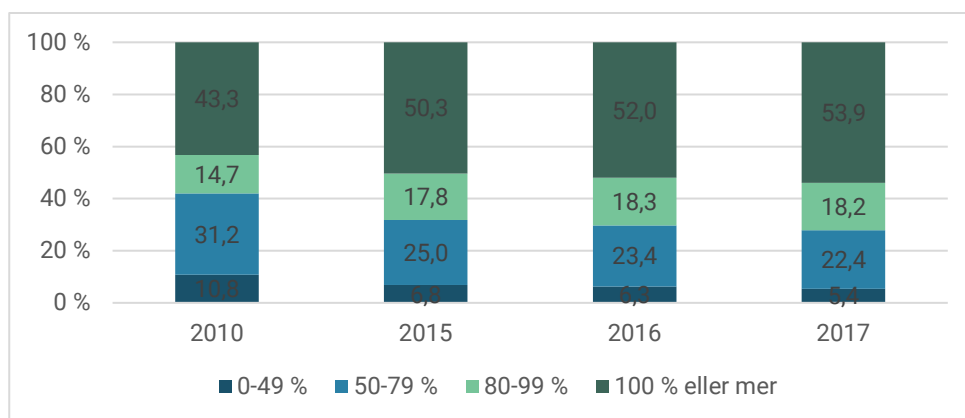
I denne delen gjennomgås arbeidstid, sykefravær og turnover i den kommunale helse- og omsorgstjenesten med den hensikt å kaste lys over hvilken tilknytning helsepersonell har til sin arbeidsplass. For å sikre tilstrekkelig personell med riktig kompetanse både i dag i fremtiden trenger vi ikke bare å rekruttere flere helsepersonell. Det er nødvendig å se på alle tiltak for å sikre at helsepersonellet vi i dag har jobber mest mulig heltid, har lavest mulig sykefravær og forblir værende i den kommunale helse- og omsorgstjenesten for å sikre at Norge er i stand til å håndtere det økte antallet pasienter og brukere i årene fremover.

## 14.1. Arbeidstid

Arbeidsmønsteret i de kommunale tjenestene har tradisjonelt vært preget av deltid.<sup>13</sup> Flere tiltak er forsøkt for å øke andelen heltidsstillinger. Samtidig erfarer særlig sykepleiere og helsefagarbeidere at det er vanskelig å få tilbud om heltidsstilling ved ansettelse i kommunene.

Figur 11 og 12 viser hvor stor andel av sykepleiere og helsefagarbeidere som arbeider heltid og deltid mellom 2010 og 2017. Disse tallene sier derimot ingenting om dette er ønsket (såkalt frivillig) deltid eller ikke.

Figur 11. Stillingsandel for sykepleiere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, 2010, 2015-17

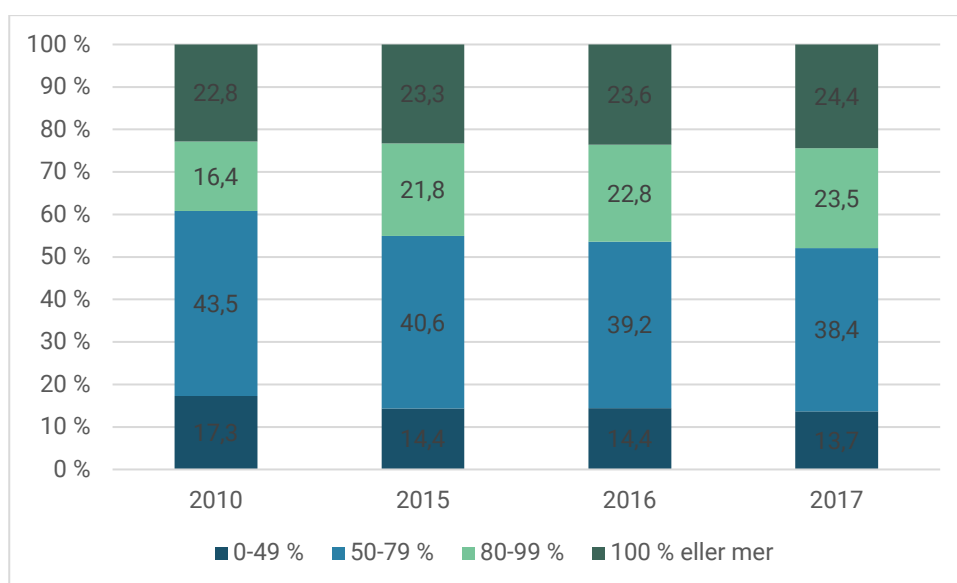


<sup>13</sup> Ingstad, K., Nergaard, K., Kvande, E., Amble, N., Moland, L., Bråthen, K., ....Moe, A. (2016). *Turnus som fremmer heltidskultur*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Figur 11 viser at andelen innen kategorien *Sykepleiere som jobber 100 prosent eller mer* har økt med 10,6 prosentpoeng mellom 2010 og 2017. Samtidig har andelen som jobber under 50 prosent sunket. Fra 2010 til 2017 har andelen som arbeider under 50 prosent sunket med 5,4 prosentpoeng.

