

BÆREKRAFTIG UTVIKLING FOR ABIOK-SYKEPLEIERE, JORDMØDRE, SYKEPLEIERE OG HELSEFAGARBEIDERE

Modige valg og tiltak



OPPSUMMERING

Det har pågått en utvikling over tid som kan bringe spesialisthelsetjenesten inn i en situasjon der sykehus over hele landet vil mangle faglig kapasitet innen pleiegruppene – ABIOK-sykepleiere, jordmødre, sykepleiere og helsefagarbeidere. Konsekvensen av dette kan være at mange av landets sykehus vil ha for få medarbeidere til å dekke de oppgavene som skal løses, med mindre helsetjenesten finner gode tiltak som over tid kan bidra til å dekke behovet for faglig kompetanse.

Analyser viser at dersom behovet for helsetjenester løses på samme måte som i dag, vil det være behov for 20% flere medarbeidere i pleiegruppene innen 2040. En sterk økning i behov for helsetjenester samtidig som den tilgjengelige arbeidsstyrken stagnerer, vil føre til et uønsket gap mellom behov for faglig kompetanse og tilgjengelig kompetanse.

Tilstrekkelig faglig kapasitet i pleiegruppene er helt vesentlig for å kunne opprettholde god kvalitet i pasientbehandlingen. Helsetjenesten må sikre tilstrekkelig faglig kapasitet og samtidig opprettholde en bærekraftig utvikling i antall medarbeidere.

Denne rapporten trekker fram viktige tiltak som kan bidra til en bærekraftig utvikling av faglig kapasitet i pleiegruppene.

- Fremme riktig oppgavedeling
- Bruke digitale løsninger og IKT for å frigjøre tid
- Ta i bruk fleksible arbeidstidsordninger
- Ha oppmerksomhet på karriere- og kompetanseutvikling
- Etablere gode introduksjonsprogrammer for nye medarbeidere

Det er mulig å dekke behovet for faglig kapasitet i framtiden for de yrkesgruppene som denne rapporten favner, gjennom å opprettholde dagens antall medarbeidere – ***men kun dersom det arbeides målrettet over tid med konkrete og virkningsfulle tiltak.***

Det er essensielt å legge til rette for at medarbeidere kan **bruke sin til på de oppgaver som de er utdannet til å gjøre**. Faglig dyktige hjelpepersonell og administrativt personell som har opplæring til dette, kan støtte og avlaste pleiegruppene i enkelte oppgaver. Det er nødvendig å ha god dialog med videregående skoler og fylkeskommunene, for å sikre at det utdannes hjelpepersonell til helsetjenesten. Digitale løsninger og IKT som kan frigjøre tid for medarbeidere må tas i bruk.

Fleksible arbeidstidsordninger har vist seg å gi positive resultater for turnover og sykefravær, og bidrar et godt arbeidsmiljø.

Analysene som er utført er gjort på et overordnet, nasjonalt nivå. Det har ikke vært mulig å ta høyde for variasjon mellom helseforetakene. Hver enkelt helseregion må sammen med helseforetakene gjøre egne analyser som tar høyde for lokale forhold, for å gi et mer detaljert innblikk i behov for det enkelte helseforetak. Tallene og modellen som er benyttet i dette arbeidet er tilgjengelig i alle helseregioner.

INNHold

1. Om leveransen	5
1.1 Innledning	5
1.2 Formål	5
1.3 Organisering og prosess	6
2. Status i dag - utgangspunkt for framskrivning	7
2.1 Behov for faglig kapasitet	7
2.2 Faglig utvikling	8
2.3 Utdanningskapasitet	8
2.4 Avgang i tjenesten	12
2.5 Framtidig behov for faglig kapasitet dersom vi jobber på samme måte som i dag	13
3. Tiltak og konsekvenser	17
3.1 Helseforetakene kan dekke behovet for faglig kapasitet uten å øke antall medarbeidere	17
3.1.1 Bruke rett kompetanse til rett oppgave – hensiktsmessig oppgavedeling	21
3.1.2 Beholde den faglige kapasiteten i spesialisthelsetjenesten – redusert turnover	25
3.1.3 Benytte hele den faglige kapasiteten – hele, faste stillinger og redusert sykefravær	28
3.2 Bærekraftig utvikling gjennom målrettede tiltak og god ledelse	33
3.2.1 Effektfulle og målrettede tiltak	33
3.2.2 Godt lederskap og medarbeiderskap fremmer godt arbeidsmiljø	35
4. Konklusjon	36

1. OM LEVERANSEN

1.1 Innledning

De fire regionale helseforetakene fikk i 2023 i oppdrag å utarbeide årlig felles rapport om personell, kompetanseutvikling og utdanning:

«Dei regionale helseføretaka skal, under leiing av Helse Vest RHF, utarbeide ein årleg felles rapport om personell, kompetanseutvikling og utdanning. Rapporten skal innehalde:

- *nasjonale indikatorar, analysar og presentasjon av tiltak og gode eksempel for å rekruttere, vidareutvikle og behalde personell og for å skape eit godt arbeidsmiljø.*
- *nasjonal oversikt over behov for legespesialistar, ABIOK-sjukepleiarar og jordmødrer i spesialisthelsetenesta i lys av den faglege utviklinga, utdanningskapasitet og avgang i tenesta»*

Oppdraget ble delt inn i flere delleranser.

1. Identifisere spesialiteter med behov for særlig strategisk oppmerksomhet.
2. Utarbeide oversikt over framtidig behov for ABIOK-sykepleiere, jordmødre, sykepleiere, helsefagarbeidere og utvalgte legespesialiteter.
3. Vurdering av mulige indikatorer for godt arbeidsmiljø. Forberedende arbeid er gjennomført og invitasjon til vurdering av mulige indikatorer skjer våren 2025.

Denne rapporten presenterer delleranse 2; en analyse over mulig framtidig behov for ABIOK-sykepleiere, jordmødre, sykepleiere og helsefagarbeidere, i lys av faglig utvikling, utdanningskapasitet og avgang i tjenesten. Sykepleiere og helsefagarbeidere var ikke en del av oppdraget, men er en del av en samlet faglig kapasitet. Oppgavedeling som balanserer og som kan jevne ut behov på ulike områder er grunnlaget for at også disse gruppene er inkludert i analysene og rapporten. Rapporten og tilhørende analyser bidrar til å ha strategisk oppmerksomhet på «hele pleiegruppen».

1.2 Formål

I dette arbeidet utføres analyser som nytter de kunnskapsgrunnlagene som er tilgjengelige gjennom *scenariometodikk*, for å indikere en mulig retning for den faglige kapasiteten i helseforetakene. Hensikten er å «treffe best mulig og unngå å bomme fatalt», en forberedelse for å utvikle tiltak som kan bidra til en god og forutsigbar utvikling. Utviklingen bestemmes av kjente og ukjente faktorer som avgrenses i en modell. Formålet med leveransen er **ikke å presentere en fasit** på framtidig behov for faglig kapasitet, men å **synliggjøre mulig retninger for å støtte opp under god planlegging, styring og prioritering**. Hensikten er å beskrive tiltak som kan bidra til at spesialisthelsetjenesten kan sikre tilstrekkelig faglig kapasitet i framtiden, og synliggjøre effekten av disse gjennom endringsfaktorer og justeringer, såkalte *modifiserende faktorer*.

Leveransen skal være et underlag til diskusjon for hvordan spesialisthelsetjenesten kan sikre tilstrekkelig faglig kapasitet i sykehusene, for å sørge for at sykehusene beholder høy kvalitet i pasientbehandlingen, utvikler og setter i verk tiltak som bidrar til en bærekraftig utvikling over tid. Gjennom å beskrive flere framtidsscenarioer vil rapporten synliggjøre effekten og mulige konsekvenser av flere tiltak. Scenarioene vil beskrive utviklingen i behov for og tilgjengelig faglig kapasitet, gitt en rekke forutsetninger.

Viktige premisser er å beholde å utvikle medarbeidere, gi retning for god rekruttering og utdanning, balansere oppgaver mellom ulike yrkesgrupper, holde fast ved høy kvalitet, forbedre pasientsikkerhet og utnytte IKT for å avlaste og støtte arbeidsprosesser best mulig. Dette skal samlet bidra til en bærekraftig utvikling. Hver av disse tiltaksområdene kan innebære flere modifierende tiltak for å redusere behovet for vekst i bemanningen og bedre oppgavedeling.

1.3 Organisering og prosess

Arbeidet er gjennomført av en tverrregional arbeidsgruppe bestående av representanter fra de regionale helseforetakene, tillitsvalgte og vernetjenesten. Gruppen ble ledet av Helse Vest RHF. Arbeidsgruppen har gjennomført fire digitale møter på 1-1,5 timer, en fysisk heldagssamling og et avsluttende digitalt møte, hvor representantene i fellesskap har drøftet utfordringsbilder og problemstillinger.

Arbeidsgruppen har bestått av følgende medlemmer:

Navn	Tilhørighet
Signe Gevik Harestad (arbeidsgruppeleder)	Helse Vest RHF
Ådne Njå	Helse Vest RHF
Jarle Henriksen	Helse Sør-Øst RHF
Richard McDowall	Helse Sør-Øst RHF
Hilde Kristin Bech	Helse Midt-Norge RHF
Ruben Angell	Helse Midt-Norge RHF
Halvor Hygen	Helse Nord RHF
Haakon Eichler	Helse Nord RHF

Navn	Tilhørighet
Wenche Røkenes	Helse Vest, UNIO
Anita Solberg	Helse Midt-Norge, UNIO
Sissel Alterskjær	Helse Nord, UNIO
Anne Bi Hoffsten	Helse Sør-Øst, UNIO
Cathrine Aaland	Helse Sør-Øst, LO
Kari Baadstrand Sandnes	Helse Nord, LO Stat
Mette Vilhelmshaugen	Helse Sør-Øst, YS
Hildegunn Enge	Helse Vest, SAN
Bjarte Jensen	Konsernverneombud, Helse Midt-Norge
Jeanette Mikalsen	Konsernverneombud, Helse Nord

Analysene er utarbeidet ved hjelp av framskrivningsverktøyet Nasjonal bemanningsmodell (NBM). NBM er et felles nasjonalt verktøy for framskrivning av bemanning i spesialisthelsetjenesten. Arbeidsgruppen har deltatt i arbeidet med tallgrunnlag, forutsetninger og resultater.

2. STATUS I DAG - UTGANGSPUNKT FOR FRAMSKRIVNING

I oppdraget bes det om en «nasjonal oversikt over behov for [fagleg kapasitet] i lys av den faglege utviklinga, utdanningskapasitet og avgang i tenesta». I dette kapitlet defineres begreper, og status blir etablert for hvert område.

Det framtidige behovet for faglig kapasitet i spesialisthelsetjenesten avhenger av mange faktorer; teknologiske, medisinske, økonomiske, demografiske og politiske prioriteringer. I dette arbeidet er det laget flere framtidsscenarioer som til sammen beskriver en utvikling i behov for faglig kapasitet som er bærekraftig over tid. Framtidsscenarioene synliggjør effekten og mulige konsekvenser av flere tiltak.

I utviklingen av framtidsscenarioene er det lagt til grunn en rekke forutsetninger. I de neste delkapitlene vil forutsetningene beskrives, i tillegg til avveininger som er gjort.

2.1 Behov for faglig kapasitet

Som et utgangspunkt for en beskrivelse av framtidig behov, har arbeidsgruppen tatt stilling til hva som er *tilgjengelig faglig kapasitet i dag*¹. I realiteten vil behovet for medarbeidere være avhengig av en rekke faktorer - hvem som gjør hvilke oppgaver, sammensetningen av team og erfaringen til den enkelte medarbeider. Behovet kan variere mellom helseforetak, klinikker og avdelinger, avhengig av organisering og kompetansesammensetning i den enkelte enhet. Det vil si at måten en løser de framtidige utfordringene på for å få rett sammensetning kan være ulik internt i foretak, i regionen og mellom regionene.

Grunnlaget for beregning av framtidig behov er den faglige kapasiteten som spesialisthelsetjenesten har tilgjengelig i dag. Det betyr ikke at den faglige kapasiteten – som er data for medarbeidere ansatt i 2023 – er det samme som at denne kapasiteten dekket behovet i 2023.

Det vil være tilfeller hvor sammensetning av kompetanse som det tas utgangspunkt i her, ikke har vært gunstig. Eksempelvis hvor medarbeidere har utført oppgaver som er utenfor deres kompetansenivå, at oppgaver ikke er fordelt på en best mulig måte mellom ulike yrkesgrupper, tilgangen på ønskelig kompetanse er utfordrende, eller hvor medarbeidere har opplevd høyt arbeidspress som ikke er bærekraftig over lang tid. Dette kan enten skyldes barrierer med å beholde, utdanne og rekruttere eller at fordelingen av oppgaver ikke har vært godt nok balansert. Det er utenfor rammen til oppdraget å vurdere hva som er «riktig» sammensetning av kompetanse, og hva som vil

¹ Utgangspunktet for framskrivninger er året 2023.

være behovene for å etablere kompetente team med for eksempel god oppgavedeling og bedre bruk av IKT, mv.

