



Behov for og tilgang på arbeidskraft i offentlig helse og omsorg fremover

Hanne Marit Dalen, Geir Hjemås, Erling Holmøy og Zhiyang Jia

TALL

SOM FORTELLER

RAPPORTER / REPORTS

2026/18

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

© Statistisk sentralbyrå

Publisert: 1. juni 2026

ISBN 978-82-587-2107-6 (elektronisk)

ISSN 1892-7513 (elektronisk)

Standardtegn i tabeller	Symbol
Ikke mulig å oppgi tall Tall finnes ikke på dette tidspunktet fordi kategorien ikke var i bruk da tallene ble samlet inn.	.
Tallgrunnlag mangler Tall er ikke kommet inn i våre databaser eller er for usikre til å publiseres.	..
Vises ikke av konfidensialitetshensyn Tall publiseres ikke for å unngå å identifisere personer eller virksomheter.	:
Desimaltegn	,

Forord

Rapporten *Behov for og tilgang på arbeidskraft i offentlig helse og omsorg fremover* presenterer framskrivninger av etterspørselen etter arbeidskraft i de offentlige helse- og omsorgstjenestene (HO-tjenestene) og tilbudet av arbeidskraft rettet mot HO-yrkene. I tillegg sammenlignes etterspørselen og tilbudet av arbeidskraft med helsefaglig utdanning. Framskrivningene baserer seg på modeller utviklet i Statistisk sentralbyrå.

Rapporten bygger på og oppdaterer tidligere arbeider, presentert blant annet i Holmøy, Hjemås og Haugstveit (2023) og Jia, Z., T. Kornstad, N.M. Stølen og G. Hjemås (2023).

Rapporten er utarbeidet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Publikasjonen er utarbeidet av forsker Zhiyang Jia, Seksjon for arbeidsmarked og skatt, forsker Erling Holmøy, Seksjon for makroøkonomi, seniorrådgiver Geir Hjemås, Seksjon for helse-, omsorg og sosialstatistikk og seniorrådgiver Hanne Marit Dalen, Seksjon stab forskning.

Statistisk sentralbyrå, 27.05.2026

Linda Nøstbakken

Sammendrag

Rapporten presenterer oppdaterte framskrivninger av etterspørselen etter arbeidskraft i de offentlige helse- og omsorgstjenestene (HO-tjenestene) og tilbudet av personell med relevant utdanning for HO-yrkene. I tillegg sammenlignes etterspørselen og tilbudet av arbeidskraft med helsefaglig utdanning. Framskrivningene baserer seg på modeller utviklet i Statistisk sentralbyrå (SSB) der utviklingen i befolkning, tjenestebruk og tilbudet av arbeidskraft inngår som sentrale forutsetninger. Framskrivningene er basert på SSBs nyeste befolkningsframskrivninger fra 2024 og har et oppdatert basisår til 2024. Scenarioanalyser belyser hvordan ulike forutsetninger kan påvirke resultatene.

Framskrivningene av etterspørselen viser at veksten i bemanningsbehovet er klart sterkere i omsorgstjenestene enn i helsetjenestene, som følge av økningen i antall eldre. Veksten er særlig sterk i den kommunale omsorgstjenesten og somatiske helsetjenester. Resultatene viser også at forutsetninger om utviklingen i årsverk per bruker har stor betydning for bemanningsbehovet, og er en viktig kilde til variasjon mellom scenariene. Videre gir forskjeller i utviklingen i familieomsorg store utslag i behovet for offentlig bemanning.

Framskrivningene på arbeidstilbudet fra helsepersonell viser en økning for alle utdanningsgrupper fram mot 2040, men med betydelige forskjeller mellom utdanningsgrupper. Psykologer og tannpleiere har høyest prosentvis vekst, mens sykepleiere, vernepleiere og flere andre grupper har mer moderat vekst, og helsefagarbeidere og jordmødre har svakest vekst.

For å fordele den framskrevne etterspørselen etter tjenester på ulike utdanningsgrupper, benyttes den observerte bemanningssammensetningen i de enkelte helsetjenestene. Vi ser at bemanningssammensetningen i flere helsetjenester har endret seg etter 2020, med en reduksjon i sykepleierandelen og en økning i andelen ufaglært personell i pasientrettet arbeid. Det er imidlertid usikkert om dette representerer en varig utvikling eller en midlertidig tilpasning.

Analyser av ubalanser mellom tilbud og etterspørsel (gapanalyser) viser at etterspørselen etter helsepersonell øker betydelig mer enn tilbudet. Mangelen er særlig stor for helsefagarbeidere og sykepleiere, mens flere andre grupper har mer moderate underskudd og også overskudd. Samtidig er det viktig å merke seg at framskrivningene tar utgangspunkt i at det allerede i dag er et underskudd på enkelte utdanninger i 2024.

Beregninger av betydningen av ulike tilbudssidetiltak viser at ingen av disse alene er tilstrekkelige for å dekke det framtidige behovet for helsepersonell i referansebanen. Økt utdanningskapasitet gir størst effekt, mens tiltak rettet mot økt yrkesdeltakelse blant eldre arbeidstakere har moderat betydning i våre framskrivninger.

Abstract

The report presents updated projections of the demand for labor in the public health and care services, as well as the supply of personnel with relevant education for health and care occupations. It also compares the projected demand for and supply of labor with health-related education.

The projections are based on models developed by Statistics Norway (SSB), in which demographic developments, service utilization, and labor supply are key underlying assumptions. The projections rely on SSB's latest population forecasts from 2024 and use 2024 as the updated base year. Scenario analyses are used to illustrate how different assumptions may affect the results.

The demand projections show that growth in staffing needs is significantly stronger in care services than in health services, driven by the increase in the elderly population. Growth is particularly strong in municipal care services and somatic health services. The results also indicate that assumptions regarding developments in staffing per user (full-time equivalents per service recipient) have a major impact on staffing needs and are an important source of variation across scenarios. Furthermore, differences in the development of family care have substantial effects on the need for publicly funded staffing.

Projections of labor supply for health personnel show an increase across all educational groups toward 2040, although with considerable variation between them. Psychologists and dental hygienists are projected to experience the highest percentage growth, while nurses, social educators, and several other groups show more moderate growth. Health care workers and midwives are expected to have the weakest growth.

To allocate projected demand for services across different educational groups, the analysis uses the observed staffing composition within each health service. The findings show that staffing composition in several services has changed since 2020, with a decline in the share of nurses and an increase in the share of unskilled personnel involved in patient-facing work. However, it remains uncertain whether this reflects a permanent trend or a temporary adjustment.

Analyses of imbalances between supply and demand (gap analyses) indicate that demand for health personnel is projected to increase significantly more than supply. Shortages are particularly large for health care workers and nurses, while several other groups show more moderate deficits or even surpluses. It is important to note that the projections are based on the fact that there is already a shortage for some educational groups in 2024.

Calculations of the effects of different supply-side measures show that none of these measures alone are sufficient to meet the future demand for health personnel in the baseline scenario. Increasing education capacity has the largest effect, while measures aimed at extending labor market participation among older workers have a more moderate impact in the projections.

Innhold

Forord	3
Sammendrag	4
Abstract	5
1. Innledning	7
2. Beregningsopplegg	9
2.1. Grunnleggende tankeskjema	9
2.2. Forutsetninger i lys av viktige trender	10
2.3. Inndeling av offentlige HO-tjenester	16
2.4. Tilbud av ulike typer arbeidskraft	17
2.5. Ubalanser mellom tilbud og etterspørsel etter helsepersonell.....	18
3. Avgrensninger og datakilder	20
3.1. Etterspørselssiden: avgrensninger, datagrunnlag og metode.....	20
3.2. Tilbud av arbeidskraft.....	28
3.3. Bemanningsforutsetninger og korleksjon for underdekning.....	32
4. Etterspørsel etter HO-personell	53
4.1. Oversikt over scenarier	53
4.2. Vekst i HO-årsverk totalt	55
4.3. HO-andeler av total sysselsetting	59
4.4. Utvalgte scenarier for årsverk i hver av de 14 offentlige HO-tjenestene	61
5. Tilbud av HO-personell	68
5.1. Utviklingen i bestanden av ulike grupper av helsepersonell. Antall personer	68
5.2. Forventet utvikling i arbeidstilbud for ulike grupper av helsepersonell.....	69
5.3. Utvalgte scenarier for tilbudssiden	72
6. Gapanalyse	75
6.1. Analysens oppbygning og avgrensning	75
6.2. Korleksjon for kjent underdekning i 2024.....	76
6.3. Tilbud og etterspørsel i referansebanen	76
6.4. Gap mellom tilbud og etterspørsel.....	77
7. Diskusjon og oppsummering	79
Referanser	81
Vedlegg A: 16 framskrivingsalternativer av bemanningsbehov i 14 HO-tjenester	82
Vedlegg B: Aldersprofiler for årsverk i spesialisthelsetjenesten	87
Vedlegg C: Aldersprofiler for årsverk i kommunale helse- og omsorgstjeneste	95
Vedlegg D: Endringer i tjenestefordeling og brukerprofil	104
Vedlegg E: Scenarier for tilbudssiden for helsepersonell	113
Vedlegg F: Detaljert sammensetning av Andre helseutdanninger: POB og Ufaglært: POB	119
Figurregister	122
Tabellregister	124

1. Innledning

Denne rapporten (HHJ-26) oppdaterer framskrivningene i Holmøy, Hjemås og Haugstveit (2023) (HHH-23) og Jia, Z., T. Kornstad, N.M. Stølen og G. Hjemås (2023) (JKSH-23). Oppdateringene omfatter for det første *etterspørselen etter arbeidskraft i de helse- og omsorgstjenestene (HO-tjenestene) som ligger under det lovfestede offentlige sørge-for-ansvaret, og som i hovedsak skattefinansieres*. I denne rapporten omtales disse også som de *offentlige HO-tjenestene*, eller bare som *HO-tjenestene*. Med våre inndelinger er det 14 slike HO-tjenester. For det andre omfatter oppdateringene framskrivningene av tilbudet av arbeidskraft rettet mot HO-yrkene. I tillegg sammenlignes etterspørselen og tilbudet av arbeidskraft med helsefaglig utdanning. Framskrivningene av tilbudssiden av HO-arbeidsmarkedet baserer seg på modellen Helsemod.

Etterspørselen etter HO-arbeidskraft. Framskrivningene i denne rapporten skiller seg fra HHH-23 på følgende punkter:

- HHJ-26 baserer seg på SSBs *befolkningsframskrivninger* fra 2024, mens HHH-23 baserte seg på tilsvarende framskrivninger fra 2022.
- HHJ-26 baserer seg på 2024-tall for antall *brukere* totalt av hver av de ulike HO-tjenestene, og fordelingen av disse brukerne på alder og kjønn. HHH-23 baserte seg på tilsvarende 2019-tall.
- HHJ-26 baserer seg på 2024-tall for *årsverk* totalt og fordelingen av disse på brukernes kjønn og alder, for de ulike HO-tjenestene. HHH-23 baserte seg på tilsvarende 2019-tall.
- For noen HO-tjenester har det skjedd endringer i avgrensninger som innebærer at nye 2019-tall avviker fra 2019-tallene i HHH-23.
- I likhet med HHH-23 går framskrivningene i HHJ-26 til og med 2060. Startåret for framskrivningene i HHJ-26 er 2024, mens det var 2019 i HHH-23.

Beregningene av bemanningsbehovet er i hovedsak tilsvarende som i HHH-23. Dette, samt relatert faglitteratur og datakildene for antall brukere av offentlige HO-tjenester og offentlige HO-årsverk er beskrevet i HHH-19 og HHH-23. Fremstillingen av disse temaene i kapittel 2 i denne rapporten er derfor henvisende og summarisk. Kapittel 3 gjennomgår de statistiske kildene for modellen. Det gjelder spesielt oppdateringen av brukerfrekvenser og årsverk per bruker.

Framskrivningene av behovene for årsverk i offentlige HO-tjenester i denne rapporten (kapittel 4) inneholder de samme scenariene med hensyn til valg av forutsetninger som i HHH-23. Som i HHH-23 viser tabellene resultater i 2040 og 2060.¹ Presentasjonen av etterspørselsberegningene i kapittel 4 diskuterer også årsaker til at framskrivningene i denne rapporten avviker fra korresponderende tall i HHH-23.

Tilbudet av HO-arbeidskraft. Tilbuds- og gapanalysene er avgrenset til helsepersonell etter grunnutdanning og fordelt på de samme 14 sentrale utdanningsgruppene som i forrige framskrivning (JKSH-23), blant annet sykepleiere, leger, helsefagarbeidere og vernepleiere. Analysene omfatter ikke alle utdanningsgrupper, men er avgrenset til grupper med tilstrekkelig datagrunnlag og tydelig relevans for bemanningen i HO-tjenestene. Avgrensningen bidrar også til å unngå en oppdeling i mange små grupper.

Sammenlignet med forrige framskrivning er det særlig tre endringer som påvirker tilbudsanslagene, bemanningsandelene og dermed det beregnede gapet mellom tilbud og etterspørsel:

¹ Scenariene med ettårig tidsoppløsning kan gjøres tilgjengelig på forespørsel.

- *Tilbudsframskrivningene er nå basert på individdata frem til og med 2024, mot 2019 i JKSH-23. Standardvalget for basisår er 2024, men for sykepleiere og noen andre grupper er basisåret satt til 2023, fordi 2024-tallene avviker unormalt mye fra det historiske mønsteret.*
- *Definisjonen av hvilke arbeidsforhold som regnes som tilhørende forskjellige helsetjenester er oppdatert. Dette øker graden av konsistens mellom avgrensningene i beregningene av etterspørsel og tilbud.*
- *Endret metode for bemanningssammensetning – basert på siste tilgjengelige data (2024). I forrige framskrivning ble den observerte historiske trenden i bemanningssammensetningen – det vil si andelen av ulike utdanningsgrupper innenfor hver helsetjeneste – videreført frem mot 2040. Analysene av historiske data i denne rapporten avdekker imidlertid et tydelig trendbrudd i bemanningssammensetningen etter 2019 for en rekke HO-tjenester og utdanningsgrupper. Særlig fremtredende er en nedgang i sykepleierandelen og en tilsvarende økning i andelen ufaglærte i tjenester som hjemmetjeneste og institusjonsomsorg. Vi har i denne rapporten valgt å holde bemanningsandelene konstant på sine respektive 2024-nivåer, fremfor å forlenge den observerte trenden etter 2019.*

2. Beregningsopplegg

2.1. Grunnleggende tankeskjema

Beregningene framskriver *etterspørselen* etter skattefinansierte HO-årsverk (heretter omtalt som *bemanningsbehovet*) som inngår i det lovfestede sørge-for ansvaret som det offentlige har for tilbudet av henholdsvis helsetjenester og pleie- og omsorgstjenester (heretter kalt omsorg). Begrunnelsen for avgrensningen til offentlig finansierte HO-tjenester er for det første at det offentliges sørge-for ansvar gjør det lett å motivere framskrivninger av hvilke bemanningsbehov som kan oppstå for stat og kommuner kommende tiår. For det andre dekker offentlig forvaltning (staten, kommunene og Folketrygden) en dominerende andel av Norges totale HO-utgifter. Statistisk sentralbyrås Helseregnskap² viser at andelen av HO-utgifter dekket av det offentlige har ligget mellom 84 og 86 prosent i perioden 2007-2024 (siste år med tall), etter å ha økt fra 81 prosent i 1997.

Framskrivningene tar utgangspunkt i en dekomponering av antall årsverk som trengs i et gitt år for å dekke etterspørselen etter en gitt offentlig HO-tjeneste fra en befolkningsgruppe med gitt kjønn og alder:

$$1) \text{ Årsverk} \equiv \frac{\text{Årsverk}}{\text{Brukere}} \cdot \frac{\text{Brukere}}{\text{Personer}} \cdot \text{Personer}$$

Vi betegner årsverk per bruker som (*tjeneste*)*standarden*, men dette forholdstallet fanger også opp *arbeidsbesparende produktivitetendringer*. Brukere per person betegnes som *brukerfrekvens*. I en del tilfeller beregner vi en ekstra komponent som følger: $\frac{\text{Årsverk}}{\text{Brukere}} = \frac{\text{Årsverk}}{\text{Aktivitet}} \cdot \frac{\text{Aktivitet}}{\text{Brukere}}$. Eksempler på «aktivitet» er konsultasjoner hos fastleger eller fysioterapeuter, og behandlinger per bruker av barne-, ungdoms- og voksenpsykiatri. Summering over kjønn og alder gir årsverkstall for hver HO-næring.

Tolkningen av ligning (1) endres fra en regnskapsmessig dekomponering som alltid gjelder, til en *modell* for sysselsettingsveksten i hver HO-tjeneste når vi antar at de kjønns- og aldersspesifikke forholdstallene for tjenestestandard og brukerfrekvens er eksogene, det vil si at de er uavhengige av de andre variablene *som er inkludert i modellen*. Modellbrukeren må da angi verdier for disse variablene på grunnlag av det som finnes av kunnskap og innsikt. I tillegg er det ofte aktuelt og instruktivt å undersøke hvor følsomme framskrivningene er for variasjoner i eksogene variabler. I denne rapporten er befolkningen etter kjønn og alder lik hovedalternativet i SSBs befolkningsframskrivninger fra 2024 (Thomas og Tømmerås 2024). Utgangsnivåene for brukerfrekvensene og tjenestestandarder er 2024-data.

Det grunnleggende poenget med å bruke modellen over til å fremskrive etterspørselen etter offentlige HO-årsverk er at de alders- og kjønns-spesifikke tjenestestandardene og brukerfrekvensene varierer betydelig på tvers av aldersgrupper, og noe mellom kjønn, samtidig som de varierer relativt lite fra år til år. Sammenlignet med direkte skjønnsmessige anslag på bemanningsbehovet i HO-tjenestene, er den klareste fordelingen ved å bruke modellen at den tallfester hvor mye endringer i befolkningens størrelse og alderssammensetning betyr for bemanningsbehovet, gitt videreføring av «dagens» tjenestestandarder og bruksmønster. Denne fordelingen avhenger selvsagt av gode befolkningsprediksjoner. Vi legger til grunn hovedalternativet i befolkningsframskrivningene fra Statistisk sentralbyrå.

² www.ssb.no/statbank/table/10812: Helseutgifter, etter finansieringskilde.

2.2. Forutsetninger i lys av viktige trender

Det er gjennom anslagene på brukerfrekvenser og tjenestestandarder at modellberegningene kan fange opp virkninger av forhold som presumptivt betyr mye for resultatene. Forskning og erfaringer fra framskrivningsarbeid i mange land har ledet til relativt stor enighet om hvilke utviklingstrekk som er viktige å ta hensyn til. Foruten demografi omfatter disse:

- Produktivitetsvekst
- Realinntektsvekst
- Helsetilstand
- Priser, herunder brukerbetaling
- Tilbudet av privatfinansierte HO-tjenester
- Familieomsorg
- Endringer i organiseringen av offentlige HO-tjenester

Produktivitetsvekst

I vår modell må produktivitetsvekst tolkes som den rent *arbeidsbesparende* effekten av endringer i teknologi, kunnskaper og organisering. Dette fordi modellen beregner hvor mye som trengs av arbeidsinnsats for å realisere implisitte endringer i mengde og kvalitet av tjenestene. Arbeidsbesparende produktivitetsvekst fanges direkte opp i modellen gjennom eksogene endringer i tjenestestandardene som måler årsverk per bruker. Avsnitt 4.1 begrunner konkret hvorfor de to anslagene på produktivitetsvekst som brukes i våre framskrivninger, er henholdsvis 0 og 0,5 prosent per år.

For HO-sektoren kan ren arbeidsbesparende produktivitetsvekst fremstå som et amputert produktivitetsbegrep. Særlig innenfor somatikk har det skjedd store produktivitetsforbedringer som har vært høstet som økt produksjonsmengde og høyere kvalitet, i stedet for lavere arbeidsinnsats. Eksempler på produktivitetsforbedringer omfatter blant annet økt evne til å behandle sykdommer og lidelser, bedre diagnostikk, medisiner og hjelpemidler. Denne produksjonsutvidende effekten av teknologisk utvikling og forskning fanges ikke opp av noen av variablene i vår modell.

Realinntektsvekst

Bruken av HO-tjenester er en del av Norges samlede forbruk. Både økonomisk teori og empiri tyder på at HO-tjenester per innbygger vokser prosentvis minst like raskt som veksten i annet forbruk. Vi viser til oversikten i Hjemås, Holmøy og Haugstveit (2019, kapittel 6) over relevante studier av effekten av realinntektsvekst for HO-etterspørselen.

Over tid er det bred enighet om at produktivitetsvekst er hovedårsaken til realinntektsvekst. Det kan derfor være vanskelig å skille inntektseffekten på etterspørselen etter et produkt fra en direkte produktivitetseffekt. Det gjelder særlig når produktivitetsutviklingen skjer ved utvikling av nye og bedre produkter. For helsetjenester er dette høyaktuelt: Utvikling av en ny og mer effektiv medisin eller behandling kan med god mening sies å skape sin egen etterspørsel. Et illustrerende eksempel er vaksineutviklingen under koronakrisen.

I det norske systemet, der det offentlige finansierer rundt 85 prosent av Norges totale HO-utgifter, vil effekten av generell realinntektsvekst gi seg utslag i at de politiske partiene fanger opp befolkningens forventninger og krav om flere og bedre HO-tjenester. Samtidig vil inntektsvekst øke skattegrunnlagene, slik at vekst i det offentlige HO-tilbudet kan finansieres uten skatteskjerpelser eller økte brukerbetaling.

Utover den generelle positive effekten realinntektsvekst har på etterspørselen etter de aller fleste varer og tjenester kan det argumenteres for at inntektseffekten også vil vri etterspørselens

sammensetning i favør av HO-tjenester. Som vist i Hjemås mfl. (2019, kapittel 6) understøttes dette av flere empiriske analyser. Hall og Jones (2007) gir en interessant teoretisk begrunnelse for dette. Deres hovedpoeng er: For de fleste goder avtar gleden over å få enda mer av dem jo mer forbrukeren har fra før. Men denne metningen av behovene gjelder ikke gleden av flere leveår med god økonomi og god helse. Hall og Jones konkluderer med at styrken i denne effekten gjør det realistisk at USAs helseutgifter kan vokse til 30 prosent av BNP i 2050. Andelen var 15 prosent da artikkelen ble utgitt i 2007, og er snaut 20 prosent i dag. Dette gjelder altså USA, der mer enn halvparten av helseutgiftene betales privat, men argumentet er generelt.