I absolutte tall utgjør dette et betydelig antall. Fra 2010 til 2017 er det 8 821 flere sysselsatte sykepleiere i kategorien *100 prosent eller mer*, og 1 391 færre i kategorien *0-49 prosent*. Dette betyr at flere sykepleiere enn tidligere nå jobber heltid.

**Figur 12. Stillingsandel for helsefagarbeidere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, 2010, 2015-17**



Kilde: SSB.

Figur 12 viser liknede tendenser blant helsefagarbeidere som figur 11 om sykepleiere, men det er ikke like store endringer i prosentpoeng.

Mellom 2010 og 2017 har andelen helsefagarbeidere i *100 prosent stilling eller mer* økt med 1,6 prosentpoeng, mens andelen under 50 prosent stilling har sunket med 3,6 prosentpoeng.

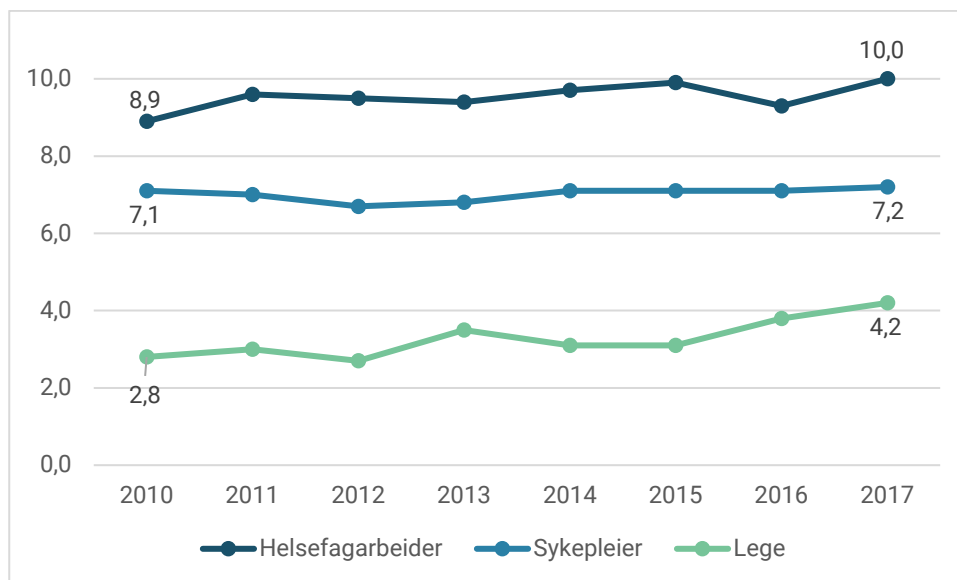
Dette utgjør likevel et relativt stort antall sysselsatte. Antall helsefagarbeidere i kategorien *100 prosent eller mer* har økt med 1 861 mellom 2010 og 2017, mens antallet i kategorien *0-49 prosent* har sunket med 1 672 mellom disse årene.

Oppsummert viser dette en positiv utvikling knyttet til å få flere i heltidsarbeid blant sykepleiere og helsefagarbeidere.

## 14.2. Sykefravær

Figur 13 viser prosentandelen sykefravær for helsefagarbeidere, sykepleiere og leger mellom 2010 og 2017.

Figur 13. Sykefravær i den kommunale helse- og omsorgssektoren, 2010-17



Kilde: SSB.

Sykepleiernes sykefravær har holdt seg nokså stabil fra 2010 til 2017. Sykepleierne har sykefraværspersent på 7,1 i 2010 og 7,2 i 2017.

Det er derimot noe større endringer i sykefraværet for helsefagarbeidere og leger. Helsefagarbeiderne har gått fra 8,9 prosent sykefravær i 2010 til 10,0 i 2017. Samme tendens ser ut til å gjelde for leger.

I 2010 var legenes sykefravær 2,8 prosent, mens det i 2017 er 4,2 prosent. Det ser derfor ut til at legene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten har større sykefravær nå enn tidligere. Denne trenden er verdt å følge med på da leger tradisjonelt har vært preget av å ha mindre sykefravær enn annet helsepersonell.

Tabell 21 viser sykefravær for tre utvalgte funksjoner for en rekke utdanningsgrupper. Tabellen gir informasjon om sykefraværspersent til ulike utdanningsgrupper har og hva det utgjør i tapte årsverk.



