Riksrevisjonen

Riksrevisjonens undersøkelse av forventet mangel på helsepersonell fram mot 2040

Dokument 3:6 (2026–2027)

ISBN 978-82-8229-676-2

Riksrevisjonen

Til Stortinget

Riksrevisjonen legger med dette fram Dokument 3:6 (2026–2027) Riksrevisjonens undersøkelse av forventet mangel på helsepersonell fram mot 2040.

Dokumentet er delt inn slik:

Del 1: Riksrevisjonens vurderinger
Del 2: Riksrevisjonens faktagrunnlag
Del 3: Metodisk tilnærming

Riksrevisjonen, 24. november 2026

For riksrevisorkollegiet

Karl Eirik Schjøtt-Pedersen
riksrevisor

Riksrevisjonen

Om undersøkelsen

Kort oppsummert

Bakgrunn

Helse- og omsorgstjenestene står overfor økende utfordringer med mangel på tilstrekkelig arbeidskraft fram mot 2040. Befolkningens alderssammensetning endres fram mot 2040, noe som vil øke etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester samtidig som tilgangen på arbeidskraft reduseres.

Formål

Målet med undersøkelsen har vært å kartlegge den forventede mangelen på helsepersonell fram mot 2040, samt å belyse faktorer som påvirker behovet for og tilgangen på denne arbeidskraften.

Konklusjoner

- Framskrivninger tyder på at Norge vil mangle om lag 42 400 årsverk utført av 14 sentrale helsepersonellgrupper i 2040.
- Behovet for årsverk øker mest i den kommunale omsorgstjenesten.
- Forventet mangel på årsverk utført av helsepersonell i kommunene kan få alvorlige konsekvenser for tjenestetilbudet, særlig i de minst sentrale kommunene.
- Det kan bli vanskelig å sikre nok årsverk utført av helsefagarbeidere.
- Helse- og omsorgsdepartementet har lansert en helsepersonellplan med mange tiltak for å redusere mangelen på helsepersonell.

Overordnet vurdering

Norge vil trolig ha behov for om lag 500 500 årsverk utført av personell i helse- og omsorgstjenesten i 2040. Det er framskrevet en mangel på 42 400 årsverk utført av 14 sentrale helsepersonellgrupper. Av disse vil det bli klart størst mangel på helsefagarbeidere og sykepleiere.

I perioden 2019–2025 har det vært en nedgang i andelene årsverk utført av helsefagarbeidere og sykepleiere i helse- og omsorgstjenestene, mens andelen årsverk utført av ufaglærte har økt, særlig i de kommunale omsorgstjenestene.

Både SSBs framskrivninger og denne undersøkelsen underbygger at det trolig blir vanskelig å sikre nok årsverk av helsefagarbeidere i de kommende årene. Riksrevisjonens analyser viser at helsefagarbeidere er den helsepersonellgruppen som har høyest gjennomsnittlig sykefravær. Det er flere helsefagarbeidere som nærmer seg 60 år, samtidig som det er store utfordringer med å få utdannet nok helsefagarbeidere framover.

Helse- og omsorgsdepartementet har lansert en helsepersonellplan med over 150 tiltak for å løse den forventende mangelen på personell i helse- og omsorgstjenestene. Ettersom det er helsefagarbeidere og sykepleiere det er forventet størst mangel på, bør tiltakene være rettet inn mot å øke tilgangen på eller redusere etterspørselen etter årsverk utført av disse to gruppene for at tiltakene samlet sett skal ha ønsket effekt.

Innhold

Del 1: Riksrevisjonens vurderinger 6

1 Bakgrunn 6

2 Mål og problemstillinger 7

2.1 Avgrensinger 7

3 Konklusjoner 8

4 Utdypning av konklusjoner 8

4.1 Framskrivninger tyder på at Norge vil mangle om lag 42 400 årsverk utført av 14 sentrale helsepersonellgrupper i 2040 8

4.2 Behovet for årsverk øker mest i den kommunale omsorgstjenesten 15

4.3 Forventet mangel på årsverk utført av helsepersonell i kommunene kan få alvorlige konsekvenser for tjenestetilbudet, særlig i de minst sentrale kommunene 20

4.4 Det kan bli vanskelig å sikre nok årsverk utført av helsefagarbeidere 23

4.5 Helse- og omsorgsdepartementet har lansert en helsepersonellplan med mange tiltak for å redusere mangelen på helsepersonell 37

5 Statsrådens svar 39

6 Riksrevisjonens uttalelse til statsrådens svar 39

Del 2: Riksrevisjonens faktagrunnlag 40

7 Årsverk i helsetjenesten 40

7.1 Hvor mange årsverk utføres av de ulike helsepersonellgruppene i helsetjenestene? 40

7.2 Hvor stor er mangelen på helsepersonell i dag? 57

7.3 Hvordan har faktorer som påvirker tilgangen på helsepersonell, utviklet seg siden 2019? 60

7.4 Hvordan er utdanningskapasiteten for sentrale helsepersonellgrupper? 79

7.5 Hvilke statlige tiltak er foreslått for å motvirke mangelen på helsepersonell? 90

8 Framskrivninger av behov for og tilgang på helsepersonell 93

8.1 Hva er framskrevet behov for helsepersonell fram mot 2040? 94

8.2 Hva er framskrevet tilgang på helsepersonell fram mot 2040? 103

8.3 Hva viser framskrivningene om gapet mellom tilbud og etterspørsel fram mot 2040? 109

Del 3: Metodisk tilnærming 113

9 Metodisk tilnærming og gjennomføring 113

9.1 Analyser av årsverk, sykefravær og stillingsprosent 113

9.2 Sammenligning med årsverk av helsepersonell i utlandet 119

9.3 Status for mangel på helsepersonell 119

9.4 Utdanningskapasitet 119
9.5 Framskrivningene 121
9.6 Statlige tiltak 121
Referanseliste 122
Tabell-, figur- og faktaboksoversikt 128
Ordliste og forkortelser 132
Vedlegg 1: Riksrevisjonens brev til statsråden i Helse- og omsorgsdepartementet 134
Vedlegg 2: Statsrådens svar 137
Vedlegg 3: Dokumentasjon fra SSB 141

Del 1: Riksrevisjonens vurderinger

1 Bakgrunn

Flere rapporter tyder på at det vil bli mangel på helsepersonell fram mot 2040.[1] Befolkningens alderssammensetning vil endre seg, og dette vil øke etterspørselen etter helsetjenester og redusere tilgangen på arbeidskraft.

Når andelen av befolkningen over 67 år øker, vil det kreve arbeidskraft i form av helsepersonell både i kommunale helse- og omsorgstjenester og i spesialisthelsetjenesten. Samtidig blir det en kamp om arbeidskraften i den delen av befolkningen som er i arbeidsfør alder. I 2024 utgjorde årsverkene i helsetjenesten omtrent 13 prosent av den totale arbeidsstyrken i Norge. Ifølge framskrivninger fra Statistisk sentralbyrå (SSB) vil helse- og omsorgssektoren etterspørre rundt 17 prosent av alle årsverk i 2040.

Navs bedriftsundersøkelse viser at helse- og sosialtjenesten er den sektoren som mangler mest arbeidskraft i dag.[2]

Mangel på helsepersonell vil kunne påvirke både omfanget av og kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene. Resultatet kan bli at befolkningen mottar færre tjenester, og tjenester av dårligere kvalitet, enn de har behov for og forventer, både i spesialisthelsetjenestene og i kommunale helse- og omsorgstjenester. Ifølge Riksrevisjonens undersøkelse fra juni 2026 om kommunale helsetjenester til eldre har hver femte kommune i dag for få ansatte med rett kompetanse til å gi forsvarlige helse- og omsorgstjenester til eldre i sykehjem.[3] Mangel på helsepersonell vil også kunne gi dårligere arbeidsmiljø og høyere turnover. Riksrevisjonens undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene fra 2019 viste at helseforetakene har store utfordringer med å rekruttere og beholde sykepleiere og jordmødre, og at mange jobber deltid.[4] Riksrevisjonens oppfølging tre år senere viste at bemanningssituasjonen på sykehus ikke hadde blitt bedre, og at det fortsatt gjenstod mye arbeid.[5]

Regjeringen skriver i *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027. Vår felles helsetjeneste*[6] at mangel på personell er en av de viktigste utfordringene helsetjenestene står overfor,[7] og at det trengs fortløpende analyser av personell- og kompetansebehov og statistikk om personellsituasjonen. Mangel på helsepersonell utfordrer bærekraften i helsetjenestene i årene framover. For at beslutningstakere skal kunne ta informerte valg, trengs det derfor et godt kunnskapsgrunnlag om forventet utvikling i tilgangen på

[1] Statistisk sentralbyrå [SSB]. (2023a), SSB (2023b), NOU 2023:4 og Meld. St. 31 (2023–2024).
[2] Nav. (2025).
[3] Riksrevisjonen. (2026).
[4] Riksrevisjonen. (2019).
[5] Riksrevisjonen. (2023).
[6] Meld. St. 9 (2023–2024).
[7] De to andre hovedutfordringene er «for dårlig sammenheng mellom tjenestene» og «likeverdig tilgang på tjenester».

helsepersonell framover og hvilke utfordringer mangel på helsepersonell vil ha for samfunnet.

2 Mål og problemstillinger

Målet med undersøkelsen er å kartlegge den forventede mangelen på helsepersonell fram mot 2040, samt å belyse faktorer som påvirker behovet for og tilgangen på denne arbeidskraften.

Problemstillinger:

1. Hva er det forventede behovet for helsepersonell fram mot 2040?
    a. Hva er behovet for helsepersonell i kommunale helse- og omsorgstjenester?
    b. Hva er behovet for helsepersonell i spesialisthelsetjenesten?
    c. Hvor mye omsorg er det forventet at pårørende skal yte?
    d. Hva er de viktigste statlige tiltakene som er foreslått for å utnytte personellressurser mer effektivt og slik redusere behovet for helsepersonell framover?
2. Hvordan er tilgangen i dag og fram mot 2040 blant de helsepersonellgruppene det forventes å bli størst mangel på?
    a. Hvor mange jobber i de ulike helsepersonellgruppene og sektorene i helsetjenesten i dag?
    b. Hvordan er gjennomsnittlig stillingsprosent og sykefravær for de helsepersonellgruppene det forventes å bli størst mangel på?
    c. Hvor mange nærmer seg pensjonsalder i helsepersonellgruppene det forventes å bli størst mangel på?
    d. Hvordan er utdanningskapasiteten for helsepersonellgruppene der mangelen forventes å bli størst?
    e. Hvordan er det framskrevne tilbudet av de helsepersonellgruppene det forventes å bli størst mangel på?

Undersøkelsen baserer seg på data fra perioden 2019 til 2025 og gir framskrivninger for perioden fram til 2040.

2.1 Avgrensinger

I undersøkelsen tar vi for oss dagens bemanningssituasjon og den forventede mangelen på helsepersonell i framtiden. Vi har ikke vurdert Helse- og omsorgsdepartementets styring eller hvordan tiltak og virkemidler fungerer, som for eksempel velferdsteknologi og oppgavedeling mellom helsepersonellgrupper. Rapporten inneholder derfor ikke revisjonskriterier, overordnede vurderinger (kritikk) eller anbefalinger.

Denne kartleggingen er første del av en større undersøkelse. I neste del vil vi se nærmere på blant annet myndighetenes styring, virkemidler og tiltak på området.

3 Konklusjoner

- Framskrivninger tyder på at Norge vil mangle om lag 42 400 årsverk utført av 14 sentrale helsepersonellgrupper i 2040.
- Behovet for årsverk øker mest i den kommunale omsorgstjenesten.
- Forventet mangel på årsverk utført av helsepersonell i kommunene kan få alvorlige konsekvenser for tjenestetilbudet, særlig i de minst sentrale kommunene.
- Det kan bli vanskelig å sikre nok årsverk utført av helsefagarbeidere.
- Helse- og omsorgsdepartementet har lansert en helsepersonellplan med mange tiltak for å redusere mangelen på helsepersonell.

4 Utdypning av konklusjoner

4.1 Framskrivninger tyder på at Norge vil mangle om lag 42 400 årsverk utført av 14 sentrale helsepersonellgrupper i 2040

Antall årsverk i den samlede helsetjenesten, som inkluderer både helsepersonell, ufaglærte og administrasjon og service, økte med 12,5 prosent i perioden 2019–2025, fra 340 492 til 383 213.[8] Målt i antall årsverk per 1 000 innbyggere var økningen på 7,4 prosent. Til sammenligning økte det totale antallet årsverk per 1 000 innbyggere i Norge med 0,2 prosent mellom 2019 og 2025.[9] I 2025 utgjorde årsverkene i helsetjenesten omtrent 15 prosent av det samlede antallet årsverk i Norge.

Til tross for denne økningen, viser Navs bedriftsundersøkelse i 2026 at helse- og omsorgssektoren mangler arbeidskraft. Underdekningen i disse gruppene er anslått til 9 200 personer i 2026. Helse- og sosialtjenesten er den sektoren som har den høyeste andelen virksomheter med alvorlige rekrutteringsproblemer, særlig når det gjelder helsepersonell. Bedriftsundersøkelsen viser at det er størst mangel på helsefagarbeidere (3 650 personer) og sykepleiere (1 850).

[8] Antall årsverk skal leses som «antall avtalte årsverk». Avtalte årsverk måler samlet arbeidsinnsats og viser summen av arbeidsforhold omregnet til heltidsstillinger, basert på avtalt stillingsprosent for hvert arbeidsforhold.
[9] Tall fra SSB viser at det var 2 499 444 årsverk i Norge i 2019 og 2 630 334 årsverk i 2025.

4.1.1 Det antas å bli behov for over en halv million årsverk i den samlede helse- og omsorgstjenesten i 2040

SSB framskriver behovet for årsverk i helse- og omsorgstjenestene fram mot 2040. Formålet med framskrivningene er å gi beslutningsstøtte. Framskrivningene er ikke prognoser, men illustrasjoner på hva som kan skje hvis forutsetningene i modellen slår til, se punkt 4.1.3.

Faktaboks 1 Etterspørsel etter 14 utvalgte helsepersonellgrupper og i 3 restkategorier

SSB beregner etterspørsel etter 14 utvalgte helsepersonellgrupper (se figur 1, punkt 4.1.2) og i 3 restkategorier (ufaglærte i pasient- og brukerrettet arbeid[10], andre helseutdanninger som jobber med pleie og brukerrettede tjenester og personell med annen utdanning i administrasjon og service). Restkategoriene inkluderer også etterspørselen i øvrige tjenester, som er helse- og omsorgstjenester som ikke er offentlig finansiert.

Kilde: SSB. (2026a).

Tabell 1 Framskrevet samlet etterspørsel etter personell i helse- og omsorgstjenestene i 2040

Kategori		Årsverk i 2040
De 14 utvalgte helsepersonellgruppene		329 000
+ personell i restkategorier	*andre helseutdanninger*	*41 000*
	ufaglærte	*73 300*
	personell med annen utdanning i administrasjon og service	*57 200*
	Totalt	171 500
= Helsepersonell (inkludert øvrige tjenester)		**500 500**

Kilde: SSB. (2026a) og Meld. St. 11 (2025–2026)

Tabell 1 viser at etterspørselen etter de 14 helsepersonellgruppene er beregnet å utgjøre om lag 329 000 årsverk i 2040. I de tre restkategoriene er etterspørselen beregnet å utgjøre om lag 171 500 årsverk, og ufaglærte utgjør den største gruppen. Etterspørselen etter helsepersonell i den totale helse- og omsorgssektoren anslås å bli 500 500 årsverk.

[10] Personell i helse- og omsorgstjenestene uten helse- og sosialfaglig utdanning.

Totalt anslås Norge å ha rundt 2 720 000 årsverk i 2040,[11] som betyr at helse- og omsorgssektoren da vil etterspørre nesten hvert femte årsverk i landet.

4.1.2 Det vil trolig bli størst mangel på helsefagarbeidere og sykepleiere

Ved å sammenligne tilbudet av og etterspørselen etter 14 helsepersonellgrupper i offentlig finansierte helse- og omsorgstjenester gjennomfører SSB såkalte gapanalyser for å si hvilke grupper helsepersonell det trolig vil bli over- eller underskudd på.[12] Forutsetningene for disse framskrivningene er omtalt i punkt 4.1.3.

Tilbudssiden, altså hvor mange årsverk det forventes å bli framover innen hver helsepersonellgruppe, blir kun beregnet for 14 helsepersonellgrupper. Det er derfor ikke grunnlag for å beregne gapet (over- eller underdekning) for de tre restkategoriene.[13] Gap-analysen omfatter for eksempel ikke ufaglærte, som er en viktig og stor gruppe (49 383 årsverk i offentlig finansierte helse- og omsorgstjenester i 2025). Denne gruppen utgjør en stadig større andel av ansatte i tjenestene, og omtales nærmere i punkt 4.2.2.

Faktaboks 2 Framskrevet tilbud av 14 helsepersonellgrupper

I framskrivningen av tilgangen på arbeidskraft oppdaterer SSB de 14 helsepersonellgruppene år for år ved å legge til forventet tilgang (nye personer med den aktuelle utdanningen) og trekke fra forventet avgang (personer som går av med pensjon, får annen eller høyere utdanning, dør eller utvandrer).

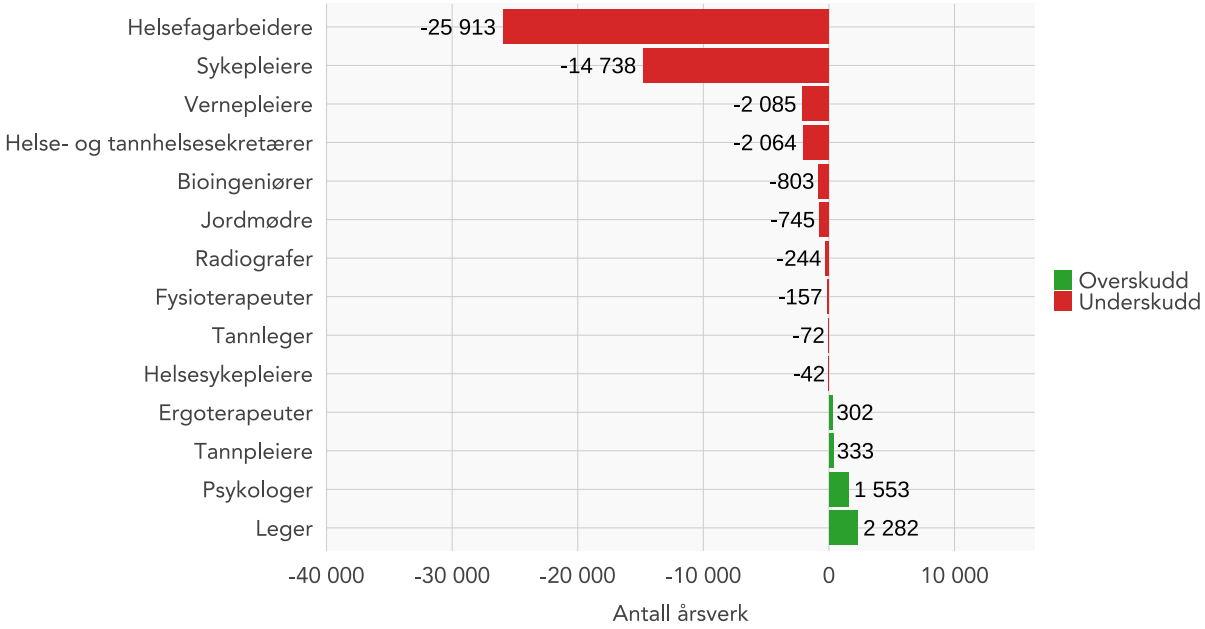
Samlet sett peker resultatene på en fortsatt vekst i tilbudet av årsverk utført av helsepersonell fram mot 2040. I referansealternativet har SSB beregnet at tilbudet av de 14 helsepersonellgruppene vil være om lag 295 300 årsverk i 2040, men det er stor variasjon mellom gruppene. Det forventes at antall årsverk vil vokse med 19 prosent blant sykepleiere og 7,2 prosent blant helsefagarbeidere.

Kilde: SSB. (2026a).

Gapet for de 14 helsepersonellgruppene blir beregnet ved å trekke forventet tilbud (295 300 årsverk) fra forventet etterspørsel (329 000 årsverk) og justere for dagens anslåtte mangel på helsepersonellårsverk (8 700).[14] Dette gir et gap på om lag 42 400 årsverk i 2040.[15]

[11] SSB. (2026).
[12] SSB. (2026).
[13] Ufaglærte i pasient- og brukerrettet arbeid, andre helseutdanninger som jobber med pleie og brukerrettede tjenester og personell med annen utdanning i administrasjon og service.
[14] SSB legger til grunn at det manglet 8 650 årsverk utført av helsepersonell i 2024 i sin gap-analyse.
[15] Summen av de framskrevne underskuddene er omtrent 46 800 årsverk, men siden det antas å bli overskudd av noen helsepersonellgrupper, er netto underskudd 42 400 årsverk.

Figur 1 Framskrevet underdekning eller overskudd av årsverk per helsepersonellgruppe i 2040, i absolutte tall



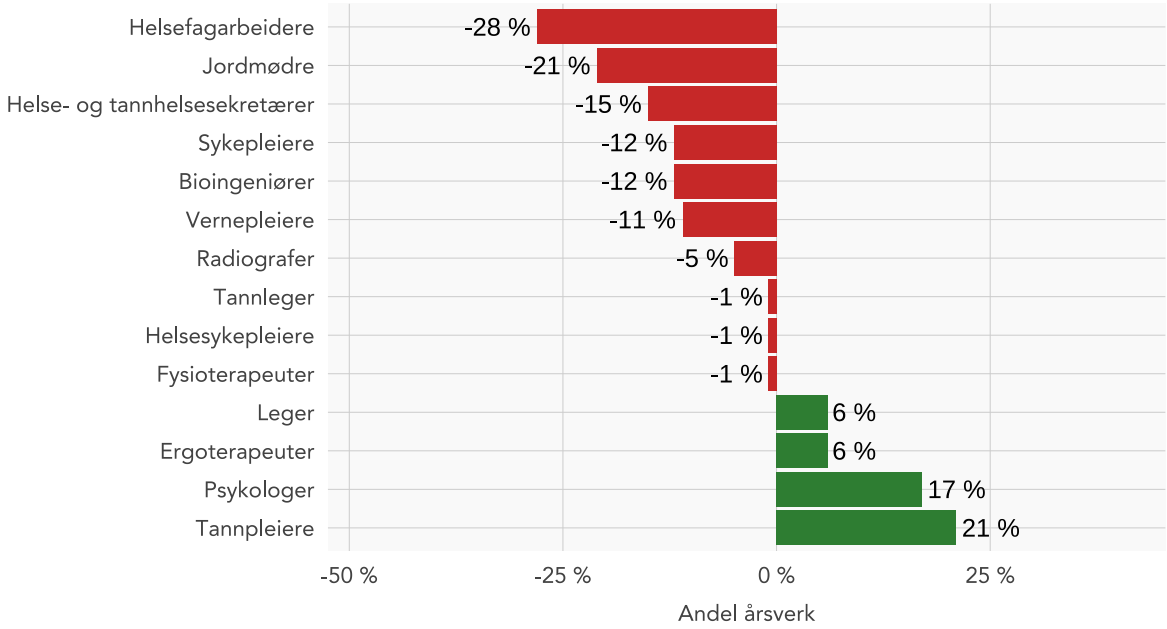
Kilde: Grunnlagsdata fra SSB bearbeidet av Riksrevisjonen.

Det framskrevne underskuddet i 2040 består i all hovedsak av helsefagarbeidere (25 900) og sykepleiere (14 700), som til sammen utgjør 40 600 årsverk, jf. figur 1.

Norge mangler i 2026 om lag 9 200 sysselsatte helsepersonell. SSB anslår at mangelen på helsepersonell vil utgjøre rundt 23 200 årsverk allerede i 2030. Dette innebærer at mangelen forventes å øke med om lag 3 500 årsverk per år fram til 2030. Helsefagarbeidere vil utgjøre over halvparten av mangelen i 2030.

Figur 1 viser at det forventes klart størst mangel på helsefagarbeidere og sykepleiere. Samtidig er det framskrevet et overskudd av årsverk utført av fire grupper helsepersonell i 2040: leger (2 300), psykologer (1 600), tannpleiere (300) og ergoterapeuter (300).

Figur 2 Framskrevet underdekning eller overskudd av årsverk per helsepersonellgruppe i 2040, som andel av etterspørselen i 2040



Kilde: Grunnlagsdata fra SSB bearbeidet av Riksrevisjonen.

Figur 2 viser underdekning eller overskudd som andel av etterspørselen i 2040 og viser dermed tydeligere hvilke grupper helsepersonell mangelen vil bli mest framtredende for.

Helsefagarbeidere er den helsepersonellgruppen det forventes å bli størst underdekning av i 2040, både i absolutte tall (figur 1) og som andel av forventet etterspørsel (figur 2). Underdekningen forventes å utgjøre 28 prosent av etterspørselen etter denne yrkesgruppen. Sykepleiere er også en stor gruppe, og underdekningen forventes å bli på 12 prosent i 2040. Underdekningen av de mindre gruppene jordmødre og helse- og tannhelsesekretærer forventes å bli på henholdsvis 21 og 15 prosent. Det forventes samtidig å bli et overskudd av leger og psykologer på henholdsvis 6 og 17 prosent i 2040.

4.1.3 Framskrivningene av behovet for, tilbudet av og mangelen på helsepersonell er usikre

SSB understreker at det beregnede gapet mellom tilbud av og etterspørsel etter helsepersonell ikke er en prognose for hvor mange stillinger som vil være ubesatt, eller hvor høy arbeidsledigheten i ulike grupper vil være, i 2040. Formålet med framskrivningene er å gi beslutningsstøtte ved å si noe om hvordan presset på arbeidsstyrken av helsepersonell framover kan bli, gitt forutsetningene i framskrivningene.

Sentrale begreper i framskrivningene:

- **Scenarioer:** En beskrivelse av en situasjon i framtiden som bygger på et sett forutsetninger. Viser hva som kan skje ved alternative forutsetninger.

- **Forutsetninger**: En antakelse om framtiden som et scenario bygger på. En forutsetning kan for eksempel være antall eldre, hvor mye tjenester hver bruker får, hvor effektivt helsepersonellet er og hvor mye omsorg familien gir.

- **Referansealternativ**: Hovedalternativet som de øvrige scenarioene sammenlignes med. Referansebanen viser forventet utvikling gitt forutsetningene i referansealternativet.

SSBs framskrivninger av etterspørselen etter helsepersonell er usikre

Resultatene av framskrivingene vil endre seg avhengig av hvilke forutsetninger som legges til grunn. I referansealternativet for etterspørselen har SSB lagt inn disse forutsetningene:

- Befolkningsutviklingen er lik SSBs befolkningsframskriving fra 2024. Endringer i befolkningssammensetningen, for eksempel hvor mange eldre det blir og hvor stor innvandringen er, får betydning for behovet for årsverk.
- Den årlige netto veksten i etterspørselen etter helsepersonell er satt til 0,5 prosent. Antakelsen er at standardforbedring, det vil si mer eller bedre helse- og omsorgstjenester over tid, vil føre til 1 prosent større behov for årsverk i tjenestene, og at produktivitetsvekst vil redusere behovet med 0,5 prosent.
- Befolkningen får en friskere aldring («med helseforbedring»), slik at behovet for helsetjenester forskyves mot høyere aldersgrupper.
- Det vil være konstant familieomsorg. Familieomsorgen ble beregnet til 90 000 årsverk i 2024, og antas å holdes seg på samme nivå framover, selv om flere eldre i befolkningen øker behovet. Det må tjenestene kompensere for (i beregningene framgår dette som «erstatning for pårørende»).

Hvis utviklingen på et område går i en annen retning enn antatt i referansealternativet, blir resultatene annerledes. SSB har laget ulike scenarioer som viser hvordan etterspørselen etter helsepersonell blir under ulike forutsetninger. SSBs framskrivninger viser at etterspørselen etter arbeidskraft i offentlig helse- og omsorgssektor i 2040 varierer mellom om lag 369 000 og 557 000 årsverk i de ulike scenarioene, avhengig av forutsetningene som legges til grunn.

SSB har beregnet flere alternative scenarioer for etterspørselssiden. Hvor mye hver bruker av helse- og omsorgstjenestene vil kreve av årsverk utført av helsepersonell framover, får stor betydning for resultatene. I referansealternativet er det lagt inn at det vil være helseforbedring hos eldre over 55 år. En konsekvens av dette er at folk vil trenge helsetjenester senere i livet, ettersom den forventede levealderen øker. Forutsetningen om helseforbedring hos eldre over 55 år vil bare gjelde tjenestegruppene somatikk og omsorgstjenester.

Hvis det viser seg at eldre i framtiden lever lenger uten å være tilsvarende friskere, vil resultatet av referansealternativet (scenarioet *med helseforbedring*) undervurdere behovet

for omsorgstjenester.[16] SSB anslår at i det alternative scenarioet *uten helseforbedring* at etterspørselen etter helsepersonell i offentlig finansierte helsetjeneste blir drøyt 46 400 årsverk flere enn referansealternativet, som er 461 500 årsverk. Så godt som hele økningen på 10 prosent vil komme i de kommunale omsorgstjenestene.

SSB viser til at det sannsynligvis har vært helseforbedring i befolkningen de siste tiårene, men at det likevel har vært en kraftig økning i behovet for årsverk utført av helsepersonell.[17] Etter Riksrevisjonens vurdering kan det indikere at det er risiko for at referansealternativet undervurderer behovet for årsverk.

SSB har også utarbeidet to scenarioer for hvordan produktiviteten utvikler seg, det vil si hvor effektive årsverkene utført av helsepersonell vil bli. I referansealternativet har SSB lagt inn en forutsetning om 0,5 prosent årlig produktivitetsvekst, og de har i tillegg beregnet et scenario med 0 prosent årlig produktivitetsvekst. Ifølge SSB er mulighetene for økt produktivitet trolig større i helse- og omsorgssektoren enn i andre deler av offentlig sektor, hvor produktivitetsveksten har vært rundt 0,2 prosent i året siden 2004. Men de sier også at produktivitetsvekst i helse- og omsorgssektoren er vanskelig å måle.

Ved å endre forutsetningen om produktivitetsvekst fra 0,5 prosent til 0,7 prosent, slik Helse- og omsorgsdepartementet har gjort i *Helsepersonellplan 2040*, vil den beregnede etterspørselen etter helsepersonell synke i årene framover. I 2030 vil endringen, hvis forutsetningen viser seg å stemme, føre til at behovet for helsepersonell vil være omtrent 5 700 årsverk lavere enn i referansealternativet, mens det i 2040 vil være omtrent 17 000 årsverk lavere. Disse årsverksanslagene inkluderer både de 14 helsepersonellgruppene og de såkalte restkategoriene: andre personellgrupper, administrasjon og service og ufaglærte. En reduksjon i forventet behov på om lag 17 000 årsverk kan ikke direkte overføres til gap-analysen, ettersom beregningene i gap-analysen kun gjennomføres for de 14 helsepersonellgruppene.

Selv om det er større muligheter for økt produktivitet i helse- og omsorgssektoren, peker SSB på at mange medisinske og teknologiske framskritt så langt ikke først og fremst har ført til mindre behov for arbeidskraft. I stedet har de i stor grad blitt brukt til å tilby flere og bedre helse- og omsorgstjenester. Riksrevisjonen mener det kan være en risiko for at en antatt produktivitetsvekst på mellom 0,5 og 0,7 prosent, overvurderer effekten produktivitetstiltak vil ha på behovet for årsverk. Etter Riksrevisjonens vurdering er det derfor viktig at omstillingstiltak iverksettes og følges opp slik at produktiviteten øker og dermed reduserer behovet for årsverk i helse- og omsorgstjenesten.

SSB viser også til at det er usikkert hvordan sammensetningen av helse- og omsorgstjenestene utvikler seg framover mot 2040, og hvilken betydning denne utviklingen får for etterspørselen etter årsverk utført av helsepersonell.[18] Innen kommunal omsorgstjeneste vil for eksempel utviklingen i bruk av hjemme- og institusjonstjenester, og hvor stor årsverksinnsats hver bruker av disse tjenestene krever, få betydning for

[16] SSB. (2026a).
[17] SSB. (2026a).
[18] SSB. (2023a).

etterspørselen etter helsepersonell. De siste årenes økning i antall årsverk i hjemmetjenestene har vært større enn det SSB beregnet i forrige framskrivning, der de tok utgangspunkt i tall fra 2019.

SSBs framskrivninger av tilbudet av helsepersonell er usikre

SSB lager i tillegg til referansealternativet for tilbudet av de 14 helsepersonellgruppene (se faktaboks 2) ulike scenarioer for utviklingen i tilbudet. Disse scenarioene viser hvordan tilbudet av helsepersonell kan påvirkes av ulike tiltak.

I et av scenarioene med henholdsvis *økt sannsynlighet for arbeid* og *utsatt pensjonering* fører tiltak for større yrkesaktivitet blant eldre helsepersonell til at tilbudet av helsepersonell øker med henholdsvis 1,2 og 1,5 prosent sammenlignet med referansealternativet. I et annet scenario med *økt tilgang på nyutdannet helsepersonell* fører 10 prosent økt utdanningskapasitet for de 14 helsepersonellgruppene til at tilbudet øker med 4,2 prosent sammenlignet med referansealternativet.

SSB har også laget egne framskrivninger av hvordan de ulike tiltakene teoretisk sett kan påvirke tilbudet av de ulike gruppene helsepersonell, som helsefagarbeidere og sykepleiere. Det er for eksempel beregnet hvordan redusert sykefravær vil kunne øke tilbudet for hver gruppe. Effekten er beregnet for hvert tiltak for seg, og resultatene er svært usikre.

SSB har ikke beregnet hvilken samlet effekt de endrede scenarioene på tilbuds- og etterspørselssiden vil ha på mangelen på helsepersonell i 2040 (gap-analysen).

4.2 Behovet for årsverk øker mest i den kommunale omsorgstjenesten

4.2.1 Økningen i behovet for årsverk vil trolig bli størst i de kommunale omsorgstjenestene

Tabell 2 viser at den samlede etterspørselen etter årsverk i de offentlige helse- og omsorgstjenestene i referansealternativet vil være 461 500 årsverk i 2040. Dette tallet inkluderer ikke øvrige tjenester (private helse- og omsorgstjenester) og avviker derfor fra den samlede etterspørselen etter 500 500 årsverk i tabell 1.

Tabell 2 Framskrevet etterspørsel etter årsverk i offentlige helse- og omsorgstjenester årene 2024–2040 (referansealternativet). Økning i antall og prosent

Sektor	2024	2030	2035	2040	Endring fra 2024 til 2040
Kommunale helsetjenester	43 700	46 400	48 500	50 800	*7 100 (16 %)*
Kommunale omsorgstjenester	162 100	195 800	216 200	239 900	77 800 (48 %)
Spesialist-helsetjenesten	137 700	151 700	161 600	170 800	33 100 (24 %)
Totalt	343 500	393 900	426 300	461 500	118 000 (34 %)

Kilde: Grunnlagsdata fra SSB bearbeidet av Riksrevisjonen.

Etterspørselen forventes å øke med om lag 34 prosent fram mot 2040, og økningen vil skje forholdsvis jevnt over tidsperioden.

Behovet for flere årsverk blant helsepersonell er forventet å øke mest i kommunale omsorgstjenester fordi det blir flere eldre som vil trenge pleie (se tabell 2). Innenfor omsorgstjenestene forventer SSB en samlet vekst på 77 800 årsverk (48 prosent).

Helsefagarbeidere utgjør den største gruppen helsepersonell i kommunale omsorgstjenester, med 35 prosent av årsverkene i 2025. Økt etterspørsel etter kommunale omsorgstjenester øker derfor behovet for helsefagarbeidere.

Faktaboks 3 Nærmere om den kommunale helsetjenesten og den kommunale omsorgstjenesten

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten deles inn i kommunal helsetjeneste og kommunal omsorgstjeneste.

Den kommunale **omsorgstjenesten** omfatter blant annet tjenester i hjemmet og personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt. I tillegg inngår helse- og omsorgstjenester i institusjon. Kommunale omsorgstjenester er blant annet tjenester som hjelper personer som trenger bistand i hverdagen på grunn av alder, sykdom, funksjonsnedsettelse eller demens. Tjenestene kan for eksempel gjelde personlig stell, medisinhåndtering og måltider/ernæring, og de utføres ofte av pleiegrupper eller ufaglærte. Helsetjenester i hjemmet kan også være avansert helsehjelp.

Den kommunale **helsetjenesten** yter blant annet medisinske og forebyggende tjenester, og fastlegeordningen er en del av denne tjenesten. I tillegg til leger jobber blant annet fysioterapeuter, sykepleiere og helsesykepleiere i denne tjenesten.

Kilde: Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2.

Tabell 3 Framskrevet etterspørsel etter årsverk i den kommunale omsorgstjenesten i årene 2024–2040 (referansealternativet). Økning i antall og prosent

Sektor	Helsetjeneste	2024	2030	2035	2040	Endring 2024 til 2040
Kommunale omsorgstjenester	Hjemmetjeneste	91 800	99 500	104 600	109 800	18 000 (20 %)
	Aktivisering	5 600	6 200	6 600	7 000	1 400 (25 %)
	Institusjon	64 700	78 000	85 600	95 300	30 600 (47 %)
	Erstatning for pårørende	0	12 000	19 300	27 800	27 800
	Totalt	162 100	195 700	216 100	239 900	***77 800 (48 %)***

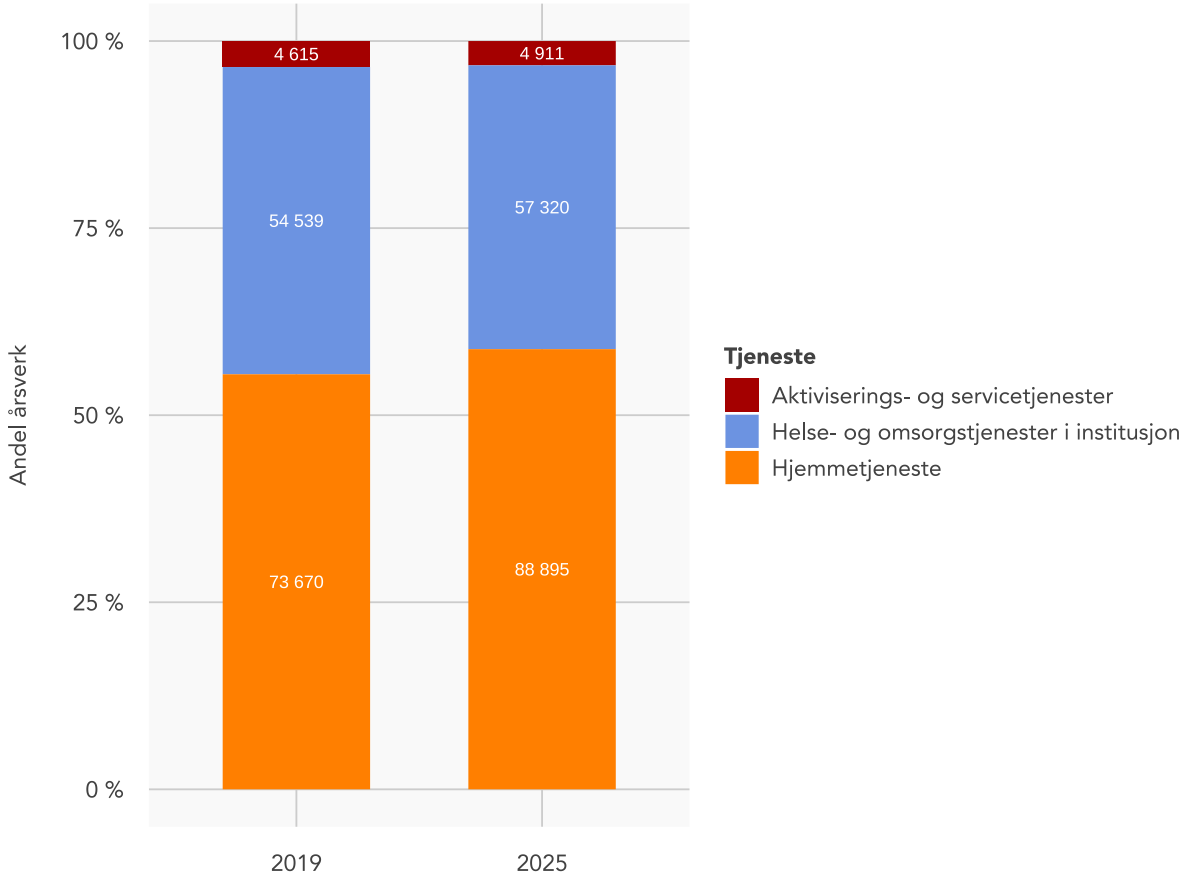
Kilde: Grunnlagsdata fra SSB bearbeidet av Riksrevisjonen.

Tabell 3 viser at av den forventede veksten i institusjoner utgjør 47 prosent (30 600 årsverk) av veksten i kommunale omsorgstjenester, mens forventet vekst for hjemmetjenestene utgjør rundt 20 prosent (18 000 årsverk).

Fordi det ikke forventes at hver pårørende skal øke innsatsen når andelen eldre øker i samfunnet, forventer SSB at det vil bli behov for flere årsverk utført av helsepersonell som erstatning for pårørende i kommunale omsorgstjenester i årene fram mot 2040. I 2024 anslo de at pårørendes innsats er på 90 000 årsverk, og i referansealternativet antar de at dette omfanget vil holde seg konstant, selv om det blir flere eldre. De kommunale omsorgstjenestene må derfor bidra med flere årsverk for å kompensere.

Som vist i tabell 3, vil det trolig allerede i 2030 være behov for ca. 12 000 ekstra årsverk utført av helsepersonell i den kommunale omsorgstjenesten på grunn av relativt mindre familieomsorg til den aldrende befolkningen, og dette forventes å øke til nærmere 27 800 årsverk i 2040.

Figur 3 Andel pasient- og brukerrettede årsverk per tjeneste i kommunale omsorgstjenester, 2019 og 2025



Kilde: Grunnlagsdata fra SSB bearbeidet av Riksrevisjonen.

Figur 3 viser at i 2025 utgjorde årsverkene i hjemmetjenesten[19] over halvparten av årsverkene i den kommunale omsorgstjenesten, og andelen har gått litt opp fra 2019 (fra 56 til 59 prosent). Andelen årsverk innenfor institusjoner har gått litt ned i perioden (fra 41 til 38 prosent).

Økningen i årsverk i hjemmetjenesten kan forklares både av økt andel brukere i befolkningen og økt ressursbruk per bruker.[20] SSB viser til at tjenestene i økende grad benyttes av brukere med mer omfattende og sammensatte behov, også i aldersgrupper som tidligere i mindre grad mottok slike tjenester. Selv om det i de eldste aldersgruppene fortsatt er en større andel som mottar hjemmetjenester, viser SSBs analyser at tjenestene i økende grad også brukes i yngre aldersgrupper. Yngre mottakere har i tillegg gjennomgående høyere ressursbruk per bruker enn tidligere. Dette gir en sterkere vekst i ressursbehovet enn det demografiske endringer alene skulle tilsi.

Analyser SSB har gjort viser at ressursinnsatsen per bruker i langtidsinstitusjoner økt med 9 prosent fra 2019 til 2024 målt i årsverk per døgn. Utviklingen i langtidsinstitusjoner tyder, ifølge SSB, på at tjenestene i stadig større grad konsentrerer seg om færre og mer

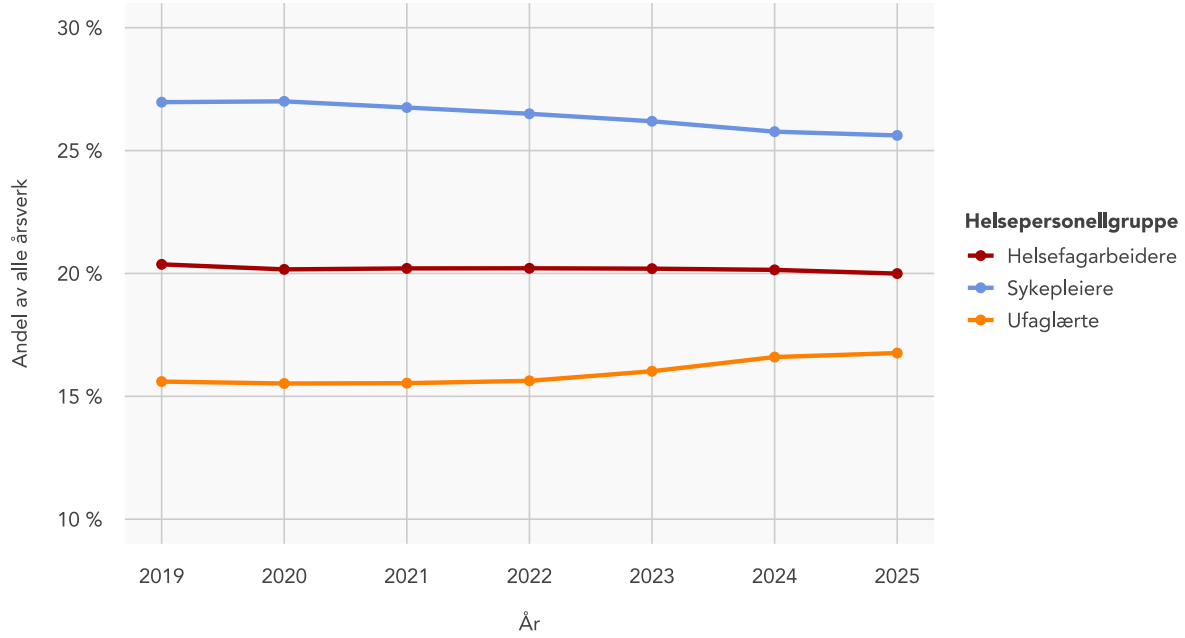
[19] Tallene for hjemmetjeneste inkluderer også personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring, se vedlegg 3.
[20] SSB. (2026a).

ressurskrevende brukere. Endringene må ses i sammenheng med utviklingen i hjemmetjenestene. At hjemmetjenester brukes stadig mer, også av brukere med relativt omfattende behov, kan ha bidratt til at overgangen til institusjon skjer senere enn før. Dermed avhenger ressursbehovet i større grad av hvor mye hjelp brukerne trenger, enn av hvor mange de er.

4.2.2 Andelen ufaglærte har økt særlig i den kommunale omsorgstjenesten

Sammensetningen av helsepersonell innad i den offentlig finansierte helse- og omsorgstjenesten har endret seg i perioden 2019–2025. Helsefagarbeidere, sykepleiere og ufaglærte[21], som inngår i figur 4, er gruppene som hadde flest årsverk i helse- og omsorgstjenesten i 2025.

Figur 4 Andel pasient- og brukerrettede årsverk i helse- og omsorgstjenesten etter yrkesgruppe (helsefagarbeidere, sykepleiere og ufaglærte), 2019–2025



Kilde: Grunnlagsdata fra SSB bearbeidet av Riksrevisjonen.

Sykepleiere[22] utgjorde i 2025 den største gruppen helsepersonell i helse- og omsorgstjenesten med 75 473 pasient– og brukerrettede årsverk, noe som er 26 prosent av årsverkene. Helsefagarbeidere er den nest største gruppen med 58 909 årsverk, som er en andel på 20 prosent. Andelen årsverk utført av sykepleiere sank med 1,4 prosentpoeng fra 2019 til 2025, mens andelen for helsefagarbeidere sank med 0,4 prosentpoeng. Det var særlig i hjemmetjenesten at andelen helsefagarbeidere sank.[23]

Ufaglærte utgjør også en stor gruppe. I 2025 var det totalt 49 382 årsverk utført av ufaglærte, 22 prosent flere enn i 2019 (da det var 40 639). Andelen årsverk utført av ufaglærte, blant alle årsverk i helse- og omsorgstjenesten økte fra omtrent 16 til

[21] Ufaglærte er personer som jobber i helse- og omsorgstjenestene, men som ikke har relevant helsefaglig utdanning.
[22] Helsepersonellgruppen sykepleiere inkludere både sykepleiere og sykepleiere med videreutdanning.
[23] SSB. (2026a)

17 prosent fra 2019 til 2025. Andelen ufaglærte økte særlig i hjemmetjeneste og institusjon.

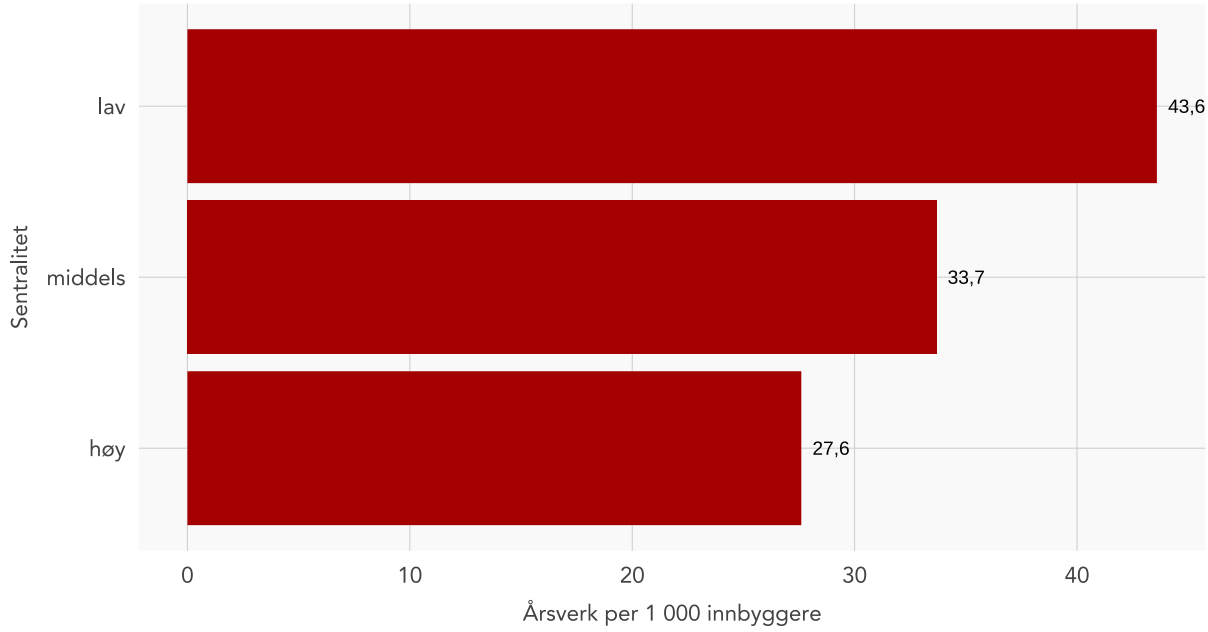
4.3 Forventet mangel på årsverk utført av helsepersonell i kommunene kan få alvorlige konsekvenser for tjenestetilbudet, særlig i de minst sentrale kommunene

Vi har kartlagt status for hvordan årsverk utført av helsepersonell i kommunale helse- og omsorgstjenester per 1 000 innbyggere fordeler seg mellom kommuner og hvordan årsverk utført av helsepersonell per 1 000 innbyggere i spesialisthelsetjenesten fordeler seg mellom de regionale helseforetakenes opptaksområder. Videre har vi sammenstilt informasjon om hvordan behovet for helsepersonell forventes å utvikle seg i sentrale og mindre sentrale kommuner.

4.3.1 Det er flest årsverk per innbygger i de minst sentrale kommunene

Som et mål på kommunenes sentralitet har SSB utarbeidet en sentralitetsindeks, som rangerer kommunene fra mest sentrale til minst sentrale på en skala fra én til seks. I våre analyser har vi slått sammen skalaverdiene til tre kategorier: lav, middels og høy sentralitet.

Figur 5 Pasient – og brukerrettede årsverk per 1 000 innbyggere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, etter sentralitet, 2025



Kilde: Grunnlagsdata fra SSB bearbeidet av Riksrevisjonen.

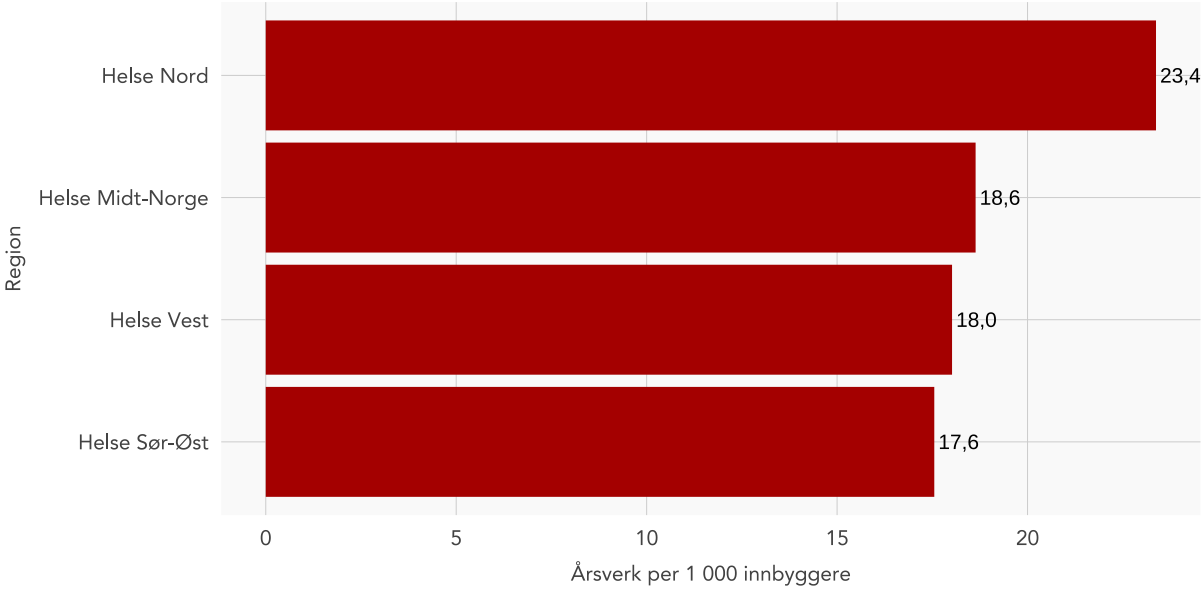
Figur 5 viser at det er gjennomgående flest årsverk per 1 000 innbyggere i de minst sentrale kommunene. Disse kommunene har omtrent 58 prosent flere årsverk per 1 000 innbyggere enn de mest sentrale kommunene. På nasjonalt nivå er det om lag 32 årsverk per 1 000 innbyggere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, altså omtrent like

mange som i de middels store kommunene. Når vi ser på hver enkelt helseregion for seg, er antall årsverk per 1 000 innbyggere i de tre sentralitetskategoriene omtrent som på landsbasis.