I modellberegningene oversettes etterspørselseffekten av realinntektsvekst til endringer i tjenestestandarder. Det kan også hevdes at brukerfrekvensene vil øke, siden dagens system der brukerbetalingene dekker en svært liten del av kostnadene innebærer køer og ventelister. Argumentet for inntektsavhengige brukerfrekvenser ville vært enda sterkere i tidligere tider da det offentlige HO-tilbudet var under utbygging. Gitt at modellbrukeren har et bevisst forhold til inntektseffektens samlede kjønns- og aldersspesifikke effekt på årsverk per person, er resultatene uavhengige av om effekten ivaretas gjennom standard eller brukerfrekvens. Vi har valgt å fange opp inntektseffekten gjennom endringer i tjenestestandard. Avsnitt 4.1 begrunner hvorfor de to anslagene på inntektsgenererte standardforbedringer som brukes i våre framskrivninger, er 0, 0,5 og 1 prosent per år.

Helsetilstand

Vi viser til Hjemås, Holmøy og Haugstveit (2019, kapittel 7) for en gjennomgang av studier av sammenhengen mellom økende gjenstående levealder blant eldre og eldres helsetilstand. Av nyere relevante studier vil vi trekke fram resultater fra prosjektet Global Burden of Disease Study 2019 for Norge (Clarsen et al., 2022). De viser at antall forventede friske leveår har økt etter 1990, men økningen har vært mindre enn økningen i forventet levealder.

Som blant annet i HHH-23 og Hjemås mfl. (2019) lar vi forbedringer i aldersspesifikk helse slå ut i lavere korresponderende brukerfrekvenser. Effekten er imidlertid begrenset på to måter. For det første opptrer den bare i tjenestene somatikk og omsorgstjenestene. Vi antar altså ikke at bruken innen psykiatri, rusbehandling, tannlege og fastleger påvirker de forbedringer i helsetilstand man typisk finner blant eldre. For det andre gjelder den bare personer 55 år og eldre. Det er fra 55 årsalderen at bruken av HO-tjenester begynner å vokse mot de nivåer vi finner for personer eldre enn 80 år.

Vi bruker endringer i kjønns- og aldersspesifikk dødelighet i vår valgte befolkningsframskrivning som indikator på endringer i kjønns- og aldersspesifikk helsetilstand. Vi forutsetter at avtakende kjønns- og aldersspesifikk dødelighet over tid er en god proxy på korresponderende helseforbedringer. Kjønns- og aldersspesifikke brukerfrekvenser for de berørte tjenestene reduseres i et tempo som tilsvarer nedgangen over tid i korresponderende dødelighetsrater. Eksempelvis antar vi at brukerfrekvensen for en gitt HO-tjeneste blant 90-åringene faller til tilsvarende frekvens for 89-åringene i løpet av like mange år som det tar for 90-åringenes dødelighet å falle til 89-åringenes dødelighet. Metoden er detaljert beskrevet i Hjemås mfl. (2019, kapittel 7). Avsnitt 3.1 forklarer endringer i den beregningstekniske operasjonaliseringen av denne metoden som er gjort i denne rapportens beregninger.

Våre framskrivninger er gjort under to alternative forutsetninger om utslag på brukerfrekvenser skapt av helseforbedringer i befolkningen 55 år og eldre: 1) Ingen utslag; 2) Reduksjoner beregnet som forklart over og i avsnitt 3.1.

Priser, herunder brukerbetaling

Tidligere framskrivningsrapporter (HHH-23 og JKSH-23) forutsatte videreføring av dagens offentlige sørge-for ansvar der prismekanismen ikke brukes til å balansere tilbud og etterspørsel. Det ble implisitt lagt til grunn at brukerbetalingene fortsatt ville være lave i forhold til enhetskostnadene i HO-produksjon. Vi gjør de samme forutsetningene i denne rapporten.

Tilbudet av privatfinansierte HO-tjenester

Alle framskrivningene i denne rapporten baserer seg på en underliggende forutsetning om «uendret politikk». Det gjelder spesielt det lovpålagte offentlige sørge-for ansvaret for henholdsvis helsetjenestene og omsorg. Vi analyserer altså ikke virkninger av økt privatisering av HO-tjenestene, men forklarer hvordan våre beregninger tar hensyn til at økt tilbud fra kommersielle private aktører³ kan fortrenge det offentlige tilbudet, med redusert offentlig bemanningsbehov som resultat.

Som forklart i avsnitt 2.1, beregner vi bemanningsbehovet i offentlig finansierte HO-tjenester ved å dekomponere etterspørselsvekst fra 2024-nivået i bidrag fra endringer i demografi, brukerfrekvenser og årsverk per bruker. Modellen inkluderer ingen faktorer som motiverer HO-brukerne til å velge å betale for HO-tjenester av egen lomme eller via private helseforsikringer, fremfor å vente i helsekø på det skattefinansierte alternativet. Modellen må tolkes slik at brukerfrekvensene - implisitt - inkluderer en faktor som sier hvor stor andel av den samlede etterspørselen som retter seg mot det offentlige tilbudet. Modellbrukeren kan simulere vridning av etterspørselen fra (til) skattefinansierte til (fra) privatfinansierte tjenester ved eksogene endringer i brukerfrekvenser.

I våre framskrivninger er brukerfrekvensene konstante over tid i alle scenarier, unntatt i scenariene med helseforbedringer over tid. Ingen endringer i brukerfrekvenser (eller andre parametere) skyldes endringer i fordelingen av etterspørselen mellom skattefinansierte og privatfinansierte tilbydere. Forutsetningene innebærer at den privatfinansierte andelen av Norges totale HO-utgifter ikke endres mye fra dagens nivå på 14 prosent.

Forutsetningen om uendret politikk innebærer at vi ikke fanger opp de endringene i brukerfrekvenser som kan følge av endringer i omfanget av privatfinansierte tjenester. Helsepersonellkommisjonen (NOU 2023:4) legger til grunn lave vekstrater i offentlig HO-bemanning og begrenset vekst i private markeder. Dersom den offentlige produksjonen ikke holder tritt med etterspørselsveksten, kan dette påvirke fordelingen mellom offentlige og private tilbud. Slike mekanismer er ikke eksplisitt modellert her, og krever mer avanserte modellopplegg enn det som benyttes i denne rapporten.

Et nærliggende spørsmål er om Norge er inne i en utvikling der privatiseringen av HO-sektoren allerede er godt i gang. I så fall har framskrivninger av bemanningsbehovet i kun de skattefinansierte HO-tjenestene begrenset relevans for mange aktuelle spørsmål, herunder ubalanser i arbeidsmarkedene for HO-personell.

Det er vanskelig å danne seg et helhetlig tallfestet bilde av utviklingen i de kommersielle HO-tilbydernes bruk av arbeidskraft og andre ressurser og det ligger utenfor rammene for denne rapporten. Avsnittet peker derfor på hvordan omfanget av privatfinansierte tjenester kan ha betydning for tolkningen av framskrivningene. Som bakgrunn vises det blant annet til beskrivelse av private aktørers rolle i helse- og omsorgssektoren, jf. *For velferdsstaten* (2025). En indikator på utviklingen i privatfinansierte helsetjenester er økningen i private helseforsikringer. Tall fra *Finans Norge*⁴ viser at antall med såkalt behandlingsforsikring har økt fra 142 000 ved utgangen av 2010 til

³ Det kommersielle private HO-tilbudet inkluderer ikke HO-tjenester som produseres av private aktører når disse finansieres av det offentlige etter avtale.

⁴ www.finansnorge.no/tema/statistikk-og-analyse/forsikring/helseforsikring

885 000 ved utgangen av 2025. Behandlingsforsikring gir rask tilgang til medisinsk behandling og dekker operasjoner og annen behandling henvist av lege. Andre private helseforsikringer er *Barneforsikring og Forsikring for kritisk/alvorlig sykdom*. I løpet av samme periode økte antall forsikrede barn fra 499 000 til 656 000, mens tallet på dem som er berettiget en engangsutbetaling ved alvorlig sykdom økte fra 181 000 til 630 000.

Statistisk sentralbyrås Helseregnskap⁵ viser at det i perioden 2007-2024 ikke har skjedd systematiske endringer i de totale HO-utgiftenes fordeling på finansieringskilder. Den offentlige (staten, kommunene og Folketrygden) finansieringsandelen har variert mellom 84 og 86 prosent. Resten har vært privatfinansiert. Stabile finansieringsandeler kan virke overraskende i lys av debatten om privatisering. Utviklingen i andelene er likevel forenlig med absolutt vekst i det kommersielle HO-tilbudet på grunn av sterk vekst i de totale HO-utgiftene. I 2023 var de nominelle totale HO-utgiftene 150 prosent høyere enn i 2007, og 436 prosent høyere enn i 1997.

Forutsetningen om uendret politikk er en analytisk avgrensning som ofte benyttes i første runde av langsiktige framskrivninger. Den gir et referansepunkt for å vurdere hvordan ulike utviklingsforløp slår ut i beregningene. Videre analyser av alternative forutsetninger kan belyse hvordan endringer i rammebetingelser påvirker resultatene. Tallfestede anslag kan i denne sammenheng være et nyttig grunnlag for å analysere og sammenligne konsekvenser av mulige forløp. Helsepersonellkomisjonen anbefalinger støtter seg til framskrivningene av bemanningsbehov og ubalanser i HO-arbeidsmarkedene i HHH-23 og JKSH-23. Framskrivninger er ikke ment som prognoser for den faktiske utviklingen, men skal belyse mulige utviklingsbaner gitt beviste forutsetninger. Det inkluderer også forutsetningen om uendret politikk.

Privatisering av en HO-tjeneste innebærer typisk en vridning av bruken av tjenesten fra den skattefinansierte til den privatfinansierte produksjonen. Denne samvariasjonen åpner for feilvurderinger. Årsaken er at endringer i brukerfrekvenser også kan reflektere endringer i helsetilstand. Hvis det er gode grunner til å tro at det i løpet av en gitt periode kan ha skjedd endringer i forholdet mellom privat og offentlig finansiering av de HO-tjenestene man interesserer seg for, må vurderinger av mulige endringer ikke baseres kun på brukerfrekvensene for de skattefinansierte tjenestene. Man må – som et minimum – inkludere den samlede bruken av tjenestene, på tvers av hvordan de finansieres.

En utvikling med økende privatisering skaper også en fare for at tallfestingen av parameterne i modellen blir misvisende. Et eksempel er negative trender for brukerfrekvenser blant eldre. Som nevnt over, kan dette være en brukbar indikasjon på helseforbedringer i denne aldersgruppen. Men hvis det er kun bruken av de offentlige HO-tjenestene som måles, kan trenden også skyldes at brukerne i økende grad velger det private fremfor det offentlige tilbudet. Faren for slike feiltolkninger forsterkes av at modellen er laget for å beregne bemanningsbehovet i kun offentlig finansierte HO-tjenester.

Denne rapporten tar ikke normativ stilling til denne utviklingen. Vi begrenser oss til de effektene den kan eller vil ha på våre framskrivninger av bemanningsbehovet. Et konkret eksempel på det vi her tar opp finner vi i tabell 2.1 i linjen for «Annen kommunal HO». Her er årsverkene i 2019 redusert med vel 7100 som følge av revisjoner av de tallene som forelå da HHH-23 ble skrevet. Årsaken er at datagrunnlaget for denne tjenesten er revidert i etterkant, og at 2019-tallene som ble benyttet i HHH-23 var høyere enn det reviderte nivået som fremgår av tabell 2.1. Det aller meste av denne endringen reflekterer derfor en metodisk korleksjon av registreringsgrunnlaget, og ikke en reell

⁵ www.ssb.no/statbank/table/10812: Helseutgifter, etter finansieringskilde.

nedgang i bemanningen. Det aller meste av denne endringen har altså ingenting å gjøre med lavere bruk som følge av helseforbedringer, eller produktivitetsvekst.

Mer generelt: Når brukerne av en gitt HO-tjeneste kan velge mellom en offentlig finansiert variant og en variant som må betales privat, kan våre brukerfrekvenser endres raskt som følge av sammenligninger av tjenestens nytte og kostnad, altså av forhold som ikke har noe med befolkningens størrelse, aldersfordeling og generelle helsetilstand å gjøre. Med private tilbydere vil ikke lenger myndighetenes bevilgninger og prioriteringer være bestemmende for det totale forbruket av hver HO-tjeneste.

Familieomsorg

Familieomsorg kan betraktes som den ultimate form for privat produksjon og finansiering. Den skaper derfor akkurat de problemene med modellbruk og tolkning av framskrivninger som vi nevnte over i forbindelse med privatisering: Økt familieomsorg reduserer isolert sett behovet for å bruke både offentlig og kommersiell omsorg. Her er det dermed en åpenbar fare for at reduserte brukerfrekvenser knyttet til offentlig omsorg feiltolkes som bedring av brukernes helsetilstand. Den feiltolkningen skjer dersom endringen skyldes at pårørende overtar kommunens omsorgsoppgaver.

Omfanget av pårørendes omsorg (familieomsorg) reflekterer at mange omsorgsoppgaver ikke krever spesialisert kompetanse. Selv om alle anslag på tid brukt på familieomsorg vil være usikre, tyder tilgjengelig kunnskap på at dette omsorgsarbeidet fortsatt spiller en så stor rolle at framskrivninger vil fremstå som irrelevante hvis de ikke tar hensyn til det. Behovet for å ta hensyn til familieomsorg forsterkes av at omsorgstjenestene vil oppleve den sterkeste veksten i bemanningsbehovet som følge av sterk økning i antall eldre. Dette er et mønster som vises i alle de norske HO-framskrivningene vi kjenner til.

Datakilder for omfanget av familieomsorg er for det første Levekårsundersøkelsen (LKU) for helse utført av Statistisk sentralbyrå (SSB). Her tallfestes familieomsorgen på grunnlag av selvrapporterte tall for personers tidsbruk på ulønnet hjelp eller tilsyn. Hjemås, Holmøy og Haugstveit (2019, kapittel 8) diskuterer relativt detaljert tallanslag på familieomsorgen basert på LKU-2015 som inkluderer ulønnet omsorgsarbeid både innenfor og utenfor eget hushold. For 2017 ble det utledet at 645 000 personer leverte familieomsorg når man inkluderte omsorg som ytes av både samboere av mottakeren og pårørende utenfor mottakerens husholdning. Innsatsen tilsvarer 136 000 årsverk når et årsverk defineres som 1598 timer.⁶ Til sammenligning jobbet det da 142 936 årsverk i den kommunale omsorgen. Anslaget på 136 000 årsverk brukes i Kvinnehelseutvalgets utredning (NOU 2023:5), Regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan 2021-2025 (Regjeringen 2020) og av Helsedirektoratet (Helsedirektoratet 2022a). Andelen av befolkningen som yter familieomsorg var høyest – 23 prosent - for aldersgruppen 45-66 år. De ferskeste LKU-tallene er fra 2019.⁷ Her lå andelen av personer som gir ulønnet hjelp 2 prosentpoeng høyere enn i LKU-2015. I HHH-23 brukes 90 000 årsverk som anslag på omsorgen som ytes av pårørende utenfor mottakerens husholdning. Bruken av LKU-data i (Otnes, 2012) er et av holdepunktene for dette anslaget.

Menon Economics (2025) gir en oversikt over et alternativt datamateriale for familieomsorg. Dette er basert på utvalgsundersøkelser beskrevet i Pårørendealliansen (2018) og Helsedirektoratet (2022b). Etter å ha drøftet ulike anslag velger Menon Economics (2025) 800 000 pårørende som forutsetning for et midtpunktscenario. Dette omfatter samboere av dem som mottar omsorgen. Videre antar Menon at gjennomsnittlig timebruk per pårørende er 10,6 timer per uke, basert på Pårørendeundersøkelsen 2020/2021. Hvis vi definerer et årsverk som 1600 timeverk, innebærer

⁶ 1598 timer var ifølge nasjonalregnskapet det gjennomsnittlige timeinnholdet i et heltidsekivalent årsverk i fastlands-Norge i 2017.

⁷ [Statistikbanken – SSB](#). Tabell 08252: Omsorgsarbeid, etter omsorgstype, alder, utdanningsnivå og år.

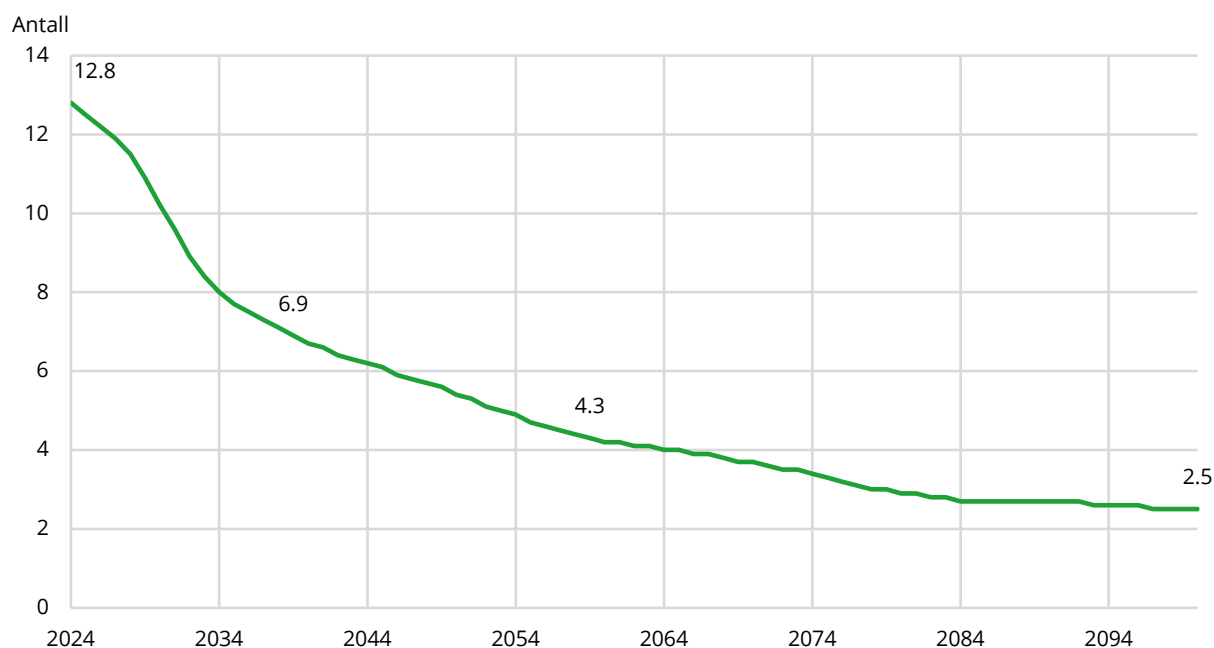
tallene at kvinner og menn over 18 år utfører uformell omsorg tilsvarende 276 000 årsverk, hvorav kvinnene står bak 173 000.

I våre modellberegninger antar vi at en gitt økning i årsverk som ytes av pårørende utenfor mottakerens husholdning, isolert sett erstatter like mange årsverk i offentlig omsorg. Vi antar at besparelsen av årsverk i hver av omsorgstjenestene er lik tjenestens andel av de totale offentlige omsorgsårsverkene.

Vi antar at veksten i den omsorgen som gis av pårørende innenfor egen husholdning, altså at samboere hjelper hverandre, i hovedsak vil drives av demografi, herunder flere eldre. Videre antar vi at teknologiske forbedringer innenfor husholdningsproduksjon generelt og omsorg spesielt kan lette familieomsorgen. Vi har derfor lagt til grunn at familieomsorgen innenfor eget hushold vokser med samme rate som årsverkene i kommunal institusjons- og hjemmeomsorg.

Dette resonnementet gjelder i mindre grad for den omsorgen som ytes av pårørende utenfor mottakernes husholdning. For det første kan ikke disse utføre løpende tilsyn og hjelpe spontant. For det andre vil forholdet mellom pårørende personer og hjelpetrequende personer avta sterkt i kommende tiår. Vi kan konkretisere dette ved forholdet mellom antallet i aldersgruppen 45-66 år relativt til antall som er 85 år eller eldre. Dette forholdstallet er en indikator på gjennomsnittsbekleiringen for de mest aktive pårørende utenfor mottakernes husholdning i de befolkningsfremskrivningene vi baserer oss på. Forholdstallet avtar her fra 12,8 i 2024 (1. januar) til 2,5 i 2100. Fallet er sterkest i de nærmest to tiårene. Allerede i 2040 har det falt til 6,9. I 2060 passeres 4,3 i klart lavere fart.

Figur 2.1 Antall personer 45-66 år per person 85 år eller eldre



Kilde: Statistisk sentralbyrå, tabell 14282

I våre framskrivninger opererer vi med to alternative sjablongmessige forutsetninger om familieomsorgen:

- 1) Proporsjonal familieomsorg. Her vokser årsverkene levert av pårørende med samme rate som årsverkene i den kommunale omsorgen. Det innebærer et konstant forhold mellom disse årsverkstallene. I dette tilfellet kan behovet for kommunalt finansierte årsverk

framskrives uavhengig av antall årsverk som ytes av pårørende, uavhengig av om de er samboere eller ikke.

- 2) Konstant familieomsorg: Her holdes anslaget på årsverk som ytes av pårørende utenfor mottakers husholdning konstant lik det vi anslår for 2024. Vi har valgt å beholde et anslag på 90 000 årsverk som også ble brukt i HHH-23.

Organiseringen av offentlige omsorgstjenester

I flere år har det skjedd en omorganisering av de offentlige omsorgstjenestene som kommunene har ansvaret for. Politikken preges av en nedbygging av sykehjemsplasser kombinert med økt satsing på hjemmetjenester.

Endringer i fordelingen av omsorgen mellom institusjoner og brukernes hjem påvirker brukerfrekvenser og tjenestestandarder av andre grunner enn helsetilstand, tjenestekvalitet og produktivitet. Hverken våre beregninger eller den statistikken de bygger på, gir faglig belegg for at det har skjedd en produktivetsforbedring dersom det spares omsorgsårsverk ved at brukerne bor lengre hjemme med hjemmeomsorg før de eventuelt får sykehjemsplass. For å kunne påstå dette, må man ha langt bedre informasjon enn den man har om kvaliteten på omsorgen ved de to måtene å produsere den på. Produktivitetseffekten av en slik endring i omsorgen avhenger dessuten kritisk av effekten på familieomsorgen. Pårørende kan erstatte mye offentlig omsorg hvis brukerne bor hjemme. Institusjonsomsorg begrenser pårørendes innsats til rent sosiale treff.