Over en lengre periode har det vært høyere vekst i spesialsykepleiere, mindre vekst i sykepleiere, nedgang i helsefagarbeidere. Det vil være hensiktsmessig å se på organiseringen i helseforetakene, i tråd med rapporten «Breddekompetanse for indremedisin og kirurgi»². Det må sikres rett balanse og etablering av kompetente team i kombinasjon med flere av de overordnede tiltakene som er nevnt i innledningen, som vil bidra til å «treffe best mulig» i årene som kommer.

2.2 Faglig utvikling

Den faglige utviklingen i spesialisthelsetjenesten påvirkes av flere faktorer, som nevnt tidligere. Det er utfordrende å forutse retningen på den faglige utvikling, men det er mulig legge forutsetninger til grunn basert på dagens kunnskap og innsikt.

De fire regionale helseforetakene har, under ledelse av Helse Sør-Øst, utviklet nasjonale framskrivningsmodeller for aktivitet i spesialisthelsetjenesten³. Modellene *er en mulig utvikling* i befolkningens behov for helsetjenester, hvor flere faktorer er vurdert, inkludert demografiske endringer, teknologisk utvikling og endringer i behandlingsmetoder for enkelte fagområder.

Nasjonal framskrivningsmodell benyttes i dette arbeidet til å estimere framtidig behov for helsetjenester basert på mulig faglig utvikling.

Tabell 1: En mulig utvikling i behov for aktivitet sett i lys av demografisk, teknologisk og faglig utvikling. Tabellen viser offentlige helseforetak. Tall fra Nasjonal framskrivningsmodell for aktivitet i spesialisthelsetjenesten.

Helseregion	Dag/poliklinikk 2023	Liggedøgn 2023	Dag/poliklinikk 2040	Liggedøgn 2040
Helse Midt	1 610 013	602 327	1 935 020 (+20.2%)	686 584 (+14%)
Helse Nord	1 005 392	464 742	1 146 916 (+14.1%)	492 303 (+6%)
Helse Sør-Øst	5 710 743	2 232 364	7 167 181 (+25.5%)	2 596 239 (+16.3%)
Helse Vest	2 230 883	851 027	2 681 099 (+20.2%)	969 174 (+13.9%)

Nasjonal framskrivningsmodell tar i liten grad hensyn til nye måter å tilby tjenester på og hvordan oppgaver kan løses på nye måter i framtiden. Det er mange tiltak i alle regioner som skal understøtte bedre bruk av IKT, blant annet som avlastning og støtte for arbeidsprosesser, mer involvering og bruk av behovsstyrt oppfølging/poliklinikk, og stedsuavhengige spesialisthelsetjenester, (digitale helsetjenester). Modellen beskriver ikke lokale forhold i hvert enkelt helseforetak, men gir et overordnet bilde av et mulig utfall.

2.3 Utdanningskapasitet

Sykepleiere, spesialsykepleiere og jordmødre utdannes ved universiteter og høyskoler i hele landet. Spesialisthelsetjenesten har i tråd med instruks til styrene opprettet samarbeidsavtaler med universitetene og høyskolene (UH-sektoren).

² Breddekompetanse, Helse Vest 2024

³ [framskrivningsmodell-for-somatiske-spesialisthelsetjenester.pdf](#) og [framskrivningsmodell-phv-og-tsb.pdf](#)

Samarbeidsavtalene skal blant annet bidra til at utdanningen ved utdanningsinstitusjonene er relevant, og at utdanningskapasiteten er i samsvar med behovene i helsetjenesten. Oppgavene for samarbeidsorganene for utdanning er blant annet:

- Utforming av studieplaner for å ivareta godt samsvar mellom studiekapasitet og praksiskapasitet
- Gjennomføring av praksis (logistikk herunder bl.a. opptakstidspunkt, volum og nye studier)
- Dimensjonering av utdanningskapasitet (inkl. bruk av kvoter) - Bruk av delte eller kombinerte stillinger

Utdanning til helsefagarbeider er et yrkesfaglig løp i videregående opplæring som fylkeskommunene har ansvaret for. Det vanligste løpet er to år på skole og to år i lære, men det finnes seks andre alternative løp. De ulike løpene kan alle bidra til å øke antall helsefagarbeidere i tråd med framtidige behov. Fylkeskommunene skal i tråd med ansvar og oppgaver etablere Kompetanseutvalg. Deltakelse i fylkeskommunenes kompetanseutvalg er strategisk viktig for framtidig dimensjonering av mange utdanninger helseforetakene vil ha behov for, utover helsepersonellgrupper.

Studenter som utdannes ved utdanningsinstitusjonene innen pleiefagene, har mulighet til å velge andre arbeidsgivere enn spesialisthelsetjenesten, og har karrieremuligheter både i spesialisthelsetjenesten, i kommunehelsetjenesten og etter hvert i et voksende privat marked som tilbyr helsetjenester/spesialisthelsetjenester. En stor andel av disse gruppene er ansatt i kommunehelsetjenesten. En velfungerende kommunehelsetjeneste er svært viktig for spesialisthelsetjenesten. I tillegg rekrutteres sykepleiere til private bedriftshelsetjeneste-leverandører, eller utnytter faget til helsefaglige rådgiverstillinger i ulike virksomheter for å nevne noe⁴. I dimensjonering av utdanningen må det tas høyde for det totale behovet i alle sektorer. En oversikt over hvor stor andel av disse gruppene som er ansatt i de ulike sektorene, finnes i Vedlegg 2.

Også spesialsykepleiere har karrieremuligheter utenfor spesialisthelsetjenesten. Kreftsykepleiere kan arbeide i kommunehelsetjenesten eller ved rehabiliteringsinstitusjoner, og anestesisykepleiere og intensivsykepleiere rekrutteres av private aktører som tilbyr spesialisthelsetjenester. Offentlig spesialisthelsetjeneste skal være den foretrukne arbeidsplassen for disse gruppene.

Tabell 2: Gjennomsnittlig antall studieplasser og uteksaminerte studenter fra utdanningsinstitusjoner knyttet til helseregionene, 2020-2023. Tabell 2 viser utdanningskapasiteten ved utdanningsinstitusjoner for hver enkelt helseregion, *justert*

⁴ [Mobilitet i helse- og omsorgstjenestene | Fafo-rapport 2023:30](#)

for forventet fordeling av nyutdannede mellom sektorene⁵. Det antas at studenter som tar videreutdanning i en helseregion, i hovedsak begynner å arbeide på et sykehus i samme helseregion. Forutsetningen for dette er at de aller fleste har inngått utdanningsavtale med sitt foretak. Dette kan endre seg vesentlig over tid. Opptak til videreutdanning, (ABIOK) er en del av samordnet opptak. Dersom foretakene ikke får kvoter til de relevante utdanningene de har behov for er det risiko for at samordnet opptak bidrar til at foretakene ikke får studieplasser for prioriterte, kvalifiserte og motiverte kandidater. For noen studiesteder er det vesentlig flere studieplasser enn utdanningsstillinger for noen av yrkesgruppene i denne rapporten.

Det tas her ikke høyde for forflytning av faglig kompetanse mellom regionene. Det er behov for videre utredning for en mer nøyaktig framstilling av inn- og utflytting.

Tabellen viser gjennomsnittet av årlig antall uteksaminerte studenter og antall studieplasser, i perioden 2020-2023. Tidligere var kandidatmåltallene for utdanningssektoren mer styrende, mens antall uteksaminerte er mer avgjørende for UH-sektorens finansiering.

- **Antall uteksaminerte:** Antall studenter/elever som har fullført utdanningen, som kan forventes å starte sin yrkeskarriere i offentlig spesialisthelsetjeneste.
- **Antall studieplasser:** Antall studenter/elever som utdanningsinstitusjonene ønsker å ta opp til utdanningen innen opptaket er avsluttet. Antall studieplasser er vanligvis betydelig høyere enn antall uteksaminerte. Forventet frafall fra sykepleierutdanningene er for eksempel 15-20 %.

I de videre analysene benyttes **antall uteksaminerte** som en indikator på antall nye medarbeidere som ansettes i helseforetakene hvert år.

Tabell 2: Gjennomsnittlig antall studieplasser og uteksaminerte studenter fra utdanningsinstitusjoner knyttet til helseregionene, 2020-2023. Tallene er justert for forventet fordeling av nyutdannede mellom sektorene, og viser kun andelen av uteksaminerte/studieplasser som forventes å gå til offentlig spesialisthelsetjeneste.

Stillingsgruppe/helseregion	Antall uteksaminerte	Antall studieplasser
Anestesisykepleier	126.9	195.1
Helse Midt-Norge	23.8	37.5
Helse Nord	16.3	17.9
Helse Sør-Øst	57.8	100.7
Helse Vest	29	39
Barnesykepleier	46	64.4
Helse Midt-Norge	8.8	15
Helse Nord	5.1	5.6
Helse Sør-Øst	28.3	37.8

⁵ Det antas at kun en andel av nyutdannede sykepleiere, jordmødre og helsefagarbeidere ansettes i offentlige helseforetak. Andelen er lik andelen medarbeidere som er ansatt i offentlig spesialisthelsetjeneste i dag, ref. sysselsettingsstatistikk fra SSB Se Vedlegg 2. Det antas at alle nyutdannede spesialsykepleiere ansettes i offentlige spesialisthelsetjeneste.

Det vil være nyanser som denne antakelsen ikke tar høyde for. For jordmødre rekrutterer kommunene i stor grad erfarne jordmødre fra sykehusene, mens nyutdannede jordmødre i hovedsak starter å arbeide i spesialisthelsetjenesten. Antakelsen blir derfor noe unøyaktig.

Stillingsgruppe/helseregion	Antall uteksaminerte	Antall studieplasser
Helse Vest	3.8	6
Intensivsykepleier	258.1	393.9
Helse Midt-Norge	48.7	85
Helse Nord	29.9	32.6
Helse Sør-Øst	121.8	202.6
Helse Vest	57.7	73.7
Operasjonssykepleier	178.2	244.9
Helse Midt-Norge	23.8	35
Helse Nord	16.6	18.2
Helse Sør-Øst	105.5	145.8
Helse Vest	32.3	45.9
Kreftsykepleier	174.1	197.3
Helse Midt-Norge	18.8	20
Helse Nord	7	7.6
Helse Sør-Øst	114	125.9
Helse Vest	34.3	43.7
Jordmor	102.8	175.9
Helse Midt-Norge	9	10.1
Helse Nord	10.5	11.8
Helse Sør-Øst	40.1	100
Helse Vest	43.2	54
Sykepleier	2069.7	2218
Helse Midt-Norge	306.3	358.9
Helse Nord	288.2	312.3
Helse Sør-Øst	929.3	1040.2
Helse Vest	435	506.7
Helsefagarbeider	294.8	352.5
Helse Midt-Norge	14.2	28.9
Helse Nord	38.6	33.6
Helse Sør-Øst	176.4	176.3
Helse Vest	65.6	113.6

Utdanningskapasitet er ingen statisk størrelse, men endres etter behov og prioriteringer. Det er variasjon i tilbud om studieplasser og antall uteksaminerte fra år til år. Ved enkelte utdanningsinstitusjoner er det opptak til utdanningen hvert andre år. Oversiktene vist over må derfor anses som et «nåtidsbilde» for utdanningskapasitet.

Det er viktig å jobbe for en riktig utdanningskapasitet som er tilpasset behovet i helsetjenesten, for å underbygge en sunn balanse mellom erfaring og ny kunnskap. Store svingninger i utdanningskapasitet kan gi utfordringer i den langsiktige planleggingen av faglig kapasitet.

Den totale utdanningskapasiteten avhenger både av utdanningsinstitusjonenes utdanningskapasitet og av helsetjenestens tilbud om praksisplasser.. Sammenhengen mellom utdanningskapasitet og tilgjengelig kapasitet av praksisplasser er et viktig tema som bør utforskes ytterligere.

2.4 Avgang i tjenesten

Medarbeidere som endrer arbeidssted, er en naturlig del ved alle arbeidsplasser. Medarbeidere når pensjonsalder, bytter stilling som en del av karriereutviklingen, eller velger av andre grunner å avslutte sitt arbeidsforhold. Det er nødvendig med en sunn turnover for å gi rom for nye medarbeidere som kan bringe med seg nye impulser og kunnskap, og det vil være positivt for en arbeidsplass å rekruttere personell med erfaringer fra andre virksomheter.

Samtidig er det nødvendig å bevare kunnskap og erfaring som finnes i organisasjonen. Dersom utskifting av medarbeidere skjer hyppig, vil det påvirke stabilitet og trygghet i medarbeidergruppen. Målet er å ha en stabil avgang, utdanning og rekruttering som gir god balanse mellom erfaring, ny kunnskap og behov for opplæring. Strategisk oppmerksomhet på å beholde utvikle medarbeidere innebærer også å forlenge alder for pensjonsavgang og unngå uførhet. Regionene har oppdaterte kunnskapsgrunnlag om uføretilbøyelighet for ulike yrkesgrupper som bør legges til grunn i det videre arbeidet.

Medarbeidere i helsetjenesten endrer arbeidssted i større grad nå enn tidligere. Enkelte sykehus melder om mer utfordring med å beholde faglig kapasitet. Høy turnover av faglig kompetanse kan gi negative effekter for stabil og forutsigbar drift, og skaper et stort behov for opplæring og oppfølging, som øker belastningen for alle medarbeidere. Dette kan utfordre kvalitet og pasientsikkerhet.