4.3.2 I spesialisthelsetjenesten er det flest årsverk per innbygger i opptaksområdet til Helse Nord

I analysen vår av årsverk per innbygger innenfor spesialisthelsetjenesten har vi tatt utgangspunkt i de regionale helseforetakenes opptaksområder, det vil si de geografiske områdene hvor de regionale helseforetakene har ansvar for å tilby spesialisthelsetjenester.

Figur 6 Pasient- og brukerrettede årsverk per 1 000 innbyggere i spesialisthelsetjenestens opptaksområder, 2025



Kilde: Grunnlagsdata fra SSB bearbeidet av Riksrevisjonen.

Figur 6 viser at det er opptaksområdet til Helse Nord RHF som har flest årsverk i spesialisthelsetjenesten per 1 000 innbyggere. Området har omtrent 23 slike årsverk per innbygger, som er 33 prosent flere enn opptaksområdene til Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF, som har omtrent 18 hver.

Det er en lignende fordeling når vi ser på antall årsverk per 1 000 innbyggere i hele helsetjenesten (kommunale helse- og omsorgstjenester, spesialisthelsetjenester, tannhelsetjenester og andre helsetjenester).[24] Igjen er det opptaksområdet til Helse Nord RHF som har flest årsverk, 75 per 1 000 innbyggere. Til sammenligning har Helse Sør-Øst 58 årsverk per 1 000 innbyggere.

Selv om Helse Nord har flest årsverk per 1 000 innbyggere, har de færrest årsverk i absolutte tall av de fire regionene (41 800), mens Helse Sør-Øst har flest (211 400).[25]

[24] Personell i Administrasjon og service (uten helseutdanning) er utelatt fra analysen.
[25] Tallene gjelder årsverk i helsetjenesten totalt, inkludert både pasient- og brukerrettede årsverk (POB) og administrasjon og service (AOS).

Av de fire regionene har opptaksområdet til Helse Nord RHF flest årsverk leger, sykepleiere og helsefagarbeidere per 1 000 innbyggere i spesialisthelsetjenesten, mens opptaksområdet til Helse Vest RHF har færrest leger og helsefagarbeidere per 1 000 innbyggere. Opptaksområdet til Helse Sør-Øst RHF har færrest sykepleiere per 1 000 innbyggere. Opptaksområdet til Helse Nord RHF har også hatt størst økning i årsverk utført av leger per innbygger fra 2019 til 2025, på 0,5 årsverk (fra 4,0 til 4,5 årsverk utført av leger) per 1 000 innbyggere. De andre tre regionene har hatt ganske lik økning i årsverk utført av leger i perioden, mellom 0,2 og 0,3 årsverk.

Opptaksområdet til Helse Nord RHF er preget av spredt bosetting, et forholdsvis lite pasientgrunnlag og store reiseavstander.[26] Det betyr at helseforetakene i helseregionen må opprettholde desentraliserte tilbud og akuttberedskap flere steder, og at behovet for årsverk per innbygger er større enn i mer tettbygde regioner. De samme årsaksforklaringene kan gjøre seg gjeldende i mindre sentrale kommuner.

OECD-rapporten *Health at a Glance*[27] viser at Norge har en gjennomgående høy legetetthet på regionalt nivå, og samtidig forholdsvis små forskjeller mellom regionene sammenlignet med mange andre OECD-landene. Dette kan indikere en mer balansert geografisk fordeling av leger, uten de store konsentrasjonene i hovedstadsregioner som det er i flere andre land.

I NOU-en *Tid for handling* skriver helsepersonellkommisjonen at det kan være flere årsaker til at Norge har høy dekning av leger og sykepleiere.[28] Den høye dekningen kan ha sammenheng med at en spredt befolkning, store avstander og desentraliserte tjenester gir personellintensive helse- og omsorgstjenester. Ifølge utredningen kan den også skyldes at helse- og omsorgstjenestene i Norge holder gjennomgående høy kvalitet.

4.3.3 Veksten i arbeidsstyrken i de mindre sentrale kommunene er svak og forventes å utvikle seg i negativ retning over tid

Helsetjenestene i landets minst sentrale kommuner og i opptaksområdet til region Nord har flest årsverk per 1 000 innbyggere. Ulike befolkningsframskrivninger viser at det blir flere eldre og relativt sett færre yngre i arbeidsfør alder. Dette vil føre til press på helse- og omsorgstjenestene, særlig i mindre sentrale kommuner.[29] SSBs befolkningsframskrivninger for kommunene fra 2026 viser at veksten i arbeidsstyrken i mindre sentrale kommuner er svak, og den ventes å bli negativ over tid, samtidig som befolkningen blir eldre. Mindre sentrale strøk har allerede en eldre befolkning og lav tilflytting, og rammes derfor særlig hardt. Dette understrekes også av Kommunekommisjonens rapport fra 2026.[30]

I mindre sentrale kommuner ventes det at folketallet vil vokse svakt eller gå ned, samtidig som andelen eldre blir høyere og andelen som er i arbeidsfør alder, går ned. En av

[26] Helse Nord RHF. (2022).
[27] OECD. (2025).
[28] NOU 2023:4.
[29] SSB (2026b) og SSB. (2026c).
[30] NOU 2026: 1

grunnene er at unge flytter til byer og storbyer. Med andre ord ventes det at arbeidsstyrken i distriktskommuner vil bli betydelig svekket.

I 2025 kartla Telemarksforsking arbeidskraftbehovet i kommunene. Kartleggingen viser at utfordringene med sysselsetting i de minst sentrale kommunene vil bli særlig store innenfor helse- og omsorgstjenestene.[31] Kartleggingen viser også at flere kommuner vil få behov for langt flere arbeidstakere enn det som er tilgjengelig lokalt, og videre at muligheten for å kompensere gjennom pendling fra andre kommuner er begrenset. Ifølge Telemarksforsking kan dette få alvorlige konsekvenser for kommunenes evne til å levere tjenester, særlig i helse- og omsorgssektoren, og flere kommuner risikerer å ikke kunne opprettholde lovpålagte tjenester. Riksrevisjonen vurderer dette som en alvorlig utfordring i årene framover, særlig for de minst sentrale kommunene.

4.4 Det kan bli vanskelig å sikre nok årsverk utført av helsefagarbeidere

Til tross for at det har vært en økning i antall årsverk i helse- og omsorgstjenestene fra 2019 til 2025, er det som vist ovenfor mangel på særlig helsefagarbeidere – og situasjonen er vedvarende. Det er flere faktorer som kan redusere den tilgjengelige arbeidskraften i helse- og omsorgstjenestene, som sykefravær, deltidsstillinger, tidlig avgang fra arbeidslivet, lav utdanningskapasitet og helsepersonell som arbeider utenfor helsetjenesten.

Vår undersøkelse viser at utviklingen i og status for disse faktorene mellom 2019 og 2025 kan gjøre det særlig utfordrende å sikre nok årsverk utført av helsefagarbeidere. Helsefagarbeidere har høyest sykefravær av alle helsepersonellgruppene, de er blant helsepersonellgruppene med lavest gjennomsnittlig stillingsprosent, og en stor andel nærmer seg 60 år samtidig som det er få som tar denne utdanningen.

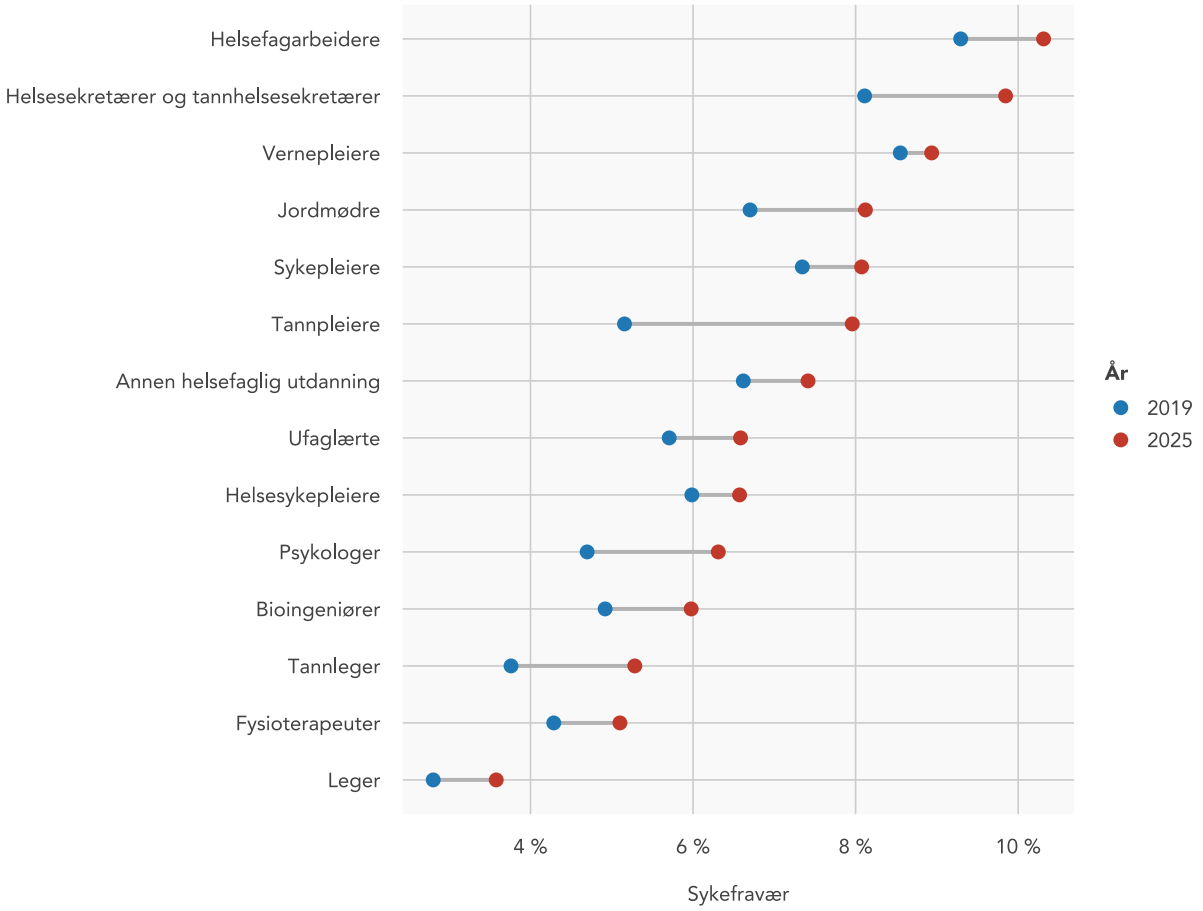
4.4.1 Legemeldt sykefravær gikk opp for alle personellgruppene i perioden fra 2019 til 2025 og øker mest for aldersgruppen under 44 år

I *Helsepersonellplan 2040* (Meld. St. 11 (2025–2026) blir det anslått at man ved å redusere sykefraværet med mellom 10 og 20 prosent gjennom ulike tiltak vil kunne øke tilbudet av helsepersonell med mellom 2 400 og 4 800 årsverk. Undersøkelsen viser at fra 2019 til 2025 økte legemeldt sykefravær [32] i pasient- og brukerrettede stillinger for alle helsepersonellgruppene samlet med 0,9 prosentpoeng, fra et gjennomsnitt på 7,0 prosent i 2019 til et gjennomsnitt på 7,9 prosent i 2025. Til sammenligning økte det legemeldte[33] sykefraværet for alle lønnstakere i Norge med 0,6 prosentpoeng i samme periode, fra 4,9 prosent i 2019 til 5,5 prosent i 2025.[34]

[31]. St. 11 (2025–2026), der det er vist til: Vareide, K., Brandtzæg, B., Storm, H. og Westeren, I. (2026).Rapport utarbeidet av Telemarksforsking på oppdrag.
[32] Arbeidstakeren har fått sykmelding fra lege eller annet helsepersonell med sykmeldingsrett.
[33] Det egenmeldte sykefraværet i Norge har holdt seg stabilt på om lag 1 prosent i perioden 2019 til 2025. Vi har kun data for legemeldt sykefravær for helsepersonell, og det er dette som omtales i denne rapporten.
[34] Basert på data fra SSBs Statistikkbank, tabell 12439 (SSB, 2026, 3 september, a). Tall fra 4. kvartal.

Det legemeldte sykefraværet økte i alle helsetjenester i perioden fra 2019 til 2025. Sykefraværet er høyest i den kommunale omsorgtjenesten, som hadde et samlet gjennomsnittlig legemeldt sykefravær på 8,9 prosent i 2025. De andre tjenestene hadde i 2025 et legemeldt sykefravær på mellom 6,6 og 6,9 prosent.

Figur 7 Endring i legemeldt sykefravær for personellgrupper 2019 til 2025. Pasient- og brukerrettede årsverk



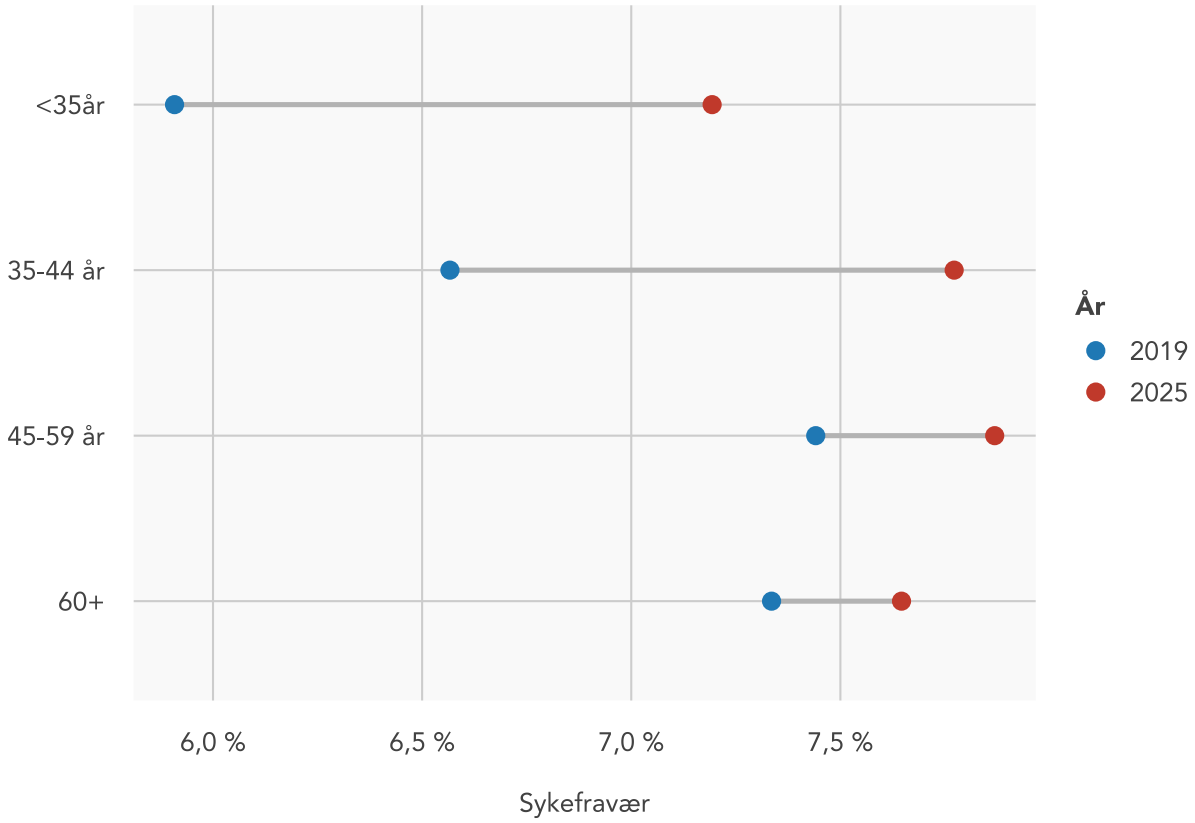
Kilde: Grunnlagsdata fra SSB bearbeidet av Riksrevisjonen.

Figur 7 viser at sykefraværet gikk opp for alle personellgruppene i den offentlig finansierte helse- og omsorgstjenesten fra 2019 til 2025. Sykefraværet økte mest for tannpleiere (2,8 prosentpoeng) og helsesekretærer og tannhelsesekretærer (1,7 prosentpoeng), mens vernepleiere hadde minst økning (0,4 prosentpoeng).

I 2025 var sykefraværet høyest hos helsefagarbeidere (10,3 prosent), helsesekretærer/tannhelsesekretærer (9,8 prosent) og vernepleiere (8,9 prosent). Til sammen hadde disse gruppene 1,8 millioner sykefraværsdager. Disse tre gruppene utgjør en stor andel av den samlede arbeidsstyrken i helsetjenesten, og de er blant helsepersonellgruppene det forventes å bli størst mangel på i årene framover.

Leger har det lavest sykefraværet (3,6 prosent) av helsepersonellgruppene. De har også et legemeldt sykefravær som ligger under gjennomsnittet for alle lønnstakere i Norge.

Figur 8 Legemeldt sykefravær hos helsepersonell i 2019 og 2025 etter aldersgrupper, i prosent

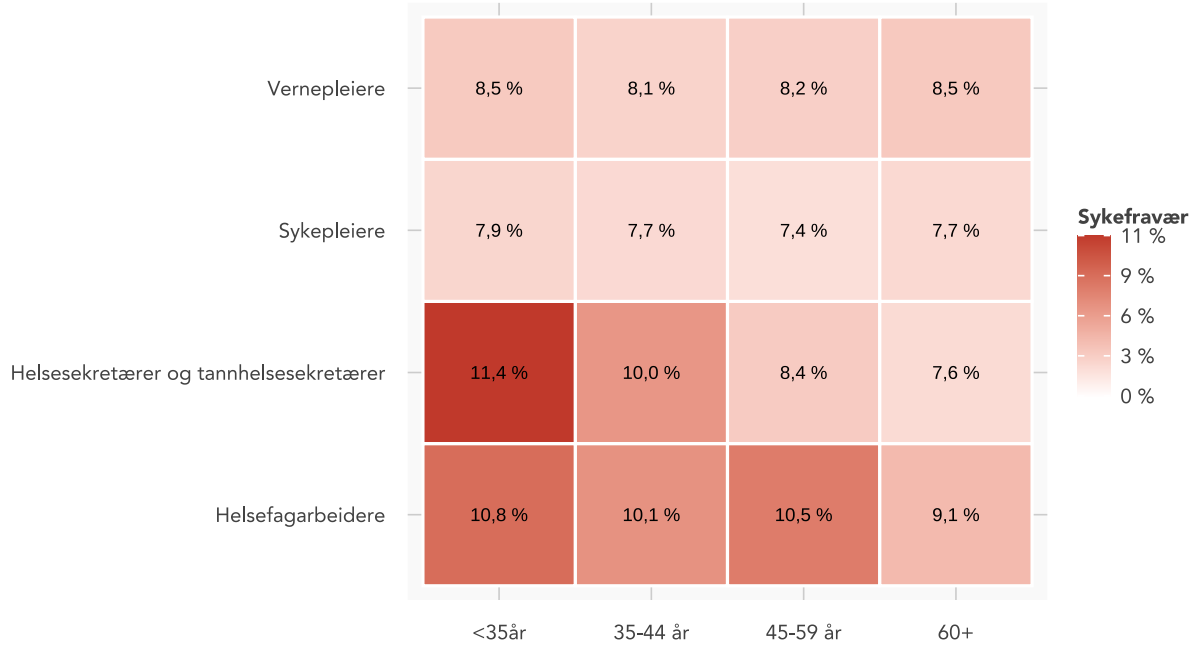


Kilde: Grunnlagsdata fra SSB bearbeidet av Riksrevisjonen.

Figur 8 viser at sykefraværet for helsepersonell i den offentlig finansierte helse- og omsorgstjenesten økte i alle aldersgrupper fra 2019 til 2025.[35] Overordnet har sykefraværet blant de yngre nærmet seg sykefraværet blant de eldre. Sykefraværet i aldersgruppene 35 år og yngre og 35–44 år, har økt med henholdsvis 1,3 og 1,2 prosentpoeng. For aldersgruppene 45–59 år og over 60 år har sykefraværet til sammenligning økt med 0,4 og 0,3 prosentpoeng. I 2025 var sykefraværet blant dem under 35 år nesten likt sykefraværet til dem over 60 år i 2019. Sykefraværsprosenten er fortsatt høyest i aldersgruppen 45–59 år, mens den er lavest i gruppen 35 år eller yngre.

[35] Tallene inkluderer årsverk utført av pasient- og brukerrettede stillinger og helsepersonell i administrasjon og service.

Figur 9 Legemeldt sykefravær i 2025 etter alder for utvalgte helsepersonellgrupper



Kilde: Grunnlagsdata fra SSB bearbeidet av Riksrevisjonen.

Figur 9 viser at for både helsefagarbeidere, sykepleiere og helsesekretærer er det gruppen under 35 år som har det høyeste legemeldte sykefraværet i den offentlig finansierte helse- og omsorgstjenesten.[36] Den nasjonale utviklingen for alle sektorer viser at kvinner i alderen 30–34 hadde det høyeste sykefraværet i 2025, med 8,6 prosent.[37] Nav viser i sin årsstatistikk for sykefravær til at dette kan ha sammenheng med svangerskapsrelatert sykefravær, men de siste årene har det vært en betydelig økning i sykefravær med psykiske lidelser for denne gruppen.

Det legemeldte sykefraværet er høyere for kvinnelig helsepersonell enn for mannlig helsepersonell i perioden 2019–2025.[38] Sykefraværet for kvinner steg fra 7,4 til 8,4 prosent, mens det økte fra 4,0 til 4,7 prosent for menn. Økningen i det legemeldte sykefraværet har altså vært noe større for kvinnelig enn for mannlig helsepersonell. Det er størst forskjell i sykefraværet mellom mannlige og kvinnelige helsefagarbeidere. Kvinnelige helsefagarbeidere hadde i gjennomsnitt 4,0 prosentpoeng høyere sykefravær enn mannlige helsefagarbeidere, i perioden 2019–2025. Kvinnelig leger hadde omtrent 2,7 prosentpoeng høyere sykefravær enn mannlige leger.

I helsesektoren gikk 5 443 816 dagsverk – eller om lag 23 300 årsverk – tapt til sykefravær i 2025.[39] Sykefraværet var høyest i den kommunale omsorgstjenesten, som også er den tjenesten som er forventet å ha den høyeste veksten i årsverksbehovet for helsepersonell i årene fram mot 2040. I omsorgstjenesten jobber det en stor andel helsefagarbeidere, som

[36] Tallene inkluderer årsverk utført i pasient- og brukerrettede stillinger og helsepersonell i administrasjon og service
[37] Nav. (2025, 26.februar).
[38] Tallene inkludere både pasient- og brukerrettede årsverk (POB) og administrasjon og service (AOS).
[39] Omregningen til årsverk tar utgangspunkt i 7,5 timer arbeidsdag og at et årsverk inneholder 1 750 arbeidstimer jf. SSBs definisjon på et årsverk (*SSB. (u.å.b)).* Dette gir et omtrentlig tall på årsverkene ettersom et årsverk innen ulike helse- og omsorgsyrker kan variere som konsekvens av for eksempel turnusarbeid.

er den helsepersonellgruppen som har høyest legemeldt sykefravær. 53 prosent av helsefagarbeiderne hadde minst ett tilfelle av legemeldt sykefravær i 2025.

SSB har beregnet at dersom sykefraværet for helsefagarbeidere reduseres med 20 prosent, øker tilbudet med 1 500 årsverk sammenlignet med referansealternativet.

Selv om 53 prosent av helsefagarbeiderne altså hadde legemeldt sykefravær i 2025, stod 7,0 prosent av dem med legemeldt fravær for over halvparten av sykefraværet. Med andre ord var det en liten andel som stod for mye av fraværet.

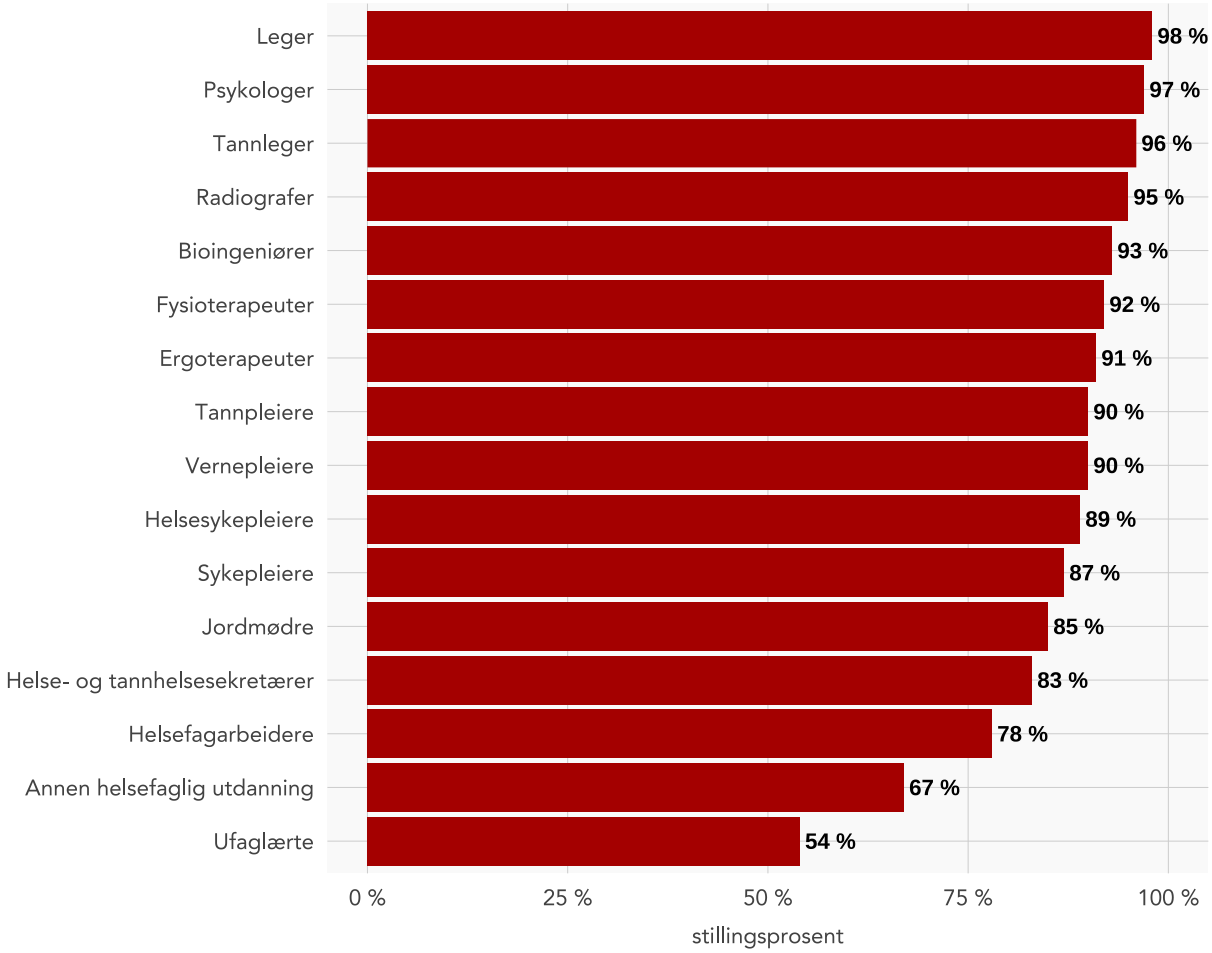
4.4.2 Den gjennomsnittlige stillingsprosenten for helsepersonell har gått litt opp

Helsepersonellplan 2040 (Meld. St. 11 (2025–2026) anslår at det er potensiale for å øke tilbudet av helsepersonell med 22 000 årsverk fram mot 2040 dersom stillingsprosenten økes med 10 prosent gjennom ulike tiltak.

Vår undersøkelse viser at den gjennomsnittlige stillingsstørrelsen i den samlede helse- og omsorgstjenesten økte med 2 prosentpoeng, fra 85 til 87 prosent, i perioden 2019–2025. Blant de som har hovedarbeidsforhold i spesialisthelsetjenesten økte gjennomsnittlig stillingsstørrelse for alle helsepersonellgrupper i pasient- og brukerrettede stillinger fra 85 til 87 prosent. I den kommunale helse- og omsorgstjenesten økte gjennomsnittlig stillingsstørrelse for hovedjobb med 3 prosentpoeng fra 70 til 73 prosent.

I 2025 var den gjennomsnittlige stillingsprosenten lavest i den kommunale omsorgstjenesten (69 prosent). Her er det flest helsefagarbeidere, som i gjennomsnitt har en forholdsvis lav stillingsprosent (78).

Figur 10 Gjennomsnittlig stillingsprosent i pasient- og brukerrettede stillinger per helsepersonellgruppe i helse- og omsorgssektoren, 2025



Kilde: Grunnlagsdata fra SSB bearbeidet av Riksrevisjonen.

Leger og psykologer har, som det framgår av figur 10, høyest gjennomsnittlig stillingsprosent, henholdsvis 98 og 97. Helsefagarbeidere har en gjennomsnittlig stillingsprosent på 78 og sykepleiere har en gjennomsnittlig stillingsprosent på 87. Ufaglærte og personell med annen helsefaglig utdanning har lavest stillingsprosent – henholdsvis 54 og 67. Dette kan for eksempel skyldes at ufaglærte ofte brukes som fleksibel arbeidskraft, og at arbeidsgivere kan prioritere å ansette fagkompetanse i hele stillinger.

Gjennomsnittlig stillingsprosent er høyest blant helsepersonell mellom 35 og 59 år i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helsetjenesten. I disse tjenestene har denne aldersgruppen en gjennomsnittlig stillingsprosent på mellom 91 og 94 prosent. Helsepersonell som er over 60 år, har lavest gjennomsnittlig stillingsprosent i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helsetjenesten, mellom 74 og 79 prosent. I den kommunale omsorgstjenesten, derimot, er det helsepersonell under 35 år som har lavest gjennomsnittlig stillingsprosent (59).

Helsefagarbeidere i den kommunale omsorgstjenesten har en relativt lav stillingsprosent, og det er utfordrende fordi etterspørselen etter denne gruppen i den kommunale omsorgstjenesten vil øke fram mot 2040. SSB har gjort beregninger som viser at økt stillingsprosent hos helsefagarbeidere er det scenarioet som vil kunne ha størst effekt på tilbudssiden. En økning på 10 prosent for alle aldersgrupper ville potensielt ha gitt 6 200 flere årsverk i 2040 sammenlignet med referansealternativet.

4.4.3 I mange av helsepersonellgruppene er det begrensede muligheter for å øke stillingsprosenten

Gjennomsnittlig stillingsprosent tar ikke hensyn til at helsepersonell kan ha flere ansettelsesforhold og kombinere hovedarbeid med

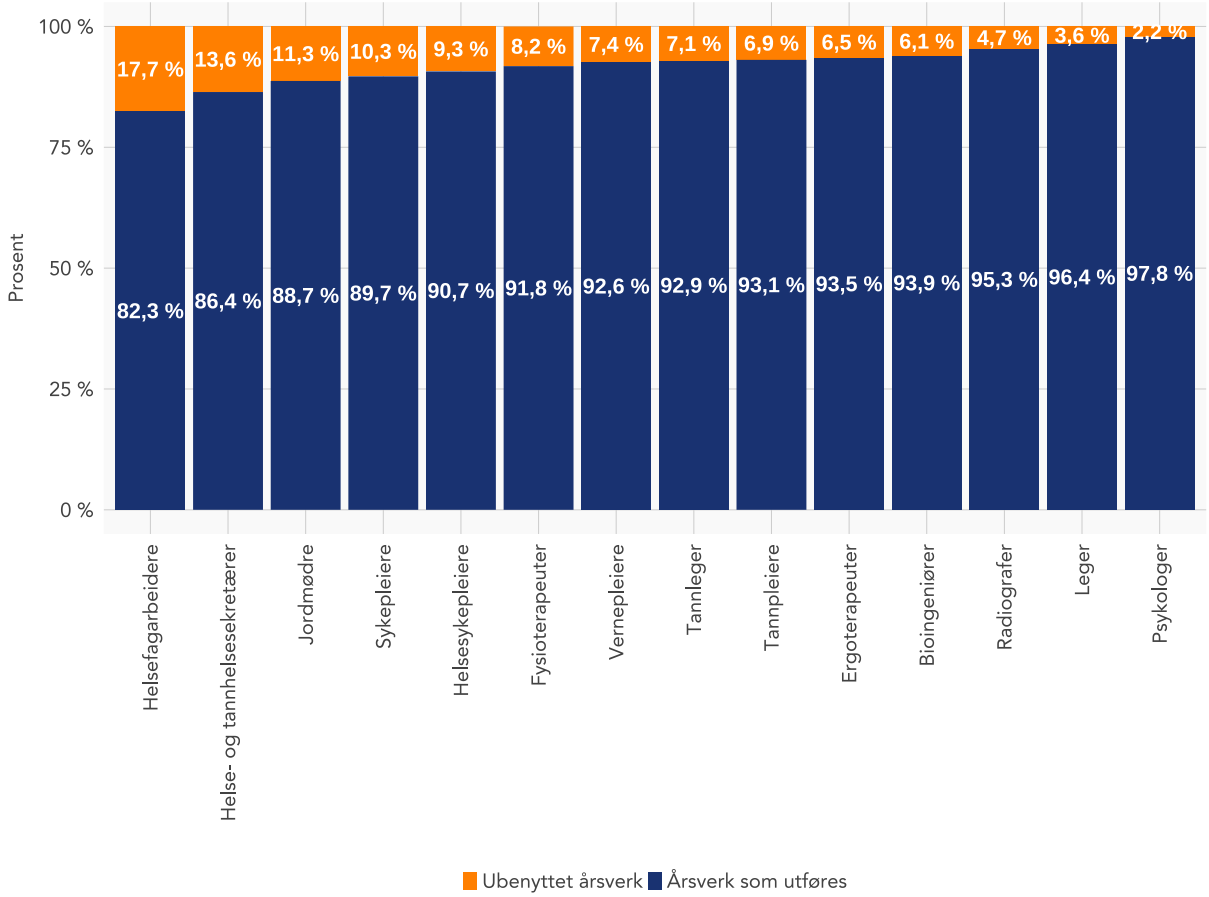
- en eller flere mindre stillinger i en annen del av helsetjenesten
- arbeid i andre helsetjenester utenfor offentlig finansiert helsetjeneste, for eksempel private helsetjenester
- arbeid utenfor helsetjenesten, for eksempel innenfor forskning eller utdanning

Dette betyr at en del av reserven eller den ledige arbeidskapasiteten som gjenstår når vi ser på gjennomsnittlig stillingsprosent for hovedarbeid, allerede er i bruk i ulike helsetjenester og utenfor helsetjenesten.

Om vi tar med alle biarbeidsforhold (både i og utenfor helsetjenesten) er den gjennomsnittlige stillingsprosenten 89 prosent. Den teoretiske muligheten for at helsepersonell kan øke arbeidsinnsatsen sin i helsetjenesten, er derfor 2 prosentpoeng mindre enn den gjennomsnittlige stillingsprosenten (87 prosent) for hovedarbeidet skulle tilsi.

Andelen ubenyttede årsverk var dermed 11 prosent i 2025. I 2019 var det tilsvarende tallet 13 prosent. Dette tyder på at helsepersonell i gjennomsnitt arbeider en større del av en 100 prosent stilling i 2025 enn i 2019.

Figur 11 Fordeling av ubenyttede og utførte årsverk per helsepersonellgruppe i prosent, 2025



Kilde: Grunnlagsdata fra SSB bearbeidet av Riksrevisjonen.

Figur 11 viser at det er helsefagarbeidere som har høyest andel ubenyttede årsverk og dermed teoretisk størst mulighet til å ha høyere stillingsprosent. Psykologer har lavest andel ubenyttede årsverk.

Helsefagarbeidernes totale stillingsprosent (inkludert alle biarbeidsforhold både i og utenfor helsetjenesten) er 82 prosent. Dersom alle hadde arbeidet i en 100 prosent stilling, ville arbeidsinnsatsen teoretisk vært 18 prosentpoeng høyere. Dette tilsvarer 13 615 årsverk. Tilsvarende tall for psykologer er 2,2 prosentpoeng. Dette utgjør 145 årsverk.

Det er ikke gitt at de som jobber mindre enn full stilling ønsker å jobbe mer, eller at de som jobber delvis utenfor helsetjenesten ønsker å jobbe mer i helsetjenesten. Ubenyttede årsverk og årsverk utenfor helsetjenesten representerer derfor en teoretisk størrelse og ikke nødvendigvis faktisk tilgjengelig arbeidskraft. Stillingsprosenten påvirkes av en rekke forhold, som individuelle preferanser og livsfase, som igjen påvirker hvor mye man ønsker å arbeide.[40]

[40] Statistisk sentralbyrå (2026). Dokumentasjon til Riksrevisjonen. Se vedlegg 3.

Det er vanskelig å si sikkert hvor stor andel av deltiden som er frivillig, og hvor stor andel som er ufrivillig. Det finnes ikke eksakte tall for hvor mange helsepersonell som jobber ufrivillig deltid i Norge, men data fra arbeidskraftundersøkelsen 2025 viser at omtrent 20 prosent av de deltidsansatte i helse- og sosialsektoren ønsker å jobbe mer. Samtidig viser den samme undersøkelsen at 7 prosent av alle ansatte i denne sektoren ønsker å jobbe mindre.[41]

Data fra Arbeidskraftundersøkelsen i 2022 viser at om lag 10 prosent av sykepleiere som jobber deltid jobber ufrivillig deltid, det vil si uttrykker et ønske om, og har kapasitet eller mulighet til, å arbeide mer. Imidlertid rapporterte ingen av disse at de aktivt hadde søkt å øke sin stillingsandel.[42] Hvorfor sykepleiere arbeider deltid, varierer. Nesten halvparten oppgir enten videreutdanning, egen helse eller omsorgsoppgaver som hovedgrunnen til at de har valgt å jobbe deltid.

4.4.4 En liten andel personer med helsefaglig utdanning jobber helt utenfor helsetjenesten

I 2025 ble 60 222 årsverk utført av helsepersonell som jobber i virksomheter utenfor helse- og omsorgstjenesten. Dette utgjorde 18 prosent av alle årsverk med helseutdanning. Fra 2019 til 2025 økte antall årsverk per 1 000 innbyggere utført utenfor helsetjenesten, med 6,6 prosent. Veksten i den samlede helse- og omsorgstjenesten var 7,4 prosent, altså noe høyere.

De fleste med helseutdanning som jobber i virksomheter utenfor helse- og omsorgstjenestene, jobber innenfor offentlig administrasjon, forsvar og trygdeordninger (18 prosent), andre sosialtjenester uten botilbud (15 prosent) og undervisning (12 prosent). Dette er sektorer hvor det er rimelig å anta at helseutdanning er relevant for fagutvikling, kvalitet i helsetjenesten og pasientsikkerhet, selv om det ikke er direkte pasientkontakt. Totalt sett betyr dette at det er små muligheter for å øke antallet årsverk i helsetjenestene ved å hente tilbake dem som jobber helt utenfor tjenesten.

4.4.5 Mange helsefagarbeidere nærmer seg 60 år

Helsepersonellplan 2040 (Meld. St. 11 (2025–2026) anslår at det er potensiale for å øke tilbudet av helsepersonell med mellom 3 400 og 8 200 årsverk i 2040 dersom man øker andelen over 60 år som jobber i tjenestene.

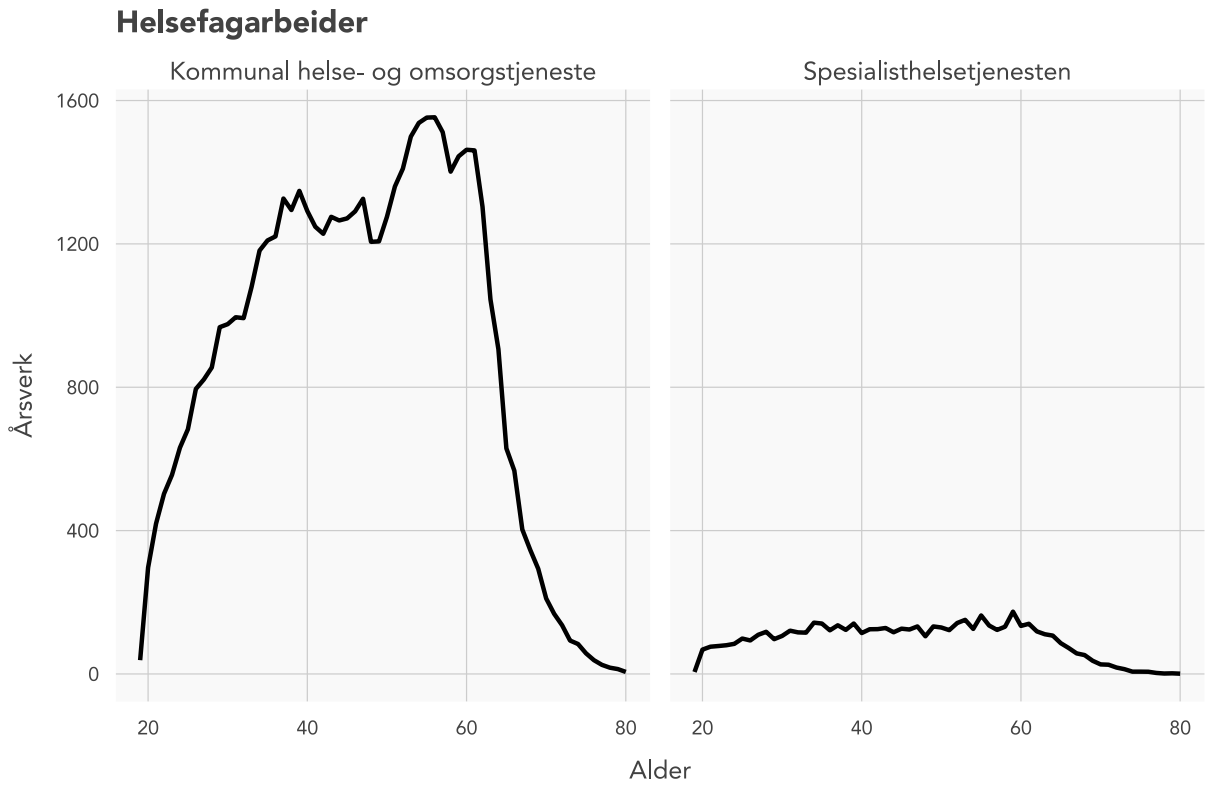
Vår undersøkelse viser at 12 prosent av de pasient- og brukerrettede årsverkene i helsetjenesten i 2025 ble utført av helsepersonell som var 60 år og eldre. Andelen var høyere den kommunale helse- og omsorgstjenesten (13 prosent) enn i spesialisthelsetjenesten (9,7 prosent).

I 2025 var helsefagarbeidere (17 prosent), tannleger (16 prosent) og helsesekretærer (15 prosent) de gruppene i helse- og omsorgstjenesten som hadde høyest andel årsverk utført av helsepersonell som var 60 år eller eldre. Psykologer hadde lavest andel

[41] Data oversendt fra SSB
[42] Hjemås, G. (2023, 20.des).

(6 prosent). I underkant av 11 prosent av legeårsverkene ble utført av helsepersonell som var 60 år eller eldre, mens den tilsvarende andelen for sykepleiere var i underkant av 10 prosent.

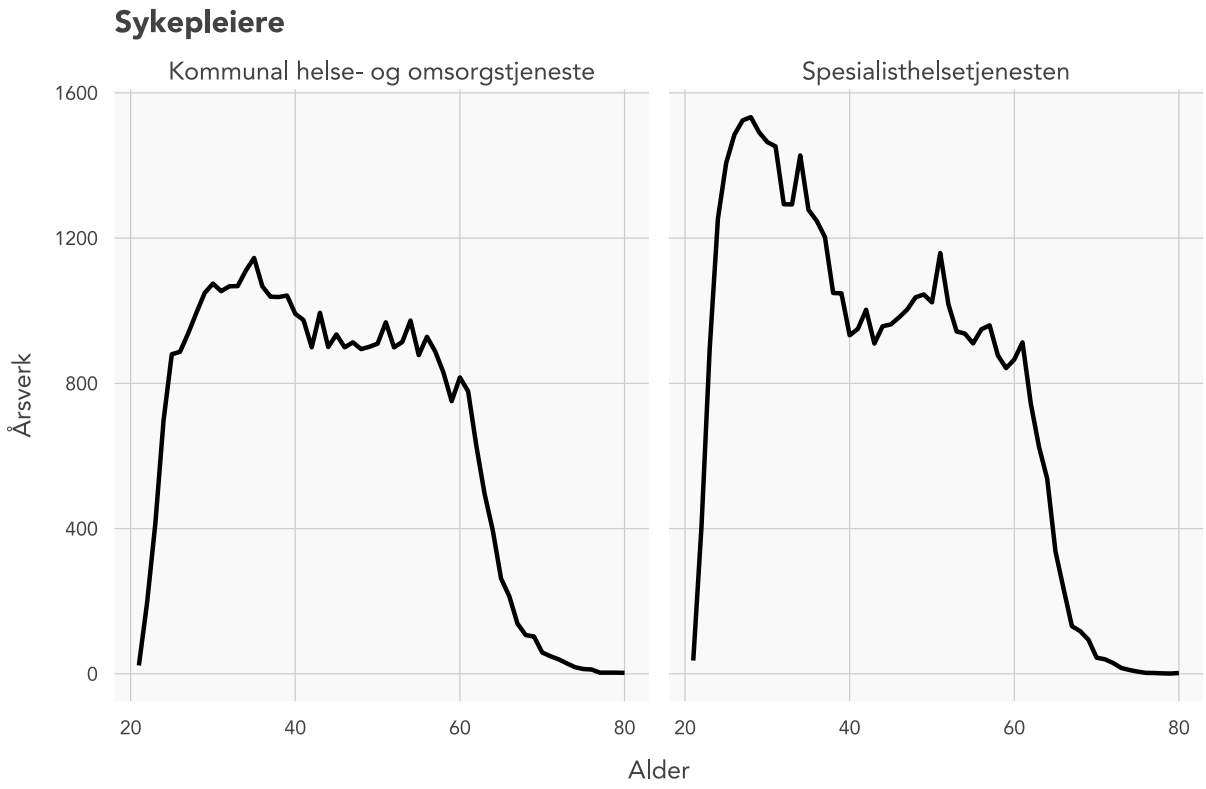
Figur 12 Aldersfordeling blant helsefagarbeidere i kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten (pasient- og brukerrettede årsverk), 2025



Kilde: Grunnlagsdata fra SSB bearbeidet av Riksrevisjonen.

Figur 12 viser at det er vesentlig flere årsverk utført av gruppen helsefagarbeidere i kommunale helse- og omsorgstjenester enn i spesialisthelsetjenesten. Den viser også at mange helsefagarbeidere i kommunale helse- og omsorgstjenester nærmer seg 60 år – og dermed også pensjonsalder. I spesialisthelsetjenesten er det færre helsefagarbeidere. Her fordeler helsefagarbeiderne seg jevnere etter alder, og andelen yngre helsefagarbeidere er høyere. Figuren viser også at tilgangen på yngre helsefagarbeidere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er forholdsvis lav, som kan ha sammenheng med at det utdannes for få, jf. punkt 4.4.6.

Figur 13 Aldersfordeling blant sykepleiere i kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten (pasient- og brukerrettede årsverk), 2025



Kilde: Grunnlagsdata fra SSB bearbeidet av Riksrevisjonen.

Figur 13 viser at det både i kommunale helse- og omsorgstjenester og i enda større grad i spesialisthelsetjenesten er mange sykepleiere i 20- og 30-årene. Det betyr at avgangen de neste tiårene ikke blir like utslagsgivende for sykepleiere som for helsefagarbeidere i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Analyser viser at det er relativt mange leger (målt i årsverk) i 30- og 40-årene både i spesialisthelsetjenesten og i kommunale helse- og omsorgstjenester. I begge sektorene er det relativt få leger i 50- og 60-årene. Dette vil gi en forholdsvis lav avgang av leger de neste tiårene.

Ifølge OECD-rapporten *Health at a Glance* var nesten en tredel (32 prosent) av legene i OECD-landene over 55 år i 2023. I Norge var andelen leger som var 55 år og eldre rundt 24 prosent. Norge er altså et land med relativt unge leger.

Kommuner med lav sentralitet hadde i 2025 en betydelig høyere andel årsverk utført av helsepersonell 60 år og eldre i de kommunale helse- og omsorgstjenestene (16 prosent), enn kommuner med høy sentralitet (11 prosent).

Økt yrkesaktivitet i den eldre delen av befolkningen kan føre til et økt tilbud av helsepersonell. SSB har beregnet effekter for to alternative scenarioer: ett der sannsynligheten for arbeid i helse- og omsorgstjenestene etter 60 års alder er høyere, og

ett der avgangen fra yrket utsettes med ett år. I det første scenarioet blir det 3 400 flere årsverk enn i referansealternativet. I det andre scenarioet blir det 4 300 flere.

4.4.6 For få utdanner seg til helsefagarbeidere

Helsepersonellplan 2040 (Meld. St. 11 (2025–2026) anslår at det er potensial for å øke tilbudet av helsepersonell med 6 500 årsverk i 2040 gjennom ulike tiltak rettet mot utdanningskapasitet.

Siden mange i ulike helsepersonellgrupper nærmer seg pensjonsalder, er det behov for å utdanne flere. Behovet for utdanningskapasitet framover for helsepersonellgruppene påvirkes også av for eksempel hvor mange som arbeider deltid og hvor høyt sykefraværet er.

Tabell 4 Sentrale indikatorer for helsefagarbeider, sykepleier og lege i perioden 2019–2025 og forventet mangel fram mot 2040

	Indikator	Helsefagarbeider	Sykepleier	Lege
Utdanningsindikatorer	Søkning til studiet	Lav	Høy	Høy
	Frafall / forsinkelser i studiet	Høy	Middels	Lav
	Utvikling i antall studieplasser	Stabil	Økning	Økning
	Utvikling i antall uteksaminerte	Stabil	Nedgang	Økning
Tilbudsindikatorer	Aldersprofil (andel eldre)	Høy	Middels	Middels
	Deltidsandel	Høy	Middels	Lav
	Sykefravær (legemeldt)	Høy	Middels	Lav
Indikator på mangel i 2040	Framskrevet gap i 2040	Underskudd	Underskudd	Overskudd

Kilde: Riksrevisjonen (Utdanningsindikatorene er basert på uttrekk fra Database for statistikk om høyere utdanning og Utdanningsdirektoratets statistikk om videregående opplæring).

Tabell 4 viser sentrale indikatorer for helsefagarbeidere, sykepleiere og leger i 2019–2025, og forventet mangel fram mot 2040. Tabellen viser at det varierer hvor utfordrende det vil være å sikre et tilstrekkelig tilbud av disse helsepersonellgruppene.

Utfordringene ved utdanningskapasiteten er gjennomgående størst for helsefagarbeidere. Den forventede mangelen på helsefagarbeidere utgjør nesten 25 900 årsverk og dermed en vesentlig del av det framskrevne underskuddet på 42 400 årsverk i 2040. Slik tabell 4 viser, har denne gruppen i tillegg til ugunstig score på utdanningsindikatorer også dårlig score på aldersprofil og andre tilbudsindikatorer.

Det er utfordrende å få ungdom til å søke på og fullføre utdanning som helsefagarbeider. For å utdanne seg til helsefagarbeider begynner elevene i utdanningsprogrammet helse- og oppvekstfag på vg1 i videregående opplæring. Antall elever i utdanningsprogrammet helse- og oppvekstfag på vg1 økte med 0,86 prosent i perioden fra 2019 til 2025. Deretter velger elevene å gå videre med helsearbeiderfag på vg2 for å kunne ta fagbrev som helsefagarbeider. Søkertallene til dette faget på vg2 falt med omtrent 11 prosent i den samme perioden. De fleste kvalifiserte søkerne kommer inn. I skoleåret 2025–2026 var det 3 829 elever på programområdet helsearbeiderfag på vg2, 5,9 prosent færre enn i skoleåret 2019–2020.

Det er stort frafall fra helsefagarbeiderfaget på videregående skole. Om lag halvparten av elevene (53 prosent) som går vg2 helsefagarbeider, går videre til påbygging til generell studiekompetanse, i stedet for å gå videre i lære for å bli helsefagarbeidere.