Som påpekt i avsnittet over om privatisering, er det et spørsmål om slike trender i brukerfrekvenser og/eller tjenestestandarder skal videreføres i framskrivningene. Våre forutsetninger i denne rapporten er de samme som i HHH-23 og tidligere beslektede rapporter: Med ett unntak antar vi at det offentliges andel av den totale etterspørselen etter hver av HO-tjenestene holder seg konstant. Unntaket gjelder omsorg, omtalt over. Her består det private tilbudet først og fremst av pårørendes omsorgsarbeid (familieomsorg) – ikke kommersielle tjenester.

2.3. Inndeling av offentlige HO-tjenester

Tabell 2.1 viser vår inndeling av de offentlige HO-tjenestene, samt årsverk i hver tjeneste. Inndelingen er eksakt den samme som i HHH-23 og JKST-23. Tabellen gir også en oversikt over bemanningen i 2024 og i 2019 som var utgangsåret for beregningene i HHH-23. 2019-tallene brukt i HHH-23 er siden blitt revidert. Vi kommer tilbake til betydningen av revisjonene når vi i kapittel 4 dekomponerer forskjellene mellom framskrivningene i denne rapporten og tilsvarende i HHH-23.

Tabell 2.1 Inndeling av offentlige HO-tjenester med 2019-tall for antall brukere av og årsverk i disse

	Årsverk 2024	Årsverk 2019		Tilvekst 2019-2024	
		Revidert	Brukt i HHH-23	Fra reviderte tall	Fra tall i HHH-23
Spesialisthelsetjenesten	137 683	125 762	125 140	11 921	12 543
Somatiske institusjoner	104 280	94 342	93 795	9 938	10 485
Privat rehabilitering	2 191	2 273	2 543	-82	-352
Psykisk helsevern for barn og unge	5 297	4 476	4 403	821	894
Psykisk helsevern for voksne	20 910	19 780	19 656	1 130	1 254
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	5 005	4 891	4 743	114	262
Kommunale helsetjenester	43 740	38 423	45 131	5 317	-1 391
Fastlege	5 808	4 806	5 035	1 002	773
Fysioterapi	2 744	2 702	2 702	42	42
Helsestasjon og skolehelsetjenesten	7 123	5 858	5 681	1 265	1 442
Tannhelsetjenesten*	12 940	12 167	11 705	773	1 235
Annen kommunal HO	15 124	12 890	20 008	2 234	-4 884
Kommunale omsorgstjenester	162 053	145 942	144 386	16 111	17 667
Hjemmetjeneste	91 766	77 810	78 501	13 956	13 265
Institusjonspleie, korttids	12 879	12 180	11 438	699	1 441
Institusjonspleie, langtids	51 810	50 534	48 764	1 276	3 046
Dagaktivisering	5 599	5 418	5 683	181	-84
Sum alle HO-tjenester	343 476	310 127	314 657	33 349	28 819

*Tannhelsetjenesten er en fylkeskommunal helsetjeneste.

2.4. Tilbud av ulike typer arbeidskraft

Framskrivningene av tilbudet av helse- og omsorgspersonell tar utgangspunkt i en individbasert bestandsmodell. Utgangspopulasjonen består av personer med de aktuelle helseutdanningene, og tilbudet framskrives deretter år for år ved å oppdatere bestanden med tilgang og avgang. Tilgangen omfatter personer som kommer inn i populasjonen med relevant utdanning, mens avgangen omfatter personer som faller ut av bestanden fordi de passerer øvre aldersgrense, får annen eller høyere utdanning, dør eller utvandrer. I referansebanen legges det til grunn at den årlige tilgangen og avgangen for hver utdanningsgruppe er konstant over tid og lik den som observeres mellom de to årene som benyttes til å etablere bestandsutviklingen. Denne forutsetningen innebærer at framtidig vekst i tilbudet i stor grad bestemmes av dagens observerte mønstre for rekruttering og avgang, og ikke av en eksplisitt modellering av opptak, gjennomføring og kandidatproduksjon i utdanningssystemet. Det betyr også at endringer i utdanningskapasitet bare kan analyseres gjennom alternative forutsetninger om bruttotilgangen, og ikke gjennom en egen utdanningsmodell.

Det samlede tilbudet av arbeidskraft til HO-tjenestene bestemmes ikke bare av hvor mange personer som finnes i bestanden, men også av hvor stor andel av dem som faktisk arbeider i HO-tjenestene og hvor mye de arbeider. Beregningene skiller derfor mellom bestand av personer og arbeidstilbud målt i årsverk. For hver utdanningsgruppe og for hvert kjønn estimeres først sannsynligheten for å arbeide i HO-tjenestene ved hjelp av en Logit-modell, der forklaringsvariabelen er et femtegradspolynom i alder. En person regnes som yrkesaktiv i HO-tjenestene dersom vedkommende er registrert med positiv arbeidstid der. Den estimerte relasjonen brukes deretter til å beregne sannsynligheten for at hvert individ arbeider i HO-tjenestene i hvert framtidig år.

For dem som arbeider i HO-tjenestene, estimeres deretter gjennomsnittlig arbeidstid i tjenestene som en funksjon av alder, separat for hver utdanningsgruppe og hvert kjønn. Dette gjøres ved en lineær regresjon der samlet arbeidstid i HO-tjenestene målt i årsverk forklares med et femtegradspolynom i alder. Den predikerte arbeidstiden kan tolkes som forventet arbeidstid, gitt at personen arbeider i HO-tjenestene. Det forventede arbeidstilbudet for hver person i hvert år beregnes så som produktet av sannsynligheten for å arbeide i tjenestene og den forventede

arbeidstiden blant dem som arbeider der. Kort sagt er forventet tilbud av arbeidskraft for personer med kjønn g og alder a , $S(g, a)$ gitt ved følgende:

$$2) \quad S(g, a) = M(g, a) \cdot P(g, a) \cdot E(g, a)$$

Der $M(g, a)$ er antall personer i Norge med relevant kvalifikasjon, for kjønn g og alder a . $P(g, a)$ er sannsynligheten for at en person arbeider i HO-tjenestene. $E(g, a)$ er hvor mye arbeidskraft personen tilbyr dersom vedkommende arbeider i HO-tjenestene, målt i årsverk.

Når denne størrelsen summeres over alle aldre og kjønn i en gitt utdanningsgruppe, får vi utdanningsgruppens, samlede forventede arbeidstilbud i HO-tjenestene. Modellen kan dermed skrives som en dekomponering der samlet arbeidstilbud i årsverk bestemmes av antall personer i bestanden, andelen som arbeider i HO-tjenestene, og gjennomsnittlig arbeidstid blant de yrkesaktive i HO-tjenestene.

Tolkningen av denne dekomponeringen endres fra en regnskapsmessig identitet til en framskrivningsmodell når vi antar at de estimerte aldersprofilene for yrkesdeltaking og arbeidstid er stabile over tid. I referansebanen legges det med andre ord til grunn at for gitt utdanningsgruppe, kjønn og alder vil tilbøyeligheten til å arbeide i HO-tjenestene og den gjennomsnittlige arbeidstiden i HO-tjenestene følge de samme mønstrene som i basisåret. Med basisåret menes året som brukes som utgangspunkt for framskrivningene, og dette vil ofte være det siste året med tilgjengelige data. Endringer i samlet arbeidstilbud drives derfor først og fremst av endringer i bestandens størrelse og alderssammensetning, kombinert med den forutsatte konstante tilgangen og avgangen.

For grupper med færre enn 500 personer estimeres det ikke egne regresjoner. For disse brukes gjennomsnittsverdier for to brede aldersintervaller, 20–61 år og 62–75 år, både for yrkesprosent og arbeidstid. Denne løsningen er valgt for å redusere betydningen av tilfeldige variasjoner i små utvalg i framskrivningene.

Det grunnleggende poenget med modellen er at den fanger opp hvordan tilbudet påvirkes av sammensetningen i bestanden av utdannet personell. Gevinsten ved å bruke en slik modell er størst når yrkesaktivitet og arbeidstid varierer systematisk med alder og kjønn, samtidig som bestandens sammensetning endres over tid. Det må understrekes at modellen ikke endogeniserer atferdsendringer som følge av framtidig knapphet, lønnsendringer, endret arbeidsmiljø eller politiske tiltak. Slike forhold må derfor analyseres ved hjelp av alternative forutsetninger utenfor referansebanen (scenarioanalyser).

2.5. Ubalanser mellom tilbud og etterspørsel etter helsepersonell

Et sentralt formål med Helsemod er å belyse mulig ubalanse mellom tilbud og etterspørsel etter helsepersonell i årene framover. I modellen framskrives tilbuds- og etterspørselssiden uavhengig av hverandre, og differansen mellom de to størrelsene uttrykker det beregnede gapet. Et positivt gap indikerer at etterspørselen overstiger tilbudet av arbeidskraft, mens et negativt gap tilsvarende indikerer et overskudd av arbeidskraft relativt til det beregnede behovet. Begge sider av regnestykket uttrykkes i årsverk, definert som én fulltidsstilling tilsvarende 37,5 arbeidstimer per uke, og avgrenses til HO-tjenestene slik disse er definert i modellen.

Det er viktig å understreke at gapet ikke skal tolkes som en prognose for faktisk arbeidsledighet eller faktiske stillingsvakanser (ubesatte stillinger). Rammeverket ser bort fra de tilpasningsmekanismene og virkemidlene som i praksis ville bli satt inn for å motvirke en eventuell ubalanse, herunder lønns- og insentivtilpasninger og individuelle tilpasninger i arbeidsmarkedet. Det ses også bort fra muligheten for at mangel på én type helsepersonell fører til økt bruk av andre grupper som

erstatning, såkalt kompetansemiks. Analysene er dermed ment som et redskap for å identifisere i hvilken retning og hvilken størrelsesorden presset på arbeidsstyrken kan komme til å gå, gitt de forutsetningene som er lagt til grunn.

Fra tjenester til utdanningsgrupper: Konverteringsparameterne

Et sentralt element i konstruksjonen av etterspørselssiden, og dermed i grunnlaget for gapanalysen, er overgangen fra framskrevet tjenestebehov til framskrevet etterspørsel fordelt på utdanningsgrupper. Dette skjer ved hjelp av konverteringsparametere som beskriver sammensetningen av arbeidsstyrken innenfor hver HO-tjeneste.

Sysselsettingsandelene tar utgangspunkt i den observerte fordelingen av avtalte årsverk i basisåret av gapanalysen på de utdanningsgruppene som benyttes i modellen. Den samlede framskrevne etterspørselen i hver helsetjeneste fordeles deretter på de aktuelle utdanningsgruppene med de andelene de ulike gruppene antas å utgjøre. Formelt kan dette uttrykkes som:

$$3) \quad N_{ijt} = \alpha_{ijt} \cdot N_{j,2024} \cdot I_{jt}$$

Her uttrykker N_{ijt} den framskrevne etterspørselen etter utdanningsgruppe i i tjeneste j i år t , α_{ijt} andelen som utdanningsgruppe i utgjør av den samlede sysselsettingen i tjeneste j i år t , $N_{j,2024}$ etterspørselen i tjeneste j i 2024, og I_{jt} den framskrevne etterspørselen etter arbeidskraft i tjeneste j i år t relativt til etterspørselen i år 2024.

Arbeidskraften i de ulike helsetjenestene er satt sammen som følge av de oppgavene som skal utføres, og sammensetningen kan endre seg over tid. Slike endringer er imidlertid vanskelige å forutsi. De avhenger av en rekke faktorer som utviklingen i arbeidsmarkedet, organisatoriske og teknologiske endringer i HO-tjenestene og offentlige politikkvalg – faktorer som hver for seg er krevende å framskrive, og som samvirker på komplekse måter. I referansebanen legges det derfor til grunn at sammensetningen av arbeidsstyrken i hver tjeneste holder seg uendret på observerte nivåer i basisåret av gapanalysen gjennom hele framskrivningsperioden (for detaljer om dette se kapittel 3.3).

Korreksjon for udekkede behov i basisåret

Etterspørselen i analysen tar utgangspunkt i kvalitetsnivået fra basisåret, det vil si at ressursbruken per bruker og tjenestetilbudet generelt antas å ligge fast på det observerte nivået med mindre annet er eksplisitt forutsatt. En direkte sammenligning av framskrevet tilbud og etterspørsel uten videre korreksjon ville imidlertid implisitt forutsette at tilbud og etterspørsel var i balanse allerede i basisåret. Dette er ikke nødvendigvis tilfellet. For å unngå at en eventuell startposisjon med udekket etterspørsel forsvinner fra analysen, korrigeres gapene for kjent underskudd av arbeidskraft i basisåret av gapanalysen. Uten en slik korreksjon ville det udekkede behovet i basisåret falle ut av analysen, og de framskrevne gapene ville undervurdere det reelle presset på arbeidsstyrken.

3. Avgrensninger og datakilder

3.1. Etterspørselssiden: avgrensninger, datagrunnlag og metode

Dette kapitlet beskriver datagrunnlaget som brukes til å etablere brukerfrekvenser, aktivitetsmål og årsverk i referanseåret, som danner grunnlaget for framskrivningene av bemanningsbehovet. Her beskriver vi hvilke tjenester som inngår i analysen, hvilke datakilder som benyttes, og hvordan dataene brukes til å etablere de sentrale komponentene i modellen.

Framskrivningene bygger på at brukerfrekvenser og ressursbruk per bruker er eksogene størrelser som holdes fast på nivået i basisåret, med unntak av scenarier der det legges til grunn helseforbedringer over tid. Dette innebærer at modellen forutsetter at de ikke påvirkes av endringer i tilbudet av arbeidskraft, lønnsnivå eller andre tilpasninger i arbeidsmarkedet.

Framskrivningene bygger videre på tre hovedtyper informasjon:

- (i) befolkningens størrelse og sammensetning etter kjønn og alder
- (ii) bruk av HO-tjenester, som brukes til å beregne brukerfrekvenser
- (iii) ressursbruk i tjenestene målt i årsverk, som brukes til å beregne årsverk per bruker

Kapitlet er organisert slik: Først beskriver vi avgrensningen av tjenestene som inngår i analysen og hvordan disse er gruppert. Deretter presenteres datakildene som ligger til grunn for beregningene. Til slutt beskriver vi hvordan årsverk, aktivitet og aldersprofiler beregnes på grunnlag av disse dataene.

Avgrensning av helse- og omsorgstjenestene

Framskrivningene omfatter HO-tjenester som inngår i det offentlige sørge-for-ansvar. Dette gjelder tjenester som kommunene eller de regionale helseforetakene har ansvar for å tilby befolkningen, og som i hovedsak finansieres over offentlige budsjetter.

Analysen omfatter både tjenester produsert av offentlige virksomheter og tjenester levert av private aktører når disse finansieres gjennom offentlige ordninger. HO-tjenester som er fullt ut privat finansiert uten offentlig refusjon eller avtale, inngår ikke i beregningene.

Resultatene må derfor tolkes som framskrivninger av ressursbehovet innenfor det offentlig finansierte tjenestetilbudet, og ikke det samlede behovet i HO-tjenester.

Enkelte deler av helsetjenesten inngår ikke i beregningene. Dette gjelder blant annet avtalespesialister i spesialisthelsetjenesten, som utgjør om lag 1 200 årsverk i referanseåret. Aktiviteten hos avtalespesialistene inngår derfor heller ikke i beregningen av brukerfrekvenser eller tjenestestandarder i modellen.

Inndeling av helse- og omsorgstjenester

For å kunne framskrive etterspørselen etter arbeidskraft deles HO-tjenestene inn i et sett av tjenester der det foreligger informasjon om:

- antall årsverk
- bruk av tjenesten
- fordeling av brukere etter kjønn og alder

Tjenestene deles i tre hovedområder:

Spesialisthelsetjenesten

- Somatiske spesialisthelsetjenester (inklusive ambulansetjenester)
- Privat rehabilitering
- Psykisk helsevern for voksne
- Psykisk helsevern for barn og unge
- Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Kommunale omsorgstjenester

- Hjemmetjenester
- Institusjon – langtidsopphold
- Institusjon – korttidsopphold
- Dagaktivitetstilbud

Kommunale helsetjenester

- Fastlegetjenesten
- Fysioterapitjenesten
- Helsestasjons- og skolehelsetjenesten
- Tannhelsetjenesten (fylkeskommunal)
- Annen kommunal helsetjeneste

Inndelingen er valgt slik at det foreligger konsistente data for både bruk av tjenestene og årsverk per tjeneste.

Datakilder og bruk i modellen

Framskrivningene bygger på tre hovedtyper data.

Tabell 3.1 Hovedtyper av data som benyttes i framskrivningene

Datatype	Kilde	Bruk i modellen
Befolkning	SSBs befolkningsstatistikk og befolkningsframskrivninger	Befolkning etter kjønn og alder
Bruk av tjenester	NPR, KPR og KUHR	Beregninger av brukerfrekvenser etter kjønn og alder
Årsverk	Registerbasert sysselsettingsstatistikk og skjemabaserte statistikker	Beregning av årsverk per tjeneste og ressursbruk per bruker.

Basert på datakildene beregnes brukerfrekvenser og ressursbruk per bruker for å beregne brukerfrekvenser og tjenestestandarder som inngår i framskrivningsmodellen.

Den registerbaserte sysselsettingsstatistikken kombinerer opplysninger fra flere administrative registre, blant annet A-ordningen, Nasjonal utdanningsdatabase (NUDB), Helsepersonellregisteret og Enhetsregisteret. Sammen gir disse registrene informasjon om sysselsetting, utdanning og næringstilknytning for helsepersonell. Registeret gjør det mulig å identifisere helsepersonell etter utdanning og arbeidssted, samt å beregne arbeidstid og årsverk i HO-tjenestene.

Pasient- og brukerdata fra Norsk pasientregister (NPR), Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) og KUHR-registeret gir informasjon om bruken av tjenester etter kjønn og ettårig aldersgrupper.

Disse dataene brukes til å etablere aldersprofiler for bruken av de ulike tjenestene.

Registerbaserte data gir et omfattende og konsistent datagrunnlag, men kan også inneholde enkelte klassifiserings- og målefeil. For eksempel kan arbeidsforhold være registrert på administrative

enheter snarere enn på den konkrete tjenesten der arbeidet utføres. Slike forhold vurderes å ha begrenset betydning for de overordnede mønstrene som ligger til grunn for framskrivningene.

Etablering av årsverk per tjeneste

Årsverkene i referanseåret etableres ved å kombinere flere statistiske datakilder. Hovedkilden er registerbaserte sysselsettingsdata, som gir informasjon om årsverk etter næring og funksjon i HO-tjenestene.

For enkelte personellgrupper i kommunale tjenester, særlig leger og fysioterapeuter, gir registerdataene imidlertid ikke en tilstrekkelig presis fordeling mellom tjenesteområder. For disse gruppene suppleres registerdataene med opplysninger fra skjemabaserte statistikker over avtalte årsverk. Eventuelt støttepersonell for leger og fysioterapeuter inngår i annen kommunal helsetjeneste. Samlede kommunale årsverk per tjeneste etableres dermed som summen av en registerbasert del og en supplerende del basert på skjemadata.

Samlede institusjonsårsverk fordeles mellom korttids- og langtidsopphold etter fordelingen av institusjonsdøgn i referanseåret. Dersom for eksempel 80 prosent av institusjonsdøgnene gjelder langtidsopphold, tilordnes tilsvarende andel av årsverkene til langtidsinstitusjoner.

Årsverkene i spesialisthelsetjenesten hentes fra egne registerbaserte personellfiler for helseforetakene. Årsverk registrert i administrasjon og service fordeles proporsjonalt på de pasientrettede tjenestene.

Dette innebærer at årsverk per tjeneste er et sammensatt anslag basert på flere datakilder.

Arbeidsinnsats utført gjennom bemanningsforetak inngår i begrenset grad i årsverkstallene, fordi slike arbeidsforhold normalt klassifiseres til bemanningsforetakets næring og ikke til den HO-tjenesten der arbeidet utføres.

Måling av tjenesteaktivitet

Aktiviteten i HO-tjenestene måles ved hjelp av indikatorer som best beskriver ressursbruken i de enkelte tjenestene. Ulike tjenester krever ulike aktivitetsmål.

Tabell 3.2 Oversikt over tjenester og aktivitetsmål

Tjeneste	Aktivitetsmål
Somatiske spesialisthelsetjenester	DRG-poeng
Psykisk helsevern, rusbehandling og privat rehabilitering	Liggedøgn, dagbehandlinger og konsultasjoner
Hjemmetjenester	vedtakstimer
Institusjonstjenester	vedtaksdøgn
Fastlege og fysioterapi	konsultasjoner

I tjenester der både døgnopphold, dagbehandling og polikliniske konsultasjoner forekommer, omregnes dagbehandlinger og konsultasjoner til et døgn-ekvivalent aktivitetsmål. Valg av aktivitetsmål påvirker hvordan ressursbruken måles, og presisjonen varierer mellom tjenestene. Omregningene bygger på anslag for relative ressurskostnader, beregnet av Helsedirektoratet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2025).

Fordeling av årsverk etter alder og kjønn

Registerdataene gir ikke direkte informasjon om hvor mange årsverk som brukes på pasienter eller brukere i ulike aldersgrupper.

For å etablere slike fordelinger benyttes derfor pasient- og brukerdata. Prinsippet er at årsverkene fordeles etter alders- og kjønnsfordelingen i bruken av tjenestene. Dersom en bestemt aldersgruppe står for en gitt andel av aktiviteten i en tjeneste, antas det at den samme andelen av årsverkene brukes på denne gruppen. Dette innebærer en forutsetning om at ressursbruken per enhet aktivitet er lik på tvers av aldersgrupper.