Tabellen under viser gjennomsnittlig ekstern turnover for hver helseregion for de utvalgte yrkesgruppene, i perioden 2019-2023. Med ekstern turnover menes medarbeidere som slutter i et helseforetak. Det vises til felles interregional HR indikator, med definisjon av ekstern turnover. Medarbeidere over 60 år inkluderes ikke i ekstern turnover. Årsaken er at det ikke kan skilles på hva som er avgang ved pensjon eller andre årsaker.

Tabell 3: Gjennomsnittlig ekstern turnover for de offentlige helseforetakene, 2019-2023.

Stillingsgruppe	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Helse Sør-Øst
Anestesisykepleier	2.4%	2.7%	8.3%	4.7%
Barnesykepleier	3.1%	2.2%	4.0%	4.6%
Intensivsykepleier	2.9%	2.3%	8.3%	4.8%
Operasjonssykepleier	3.9%	1.2%	7.8%	4.3%
Kreftsykepleier	2.2%	3.8%	6.9%	5.4%
Jordmor	3.7%	3.9%	7.2%	6.9%
Sykepleier	5.6%	6.3%	7.3%	8.9%
Helsefagarbeider	4.9%	5.4%	7.6%	5.9%

Tabellen viser gjennomsnittlig andel medarbeidere som forlater et helseforetak til fordel for en annen virksomhet. Mange som slutter i sin stilling fortsetter i lignende stilling i en annen helsevirksomhet. Undersøkelser i Helse Sør-Øst viser at om lag en fjerdedel av sykepleiere som slutter i et helseforetak begynner å jobbe i et annet helseforetak i

regionen. Lignende resultater finnes i rapporten Ekstern turnover⁶ av Helse Vest fra 2022, hvor det framkommer at om lag en tredjedel av sykepleiere og jordmødre som forlater en stilling i spesialisthelsetjenesten, fortsetter i offentlig spesialisthelsetjeneste i en annen virksomhet.

Medarbeider som endrer stilling som en del av karriereutvikling internt i et helseforetak, er ikke en del av tallgrunnlaget. Årsaken til at dette ikke er inkludert, er at denne dimensjonen ikke er tilgjengelig i alle regioner. Den reelle avgangen fra yrkesgruppen vil være noe høyere, på grunn av medarbeidere som videreutdanner seg eller av andre årsaker går over i andre stillinger. Det vil være viktig at helseforetakene følger opp uønsket intern turnover.

2.5 Framtidig behov for faglig kapasitet dersom vi jobber på samme måte som i dag

I et tenkt framtidsscenario hvor spesialisthelsetjenesten **løser sine oppgaver på samme måte som i dag**, vil utviklingen i behov for faglig kompetanse være proporsjonal med utviklingen i behov for helsetjenester, se Kapittel 2.2. Dette innebærer at **oppgavene løses på samme måte som dagens praksis**, og at det **heller ikke er endring i oppgavedeling**. Det legges også til grunn at **turnover, fravær og stillingsstørrelser opprettholdes på samme nivå** som i dag. Dette tenkte scenarioet viser hva konsekvensen vil være dersom ikke gjennomføres endringer, og ingen tiltak settes inn.

Tabellen under viser endringen i behov for faglig kompetanse fram mot 2040. For dette tenkte scenarioet vil det være behov for **20% flere medarbeidere** i pleiegruppen innen 2040. Dette tilsvarer et behov for 4978 nye medarbeidere **årlig** for å dekke behovet for faglig kapasitet, fra og med 2024. I dag uteksamineres om lag 3140 studenter årlig til stillinger i spesialisthelsetjenesten⁷.

Tabell 4: Behov for faglig kapasitet i 2030 og 2040 dersom **oppgaver løses på samme måte som i dag**, og det er **ingen endring i fravær eller stillingsstørrelser**.

Anestesisykepleier	Antall 2023	Behov 2030 (% endring)	Behov 2040 (% endring)
Helse Midt	302	321 (6.3%)	352 (16.5%)
Helse Nord	295	311 (5.3%)	328 (11.1%)
Helse Sør-Øst	1 150	1 246 (8.4%)	1 399 (21.6%)
Helse Vest	364	389 (6.8%)	346 (19.6%)
Total	2 111	2 267 (7.4%)	2 514 (19.1%)

Barnesykepleier	Antall 2023	Behov 2030 (% endring)	Behov 2040 (% endring)
Helse Midt	118	127 (7.7%)	139 (18.5%)
Helse Nord	89	93 (4.9%)	98 (10.5%)
Helse Sør-Øst	269	286 (7.2%)	314 (17.8%)
Helse Vest	81	88 (8.9%)	97 (20.3%)
Total	556	593 (7.2%)	648 (17.2%)

⁶ [ekstern-turnover-rapport.pdf](#)

⁷ Ekskludert andelen nyutdannede som starter sin jobb i andre sektorer enn spesialisthelsetjenesten.

Intensivsykepleier	Antall 2023	Behov 2030 (% endring)	Behov 2040 (% endring)
Helse Midt	687	729 (6.1%)	808 (17.6%)
Helse Nord	516	537 (4.5%)	574 (11.7%)
Helse Sør-Øst	2 383	2 601 (9.4%)	2 934 (23.4%)
Helse Vest	805	863 (7.9%)	976 (22.0%)
Total	4 391	4 730 (8.0%)	5 292 (20.9%)

Operasjonssykepleier	Antall 2023	Behov 2030 (% endring)	Behov 2040 (% endring)
Helse Midt	441	471 (6.7%)	512 (16.0%)
Helse Nord	290	298 (2.5%)	318 (9.5%)
Helse Sør-Øst	1 529	1 651 (8.0%)	1 862 (21.8%)
Helse Vest	469	500 (6.6%)	556 (18.5%)
Total	2 729	2 920 (7.0%)	3 248 (19.0%)

Kreftsykepleier	Antall 2023	Behov 2030 (% endring)	Behov 2040 (% endring)
Helse Midt	182	196 (8.9%)	220 (22.7%)
Helse Nord	120	132 (10.3%)	139 (15.5%)
Helse Sør-Øst	648	733 (13.1%)	837 (29.2%)
Helse Vest	259	292 (12.4%)	338 (30.5%)
Total	1 209	1 353 (12.1%)	1 536 (27.1%)

Jordmor	Antall 2023	Behov 2030 (% endring)	Behov 2040 (% endring)
Helse Midt	317	323 (3.1%)	329 (4.9%)
Helse Nord	312	309 (-1.0%)	308 (-1.4%)
Helse Sør-Øst	1 230	1 292 (5.2%)	1 320 (7.5%)
Helse Vest	514	520 (1.0%)	531 (3.3%)
Total	2 373	2 444 (3.2%)	2 488 (5.1%)

Sykepleier	Antall 2023	Behov 2030 (% endring)	Behov 2040 (% endring)
Helse Midt	4 123	4 456 (8.1%)	4 843 (17.5%)
Helse Nord	2 833	2 991 (5.6%)	3 135 (10.6%)
Helse Sør-Øst	16 100	17 850 (10.9%)	19 720 (22.5%)
Helse Vest	5 698	6 192 (8.7%)	6 779 (19.0%)
Total	28 753	31 489 (9.5%)	34 477 (19.9%)

Helsefagarbeider	Antall 2023	Behov 2030 (% endring)	Behov 2040 (% endring)
Helse Midt	626	667 (6.6%)	723 (15.7%)
Helse Nord	845	887 (5.0%)	934 (10.6%)
Helse Sør-Øst	3 763	4 347 (15.5%)	4 666 (24.0%)
Helse Vest	1 461	1 581 (8.2%)	1 736 (18.9%)
Total	6 695	7 482 (11.8%)	8 059 (20.4%)

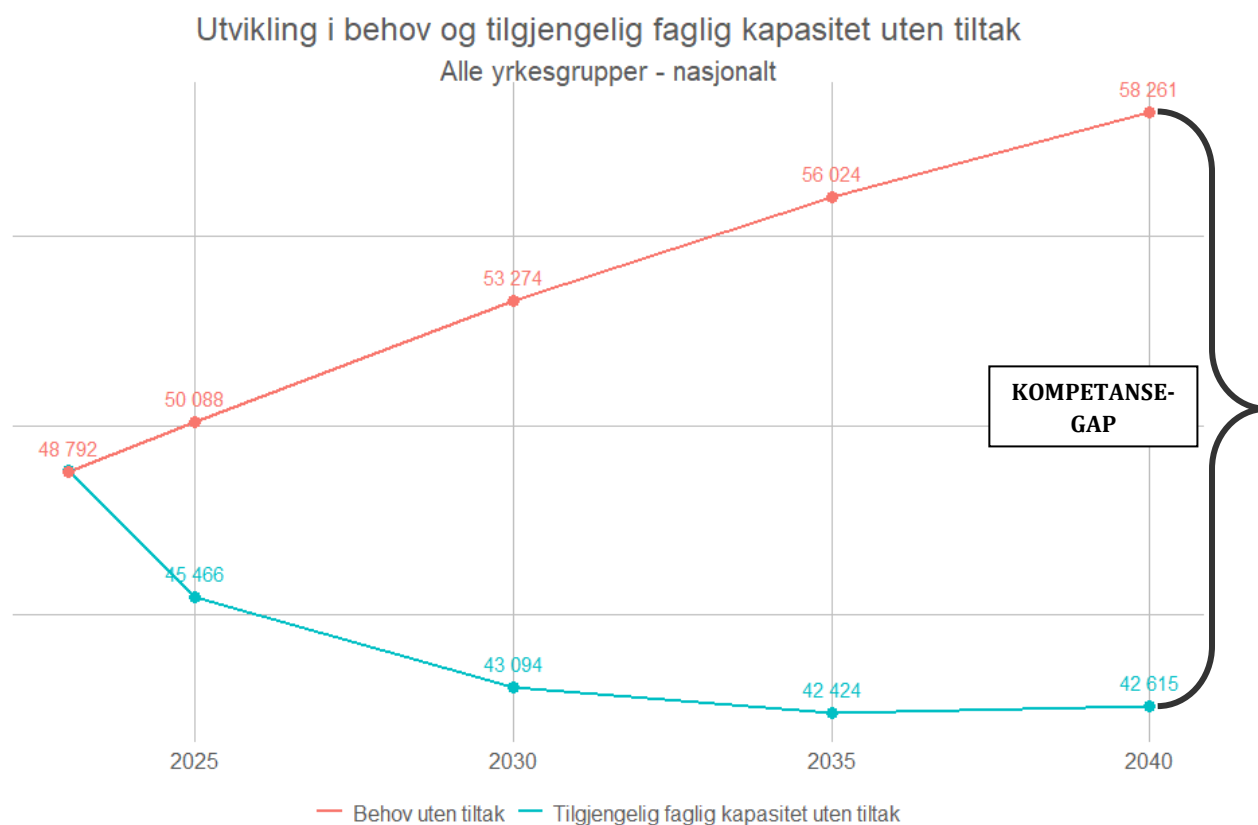
I dette framtidsscenarioet er den totale endringen i behov for faglig kapasitet lik for de fleste yrkesgrupper. Analysen viser noe lavere økning for jordmødre og barnesykepleiere, noe som knyttes til den forventede demografiske utviklingen, hvor det

anslås at fødselstallet vil øke svært lite i årene framover. For barnesykepleiere kan det være behov for å se nærmere på framtidig behov i lys av mange gode endrings- og utviklingsprosjekter som er utført ved barneklionikker. Behovet for faglig kapasitet innen kreftsykepleie øker raskere enn for de andre spesialsykepleier-gruppene, som følger av et forventet økt behov innen kreftomsorgen.

Det er variasjoner i behovsendringen mellom helseregionene. Helse Nord har jevnt over lavere økning enn de andre regionene. Dette knyttes til den forventede demografiske utviklingen i regionen.

For flere yrkesgrupper er det stor differanse mellom det teoretiske behovet for rekruttering og den faktiske utdanningskapasiteten. I dette scenarioet, *hvor oppgavene løses på samme måte som dagens praksis*, og det er ingen positiv utvikling i turnover, fravær og stillingsstørrelser, vil det bli et uønsket gap mellom behov for faglig kapasitet og tilgjengelig faglig kapasitet – et *kompetansegap*. Dersom det ikke settes inn tiltak for å redusere kompetansegapet, vil spesialisthelsetjenesten mangle 1324 spesialsykepleiere, 9920 sykepleiere, 860 jordmødre og 3542 helsefagarbeidere i 2040. Dette vil gå på bekostning av helsefaglig kvalitet og pasientsikkerhet. Framskrivningen av tilgjengelig faglig kapasitet tar utgangspunkt i historisk utdanningskapasitet, (antall uteksaminerte), og tar ikke høyde for eventuelle planer om endring i utdanningskapasitet i den enkelte helseregion. En er kjent med at faktisk utdanningskapasitet i perioden under og rett etter pandemien ble økt og tallene knyttet til kompetansegap må tolkes med forsiktighet. Det er viktig å følge den utviklingen i tillegg til antall søkere til utdanningen.

Figur 1: Utvikling i behov og tilgjengelig faglig kapasitet dersom oppgaver løses på samme måte som i dag, og det er ingen endring i turnover, fravær, stillingsstørrelser eller utdanningskapasitet. Figuren viser antall sykepleiere, spesialsykepleiere, jordmødre og helsefagarbeidere for alle regioner.



