



# Helsefagarbeideres arbeidssted og nyutdannede helsefagarbeideres tilknytning til arbeidslivet

TALL

SOM FORTELLER

RAPPORTER / REPORTS

2019 / 20

Svetlana Beyrer, Geir Hjemås, Othilde Skjøstad og Johannes Hansen



*Svetlana Beyrer, Geir Hjemås, Othilde Skjøstad  
og Johannes Hansen*

**Helsefagarbeideres arbeidssted og  
nyutdannede helsefagarbeideres tilknytning  
til arbeidslivet**

I serien Rapporter publiseres analyser og kommenterte statistiske resultater fra ulike undersøkelser. Undersøkelser inkluderer både utvalgsundersøkelser, tellinger og registerbaserte undersøkelser.

© Statistisk sentralbyrå  
Ved bruk av materiale fra denne publikasjonen  
skal Statistisk sentralbyrå oppgis som kilde.

Publisert 2. juli 2019

ISBN 978-82-537-9954-4 (trykt)  
ISBN 978-82-537-9955-1 (elektronisk)  
ISSN 0806-2056

<b>Standardtegn i tabeller</b>	<b>Symbol</b>
Tall kan ikke forekomme	.
Oppgave mangler	..
Oppgave mangler foreløpig	...
Tall kan ikke offentliggjøres	:
Null	-
Mindre enn 0,5 av den brukte enheten	0
Mindre enn 0,05 av den brukte enheten	0,0
Foreløpig tall	*
Brudd i den loddrette serien	—
Brudd i den vannrette serien	
Desimaltegn	,

## Forord

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og Statistisk sentralbyrå (SSB) inngikk i 2018 et samarbeidsprosjekt om modellering og analyser av ressursbruk i helse- og omsorgstjenesten.

For å få en bedre forståelse av prosessene som bestemmer tilbud av og etterspørsel etter helse- og sosialpersonell, har Helsedirektoratet og Statistisk sentralbyrå (SSB) inngått en egen analyseavtale. Formålet er å gi et grunnlag for videreutvikling av framskrivningsmodellen for tilbud av og etterspørsel etter helsepersonell (HELSEMOD). HELSEMOD er en modell som forvaltes av SSB.

Analyseavtalen består av to deler: 1) et situasjonsbilde av sysselsettingssituasjonen blant utvalgte grupper helsepersonell i Norge i 2016 og 2) en kartlegging av arbeidssituasjonen til utvalgte grupper helsepersonell etter endt utdanning.

Rapporten er finansiert av Helsedirektoratet.

Statistisk sentralbyrå, 27. juni 2019

Ann-Kristin Brændvang

## Sammendrag

Nødvendig og tilstrekkelig bemanning er en forutsetning for et velfungerende helsevesen. Nye behandlingsmuligheter, flere eldre og høyere levealder i befolkningen, vil øke behovet for helsepersonell i fremtiden. Helsefagarbeidere er en av de personellgruppene det vil bli sterk etterspørsel etter i tiden som kommer. For å *rekruttere* og *beholde* flere helsefagarbeidere i helse- og omsorgstjenesten, trenger vi mer kunnskap om hvem som utdanner seg som helsefagarbeidere og hvor disse arbeider.

Rapporten beskriver dekningen av helsefagarbeidere i Norge i 2016, og belyser nyutdannede helsefagarbeideres tilknytning til arbeidsmarkedet en tid etter fullført utdanning. Målet er å avdekke trender som kan gi bedre forståelse av dagens og fremtidens tilbud av personell med utdanning i helsefag.

I første del av analysen studerer vi arbeidsmarkedssituasjonen blant alle sysselsatte helsefagarbeidere i 2016. I andre del av analysen omtaler vi helsefagarbeidere som avsluttet utdanningen i 2005 og 2013, for å sjekke hvilken arbeidslivstilknytning de har en tid etter fullført utdanning.

Situasjonsbildet for 2016 viser at helsefagarbeidere er et kvinnedominert yrke. Menn utgjør knappe 4 prosent av alle helsefagarbeidere. Videre var mer enn halvparten av alle sysselsatte helsefagarbeidere over 45 år, samtidig som andelen helsefagarbeidere under 30 år lå på 10 prosent.

Det var sysselsatt 89 778 personer med helsefagarbeiderrelatert utdanning (helsefagarbeiderutdanning og de tidligere omsorgsarbeider- og hjelpepleierutdanningene) i 2016. Det tilsvarer 74 prosent av alle med registrert helsefagarbeiderrelatert utdanning dette året. De fleste helsefagarbeidere jobbet i helse- og omsorgstjenesten, hvorav 70 prosent var ansatt i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, mens knappe 8 prosent jobbet i spesialisthelsetjenesten. To av tre helsefagarbeidere jobbet i deltidsstilling.

I 2016 stod 26 prosent av alle med helsefagarbeiderrelatert utdanning utenfor arbeidslivet. Varig uførepensjonering var årsaken til at om lag 12 000 av dem ikke var i jobb. Blant helsefagarbeidere i alderen 45 til 59 år mottok 10 prosent uførepensjon.

Blant alle sysselsatte helsefagarbeidere i 2016, var 12 000 innvandrere. Litt over halvparten av innvandrerne fikk sin utdanning i Norge, mange av dem fra Thailand og Filippinene. De som kom til Norge ferdig utdannet var i hovedsak fra Filippinene og Sverige.

Det har blitt gjennomført noen endringer i utdanningsløpet for helsefagarbeidere i 2006, og da spesielt i kjølvannet av Kunnskapsløftet. Utdanningens innhold og varighet, samt sammensetting av teori og praksis, er forskjellig for de to utdanningskullene vi har sammenlignet – hjelpepleiere og omsorgsarbeidere i 2005 og helsefagarbeidere i 2013. Disse endringene kan ha påvirket både alderssammensetningen på 2013-kullet og helsefagarbeidernes arbeidsvalg tre år etter fullført utdanning.

Sammenligningen av de to utdanningskullene viser at andelen yngre helsefagarbeidere økte for 2013-kullet, samtidig som færre voksne over 25 år utdannet seg til helsefagarbeidere. Flere valgte en jobb innenfor helse- og omsorgstjenesten, samtidig som større andel jobbet deltid.

## Abstract

Necessary and sufficient staffing is a prerequisite for a well-functioning health service. New treatment methods and higher life expectancy will increase the demand for health care professionals, especially health workers. Therefore, monitoring the changes in number and composition of health personnel is a matter of importance.

This report describes the coverage of health care workers in Norway in 2016 and highlights the recent graduate health workers involvement with the labour market after completing education. The goal is to uncover trends that can give a better understanding of the present and future supply of personnel with a health worker education.

The first part of the analysis applies cross-sectional data of employed health workers to describe the labour market situation among all employed health workers in Norway in 2016. In the second part, the goal is to reveal trends that can provide a better understanding of the current employment situation. We use data on graduates from 2005 and 2013 and study their employment status in the years after graduation.

Analyses show that health workers is a woman-dominated profession in 2016. Men make up almost 4 percent of all health workers. Furthermore, more than half of all employed health workers were over the age of 45, while the proportion of health workers under the age of 30 was 10 per cent.

There were 89 778 employed persons educated as health workers in 2016. This corresponds to 74 per cent of everyone who formally completed the education. Most health workers worked in health and care services, of which 70 per cent were employed in municipal health and care services, while just 8 per cent worked in specialist health services. Two of three health professionals worked part-time.

In 2016, 26 per cent of all people with a health worker education were without a job. Lasting disability pension was the reason most of them were unemployed. Among health workers aged between 45 and 59, 10 per cent received disability pension.

Among all employed health workers in 2016, there were 12,000 immigrants. Just over half of the immigrants received their education in Norway, many of them from Thailand and the Philippines. Those who came to Norway fully educated were mainly from the Philippines and Sweden.

There were some changes in the education for health workers in 2006. The content and duration of the education and the composition of theory and practice are different for the two classes of graduates we have compared. These changes may have affected both the age for the graduates from 2013 and their work choices three years after completing the education.

The comparison of the two classes shows that the proportion of younger health workers increased for the 2013 graduates, while there were fewer over the age of 25. Graduates from 2013 chose a job within the health and care service more frequently, while at the same time a larger share worked part-time.

## Innhold

<b>Forord</b> .....	<b>3</b>
<b>Sammendrag</b> .....	<b>4</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>5</b>
<b>1. Innledning</b> .....	<b>7</b>
1.1. Bakgrunn.....	8
1.2. Formål og problemstillinger.....	8
<b>2. Datakilder, populasjon, begrepsavklaring og tilnærming</b> .....	<b>9</b>
2.1. Datakilder.....	9
2.2. Populasjon.....	9
2.3. Hvem er helsefagarbeider i denne rapporten?.....	10
2.4. Voksne helsefagarbeidere.....	11
2.5. Innvandrere.....	12
2.6. Tilnærming.....	12
2.7. Utfordringer med valgt fremgangsmåte.....	13
2.8. Helse- og omsorgstjenesten.....	14
<b>3. Situasjonsbildet</b> .....	<b>16</b>
3.1. De fleste helsefagarbeidere er voksne kvinner.....	16
3.2. Helsefagarbeidere jobber hovedsakelig i kommunal helse- og omsorgstjeneste.....	17
3.3. Færre helsefagarbeidere jobber i spesialisthelsetjenesten.....	18
3.4. To av tre helsefagarbeidere jobber deltid.....	19
3.5. Helsefagarbeidernes yrkesdeltagelse.....	20
3.6. Mange helsefagarbeidere går av med uførepensjon.....	21
3.7. Innvandrere godt representert i yrket.....	23
3.8. Tilgang på utenlandske helsefagarbeidere.....	24
3.9. Utdanningen: hjelpepleier, omsorgsarbeider eller helsefagarbeider?.....	25
3.10. Over to tredjedeler har hjelpepleierutdanning.....	28
<b>4. Tilknytning til arbeidslivet etter fullført utdanning i 2005 og 2013</b> .....	<b>30</b>
4.1. Færre voksne utdanner seg til helsefagarbeider.....	30
4.2. Fremdeles få menn velger utdanningen.....	31
4.3. Flere innvandrere blant nyutdannede helsefagarbeidere.....	32
4.4. Flere innvandrere over 25 år i 2013-kullet.....	34
4.5. Høyere yrkesdeltagelse hos unge helsefagarbeidere i 2013-kullet.....	34
4.6. Færre fra 2013-kullet jobber utenfor helse- og omsorgstjenesten.....	36
4.7. Unge helsefagarbeidere fra 2013-kullet jobber mer deltid.....	38
4.8. Mindre deltid blant innvandrere.....	39
4.9. Flere helsefagarbeidere fra 2013-kullet under utdanning tre år etter fagbrev.....	40
4.10. 2005-kullets arbeidstilknytning 11 år fram i tid.....	42
<b>5. Konklusjoner og videre arbeid</b> .....	<b>45</b>
5.1. Voksende behov for rekruttering til faget.....	45
5.2. Endring i faget kan ha hatt flere konsekvenser.....	46
5.3. Arbeidstilknytning 11 år etter fullført utdanning.....	47
<b>Referanser</b> .....	<b>49</b>
<b>Figurregister</b> .....	<b>50</b>



## 1. Innledning

Økning i antall eldre mot 2040 er rammen som setter krav til økt bemanning i helse- og omsorgstjenesten. I *Kompetanseløftet 2015* lanserte regjeringen sin strategi for å skaffe tilstrekkelig personell og nødvendig fagkompetanse til den kommunale omsorgstjenesten. Ett av målene i St. melding 25 (2005 – 2006)<sup>1</sup> var å utdanne 4 500 helsefagarbeidere pr. år, for å dekke framtidens behov for arbeidskraft på området.

For å se på hvilke *utfordringer* Helse-Norge står overfor i forbindelse med framtidig behov for helsefagarbeidere er det viktig å vite mer om dagens situasjon, samt undersøke trender i utdanning og tilbud av nye helsefagarbeidere.

Kapittel 3 gir en inngående beskrivelse av situasjonsbildet i 2016 ved å belyse *hvem* som har helsefagarbeiderrelatert utdanning, *hvor* og *hvor mye* de jobber, samt *graden av deres deltagelse i arbeidslivet*. Vi ser på noen sammenhenger som er viktig for fremtidig bemanning av helsefagarbeidere.

Frafall fra arbeidslivet er en av utfordringene som kan være med på å senke tilgang på nødvendige kvalifikasjoner og erfaring. I rapporten ser vi derfor på *yrkesdeltagelsen*, det vil si hvor mange av dem som har fått helsefagutdanning som jobber i helse- og omsorgstjenesten, samt analyserer andelen av dem som jobber i andre næringer eller står utenfor arbeidslivet.

Muligheten til å få et fast arbeidsforhold er høyt etterspurt. Tilgang på heltidsstillinger skaper trygghet og forutsigbarhet på arbeidsmarkedet. Samtidig er utsikten til å bli ansatt i fast stilling på heltid viktig for å rekruttere flere yngre til yrket. I denne rapporten ser vi derfor nærmere på hvorvidt helsefagarbeidere *jobber hel- eller deltid*.

Et annet viktig spørsmål som rapporten reiser er *hvorvidt omsorgstjenesten er avhengig av helsepersonell med innvandrerbakgrunn* for å dekke det yrkesfaglige behovet på helsefagområdet. Rapporten omtaler derfor også arbeidstilknytningen til helsefagarbeidere med innvandrerbakgrunn.

Å øke rekruttering til utdanningen i helsefagarbeiderfaget har vært ett av regjeringens virkemidler for å få nok helsepersonell med de riktige kvalifikasjonene til spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste siden innføringen av *Kunnskapsløftet*<sup>2</sup> i 2006. Utdanningen som skulle sørge for å tilføre «nye varme hender» fra 2006 er den nye studieretningen – *helsefagarbeiderfaget*, som er en kombinasjon av to tidligere parallelt eksisterende utdanninger, *hjelpepleier- og omsorgsarbeiderutdanningen*. I kapittel 2.3, 2.4 og 3.9 omtaler vi nærmere de ulike studieretningene.

I kapittel 4 følger vi to ulike utdanningskull. Vi ser nærmere på arbeidsmarkeds-tilknytningen til helsefagarbeiderne årene etter at de fikk fagbrevet. Analysen vil gi en pekepinn på mekanismene bak valgene i arbeidslivet. Gjennomgangen vil også kunne vise eventuelle endringer som er relevante for å belyse problemstillingene som er reist i kapittel 3. Noen av resultatene peker i retning av trender som kan si noe om utviklingen framover.

---

<sup>1</sup> St.meld. nr.25 (2005-2006) «Mestring, muligheter og mening»:

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-25-2005-2006-/id200879/sec1>

<sup>2</sup>Kunnskapsløftet er en utdanningsreform innført av regjeringen i 2006. Mer informasjon om reformen finnes på regjeringen sine sider: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-030-2003-2004-/id404433/sec1>

## 1.1. Bakgrunn

Bakgrunnen for rapporten er et ønske om bedre forståelse av prosessene som bestemmer tilbud av og etterspørsel etter helse- og sosialpersonell. Dette gir et bedre grunnlag for videreutvikling av framskrivningsmodellen for tilbud av og etterspørsel etter helsepersonell (HELSEMOD). I dag består tilgangen på personell i HELSEMOD av summen av nyutdannede helsefagarbeidere og helsefagarbeidere som har innvandret til Norge. Avgangen av personell beregnes ut fra utvandring og død.

For å gi et bedre og mer detaljert bilde av tilgang og avgang av ulike personellgrupper i helse- og omsorgstjenesten har Helsedirektoratet og Statistisk sentralbyrå (SSB) inngått en analyseavtale som består av to deler: 1) et situasjonsbilde av deknningen av helsepersonell i Norge i 2016 og 2) en kartlegging av arbeids-situasjonen til utvalgte grupper helsepersonell etter endt utdanning.

Å følge nyutdannet helsepersonell over tid vil kunne vise om sysselsettingsmønstre er konsistente, og kunne peke på utviklingstrekk som bør følges opp for å kunne forbedre framskrivningene. På den måten kan fremtidige framskrivninger av helsepersonell bli mer treffsikre.

## 1.2. Formål og problemstillinger

Rapportens formål er todelt. For det første tar den sikte på å beskrive deknningen av helsefagarbeidere i Norge i 2016. Beskrivelsen er avgrenset til å belyse følgende spørsmål:

- Hvordan er kjønns- og alderssammensetningen blant sysselsatte helsefagarbeidere?
- Hvor mange helsefagarbeidere har innvandrerbakgrunn?
- Hvor jobber sysselsatte helsefagarbeidere?
- Hvordan er fordelingen av hel- og deltidsarbeid?
- Hva er yrkesprosenten blant alle helsefagarbeidere?
- Hvor mange står utenfor arbeidsmarkedet?

For det andre tar rapporten sikte på å avdekke trender i bevegelser på arbeidsmarkedet i tiden etter fullført utdanning eller bestått fagprøve. Dette kan bidra til å forklare sysselsettingssituasjonen vi har i dag, og peke på hvordan utviklingen vil bli i årene fremover.

Det er plukket ut to kull som er registrert med helsefagarbeiderrelatert utdanning i 2005 og 2013 i SSB sin utdanningsdatabase (NUDB). Beskrivelsen av deres tilknytning til arbeidslivet er avgrenset til å belyse følgende spørsmål:

- Hvordan er kjønns- og alderssammensetningen i de to kullene?
- Hvor mange har innvandrerbakgrunn? Og hvilke land kommer dem fra?
- Hvor mange er i jobb? Og hvor mange står utenfor arbeidsmarkedet?
- Hvor mange jobber i helse- og omsorgstjenesten, og hvor i helse- og omsorgstjenesten jobber de?
- Hvordan er fordelingen av hel- og deltidsarbeid?
- Hvor høy er arbeidsdeltagelsen i de ulike kullene?

## 2. Datakilder, populasjon, begrepsavklaring og tilnærming

Dette kapittelet beskriver datakildene, populasjon og fremgangsmåten som er brukt i rapporten for å oppfylle formålene og svare på problemstillingene. Kapittelet gir også en beskrivelse av hvordan vi i rapporten definerer helse- og omsorgstjenesten, samt definerer helsefagarbeidere. Vi gir i tillegg definisjon på enkelte sentrale begreper som brukes videre i rapporten.

### 2.1. Datakilder

Datagrunnlaget tar utgangspunkt i registerbasert sysselsetningsstatistikk for helse- og sosialpersonell<sup>3</sup>. Registerbasert sysselsetningsstatistikk for helse- og sosialpersonell er laget ved hjelp av en rekke andre registre, der de viktigste er a-ordningen, NUDB (Nasjonal utdanningsdatabase), SFP (system for persondata), helsepersonellregisteret, Enhetsregisteret og Virksomhets- og foretaksregisteret.

Den registerbaserte sysselsetningsstatistikken for helse- og sosialpersonell gir informasjon om sysselsatt helse- og sosialpersonell og deres arbeidsforhold. Dataene omfatter bosatte og ikke-bosatte personer i alderen 15 år og over.<sup>4</sup> Grunnlaget er laget slik at helse- og sosialfaglig utdanning og jobber innen helse- og sosialnæringen prioriteres. Dermed gir statistikken en komplett oversikt over beholdningen av helse- og sosialpersonell i Norge. Telletidspunktet er en referanseuke i november i statistikkåret, og alle variabler knyttet til arbeidsforholdet, som årsverk, arbeidsgiver/virksomhet og yrke, er fra referanseuken.

A-ordningen er hovedkilden til den registerbaserte sysselsetningsstatistikken. Dette er en samordnet digital innsamling av opplysninger om arbeidsforhold, inntekt og skattetrekk til Skatteetaten, NAV og SSB. A-ordningen gir oss informasjon om sysselsatte og arbeidsforhold.

NUDB inneholder utdanningsopplysninger på individnivå fra 1970 og frem til i dag. Type utdanning grupperes ved hjelp av Norsk standard for utdanningsgruppering (NUS2000), som klassifiserer utdanningsaktiviteter etter nivå og fag.

SFP benytter informasjon fra en rekke kilder for å finne en persons aktivitetsstatus. SFP inneholder informasjon om alle bosatte i Norge som mottar lønn eller en ytelse i Norge, og opplysninger fra SFP brukes for å få informasjon om de som ikke er sysselsatte eller registrert med arbeidsforhold i a-ordningen. SFP setter en aktivitetsstatus for hver person, i hovedsak definert etter nærhet til arbeidsmarkedet. Det betyr at en person som både er registrert som sysselsatt og i utdanning, vil bli talt som sysselsatt. Hvis en person gjør noe for å komme i arbeid, prioriteres dette foran aktiviteter der det er lite sannsynlig at personen kommer tilbake i arbeid. For eksempel vil utdanning prioriteres over alderspensjon eller varig uførhet.

### 2.2. Populasjon

I beskrivelsen av situasjonsbildet i 2016, består populasjonen av alle yrkesaktive personer med helsefagarbeiderrelatert utdanning. Dette vil inkludere alle som var registrert med hjelpepleier-, omsorgsarbeider- og helsefagarbeiderutdanning i 2016, uavhengig av landbakgrunn, utdanningsland og hvor de jobber.

<sup>3</sup> <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/hesospers>

<sup>4</sup> Bosatte personer er personer som oppholder seg i Norge i seks måneder eller mer. Ikke-bosatte personer er personer som oppholder seg i Norge i mindre enn seks måneder. Disse blir registrert med et D-nummer i folkeregisteret.

I analysen av utdanningskullenes bevegelser på arbeidsmarkedet i tiden etter fullført utdanning, består populasjonen av to kull: alle som tok fagprøve i enten hjelpepleier- eller omsorgsarbeiderutdanning i 2005 er med i populasjonen for 2005 kullet, mens dem som tok fagprøven i helsefagarbeiderutdanning i 2013 er med i populasjonen for 2013 kullet. Populasjonen er plukket ut av utdanningsdatabasen NUDB etter følgende utdanningskoder:

461201 Hjelpepleier, VK II

461902 Omsorgsarbeiderfaget, VK II

461903 Helsearbeiderfaget, Vg3

Disse utdanningskodene tilsvarer fagutdanning på videregående nivå og inkluderer ikke videreutdanning. Fagutdanningen gir grunnlag for å søke autorisasjon, og videre for å jobbe i Norge som hjelpepleier, omsorgsarbeider eller helsefagarbeider avhengig av studieretningen.