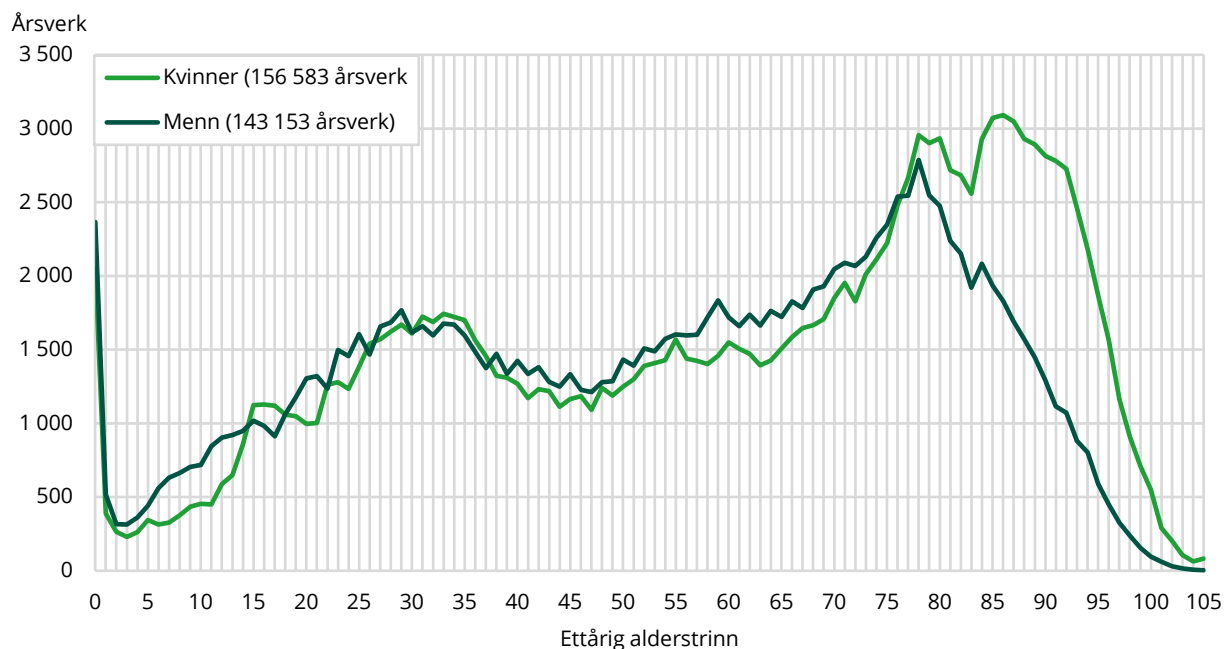
For kommunale helsetjenester foreligger det ikke like detaljerte data om fordelingen av årsverk etter alder og kjønn som for omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten.

I tillegg omfatter årsverkstallene for fastleger og fysioterapeuter kun de autoriserte helsepersonellgruppene, og ikke støttepersonell. Støttepersonell i disse tjenestene inngår i kategorien annen kommunal helsetjeneste.

Av hensyn til sammenlignbarheten vises derfor aldersprofilene i figurene først for spesialisthelsetjenesten og den kommunale omsorgstjenesten, som også står for hoveddelen av årsverkene i HO-tjenestene.

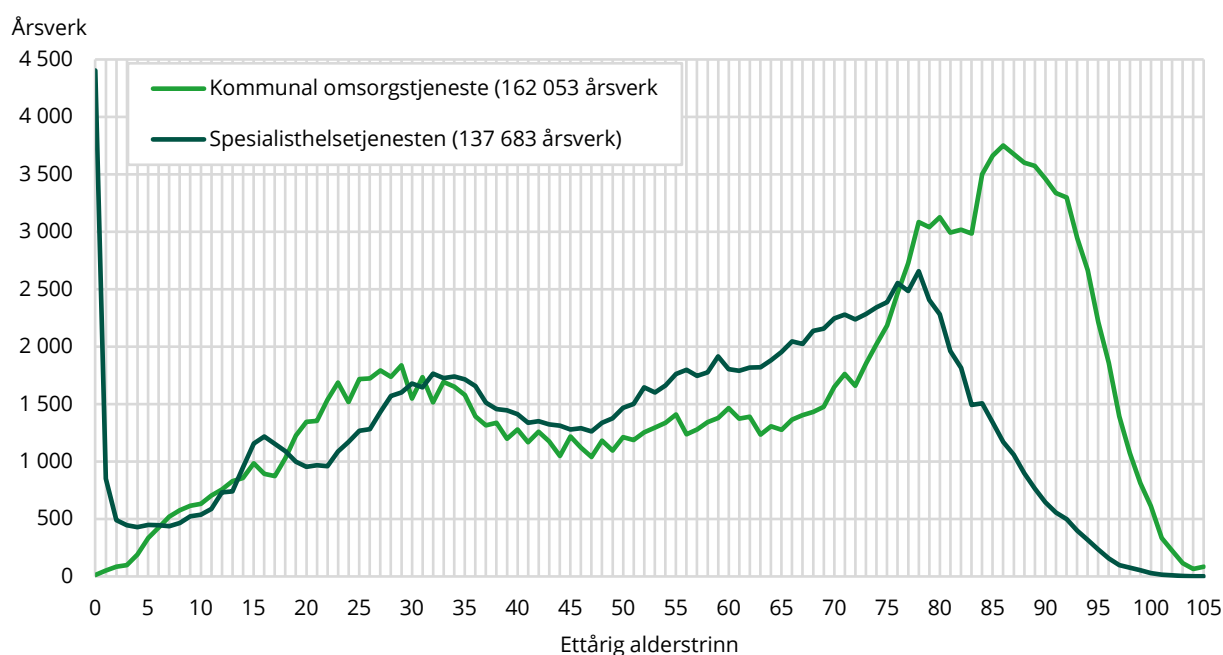
Aldersprofilene i figur 3.1 viser hvordan arbeidsinnsatsen i de ulike tjenestene er fordelt på pasientene/brukerne etter kjønn og alder. Disse profilene er sentrale i framskrivningene, ettersom endringer i befolkningens alderssammensetning påvirker behovet for arbeidskraft gjennom nettopp slike mønstre. Figur 3.1 viser fordelingen av årsverk etter kjønn og ettårig alder i referanseåret for spesialisthelsetjenesten og den kommunale omsorgstjenesten. Datagrunnlaget for de kommunale helsetjenestene er ikke tilstrekkelig detaljert til å fordele årsverk etter ettårig alder og kjønn, og disse tjenestene er derfor ikke inkludert i figuren.

Figur 3.1 Offentlige årsverk i spesialisthelsetjenesten og den kommunale omsorgstjenesten fordelt etter pasientenes/brukernes alder og kjønn. 2024.



Kilde: Statistisk sentralbyrå og Folkehelseinstituttet

Figur 3.1 viser hvordan årsverkene i de to største tjenesteområdene er fordelt etter brukernes alder for menn og kvinner. Ressursbruken øker tydelig med alder for begge kjønn, særlig i de kommunale omsorgstjenestene. Dette gjelder spesielt langtidsopphold i institusjon.

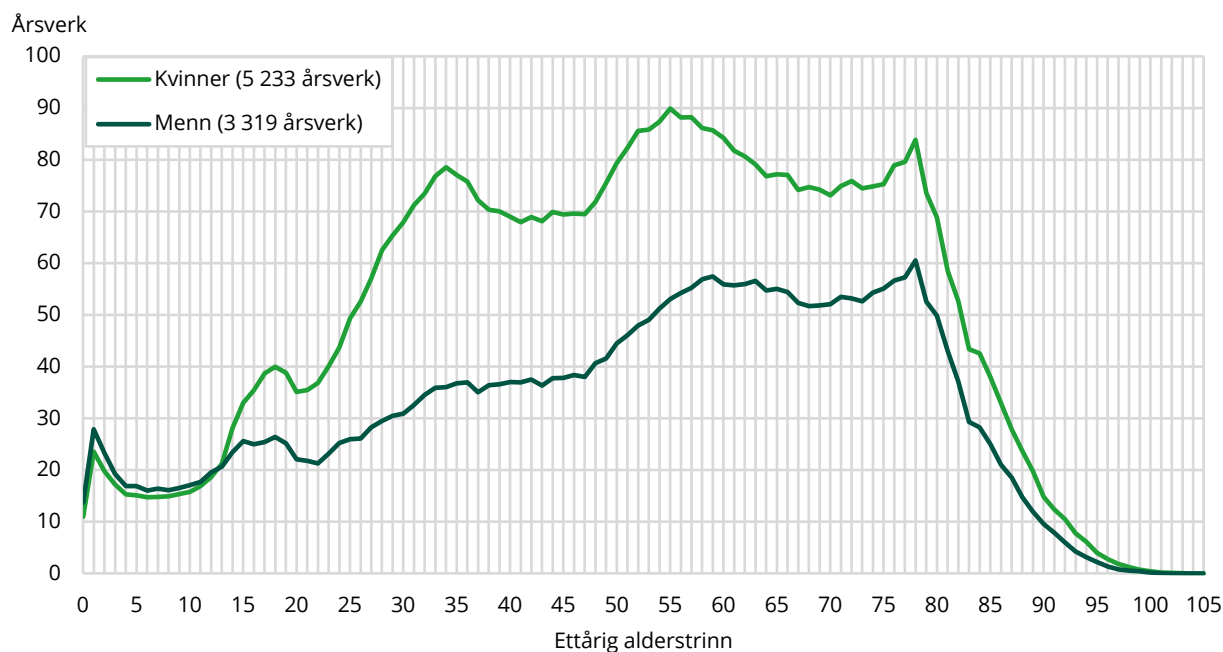
Figur 3.2 Årsverk i offentlig spesialisthelsetjeneste og den kommunale omsorgstjenesten fordelt etter pasientenes/brukernes alder og tjeneste. 2024

Kilde: Statistisk sentralbyrå og Folkehelseinstituttet

Figur 3.2 viser hvordan ressursbruken i de to største tjenesteområdene varierer med brukernes alder. I spesialisthelsetjenesten er hoveddelen av årsverkene knyttet til somatiske tjenester, noe som bidrar til en relativt bred aldersprofil. I den kommunale omsorgstjenesten øker ressursbruken kraftig i høy alder, særlig som følge av institusjonsbaserte tjenester, mens hjemmetjenestene er mer jevnt fordelt over aldersgruppene.

Dette mønsteret bidrar til at demografiske endringer, særlig veksten i antall eldre, får større betydning for etterspørselen etter årsverk i omsorgstjenestene enn i spesialisthelsetjenesten.

Fastlege- og fysioterapitjenestene har et noe annet datagrunnlag enn de foregående tjenestene. Årsverkstallene omfatter kun leger og fysioterapeuter, og ikke støttepersonell. Støttepersonell i disse tjenestene inngår i kategorien annen kommunal helsetjeneste. Figur 3.3. viser derfor aldersprofilen for årsverkene til fastleger og fysioterapeuter.

Figur 3.3 Offentlige årsverk for fastlege- og fysioterapitjenesten fordelt etter pasientenes alder og kjønn. 2024.

Kilde: Statistisk sentralbyrå og Folkehelseinstituttet

Aldersprofilene for fastlege- og fysioterapitjenestene skiller seg fra omsorgstjenestene ved at en større del av aktiviteten gjelder yngre og middelaldrende aldersgrupper.

Tjenester uten brukerdata

For enkelte tjenester finnes det ikke tilstrekkelige data om bruken av tjenestene fordelt på alder og kjønn.

Dette gjelder særlig:

- helsestasjons- og skolehelsetjenesten
- tannhelsetjenesten
- annen kommunal helsetjenesten (forebygging og andre tjenester)

For disse tjenestene benyttes en enklere framskrivningsmetode der årsverkene i referanseåret videreføres proporsjonalt med utviklingen i relevant befolkningsgruppe. Dette innebærer at framskrivningene for disse tjenestene i mindre grad reflekterer endringer i bruksmønster.

Helseforbedringer og endringer i operasjonalisering

Helseforbedringer er i modellen operasjonalisert som en forskyvning i de aldersspesifikke brukerfrekvensene, basert på utviklingen i dødelighetssannsynligheter. Konkret innebærer dette at en person i en gitt alder i et framtidig år tilordnes samme brukerfrekvens som en noe yngre person i referanseåret, der forskyvningen bestemmes ved å sammenligne dødeligheten på tvers av år.

For eksempel kan en 80-åring i et framtidig år få samme brukerfrekvens som en 78-åring i referanseåret dersom dødeligheten ved 80 år tilsvarer dødeligheten ved 78 år i referanseåret. Metoden innebærer dermed at helseforbedringer modelleres som en utsettelse av behov for tjenester til høyere alder, slik at aldersprofilene for tjenestebruk forskyves over tid.

Justeringen gjennomføres år for år og med ettårig aldersoppløsning, og gjelder for personer over 55 år. Den er avgrenset til de kommunale omsorgstjenestene samt somatikk og privat rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Helseforbedringer påvirker etterspørselen gjennom endringer i

brukerfrekvenser, mens ressursbruken per bruker holdes uendret. Effekten slår dermed ut som færre brukere i hver aldersgruppe, ikke lavere ressursbruk per bruker.

Sammenlignet med tidligere framskrivninger er operasjonaliseringen av helseforbedringer endret. I tidligere analyser ble effekten implementert mer aggregert, basert på bredere aldersintervaller og med enkelte manuelle justeringer av dødelighetsprofilen. Det ble blant annet lagt til grunn en brattere utvikling i dødelighet enn det de underliggende framskrivningene isolert sett tilsier, for å unngå at helseforbedringene flater for mye ut i høy alder.

I denne analysen er helseforbedringer implementert direkte på grunnlag av dødelighetssannsynligheter, uten slike manuelle justeringer. Beregningene gjennomføres med ettårig aldersoppløsning og oppdateres år for år, noe som gir en mer konsistent og transparent kobling mellom dødelighet og tjenestebruk.

Beregning av helseforbedringer er generelt sensitiv for valg av metode. Selv mindre forskjeller i hvordan forbedringene operasjonaliseres kan gi betydelige utslag i framskrevne nivåer, særlig i høy alder og i de lengre framskrivningene.

Endringen i operasjonalisering sammenlignet med tidligere analyser innebærer at helseforbedringene slår inn mer gradvis. Dette gir isolert sett en svakere reduksjon i brukerfrekvenser over tid og dermed høyere anslag på framtidig etterspørsel etter HO-tjenester. Forskjellen er særlig tydelig i høy alder og i de lengre framskrivningene, og innebærer at framskrevne nivåer ikke nødvendigvis er direkte sammenlignbare med tilsvarende anslag i tidligere rapporter. Dette gjelder spesielt tjenester der ressursbruken er konsentrert i de eldste aldersgruppene, som de kommunale omsorgstjenestene og særlig langtidsopphold i institusjon.

Det er samtidig viktig å understreke at operasjonaliseringen av helseforbedringer forutsetter at endringer i dødelighet er en god indikator på endringer i den generelle helsetilstanden. Dersom eldre i framtiden lever lenger uten at funksjonsevnen forbedres tilsvarende, vil modellen undervurdere behovet for omsorgstjenester. Som vist i Vedlegg D er brukerprofilene i omsorgstjenestene i endring også på kortere sikt, og på måter som ikke fanges opp av dødelighetsjusteringen alene. Avvikene mellom framskrevne og observerte tall for hjemmetjenestene og langtidsinstitusjon i perioden 2019–2024 tyder på at endringer i tjenestestruktur og organisering kan ha like stor betydning for ressursbehovet som endringer i den underliggende helsetilstanden.

Familieomsorg

Omfanget av ubetalt omsorg fra pårørende anslås i referanseåret å tilsvare om lag 90 000 årsverk (Otnes, 2012). Dette nivået inngår ikke som en egen variabel i modellen, men reflekteres implisitt i brukerfrekvenser og ressursbruk per bruker.

I framskrivningene benyttes to alternative tilnærminger til utviklingen i familieomsorg, som analyseres som alternative scenarier. I en proporsjonal variant forutsettes det at omfanget av familieomsorg utvikler seg i takt med etterspørselen etter tjenester.

I en konstant variant holdes omfanget av familieomsorg fast på nivået i referanseåret. I den konstante varianten innebærer dette at eventuell vekst i omsorgsbehov utover det som dekkes av pårørende, må dekkes av de formelle tjenestene. I modellen tilordnes denne økningen den kommunale omsorgstjenesten, i tråd med hvordan omsorgstjenestene er definert i modellen.

Framskrivningene må dermed tolkes som betinget på de valgte forutsetningene om utviklingen i familieomsorg.

Referanseår for etterspørselsframskriving

Framskrivningene av etterspørselen tar utgangspunkt i 2024 som referanseår der vi observerer befolkning, bruk av tjenester og årsverk i tjenestene. Disse dataene brukes til å tallfeste modellens parametere, det vil si kjønns- og aldersspesifikke brukerfrekvenser og tjenestestandarder (årsverk per bruker) for hver HO-tjeneste. I framskrivningene kan modellbrukeren endre disse parameterverdiene fra de respektive utgangsnivåene i referanseåret. Dette gjøres i scenarier som inneholder endringer over tid i helsetilstand, produktivitet og tjenestestandarder.

Siden referanseåret er førende for utviklingen framover, bør det representere en normal situasjon for modellens parametere. I de tidligere framskrivningene i Holmøy, Hjemås og Haugstveit (2023) ble 2019 brukt som referanseår fordi pandemien gjorde årene 2020 - 2022 potensielt unormale. Selv om dødeligheten etter pandemien har vært relativt høy, vurderer vi 2024 mer normalt enn alle andre år etter 2019, og at det derfor fungerer tilfredsstillende som referanseår.

Ulik bruk av registerdata og konsekvenser for tjenesteinndelingen i etterspørsels- og tilbudsberegningene

Framskrivningene av etterspørsel og tilbud av arbeidskraft i HO-tjenestene bygger på de samme underliggende registerdataene, men dataene brukes på ulike måter i de to delene av modellen. Forskjellen skyldes at etterspørselsberegningene tar utgangspunkt i tjenestene, mens tilbudsberegningene tar utgangspunkt i personene som utfører arbeidet.

Etterspørselsberegningene beskriver hvor mange årsverk som trengs i de ulike HO-tjenestene. Analysen er avgrenset til tjenester som inngår i det offentlige sørge-for-ansvaret og som i hovedsak finansieres over offentlige budsjetter. For dette formålet er det ikke nødvendig å identifisere hvilke personer som utfører årsverkene, eller hvilken utdanning de har. Det sentrale er det samlede omfanget av arbeidsinnsats i hver tjeneste.

Dette gjør det mulig å kombinere flere datakilder for å etablere mest mulig presise anslag på årsverk per tjeneste. For eksempel kan årsverk fra administrative og støttefunksjoner i spesialisthelsetjenesten fordeles på de pasientrettede tjenestene, og samlede institusjonsårsverk i omsorgstjenestene kan fordeles mellom korttids- og langtidsopphold etter fordelingen av institusjonsdøgn. På samme måte kan registerbaserte årsverk suppleres med opplysninger fra skjemabaserte statistikker, for eksempel for fastleger og fysioterapeuter, når dette gir en mer presis fordeling mellom tjenesteområder.

Tilbudsberegningene har et annet utgangspunkt. Her er formålet å beskrive utviklingen i arbeidsstyrken med helse- og omsorgsutdanninger. Dette krever at enkeltpersoner kan identifiseres i registerdataene, slik at man kan følge utviklingen i antall personer, deres alder, kjønn, utdanning, utdanningsland og tilknytning til HO-sektoren. Tilbudsberegningene omfatter dermed arbeidsstyrken uavhengig av om arbeidet utføres i offentlig eller privat finansierte tjenester.

Av denne grunn kan tilbudsberegningene bare baseres på individbaserte registerdata. Skjemabaserte statistikker kan ikke brukes, fordi de ikke inneholder informasjon som gjør det mulig å identifisere personene bak årsverkene. Tilsvarende kan man ikke foreta fordelinger av årsverk mellom tjenester dersom disse ikke kan knyttes til enkeltpersoner i registerdataene.

Denne forskjellen innebærer at tjenesteinndelingen i etterspørselsberegningene ikke alltid kan gjenskapes fullt ut i tilbudsberegningene. For eksempel kan institusjonsårsverk i omsorgstjenestene fordeles mellom korttids- og langtidsopphold i etterspørselsdelen, mens en slik fordeling ikke kan gjennomføres i tilbudsberegningene fordi registerdataene ikke identifiserer hvilke personer som arbeider i de ulike institusjonstypene.

På samme måte kan fastleger og fysioterapeuter identifiseres gjennom skjemabaserte opplysninger i etterspørselsberegningene, mens tilbudsberegningene må baseres på registerinformasjon om personenes utdanning og arbeidsforhold. Dette innebærer at etterspørsel og tilbud ikke er fullt ut sammenlignbare på tjenestenivå.

Tabell 3.3 Årsverk i helse- og omsorgstjenestene i 2024. Tilbuds- og etterspørselsberegningene sammenlignet

Tjeneste	Tilbud (årsverk)	Etterspørsel (årsverk)
Dagaktivisering	5 661	5 599
Helsestasjon og skolehelsetjenesten	6 995	7 123
Hjemmetjeneste	92 475	91 766
Institusjon	64 359	64 689
Fastlege, fysioterapi, Annen kommunal HO	26 495	23 676
Psykisk helsevern for barn og unge	5 297	5 297
Psykisk helsevern for voksne	20 910	20 910
Privat rehabilitering	2 191	2 191
Somatikk og ambulanse	104 280	104 280
Tannhelsetjenesten	12 975	12 940
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	5 005	5 005
Andre	29 076	-

Kort oppsummert beregnes etterspørselen etter arbeidskraft som et produkt av befolkningens størrelse og sammensetning, brukerfrekvenser og ressursbruk per bruker i referanseåret. Resultatene må tolkes som et beregnet bemanningsbehov gitt observerte standarder i referanseåret, og ikke som en prognose for faktisk bruk av tjenester. Framskrivningene forutsetter at disse alders- og kjønnsprofilene er stabile over tid.

3.2. Tilbud av arbeidskraft

Beregningene på tilbudssiden bygger på individdata tilrettelagt av Statistisk sentralbyrå. Datagrunnlaget inneholder opplysninger om alder, kjønn, arbeidstid, utdanning, om utdanningen er tatt i Norge eller utlandet, og om personen er født i Norge eller utlandet. Dersom en person har flere arbeidsforhold, er vedkommende representert med flere observasjoner. Dette gjør det mulig å identifisere hvilke arbeidsforhold som ligger i HO-tjenestene, og å summere arbeidstiden i HO-tjenestene over alle jobbene den enkelte har. Datagrunnlaget gir dermed grunnlag både for å etablere bestanden av personer med relevant utdanning og for å beregne deres samlede arbeidstilbud rettet mot HO-tjenestene.