3. TILTAK OG KONSEKVENSER

Behovet for framtidig faglig kompetanse kan ikke løses alene gjennom økt utdanningskapasitet. Det er nødvendig å beholde og videreutvikle kompetansen som finnes i sykehusene, og bruke de riktige ressursene til riktige oppgaver, for å kunne opprettholde god kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten.

Over flere år er det påpekt, blant annet i Helsepersonellkommisjonen sin rapport «Tid for handling»⁸, at behovet for offentlige helsetjenester ikke kan løses gjennom å ansette flere medarbeidere i framtiden. Den forventede demografiske utviklingen tilsier at veksten i antall innbyggere i yrkesaktiv alder vil stoppe i løpet av 2030-tallet. Det er en fare for at det ikke vil være nok tilgjengelig arbeidskraft til å dekke behovet for helsetjenester dersom oppgavene skal løses på samme måte som i dag. Samtidig deler spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten på de samme yrkesgruppene. En styrket satsning på kommunale tjenester vil påvirke rekrutteringsgrunnlaget i spesialisthelsetjenesten. Det er nødvendig å sikre tilstrekkelig helsepersonell i hele helsetjenesten, for å kunne sørge for at pasientene får forutsigbare, sammenhengende, planlagte og helhetlige pasientforløp, i hele landet.

Det er nødvendig å samle seg om at helsetjenesten ikke kan løse framtidens behov ved å øke antall medarbeidere. Spesialisthelsetjenesten må beholde kvaliteten, øke pasientsikkerheten og digitalisere det man kan for å redusere behovet for økt bemanning i framtiden.

3.1 Helseforetakene kan dekke behovet for faglig kapasitet uten å øke antall medarbeidere

Spesialisthelsetjenesten har som mål å dekke det framtidige behovet for faglig kapasitet, opprettholde god kvalitet og pasientsikkerhet, være foretrukne arbeidsplasser, ha godt arbeidsmiljø, og ha stabilitet og forutsigbarhet for alle. Spesialisthelsetjenesten skal også i framtiden være et godt sted å jobbe, hvor medarbeiderne har utviklingsmuligheter, og hvor team løser oppgaver sammen. Sykehusene skal være en arbeidsplass for hele livet, som medarbeidere kan stå i, gjennom alle livsfaser.

Det vil ikke være mulig å dekke det framtidige behovet for faglig kapasitet gjennom økt utdanning og rekruttering. Oppgavene må løses uten en økning i antall medarbeidere. For å klare dette kreves det at helsetjenesten finner de gode løsningene, og har gjennomføringsvilje og engasjement på alle nivå til å gjøre de riktige tiltakene til riktig tid.

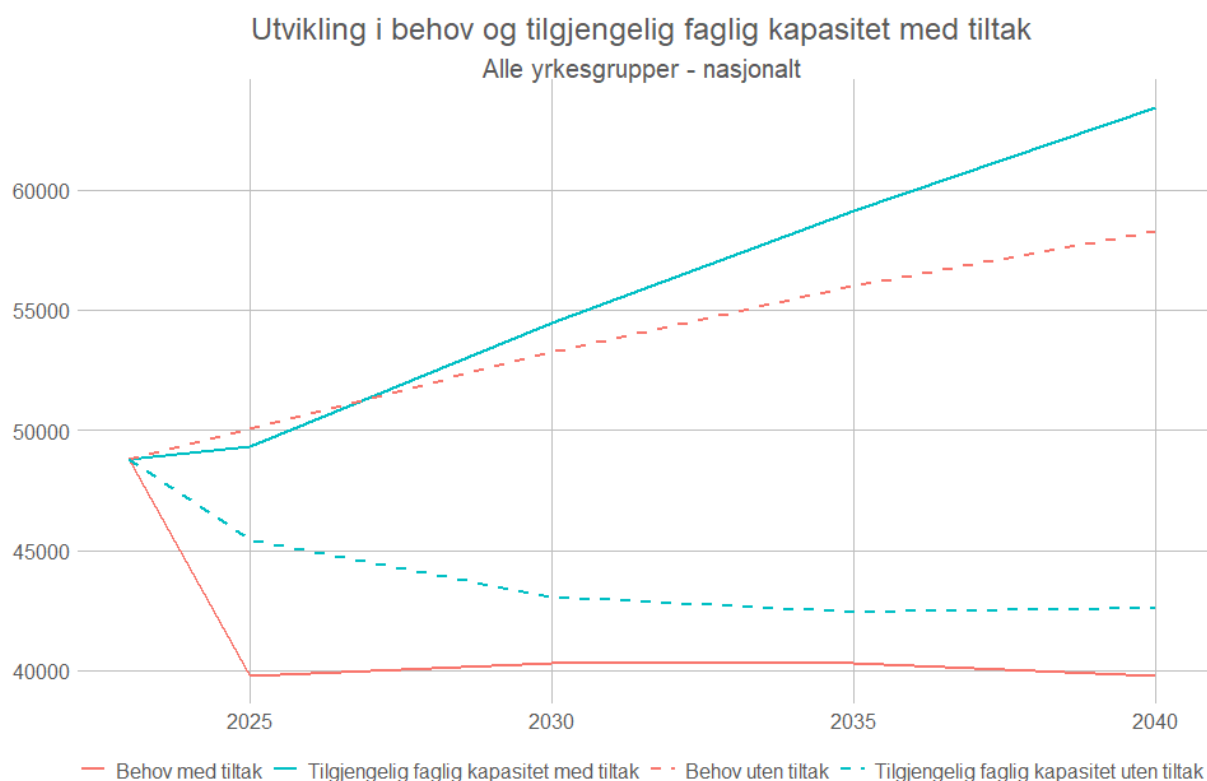
⁸ [NOU 2023:4, Helsepersonellkommisjonen: Tid for handling](#)

Figur 2 viser at dersom helsetjenesten klarer å omstille, og hente ut effekten av de gode tiltakene, vil det være mulig å dekke behovet for faglig kapasitet i pleiegruppen på en bærekraftig måte i framtiden. Den tilgjengelige faglige kapasiteten vil være høyere enn behovet. Dette kan bidra til å redusere risiko. Analysen viser at med konkrete og målrettede tiltak kan behovet for faglig kapasitet dekkes for de fleste sykepleiergruppene, uten å øke utdanningskapasitet, og uten økning i antall medarbeidere dersom følgende mål/modifiserende faktorer gjennomføres:

- 25% av oppgavene til sykepleiere, spesialsykepleiere og jordmødre utføres av andre yrkesgrupper som har kompetanse til det, eller gjøres gjennom digitale løsninger/roboter. Helsefagarbeidere har 50% flere oppgaver.
- Ekstern turnover er 2% for ABIOK-sykepleiere og jordmødre, og 3% for sykepleiere og helsefagarbeidere.
- Den gjennomsnittlige stillingsprosenten for alle grupper er 90%.
- Det gjennomsnittlige sykefraværet for alle grupper er 5,5%.

Det er i denne rapporten ikke tatt hensyn til eventuell oppgavedeling fra leger til sykepleiere.

Figur 2: Utvikling i behov og tilgjengelig faglig kapasitet dersom helseforetakene oppnår rett oppgavedeling, lavere turnover, hele, faste stillinger og lavere sykefravær.. Figuren viser antall sykepleiere, spesialsykepleiere, jordmødre og helsefagarbeidere for alle regioner.



Tabell 5: Behov og tilgjengelig faglig kapasitet per yrkesgruppe for hver region og totalt for hele landet. Tabellen viser **antall** medarbeidere vi har i dag, og utviklingen av behov og tilgang til faglig kapasitet **dersom helseforetakene oppnår rett oppgavedeling, lavere turnover, hele, faste stillinger og lavere sykefravær**. Tabellen viser også den prosentvise endringen fra 2023-2040.

Stillingsgruppe/helseregion	Tilgjengelig kapasitet 2023	Tilgjengelig kapasitet 2040 (%-endring)	Behov 2040 (%-endring)
Anestesisykepleier	2 112	2 612 (23.7%)	1 696 (-19.7%)
Helse Midt	302	476 (57.6%)	253 (-16.2%)
Helse Nord	295	328 (11.2%)	204 (-31.0%)
Helse Sør-Øst	1 150	1 227 (6.7%)	959 (-16.6%)
Helse Vest	364	580 (59.2%)	280 (-23.2%)
Barnesykepleier	556	879 (58.0%)	401 (-27.9%)
Helse Midt	118	182 (54.8%)	93 (-21.1%)
Helse Nord	89	104 (17.1%)	69 (-22.5%)
Helse Sør-Øst	269	507 (88.7%)	181 (-32.7%)
Helse Vest	81	86 (5.5%)	58 (-28.0%)
Intensivsykepleier	4 390	5 152 (17.4%)	3 355 (-23.6%)
Helse Midt	687	958 (39.5%)	561 (-18.3%)
Helse Nord	516	583 (13.1%)	355 (-31.1%)
Helse Sør-Øst	2 383	2 472 (3.8%)	1 820 (-23.6%)
Helse Vest	805	1 139 (41.5%)	618 (-23.2%)
Operasjonssykepleier	2 729	3 551 (30.1%)	2 260 (-17.2%)
Helse Midt	441	538 (21.9%)	364 (-17.5%)
Helse Nord	290	323 (11.4%)	219 (-24.6%)
Helse Sør-Øst	1 529	2 065 (35.1%)	1 318 (-13.8%)
Helse Vest	469	624 (33.1%)	360 (-23.2%)
Kreftsykepleier	1 209	3 006 (148.7%)	1 020 (-15.6%)
Helse Midt	182	332 (82.5%)	158 (-13.3%)
Helse Nord	120	152 (26.2%)	96 (-19.8%)
Helse Sør-Øst	648	1 900 (193.2%)	555 (-14.4%)
Helse Vest	259	624 (140.5%)	211 (-18.5%)
Jordmor	2 373	2 390 (0.7%)	1 407 (-40.7%)
Helse Midt	317	247 (-22.0%)	213 (-32.9%)
Helse Nord	312	253 (-18.9%)	165 (-47.2%)
Helse Sør-Øst	1 230	1 040 (-15.5%)	732 (-40.5%)
Helse Vest	514	850 (65.3%)	298 (-42.1%)

Stillingsgruppe/helseregion	Tilgjengelig kapasitet 2023	Tilgjengelig kapasitet 2040 (%-endring)	Behov 2040 (%-endring)
Sykepleier	28 754	39 694 (38.0%)	21 032 (-26.9%)
Helse Midt	4 123	5 960 (44.6%)	3 187 (-22.7%)
Helse Nord	2 833	5 172 (82.6%)	2 184 (-22.9%)
Helse Sør-Øst	16 100	19 988 (24.2%)	11 530 (-28.4%)
Helse Vest	5 698	8 573 (50.5%)	4 131 (-27.5%)
Helsefagarbeider	6 694	6 147 (-8.2%)	8 608 (28.6%)
Helse Midt	626	377 (-39.8%)	843 (34.7%)
Helse Nord	844	800 (-5.3%)	1 032 (22.2%)
Helse Sør-Øst	3 762	3 616 (-3.9%)	5 086 (35.2%)
Helse Vest	1 461	1 354 (-7.3%)	1 647 (12.7%)

Felles for alle de modifierende faktorene som er skissert her, er at de illustrerer ambisiøse målbilder. Analysene viser imidlertid at gjennom sammensatte og virkningsfulle tiltak, vil spesialisthelsetjenesten være i stand til å dekke det framtidige behovet for faglig kapasitet innen pleiegruppene, uten å være avhengig av å utdanne og rekruttere svært mange flere medarbeidere enn i dag.

Det er nødvendig med ambisiøse og «hårete» mål, da dette vil bidra til systematisk og virkningsfullt arbeid for å oppnå målene. Forskning viser at virksomheter som setter høye mål vil oppleve stor effekt⁹. «Hårete» mål er viktig for å styrke innsatsen og være i nærheten av å oppnå nødvendig utvikling. Ikke alle vil nå målene, men dersom mange oppnår mye, vil den totale effekten bli betydelig. Ved å rette stor oppmerksomhet på virkningsfulle tiltak, vil endring skje.

Det vil ikke være mulig å oppnå målbildet kun gjennom enkelttiltak. Hvert enkelt tiltak bidrar ikke tilstrekkelig til å kunne dekke behovet for faglig kapasitet på en bærekraftig måte. Kun gjennom en helhetlig satsing på mange tiltaksområder vil det være mulig å sikre tilstrekkelig faglig kapasitet i framtiden.

For å oppnå målene er det nødvendig å arbeide målrettet på alle områder:

1. Bruke rett kompetanse til rett oppgave
2. Beholde den faglige kapasiteten i spesialisthelsetjenesten
3. Benytte hele den mulige faglige kapasiteten

Videre beskrives den effekten av hvert enkelt tiltaksområde.

⁹ [Divergent Organizational Change in Hospitals: Exploring how hospital leaders and employees can contribute to successful outcomes by Olaug Øygarden. University of Stavanger, 2020 \(PhD thesis UiS, no. 492\)](#)

3.1.1 Bruke rett kompetanse til rett oppgave – hensiktsmessig oppgavedeling

For å legge et godt grunnlag for framtiden og sikre tilstrekkelig faglig kapasitet for å yte god og trygg helsehjelp, er det nødvendig med hensiktsmessig deling av oppgaver.