### 2.3. Hvem er helsefagarbeider i denne rapporten?

Historisk har helsefagarbeiderrelatert utdanning gjennomgått flere endringer gjennom årene. Selve faget, *helsefagarbeider*, ble innført i kjølvannet av *Kunnskapsløftet*, utdanningsreformen lansert av regjeringen i 2006.

Helsefagarbeiderfaget erstattet i 2006 to tidligere studieretninger, hjelpepleierutdanning og omsorgsarbeiderutdanning. Hjelpepleierutdanningen var opprinnelig en fagutdanning for voksne. I 1980 ble hjelpepleierutdanningen integrert i videregående utdanning, samtidig som den var beholdt som ettårig voksenopplæring. Hjelpepleierutdanningen på videregående nivå var beregnet på tre år med innlagt praksis. Studieretningen var rettet mot hjemmesykepleie, samt arbeid i sykehjem og på sykehus. Utdanningen var veldig populær blant voksne kvinner med tidligere omsorgserfaring hjemmefra, men stadig flere unge mennesker begynte å ta videregående utdanningen etter at de fikk et fortrinn ovenfor eldre søkere i 1994, som resultat av utdanningsreformen.

Omsorgsarbeider med to års skoleundervisning og to år i lære var en annen retning innenfor helsefagarbeiderrelatert utdanning, som var innført med reformen-94 og til forskjell fra hjelpepleierutdanningen var en lærlingeordning. Studieretningen var rettet mot praktisk hjelp og bistand innenfor kommunal helse- og omsorgstjeneste. Hjelpepleierutdanning og omsorgsarbeiderutdanning var ganske like og eksisterte parallelt fra 1994.

Helsefagarbeiderutdanningen, som erstattet de to tidligere utdanningene, var en lærlingeordning sammenlignet med treårige hjelpepleierutdanningen. Som for alle lærlingeordninger var den totale utdanningstiden fire år, der to år var beregnet på skoleundervisning og resterende to år skulle brukes i lære, før man tok fagprøven og fikk fagbrevet. Den nye studieretningen rettet fokuset mot det helsefaglige, og ligner dermed mest på hjelpepleierutdanningen i faginnhold, samtidig som utdanningstiden er forlenget og praksisdelen er skilt ut.

I omtale av situasjonsbildet videre i kapittel 3 bruker vi benevnelsen *helsefagarbeider* eller *med helsefagarbeiderrelatert utdanning*, uten å skille mellom de forskjellige studieretningene. Det samme gjelder historiske referanser til utviklingen bakover i tid i samme kapittel. Det betyr at alle med hjelpepleier-, omsorgsarbeider- eller helsefagarbeiderutdanning blir omtalt som helsefagarbeidere.

Det er først når vi snakker om utdanningskullene, at vi refererer til de ulike studieretningene. Siden omsorgsarbeiderutdanningen og hjelpepleierutdanningen var ganske like, samt at arbeidsgivere ikke differensierte i stor grad mellom de to studieretningene ved utlysning av nye stillinger, har vi i denne rapporten valgt å se på disse to studieretningene som én samlet gruppe for enkelhets skyld.

## 2.4. Voksne helsefagarbeidere

I tillegg til den ordinære skoleundervisningen på videregående nivå, som er beskrevet i forrige kapittel, kan voksne mennesker med arbeidserfaring fra yrkeslivet følge tre ulike veier blant opplæringsmodellene for å bli helsefagarbeidere:

1. Ordinær lærlingeordning (2 år undervisning og 2 år i lære)
2. Praksiskandidatordningen (5 års heltidsekvivalent yrkeserfaring)
3. Fagbrev på jobb (opplæring og realkompetansevurdering på jobb)

Det er svært få voksne som finner lærlingemuligheten attraktiv (Høst 2010). Ordningen er tilpasset ungdom og i liten grad ivaretar voksnes livssituasjon eller tar hensyn til voksnes realkompetanse. Det finnes alternativer, der man isteden kan ta praksisdelen i skole eller realkompetanse vurderes mot Vg1, Vg2. Imidlertid er praksisen og dermed mulighetene ulike fra fylke til fylke.

*Praksiskandidatordningen*<sup>5</sup> har vært hovedordningen for voksne innenfor fagopplæringen og stiller krav til fem års heltidsekvivalent relevant yrkeserfaring. Ifølge fagbladet *Helsefagarbeideren* tilsvarer yrkeserfaringskravet 60 måneder praksis, der 1400 arbeidstimer regnes som ett årsverk. Heltidsekvivalent yrkeserfaring blir dermed sett på som tilsvarende ansettelsesforhold i minimum 80 prosent stilling, som deltidsansatte voksne trenger mange år for å tilfredsstille. I tillegg stilles det krav til fullført tverrfaglig teoretisk eksamen og fagprøve. Fagprøven er den samme som for lærlingene, men det stilles ikke krav til gjennomført allmenne fag.

Det er også åpent for å kombinere fag og praksis. Det betyr at praksistiden kan reduseres til tre år om man har utdanning tilsvarende Vg2 eller denne kan realkompetansevurderes. Imidlertid kan man ikke realkompetanse vurdere tverrfaglig eksamen og fagprøven, da begge er obligatoriske.

*Fagbrev på jobb*<sup>6</sup> var en ny ordning som ble etablert høsten 2018 for å møte utfordringene knyttet til opplæring av blant annet voksne til helsefagarbeidere ble det etablert en ny ordning høsten 2018. Voksne personer i lønnet arbeid kan dermed bli realkompetansevurdert, få opplæring på arbeidsplassen og ta fagbrev på grunnlag av dette. Kandidatene har fritak for fellesfagene, men ordningen legger vekt på opplæring i grunnleggende ferdigheter i tilknytning til arbeidsoppgavene som skal utføres. I følge Kunnskapsdepartementets sine sider skal ordningen stille samme krav til kompetanse i faget, og til gjennomføring av eksamener og fagprøven, som for *lærlinger* eller *praksiskandidater*. For å kunne bruke ordningen trenger man kun ett års praksis i faget. Man må fremdeles søke om å inngå en kontrakt med fylkeskommunen og arbeidsgiver, som garanterer veiledning og opplæringen for å kunne gå opp til fagprøven. Ordningen sikrer også at den som får inngått kontrakten beholder lønnen, til forskjell fra lærlingeordningen. Fremgangsmåten for å samle kompetansen varierer imidlertid fra fylke til fylke.

---

<sup>5</sup> Les mer om praksiskandidatordningen på Udir sin sider: <https://www.udir.no/regelverkstolkninger/opplaring/Fag--og-yrkesopplaring/Praksiskandidatordningen>

<sup>6</sup> For mer informasjon om den nye ordningen «Fagbrev på jobb» se Kunnskapsdepartementets sine sider: [https://utdanning.no/tema/nyttig\\_informasjon/fagbrev\\_pa\\_jobb](https://utdanning.no/tema/nyttig_informasjon/fagbrev_pa_jobb)

Muligheten til å bli hjelpepleier eller omsorgsarbeider før 2006 skiller seg noe fra de eksisterende kravene for å bli helsefagarbeider gjennom praksiskandidatordningen beskrevet over. Som det ble nevnt i forrige kapittel ble hjelpepleierutdanningen etablert som ettårig utdanning for voksne. Etter at utdanningen ble integrert i videregående utdanning i 1980, ble den allikevel beholdt som voksenopplæring. Opplæringen foregikk både ved pleieinstitusjoner, ved private skoler, og i de offentlige videregående skoler.

Etter reformen 1994 ble utdanningstilbudene for voksne lagt ned i de fleste fylkene (Høst 2010). På siste halvdel av 1990-tallet etablerte fylkeskommunene et nasjonalt standardisert utdanningsløp, som tilpasset skoleundervisningen etter reformen-94 til voksnes behov og var lagt over to år.

Fra 1997 ble det etablert en *privatistordning i hjelpepleie*, som på lik linje med praksiskandidatordningen for yrkesfag ikke stilte formelle krav til deltagelse i undervisning eller skoleopplæring. Samtidig gjaldt kravet om heltidsekvivalent fem års relevant yrkeserfaring, som kunne bli forkortet til to år dersom kandidaten hadde allmennfagene/fellesfagene. Ordningen åpnet for at studieforbundene kunne tilby kurs til voksne privatister som var kortere enn de to årene for normert utdanning.

*Kompetansereformen*<sup>77</sup> i 2000 lovfestet voksnes rett til *førstegang*s videregående opplæring. I kjølvannet av reformen ble det tilbudt flere kurs innenfor voksenopplæring. Nye ordninger la til rette for *realkompetansevurderinger, fleksible opplæringsløp og en likestilling av erfaringslæring med organisert utdanning* (Høst 2010). Samtidig var det den enkeltes og virksomhetens ansvar å ta i bruk mulighetene til opplæring, da reformen ikke gav rett til betalt permisjon og utdanning.

## 2.5. Innvandrere

*Innvandrere* i denne rapporten er personer som selv har innvandret til Norge, og som er født i utlandet av utenlandsfødte foreldre og fire utenlandsfødte besteforeldre. Det er dermed brukt SSB sin definisjon av innvandrere som er basert på informasjon om eget, foreldrenes og besteforeldrenes fødeland.

Innvandrere omfatter dermed ikke personer som er født i Norge, som innvandrernes norskfødte barn. SSB omtaler aldri personer som er født i Norge som innvandrere. Mer detaljert informasjon om definisjon av innvandrere finnes på SSB sine sider: <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/slik-definerer-ssb-innvandrere>.

## 2.6. Tilnærming

Når vi beskriver situasjonsbildet i 2016, analyserer vi et tverrsnitt av situasjonen på arbeidsmarkedet blant alle sysselsatte helsefagarbeidere. Vi ønsker å belyse kjønns- og alderssammensetningen blant helsefagarbeidere, antall helsefagarbeidere med innvandrerbakgrunn, arbeidssted, arbeidstid, videreutdanning, hvor mange som står utenfor arbeidsmarkedet og yrkesprosenten.

Enkelte momenter i situasjonsbildet krever utdypende forklaring. Derfor ser rapporten også på det historiske perspektivet for blant annet det totale tilbudet av arbeidskraft med helsefagarbeiderrelatert utdanning.

<sup>77</sup> Mer om kompetansereformen på regjeringen sine sider: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-42-1997-98-/id191798/>

Når vi analyserer utdanningskullene sin tilknytning til arbeidslivet, følger vi dem på arbeidsmarkedet frem til 2016. Andre rapporter i samme serien om leger og sykepleiere har imidlertid brukt tre kull for analyse av nyutdannede – 2005, 2009 og 2013 kullene. Grunnet overgangen til ny studieretning i 2006, fra hjelpepleier- og omsorgsarbeiderutdanningen til helsefagarbeiderutdanning, var 2009 årgangen første året med nyutdannede helsefagarbeidere, samtidig som flere var i avslutningsfasen av hjelpepleier- og omsorgsarbeiderutdanningen. På dette tidspunktet var det fremdeles veldig få som fikk fagbrevet i den nye studieretningen. Derfor er ikke 2009-kullet med i sammenligningen i analysen av utdanningskullene.

Vi benytter punktmålinger etter endt utdanning for å sjekke status på arbeidsmarkedet. Den første målingen kommer etter tre år. Tanken bak dette er at man etter tre år er mer etablert på arbeidsmarkedet, og har gjort et mer permanent valg av arbeidssted sammenlignet med første året etter utdanning. For å bevare sammenlignbarhet, benytter vi oss av én punktmåling for begge kullene – vi ser på arbeidssituasjonen tre år etter fagprøven. For 2005 kullet har vi mulighet til å se på arbeidssituasjonen til hjelpepleiere eller omsorgsarbeidere også 11 år etter fagprøven.

Kjennetegn ved helsefagarbeiderne i kullene og deres arbeidssituasjon vil også sammenlignes med kjennetegn og arbeidssituasjonen til populasjonen av alle helsefagarbeidere i Norge i 2016.

## 2.7. utfordringer med valgt fremgangsmåte

Når vi følger helsefagarbeiderne over tid, tar vi utgangspunkt i deres hovedarbeidsforhold. Årsaken til det er at vi bare ønsker å telle hver person en gang. utfordringen ligger i at én person kan ha flere arbeidsforhold. Det er ikke uvanlig at helsepersonell har flere arbeidsforhold, også på tvers av næringer.

Plasseringen av en persons arbeidssted vil være basert på næringen hovedarbeidsforholdet ligger i. Hovedarbeidsforholdet vil som regel være det største av flere arbeidsforhold. Det betyr at en person som for eksempel jobber 60 prosent på sykehjem i kommunen og 40 prosent på et sykehus vil telles på det stedet der hovedarbeidsforholdet ligger. Stillingsprosenten vil summeres til 100 prosent, og legges på arbeidsforholdet i kommunen. I tallmaterialet vårt vil dermed denne personen se ut til å jobbe 100 prosent i kommunen, der hovedarbeidsforholdet ligger. Dette gjøres for å få et bilde av den reelle arbeidskapasiteten til de sysselsatte. Hadde man bare tatt utgangspunkt i hovedarbeidsforholdet ville man feilaktig kunne konkludert med at personen kunne ha jobbet mer.

Ulempen med dette er at resultatene kan bli noe unøyaktige. Hvis personen i eksempelet går over til å jobbe mest på sykehuset, for eksempel ved at 40 prosentstillingen blir en fulltidsstilling, vil det i tallmaterialet se ut som om personen har skiftet jobb. I realiteten er det bare hovedarbeidsforholdet som har endret seg. Det er imidlertid ingen grunn til å tro at resultatene vil trekke i den ene eller andre retningen på grunn av dette.

En annen utfordring i analysen er strukturelle forskjeller mellom kullene som blir sammenlignet. Dette skyldes blant annet omstrukturering av studietilbudet og overgang til ny studieretning i 2006. I analysen representerer 2013 kullet den nye studieretningen som eksisterer per i dag, mens fagutdanningen fullført i 2005 ikke eksisterer lenger. Sammenligningen som tar for seg endringene i sammensettingen av kullene og fagutøvernes arbeidssituasjon tre år etter fullført utdanning blir derfor preget av blant annet endringen i studieprogrammet.

## 2.8. Helse- og omsorgstjenesten

Helse- og omsorgstjenesten er i denne rapporten definert som virksomheter i følgende næringer:<sup>8</sup>

- 86: Helsetjenester
- 87: Pleie- og omsorgstjenester i institusjon
- 88.1: Sosialtjenester uten botilbud for eldre og funksjonshemmede

Helse- og omsorgstjenesten deles videre inn i spesialisthelsetjenesten, kommunal helse- og omsorgstjeneste og annen helsetjeneste. Når enkelte næringer går på tvers av inndelingen av spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, er det behov for å bruke flere opplysninger enn næringskode for å definere en helsetjeneste. For eksempel vil næringen *86.107 Rehabilitering- og opptreningsinstitusjoner* inkludere enheter som både tilhører spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, samt enheter som ikke tilhører noen av disse hovedtypene. Da følger vi den inndelingen som brukes ved utarbeidelse av statistikk for de enkelte helse- og omsorgstjenestene.

Helsepersonell blir knyttet til ulike helsetjenester ut fra hvilket forvaltningsnivå virksomhetene yter tjenester til. Dette er den samme tilnærmingen som brukes ved utarbeidelse av ordinær helsestatistikk publisert av SSB. Målet er at det skal være sammenheng mellom tjenestene som utføres, personell og kostnader.

### Spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten omfatter offentlige og private sykehus, psykisk helsevern, spesialisert rusbehandling og ambulansetjeneste, både offentlige helseforetak og private institusjoner som har avtale med de regionale helseforetakene. I tillegg inkluderes støttevirksomheter under helseforetak og regionale helseforetak som har andre næringskoder enn helse, som for eksempel administrasjons- og servicefunksjoner.<sup>9</sup>

### Kommunal helse- og omsorgstjeneste

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten omfatter institusjonstjenester, helsetjenester i hjemmet, helsestasjons- og skolehelsetjeneste. I den kommunale helse- og omsorgstjenesten inngår også private virksomheter som leverer disse tjenestene på vegne av kommunen.

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten er definert som virksomheter med følgende KOSTRA-funksjoner:<sup>10</sup>

- 234 Aktiviserings- og servicetjenester overfor eldre og personer med funksjonsnedsettelse
- 253 Helse- og omsorgstjenester i institusjon
- 254 Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende
- 261 Institusjonslokaler
- 232 Forebygging, helsestasjons- og skolehelsetjeneste
- 233 Annet forebyggende helsearbeid
- 241 Diagnose, behandling, re-/habilitering
- 256 Tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene

<sup>8</sup> For mer informasjon om næringsstandard og de enkelte næringer, se SSBs standard for næringsgruppering her: <https://www.ssb.no/klasse/klassifikasjoner/6>

<sup>9</sup> Administrasjon i helseforetakene (HF) og i de regionale helseforetakene (RHF) regnes som støttefunksjoner til tjenestene, og får derfor næringen til den aktiviteten de støtter.

<sup>10</sup> KOSTRA (Kommune-Stat-Rapportering) er bygd opp rundt innbyggernes behov for tjenester og de velferdstjenester som kommunene yter. Begrepet funksjon skal fange opp behovet tjenestene skal dekke i befolkningen. Funksjonsbegrepet er derfor uavhengig av hvilke typer tjenester kommunene har etablert, og hvordan tjenestene er organisert.



KOSTRA-funksjon blir knyttet til arbeidsforhold og ikke virksomhet. Det betyr at sysselsatte på et sykehjem for eksempel kan bli fordelt på flere funksjoner. Det som bestemmer hvilken funksjon en sysselsatt får, blir en kombinasjon av hvilken næring virksomheten har og hvilke tjenestekoder personen står oppført med i personalsystemet. I noen tilfeller tas også yrke eller utdanning i bruk for å fastsette funksjon.

### **Annen helse- og omsorgstjeneste**

Annen helse- og omsorgstjenestetjeneste består av virksomheter i helse- og omsorgstjenesten som ikke er under det offentliges ansvar eller under det såkalte sørge-for-ansvaret til de regionale helseforetakene. Dette er virksomheter som ligger i næringene 86, 87 og 88.1, men som ikke er inkludert i spesialisthelsetjenesten eller den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Virksomheter i annen helsetjeneste kan for eksempel være private kommersielle aktører som Volvat og Aleris. Noen av disse har avtale med det offentlige.

### **Andre næringer**

Virksomheter som ikke ligger i helse- og omsorgstjenesten, omtaler vi som virksomheter i andre næringer. Andre næringer omfatter alle andre næringer der helsepersonell jobber. For helsefagarbeidere kan dette være næringer som sosiale omsorgstjenester, undervisning, butikk eller offentlig administrasjon.

### 3. Situasjonsbildet

I dette kapitlet ser vi på situasjonsbildet for helsefagarbeidere i 2016. De siste tilgjengelige opplysningene om arbeidssituasjonen til helsefagarbeidere brukes blant annet som grunnlag for beregninger av framtidig tilbud og etterspørsel i SSBs framskrivninger om denne utdanningsgruppen.<sup>11</sup>

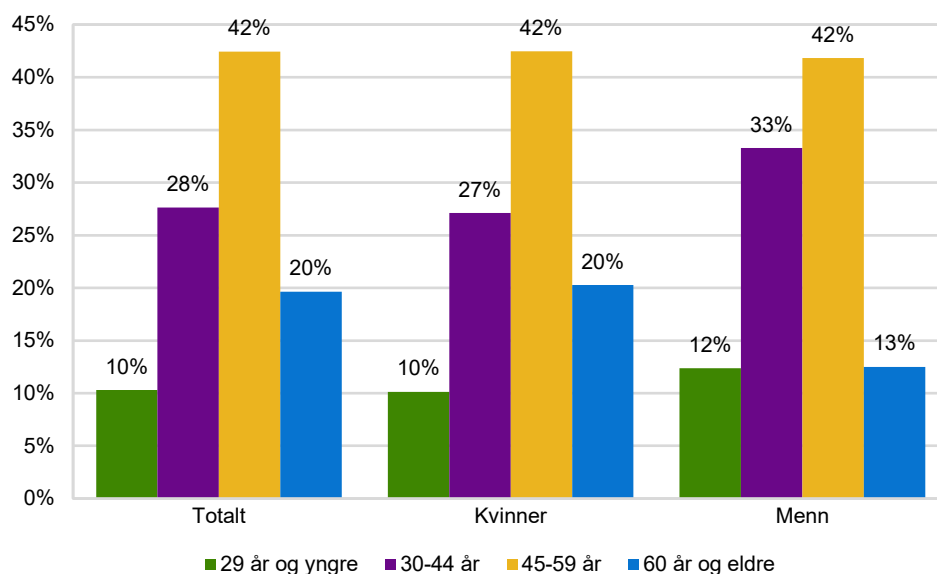
Behovet for helsepersonell generelt og helsefagarbeidere spesielt øker stadig grunnet voksende eldre befolkning. For å sette inn riktige tiltak rettet mot større dekning av det voksende behovet for helsefagarbeidere, trenger man å vite mer om hvilke faktorer som påvirker dagens tilbud av helsefagarbeidere. Her ser vi nærmere på hvem som har helsefagarbeiderrelatert utdanning, hvor og hvor mye de jobber, samt graden av deres deltagelse i arbeidslivet.

#### 3.1. De fleste helsefagarbeidere er voksne kvinner

Antallet helsefagarbeidere har gått gradvis ned de siste årene. Fra 2008 til 2016 har antall sysselsatte helsefagarbeidere gått ned med 4 242 personer til 89 778 sysselsatte. Det representerer en reduksjon på nesten 5 prosent. Kvinner utgjorde hele 92 prosent av alle sysselsatte helsefagarbeidere i 2016.