Populasjonen i tilbudsberegningene omfatter alle personer med de aktuelle utdanningene, men er avgrenset til alderen 20–75 år. Den nedre grensen innebærer at personer under 20 år ikke inngår, selv om enkelte kan være i arbeid, mens den øvre grensen innebærer at arbeid utført av personer eldre enn 75 år ikke fanges opp. Bestandsfiler for to påfølgende år, normalt basisåret for tilbudsframskrivingen og året før, benyttes til å identifisere tilgang og avgang. Tilgang for en gitt utdanningsgruppe defineres som personer som finnes i filen for det siste året med den aktuelle utdanningen, men ikke i filen for året før. Avgang defineres på tilsvarende måte. Denne definisjonen innebærer at tilgang ikke bare reflekterer nyutdannede fra norske utdanninger, men også innvandring, personer som får godkjent eller registrert utenlandsk utdanning, og personer som på andre måter kommer inn i observasjonspopulasjonen med relevant utdanning. På samme måte reflekterer avgangen både pensjonering, død og utvandring, men også overgang til annen utdanning eller andre endringer som gjør at personen ikke lenger inngår i den aktuelle gruppen. Dette er en styrke når målet er å beskrive netto utvikling i faktisk tilgjengelig personell, men det innebærer samtidig at beregningene ikke isolerer de enkelte underliggende mekanismene hver for seg.

For tilbudssiden er framskrivingene for de 14 utdanningsgruppene basert på enten 2023 eller 2024 som basisår. Bakgrunnen er at observert tilgang i 2024 for noen grupper avviker fra et historisk mønster som ellers har vært relativt stabilt. For eksempel er tilgangen av sykepleiere i 2024 klart lavere enn i tidligere år. Årsaken til dette avviket er foreløpig ikke endelig avklart. Vi vurderer derfor 2024 som et mindre representativt basisår for disse gruppene, og har i slike tilfeller valgt å bruke 2023 i stedet for 2024. Formålet er å redusere betydningen av mulig enkeltårsstøy i datagrunnlaget. Samtidig erkjenner vi at dette er en pragmatisk løsning. I arbeidet med neste framskrivning vil vi derfor vurdere en mer datadrevet metode for håndtering av avvik i enkeltår. Hvilket basisår som er lagt til grunn for de enkelte utdanningsgruppene, framgår av tabell 3.4 nedenfor.

Tabell 3.4 Utdanningsgrupper etter valgt basisår i tilbudsframskrivingene.

Basisår	Utdanningsgrupper
2023	Ergoterapeut, Helsesykepleier, Sykepleier, Radiografer, Jordmor, Tannlege, Tannpleier
2024	Leger, Psykologer, Fysioterapeut, Bioingeniører, Helsefagarbeider, Vernepleier, Helsesekretær

Helsefagarbeider omfatter hjelpepleier, omsorgsarbeider og helsefagarbeider, Helsesekretær omfatter helsesekretær og tannhelsesekretær, Lege omfatter lege og legespesialist, og Sykepleier omfatter sykepleier og sykepleier med videreutdanning. Kilde: Statistisk sentralbyrå

Tabell 3.5 Tilgang, avgang og nettovest for fjorten grupper helsepersonell, fordelt etter kjønn og tilgangskanal. Basisår.

Utdanningsgruppe	Kjønn	Tilgangskomponenter				Tilgang	Avgang	Bestand	Netto	Netto- andel
		NN	NU	UN	UU					
Bioingeniør	Kvinner	177	55	0	9	244	32	8 559	212	2,5 %
	Menn	19	8	0	1	29	6	1 232	23	1,9 %
Ergoterapeut	Kvinner	191	16	0	3	213	26	6 019	187	3,1 %
	Menn	52	3	0	0	58	2	977	56	5,7 %
Fysioterapeut	Kvinner	206	11	30	37	305	55	11 285	250	2,2 %
	Menn	77	12	36	16	156	32	5 041	124	2,5 %
Helsefag	Kvinner	1 914	1 279	11	97	3 471	1 097	121 516	2 374	2,0 %
	Menn	529	298	3	15	899	162	14 261	737	5,2 %
Helsesekretær	Kvinner	473	248	3	2	786	178	25 192	608	2,4 %
	Menn	1	6	0	0	9	5	298	4	1,3 %
Helsesykepleier	Kvinner	191	1	4	5	203	16	6 616	187	2,8 %
	Menn	2	0	0	0	2	0	42	2	4,8 %
Jordmor	Kvinner	96	4	4	12	135	44	4 287	91	2,1 %
	Menn	0	0	0	0	0	0	13	0	0,0 %
Lege	Kvinner	394	34	244	240	1 072	198	20 269	874	4,3 %
	Menn	173	23	164	180	725	300	17 766	425	2,4 %
Psykolog	Kvinner	210	17	116	43	391	41	8 058	350	4,3 %
	Menn	62	4	30	8	104	19	3 052	85	2,8 %
Radiograf	Kvinner	108	8	0	5	121	10	3 707	111	3,0 %
	Menn	39	6	0	1	46	7	1 387	39	2,8 %
Sykepleier	Kvinner	3 492	395	49	316	4 369	890	125 159	3 479	2,8 %
	Menn	452	108	6	106	695	126	15 805	569	3,6 %
Tannlege	Kvinner	79	14	18	27	156	37	4 056	119	2,9 %
	Menn	24	11	15	25	82	36	2 831	46	1,6 %
Tannpleier	Kvinner	53	30	0	10	94	13	2 082	81	3,9 %
	Menn	1	1	0	0	2	0	50	2	4,0 %
Vernepleier	Kvinner	631	61	0	2	695	50	19 553	645	3,3 %
	Menn	138	23	0	1	165	22	5 202	143	2,7 %

NN = norskutdannet og norskfødt; NU = norskutdannet og utenlandskfødt; UN = utenlandskutdannet og norskfødt; UU = utenlandskutdannet og utenlandskfødt. Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Tabell 3.5 viser tilgang, avgang og bestand for de fjorten utdanningsgruppene i basisåret, fordelt etter kjønn. Tilgangen er dekomponert etter kombinasjonen av utdanningsland og fødeland (NN, NU, UN, UU). Den første bokstaven angir hvor utdanningen er tatt, der N betyr Norge og U betyr utlandet, mens den andre bokstaven angir om personen er født i Norge eller i utlandet. Denne inndelingen illustrerer hvilke kanaler som bidrar til bestandsveksten i de ulike gruppene.

For de fleste grupper dominerer tilgang gjennom norsk utdanning (NN og NU). Leger skiller seg ut ved at tilgangen fra personer med utenlandsk utdanning (UN og UU) utgjør en stor andel av den totale tilgangen, særlig for menn, men også for kvinner. Psykologer viser et lignende mønster, men i mindre skala. Nettoandelen – nettoveksten som andel av eksisterende bestand – varierer mellom gruppene og ligger for flere grupper rundt 4–5 prosent, blant annet for psykologer, tannpleiere og mannlige ergoterapeuter. Avgangen er gjennomgående lavere enn tilgangen, slik at nesten alle grupper vokser i basisåret.

Datagrunnlaget og modellopplegget har også noen begrensninger. For det første er det ingen eksplisitt kobling mellom tilgangen i modellen og opptak, gjennomføring og fullføring i utdanningssystemet. Dette gjør at modellen er godt egnet til å framskrive tilbudet gitt observerte mønstre i data, men mindre egnet til å analysere konkrete utdanningspolitiske tiltak direkte. For det andre kan små undergrupper gi usikre observerte aldersprofiler for yrkesdeltaking og arbeidstid, noe som er bakgrunnen for at små grupper behandles mer aggregert. For det tredje kan det være en viss underdekning i utgangsåret eller måleproblemer knyttet til arbeidstid og sektorplassering, og slike forhold kan påvirke nivået på både bestand og arbeidstilbud. Endelig må det understrekes at informasjon om utdanningsland og fødeland brukes til å beskrive og avgrense populasjonen, men at disse kjennetegnene ikke inngår eksplisitt i de estimerte atferdsrelasjonene for yrkesaktivitet og arbeidstid i referansebanen. Det er alder, separat etter kjønn og utdanningsgruppe, som er den direkte bestemmende faktoren i disse modellene.

Arbeidstilbudet måles som arbeidstid i HO-tjenestene, ikke som samlet arbeidstid i hele økonomien. En person med relevant utdanning som arbeider utenfor HO-tjenestene, bidrar dermed til bestanden, men ikke til arbeidstilbudet i HO-tjenestene før vedkommende eventuelt går inn i HO-arbeid. Tilsvarende inngår bare den delen av arbeidstiden som faktisk utføres i HO-tjenestene når arbeidstilbudet beregnes. Denne avgrensningen er viktig fordi en del personer med helseutdanning arbeider i andre næringer, og fordi flere kan ha kombinasjoner av jobber innenfor og utenfor tjenestene. Modellen er derfor laget for å framskrive tilbudet av arbeidskraft rettet mot HO-tjenestene, ikke den totale arbeidsinnsatsen fra personer med helseutdanning uavhengig av næringstilknytning.

Tabell 3.6 gir en oversikt over bestand, yrkesdeltaking og gjennomsnittlig arbeidstid for de fjorten utdanningsgruppene i basisåret, fordelt på kjønn og to aldersgrupper: 20–61 år og 62–75 år. Inndelingen tydeliggjør overgangen til redusert arbeidsmarkedstilknytning som for de fleste grupper inntreffer i 60-årene. Yrkesdeltakingen er andelen av bestanden som er registrert med arbeid i HO-tjenestene, mens gjennomsnittlig arbeidstid er beregnet relativt til fulltid (1,0 = fulltid) blant dem som er yrkesaktive.

Tabell 3.6 Bestand, yrkesdeltaking og gjennomsnittlig arbeidstid i HO-tjenestene for fjorten grupper helsepersonell, fordelt etter kjønn og aldersgruppe. Basisår.

Utdanningsgruppe	Kjønn	Antall personer			Yrkesdeltaking		Gj.sn. årsverk	
		20–75 år	20–61 år	62–75 år	20–61 år	62–75 år	20–61 år	62–75 år
Bioingeniør	Kvinner	8559	6194	2365	69,5 %	20,3 %	0,945	0,765
	Menn	1232	995	237	65,7 %	21,5 %	0,967	0,821
	Samlet	9791	7189	2602	68,9 %	20,4 %	0,948	0,771
Ergoterapeut	Kvinner	6019	5061	958	65,2 %	23,7 %	0,923	0,789
	Menn	977	913	64	58,2 %	20,3 %	0,952	0,925
	Samlet	6996	5974	1022	64,1 %	23,5 %	0,927	0,797
Fysioterapeut	Kvinner	11285	9003	2282	74,6 %	32,4 %	0,930	0,795
	Menn	5041	4039	1002	70,5 %	48,5 %	0,957	0,975
	Samlet	16326	13042	3284	73,3 %	37,3 %	0,938	0,866
Helsefag	Kvinner	121516	80156	41360	68,7 %	24,9 %	0,833	0,604
	Menn	14261	11572	2689	74,5 %	28,6 %	0,914	0,738
	Samlet	135777	91728	44049	69,5 %	25,1 %	0,844	0,613
Helsesekretær	Kvinner	25192	19344	5848	60,7 %	24,5 %	0,869	0,716
	Menn	298	290	8	40,0 %	25,0 %	0,875	0,622
	Samlet	25490	19634	5856	60,4 %	24,5 %	0,869	0,716
Helsesykepleier	Kvinner	6616	4543	2073	86,4 %	26,3 %	0,929	0,639
	Menn	42	38	4	86,8 %	0,0 %	0,975	-
	Samlet	6658	4581	2077	86,4 %	26,3 %	0,930	0,639
Jordmor	Kvinner	4287	3029	1258	88,9 %	31,6 %	0,895	0,620
	Menn	13	7	6	85,7 %	33,3 %	0,780	0,548
	Samlet	4300	3036	1264	88,9 %	31,6 %	0,895	0,620
Lege	Kvinner	20269	18044	2225	86,2 %	57,5 %	0,997	0,906
	Menn	17766	13159	4607	85,5 %	59,8 %	1,028	0,918
	Samlet	38035	31203	6832	85,9 %	59,1 %	1,010	0,914
Psykolog	Kvinner	8058	7194	864	77,4 %	48,3 %	0,960	0,827
	Menn	3052	2295	757	72,9 %	41,9 %	0,960	0,919
	Samlet	11110	9489	1621	76,3 %	45,3 %	0,960	0,867
Radiograf	Kvinner	3707	3184	523	77,9 %	29,1 %	0,945	0,815
	Menn	1387	1172	215	76,0 %	32,6 %	0,981	0,769
	Samlet	5094	4356	738	77,4 %	30,1 %	0,955	0,800
Sykepleier	Kvinner	125159	99215	25944	80,1 %	28,6 %	0,904	0,632
	Menn	15805	12799	3006	77,3 %	28,5 %	0,946	0,705
	Samlet	140964	112014	28950	79,8 %	28,6 %	0,909	0,640
Tannlege	Kvinner	4056	3438	618	84,7 %	45,1 %	0,972	0,909
	Menn	2831	1852	979	83,1 %	50,3 %	1,011	0,978
	Samlet	6887	5290	1597	84,1 %	48,3 %	0,986	0,953
Tannpleier	Kvinner	2082	1671	411	76,6 %	21,9 %	0,925	0,808
	Menn	50	48	2	70,8 %	0,0 %	0,902	-
	Samlet	2132	1719	413	76,4 %	21,8 %	0,924	0,808
Vernepleier	Kvinner	19553	16744	2809	67,1 %	28,9 %	0,914	0,687
	Menn	5202	4359	843	72,2 %	24,8 %	0,958	0,726
	Samlet	24755	21103	3652	68,1 %	27,9 %	0,924	0,695

Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Yrkesdeltakingen i aldersgruppen 20–61 år varierer betydelig mellom gruppene, fra om lag 60 prosent for helsesekretærer til om lag 89 prosent for jordmødre. I aldersgruppen 62–75 år faller yrkesdeltakingen markant i alle grupper. Fysioterapeuter og tannleger opprettholder likevel en relativt høy andel yrkesaktive, med henholdsvis 37 og 48 prosent i denne aldersgruppen. Leger skiller seg særlig ut, med en yrkesdeltaking på over 59 prosent blant de eldre. Den gjennomsnittlige arbeidstiden er gjennomgående høy i den yngre aldersgruppen, men lavere i den eldre. Helsefagarbeidere skiller seg ut med lavere gjennomsnittlig årsverk allerede i aldersgruppen 20–61 år. Dette kan være i tråd med tidligere dokumentasjon som viser at deltidsarbeid er utbredt blant helsefagarbeidere.

3.3. Bemanningsforutsetninger og korreksjon for underdekning

Datagrunnlag og forutsetninger for bemanningssammensetningen

Bemanningsandelene for de ulike utdanningsgruppene i hver helsetjeneste beregnes med utgangspunkt i sysselsettingsregisteret. Registeret omfatter individdata for alle lønnstakere i Norge, inkludert opplysninger om arbeidssted, yrke, avtalte årsverk og utdanning. Det oppdateres årlig og gjør det mulig å følge utviklingen i arbeidsstyrkens sammensetning i helsetjenestene over tid. Utdanningsinformasjonen hentes fra utdanningsregisteret, som kobles til sysselsettingsdata på individnivå.

Helsetjenestene er definert i tråd med Standard for næringsgruppering (SN2007), og inndelingen tilsvarende den som benyttes på etterspørselssiden i de øvrige analysene. For hver kombinasjon av tjeneste og utdanningsgruppe beregnes andelen av de avtalte årsverkene som gruppen utgjør i det aktuelle observasjonsåret. Det er disse andelene som inngår som α_{ijt} i ligning (3).

Historisk utvikling i bemanningssammensetningen etter 2015

Sysselsettingsandelene tar utgangspunkt i den observerte fordelingen av avtalte årsverk i basisåret for gapanalysene på de utdanningsgruppene som benyttes i modellen. Modellen dekker 14 helsefaglige utdanningsgrupper eksplisitt. Sysselsatte i HO-tjenestene som ikke tilhører noen av disse gruppene er fordelt på tre residual kategorier etter hvilken funksjon de fyller: *Andre helseutdanninger: POB* (med helseutdanning andre enn de 14 gruppene og jobber med pasient- og brukerrettet arbeid), *Ufaglært: POB* (ingen helseutdanning og jobber med pasient- og brukerrettet arbeid) og *Andre utdanninger: AOS* (med utdanning andre enn de 14 gruppene og jobber i administrasjon og service).

Denne inndelingen gjør det mulig å skille mellom ufaglært personell og personell med annen helseutdanning som arbeider direkte med pasienter og brukere, og personell, uavhengig av utdanning, som ivaretar støttefunksjoner som administrasjon, renhold, kjøkkentjenester og vaktmestertjenester. Andelen i de tre restgruppene varierer betydelig mellom tjenestene. Dette kan dels reflektere reelle forskjeller i bemanningspraksis, og dels ha sammenheng med ulik organisatorisk innretning mellom tjenestene.

For å gi ytterligere informasjon om sammensetningen av disse gruppene presenteres det i Vedlegg F en oversikt over både årsverk og andeler for en mer detaljert inndeling, der *Andre helseutdanninger: POB* er brutt ned på spesifikke helsefaglige utdanningsgrupper, og *Ufaglært: POB* er delt i tre undergrupper (grunnskole/ ukjent, videregående skole og høyere utdanning). Det er imidlertid ikke utarbeidet egne framskrivninger av etterspørselen for disse grupperingene.

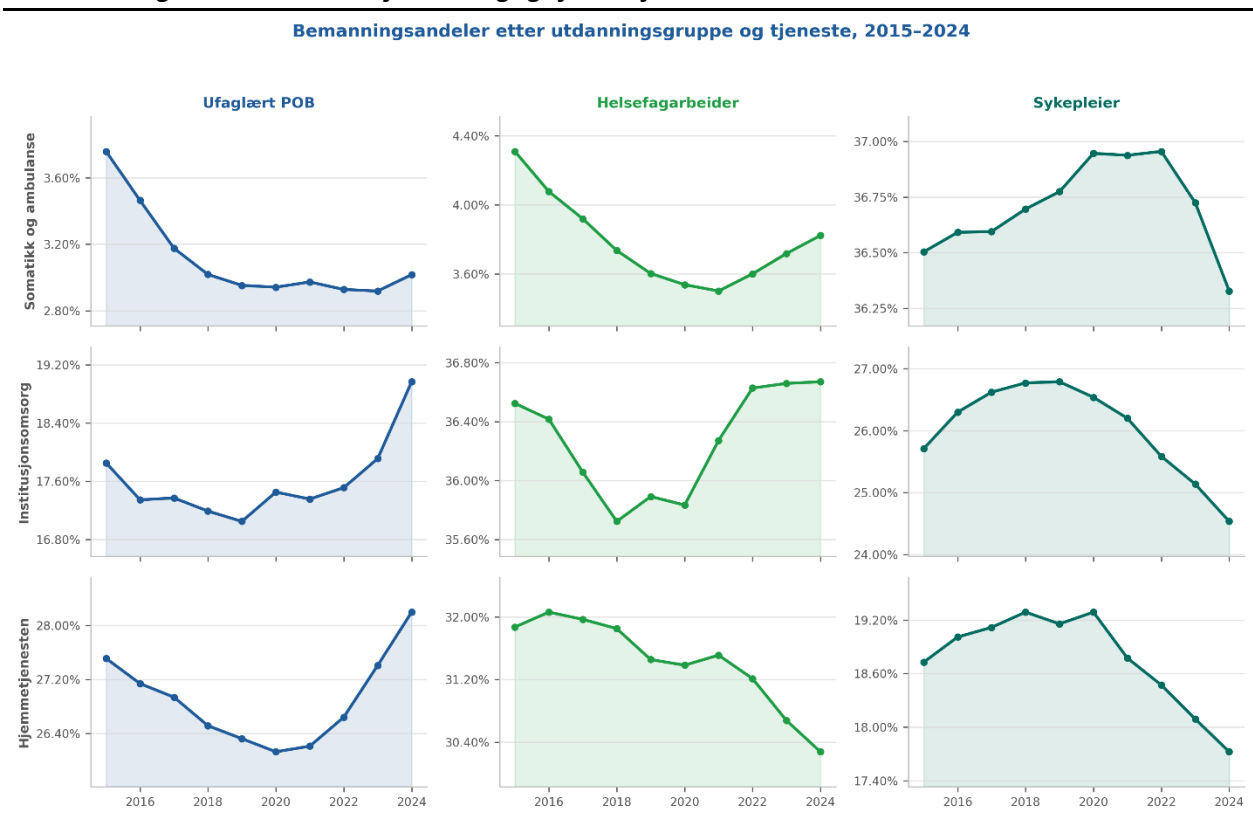
I denne oppdateringen er inndelingen i HO-tjenester på tilbudssiden revidert for å gi bedre samsvar med inndelingen som benyttes på etterspørselssiden. Tidligere versjoner av Helsemod opererte med en næringsstruktur som i noen tilfeller slo sammen tjenester med ulike bemanningsprofiler, eller skilte ut enheter på en måte som ikke samsvarte godt med kategoriene i etterspørselsmodellen. Den reviderte inndelingen er derfor utformet for å ligge nærmere tjenestekategoriene på etterspørselssiden. Dette gir en mer direkte kobling mellom framskrevet tjenestebehov og de bemanningsandelene som benyttes til å fordele etterspørselen på utdanningsgrupper, og reduserer behovet for skjønnsmessige justeringer i overgangen mellom de to sidene av modellen. Samtidig er det fortsatt enkelte forskjeller mellom tjenesteinndelingen på tilbuds- og etterspørselssiden, som følger av at de to delene av modellen bygger på ulike typer datagrunnlag og avgrensninger. De viktigste endringene er at de kommunale HO-tjenestene er delt i hjemmetjenester og institusjonstjenester, at allmennlegetjenesten og fysioterapitjenesten er samlet med øvrige kommunale tjenester med høyt utdannet personell i én kategori, at somatiske

institusjoner og ambulansetjenester er slått sammen, og at privat rehabilitering er innført som en ny kategori. Endringene i tjenesteinndelingen ble drøftet nærmere i avsnitt 3.1.

Til og med 2019 var utviklingen i bemanningssammensetningen relativt stabil. Tidligere framskrivninger har i stor grad videreført trenden med gradvis «oppstilling», det vil si økt andel personell med høyere utdanning og fallende andeler helsefagarbeidere og ufaglærte. Denne tilnærmingen fungerte godt så lenge utviklingen var jevn og forutsigbar.