**Tabell 21**

Sykefravær i sykefraværprosent og tapte årsverk, etter funksjon, 2017

	Diagnose, behandling, re- /habilitering		Helse- omsorgstjenester i institusjon		Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende	
	Sykefravær (%)	Årsverk	Sykefravær (%)	Årsverk	Sykefravær (%)	Årsverk
Andre utdanninger	6,1	2 621	5,9	17 195	7,2	28 814
Sykepleiere	6,4	1 945	9,2	13 154	8,8	10 980
Hjelpepleier, omsorgsarbeider og helsefagarbeider	8,9	614	10,0	22 969	10,6	24 365
Legespesialist	2,0	3 162	3,0	93	;	;
Fysioterapeut	5,1	6 070	5,1	460	;	;
Sykepleier med videreutdanning	5,7	664	8,0	3 394	7,9	3 339
Helsesøster	5,0	100	9,2	94	9,2	78
Helsesekretær og tannhelsesekretærer	8,4	2 498	10,2	312	10,4	457
Vernepleier	7,1	74	8,9	1 427	8,9	6 158
Lege	4,2	2 858	5,5	312	;	;
Tannpleier	;	;	1,0	7	15,2	15
Jordmor	5,2	27	8,6	56	13,9	27
Ergoterapeut	6,5	833	7,6	394	6,7	661
Psykologer	5,7	59	7,6	10	4,4	48
Bioingeniører	7,5	141	;	;	7,9	13
Radiografer	8,6	22	7,6	24	8,4	37
Tannlege	;	;	0,9	9	2,7	7

Kilde: SSB.

; = ikke data tilgjengelig.

Tabell 21 viser at sykepleiere har sykefraværsprosent på 9,2 og 8,8 i henholdsvis institusjon og hjemmebaserte tjenester. Dette utgjør 13 154 og 10 980 i tapte årsverk på grunn av sykefravær.

Samtidig har sykepleiere som arbeider innenfor *Diagnose, behandling, re-/habilitering* lavere sykefravær enn institusjon og hjemmebaserte tjenester. De har sykefraværsprosent på 6,3, noe som utgjør 1 945 i tapte årsverk.

Sykepleiere med videreutdanning ser ut til å ha lavere sykefraværsprosent enn sykepleiere uten. Sykepleiere med videreutdanning har sykefraværsprosent på 5,7, 8,0 og 7,9 innenfor henholdsvis *Diagnose, behandling, re-/habilitering*, institusjon og hjemmebaserte tjenester. En forklaring på dette kan være at sykepleiere med videreutdanning opplever mer autonomi i arbeidshverdagen og utfører mindre fysisk krevende enn sykepleiere uten videreutdanning.

Tabell 21 viser også at legespesialister har lavere sykefraværsprosent enn leger uten spesialisering. Legespesialister og leger har sykefraværsprosent på henholdsvis 2,0 og 4,2 i *Diagnose, behandling, re-/habilitering* og 3,0 og 5,5 i institusjon. Med forbehold om at det er nokså få legespesialister og leger i institusjon, ser det ut til at videreutdanning også senker sykefraværsprosenten blant leger.

Leger ser ut til å ha høyere sykefraværsprosent i institusjon sammenlignet med *Diagnose, behandling, re-/habilitering*. Leger i samme kategori har sykefraværsprosent på 4,2, mens leger i institusjon har 5,5. Her er det også nødvendig å være tilbakeholden med å dra for sikre konklusjoner, fordi antallet tapte årsverk ikke er stort blant leger i institusjon, men det ser ut til at det forskjell i sykefraværsprosent blant leger i ulike funksjoner.

### **14.3. Turnover**

For å ytterligere sette fokus på at den kommunale helse- og omsorgstjenesten må ivareta og beholde allerede ansatt helsepersonell for å kunne møte fremtidens utfordringer knyttet til helsepersonellmangel, har Helsedirektoratet i årets rapport valgt å

inkludere turnover som del av analysene. Turnover er et relevant mål i så måte fordi det kan bidra til å belyse hvor mange som slutter fra år til år.