Det skal være et mål at medarbeidere bruker sin tid på det de er utdannet og har kompetanse til å gjøre. Gjennom god og riktig oppgavedeling og oppbygging tverrfaglige team med riktig kompetanse, kan flere yrkesgrupper frigjøre tid til å gjøre de oppgavene som de er utdannet til eller kan kvalifisere seg til. Jo raskere og mer motiverende det blir gjort, jo raskere kan helseforetakene hente ut effekten av oppgavedeling.

I en undersøkelse fra Norsk Sykepleierforbund fra 2019¹⁰ kommer det fram at 6 av 10 sykepleiere daglig gjør oppgaver som de mener at andre bør utføre. I Helse Vest er det kartlagt at både intensivsykepleiere¹¹ og jordmødre¹² kan endre behov og kapasitet ved å inkludere andre yrkesgrupper i faglige team.

Dersom sykepleiere, spesialsykepleiere og jordmødre frigjør 25% av sin tid ved at andre yrkesgrupper overtar oppgaver som andre er kvalifiserte til å gjøre, vil det være mulig for sykepleiere og spesialsykepleiere å dekke en større andel av oppgavene som kommer, og samtidig opprettholde god kvalitet og pasientsikkerhet i tjenesten. Ved 25% reduksjon i oppgaver betyr det at i stedet for en 20% økning i behov for faglig kapasitet, vil man kunne redusere behov for antall medarbeidere med 11%.

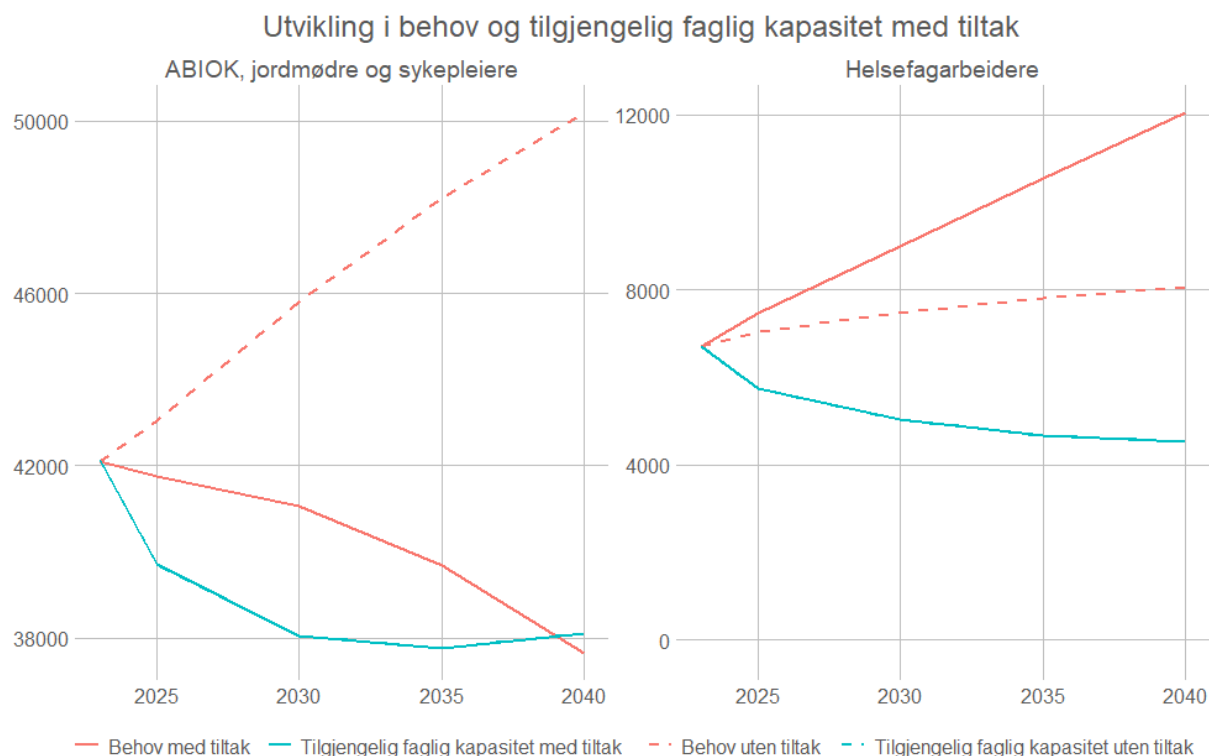
Mange av oppgavene som sykepleiere utfører i dag, kan i framtiden gjøres av helsefagarbeidere som har kvalifisert seg for dette. Dersom helsefagarbeidere får 50% flere oppgaver gjennom å jobbe i tverrfaglige team sammen med sykepleiere og andre, vil det være behov for 5359 flere helsefagarbeidere enn i dag. De regionale helseforetakene og helseforetakene bør også ha tiltak for å etablere gode team som inkluderer helsesekretærer, portører og postverter. Dette gir et ytterligere handlingsrom for god oppgavedeling.

¹⁰ [6 av 10 sykepleiere bruker daglig tid på oppgaver de mener andre burde utføre](#)

¹¹ [etablere-barekraftig-utvikling-for-intensivsykepleiere.pdf](#)

¹² [fodekap-sluttrapport.pdf](#)

Figur 3: Utvikling i behov og tilgjengelig faglig kapasitet dersom **antall oppgaver reduseres med 25% for ABIOK-sykepleiere, jordmødre og sykepleiere, samtidig som helsefagarbeidere får 50% flere oppgaver**. Turnover, stillingsandel og sykefravær beholdes slik som det er i dag. Figuren viser samlet antall sykepleiere, spesialsykepleiere, jordmødre på venstre side, og antall helsefagarbeidere på høyre side, for alle regioner.



Tabell 6: Behov og tilgjengelig faglig kapasitet per yrkesgruppe for hver region og totalt for hele landet. Tabellen viser antall medarbeidere vi har i dag, og utviklingen av behov og tilgang til faglig kapasitet **dersom spesialsykepleiere, jordmødre og sykepleieres oppgaver reduseres med 25%, samtidig som helsefagarbeidere får 50% flere oppgaver**. Turnover, stillingsandel og sykefravær beholdes slik som det er i dag. Tabellen viser også prosentvis endring fra 2023-2040.

Stillingsgruppe/helseregion	Tilgjengelig kapasitet 2023	Tilgjengelig kapasitet 2040 (%-endring)	Behov 2040 (%-endring)
Anestesisykepleier	2 112	2 076 (-1.7%)	1 885 (-10.7%)
Helse Midt	302	447 (47.9%)	264 (-12.7%)
Helse Nord	295	182 (-38.5%)	246 (-16.7%)
Helse Sør-Øst	1 150	914 (-20.5%)	1 048 (-8.8%)
Helse Vest	364	533 (46.4%)	327 (-10.3%)
Barnesykepleier	556	700 (25.8%)	487 (-12.5%)
Helse Midt	118	170 (44.3%)	105 (-11.0%)
Helse Nord	89	82 (-8.1%)	73 (-17.2%)
Helse Sør-Øst	269	374 (39.0%)	235 (-12.5%)
Helse Vest	81	75 (-7.4%)	73 (-9.9%)

Stillingsgruppe/helseregion	Tilgjengelig kapasitet 2023	Tilgjengelig kapasitet 2040 (%-endring)	Behov 2040 (%-endring)
Intensivsykepleier	4 390	3 980 (-9.3%)	3 969 (-9.6%)
Helse Midt	687	920 (33.9%)	606 (-11.8%)
Helse Nord	516	331 (-35.9%)	430 (-16.6%)
Helse Sør-Øst	2 383	1 739 (-27.0%)	2 201 (-7.6%)
Helse Vest	805	990 (23.0%)	732 (-9.1%)
Operasjonssykepleier	2 729	2 825 (3.5%)	2 435 (-10.8%)
Helse Midt	441	538 (21.9%)	384 (-13.0%)
Helse Nord	290	212 (-27.0%)	238 (-18.0%)
Helse Sør-Øst	1 529	1 545 (1.1%)	1 397 (-8.6%)
Helse Vest	469	531 (13.1%)	417 (-11.2%)
Kreftsykepleier	1 209	2 332 (92.8%)	1 151 (-4.8%)
Helse Midt	182	277 (52.4%)	165 (-9.1%)
Helse Nord	120	93 (-22.7%)	104 (-13.5%)
Helse Sør-Øst	648	1 369 (111.4%)	628 (-3.1%)
Helse Vest	259	592 (128.4%)	254 (-2.1%)
Jordmor	2 373	1 628 (-31.4%)	1 867 (-21.3%)
Helse Midt	317	198 (-37.4%)	247 (-22.1%)
Helse Nord	312	147 (-53.0%)	231 (-26.1%)
Helse Sør-Øst	1 230	587 (-52.3%)	991 (-19.4%)
Helse Vest	514	696 (35.3%)	398 (-22.6%)
Sykepleier	28 754	24 558 (-14.6%)	25 862 (-10.1%)
Helse Midt	4 123	4 149 (0.6%)	3 633 (-11.9%)
Helse Nord	2 833	3 515 (24.1%)	2 350 (-17.0%)
Helse Sør-Øst	16 100	10 689 (-33.6%)	14 794 (-8.1%)
Helse Vest	5 698	6 205 (8.9%)	5 084 (-10.8%)
Helsefagarbeider	6 694	4 518 (-32.5%)	12 053 (80.1%)
Helse Midt	626	284 (-54.7%)	1 085 (73.5%)
Helse Nord	844	507 (-40.0%)	1 401 (65.9%)
Helse Sør-Øst	3 762	2 644 (-29.7%)	6 968 (85.2%)
Helse Vest	1 461	1 084 (-25.8%)	2 599 (77.9%)

Det er usikkerhet rundt hvor stor effekt oppgavedeling har, og det kan være store forskjeller i potensialet for ulike yrkesgrupper og ved ulike virksomheter. Enkelte steder er det allerede jobbet systematisk med riktig bruk av medarbeidere til riktige oppgaver over lang tid. Andre steder kan det fremdeles være et stort potensiale for rett bruk av kompetanse.

God oppgavedeling forutsetter gode kompetanseplaner og -tiltak. Medarbeidere som får nye oppgaver har krav på god opplæring, slik at de er kompetente og trygge, og kan utføre oppgavene med samme kvalitet som tidligere. Det må settes av tid til opplæring og videreutdanning, for den enkelte medarbeider og i team.

I tillegg til god oppgavedeling intern i sykehuset, er det nødvendig å vurdere og sette i verk tiltak for oppgaver som pasienter og pårørende i spesialisthelsetjenesten kan utføre selv. Gjennom god tilrettelegging og teknologiske løsninger kan pasienter og pårørende være en ressurs for helsetjenesten, som kan frigi tid for helsepersonell til å gjøre andre viktige oppgaver. Dette ene tiltaket kan frigjøre vesentlig kapasitet til prioriterte oppgaver i helseforetakene.

Til sist er det nødvendig at helsetjenesten aktivt tar i bruk ny teknologi, som kan støtte arbeidsprosessene bedre, forenkle dokumentasjon, datainnhenting og informasjonsdeling. Robotisering, automatisering, bruk av kunstig intelligens som beslutningsstøtte forgjentakende arbeidsprosesser vil bidra til å frigjøre tid til pasientnært arbeid.

Hvor er de?

For å kunne sikre riktig bruk av kompetanse gjennom oppgavedeling og oppbygging tverrfaglige team, er det nødvendig å beholde og rekruttere hjelpepersonell i større grad enn i dag – helsefagarbeidere, helsesekretærer, portører og postverter vil ha sentrale roller i de tverrfagligere teamene rundt pasientene.

Forutsetningene om oppgavedeling mellom flere yrkesgrupper som nevnt i avsnittet over, krever særlig strategisk oppmerksomhet. Det er per i dag ikke tilstrekkelig tilgjengelig faglig kapasitet; det er behov for tilstrekkelig antall ansatte helsefagarbeidere, helsesekretærer, portører og postverter som kan dekke opp fremtidig behov. «Alle snakker» om oppgavedeling, særlig til helsefagarbeidere og helsesekretærer. Det kan ikke forventes at helseforetakene skal fordele oppgaver til yrkesgrupper hvor det ikke er tilstrekkelig kapasitet i dag. Skal framtidig oppgavedeling bidra til en bærekraftig utvikling må rekruttering av lærlinger økes betydelig for lærlingefagene. For postverter bør foretakene «tenke utenfor boksen» - hvem som kan kvalifiseres til oppgavene.

Strategisk oppmerksomhet bør gis til utvikling av fagskoletilbud som kan bidra til videre kompetansetiltak som er nært knyttet til behovene i foretakene. De regionale helseforetakene bør invitere til samarbeidsavtaler med fylkeskommunene som kan

bidra til et tett samarbeid om dimensjonering av videregående opplæring og god utvikling av fagskoletilbud. Helseforetakene må gripe fatt i mulighetene for å mobilisere interessen for de utdanningene og den faglige kapasiteten de vil ha behov for i fremtiden med særlig vekt på rekruttering til utdanningsretninger de har behov for.

Dersom dette ikke får tilstrekkelig strategisk oppmerksomhet, vil det ikke være mulig å få til god oppgavedeling i tråd med hovedtrekkene i rapporten.