I de nyeste tilgjengelige dataene, som dekker perioden frem til 2024, observeres imidlertid et tydelig trendskifte på tvers av flere helsetjenester og utdanningsgrupper. Andelen sykepleiere, målt som andel av avtalte årsverk, har falt tydelig siden rundt 2020. Samtidig har andelen ufaglærte i pasientorienterte oppgaver økt, særlig i institusjonsomsorgen og hjemmetjenesten. I somatiske institusjoner har andelen ufaglærte i pasientorienterte oppgaver vært relativt stabil de siste årene. Samlet tyder dette på et skifte i bemanningssammensetningen i de største tjenesteområdene, og representerer et klart avvik fra utviklingen som lå til grunn for tidligere framskrivninger (figur 3.4).

Figur 3.4 Bemanningsandel for ufaglærte i pasientorienterte oppgaver, helsefagarbeider og sykepleier i somatikk og ambulanse, institusjonsomsorg og hjemmetjeneste, 2015-2024



Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Årsakene til skiftet er ikke entydige, og flere forklaringer kan være virksomme samtidig. Endringer i oppgavedeling mellom profesjoner og økt bruk av helsefagarbeidere og assistenter kan reflektere organisatoriske beslutninger. Teknologiske og organisatoriske endringer kan også ha påvirket bemanningsbehovet. Videre kan rekrutteringsutfordringer for sykepleiere og annet høyt utdannet personell ha bidratt til økt bruk av personell med lavere formell kompetanse. I tillegg kan deler av endringen være knyttet til ettervirkninger av pandemien, blant annet gjennom ekstraordinær bemanning under covid-19 og påfølgende omstillinger.

Hvorvidt skiftet representerer et midlertidig avvik eller et mer varig strukturelt brudd, har direkte betydning for hvilke forutsetninger som bør legges til grunn i framskrivingene. Dette er et sentralt metodisk spørsmål i årets oppdatering.

Nedenfor omtales utviklingen fra 2015 til 2024 i de enkelte tjenesteområdene nærmere.

Somatikk og ambulanse

I modellen er somatikk og ambulanse den største tjenstekategorien. Tjenesten omfatter somatiske sykehus, ambulansetjenester og medisinske laboratorier. Sammenslåingen i én tjenstekategori reflekterer at ambulanse- og laboratorievirksomheten er driftsmessig tett integrert med sykehusene.

Totalt har årsverksmassen i tjenesten økt fra om lag 89 200 i 2015 til 104 300 i 2024, tilsvarende en vekst på nær 17 prosent. Utviklingen har vært jevn gjennom hele perioden, og årsverksveksten fra 2023 til 2024 var 1,3 prosent.

Sykepleiere er den største Utdanningsgruppen. Årsverkene økte fra 32 600 i 2015 til 37 900 i 2024 (+16,3 prosent). Andelen steg fra 36,5 prosent i 2015 til et toppunkt på 37,0 prosent i 2022, men falt deretter til 36,3 prosent i 2024, noe lavere enn startnivået. Nedgangen skyldes at sykepleierveksten fra 2022 vokste langsommere enn tjenesten totalt, slik at andelen faller selv om antallet årsverk øker.

I 2024 er leger den nest største spesifiserte utdanningsgruppen etter sykepleiere og har den mest konsistente veksten i perioden. Årsverkene økte fra 12 600 i 2015 til 16 200 i 2024 (+28,6 prosent), klart over sektorgjennomsnittet. Andelen steg fra 14,1 prosent i 2015 til 15,6 prosent i 2023 og falt marginalt til 15,5 prosent i 2024. Utviklingen peker mot en gradvis omstilling mot mer spesialisert og legekrevenende behandling.

Kategorien «Andre utdanninger: AOS» består av personell med utdanning andre enn de 14 gruppene og jobber i administrasjon og service og utgjorde 19,3 prosent av årsverkene i 2015, nådde et mindre toppunkt i 2017, og falt gradvis til 18,9 prosent i 2024. Årsverkene økte fra om lag 17 200 til 19 700 (+14,5 prosent), noe under veksten i tjenesten totalt.

Kategorien «Andre helseutdanninger: POB» omfatter helsefaglig utdannet personell utenfor de 14 spesifiserte utdanningsgruppene. Årsverkene økte fra 4 702 i 2015 til 6 352 i 2024, en vekst på 35,1 prosent – langt over sektorgjennomsnittet. Andelen steg fra 5,3 prosent i 2015 til 6,1 prosent i 2024, med en jevn og ubrutt oppgang gjennom hele perioden. Gruppen har en klart sterkere vekst enn tjenesten samlet.

Kategorien «Ufaglært: POB» består av personell uten formell helsefaglig utdanning som arbeider med pasientorienterte oppgaver. Årsverkene falt fra 3 354 i 2015 til et bunnpunkt på 2 786 i 2019 (-16,9 prosent), men steg deretter gradvis og endte på 3 147 i 2024. Til tross for denne oppgangen forble nivået 6,2 prosent lavere enn ved periodens start. Andelen falt fra 3,8 prosent i 2015 til 2,9 prosent i 2022–2023 og økte marginalt til 3,0 prosent i 2024. Utviklingen tyder på at tjenesten over tid har redusert sin avhengighet av ufaglært arbeidskraft, selv om gruppen fortsatt bidrar som et fleksibelt arbeidskraftreservoar.

Helsefagarbeidere viser det tydeligste trendsiftet. Årsverkene falt fra 3 845 i 2015 til 3 400 i 2019 (-12 prosent), men steg deretter jevnt og var i 2024 oppe i 3 987, høyere enn startnivået. Andelen falt fra 4,3 prosent i 2015 til 3,5 prosent i 2021 og økte deretter til 3,8 prosent i 2024. Gruppen har dermed tatt igjen deler av den tidligere nedgangen, men ligger fortsatt noe under det relative nivået i 2015.

De øvrige utdanningsgruppene, bioingeniører, radiografer, fysioterapeuter, jordmødre, helsesekretærer, ergoterapeuter, vernepleiere, helsesykepleiere, psykologer, tannleger og tannpleiere, utgjør hver for seg små andeler av årsverksmassen og omtales ikke nærmere her. Utviklingen for disse gruppene framgår av tabellene nedenfor.

Tabell 3.7 Årsverk per Utdanningsgruppe – Somatikk og ambulanse, 2015–2024

Utdanningsgruppe	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Andre utdanninger:										
AOS	17 208	17 428	17 647	17 832	18 067	18 445	18 815	18 979	19 473	19 707
Andre										
helseutdanninger: POB	4 702	4 807	4 916	5 121	5 304	5 542	5 624	5 806	5 932	6 352
Ufaglært: POB	3 354	3 123	2 898	2 798	2 786	2 854	2 944	2 951	3 004	3 147
Bioingeniør	4 155	4 218	4 304	4 357	4 431	4 526	4 566	4 585	4 582	4 581
Ergoterapeut	545	547	540	528	538	540	557	568	577	588
Fysioterapeut	1 636	1 657	1 652	1 649	1 703	1 711	1 764	1 794	1 796	1 794
Helsefag	3 845	3 676	3 576	3 463	3 400	3 433	3 467	3 629	3 828	3 987
Helsesekretær	3 117	3 135	3 188	3 224	3 235	3 320	3 399	3 449	3 521	3 623
Helsesykepleier	324	295	282	269	253	254	255	267	268	265
Jordmor	1 779	1 804	1 797	1 791	1 790	1 818	1 795	1 803	1 817	1 896
Lege	12 559	12 927	13 432	13 919	14 326	14 810	15 215	15 563	16 061	16 150
Psykolog	547	582	583	616	636	646	683	708	756	762
Radiograf	2 452	2 526	2 584	2 649	2 698	2 776	2 831	2 889	2 945	2 990
Sykepleier	32 573	32 987	33 384	34 012	34 694	35 840	36 569	37 238	37 799	37 882
Tannlege	53	53	56	59	64	60	63	66	64	69
Tannpleier	15	17	21	23	22	23	25	20	20	19
Vernepleier	367	367	366	377	396	408	429	449	480	469

Tallene er oppgitt i årsverk og er avrundet til nærmeste heltall. Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Tabell 3.8 Andel av totale årsverk per Utdanningsgruppe – Somatikk og ambulanse, 2015–2024

Utdanningsgruppe	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Andre utdanninger:										
AOS	19,28%	19,33%	19,34%	19,24%	19,15%	19,01%	19,00%	18,83%	18,92%	18,90%
Andre helse										
utdanninger: POB	5,27%	5,33%	5,39%	5,53%	5,62%	5,71%	5,68%	5,76%	5,76%	6,09%
Ufaglært: POB	3,76%	3,46%	3,18%	3,02%	2,95%	2,94%	2,97%	2,93%	2,92%	3,02%
Bioingeniør	4,66%	4,68%	4,72%	4,70%	4,70%	4,67%	4,61%	4,55%	4,45%	4,39%
Ergoterapeut	0,61%	0,61%	0,59%	0,57%	0,57%	0,56%	0,56%	0,56%	0,56%	0,56%
Fysioterapeut	1,83%	1,84%	1,81%	1,78%	1,81%	1,76%	1,78%	1,78%	1,75%	1,72%
Helsefag	4,31%	4,08%	3,92%	3,74%	3,60%	3,54%	3,50%	3,60%	3,72%	3,82%
Helsesekretær	3,49%	3,48%	3,49%	3,48%	3,43%	3,42%	3,43%	3,42%	3,42%	3,47%
Helsesykepleier	0,36%	0,33%	0,31%	0,29%	0,25%	0,26%	0,26%	0,27%	0,27%	0,25%
Jordmor	1,99%	2,00%	1,97%	1,93%	1,90%	1,87%	1,81%	1,79%	1,77%	1,82%
Lege	14,07%	14,34%	14,72%	15,02%	15,18%	15,27%	15,37%	15,45%	15,60%	15,49%
Psykolog	0,61%	0,65%	0,64%	0,66%	0,67%	0,67%	0,69%	0,70%	0,73%	0,73%
Radiograf	2,75%	2,80%	2,83%	2,86%	2,86%	2,86%	2,86%	2,87%	2,86%	2,87%
Sykepleier	36,50%	36,59%	36,60%	36,70%	36,77%	36,95%	36,94%	37,00%	36,72%	36,33%
Tannlege	0,06%	0,06%	0,06%	0,06%	0,07%	0,06%	0,06%	0,07%	0,06%	0,07%
Tannpleier	0,02%	0,02%	0,02%	0,03%	0,02%	0,02%	0,03%	0,02%	0,02%	0,02%
Vernepleier	0,41%	0,41%	0,40%	0,41%	0,42%	0,42%	0,43%	0,45%	0,47%	0,45%

Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Psykisk helsevern for barn og unge

Psykisk helsevern for barn og unge er en del av spesialisthelsetjenesten rettet mot barn og unge med psykiske helseutfordringer. Antall årsverk økte fra om lag 4 170 i 2015 til 5 300 i 2024, en samlet vekst på 27 prosent. Veksten var særlig sterk i perioden 2020–2022, og årsverksveksten fra 2023 til 2024 var 1,8 prosent.

Psykologer er den største utdanningsgruppen i tjenesten. Andelen økte jevnt fra 25,4 prosent i 2015 til 28,3 prosent i 2024, som er det høyeste nivået i perioden. Årsverkene steg fra 1 058 til 1 497, en økning på 41,5 prosent, klart høyere enn veksten totalt i tjenesten.

Kategorien «Andre utdanninger: AOS» er den nest største kategorien i tjenesten. Andelen var 19,3 prosent i 2015 og har gått svakt ned til 18,9 prosent i 2024, etter et mindre toppunkt i 2017. I absolutte tall økte årsverkene fra 804 til 1 001, en vekst på 24,5 prosent, noe under tjenestegjennomsnittet.

Kategorien «Andre helseutdanninger: POB» hadde en synkende andel gjennom perioden. Andelen falt fra 17,3 prosent i 2015 til 14,4 prosent i 2024. Årsverkene økte moderat, fra 722 til 763 (+5,7 prosent), godt under tjenestegjennomsnittet.

Kategorien «Ufaglært: POB» utgjorde 4,4 prosent av årsverkene i 2015 og falt til 3,5 prosent i 2024. Antall årsverk var tilnærmet uendret, fra 185 til 187 (+1,1 prosent), som innebærer at andelen har gått ned som følge av den samlede veksten i tjenesten.

Sykepleiere utgjorde 12,4 prosent av årsverkene i 2015 og nådde et toppunkt på 13,3 prosent i 2023, før andelen ble redusert til 12,9 prosent i 2024. Antall årsverk økte fra 518 til 680 (+31,4 prosent). Utviklingen er noe ujevn, men samlet sett har andelen økt svakt gjennom perioden.

Legeandelen var 11,4 prosent i 2015 og økte til 12,4 prosent i 2017–2018, før den falt tilbake til 11,4 prosent i 2024. Årsverkene økte fra 475 til 605 (+27,3 prosent), omtrent i tråd med den samlede veksten i tjenesten. Til forskjell fra somatikken har legeandelen i psykisk helsevern for barn og unge dermed ikke hatt en jevn stigende trend.

Tabell 3.9 Årsverk per Utdanningsgruppe - PH barn og unge, 2015-2024

Utdanningsgruppe	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Andre utdanninger: AOS	804	828	833	838	857	869	949	982	985	1 001
Andre helseutdanninger: POB	722	728	724	723	741	741	777	797	784	763
Ufaglært: POB	185	168	151	153	141	143	162	176	178	187
Bioingeniører	22	23	24	24	24	25	27	28	31	30
Ergoterapeut	17	17	17	13	14	13	13	18	18	19
Fysioterapeut	16	17	16	18	16	16	20	18	20	21
Helsefag	49	53	46	43	42	42	47	52	52	56
Helsesekretær	86	86	90	92	98	98	110	124	129	131
Helsesykepleier	22	21	20	18	17	23	25	27	29	38
Jordmor	5	6	6	8	7	8	8	9	9	9
Lege	475	509	533	539	550	563	597	610	587	605
Psykologer	1 058	1 101	1 120	1 123	1 170	1 226	1 398	1 450	1 444	1 497
Radiografer	9	10	10	10	11	12	13	15	15	17
Sykepleier	518	535	535	557	585	581	619	671	692	680
Tannlege	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1
Tannpleier	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vernepleier	180	180	181	195	202	210	230	234	232	241

Tallene er oppgitt i årsverk og er avrundet til nærmeste heltall. Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Tabell 3.10 Andel av totale årsverk per Utdanningsgruppe - PH barn og unge, 2015-2024

Utdanningsgruppe	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Andre utdanninger: AOS	19,28%	19,33%	19,34%	19,24%	19,15%	19,01%	19,00%	18,83%	18,92%	18,90%
Andre helseutdanninger:										
POB	17,31%	17,00%	16,80%	16,60%	16,56%	16,21%	15,55%	15,30%	15,07%	14,40%
Ufaglært: POB	4,44%	3,92%	3,52%	3,52%	3,14%	3,14%	3,25%	3,38%	3,41%	3,53%
Bioingeniør	0,53%	0,53%	0,55%	0,54%	0,54%	0,54%	0,55%	0,54%	0,60%	0,57%
Ergoterapeut	0,41%	0,39%	0,40%	0,30%	0,31%	0,28%	0,26%	0,34%	0,34%	0,36%
Fysioterapeut	0,39%	0,40%	0,38%	0,41%	0,35%	0,36%	0,40%	0,35%	0,38%	0,40%
Helsefag	1,19%	1,23%	1,07%	0,99%	0,95%	0,92%	0,94%	0,99%	1,00%	1,07%
Helsesekretær	2,05%	2,01%	2,08%	2,10%	2,18%	2,15%	2,19%	2,39%	2,47%	2,47%
Helsesykepleier	0,52%	0,49%	0,47%	0,40%	0,39%	0,50%	0,49%	0,52%	0,55%	0,72%
Jordmor	0,13%	0,15%	0,15%	0,19%	0,16%	0,17%	0,16%	0,17%	0,17%	0,17%
Lege	11,40%	11,89%	12,37%	12,38%	12,30%	12,31%	11,95%	11,70%	11,27%	11,42%
Psykologer	25,37%	25,71%	26,02%	25,80%	26,14%	26,83%	27,99%	27,83%	27,75%	28,27%
Radiografer	0,23%	0,23%	0,23%	0,24%	0,24%	0,27%	0,27%	0,29%	0,29%	0,31%
Sykepleier	12,42%	12,50%	12,41%	12,79%	13,07%	12,71%	12,39%	12,88%	13,29%	12,85%
Tannlege	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%
Tannpleier	0,01%	0,01%	0,00%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%
Vernepleier	4,32%	4,20%	4,19%	4,49%	4,50%	4,59%	4,60%	4,49%	4,47%	4,56%

Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Psykisk helsevern for voksne

Psykisk helsevern for voksne (PH voksne) er den største delen av det psykiske helsevernet og omfatter poliklinisk, ambulant og institusjonsbasert behandling for voksne. Antall årsverk økte fra om lag 19 700 i 2015 til 20 900 i 2024, en vekst på 6 prosent. Dette er klart lavere enn i de øvrige tjenestekategoriene.

Sykepleiere er den største utdanningsgruppen, men andelen har falt gjennom hele perioden. Sykepleierandelen gikk ned fra 31,0 prosent i 2015 til 29,0 prosent i 2024. I absolutte tall er årsverkene tilnærmet uendret, fra 6 116 til 6 053 (-1,0 prosent), noe som innebærer at gruppens andel reduseres svakt relativt til den samlede veksten i sektoren.

Blant de større utdanningsgruppene er psykologer og vernepleiere de som har hatt sterkest vekst. Psykologandelen økte fra 9,6 til 12,7 prosent, og årsverkene steg fra 1 898 til 2 664 (+40,4 prosent). Vernepleierandelen økte fra 4,8 til 6,6 prosent, med en vekst i årsverk fra 936 til 1 379 (+47,3 prosent). Begge grupper viser en jevn oppgang gjennom hele perioden.

Helsefagarbeidere har hatt den tydeligste nedgangen. Årsverkene falt fra 1 588 i 2015 til 1 262 i 2024 (-20,5 prosent), og andelen gikk ned fra 8,1 til 6,0 prosent. Nedgangen er ikke reversert i perioden, selv om det kan spores en svak oppgang mot slutten.

Kategorien «Andre utdanninger: AOS» økte svakt i absolutte tall, men andelen falt fra 19,3 prosent i 2015 til 18,9 prosent i 2024, ettersom samlet årsverksvekst i tjenesten var sterkere.

«Andre helseutdanninger: POB» hadde en andel på 6,0 prosent i 2015, som holdt seg relativt stabil og endte på 5,8 prosent i 2024. Årsverkene økte svakt fra 1 189 til 1 202 (+1,1 prosent). «Ufaglært: POB» hadde en andel på 6,9 prosent i 2015 som falt til 6,0 prosent i 2024, mens årsverkene gikk ned fra 1 360 til 1 260 (-7,4 prosent).

Utviklingen for øvrige utdanningsgrupper framgår av tabellene 3.11 og 3.12.

Tabell 3.11 Årsverk per Utdanningsgruppe - PH voksne, 2015-2024

Utdanningsgruppe	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Andre utdanninger:										
AOS	3 803	3 800	3 804	3 786	3 788	3 770	3 779	3 820	3 863	3 952
Andre										
helseutdanninger: POB	1 189	1 153	1 149	1 182	1 160	1 177	1 180	1 210	1 181	1 202
Ufaglært: POB	1 360	1 310	1 289	1 264	1 273	1 315	1 189	1 253	1 217	1 260
Bioingeniør	112	112	115	115	116	115	117	117	121	129
Ergoterapeut	216	209	202	202	198	194	194	192	190	197
Fysioterapeut	197	193	192	197	201	198	202	203	205	198
Helsefag	1 588	1 489	1 428	1 374	1 308	1 239	1 226	1 249	1 239	1 262
Helsesekretær	369	369	374	363	363	364	382	393	407	412
Helsesykepleier	56	52	56	50	50	44	45	45	45	42
Jordmor	36	34	30	31	28	28	28	31	32	30
Lege	1 790	1 864	1 905	1 958	2 004	2 006	2 002	2 007	2 037	2 056
Psykolog	1 898	1 958	2 024	2 069	2 118	2 223	2 346	2 428	2 503	2 664
Radiograf	48	51	52	52	54	57	60	64	65	67
Sykepleier	6 116	6 097	6 064	6 026	6 066	6 003	5 961	5 996	5 968	6 053
Tannlege	3	2	2	3	3	3	3	4	6	5
Tannpleier	2	2	2	2	2	2	3	1	2	1
Vernepleier	936	961	977	1 003	1 050	1 088	1 168	1 269	1 337	1 379

Tallene er oppgitt i årsverk og er avrundet til nærmeste heltall. Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Tabell 3.12 Andel av totale årsverk per Utdanningsgruppe - PH voksne, 2015-2024

Utdanningsgruppe	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Andre										
utdanninger: AOS	19,29%	19,33%	19,34%	19,24%	19,15%	19,01%	19,00%	18,83%	18,92%	18,90%
Andre										
helseutdanninger:										
POB	6,03%	5,86%	5,84%	6,01%	5,86%	5,94%	5,93%	5,96%	5,78%	5,75%
Ufaglært: POB	6,90%	6,66%	6,56%	6,42%	6,44%	6,63%	5,98%	6,18%	5,96%	6,03%
Bioingeniør	0,57%	0,57%	0,59%	0,58%	0,58%	0,58%	0,59%	0,57%	0,59%	0,62%
Ergoterapeut	1,09%	1,07%	1,03%	1,02%	1,00%	0,98%	0,98%	0,95%	0,93%	0,94%
Fysioterapeut	1,00%	0,98%	0,98%	1,00%	1,01%	1,00%	1,02%	1,00%	1,00%	0,95%
Helsefag	8,05%	7,58%	7,26%	6,98%	6,61%	6,25%	6,16%	6,16%	6,07%	6,04%
Helsesekretær	1,87%	1,88%	1,90%	1,84%	1,84%	1,83%	1,92%	1,94%	1,99%	1,97%
Helsesykepleier	0,28%	0,27%	0,28%	0,26%	0,25%	0,22%	0,22%	0,22%	0,22%	0,20%
Jordmor	0,18%	0,17%	0,15%	0,16%	0,14%	0,14%	0,14%	0,16%	0,16%	0,14%
Lege	9,08%	9,48%	9,68%	9,95%	10,13%	10,12%	10,07%	9,90%	9,98%	9,83%
Psykolog	9,63%	9,96%	10,29%	10,52%	10,71%	11,21%	11,80%	11,97%	12,26%	12,74%
Radiograf	0,25%	0,26%	0,27%	0,27%	0,27%	0,29%	0,30%	0,32%	0,32%	0,32%
Sykepleier	31,01%	31,02%	30,83%	30,62%	30,66%	30,28%	29,98%	29,56%	29,23%	28,95%
Tannlege	0,01%	0,01%	0,01%	0,02%	0,02%	0,02%	0,01%	0,02%	0,03%	0,02%
Tannpleier	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,02%	0,01%	0,01%	0,01%
Vernepleier	4,75%	4,89%	4,97%	5,10%	5,31%	5,49%	5,87%	6,26%	6,55%	6,60%

Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) har hatt en moderat vekst i årsverksmassen fra om lag 4 700 i 2015 til 5 000 i 2024 (+6,7 prosent). Utviklingen har vært nær flat de siste årene, med en svak nedgang fra 2023 til 2024 (-0,5 prosent).