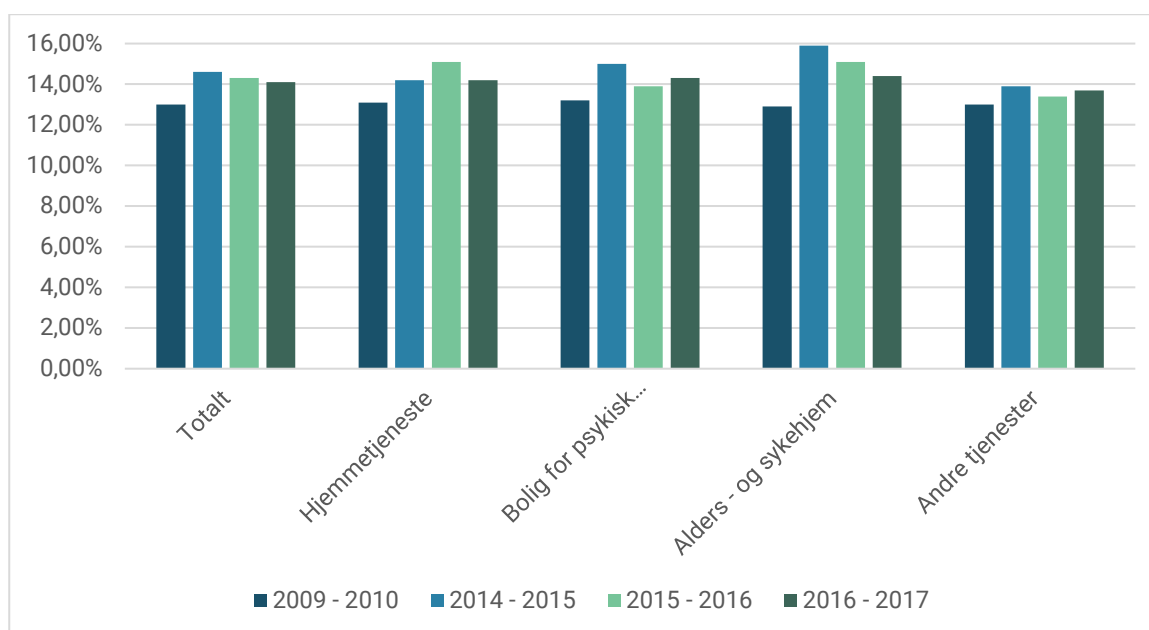
Turnover kan beskrives som avgang eller exit fra en stilling, arbeidsplass eller tjeneste, gjennomtrekk i stillinger eller personellutskifting. I denne sammenhengen ser vi på avgang ut av den kommunale helse- og omsorgstjenesten som helhet. I praksis betyr dette at turnover i denne sammenhengen er en indikator på at helsepersonell som var ansatt et år, ikke er ansatt året etter.

Målet bidrar til å gi innsikt i hvordan kommunene lykkes i å beholde kompetente fagfolk, og belyser om ulike funksjoner (blant annet institusjon, hjemmebaserte tjenester) har spesielle utfordringer knyttet til å beholde visse utdanningsgrupper. Det gir også et bilde av ressursbruk og kontinuitet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, siden det er tidskrevende for ledere og kollegaer å rekruttere og lære opp nye ansatte, og fordi kommunene mister verdifull kompetanse med hver avgang.

Helsedirektoratet vet ikke hvorfor helsepersonellet slutter. Turnover-tallene fra KS inneholder ikke informasjon om ansatte som blant annet går av med alderspensjon eller uføretrygd. Slike betraktninger er nødvendig å ha med seg når man følger turnover-tall fram i tid fordi alderssammensetningen i Norge endrer seg, vi får flere eldre, og dermed en forventet økende andel som går av med pensjon.

**Figur 14. Andel turnover fordelt på deltjenester i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, 2009-10, 2014-17.**

Kilde: KS' PAI-register



Figur 14 viser turnover-andelen i forskjellige funksjoner i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Figuren viser prosentandelen av sysselsatte som har sluttet mellom 2009 og 2010, og 2014 og 2017.

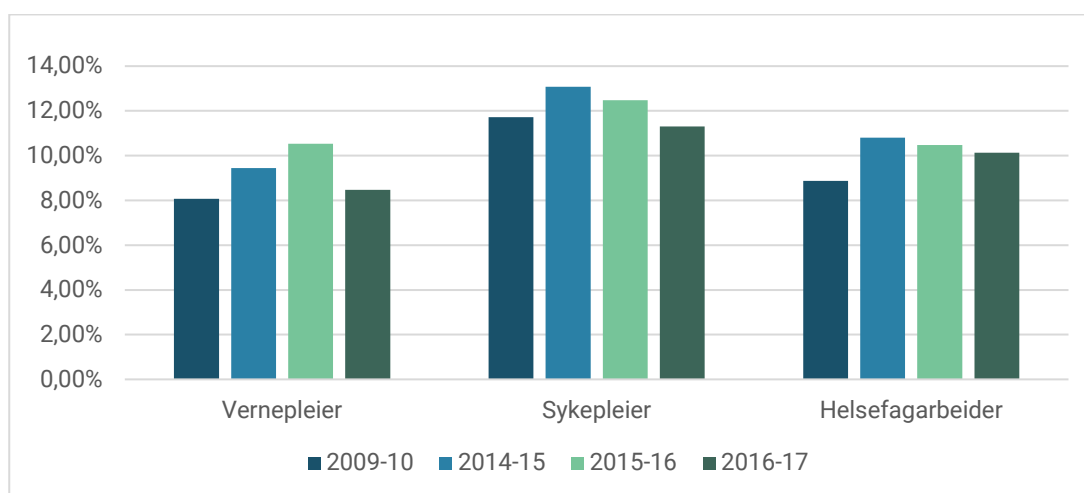
Totalt er det 14,1 prosent turnover i den kommunale helse- og omsorgstjenesten i 2017. Dette er 1,1 prosentpoeng høyere enn 2010, da tallet var 13,0 prosent. Det ser derfor ut til at det har blitt noe høyere turnover-andel i de senere årene sammenlignet med 2010.