I 2024–2025 ble det totalt oppnådd 4 064 fagbrev i helsearbeiderfaget, 6,8 prosent flere enn i 2019–2020. I disse tallene inngår både de som tar fagbrev gjennom videregående opplæring, og de som oppnår fagbrev på grunnlag av erfaring eller voksenopplæring. Det er mange voksne som søker opplæring med sikte på fagbrev i helsearbeiderfaget, men mange søkere trenger ytterligere kvalifisering, blant annet i norsk og i faglige forutsetninger, før de kan gjennomføre et opplæringsløp eller inngå i lærekontrakt. Det er også et problem at det er for få læreplasser.

Tabell 4 viser at det også vil bli utfordrende å utdanne nok sykepleiere framover, men tilbuds- og utdanningsindikatorene gir samlet sett et mer positivt bilde enn for helsefagarbeiderne. Denne gruppen står, med et forventet underskudd på 14 700 årsverk, for en betydelig andel av det samlede forventede underskuddet (42 400 årsverk) på helsepersonell i 2040.

Antall studieplasser i sykepleie ved norske universiteter og høyskoler økte med nesten 13 prosent i perioden fra 2019 (4 941 studieplasser) til 2025 (5 562 studieplasser). Mellom 2019 og 2025 var det en økning i antall kvalifiserte førstevalgsøkere til sykepleierutdanningen på om lag 45 prosent, og det var 1,5 slike søkere til hver studieplass 2025.

I perioden 2019–2025 sank antall uteksaminerte sykepleiere med 4,2 prosent, fra 4 120 til 3 945. For sykepleiestudenter som skulle ha blitt uteksaminert i perioden 2011–2025, var det i gjennomsnitt 18 prosent som falt fra studiene på de normerte tre årene.

Tabell 4 viser at det er enklere å utdanne nok leger enn det er å utdanne nok helsefagarbeidere og sykepleiere. Også tilbudsindikatorene gir et mer positivt bilde for legene. Framskrivningen i gap-analysen viser at det er forventet å bli et overskudd på cirka 2 300 årsverk utført av leger i 2040.

Det har vært en jevn økning på om lag 42 prosent i antall studieplasser i medisin ved norske studiesteder i perioden fra 2019 (636 plasser) til 2026 (900 plasser). Hvert år er det mange kvalifiserte søkere som på grunn av den høye opptaksgrensen ikke kommer inn på medisinstudiet, og i 2025 var det 3,5 søkere per studieplass som hadde medisin som førsteprioritet. Det ble uteksaminert 555 medisinstudenter ved norske studiesteder i 2019 og 620 i 2025, noe som gir en økning på nesten 12 prosent i perioden. Det er relativt lavt frafall fra studiene. Blant medisinstudenter som skulle ha blitt uteksaminert i perioden 2014–2023, var det i gjennomsnitt 10 prosent som ikke fullførte studiene på de normerte seks årene.

I studieåret 2024–2025 var det 552 studenter, tilsvarende omtrent 40 prosent av studieplassene for medisinstudenter i Norge, som fikk støtte fra Lånekassen til medisinstudier i utlandet.

På lignende måte som for etterspørselssiden har SSB utarbeidet ulike scenarioer som viser hvordan tilbudet av helsepersonell vil kunne påvirkes av ulike tiltak. Blant tiltakene er det en varig 10 prosents økning i utdanningskapasiteten som gir den største samlede effekten (12 500 årsverk), men en slik økning forutsetter en betydelig og varig utbygging av utdanningskapasiteten over en rekke år. I alternativet der tilgangen på uteksaminerte følger befolkningsveksten, oppnås om lag halvparten av denne effekten (6 500 årsverk), og SSB vurderer det som et mer realistisk minimumsalternativ.

4.5 Helse- og omsorgsdepartementet har lansert en helsepersonellplan med mange tiltak for å redusere mangelen på helsepersonell

Som vist i punkt 4.1.2 vil hoveddelen av den framskrevne mangelen på helsepersonell utgjøres av gruppene helsefagarbeidere og sykepleiere. Dette betyr at tiltak for å redusere den ventede mangelen på personell i SSBs gap-analyse i hovedsak bør være rettet mot disse gruppene.

Det finnes ikke ett enkelt grep som kan avhjelpe mangelen på helsefagarbeidere og sykepleiere. Sannsynligvis vil det trengs en kombinasjon av tiltak rettet mot blant annet oppgavedeling, organisering, digitale løsninger, heltid og sykefravær.

SSB har gjort beregninger som viser effekten av enkelte tiltak isolert sett (se del 2, punkt 8.2.2), men den samlede effekten av flere tiltak gjennomført samtidig er mer usikker.

Gjennomføring av enkelttiltak vil kunne påvirke hverandre både positivt og negativt. For eksempel kan tiltak for å få flere til å stå lenger i arbeid, tiltak for å øke stillingsprosenten og tiltak for å redusere sykefraværet komme i konflikt med hverandre, siden arbeidsbelastningen kan øke for enkelte grupper. På den andre siden kan bedre arbeidsmiljø, bedre organisering og bedre kompetanseutvikling bidra til at flere både kan arbeide større stillinger, ha lavere sykefravær og stå lenger i jobb. Det bør derfor utvises varsomhet med å summere de beregnede effektene av de ulike tiltakene og tolke summen som et realistisk anslag for samlet gevinst.

Samtidig må tiltak som skal øke produktiviteten være rettet mot å redusere behovet for årsverk. SSB viser til at slike tiltak historisk har gitt flere og bedre helse- og omsorgstjenester og i mindre grad redusert arbeidsinnsats (jf. 4.1.3). Det er også usikkert i hvilken grad tiltak som skal øke produktiviteten vil påvirke de ulike helsepersonellgruppene og om det vil være lik effekt for alle grupper.

Det er allerede mangel på helsefagarbeidere og sykepleiere i dag og innen 2030 er mangelen på disse helsepersonellgruppene anslått å være cirka 21 600 årsverk, slik at det er viktig med tidlige og effektive tiltak.

Myndighetene har over lang tid vært klar over utfordringene mangelen på helsepersonell vil kunne medføre. Helse- og omsorgsdepartementet viser i budsjettproposisjon for 2026 til at de har jobbet systematisk med satsinger på personell- og kompetansefeltet gjennom mange år, innenfor ulike planer og strategier. Tiltakene er rettet mot å rekruttere, beholde og utvikle personell i tjenestene, mot tjenesteutvikling og mot omstilling.

Regjeringen lanserte 12. juni 2026 *Helsepersonellplan 2040*, som inneholder over 150 tiltak for å løse den forventende mangelen på personell i helse- og omsorgstjenestene.[43] I planen legges det til grunn at pårørende ikke skal gjøre en større innsats enn i dag.

Planen inneholder tiltak for både å redusere etterspørselen etter og å øke tilbudet av helsepersonell. Etterspørselen skal dempes med tiltak som teknologi, ansvars- og oppgavedeling og effektiv ressursbruk, mens tilbudet skal økes med tiltak som økt utdanningskapasitet, økt stillingsprosent, helgearbeid, senere avgang fra arbeidslivet og redusert sykefravær. Samlet viser regjeringen til at det er beregnet at tiltakene skal kunne redusere etterspørselen med 17 300 årsverk og øke tilbudet med mellom 41 800 til 61 100 årsverk. Til sammen mener regjeringen at dette skal kunne tette gapet fram mot 2040.

Helsepersonellplan 2040 skal behandles i Stortinget i desember 2026. Regjeringen skal opprette en nasjonal og partssammensatt styringsgruppe for planen, som får ansvar for å følge med på utviklingen. Gjennomføringen av *Helsepersonellplan 2040* skal følges systematisk over tid gjennom utvikling av statistikk og forskning, slik at det blir mulig å vurdere om tiltakene bidrar til ønsket utvikling, og slik at det kan foretas justeringer

[43] Helse- og omsorgsdepartementet. (2026, 12. juni).

dersom utviklingen skulle tilsi det. Det skal årlig komme en statusrapport for *Helsepersonellplan 2040*.

5 Statsrådens svar

Dokument 3:6 (2026–2027) *Riksrevisjonens undersøkelse av forventet mangel på helsepersonell i 2040* ble sendt til helse- og omsorgsministeren. Riksrevisjonens brev til statsråden følger i vedlegg 1. Svaret fra statsråden følger i vedlegg 2.

6 Riksrevisjonens uttalelse til statsrådens svar

Riksrevisjonen har ingen ytterligere merknader.

Saken sendes Stortinget.

Vedtatt i Riksrevisjonens møte 17. november 2026

Karl Eirik Schjøtt-Pedersen

Solveig Horne

Rigmor Aasrud

Harald Tom Nesvik

Tom-Christer Nilsen

Jens A. Gunvaldsen

Del 2: Riksrevisjonens faktagrunnlag

7 Årsverk i helsetjenesten

Dette kapitlet gir en oversikt over antall årsverk i helsetjenesten og hvor disse årsverkene utføres. I tillegg beskrives utviklingen i antall årsverk for de ulike tjenesteområdene og helsepersonellgruppene.

Videre omtaler dette kapitlet faktorer som påvirker tilgangen til helsepersonell og dermed mulighetene for å øke antall årsverk. Dette er beskrevet ved å se på legemeldt sykefravær, gjennomsnittlig stillingsprosent og muligheten for å øke stillingsprosenten, samt andelen helsepersonell som nærmer seg 60 år.

Kapitlet beskriver også hva som er rapportert som mangel på helsepersonell. I tillegg presenteres utviklingen i utdanningskapasiteten for helsepersonell. Til slutt inneholder kapitlet en oversikt over statlige tiltak som skal bidra til å øke antall helsepersonell.

7.1 Hvor mange årsverk utføres av de ulike helsepersonellgruppene i helsetjenestene?

7.1.1 Årsverkene i den samlede helse- og omsorgstjenesten økte i perioden 2019–2025

Det var 383 213 årsverk i den samlede helse- og omsorgstjenesten i 2025.[44] Tabell 5 viser hvordan disse årsverkene var fordelt på de ulike tjenestene i 2025.

[44] Dette inkluderer både offentlig finansierte helsetjenester og helprivate tjenester og offentlig finansierte tjenester levert av private aktører.

Tabell 5 Fordeling av årsverk i helse- og omsorgstjenesten, 2025

Helsetjeneste	Årsverk	Andel av alle årsverk i helse- og omsorgstjenesten
Kommunal omsorgstjeneste	167 107	43,6 %
Kommunal helsetjeneste	34 011	8,9 %
Spesialisthelsetjenesten	142 826	37,3 %
Tannhelsetjeneste	12 252	3,2 %
Andre helsetjenester[45]	27 018	7,1 %
Totalt	**383 213**	**100 %**

Kilde: Grunnlagsdata fra SSB bearbeidet av Riksrevisjonen.

Tabell 5 viser at den største andelen av årsverk ble utført i den kommunale omsorgstjenesten med 44 prosent. Samlet sett utgjorde den kommunale helse- og omsorgstjenesten om lag 53 prosent av alle årsverkene i helsetjenesten i 2025. Spesialisthelsetjenesten utgjorde 37 prosent. Tannhelsetjenesten utgjorde den minste andelen med 3,2 prosent. Kategorien «andre helsetjenester» omfatter både helprivate tjenester og enkelte offentlig finansierte tjenester levert av private aktører som ifølge SSB er vanskelig å identifisere i datagrunnlaget. «Andre helsetjenester» utgjorde 7,1 prosent av årsverkene i 2025.

[45] Andre helsetjenester er i hovedsak helprivate tjenester, i tillegg kan det inngå noen offentlig finansierte tjenester levert av private aktører, som ikke kan skilles ut fra øvrige offentlig finansierte tjenester i datagrunnlaget. Avtalespesialister inngår her i spesialisthelsetjenesten.

Tabell 6 Utvikling i antall årsverk i helse- og omsorgstjenesten fra 2019 til 2025

Helse- og omsorgstjeneste	Årsverk i 2019	Årsverk i 2025	Endring i årsverk mellom 2019 og 2025
Kommunal omsorgstjeneste	148 312	167 107	12,7 %
Kommunal helsetjeneste	28 637	34 011	18,8 %
Spesialisthelsetjenesten	128 194	142 826	11,4 %
Tannhelsetjeneste	11 321	12 252	8,2 %
Andre helsetjenester	24 028	27 018	12,4 %
Totalt	**340 492**	**383 213**	**12,5 %**

Kilde: Grunnlagsdata fra SSB bearbeidet av Riksrevisjonen.

Tabell 6 viser at antall årsverk[46] i den samlede helse- og omsorgstjenesten økte med omtrent 13 prosent i perioden 2019–2025, fra 340 492 til 383 213 årsverk. Sett opp mot innbyggertall var økningen på 7,4 prosent. Til sammenligning økte samlet antall årsverk per 1 000 innbyggere i Norge med 0,2 prosent fra 2019 til 2025.[47]

Det har vært størst økning i antall årsverk i den kommunale helsetjenesten på nesten 19 prosent. I de øvrige helse- og omsorgstjenestene har økningen vært på mellom 11 og 13 prosent. Årsverkene i tannhelsetjenesten har hatt lavest økning på 8,2 prosent.

I 2025 utgjorde årsverkene i helse- og omsorgstjenesten omtrent 15 prosent av alle årsverk i Norge.

[46] Avtalte årsverk måler samlet arbeidsinnsats og viser summen av arbeidsforhold omregnet til heltidsstillinger, basert på avtalt stillingsprosent for hvert arbeidsforhold

[47] Tall fra SSB viser at det var 2 499 444 årsverk i Norge i 2019 og 2 630 334 årsverk i 2025.

7.1.2 Det var størst økning i pasient- og brukerrettede årsverk i de kommunale helse- og omsorgstjenestene

Faktaboks 4 Inndeling av tjenesteområder i spesialisthelsetjenesten

I vår rapport er årsverkene i spesialisthelsetjenesten delt inn i følgende tjenesteområder:

Pasient- og brukerrettede tjenester (POB) som kan deles inn i følgende kliniske områder:

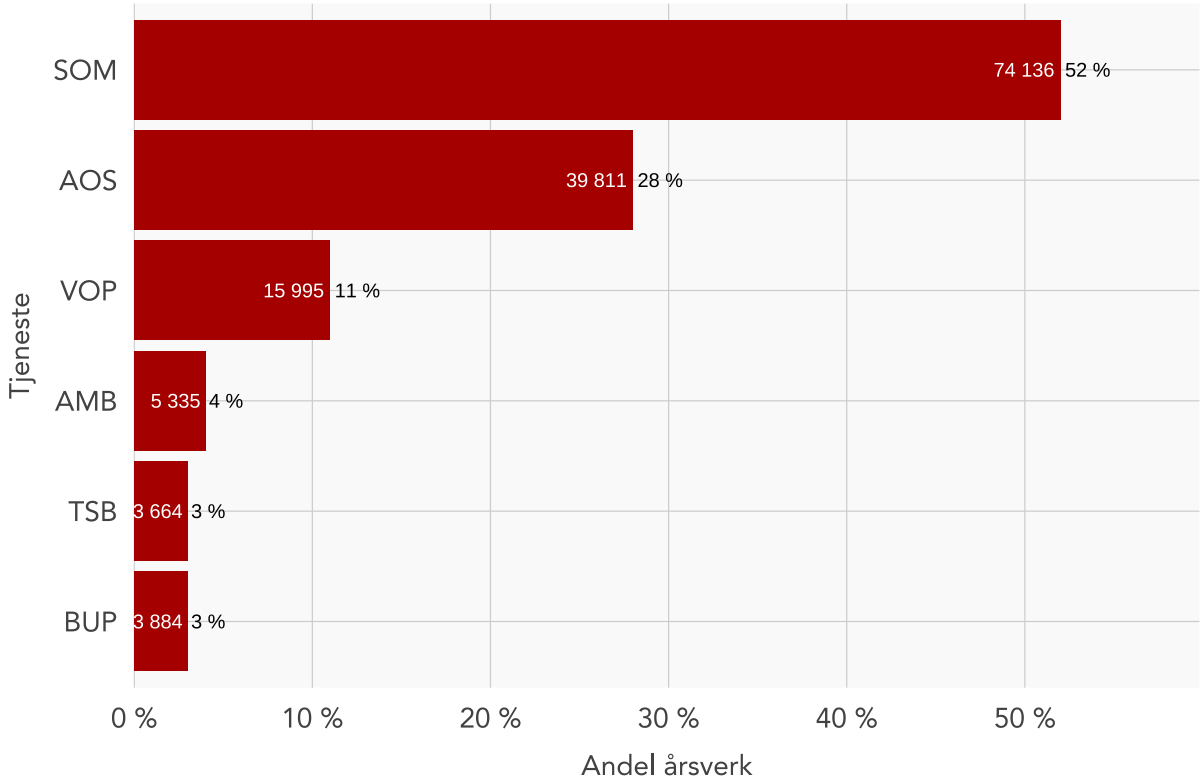
- Ambulansetjenester (AMB)
- Somatiske spesialisthelsetjenester (SOM)
- Psykisk helsevern for voksne (VOP)
- Psykisk helsevern for barn og unge (BUP)
- Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Administrasjon og service (AOS)

Kun stillinger som arbeider med pasienter og brukere inngår i de kliniske tjenesteområdene, mens administrative stillinger og øvrige støttefunksjoner er samlet i AOS. Eksempler på administrasjon og servicestillinger er blant annet ledelse, drift, IKT og renhold.

Kilde: SSB dokumentasjon 2026 til Riksrevisjonen.

Figur 14 Antall og andel årsverk per tjeneste i spesialisthelsetjenesten, 2025



Kilde: Grunnlagsdata fra SSB bearbeidet av Riksrevisjonen.

I 2025 var det totalt 142 824 årsverk i spesialisthelsetjenesten, hvorav 103 013 var pasient- og brukerrettede. Som figur 14 viser, utgjorde somatikk over halvparten av alle årsverkene, mens psykisk helsevern for voksne utgjorde 11 prosent. Til sammen utgjorde psykisk helse og rustjenester (VOP, BUP og TSB) 17 prosent av årsverkene. Ambulansetjenester utgjorde 4 prosent.

I 2019 var det totalt 128 193 årsverk i spesialisthelsetjenesten, noe som tilsier at det har vært en vekst på omtrent 11 prosent fra 2019 til 2025. Sett opp mot innbyggertallet, var økningen 6,3 prosent.

Videre framgår det av figur 14 at administrasjon og service utgjorde 28 prosent av alle årsverkene i spesialisthelsetjenesten i 2025. Disse arbeider administrativt, for eksempel med ledelse, ikt og drift. I tillegg kan helsepersonell i enkelte lederstillinger jobbe både administrativt og klinisk. Denne andelen har holdt seg stabil i perioden 2019–2025.

Faktaboks 5 Inndeling av tjenesteområder i kommunal helse- og omsorgstjeneste

I vår rapport er den kommunale helse- og omsorgstjenesten delt inn i følgende tjenester:

Kommunale helsetjenester

- Helsestasjons- og skolehelsetjenesten
- Diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering (her inngår kommunale, medisinske og forebyggende tjenester, inkludert fastlegeordningen, legevakt og ulike behandlings- og rehabiliteringstjenester)
- Annet forebyggende helsearbeid

Kommunale omsorgstjenester

- Hjemmetjenester, inkludert personlig assistanse, samt praktisk bistand og opplæring.
- Helse- og omsorgstjenester i institusjon
- Aktiviserings- og servicetjenester

I den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan ansatte innen administrasjon og service være ansatt i andre deler av kommunen enn i helse- og omsorgstjenesten. Det er beregnet egne tall for AOS-årsverk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, men antall AOS-årsverk vil være underestimert i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

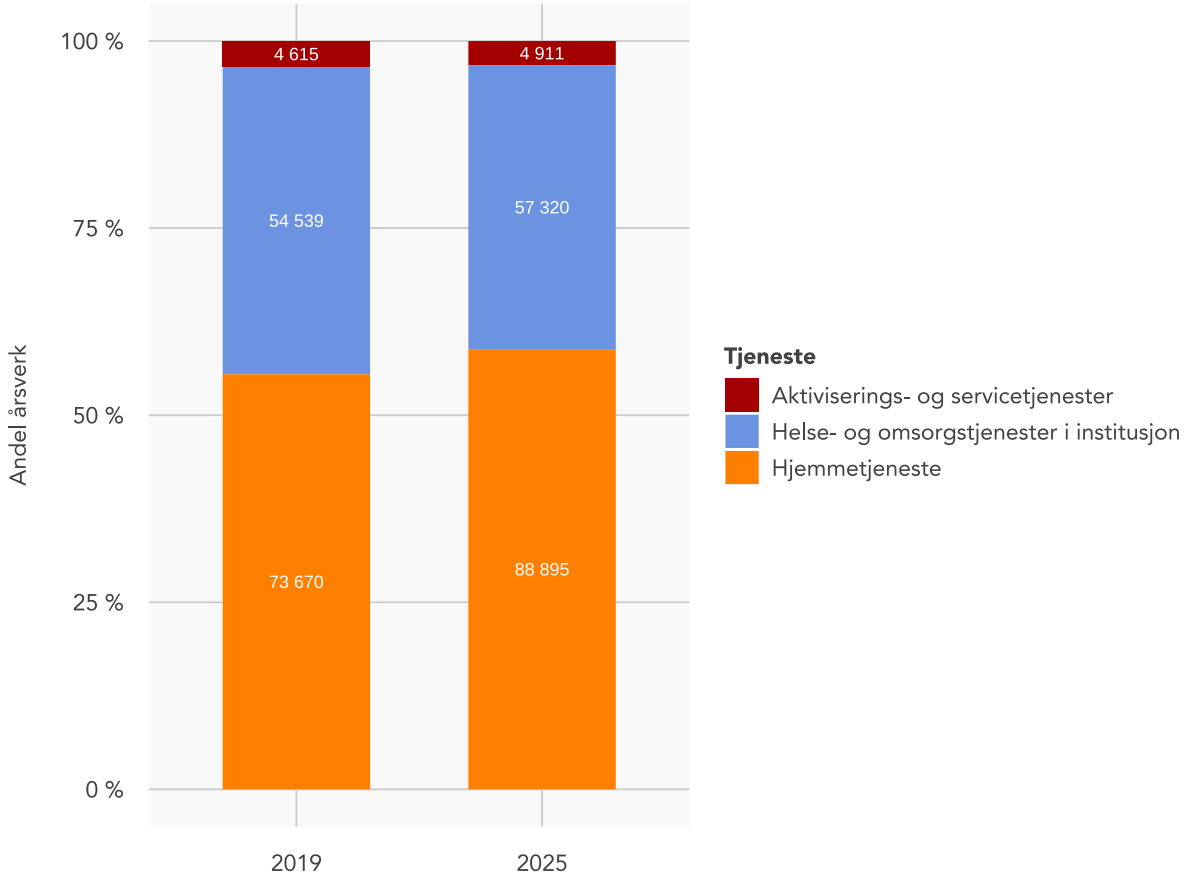
Kilde: SSB dokumentasjon 2026 til Riksrevisjonen.

I 2025 var det 181 599 pasient- og brukerrettede årsverk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, fordelt slik:

- 30 473 årsverk i kommunale helsetjenester (17 prosent av den kommunal helse- og omsorgstjenesten)
- 151 126 årsverk i kommunale omsorgtjenester (83 prosent av den kommunal helse- og omsorgstjenesten)

I 2019 var det 158 495 årsverk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, som betyr at det har vært en økning på nesten 15 prosent fra 2019 til 2025. Sett opp mot innbyggertall er økningen på 9,3 prosent.

Figur 15 Andel pasient- og brukerrettede årsverk per tjeneste i kommunale omsorgstjenester, 2019 og 2025



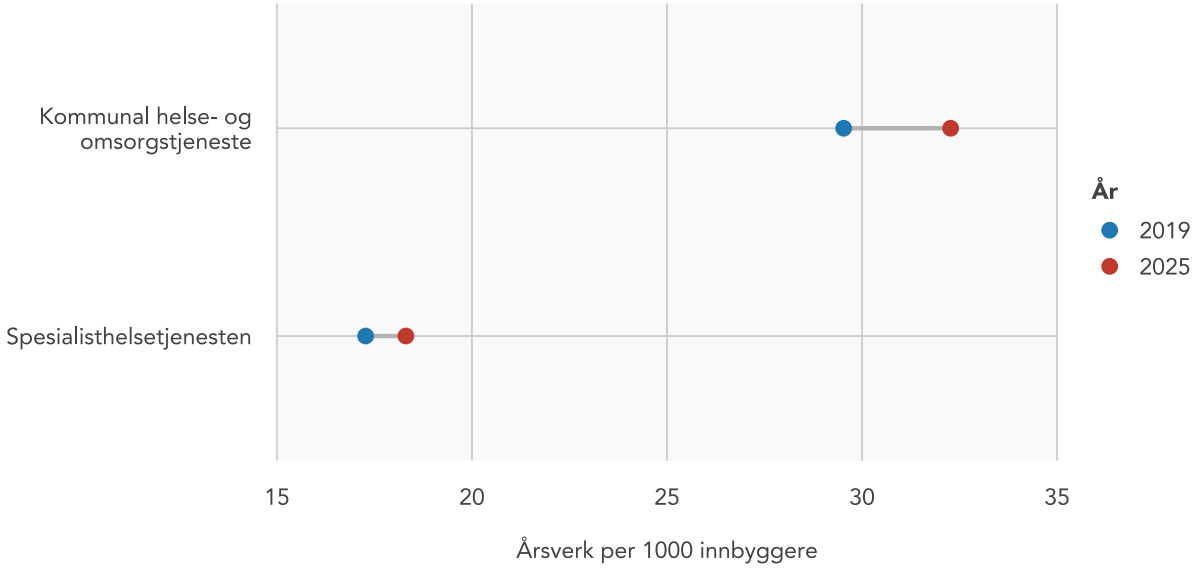
Kilde: Grunnlagsdata fra SSB bearbeidet av Riksrevisjonen.

Figur 15 viser at i 2025 utgjorde årsverk i hjemmetjenesten[48] over halvparten av andelen av årsverkene i den kommunale omsorgstjenesten, og at andelen har gått litt opp fra 2019 til 2025 (fra 56 til 59 prosent). Andelen årsverk innenfor institusjoner har gått litt ned i perioden (fra 41 til 38 prosent).

Økningen i årsverk i hjemmetjenesten kan forklares både av økt andel brukere i befolkningen og økt ressursbruk per bruker.[49] SSB viser til at tjenestene i økende grad benyttes av brukere med mer omfattende og sammensatte behov, også i aldersgrupper som tidligere i mindre grad mottok slike tjenester. Selv om det i de eldste aldersgruppene fortsatt er en større andel av mottakere av hjemmetjenester, viser SSBs analyser at tjenestene i økende grad også brukes i yngre aldersgrupper. Yngre mottakere har i tillegg gjennomgående høyere ressursbruk per bruker enn tidligere. Dette gir en sterkere vekst i ressursbehovet enn det demografiske endringer alene skulle tilsi.

[48] Tallene for hjemmetjeneste inkluderer også personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring.
[49] Statistisk sentralbyrå. (2026a).

Figur 16 Pasient- og brukerrettede årsverk per 1 000 innbyggere i 2019 og 2025 i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten



Kilde: Grunnlagsdata fra SSB bearbeidet av Riksrevisjonen.

Figur 16 viser at det har vært en økning i pasient- og brukerrettede årsverk per innbygger både i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten, og at det er flest årsverk per innbygger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten:

- I spesialisthelsetjenesten var det 17 årsverk per 1 000 innbyggere i 2019 mot 18 i 2025
- I den kommunale helse- og omsorgtjenesten var det omtrent 30 årsverk per 1 000 innbyggere i 2019 mot 32 i 2025

Sett opp mot endringer i innbyggertall, var økningen i pasient- og brukerrettede årsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester 8,8 prosent i perioden 2019 til 2025, mens den var 6,1 prosent i spesialisthelsetjenesten. Veksten har altså vært større i den kommunale helse- og omsorgstjenesten enn i spesialisthelsetjenesten.

7.1.3 Fordelingen av ulike helsepersonellgrupper i helse- og omsorgstjenesten har endret seg i perioden 2019–2025

I årsverksstatistikken er helsepersonell som jobber i helsetjenesten delt inn i helsepersonellgrupper basert på utdanning.[50] I tillegg inngår kategoriene administrasjon og service (uten helsefaglig utdanning) og ufaglærte.

[50] Vi har slått sammen sykepleier med videreutdanning og sykepleier i til en gruppe kalt sykepleier. Lege og legespesialist er slått sammen til en gruppe kalt lege.

Pasient- og brukerrettede årsverk utført av utvalgte helsepersonellgrupper i helse- og omsorgstjenesten

Årsverk per 1 000 innbyggere har økt for alle helsepersonellgrupper fra 2019 til 2025, med unntak av for fysioterapeuter og bioingeniører som har hatt en nedgang per 1 000 innbyggere på henholdsvis 2,5 og 2,3 prosent.

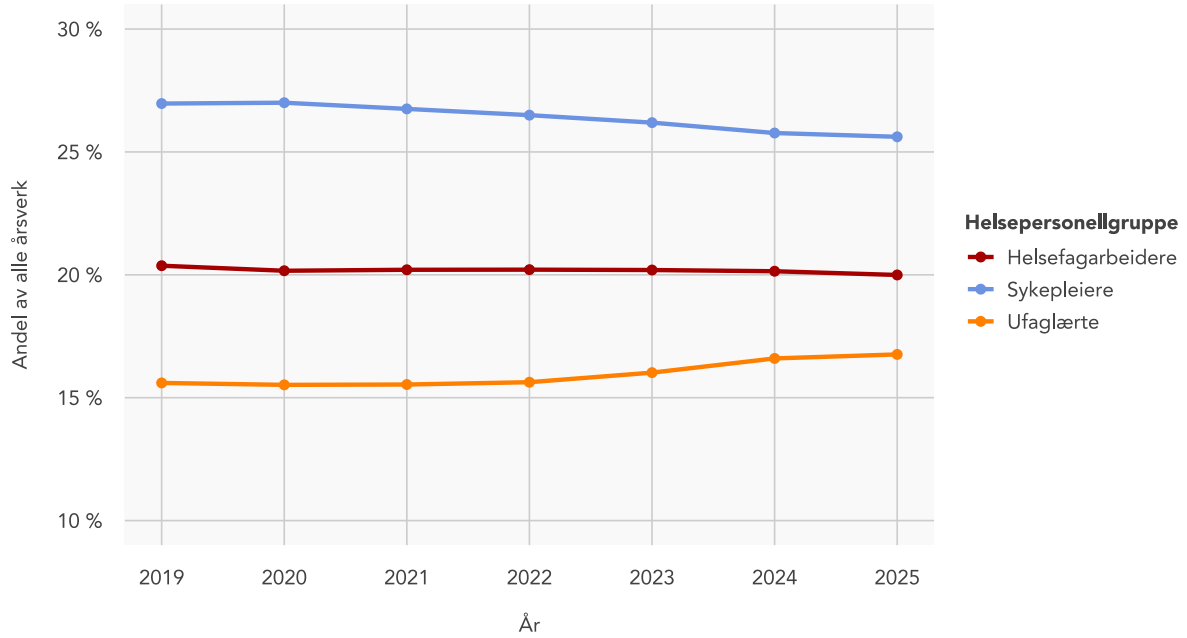
Psykologer har hatt den største prosentvise økningen per 1 000 innbyggere fra 2019 til 2025. Totalt sett hadde denne gruppen en vekst på 20 prosent i perioden. I antall utgjør denne helseutdanningen en forholdsvis liten gruppe med i underkant av 6 227 pasient- og brukerrettede årsverk i 2025.[51] Fra 1. januar 2020 har alle norske kommuner hatt et lovfestet krav om å knytte til seg psykologkompetanse i sine helse- og omsorgstjenester.

Vernepleiere, leger[52] og personell med annen helsefaglig utdanning er også blant gruppene som har hatt størst økning i årsverk per 1 000 innbyggere, mellom om lag 12 og 16 prosent.

Sykepleiere og helsefagarbeidere har hatt en svak økning per 1 000 innbyggere med henholdsvis 2,4 og 5,9 prosent.

Sammensetningen av helsepersonell innad i helse- og omsorgstjenesten har endret seg i perioden 2019-2025. Helsefagarbeidere, sykepleiere og ufaglærte[53], som inngår i figuren under, er gruppene som utgjorde flest årsverk i helse- og omsorgstjenesten i 2025.

Figur 17 Andel pasient- og brukerrettede årsverk i helse- og omsorgstjenesten etter yrkesgruppe (helsefagarbeidere, sykepleiere og ufaglærte), 2019–2025



Kilde: Grunnlagsdata fra SSB bearbeidet av Riksrevisjonen.

[51] Dette tallet inkluderer avtalespesialister.
[52] Tallet for leger inkluderer her avtalespesialister.
[53] Ufaglærte er personer som jobber i helse- og omsorgstjenestene, men som ikke har relevant helsefaglig utdanning.

Sykepleiere utgjorde i 2025 den største gruppen helsepersonell i helse- og omsorgstjenesten med 75 473 pasient– og brukerrettede årsverk, som utgjør en andel på 26 prosent av alle årsverk. Helsefagarbeidere er den nest største gruppen med 58 909 årsverk, som er en andel på 20 prosent. Andelen årsverk utført av sykepleiere sank med 1,4 prosentpoeng fra 2019 til 2025, mens andelen for helsefagarbeidere sank med 0,4 prosentpoeng. Det var særlig i hjemmetjenesten at andelen helsefagarbeidere sank.[54]

Ufaglærte utgjør også en stor gruppe. I 2025 var det totalt 49 383 årsverk utført av ufaglærte, 22 prosent flere enn i 2019 (da det var 40 639). Andelen årsverk utført av ufaglærte, blant alle årsverk i helse- og omsorgstjenesten økte fra om lag 16 til 17 prosent fra 2019 til 2025. Andelen ufaglærte økte særlig i hjemmetjeneste og institusjon.

Faktaboks 6 Hva gjør de ufaglærte i helse- og omsorgstjenestene?

Ufaglærte i helse- og omsorgssektoren er personer som jobber i tjenestene uten helse- eller sosialfaglig utdanning. De jobber ofte som vikarer, assistenter eller tar ekstravakter.

Ufaglærte gjør mange praktiske og støttende oppgaver, for eksempel å:

- Hjelpe brukere med mat, påkledning og daglige gjøremål.
- Bidra til sosial kontakt og aktivitet.
- Utføre enkle pleieoppgaver (ofte under veiledning fra fagutdannet helsepersonell).
- Rengjøre, rydde og sørge for trivsel.
- Assistere fagutdannet helsepersonell.

Ufaglærte er en viktig del av bemanningen i helse- og omsorgstjenestene, men skal arbeide under veiledning og ha mindre ansvar enn fagutdannet helsepersonell. Mange ufaglærte med erfaring får mulighet til å utdanne seg til for eksempel helsefagarbeidere, jf. punkt 7.4.2.

Faktaboks 7 Hva er en helsefagarbeider?

Helsefagarbeider (tidligere hjelpepleier og omsorgsarbeider) er en yrkestittel som krever autorisasjon. Utdanning til helsefagarbeider er et yrkesfaglig løp i videregående opplæring.

Helsefagarbeidere gir omsorg og grunnleggende sykepleie til mennesker i alle aldre. De kan arbeide på ulike steder, for eksempel i sykehus, sykehjem, hjemme hos mennesker som trenger helsehjelp, i psykiatrien og i rusomsorgen. Arbeidsoppgavene varierer ut fra pasientens/brukerens behov, men omfatter bl.a. å:

[54] Statistisk sentralbyrå. (2026a).

- Planlegge og gjennomføre grunnleggende sykepleie for akutt eller kronisk syke og mennesker med komplekse behov.
- Dokumentere forhold om pasientene og helsehjelpen de får.
- Hjelpe med personlig hygiene, påkledning, forflytning og trening.
- Tilberede måltider og vurdere ernæringen til pasienten.
- Gjennomføre miljørettede tiltak og aktiviteter.

Det står mer om utdanning som helsefagarbeider i punkt 7.4.2.

Kilde: Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse.[55]

Faktaboks 8 Hva er en vernepleier?

En vernepleier veileder og tilrettelegger for mennesker med fysiske, psykiske eller sosiale funksjonsnedsettelser. De jobber ofte i kommunale tjenester, i institusjoner og omsorgsboliger, og med psykisk helse og rusomsorg. For å bli utdannet til vernepleier, er det krav om en treårig bachelor i vernepleie.

Vanlige arbeidsoppgaver for en vernepleier:

- Bidra til daglig omsorg, gi sosial støtte og veiledning.
- Legge til rette for egenmestring, opplæring og trening.
- Gi råd og veiledning til kollegaer og samarbeidspartnere.
- Administrasjon og ledelse.
- Bidra i kartlegging av behov, gjennomføring av behandling og medikamenthåndtering.

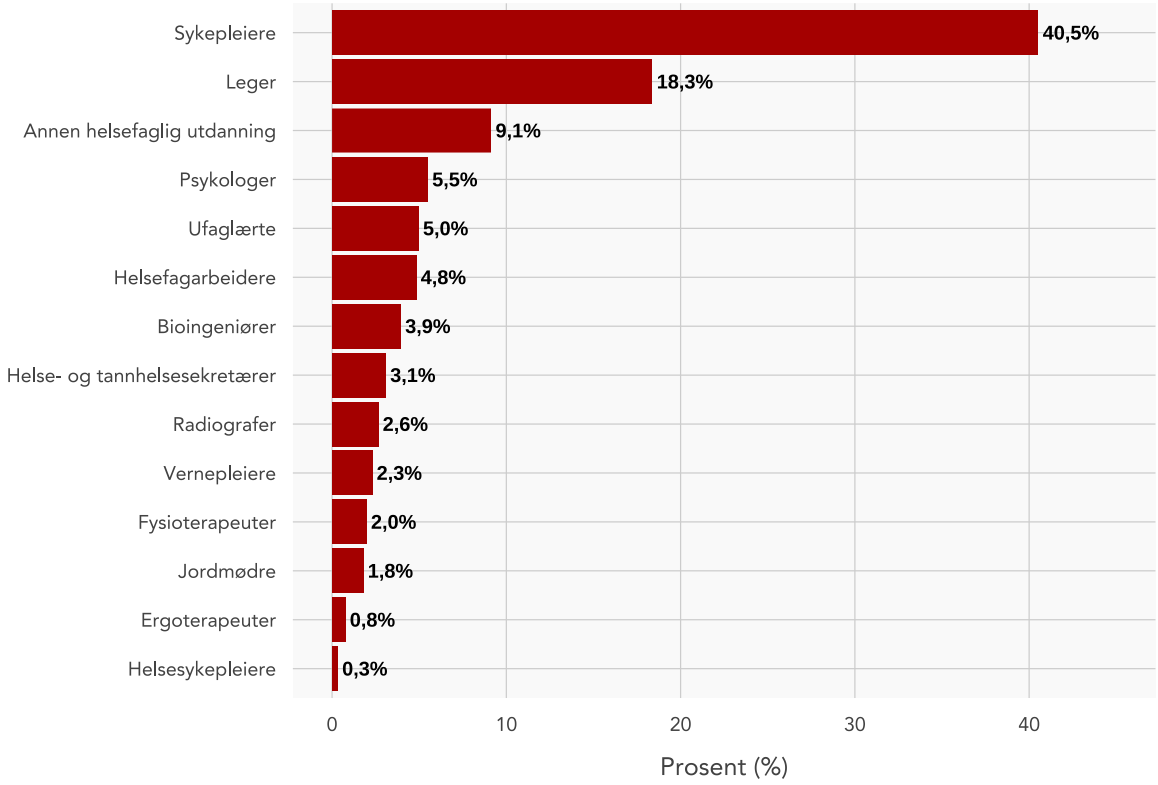
Kilde: Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse.[56]

Årsverk fordelt på helsepersonellgrupper i de ulike tjenestene

Det varierer mellom helsetjenestene hvilke helsepersonellgrupper som har størst andel årsverk.

[55] Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse. (u.å.b).
[56] Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse. (u.å.d).

Figur 18 Fordeling av pasient- og brukerrettede årsverk i spesialisthelsetjenesten etter helsepersonellgruppe, 2025 (N = 103 015)

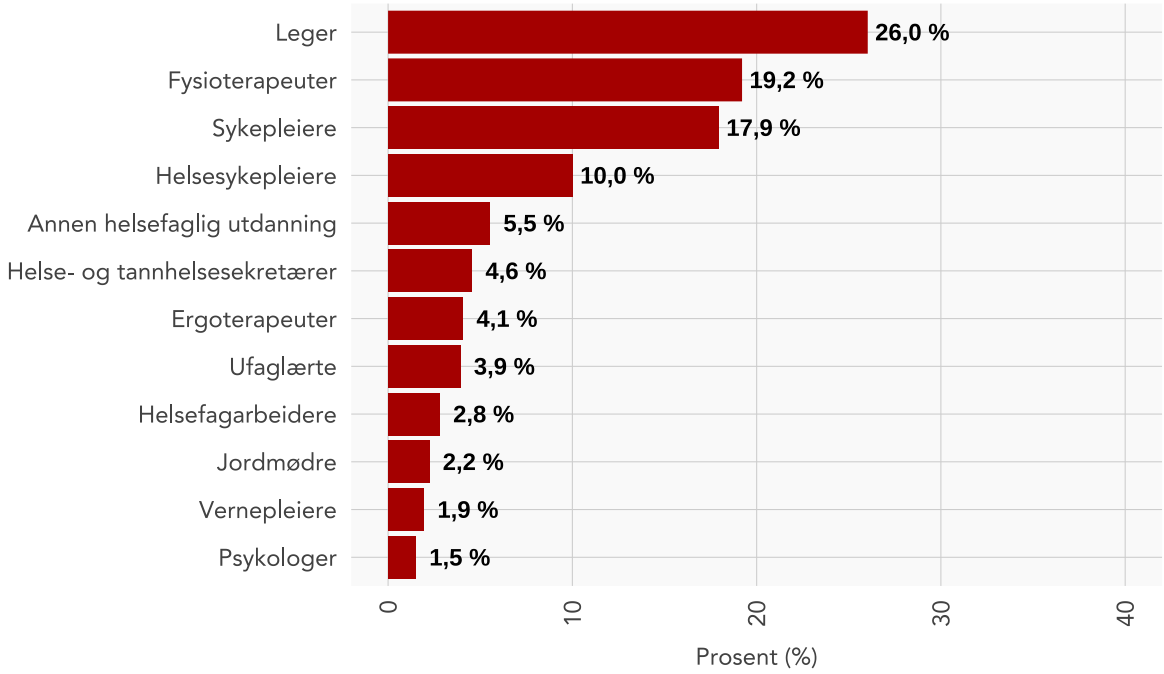


Kilde: Grunnlagsdata fra SSB bearbeidet av Riksrevisjonen.

Figur 18 viser at sykepleiere og leger utgjør de største andelene årsverk i spesialisthelsetjenesten.

I den kommunale helse- og omsorgstjenesten er det ulike helsepersonellgrupper som har størst andel årsverk i henholdsvis helsetjenesten og omsorgstjenesten.

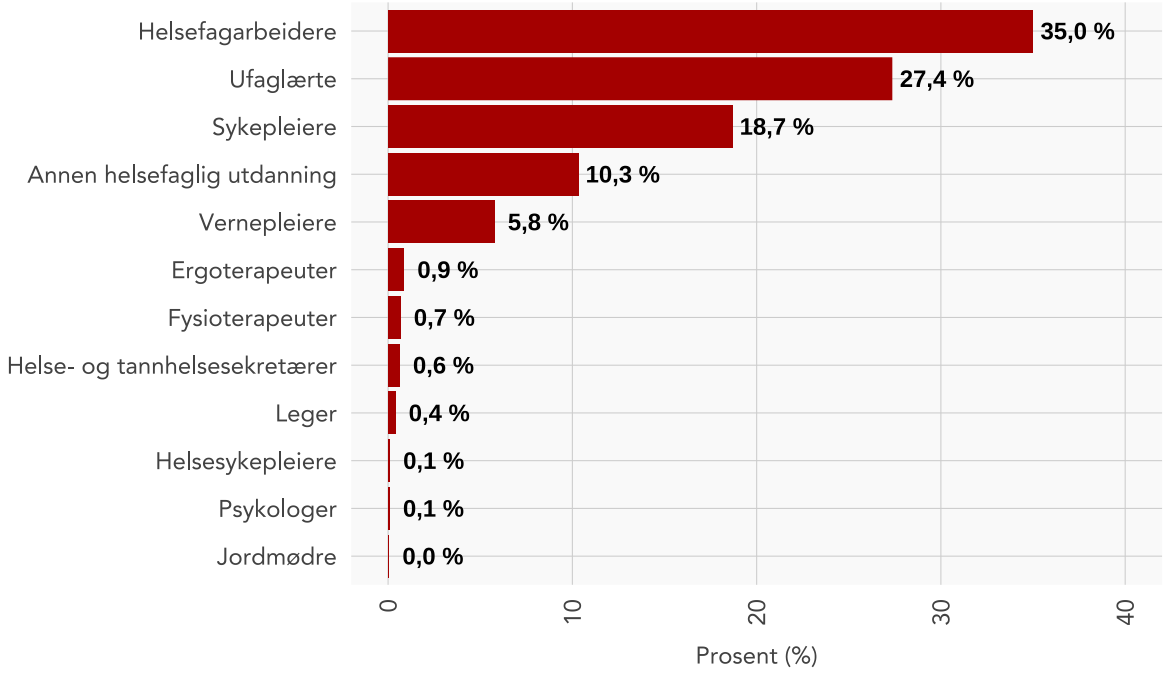
Figur 19 Fordeling av pasient- og brukerrettede årsverk i kommunale helsetjenester etter helsepersonellgruppe, 2025 (N = 30 317)



Kilde: Grunnlagsdata fra SSB bearbeidet av Riksrevisjonen.

Figur 19 viser at leger utgjør den største andelen årsverk i den kommunale helsetjenesten. Den kommunale helsetjenesten yter blant annet medisinske og forebyggende tjenester, og fastlegeordningen er en del av denne tjenesten. Andre store grupper er fysioterapeuter, sykepleiere og helsesykepleiere.

Figur 20 Fordeling av pasient- og brukerrettede årsverk i kommunal omsorgstjeneste etter helsepersonellgruppe, 2025 (N = 150 998)



Kilde: Grunnlagsdata fra SSB bearbeidet av Riksrevisjonen.

Figur 20 viser at helsefagarbeidere, ufaglærte og sykepleiere utgjør de største gruppene i den kommunale omsorgstjenesten. Den kommunale omsorgstjenesten omfatter blant annet hjemmetjenester, personlig assistanse og helse- og omsorgstjenester i institusjon, se faktaboks 5. Kommunale omsorgstjenester er i stor grad tjenester som hjelper personer som på grunn av alder, sykdom, funksjonsnedsettelse eller demens trenger bistand i hverdagen. Det kan for eksempel gjelde personlig stell, medisinhåndtering og måltider/ernæring, som ofte utføres av pleiegrupper eller ufaglærte. Helsetjenester i hjemmet kan også være avansert helsehjelp.

7.1.4 Stadig flere helsepersonell arbeider utenfor den offentlige helsetjenesten, men andelen er fortsatt begrenset

Kategorien *Andre helsetjenester* inkluderer helprivate tjenester. I tillegg kan det inngå noen offentlig finansierte tjenester levert av private aktører, som ikke kan skilles ut fra øvrige offentlig finansierte tjenester i datagrunnlaget. I 2025 var det 27 018 årsverk i andre helsetjenester, som tilsvarer 7,1 prosent av alle årsverk som utføres i helsetjenesten. Det store flertallet av helsepersonellet som jobber i andre helsetjenester jobber der 100 prosent, mens et fåtall (1 590 årsverk) kombinerer det med arbeid i offentlig finansiert helsetjeneste.

Årsverk utenfor helsetjenesten omfatter personer med helseutdanning som arbeider delvis eller helt i virksomheter utenfor helse- og omsorgstjenestene.

I 2025 ble 60 222 årsverk utført av personer med helseutdanning i virksomheter utenfor helse- og omsorgstjenesten. Dette utgjorde nesten 18 prosent av alle årsverk med helseutdanning både i og utenfor helsetjenesten. Hoveddelen av disse jobber bare utenfor helsetjenesten, mens hver sjuende i denne gruppen (8 426 årsverk) kombinerer arbeid i og utenfor helsetjenesten.

Fra 2019 til 2025 økte antall årsverk utført av helsepersonell som jobber utenfor helsetjenesten med 6,6 prosent sett opp mot innbyggertall. I den samlede helsetjenesten var den tilsvarende økningen 7,4 prosent.

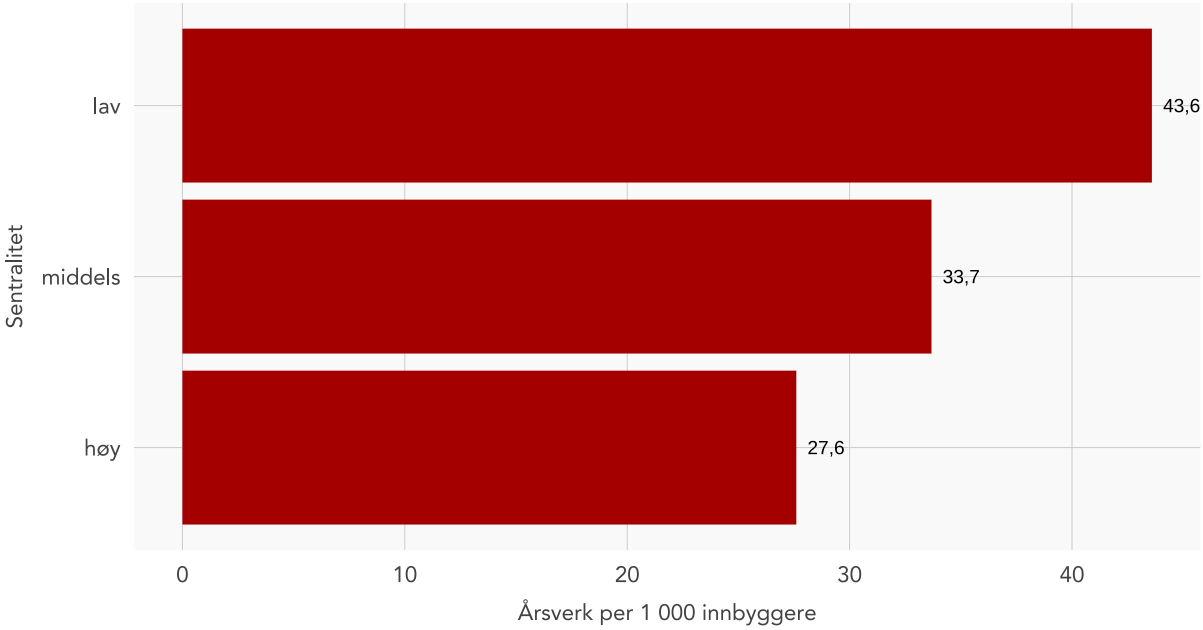
Det varierer hvor mye de ulike helsepersonellgruppene jobber utenfor helsetjenesten. Ergoterapeuter, vernepleiere og bioingeniører har størst andel årsverk som utføres utenfor helsetjenesten, med henholdsvis om lag 33 prosent, 29 prosent og 26 prosent av årsverkene. Jordmødre og leger er helsepersonellgruppene som har lavest andel årsverk som utføres utenfor helsetjenesten med henholdsvis omtrent 10 og 11 prosent.

De fleste med helseutdanning som jobber i virksomheter utenfor helse- og omsorgstjenestene jobber innenfor offentlig administrasjon, forsvar og trygdeordninger (18 prosent), andre sosialtjenester uten botilbud (15 prosent) og undervisning (12 prosent).

7.1.5 Det er flest årsverk helsepersonell per innbygger i de minst sentrale kommunene

Som et mål på kommunenes sentralitet har SSB utarbeidet en sentralitetsindeks, som fordeler kommunene fra mest sentrale til minst sentrale på en skala fra en til seks. I våre analyser har vi slått sammen disse til tre kategorier. Tallene tar utgangspunkt i hvilke kommuner helsepersonellet har sitt arbeidssted.

Figur 21 Pasient- og brukerrettede årsverk per 1 000 innbyggere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, etter sentralitet, 2025



Kilde: Grunnlagsdata fra SSB bearbeidet av Riksrevisjonen.

Figur 21 viser at det er gjennomgående flest årsverk per 1 000 innbyggere i de minst sentrale kommunene. Disse kommunene har omtrent 58 prosent flere årsverk per 1 000 innbyggere enn i de mest sentrale kommunene. På overordnet nasjonalt nivå er det om lag 32 årsverk per 1 000 innbyggere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, altså omtrent som i de middels store kommunene. Når vi ser på hver enkelt helseregion for seg, er antall årsverk per 1 000 innbyggere i de tre sentralitetskategoriene omtrent som på landsbasis.