De fleste helsefagarbeidere er mellom 30 og 59 år, med tyngde i den nest øverste aldersgruppen, som vist i figur 3.1. Yngre helsefagarbeidere under 30 år utgjør knappe 10 prosent av dem som var sysselsatt i 2016, mens 20 prosent er 60 år og eldre.

Figur 3.1 Sysselsatte helsefagarbeidere<sup>1</sup> etter alder og kjønn. 2016. Prosent



<sup>1</sup>inkluderer helsefagarbeidere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere  
Kilde: Statistisk sentralbyrå

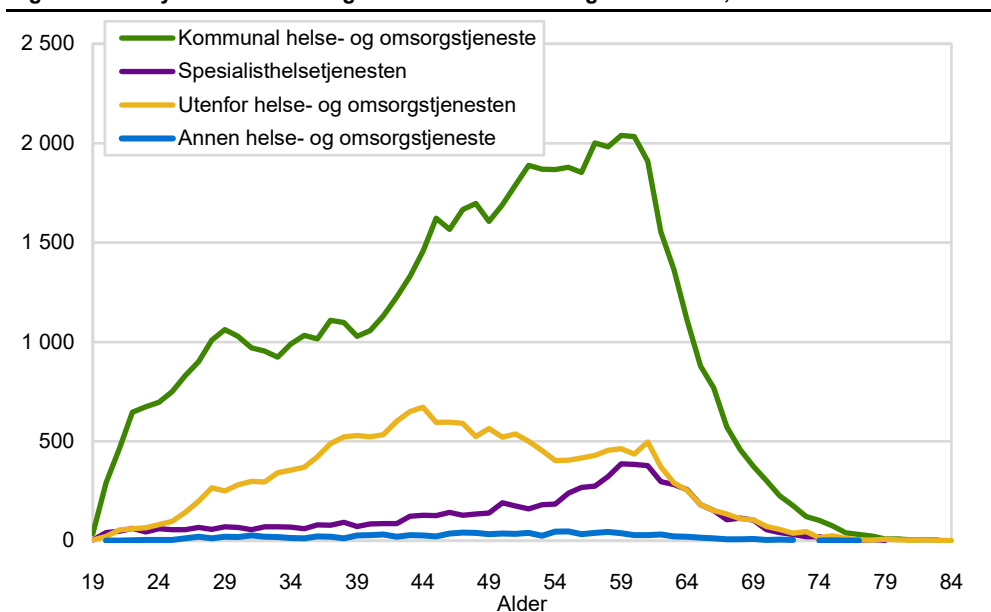
Selv om det er få menn blant helsefagarbeidere, er det verdt å merke seg at andelen yngre menn med utdanningen er relativt sett større enn hos kvinner.

<sup>11</sup> Framskrivningene av tilbud og etterspørsel av helsepersonell i SSB er utført av SSB innenfor rammene av HELSEMOD – et planleggingsverktøy som benyttes til framskrivninger av tilbud av og etterspørsel etter helse- og sosialpersonell. Statistisk sentralbyrå har siden midten av 1990-tallet hatt ansvar for oppdatering og videreutvikling av modellen. Mer informasjon om modellen og resultatene av siste framskrivningen finnes på SSB sine sider: <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/attachment/385822?ts=16a9632c1f0>

### 3.2. Helsefagarbeidere jobber hovedsakelig i kommunal helse- og omsorgstjeneste

I 2016 arbeidet nærmere 70 prosent av alle helsefagarbeidere i kommunal helse- og omsorgstjeneste, mens knappe 8 prosent jobbet i spesialisthelsetjenesten. Figur 3.2 viser en klar aldersprofil for de sysselsatte i retning av flere helsefagarbeidere over 45 år, både for dem som jobber i kommunal helse- og omsorgstjeneste og helsefagarbeidere ansatt i spesialisthelsetjeneste. Alderen for dem som jobber i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten toppe seg rundt 60 år.

Figur 3.2 Sysselsatte helsefagarbeidere<sup>1</sup> etter alder og arbeidssted, 2016. Antall



<sup>1</sup>inkluderer helsefagarbeidere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere

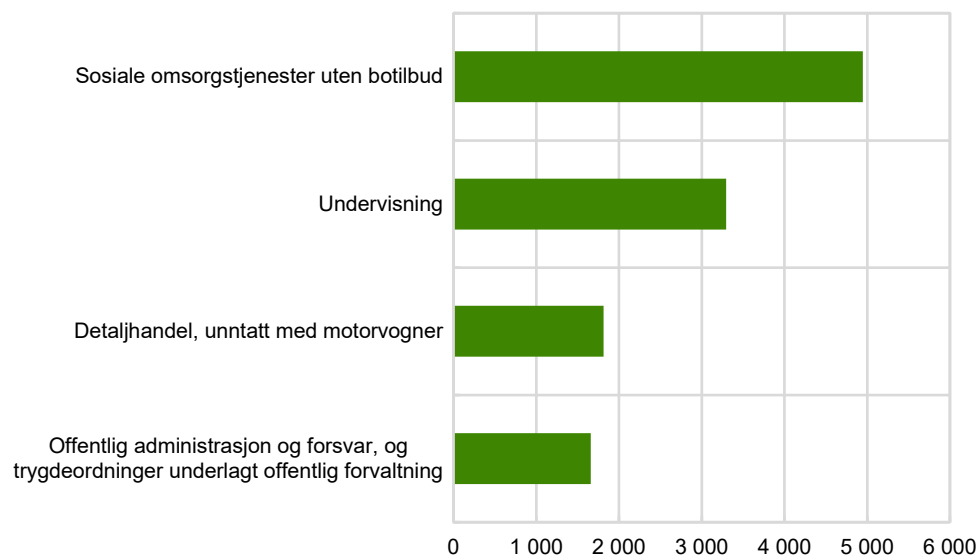
Kilde: Statistisk sentralbyrå

For både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten er det en større andel med helsefagarbeiderrelatert utdanning som nærmer seg slutten av arbeidskarrieren sammenlignet med arbeidssteder utenfor helse- og omsorgstjenesten.

En av fem sysselsatte, eller om lag 18 500 helsefagarbeidere, jobbet utenfor helse- og omsorgstjenesten i 2016. Alderssammensetningen er litt annerledes for denne gruppen sammenlignet med helsefagarbeidere innenfor helse- og omsorgstjenesten, og de fleste er i 40-årene.

Både i kommunal helse- og omsorgstjeneste og i spesialisthelsetjenesten er det færre som jobber etter fylte 60 år. Mønsteret er ulikt for dem som jobber utenfor helse- og omsorgstjenesten, der andelen i arbeid avtar allerede fra midten av 40 årene.

Hele 45 prosent av dem som ikke jobbet i helse- og omsorgstjenesten hadde et arbeidsforhold i sosiale omsorgstjenester uten botilbud eller jobbet med undervisning. Figur 3.3 viser de fire mest vanlige næringer utenfor helse- og omsorgstjenesten for personer med helsefagarbeiderutdanningen eller tilsvarende.

**Figur 3.3** Sysselsatte helsefagarbeidere<sup>1</sup> som jobber utenfor helse- og omsorgstjenesten fordelt på næring, 2016. Antall

<sup>1</sup>inkluderer helsefagarbeidere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere

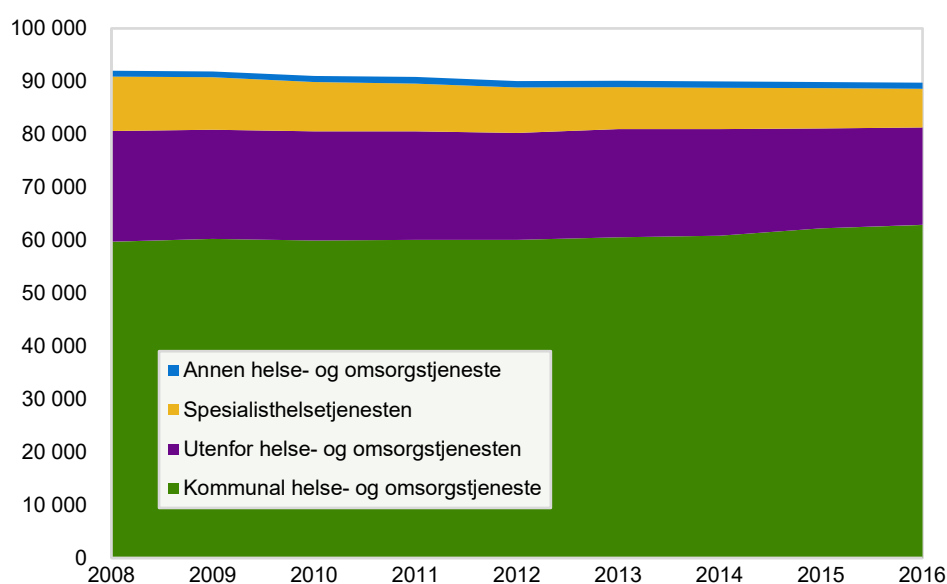
Figuren inneholder de fire mest vanlige næringer utenfor helse- og omsorgstjenesten

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Mange helsefagarbeidere jobber i barnehager, underviser på grunnskolenivå, jobber i videregående opplæring, samt i butikker og offentlig administrasjon med tilknytning til blant annet helse, sosial virksomhet og undervisning.

### 3.3. Færre helsefagarbeidere jobber i spesialisthelsetjenesten

Tidligere så vi at knappe 8 prosent av alle sysselsatte med helsefagarbeiderrelatert utdanning jobbet i spesialisthelsetjenesten i 2016. Utviklingen de siste årene presentert i figur 3.4 viser at antallet helsefagarbeidere har vært svakt synkende fra 2008 og fram til 2016.

**Figur 3.4** Sysselsatte helsefagarbeidere<sup>1</sup> etter arbeidssted og år, 2008-2016. Antall

<sup>1</sup>inkluderer helsefagarbeidere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Det er hovedsakelig i spesialisthelsetjenesten og næringer utenfor helse- og omsorgstjenesten at arbeidsstokken av helsefagarbeidere har krympet de siste årene. Antall helsefagarbeidere i spesialisthelsetjenesten gikk ned med 3 000 personer, samtidig som kommunens arbeidsstokk vokste med tilnærmet tilsvarende antall fra 2008 til 2016.

*Helsefagarbeiderflukten* fra spesialisthelsetjenesten kan skyldes flere forhold. En av grunnene kan være bevisst nedbygging av oppgaver utført av helsefagarbeidere på sykehus. En annen forklaring kan være at strukturelle endringer med satsing på færre sykehusdøgn i forbindelse med samhandlingsreformen har medført flytting av enkelte arbeidsoppgaver over til hjemmetjenesten og rehabiliteringsinstitusjoner i kommunen.

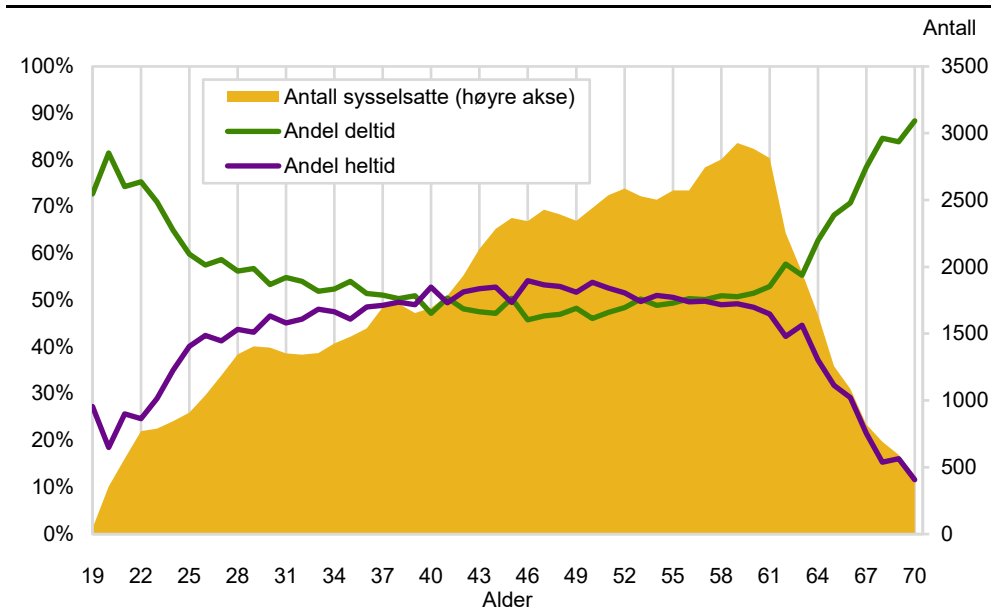
Denne rapporten undersøker ikke strømninger gjennom årene. Det betyr at vi ikke med sikkerhet kan slå fast om økningen i antallet helsefagarbeidere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten skyldes overgang mellom tjenestene eller om den skyldes at rekrutteringen av helsefagarbeidere i større grad har gått i retning av stillinger innen kommunal helse- og omsorgstjenesten.

Gitt alderssammensetningen av helsefagarbeidere i spesialisthelsetjenesten i 2016, kan naturlig avgang som ikke blir fylt opp via nye rekrutteringer fra samme/ tilsvarende utdanning være én av konsekvensene. Andre forhold som kan ha påvirket nedgangen i antall helsefagarbeidere på sykehus er en eventuell begrenset tilgang til helsepersonell fra utlandet, blant annet helsefagarbeidere fra Sverige. Dette ser vi nærmere på senere i rapporten.

### 3.4. To av tre helsefagarbeidere jobber deltid

Det er en høy andel deltidsstillinger i helse- og omsorgstjenesten, spesielt i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I 2016 hadde nærmere to av tre helsefagarbeidere deltidsstilling. Figur 3.5 viser blant annet at alder er en avgjørende faktor, der andelen helsefagarbeidere med heltidsstilling overstiger andelen med deltidsstilling først for de helsefagarbeidere som er eldre enn 39 år. Figuren viser også at de som nærmer seg pensjonsalder i større grad jobber deltid.

**Figur 3.5** Sysselsatte helsefagarbeidere<sup>1</sup> etter alder og arbeidstid. 2016. Antall og prosent



<sup>1</sup>inkluderer helsefagarbeidere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere  
Kilde: Statistisk sentralbyrå

De fleste helsefagarbeidere er kvinner. Det er derfor grunn til å tro at flere av dem som er under 40 år kan være opptatt med barneomsorg og derfor velger å jobbe mindre enn heltid. Andelene med deltidsarbeid for dem som nettopp har fullført helsefagarbeiderutdanning er for øvrig mye høyere og ligger nærmere 80 prosent for dem i 19-årsalderen. Forekomst av hhv. heltids- og deltidsarbeid i helse- og omsorgstjenesten kan også være strukturelt betinget og dermed mer et resultat av tjenesten enn helsefagarbeideres ønsker om stillingsandel. Vi undersøker om vi ser samme mønster hos nyutdannede helsefagarbeidere når vi analyserer utdanningskullene i kapittel 4.

Utsiktene til fast heltidsjobb veier tungt for de unge i etableringsfasen. Større stillinger gir romsligere økonomi og styrker blant annet muligheter for å få innvilget boliglån. Tilgjengeligheten av heltidsstillinger er dermed viktig for de nyutdannede som er ferdige med læreperioden og har fått fagbrevet. Til tross for et stort behov for helsefagarbeidere viser undersøkelser at elever opplever det som vanskelig å få fast jobb i store nok stillinger etter at de er ferdige i lære, og det er ofte god nok grunn til å gå videre med påbygning eller søke seg ut av yrket (NIFU 2013).

Stillingsprosenten er en faktor som kan være interessant å se nærmere på senere. Det blir imidlertid ikke gjort i denne rapporten, da tilnærmingen setter andre premisser enn det som ligger som grunnlag for rapporten. *Samlet stillingsprosent til helsefagarbeidere og antall deltidsstillinger en person har arbeidsforhold i* er størrelsene som kan gi en indikasjon på hvorvidt det er ledig arbeidskapasitet blant helsefagarbeidere, samt synliggjøre eventuelt behov for høyere stillingsprosent i helse- og omsorgstjenesten for denne yrkesgruppen.

### 3.5. Helsefagarbeidernes yrkesdeltagelse

Det er flere forhold som påvirker arbeidsdeltagelsen og valget av arbeidssted. Alder er en viktig faktor. I et presset arbeidsmarked, som ikke er dimensjonert for unge arbeidstakere, kan det være vanskelig å få jobb etter fullført utdanning. Forhold på arbeidssted, som for eksempel dårlig personaldekning og dermed økt oppgavepress eller uønsket arbeidstid, kan også påvirke hvorvidt de som er utdannet innen faget velger å fortsette i yrket.

I 2016 var 74 prosent av helsefagarbeidere i jobb. Det blå arealet i figur 3.6 viser andelen sysselsatte med helsefagarbeiderrelatert utdanning etter alder. Deltakelsen i arbeidslivet ser ut til å avta gradvis med alderen.

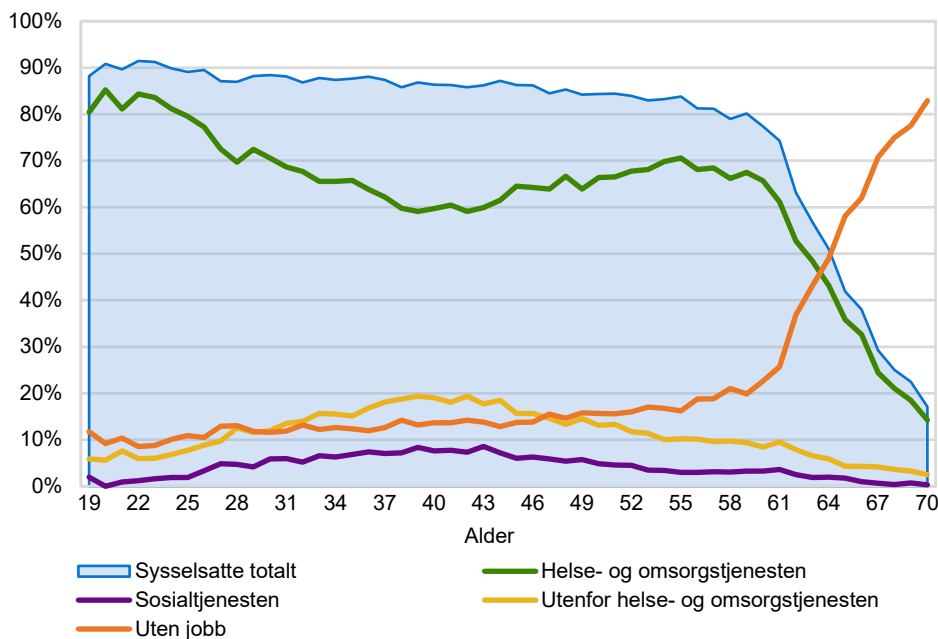
Mens nærmere 90 prosent av helsefagarbeidere i 20-årsalderen er i jobb, er andelen 74 prosent for dem som nærmer seg 62 år, som er nedre aldersgrense for avtalefestet pensjon (AFP)<sup>12</sup>. Andel sysselsatte i helse- og omsorgstjenesten avtar imidlertid noe brattere fram til 40 årsalderen for deretter å øke igjen.

---

<sup>12</sup> For mer informasjon rundt reglene for avtalefestet pensjon, les:

Mer informasjon om ny pensjonsordning finnes på regjeringen sine sider:

<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/regjeringen-og-partene-er-enige-ny-pensjonsordning-for-offentlig-sektor/id2592653/>

**Figur 3.6 Helsefagarbeidere<sup>1</sup> etter arbeidssituasjon, arbeidsted og alder. 2016. Prosent**

<sup>1</sup>inkluderer helsefagarbeidere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere

Helse- og omsorgstjenesten består av den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Figur 3.6 viser også at prosenten helsefagarbeidere i helse- og omsorgstjenesten er spesielt lavere for personer mellom 30 og 50 år. Grunnen er at de bruker utdanningen og erfaringen i større grad i sosialtjenester der de jobber i barnehager, skolefritidsordning (SFO) og andre arbeidsssteder som tilhører denne næringen.

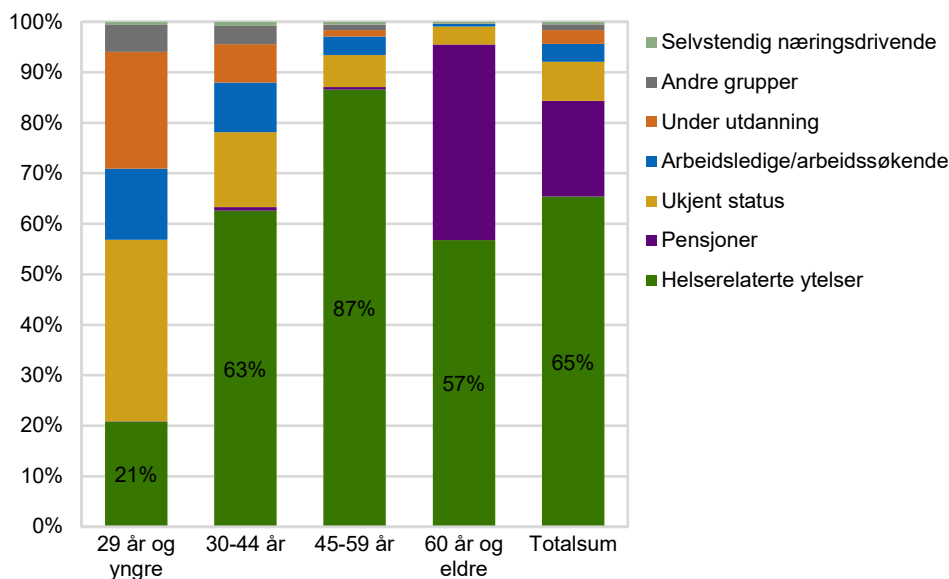
Yrkesdeltagelsen for helsefagarbeidere i 2016 er forholdsvis lav med sine 74 prosent sysselsatte. Vi ser også at arbeidsdeltagelsen stuper kraftig etter fylte 60 år. For dem over 60 var det bare 33 prosent av alle helsefagarbeidere i den alderen som fremdeles var i jobb i 2016.