3.1.2 Beholde den faglige kapasiteten i spesialisthelsetjenesten – redusert turnover

For å opprettholde stabilitet i spesialisthelsetjenesten er det nødvendig å beholde og utvikle den faglige kompetansen sykehusene har. Det er nødvendig med noen grad av ekstern turnover fra tjenesten, for å gi rom for nye medarbeidere med ny kunnskap. Dersom medarbeidere som avslutter sitt arbeidsforhold i et helseforetak starter et arbeidsforhold i et annet helseforetak eller i kommunehelsetjenesten, vil kompetansen fremdeles bli i helsetjenesten. Samtidig vil det bidra til deling av kompetanse mellom virksomheter og mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det er likevel viktig påpeke at stabilitet i den enkelte virksomhet vil være svært viktig. Det er nødvendig å opprettholde balansen mellom erfaring og ny kunnskap.

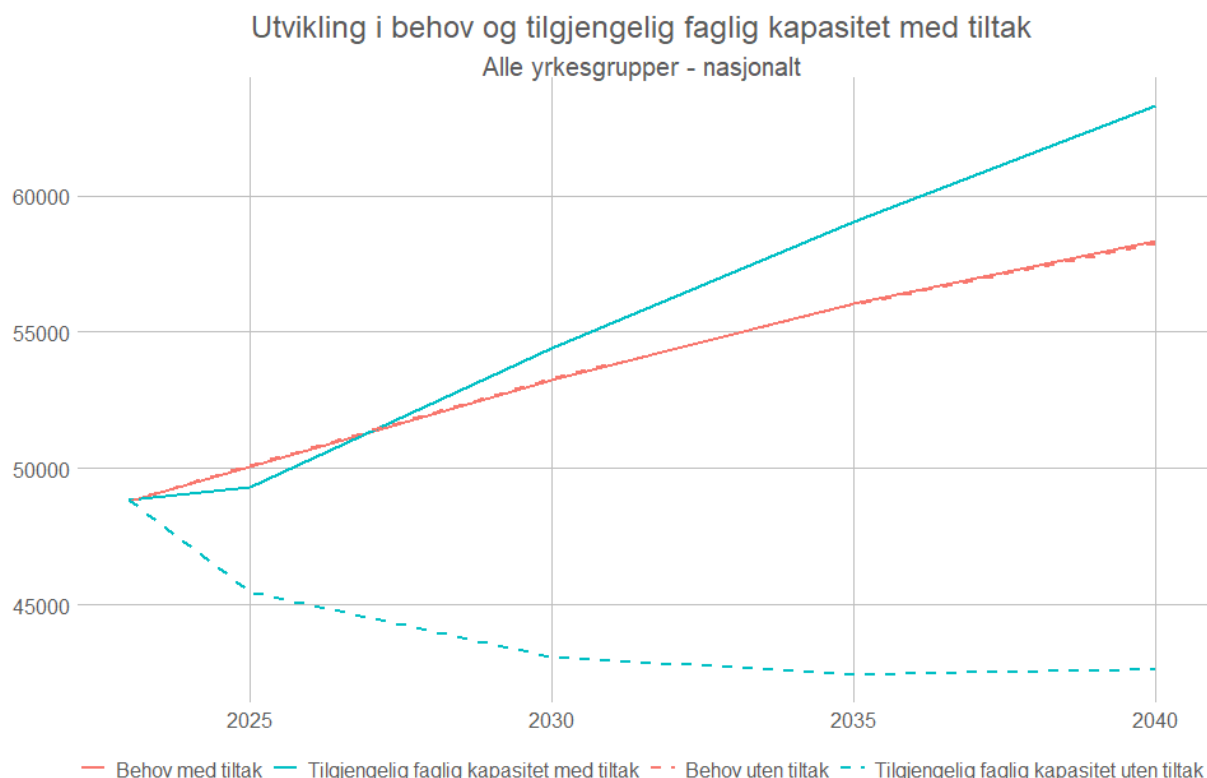
Dersom virksomhetene klarer å redusere uønsket ekstern og intern turnover fra prioriterte stillinger, og gjennomføre tiltak som bidrar til at helsepersonell foretrekker å jobbe i spesialisthelsetjenesten, vil dette føre til bedre stabilitet. Stabilitet og kontinuitet blant medarbeiderne øker trygghet og bygger opp under et godt arbeidsmiljø, som igjen kan bidra til at flere velger å bli i jobben¹³. Medarbeidere skal ønske å jobbe i den offentlige spesialisthelsetjenesten.

I dag slutter om lag 534 spesialsykepleiere, 148 jordmødre, 2 341 sykepleiere og 403 helsefagarbeidere årlig. ***Dersom like mange medarbeidere forlater spesialisthelsetjenesten hvert år, vil dette utgjøre 58 242 medarbeidere fra 2023 til 2040.*** Dette omfatter ikke medarbeidere som går av med pensjon.

Dersom helseforetakene reduserer ekstern turnover til 2 % for ABIOK-sykepleiere og jordmødre, og 3 % for sykepleiere og helsefagarbeidere, ***ville spesialisthelsetjenesten hatt tilstrekkelig faglig kapasitet til å dekke behovet for helsetjenester***, uten å gjøre andre tiltak. Se Figur 4 ***Feil! Fant ikke referanse-kilden..***

¹³ Bjaalid G, Krüger LS, Mikkelsen A, Øygaarden O. Medarbeiderundersøkelsen i foretaksgruppen Helse Vest. Handelshøyskolen ved Universitet i Stavanger; 2015

Figur 4: Utvikling i behov og tilgjengelig faglig kapasitet dersom **ekstern turnover reduseres til 2% for ABIOK-sykepleiere og jordmødre, og 3% for sykepleiere og helsefagarbeidere**. Oppgavedeling, stillingsandel og sykefravær beholdes slik som det er i dag. Figuren viser antall sykepleiere, spesialsykepleiere, jordmødre og helsefagarbeidere for alle regioner.



Tabell 7: Behov og tilgjengelig faglig kapasitet per yrkesgruppe for hver region og totalt for hele landet. Tabellen viser antall medarbeidere vi har i dag, og utviklingen av behov og tilgang til faglig kapasitet **dersom ekstern turnover reduseres til 2% for spesialsykepleiere og jordmødre, og 3% for sykepleiere og helsefagarbeidere**. Oppgavedeling, stillingsandel og sykefravær beholdes slik som det er i dag. Tabellen viser også prosentvis endring fra 2023-2040.

Stillingsgruppe/helseregion	Tilgjengelig kapasitet 2023	Tilgjengelig kapasitet 2040 (%-endring)	Behov 2040 (%-endring)
Anestesisykepleier	2 112	2 612 (23.7%)	2 513 (19.0%)
Helse Midt	302	476 (57.6%)	352 (16.5%)
Helse Nord	295	328 (11.2%)	329 (11.3%)
Helse Sør-Øst	1 150	1 227 (6.7%)	1 396 (21.4%)
Helse Vest	364	580 (59.2%)	436 (19.7%)
Barnesykepleier	556	879 (58.0%)	646 (16.2%)
Helse Midt	118	182 (54.8%)	140 (18.6%)
Helse Nord	89	104 (17.1%)	98 (9.9%)
Helse Sør-Øst	269	507 (88.7%)	312 (16.0%)
Helse Vest	81	86 (5.5%)	98 (20.1%)

Stillingsgruppe/helseregion	Tilgjengelig kapasitet 2023	Tilgjengelig kapasitet 2040 (%-endring)	Behov 2040 (%-endring)
Intensivsykepleier	4 390	5 152 (17.4%)	5 292 (20.6%)
Helse Midt	687	958 (39.5%)	808 (17.6%)
Helse Nord	516	583 (13.1%)	566 (9.9%)
Helse Sør-Øst	2 383	2 472 (3.8%)	2 942 (23.5%)
Helse Vest	805	1 139 (41.5%)	976 (21.3%)
Operasjonssykepleier	2 729	3 551 (30.1%)	3 245 (18.9%)
Helse Midt	441	538 (21.9%)	512 (16.0%)
Helse Nord	290	323 (11.4%)	316 (8.9%)
Helse Sør-Øst	1 529	2 065 (35.1%)	1 862 (21.8%)
Helse Vest	469	624 (33.1%)	555 (18.3%)
Kreftsykepleier	1 209	3 006 (148.7%)	1 535 (27.0%)
Helse Midt	182	332 (82.5%)	220 (21.2%)
Helse Nord	120	152 (26.2%)	138 (15.0%)
Helse Sør-Øst	648	1 900 (193.2%)	838 (29.3%)
Helse Vest	259	624 (140.5%)	339 (30.6%)
Jordmor	2 373	2 390 (0.7%)	2 493 (5.1%)
Helse Midt	317	247 (-22.0%)	329 (3.8%)
Helse Nord	312	253 (-18.9%)	306 (-2.0%)
Helse Sør-Øst	1 230	1 040 (-15.5%)	1 328 (8.0%)
Helse Vest	514	850 (65.3%)	531 (3.1%)
Sykepleier	28 754	39 694 (38.0%)	34 501 (20.0%)
Helse Midt	4 123	5 960 (44.6%)	4 847 (17.6%)
Helse Nord	2 833	5 172 (82.6%)	3 130 (10.5%)
Helse Sør-Øst	16 100	19 988 (24.2%)	19 751 (22.7%)
Helse Vest	5 698	8 573 (50.5%)	6 772 (18.9%)
Helsefagarbeider	6 694	6 147 (-8.2%)	8 114 (21.2%)
Helse Midt	626	377 (-39.8%)	722 (15.5%)
Helse Nord	844	800 (-5.3%)	933 (10.5%)
Helse Sør-Øst	3 762	3 616 (-3.9%)	4 717 (25.4%)
Helse Vest	1 461	1 354 (-7.3%)	1 741 (19.2%)

Henholdsvis 2 og 3 % mål for ekstern turnover er et «hårete» målbilde. I dag er ekstern turnover mellom 1 og 9 % for de aktuelle yrkesgruppene, som vist i Tabell 3. Det er stadig vanskeligere for helseforetakene å beholde medarbeidere, og ekstern turnover fra tjenesten har økt de seneste årene. For å kunne dekke behovet for faglig kapasitet i framtiden er det helt nødvendig å snu denne trenden, og beholde den faglige kapasiteten som utdannes, rekrutteres og videreutvikles i spesialisthelsetjenesten.

Figur 4 viser at tiltak for å redusere ekstern turnover har svært stor innvirkning på evnen til å dekke behovet for faglig kapasitet i årene som kommer.

I tillegg til å redusere ekstern turnover fra tjenesten, vil det være nødvendig å legge til rette for at medarbeidere kan stå lengre i arbeid før de går av med pensjon. De seneste årene har den gjennomsnittlige pensjonsalderen økt. Tall fra KLP viser at gjennomsnittlig pensjonsalder for sykepleiere har økt fra 63,7 til 64,4 de siste ti årene, se Vedlegg 3. På grunn av ny pensjonsreform vil det også framover lønne seg for medarbeidere å stå lengre i jobb, og spesialisthelsetjenesten må tilrettelegge for at medarbeidere kan stå i jobb så lenge de ønsker, for å bygge opp under en naturlig forlengelse av arbeidslivet.

3.1.3 Benytte hele den faglige kapasiteten – hele, faste stillinger og redusert sykefravær

Hele, faste stillinger

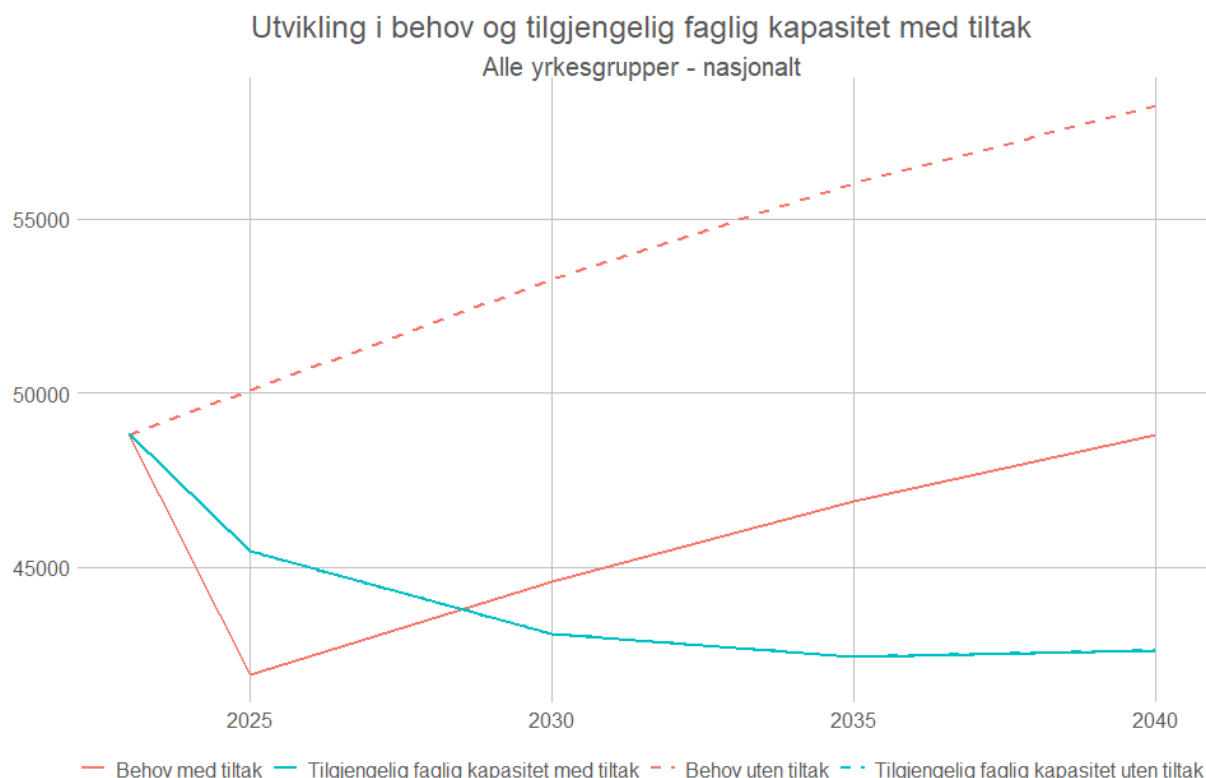
Det har over flere år vært krav om at medarbeidere skal ha tilbud om hele, faste stillinger. Over tid har dette ført til at flere medarbeidere har hele stillinger. For enkelte yrkesgrupper er det fremdeles en stor andel som har deltidsstillinger. Mange helsefagarbeidere i spesialisthelsetjenesten har av ulike grunner lav stillingsprosent. Det må legges til rette for at alle medarbeidere skal ønske å velge hele stillinger.