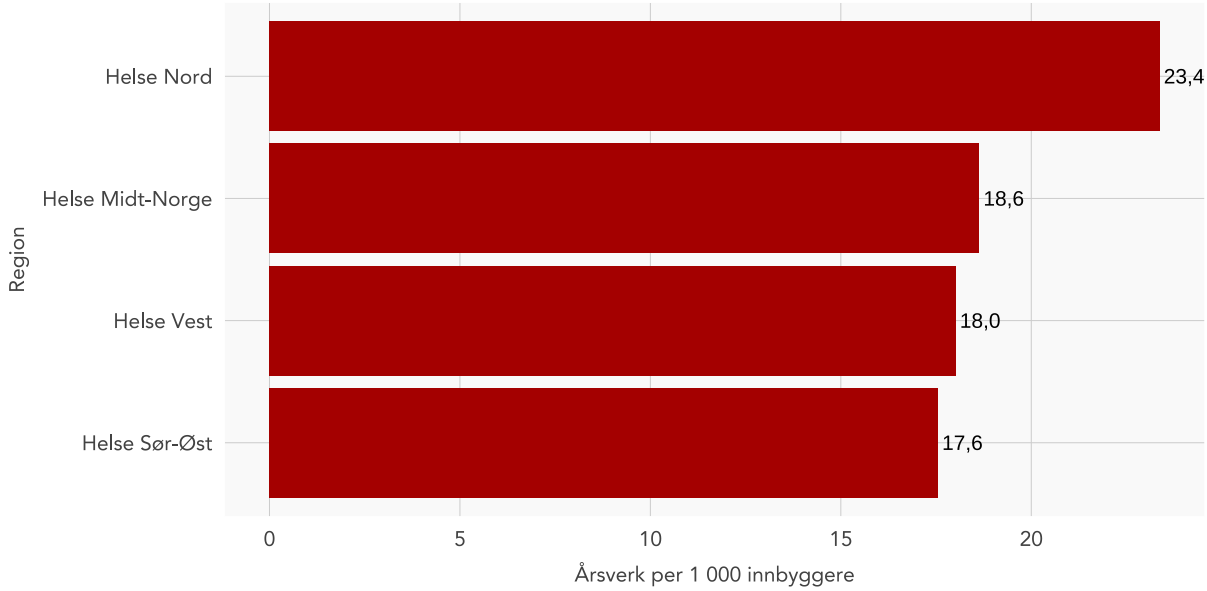
Når vi bryter årsverkene ned på utdanninger fordelt på sentralitet finner vi følgende om utviklingen i antall årsverk per 1 000 innbyggere fra 2019 til 2025:

- Psykologer har hatt klart størst vekst i de minst sentrale kommunene.
- Jordmødrene har hatt nesten ingen vekst i de minst sentrale kommunene, høy vekst i de middels sentrale og størst vekst i de mest sentrale kommunene.
- Sykepleiere har hatt en relativ lav vekst, og mesteparten av denne har vært i de minst sentrale og middels sentrale kommunene.

- Helsefagarbeidere har hatt all veksten i de middels sentrale og de mest sentrale kommunene.
- Ufaglærte har hatt ganske lik vekst på tvers av de tre sentralitetskategoriene.
- Leger har hatt en ganske lik vekst i de tre sentralitetskategoriene. Fra 2019 til 2025 ble det 17 prosent flere leger per 1 000 innbyggere i de kommunene med høy og middels sentralitet og 14 prosent flere i de minst sentrale kommunene.

For spesialisthelsetjenesten er årsverkene per innbygger fordelt på de regionale helseforetakenes opptaksområder, det vil si de geografiske områdene hvor de regionale helseforetakene har ansvar for å tilby spesialisthelsetjenester.

Figur 22 Pasient- og brukerrettede årsverk per 1 000 innbyggere i spesialisthelsetjenestens opptaksområder, 2025



Kilde: Grunnlagsdata fra SSB bearbeidet av Riksrevisjonen.

Figur 22 viser at det er opptaksområdet til Helse Nord RHF som har flest årsverk i spesialisthelsetjenesten per 1 000 innbyggere. Området har omtrent 23 slike årsverk per innbygger, som er 33 prosent flere enn opptaksområdet til Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF, som har omtrent 18.

Det er en lignende fordeling når vi ser på årsverk per 1 000 innbyggere i hele helsetjenesten (kommunale helse- og omsorgstjenester, spesialisthelsetjenester, tannhelsetjenester og andre helsetjenester).[57] Igjen er det opptaksområdet til Helse Nord RHF som har flest årsverk, 75 per 1 000 innbyggere. Til sammenligning har Helse Sør-Øst 58 årsverk per 1 000 innbyggere.

[57] Personell i Administrasjon og service (uten helseutdanning) er utelatt fra analysen.

Selv om Helse Nord har flest årsverk per 1 000 innbyggere, har de færrest årsverk i absolutte tall av de fire regionene (41 800), mens Helse Sør-Øst har flest (211 400).[58]

Av de fire regionene har opptaksområdet til Helse Nord RHF flest årsverk leger, sykepleiere og helsefagarbeidere per 1 000 innbyggere i spesialisthelsetjenesten, mens Helse Vest RHF har færrest leger og helsefagarbeidere per 1 000 innbyggere. Opptaksområdet til Helse Sør-Øst RHF har færrest sykepleiere per 1 000 innbyggere. Opptaksområdet til Helse Nord RHF har også hatt størst økning i årsverk utført av leger per innbygger fra 2019 til 2025, på 0,5 årsverk (fra 4,0 til 4,5 årsverk utført av leger) per 1 000 innbyggere. De andre tre regionene har hatt ganske lik økning i årsverk utført av leger i perioden, mellom 0,2 og 0,3 årsverk.

Opptaksområdet til Helse Nord RHF er preget av spredt bosetting, et forholdsvis lite pasientgrunnlag og lange reiseavstander.[59] Det betyr at helseforetakene i helseregionen må opprettholde desentraliserte tilbud og akuttberedskap flere steder, og at behovet for årsverk per innbygger er større enn i mer tettbebygde regioner. De samme årsaksforklaringene kan gjøre seg gjeldende i mindre sentrale kommuner.

7.1.6 Norge har høy lege- og sykepleierdekning sammenlignet med andre OECD-land

Health at a Glance er en rapportserie fra OECD som blant annet sammenligner helsetjenestene i medlemslandene. Selv om datagrunnlaget i ulike land varierer, gir rapportene et referansegrunnlag for å vurdere hvordan helsetjenesten i Norge er sammenlignet med andre land.

Faktaboks 9 *Health at a Glance*

Tallgrunnlaget for indikatorene i OECDs rapportserie *Health at a Glance* avviker noe fra tallgrunnlaget til SSB som vi bruker i denne rapporten. OECD harmoniserer og justerer tallene for at det skal bli mulig å sammenligne landene.

Noen eksempler på forskjeller mellom OECD- og SSB-statistikk (slik det er framstilt i vår rapport) er at SSB teller årsverk mens *Health at a Glance* bruker antall sysselsatte. I tillegg inkluderer OECD-rapporten helse-, omsorgs- og sosialtjenesten, mens SSB kun inkluderer helse- og omsorgstjenester.

Kilde: OECD (2025) Health at a Glance 2025 og oversendt dokumentasjon fra SSB.

Ifølge *Health at a Glance* var omtrent ett av ni arbeidsforhold (11 prosent) i OECD-landene innen helse-, omsorgs- og sosialtjenester i 2023. I de øvrige nordiske landene og Nederland var andelen sysselsatte, av samlet sysselsetting, over 16 prosent innen disse sektorene, mens Norge hadde den høyeste andelen med 21 prosent.

[58] Tallene gjelder årsverk i helsetjenesten totalt, inkludert både pasient- og brukerrettede årsverk (POB) og administrasjon og service (AOS).
[59] Helse Nord RHF. (2022).

Norge har en svært høy sykepleierdekning sammenlignet med både EU- og OECD-landene. I 2023 hadde Norge 15,6 sykepleiere per 1 000 innbyggere, mot et gjennomsnitt på 9,2 i OECD. Antallet sykepleiere per innbygger har økt i de fleste OECD-land det siste tiåret; i 2013 var det i gjennomsnitt 8,1 yrkesaktive sykepleiere per 1 000 innbyggere. Sammenlignet med de andre OECD-landene har veksten i Norge vært relativt beskjeden.

I 2025 var det ifølge tall fra SSB 4,7 legeårsverk i offentlig finansierte helse- og omsorgstjenester per 1 000 innbyggere i Norge, mens det var 4,2 i 2019.

Ifølge *Health at Glance* var Norge i 2023 et av landene med flest leger per innbygger i OECD, med om lag 5 leger per 1 000 innbyggere. I alle OECD-land har antallet leger økt raskere enn befolkningsveksten det siste tiåret. I snitt steg antallet leger per 1 000 innbyggere fra 3,3 i 2013 til 3,9 i 2023. Ifølge *Health at a Glance* betyr ikke dette at legemangelen har blitt mindre, ettersom etterspørselen etter helsetjenester øker, delvis som følge av en aldrende befolkning.

I rapporten *Health at a Glance* framgår det at Norge har en gjennomgående høy legetetthet på regionalt nivå, og samtidig relativt små forskjeller mellom regionene sammenliknet med mange andre OECD-land. Dette kan indikere en mer balansert geografisk fordeling av leger, uten de store konsentrasjonene i hovedstadsregioner som det er i flere andre land.

I NOU-en *Tid for handling* skriver helsepersonellkommisjonen at det kan være flere årsaker til at Norge har høy dekning av leger og sykepleiere. Den høye dekningen kan ha sammenheng med at en spredt befolkning, lange avstander og desentraliserte tjenester gir personellintensive helse- og omsorgstjenester. Ifølge utredningen kan den også ha sin forklaring i gjennomgående høy kvalitet i helse- og omsorgstjenestene i Norge.

7.2 Hvor stor er mangelen på helsepersonell i dag?

Det finnes ikke noen fullstendig statistikk som viser hvilket helsepersonell virksomhetene mangler i dag. Nav publiserer hvert år en undersøkelse, Bedriftsundersøkelsen, som blir gjennomført blant et representativt utvalg av offentlige og private virksomheter i hele landet. Undersøkelsen kartlegger virksomhetenes behov for ulike typer arbeidskraft, og hvilke stillinger det er vanskelig å få kvalifiserte søkere til i ulike næringer. Denne informasjonen blir brukt til å estimere mangelen på arbeidskraft nasjonalt.[60]

I tillegg utgir KS hvert annet år en arbeidsgivermonitor, som er en publikasjon som beskriver utviklingen og tilstanden for aktuelle arbeidslivstemaer. Den bygger blant annet på en spørreundersøkelse blant landets kommuner og fylkeskommuner med spørsmål om temaer som rekruttering og kompetanse.

[60]Nav. (2026) Utvalget trekkes fra Enhetsregisteret, blant virksomheter med tre eller flere ansatte. 13 119 virksomheter har svart på undersøkelsen, som utgjør 77 prosent av virksomhetene som ble trukket ut til å svare.

7.2.1 Det er størst mangel på helsefagarbeidere og sykepleiere

Det framgår av Navs bedriftsundersøkelse 2026 at den estimerte mangelen på arbeidskraft i 2026 er på 33 750 personer for alle næringer.[61] I bedriftsundersøkelsen blir ledere i ulike virksomheter spurt om hvilke yrker, utdanninger og næringer som mangler arbeidskraft. Helse kommer dårlig ut i alle tre kategoriene.

Det er klart størst mangel på arbeidskraft innen helse og pleie- og omsorgssektoren. Mangelen i denne sektoren er estimert til 9 200 personer i 2026, som er en nedgang på 1 700 personer sammenlignet med 2025. Mangelen innen helse, pleie og omsorg har vært høy i mange år.

Tabell 7 Estimert mangel på arbeidskraft, etter yrke. Sortert etter antall personer virksomhetene mangler, 2026

Utdanningsgruppe	Underdekning (personer)
Helsefagarbeidere	3 650
Sykepleiere	1 850 (sykepleiere) + 350 (spesialsykepleiere)
Andre helseyrker	1 350
Leger	550 (legespesialister) + 100 (allmennpraktiserende leger)
Vernepleiere	250
Bioingeniører	250
Psykologer	200
Jordmødre	100
Helsesekretærer	50
Øvrige utdanninger	500
Totalt	**9 200**

Kilde: Nav (2026).

I 2026 viser bedriftsundersøkelsen at det er størst mangel på helsefagarbeidere (3 650 personer), sykepleiere (1 850) og andre helseyrker (1 350). I tillegg er det mangel på blant andre spesialsykepleiere (350) og legespesialister (550). Det er en økning i mangelen på

[61] Navs bedriftsundersøkelse skiller ikke mellom hel- og deltidsansatte. Dermed utgjør mangelen på 33 750 personer trolig færre årsverk.

helsefagarbeidere og en nedgang i mangelen på sykepleiere sammenlignet med tidligere år.

Bedriftsundersøkelsen viser videre at på alle utdanningsnivå er det også størst mangel på folk med helseutdanning. Totalt mangler det 11 050 personer med helseutdanninger (9 100 personer med utdanning innen pleie- og omsorgsfag og 1 950 innen medisin). Innen videregående fag- og yrkesopplæring er det særlig stort behov for personer med utdanning innen pleie- og omsorgsfag, og særlig helsefagarbeidere og andre helseyrker.

Den samlede mangelen på personer med helseutdanning er større i 2026 enn i 2025 (9 800). Det er en økt mangel på personer innen pleie- og omsorgsfag på alle utdanningsnivåer.

Helse- og sosialtjenester er den næringen som har den høyeste andelen virksomheter med alvorlige rekrutteringsproblemer. Litt mer enn én av fire virksomheter oppgir i Navs undersøkelse at de har store vanskeligheter med å få ansatt folk. Det er i all hovedsak helsepersonell denne næringen har problemer med å rekruttere.

I rapporten *Behov for og tilgang på arbeidskraft i offentlig helse og omsorg fremover* peker SSB på at det kan være et skjult behov for arbeidskraft som ikke alltid kommer tydelig fram i statistikken.[62] En grunn er at arbeidsgivere ofte velger å ansette personer med nærliggende utdanning når de ikke får tak i akkurat den kompetansen de egentlig etterspør. Likevel kan slike anslag over mangel på arbeidskraft gi en pekepinn på hvor store disse ubalansene er.

7.2.2 Kommunene synes det er vanskeligst å rekruttere sykepleiere, psykologer og leger

KS' arbeidsgivermonitor 2025, som er en spørreundersøkelse rettet mot ledere i kommunal sektor, viser at kommunene synes det er vanskeligst å rekruttere sykepleiere, psykologer og leger blant relevante yrkesgrupper i ulike sektorer. Vernepleiere og helsefagarbeidere kommer på femte og sjette plass blant yrkesgrupper det er krevende å få tak i.

Samtidig viser undersøkelsen en viss bedring siden 2023, særlig for sykepleiere og leger. Andelen kommuner som opplevde rekruttering av sykepleiere som ganske eller svært utfordrende, gikk ned fra 93 prosent i 2023 til 81 prosent i 2025, og for leger fra 82 til 63 prosent. For helsefagarbeidere var situasjonen derimot uendret: 55 prosent av kommunene vurderte i 2025 fortsatt rekrutteringen som ganske eller svært vanskelig, omtrent som i 2023.

[62] Statistisk sentralbyrå. (2026a). SSB legger tall fra Navs bedriftsundersøkelse til grunn i sine framskrivninger av tilbud av helse- og omsorgspersonell.

7.3 Hvordan har faktorer som påvirker tilgangen på helsepersonell, utviklet seg siden 2019?

7.3.1 Legemeldt sykefravær har økt for alle helsepersonellgruppene

Sykefravær reduserer den tilgjengelige arbeidskraften i helse- og omsorgstjenestene. Høyt sykefravær kan forsterke utfordringer med å dekke behovet for helse- og omsorgstjenester, og kan dermed påvirke tilgangen til helsepersonell.

Utvikling i sykefraværet fra 2019 til 2025

Fra 2019 til 2025 økte legemeldt sykefravær[63] i pasient- og brukerrettede stillinger for alle helsepersonellgruppene samlet med 0,9 prosentpoeng, fra et gjennomsnitt på 7,0 prosent i 2019 til et gjennomsnitt på 7,9 prosent i 2025. Til sammenligning økte det legemeldte sykefraværet for alle lønnstakere i Norge med 0,6 prosentpoeng i samme periode, fra 4,9 prosent i 2019 til 5,5 prosent i 2025.[64]

Totalt gikk det legemeldte sykefraværet i Norge ned med 0,3 prosentpoeng fra 2024 til 2025 mens det legemeldte sykefraværet for helsepersonell gikk ned med 0,2 prosentpoeng i samme periode. I helsesektoren gikk 5 443 816 dagsverk tapt til sykefravær i 2025, noe som utgjør omtrent 23 300 årsverk.[65]

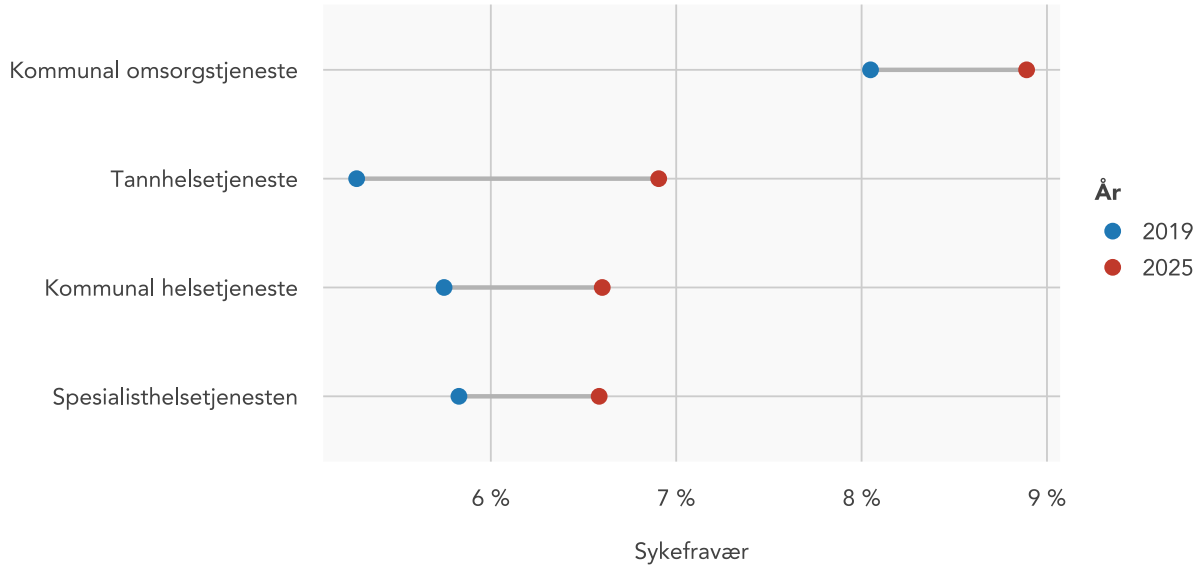
Det egenmeldte sykefraværet i Norge har holdt seg stabilt på om lag 1 prosent i perioden 2019 til 2025.[66] Endringene i det samlede sykefraværet skyldes derfor i hovedsak utviklingen i det legemeldte sykefraværet.

Vi har kun data for legemeldt sykefravær for helsepersonell, og det er dette som omtales i denne rapporten.

[63] Arbeidstakeren har fått sykmelding fra lege eller annet helsepersonell med sykmeldingsrett.
[64] Basert på data fra SSBs Statistikkbank, tabell 12439 (SSB, 2026, 3 september, a). Tall fra 4. kvartal.
[65] Omregningen til årsverk tar utgangspunkt i 7,5 timer arbeidsdag og at et årsverk inneholder 1750 arbeidstimer jf. SSBs definisjon på et årsverk *SSB. (u.å.b).* Dette gir et omtrentlig tall på årsverkene ettersom et årsverk innen ulike helse- og omsorgsyrker kan variere som konsekvens av for eksempel turnusarbeid.
[66] Statistikken over egenmeldt sykefravær er en utvalgsundersøkelse blant rundt 10 000 bedrifter. Det finnes ikke statistikk for samlet egenmeldt sykefravær for helsepersonell. Kilde: SSB. (2026, 3.september, b).

Det legemeldte sykefraværet i ulike tjenester

Figur 23 Gjennomsnittlig legemeldt sykefravær blant ansatte; 2019 versus 2025, i prosent

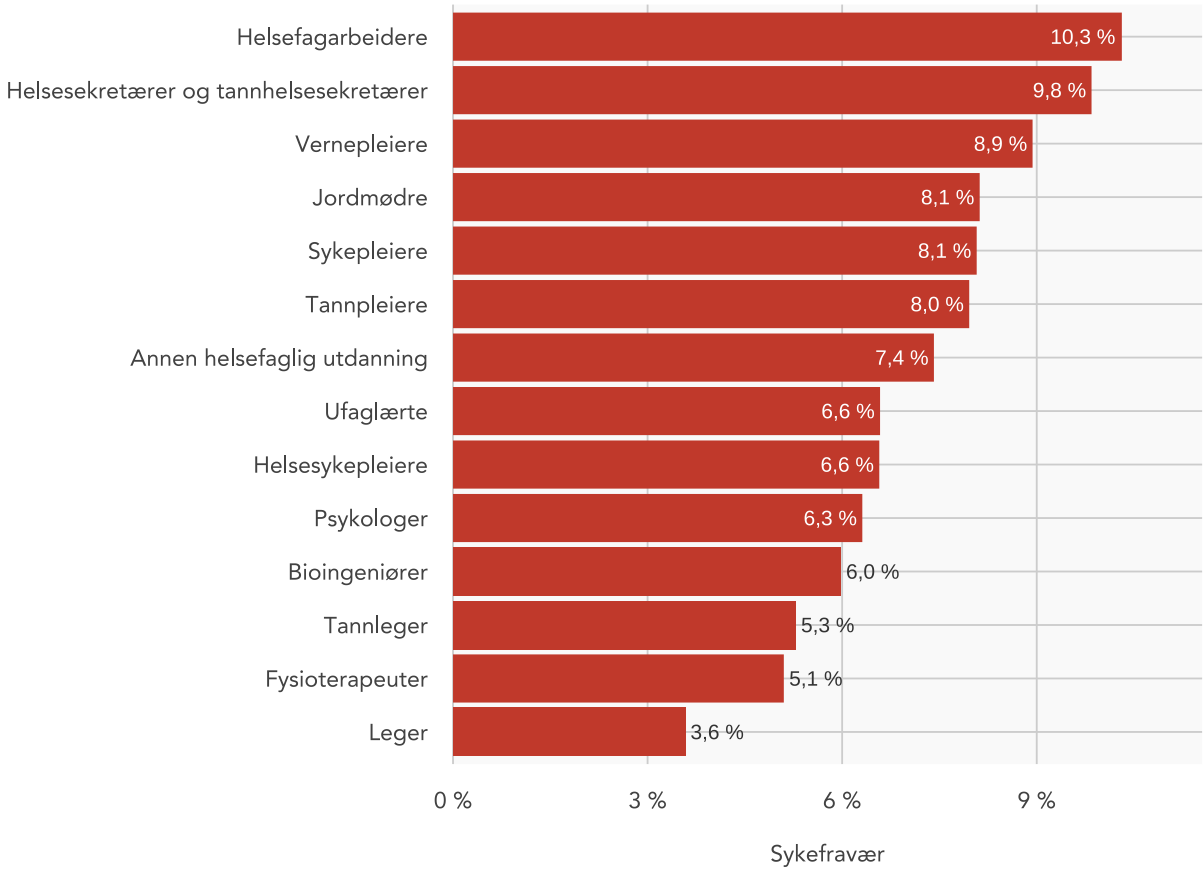


Kilde: Grunnlagsdata fra SSB bearbeidet av Riksrevisjonen.

Figur 23 viser at sykefraværet har økt i alle tjenester. Sykefraværet er høyest i den kommunale omsorgtjenesten, som hadde et samlet gjennomsnittlig sykefravær på 8,9 prosent i 2025. De andre tjenestene hadde i 2025 et sykefravær på mellom 6,6 og 6,9 prosent. Sykefraværet har økt mest i tannhelsetjenesten, opp 1,6 prosentpoeng fra 2019. Spesialisthelsetjenesten og den kommunale helsetjeneste hadde lavest sykefravær i 2025, mens spesialisthelsetjenesten er den tjenesten som har hatt minst økning.

Legemeldt sykefravær hos de ulike helsepersonellgruppene

Figur 24 Gjennomsnittlig legemeldt sykefravær i 2025 etter helsepersonellgrupper, i prosent. Pasient- og brukerrettede årsverk



Kilde: Grunnlagsdata fra SSB bearbeidet av Riksrevisjonen.

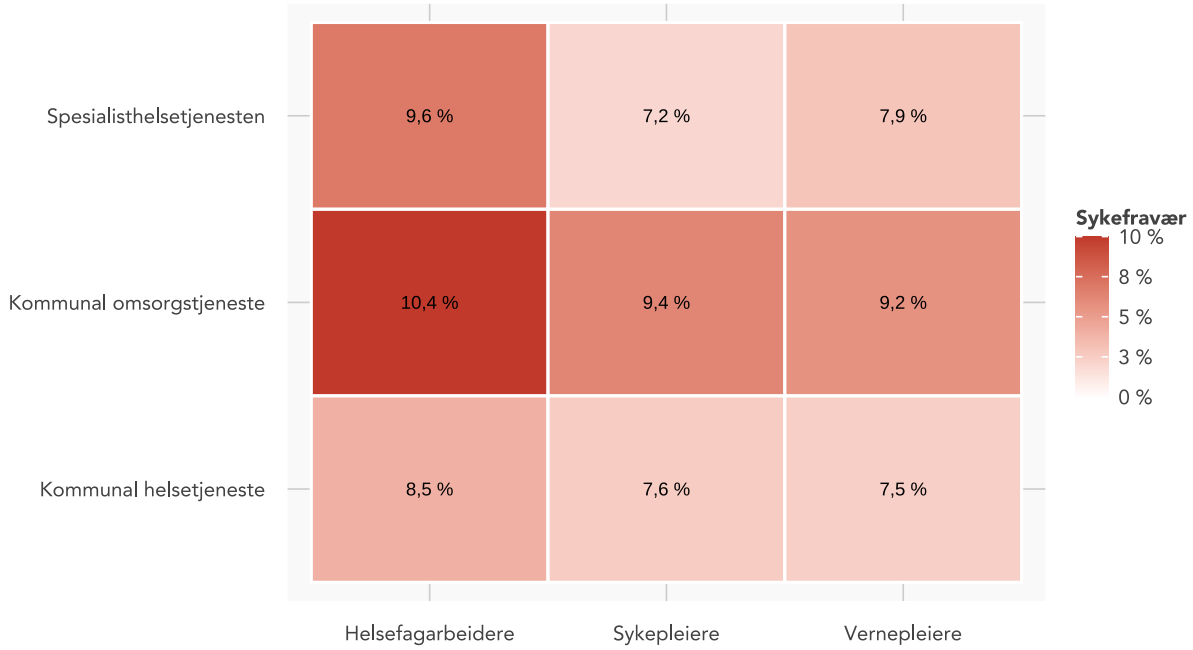
Figur 24 viser gjennomsnittlig legemeldt sykefravær i offentlig finansiert helsetjeneste (kommunal helse- og omsorgstjeneste, spesialisthelsetjenesten og tannhelsetjenesten). Sykefraværet var høyest hos helsefagarbeidere (10,3 prosent), helsesekretærer/tannhelsesekretærer (9,8 prosent), og vernepleiere (8,9 prosent). Til sammen hadde disse gruppene 1,8 millioner sykefraværsdager i 2025, som tilsvarer omtrent 7 750 årsverk.[67] Dette utgjør 38 prosent av alt sykefravær i sektoren. De samme tre gruppene står for 29 prosent av dagsverkene i helsetjenesten.

Leger har det lavest sykefraværet (3,6 prosent) av helsepersonellgruppene. Dette er også under gjennomsnittet for det totale legemeldte sykefraværet i Norge.

Blant helsefagarbeiderne hadde 53 prosent minst ett tilfelle av legemeldt sykefravær i 2025. Det tilsvarende tallet for legespesialistene var under halvparten så stort: 22 prosent.

[67] Omregningen til årsverk tar utgangspunkt i 7,5 timer arbeidsdag og at et årsverk inneholder 1750 arbeidstimer jf. SSBs definisjon på et årsverk (*SSB. (u.å.b).* Dette gir et omtrentlig tall på årsverkene ettersom et årsverk innen ulike helse- og omsorgsyrker kan variere som konsekvens av for eksempel turnusarbeid.

Figur 25 Legemeldt sykefravær i 2025 etter grupper og tjenester, i prosent

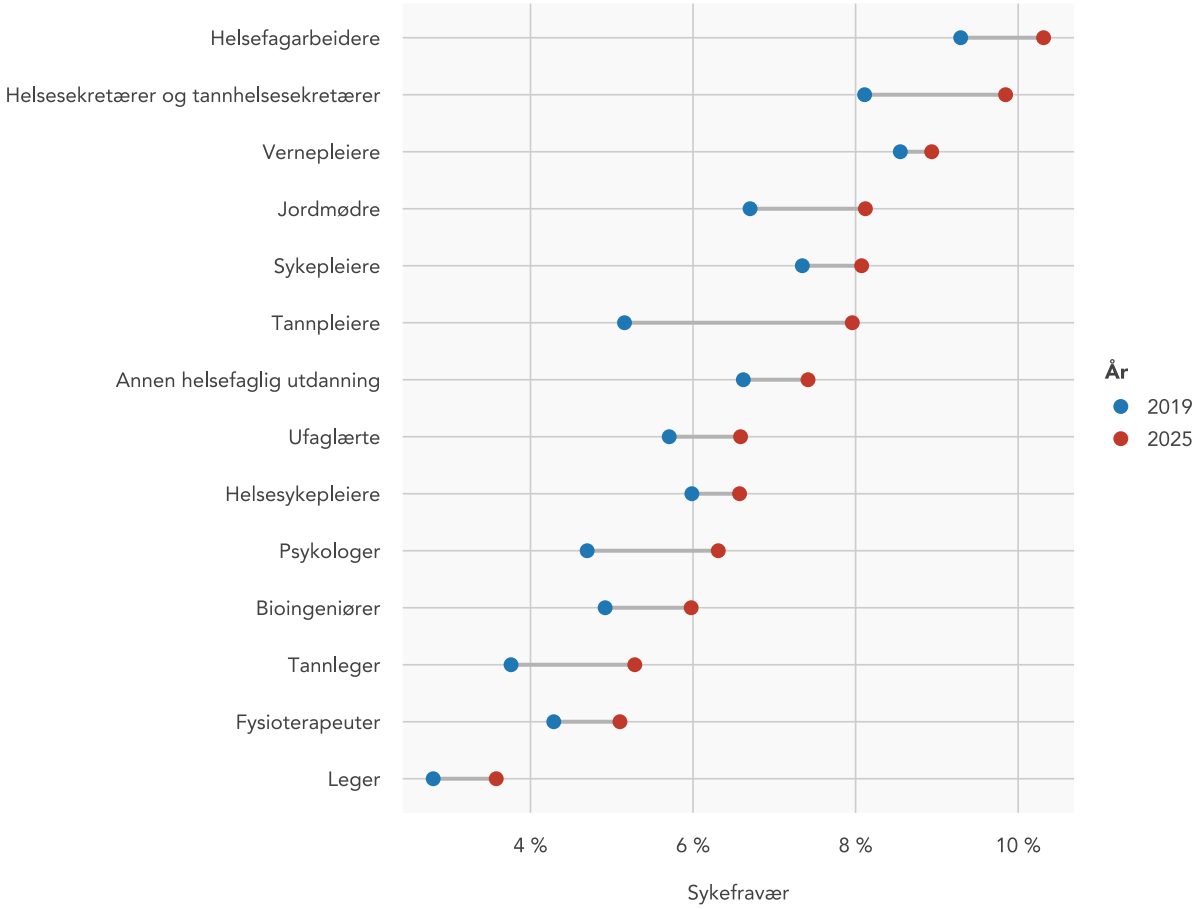


Kilde: Grunnlagsdata fra SSB bearbeidet av Riksrevisjonen.

Figur 25 viser at sykefraværet for noen av personellgruppene med høyest sykefravær (helsefagarbeidere, vernepleiere og sykepleiere)[68], se figur 24, er aller høyest i den kommunale omsorgstjenesten. Sykefraværet for disse gruppene er lavest i den kommunale helsetjenesten, bortsett fra for sykepleiere der sykefraværet er lavest i spesialisthelsetjenesten. For alle gruppene er sykefraværet minst 1 prosentpoeng høyere i den kommunale omsorgstjenesten enn i den kommunale helsetjenesten.

[68] Helse- og tannhelsesekretærer er utelatt fordi de er en samlet gruppe, og det ikke er mulig å plassere disse i riktig helsetjenesten i vårt datasett. Jordmødre er utelatt fordi de ikke jobber pasient- og brukerrettet i kommunal omsorgstjeneste.

Figur 26 Endring i legemeldt sykefravær for personellgrupper 2019 til 2025. Pasient- og brukerrettede årsverk



Kilde: Grunnlagsdata fra SSB bearbeidet av Riksrevisjonen.

Figur 26 viser at fra 2019 til 2025 gikk sykefraværet opp for alle personellgruppene. Sykefraværet økte mest for tannpleiere (2,8 prosentpoeng) og helsesekretærer og tannhelsesekretærer (1,7 prosentpoeng), mens vernepleiere hadde den lavest økningen (0,4 prosentpoeng).

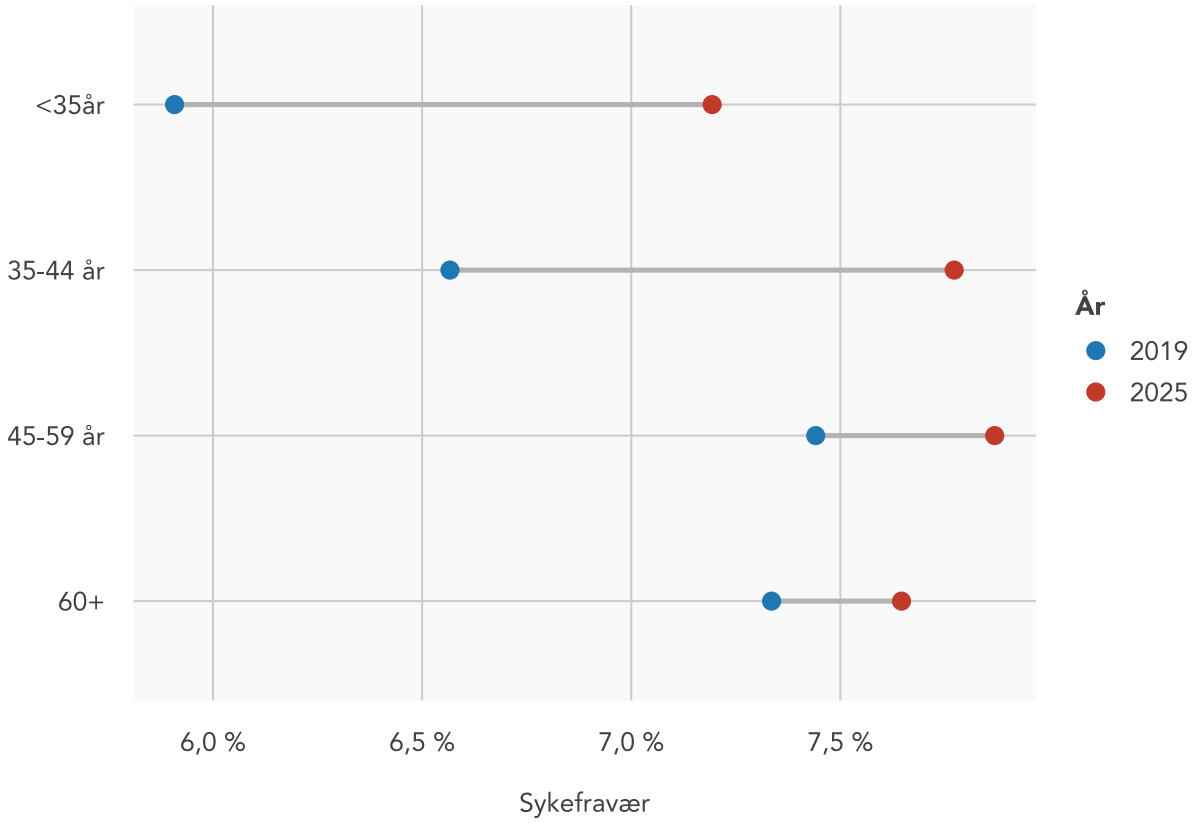
Andel sysselsatte helsepersonell med vesentlig fravær

Blant helsepersonell som hadde legemeldt sykefravær, var det få personer som stod for mye av fraværet. Blant de helsefagarbeiderne som hadde legemeldt sykefravær i 2025, var det bare 7,0 prosent som sto for over halvparten av sykefraværet, blant sykepleierne var det 6,8 prosent og blant legespesialistene var denne andelen så lav som 2,7 prosent.[69]

[69] Tallene inkluderer både årsverk utført av pasient- og brukerrettede stillinger og helsepersonell i administrasjon og service.

Legemeldt sykefravær blant helsepersonell i ulike aldersgrupper

Figur 27 Legemeldt sykefravær hos helsepersonell i 2019 og 2025 etter aldersgrupper, i prosent

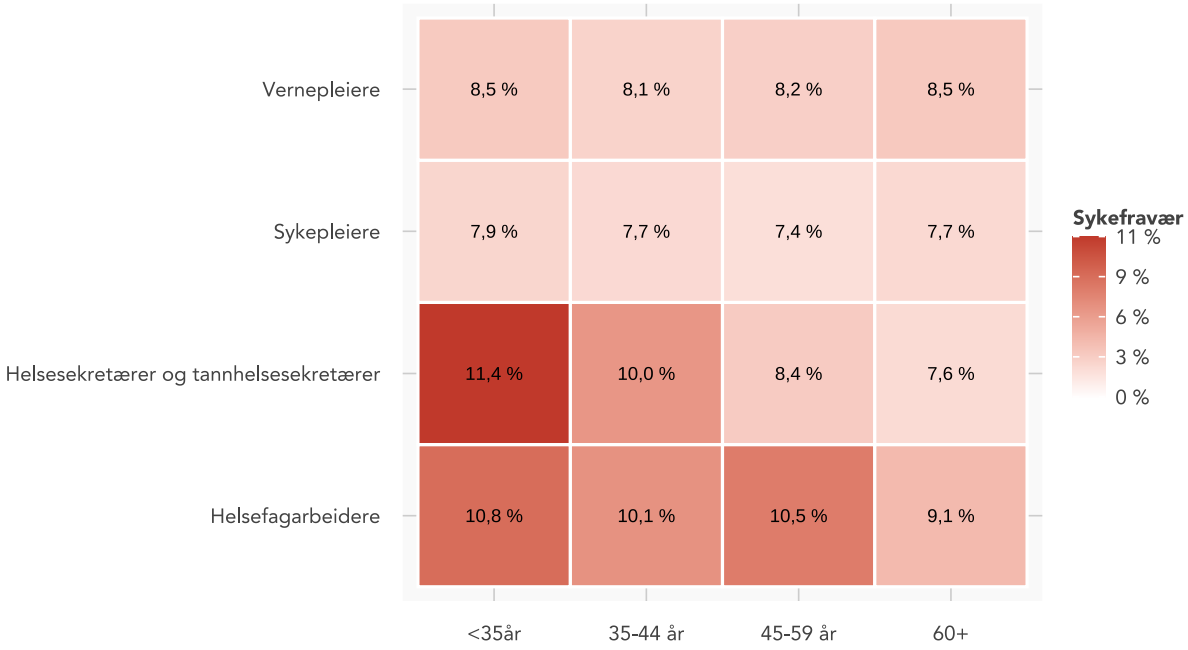


Kilde: Grunnlagsdata fra SSB bearbeidet av Riksrevisjonen.

Figur 27 viser at sykefraværet for helsepersonell i alle aldersgrupper økte fra 2019 til 2025.[70] Overordnet har sykefraværet blant de yngre nærmet seg sykefraværet blant de eldre. Sykefraværet i aldersgruppene 35 år og yngre, og 35–44 år har økt med henholdsvis 1,3 og 1,2 prosentpoeng. For aldersgruppene 45–59 og over 60 år har det til sammenlikning bare økt med 0,4 og 0,3 prosentpoeng. I 2025 var sykefraværet blant de under 35 nesten likt sykefraværet til de over 60 år i 2019. Sykefraværsprosenten er høyest i aldersgruppen 45–59 år, mens den er lavest i gruppen 35 år eller yngre.

[70] Tallene inkluderer årsverk utført av pasient- og brukerrettede stillinger og helsepersonell i administrasjon og service.

Figur 28 Legemeldt sykefravær i 2025 etter alder for utvalgte helsepersonellgrupper



Kilde: Grunnlagsdata fra SSB bearbeidet av Riksrevisjonen.

Figur 28 viser at for både helsefagarbeidere, sykepleiere og helsesekretærer er det gruppen under 35 år som har det høyeste legemeldte sykefraværet i den offentlig finansierte helse- og omsorgstjenesten.[71] For vernepleiere har gruppen under 35 år og over 60 år like høyt sykefravær. Det er størst forskjell mellom aldersgruppene for helsesekretærer og helsefagarbeidere.

Den nasjonale utviklingen for alle næringer viser at for *begge* kjønn samlet var sykefraværet i 2025 høyest i aldersgruppen 60–64 år, mens det var aller høyest for *kvinner* i alderen 30–34 år, med 8,6 prosent.[72] Nav viser i sin årsstatistikk for sykefravær til at sykefraværet for kvinner i alderen 30–34 år kan ha sammenheng med svangerskapsrelatert sykefravær, men de siste årene har det vært en betydelig økning i sykefravær som skyldes psykiske lidelser for denne gruppen.

Legemeldt sykefravær fordelt på kjønn

Sykefraværet er høyere hos kvinnelig helsepersonell enn hos mannlig helsepersonell. I 2025 var den gjennomsnittlige sykefraværsprosenten 8,4 for kvinnelig helsepersonell og 4,7 for mannlig helsepersonell.[73] Det samme gjelder for legemeldt sykefravær generelt i Norge: kvinner hadde 7,2 prosent legemeldt sykefravær i 4. kvartal i 2025, mens menn hadde 4,1 prosent.[74]

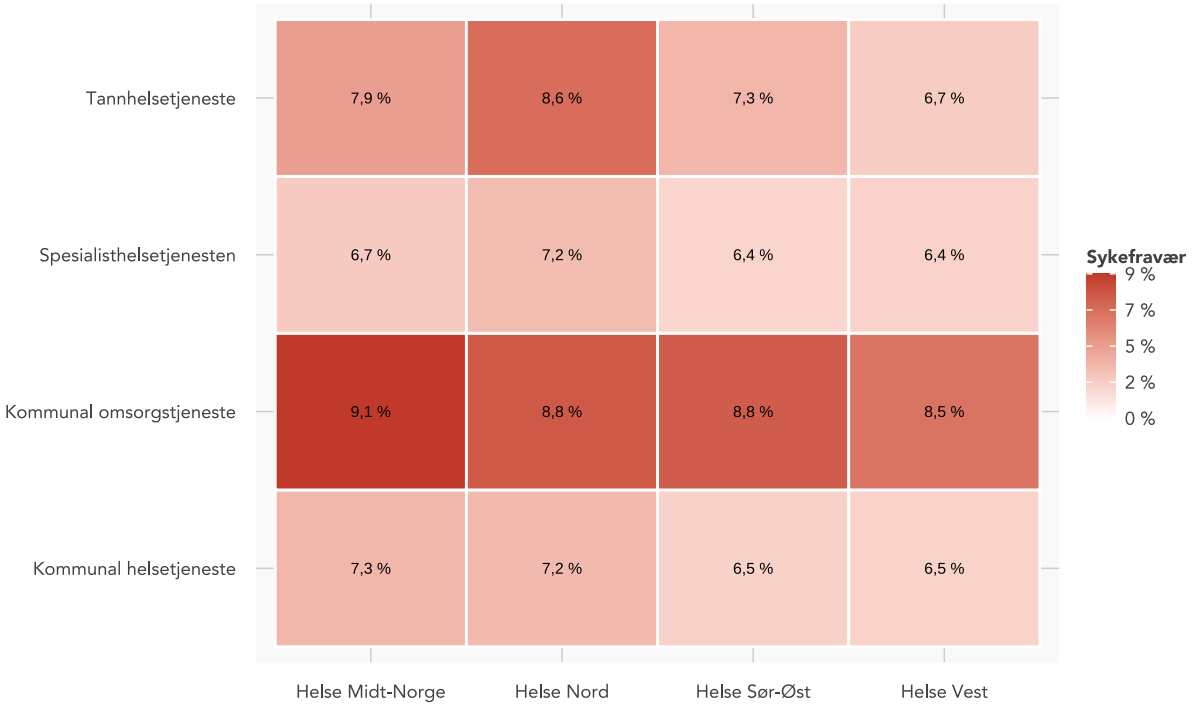
Sykefraværet hos helsepersonell har økt mest for kvinner i perioden 2019–2025. Det økte med 1,0 prosentpoeng fra 2019 til 2025 for kvinner og 0,7 prosentpoeng for menn i samme periode. Det er størst forskjell i sykefraværet mellom mannlige og kvinnelige

[71] Tallene inkluderer årsverk utført av pasient- og brukerrettede stillinger og helsepersonell i administrasjon og service
[72] Nav (2026, 26.februar).
[73] Tallene inkludere både pasient- og brukerrettede årsverk (POB) og administrasjon og service (AOS).
[74] SSB. (2026, 3.september, a)

helsefagarbeidere. Kvinnelige helsefagarbeidere hadde i gjennomsnitt 4,0 prosentpoeng høyere sykefravær enn mannlige helsefagarbeidere, i perioden 2019–2025. Kvinnelig leger hadde omtrent 2,7 prosentpoeng høyere sykefravær enn mannlige leger.

Legemeldt sykefravær fordelt på opptaksområder og sentralitet

Figur 29 Legemeldt sykefravær i 2025 etter helsetjeneste og region. Pasient- og brukerrettede årsverk



Kilde: Grunnlagsdata fra SSB bearbeidet av Riksrevisjonen.

Figur 29 viser at det ikke er store forskjeller i sykefraværet i de ulike helsetjenestene i de fire regionene. Sykefraværet er høyest i den kommunale omsorgstjenesten i alle de fire regionene. Av de fire regionene har Helse Vest lavest sykefravær i alle tjenestene.

Det er ikke store forskjeller i den overordnede sykefraværsprosenten blant helsepersonell mellom de ulike sentralitetskategoriene.

7.3.2 Den gjennomsnittlige stillingsprosenten for helsepersonell har gått litt opp

Blant de som har hovedarbeidsforholdet i spesialisthelsetjenesten var gjennomsnittlig stillingsstørrelse for alle helsepersonellgrupper i pasient- og brukerrettede stillinger 87 prosent i 2025, som er en liten økning fra 85 prosent i 2019.

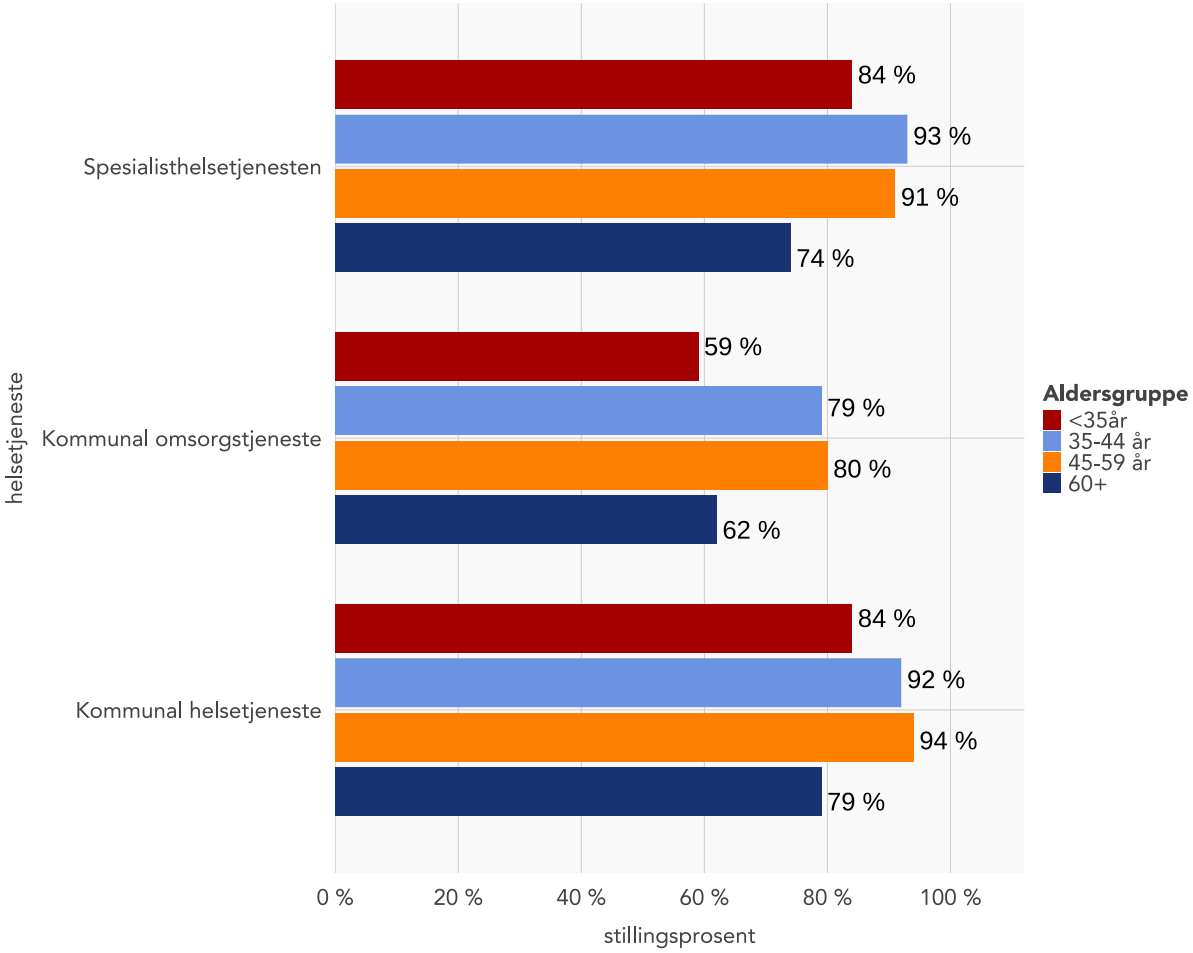
Gjennomsnittlig stillingsstørrelse er lavere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, hvor gjennomsnittlig stillingsstørrelse for hovedjobb er 73 prosent. Her har det også vært en økning fra 70 prosent i 2019.

I 2025 var den gjennomsnittlige stillingsprosenten lavest i den kommunale omsorgstjenesten (69 prosent). I 2019 var stillingsprosenten 66 i denne tjenesten. I den kommunale omsorgstjenesten jobber det flest helsefagarbeidere, som i gjennomsnitt har en forholdsvis lav stillingsprosent.

Den gjennomsnittlige stillingsstørrelsen var 89 prosent i den kommunale helsetjenesten i 2025, mot 88 prosent i 2019. Den kommunale helsetjenesten har den høyeste andelen leger, som typisk har en høy stillingsprosent.

KS' arbeidsgivermonitor for 2025 viser at både andelen heltidsansatte og gjennomsnittlig stillingsstørrelse har gått opp i alle sektorer sammenliknet med 2023-målingen, men det er store forskjeller mellom kommunene både i heltidsandel og stillingsstørrelse.

Figur 30 Gjennomsnittlig stillingsprosent i pasient- og brukerrettede stillinger etter aldersgruppe i helsetjenestene, 2025

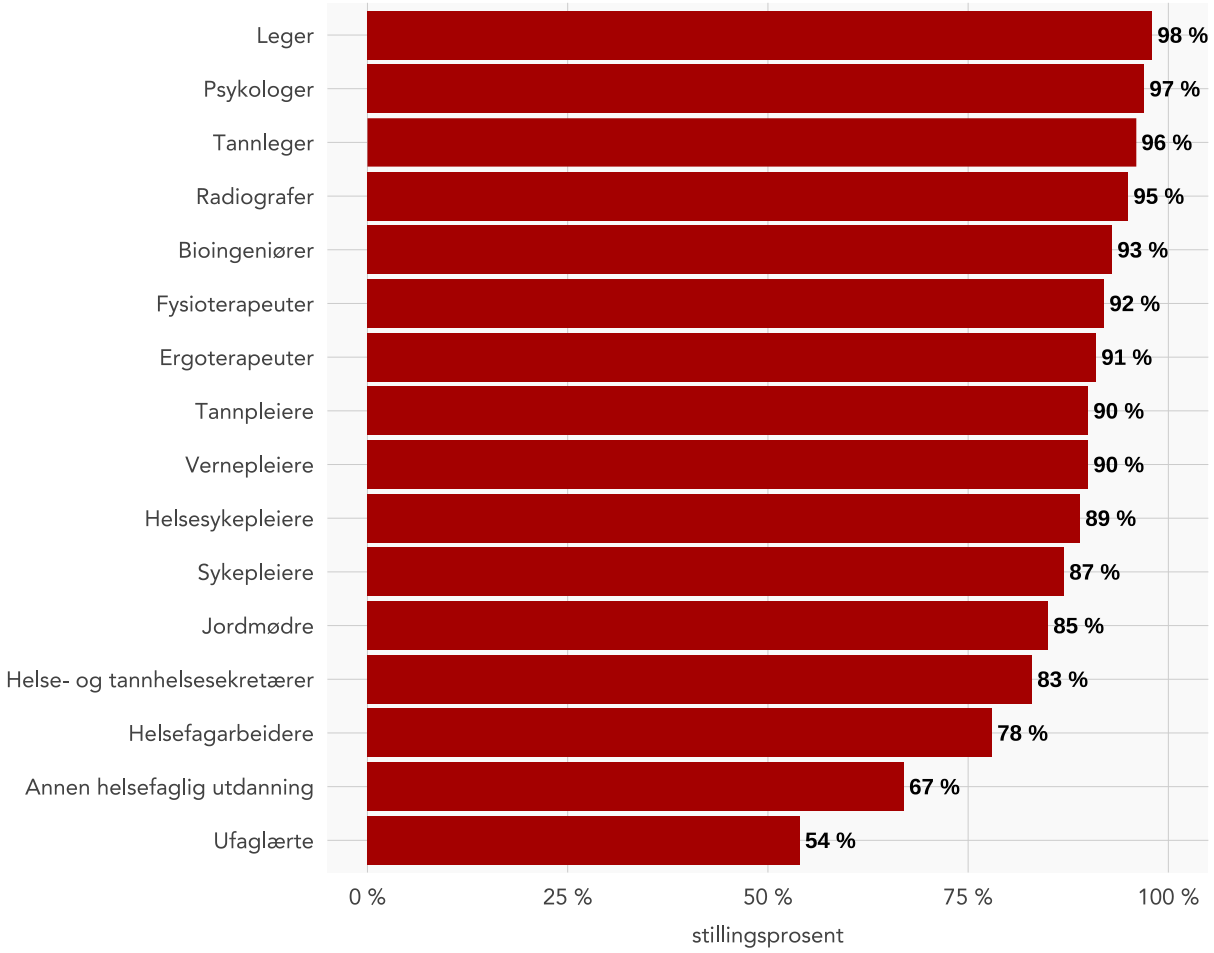


Kilde: Grunnlagsdata fra SSB bearbeidet av Riksrevisjonen.