### 3.6. Mange helsefagarbeidere går av med uførepensjon

Yrker som innebærer fysisk belastning vil slite mer på helsen til dem som utfører oppgavene jo eldre man blir. Krevende arbeidshverdag over lengre tid kan føre til blant annet økt sykefravær og eventuell avgang grunnet helsemessige årsaker.

I 2016 var 26 prosent av dem med helsefagarbeiderrelatert utdanning *uten jobb*. De fleste helsefagarbeidere som ikke jobber holder seg hjemme grunnet *helserelaterte ytelser*, hvor av de fleste mottar uførepensjon. Avgang fra yrket på grunn av *alderspensjon* er den nest mest utbredte årsaken til å ikke delta i arbeidslivet blant helsefagarbeidere, noe som gjenspeiler aldersfordelingen i populasjonen.

Medianalderen for helsefagarbeidere uten jobb er på 62 år. I følge figur 3.7 er *helserelaterte ytelser* den viktigste grunnen til at helsefagarbeidere ikke er i jobb i om lag 65 prosent av tilfellene. Uførepensjon er hovedårsaken for nesten alle aldersgruppene, unntatt yngre helsefagarbeidere under 30 år.

**Figur 3.7 Helsefagarbeidere<sup>1</sup> etter grunn til å ikke delta i arbeidslivet og alder. 2016. Prosent**

<sup>1</sup>inkluderer helsefagarbeidere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere  
Kilde: Statistisk sentralbyrå

Spesielt for helsefagarbeidere mellom 45 og 59 år er at denne aldersgruppen hadde høyeste andel mottakere av helserelaterte ytelser i 2016 som lå på 87 prosent. Av totalt 6 651 personer som ikke var i arbeid på grunn av helserelaterte ytelser, hadde hele 4 667 varig uførepensjon. Det utgjør 12 prosent av alle med helsefagarbeiderrelatert utdanning i denne aldersgruppen. Tallene kan dermed tyde på at yrket er fysisk belastende og at effekten av denne belastningen kommer i større grad etter 45-årsalderen.

De fleste blant de ikke-sysselsatte helsefagarbeiderne under 30 år, 23 prosent, var under utdanning. Ifølge intervjuene i NIFU rapporten (NIFU 2013), gjennomført med dem som tar helsefagarbeiderfaget på videregående skole, er det ikke uvanlig at elevene har lyst til å komme tilbake til studieforbereidende etter læreperioden. Noen vil fortsette studieløpet videre på høyskolenivå, der det er vanlig å søke seg til sykepleierstudiet.

Imidlertid får 36 prosent i denne aldersgruppen registrert «ukjent status». Ukjent status betyr at vi ikke har noen opplysninger som tilsier at de har mottatt inntekt eller en form for stønad til erstatning for inntekt. Det kan bety at de av ulike grunner ikke har behov for inntekt/ytelser. En annen årsak kan være at de ikke har meldt utflytting fra Norge, men står uriktig registrert som bosatt i Norge.

Det er registrert at bare fire prosent av helsefagarbeidere uten jobb var arbeidssøkende i 2016, men for de under 30 år er andelen imidlertid 14 prosent. Analysen i samme rapporten fra NIFU henviser til at elevene opplever ofte at det er mangel på faste heltidsstillinger etter læretid (NIFU 2013). Forfatterne påpeker at det ser ut til at man i denne tjenesten i mindre grad enn i andre tjenester ser på inntaket av lærlinger som en del av rekrutteringen av arbeidskraft.

I forbindelse med at helsefagarbeidere ofte utfører oppgaver som kan være fysisk krevende, er det interessant å se nærmere på *sykefraværsmonstret i videre analyser*. SSBs tall viser at i 2016 lå sykefraværet på 8,2 prosent for alle som jobber i helse- og sosialtjenesten, det vil si alle som jobber for virksomheter registrert med næringskode 86-88 ifølge næringsstandard SN2007<sup>13</sup>. Samtidig var sykefraværsprosenten for ansatte i kommunal helse- og omsorgstjenesten med

<sup>13</sup> Se statistikkbanktabellen på SBB sin sider: <https://www.ssb.no/statbank/table/12441/>



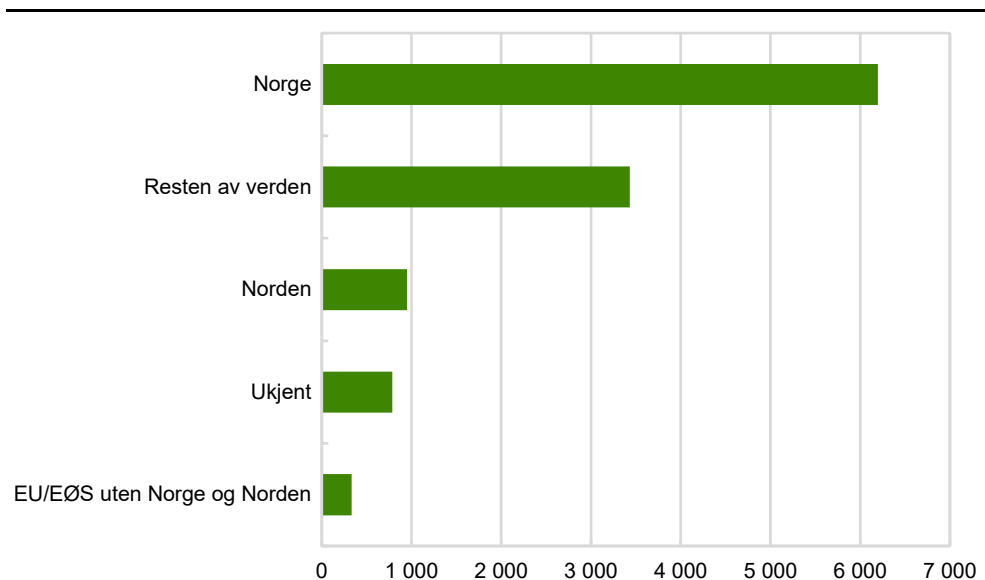
helsefagarbeiderrelatert utdanning på drøye 10,2 prosent samme året. Det er den høyeste sykefraværprosenten blant alle ansatte med helserelatert utdanning i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Analysen av andelene og kjennetegn ved helsefagarbeidere med høy sykefraværprosent kan gi verdifull informasjon med tanke på planlegging av bemanningen i tjenesten. Sykefraværet er dermed en viktig faktor som bør analyseres ytterligere, da den sier noe om graden av tilgjengelighet av den eksisterende arbeidskraften og kan nyansere eventuelle behov for flere helsedagarbeidere.

### 3.7. Innvandrere godt representert i yrket

I 2016 jobbet det 11 695 innvandrere som helsefagarbeidere i Norge. Dette tilsvarer drøyt 13 prosent av alle sysselsatte helsefagarbeidere dette året. *Innvandrere* er personer født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre og fire utenlandsfødte besteforeldre.

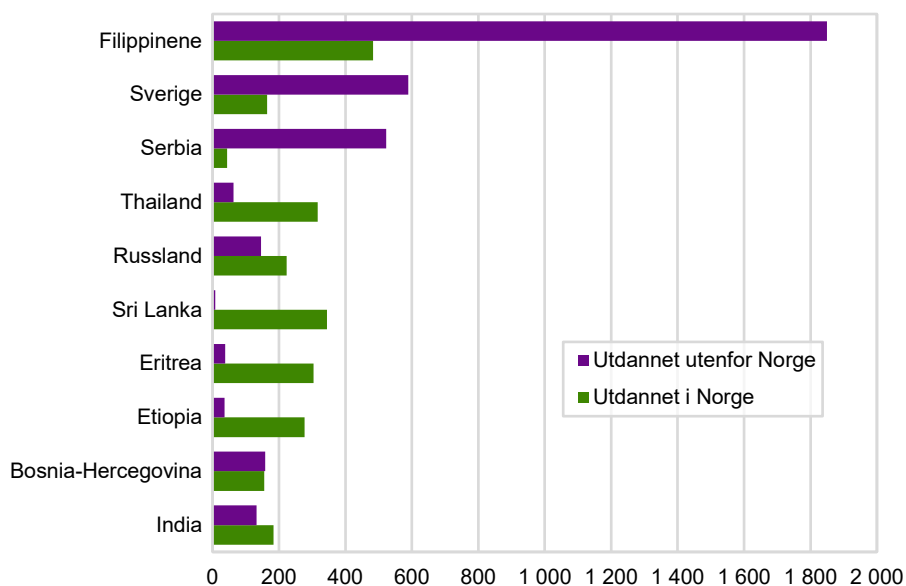
Figur 3.8 viser at litt over halvparten av alle helsefagarbeidere med innvandrerbakgrunn fikk fagbrevet i Norge i 2016. De andre ble utdannet i utlandet, de fleste med utdanning utenfor Norden og EU/EØS.

**Figur 3.8** Sysselsatte helsefagarbeidere<sup>1</sup> med innvandringsbakgrunn etter utdanningsland, 2016. Antall



<sup>1</sup>inkluderer helsefagarbeidere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere  
Kilde: Statistisk sentralbyrå

Figur 3.9 viser de ti landene med flest innvandrere som jobbet i Norge i 2016. Til sammen står de for halvparten av alle innvandrere med helsefagarbeiderrelatert utdanning. De fleste kom fra Filippinene, da det var ansatt 2 377 filippinske helsefagarbeidere, som tilsvarer én av fem helsefagarbeidere med innvandrerbakgrunn. Deretter følger Sverige med 804 helsefagarbeider.

**Figur 3.9 Sysselsatte helsefagarbeidere<sup>1</sup> med innvandringsbakgrunn etter utdanningsland. 2016. Antall**

<sup>1</sup>inkluderer helsefagarbeidere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere  
 Figuren inneholder de ti landene som har flest med innvandrerbakgrunn  
 Kilde: Statistisk sentralbyrå

Helsepersonell som kommer til Norge fra Filippinene har ofte sykepleierutdanning fra hjemlandet. I og med at utdanningsprogrammet i hjemlandet ikke er godkjent i Norge for å få autorisasjon som sykepleier, blir mange autorisert<sup>14</sup> som helsefagarbeider. Av filippinske helsefagarbeidere som jobbet i Norge i 2016, hadde 20 prosent gjennomført utdanningen i Norge.

Høsten 2017 startet OsloMet (tidligere Høgskolen i Oslo og Akershus) et program<sup>15</sup> på oppdrag fra Kunnskapsdepartementet hvis formål er å tilby nødvendig kompletterende utdanning til sykepleiere og lærere. Studietilbudet varer i to semestre og gir mulighet til utenlandske sykepleiere til å søke om autorisasjon som sykepleier i Norge.

### 3.8. Tilgang på utenlandske helsefagarbeidere

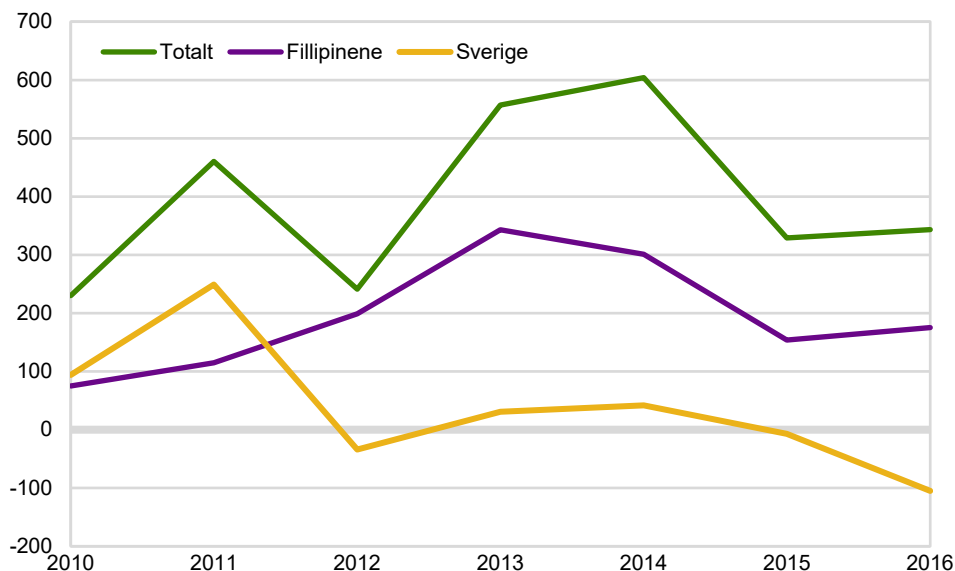
De største gruppene helsefagarbeidere utdannet i utlandet kommer fra Filippinene og Sverige. I 2016 utgjorde helsefagarbeidere fra disse landene til sammen 52 prosent av alle utenlandsk utdannede helsefagarbeidere i 2016. Tilgangen til helsepersonell som blir utdannet utenfor Norge blir påvirket av faktorer både i Norge og i opprinnelseslandet, og kan av den grunn være mer uforutsigbar og dermed sårbar. Derfor er det viktig å vite mer om historikken og sammensettingen av arbeidskraft med utenlandsk utdanning.

Til tross for økning i det samlede antallet av utenlandske helsefagarbeidere gjennom årene, ser vi av figur 3.10 at de to største gruppene med utdanning fra utlandet, helsefagarbeidere fra Filippinene og Sverige, har hatt en negativ utvikling i antall nettotilganger i helse- og omsorgstjenesten de siste årene.

Mest markant nedgang på årlig basis ser vi spesielt hos helsefagarbeidere fra Sverige. For filippinske helsefagarbeidere snudde den årlige utviklingen i 2013.

<sup>14</sup> Autorisasjon er en offentlig godkjenning. Alt helsepersonell i Norge må ha norsk autorisasjon eller lisens. Etter endt utdanning må den som vil utøve yrke søke om tillatelse. Autorisasjonen viser at du har den faglige og formelle kompetansen som tittelen tilsier.

<sup>15</sup> For mer informasjon om programmet: <https://www.oslomet.no/studier/hv/evu-hv/kompletterende-sykepleiere>

**Figur 3.10** Nettotilgang av helsefagarbeidere<sup>1</sup> fra utlandet. Totalt, Filippinene og Sverige, 2010–2016. Antall

<sup>1</sup>inkluderer helsefagarbeidere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere  
Kilde: Statistisk sentralbyrå

Den årlige endringen i nettotilgang av helsepersonell blir påvirket av både tilganger og avganger. For tilfellet med Sverige har avgangen vært større enn tilgangen i 2016, slik at det var registrert negativ nettoendring i antall helsefagarbeidere fra landet. Samtidig viser tallene for 2016 totalt en økning i forhold til fjoråret, som kan være en begynnende trend det er en grunn til å følge opp videre.

Fra og med 1. januar 2017 ble det innført tilleggskrav for alle med utdanning fra land utenfor EU/EØS og Sveits som søker om autorisasjon<sup>16</sup>. Disse kravene gjelder også helsefagarbeidere med utdanning fra utlandet og omfatter blant annet krav til språktest. Det er en grunn til å forvente nedgang i antall utenlandske helsefagarbeidere for årene etter innføring av nye krav til autorisasjon. For videre arbeid anbefales det derfor å se på hvor stor effekt denne endringen hadde på tilgang til helsefagarbeidere fra utlandet. Samtidig vil det være nyttig å følge opp utviklingen framover.

### 3.9. Utdanningen: hjelpepleier, omsorgsarbeider eller helsefagarbeider?

I de foregående kapitlene har vi omtalt alle personer i analysen som personer med helsefagarbeiderrelatert utdanning eller som helsefagarbeidere. Denne fagutdanningen har gjennomgått en del endringer siden 2006. I dette kapitlet ser vi nærmere på historikken.

Ett av regjeringens mål formulert i St.meld. nr. 25 (2005–2006) «Mestring, muligheter og mening»<sup>17</sup> var å sikre en bruttotilgang på helsefagarbeidere på om lag 4 500 hvert år, for å dekke det framtidige behovet. Det ble satt fokus på ulike tiltak som skulle øke rekrutteringen og kvalifiseringen til faget gjennom *Kompetanseløftet 2015*, som hadde som formål å skaffe tilstrekkelig personell og nødvendig fagkompetanse til den kommunale omsorgstjenesten (St.meld. nr. 25).

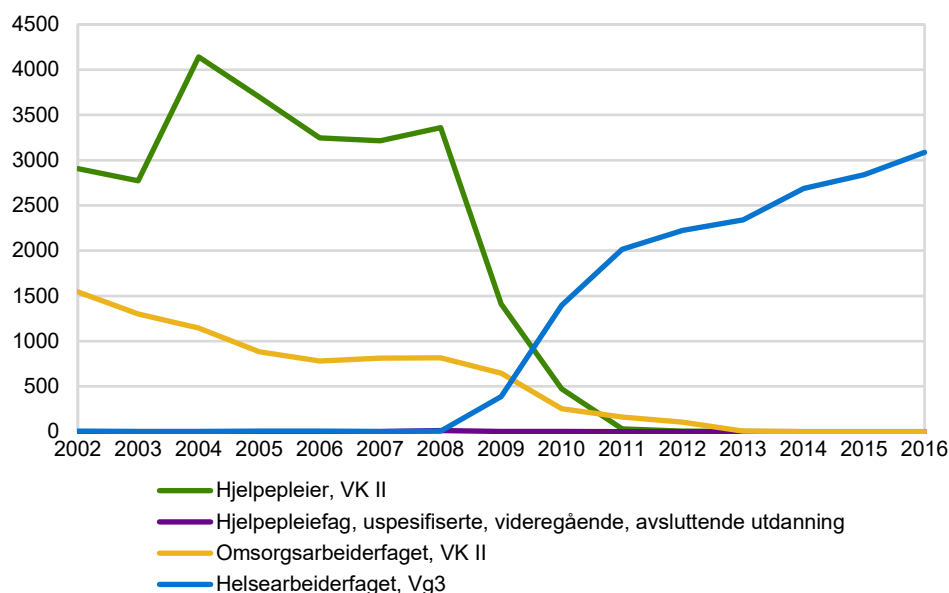
<sup>16</sup> Mer informasjon om den nye ordningen finnes på Helsedirektoratets sine sider: <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/nye-krav-til-autorisasjon-for-helsepersonell-med-utdanning-fra-utenfor-eu-eos>

<sup>17</sup> St.meld. nr.25 (2005-2006) «Mestring, muligheter og mening»:  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-25-2005-2006-/id200879/sec1>

I 2006 ble to fagutdanninger, hjelpepleier og helsefagarbeider, erstattet med én ny studieretning innen fagutdanning på videregående skolenivå, *helsefagarbeiderfaget*.

Ifølge tall fra utdanningsdatabasen (NUDB) til SSB var det 3 087 nyutdannede helsefagarbeidere i 2016. Nivået ligger fremdeles under antallet som ble utdannet årlig før reformen i 2006. Grafen i figur 3.11 viser en tydelig nedgang i antall hjelpepleiere og omsorgsarbeidere fra 2004. I disse årene kunne de som hadde påbegynt én av de gamle utdanningene avslutte disse.

**Figur 3.11 Nyutdannede helsefagarbeidere<sup>1</sup> etter utdanning og år. 2002–2016. Antall**



<sup>1</sup>inkluderer helsefagarbeidere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere

Kilde: SSB: Tall fra utdanningsdatabasen NUDB

Oppgangen vi ser i 2004 for hjelpepleiere skyldes mest sannsynlig effekten av reformen, da de som hadde lyst til å gjennomføre hjelpepleier- eller omsorgsarbeiderutdanningen før den nye utdanningen overtok, kunne benytte muligheten til å ta studieretningen fram til 2006.

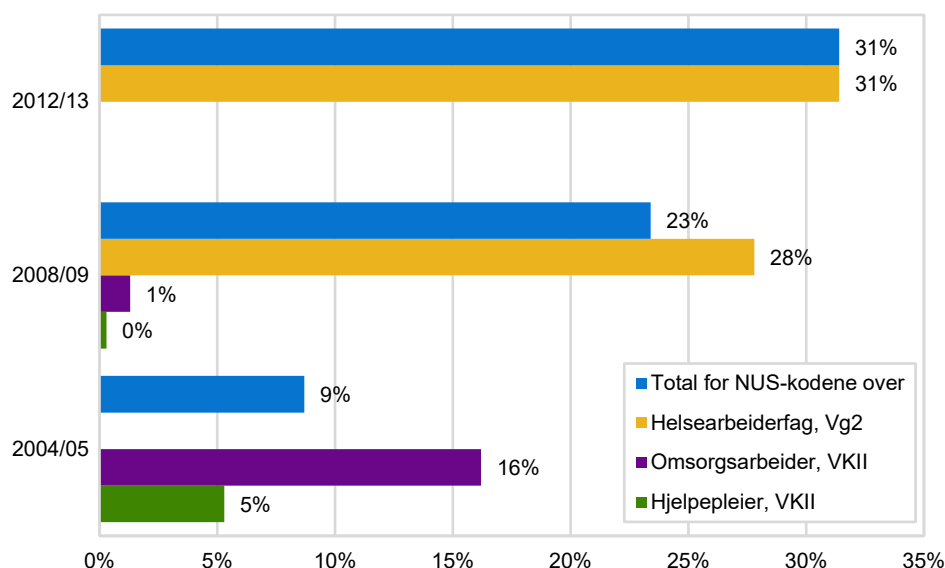
2009 var første året med nyutdannede helsefagarbeidere, samtidig som flere var i avslutningsfasen av hjelpepleier- og omsorgsarbeiderutdanningen. Det var fremdeles veldig få som fikk fagbrevet i den nye studieretningen. Fram til 2016 ble det utdannet stadig flere helsefagarbeidere.