Dette må gjøres uten at det går på bekostning av medarbeidernes rettigheter i tråd med lov eller tariffavtaler. Deltidsstillinger som ikke er i tråd med avtalte eller lovfestede rettigheter bør avvikles. Det er en kulturendring noen steder, mens for andre enheter er utfordringen god oppgavedeling i kombinasjon med fleksible arbeidsordninger. Arbeidsgiver skal imidlertid alltid gjøre det de kan for å legge til rette for at medarbeiderne i ulike livssituasjoner skal kunne ha 100 % stilling, gjennom for eksempel fleksible arbeidstidsordninger og god arbeidsplanlegging. Det må også være et mål å redusere bruk av overtid og merarbeid. Etablering av gode rammeverk for fleksible arbeidstidsordninger bør være et tiltak som kan utløse god utnyttelse av faglig kapasitet, å beholde medarbeidere, at helseforetakene kan forbli foretrukken arbeidsplass og at medarbeidere gis anledning til å spille mer på lag med etablering av arbeidsplaner for å nevne noe.

Dersom alle pleiegruppene oppnår en gjennomsnittlig stillingsandel på 90 %, vil helseforetakene kunne dekke behovet for faglig kompetanse innen pleiegruppen med om lag samme antall medarbeidere som i dag, se Figur 5. Det er stor variasjon mellom helseregioner og yrkesgrupper på hvor stort potensiale som ligger i hele, faste stillinger, som vist i Tabell 8**Feil! Fant ikke referansekilden.Feil! Fant ikke referansekilden..**

Helseforetakene må fortsette å ha oppmerksomhet på heltidsstillinger for å opprettholde og øke den faglige kapasiteten. Dette var også et av målformuleringene i de fire regionale helseforetakenes *Innspill til Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023* fra 2019.

Figur 5: Utvikling i behov og tilgjengelig faglig kapasitet **dersom alle pleiegruppene oppnår en gjennomsnittlig stillingsandel på 90%**. Oppgavedeling, turnover og sykefravær beholdes slik som det er i dag. Figuren viser antall sykepleiere, spesialsykepleiere, jordmødre og helsefagarbeidere for alle regioner.



Tabell 8: Behov og tilgjengelig faglig kapasitet per yrkesgruppe for hver region og totalt for hele landet. Tabellen viser antall medarbeidere vi har i dag, og utviklingen av behov og tilgang til faglig kapasitet **dersom alle pleiegruppene oppnår en gjennomsnittlig stillingsandel på 90%**. Oppgavedeling, turnover og sykefravær beholdes slik som det er i dag. Tabellen viser også prosentvis endring fra 2023-2040.

Stillingsgruppe/helseregion	Tilgjengelig kapasitet 2023	Tilgjengelig kapasitet 2040 (%-endring)	Behov 2040 (%-endring)
Anestesisykepleier	2 112	2 076 (-1.7%)	2 307 (9.3%)
Helse Midt	302	447 (47.9%)	350 (16.0%)
Helse Nord	295	182 (-38.5%)	274 (-7.2%)
Helse Sør-Øst	1 150	914 (-20.5%)	1 291 (12.3%)
Helse Vest	364	533 (46.4%)	392 (7.5%)
Barnesykepleier	556	700 (25.8%)	570 (2.4%)
Helse Midt	118	170 (44.3%)	137 (16.7%)
Helse Nord	89	82 (-8.1%)	93 (5.3%)
Helse Sør-Øst	269	374 (39.0%)	256 (-4.7%)

Stillingsgruppe/helseregion	Tilgjengelig kapasitet 2023	Tilgjengelig kapasitet 2040 (%-endring)	Behov 2040 (%-endring)
Helse Vest	81	75 (-7.4%)	83 (2.5%)
Intensivsykepleier	4 390	3 980 (-9.3%)	4 643 (5.8%)
Helse Midt	687	920 (33.9%)	795 (15.7%)
Helse Nord	516	331 (-35.9%)	482 (-6.6%)
Helse Sør-Øst	2 383	1 739 (-27.0%)	2 482 (4.2%)
Helse Vest	805	990 (23.0%)	884 (9.9%)
Operasjonssykepleier	2 729	2 825 (3.5%)	3 117 (14.2%)
Helse Midt	441	538 (21.9%)	512 (16.0%)
Helse Nord	290	212 (-27.0%)	297 (2.4%)
Helse Sør-Øst	1 529	1 545 (1.1%)	1 806 (18.1%)
Helse Vest	469	531 (13.1%)	502 (7.1%)
Kreftsykepleier	1 209	2 332 (92.8%)	1 414 (16.9%)
Helse Midt	182	277 (52.4%)	215 (18.3%)
Helse Nord	120	93 (-22.7%)	134 (11.2%)
Helse Sør-Øst	648	1 369 (111.4%)	757 (16.8%)
Helse Vest	259	592 (128.4%)	308 (18.9%)
Jordmor	2 373	1 628 (-31.4%)	1 967 (-17.1%)
Helse Midt	317	198 (-37.4%)	308 (-2.8%)
Helse Nord	312	147 (-53.0%)	222 (-28.9%)
Helse Sør-Øst	1 230	587 (-52.3%)	1 015 (-17.5%)
Helse Vest	514	696 (35.3%)	422 (-18.0%)
Sykepleier	28 754	24 558 (-14.6%)	28 943 (0.7%)
Helse Midt	4 123	4 149 (0.6%)	4 442 (7.7%)
Helse Nord	2 833	3 515 (24.1%)	2 918 (3.0%)
Helse Sør-Øst	16 100	10 689 (-33.6%)	15 767 (-2.1%)
Helse Vest	5 698	6 205 (8.9%)	5 816 (2.1%)
Helsefagarbeider	6 694	4 518 (-32.5%)	5 845 (-12.7%)
Helse Midt	626	284 (-54.7%)	572 (-8.6%)
Helse Nord	844	507 (-40.0%)	689 (-18.4%)
Helse Sør-Øst	3 762	2 644 (-29.7%)	3 426 (-9.0%)
Helse Vest	1 461	1 084 (-25.8%)	1 159 (-20.7%)

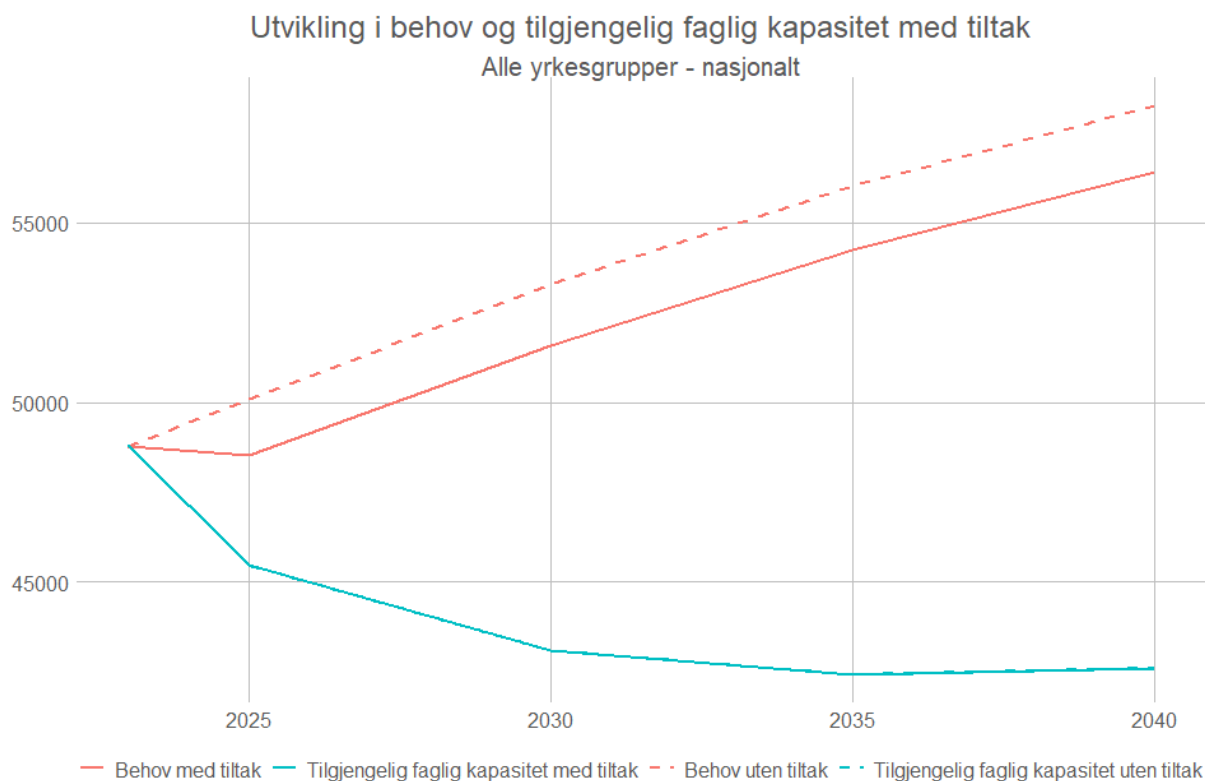
Redusere sykefravær

Stabilitet og kontinuitet blant medarbeiderne er viktig for å opprettholde et godt arbeidsmiljø. I etterkant av pandemien har sykefraværet i spesialisthelsetjenesten vært stabilt høyere enn før pandemien. Høyt sykefravær kan gå på bekostning av arbeidsmiljø, virksomhetens evne til å beholde, videreutvikle og rekruttere helsepersonell, og muligheten til å gi trygge og likeverdige helsetjenester. Flere oppgaver vil falle på de gjenværende medarbeiderne, i tillegg til oppgaver i forbindelse med opplæring og oppfølging av vikarer.

Det er ikke bare spesialisthelsetjenesten som har utfordringer med høyt sykefravær. Statistikk fra SSB viser at de fleste sektorer opplever samme trend etter pandemien¹⁴.

Det er nødvendig å raskt etablere effektfulle tiltak for å hindre at høyt sykefravær blir den nye «normalen». Dersom sykefraværet reduseres til 5,5% for de aktuelle yrkesgruppene i alle helseforetak, vil det i stedet for en 20% økning i behov for medarbeidere, kun være om lag 16% økning i behov fram mot 2040.

Figur 6: Utvikling i behov og tilgjengelig faglig kapasitet dersom **sykefraværsprosenten reduseres til 5,5%** for alle yrkesgrupper. Oppgavedeling, turnover og stillingsandel beholdes slik som det er i dag. Figuren viser antall sykepleiere, spesialsykepleiere, jordmødre og helsefagarbeidere for alle regioner.



¹⁴ [Høyt sykefravær i 2023 – SSB](#)

Tabell 9: Behov og tilgjengelig faglig kapasitet per yrkesgruppe for hver region og totalt for hele landet. Tabellen viser antall medarbeidere vi har i dag, og utviklingen av behov og tilgang til faglig kapasitet **dersom sykefraværsprosenten reduseres til 5.5% for alle yrkesgrupper**. Oppgavedeling, turnover og stillingsandel beholdes slik som det er i dag. Tabellen viser også prosentvis endring fra 2023-2040.