Figur 30 viser gjennomsnittlig stillingsprosent i hver aldersgruppe i spesialisthelsetjenesten, kommunal omsorgstjeneste og kommunal helsetjeneste. Gjennomsnittlig stillingsprosent er høyest blant helsepersonell mellom 35 og 59 år i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helsetjenesten. I disse tjenestene har denne aldersgruppen en gjennomsnittlig stillingsprosent på mellom 91 og 94 prosent.

Helsepersonell som er over 60 år, har lavest gjennomsnittlig stillingsprosent i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helsetjenesten, mellom 74 og 79 prosent. I den kommunale omsorgstjenesten, derimot, er det helsepersonell under 35 år som har lavest gjennomsnittlig stillingsprosent (59).

Figur 31 Gjennomsnittlig stillingsprosent i pasient- og brukerrettede stillinger per helsepersonellgruppe i helse- og omsorgssektoren, 2025



Kilde: Grunnlagsdata fra SSB bearbeidet av Riksrevisjonen.

Figur 31 viser at leger og psykologer har høyest gjennomsnittlig stillingsprosent, henholdsvis 98 og 97 prosent. Helsefagarbeidere har en gjennomsnittlig stillingsprosent på 78 og sykepleiere har en gjennomsnittlig stillingsprosent på 87. Ufaglærte og personell med annen helsefaglig utdanning har lavest stillingsprosent - henholdsvis 54 og 67 prosent. Dette kan for eksempel skyldes at ufaglærte ofte brukes som fleksibel arbeidskraft, og at arbeidsgivere kan prioritere å ansette fagkompetanse i hele stillinger.

Stillingsprosentene til de ulike helsepersonellgruppene er ganske lik i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Stillingsprosent fordelt på opptaksområde og sentralitet

Den gjennomsnittlige stillingsprosenten til helsepersonellet er ganske lik mellom opptaksområdene i spesialisthelsetjenesten. Opptaksområdet til Vestre Viken HF har høyest gjennomsnittlig stillingsprosent med 89 prosent, mens opptaksområdet til Sykehuset Innlandet HF har lavest med 84 prosent.

Stillingsprosenten i henholdsvis kommunal omsorgstjeneste og kommunal helsetjeneste er ganske lik mellom de ulike sentralitetsgradene til kommunene, det er en forskjell på 2 prosentpoeng i gjennomsnittlig stillingsprosent mellom kommuner med henholdsvis lav og høy sentralitet.

Hvilke muligheter er det for å øke stillingsprosenten?

Over har vi vist gjennomsnittlig stillingsprosent til helsepersonell som har hovedarbeidet sitt i enten spesialisthelsetjenesten eller i kommunal helse- og omsorgstjeneste. I 2025 var gjennomsnittlig stillingsstørrelse for hovedarbeid i helsetjenesten 87 prosent.[75]

Gjennomsnittlig stillingsprosent tar imidlertid ikke hensyn til at helsepersonell kan ha flere ansettelsesforhold og kombinere hovedarbeid med

- en eller flere mindre stillinger i en annen del av helsetjenesten
- arbeid i andre helsetjenester utenfor offentlig finansiert helsetjeneste, for eksempel private helsetjenester
- arbeid utenfor helsetjenesten, for eksempel innenfor forskning eller utdanning

Dette betyr at en del av reserven eller den ledige arbeidskapasiteten som gjenstår når vi ser på gjennomsnittlig stillingsprosent for hovedarbeid, allerede er i bruk i ulike helsetjenester og utenfor helsetjenesten.

Om vi tar med alle biarbeidsforhold (både i og utenfor helsetjenesten) er den gjennomsnittlige stillingsprosenten 89 prosent. Den teoretiske muligheten for at helsepersonell kan øke arbeidsinnsatsen sin i helsetjenesten, er derfor 2 prosentpoeng mindre enn den gjennomsnittlige stillingsprosenten (87 prosent) for hovedarbeidet skulle tilsi.

Helsepersonell kan kombinere arbeid i den offentlig finansierte helsetjenesten med arbeid i andre helsetjenester. Dette inkluderer helprivate tjenester og offentlig finansierte tjenester levert av private aktører, som ikke kan skilles ut fra øvrige offentlig finansierte tjenester i datagrunnlaget. Dette omfatter blant annet avtalespesialister.[76] I 2025 utgjorde delvis arbeid i disse andre helsetjenestene en svært liten del (0,6 prosent) av alle årsverk i helsetjenesten.

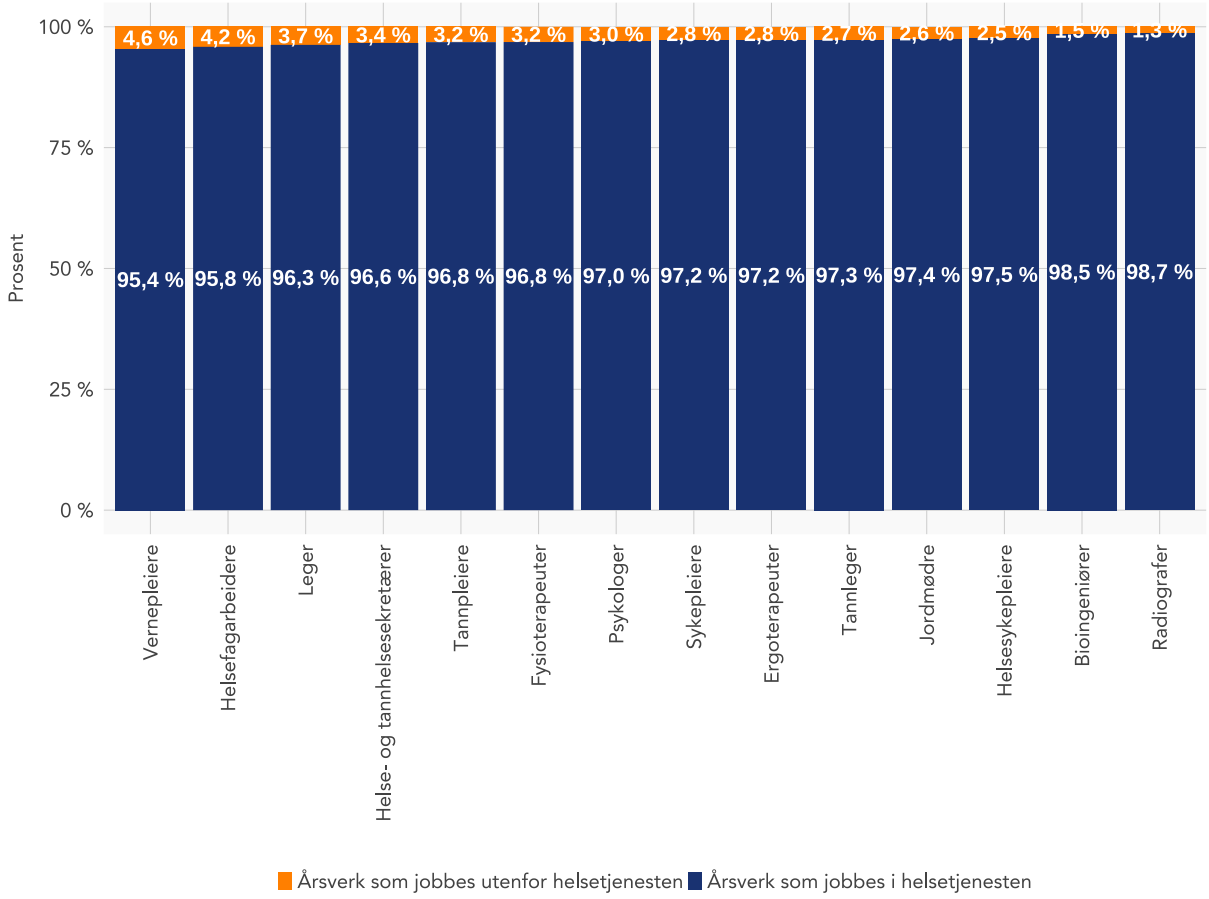
[75] Personellgruppene "Annen helsefaglig utdanning", "Administrasjon og service (uten helseutdanning)" og "Ufaglært" er ekskludert for å kunne sammenlignes med utdanningene som er inkludert i deltidsreserven.

[76] Avtalespesialister kan ikke her skilles ut fra øvrige offentlig finansierte tjenester i datagrunnlaget om deltidsreserve og inngår derfor i hovedsak i kategorien «Andre helsetjenester», og ikke under spesialisthelsetjenesten hvor de hører hjemme jf. dokumentasjon fra SSB 2026. Avtalespesialister utgjorde omtrent 1218 årsverk i 2025 jf. SSB (2026, 1. oktober) statistikktabell 13953.

Andelen helsepersonell som også har en jobb *utenfor* helsetjenesten har ligget ganske stabilt mellom 2019 og 2025 på omtrent 3,5 prosent av alle årsverk som utføres av helsepersonell. Dette tilsvarer 8 424 årsverk.

Figur 32 viser hvor stor andel årsverk som arbeides utenfor helsetjenesten utgjør av det de ulike helsepersonellgruppene samlet sett arbeider. Det er vernepleiere, helsefagarbeidere og leger som i størst grad kombinerer arbeid i og utenfor helsetjenesten.

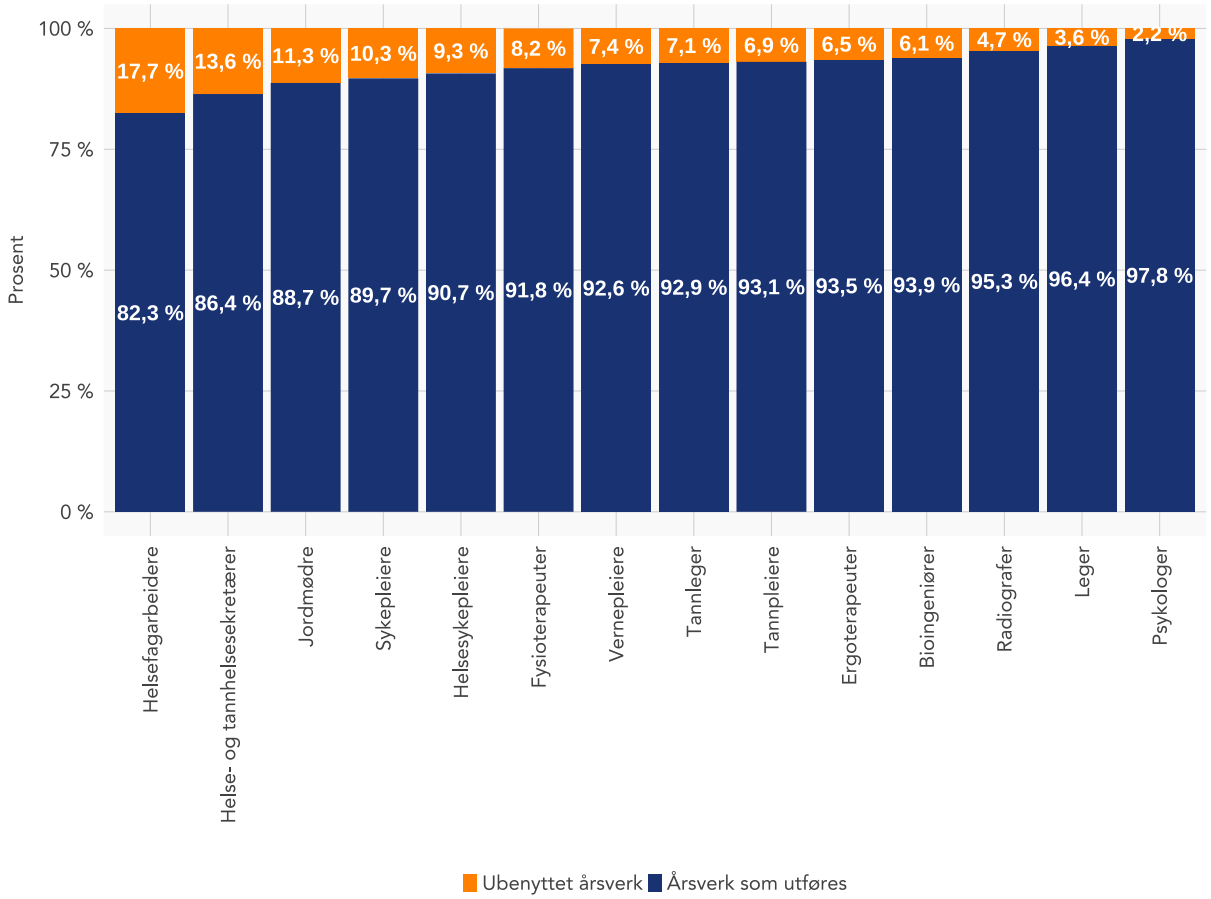
Figur 32 Årsverk som jobbes i og utenfor helsetjenesten som andel av totale årsverk per helsepersonellgruppe i prosent, 2025



Kilde: Grunnlagsdata fra SSB bearbeidet av Riksrevisjonen.

Ubenyttede årsverk er andelen av et årsverk i en 100 prosent stilling som ikke utføres verken i eller utenfor helsetjenesten. Samlet sett utgjør den gjennomsnittlige stillingsprosenten (både i og utenfor helsetjenesten) 89 prosent. Andelen ubenyttede årsverk var dermed 11 prosent i 2025. I 2019 var det tilsvarende tallet 13 prosent. Dette tyder på at helsepersonell i gjennomsnitt arbeider en større del av en 100 prosent stilling i 2025 enn i 2019.

Figur 33 Fordeling av ubenyttede og utførte årsverk per helsepersonellgruppe i prosent, 2025



Kilde: Grunnlagsdata fra SSB bearbeidet av Riksrevisjonen.

Figur 33 viser at det er helsefagarbeidere som har høyest andel ubenyttede årsverk og dermed teoretisk størst muligheter til å ha høyere stillingsprosent. Psykologer har lavest andel ubenyttede årsverk.

Den totale stillingsprosenten til helsefagarbeiderne er 82 prosent. Dersom alle hadde arbeidet i en 100 prosent stilling, ville arbeidsinnsatsen teoretisk vært 18 prosentpoeng høyere. Dette tilsvarer 13 615 årsverk. Tilsvarende tall for psykologer er 2,2 prosentpoeng. Dette utgjør 145 årsverk.

Videre analyser viser at helsepersonell over 60 år har størst andel årsverk de ikke jobber (i gjennomsnitt 26 prosent av en heltidsstilling). De øvrige aldersgruppene har i gjennomsnitt et ubenyttet mulighetsrom på mellom 8 og 10 prosent av en heltidsstilling. I de kommunale helse- og omsorgstjenestene er det ubenyttede mulighetsrommet høyest i de minst sentrale kommunene (14 prosent), og lavest i de mest sentrale kommunene (9,8 prosent).

Det er ikke gitt at de som jobber mindre enn full stilling ønsker å jobbe mer, eller at de som jobber delvis utenfor helsetjenesten ønsker å jobbe mer i helsetjenesten. Ubenyttede årsverk og årsverk utenfor helsetjenesten representerer derfor en teoretisk størrelse og

ikke nødvendigvis faktisk tilgjengelig arbeidskraft.[77] Stillingsprosent påvirkes av en rekke forhold, som individuelle preferanser og livsfase, som igjen påvirker ønsket arbeidsomfang.

Det er vanskelig å si sikkert hvor stor andel av deltiden som er frivillig og ufrivillig. Det finnes ikke eksakte tall for hvor mange helsepersonell som jobber ufrivillig deltid i Norge, men data fra arbeidskraftundersøkelsen viser at omtrent 20 prosent av de deltidsansatte i helse- og sosialsektoren ønsker å jobbe mer.[78] Samtidig viser den samme undersøkelsen at 7 prosent av alle ansatte i denne sektoren ønsker å jobbe mindre.

Data fra Arbeidskraftundersøkelsen i 2022 viser at om lag 10 prosent av sykepleiere som jobber deltid jobber ufrivillig deltid. Det vil si personer som uttrykker et ønske om, samt har kapasitet eller mulighet til, å arbeide mer. Imidlertid rapporterte ingen av disse at de aktivt hadde søkt å øke sin stillingsandel.[79] Årsakene til deltidsarbeid hos sykepleiere varierer. Blant sykepleiere i deltidsstillinger oppgir nesten halvparten at enten videreutdanning, egen helse, eller omsorgsoppgaver er hovedgrunnen for deres valg. Under syv prosent av de deltidsarbeidende jobber deltid fordi de ikke kunne finne en heltidsjobb.

FAFO har undersøkt omfanget av ufrivillig og frivillig deltid blant ansatte som jobber i kommunen.[80] Undersøkelsen viser at om lag én av fire deltidsansatte jobber ufrivillig deltid, mens tre av fire jobber deltid fordi de selv ønsker dette. Videre viser den at andelen som ønsker større stilling blant de deltidsansatte, er høyest blant barnehage- og SFO-assistenter (20 prosent), helsefagarbeidere (20 prosent) og andre pleiemedarbeidere (28 prosent).

FAFO-undersøkelsen viser at det er mange årsaker til at ansatte jobber deltid. 21 prosent av deltidsansatte kombinerer jobben med utdanning og 33 prosent mottar trygdeytelser ved siden av arbeidet. Dette viser at over halvparten som jobber deltid i kommunene kombinerer dette med trygd eller utdanning. FAFO skriver at dette peker i retning av at deltidsarbeid for mange inngår som en tilpasning til ulike livsfaser hvor man har forbigående eller varig redusert arbeidsevne.

7.3.3 Hver sjette helsefagarbeider er eldre enn 60 år

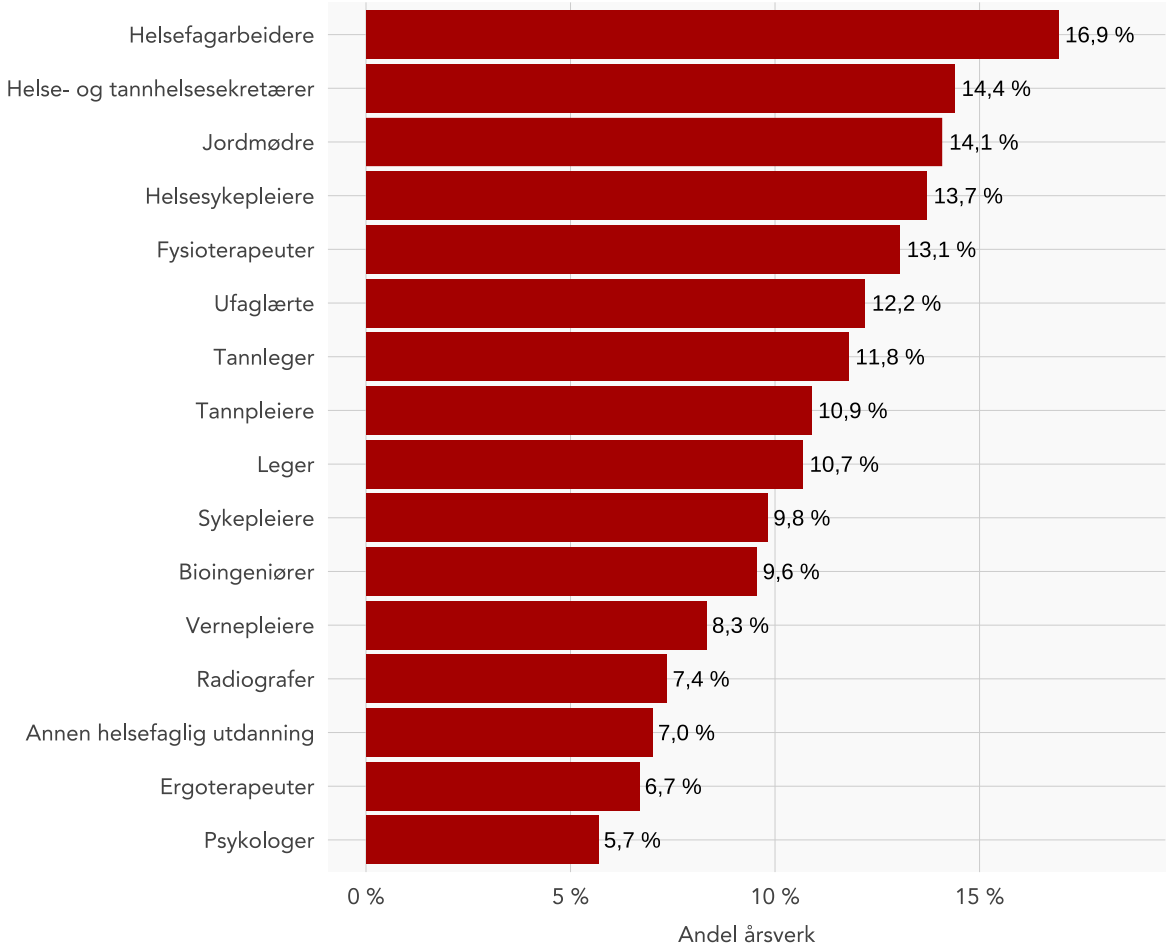
12 prosent av de pasient- og brukerrettede årsverkene i helsetjenesten i 2025 ble utført av helsepersonell som var 60 år og eldre. Andelen var høyere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (13 prosent)[81] enn i spesialisthelsetjenesten (9,7 prosent).

Riksrevisjonens undersøkelse om *Bemanningsutfordringer i helseforetakene* fra 2019 viste også at mer enn hver sjette spesialsykepleier og jordmor i spesialisthelsetjenesten ville nå

[77] Statistisk sentralbyrå (2026). Dokumentasjon til Riksrevisjonen. Se vedlegg 3.
[78] Data oversendt fra SSB
[79] Hjemås, G. (2023, 20.des)
[80] FAFO. (2026).
[81] Andelen er ganske lik for henholdsvis kommunal omsorgstjeneste (12,5 prosent) og kommunal helsetjeneste (12,8 prosent).

pensjonsalder (65 år) i løpet av de neste fem årene.[82] Andelen ansatte som ville nå pensjonsalder i de kommende årene, varierte imidlertid mye mellom enhetene.

Figur 34 Andel pasient- og brukerrettede årsverk utført av ansatte 60 år og eldre, etter utdanning, 2025



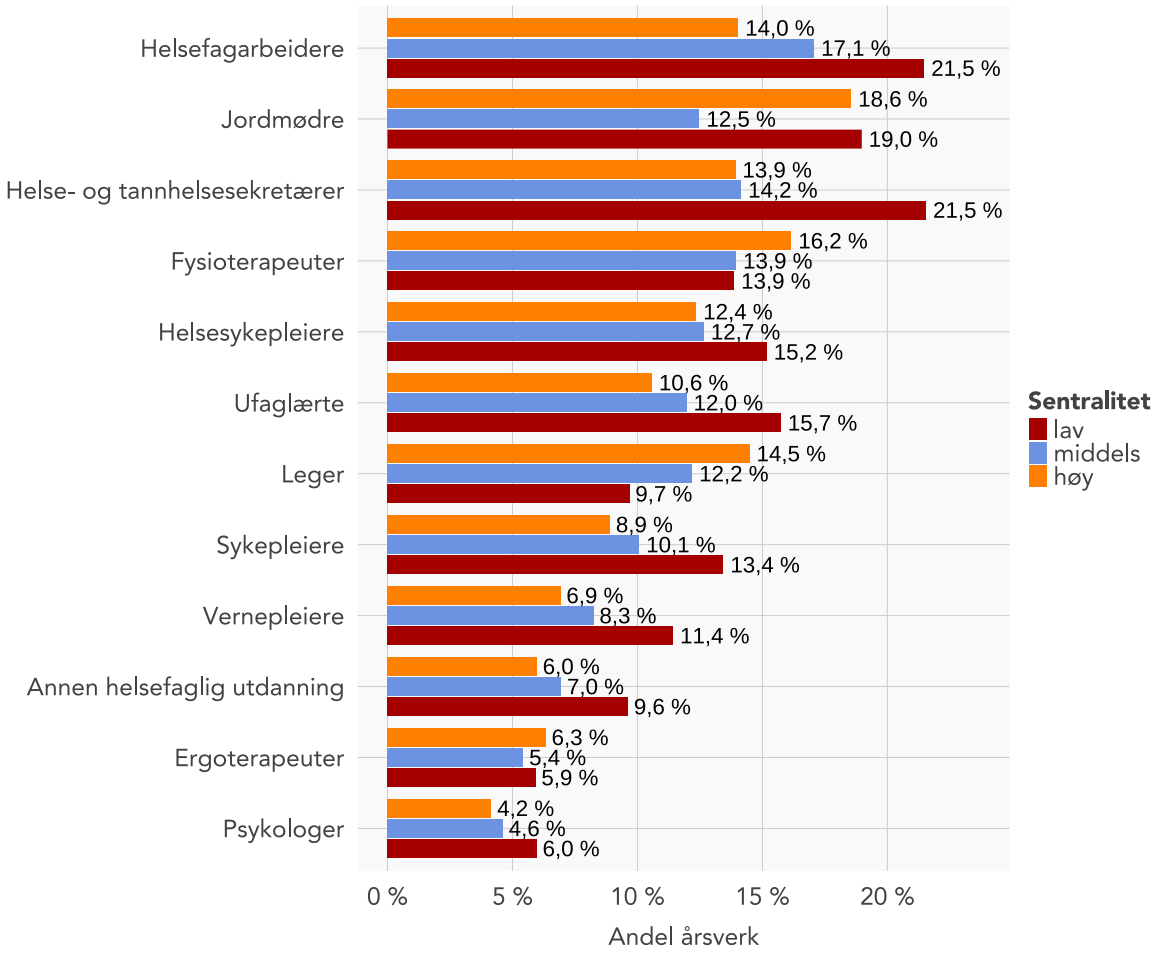
Kilde: Grunnlagsdata fra SSB bearbeidet av Riksrevisjonen.

Figur 34 viser at det i helse- og omsorgstjenesten er helsefagarbeidere, helse- og tannhelsesekretærer og jordmødre som har høyest andel årsverk utført av personell som er 60 år eller eldre. Psykologer har lavest andel årsverk som er utført av ansatte som er 60 år eller eldre (ca. 6 prosent). Andelen årsverk utført av leger som er 60 år eller eldre er i underkant av 11 prosent.

Kommuner med lav sentralitet hadde i 2025 en betydelig høyere andel årsverk utført av personell 60 år eller eldre i de kommunale helse- og omsorgstjenestene (16 prosent) enn kommuner med høy sentralitet (11 prosent).

[82] Riksrevisjonen. (2019).

Figur 35 Andel pasient- og brukerrettede årsverk utført av ansatte 60 år og eldre i de kommunale helse- og omsorgstjenestene i utvalgte helsepersonellgrupper[83] fordelt på sentralitet, 2025

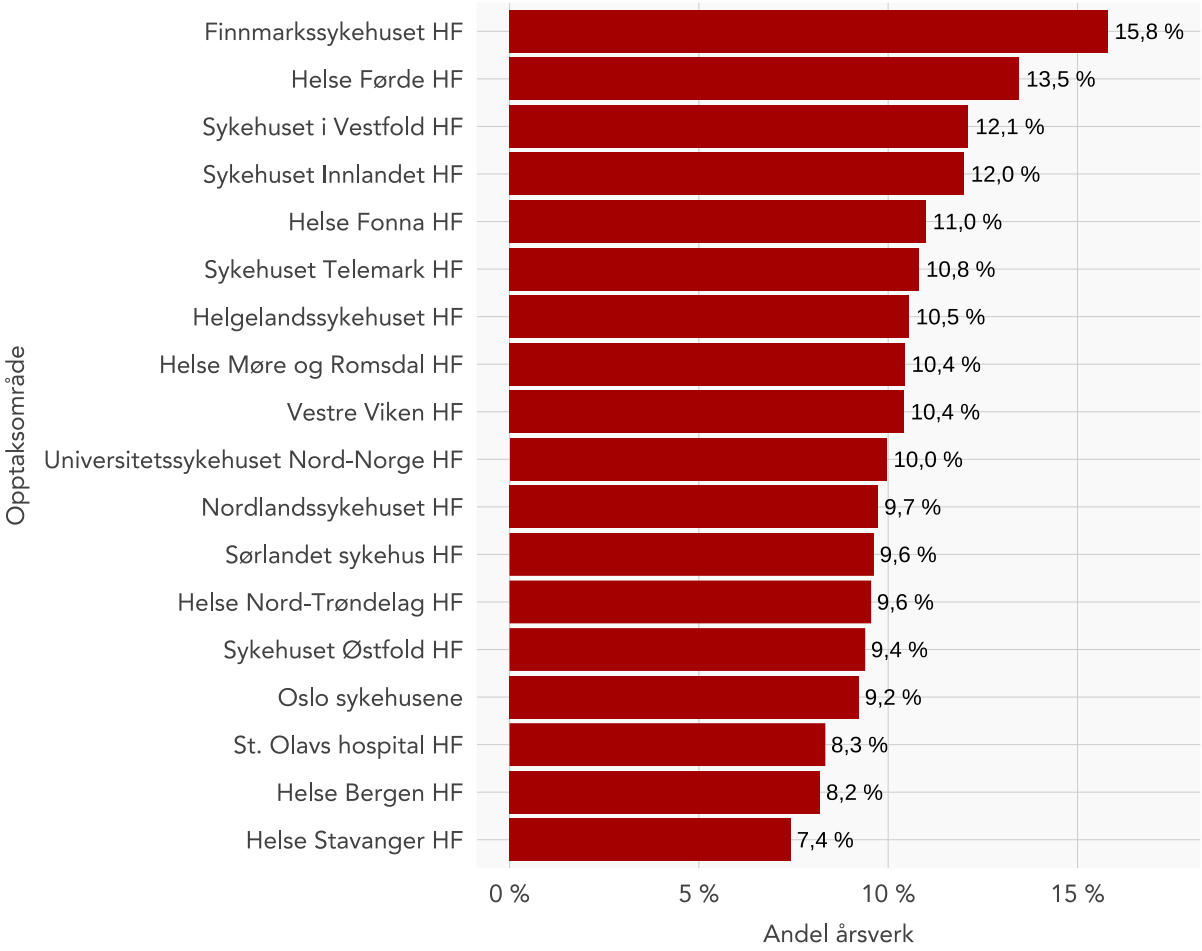


Kilde: Grunnlagsdata fra SSB bearbeidet av Riksrevisjonen.

Figur 35 viser at andelen årsverk utført av personell som er 60 år og eldre i de ulike kommunene varierer per helsepersonellgruppe, men de fleste gruppene har høyest andel som er 60 år eller eldre i de minst sentrale kommunene. Det vesentligste unntaket er årsverk utført av leger, som har en større andel 60 år eller eldre i kommuner med høy sentralitet (15 prosent), enn i kommuner med lav sentralitet (9,7 prosent).

[83] Noen helsepersonellgrupper er ikke relevante og/eller veldig små i den kommunale helse- og omsorgssektoren og er derfor fjernet. Dette gjelder bioingeniører, radiografer, tannleger og tannpleiere.

Figur 36 Andel pasient- og brukerrettede årsverk utført av ansatte 60 år og eldre i spesialisthelsetjenesten fordelt på opptaksområde, 2025[84]



Kilde: Grunnlagsdata fra SSB bearbeidet av Riksrevisjonen.

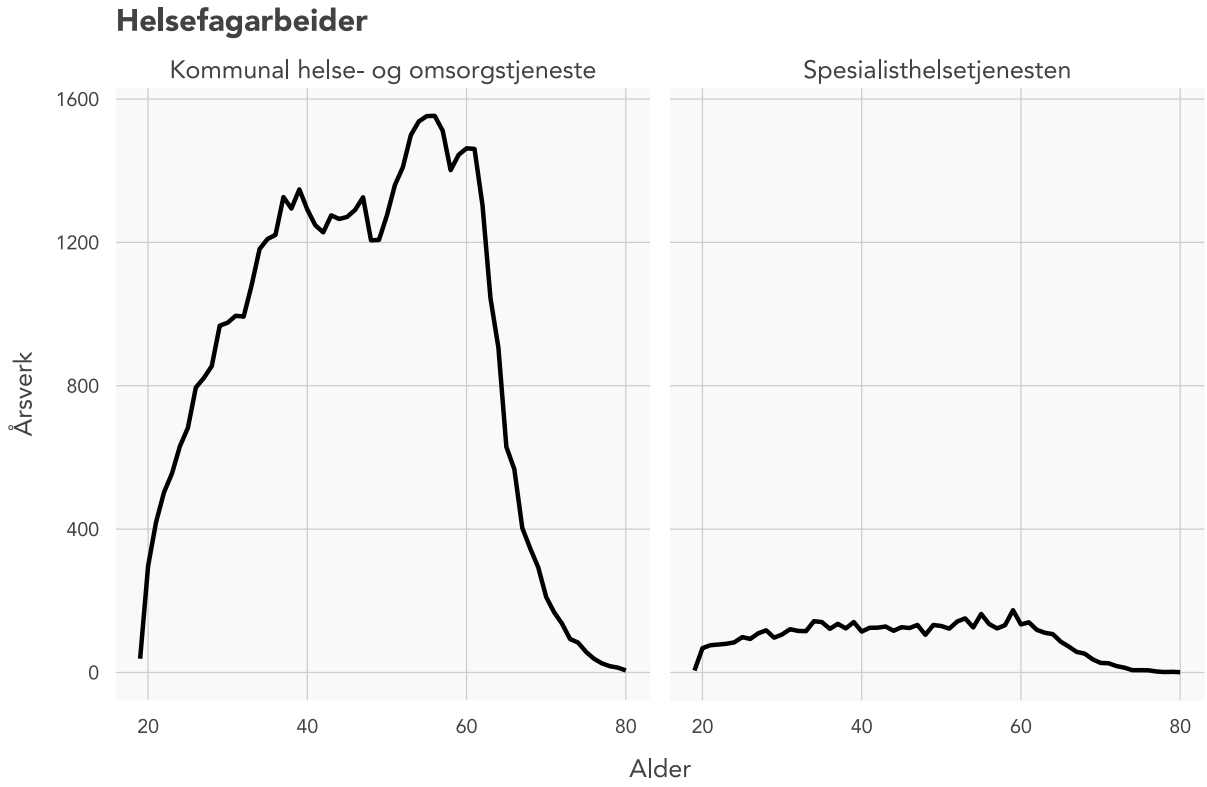
I opptaksområdene til helseforetakene varierer andelen årsverk utført av helsepersonell som er 60 år eller eldre. Andelen årsverk utført av helsepersonell som er 60 år eller eldre i opptaksområdet til Finnmarkssykehuset HF (15,8 prosent), er dobbelt så høy som i opptaksområdet til Helse Stavanger HF (7,4 prosent).

7.3.4 Kommunale helse- og omsorgstjenester har mange helsefagarbeidere, og en stor andel av disse nærmer seg 60 år

I figurene nedenfor viser vi aldersfordelingen for personellgruppene helsefagarbeidere, sykepleiere og leger, som er tre store helsepersonellgrupper både i spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

[84] Oslo universitetssykehus HF, Lovisenberg diakonale sykehus AS, Diakonhjemmet sykehus AS og Akershus universitetssykehus er slått sammen til et opptaksområde som vi har kalt Oslosykehusene. Se punkt 9.1.1 for mer informasjon.

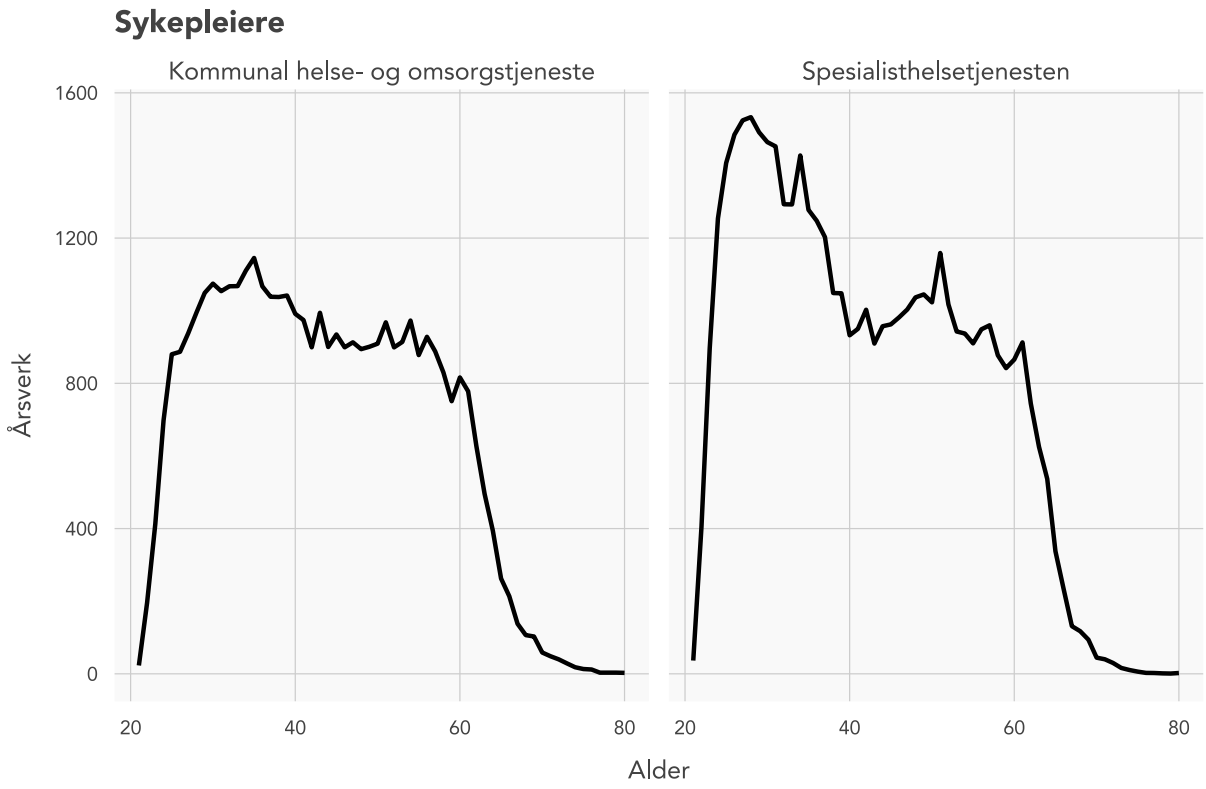
Figur 37 Aldersfordeling blant helsefagarbeidere i kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten (pasient- og brukerrettede årsverk), 2025



Kilde: Grunnlagsdata fra SSB bearbeidet av Riksrevisjonen.

Figur 37 viser at det er vesentlig flere årsverk utført av gruppen helsefagarbeidere i kommunale helse- og omsorgstjenester enn i spesialisthelsetjenesten. Den viser også at mange helsefagarbeidere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten nærmer seg 60 år – og dermed også pensjonsalder. I spesialisthelsetjenesten er det færre helsefagarbeidere. Her fordeler helsefagarbeiderne seg jevnere etter alder, og andelen yngre helsefagarbeidere er høyere. Figuren viser også at tilgangen på yngre helsefagarbeidere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er forholdsvis lav, som kan ha sammenheng med at det utdannes for få, jf. punkt 7.4.2.

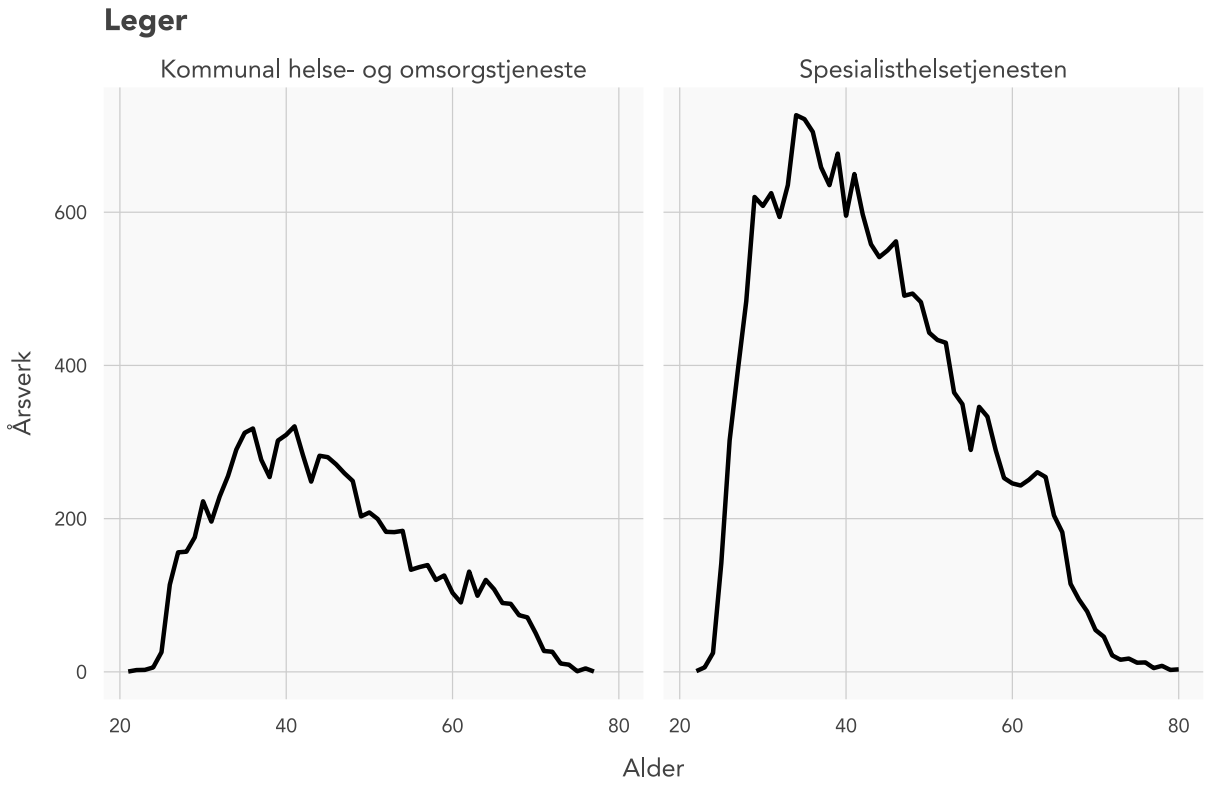
Figur 38 Aldersfordeling blant sykepleiere i kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten (pasient- og brukerrettede årsverk), 2025



Kilde: Grunnlagsdata fra SSB bearbeidet av Riksrevisjonen.

Figur 38 viser at det både i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i enda større grad i spesialisthelsetjenesten er mange sykepleiere i 20- og 30-årene. Det betyr at avgangen de neste tiårene ikke blir like utslagsgivende for sykepleiere som for helsefagarbeidere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Figur 39 Aldersfordeling blant leger i kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten (pasient- og brukerrettede årsverk), 2025



Kilde: Grunnlagsdata fra SSB bearbeidet av Riksrevisjonen.

Figur 39 viser at det er relativt mange leger (målt i årsverk) i 30- og 40-årene både i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I begge sektorene er det relativt få leger i 50- og 60-årene. Dette vil gi en forholdsvis lav avgang av leger de neste tiårene.

Ifølge OECD-rapporten *Health at a Glance* er aldringen av den medisinske arbeidsstyrken en økende bekymring i mange OECD-land. I 2023 var nesten en tredel (32 prosent) av legene i OECD-landene over 55 år. I ni OECD-land utgjorde denne andelen 40 prosent eller mer. I 2023 var andelen leger som var 55 år og eldre rundt 24 prosent i Norge, som er lavere enn gjennomsnittet i OECD-området. Norge er altså et land med relativt unge leger.

7.4 Hvordan er utdanningskapasiteten for sentrale helsepersonellgrupper?

Fram mot 2040 forventes det størst mangel på helsefagarbeidere, sykepleiere, vernepleiere, helsesekretærer og bioingeniører. Samtidig vil det bli et overskudd av leger (se punkt 8.3). Dette kapitlet viser utdanningskapasiteten mellom 2019 og 2025 for disse seks helsepersonellgruppene.

7.4.1 Utdanning av helsepersonell med høyere helsefaglig utdanning

Antallet uteksaminerte medisinstudenter har økt

Faktaboks 10 Legeutdanning i Norge

For å få autorisasjon som lege må man fullføre et 6-års profesjonsstudium. Fire norske universiteter tilbyr medisinstudier.[85]

Videre spesialisering for leger:

- Etter endt medisinstudium må alle kandidater gjennomføre LIS1 (Lege i Spesialisering 1), som er første del av spesialistutdanningen og tilsvarer 18 måneders praksis i primær- og spesialisthelsetjenesten. LIS1 er obligatorisk både for leger utdannet i Norge og for de fleste leger utdannet i EU/EØS etter 1. mars 2019, før de kan fortsette spesialiseringen med LIS2/LIS3.

Kilde: Legeforeningen.[86]

Statistikk fra databasen om høyere utdanning (DBH) viser at det har vært en jevn økning i antall utlyste studieplasser[87] i medisin i perioden fra 2019 til 2026. I denne perioden var økningen på om lag 42 prosent. I 2019 var det 636 plasser, i 2025 var det 871 plasser, og i 2026 var det 900 plasser.[88]

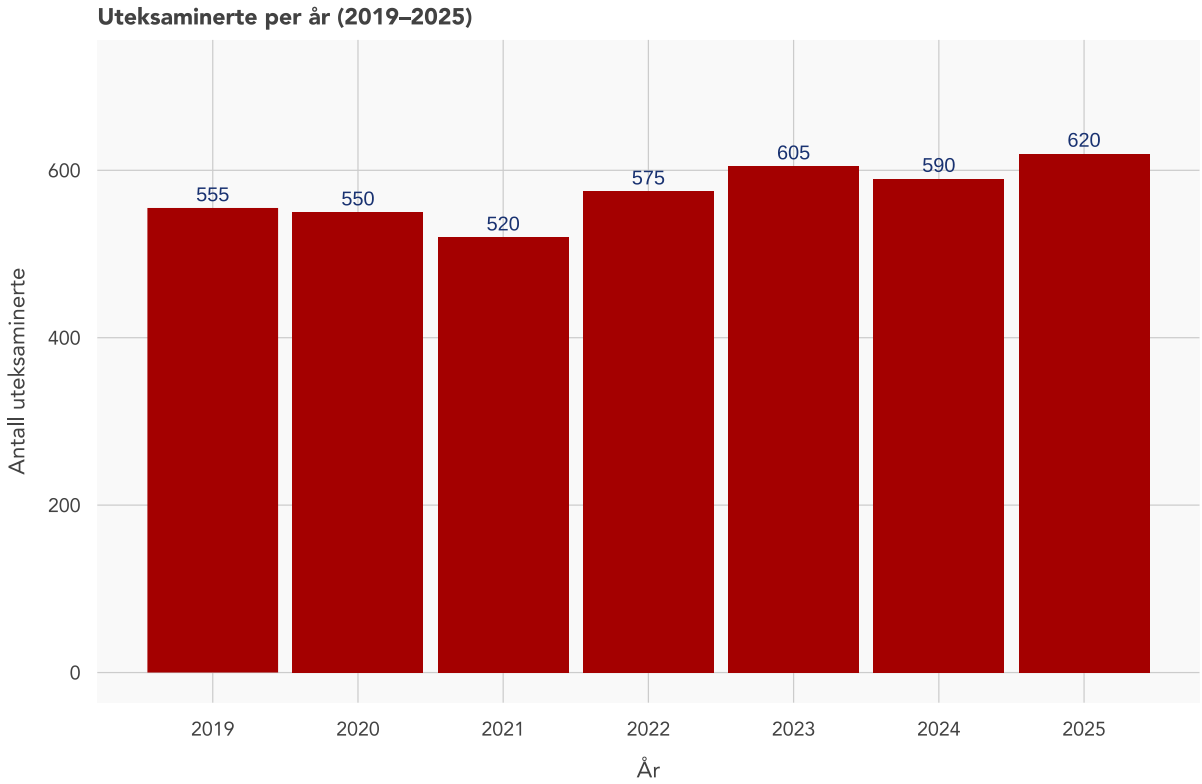
Antallet studenter som har møtt til studiestart har utviklet seg i tråd med antallet studieplasser i perioden. I 2025 møtte 975 studenter til studiestart. Ifølge HK-dir er det på mange utdanninger vanlig at institusjonene gir tilbud om opptak til flere enn det de har plass til (overbooking).

Hvert år er det mange kvalifiserte søkere som ikke kommer inn på medisinstudiet på grunn av den høye opptaksgrensen. I 2025 var det 17 610 kvalifiserte søkere som hadde medisin som ett av 10 søknadsalternativer, mens 3 031 søkere hadde medisinstudiet som førsteprioritet. Antall søkere har vært stabilt i perioden 2019 til 2025 (økt fra 3 014 til 3 031). Det var ca. 3,5 søkere som hadde medisin som førsteprioritet per studieplass i 2025.

For medisinstudenter som skulle ha blitt uteksaminert i perioden 2014–2023, var det i gjennomsnitt 10 prosent som hadde falt fra studiene. Når det gjelder gjennomføringstiden, var det i gjennomsnitt 41 prosent av studentene i disse årskullene som utsatte studiene med minst ett år. Det vil si at 59 prosent fullførte studiene innen normert tid (seks år). Innen to år etter normert tid var det 96 prosent som fullførte studiene.

[85] Universitetet i Oslo, Universitet i Bergen, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet i Trondheim, Norges arktiske universitet i Tromsø.
[86] Den norske legeforening. (u.å.b). Den norske legeforening. (u.å.a).
[87] Gjelder antall plasser institusjonen lyser ut gjennom Samordnet opptak. På noen utdanninger er det også lokale opptak.
[88] Tall for 2026 innhentet fra Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse.

Figur 40 Antall uteksaminerte medisinstudenter i perioden 2019–2025 ved norske universiteter



Kilde: HK-dir, Database for statistikk om høyere utdanning.

Som figur 40 viser, ble det uteksaminert 555 medisinstudenter i 2019 og 620 i 2025, noe som gir en økning på nesten 12 prosent i perioden.

De 620 medisinstudentene som ble uteksaminerte i 2025 startet opp i 2019, da antallet studieplasser var 636, eller i årene før. Hvis fullføringsgraden forblir like høy, kan de siste årenes økning i antall studieplasser forventes å gi en tilsvarende økning i antall uteksaminerte i årene framover.

Norske medisinstudenter i utlandet

Ifølge statistikk Riksrevisjonen har innhentet fra Lånekassen, fikk i gjennomsnitt ca. 3 000 norske studenter støtte til en medisinutdanning i utlandet, fordelt på alle studieår, i perioden 2019 til 2025, jf. tabell 8. I gjennomsnitt fikk 565 nye norske studenter per år støtte til en medisinutdanning i utlandet. Antallet nye norske studenter som får støtte til medisinutdanning i utlandet er relativt stabilt, men er noe redusert i perioden fra 2019 til 2025 (en nedgang på ca. 9 prosent).

Tabell 8 Antall norske studieplasser og antall norske medisinstudenter i utlandet med støtte fra Lånekassen i perioden 2019–2025

Studieår	Antall studieplasser i Norge	Antall nye studenter som tar medisinutdanning i utlandet per år	Studenter i utlandet som andel av plasser i Norge og utlandet
2024–2025	821	552	40 %
2023–2024	761	554	42 %
2022–2023	731	568	44 %
2021–2022	716	547	43 %
2020–2021	696	563	45 %
2019–2020	636	608	49 %
Gjennomsnitt	*727*	*565*	*44 %*
Utvikling	**29 %**	**-9 %**	

Kilde: Lånekassen (spesialbestilt statistikk).

Tabell 8 viser at antall nye studenter som fikk støtte til en medisinutdanning i utlandet i studieåret 2024–2025 (552), utgjør omtrent 40 prosent av det totale antallet studieplasser for norske medisinstudenter i både Norge (821) og utlandet i 2024. I perioden har det vært en nedgang på 9 prosent i antall nye studenter som får støtte fra Lånekassen til å studere i utlandet.

Statistikken viser at de vanligste landene å studere medisin i for norske studenter i 2026 er Polen (1 159 studenter), Ungarn (531), Latvia (284), Slovakia (267), Danmark (236) og Tsjekkia (89).

SSB viser til at for de fleste helsepersonellgruppene er tilgangen dominert av utdanning i Norge, men at leger skiller seg ut ved at tilgangen av personer med utenlandsk utdanning utgjør en stor andel av den totale tilgangen. I utgangsåret for SSBs tilbudssideanalyse, 2024, var tilgangen 624 nye leger med utdanning fra Norge (både norsk- og utenlandsfødte), mens det var 408 med utenlandsk utdanning. Andelen med utenlandsk utdanning i 2024 var altså på 40 prosent.