Sykepleiere er den største utdanningsgruppen i 2024, og andelen har økt klart gjennom perioden. Sykepleierandelen økte fra 25,2 til 27,8 prosent, og årsverkene steg fra 1 181 til 1 392 (+17,9 prosent).

«Andre helseutdanninger: POB» hadde en andel på 17,2 prosent i 2015 som falt til 14,3 prosent i 2024. Årsverkene gikk ned fra 809 til 717 (-11,4 prosent). «Ufaglært: POB» hadde en andel på 8,1

prosent i 2015 som falt til 6,2 prosent i 2024, med en nedgang i årsverk fra 381 til 308 (-19,2 prosent). Begge kategorier viser en tydelig nedadgående trend over perioden.

«Andre utdanninger: AOS» har ligget stabilt på rundt 19 prosent gjennom perioden, med moderat vekst i årsverk (+4,5 prosent). Leger har hatt den sterkeste relative veksten blant de større gruppene. Andelen økte fra 5,4 til 7,3 prosent, og årsverkene økte fra 251 til 363 (+44,5 prosent), med sterkest vekst fram til 2020. Vernepleiere økte fra 7,6 til 9,0 prosent (357 til 450 årsverk, +26,1 prosent), med jevn vekst gjennom hele perioden. Helsefagarbeidere falt fra 3,5 til 2,7 prosent (165 til 137 årsverk, -17,0 prosent), uten at nedgangen er blitt reversert. Psykologandelen har ligget relativt stabil rundt 9,5-10,0 prosent gjennom perioden.

Øvrige utdanningsgrupper utgjør små andeler og omtales ikke nærmere her. Utviklingen framgår av tabellene nedenfor.

Tabell 3.13 Årsverk per Utdanningsgruppe - TSB, 2015-2024

Utdanningsgruppe	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Andre utdanninger:										
AOS	905	920	953	944	937	962	961	935	949	946
Andre										
helseutdanninger: POB	809	798	828	823	805	812	817	756	744	717
Ufaglært: POB	381	359	380	365	358	354	352	335	311	308
Bioingeniør	25	25	26	26	26	27	27	26	29	30
Ergoterapeut	31	28	28	31	30	30	27	22	24	29
Fysioterapeut	27	29	29	33	30	29	32	32	29	28
Helsefag	165	159	158	145	139	146	141	136	141	137
Helsesekretær	64	65	69	67	68	70	71	72	68	70
Helsesykepleier	14	12	13	13	13	13	13	12	14	13
Jordmor	11	11	12	10	9	11	9	9	9	10
Lege	251	281	302	308	328	367	346	339	350	363
Psykolog	457	455	467	471	471	502	480	476	486	496
Radiograf	12	12	13	14	13	14	15	15	15	16
Sykepleier	1 181	1 210	1 245	1 258	1 273	1 318	1 350	1 386	1 400	1 392
Tannlege	0	0	0	0	1	1	2	2	2	2
Tannpleier	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vernepleier	357	394	403	397	389	405	412	414	445	450

Tallene er oppgitt i årsverk og er avrundet til nærmeste heltall. Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Tabell 3.14 Andel av totale årsverk per Utdanningsgruppe - TSB, 2015-2024

Utdanningsgruppe	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Andre										
utdanninger: AOS	19,28%	19,33%	19,34%	19,24%	19,15%	19,01%	19,00%	18,83%	18,92%	18,90%
Andre										
helseutdanninger:										
POB	17,24%	16,76%	16,80%	16,77%	16,46%	16,03%	16,16%	15,22%	14,83%	14,33%
Ufaglært: POB	8,12%	7,54%	7,71%	7,44%	7,33%	7,00%	6,96%	6,75%	6,20%	6,15%
Bioingeniør	0,53%	0,52%	0,52%	0,53%	0,53%	0,54%	0,54%	0,53%	0,58%	0,59%
Ergoterapeut	0,67%	0,58%	0,57%	0,63%	0,61%	0,58%	0,53%	0,44%	0,49%	0,58%
Fysioterapeut	0,58%	0,61%	0,59%	0,66%	0,61%	0,57%	0,62%	0,64%	0,59%	0,56%
Helsefag	3,52%	3,34%	3,21%	2,96%	2,85%	2,89%	2,78%	2,74%	2,81%	2,74%
Helsesekretær	1,37%	1,37%	1,40%	1,37%	1,40%	1,39%	1,41%	1,45%	1,36%	1,39%
Helsesykepleier	0,31%	0,26%	0,27%	0,26%	0,26%	0,25%	0,26%	0,23%	0,27%	0,25%
Jordmor	0,24%	0,24%	0,24%	0,20%	0,19%	0,21%	0,19%	0,18%	0,19%	0,20%
Lege	5,35%	5,90%	6,13%	6,29%	6,70%	7,26%	6,85%	6,82%	6,97%	7,25%
Psykolog	9,75%	9,56%	9,48%	9,60%	9,63%	9,92%	9,50%	9,58%	9,69%	9,91%
Radiograf	0,26%	0,26%	0,26%	0,28%	0,26%	0,28%	0,30%	0,30%	0,31%	0,32%
Sykepleier	25,18%	25,43%	25,28%	25,65%	26,04%	26,05%	26,71%	27,90%	27,90%	27,82%
Tannlege	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,03%	0,03%	0,03%	0,03%
Tannpleier	0,01%	0,01%	0,00%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%
Vernepleier	7,60%	8,28%	8,18%	8,10%	7,96%	8,00%	8,15%	8,34%	8,86%	8,98%

Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Rehabilitering privat

Rehabilitering privat er en ny tjenestekategori i denne versjonen av modellen og omfatter private rehabiliteringsinstitusjoner som leverer tjenester på vegne av det offentlige. Den totale årsverksmassen har vært tilnærmet stabil gjennom perioden, fra om lag 2 180 årsverk i 2015 til 2 190 i 2024. Dette tilsvarer en vekst på knapt 1 prosent. Fra 2023 til 2024 var det en nedgang på 2,5 prosent.

Sykepleiere er den største utdanningsgruppen, med en andel på om lag 21–23 prosent. Årsverkene økte fra 461 i 2015 til 495 i 2024 (+7,4 prosent). Fysioterapeuter er den nest største gruppen, med en stabil andel rundt 16 prosent og et uendret årsverksnivå på 348 årsverk i både 2015 og 2024. «Andre utdanninger: AOS» utgjør rundt 19 prosent og er stabile i volum, med en svak endring fra 420 til 414 årsverk (–1,4 prosent). Samlet utgjør disse tre gruppene over halvparten av årsverksmassen.

«Andre helseutdanninger: POB» var i hovedsak stabil gjennom perioden. Andelen var 7,1 prosent i 2015 og 7,0 prosent i 2024, mens årsverkene var uendret på 154 i begge år. «Ufaglært: POB» hadde en nedadgående utvikling over perioden, fra 13,1 prosent i 2015 til 10,9 prosent i 2024, og årsverkene gikk ned fra 286 til 238 (–16,9 prosent), selv om nivået tok seg noe opp igjen i årene etter 2019 før det falt på nytt mot slutten av perioden.

Ergoterapeuter økte fra 3,9 til 4,3 prosent (84 til 93 årsverk, +10,7 prosent), mens leger økte fra 4,2 til 4,9 prosent (91 til 106 årsverk, +16,5 prosent). Begge viser moderat vekst over perioden.

Øvrige utdanningsgrupper utgjør små andeler og omtales ikke nærmere her. Utviklingen framgår av tabellene nedenfor.

Tabell 3.15 Årsverk per Utdanningsgruppe - Rehabilitering privat, 2015-2024

Utdanningsgruppe	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Andre utdanninger:										
AOS	420	438	437	428	435	422	435	436	424	414
Andre helseutdanninger: POB	154	161	172	180	170	160	164	177	172	154
Ufaglært: POB	286	291	277	269	236	249	265	269	264	238
Bioingeniør	12	13	13	12	13	13	13	13	12	12
Ergoterapeut	84	90	85	83	89	95	97	99	96	93
Fysioterapeut	348	357	354	343	362	359	372	367	348	348
Helsefag	165	161	167	160	167	154	155	166	156	176
Helsesekretær	38	40	38	41	42	38	42	41	41	39
Helsesykepleier	8	8	6	7	7	7	5	7	6	7
Jordmor	5	4	5	4	4	4	3	5	5	6
Lege	91	97	101	99	111	104	112	111	111	106
Psykolog	33	36	34	38	42	42	38	45	45	42
Radiograf	6	6	6	5	6	6	8	7	7	7
Sykepleier	461	498	497	486	524	501	518	518	503	495
Tannlege	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Tannpleier	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vernepleier	66	65	66	70	66	65	61	55	52	54

Tallene er oppgitt i årsverk og er avrundet til nærmeste heltall. Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Tabell 3.16 Andel av totale årsverk per Utdanningsgruppe - Rehabilitering privat, 2015-2024

Utdanningsgruppe	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Andre utdanninger: AOS	19,28%	19,33%	19,34%	19,24%	19,15%	19,01%	19,00%	18,83%	18,92%	18,90%
Andre helseutdanninger:										
POB	7,07%	7,12%	7,62%	8,09%	7,49%	7,20%	7,14%	7,63%	7,67%	7,01%
Ufaglært: POB	13,15%	12,85%	12,26%	12,09%	10,37%	11,21%	11,58%	11,60%	11,75%	10,87%
Bioingeniør	0,55%	0,56%	0,57%	0,55%	0,56%	0,57%	0,57%	0,55%	0,54%	0,56%
Ergoterapeut	3,86%	3,96%	3,77%	3,75%	3,91%	4,28%	4,23%	4,27%	4,29%	4,26%
Fysioterapeut	15,98%	15,73%	15,67%	15,41%	15,91%	16,20%	16,24%	15,82%	15,53%	15,89%
Helsefag	7,58%	7,10%	7,37%	7,17%	7,33%	6,94%	6,78%	7,18%	6,96%	8,02%
Helsesekretær	1,77%	1,76%	1,70%	1,84%	1,86%	1,72%	1,81%	1,79%	1,84%	1,78%
Helsesykepleier	0,35%	0,35%	0,28%	0,32%	0,29%	0,31%	0,24%	0,30%	0,28%	0,32%
Jordmor	0,24%	0,19%	0,20%	0,16%	0,17%	0,17%	0,15%	0,21%	0,20%	0,25%
Lege	4,19%	4,29%	4,48%	4,43%	4,86%	4,68%	4,89%	4,79%	4,95%	4,85%
Psykolog	1,50%	1,59%	1,51%	1,70%	1,84%	1,91%	1,65%	1,95%	1,99%	1,90%
Radiograf	0,26%	0,26%	0,27%	0,25%	0,25%	0,27%	0,35%	0,30%	0,30%	0,30%
Sykepleier	21,17%	21,98%	22,00%	21,83%	23,04%	22,58%	22,63%	22,36%	22,44%	22,57%
Tannlege	0,03%	0,04%	0,04%	0,04%	0,04%	0,03%	0,03%	0,04%	0,03%	0,03%
Tannpleier	0,01%	0,01%	0,00%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%
Vernepleier	3,02%	2,89%	2,91%	3,13%	2,92%	2,93%	2,68%	2,37%	2,30%	2,48%

Hjemmetjeneste

Hjemmetjenesten er i denne versjonen skilt ut som en egen tjenestekategori, atskilt fra institusjonsomsorgen. Dette gir en mer presis kobling mellom bemanningsandeler og tjenestebehov, ettersom de to tjenestene har klart ulik bemannings sammensetning. Hjemmetjenesten er en av tjenestene der endringen i bemanningsutviklingen etter 2019 er særlig tydelig, med fall i sykepleierandelen og økning i andelen ufaglært personell i pasient- og brukerrettet arbeid.

Den totale årsverksmassen økte fra om lag 67 700 i 2015 til 92 500 i 2024, en vekst på 36,5 prosent. Dette er blant de sterkeste vekstratene blant tjenestene i modellen.

Helsefagarbeidere er den største utdanningsgruppen. Andelen gikk svakt ned fra 31,9 til 30,3 prosent, mens antall årsverk økte fra 21 586 til 27 997 (+29,7 prosent). Andelen var høyest i 2016 og har falt gradvis siden, særlig etter 2021.

«Ufaglært: POB» er den nest største gruppen og hadde den sterkeste absolutte veksten. Andelen økte fra 27,5 til 28,2 prosent, og årsverkene steg fra 18 632 til 26 075 (+40,0 prosent). Veksten var særlig sterk etter 2020, og gruppen nådde sitt høyeste nivå i 2024. «Andre helseutdanninger: POB» hadde en enda sterkere relativ vekst, fra 8,8 til 10,4 prosent, med årsverk som steg fra 5 927 til 9 607 (+62,1 prosent). Samlet sett er veksten i begge POB-kategoriene en hoveddrivkraft bak endringene i bemannings sammensetningen.

Sykepleiere viser den tydeligste relative nedgangen blant de store gruppene. Andelen økte fra 18,7 prosent i 2015 til en topp på 19,3 prosent i 2018 og 2020, før den falt jevnt til 17,7 prosent i 2024, det laveste nivået i perioden. Årsverkene økte fra 12 683 til 16 390 (+29,2 prosent), men veksten holdt ikke tritt med den samlede sektorveksten etter 2020. Vernepleiere utførte stabilt om lag 8,0–8,3 prosent av årsverkene gjennom store deler av perioden, men andelen falt svakt til 7,9 prosent i 2024. Årsverkene økte fra 5 445 til 7 323 (+34,5 prosent).

Tabell 3.17 Årsverk per utdanningsgruppe - Hjemmetjenesten, 2015-2024

Utdanningsgruppe	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Andre utdanninger:										
AOS	1 944	1 802	1 763	1 803	1 953	1 971	2 018	2 218	2 430	2 502
Andre										
helseutdanninger: POB	5927	5965	6396	6908	7639	7890	8408	8626	9289	9607
Ufaglært: POB	18632	18721	19426	19890	20634	21030	21850	22813	24660	26075
Bioingeniør	16	16	12	18	20	16	21	23	26	23
Ergoterapeut	567	595	648	703	789	822	872	896	931	970
Fysioterapeut	292	325	372	416	486	492	521	549	557	582
Helsefag	21 586	22 120	23 058	23 896	24 660	25 262	26 271	26 730	27 601	27 997
Helsesekretær	386	404	429	437	466	475	471	520	574	588
Helsesykepleier	78	70	70	67	68	71	69	88	75	73
Jordmor	27	23	23	27	32	42	42	41	32	38
Lege	67	73	80	89	101	103	96	94	108	127
Psykolog	29	37	46	53	66	67	66	78	88	85
Radiograf	32	34	34	39	43	45	44	44	50	53
Sykepleier	12 683	13 114	13 787	14 470	15 018	15 525	15 650	15 818	16 277	16 390
Tannlege	4	5	5	7	6	8	11	12	18	21
Tannpleier	12	12	15	16	18	13	15	17	17	22
Vernepleier	5 445	5 670	5 957	6 182	6 397	6 659	6 940	7 071	7 244	7 323

Tallene er oppgitt i årsverk og er avrundet til nærmeste heltall. Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Tabell 3.18 Andel av totale årsverk per utdanningsgruppe - Hjemmetjenesten, 2015-2024

Utdanningsgruppe	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Andre										
utdanninger: AOS	2,87%	2,61%	2,44%	2,40%	2,49%	2,45%	2,42%	2,59%	2,70%	2,71%
Andre										
helseutdanninger:										
POB	8,75%	8,65%	8,87%	9,21%	9,74%	9,80%	10,09%	10,07%	10,32%	10,39%
Ufaglært: POB	27,51%	27,14%	26,94%	26,51%	26,32%	26,13%	26,21%	26,64%	27,41%	28,20%
Bioingeniør	0,02%	0,02%	0,02%	0,02%	0,03%	0,02%	0,03%	0,03%	0,03%	0,03%
Ergoterapeut	0,84%	0,86%	0,90%	0,94%	1,01%	1,02%	1,05%	1,05%	1,03%	1,05%
Fysioterapeut	0,43%	0,47%	0,52%	0,55%	0,62%	0,61%	0,63%	0,64%	0,62%	0,63%
Helsefag	31,87%	32,06%	31,97%	31,85%	31,46%	31,38%	31,51%	31,21%	30,68%	30,28%
Helsesekretær	0,57%	0,59%	0,59%	0,58%	0,59%	0,59%	0,57%	0,61%	0,64%	0,64%
Helsesykepleier	0,12%	0,10%	0,10%	0,09%	0,09%	0,09%	0,08%	0,10%	0,08%	0,08%
Jordmor	0,04%	0,03%	0,03%	0,04%	0,04%	0,05%	0,05%	0,05%	0,04%	0,04%
Lege	0,10%	0,11%	0,11%	0,12%	0,13%	0,13%	0,12%	0,11%	0,12%	0,14%
Psykolog	0,04%	0,05%	0,06%	0,07%	0,08%	0,08%	0,08%	0,09%	0,10%	0,09%
Radiograf	0,05%	0,05%	0,05%	0,05%	0,06%	0,06%	0,05%	0,05%	0,06%	0,06%
Sykepleier	18,73%	19,01%	19,12%	19,29%	19,16%	19,29%	18,77%	18,47%	18,09%	17,72%
Tannlege	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,02%	0,02%
Tannpleier	0,02%	0,02%	0,02%	0,02%	0,02%	0,02%	0,02%	0,02%	0,02%	0,02%
Vernepleier	8,04%	8,22%	8,26%	8,24%	8,16%	8,27%	8,32%	8,26%	8,05%	7,92%

Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Institusjon

Institusjonstjenesten omfatter kommunal pleie i institusjon, i første rekke sykehjem og tilsvarende bo- og omsorgstilbud. Totale årsverk økte fra om lag 59 500 årsverk i 2015 til 64 400 i 2024, en vekst på 8,1 prosent. Utviklingen var tilnærmet flat fra 2019 til 2022, med en moderat oppgang mot slutten av perioden.

Helsefagarbeidere er den klart største utdanningsgruppen. Andelen har ligget stabil rundt 36 prosent gjennom hele perioden, og årsverkene økte fra 21 700 til 23 600 (+8,5 prosent). Andelen var lavest i 2018 (35,7 prosent) og er i 2024 på sitt høyeste nivå (36,7 prosent). Dette skiller institusjonsomsorgen fra hjemmetjenesten, hvor helsefagarbeidere har hatt en fallende andel.

Sykepleiere er den nest største gruppen, men har hatt en gradvis nedgang relativt til total bemanning. Andelen økte fra 25,7 prosent i 2015 til 26,8 prosent i 2019, før den falt jevnt videre til 24,5 prosent i 2024 – det laveste nivået i perioden. Årsverkene var relativt stabile, fra 15 300 til 15 800 (+3,1 prosent), mens tjenesten totalt vokste med 8 prosent.

«Ufaglært: POB» økte fra 17,9 til 19,0 prosent, og årsverkene steg fra 10 630 til 12 207 (+14,8 prosent). Veksten var særlig markant etter 2022, samtidig som sykepleierandelen falt. «Andre helseutdanninger: POB» holdt seg relativt stabil, fra 6,0 til 6,6 prosent, med en moderat vekst i årsverk fra 3 566 til 4 249 (+19,2 prosent).

«Andre utdanninger: AOS» gikk ned fra 8,6 til 7,6 prosent, og årsverkene falt fra 5 100 til 4 900 (-4,5 prosent). Dette er den eneste av de større gruppene som hadde en absolutt nedgang i perioden.

Vernepleiere økte fra 2,4 til 2,7 prosent, og årsverkene steg fra 1 456 til 1 751 (+20,3 prosent). Andelen var høyest i 2022 og falt svakt de siste to årene.