Stillingsgruppe/helseregion	Tilgjengelig kapasitet 2023	Tilgjengelig kapasitet 2040 (%-endring)	Behov 2040 (%-endring)
Anestesisykepleier	2 112	2 076 (-1.7%)	2 468 (16.9%)
Helse Midt	302	447 (47.9%)	339 (12.3%)
Helse Nord	295	182 (-38.5%)	324 (9.7%)
Helse Sør-Øst	1 150	914 (-20.5%)	1 390 (20.9%)
Helse Vest	364	533 (46.4%)	415 (14.0%)
Barnesykepleier	556	700 (25.8%)	611 (9.7%)
Helse Midt	118	170 (44.3%)	125 (6.6%)
Helse Nord	89	82 (-8.1%)	97 (8.9%)
Helse Sør-Øst	269	374 (39.0%)	298 (10.9%)
Helse Vest	81	75 (-7.4%)	90 (11.5%)
Intensivsykepleier	4 390	3 980 (-9.3%)	5 101 (16.2%)
Helse Midt	687	920 (33.9%)	760 (10.7%)
Helse Nord	516	331 (-35.9%)	574 (11.3%)
Helse Sør-Øst	2 383	1 739 (-27.0%)	2 858 (20.0%)
Helse Vest	805	990 (23.0%)	908 (12.9%)
Operasjonssykepleier	2 729	2 825 (3.5%)	3 145 (15.2%)
Helse Midt	441	538 (21.9%)	485 (10.0%)
Helse Nord	290	212 (-27.0%)	314 (8.1%)
Helse Sør-Øst	1 529	1 545 (1.1%)	1 812 (18.6%)
Helse Vest	469	531 (13.1%)	534 (13.7%)
Kreftsykepleier	1 209	2 332 (92.8%)	1 474 (22.0%)
Helse Midt	182	277 (52.4%)	215 (18.4%)
Helse Nord	120	93 (-22.7%)	134 (11.6%)
Helse Sør-Øst	648	1 369 (111.4%)	817 (26.1%)
Helse Vest	259	592 (128.4%)	309 (19.0%)
Jordmor	2 373	1 628 (-31.4%)	2 368 (-0.2%)
Helse Midt	317	198 (-37.4%)	301 (-4.9%)
Helse Nord	312	147 (-53.0%)	308 (-1.4%)
Helse Sør-Øst	1 230	587 (-52.3%)	1 258 (2.3%)
Helse Vest	514	696 (35.3%)	502 (-2.5%)

Stillingsgruppe/helseregion	Tilgjengelig kapasitet 2023	Tilgjengelig kapasitet 2040 (%-endring)	Behov 2040 (%-endring)
Sykepleier	28 754	24 558 (-14.6%)	33 378 (16.1%)
Helse Midt	4 123	4 149 (0.6%)	4 626 (12.2%)
Helse Nord	2 833	3 515 (24.1%)	3 135 (10.6%)
Helse Sør-Øst	16 100	10 689 (-33.6%)	19 189 (19.2%)
Helse Vest	5 698	6 205 (8.9%)	6 428 (12.8%)
Helsefagarbeider	6 694	4 518 (-32.5%)	7 882 (17.8%)
Helse Midt	626	284 (-54.7%)	711 (13.7%)
Helse Nord	844	507 (-40.0%)	934 (10.6%)
Helse Sør-Øst	3 762	2 644 (-29.7%)	4 590 (22.0%)
Helse Vest	1 461	1 084 (-25.8%)	1 647 (12.7%)

En reduksjon i sykefravær vil ha ringvirkninger på mange områder. Lavere sykefravær vil gi økt faglig kapasitet. Dette bygger opp under kontinuitet, som gjør det lettere å fordele oppgaver og bygge kompetente, tverrfaglige team. Kontinuerlig tilstedeværelse og deltakelse i arbeidsfellesskapet vil gi økt verdi for den enkelte medarbeider, bygger opp under godt arbeidsmiljø, og reduserer turnover. Målrettet arbeid for å redusere sykefravær er en forutsetning for å kunne nå målene.

3.2 Bærekraftig utvikling gjennom målrettede tiltak og god ledelse

Dersom helsetjenesten skal kunne dekke behovet for pleiepersonell i framtiden, og samtidig opprettholde en bærekraftig utvikling, er det nødvendig med effektfulle og målrettede tiltak for å beholde, videreutvikle og rekruttere medarbeidere.

3.2.1 Effektfulle og målrettede tiltak

I de påfølgende avsnittene presenteres flere tiltak som kan bidra til en bærekraftig utvikling av pleiepersonell i spesialisthelsetjenesten.

Fremme riktig oppgavedeling

Det må arbeides målrettet mot at de riktige yrkesgruppene skal gjøre de oppgavene som de har kompetanse til. Det må bygges kompetente team rundt pasientene som omfatter faglig dyktige hjelpepersonell og administrativt personell som kan støtte og avlaste pleiegruppene i enkelte oppgaver. Dette krever en strukturert gjennomgang av oppgaver av den enkelte enhet for å identifisere oppgaver som andre yrkesgruppen kan utføre. Det må gjennomføres god opplæring av hjelpepersonell som skal utføre nye oppgaver, for å opprettholde god faglig kvalitet.

Det er forskjell på størrelse, oppbygging og kompetansesammensetning i de ulike avdelinger og helseforetak. Hver enkelt enhet må derfor gjøre egne vurderinger på hvordan avdelingen best kan bygge faglige team innenfor de rammer som enheten har, og hvordan dette kan møte det framtidige behovet for helsetjenester.

Rapporten *Breddekompetanse i indremedisin og kirurgi* beskriver viktigheten av å opprettholde bred kompetanse blant leger for å opprettholde kvaliteten på pasientbehandlingen med hele pasienten i fokus, og å sikre effektivitet og robusthet for helseforetakene. En økt oppmerksomhet på breddekompetanse i legegruppen må støttes av kompetente team rundt pasientene. Ordinære sykepleiere skal ha en sentral rolle i teamene.

Bruke digitale løsninger og IKT

Helseforetakene må ta i bruk digitale løsninger som kan avlaste helsepersonell i de oppgaver som det er aktuelt for. Videre kan robotisering av gjentakende oppgaver kan frigjøre tid for alle yrkesgrupper. Nåværende IKT-løsninger må forbedres, og det må være høy oppmerksomhet på brukervennlighet. Digitale løsninger må innføres for å forenkle, ikke komplisere, arbeidsprosesser.

Fleksible arbeidstidsordninger

Helseforetakene må møte framtidens medarbeidere ved å tilby fleksible arbeidstids- og turnusordninger. Det må være mulig å ha hele, faste stillinger i spesialisthelsetjenesten gjennom alle livsfaser og -situasjoner.

Med en større fleksibilitet i arbeidstid og helsefremmende arbeidsplan/turnus vil det være lettere å stå i en turnus-stilling i spesialisthelsetjenesten, og det vil være lettere å velge å ha hele stillinger, også i ulike livssituasjoner. Arbeidsplasser som har innført fleksible arbeidstidsordninger viser til redusert turnover og lavere sykefravær. En endring i hvordan arbeidsplaner legger til rette for bedre medvirkning og helsefremmende arbeidsplaner/turnusordninger er avgjørende for å kunne oppnå målene.

Oppmerksomhet på karriere- og kompetanseutvikling

For å få medarbeidere til å ønske å fortsette sin stilling i spesialisthelsetjenesten må helseforetakene legge til rette for kontinuerlig karriere- og kompetanseutvikling. *Det er i tråd med politiske mål om at spesialisthelsetjenesten skal være en foretrukken arbeidsplass.* Medarbeidere må få mulighet til utvikling og å kvalifisere seg til nye utfordringer. Det bør være et mål at det legges til rette for å bygge en karriere i spesialisthelsetjenesten, uavhengig av utdanningsnivå og stilling.

Gode introduksjonsprogrammer

Nye medarbeidere må tas god imot og få god oppfølging, gjerne med mentor eller fadder over tid. Det skal være trygt å være ny medarbeider, og det skal være motiverende å ta imot nye kollegaer, men det må forpliktes for at det skal lykkes. Det må etableres gode introduksjonsprogrammer, som bidrar til trygghet, motivere og bidrar til å beholde og utvikle medarbeidere. Dette vil bygge opp under gode arbeidsmiljø, og redusere turnover og sykefravær.

Alle de nevnte tiltakene må ses i sammenheng. Helseforetakene må ha en helhetlig satsing på alle tiltaksområdene for å kunne sikre tilstrekkelig faglig kompetanse som kan sørge for god pasientbehandling av høy kvalitet også i årene som kommer.

3.2.2 Godt lederskap og medarbeiderskap fremmer godt arbeidsmiljø

Et trygt og godt arbeidsmiljø er en svært viktig faktor for at medarbeidere skal ønske å jobbe i spesialisthelsetjenesten. Felles for alle de nevnte tiltakene er at de bygger opp under gode arbeidsmiljø – og at et godt arbeidsmiljø bygger opp under gjennomføring av tiltakene. Tiltakene vil i tillegg bidra til stabilitet, bedre kapasitet, kvalitet og pasientsikkerhet som bidrar til færre uønskede hendelser. Strukturert og målrettet arbeid med konkret tiltak, vil gjøre det mulig å realisere effektene som hver for seg forsterker og bidrar til en sterkere positiv spiral, for ledere, medarbeider og pasienter.

For å oppnå de positive effektene med tiltakene, kreves godt lederskap og medarbeiderskap på alle nivå. Ledere må ha kompetanse og tid til å lede. Prosess- og endringskompetanse vil være særlig viktig for ledere som skal lede sine enheter gjennom små og store endringer og nødvendig utvikling. Ledere, medarbeidere, tillitsvalgte og vernetjenesten jobber sammen for å finne de gode løsningene. Med felles engasjement, tro på at det er mulig å nå målene, og målrettet arbeid mot å oppnå effektene i fellesskap, vil helsetjenesten kunne endre kurs og sikre tilstrekkelig faglig kompetanse i framtiden.

4. KONKLUSJON

Spesialisthelsetjenesten vil stå overfor betydelige utfordringer i «kampen om arbeidskraften».

Det er vist en utvikling over tid som vil bringe spesialisthelsetjenesten inn i en svært krevende bemanningssituasjon der sykehus over hele landet kan stå ovenfor vesentlig mangel på faglig kapasitet for de yrkesgruppene rapporten favner, **med mindre spesialisthelsetjenesten finner gode tiltak** som over tid bidrar til å redusere gapet mellom tilgjengelig faglig kapasitet og behov.

For noen sykehus er dette allerede en utfordring. Konsekvensen av dette vil bli at man ved mange av landets sykehus vil være i situasjon med for få medarbeidere til å dekke de oppgavene som skal løses, **dersom tiltak ikke settes i verk**. Det er en trend som også kan ses i flere andre land i Europa. **Anerkjennelse av hvem som kan gjøre hvilke oppgaver må åpnes mer opp igjen, og det må gis rom til å «ta tilbake sammensetning og balansen mellom yrkesgruppene».**

Dersom helsetjenesten fortsetter å **løse sine oppgaver på samme måte som i dag**, vil det være behov for en kraftig økning i antall pleiepersonell framover for å dekke det økende behovet for spesialisthelsetjenester. Innen 2040 vil det være behov for om lag 10 000 flere sykepleiere, spesialsykepleiere, jordmødre og helsefagarbeidere, 20% flere medarbeidere enn i dag. I flere rapporter fra de regionale helseforetakene er det understreket at dette ikke er et alternativ. **Spesialisthelsetjenesten skal beholde kvalitet, øke pasientsikkerheten, digitalisere det vi kan for å redusere behovet for økt bemanning i framtiden**. Helsepersonellkommisjonen, regjeringens perspektivmelding, peker på det samme – det vil ikke være en bærekraftig utvikling på lang sikt å øke bemanningen i spesialisthelsetjenesten.

Hvis **oppgavene løses på samme måte som dagens praksis, og det er ingen endring i stillingsprosent, turnover eller sykefravær**, vil ikke helseforetakene være i stand til å møte det framtidige behovet for helsetjenester. Tjenesten må ha som mål å løse oppgavene som kommer uten en vesentlig økning i antall medarbeidere, for å sikre at vi kan gi pasientene helsetjenester av like god kvalitet som i dag, også i framtiden. Rapporten Breddekompetanse for indremedisin og kirurgi peker i samme retning.

Viktige tiltak vil være å *beholde, utvikle, utdanne, rekruttere og redusere sykefraværet vesentlig*. Tiltakene er nærmere beskrevet i rapporten.

Gjennom dette arbeidet er det vist at det er mulig å dekke behovet for faglig kapasitet innen pleiegruppene i framtiden. Dette vil kreve vesentlige endringer gjennom effektfulle tiltak og målrettet arbeid over tid. Spesialisthelsetjenesten må:

1. Bruke den rette kompetansen til de rette oppgavene – hensiktsmessig oppgavedeling
2. Beholde den faglige kapasiteten i spesialisthelsetjenesten – redusert turnover
3. Benytte hele den mulige faglige kapasiteten – hele, faste stilling og redusert sykefravær

Det er nødvendig med ambisiøse og «hårete» mål, for å bidra til systematisk og virkningsfullt arbeid for å oppnå målene. **Gjennom en helhetlig satsing på mange områder, og målrettet arbeid over tid, vil tjenesten kunne dekke det framtidige behovet for faglig kapasitet.** Det forutsetter godt og modig lederskap, et velutviklet medarbeiderskap, samspill og medvirkning fra tillitsvalgte og vernetjenesten. Et godt lagspill, der alle spiller på lag.

Det bør være en visjon for hvert enkelt helseforetak at den offentlig spesialisthelsetjenesten skal være den foretrukne arbeidsplassen for alle, også for de yrkesgruppene denne rapporten omhandler; spesialsykepleiere, jordmødre, sykepleiere og helsefagarbeidere.

Helse Vest Postboks
303 Forus
4068 Stavanger

Telefon: 51 96 38 00
helse-vest.no