Det har vært en liten nedgang i antallet uteksaminerte sykepleiere

Utdanning som sykepleier er en treårig bachelorgrad ved et universitet eller en høyskole, som det er tilbud om mange steder i landet. Grunnutdanningen som sykepleier gir mulighet for å arbeide i både kommunen og i spesialisthelsetjenesten, og åpner for videre

spesialisering gjennom master- og videreutdanninger innen blant annet anestesi-, intensiv-, operasjons-, kreft- og helsesykepleie.[89]

Statistikk fra HK-dir viser at det i 2019 var 4 941 studieplasser[90] i sykepleie ved norske universiteter og høyskoler, som i 2025 var økt til 5 562 studieplasser. Antall studieplasser i sykepleie økte altså med nesten 13 prosent i perioden.

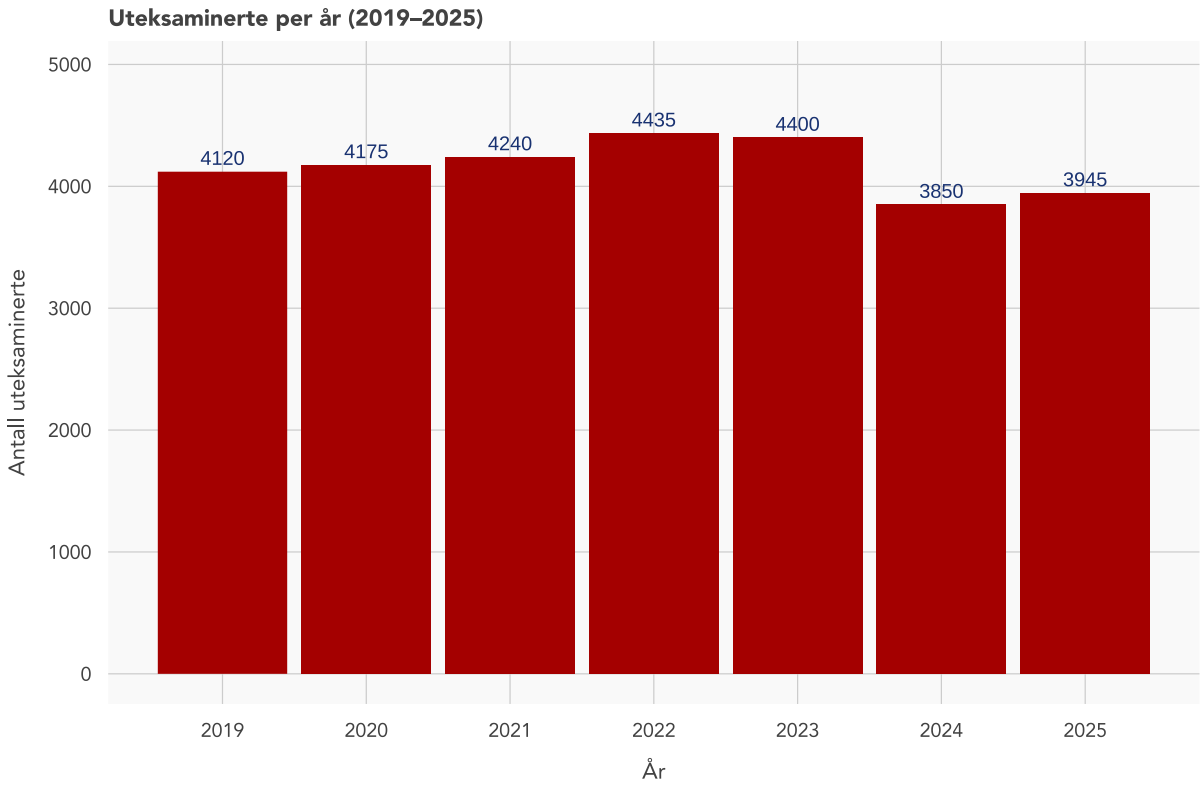
Antall som har møtt til studiestart på sykepleierutdanningen økte i den samme perioden fra 5 139 til 6 117, som er en økning på 19 prosent. Differansen mellom antall møtte og antall studieplasser kan også her skyldes såkalt overbooking eller at det gis flere tilbud i suppleringsopptak etter hovedopptak.

I 2025 var det 54 541 kvalifiserte søkere til sykepleieutdanningen, mens 12 196 hadde sykepleie som første prioritet. Mellom 2019 og 2025 var det en økning i antall kvalifiserte førstevalgsøkere til sykepleierutdanningen fra 8 423 til 12 196. Det innebærer at det var ca. 1,5 søkere til hver studieplass i sykepleieutdanningen i 2025.

For årskullet som gikk på sykepleieutdanningen på heltid i årene fra 2011–2025, viser statistikk fra HK-dir at i gjennomsnitt 18 prosent av sykepleierstudentene falt fra studiene før normert tid på tre år. Denne andelen er høyere enn for medisinstudenter. Når det gjelder gjennomføringstiden, var det en lavere andel av sykepleierstudenter enn medisinstudenter som utsatte studiene. Det var i gjennomsnitt 21 prosent av studentene i disse årskullene som utsatte studiene med minst et år. Det vil si at 79 prosent gjennomførte studiene innen normert tid (3 år). Innen to år etter normert tid var det 97 prosent som hadde fullført studiene.

[89] Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse. (u.å.c).
[90] Dette gjelder planlagte studieplasser utlyst gjennom Samordnet opptak, i tillegg blir det tatt opp en del studenter gjennom lokale opptak.

Figur 41 Antall uteksaminerte sykepleiere i perioden fra 2019 til 2025



Kilde: HK-dir, Database for statistikk om høyere utdanning.

Som det framgår av figur 41, var det i 2025 3 945 uteksaminerte sykepleierstudenter, mens det i 2019 var 4 120 uteksaminerte. Antallet uteksaminerte sykepleiere har variert i løpet av perioden, men det har samlet sett vært en reduksjon på om lag 4,2 prosent.

Norske sykepleierstudenter i utlandet

Ifølge statistikk som Riksrevisjonen har innhentet fra Lånekassen, var det i gjennomsnitt 211 norske studenter som mottok støtte til en sykepleierutdanning i utlandet, per studieår, for perioden 2019 til 2025. I gjennomsnitt begynte 63 norske studenter på en sykepleierutdanning i utlandet hvert år i perioden 2019 til 2025. De mest populære landene å studere i er Danmark, Storbritannia, Sverige, Polen og Spania.

Hvis vi sammenligner antall nye studenter som begynte på en sykepleierutdanning i studieårene 2024–2025 i utlandet (96) med antall studieplasser på sykepleieutdanningen i Norge (5 562), så utgjør de utenlandstuderende omtrent 1,7 prosent.

Antallet uteksaminerte bioingeniører har vært stabilt

Bioingeniørutdanningen er en treårig bachelorgrad i bioingeniørfag, som tilbys ved ulike universiteter og høyskoler.[91] Bioingeniører arbeider med laboratorieanalyser og diagnostikk i helsetjenesten. De fleste arbeider i spesialisthelsetjenesten eller på private laboratorier.

[91] NITO. (u.å.).

Antall studieplasser for bioingeniører har økt med 26 prosent mellom 2019 og 2025, fra 331 plasser i 2019 til 417 plasser i 2025. I samme periode har antall studenter som har møtt til studiestart økt fra 362 til 451.

I 2025 var det 4 602 kvalifiserte søkere til bioingeniørutdanningen, mens 715 søkere hadde bioingeniørstudiet som førsteprioritet. Antallet kvalifiserte førstevalgssøkere til bioingeniørstudiet er redusert fra 742 kvalifiserte søkere i 2019 til 715 i 2025. Dette innebærer at det var 1,7 antall søkere per studieplass i 2025.

Statistikk fra HK-dir viser at for årskullene som gikk på bioingeniørutdanningen i perioden 2014–2024, hadde i gjennomsnitt 22 prosent falt fra studiene før normert tid på tre år. Det er en lav andel bioingeniører som blir forsinket i studiene, for eksempel sammenlignet med medisinstudenter og sykepleierstudenter.

I 2025 ble det uteksaminert 270 bioingeniører, mens det i 2019 ble uteksaminert 273 bioingeniører, noe som innebærer en marginal nedgang på ca. 1,1 prosent i perioden.

Antallet uteksaminerte vernepleiere har økt

For å bli utdannet til vernepleier, er det krav om en treårig bachelor i vernepleie.[92] Studiet finnes ved ulike universiteter og høyskoler i Norge. Vernepleierutdanning gir grunnlag for å gi helhetlig omsorg, støtte og oppfølging til mennesker som trenger hjelp i hverdagen, ofte personer med utviklingshemming eller funksjonsnedsettelser. De jobber ofte i kommunale tjenester, i institusjoner og omsorgsboliger, og med psykisk helse og rusomsorg.

Antall utlyste studieplasser i vernepleie har økt med 22 prosent i perioden mellom 2019 og 2025, fra 1 012 plasser i 2019 til 1 237 plasser i 2025. I samme periode har antallet som har møtt til studiestart økt fra 1 137 til 1 383, noe som også utgjør en økning på nesten 22 prosent.

I 2015 var det 11 473 kvalifiserte søkere til vernepleierutdanningen, mens 2 511 søkere hadde vernepleie som første prioritet. Antall kvalifiserte førstevalgsøkere til vernepleierstudiet har falt fra 3 995 søkere i 2019 til 2 511 søkere i 2025. Det utgjør ca. 2 kvalifiserte søkere til hver studieplass i 2025.

For årskullene som gikk på vernepleierutdanningen på heltid i perioden 2014–2025, hadde i gjennomsnitt 17 prosent falt fra studiene ved utløp av normert tid (tre år).

I 2025 ble det uteksaminert 978 vernepleiere, mens det ble uteksaminert 873 i 2019, noe som utgjør en økning på 12 prosent.

[92] Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse. (u.å.d).

7.4.2 Utdanning av helsepersonell med videregående opplæring innen helse- og omsorgsfag

Helse- og oppvekstfag er det største yrkesfaglige utdanningsprogrammet i videregående opplæring målt i antall elever, og gir utdanning i en rekke helse- og omsorgsrelaterte fag. Fylkeskommunene har lenge hatt ansvar for å dimensjonere videregående opplæring, og fikk med regionreformen også et utvidet strategisk ansvar for den regionale kompetansepolitikken.[93]

Utdanningsprogrammet Helse- og oppvekstfag på vg1

For å gå på helsepersonellutdanningene i videregående opplæring, begynner elevene i utdanningsprogrammet helse- og oppvekstfag på vg1. Til vg2 søker eleven seg til ett programområde innen helse- og oppvekstfag, som leder videre til ulike kompetanser, for eksempel helsearbeiderfag (fagbrev som *helsefagarbeider*), helseservicefag (yrkeskompetanse som *helsesekretær, apotektekniker* og *tannhelsesekretær*) eller ambulansefag (fagbrev som *ambulansearbeider*) på vg2.

Antall elever i utdanningsprogrammet helse- og oppvekstfag på vg1 har økt med 0,86 prosent i perioden fra 2019 til 2025 (fra 10 188 til 10 276 elever).[94] I 2025 var det 10 424 søkere til helse- og oppvekstfag ved videregående skoler. Tall fra førsteinntaket til helse- og oppvekstfag i 2025 viser at 83 prosent av søkerne fikk tilbud om plass allerede ved første inntak, og flere kommer inn ved senere inntak.[95] Dette indikerer at de aller fleste kvalifiserte søkerne får et tilbud. Ifølge Utdanningsdirektoratet har trolig noe av økningen i antallet søkere de siste årene sammenheng med økningen i ungdomskullene som går ut av grunnskolen. Framover vil det bli noe mindre kull, som kan påvirke søknadsmassen.

Statistikk over gjennomføringsstatus for utdanningsprogrammet Helse- og oppvekstfag viser at 76 prosent av elevene fra 2018-kullet hadde fullført og bestått videregående opplæring innen to år etter normert tid, mens 15 prosent av elevene hadde sluttet.[96] Helse- og oppvekstfag har høyere frafall enn gjennomsnittet for de ulike utdanningsprogrammene, der til sammenligning 82 prosent hadde fullført og bestått innen to år, mens 10 prosent hadde sluttet.[97] Utdanningsdirektoratet viser til at gjennomføring og fullføring i videregående opplæring henger tett sammen med tidligere skoleprestasjoner, og at dette gjennomgående er høyere i de studieforberedende utdanningsprogrammer.[98]

Stort frafall fra helsefagarbeiderfaget på videregående skole

Den ordinære veien for ungdom som ønsker å bli helsefagarbeider er et fireårig løp med to år i videregående skole og to år i bedrift (hovedmodellen). Det er imidlertid også mulig å bli helsefagarbeider gjennom voksenopplæring og ved å dokumentere lang erfaring i

[93] NOU 2023: 4
[94] Utdanningsdirektoratet. (u.å.b).
[95] Utdanningsdirektoratet. (u.å.e).
[96] Gjennomføringsstatistikken viser gjennomføring av videregående opplæring (fullført og bestått videregående opplæring med vitnemål/fagbrev/svennebrev), ikke om elevene har fullførte helse- og oppvekstfag.
[97] Utdanningsdirektoratet. (2025).
[98] NOU 2018:15

faget og gå opp som praksiskandidat, jf. faktaboks 11. Alle de mulige forløpene avsluttes med fagbrev, som gir grunnlag for autorisasjon som helsefagarbeider.

Faktaboks 11 Ulike veier til fagbrev som helsefagarbeider (forenklet framstilling)

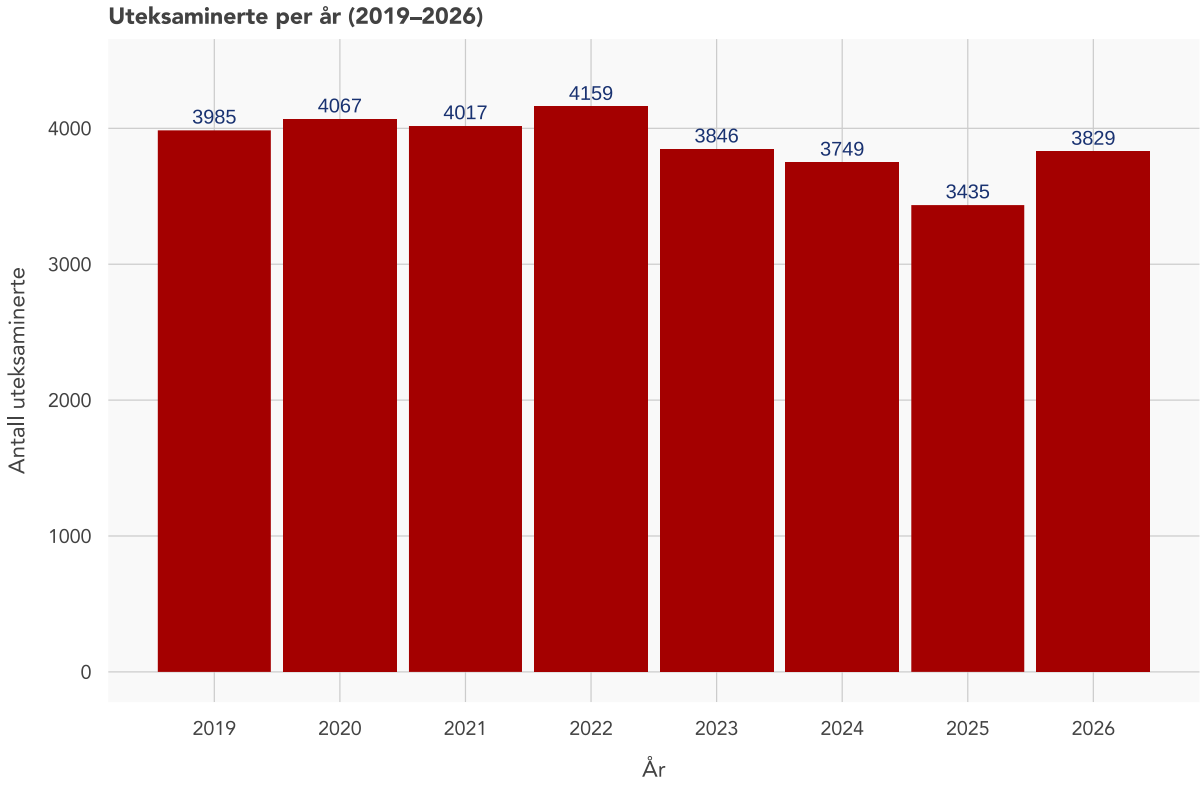
- **Fireårig utdanning på videregående skole**: Utdanning i helsearbeiderfaget består som regel av to år i skole og to år i lære, og leder til fagbrev som helsefagarbeider:
  - VG1 Utdanningsprogrammet Helse- og oppvekstfag (1 år)
  - VG2 Helsearbeiderfaget (1 år)
  - VG3 Lærling i bedrift / virksomhet (2 år)
- **Modulstrukturert opplæring for voksne i utvalgte lærefag, for eksempel helsefagarbeiderfaget.** Modulstrukturert opplæring før skriftlig eksamen og fagprøve. Opplæringen er tilpasset voksnes livssituasjon, så det er enklere å veksle mellom opplæring, arbeid og andre forpliktelser. Dette er et virkemiddel for å møte arbeidslivets kompetansebehov, og kan bidra til at flere voksne oppnår fagbrev i helsearbeiderfaget.
- **Praksiskandidatordningen**: En dokumentasjonsordning for voksne som kan dokumentere minst fem års relevant praksis innen helse og omsorg, med skriftlig eksamen og fagprøve.
- Ny opplæringslov som trådte i kraft 1. august 2024 gir alle voksne med én videregående sluttkompetanse, rett til yrkesfaglig rekvalifisering. I tillegg har ungdom mellom 19 og 24 år fått rett til å velge videregående opplæring for voksne framfor ordinær videregående skole.

Kilde: Utdanningsdirektoratet[99] og NOU 2023:4.

[99] Utdanningsdirektoratet. (u.å.h).

Programområdet Helsearbeiderfag på vg2 og videre lære for å bli helsefagarbeider

Figur 42 Antall elever på vg2 helsearbeiderfag i perioden 2019 til 2026



Kilde: Utdanningsdirektoratet[100]

I skoleåret 2025–2026 var det, som vist i figur 42, i alt 3 829 elever på programområdet helsearbeiderfag på vg2, som er en økning på 12 prosent siden året før da det var 3 435 (2024–2025). Det har imidlertid vært en nedgang på 5,9 prosent siden skoleåret 2019–2020, da det var 4 067 elever. Utviklingen har vært relativt stabil i perioden.

Søkertallene[101] til helsearbeiderfaget på vg2 har falt med omtrent 11 prosent i perioden fra 2019 (da antall søkere var 4 004) til 2025 (3 582 søkere).[102] De fleste kvalifiserte søkerne kommer inn. Ved første inntak i midten av juli 2025, hadde allerede over ni av ti søkere på vg2 helsearbeiderfaget fått tilbud om skoleplass i dette faget.[103]

I tillegg er det en egen søknadsportal for videregående opplæring for voksne. I skoleåret 2024–2025 var det 4 307 slike søkere til helsearbeiderfaget.[104] Utdanningsdirektoratet viser til at det er mange voksne som ønsker sluttkompetanse som helsefagarbeider (eller helsesekretær). Etter Utdanningsdirektoratets vurdering må de høye søkertallene til helsearbeiderfaget ses i sammenheng med rettighetsutvidelsen i ny opplæringslov og innføringen av modulstrukturert opplæring for voksne. Flere voksne søker seg nå mot sluttkompetanse som helsefagarbeider, noe som er i tråd med målene for reformene.

[100] Utdanningsdirektoratet. (u.å.b).
[101] Søkere til videregående opplæring i offentlig skole per 1. mars.
[102] Utdanningsdirektoratet. (u.å.g).
[103] Utdanningsdirektoratet. (u.å.e).
[104] Utdanningsdirektoratet. (u.å.e).

Samtidig viser Utdanningsdirektoratet til at bildet er sammensatt. Mange søkere kan ha behov for ytterligere kvalifisering, blant annet i norsk og i faglige forutsetninger, før de kan gjennomføre et opplæringsløp eller inngå i lærekontrakt. I tillegg er gjennomføringen avhengig av tilgangen på læreplasser i både kommunal og privat sektor.

Statistikk fra Utdanningsdirektoratet viser at om lag halvparten av elevene (53 prosent) som går vg2 helsefagarbeider, går videre til påbygging til generell studiekompetanse, framfor å gå videre i lære for å bli helsefagarbeidere. I 2025 valgte en andel på 53 prosent av elevene å gå videre til å ta påbygg, mens den tilsvarende andelen i 2019 var på 42 prosent.[105] En medvirkende årsak til at så mange går videre til påbygg, er ifølge Utdanningsdirektoratet at 16 prosent av elevene på dette programområdet går på det som kalles studiekompetanseløp, som er yrkesfaglinjer som er rettet mot å avsluttes med studiekompetanse. Ifølge Utdanningsdirektoratet er det ganske mange sykepleiere som tar veien via påbygg, så en del av elevene som går videre til påbygg til generell studiekompetanse fortsetter innen helsefagene.

I perioden 2024–2025 ble det oppnådd totalt 4 064 fagbrev i helsearbeiderfaget, noe som er en økning på 6,8 prosent fra 2019–2020 (3 805 fagbrev). Av fagbrevene som ble oppnådd i 2024–2025 var 1 960 lærlinger, 1 456 praksiskandidater, 470 med alternativ til læreplass[106] og 178 tok fagbrev på jobb.

Statistikk fra Helsedirektoratet viser at det ble gitt 4 331 nye autorisasjoner som helsefagarbeider med utdanning i Norge i 2025, og 4 093 i 2019, som tilsvarer en økning på 5,8 prosent.[107]

Det har vært en økning i nye autorisasjoner som helsesekretærer

Den ordinære veien for ungdom som ønsker å utdanne seg til helsesekretær, er et treårig løp i videregående skole. Det er også mulig å bli helsesekretær gjennom voksenopplæring eller som privatist. For å utdanne seg til helsesekretær i videregående opplæring, velger elevene programområdet helseservicefag på vg2, som gir mulighet til å gå videre til helsesekretær, apotektekniker eller tannhelsesekretær på vg3.

I studieåret 2025–2026 var det 239 elever på vg3 helsesekretær. I 2019–2020 var antallet elever 253, som innebærer at det har vært en nedgang i elevtallet på 5,9 prosent i perioden. I skoleåret 2024–2025 var det i tillegg rundt 350 voksne deltakere årlig på vg3 helsesekretær.[108]

I 2026 var det 277 søkere til vg3 helsesekretær, mens det i 2019 var 307 søkere, som innebærer en nedgang på 9,8 prosent i perioden. I 2024–2025 var det i tillegg 1 129 voksne søkere til sluttkompetanse som helsesekretær.[109]

[105] Utdanningsdirektoratet. (u.å.c).
[106] Et tilbud til søkere som ikke har fått læreplass i bedrift, der de får opplæring i faget i regi av fylket med sikte på fagbrev eller kompetansebevis.
[107] Helsedirektoratet. (2023, 6. september).
[108] Utdanningsdirektoratet. (u.å.f).
[109] Utdanningsdirektoratet. (u.å.d).

Elever som fullfører videregående med vg3 helsesekretær oppnår yrkeskompetanse, og mottar vitnemål som viser dette. Utdanningsdirektoratet har ikke statistikk over hvor mange som oppnår yrkeskompetanse i helsesekretærfaget. En del voksne benytter privatistordningen for helsesekretær, hvor det er mulig å ta private kurs før de går opp som privatist. Utdanningsdirektoratet har ikke statistikk over hvor mange som går slike løp, men har tall over hvor mange som går opp til privatisteksamen i enkeltfag. I 2024–2025 ble det avlagt 361 eksamener i «Yrkesliv i helsesekretærfaget», og andelen stryk var 39 prosent.[110]

Statistikk fra Helsedirektoratet viser at det ble gitt 648 nye autorisasjoner som helsesekretær med utdanning i Norge i 2025, og 515 i 2019, som innebærer en økning på 26 prosent. Dette kan omfatte både elever som har gått det ordinære utdanningsløpet i videregående opplæring, deltakere i voksenopplæring, og voksne som er realkompetansevurderte eller har gått opp som privatist hos private aktører.

7.5 Hvilke statlige tiltak er foreslått for å motvirke mangelen på helsepersonell?

7.5.1 Myndighetene har foreslått og iverksatt mange tiltak

Tiltak i Helsepersonellplan 2040 (Meld. St. 11 (2025–2026))

Regjeringen lanserte 12. juni 2026 *Helsepersonellplan 2040*, som inneholder mange tiltak for å løse den forventende mangelen på personell i helse- og omsorgstjenestene.[111] I planen er det lagt til grunn at pårørende ikke skal gjøre en større innsats enn i dag.

Faktaboks 12 Tiltak i Helsepersonellplan 2040 for å redusere mangelen på helsepersonell framover

Helsepersonellplanen inneholder tiltak som skal bidra til å redusere det beregnede gapet på helsepersonell i 2040, som er på – **42 400 årsverk**:

Tiltak for å **redusere etterspørselen etter helsepersonell**:

- **Teknologi, ansvars- og oppgavedeling og effektiv ressursbruk**

  Eksempler på konkrete tiltak:

  - *Raskere innføring av tidsbesparende teknologi, inkl. robotisering – mer tid til pasientarbeid*
  - *Bedre digital samhandling mellom helsepersonell*
  - *Program for ansvars- og oppgavedeling*
  - *Kunnskaps- og beslutningsstøtte*

[110] Utdanningsdirektoratet. (u.å.a).

[111] Regjeringen. (2026, 12. juni).

Samlet er tiltakene beregnet å kunne redusere behovet med **17 300 årsverk.** Dette anslaget er basert på en årlig produktivitetsøkning på 0,7 prosent. (I SSBs framskrivninger er det lagt inn en forventning om 0,5 prosent produktivitetsvekst, jf. punkt 8.1).[112]

Tiltak for å **øke tilbudet av helsepersonell**:

- **Økt utdanningskapasitet, økt stillingsprosent, helgearbeid, senere avgang fra arbeidslivet og redusert sykefravær**

  Eksempler på konkrete tiltak:

  - *Livsløpstilpasninger*
  - *Stabile grunnbemanningsløsninger*
  - *Heltidsløftet i samarbeid med partene*
  - *Bedre turnusplanlegging*
  - *Økt kapasitet i grunnutdanningene, læreplasser og fagskoleutdanning*
  - Samlet er tiltakene beregnet å kunne øke tilbudet med fra **41 800** til **61 100 årsverk**

Kilde: Meld. St. 11 (2025–2026).

Oppfølging av Helsepersonellplanen og vurdering av måloppnåelse

Helsepersonellplan 2040 skal behandles i Stortinget desember 2026. Staten skal bidra med koordinering og planlegging gjennom Helse- og omsorgsdepartementet og underliggende etater i oppfølgingen av planen.

Regjeringen skal opprette en nasjonal og partssammensatt styringsgruppe for planen, som får ansvar for å følge med på utviklingen. I tillegg skal alle helseforetakene ha et produktivitetsråd. Planen skal også blant annet følges opp gjennom:

- samarbeid om Heltidsløftet (for å sikre at flere arbeider heltid)
- omstillingstilskudd til kommunene for bedre ressursutnyttelse og å rekruttere/beholde kompetente personale
- opprettelse av utvalg på utdanningsområdet
- arbeid med å utvikle digitale løsninger for mer effektive arbeidsprosesser.

Gjennomføringen av Helsepersonellplan 2040 skal følges systematisk over tid gjennom utvikling av statistikk og forskning, for å kunne vurdere om tiltakene bidrar til ønsket utvikling, og som grunnlag for justeringer dersom utviklingen tilsier det. Det skal årlig

[112] Dette må ses i sammenheng med SSBs framskrivninger av behovet for helsepersonell, der forutsetninger om standardforbedringer og produktivitetsvekst gir grunnlag for ulike scenarioer om predikert behov. At HOD forventer at produktivitetsøkningen blir høyere enn i referansealternativet, gjør at det forventede gapet (mangelen) på helsepersonell reduseres. Dette er omtalt i en fotnote til tabell 3.2 i *Helsepersonellplan 2040*.

komme en statusrapport for Helsepersonellplan 2040 som viser progresjon, oppdaterte anslag og eventuelle behov for nye tiltak.

Tiltak i andre meldinger, utredninger og planer

Myndighetene har over lang tid vært klar over utfordringene mangelen på helsepersonell vil kunne medføre. I siste budsjettproposisjon fra Helse- og omsorgsdepartementet står det at «Tilstrekkelig personell med rett kompetanse er en forutsetning for god kvalitet i tjenestetilbudet. Det har vært jobbet systematisk med satsinger på personell- og kompetansefeltet gjennom mange år, innenfor ulike planer og strategier. Tiltakene er rettet mot å rekruttere, beholde og utvikle personell i tjenestene, samt tjenesteutvikling og omstilling.»[113]

Følgende dokumenter inneholder tiltak for å motvirke mangelen på helsepersonell (listen er ikke uttømmende):

- *Kompetanseløftet 2025* er regjeringens handlingsplan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Planen inneholder blant annet tiltak for økt rekruttering av helsepersonellgrupper det er behov for, heltidskultur, kompetanseheving og bruk av velferdsteknologi.
- NOU 2023:4 *Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste.* Den inneholder tiltak for å sikre en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste fram mot 2040, status på området, og framskrivninger av tilbud og etterspørsel av helsepersonell. Meldingen konkluderte blant annet med at det må gjøres endringer i organisering, prioritering og teknologiutnyttelse.
- Meld. St. 9 (2023–2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027.Vår felles helsetjeneste,* jf. Innst. 387 S (2023–2024) som Stortinget behandlet 4. juni 2024, inneholdt regjeringens politikk for å ruste den samlede helse- og omsorgstjenesten for framtiden og hovedutfordringene den står overfor, blant annet tilgang på nok personell, for eksempel tiltak for god bruk av personell og kompetanse.
- *Gjennomgang av allmennlegetjenesten (*2025) inneholder tiltak for å gjøre fastlegeyrket mer attraktivt. [114]
- Meld. St. 24 (2022–2023) *Fellesskap og meistring. Bu trygt heime*, jf. Innst. 112 S (2023–2024) som Stortinget behandlet 8. desember 2023, er regjeringens melding for et mer aldersvennlig samfunn, og skal bidra til at samfunnet kan møte et økende antall eldre. Meldingen inneholder blant annet tiltak om rekruttering og videreutdanning av helsepersonell, kompetanseheving, bedre ledelse og mer støtte til pårørende.
- *Opptrappingsplanen for heltid og god bemanning i omsorgstjenestene* (2022) inneholder tiltak for å bidra til å sikre nok personell med riktig kompetanse i omsorgstjenesten.

[113] *Prop. 1 S (2025–2026),* jf. *Innst. 11 S (2025–2026).*
[114] Kom i forlengelsen av Meld. St. 23 (2024–2025)

- *Tørn-programmet* er et nasjonalt utviklings- og kvalitetsprogram med tre delprogrammer, der KS leder to og RHF-ene leder ett. Formålet er å legge til rette for bedre bruk av personellressursene i hele helse- og omsorgstjenesten, gjennom forsøk med nye arbeids- og organisasjonsformer.[115]
- Meld. St. 19 (2023–2024) *Profesjonsnære utdanningar over heile landet, jf.* Innst. 330 S (2023–2024) som ble behandlet i Stortinget 30. mai 2024, er regjeringens melding om utdanning på tvers av sektoren, og omhandler blant annet kapasiteten og kvaliteten i utdanningen av helsepersonell.
- *Vi – de pårørende* er regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan (2021–2025) for å støtte opp om pårørendes omsorg og hjelp.
- *Demensplan 2025*[116] er regjeringens femårsplan (2021–2025) for å forbedre tjenestetilbudet til personer med demens og deres pårørende.
- *Intensjonsavtale om rekruttering gjennom inkludering til kommunale helse- og omsorgstjenester (2025–2030)*[117] er en intensjonsavtale som ble inngått i 2025 mellom staten, KS og arbeidstakerorganisasjonene for å bidra til å få flere inn i arbeid i helse- og omsorgssektoren.

8 Framskrivninger av behov for og tilgang på helsepersonell

Dette kapitlet beskriver hvordan SSB har framskrevet behovet for og tilgang på helsepersonell. Kapitlet presenterer også forutsetningene SSB har lagt til grunn og hvordan resultatene endrer seg når man vurderer ulike alternativer. Til slutt presenteres resultatene av gap-analysen, der SSB har beregnet hva mangelen på helsepersonell vil kunne bli i 2040, hvis forutsetningene som er lagt inn i analysen inntreffer.

SSB har beregnet behovet for og tilgang på helsepersonell fram mot 2040. Beregningene er presentert i SSB-rapporten *Behov for og tilgang på arbeidskraft i offentlig helse og omsorg fremover,* som ble publisert 1. juni 2026.

I SSBs modell for å beregne behovet for og tilgang på helsepersonell framover, blir tilbuds- og etterspørselssiden beregnet hver for seg. Differansen mellom dem utgjør det beregnede gapet (over- eller underdekning) av helsepersonellgrupper (i årsverk).[118]

[115] KS (2025, 15.desember).
[116] Er en videreføring av Demensplan 2020.
[117] Regjeringen. (2025, 15. august).
[118] SSB (2026a).

Faktaboks 13 Begreper i SSBs modell for framskrivninger av helsepersonellbehov og tilgang

Forklaring på noen sentrale begreper:

- **Forutsetninger**: Antakelser om framtiden som legges inn i analysene, «reglene» som bestemmer hvordan scenarioene utvikler seg. Det kan for eksempel være hvor mange eldre det blir, hvor mye tjenester hver bruker får, hvor effektivt helsepersonellet er og hvor mye omsorg familiene bidrar med som avlaster offentlige omsorgstjenester.
- **Scenarioer:** Mulige framtidsbilder som viser hva som kan skje hvis utviklingen skjer på alternative måter (for eksempel hvis teknologi og oppgavedeling gjør at helsepersonell arbeider raskere).
- **Referansealternativ**: Referansealternativet er hovedalternativet de øvrige scenarioene sammenlignes med. Referansebanen viser forventet utvikling gitt forutsetningene i referansealternativet. Det bygger på det som kunnskapsgrunnlaget tilsier er mest sannsynlig utvikling gitt dagens kunnskap og trender. Andre scenarioer sammenlignes med referansealternativet.

Sammenhengen mellom begrepene: *Forutsetningene* lager ulike *scenarioer* som sammenlignes med *referansealternativet/referansebanen*. Resultatene vises som framskrivninger av forventet behov og tilgang på helsepersonell.

Kilde: SSB (2026a)

SSB viser til at framskrivingene skal brukes som beslutningsstøtte, og understreker at gapet mellom tilbud og etterspørsel ikke er en prognose for faktisk arbeidsledighet eller faktiske ubesatte stillinger.[119] Formålet med framskrivningene er å si noe om hvordan presset på arbeidsstyrken av helsepersonell kan bli, gitt forutsetningene som er lagt til grunn i modellen. Resultatene av framskrivingene vil bli annerledes hvis forutsetninger om blant annet utviklingen i tjenestestandarden, familieomsorg, yrkesdeltakelse blant eldre og organisatoriske endringer viser seg å gå i en annen retning enn det som er lagt til grunn for referansealternativet.

Modellen fanger ikke opp hvordan myndighetenes tiltak og virkemidler kan påvirke utviklingen, eller at mangel på en helsepersonellgruppe kan gi endret lønn og andre tilpasninger som vil kunne bidra til redusert mangel på denne personellgruppen.

8.1 Hva er framskrevet behov for helsepersonell fram mot 2040?

SSB beregner etterspørselen etter personell i offentlige helse- og omsorgstjenester framover ved å se på hvor mange innbyggere i ulike aldersgrupper som bruker de ulike helse- og omsorgstjenestene (referanseåret er 2024), hvor mye hjelp hver bruker får

[119] SSB (2026a)

(årsverk per bruker) og hvordan befolkningen utvikler seg framover. For eksempel gir flere eldre høyere behov for helse- og omsorgstjenester. I etterspørselsframskrivningene inngår totale årsverk i helse- og omsorgstjenestene, også administrasjon og støttefunksjoner.

Forutsetninger som ligger til grunn for framskrivningene av behovet

I tillegg til endringer i befolkningens sammensetning, har også andre utviklingstrekk betydning for etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester, for eksempel produktivitetsvekst, realinntektsvekst, helsetilstand, priser (herunder brukerbetalinger), tilbudet av privatfinansierte helse- og omsorgstjenester, omsorg som familien gir og endringer i organiseringen av offentlige helse- og omsorgstjenester.[120] Etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester vil variere etter hvilke forutsetninger som legges til grunn for beregningene. SSBs framskrivninger viser at etterspørselen etter arbeidskraft i offentlig helse- og omsorgssektor i 2040 varierer mellom om lag 369 000 og 557 000 årsverk i de ulike scenarioene, avhengig av forutsetningene som legges til grunn.

Forutsetningene som ligger til grunn for referansealternativet, som er det scenarioet SSB anser som mest sannsynlig, er vist i faktaboks 14.

Faktaboks 14 Forutsetninger i referansealternativet

Etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester vil variere etter hvilke forutsetninger som legges til grunn for beregningene.

I **referansealternativet** er følgende sentrale forutsetninger lagt til grunn:

- **Befolkningsutviklingen** er lik SSBs befolkningsframskriving fra 2024 (hovedalternativet).
- **Standardforbedring på 1 prosent**. Bruken av helse- og omsorgstjenester er en del av Norges samlede forbruk, og erfaringen er at helsetjenestene vokser minst like raskt som veksten i annet forbruk. I Norge har den gjennomsnittlige realveksten i privat og offentlig forbruk per innbygger vært på 0,9 prosent i perioden 2010–2024.
- **Årlig produktivitetsvekst på 0,5 prosent**. Produktivitetsvekst innebærer at tjenestene leveres mer ressurseffektivt gjennom ny teknologi, bedre arbeidsmetoder og effektiv organisering. Dette kan redusere behovet for ansatte.
- ***Samlet gir dette en årlig netto behovsvekst på 0,5 prosent***. Standardforbedringer øker behovet for arbeidskraft, mens produktivitetsvekst reduserer behovet. Den samlede nettoeffekten avgjør den forventede veksten i etterspørselen etter personell.
- **Friskere aldring** (alternativet *med helseforbedring*). Fall i dødelighet brukes som et mål på bedre helse, og behovet for helsetjenester forskyves mot høyere aldersgrupper.

[120] SSB (2026a)

- **Konstant familieomsorg.** Familieomsorg defineres som omsorg gitt utenfor eget hushold, og anslås til 90 000 årsverk i 2024. I referansealternativet holdes nivået på familieomsorgen likt, selv om det blir et større behov fordi det er flere eldre i befolkningen. Økt familieomsorg kan redusere behovet for offentlig og kommersiell omsorg, fordi familien kan bistå med mange omsorgsoppgaver som ikke krever spesialisert kompetanse.

Kilde: SSB (2026a)

8.1.1 Fram mot 2040 forventes behovet for helsepersonell å øke mest i de kommunale omsorgstjenestene

SSB omregner behovet for tjenester til behovet for helsepersonell. I SSBs referansealternativ for etterspørselen vokser etterspørselen med 118 000 årsverk til sammen i de offentlige helse- og omsorgstjenestene fra 2024 til 2040 - fra om lag 343 500 til 461 500 årsverk, jf. tabell 9.

Tabell 9 Framskrevet etterspørsel etter årsverk i offentlige helse- og omsorgstjenester årene 2024–2040 (referansealternativet). Økning i antall og prosent

Sektor	Helsetjeneste	2024	2030	2035	2040	Endring 2024 til 2040
Kommunale helsetjenester	Annen kommunal helse- og omsorgstjeneste	15 100	16 100	16 900	17 600	2 500 (17 %)
	Fastleger	5 800	6 300	6 700	7 000	1 200 (21 %)
	Fysioterapeuter	2 700	3 000	3 300	3 500	800 (30 %)
	Helsestasjon og skolehelsetjeneste	7 100	7 100	7 200	7 500	400 (6 %)
	Tannhelsetjenesten	12 900	13 800	14 500	15 100	2 200 (17 %)
	Totalt	**43 600**	**46 300**	**48 600**	**50 700**	***7100 (16 %)***
	Hjemmetjeneste	91 800	99 500	104 600	109 800	18 000 (20 %)

	Aktivisering	5 600	6 200	6 600	7 000	1 400 (25 %)
Kommunale omsorgstjenester	Institusjon	64 700	78 000	85 600	95 300	30 600 (47 %)
	Erstatning for pårørende	0	12 000	19 300	27 800	27 800
	Totalt	**162 100**	**195 700**	**216 100**	**239 900**	***77 800 (48 %)***
Spesialisthelsetjenesten	BUP	5 300	5 200	5 000	5 100	-200 (-4 %)
	Rehabilitering	2 200	2 400	2 500	2 700	500 (23 %)
	Somatikk	104 300	116 500	125 400	133 600	29 300 (28 %)
	TSB	5 000	5 300	5 500	5 600	600 (12 %)
	VOP	20 900	22 300	23 100	23 800	2900 (14 %)
	Totalt	**137 700**	**151 700**	**161 500**	**170 800**	***33 100 (24 %)***
Totalt		**343 400**	**393 700**	**426 200**	**461 400**	**118 000 (34 %)**

Kilde: SSB (2026a)

Tabell 9 viser at etterspørselen etter årsverk i de offentlige helse- og omsorgstjenestene samlet forventes å øke med om lag 34 prosent fram mot 2040, og at økningen skjer forholdsvis jevnt over tidsperioden.

Kommunale omsorgstjenester: Tabell 9 viser at den forventede veksten i årsverksbehovet for helsepersonell fram mot 2040 er høyest i kommunale omsorgstjenester, med samlet sett 48 prosent økning og nærmere 78 000 årsverk. Innenfor omsorgstjenestene forventes institusjoner å få en økt årsverksetterspørsel på drøyt 30 000 årsverk (47 prosent), mens forventet vekst for hjemmetjenestene er på rundt 18 000 årsverk (20 prosent).[121]

[121] SSB (2026a) Vedlegg D.

Ifølge SSB har ressursinnsatsen per bruker i langtidsinstitusjoner økt med 9 prosent fra 2019 til 2024, målt ved årsverk per døgn. Utviklingen i langtidsinstitusjoner tyder ifølge byrået på en sterkere konsentrasjon av tjenestene mot færre og mer ressurskrevende brukere. Endringene må ses i sammenheng med utviklingen i hjemmetjenestene. Økt bruk av hjemmetjenester, også blant brukere med relativt omfattende behov, kan ha bidratt til at overgangen til institusjon skjer senere enn tidligere, se punkt 7.1.2. Dette betyr at ressursbehovet i større grad avhenger av hvor mye hjelp brukerne trenger, enn av hvor mange de er.[122] De siste årenes økning i årsverk i hjemmetjenestene har vært større enn det SSB beregnet i forrige framskrivning med tall fra 2019. [123]

Hvor mye pårørende bidrar med av omsorg, får betydning for hvor mye omsorg de offentlige omsorgstjenestene må gi framover. I referansealternativet er det lagt til grunn at pårørendes innsats er på 90 000 årsverk, og dette omfanget antas å holde seg på et konstant nivå framover, selv om det blir flere eldre. Det forventes altså ikke at den samlede innsatsen fra de pårørende skal øke for å kompensere for at det blir flere eldre.

De kommunale omsorgstjenestene må derfor bidra med flere årsverk for å kompensere for dette, og dette er framstilt i tabell 9 som «*Erstatning for pårørende*». Allerede i 2030 vil det trolig være behov for ca. 12 000 ekstra årsverk fra helsepersonell i omsorgstjenestene på grunn av relativt mindre familieomsorg til den aldrende befolkningen, og dette forventes å øke til nærmere 28 000 årsverk i 2040.

Kommunale helsetjenester: Tabell 9 viser at i kommunale helsetjenester samlet sett forventes det en økning på ca. 7 000 årsverk i 2040 (16 prosent økning), som er lavt sammenlignet med kommunale omsorgstjenester. Fysioterapi- og fastlegetjenester forventes å ha den sterkeste veksten med henholdsvis 30 prosent (800 årsverk) og 21 prosent (1 200 årsverk). Helsestasjon og skolehelsetjenester forventes å få den laveste veksten av kommunale helsetjenestene på 6 prosent, som henger sammen med befolkningsutviklingen med relativt færre barn og unge.

Spesialisthelsetjenesten: Samlet sett forventes det en økning på ca. 33 000 årsverk (24 prosent) fram til 2040 i spesialisthelsetjenesten. Hoveddelen av økningen forventes innen somatiske tjenester som anslås å øke med om lag 29 300 årsverk (28 prosent), mens behovet i voksenpsykiatrien antas å øke med rundt 2 900 årsverk (14 prosent). TSB og rehabilitering vil kunne få et økt behov på henholdsvis 500 (12 prosent) og 600 årsverk (23 prosent). Innen BUP synker behovet noe (med 4 prosent) på grunn av den forventede befolkningsutviklingen med relativt sett færre barn og ungdom.

8.1.2 Det anslås at helsetjenesten vil ha behov for totalt 500 500 årsverk i 2040

Det framskrevne behovet for 461 500 årsverk i 2040 omfatter de 14 helsepersonell-gruppene i offentlig finansierte helse- og omsorgstjenester, samt tre restkategorier: «personer med andre helseutdanninger med pasient- og brukerrettet arbeid», «ufaglærte

[122] SSB (2026a) Vedlegg D.
[123] SSB (2023a)

i pasient- og brukerrettet arbeid», og «personell med annen utdanning innen administrasjon og service».[124]

Tallene for samlet etterspørsel etter årsverk i helse- og omsorgstjenesten[125] i 2040 kan inndeles slik:

Tabell 10 Framskrevet samlet etterspørsel etter personell i helse- og omsorgstjenestene i 2040

Kategori		Årsverk i 2040
De 14 helsepersonellgruppene		329 000
+ personell i restkategorier	*andre helseutdanninger*	*41 000*
	ufaglærte	*73 300*
	personell med annen utdanning i administrasjon og service	*57 200*
	Totalt	171 500
= Helsepersonell (inkludert øvrige tjenester)		**500 500**

Kilde: SSB-rapport 2026/18 Behov for og tilgang på arbeidskraft i offentlig helse og omsorg framover.

«Øvrige tjenester» utenfor offentlig finansierte tjenester inngår ikke i det framskrevne behovet på 461 500 årsverk, jf. tabell 9. Når de «øvrige tjenestene» også inkluderes (om lag 39 000 årsverk), er det samlede behovet beregnet til 500 500 årsverk.

De 14 helsepersonellgruppene (329 000) utgjør om lag to tredeler av den samlede framskrevne etterspørselen etter helsepersonell i 2040 (500 500), mens de tre restkategoriene (171 500) utgjør om lag en tredel. Av disse er ufaglærte den største gruppen (73 000).

SSB lager bare egne prognoser for de 14 helsepersonellgruppene (se punkt 8.2.1). For de tre restkategoriene framskrives behovet basert på andelen av årsverkene de utgjør i dag. SSB lager ikke egne framskrivninger av tilbudssiden eller gapanalyser for restkategoriene.[126]

[124] Ufaglærte i pasient- og brukerrettet arbeid (POB), personer med annen helseutdanning i POB og personer med annen utdanning i administrasjon og service (AOS).
[125] Inkludert «øvrige tjenester», som private helse- og omsorgstjenester.
[126] SSB (2026a).

8.1.3 Forskjellige scenarier for etterspørsel gir ulike anslag for behovet for helsepersonell

I tillegg til referansealternativet beregner SSB også flere alternative scenarioer for utviklingen i etterspørselen, for eksempel «uten helseforbedring» der folk i ulike aldersgrupper vil trenge like mye tjenester som før.

Alternativ uten helseforbedring

I referansealternativet er det lagt inn at det vil være helseforbedring hos eldre over 55 år, noe som bare vil ha effekt for tjenestegruppene somatikk og omsorgstjeneste. Tabell 11 viser økningen i framskrevet forventet etterspørsel etter årsverk i 2040 hvis det ikke blir noen helseforbedring.

Tabell 11 Økning i etterspørsel etter årsverk i alternativ uten helseforbedringer mellom 2024 og 2040[127]

Sektor	Helsetjenester	Økt etterspørsel etter årsverk
Kommunal helsetjeneste	Kommunale helsetjenester	0
Kommunal omsorgstjeneste	Hjemmetjeneste	6 700
	Aktivisering	500
	Institusjon	20 300
	*Erstatning for pårørende**	*15 300*
Spesialisthelsetjenesten	Psykisk helse og rustjenester	0
	Rehabilitering	-31
	Somatikk	3 600
Totalt		**46 400**

* ***Erstatning for pårørende*** *– forutsetningen om konstant familieomsorg medfører at de kommunale omsorgstjenestene må bidra med flere årsverk for å kompensere for dette, jf. omtale i punkt 8.1.3.*

Kilde: SSB (2026a)

[127] Helsetjenester i sektor kommunal helsetjeneste er slått sammen (Annen kommunal helse- og omsorgstjeneste, fastleger, fysioterapeuter, Helsestasjon og skolehelsetjeneste, tannhelsetjenesten). BUP, VOP og TSB er slått sammen til psykisk helse og rustjenester. For alle disse tjenestene er forskjell i økt behov lik 0.

Tabell 11 viser at det forventes en økning i etterspørselen på drøyt 46 400 helsepersonellårsverk i alternativet uten helseforbedring. Så godt som hele økningen vil komme i de kommunale omsorgstjenestene.

Forutsetningen om helseforbedringer bygger på en antakelse om at folk vil trenge helsetjenester senere i livet når de lever lenger. Hvis det viser seg at eldre i framtiden lever lenger uten å være tilsvarende friske, vil resultatet av scenarioet *med helseforbedring* undervurdere behovet for omsorgstjenester.[128] SSB skriver at hvis man tror at de faktorene som fører til utsatt dødelighet blant eldre også bedrer deres aldersspesifikke helse, må man være klar over at denne effekten også har vært virksom i tiårene bak oss, i en periode hvor årsverksbehovet har økt kraftig.[129] Dette betyr at det sannsynligvis har vært helseforbedring de siste tiårene, men det har samtidig vært en kraftig økning i behovet for årsverk.[130]

Alternativ med endret standardvekst og produktivitetsvekst

Ifølge SSB er det vanskelig å måle produktivitetsvekst i helse- og omsorgssektoren. Samtidig mener de at mulighetene for økt produktivitet trolig er større her enn i andre deler av offentlig sektor, hvor produktivitetsveksten har vært rundt 0,2 prosent i året siden 2004.

I referansealternativet er forventningen om en årlig produktivitetsvekst på 0,5 prosent. SSB har også beregnet et scenario med 0 prosent årlig produktivitetsvekst. Ved å endre forutsetningen om produktivitetsvekst fra 0,5 prosent til 0,7 prosent, slik det er gjort i *Helsepersonellplan 2040*, vil den beregnede etterspørselen etter helsepersonell synke i årene framover. I 2030 vil endringen, hvis forutsetningen viser seg å stemme, føre til et lavere behov på omtrent 5 700 årsverk helsepersonell sammenlignet med referansealternativet, mens i 2040 vil etterspørselen ha sunket med omtrent 17 000 årsverk. Disse årsverksanslagene inkluderer både de 14 helsepersonellgruppene og de såkalte restgruppene: andre personellgrupper, årsverk innen administrasjon og service og ufaglærte. Et redusert forventet behov for om lag 17 000 årsverk kan ikke direkte overføres til gap-analysen, ettersom gap-beregningene kun gjennomføres for de 14 helsepersonellgruppene, se punkt 8.3.

Selv om det er større muligheter for økt produktivitet i helse- og omsorgssektoren, peker SSB på at mange medisinske og teknologiske framskritt så langt ikke først og fremst har ført til mindre behov for arbeidskraft.[131] I stedet har gevinsten i stor grad blitt brukt til å tilby flere og bedre helse- og omsorgstjenester.

[128] SSB (2026a).
[129] SSB (2026a)
[130] SSB (2026a)
[131] SSB (2026a)

8.1.4 De minst sentrale kommunene vil stå overfor betydelige utfordringer med bemanning av helse- og omsorgstjenestene

I framskrivningene av behovet for helsepersonell framover har ikke SSB fordelt etterspørselen etter helsetjenester på kommunenivå eller helseforetakenes opptaksområder, eller etter kommunenes sentralitet. Ulike befolkningsframskrivinger indikerer likevel at det på grunn av flere eldre og mindre tilgjengelig arbeidskraft vil bli press på helse- og omsorgstjenestene, særlig i mindre sentrale kommunene.[132]

SSBs befolkningsframskrivinger, som ble publisert i mai 2026, viser at befolkningen vil fortsette å vokse, samtidig som sentraliseringen tiltar og befolkningen blir eldre. Til tross for høy innvandring de siste årene opprettholdes disse mønstrene. SSB forventer at 63 prosent av landets kommuner vil ha befolkningsvekst fram mot 2050. Alle fylker, unntatt Nordland, ventes å oppleve befolkningsvekst fram mot 2050, med sterkest vekst på det sentrale Østlandet.[133] Bare Oslo og Rogaland ventes å få flere fødsler enn dødsfall i 2050.

Videre framgår det at veksten i arbeidsstyrken i mindre sentrale kommuner er svak og ventes å bli negativ over tid, samtidig som befolkningen eldes. Mindre sentrale strøk, som allerede har en eldre befolkning og lav tilflytting, rammes særlig hardt av dette. I 2050 vil nesten en tredel av befolkningen i noen kommuner være over 70 år.

Arbeidsstyrken utvikler seg forskjellig i sentrale og mindre sentrale kommuner.[134] De mest sentrale områdene ventes å få størst vekst og tiltrekke seg unge voksne, noe som vil styrke arbeidsmarkedet der. I mindre sentrale kommuner ventes derimot en svak vekst eller nedgang i folketallet, kombinert med høyere andel eldre og færre i arbeidsfør alder. Dette skyldes blant annet at unge flytter mot byer og storbyer.