Likevel viser figur 14 at disse tallene har variert nokså mye mellom 2009 og 2010, og 2014 til 2017. Det er derfor usikkert om disse tallene belyser faktisk endringer eller naturlig variasjon. Ser vi på tallene mellom 2014 og 2017, for eksempel, ser det ut som turnover-andelen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten synker med tanke på at 14,6 prosent sluttet mellom 2014 og 2015 mot 14,1 prosent i 2017.

Det ser ikke ut til at det er spesielt store forskjeller i turnover mellom ulike funksjoner. Det er for eksempel bare 14,4, 14,3 og 14,2 prosent turnover i henholdsvis alder- og sykehjem, boliger for utviklingshemmede og hjemmebaserte tjenester.

Dette viser at selv om alders- og sykehjem hadde høyere turnover enn disse andre funksjonene mellom 2014 og 2016, så har disse forskjellene utjevnet seg i 2017. Det virker som om alders- og sykehjem har klart å senke den relativt høye turnover-andelen som ble observert i 2014-2015 i de senere årene.

**Figur 15. Andel turnover i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, etter utdanning, 2009-10, 2014-17**



Kilde: KS' PAI-register.

Figur 15 viser turnover-andelen fordelt på utdanningsbakgrunn i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Sykepleiere ser ut til å ha høyere turnover-andel enn vernepleiere og helsefagarbeidere. I 2017 hadde sykepleiere en turnover-andel på 11,3 prosent mot 10,1 blant helsefagarbeidere og 8,5 prosent blant vernepleiere. Turnover-andelen i 2017 er likevel lavere enn i 2009-2010 (11,7 prosent) for sykepleiere.

# 15. Personell med innvandrerbakgrunn

Tabell 22 viser andel årsverk utført av innvandrere og ikke-bosatte som en prosentandel av det totale antallet årsverk i den kommunale helse og omsorgstjenesten mellom 2015 og 2017. Begrepene *innvandrere* og *ikke-bosatte* er definert av SSB på følgende måte:

*Innvandrere* er personer som er født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre og fire utenlandsfødte besteforeldre. Innvandrere har på et tidspunkt innvandret og bosatt seg i Norge. I denne gruppen finnes det mennesker med og uten norsk statsborgerskap.

*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 disse definisjonene fanger både mennesker som utfører kortvarig arbeid i Norge og er bosatt i utlandet, men også norske statsborgere, måler vi derfor bare ikke i hvilken grad vi er avhengig av utenlandsk arbeidskraft, men også i hvilken grad kommunene har en mangfoldig rekrutteringsprofil som speiler befolkningen.

De fleste utdanningsgrupper har holdt seg noenlunde stabil. Likevel har andelen helsefagarbeiderårsverk utført av innvandrere eller ikke bosatte i Norge økt fra 15,6 i 2015 til 18,7 prosent i 2017. Dette er en økning på 3,1 prosentpoeng.

Årsverk utført av sykepleiere uten videreutdanning har i sammenligning økt med 0,5 prosentpoeng mellom 2015 og 2017. Dette gjør at det er per 2017 en høyere andel innvandrere og ikke-bosatte i

helsefagarbeiderkategorien enn blant sykepleiere uten videreutdanning. Dette er en endring fra 2015, da det var relativt flere innvandrere og ikke-bosatte blant sykepleiere uten videreutdanning enn helsefagarbeidere.

**Tabell 22**

Andel innvandrere og ikke-bosatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, utvalgte yrkesgrupper, 2015-17

	2015	2016	2017
Administrativt personell	8,3 %	9,0 %	8,7 %
Aktivitør	1,3 %	1,1 %	1,3 %
Sykepleiere uten videreutdanning	17,0 %	17,2 %	17,5 %
Geriatrisk sykepleier	8,6 %	9,1 %	9,4 %
Psykiatrisk sykepleier inkl. psykisk helsearbeid	5,0 %	5,2 %	5,3 %
Helsesøster	3,4 %	3,2 %	3,2 %
Jordmor	8,8 %	9,1 %	9,3 %
Sykepleier med annen spes./videreutdanning	6,8 %	7,3 %	8,0 %
Barne- og ungdomsarbeider	5,4 %	5,1 %	5,8 %
Ergoterapeut	5,7 %	5,4 %	5,3 %
Helsesekretær	5,7 %	7,0 %	8,1 %
Hjelpepleier, omsorgsarbeider og helsefagarbeider	15,6 %	17,2 %	18,7 %
Pleieassistent, hjemmehjelp	18,9 %	19,1 %	19,1 %
Servicefunksjoner	11,3 %	23,4 %	23,4 %
Sosionom og barnevernspedagog	3,3 %	3,6 %	3,7 %
Vernepleier, psykisk miljøarbeid og miljøterapeut	6,9 %	6,9 %	7,1 %

Kilde: SSB.