Ifølge NIBR-rapport 2012:3<sup>18</sup> var helsefagarbeiderfaget en av de mest populære fagutdanninger på videregående skole. Rapporten evaluerer *Kompetanseløftet 2015* og konkluderer blant annet med at rekrutteringen til helsefagarbeiderfaget er betydelig svakere enn forutsatt, selv om faget er veldig populært. Dette er vesentlig, da ifølge rapporten søker nesten halvparten av elevene i studieretning for helse- og sosialfag seg til påbygning til studieforbereende.

Figur 3.12 viser andel elever som oppnådde generell studiekompetanse innen videregående utdanning. Tall fra NUDB viser et tydelig mønster med markant økning i elever som etter bestått helsearbeiderrelevant utdanning, går over til å ta studiespesialisering gjennom påbygning i tredje året ved videregående skole.

<sup>18</sup> NIBR-rapport 2012:3 «Bemanning av pleie- og omsorgssektoren: handlingsplan og iverksetting». Sluttrapport fra evaluering av Kompetanseløftet 2015: <https://evalueringsportalen.no/evaluering/bemanning-av-pleie-og-omsorgssektoren-handlingsplan-og-iverksetting/2012-3.pdf/@@inline>

**Figur 3.12 Elever med generell studiekompetanse året etter å ha bestått helsefagarbeiderrelatert utdanning på trinn 2 i videregående. 2005, 2009 og 2013. Prosent**

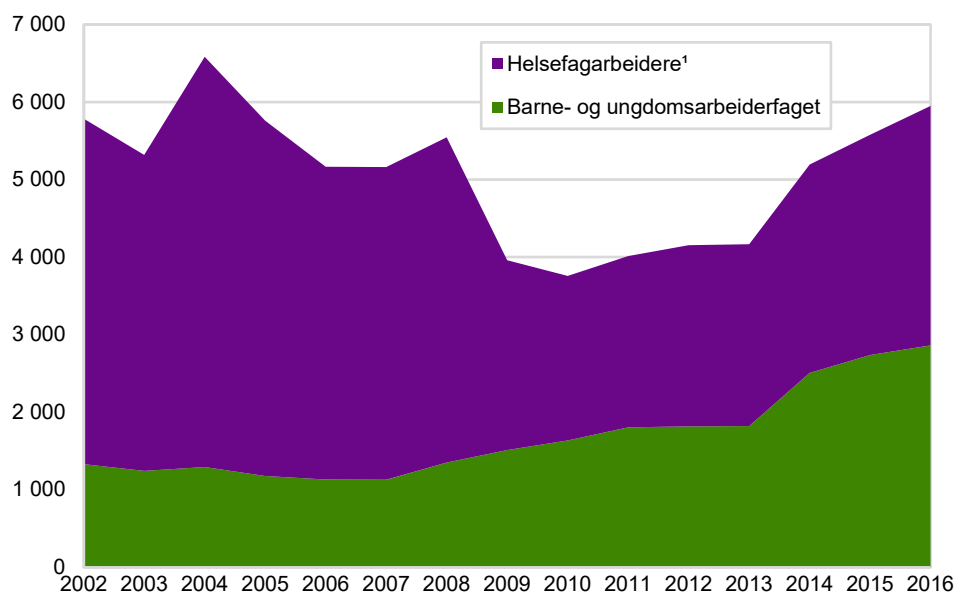


Kilde: SSB: Tall fra utdanningsdatabasen NUDB

Økningen kan tyde på at flere satser på et løp som kvalifiserer for videre studier på universitets- og høyskolenivå, og som derfor gir en nedgang i antallet som oppnår en yrkeskompetanse på videregående nivå innenfor helsearbeiderfaget.

Vi har sett at nyutdannede helsefagarbeidere finner seg ofte en jobb med barn, enten i skole eller i barnehage. Tallene for antall nyutdannede innen barne- og ungdomsfaget i figur 3.13 viser blant annet en klar økende trend etter 2010 og fram til 2016.

**Figur 3.13 Nyutdannede innen helsefagarbeiderfaget<sup>1</sup> og barne- og ungdomsarbeiderfaget, 2002–2016. Antall**



<sup>1</sup>inkluderer helsefagarbeidere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere

Kilde: SSB: Tall fra utdanningsdatabasen NUDB

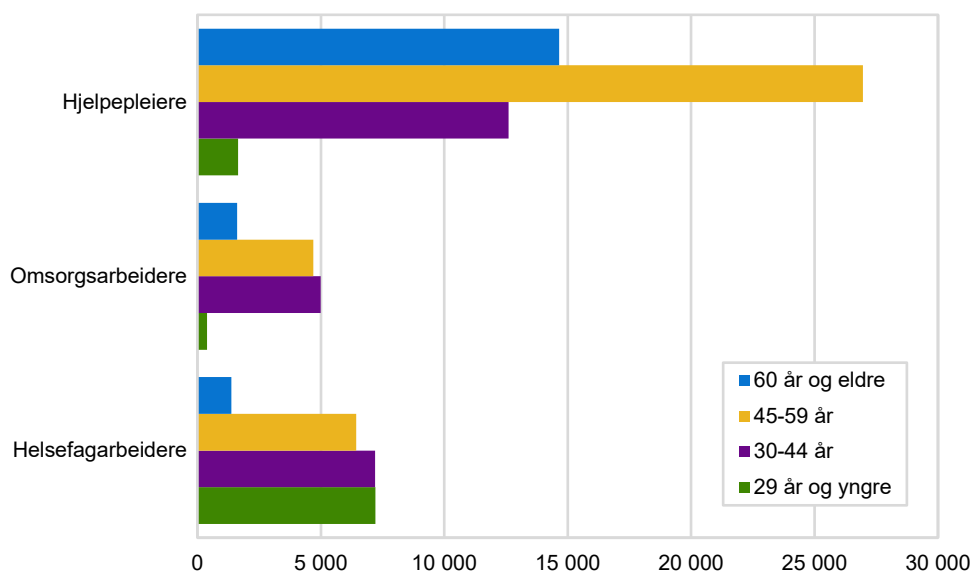
Analysen i rapporten kan ikke vise til en årsakssammenheng utover presenterte tall. Samtidig er det ikke utenkelig at potensielle kandidater til helsefag kan ha skiftet retning på dette tidspunktet.

### 3.10. Over to tredjedeler har hjelpepleierutdanning

Sammensetningen av utdanningene i 2016 viser at 25 prosent av sysselsatte har fagprøven i helsefagarbeiderfaget, mens hele 62 prosent har hjelpepleierutdanningen i bunnen. Samtidig er bare 13 prosent av dem som jobber utdannet som omsorgsarbeidere.

Figur 3.14 viser blant annet at hjelpepleiere og omsorgsarbeidere er eldre enn helsefagarbeidere.

**Figur 3.14** Sysselsatte helsefagarbeidere<sup>1</sup> etter utdanning og alder. 2016. Antall



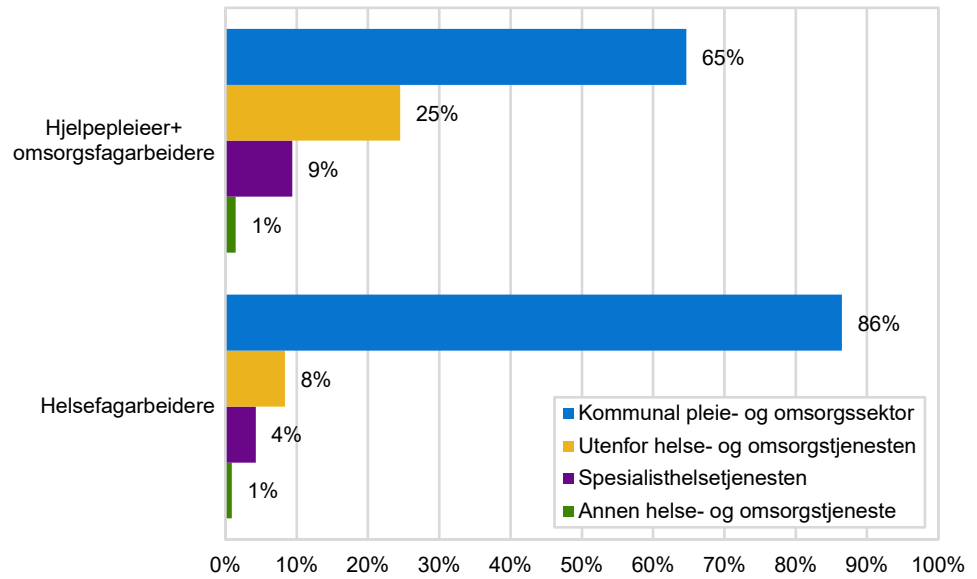
<sup>1</sup>inkluderer helsefagarbeidere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Forskjellen i alderssammensetningen i utdanningsgruppene kan påvirke arbeidsmulighetene. Helsefagarbeidere har 7 år som lengste mulige arbeidserfaringen etter at de fikk fagbrev i 2009. Arbeidssted for ulike utdanningskull blir også diskutert i neste kapittel, der aldersperspektivet blir undersøkt.

Videre i rapporten slår vi sammen de to tidligere utdanningene (hjelpepleier og omsorgsarbeider) til én gruppe, for lettere å kunne sammenligne de gamle utdanningene med den nye studieretningen. Ifølge figur 3.15 var flest sysselsatt i den kommunale helse- og omsorgstjenesten både etter gammel og ny utdanningsordning. Imidlertid er andelen som jobber i kommunen større blant helsefagarbeidere, som utgjorde 86 prosent av alle sysselsatte med helsefagarbeiderutdanningen.

**Figur 3.15 Sysselsatte helsefagarbeidere<sup>1</sup> etter utdanning og arbeidsted. 2016. Prosent**



<sup>1</sup>inkluderer helsefagarbeidere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere  
 Kilde: Statistisk sentralbyrå

Vi ser også at en av fire hjelpepleiere/omsorgsarbeidere jobber utenfor helse- og omsorgstjenesten. Det er en markant større andel enn tilsvarende for helsefagarbeidere utdannet etter 2006.

## 4. Tilknytning til arbeidslivet etter fullført utdanning i 2005 og 2013

I dette kapitlet ser vi nærmere på sammensettingen av to ulike kull med nyutdannede elever som fikk fagbrevet som hjelpepleier eller omsorgsarbeider i 2005 og helsefagarbeider i 2013. Vi omtaler blant annet endringene i alderssammensetningen i kullene og graden av deltagelse av innvandrere i yrkesutdanningen. Vi ser også på forskjeller i arbeidssted og sammenligner graden av deltagelse i arbeidslivet.

Alder er en viktig faktor på arbeidsmarkedet, da det ofte er andre attributter som er tett knyttet til alderen og har en påvirkning på ansettelsesforhold, utover de strukturelle rammene på arbeidsmarkedet. I videre omtale av kullene vil det derfor være naturlig å se på dem som har tatt videregående utdanning for å få fagbrevet på den ene siden, og dem som har tatt fagprøven som følge av voksenopplæring eller gjennom privatistordningen eller praksiskandidatordningen på den andre (jf. beskrivelse i kapittel 2.3 og 2.4). Vi lager derfor et skille mellom de to gruppene, og setter det ved 25-årsalderen for å se på endringene mellom aldersgruppene.

Innholdet i de to kullenes videregående utdanning er forskjellig. De som fikk fagbrevet i 2005, ble utdannet som *hjelpepleiere* eller *omsorgsarbeidere*. Elevene med fagbrevet i 2013 ble i sin tur utdannet som *helsefagarbeidere*, den nye studieretningen som ble innført i 2006. Endringene som kom i 2006 med den nye studieretningen gjaldt blant annet innhold og sammensetting av undervisningen og praksis, samt veien til fagbrevet utenom videregående opplæring. Derfor vil disse endringene og andre strukturelle forhold, som for eksempel samhandlingsreformen i 2012, sette rammene for utviklingen i sammensettingen av utdanningskullene vi ser på i dette kapitlet, samt deres arbeidsvalg.

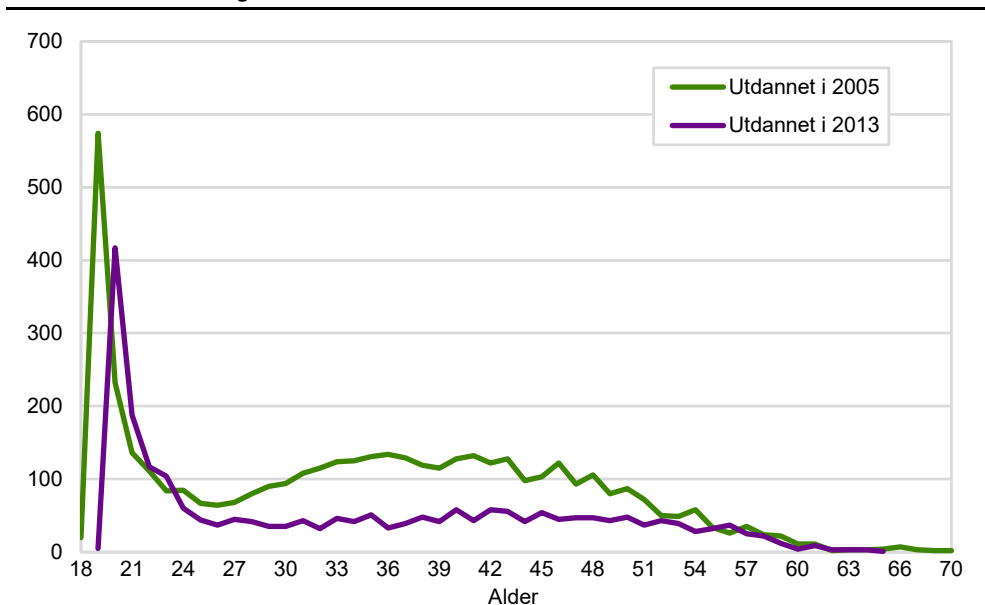
### 4.1. Færre voksne utdanner seg til helsefagarbeider

Den historiske utviklingen vi så på i kapittel 3 har vist at antall nyutdannede helsefagarbeidere vokste sakte siden innføringen av reformen i 2006. Den samme trenden blir bekreftet for de to kullene vi analyserer.

I 2005 fikk til sammen 4 422 nyutdannede hjelpepleiere og omsorgsarbeidere fagbrevet, både gjennom ordinær undervisning og via voksenopplæring eller privatistordningen. Til sammenligning ble det utdannet 2 077 færre helsefagarbeidere i 2013, som fremdeles er under det årlige målet til regjeringen på 4 500 nyutdannede helsefagarbeidere.

Nedgangen i antall nyutdannede helsefagarbeidere har en tydelig sammenheng med at den nye studieretningen utdanner færre personer over 25 år sammenlignet med 2005-årgangen, som vist i figur 4.1. Eksempelvis har antall personer mellom 30 og 59 år som fikk fagbrevet i de aktuelle årgangene, falt betydelig fra kullet i 2005 til kullet i 2013.



**Figur 4.1** Nyutdannede elever med helsefagarbeiderrelatert utdanning etter alder og utdanningsår. Antall

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Det totale antallet nyutdannede over 25 år som tok fagprøven var mer enn halvert for 2013-kullet, og lå på 1 410 helsefagarbeidere mot 3 113 med hjelpepleier- eller omsorgsarbeiderutdanning for 2005-kullet.

Før reformen i 2006 ble de voksne rekruttert til faget gjennom et nasjonalt standardisert utdanningsløp beregnet på to år eller gjennom privatistordningen med mulighet til å bli realkompetansevurdert og kunne forkorte kravet om fem års erfaring til bare to år før man tok fagprøven. Dermed hadde ufaglærte med tilstrekkelig erfaring fra fagfeltet mulighet til å få et fagbrev i løpet av ett til to år, parallelt med eksisterende arbeidsforhold.

Etter reformen ble muligheten til å bli helsefagarbeider utenom den ordinære skoleundervisningen videreført i praksiskandidatordningen, med krav om fem års praksisdokumentasjon som i privatistordningen før reformen. For 2013-kullet var det mulig å korte ned heltidspraksisen til minst tre år som er ett år lenger enn for 2005-kullet. I tillegg var det obligatorisk med tverrfaglig teoriprøve og fagprøve, som ikke kunne realkompetanse-vurderes.

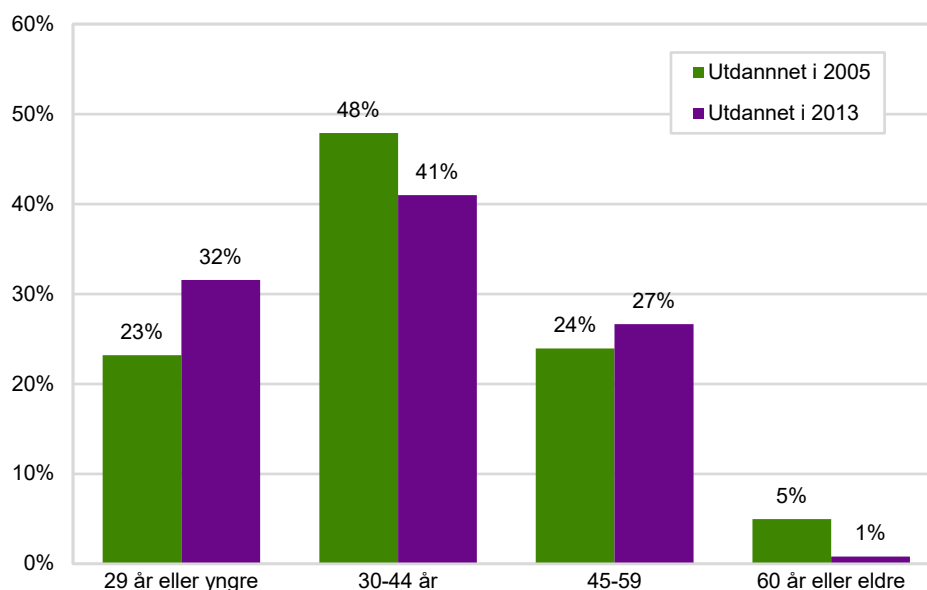
Den nye studieretningen hadde dermed nytt faginnhold, lenger gjennomføringstid i forhold til hjelpepleierstudie, samt økte krav til lengden på dokumentert heltids-erfaring til voksne ufaglærte med erfaring. Det finnes mange fleksible muligheter til voksenopplæring. Samtidig praktiseres ordningen forskjellig i fylkeskommunene, som kan oppfattes som uoversiktlig. Nedgangen i antall voksne som tok fagprøven i 2013 kan dermed tyde på at ordningen kan være mindre tilgjengelig for voksne ufaglærte kandidater med omsorgserfaring.

## 4.2. Fremdeles få menn velger utdanningen

Utdanningen har alltid vært dominert av kvinner. Det gjelder også for kullene med nyutdannede elever i henholdsvis 2005 og 2013. Siden det totale antallet ferdigutdannede gikk ned, ble antallet menn tilsvarende lavere i 2013; bare 244 menn fikk fagbrevet i 2013 sammenlignet med 401 menn i 2005. Kjønnfordelingen innad i kullene har endret seg minimalt, da andelen menn har økt med knappe ett prosentpoeng på 8 år og lå på 10 prosent av alle som tok utdanningen i 2013.

Aldersfordelingen for menn i figur 4.2 viser samtidig at selv om det er flest menn mellom 30 og 44 år som tar utdanningen i begge kullene, sank andelen menn som ble rekruttert fra denne aldersgruppen fra 49 prosent i 2005 til 41 prosent i 2013.

**Figur 4.2 Nyutdannede menn med helsefagrelatert utdanning etter alder og utdanningsår. Prosent**



Kilde: Statistisk sentralbyrå

Samtidig ble en større andel yngre menn under 30 år rekruttert til yrket for 2013-kullet enn fra 2005-kullet. Alderssammensetningen blant nyutdannede menn kan være interessant å følge med framover i forbindelse med arbeidet med framtidig rekruttering.

Videre i rapporten har vi valgt å ikke se på kjønnsdimensjonen når vi sammenligner arbeidssituasjonen for kullene.

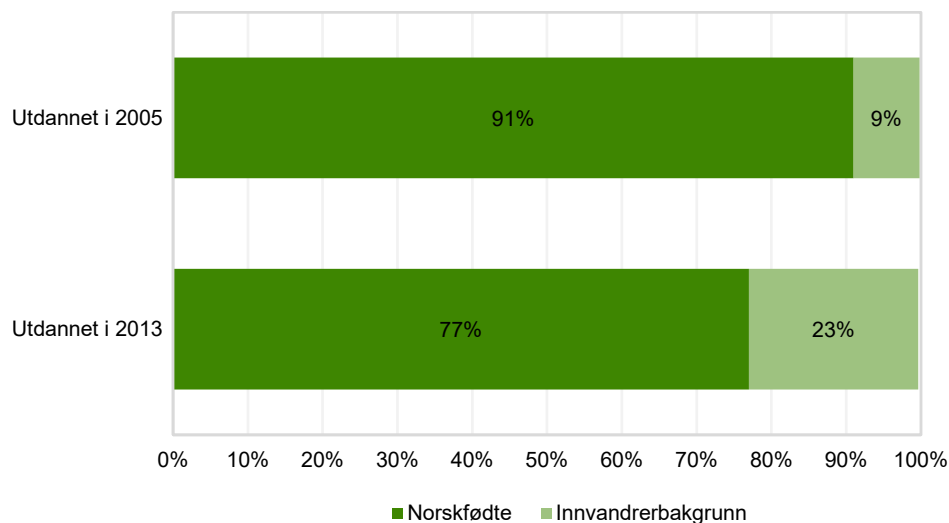
### 4.3. Flere innvandrere blant nyutdannede helsefagarbeidere

Det har vært mindre tilsig av utenlandske helsefagarbeidere til Norge de siste årene, som vist i kapittel 3. Analysen tok for seg både dem som var ferdig utdannet fra hjemlandet da de kom til Norge, og av den grunn kunne autoriseres som hjelpepleiere, omsorgsarbeidere eller helsefagarbeidere, og dem som ble utdannet til faget i Norge under ett. I dette kapitlet ser vi bare på elever som er ferdig utdannet i Norge, enten gjennom videregående undervisning eller gjennom voksenopplæring i 2005 og i 2013.