I Kommunekommisjonens rapport fra 2026 er det vist til at på grunn av utsikter til lavere tilgang på arbeidskraft og økende behov for arbeidskraft innen helse- og omsorgssektoren, vil knappheten på arbeidskraft kunne øke betydelig i flere distriktskommuner. I de mindre sentrale kommunene forventes arbeidsstyrken å bli redusert i hele perioden fram til 2040. Samtidig ventes behovet for arbeidskraft innen helse- og omsorgssektoren å øke betydelig framover som følge av sterk vekst blant eldre.[135]

En kartlegging av arbeidskraftbehovet i kommunene som ble gjennomført av Telemarksforsking i 2025, viser at utfordringene med sysselsetting i de minst sentrale kommunene vil bli særlig store innen helse- og omsorgstjenestene.[136] Kartleggingen viser at flere kommuner vil få behov for langt flere arbeidstakere enn det som er tilgjengelig lokalt, og at muligheten for å kompensere gjennom pendling fra andre kommuner er

[132] SSB (2026b)
[133] SSB (2026b)
[134] SSB (2026b)
[135] NOU 2026: 1
[136] Meld. St. 11 (2025–2026) der det er vist til: Vareide, K., Brandtzæg, B., Storm, H. og Westeren, I. (2026Rapport utarbeidet av Telemarksforsking på oppdrag.

begrenset.[137] I følge Telemarksforsking kan dette få alvorlige konsekvenser for kommunenes evne til å levere tjenester, særlig innen helse- og omsorgssektoren, og flere kommuner risikerer å ikke kunne opprettholde lovpålagte tjenester uten omfattende strukturelle tiltak.

I *Helsepersonellplan 2040* og i kommunekommisjonens rapport *En bærekraftig kommunesektor, Kommunekommisjonens første delutredning,*[138] er det vist til at de største utfordringene vil komme i de kommunale omsorgstjenestene, særlig i institusjonsomsorg og hjemmetjenester.[139] I Helsepersonellplanen er det vist til at dette er tjenesteområder som allerede har og framover vil få sterk vekst i behovet for tjenester og som samtidig er sårbare for mangel på sentrale personellgrupper.

8.2 Hva er framskrevet tilgang på helsepersonell fram mot 2040?

8.2.1 Framskrivningene viser lav vekst i årsverkstilbudet av helsefagarbeidere fram mot 2040

SSB har framskrevet tilgangen på helsepersonell fram mot 2040.[140] Tilbudsanalysene gjelder helsepersonell i 14 utdanningsgrupper (etter grunnutdanning). Disse framskrivningene tar utgangspunkt i antall personer med aktuell helseutdanning i hver gruppe, og framskriver tilbudet år for år ved å oppdatere gruppen med den forventede tilgangen (nye personer med relevant utdanning) og avgangen fra gruppen (personer som går av med pensjon, får annen eller høyere utdanning, dør eller utvandrer).[141] SSB har laget ulike scenarioer for utviklingen i tilbudet.[142]

Samlet sett peker resultatene av framskrivingene i referansealternativet mot fortsatt vekst i tilbudet av helsepersonell (målt i årsverk) fram mot 2040. Det er betydelig variasjon mellom gruppene, fra lav vekst for jordmødre og helsefagarbeidere, til sterk vekst for grupper som leger, psykologer og tannpleiere, jf. tabell 12.[143]

Det forventes lavere vekst i tilbudet av årsverk enn i antallet sysselsatte helsepersonell. Årsaken er at yrkesaktiviteten faller betydelig etter fylte 60 år, og at gjennomsnittlig arbeidstid er mindre enn fulltid for de fleste gruppene.

[137] Hentet fra omtale i Meld. St. 11 (2025–2026)
[138] NOU 2026:1,
[139] Meld. St. 11 (2025–2026)
[140] SSB (2026a)
[141] SSB (2026a)
[142] I referansealternativet er årlig tilgang og avgang av helsepersonell konstant over tid og likt som mellom de to årene som er benyttet som utgangspunkt for beregningene.
[143] SSB (2026a)

Tabell 12 Framskrivning av årsverkstilbudet for ulike helsepersonellgrupper fram til 2040 (referansealternativet). Sortert etter tilbud i 2040

Helsepersonell	2025	2030	2035	2040	Økning mellom 2025 og 2040
Sykepleiere	89 200	95 400	101 000	106 300	17 100 (19 %)
Helsefagarbeider mv.	60 700	61 900	63 300	65 100	4 400 (7,2 %)
Lege	31 500	35 100	38 700	41 900	10 400 (33 %)
Vernepleier	14 300	15 500	16 400	17 100	2 800 (20 %)
Helsesekretær og tannhelsesekretærer	11 400	11 800	11 900	12 100	700 (6,1 %)
Fysioterapeut	10 100	10 700	11 300	11 700	1 600 (16 %)
Psykologer	7 800	8 900	10 000	10 900	3 100 (40 %)
Tannlege	5 200	5 500	5 700	6 000	800 (15 %)
Bioingeniører	5 200	5 400	5 700	5 900	700 (13 %)
Ergoterapeut	3 900	4 400	4 800	5 100	1 200 (31 %)
Helsesykepleier	4 100	4 300	4 400	4 400	300 (7,3 %)
Radiografer	3 500	3 800	4 000	4 200	700 (20 %)
Jordmor	2 600	2 600	2 700	2 700	100 (3,8%)
Tannpleier	1 400	1 600	1 700	1 900	500 (36 %)
Total	251 000	267 000	281 600	295 300	44 236 (18 %)

Kilde: SSB (2026a)

Tabell 12 viser at for alle helsepersonellgruppene samlet sett er den predikerte veksten i tilbudet fra 2025 til 2040 på 44 200 årsverk, som tilsvarer 18 prosent.[144]

I absolutte tall er den anslåtte veksten i tilgangen størst for sykepleiere (17 100 årsverk) som tilsvarer 19 prosent, og for leger (10 400 årsverk) som tilsvarer 33 prosent.

Årsverk for helsefagarbeidere forventes å øke med rundt 4 400 årsverk til 2040, som representerer en relativt liten økning, på i overkant av 7 prosent. Den lave veksten for helsefagarbeidere skyldes ifølge SSB en forventet reduksjon i antall kvinnelige helsefagarbeidere på om lag 5 prosent (i antall sysselsatte), som henger sammen med at

[144] SSB (2026a)

en stor andel av de kvinnelige helsefagarbeiderne var i 60-årene i 2024, og at den årlige tilgangen på nyutdannede kvinnelige helsefagarbeidere forventes å være relativt lav framover. At den samlede veksten i antall helsefagarbeidere likevel blir positiv, skyldes at det er lagt til grunn en høy vekst i antallet mannlige helsefagarbeidere.[145]

Andre helsepersonellgrupper med lav forventet vekst er jordmødre (3,8 prosent), helsesekretærer og tannhelsesekretærer (6,1 prosent) og helsesykepleiere (7,3 prosent). Det forventes høy vekst for personellgruppene psykologer (40 prosent) og tannpleiere (36 prosent).

8.2.2 Forskjellige scenarier for tilbud gir ulike anslag for tilgangen på helsepersonell

På lignende måte som for etterspørselssiden, lager SSB ulike scenarier for hvordan tilbudet av helsepersonell kan påvirkes av ulike tiltak, for eksempel:

- **Økt sannsynlighet for arbeid og utsatt pensjonering**

  Økt yrkesaktivitet blant den eldre delen av befolkningen, for eksempel på grunn av pensjonsreformen, kan føre til et økt tilbud av helsepersonell. SSB har laget to alternative scenarioer om dette, et for *økt sannsynlighet for arbeid i helse- og omsorgstjenestene etter 60 års alder* og et for *utsatt avgang fra yrket med ett år*.[146]

- **Økt tilgang på nyutdannet helsepersonell**

  SSB har laget to alternative scenarioer for tilgangen på nyutdannet helsepersonell. I det ene *øker utdanningskapasiteten for alle grupper i samme takt som veksten i befolkningen*. I det andre scenarioet *økes antallet uteksaminerte kandidater for alle grupper.*[147] Begge beregningene viser at økt tilgang på nyutdannet helsepersonell gir en merkbar økning av arbeidstilbudet, men det vil ta mange år før det gir vesentlig utslag i den samlede bestanden av helsepersonell.[148]

[145] SSB beregner også forventet vekst i antall sysselsatte. Denne forklaringen er tatt derfra, men er også aktuell under årsaker til forventet årsverksutvikling.
[146] SSB (2026a)
[147] Basert på innspill fra Helsedirektoratet og gjelder norskutdannede kandidater.
[148] SSB (2026a)

Tabell 13 Alternative scenarioer for effekter på tilbudet av helsepersonell i 2040

Scenario	Ekstra årsverk i 2040
Økt sannsynlighet for arbeid i helse- og omsorgstjenestene etter 60 års alder	3 400
Utsatt avgang fra yrket med ett år	4 300
Utdanningskapasiteten øker i samme takt som veksten i befolkningen	6 500
10 pst økning i utdanningskapasiteten fra og med 2028	**12 500**

Kilde: SSB (2026a)

Tabell 13 viser at blant de fire tiltakene er det en varig 10 prosents økning i utdanningskapasiteten som gir den største samlede effekten (12 500 årsverk), men dette forutsetter en betydelig og varig utbygging av utdanningskapasiteten over en rekke år. I alternativet der tilgangen følger befolkningsveksten, gir det om lag halvparten av denne effekten (6 500 årsverk), og SSB vurderer det som et mer realistisk minimumsalternativ. Utsatt avgang med ett år kan gi om lag 4 300 nye årsverk, mens økt sannsynlighet for arbeid blant helsepersonell over 60 år vil kunne gi 3 400 årsverk. SSB understreker at dette er teoretiske beregninger.[149]

Ettersom det forventes å bli størst mangel på helsefagarbeidere og sykepleiere, velger vi her å vise SSBs scenariofremskrivninger som viser hvordan ulike tiltak ville kunne påvirke tilbudet av disse helsepersonellgruppene. I referansealternativet er det beregnet at Norge vil kunne mangle omtrent 25 900 helsefagarbeidere og 14 700 sykepleiere i 2040.

Tabell 14 viser ulike scenarioer for framskrevet tilbud av helsefagarbeidere.

[149] SSB (2026a)

Tabell 14 Ulike scenarioer av framskrevet tilbud av helsefagarbeidere

Scenario	Årsverk i 2040	Ekstra årsverk sammenlignet med referansealternativet
Økt stillingsprosent (10 %) for alle aldersgrupper	71 300	6 200
Utsatt avgang 3 år	68 700	3 600
10 % økning i tilgang fra og med 2028	68 100	3 000
Økt sannsynlighet for arbeid i helsetjenestene etter 60 år (absolutt)*	67 600	2 500
Utsatt avgang 2 år	67 500	2 400
Tilgang følger befolkningsveksten	66 900	1 800
Redusert sykefravær (20 %)	66 600	1 500
Utsatt avgang 1 år	66 300	1 200
Økt sannsynlighet for arbeid i helsetjenestene etter 60 år (relativ)**	66 000	900
Redusert sykefravær (10 %)	65 900	800
Referansealternativet	**65 100**	

*** *Absolutt*: Sannsynligheten øker med x prosentpoeng uavhengig av utgangspunktet. ***Relativ*: Sannsynligheten øker med x prosent avhengig av utgangspunktet.**

Kilde: SSB (2026a) Vedlegg E.

I referansealternativet forventes tilbudet av helsefagarbeidere å øke til ca. 65 100 årsverk i 2040 (jf. tabell 12).

Tabell 14 viser hvordan tilbudet av årsverk av helsefagarbeidere endres i ulike scenarioer for eksempel når avgangen utsettes med to og tre år, eller alle aldersgrupper øker stillingsprosenten. For eksempel vil redusert sykefravær med 20 prosent mulig øke tilbudet med 1 500 årsverk sammenlignet med referansealternativet. Å øke stillingsprosenten med 10 prosent for alle aldersgrupper har den teoretisk sett største mulige effekten og kan gi 6 200 flere årsverk i 2040, sammenlignet med referansebanen.

Tabell 15 viser ulike scenarioer for framskrevet tilbud av sykepleiere.

Tabell 15 Ulike scenarioer av framskrevet tilbud av sykepleiere

Scenario	Årsverk i 2040	Ekstra årsverk sammenlignet med referansealternativet
Økt stillingsprosent (10 %) for alle aldersgrupper	115 900	9 600
Utsatt avgang 3 år	110 700	4 400
10 % økning i tilgang fra og med 2028	110 700	4 400
Utsatt avgang 2 år	109 200	2 900
Tilgang følger befolkningsveksten	109 100	2 800
Økt sannsynlighet for arbeid i helsetjenestene etter 60 år (absolutt)	108 500	2 200
Redusert sykefravær 20 %	108 100	1 800
Utsatt avgang 1 år	107 700	1 400
Økt sannsynlighet for arbeid i helsetjenestene etter 60 år (relativ)	107 200	900
Redusert sykefravær 10 %	107 200	900
Referansealternativet	**106 300**	

Kilde: SSB (2026a) Vedlegg E.

I referansebanen forventes tilbudet av sykepleiere å øke til ca. 106 300, jf. tabell 12. Tabell 15 viser beregninger for hvordan ulike scenarioer kan endre tilgangen. For eksempel vil en reduksjon av sykefraværet med 20 prosent kunne øke tilbudet med 1 800 årsverk. Å øke stillingsprosenten med 10 prosent for alle aldersgrupper har teoretisk sett den største mulige effekten og kan gi 9 600 flere årsverk i 2040 sammenlignet med referansebanen.

Scenarioene i tabell 14 og tabell 15 viser den beregnede effekten av hvert tiltak isolert sett, mens den samlede effekten av flere tiltak gjennomført samtidig er enda mer usikker. Gjennomføringen av enkelttiltakene vil kunne påvirke hverandre både positivt og negativt. For eksempel kan ambisjonen om at flere skal stå lenger i arbeid, komme i konflikt med ambisjonen om å redusere sykefraværet dersom arbeidsbelastningen øker for enkelte grupper.

8.3 Hva viser framskrivningene om gapet mellom tilbud og etterspørsel fram mot 2040?

8.3.1 Den fremskrevne mangelen på helsepersonell forventes å bli størst for helsefagarbeidere og sykepleiere

SSB framskriver tilbuds- og etterspørselssiden hver for seg, og differansen mellom disse er det beregnede gapet (avviket) som forventes framover. SSB understreker at gapet ikke er en prognose for arbeidsledighet eller hvor mange ledige stillinger som kan forventes. Som nevnt i punkt 8.1, tar ikke modellen hensyn til ulike tilpasningsmekanismer som i praksis kan bidra til å motvirke ubalansen.

I tillegg til de 14 helsepersonellgruppene er det beregnet etterspørsel etter tre restkategorier: «personer med andre helseutdanninger med pasient- og brukerrettet arbeid», «ufaglærte i pasient- og brukerrettet arbeid», og «personell med annen utdanning innen administrasjon og service», jf. punkt 8.1.2.[150] Disse restkategoriene inngår ikke i gap-analysen, noe som innebærer at det trolig vil bli behov for mer personell i helse- og omsorgstjenestene enn det som framgår av gap-analysen.

For å korrigere at det allerede var mangel på noen helsepersonellgrupper i 2024[151], har SSB brukt Navs bedriftsundersøkelse fra våren 2024 til å beregne denne mangelen, jf. omtale i punkt 7.2.1. SSB la inn en underdekning (et gap) på 8 650 årsverk for helsepersonell i 2024. Framskrivninger av etterspørselen etter helsepersonell er omtalt i denne rapportens punkt 8.1 og tilbudet av helsepersonell i punkt 8.2.

[150] SSB (2026a)
[151] Tallgrunnlaget som er benyttet i framskrivningen fra 2026 er fra 2024.

Tabell 16 Gap mellom framskrevet tilbud og etterspørsel etter helsepersonellgruppene i referansebanen (i årsverk)

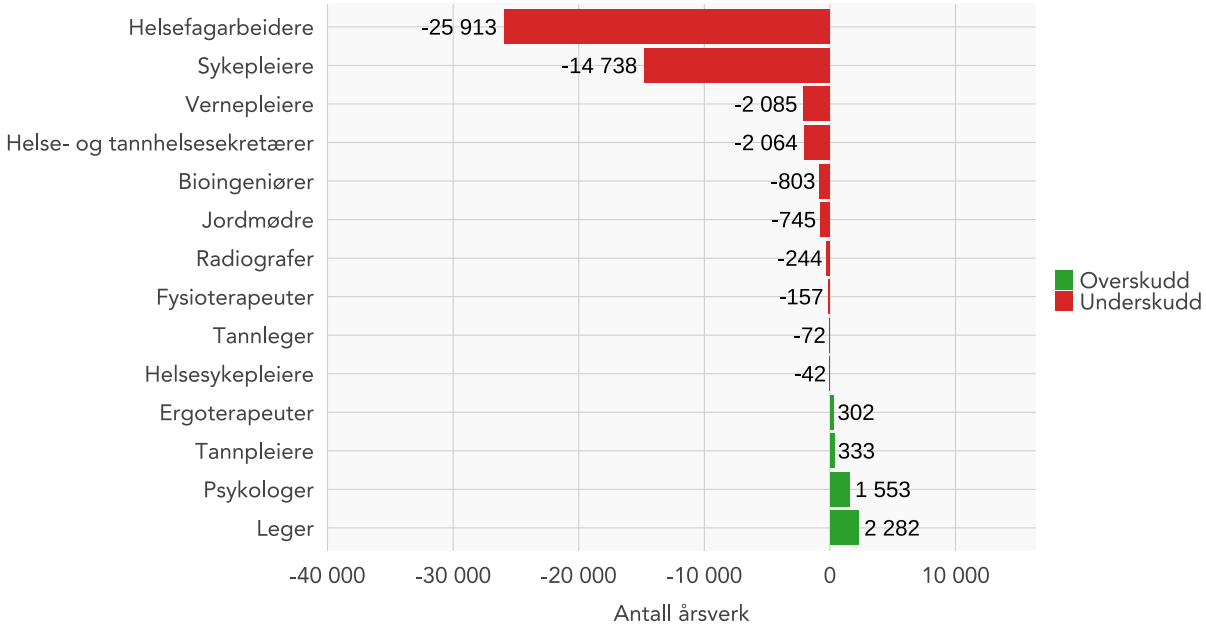
utdanning	2025	2030	2035	2040
Helsefagarbeider	-4 185	-13 192	-19 200	-25 913
Sykepleier	-4 032	-8 380	-11 143	-14 738
Vernepleier	-552	-1 040	-1 420	-2 085
Helsesekretær	-46	-688	-1 381	-2 064
Bioingeniører	-181	-429	-602	-803
Jordmor	-225	-421	-583	-745
Radiografer	-29	-88	-152	-244
Fysioterapeut	467	246	125	-157
Tannlege	-27	-57	-62	-72
Helsesykepleier	78	193	164	-42
Ergoterapeut	145	207	304	302
Tannpleier	13	123	239	333
Psykologer	-376	312	1 012	1 553
Lege	-937	38	1 268	2 282
Total	-9 887	-23 175	-31 431	-42 394

Kilde: SSB (2026a)

Tabell 16 viser at gapet mellom framskrevet tilbud og etterspørsel øker jevnt fram mot 2040 og anslås til om lag 42 400 årsverk i 2040. Allerede i 2030 vil det samlede avviket mellom tilbud og etterspørsel av helsepersonell ha økt fra ca. 9 900 i 2025 til ca. 23 200. Dette avviket vil fortsette å øke til om lag 31 400 i 2035.

Figur 43 framstiller det framskrevne under- og overskuddet for helsepersonellgruppene i 2040. Gruppene som med forventet størst under- eller overskudd er sortert i fallende rekkefølge etter fallende underdekning. Helsefagarbeidere, sykepleiere, vernepleiere, helsesekretærer/tannhelsesekretærer og bioingeniører utgjør de fem største gruppene.

Figur 43 Framskrevet underdekning eller overskudd av årsverk per helsepersonellgruppe i 2040, i absolutte tall



Kilde: Grunnlagsdata fra SSB bearbeidet av Riksrevisjonen.

Det framskrevne underskuddet er omtrent 46 800 årsverk, mens netto underskudd er 42 400 årsverk, ettersom det er antatt at enkelte helsepersonellgrupper vil få et overskudd.

Det framskrevne underskuddet i 2040 består i all hovedsak av helsefagarbeidere (25 900) og sykepleiere (14 700), som til sammen utgjør 40 600 årsverk. Disse to helsepersonellgruppene utgjør derved om lag 96 prosent av gapet. Enkelte grupper, særlig leger og psykologer, er beregnet å få et overskudd av årsverk mot slutten av perioden. Helsefagarbeidere og sykepleiere forventes å ha den klart største underdekningen av personellårsverk gjennom hele perioden fram mot 2040 (jf. tabell 16).[152]

For helsefagarbeidere er underdekningen beregnet til 4 200 årsverk allerede i 2025 og det vokser raskt til 13 200 i 2030, 19 200 i 2035 og 25 900 i 2040. SSB viser til at veksten drives av en aldrende befolkning, som gir en sterkt stigende etterspørsel i kommunale pleie- og omsorgstjenester, samtidig som tilbudsveksten for gruppen helsefagarbeidere er lav (jf. punkt 8.2.1).

For sykepleiere er underskuddet beregnet til 4 000 årsverk i 2025, og det øker til 8 400 i 2030 og 14 700 i 2040. Til tross for et relativt høyt beregnet tilbud av sykepleiere, vokser etterspørselen raskere gjennom hele perioden, og derfor blir det underdekning.

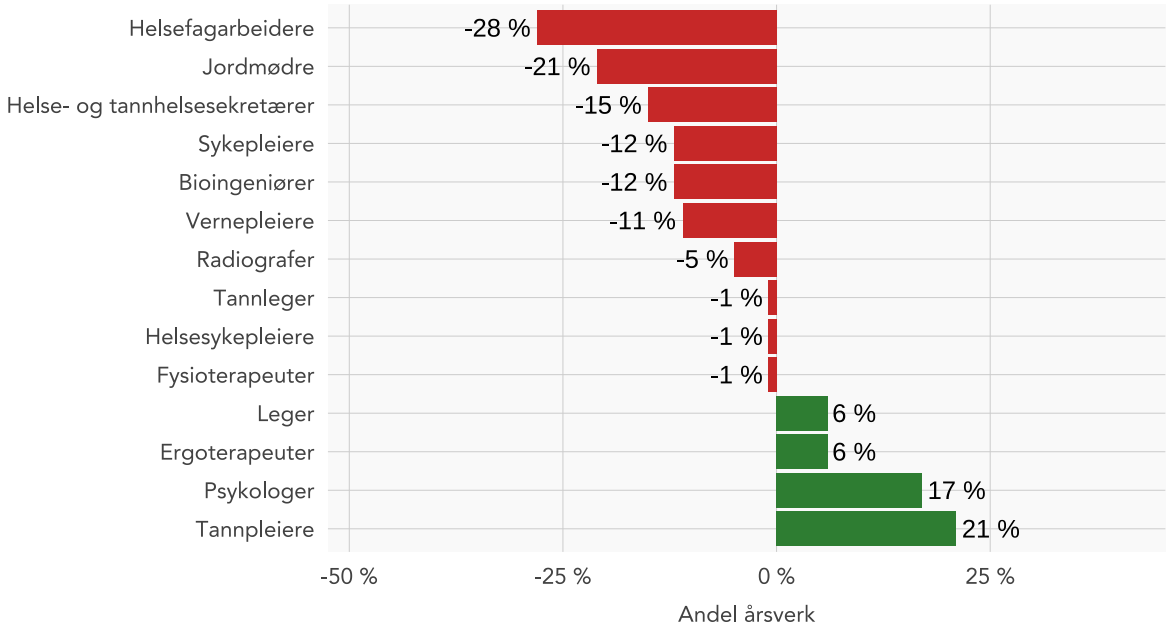
For gruppene vernepleiere og helsesekretærer er det beregnet at underdekningen øker jevnt fram mot 2040.[153] Også for gruppene bioingeniører og jordmødre er det beregnet

[152] SSB (2026a)
[153] SSB (2026a)

underskudd framover, med om lag 800 årsverk i underdekning i 2040. Helsepersonellgruppene radiografer, helsesykepleiere, fysioterapeuter og tannleger forventes å være i nokså god balanse fram mot 2040.

Det er framskrevet et overskudd av årsverk for fire grupper helsepersonell i 2040, henholdsvis leger (2 300), psykologer (1 600), tannpleiere (300) og ergoterapeuter (300).

Figur 44 Framskrevet underdekning eller overskudd av årsverk per helsepersonellgruppe i 2040, som andel av etterspørselen i 2040



Kilde: Grunnlagsdata fra SSB bearbeidet av Riksrevisjonen.

Figur 44 viser gapet som andel av årsverkene som forventes å bli etterspurt i 2040. I denne framstillingen framgår det tydeligere hvilke grupper helsepersonell mangelen blir mest framtredende i, fordi underskuddet av årsverk er framstilt som en andel av den forventede etterspørselen for de ulike helsepersonellgruppene i 2040.

Helsefagarbeidere er den helsepersonellgruppen det forventes størst underdekning av, både i absolutte tall (jf. figur 43) og som andel av forventet etterspørsel etter gruppen i 2040. Mangelen forventes å utgjøre 28 prosent av etterspørselen i 2040. Sykepleiergruppen er også en stor gruppe, og mangelen som andel av etterspørselen forventes å utgjøre 12 prosent i 2040. For de mindre gruppene jordmødre og «helsesekretærer og tannhelsesekretærer», utgjør den forventede mangelen som andel av etterspørselen henholdsvis 21 og 15 prosent. Det forventes å bli et overskudd av leger og psykologer. Disse vil utgjøre en andel på henholdsvis 6 og 17 prosent av etterspørselen i 2040.

Del 3: Metodisk tilnærming

9 Metodisk tilnærming og gjennomføring

I dette kapittelet beskriver vi den metodiske tilnærmingen og gjør rede for avgrensninger og undersøkelsesperioden.

9.1 Analyser av årsverk, sykefravær og stillingsprosent

Dataene om antall årsverk, stillingsprosent og sykefravær har vi bestilt fra SSB for perioden 2019 til 2025. Hovedkilden til dataene er A-ordningen, som er en samordnet rapportering fra Skatteetaten, Nav og SSB av arbeidsforhold, inntekt og skattetrekk. For nærmere beskrivelse se vedlegg 3 fra SSB om datagrunnlag med mer.

Dataene vi har fått tar utgangspunkt i alle arbeidsforhold for helse- og sosialpersonell som var aktive i referanseuken[154] i november disse årene. Med mindre det er spesifisert i rapporten, inngår både hovedarbeidsforhold og biarbeidsforhold.

9.1.1 Datagrunnlaget

Helsetjenester som inngår i dataene

Statistikken fra SSB inneholder data om årsverk for disse helsetjenestene:

- Spesialisthelsetjenesten
- Kommunal helsetjeneste
- Kommunal omsorgstjeneste
- Andre helsetjenester
- Tannhelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten omfatter foretak og virksomheter som inngår i den offentlig finansierte spesialisthelsetjenesten i Norge. Dette inkluderer:

- Regionale helseforetak (RHF)
- Underliggende helseforetak (HF)
- Regionale og felleseide støtteforetak
- Private virksomheter med oppdrags- og bestillerdokument
- Private virksomheter uten oppdrags- og bestillerdokument, men med avtale om å levere offentlig finansierte tjenester på vegne av de regionale helseforetakene

I **kommunale helsetjenester** inngår kommunale, medisinske og forebyggende tjenester, inkludert fastlegeordningen, legevakt og ulike behandlings- og rehabiliteringstjenester.

[154] Referanseuken er definert som uken som inneholder den 16. november.

Kommunale omsorgstjenester omfatter:

- Aktiviserings- og servicetjenester
- Helse- og omsorgstjenester i institusjon
- Hjemmetjenester i bofellesskap
- Hjemmetjenester – ambulerende virksomhet
- Institusjonslokaler

Helsetjenesten **«andre helsetjenester»** inkluderer helprivate tjenester. I tillegg inngår offentlig finansierte tjenester levert av private aktører, som ikke kan skilles ut fra øvrige offentlig finansierte tjenester i datagrunnlaget. Dette omfatter blant andre avtalespesialister, som leverer tjenester til spesialisthelsetjenesten.

Andre helsetjenester omfatter virksomheter som ikke inngår i spesialisthelsetjenesten, og som ikke er klassifisert som kommunal helse-, omsorgs- eller tannhelsetjeneste, men som har næringskode innen:

- helsetjenester
- pleie- og omsorgstjenester i institusjon
- sosiale omsorgstjenester uten botilbud

I datagrunnlaget fra SSB kan ikke avtalespesialistene skilles ut fra øvrige offentlig finansierte tjenester i datagrunnlaget og inngår derfor i hovedsak i kategorien «andre helsetjenester». Datagrunnlaget er imidlertid ganske finmasket, mens de fleste analysene i denne rapporten bygger på en aggregering av disse. Når analysene er på foretaksnivå og nasjonalt nivå, har vi derfor rettet opp dette ved å bruke SSB sin tabell 13953 fra statistikkbanken.[155] Med tallene fra denne tabellen har vi kunnet flytte årsverkene som avtalespesialistene utfører i offentlig finansiert helsetjeneste fra kategorien «andre helsetjenester» tilbake til «spesialisthelsetjeneste» der de hører hjemme. Denne korreksjonen har ikke vært mulig for analysene i punkt 7.3.

Årsverk utenfor helse- og omsorgstjenestene

Vi har i tillegg bestilt data fra SSB om årsverk som utføres av personer med helsefaglig autorisasjon som jobber enten helt eller delvis i virksomheter utenfor helse- og omsorgstjenestene. Disse dataene inneholder også informasjon om typer virksomheter disse årsverkene utføres i.

Stillingstyper

Sysselsatte i spesialisthelsetjenesten klassifiseres i pasient- og brukerrettede stillinger (POB) og administrasjon og service (AOS). Kun pasientrettede stillinger inngår i de kliniske tjenesteområdene, mens AOS omfatter administrative og øvrige støttefunksjoner. Typiske

[155] SSB (2026, 1.oktober)).

POB-yrker er lege, sykepleier, helsefagarbeider og radiograf. Yrker innenfor AOS er for eksempel administrativt personell innen økonomi/regnskap, HR, IKT, renhold og drift. Personer med helsefaglig utdanning som har administrative yrker (for eksempel ledelse) inngår også i AOS.

Sysselsatte i kommunal helse- og omsorgstjeneste klassifiseres også i POB og AOS. Her er det svakheter i registreringen: Ansatte innen AOS kan være ansatt i andre deler av kommunen enn i helse- og omsorgstjenesten, slik at denne klassifiseringen/inndelingen må tolkes med varsomhet.

I rapporten presiserer vi om analysene av årsverk og sykefravær inkluderer bare pasient- og brukerrettede stillinger.

Helsepersonellgrupper

Helsepersonellgruppene er ikke bare basert på utdanning, men en statistisk gruppering som kombinerer informasjon om autorisasjon, utdanning og arbeidsforhold. Inndelingen bygger primært på autorisasjon fra Helsepersonellregisteret (HPR), og suppleres med informasjon om videreutdanning, utdanningsnivå (NUS), helsetjeneste, institusjonell sektor (offentlig/privat), fastlegeavtale og stillingstype (pasient- og brukerrettet (POB) og administrasjon og service (AOS)).

Vi har data for følgende helsepersonellgrupper:

- Leger (med og uten spesialisering)
- Sykepleiere (med og uten videreutdanning)
- Jordmødre
- Helsesykepleiere
- Psykologer
- Fysioterapeuter
- Radiografer
- Bioingeniører
- Vernepleiere
- Helsefagarbeidere (omfatter også hjelpepleiere og omsorgsarbeidere)
- Helsesekretærer og tannhelsesekretærer[156]
- Ergoterapeuter
- Tannleger
- Tannpleiere
- Annen helsefaglig utdanning

Annen helsefaglig utdanning består av alle andre typer helsefaglige utdanninger. Eksempler på dette er farmasøyter, ambulansearbeidere, audiografer, kiropraktorer og kliniske ernæringsfysiologer.

I tillegg har SSB klassifisert sysselsatte som jobber i helsetjenesten, men som ikke har helsefaglig utdanning, i to grupper:

[156] Helsesekretærer og tannhelsesekretærer er samlet i en gruppe ettersom det ikke er mulig å skille mellom disse to i datagrunnlaget.

- *Ufaglærte*: sysselsatte som jobber i pasient- og brukerrettede stillinger, men som ikke har helsefaglig utdanning.
- *Administrasjon og service (uten helsefaglig utdanning)*: sysselsatte som jobber i administrasjon- og servicestillinger og som ikke har helsefaglig utdanning.

Det varierer hvilke helsepersonellgrupper som er med i figurene. Dersom ikke noe annet er angitt er leger og legespesialister slått sammen til en gruppe kalt leger, og sykepleiere og sykepleiere med videreutdanning er slått sammen til en gruppe kalt sykepleiere. Når vi viser årsverk, stillingsprosenter og sykefravær fordelt på helsepersonellgrupper i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, har vi ikke tatt med radiografer eller bioingeniører ettersom de utgjør en veldig liten andel av årsverkene (henholdsvis 0,04 prosent og 0,06 prosent). Tannleger og tannpleiere er heller ikke tatt med i figurene som er gjort på de kommunale helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten. I spesialisthelsetjenesten utgjør tannleger og tannpleiere henholdsvis 0,06 prosent og 0,01 prosent av årsverkene. I kommunehelsetjenesten utgjør disse gruppene 0,02 prosent av årsverkene. Disse helsepersonellgruppene inngår i beregningene av totale årsverk for hele helsetjenesten.

Ufaglærte og administrasjon og service inngår ikke i analysene av reservekapasitet fordi disse beregningene tar utgangspunkt i personell med helsefaglig utdanning.

9.1.2 Analyser av årsverk

Avtalte årsverk er definert som summen av arbeidsforhold omregnet til heltidsstillinger (fulltidsekvivalenter). Ett årsverk tilsvarer en heltidsstilling gjennom hele året. Beregningen av antallet avtalte årsverk tar utgangspunkt i avtalt stillingsprosent for hvert arbeidsforhold. Personer i deltidsstillinger bidrar med en andel av et årsverk, og personer med flere arbeidsforhold kan bidra med mer enn ett årsverk samlet.

Årsverkene som benyttes i denne undersøkelsen reflekterer avtalt arbeidsinnsats og er et uttrykk for bemanningskapasitet, og ikke faktisk levert arbeidsinnsats. Fravær, overtid og andre avvik fra avtalt arbeidstid inngår derfor ikke fullt ut i antall årsverk.

Beregninger ut ifra sentralitet og opptaksområder/region

For å kunne se om det er forskjeller i årsverk basert på geografi har vi bestilt geografiske variabler i datasettet. Årsverkene er fordelt ut ifra hvor helsepersonell har sitt hovedarbeidssted.

For de kommunale helse- og omsorgstjenestene har vi data per kommune. Vi har brukt SSBs inndeling i seks sentralitetsklasser, som er basert på nærhet til arbeidsplasser og servicefunksjoner. Sentralitetsklasse 1 betyr en sentral kommune, og klasse 6 betyr kommuner som ligger usentralt til. I våre beregninger har vi slått disse sammen til tre klasser: lav (sentralitetsklasse 5 og 6), middels (sentralitetsklasse 4 og 3) og høy

(sentralitetsklasse 1 og 2). For mer informasjon om sentralitetsklassene henviser vi til SSBs nettsider.[157]

For spesialisthelsetjenestene har vi data om årsverk som utføres i opptaksområdene til henholdsvis helseforetakene og de regionale helseforetakene. Helseforetakene i Oslo (Oslo universitetssykehus HF, Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg diakonale sykehus) og Akershus universitetssykehus HF er slått sammen til et opptaksområde. Disse er slått sammen for å ta hensyn til at Oslo universitetssykehus HF har mange flere årsverk enn andre helseforetak. De har en rekke regionale og nasjonale ansvarsområder, samt mye forskning. I tillegg tar de en rekke somatiske diagnoser fra opptaksområdene til Lovisenberg, Diakonhjemmet og til dels Akershus universitetssykehus HF.

De geografiske variablene er for alle årene tilordnet kommune- og regiongrensene slik de var definert i 2024.

9.1.3 Analyser av sykefravær

For å beregne omfanget og fordelingen av legemeldt sykefravær bruker SSB data fra Navs sykmeldingsregister og kobler dem med opplysninger om arbeidsforhold, stillingsprosent og andre kjennetegn fra A-ordningen. Dataene viser legemeldt sykefravær for arbeidsforhold som er med i den registerbaserte sysselsettingsstatistikken.

SSB har ikke data for egenmeldt sykefravær for helsepersonell.

Sykefravær måles i *sykefraværsdagsverk*, som er antall arbeidsdager med fravær i forhold til antall arbeidsdager arbeidstakeren har avtalt å arbeide. Sykefraværsprosenten beregnes som forholdet mellom sykefraværsdagsverk og avtalte dagsverk.

For personer med flere jobber, teller SSB med sykefravær og avtalte arbeidsdager fra alle arbeidsforholdene.

Sykefraværsstatistikken er basert på arbeidsforhold som er aktive i november i det aktuelle året.

I tillegg til sykefraværsprosenten har SSB beregnet andre egenskaper ved sykefraværet. Andelen med sykefravær i prosent angir, for hver helsepersonellgruppe og hvert år, andelen av alle arbeidsforhold som har minst ett sykefraværsdagsverk, når vi tar utgangspunkt i de personene som har høyest sykefravær. Andel ansatte som står for halvparten av sykefraværet viser andelen av alle arbeidsforhold som samlet står for halvparten av alle sykefraværsdagene per helsepersonellgruppe og år. Andel syke som står for halvparten av fraværet viser andelen av arbeidsforholdene som har sykefravær og som står for halvparten av de totale sykefraværsdagene.

9.1.4 Analyser av stillingsprosent

Vi har beregnet gjennomsnittlig stillingsprosent til helsepersonell ved å summere årsverkene til helsepersonell som har hovedarbeidet sitt i enten spesialisthelsetjenesten

[157] *SSB. (u.å.a).*

eller i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og dele dette på antall personer som har hovedarbeidet sitt i disse tjenestene.

Gjennomsnittlig stillingsprosent tar dermed ikke hensyn til at helsepersonell kan ha flere ansettelsesforhold og kombinere hovedarbeid med

- en eller flere mindre stillinger i en annen del av helsetjenesten
- arbeid delvis utenfor offentlig finansiert helsetjeneste, som for eksempel private helsetjenester
- arbeid delvis utenfor helsetjenesten, som for eksempel forskning eller utdanning

For å få et riktigere bilde av hvor mye helsepersonell jobber totalt sett, har vi innhentet data om dette fra SSB. Byrået har beregnet hvor mange årsverk helsepersonell jobber i helse- og omsorgstjenestene, i andre helsetjenester og utenfor helse- og omsorgstjenestene. De har også beregnet reservekapasitet, som sier noe om hvor mange årsverk en person i teorien kan øke sin arbeidsinnsats med dersom vedkommende arbeider mindre enn fulltid (100 prosent). Denne reservekapasiteten er differansen mellom en full stilling (ett fulltidsårsverk) og faktisk avtalt arbeidstid.

SSB viser her til et eksempel som forklarer dette: En sykepleier som jobber 50 prosent i spesialisthelsetjenesten og 20 prosent utenfor helse- og omsorgstjenesten, har en deltidsreserve på 30 prosent. Dersom årsverkene utenfor helse- og omsorgstjenesten også regnes som reservekapasitet, utgjør den totale reservekapasiteten 50 prosent.

Metoden for beregning av reservekapasitet

Først identifiseres alle personer som jobber i en av følgende helsetjenester:

- Spesialisthelsetjenesten
- Kommunal omsorgstjeneste
- Kommunal helsetjeneste
- Tannhelsetjeneste

Deretter beregnes hvor mange årsverk disse personene arbeider totalt, uavhengig av hvilken helsetjeneste årsverkene er knyttet til.

Deltidsreserven per person defineres som differansen mellom en full stilling (100 prosent/ett årsverk) og faktisk arbeidstid.

Til slutt beregnes hvordan årsverkene fordeler seg på følgende kategorier:

- Spesialisthelsetjenesten
- Kommunal omsorgstjeneste
- Kommunal helsetjeneste
- Tannhelsetjeneste

- Andre helsetjenester
- Utenfor helse- og omsorgstjenesten

Reservekapasiteten må tolkes med forsiktighet, da den kun representerer en teoretisk størrelse og ikke faktisk tilgjengelig arbeidskraft. Stillingsprosent påvirkes av en rekke forhold, som individuelle preferanser og livsfase, som igjen påvirker ønsket arbeidsomfang.

9.2 Sammenligning med årsverk av helsepersonell i utlandet

For å sammenligne antall årsverk for helsepersonell i Norge med antallet årsverk i utlandet har vi brukt data fra *Health at a Glance*, en rapportserie fra OECD som blant annet sammenligner helsetjenestene i medlemslandene.

9.3 Status for mangel på helsepersonell

For å estimere mangelen på helsepersonell har vi brukt data fra Navs bedriftsundersøkelse og KS arbeidsgivermonitor.

Nav gjennomfører hvert år en undersøkelse blant et representativt utvalg av offentlige og private virksomheter i hele landet.[158] Undersøkelsen kartlegger virksomhetenes behov for ulike typer arbeidskraft, og hvilke stillinger det er vanskelig å få kvalifiserte søkere til i ulike næringer. Denne informasjonen blir brukt til å estimere mangelen på arbeidskraft nasjonalt. Utvalget trekkes fra Enhetsregisteret, blant virksomheter med tre eller flere ansatte. I 2026 var det 13 119 virksomheter som svarte på undersøkelsen, som utgjør 77 prosent av virksomhetene som ble trukket ut til å svare. Vi presiserer at Nav bruker antall sysselsatte når de omtaler helsepersonell som Norge mangler i 2026, og ikke årsverk.

KS utgir hvert annet år en arbeidsgivermonitor som dekker temaer som rekruttering og kompetanse. Rapporten bygger på data fra ulike kilder. Hovedkilden er en landsomfattende spørreundersøkelse blant kommune- og fylkeskommunedirektører. I 2025 svarte 45 prosent av landets kommuner og fylkeskommuner på undersøkelsen. I tillegg bygger den på registerdata fra KS' eget PAI-register (KS' register for lønns- og personalopplysninger om ansatte i kommunal sektor), samt enkelte andre kilder som SSB, Utdanningsdirektoratet, FoU-rapporter.

9.4 Utdanningskapasitet

Vi har sett på utdanningskapasiteten til følgende utdanninger i perioden 2019 til 2025:

- Medisin/leger (profesjonsstudium på 6 år)
- Sykepleiere (3-årig bachelorgrad)

[158] Nav. (2026, 19. mai).

- Bioingeniører (3-årig bachelorgrad)
- Vernepleiere (3-årig bachelorgrad)
- Helsefagarbeidere (opplæring i videregående skole/fagbrev)
- Helsesekretærer (opplæring i videregående skole/fagbrev)

Utdanningskapasiteten til medisin, sykepleie, bioingeniører og vernepleiere er analysert ved å se på følgende indikatorer:

- Studieplasser
- Antall møtt til studiestart
- Antall kvalifiserte søkere
- Antall uteksaminerte studenter
- Antall studenter som gjennomførte til normert tid

Utdanningskapasiteten til helsefagarbeidere og helsesekretærer er analysert ved å se på følgende indikatorer:

- Antall elever
- Antall søkere
- Antall elever som fullfører
- Antall fagbrev

Data om utdanningskapasitet for leger, sykepleiere, bioingeniører og vernepleiere er hentet fra databasen for statistikk om høyere utdanning som publiseres av Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse (HK-dir).[159] Data om utdanningskapasitet for helsefagarbeidere og helsesekretærer er hentet fra Utdanningsdirektoratet.[160] Det er i tillegg innhentet data fra Helsedirektoratet om antall autorisasjoner for helsefagarbeidere og helsesekretærer, ettersom det er mulig å få fagbrev gjennom praksis/voksenopplæring og ikke bare gjennom videregående skole.[161]

Vi har hatt møter med HK-dir og Utdanningsdirektoratet om bruk av statistikk fra deres databaser.

I tillegg har vi fått tilsendt data fra Lånekassen om antall studenter som studerer medisin og sykepleie i utlandet, og som får lån fra Lånekassen. Vi har fått informasjon om antall studenter totalt sett per studieår som studerer i utlandet, antall nye studenter per studieår og hvilke land de studerer i.

[159] Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse. (u.å.a).
[160] Utdanningsdirektoratet. (u.å.g).
[161] Helsedirektoratet. (2023, 6. september).

9.5 Framskrivningene

Beskrivelsen av framskrivningene av etterspørsel og tilbud av helsepersonell, samt gap-analysen, er en sammenstilling av arbeid gjennomført av SSB. SSBs rapport *Behov for og tilgang på arbeidskraft i offentlig helse og omsorg fremover* inneholder framskrivningene. Rapporten inneholder også beskrivelser av metode og datagrunnlaget som ligger til grunn for framskrivningene, jf. for eksempel kapittel 2 Beregningsopplegg og kapittel 3 Avgrensninger og datakilder.[162]

Vi har fått tilsendt resultatene og data som ligger til grunn for beregningene av framskrivningene fra SSB. SSB har utarbeidet en egen dokumentasjon til dataforsendelsen med informasjon om datagrunnlaget og metode.

Vi har også hatt flere møter med SSB om datagrunnlaget, både for årsverk og framskrivningene, og om tolkning av resultatene av framskrivningene. Gjennom disse møtene har vi fått en bedre forståelse for dataene og tolkningene av disse.

9.6 Statlige tiltak

For å gi en kort beskrivelse av myndighetenes viktigste tiltak for å møte den framtidige mangelen på helsepersonell, har vi gått gjennom sentrale rapporter, planer, meldinger og proposisjoner som beskriver situasjonen og foreslår tiltak på området. Vi har hatt en kort undersøkelsesperiode, og i denne delen skulle vi ikke gå i dybden på alt arbeid som er gjort med tiltak. For å effektivisere arbeidet har vi brukt en løsning for kunstig intelligens (Copilot) til å trekke ut sentral informasjon om tiltakene fra dokumentene. Det gjelder for eksempel hvilken type tiltak som er omtalt og om tiltakene er iverksatt og gjennomført. Dette er dokumentert i et Excel-ark. I etterkant gikk vi inn i noen av dokumentene manuelt for å kontrollere at tiltakene som var trukket ut, var relevante og riktige, noe de i stor grad var.