Tabell 22 inkluderer ikke totalandeler siden den ikke inneholder informasjon fra grupper som leger og fysioterapeuter, men inneholder informasjon om hvordan andelen årsverk av innvandrere og ikke-bosatte har utviklet seg mellom 2015 og 2017 for utvalgte yrkesgrupper.

# 16. Rekruttering av menn

Andelen menn i yrker som sykepleiere og helsefagarbeidere i kommunale helse- og omsorgstjenesten har økt forsiktig og jevnt siden 2015. Det er gledelig at omleggingen til helsefagarbeiderutdanningen, som en utdanning primært for ungdom, har ført til at flere menn utdannes enn tidligere.

Kvinner utgjør majoriteten av personellet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det er derimot et mål at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal rekruttere flere menn. Et av tiltakene for å løfte mandsandelen er blant annet *Menn i helse*.

*Menn i helse* er et tiltak i regi av Kompetanseløft 2020. Tiltaket er en oppfølging av Stortingsmelding 29 (2012-2013), *Morgendagens omsorg*, der regjeringen ønsket å etablere en nasjonal satsing for å bidra til økt rekruttering av menn i helse- og omsorgstjenestene.

**Tabell 23**

Andel sysselsatte menn i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, utvalgte yrkesgrupper, 2015-17

	2015	2016	2017
Sykepleiere med videreutdanning	5,0 %	4,9 %	5,2 %
Sykepleiere uten videreutdanning	6,8 %	7,0 %	7,0 %
Helsefagarbeidere (inkl. hjelpepleiere, omsorgsarbeidere)	6,4 %	6,9 %	7,5 %
	9,8 %	10,2 %	10,5 %
Ergoterapeut			
Sosionom og barnevernspedagog	16,6 %	16,1 %	15,8 %



Vernepleier, miljøterapeuter og psykisk miljøarbeid	19,8 %	20,1 %	20,1 %
Annen helseutdanning på videregående nivå	2,9 %	3,0 %	3,1 %
Pleieassistent, hjemmehjelp	19,9 %	20,6 %	21,3 %
Administrativt personell	19,4 %	19,3 %	18,7 %
Servicefunksjoner	28,6 %	27,3 %	28,6 %
Uspesifisert, annet	28,2 %	30,1 %	30,4 %

Kilde: SSB. Leger og fysioterapeuter er ikke inkludert.

Tabell 23 viser det er relativt stor forskjell på andelen menn mellom yrkene. Andelen er lav blant sykepleiere, både blant de med videreutdanning og sykepleierne uten videreutdanning, men høyere blant sosialarbeidere og vernepleiere.

Sett i lys av at Norge trenger flere folk som kan jobbe med helse i fremtiden og at menn er underrepresentert i sektoren, kan det være mye å hente ved å prøve å rekruttere enda flere menn. Selv om enkelte utdanningsgrupper har færre menn enn andre, så har de fleste utdanningsgruppene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten fortsatt en betydelig vei å gå for å oppnå kjønnsbalanse.

# 17. Sysselsatte over 55 år

Sysselsettingen i Norge er høy sammenlignet med andre OECD-land som følge av blant annet at mange over 55 år fortsatt er i arbeid. Likevel poengterte Regjeringen i *Perspektivmeldingen 2017* at de arbeider for at sysselsatte skal kunne stå lengre i arbeid.<sup>14</sup> Norge står overfor en stor utfordring i årene som kommer med større andel eldre og dermed trolig en større andel av befolkningen med behov for helse- og omsorgstjenester.

Tabell 24 sier noe om hvor mange eldre som er i arbeid, men også hvor stor andel av arbeidsstokken som kommer til å pensjonere i løpet av relativt kort tid.

**Tabell 24**

Andel sysselsatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten som er over 55 år eller eldre, 2015-17

	2015	2016	2017
Sykepleiere	21,2 %	21,3 %	21,4 %
Helsefagarbeidere	34,8 %	34,8 %	34,8 %
Ufaglærte	21,7 %	21,6 %	19,3 %

Kilde: SSB.

Tabellen gir en indikasjon på i hvilken grad den kommunale helse- og omsorgstjenesten benytter eldre ansatte som arbeidskraft. Dette gir innsikt i hvilken grad vi kan forvente mangel på arbeidskraft i årene fremover. Dette er særlig viktig da sysselsatte over 55 år gjerne sitter på flere års erfaring som kan gjøre dem spesielt viktige for tjenesten som helhet, for eksempel med tanke på opplæring av nyansatte.

Andelen sykepleiere og ufaglærte som er 55 år eller eldre er relativt lik, rundt 20 prosent. Av de tre yrkesgruppene i tabell 24 er det helsefagarbeidergruppen som skiller seg ut. For helsefagarbeider-

<sup>14</sup> Meld. St. 29 (2016-2017) Perspektivmeldingen 2017.

gruppen er 34,8 prosent av sysselsatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten 55 år eller eldre.