Antallet innvandrere som tok fagbrevet har vokst med nærmere 40 prosent siden 2005. I 2013 tok 531 innvandrere fagbrevet enten gjennom videregående utdanning eller praksiskandidatordningen. Dette var en økning fra 390 innvandrere for 2005-kullet, til tross for at det totale antallet nyutdannede elever gikk ned for 2013-kullet.

Som vi ser av figur 4.3 har også sammensetningen av kullene endret seg i retning av en større andel utenlandske elever i 2013.

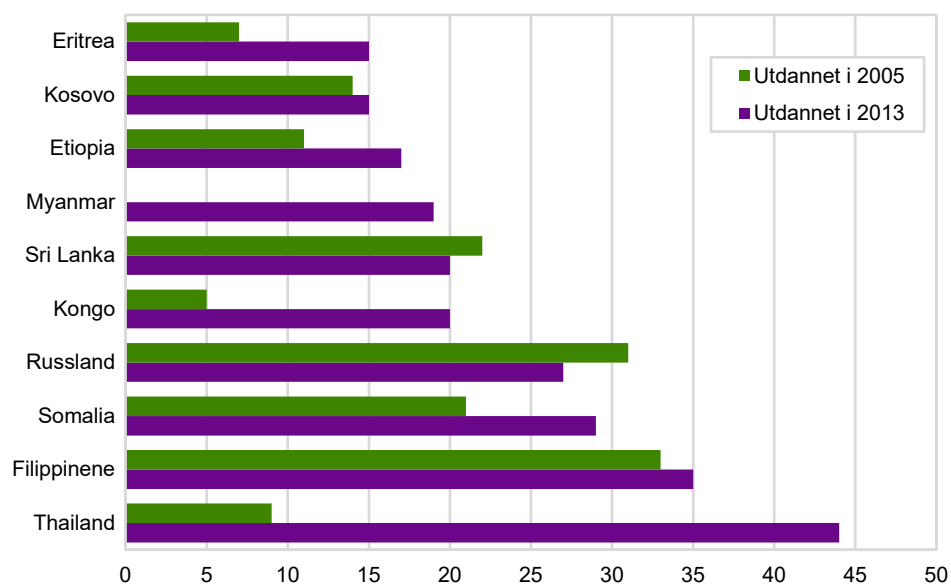
**Figur 4.3 Nyutdannede elever med helsefagarbeiderrelatert utdanning etter innvandringskategori og utdanningsår. Prosent**



Kilde: Statistisk sentralbyrå

I kapittel 3 har vi sett at Filippinene var landet med flest utenlandske helsefagarbeidere som jobbet i Norge i 2016. Figur 4.4 viser at blant norsk utdannede helsefagarbeidere er det fremdeles mange fra Filippinene. For 2013-kullet kommer imidlertid flest utenlandske helsefagarbeidere utdannet i Norge fra Thailand.

**Figur 4.4 Nyutdannede elever med innvandringsbakgrunn og helsefagarbeiderrelatert utdanning etter landbakgrunn og utdanningsår. Antall**



Figuren inneholder de ti landene med fleste elever med innvandrerbakgrunn

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Antallet nyutdannede helsefagarbeidere vokste kraftig blant innvandrere fra flere land, blant dem Kongo, Eritrea og Etiopia. Det er også stadig flere land som blir representert sammenlignet med 2005-kullet. For 2013-kullet fikk for eksempel 19 helsefagarbeidere med bakgrunn fra Myanmar sitt fagbrev.

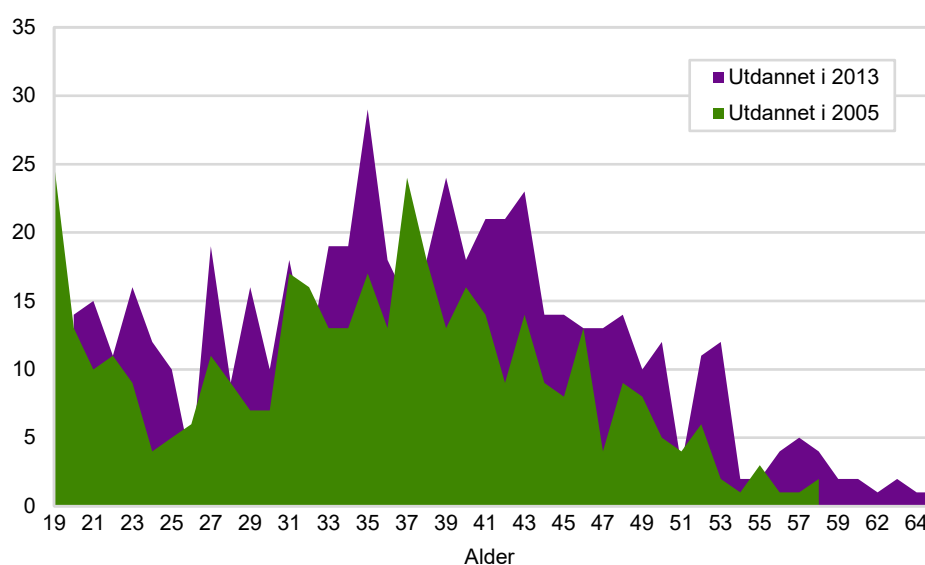
Tallene i dette kapitlet viser at rekrutteringen til faget har vært større blant innvandrere. Den observerte utviklingen fra 2005 til 2013 kan tyde på en mulig trend, samtidig som vi ikke har nok datamateriale for å fastslå det. Derfor blir det viktig å følge med utviklingen i rekrutteringen fra denne gruppen framover.

#### 4.4. Flere innvandrere over 25 år i 2013-kullet

Vi har sett at alder er en viktig dimensjon i rekrutteringsarbeider til faget, samt for videre valg i arbeidslivet. Også for helsefagarbeidere med innvandrerbakgrunn vil alder være viktig med tanke på rekrutteringskanalen.

Tallene viser at de fleste innvandrere med fagbrev var over 25 år i begge kullene, se figur 4.5. Andelen innvandrere med helsefagarbeiderrelatert utdanning over 25 år økte med fem prosentpoeng i forhold til 2005-kullet til 2013-kullet, og lå på hele 85 prosent i 2013, med medianalder på 38 år. Til sammenligning var andelen helsefagarbeidere blant ikke-innvandrere over 25 år mye lavere med 53 prosent i 2013.

**Figur 4.5** Nyutdannede helsefagarbeidere<sup>1</sup> med innvandrerbakgrunn etter alder og utdanningsår. Antall



<sup>1</sup>inkluderer helsefagarbeidere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere  
Kilde: Statistisk sentralbyrå

Antallet unge nyutdannede helsefagarbeidere med innvandrerbakgrunn under 26 år var omtrent det samme i 2013-kullet som i 2005-kullet. Økningen i antall innvandrere skyldes dermed i større grad rekrutteringen fra aldersgruppen 26 år og eldre. Denne gruppen tar enten skoleundervisning senere enn nordmenn eller blir rekruttert via praksiskandidatordningen i større grad enn dem uten innvandrerbakgrunn.

Da analysen i rapporten ikke omfatter veien til utdanningen, ville det vært interessant å se på rekrutteringskanalen i videre analyser. Dette for å vite mer om helsefagarbeidere med innvandrerbakgrunn tar skoleutdanningen i en senere alder enn nordmenn, eller om kandidater i denne gruppen er mer villige til å bli helsefagarbeidere via praksiskandidatordningen enn befolkningen ellers.

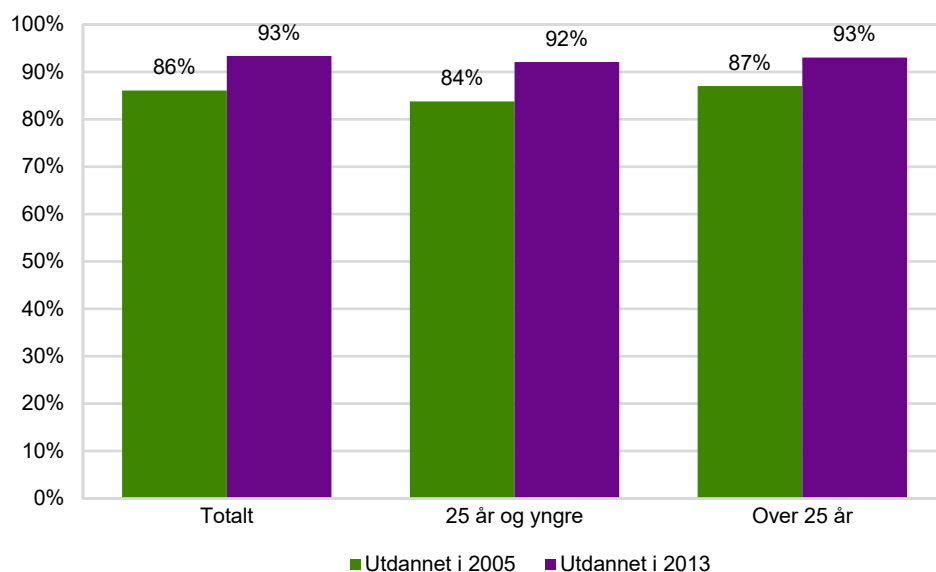
#### 4.5. Høyere yrkesdeltagelse hos unge helsefagarbeidere i 2013-kullet

I arbeidsmarkedet der det er vanskelig å finne en stabil jobb med høy nok stillingsprosent kan motivasjonen for å jobbe i helse- og omsorgstjenesten være lav. I kapittel tre så vi at 74 prosent av alle med helsefagarbeiderutdanning var sysselsatt i 2016, som er en relativt lav yrkesdeltagelse, sammenlignet med tilsvarende andel for sykepleiere samme år hvor en av tre jobbet deltid<sup>19</sup>. I dette kapitlet skal vi se på yrkesdeltagelse til nyutdannede helsefagarbeidere.

<sup>19</sup> <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/attachment/377977?ts=168ebbca3b8>

Tallene viser at andelen sysselsatte helsefagarbeidere tre år etter godkjent fagbrev i 2013 økte med sju prosentpoeng og lå på 93 prosent, sammenlignet med kullet fra 2005 tre år etter, som vist i figur 4.6.

**Figur 4.6** Sysselsatte helsefagarbeidere<sup>1</sup> 3 år etter fullført utdanning etter alder og utdanningsår. Prosent

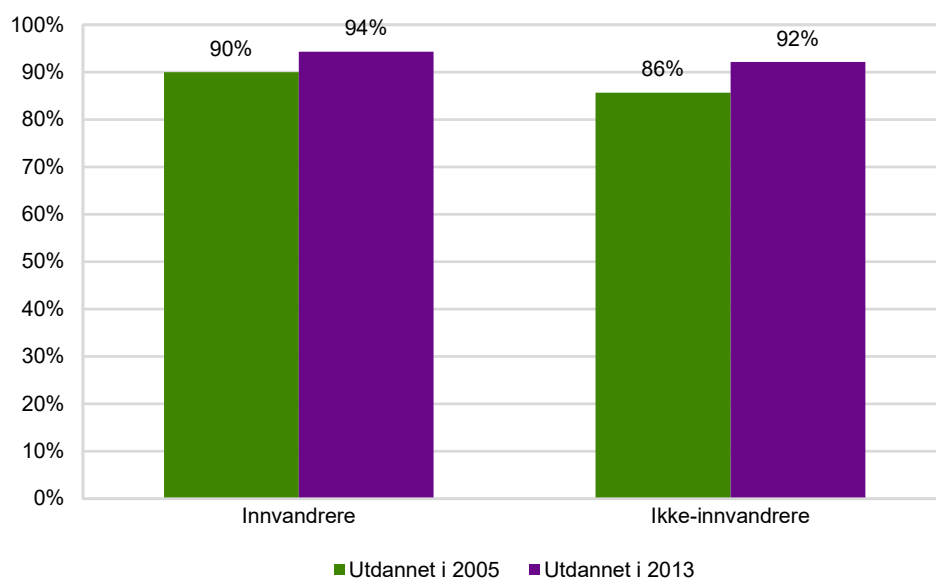


<sup>1</sup>inkluderer helsefagarbeidere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere  
Kilde: Statistisk sentralbyrå

Imidlertid er forskjellen i yrkesdeltagelsen mellom kullene større for dem under 26 år, da andelen sysselsatte var åtte prosentpoeng høyere for 2013-kullet.

Innvandrere i begge kullene hadde generelt større andel i arbeid tre år etter at de fikk fagbrevet, sammenlignet med resten i hvert sitt kull. Også for denne gruppen ser vi økningen i andelen sysselsatte for 2013-kullet tre år etter utdanningsslutt, som det fremgår av figur 4.7.

**Figur 4.7** Sysselsatte helsefagarbeidere<sup>1</sup> 3 år etter fullført utdanning etter innvandrerbakgrunn og utdanningsår. Prosent



<sup>1</sup>inkluderer helsefagarbeidere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere  
Kilde: Statistisk sentralbyrå

For 2013-kullet økte andelen sysselsatte også hos ikke-innvandrere, som jevnet ut forskjellen som var mellom gruppene for 2005-kullet.

Analysen viser at yrkesdeltagelsen tre år etter fullført utdanning var generelt høyere for 2013-kullet. Samme trenden ser ut til å være gjeldende for helsefagarbeidere med innvandrerbakgrunn. Samtidig ser denne gruppen ut til å ha gjennomgående flere i jobb tre år etter fagprøven.

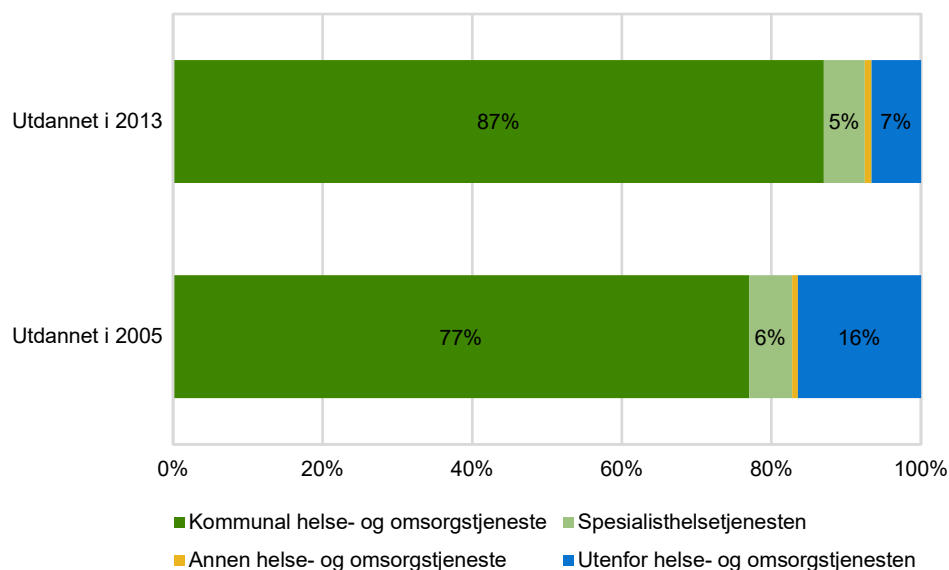
Aldersdimensjonen har vist seg å ha betydning for ansettelsesforholdet, da yrkesdeltagelsen økte i større grad for de yngre helsefagarbeidere fra 2013-kullet.

#### 4.6. Færre fra 2013-kullet jobber utenfor helse- og omsorgstjenesten

De siste årene har tendensen vært at helsefagarbeidere i stadig større utstrekning blitt ansatt i kommunal helse- og omsorgstjeneste, mens stadig færre helsefagarbeidere blir ansatt i spesialisthelsetjenesten, noe vi bl.a. så i kapittel 3. I dette kapitlet ser vi på arbeidssted til helsefagarbeidere som fikk fagbrevet i 2005 og 2013.

Vi forventer at man bruker litt tid før arbeidssituasjonen stabiliseres. Derfor ser vi på arbeidssted først tre år etter fagprøven. Figur 4.8 viser at de fleste helsefagarbeidere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere jobber i helse- og omsorgstjenesten, uavhengig av når de fikk fagbrevet.

**Figur 4.8** Sysselsatte helsefagarbeidere<sup>1</sup> 3 år etter fullført utdanning etter arbeidssted og utdanningsår. Prosent



<sup>1</sup>inkluderer helsefagarbeidere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere  
Kilde: Statistisk sentralbyrå

Andelen som jobbet utenfor helse- og omsorgstjenesten har gått ned med i underkant av 10 prosentpoeng for 2013-kullet, sammenlignet med de som ble utdannet i 2005, målt tre år etter fullført utdanning.

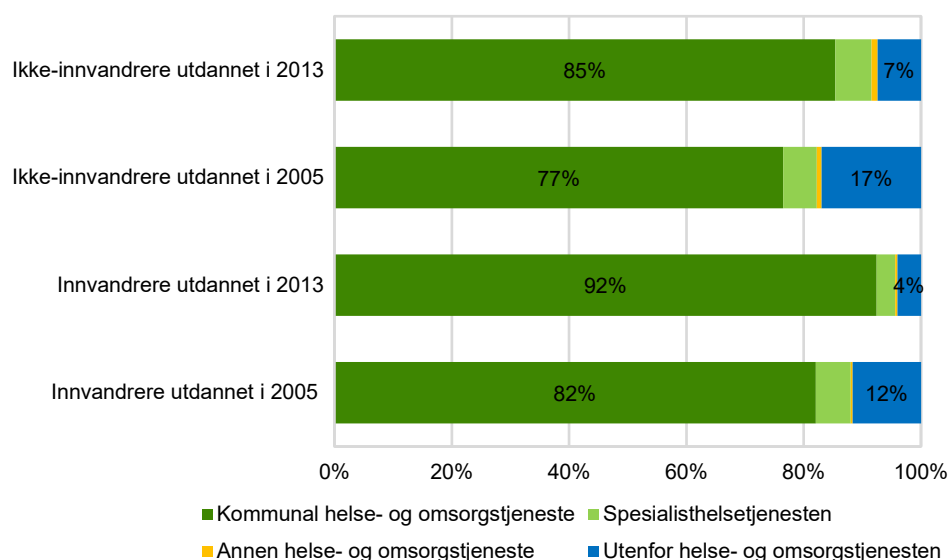
Forskjellen mellom kullene er enda større når vi ser på yngre fagutdannede under 26 år. Blant de unge som mest sannsynlig tok skoleveien for å få fagbrevet, jobbet nærmere 25 prosent fra 2005-kullet utenfor helse- og omsorgstjenesten, mens bare 8 prosent av unge helsefagarbeidere gjorde det i 2013-kullet.

De over 25 år i sin tur fordeler seg mer likt på de forskjellige næringene, samtidig som 2005-kullet skiller seg ut med større andel ansatte utenfor helse- og omsorgstjenesten.

Tallene for kullene viser også at rundt fem prosent helsefagarbeidere fra 2013-kullet var ansatt i spesialisthelsetjenesten i 2016. Sammenlignet med 2005-kullet er det en nedgang på knappe ett prosentpoeng. Selv om endringen i andel som fikk jobb i spesialisthelsetjenesten er liten mellom kullene, er totalt antall nyutdannede helsefagarbeidere ansatt i spesialisthelsetjenesten for 2013-kullet nærmest halvert. Antallet helsefagarbeidere ansatt i spesialisthelsetjenesten gikk ned fra 219 hjelpepleiere eller omsorgsarbeidere for 2005-kullet til 119 helsefagarbeidere fra 2013-kullet som jobbet i spesialisthelsetjenesten. Tallene bekrefter derfor utviklingen vi så i gjennomgangen av situasjonsbildet - at tilsiget fra nyutdannede til stillinger i spesialisthelsetjenesten blir stadig mindre.

Innvandrere fra begge kullene jobbet generelt oftere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten tre år etter at de fikk fagbrevet, sammenlignet med resten i hvert sitt kull. Figur 4.9 viser dessuten en økning i andelen sysselsatt i kommunen på hele 10 prosentpoeng for 2013-kullet, som gjenspeiler utviklingen for kullene totalt.

**Figur 4.9 Sysselsatte helsefagarbeidere<sup>1</sup> 3 år etter fullført utdanning etter innvandrerbakgrunn og utdanningsår. Prosent**



<sup>1</sup>inkluderer helsefagarbeidere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere  
Kilde: Statistisk sentralbyrå

Tallene viser også at valget av arbeidssted blant innvandrere ikke varierer så mye med alderen. Dermed kan det se ut til at innvandrere ønsker seg i større grad til arbeid i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og/eller blir prioritert til disse stillingene.

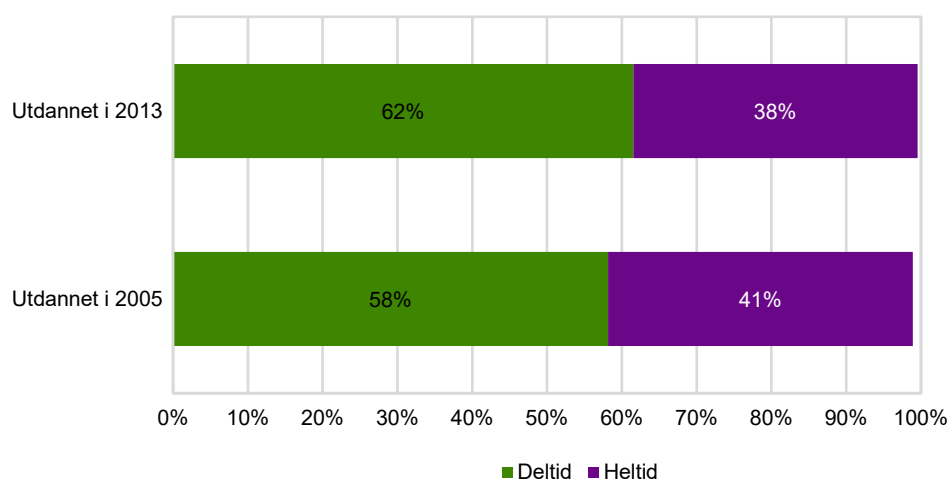
Tallene viser dermed en generell trend, der helsefagarbeidere fra 2013-kullet i større grad jobbet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten sammenlignet med 2005-kullet, samtidig som færre jobbet utenfor helse- og omsorgstjenesten. Vi ser også at alder og innvandrerbakgrunn kan påvirke hvor dedikert helsefagarbeiderne er til kommunal helse- og omsorgstjeneste tre år etter at de har fått fagbrevet.