[162] SSB (2026a)

Referanseliste

Lover

- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30

Stortingsdokumenter

Innstillinger

- Innst. 11 S (2025–2026). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2026, kapitler under Helse- og omsorgsdepartementet*. Helse- og omsorgskomiteen. *https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2025-2026/inns-202526-011s/*
- Innst. 180 S (2024–2025). *Innstilling fra finanskomiteen om Perspektivmeldingen 2024*. Finanskomiteen. https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2024-2025/inns-202425-180s/?all=true
- Innst. 460 S (2024–2025). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Fornye, forsterke, forbedre – Framtidens allmennlegetjenester og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.* Helse- og omsorgskomiteen. https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Saker/Sak/?p=103116
- Innst. 387 S (2023–2024). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027. Vår felles helsetjeneste.* Helse- og omsorgskomiteen. https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2023-2024/inns-202324-387s/?all=true
- Innst. 112 S (2023–2024). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Fellesskap og meistring – Bu trygt heime*. Helse- og omsorgskomiteen. https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2023-2024/inns-202324-112s/?all=true
- Innst. 330 S (2023–2024). *Innstilling frå utdannings- og forskingskomiteen om Profesjonsnære utdanningar over heile landet.* Utdannings- og forskningskomiteen. https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2023-2024/inns-202324-330s/?all=true

Proposisjoner

- Prop. 1 S (2025–2026). *For budsjettåret 2026 under Helse- og omsorgsdepartementet*. Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-1-s-20252026/id3123533/

Meldinger

- Meld. St. 11 (2025–2026). *Helsepersonellplan 2040.* Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20252026/id3164917/

- Meld. St. 23 (2024–2025). *Fornye, forsterke, forbedre – Fremtidens allmennlegetjenester og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.* Helse- og omsorgsdepartementet. *https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-23-20242025/id3096890/*

- Meld. St. 9 (2023–2024). *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027. Vår felles helsetjeneste.* Helse- og omsorgsdepartementet. *https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-9-20232024/id3027594/*

- Meld. St. 31 (2023–2024). *Perspektivmeldingen 2024.* Finansdepartementet. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-31-20232024/id3049290/

- Meld. St. 19 (2023–2024). *Profesjonsnære utdanningar over heile landet.* Kunnskapsdepartementet. *https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-20232024/id3032273/*

- Meld. St. 24 (2022–2023). *Fellesskap og meistring. Bu trygt heime.* Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-24-20222023/id2984417/

NOU-er

- NOU 2018:15 *Kvalifisert, forberedt og motivert. Et kunnskapsgrunnlag om struktur og innhold i videregående opplæring.* Kunnskapsdepartementet. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2018-15/id2621801/
- NOU 2026:1 (2026). *En bærekraftig kommunesektor. Kommunekommisjonens første delutredning.* Kommunal- og distriktsdepartementet. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2026-1/id3145481/
- NOU 2023:4 (2023). *Tid for handling: Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste.* Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/contentassets/337fef958f2148bebd326f0749a1213d/no/pdfs/nou202320230004000dddpdfs.pdf

Styringsdokumenter og planer

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Demensplan 2025: Handlingsplan*. https://www.regjeringen.no/contentassets/b3ab825ce67f4d73bd24010e1fc05260/demensplan-2025.pdf

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2021). Kompetanseløft 2025: Regjeringens plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten for perioden 2021–2025. https://www.regjeringen.no/contentassets/add6a181670e42909c22524b87c523cd/kompetanseloft-2025.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2022). Opptrappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten. Handlingsplan. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/opptrappingsplan-for-heltid-og-god-bemanning-i-omsorgstjenesten/id2941520/
- Regjeringen. (2021). *Vi – de pårørende: Regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan 2021–2025*. https://www.regjeringen.no/contentassets/08948819b8244ec893d90a66deb1aa4a/vi-de-parorende.pdf

Rapporter og artikler

- Fafo (2026). *Deltidsansettelser og bærekraftig bemanning: Ufrivillig, frivillig og betinget deltid i kommunesektoren* (Fafo-rapport 2026:28). Fafo. https://www.fafo.no/publikasjoner/fafo-rapporter/deltidsansettelser-og-baerekraftig-bemanning
- Fafo (2025). *Nye stillinger for ikke-faglærte i pleie- og omsorgstjenestene: En kartlegging av potensialet i nye stillingstyper for bedre oppgaveløsning, økt rekruttering og arbeidsinkludering*. (Fafo-rapport 2025:08). Fafo. https://www.fafo.no/images/pub/2025/20921_2.pdf
- KS (2025). *KS Arbeidsgivermonitoren 2025: Flere jobber heltid*. https://www.ks.no/contentassets/a0617fcf2e9c4e8eaca11e181481edcc/kommunesektorens-arbeidsgivermonitor-2025.pdf
- Nav (2024). *Navs bedriftsundersøkelse 2024: Redusert mangel på arbeidskraft.* Rapport 1 2024. https://www.nav.no/no/lokalt/oslo/statistikk-og-analyse/bedriftsundersokelse
- Nav (2025). *Navs bedriftsundersøkelse 2025: Stor mangel på folk med fagbrev.* Rapport 4 2025. https://www.nav.no/no/lokalt/oslo/statistikk-og-analyse/bedriftsundersokelse
- Nav (2026, 26. februar). *Utvikling i legemeldt sykefravær. Året 2025. Statistikknotat*. https://www.nav.no/_/attachment/inline/93423200-87fc-4941-ad03-b763066da97e:b1217b72b4bebb26ac77729528f034ab57969675/%C3%85rsnotat%20sykefrav%C3%A6r%20%C3%A5ret%202025.pdf
- Nav (2026). *Navs bedriftsundersøkelse 2026: Vedvarende mangel på helsepersonell.* Rapport 2 https://www.nav.no/no/lokalt/oslo/statistikk-og-analyse/bedriftsundersokelse
- OECD (2025). *Health at a Glance 2025*: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en

- Regjeringen (2022). *Gjennomgang av allmennlegetjenesten. Ekspertutvalgets foreløpige rapport*. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/gjennomgang-av-allmennlegetjenesten/id2971919/
- Riksrevisjonen (2026). Dokument 3:16 (2025–2026). *Kommunale helse- og omsorgstenester til eldre*. https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2025-2026/undersoking-av-kommunale-helse--og-omsorgstenester-til-eldre/
- Riksrevisjonen (2023). Dokument 3:2 (2023–2024). *Oppfølgingsundersøkelse: Bemanningsutfordringer i helseforetakene*. https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/dokumentserien/2023-2024/dokument-3-2-20232024.pdf
- Riksrevisjonen (2019). Dokument 3:2 (2019–2020). *Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper: Undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene*. https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2020-2021/kontroll-med-forvaltningen-av-statens-interesser-i-selskaper-2019/
- SSB (2023a). *Arbeidsinnsats i offentlig helse og omsorg: Fremskrivninger og historikk* (Rapport 2023/2). Holmøy, E., Hjemås, G., & Haugstveit, F. https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/artikler/arbeidsinnsats-i-offentlig-helse-og-omsorg-fremskrivninger-og-historikk/_/attachment/inline/1be624e3-60a4-40d1-8cf3-431b4ef7d43c%3Aa291f747c8998f3e3506688b4b3038b47c0057bc/RAPP2023-03.pdf
- SSB (2026a). *Behov for og tilgang på arbeidskraft i offentlig helse og omsorg fremover*. Rapport 2026/18. Hanne Marit Dalen, Geir Hjemås, Erling Holmøy og Zhiyang Jia. https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/artikler/behov-for-og-tilgang-pa-arbeidskraft-i-offentlig-helse-og-omsorg-fremover/_/attachment/inline/e35491e6-e7b1-43f0-82f9-726b8b21574e:2475fafc0fdb77314f7751654ffea53725e30f2e/RAPP2026-18.pdf
- SSB (2026b). *Befolkningsframskrivinger for kommunene 2026*. Rapport 2026/22 https://www.ssb.no/befolkning/befolkningsframskrivinger/artikler/befolkningsframskrivinger-for-kommunene-2026
- SSB. (2026c). *Nasjonale befolkningsframskrivinger 2026*. Rapport 2026/21. https://www.ssb.no/befolkning/befolkningsframskrivinger/artikler/nasjonale-befolkningsframskrivinger-2026
- Vareide, K., Brandtzæg, B., Storm, H., & Westeren, I. (2026). *Mangel på arbeidskraft i kommunene*. Telemarksforskning. https://telemarksforsking.no/publikasjoner/mangel-pa-arbeidskraft-i-kommunene/4669/

Nettkilder

- Den norske legeforening. (u.å.a). *LIS1 – Veien starter her*. https://www.legeforeningen.no/om-oss/publikasjoner/veiledere/lis1-veien-starter-her/
- Den norske legeforening. (u.å.b). *Medisinstudiet*. https://www.legeforeningen.no/fag/utdanning/medisinstudiet/

- Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse. (u.å.a). *Database for statistikk om høyere utdanning.* https://dbh.hkdir.no/tall-og-statistikk
- Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse. (u.å.b). *Helsefagarbeider.* Utdanning.no. https://utdanning.no/yrker/beskrivelse/helsefagarbeider
- Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse. (u.å.c). *Sykepleie*. Utdanning.no. https://utdanning.no/utdanningsoversikt/sykepleie
- Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse. (u.å.d). *Vernepleier.* Utdanning.no. https://utdanning.no/yrker/beskrivelse/vernepleier
- Helsedirektoratet. (2023, 6. september). *Statistikk om autorisert helsepersonell*. https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk-autorisert-helsepersonell
- Helsedirektoratet (2025). *Årsrapport Kompetanseløftet 2025.* https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/arsrapport-kompetanseloft-2025-utviklingstrekk-og-status-2024
- Helse Nord RHF. (2022). *Regional utviklingsplan for Helse Nord 2023–2038: Sammen om helse i nord*. https://www.helse-nord.no/vart-oppdrag/fagplaner-og-utredninger/regional-utviklingsplan-for-helse-nord-2023-2038/
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2026, 12. juni). *Slik skal regjeringen sikre nok helsepersonell* [Nyhet]. Regjeringen.no. https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/slik-skal-regjeringen-sikre-nok-helsepersonell/id3165406/ (lest 14.06.2026)
- Hjemås, G. (2023, 20.desember). *Begrenset potensial i økt arbeidstid for sykepleiere.* https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/artikler/begrenset-potensial-i-okt-arbeidstid-for-sykepleiere
- KS. (2025, 15. desember). *Dette er Tørn*. https://www.ks.no/fagomrader/arbeidsgiverpolitikk/torn/dette-er-torn/
- NAV. (2026, 19. mai). *Bedriftsundersøkelsen*. https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/kunnskap/analyser-fra-nav/arbeid-og-velferd/arbeid-og-velferd/bedriftsundersokelsen
- NITO. (u.å.). *Hvordan bli bioingeniør?* https://www.nito.no/dette-er-nito/bioingeniorfaglig-institutt-bfi/hvordan-bli-bioingenior/
- *Regjeringen. (2025, 15. august). Ny avtale for å sikre framtidens helsepersonell. https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/ny-avtale-for-a-sikre-framtidens-helsepersonell/id3116019/*
- Regjeringen. (2025). *Nytt rekrutterings- og samhandlingstilskudd for helsetjenesten fra 2025*. https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/nytt-rekrutterings-og-samhandlingstilskudd-for-helsetjenesten/id3048046/
- Regjeringen. (2026, 8. mai). *64,5 millioner skal forebygge utenforskap og få flere unge inn i helse- og omsorgstjenestene*. https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/645-millioner-skal-forebygge-utenforskap-og-fa-flere-unge-inn-i-helse-og-omsorgstjenestene/id3158991/

- Regjeringen. (2026, 12. juni). *Slik skal regjeringen sikre nok helsepersonell*. https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/slik-skal-regjeringen-sikre-nok-helsepersonell/id3165406/
- *SSB. (u.å.a). Standard for sentralitet.* https://dataportal.ssb.no/classifications/128/correspondences/1417
- *SSB. (u.å.b). Variabeldefinisjon, Utførte årsverk.* *https://www.ssb.no/a/metadata/conceptvariable/vardok/2744/nb*
- *SSB. (2026, 1. oktober). 13953: Spesialisthelsetjenesten. Avtalte årsverk, etter yrke, tjenesteområde og helseforetak 2015–2025 [Statistikkbanktabell]. Statistikkbanken.* *https://www.ssb.no/statbank/table/13953/*
- *SSB. (2026, 3. september, a) 12439: Sykefravær for lønnstakere, etter kvartal, kjønn og type sykefravær [Statistikkbanktabell]. Statistikkbanken.* *https://www.ssb.no/statbank/table/12439/*
- *SSB. (2026, 3. september, b). Statistikk om sykefravær. https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/arbeidsmiljo-sykefravaer-og-arbeidskonflikter/statistikk/sykefravaer*
- Utdanningsdirektoratet. (u.å.a). *Avlagte privatisteksamener*. https://www.udir.no/tall-og-forskning/statistikk/statistikk-videregaende-skole/avlagte-privatisteksamener/
- Utdanningsdirektoratet. (u.å.). *Elevtall i videregående skole etter utdanningsprogram*. https://www.udir.no/tall-og-forskning/statistikk/statistikk-videregaende-skole/elevtall-i-videregaende-skole/elevtall-vgo-utdanningsprogram/
- Utdanningsdirektoratet. (u.å.c). *Fag- og yrkesopplæring: Overganger*. Analysebrettet. https://analysebrettet.udir.no/fag-og-yrkesopplaering-overganger
- Utdanningsdirektoratet. (u.å.d). *Søkere til videregående opplæring for voksne etter utdanningsprogram*. https://www.udir.no/tall-og-forskning/statistikk/statistikk-videregaende-skole/sokere-voksne-utdanningsprogram/
- Utdanningsdirektoratet. (u.å.e). *Søkere til videregående opplæring sortert etter utdanningsprogram*. https://www.udir.no/tall-og-forskning/statistikk/statistikk-videregaende-skole/forsteinntak/sortert-etter-utdanningsprogram/
- Utdanningsdirektoratet. (u.å.f). *Voksne i videregående opplæring etter utdanningsprogram*. https://www.udir.no/tall-og-forskning/statistikk/statistikk-videregaende-skole/voksne/voksne-i-vgo-utdprg/
- *Utdanningsdirektoratet. (u.å.g). Videregående nøkkeltall. Analysebrettet.* *https://analysebrettet.udir.no/videregaende-nokkeltall*
- Utdanningsdirektoratet. (u.å.h). https://www.udir.no/
- Utdanningsdirektoratet. (2025). *Gjennomføring av videregående opplæring 2025*. https://www.udir.no/tall-og-forskning/statistikk/statistikk-videregaende-skole/analyser/2025/gjennomforing-av-videregaende-opplaring-2025/

Tabell-, figur- og faktaboksoversikt

Tabelloversikt

Tabell 1 Framskrevet samlet etterspørsel etter personell i helse- og omsorgstjenestene i 2040 9
Tabell 2 Framskrevet etterspørsel etter årsverk i offentlige helse- og omsorgstjenester årene 2024–2040 (referansealternativet). Økning i antall og prosent 16
Tabell 3 Framskrevet etterspørsel etter årsverk i den kommunale omsorgstjenesten i årene 2024–2040 (referansealternativet). Økning i antall og prosent 17
Tabell 4 Sentrale indikatorer for helsefagarbeider, sykepleier og lege i perioden 2019–2025 og forventet mangel fram mot 2040 35
Tabell 5 Fordeling av årsverk i helse- og omsorgstjenesten, 2025 41
Tabell 6 Utvikling i antall årsverk i helse- og omsorgstjenesten fra 2019 til 2025 42
Tabell 7 Estimert mangel på arbeidskraft, etter yrke. Sortert etter antall personer virksomhetene mangler, 2026 58
Tabell 8 Antall norske studieplasser og antall norske medisinstudenter i utlandet med støtte fra Lånekassen i perioden 2019–2025 82
Tabell 9 Framskrevet etterspørsel etter årsverk i offentlige helse- og omsorgstjenester årene 2024–2040 (referansealternativet). Økning i antall og prosent 96
Tabell 10 Framskrevet samlet etterspørsel etter personell i helse- og omsorgstjenestene i 2040 99
Tabell 11 Økning i etterspørsel etter årsverk i alternativ uten helseforbedringer mellom 2024 og 2040 100
Tabell 12 Framskrivning av årsverkstilbudet for ulike helsepersonellgrupper fram til 2040 (referansealternativet). Sortert etter tilbud i 2040 104
Tabell 13 Alternative scenarioer for effekter på tilbudet av helsepersonell i 2040 106
Tabell 14 Ulike scenarioer av framskrevet tilbud av helsefagarbeidere 107
Tabell 15 Ulike scenarioer av framskrevet tilbud av sykepleiere 108
Tabell 16 Gap mellom framskrevet tilbud og etterspørsel etter helsepersonellgruppene i referansebanen (i årsverk) 110

Figuroversikt

Figur 1 Framskrevet underdekning eller overskudd av årsverk per helsepersonellgruppe i 2040, i absolutte tall 11
Figur 2 Framskrevet underdekning eller overskudd av årsverk per helsepersonellgruppe i 2040, som andel av etterspørselen i 2040 12
Figur 3 Andel pasient- og brukerrettede årsverk per tjeneste i kommunale omsorgstjenester, 2019 og 2025 18
Figur 4 Andel pasient- og brukerrettede årsverk i helse- og omsorgstjenesten etter yrkesgruppe (helsefagarbeidere, sykepleiere og ufaglærte), 2019–2025 19
Figur 5 Pasient – og brukerrettede årsverk per 1 000 innbyggere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, etter sentralitet, 2025 20

Figur 6 Pasient- og brukerrettede årsverk per 1 000 innbyggere i spesialisthelsetjenestens opptaksområder, 2025 21
Figur 7 Endring i legemeldt sykefravær for personellgrupper 2019 til 2025. Pasient- og brukerrettede årsverk 24
Figur 8 Legemeldt sykefravær hos helsepersonell i 2019 og 2025 etter aldersgrupper, i prosent 25
Figur 9 Legemeldt sykefravær i 2025 etter alder for utvalgte helsepersonellgrupper 26
Figur 10 Gjennomsnittlig stillingsprosent i pasient- og brukerrettede stillinger per helsepersonellgruppe i helse- og omsorgssektoren, 2025 28
Figur 11 Fordeling av ubenyttede og utførte årsverk per helsepersonellgruppe i prosent, 2025 30
Figur 12 Aldersfordeling blant helsefagarbeidere i kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten (pasient- og brukerrettede årsverk), 2025 32
Figur 13 Aldersfordeling blant sykepleiere i kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten (pasient- og brukerrettede årsverk), 2025 33
Figur 14 Antall og andel årsverk per tjeneste i spesialisthelsetjenesten, 2025 44
Figur 15 Andel pasient- og brukerrettede årsverk per tjeneste i kommunale omsorgstjenester, 2019 og 2025 46
Figur 16 Pasient- og brukerrettede årsverk per 1 000 innbyggere i 2019 og 2025 i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten 47
Figur 17 Andel pasient- og brukerrettede årsverk i helse- og omsorgstjenesten etter yrkesgruppe (helsefagarbeidere, sykepleiere og ufaglærte), 2019–2025 48
Figur 18 Fordeling av pasient- og brukerrettede årsverk i spesialisthelsetjenesten etter helsepersonellgruppe, 2025 (N = 103 015) 51
Figur 19 Fordeling av pasient- og brukerrettede årsverk i kommunale helsetjenester etter helsepersonellgruppe, 2025 (N = 30 317) 52
Figur 20 Fordeling av pasient- og brukerrettede årsverk i kommunal omsorgstjeneste etter helsepersonellgruppe, 2025 (N = 150 998) 52
Figur 21 Pasient- og brukerrettede årsverk per 1 000 innbyggere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, etter sentralitet, 2025 54
Figur 22 Pasient- og brukerrettede årsverk per 1 000 innbyggere i spesialisthelsetjenestens opptaksområder, 2025 55
Figur 23 Gjennomsnittlig legemeldt sykefravær blant ansatte; 2019 versus 2025, i prosent 61
Figur 24 Gjennomsnittlig legemeldt sykefravær i 2025 etter helsepersonellgrupper, i prosent. Pasient- og brukerrettede årsverk 62
Figur 25 Legemeldt sykefravær i 2025 etter grupper og tjenester, i prosent 63
Figur 26 Endring i legemeldt sykefravær for personellgrupper 2019 til 2025. Pasient- og brukerrettede årsverk 64
Figur 27 Legemeldt sykefravær hos helsepersonell i 2019 og 2025 etter aldersgrupper, i prosent 65
Figur 28 Legemeldt sykefravær i 2025 etter alder for utvalgte helsepersonellgrupper 66
Figur 29 Legemeldt sykefravær i 2025 etter helsetjeneste og region. Pasient- og brukerrettede årsverk 67

Figur 30 Gjennomsnittlig stillingsprosent i pasient- og brukerrettede stillinger etter aldersgruppe i helsetjenestene, 2025 68
Figur 31 Gjennomsnittlig stillingsprosent i pasient- og brukerrettede stillinger per helsepersonellgruppe i helse- og omsorgssektoren, 2025 69
Figur 32 Årsverk som jobbes i og utenfor helsetjenesten som andel av totale årsverk per helsepersonellgruppe i prosent, 2025 71
Figur 33 Fordeling av ubenyttede og utførte årsverk per helsepersonellgruppe i prosent, 2025 72
Figur 34 Andel pasient- og brukerrettede årsverk utført av ansatte 60 år og eldre, etter utdanning, 2025 74
Figur 35 Andel pasient- og brukerrettede årsverk utført av ansatte 60 år og eldre i de kommunale helse- og omsorgstjenestene i utvalgte helsepersonellgrupper fordelt på sentralitet, 2025 75
Figur 36 Andel pasient- og brukerrettede årsverk utført av ansatte 60 år og eldre i spesialisthelsetjenesten fordelt på opptaksområde, 2025 76
Figur 37 Aldersfordeling blant helsefagarbeidere i kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten (pasient- og brukerrettede årsverk), 2025 77
Figur 38 Aldersfordeling blant sykepleiere i kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten (pasient- og brukerrettede årsverk), 2025 78
Figur 39 Aldersfordeling blant leger i kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten (pasient- og brukerrettede årsverk), 2025 79
Figur 40 Antall uteksaminerte medisinstudenter i perioden 2019–2025 ved norske universiteter 81
Figur 41 Antall uteksaminerte sykepleiere i perioden fra 2019 til 2025 84
Figur 42 Antall elever på vg2 helsearbeiderfag i perioden 2019 til 2026 88
Figur 43 Framskrevet underdekning eller overskudd av årsverk per helsepersonellgruppe i 2040, i absolutte tall 111
Figur 44 Framskrevet underdekning eller overskudd av årsverk per helsepersonellgruppe i 2040, som andel av etterspørselen i 2040 112

Faktaboksoversikt

Faktaboks 1 Etterspørsel etter 14 utvalgte helsepersonellgrupper og i 3 restkategorier 9
Faktaboks 2 Framskrevet tilbud av 14 helsepersonellgrupper 10
Faktaboks 3 Nærmere om den kommunale helsetjenesten og den kommunale omsorgstjenesten 16
Faktaboks 4 Inndeling av tjenesteområder i spesialisthelsetjenesten 43
Faktaboks 5 Inndeling av tjenesteområder i kommunal helse- og omsorgstjeneste 45
Faktaboks 6 Hva gjør de ufaglærte i helse- og omsorgstjenestene? 49
Faktaboks 7 Hva er en helsefagarbeider? 49
Faktaboks 8 Hva er en vernepleier? 50
Faktaboks 9 *Health at a Glance* 56
Faktaboks 10 Legeutdanning i Norge 80

Faktaboks 11 Ulike veier til fagbrev som helsefagarbeider (forenklet framstilling) 87
Faktaboks 12 Tiltak i Helsepersonellplan 2040 for å redusere mangelen på helsepersonell framover 90
Faktaboks 13 Begreper i SSBs modell for framskrivninger av helsepersonellbehov og tilgang 94
Faktaboks 14 Forutsetninger i referansealternativet 95

Ordliste og forkortelser

Etterspørsel etter helsepersonell	Beregnet behov for arbeidskraft/årsverk i helse- og omsorgstjenestene. I rapporten bruker vi både begrepet etterspørsel og behov.
Familieomsorg	Omsorg som ytes av familie og pårørende. I SSBs framskrivninger brukes begrepet om omsorg som gis utenfor egen husstand. Forutsetninger om omfanget av familieomsorg har stor betydning for beregnet behov for offentlig bemanning i tjenestene.
Framskrivning	En modellbasert beregning av framtidig utvikling basert på eksplisitte forutsetninger om demografi, atferd og andre relevante forhold. Framskrivinger er ikke prognoser, men illustrasjoner av hva som kan skje dersom de valgte forutsetningene slår til.
Gap-analyse	En sammenligning av tilbud og etterspørsel for å vise forventet over- eller underskudd. SSB beregner gapet (over- eller underskudd) for 14 helsepersonellgrupper i sine framskrivninger.
Helsemod	SSBs modell for framskriving av tilbud og etterspørsel etter helsepersonell. Modellen brukes til å analysere framtidig balanse mellom arbeidskraftsbehov og arbeidskraftstilgang.
Helsepersonell	Personer med relevant helsefaglig utdanning som yter helsehjelp eller inngår i arbeidsstyrken i helse- og omsorgstjenestene. Personer med autorisasjon etter helsepersonelloven har rett til å bruke en beskyttet yrkestittel, for eksempel lege eller helsefagarbeider.
Referansealternativ	Forutsetningene som SSB antar er mest realistiske, og legger inn i framskrivningsmodellen.
Referansebane	Resultatet av framskrivningen når forutsetningene i referansealternativet legges til grunn i SSBs modell.
Scenario	Ulike resultater i SSBs framskrivningsmodell når det legges inn alternative forutsetninger i modellen.
Sentralitetsindeks	En kode med verdi for hver kommune, som gir et mål for kommunenes sentralitet (fordelt fra klasse 1 (mest sentral) til klasse 6 (minst sentral)). SSB oppdaterte sist indeksen i 2024.

Tilbud av helsepersonell	Tilgjengelig arbeidskraft/årsverk blant personer med relevant helseutdanning. I rapporten bruker vi både begrepet tilbud og tilgang.
Ufaglært	Personell i helse- og omsorgstjenestene uten helse- og sosialfaglig utdanning.
Årsverk	Et mål på hvor mye arbeid som utføres av én person i en full stilling i løpet av ett år.

Vedlegg 1:

Riksrevisjonens brev til statsråden i Helse- og omsorgsdepartementet

Riksrevisjonen

Vår saksbehandler
Ingrid Engstad Risa 22241402
Vår dato 30.10.2026
Vår referanse 2026/00112-70
Deres dato
Deres referanse

Utsatt offentlighet jf. rrevl (2024) § 7-4 (4)

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Til statsråd Jan Christian Vestre

Oversendelse av Dokument 3:6 Riksrevisjonens undersøkelse av forventet mangel på helsepersonell fram mot 2040

Vedlagt oversendes utkast til Dokument 3:6 (2026–2027) Riksrevisjonen undersøkelse av forventet mangel på helsepersonell fram mot 2040.

Dokumentet er basert på rapport oversendt Helse- og omsorgsdepartementet ved vårt brev 9. september 2026, og på departementets svar 30. september 2026.

Undersøkelsen er en kartlegging, og tilsvarer det som ofte utgjør den første deskriptive problemstillingen i våre forvaltningsrevisjoner. Ettersom vi ikke vurderer myndighetenes innsats, inneholder ikke rapporten revisjonskriterier, overordnede vurderinger eller anbefalinger.

Det er mulig vi utarbeider en figur som viser forsørgerbrøken. Denne vil i så fall bli ettersendt.

Statsråden bes om å gi departementets eventuelle kommentarer til Riksrevisjonens konklusjoner.

Statsrådens svar vil i sin helhet bli vedlagt dokumentet. Vi ber om at svaret blir sendt som PDF eksportert fra Word, ikke skannet som bilde, slik at innholdet kan gjøres tilgjengelig for alle i samsvar med krav til universell utforming.

Svarfrist er 13. november 2026.

For riksrevisorkollegiet

Karl Eirik Schjøtt-Pedersen
riksrevisor og kollegiets leder

Brevet er godkjent og ekspedert digitalt.

Vedlegg: Utkast til *Dokument 3:6 (2026–2027) Riksrevisjonen undersøkelse av forventet mangel på helsepersonell fram mot 2040*.

Vedlegg 2:

Statsrådens svar

DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Statsråden

Riksrevisjonen
Postboks 6835 St. Olavs plass
0032 OSLO

Utsatt offentlighet,
Offl. § 5 andre ledd

Deres ref	Vår ref	Dato
	25/4692-	6. november 2026

Statsrådens svar - Riksrevisjonens undersøkelse av forventet mangel på helsepersonell fram mot 2040

Riksrevisjonens rapport er en grundig kartlegging av den forventede mangelen på helsepersonell fram mot 2040. Rapporten bekrefter at vi står overfor et krevende utfordringsbilde, og Helse- og omsorgsdepartementet støtter Riksrevisjonens konklusjoner om at:

- framskrivninger tyder på at Norge vil mangle om lag 42 400 årsverk utført av 14 sentrale helsepersonellgrupper i 2040
- behovet for årsverk øker mest i den kommunale omsorgstjenesten.
- forventet mangel på årsverk utført av helsepersonell i kommunene kan få alvorlige konsekvenser for tjenestetilbudet, særlig i de minst sentrale kommunene
- det kan bli vanskelig å sikre nok årsverk utført av helsefagarbeidere

Både i Riksrevisjonens rapport og i Helsepersonellplan 2040 poengteres det at fremlagte tall på forventet personellmangel er beheftet med betydelig usikkerhet både når det gjelder framskrivninger og presenterte anslag på effektpotensiale. Tendensen er imidlertid entydig.

Regjeringen presenterte før sommeren Meld. St. 11 (2025-2025) *Helsepersonellplan 2040*, som er regjeringens plan for å møte disse utfordringene. Planen inngår i regjeringens målbilde *«Vår helse 2030»* og satsingen *«Trygghet for helsa» i regjeringens plan for Norge*, og skal sikre tilgang på tilstrekkelig personell og riktig kompetanse gjennom en målrettet og koordinert innsats mellom stat, kommuner, spesialisthelsetjenesten med de regionale helseforetakene og helseforetakene, samt utdanningssektoren.

Helsepersonellplan 2040 har som mål å sikre tilstrekkelig personell og riktig kompetanse i helse- og omsorgstjenestene fram mot 2040. Planen bygger på de samme framskrivningene

fra SSB som i Riksrevisjonens undersøkelse, som viser et betydelig og økende gap mellom behov og tilgang. Helsepersonellplanen følger to spor; å øke tilgangen til arbeidskraft, og å dempe etterspørselen. Gjennomføring krever samordnet innsats fra stat, kommuner, spesialisthelsetjenesten og utdanningssektoren, og følges opp med verktøy og partssammensatte prosesser som personellmonitor, Helsemod og nasjonale styrings- og oppfølgingsarenaer.

Det skal arbeides for å øke tilbudet av arbeidskraft gjennom to parallelle innsatsområder:

- At helse- og omsorgstjenestene skal være en arbeidsplass for hele yrkeslivet bl.a. gjennom å øke stillingsprosent og heltidsandel gjennom Heltidsløftet, bedre turnusplanlegging og mulighet for utvidet helgearbeid. Videre å redusere sykefravær, legge til rette for senere avgang fra arbeidslivet og livsløpstilpasninger som gjør det mulig å stå lenger i jobb, samt god ledelse.
- Utdanning og kompetanseutvikling, blant annet gjennom tiltak for utdanningskapasitet og kvalitet i utdanningene, herunder flere læreplasser og fagskoleutdanninger, kompetanseutvikling og offentlig spesialistgodkjenning til flere grupper.

Samlet effektpotensial for å øke tilbudet er anslått til 41 800 – 61 100 årsverk når tiltakene gjennomføres.

Reduksjon av etterspørsel etter årsverk gjøres gjennom fire parallelle innsatsområder:

- Teknologi og digitalisering omfatter en målrettet innføring av digitale førstelinjetjenester, automatisering av administrative oppgaver og bedre digital samhandling som skal gjøre deler av pasientforløpet mer selvbetjent og frigjøre tid til pasientnært arbeid. Videre å understøtte raskere og tryggere innføring blant annet gjennom helseteknologiordninger og veiledning til kommuner og helseforetak.
- Ansvars- og oppgavedeling omfatter bl.a. tiltak som å opprette et kvalitetsutviklingsprogram for ansvars- og oppgavedeling, systematisk kompetansekartlegging og kompetanseutvikling, endring av rekvirerings- og henvisningsregler der det er hensiktsmessig, flere kombinerte stillinger og teamorganisering som skal sikre at oppgaver utføres av riktig person på riktig nivå for bedre bruk av tilgjengelig kompetanse.
- Bygg og infrastruktur handler om at investeringer, ombygginger og samlokalisering skal understøtte effektive arbeidsprosesser og godt arbeidsmiljø for å gjøre tjenestene mer robuste og bidra til rekruttering og stabilitet. Planen stiller krav om vurdering av hvordan bygginvesteringer påvirker personellbehovet og legger vekt på å involvere ansatte i valg av løsninger.
- Prioritering og effektiv ressursbruk: Innføring av tydeligere prioriteringsrutiner, bedre kunnskaps- og beslutningsstøtte og systematisk vurdering av personellkonsekvenser i metode- og prioriteringsbeslutninger skal redusere overbehandling og sikre at tilgjengelig arbeidskraft går til oppgaver med størst helsegevinst.

Planen anslår at disse grepene samlet kan redusere etterspørselen med om lag 17 300 årsverk.

Behovet for helsepersonell øker mest i kommunale omsorgstjenester, og konsekvensene kan bli størst i de minst sentrale kommunene. Regjeringen har fulgt opp med forslag om et omstillingstilskudd til kommunene for å støtte omstillingsarbeidet, bidra til bedre ressursutnyttelse og rekruttering/kompetanse, og med tiltak for interkommunalt samarbeid. Det skal også legges til rette for produktivitetsforbedringer i hele tjenesten. Statens, kommunenes, spesialisthelsetjenestens og utdanningssektorens roller er tydeliggjort og vi vil følge opp planen i oppdragsbrevene for spesialisthelsetjenestene. Planen krever tett samarbeid mellom forvaltningsnivåene og partene i arbeidslivet.

Utviklingen skal følges opp systematisk gjennom personellmonitor, framskrivninger gjennom Helsemod, indikatorer, forskning og evaluering. Det skal legges fram en årlig statusrapport for Helsepersonellplan 2040 med progresjon, oppdaterte anslag og behov for eventuelle justeringer.

Riksrevisjonens funn bekrefter alvoret, særlig i kommunale omsorgstjenester og for helsefagarbeidere og sykepleiere. Regjeringen svarer med en helhetlig plan som kombinerer tiltak for å redusere etterspørselen etter årsverk, øke tilbudet og gjennomføre nødvendige strukturelle endringer. Vi vil rapportere årlig til Stortinget og justere kursen ved behov for å sikre en sammenhengende og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste fram mot 2040.

Med hilsen



Jan Christian Vestre

Vedlegg 3:

Dokumentasjon fra SSB

Dokumentasjon av statistikk for helse- og omsorgstjenestene

1. Innledning

Dette dokumentet beskriver datagrunnlag, avgrensninger og metode for statistikk over sysselsetting, arbeidsinnsats, sykefravær og inntekt i helse- og omsorgstjenestene.

2. Populasjon og avgrensning

Populasjonen er basert på arbeidsforhold aktive i november fra sysselsettingsstatistikken for helse- og sosialpersonell.

Dataene om sysselsetting er basert på Statistisk sentralbyrå sin registerbaserte sysselsettingsstatistikk. Statistikken omfatter alle sysselsatte og måles på et fast referansetidspunkt i november hvert år. Fra og med 2015 er referanseuken definert som uken som inneholder den 16. november.

Hovedkilden til dataene er A-ordningen, som er en samordnet rapportering av arbeidsforhold, inntekt og skattetrekk til Skatteetaten, NAV og Statistisk sentralbyrå. For perioden før 2015 benyttes data fra Arbeidsgiver- og arbeidstakerregisteret (Aa-registeret) og Skatteetatens lønns- og trekkoppgaveregister.

I SSBs offisielle sysselsettingsstatistikk klassifiseres personer etter sitt hovedarbeidsforhold, slik at hver person kun telles én gang. I dette arbeidet benyttes imidlertid alle registrerte arbeidsforhold, noe som gjør det mulig å analysere både hovedarbeid og biarbeid, samt beregne samlet arbeidsinnsats i form av årsverk.

3. Mål for bemanning og arbeidsinnsats

Avtalte årsverk
Avtale årsverk måler samlet arbeidsinnsats og er definert som summen av arbeidsforhold omregnet til heltidsstillinger (fulltidsekvivalenter). Beregningen tar utgangspunkt i avtalt stillingsprosent for hvert arbeidsforhold, der ett årsverk tilsvarer en fulltidsstilling gjennom hele året.

I datagrunnlaget basert på a-ordningen beregnes årsverk som:

- stillingsprosent dividert på 100 for hvert arbeidsforhold
- summert over alle arbeidsforhold og personer

Dette innebærer at:

- personer i deltidsstillinger bidrar med en andel av et årsverk
- personer med flere arbeidsforhold kan bidra med mer enn ett årsverk samlet

Årsverkene som benyttes her tilsvarer i hovedsak avtalte årsverk, og reflekterer avtalt arbeidsinnsats snarere enn faktisk utført arbeidstid. Fravær, overtid og andre avvik fra avtalt arbeidstid inngår derfor ikke fullt ut i målet.

Årsverkene gir dermed et uttrykk for bemanningskapasitet, ikke nødvendigvis faktisk levert arbeidsinnsats.

Hovedarbeidsforhold
I registerbasert sysselsettingsstatistikk kan en person ha flere arbeidsforhold samtidig. For analyser på personnivå identifiseres derfor ett hovedarbeidsforhold per person.

Hovedarbeidsforholdet fastsettes med utgangspunkt i opplysninger fra a-ordningen, og bestemmes etter en prioritert rekkefølge der arbeidsforhold med høyest avtalt arbeidstid (stillingsprosent) velges. Dersom en person har flere arbeidsforhold med lik arbeidstid, benyttes lønn som sekundært kriterium. Ved fortsatt likhet benyttes ytterligere regler for å sikre entydig klassifisering.

Hovedarbeidsforholdet representerer dermed personens viktigste tilknytning til arbeidsmarkedet i referanseperioden, og benyttes i statistikk der hver person kun skal telles én gang.

Valg av hovedarbeidsforhold kan påvirke fordelingen av sysselsatte mellom tjenester, særlig for personer med flere deltidsstillinger på tvers av tjenester.

Sysselsatte (unike personer) teller alle personer som har minst ett arbeidsforhold innenfor tjenesten, uavhengig av om det er hovedarbeid eller biarbeid. En person kan dermed inngå i flere tjenester dersom vedkommende har flere arbeidsforhold på tvers av tjenester. Man kan derfor ikke summere denne variabelen på tvers av celler.

Mål	**Hva måles**	**Tellingsenhet**	**Håndtering av flere arbeidsforhold**	**Tolkning**
Årsverk	Samlet arbeidsinnsats, justert for stillingsprosent	Årsverk (FTE)	Summeres på tvers av alle arbeidsforhold	Viser ressursinnsats (kapasitet)
Sysselsatte i hovedarbeid	Antall sysselsatte med sitt viktigste arbeidsforhold i tjenesten	Sysselsatte	Hver sysselsatt telles kun én gang (kun hovedarbeid)	Viser hvor mange som primært jobber i tjenesten
Sysselsatte (unike personer)	Antall sysselsatte med minst ett arbeidsforhold i tjenesten	Sysselsatte	Sysselsatte kan inngå i flere tjenester/ visningscellen	Viser totalt antall sysselsatte tilknyttet tjenesten/visningscellen

4. Klassifisering av helsetjenester

Helsetjeneste *er* konstruert ved å kombinere informasjon om virksomhetstilknytning, KOSTRA-funksjon og næringskode. Klassifiseringen skjer i flere steg, der spesialisthelsetjenesten først identifiseres som en egen populasjon, før øvrige arbeidsforhold fordeles på de resterende kategoriene.

Spesialisthelsetjenesten
Spesialisthelsetjenesten omfatter foretak og virksomheter som inngår i den offentlig finansierte spesialisthelsetjenesten i Norge. Dette inkluderer:

- Regionale helseforetak (RHF)
- Underliggende helseforetak (HF)
- Regionale og felleseide støtteforetak
- Private virksomheter med oppdrags- og bestillerdokument
- Private virksomheter uten oppdrags- og bestillerdokument, men med avtale om å levere offentlig finansierte tjenester på vegne av de regionale helseforetakene

Tjenesteområde i spesialisthelsetjenesten (tjeneste kode)
Tjenesteinndelingen i spesialisthelsetjenesten er basert på en korrespondanse mellom næringskoder (SN2007) og tjenesteområder i KLASS (klassifikasjon 610) for virksomhetene som inngår i spesialisthelsetjenestepopulasjonen. Somatisk behandling omfatter i tillegg enheter i helse-næring som ikke er eksplisitt klassifisert i korrespondansen.

Tjenestekode	Tjenestenavn	SN2007-koder (virk_nace1_sn07)	Beskrivelse / avgrensning
AMB	Ambulansetjenester	86.907	Inneholder kun pasient- og brukerrettede stillinger (POB) innen ambulansetjenester
SOM	Somatisk behandling	86.101, 86.102, 86.103, 86.107, 86.212, 86.221, 86.904, 86.906, 86.909	Inneholder kun pasient- og brukerrettede stillinger (POB) innen somatiske tjenester
VOP	Psykisk helsevern for voksne	86.104, 86.223	Inneholder kun pasient- og brukerrettede stillinger (POB)
BUP	Psykisk helsevern for barn og unge	86.105, 86.224, 87.901	Inneholder kun pasient- og brukerrettede stillinger (POB)
TSB	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	86.106, 86.225, 87.202, 88.997	Inneholder kun pasient- og brukerrettede stillinger (POB)
AOS	Administrasjon og service	(ingen spesifikke SN-koder)	Inneholder alle administrative og ikke

Tjenestekode	Tjenestenavn	SN2007-koder (virk_nace1_sn07)	Beskrivelse / avgrensning
			pasientrettede stillinger (AOS)

Tjenesteområdene i spesialisthelsetjenesten er avgrenset slik at kun pasient- og brukerrettede stillinger (POB) inngår i de kliniske tjenesteområdene (AMB, SOM, VOP, BUP og TSB). Alle administrative og ikke pasientrettede stillinger (AOS) er samlet i tjenesteområdet «Administrasjon og service» (AOS), uavhengig av virksomhetens næringskode eller organisatoriske tilknytning.

Kommunal helsetjeneste
Kommunal helsetjeneste identifiseres ved hjelp av KOSTRA-funksjonene:

- 232 Helsestasjons- og skolehelsetjeneste
- 233 Annet forebyggende helsearbeid
- 241 Diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering

Disse funksjonene omfatter kommunale, medisinske og forebyggende tjenester, inkludert fastlegeordningen, legevakt og ulike behandlings- og rehabiliteringstjenester.

Kommunal omsorgstjeneste
Kommunal omsorgstjeneste identifiseres ved hjelp av KOSTRA-funksjonene:

- 234 Aktiviserings- og servicetjenester
- 253 Helse- og omsorgstjenester i institusjon
- 257 Hjemmetjenester i bofellesskap
- 258 Hjemmetjenester – ambulerende virksomhet
- 261 Institusjonslokaler

Denne gruppen omfatter både brukerrettede omsorgstjenester og enkelte tilhørende støtte- og driftsfunksjoner.

Tannhelsetjenesten
Tannhelsetjenesten identifiseres ved hjelp av KOSTRA-funksjonene:

- 660 Tannhelsetjeneste – fellesfunksjoner
- 665 Tannhelsetjeneste – pasientbehandling

Andre helsetjenester
Kategorien inkluderer både helprivate tjenester og offentlig finansierte tjenester levert av private aktører som ikke kan identifiseres entydig i datagrunnlaget.

Andre helsetjenester omfatter virksomheter som:

- Ikke inngår i spesialisthelsetjenesten, og

- Ikke er klassifisert som kommunal helse-, omsorgs- eller tannhelsetjeneste

men som har næringskode innen:

- 86 (helsetjenester)
- 87 (pleie- og omsorgstjenester i institusjon)
- 88.1 (sosiale omsorgstjenester uten botilbud)

Dette inkluderer blant annet private helse- og omsorgsaktører som ikke leverer tjenester på vegne av det offentlige.

Avtalespesialister kan ikke identifiseres entydig i datagrunnlaget og inngår derfor i hovedsak i kategorien Andre helsetjenester, og ikke under spesialisthelsetjenesten hvor de hører hjemme.

Utenfor helse- og omsorgstjeneste
Denne kategorien omfatter arbeidsforhold som ikke faller inn under noen av gruppene over, det vil si virksomheter utenfor helse- og omsorgstjenestene.

I kategorien Utenfor helse- og omsorgstjeneste inngår kun personer med helsefaglig bakgrunn. Ufaglærte og administrasjon/service uten helseutdanning er ekskludert.

5. Klassifisering av stilling (POB/AOS)

Sysselsatte i spesialisthelsetjenesten klassifiseres i pasient- og brukerrettede stillinger (POB) og administrasjon og service (AOS). Kun pasientrettede stillinger inngår i de kliniske tjenesteområdene, mens administrative og øvrige støttefunksjoner samles i AOS.

Kategori	Kriterium (basert på KLASS 647)	Typiske yrker (eksempler)	Behandling i datasettet
POB (pasient- og brukerrettede stillinger)	Yrker klassifisert som pasient- og brukerrettede i KLASS 647 (koblet via STYRK08)	Leger, sykepleiere, helsefagarbeidere, psykologer, fysioterapeuter, bioingeniører, radiografer	Beholdes i kliniske tjenesteområder (AMB, SOM, VOP, BUP og TSB)
AOS (administrasjon og service)	Yrker som ikke inngår i KLASS 647 som pasient- og brukerrettede	Administrativt personell, økonomi/regnskap, HR, IKT, ledelse uten pasientkontakt, renhold, drift	Flyttes til tjenesteområdet AOS uavhengig av virksomhet
AOS (tvangstildelt)	Enheter/roller definert som administrative uansett yrke	RHF, støtteforetak, administrative stillinger	Tildeles AOS uavhengig av opprinnelig klassifisering
AOS (imputert)	Manglende STYRK-kode	Personell uten registrert yrkeskode	Settes til AOS pga. manglende informasjon

Klassifiseringen er basert på KLASS-korrespondansen for pasient- og brukerrettede stillinger (klassifikasjon 647), og er videre justert i produksjonsløpet for å sikre konsistens mellom stilling og tjenesteområde.

Klassifiseringen er hierarkisk. Dersom en observasjon klassifiseres som AOS, settes både stilling og tjenesteområde til AOS. Dette sikrer at kun pasient- og brukerrettede stillinger inngår i kliniske tjenesteområder.

6. Klassifisering av utdanning

Variabelen utdanning inneholder utdanningskategorier for personell i helse- og omsorgstjenestene. Klassifiseringen bygger primært på autorisasjon fra Helsepersonellregisteret (HPR), og suppleres med informasjon om videreutdanning, utdanningsnivå (NUS), helsetjeneste, institusjonell sektor (offentlig/privat), fastlegeavtale og stillingstype (pasient- og brukerrettet (POB) og administrasjon og service (AOS)).

Autorisasjonsopplysninger (HPR) er oppdatert for statistikkåret, mens utdanningsopplysninger (NUS) normalt har ett års etterslep. Dette kan påvirke klassifiseringen for personer som nylig har fullført utdanning, særlig i restgruppene.

Tabellen under gir en oversikt over hvilke HPR-koder som inngår i de ulike utdanningsgruppene, samt hvilke tilleggsbetingelser som benyttes i klassifiseringen.

Utdanningsgruppe	HPR-kode(r) (pers_hp_hpr_k)	Tilleggsbetingelser
Sykepleiere	29, 30	Ingen videreutdanning
Sykepleier med videreutdanning	29, 30	Med videreutdanning
Helsesykepleier	33, 34	Ingen
Jordmor	25, 26	Ingen
Ergoterapeut	21, 22	Ingen
Fysioterapeut	23, 24, 73, 74	Ingen
Helsesekretær og tannhelsesekretærer	01, 02, 14, 15	Ingen
Helsefagarbeider mv.	03, 04, 03b, 04b, 05, 06	Ingen
Lege	55, 57	Ingen
Legespesialist	56	Ingen
Vernepleier	31, 32	Ingen
Psykologer	61, 62	Ingen
Radiografer	27, 28	Ingen
Bioingeniører	39, 40	Ingen
Tannpleier	35, 36	Ingen
Tannlege	58, 59, 60	Ingen
Annen helsefaglig utdanning	Alle øvrige HPR-koder unntatt 00, 65, 20, 64	Gjelder bare når stilling_kode == "POB"
Ufaglært	00, 65, 20, 64	Gjelder bare når stilling_kode == "POB"
Administrasjon og service (uten helseutdanning)	Alle øvrige HPR-koder, inkludert 00, 65, 20, 64	Gjelder når stilling_kode == "AOS"

Tolkningsmerknader

Klassifiseringen er hierarkisk. Det innebærer at enkelte grupper identifiseres før andre. For eksempel klassifiseres leger og sykepleiere først basert på HPR-kode og kontekst (helsetjeneste, sektor og fastlegeavtale), før øvrige grupper bestemmes.

Dette innebærer at:

- Samme HPR-kode kan inngå i flere utdanningsgrupper avhengig av øvrige variabler
- Særlig gjelder dette leger, som deles inn etter tjenesteområde og tilknytningsform
- Restkodene (00, 65, 20, 64) fordeles på flere grupper basert på stillingstype

Videre gjelder følgende:

- Videreutdanning (for sykepleiere) er basert på registrert spesialisering
- Ufaglært og administrasjon og service (uten helseutdanning) skilles ved hjelp av stillingskode (POB/AOS)

Utdanningsvariabelen er dermed ikke en ren utdanningsvariabel, men en statistisk gruppering som kombinerer informasjon om autorisasjon, utdanning og arbeidsforhold.

7. Geografisk harmonisering

Geografiske variabler i datasettet er harmonisert til 2024-inndelingen. Dette gjelder:

- Arbeidsstedskommune
- Sentralitet
- Opptaksområder i spesialisthelsetjenesten (RHF/HF)

Harmoniseringen innebærer at alle observasjoner, uavhengig av årgang, er tilordnet geografisk tilhørighet basert på kommune- og regiongrenser slik de er definert i 2024.

Dette gjøres ved bruk av geopolygoner («kartutsnitt»), der koordinatene til virksomheten (arbeidssted) tilordnes området det tilhørte i 2024. Sentralitet følger kommuneinndelingen for 2024, slik at kommunene får samme sentralitetsgruppe over tid.

Befolkningstallene for kommune, sentralitetsgrupper og opptaksområder er fra 31. desember i de respektive statistikkårene (2019–2025), men etter fast 2024-struktur.

Konsekvenser for tolkning
Metoden gir en presis geografisk plassering for virksomheter som leverer pasient- og brukernære tjenester, der aktiviteten er knyttet til et fysisk tjenestested.

For administrativt personell kan det imidlertid oppstå avvik. Dersom kommunegrenser og helseforetaksinndelinger endres, og administrative enheter har blitt liggende i en annet område i 2024-inndelingen, kan dette føre til at:

- Enkelte områder får flere eller færre administrative årsverk enn det som opprinnelig var tilfelle
- Endringer over tid delvis reflekterer grenseendringer, ikke bare reelle endringer i aktivitet

8. Offentlig og privat sektor

Virksomheter i offentlig forvaltning (stat og kommune) klassifiseres som offentlige, mens alle øvrige sektorer klassifiseres som private. Institusjonell sektor, som er en statistisk standard, brukes for å skille private fra offentlige virksomheter.

9. Sykefravær

Sykefraværsstatistikken i denne leveransen beskriver omfanget og fordelingen av legemeldt sykefravær i arbeidsforhold som inngår i den registerbaserte sysselsettingsstatistikken. Statistikken er arbeidsforholdsbasert, det vil si at sykefravær knyttes til hvert enkelt arbeidsforhold og deretter aggregeres til de gruppene som inngår i leveransen. Egenmeldt sykefravær inngår ikke i denne statistikken.

Datagrunnlaget er hentet fra NAVs sykmeldingsregister og koblet med opplysninger om arbeidsforhold, stillingsprosent og kjennemerker fra A-ordningen.

Sykefraværet måles i sykefraværsdagsverk, som er antall arbeidsdager med fravær justert for stillingsprosent og sykmeldingsgrad. Tilsvarende beregnes avtalte dagsverk som antall arbeidsdager arbeidstakeren er avtalt å arbeide, justert for stillingsprosent. Sykefraværsprosenten beregnes som forholdet mellom sykefraværsdagsverk og avtalte dagsverk. For personer med flere arbeidsforhold inngår sykefravær og avtalte dagsverk fra alle relevante arbeidsforhold i beregningene.

Helger og helligdager tas ut fra både teller og nevner.

Avgrensning av populasjonen
Sykefraværsstatistikken er basert på arbeidsforhold som er aktive i november i det aktuelle året. Dette følger av at populasjonen hentes fra sysselsettingsfilen, som er et uttrekk for november.

Sykefraværsopplysningene er samtidig basert på registrerte sykefraværsdata gjennom året. For det arbeidsforholdet som inngår i referanseuken i november, brukes de sykefraværsdagsverkene og mulige dagsverkene som er registrert for dette arbeidsforholdet i løpet av året. Det innebærer at:

- Sykefraværet er knyttet til det samme arbeidsforholdet som personen har i november
- Arbeidsforhold som ikke finnes i referanseuken i november, inngår ikke i statistikken
- Arbeidsforhold som starter sent i året vil ha færre mulige dagsverk og dermed lavere vekt i beregningene

Statistikken må derfor tolkes som sykefravær i arbeidsforhold som er aktive i november, ikke som sykefravær i alle arbeidsforhold gjennom hele året.

Begrunnelse for metodevalget (årsbasert populasjon)
Sykefraværet fordeles i tabellene på utdanningsgrupper. Dette krever kobling til opplysninger fra Helsepersonellregisteret (HPR) og helseautorisasjoner. Autorisasjonsopplysningene er årsbasert og ikke tilrettelagt for de kvartalsvise sysselsettingsfilene. En årsbasert populasjon gir derfor den mest konsistente koblingen mellom arbeidsforhold, sykefravær og utdanningsgruppe.

Avgrensning av observasjoner
Følgende observasjoner holdes utenfor beregningene:

- Observasjoner uten opplysninger om mulige dagsverk
- Selvstendig næringsdrivende

Sykefraværsstatistikken omfatter dermed lønnstakere med kobling til sykefraværsgrunnlaget.

Beregning av indikatorer
Sykefraværsindikatorene beregnes innen hver grupperingscelle ved først å summere sykefraværsdagsverk og mulige dagsverk, og deretter beregne indikatorene på grunnlag av disse summene eller fordelingen av sykefravær på arbeidsforhold.

Dette innebærer at arbeidsforhold med mange mulige dagsverk får større vekt enn korte arbeidsforhold. Statistikken er dermed et volumvektet mål på sykefravær.

Leverte indikatorer
Følgende indikatorer inngår i leveransen:

Indikator	**Definisjon**
Mulige dagsverk (avrundet)	Summen av total_mulige_dagsverk innen gruppen, avrundet til nærmeste 10
Sykefraværsprosent	sum(total_syk_dagsverk) / sum(total_mulige_dagsverk) * 100
Gj.snitt sykefraværsdagsverk (blant syke)	Gjennomsnittlig antall sykefraværsdagsverk blant arbeidsforhold med mer enn 0 sykefraværsdagsverk
Median sykefraværsdagsverk (blant syke)	Median antall sykefraværsdagsverk blant arbeidsforhold med mer enn 0 sykefraværsdagsverk
Andel med sykefravær (%)	Andel arbeidsforhold med mer enn 0 sykefraværsdagsverk
75-persentil sykefraværsdagsverk (blant syke)	75-persentilen for sykefraværsdagsverk blant arbeidsforhold med sykefravær
25-persentil sykefraværsdagsverk (blant syke)	25-persentilen for sykefraværsdagsverk blant arbeidsforhold med sykefravær
Andel ansatte som står for 50 % av fraværet (%)	Andelen av alle arbeidsforhold som samlet står for 50 prosent av de totale sykefraværsdagene i gruppen
Andel syke som står for 50 % av fraværet (%)	Andelen av arbeidsforhold med sykefravær som samlet står for 50 prosent av de totale sykefraværsdagene blant de syke

Indikator	Definisjon
Gini (alle)	Gini-koeffisient beregnet på fordelingen av sykefraværsdagsverk i alle arbeidsforhold
Gini (blant syke)	Gini-koeffisient beregnet på fordelingen av sykefraværsdagsverk blant arbeidsforhold med sykefravær

Om indikatorene
Målene «blant syke» er beregnet bare for arbeidsforhold med mer enn 0 sykefraværsdagsverk. Disse indikatorene beskriver dermed fordelingen av sykefravær blant dem som faktisk har hatt fravær.

Indikatorene for «andel som står for 50 prosent av fraværet» er konsentrasjonsmål. De viser hvor mye av fraværet som bæres av en relativt liten eller stor del av arbeidsforholdene i gruppen.

Gini-målene beskriver hvor skjevt sykefraværet er fordelt. Høy verdi betyr at fraværet er konsentrert på få arbeidsforhold, mens lav verdi betyr at fraværet er jevnere fordelt.

Undertrykking og avrunding
For grupper med færre enn 30 arbeidsforhold undertrykkes alle sykefraværsindikatorene og settes til manglende verdi.

Følgende avrundingsregler brukes:

- Mulige dagsverk avrundes til nærmeste 10
- Øvrige leverte sykefraværsindikatorer avrundes til to desimaler

10. Reservekapasitet

Definisjon av reservekapasitet
Begrepet reservekapasitet brukes i denne sammenhengen om en teoretisk størrelse som uttrykker hvor mange ekstra årsverk som potensielt kan ytes av personell innenfor offentlig finansierte helse- og omsorgstjenester.

Det skilles mellom deltidsreserve og øvrig reservekapasitet. Deltidsreserven beskriver hvor mange årsverk en person i teorien kan øke sin arbeidsinnsats med dersom vedkommende arbeider mindre enn fulltid (100 %). I tillegg inngår årsverk som utføres utenfor de offentlig finansierte helse- og omsorgstjenestene som en potensiell reserve.

Metoden for beregning av reservekapasitet
Først identifiseres alle personer som jobber i en av følgende helsetjenester:

- Spesialisthelsetjenesten

- Kommunal omsorgstjeneste
- Kommunal helsetjeneste
- Tannhelsetjeneste

Deretter beregnes hvor mange årsverk disse personene arbeider totalt, uavhengig av hvilken helsetjeneste årsverkene er knyttet til.

Deltidsreserven per person defineres som differansen mellom en full stilling (100 % / ett årsverk) og faktisk arbeidstid.

Til slutt beregnes hvordan årsverkene fordeler seg på følgende kategorier:

- Spesialisthelsetjenesten
- Kommunal omsorgstjeneste
- Kommunal helsetjeneste
- Tannhelsetjeneste
- Andre helsetjenester
- Utenfor helse- og omsorgstjenesten

Tolkning
En sykepleier som jobber 50 % i spesialisthelsetjenesten og 20 % utenfor helse- og omsorgstjenesten, har en deltidsreserve på 30 %. Dersom årsverkene utenfor helse- og omsorgstjenesten også regnes som reservekapasitet, utgjør den totale reservekapasiteten 50 %.

Reservekapasiteten må tolkes med forsiktighet, da den kun representerer en teoretisk størrelse og ikke nødvendigvis faktisk tilgjengelig arbeidskraft. Stillingsprosent påvirkes av en rekke forhold, som individuelle preferanser og livsfase, som igjen påvirker ønsket arbeidsomfang.

Grupperinsvariabler for reservekapasitet
For å unngå at personer telles flere ganger i tabellene, benyttes kun grupperingsvariabler knyttet til individnivå (alder, bosted og utdanning), og ikke arbeidssted. Dette skyldes at en person kan ha flere arbeidsforhold med ulike lokasjoner og sentralitetsnivåer.

Utdanningsgruppene «Ufaglært» og «Administrasjon og service (uten helseutdanning)» er utelatt fra tabellene. Dette er fordi disse gruppene delvis er basert på yrkeskoder i tillegg til utdanning, og en person kan ha ulike yrkeskoder på tvers av arbeidsforhold (POB/AOS).