# **Del III Utdanning og autorisasjon**

# 18. Utdanning

Helsedirektoratet har i oppgave å følge med på at det utdannes tilstrekkelig helsepersonell for å dekke behovene i tjenestene. Tabellene i denne delen presenter søker tall, fagprøvekandidater og avgangselever for helse- og sosialfaglig ved videregående opplæring og opptak ved høyere utdanning.

## 18.1. Videregående utdanning

**Tabell 25**

Søkere til helse- og oppvekstfag og helsefagarbeiderfaget, per 1 mars, 2010, 2015-18

	2010	2015	2016	2017	2018	Endring fra 2017-18
Helse- og oppvekstfag VG1	8 429	8 813	9 958	10 319	10 931	612
Helsearbeiderfag VG2	2 972	3 216	3 535	3 701	3 841	140
Helsearbeiderfag VG3	1 398	1 767	1 931	2 076	2 254	178
<b>Totalt</b>	<b>12 799</b>	<b>13 796</b>	<b>15 424</b>	<b>16 069</b>	<b>17 026</b>	<b>930</b>

Kilde: Utdanningsdirektoratet.

Tabell 25 viser vekst i søkere til helse- og oppvekstfag fra 2010 til 2018. Det gjelder både VG1 helse- og oppvekstfag, samt Vg2 og Vg3 helsearbeiderfaget. Fra 2010 til 2018 har det totale antallet søkere økt med 4 227.

Fra 2017 til 2018 var en økning på 930 søkere til helse- og oppvekstfag og helsefagarbeiderfaget ved VG2 og VG3. Det er en 5,7 prosent vekst.

Tabell 26 sier noe om kjønnsutviklingen i søker tall til helse- og oppvekstfag (VG1) og helsefagarbeiderfaget VG2 og VG3 samlet. Majoriteten av søkere til helse- og oppvekstfag og helsefagarbeiderfaget er kvinner. Likevel har det skjedd en gradvis økning av mannlige søkere.

**Tabell 26**

Antall og andel søkere til helse- og oppvekstfag (VG1) og helsefagarbeiderfaget ved VG2 og VG3, fordelt på kjønn, 2015-2018

	2015	2016	2017	2018
<b>Kvinner</b>				
Absolutte tall	11 824	12 881	13 224	13 644
Prosentandel	86 %	84 %	82 %	80 %
<b>Menn</b>				
Absolutte tall	1 972	2 543	2 872	3 382
Prosentandel	14 %	16 %	18 %	20 %

Kilde: Utdanningsdirektoratet.

Fra 2015 til 2018 økte antall mannlige søkere med 1 410, noe som tilsvarer en 71 prosent vekst.

**Tabell 27**

Tilbud i helse- og oppvekstfag VG1 og helsearbeiderfaget VG2 og VG3, per 15 juli, 2015-17

	2015	2016	2017	2018	Endring i antall som har fått tilbud om studieplass 2017-2018
Helse- og oppvekstfag VG1	8 341	8 960	9 374	9 577	203
Helsearbeiderfag VG2	3 182	3 459	3 612	3 796	184
Helsearbeiderfag VG3	1 144	1 293	1 402	1 499	97

Kilde: Utdanningsdirektoratet.

Per 15. juli 2018 hadde 9 577 elever fått tilbud om skoleplass i Helse- og oppvekstfag VG1, noe som var en økning på 203 elever fra 2017.

3 796 hadde fått tilbud om plass på helsearbeiderfaget VG2, mens 1 499 hadde fått tilbud om skoleplass for Vg3.

---

### Tabell 28

Fagprøvekandidater og avgangselever, etter studieretning/programområde, 2009/10, 2014-17

	2009/10	2014/15	2015/16	2016/17
Aktivitør	37	15	19	16
Barne- og ungdomsarbeider	1 623	2 754	2 875	3 113
Helsefagarbeider	2 234	2 943	3 205	3 286
Helsesekretær	532	727	699	767

Kilde: SSB.

Tabell 28 viser at antall fagprøvekandidater og avgangselever for utvalgte utdanninger ved videregående utdanning.

Tabellen viser blant annet at antallet fagprøvekandidater/avgangselever ved helsefagarbeiderutdanningen har økt gradvis fra 2009/10 til 2016/17. Antallet fagprøvekandidater/avgangselever har økt med 1 052 mellom 2009/10 og 2016/17, noe som representerer en 47 prosent vekst.

## 18.2. Høyere utdanning

Tabell 29 viser hvor mange kandidater som er tatt opp ved utvalgte helse- og sosialutdanninger ved høyskole- og universitetsnivå.