#### 4.7. Unge helsefagarbeidere fra 2013-kullet jobber mer deltid

Heltidsstillinger er veldig etterspurt blant nyutdannede helsefagarbeidere. Fulltidsarbeid gir bedre økonomisk trygghet og stabilitet, og derfor kan mulighetene på arbeidsmarkedet være med på å påvirke valg av arbeidssted. Det vil derfor være interessant å se på andel nyutdannede helsefagarbeidere med deltidsstilling i de to respektive utdanningskullene.

Det viser seg at fra 2013-kullet jobbet flere helsefagarbeidere deltid, sammenlignet med dem fra 2005-kullet. Andel deltidsansatte økte med 4 prosentpoeng sammenlignet med 2005-kullet og lå på 62 prosent for 2013-kullet, som vist i figur 4.10.

**Figur 4.10** Sysselsatte helsefagarbeidere<sup>1</sup> 3 år etter fullført utdanning etter arbeidstid og utdanningsår. Prosent

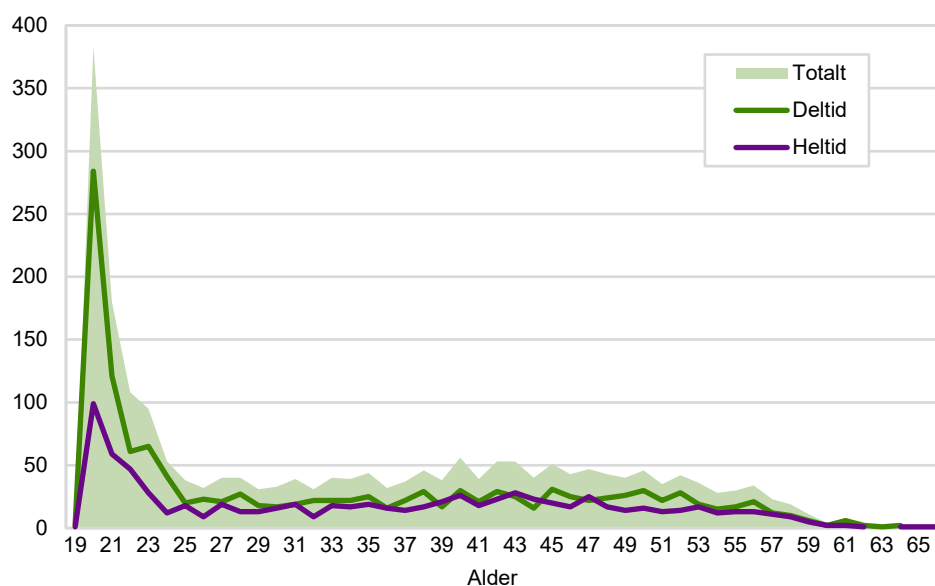


<sup>1</sup>inkluderer helsefagarbeidere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Når vi ser på arbeidstid for begge kull sett samlet, øker sannsynligheten for å jobbe i en heltidsstilling tre år etter endt utdanning entydig med stigende alder. Figur 4.11 viser aldersfordelingen for 2013-kullet som illustrerer dette.

**Figur 4.11** Sysselsatte helsefagarbeidere 3 år etter fullført utdanning i 2013 etter alder og arbeidstid. Antall



Kilde: Statistisk sentralbyrå



Siden det er 10 prosentpoeng flere yngre helsefagarbeidere under 26 år i 2013-kullet, er det rimelig å anta at noe av forklaringen på økningen i andel med deltidsjobb ligger i endringen i alderssammensetningen.

Når vi i tillegg sjekker endringen i arbeidstid innenfor de ulike aldersgruppene, finner vi at andelen deltidsansatte blant nyutdannede helsefagarbeidere i aldersgruppene under 26 år og over 50 år, var større for 2013-kullet enn for 2005-kullet. Arbeidstiden for øvrige aldersgrupper var stabil i begge kullene. Vridningen av arbeidsdeltagelsen i retning av flere som jobber i kommunal helse- og omsorgstjenesten, samtidig som færre ble ansatt utenfor helsetjenesten for 2013-kullet, kan også ha påvirket økningen i andel med deltidsarbeid. For 2005-kullet var det nettopp helsefagarbeidere ansatt i denne næringen som bidro med 8 prosent heltidsansatte.

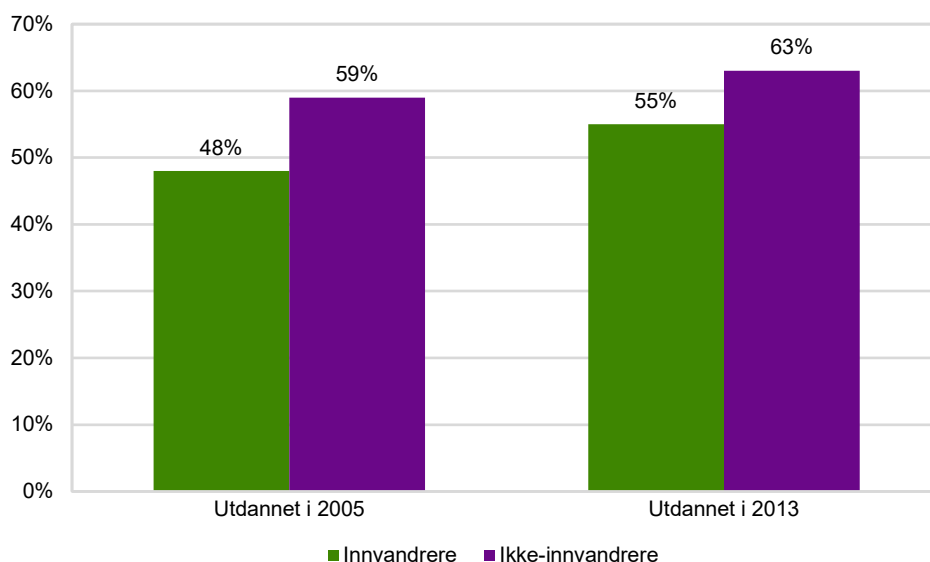
Ansettelsespraksisen i kommunen ser ut til å påvirke yngre og eldre helsefagarbeidere i begge kullene i større grad. Endringen i alderssammensetningen, sammen med at flere fikk jobb i helse- og omsorgstjenesten, har i tillegg bidratt til at flere i 2013-kullet jobbet deltid.

#### 4.8. Mindre deltid blant innvandrere

Vi har sett at antall innvandrere som tok helsefagarbeiderutdanning i 2013 økte betraktelig. Tre år etter fagprøven var en av fire sysselsatte helsefagarbeidere fra 2013-kullet innvandrere. Derfor er det viktig å se om arbeidstiden til denne gruppen skiller seg ut.

Tallene for kullene viser at færre innvandrere jobbet deltid i de respektive årgangene, sammenlignet med resten i hvert sitt kull, som vist i figur 4.12.

**Figur 4.12** Sysselsatte helsefagarbeidere<sup>1</sup> med deltidsstilling 3 år etter fullført utdanning etter innvandrerbakgrunn og utdanningsår. Prosent



<sup>1</sup>inkluderer helsefagarbeidere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere  
Kilde: Statistisk sentralbyrå

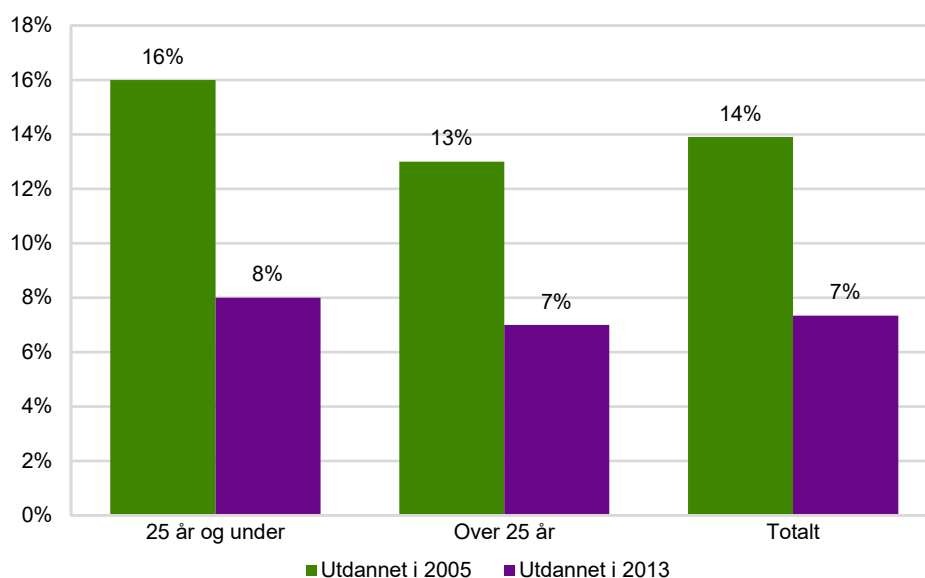
Imidlertid ser vi at økningen i andel deltidsstillinger vi så for hele 2013-kullet, gjør seg gjeldende også for denne gruppen, da andelen innvandrere med deltidsjobb økte med sju prosentpoeng sammenlignet med 2005-kullet og lå på 55 prosent for 2013-kullet.

Selv om innvandrere i de to kullene generelt er eldre enn ikke-innvandrerne, viser tallene at alder ikke påvirker ansettelsesforhold for denne gruppen på samme måte som for ikke-innvandrere.

#### 4.9. Flere helsefagarbeidere fra 2013-kullet under utdanning tre år etter fagbrev

I kapittel 4.5 så vi at over 90 prosent av dem med helsefagarbeiderrelatert utdanning fra begge kullene er i arbeid tre år etter at de fikk fagbrevet. Samtidig viste det seg at, sammenlignet med 2005-kullet, var det færre helsefagarbeidere uten jobb for 2013-kullet. Endringen var størst for dem som var under 26 år som vist i figur 4.13.

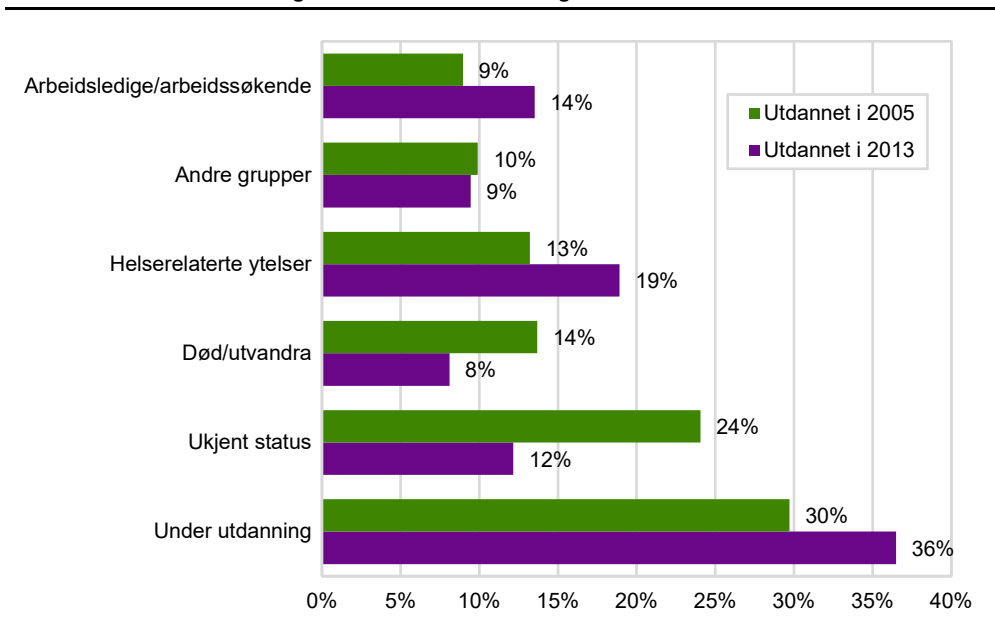
**Figur 4.13 Helsefagarbeidere<sup>1</sup> utenfor arbeidslivet 3 år etter fullført utdanning etter alder og utdanningsår. Prosent**



<sup>1</sup>inkluderer helsefagarbeidere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere  
Kilde: Statistisk sentralbyrå

Det er ofte ulike årsaker til hvorfor helsefagarbeidere i forskjellige aldersgrupper befinner seg utenfor arbeidsmarkedet. Utdanning var hovedgrunnen til at de unge ikke jobbet da vi så på situasjonsbildet i kapittel 3, mens den vanligste årsaken for de eldre var helsetilstanden. Figur 4.14 viser at studier var fremdeles årsaken til at mange unge i begge utdanningskullene ikke jobbet etter fullført utdanning i 2005 og 2013, med andeler på henholdsvis 30 prosent og 36 prosent av dem utenfor arbeidslivet.

**Figur 4.14 Personer uten jobb yngre enn 26 år, etter årsak og utdanningsår. Tre år etter fullført helsefagarbeiderrelatert utdanning. Prosent**

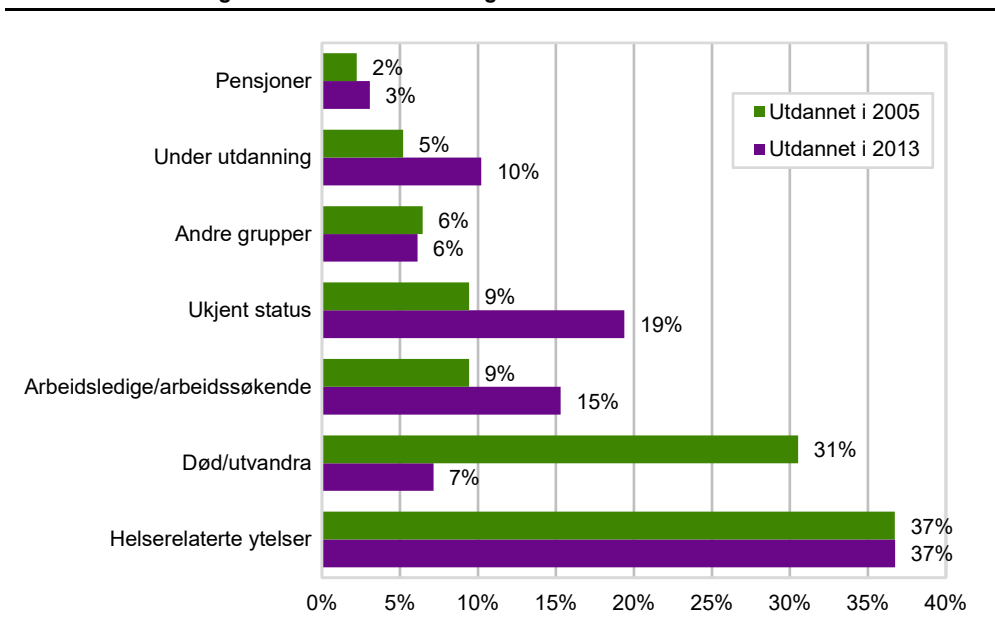


Kilde: Statistisk sentralbyrå

For 2005-kullet var 16 prosent av nyutdannede hjelpepleiere og omsorgsarbeidere i aldersgruppen 25 år og yngre ikke i jobb tre år etter fullført utdanning, mens tilsvarende andel for helsefagarbeidere i samme aldersgruppe i 2013-kullet var knappe 8 prosent. Samtidig viser figur 4.14, at andelen arbeidssøkende og andelen med helserelaterte ytelser er høyere for 2013-kullet enn for 2005-kullet tre år etter endt utdanning.

For dem som var over 25 år da de fikk fagbrevet, var det en lavere andel i 2013-kullet enn i 2005-kullet som ikke hadde jobb tre år etter endt utdanning. For 2013-kullet gjaldt dette sju prosent av helsefagarbeiderne, mens det for 2005-kullet gjaldt 13 prosent. Når det gjelder andelen av nyutdannede som mottok helserelaterte ytelser tre år etter endt utdanning, var denne på 37 prosent for alle over 25 år i begge utdanningskullene, som vi ser i figur 4.15.

**Figur 4.15 Personer uten jobb eldre enn 25 år, etter årsak og utdanningsår. Tre år etter fullført helsefagarbeiderrelatert utdanning. Prosent**



Kilde: Statistisk sentralbyrå

For 2013-kullet var det imidlertid en større andel av nyutdannede helsefagarbeidere i alderen over 25 år som var arbeidssøkende tre år etter endt utdanning enn tilfellet var for 2005-kullet.

Blant innvandrere sank andelen av dem som ikke var i jobb tre år etter endt utdanning, fra 10 prosent for 2005-kullet til seks prosent for 2013-kullet. I praksis innebærer det at antallet blir for lavt til å brukes for ytterligere sammenligning av innvandrerne i kullene.

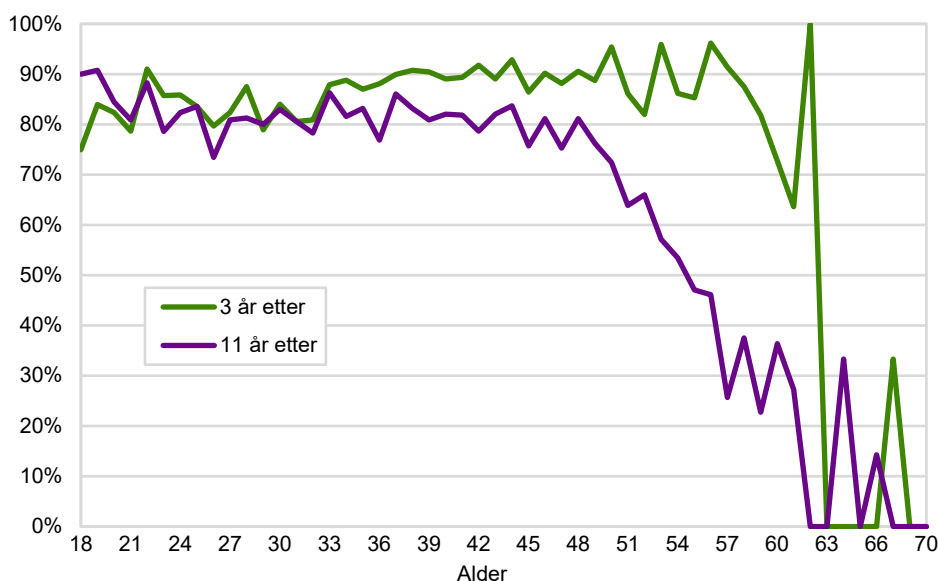
#### 4.10. 2005-kullets arbeidstilknytning 11 år fram i tid

Vi har sett at endringene i både utdanningen, alderssammensetningen av kullene, samt strukturelle endringer har påvirket valgene på arbeidsmarkedet. Samtidig er noen endringer i arbeidsdeltakelsen over tid av mer generell karakter og vil være gjeldende uansett.

I dette kapitlet ser vi på utviklingen av arbeidssituasjonen for 2005-kullet henholdsvis 3 og 11 år etter at de har fått fagbrevet som hjelpepleier eller omsorgsarbeider, altså før det nye faget kalt helsefagarbeider ble introdusert.

Et historisk perspektiv på tallene viser at flere med utdanningen faller ut av arbeidslivet 11 år etter fullført utdanning, som vist i figur 4.16. Andel hjelpepleiere og omsorgsarbeidere i arbeid fra 2005-kullet sank fra 90 prosent 3 år etter til 82 prosent 11 år etter fullført utdanning.

**Figur 4.16** Sysselsatte hjelpepleiere og omsorgsarbeidere 3 år og 11 år etter fullført utdanning i 2005 etter alder ved utdanning. Prosent

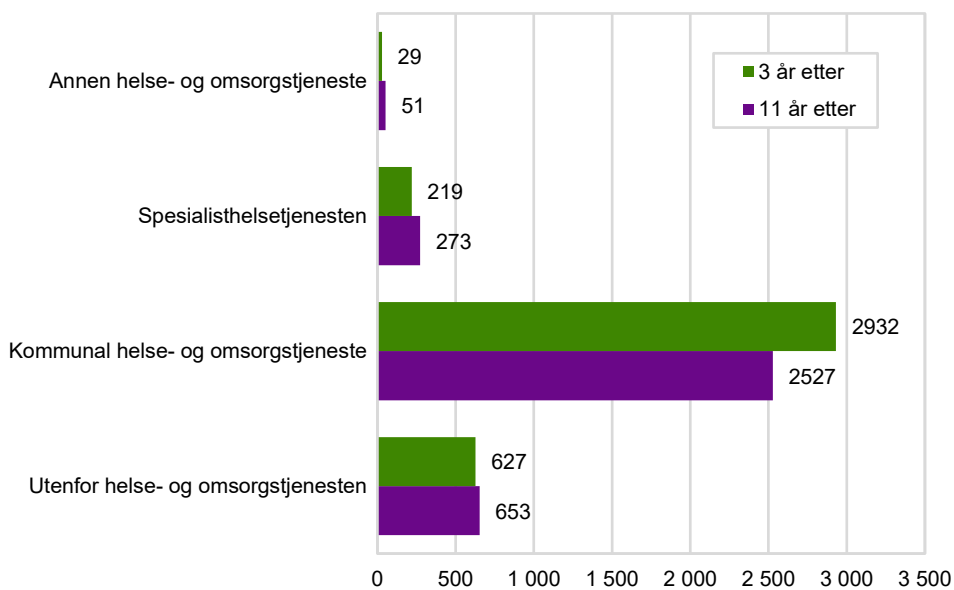


Kilde: Statistisk sentralbyrå

Gitt at 2005-kullet hadde en topptung alderssammensetning er det ikke overraskende at flere forsvant ut av arbeidslivet etter åtte år.

Fra 2005-kullet jobbet fremdeles de fleste i kommunal helse- og omsorgstjeneste 11 år etter endt utdanning. Dette gjaldt 2 527 hjelpepleiere/omsorgsarbeidere, som tilsvarer 72 prosent av sysselsatte hjelpepleiere/omsorgsarbeidere i 2016. Samtidig forlot 405 personer arbeidsplassen de hadde tre år etter endt utdanning (i 2008) for å jobbe andre steder 11 år etter (2016), noe som fremgår av figur 4.17.

**Figur 4.17 Helsefagarbeidere<sup>1</sup> 3 og 11 år etter fullført utdanning i 2005 etter arbeidsted. Antall**

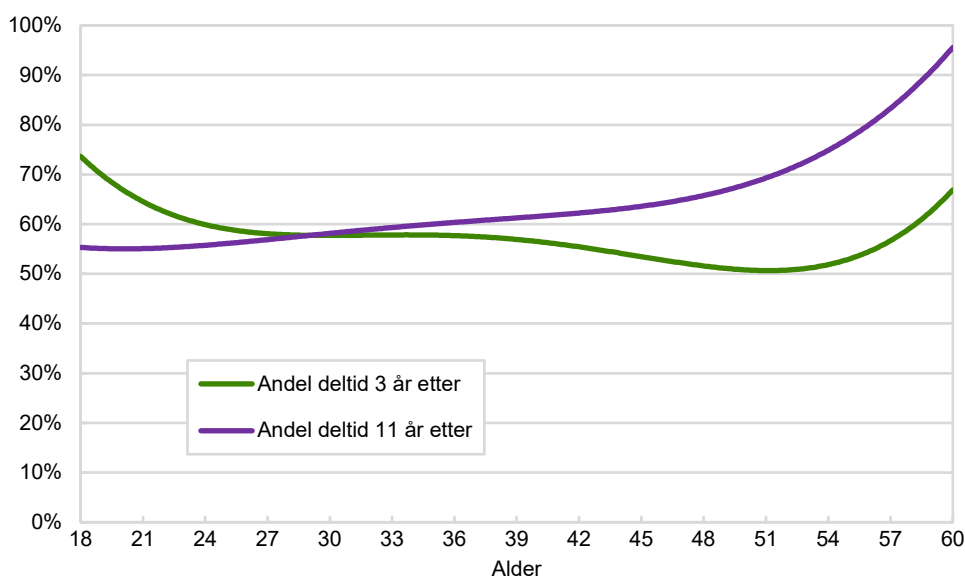


<sup>1</sup>inkluderer helsefagarbeidere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere  
 Kilde: Statistisk sentralbyrå

Vi ser også at relativt mange fra 2005-kullet hadde gått over til stillinger i spesialisthelsetjenesten i 2016, 11 år etter endt utdanning. Av dem som jobbet i spesialisthelsetjenesten i 2016 var det nærmere halvparten som hadde en annen utdanning enn hjelpepleier eller omsorgsarbeider. Av dem som var registrert med en annen utdanning enn hjelpepleier eller omsorgsarbeider hadde 32 prosent sykepleierutdanning i 2016.

Tallene for arbeidstid viser at flere fra 2005-kullet jobbet i heltidsstilling 11 år etter at de fikk fagbrevet, sammenlignet med arbeidsstatus første referanseåret (2008). Andel med deltidsstilling blant dem som var under 26 år i 2005-kullet gikk ned fra 64 prosent 3 år etter til 56 prosent 11 år etter, som vist i figur 4.18. Imidlertid jobbet mesteparten i denne aldersgruppen fremdeles deltid 11 år etter.

**Figur 4.18 Sysselsatte helsefagarbeidere<sup>1</sup> med deltidsstilling 3 og 11 år etter fullført utdanning i 2005 etter alder ved utdanningsår. Prosent<sup>2</sup>**



<sup>1</sup>inkluderer helsefagarbeidere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere  
<sup>2</sup> Dette er en glattet versjon av de faktiske tallene, anvendt 4. grads polynom.  
 Kilde: Statistisk sentralbyrå

For dem som var eldre enn 25 år gikk utviklingen motsatt vei. Andel voksne med hjelpepleier- eller omsorgsarbeiderutdanning, som jobbet deltid, økte med seks prosentpoeng over 8 år, og lå på 62 prosent 11 år etter for alle i alderen 26 år eller eldre. Vi ser av figur 4.18 at for dem som var 30 år og eldre da de tok fagprøven økte andelen med deltidsstilling 11 år etter med alderen.

## 5. Konklusjoner og videre arbeid

Antallet sysselsatte helsefagarbeidere i Norge har vært synkende i perioden fra og med 2008 til og med 2016. Det er hovedsakelig i spesialisthelsetjenesten (les: sykehus) og i næringer utenfor helse- og omsorgstjenesten at antallet sysselsatte helsefagarbeidere har gått ned de siste årene.

I 2016 var 89 778 personer med helsefagarbeiderrelatert utdanning i jobb. Det tilsvarte 74 prosent av alle med utdanningen. Kvinneandelen blant yrkesaktive helsefagarbeidere lå på 96 prosent.

De fleste helsefagarbeiderne jobber i helse- og omsorgstjenesten. I 2016 var omtrent 70 prosent med fagutdanningen ansatt i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, mens 8 prosent jobbet i spesialisthelsetjenesten. Nærmere 20 prosent av de sysselsatte jobbet utenfor helse- og omsorgstjenesten. Disse arbeidet bl.a. i barnehager, underviste på grunnskolenivå eller jobbet med videregående opplæring. I tillegg kommer andre som var ansatt i butikker og offentlig administrasjon.

Analysen viser videre at helse- og omsorgstjenesten er preget av flere deltidsstillinger enn heltidsstillinger, sammenlignet med sykepleiere hvor 1 av 3 jobbet deltid i 2016. Nærmere to av tre helsefagarbeidere hadde en deltidsstilling i 2016. Manglende utsikter til en fast jobb med høy stillingsprosent, spesielt for de yngre, kan være noe av årsaken til at rekrutteringen til faget ikke har tatt seg opp til nivået regjeringen satte som mål tilbake i 2006. Deltidsarbeidsforholdet kan også være et bevisst valg for enkelte aldersgrupper.

*For videre analyse anbefales det å se nærmere på stillingsprosenten, som kan gi en pekepinn på graden av arbeidsinvolvering til de sysselsatte i næringen.*

Arbeidsoppgavene til helsefagarbeidere er ofte fysisk krevende, som over lengre tid kan føre til økt sykefravær og eventuell avgang grunnet helsemessige årsaker og uførepensjonering. I 2016 var 26 prosent av dem med helsefagarbeiderrelatert utdanning uten jobb. De fleste helsefagarbeidere som ikke jobber mottar uførepensjon. Det fremgår av analysen at blant helsefagarbeidere i alderen mellom 45 og 59 som ikke var i jobb, var det hele 87 prosent som mottok helserelaterte ytelser. Tallene kan tyde på at yrket er fysisk belastende, og at effekten av denne belastningen kommer særlig til syne etter 45-årsalderen.

*For videre analyse anbefales det å se nærmere på sykefraværet blant helsefagarbeidere og hva som kjennetegner det i denne yrkes-/utdanningsgruppen. Langvarig sykefravær kan blant annet være indikasjon på omfanget av mulig framtidig avgang grunnet uførepensjonering.*

### 5.1. Voksende behov for rekruttering til faget

Tallmaterialet viser at det blir utdannet stadig flere helsefagarbeidere i Norge. Det er en tydelig og positiv trend fram til og med 2016. Allikevel var nivået nyutdannede helsefagarbeidere i 2016 lavere enn tilfellet var før endringene som fulgte av *Kunnskapsløftet* innført i 2006. I Norge vil derfor fokuset på rekrutteringen til faget fortsatt være sentralt framover.

Alder er en viktig faktor som påvirker blant annet arbeidsdeltakelsen til helsepersonell. Blant sysselsatte helsefagarbeidere i 2016 var hele 62 prosent over 45 år. Vi har også sett at arbeidsdeltakelse blant helsefagarbeidere synker med stigende alder. Mens nærmere 90 prosent av alle 20-åringer med fullført utdanning i

helsefag var sysselsatt i 2016, var tilsvarende andel bare 74 prosent blant dem som nærmet seg 62 år (AFP-alder).

Analysen viser at alderssammensetningen blant personer med helsefagarbeiderrelatert utdanning varierer med arbeidssted. Både i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten er det en større andel med helsefagarbeiderrelatert utdanning som nærmer seg slutten av arbeidskarrieren, sammenlignet med arbeidssteder utenfor helse- og omsorgstjenesten.

Gitt alderssammensetningen blant de sysselsatte med helsefagarbeiderutdanning, kan vi anta at det er mange som kommer til å gå av med pensjon de nærmeste 20 årene. Dette kombinert med en voksende eldrebefolkning i Norge vil øke behovet for flere helsefagarbeidere, særlig i kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Rekrutteringen til faget skjer også fra utlandet. I 2016 var 11 695 innvandrere med helsefagarbeiderrelatert utdanning i jobb, noe som tilsvarer 13 prosent av alle sysselsatte med utdanningen. Av innvandrerne var litt under halvparten utdannet i utlandet, mens resten fikk sitt fagbrev i Norge.

For helsefagarbeidere med utdanning fra utlandet, er det grunn til å følge med utviklingen både mht. tilgang og avganger framover. De to landene som utdannet flest med helsefagarbeiderrelatert utdanning i 2016, var Sverige og Filippinene. Grunnlagstall viser at det har vært større avgang av svenske helsefagarbeidere fra det norske arbeidsmarkedet enn tilgang de siste årene, noe som har medført at nettotilgangen begynte å avta fra 2014-årgangen. Innføring av nye autorisasjonskrav i 2017, som krever bestått språkprøve, vil også ha en effekt på framtidig tilgang av arbeidskraft med utdanning fra utlandet.

*For videre analyse anbefales det å følge opp utviklingen i tilgangen av helsefagarbeidere utdannet i utlandet, både med tanke på tilganger og avganger av helsepersonell.*

## 5.2. Endring i faget kan ha hatt flere konsekvenser

Resultatene fra analysen av to ulike utdanningskull, hhv. hjelpepleiere og omsorgsarbeidere fra 2005-kullet og helsefagarbeidere fra 2013-kullet, har blant annet vist at det ble utdannet færre helsefagarbeidere i 2013, enn dem som fikk hjelpepleier eller omsorgsarbeider utdanning i 2005. Samtidig har vi registrert at rekrutteringsveksten blant innvandrere har vært høyere - antallet innvandrere som tar fagbrevet i helsefag har vokst med nærmere 40 prosent siden 2005.

Tallene for 2013-kullet viser en endring i alderssammensetningen, da andel unge nyutdannede helsefagarbeidere under 25 år økte sammenlignet med andelen for 2005-kullet. Samtidig som de fleste med utdanning fra 2013 var eldre enn 25 år, falt antallet personer mellom 30 og 59 år betydelig.

Noe av forklaringen kan ligge i endringene i kjølvannet av *Kunnskapsløftet*. Samtidig som det nasjonale standardiserte utdanningsløpet på to år ble erstattet av ulike tilbud som varierer fra et fylke til et annet, ble veien til fagbrevet gjennom praksiskandidatordningen for voksne med erfaring minst ett år lenger, enn tidligere alternativ med privatistordning i hjelpepleie. I tillegg til obligatorisk fagprøve, må kandidatene bestå en obligatorisk tverrfaglig teoriprøve for å få bli autorisert som helsefagarbeider.

Fra 2018 er det blitt åpnet for å ta fagbrev på jobb, der personer som er i lønnet arbeid kan bli realkompetansevurdert, få opplæring på arbeidsplassen og ta fagbrev



på grunnlag av dette. Ordningen skal blant annet øke rekrutteringen av voksne helsefagarbeidere.

*For videre analyse anbefales det å se nærmere på effekten av denne ordningen etter noen år.*

Sammenlignet med 2005-kullet var helsefagarbeidere fra 2013-kullet i større grad yrkesaktive tre år etter fullført utdanning. Større andel helsefagarbeidere valgte for øvrig å jobbe i kommunal helse- og omsorgstjeneste tre år etter fullført utdanning.

Overføringen av stadig flere oppgaver fra sykehus til kommune i kjølvannet av samhandlingsreformen, kan ha bidratt til at flere nyutdannede søkte seg til en jobb i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Samtidig kan tendensen til at yngre helsefagarbeidere i større utstrekning velger å jobbe i den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan skyldes bevisst arbeid innen den nye studieretningen, for å opprette tettere bånd til arbeidslivet i læretiden.

Analysen viser at stadig flere i 2013-kullet var ansatt i deltidsstilling. I tillegg til endring i alderssammensetningen med flere yngre med utdanningen, kan tendensen til at stadig flere arbeider i den kommunale helse- og omsorgstjenesten tre år etter utdanningen ha bidratt til økningen i deltidsstilling.

Mange av elevene som tar helsefagarbeiderstudiet på videregående skole ser på helsefagarbeiderutdanningen som forberedende til sykepleierstudiet (NIFU 2013). Det pekes blant annet på at tilgangen til faste arbeidsforhold med høy stillingsprosent er nødvendig for at flere unge skal kunne utdanne seg til helsefagarbeidere og velge en jobb innenfor helse- og omsorgstjenesten.

*For videre analyse anbefales det å se nærmere på stillingsprosenten for nyutdannede helsefagarbeidere og følge opp utviklingen videre.*

Analysen viser også at arbeidsvalgene til innvandrere skiller seg fra resten av kullet. Tre år etter fullført utdanning i 2013 var innvandrere i større grad yrkesaktive, de fleste jobbet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, samtidig som flere blant innvandrere jobbet heltid sammenlignet med ikke innvandrere. Det kan være flere grunner til at innvandreres arbeidsvalg skiller seg fra dem til resten av personene i utdanningskullene. Analysen har blant annet vist at hele 85 prosent av innvandrere fra 2013-kullet var eldre enn 25 år.

*For videre analyser anbefales det å se nærmere på rekrutteringskanalen for helsefagarbeidere med innvandrerbakgrunn i videre analyser.*

### **5.3. Arbeidstilknytning 11 år etter fullført utdanning**

Formålet med gjennomgangen av arbeidstilknytningen 11 år etter fullført utdanning for 2005-kullet var å se på mulige trender i arbeidsvalg til hjelpepleiere og omsorgsarbeidere over en lengere tidsperiode, og om disse også kan være gjeldende for senere kull.

Analysen i rapporten har vist at arbeidsvalgene til helsefagarbeiderne fra 2013-kullet skilte seg fra dem til hjelpepleiere- og omsorgsarbeidere fra 2005-kullet tre år etter fullført utdanning. Det kan være flere forklaringer til forskjellene mellom kullene og deres arbeidstilknytning, en av dem er endringen i utdanningen som ble innført i 2006. Dette gir en grunn til å anta at arbeidstilknytningen 11 år fram i tid for 2013-kullet også kan være forskjellig.

Imidlertid vil aldersperspektivet på arbeidstilknytning fremdeles gjelde. Vi har sett at 2005-kullet i større grad hadde topptung aldersfordeling, slik at frafall fra arbeidslivet gjaldt i større grad for dette kullet. Sammenlignet med arbeidssituasjonen 3 år etter fullført utdanning var frafallet på fem prosent 11 år etter. Selv om de fleste fremdeles jobbet i kommunal helse- og omsorgstjeneste i 2016, var det 14 prosent færre ansatte i kommunen på dette tidspunktet. Noen valgte en jobb i spesialisthelsetjenesten.

Vi ser også en tydelig alderssammenheng, der flere av de yngre med helsefagarbeiderrelatert utdanning fikk en heltidsansettelse i 2016, samtidig blant dem som fikk fagbrevet etter fylte 30 år var det flere som reduserte stillingsandel 11 år etter fullført utdanning.

*For videre analyser anbefales det å se nærmere på yrkesprosenten, arbeidssted og arbeidstid til helsefagarbeidere fra 2013-kullet flere år etter fullført utdanning.*

## Referanser

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). Samhandlingsreformen i kortversjon. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/samhandlingsreformen-i-kortversjon1/id650137/>
- Håkon Høst (2010): «Helsefagarbeiderutdanning for voksne», NIFU rapport 25/2010
- Skålholt, A, Høst, H, Nyen, T & Hagen Tønder, A. (2013): Å bli helsefagarbeider. En kvalitativ undersøkelse av overganger mellom skole og læretid, og mellom læretid og arbeidsliv blant ungdom i helsearbeiderfaget. Hentet fra: <http://hdl.handle.net/11250/280399>

## Figurregister

Figur 3.1	Sysselsatte helsefagarbeidere etter alder og kjønn. 2016. Prosent.....	16
Figur 3.2	Sysselsatte helsefagarbeidere etter alder og arbeidssted, 2016. Antall.....	17
Figur 3.3	Sysselsatte helsefagarbeidere som jobber utenfor helse- og omsorgstjenesten fordelt på næring. 2016. Antall.....	18
Figur 3.4	Sysselsatte helsefagarbeidere etter arbeidssted og år, 2008-2016. Antall ...	18
Figur 3.5	Sysselsatte helsefagarbeidere etter alder og arbeidstid. 2016. Antall og prosent.....	19
Figur 3.6	Helsefagarbeidere etter arbeidssituasjon, arbeidssted og alder. 2016. Prosent .....	21
Figur 3.7	Helsefagarbeidere etter grunn til å ikke delta i arbeidslivet og alder. 2016. Prosent .....	22
Figur 3.8	Sysselsatte helsefagarbeidere med innvandringsbakgrunn etter utdanningsland, 2016. Antall.....	23
Figur 3.9	Sysselsatte helsefagarbeidere med innvandringsbakgrunn etter utdanningsland. 2016. Antall.....	24
Figur 3.10	Nettoutilgang av helsefagarbeidere fra utlandet. Totalt, Filippinene og Sverige, 2010–2016. Antall.....	25
Figur 3.11	Nyutdannede helsefagarbeidere etter utdanning og år. 2002–2016. Antall ...	26
Figur 3.12	Elever med generell studiekompetanse året etter å ha bestått helsefagarbeiderrelatert utdanning på trinn 2 i videregående. 2005, 2009 og 2013. Prosent.....	27
Figur 3.13	Nyutdannede innen helsefagarbeiderfaget og barne- og ungdomsarbeiderfaget, 2002–2016. Antall .....	27
Figur 3.14	Sysselsatte helsefagarbeidere etter utdanning og alder. 2016. Antall .....	28
Figur 3.15	Sysselsatte helsefagarbeidere etter utdanning og arbeidssted. 2016. Prosent .....	29
Figur 4.1	Nyutdannede elever med helsefagarbeiderrelatert utdanning etter alder og utdanningsår. Antall .....	31
Figur 4.2	Nyutdannede menn med helsefagrelatert utdanning etter alder og utdanningsår. Prosent.....	32
Figur 4.3	Nyutdannede elever med helsefagarbeiderrelatert utdanning etter innvandringskategori og utdanningsår. Prosent.....	33
Figur 4.4	Nyutdannede elever med innvandringsbakgrunn og helsefagarbeiderrelatert utdanning etter landbakgrunn og utdanningsår. Antall.....	33
Figur 4.5	Nyutdannede helsefagarbeidere med innvandrerbakgrunn etter alder og utdanningsår. Antall .....	34
Figur 4.6	Sysselsatte helsefagarbeidere 3 år etter fullført utdanning etter alder og utdanningsår. Prosent.....	35
Figur 4.7	Sysselsatte helsefagarbeidere 3 år etter fullført utdanning etter innvandrerbakgrunn og utdanningsår. Prosent .....	35
Figur 4.8	Sysselsatte helsefagarbeidere 3 år etter fullført utdanning etter arbeidssted og utdanningsår. Prosent .....	36
Figur 4.9	Sysselsatte helsefagarbeidere 3 år etter fullført utdanning etter innvandrerbakgrunn og utdanningsår. Prosent .....	37
Figur 4.10	Sysselsatte helsefagarbeidere 3 år etter fullført utdanning etter arbeidstid og utdanningsår. Prosent.....	38
Figur 4.11	Sysselsatte helsefagarbeidere 3 år etter fullført utdanning i 2013 etter alder og arbeidstid. Antall .....	38
Figur 4.12	Sysselsatte helsefagarbeidere med deltidsstilling 3 år etter fullført utdanning etter innvandrerbakgrunn og utdanningsår. Prosent .....	39
Figur 4.13	Helsefagarbeidere utenfor arbeidslivet 3 år etter fullført utdanning etter alder og utdanningsår. Prosent.....	40
Figur 4.14	Personer uten jobb yngre enn 26 år, etter årsak og utdanningsår. Tre år etter fullført helsefagarbeiderrelatert utdanning. Prosent.....	41
Figur 4.15	Personer uten jobb eldre enn 25 år, etter årsak og utdanningsår. Tre år etter fullført helsefagarbeiderrelatert utdanning. Prosent.....	41
Figur 4.16	Sysselsatte hjelpepleiere og omsorgsarbeidere 3 år og 11 år etter fullført utdanning i 2005 etter alder ved utdanning. Prosent.....	42
Figur 4.17	Helsefagarbeidere 3 og 11 år etter fullført utdanning i 2005 etter arbeidssted. Antall .....	43
Figur 4.18	Sysselsatte helsefagarbeidere med deltidsstilling 3 og 11 år etter fullført utdanning i 2005 etter alder ved utdanningsår. Prosent.....	43



© **Statistisk sentralbyrå, 2019**

Ved bruk av materiale fra denne publikasjonen skal Statistisk sentralbyrå oppgis som kilde.

ISBN 978-82-537-9954-4 (trykt)

ISBN 978-82-537-9955-1 (elektronisk)

ISSN 0806-2056