---

### Tabell 29

Opptak til utvalgte helse- og sosialutdanninger på høyskole- og universitetsnivå, 2010, 2015-17

	2010	2015	2016	2017
Sykepleiere	4 823	5 199	5 391	5 185
Vernepleiere	1 144	1 073	1 312	1 114
Ergoterapeuter	279	343	362	337
Sosionom	1 055	1 012	1 116	1 085

Barnevernspedagog	870	820	877	746
Fysioterapeut (innenlands)	360	385	419	529
Lege (innenlands)	549	569	621	630

Kilde: SSB.

Tabell 29 viser at mens noen utdanninger har opplevd oppgang i antall kandidater, så har andre gått ned mellom 2016 og 2017. Det er blant annet oppgang for fysioterapeuter og leger, men nedgang for sykepleiere, vernepleiere og sosionomer.

Det er regionale/geografiske forskjeller når det gjelder hvor lett/vanskelig det er å rekruttere helsepersonell. I 2016 presenterte Nasjonalt senter for distriktsmedisin en undersøkelse av sykepleiere utdannet i Nord-Norge.<sup>15</sup> De fant at tre-fem år etter utdanningen var det 85 % av sykepleierne som arbeidet i landsdelen. Dette viser at det ikke bare er hvor mange som utdannes som er viktig for å sikre helsepersonell som dekker tjenestens behov, men også hvor de utdannes. Helsedirektoratet er i gang med å forbedre vårt arbeid med å følge med på regionale forskjeller i helsepersonelldekningen.

<sup>15</sup> Gaski, Abelsen og Lie 2016: *Sykepleiere utdannet i Nord-Norge Hvor blir de av?*, <http://arkiv.nsd.m.no/filarkiv/File/rapporter/Endelig%2520rapport%2520Desember%25202016.pdf>



# 19. Autorisering av helsepersonell

Helsedirektoratet følger registreringen av autorisasjoner i Helsepersonellregisteret for å ha oversikt over hvor helsepersonell som er godkjent til å arbeide i Norge er utdannet.

**Tabell 30**

Autorisasjoner av helsepersonell, fordelt på region, 2015-17

	Norge			Norden			EU/EØS			Andre			Totalsum		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017
Ambulansearbeider	288	352	342	11	7	6	13	11	10	1	2	1	313	372	359
Bioingeniør	174	246	227	22	12	10	9	8	8	18	24	10	223	290	255
Fysioterapeut	283	291	311	131	84	85	97	86	76	10	7	9	521	468	481
Helsefagarbeider	2918	3923	3932	449	290	221	70	32	35	948	900	564	4385	5145	4752
Jordmor	86	127	110	96	97	95	13	12	34	2	0	0	197	236	239
Klinisk ernæringsfysiolog	28	27	32	1	2	7	1	0	0	1	0	0	31	29	39
Kiropraktor	0	0	0	13	3	3	27	48	48	14	12	12	54	63	63
Lege	795	482	700	324	298	333	712	718	1050	169	159	296	1999	1657	2379
Psykolog	281	277	254	138	113	120	26	27	10	9	5	7	454	422	391
Radiograf	130	139	161	9	15	8	7	5	11	14	4	3	160	163	183
Sykepleier	3802	3913	4043	1302	864	789	398	347	488	84	71	96	5586	5195	5416
Vernepleier	846	884	858	0	0	0	0	0	0	0	0	0	846	884	858

Kilde: Helsedirektoratet.

Tabell 30 viser autorisasjoner fordelt mellom 2015 og 2017 til helsepersonell med utdanning fra ulike regioner.

I 2016 iverksatte Helsedirektoratet en ny løsning for automatisert godkjenning av helsefagarbeidere. Løsningen gir fylkeskommunene muligheten til å sende inn lister til Helsedirektoratet over personer som har fått utstedt fagbrev. Målet med løsningen er å fjerne saksbehandlingstiden på 4 til 6 uker for manuelt innsendte søknader om autorisasjon, og få helsepersonellet raskere ut i tjenesten. Økningen i årlig autorisasjon på underkant av 1000 norsk-utdannede helsefagarbeidere mellom 2015 og 2016 kan trolig tilskrives denne løsningen.

Helsedirektoratet vil høsten 2018 etter oppdrag fra Helse og omsorgsdepartementet vurdere nærmere helsepersonell med utdanning fra utlandet i forbindelse med ny Helse og sykehusplan. Det vil komme detaljert statistikk samt analyser for leger, sykepleiere, helsefagarbeidere, tannleger og psykologer med utdanning fra utlandet (både norske og utenlandske statsborgere).

**Kompetanse og personell i helse- og omsorgstjenesten i kommunene i 2017**

**Utgitt**

10. august 2018

**Bestillingsnummer**

**IS-2755**

**Utgitt av**

Helsedirektoratet,  
Avdeling kommunale helse- og omsorgstjenester

**Postadresse**

Pb. 7000 St Olavs plass, 0130  
Oslo

**Besøksadresse**

Vitaminveien 4, Oslo

[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)

**Telefon** 810 20 050

**Faks** 24 16 30 01

**Forsidefoto**

Maskot Bildbyrå AV/Jonér