Tabell 3.19 Årsverk per utdanningsgruppe - Institusjonsomsorg, 2015-2024

Utdanningsgruppe	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Andre utdanninger:										
AOS	5 094	5 151	5 129	5 086	5 106	4 962	4 954	4 935	4 939	4 863
Andre										
helseutdanninger: POB	3566	3505	3574	3777	3828	3937	3960	4049	4221	4249
Ufaglært: POB	10630	10416	10601	10570	10669	10878	10766	10885	11322	12207
Bioingeniør	14	13	13	12	13	15	15	13	16	17
Ergoterapeut	402	419	455	447	451	403	386	382	397	387
Fysioterapeut	475	523	547	529	541	513	509	488	501	493
Helsefag	21 749	21 870	22 007	21 968	22 465	22 340	22 503	22 767	23 175	23 601
Helsesekretær	278	284	298	316	330	332	322	336	344	367
Helsesykepleier	108	96	92	83	94	87	80	81	81	85
Jordmor	66	69	65	63	55	46	45	43	38	44
Lege	349	375	438	504	503	481	471	435	480	453
Psykolog	11	7	11	14	12	19	17	9	8	10
Radiograf	25	25	24	23	28	23	21	22	24	23
Sykepleier	15 309	15 793	16 247	16 462	16 766	16 544	16 254	15 904	15 891	15 791
Tannlege	9	9	8	10	10	9	8	7	11	8
Tannpleier	6	5	7	7	5	7	4	7	7	11
Vernepleier	1 456	1 497	1 517	1 622	1 712	1 746	1 725	1 796	1 761	1 751

Tallene er oppgitt i årsverk og er avrundet til nærmeste heltall. Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Tabell 3.20 Andel av totale årsverk per Utdanningsgruppe - Institusjonsomsorg, 2015-2024

Utdanningsgruppe	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Andre utdanninger:										
AOS	8,55%	8,58%	8,40%	8,27%	8,16%	7,96%	7,99%	7,94%	7,81%	7,56%
Andre helseutdanninger:										
POB	5,99%	5,84%	5,86%	6,14%	6,12%	6,32%	6,38%	6,51%	6,68%	6,60%
Ufaglært: POB	17,85%	17,34%	17,37%	17,19%	17,05%	17,45%	17,35%	17,51%	17,91%	18,97%
Bioingeniør	0,02%	0,02%	0,02%	0,02%	0,02%	0,02%	0,02%	0,02%	0,03%	0,03%
Ergoterapeut	0,67%	0,70%	0,75%	0,73%	0,72%	0,65%	0,62%	0,61%	0,63%	0,60%
Fysioterapeut	0,80%	0,87%	0,90%	0,86%	0,86%	0,82%	0,82%	0,79%	0,79%	0,77%
Helsefag	36,52%	36,42%	36,06%	35,72%	35,89%	35,83%	36,27%	36,63%	36,66%	36,67%
Helsesekretær	0,47%	0,47%	0,49%	0,51%	0,53%	0,53%	0,52%	0,54%	0,54%	0,57%
Helsesykepleier	0,18%	0,16%	0,15%	0,14%	0,15%	0,14%	0,13%	0,13%	0,13%	0,13%
Jordmor	0,11%	0,11%	0,11%	0,10%	0,09%	0,07%	0,07%	0,07%	0,06%	0,07%
Lege	0,59%	0,62%	0,72%	0,82%	0,80%	0,77%	0,76%	0,70%	0,76%	0,70%
Psykolog	0,02%	0,01%	0,02%	0,02%	0,02%	0,03%	0,03%	0,01%	0,01%	0,02%
Radiograf	0,04%	0,04%	0,04%	0,04%	0,05%	0,04%	0,03%	0,04%	0,04%	0,04%
Sykepleier	25,71%	26,30%	26,62%	26,77%	26,79%	26,54%	26,20%	25,59%	25,14%	24,54%
Tannlege	0,02%	0,01%	0,01%	0,02%	0,02%	0,01%	0,01%	0,01%	0,02%	0,01%
Tannpleier	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,02%
Vernepleier	2,44%	2,49%	2,49%	2,64%	2,74%	2,80%	2,78%	2,89%	2,79%	2,72%

Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Kommunale fastleger, fysioterapi og annen kommunal helse- og omsorgstjeneste

Denne tjenestekategorien omfatter kommunale fastleger, fysioterapitjenesten og øvrige kommunale tjenester som i hovedsak bemannes av høyt utdannet helsepersonell. I tidligere versjoner av modellen ble allmennlegetjenesten og fysioterapitjenesten behandlet som egne næringer, men sammenslåingen gir bedre samsvar mellom tilbuds- og etterspørselssiden. Den totale årsverksmassen økte fra om lag 20 400 i 2015 til 26 500 i 2024, tilsvarende en vekst på 30 prosent.

Leger er den største utdanningsgruppen. Andelen har ligget stabil mellom 27 og 29 prosent gjennom hele perioden og økte til 29,4 prosent i 2024, det høyeste nivået. Årsverkene økte fra 5 800 til 7 800 (+33,3 prosent), i tråd med den samlede veksten i tjenesten. Fysioterapeuter er den nest største gruppen og viser den tydeligste relative tilbakegangen. Andelen falt fra 25,9 prosent i 2015 til 21,8 prosent i 2024, til tross for absolutt vekst fra 5 300 til 5 800 årsverk (+9,5 prosent). Veksten er dermed klart lavere enn i tjenesten totalt, og andelen har falt klart gjennom perioden.

Sykepleiere har motsatt utvikling, med tydelig vekst både i andel og årsverk. Andelen steg fra 13,5 til 16,4 prosent, og årsverkene økte fra 2 800 til 4 300 (+57,6 prosent), med særlig sterk vekst etter 2020. Dette indikerer en økende integrering av sykepleiere i kommunale, polikliniske og primærhelserettede tjenester. Helsesekretærer falt fra 7,3 til 5,4 prosent. Årsverkene endret seg lite i absolutte tall (1 480 til 1 430, -3,9 prosent), men den samlede tjenesten vokste med 30 prosent, noe som ga et tydelig relativt fall.

Ergoterapeuter og vernepleiere hadde sterk absolutt vekst. Ergoterapeuter økte fra 3,7 til 4,5 prosent (+56 prosent i årsverk), mens vernepleiere økte fra 1,6 til 2,6 prosent (+109 prosent i årsverk). Psykologer har nesten tredoblet årsverkene (105 til 308, +193 prosent), men utgjør fortsatt en liten andel av totalen (0,5 til 1,2 prosent).

«Andre helseutdanninger: POB» økte fra 3,5 prosent i 2015 til 4,9 prosent i 2024, med en topp på 5,1 prosent i 2023. Årsverkene steg fra 707 til 1 299 (+83,7 prosent). «Ufaglært: POB» økte fra 4,2 til 5,6 prosent i 2021, men falt markant tilbake til 4,0 prosent i 2024, under startnivået. Årsverkene steg fra 860 til en topp på 1 453 i 2021 før de falt til 1 056 i 2024 (+22,8 prosent samlet).

Tabell 3.21 Årsverk per Utdanningsgruppe - Kommunale fastleger, fysioterapi og annen kommunal HO-tjenester, 2015-2024

Utdanningsgruppe	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Andre utdanninger:										
AOS	1 109	1 220	1 244	1 244	1 223	1 286	1 436	1 324	1 329	1 374
Andre										
helseutdanninger: POB	707	796	803	877	896	1040	1237	1240	1331	1299
Ufaglært: POB	860	957	1015	1076	1190	1239	1453	1189	1079	1056
Bioingeniør	108	112	108	100	96	105	107	94	93	89
Ergoterapeut	763	834	902	967	979	1 075	1 118	1 165	1 189	1 192
Fysioterapeut	5 279	5 446	5 594	5 709	5 696	5 791	5 789	5 793	5 751	5 782
Helsefag	827	882	857	848	880	898	1 076	973	963	937
Helsesekretær	1 482	1 479	1 494	1 479	1 475	1 504	1 497	1 435	1 422	1 425
Helsesykepleier	164	178	180	150	125	126	157	149	155	158
Jordmor	36	48	49	42	47	35	53	50	50	51
Lege	5 837	5 997	6 169	6 349	6 487	6 767	7 042	7 146	7 431	7 781
Psykolog	105	142	173	193	202	217	250	262	279	308
Radiograf	20	29	22	6	6	7	12	8	10	11
Sykepleier	2 759	2 976	3 149	3 226	3 232	3 637	4 075	4 091	4 243	4 349
Tannlege	2	3	2	2	5	4	4	5	7	6
Tannpleier	4	2	2	2	3	2	2	2	1	1
Vernepleier	324	375	434	447	494	549	608	639	656	676

Tallene er oppgitt i årsverk og er avrundet til nærmeste heltall. Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Tabell 3.22 Andel av totale årsverk per Utdanningsgruppe - Kommunale fastleger, fysioterapi og annen kommunal HO-tjenester, 2015-2024

Utdanningsgruppe	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Andre utdanninger: AOS	5,44%	5,68%	5,60%	5,48%	5,31%	5,30%	5,54%	5,18%	5,11%	5,18%
Andre										
helseutdanninger:										
POB	3,47%	3,70%	3,62%	3,86%	3,89%	4,28%	4,77%	4,85%	5,12%	4,90%
Ufaglært: POB	4,22%	4,46%	4,57%	4,74%	5,16%	5,10%	5,61%	4,65%	4,15%	3,98%
Bioingeniør	0,53%	0,52%	0,49%	0,44%	0,42%	0,43%	0,41%	0,37%	0,36%	0,34%
Ergoterapeut	3,74%	3,88%	4,06%	4,26%	4,25%	4,43%	4,32%	4,56%	4,57%	4,50%
Fysioterapeut	25,89%	25,36%	25,20%	25,13%	24,73%	23,85%	22,34%	22,66%	22,13%	21,82%
Helsefag	4,06%	4,11%	3,86%	3,73%	3,82%	3,70%	4,15%	3,81%	3,70%	3,54%
Helsesekretær	7,27%	6,89%	6,73%	6,51%	6,41%	6,19%	5,77%	5,61%	5,47%	5,38%
Helsesykepleier	0,81%	0,83%	0,81%	0,66%	0,54%	0,52%	0,61%	0,58%	0,60%	0,59%
Jordmor	0,18%	0,22%	0,22%	0,19%	0,20%	0,15%	0,20%	0,20%	0,19%	0,19%
Lege	28,63%	27,93%	27,79%	27,94%	28,16%	27,87%	27,17%	27,95%	28,59%	29,37%
Psykolog	0,52%	0,66%	0,78%	0,85%	0,88%	0,89%	0,96%	1,02%	1,07%	1,16%
Radiograf	0,10%	0,13%	0,10%	0,03%	0,02%	0,03%	0,05%	0,03%	0,04%	0,04%
Sykepleier	13,53%	13,86%	14,19%	14,20%	14,03%	14,98%	15,72%	16,00%	16,32%	16,41%
Tannlege	0,01%	0,02%	0,01%	0,01%	0,02%	0,01%	0,02%	0,02%	0,03%	0,02%
Tannpleier	0,02%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,00%	0,01%
Vernepleier	1,59%	1,74%	1,95%	1,97%	2,15%	2,26%	2,35%	2,50%	2,52%	2,55%

Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Helsestasjon og skolehelsetjeneste

Helsestasjon og skolehelsetjenesten har hatt sterk vekst i perioden. Årsverksmassen økte fra om lag 4 300 i 2015 til 7 000 i 2024, en vekst på 61,7 prosent. Veksten var jevn gjennom hele perioden, med en tydelig akselerasjon i 2021.

Helsesykepleiere er den største utdanningsgruppen i sektoren, men andelen har falt betydelig. Andelen sank fra 56,3 prosent i 2015 til 45,8 prosent i 2024, en nedgang på over 10 prosentpoeng. I absolutte tall økte årsverkene fra 2 430 til 3 200 (+31,7 prosent), men veksten var klart svakere enn tjenestens samlede vekst. Sykepleiere viser den klart sterkeste absolutte veksten og også en svært sterk relativ vekst. Årsverkene økte fra 511 til 1 464 (+186,7 prosent), og andelen steg fra 11,8 til 20,9 prosent: en økning på 9 prosentpoeng. Sykepleiere er dermed den nest største gruppen i tjenesten.

Jordmødre er den tredje største gruppen, med en stabil andel på om lag 8–9 prosent og en økning fra 319 til 628 årsverk (+96,9 prosent). Andelen var høyest i 2020 (9,3 prosent) og har deretter vært relativt stabil.

Psykologer økte fra 97 til 189 årsverk (+94,8 prosent), og andelen steg fra 2,2 til 2,7 prosent. Utviklingen er jevn og peker mot økt satsing på psykisk helse i skolehelsetjenesten. Ergoterapeuter og vernepleiere er små, men voksende, grupper med henholdsvis 115 og 162 prosent vekst i årsverk og økende andeler gjennom perioden. Leger hadde en nedgang fra 112 til 104 årsverk (–7,0 prosent), og andelen sank fra 2,6 til 1,5 prosent. Dette er den eneste større utdanningsgruppen med absolutt nedgang og kan indikere at andre utdanningsgrupper har fått en større rolle i denne tjenesten.

«Andre helseutdanninger: POB» fortsatte å øke gjennom perioden og nådde sitt høyeste nivå i 2023, før nivået falt svakt i 2024. «Ufaglært: POB» nådde derimot sitt høyeste nivå i 2021, etterfulgt av en tilbakegang og en mindre oppgang igjen i 2024.

Tabell 3.23 Årsverk per Utdanningsgruppe - Helsestasjoner og skolehelsetjeneste, 2015-2024

Utdanningsgruppe	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Andre utdanninger:										
AOS	303	318	325	336	321	313	392	376	360	392
Andre										
helseutdanninger: POB	88	107	109	144	147	168	181	238	257	255
Ufaglært: POB	84	82	90	109	111	113	151	123	122	133
Bioingeniør	0	0	0	1	0	3	4	4	2	2
Ergoterapeut	40	40	40	51	52	66	69	73	77	86
Fysioterapeut	167	181	184	214	215	235	263	265	271	284
Helsefag	88	95	92	90	87	93	111	87	79	85
Helsesekretær	55	64	67	68	73	75	85	93	91	91
Helsesykepleier	2 433	2 560	2 686	2 839	2 963	3 036	3 121	3 252	3 298	3 205
Jordmor	319	355	401	463	511	546	578	606	613	628
Lege	112	97	95	98	103	92	96	100	104	104
Psykolog	97	113	120	141	146	152	174	185	194	189
Radiograf	0	0	0	0	0	1	3	2	2	0
Sykepleier	511	662	749	848	912	946	1 243	1 237	1 314	1 464
Tannlege	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Tannpleier	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vernepleier	29	28	33	38	41	43	52	58	68	76

Tallene er oppgitt i årsverk og er avrundet til nærmeste heltall. Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Tabell 3.24 Andel av totale årsverk per Utdanningsgruppe - Helsestasjoner og skolehelsetjeneste, 2015-2024

Utdanningsgruppe	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Andre utdanninger: AOS	7,00%	6,77%	6,51%	6,18%	5,65%	5,32%	6,01%	5,61%	5,26%	5,61%
Andre helseutdanninger:										
POB	2,04%	2,27%	2,19%	2,66%	2,58%	2,86%	2,78%	3,55%	3,76%	3,64%
Ufaglært: POB	1,95%	1,74%	1,80%	2,00%	1,95%	1,92%	2,32%	1,84%	1,78%	1,91%
Bioingeniør	0,00%	0,00%	0,00%	0,01%	0,00%	0,04%	0,06%	0,05%	0,03%	0,03%
Ergoterapeut	0,92%	0,84%	0,80%	0,95%	0,91%	1,11%	1,06%	1,09%	1,12%	1,22%
Fysioterapeut	3,86%	3,84%	3,68%	3,93%	3,78%	4,00%	4,03%	3,95%	3,96%	4,06%
Helsefag	2,03%	2,03%	1,85%	1,65%	1,53%	1,58%	1,70%	1,30%	1,15%	1,21%
Helsesekretær	1,27%	1,37%	1,35%	1,24%	1,29%	1,27%	1,30%	1,39%	1,33%	1,30%
Helsesykepleier	56,25%	54,45%	53,82%	52,20%	52,16%	51,62%	47,84%	48,55%	48,13%	45,82%
Jordmor	7,38%	7,56%	8,03%	8,51%	8,99%	9,28%	8,85%	9,05%	8,94%	8,98%
Lege	2,59%	2,06%	1,91%	1,81%	1,82%	1,57%	1,47%	1,49%	1,52%	1,49%
Psykolog	2,24%	2,40%	2,40%	2,59%	2,57%	2,59%	2,66%	2,76%	2,83%	2,70%
Radiograf	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,02%	0,05%	0,03%	0,03%	0,00%
Sykepleier	11,81%	14,08%	15,00%	15,58%	16,06%	16,09%	19,05%	18,47%	19,18%	20,93%
Tannlege	0,00%	0,00%	0,00%	0,01%	0,00%	0,00%	0,02%	0,00%	0,00%	0,00%
Tannpleier	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Vernepleier	0,66%	0,59%	0,67%	0,69%	0,72%	0,73%	0,80%	0,87%	0,99%	1,09%

Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Tannhelsetjenesten

Tannhelsetjenesten hadde en moderat vekst fra om lag 11 300 årsverk i 2015 til 13 000 i 2024, en økning på 14,5 prosent. Tjenesten har en særpreget bemanningssammensetning dominert av tannleger og helsesekretærer, med tannpleiere som en tydelig voksende tredje gruppe.

Tannleger er den største utdanningsgruppen. Andelen falt svakt fra 40,5 til 38,9 prosent, mens årsverkene økte fra 4 588 til 5 050 (+10,1 prosent). Andelen har ligget stabil rundt 39–40 prosent gjennom hele perioden, men er noe lavere i 2024 enn ved periodens start. Helsesekretærer er den nest største gruppen, med en andel som falt fra 23,7 til 22,5 prosent. Årsverkene økte fra 2 685 til 2 919 (+8,7 prosent), som er lavere enn veksten i tjenesten totalt. Samlet utgjør tannleger og helsesekretærer over 60 prosent av årsverksmassen. Tannpleiere økte fra 8,0 til 9,0 prosent, og årsverkene steg fra 903 til 1 164 (+28,8 prosent). Veksten har vært jevn gjennom hele perioden.

«Ufaglært: POB» er den tredje største gruppen og økte fra 12,3 til 13,0 prosent. Årsverkene steg fra 1 390 til 1 690 (+21,6 prosent), med særlig vekst de siste tre årene. «Andre helseutdanninger: POB» holdt seg stabil på om lag 2 prosent gjennom mesteparten av perioden, med en svak vekst fra 2,1 til 2,4 prosent og årsverk som steg fra 240 til 316 (+31,6 prosent).

«Andre utdanninger: AOS» holdt seg stabil på rundt 11 prosent gjennom perioden. Årsverkene økte fra 1 235 til 1 413, i tråd med den samlede veksten i tjenesten.

Tabell 3.25 Årsverk per Utdanningsgruppe - Tannhelsetjeneste, 2015-2024

Utdanningsgruppe	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Andre utdanninger:										
AOS	1 235	1 311	1 334	1 328	1 378	1 317	1 364	1 384	1 406	1 413
Andre helseutdanninger:										
POB	240	239	235	234	262	232	276	286	300	316
Ufaglært: POB	1390	1441	1473	1497	1502	1482	1542	1563	1593	1690
Bioingeniør	4	5	5	4	4	4	4	6	7	9
Ergoterapeut	1	1	2	2	2	4	5	5	4	6
Fysioterapeut	9	7	8	9	7	8	8	9	11	12
Helsefag	163	161	165	176	173	169	171	185	194	214
Helsesekretær	2 685	2 756	2 797	2 817	2 854	2 866	2 864	2 912	2 907	2 919
Helsesykepleier	2	3	2	2	2	1	1	2	2	2
Jordmor	3	2	2	3	1	1	1	1	1	1
Lege	16	17	21	20	18	16	16	17	20	22
Psykolog	6	9	11	12	17	18	19	25	29	28
Radiograf	4	4	5	5	7	8	6	10	9	8
Sykepleier	81	92	100	94	95	94	103	114	115	117
Tannlege	4 588	4 682	4 723	4 801	4 847	4 887	4 928	4 961	5 039	5 050
Tannpleier	903	935	976	991	1 020	1 035	1 070	1 111	1 138	1 164
Vernepleier	3	3	2	2	1	3	4	5	4	4

Tallene er oppgitt i årsverk og er avrundet til nærmeste heltall. Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Tabell 3.26 Andel av totale årsverk per Utdanningsgruppe - Tannhelsetjeneste, 2015-2024

Utdanningsgruppe	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Andre utdanninger:										
AOS	10,89%	11,24%	11,25%	11,07%	11,30%	10,85%	11,02%	10,99%	11,00%	10,89%
Andre helseutdanninger:										
POB	2,12%	2,05%	1,98%	1,95%	2,15%	1,91%	2,23%	2,27%	2,35%	2,43%
Ufaglært: POB	12,26%	12,35%	12,42%	12,48%	12,32%	12,20%	12,46%	12,41%	12,46%	13,03%
Bioingeniør	0,04%	0,04%	0,05%	0,04%	0,04%	0,04%	0,03%	0,05%	0,05%	0,07%
Ergoterapeut	0,01%	0,01%	0,01%	0,02%	0,02%	0,04%	0,04%	0,04%	0,03%	0,04%
Fysioterapeut	0,08%	0,06%	0,07%	0,07%	0,06%	0,07%	0,06%	0,08%	0,09%	0,09%
Helsefag	1,44%	1,38%	1,39%	1,47%	1,42%	1,39%	1,38%	1,47%	1,52%	1,65%
Helsesekretær	23,69%	23,62%	23,58%	23,48%	23,41%	23,60%	23,13%	23,12%	22,74%	22,50%
Helsesykepleier	0,02%	0,02%	0,02%	0,02%	0,02%	0,01%	0,01%	0,02%	0,02%	0,01%
Jordmor	0,02%	0,02%	0,02%	0,02%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%
Lege	0,14%	0,15%	0,18%	0,17%	0,14%	0,13%	0,13%	0,13%	0,15%	0,17%
Psykolog	0,06%	0,07%	0,09%	0,10%	0,14%	0,15%	0,16%	0,20%	0,23%	0,21%
Radiograf	0,03%	0,03%	0,04%	0,04%	0,05%	0,06%	0,05%	0,08%	0,07%	0,06%
Sykepleier	0,71%	0,79%	0,84%	0,78%	0,78%	0,77%	0,83%	0,90%	0,90%	0,90%
Tannlege	40,49%	40,13%	39,82%	40,01%	39,76%	40,24%	39,80%	39,39%	39,43%	38,92%
Tannpleier	7,97%	8,01%	8,23%	8,26%	8,37%	8,52%	8,64%	8,82%	8,91%	8,97%
Vernepleier	0,03%	0,03%	0,02%	0,02%	0,01%	0,02%	0,03%	0,04%	0,03%	0,03%

Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Aktiverings- og servicetjenester (Dagaktivisering)

Aktiverings- og servicetjenester (dagaktivisering) er en samlekategori som omfatter kommunale aktivitetstilbud og andre helsetjenester som ikke inngår i de øvrige tjenestekategoriene.

Årsverksmassen økte fra om lag 4 600 i 2015 til 5 700 i 2024, en vekst på om lag 23 prosent.

Tjenesten har en bemanningsprofil dominert av ufaglærte og helsefagarbeidere, med vernepleiere som en betydelig gruppe.

Ved inngangen til perioden var «Ufaglært: POB» den største gruppen. Andelen falt fra 25,2 prosent i 2015 til 23,0 prosent i 2024, med et tydelig fall mellom 2019 og 2020. Årsverkene økte fra 1 166 til 1 300 (+11,5 prosent), klart lavere enn den samlede veksten i tjenesten. «Andre helseutdanninger: POB» holdt seg relativt stabil gjennom perioden, med en svak nedgang fra 16,1 til 15,1 prosent, mens årsverkene økte fra 746 til 855 (+14,6 prosent).

Helsefagarbeidere har hatt sterk vekst gjennom perioden og er den største gruppen ved slutten av perioden. Andelen steg fra 23,1 til 26,0 prosent, og årsverkene økte fra 1 071 til 1 469 (+37,2 prosent). Veksten tiltok særlig etter 2019 og sammenfaller med en forskyvning i bemanningssammensetningen fra ufaglærte mot helsefagarbeidere. Vernepleiere utgjør også en betydelig gruppe i tjenesten. Andelen økte svakt fra 13,8 til 14,6 prosent i perioden, og årsverkene steg fra 638 til 825 (+29,4 prosent). Andelen var høyest i 2023 (15,1 prosent) og falt marginalt i 2024. Den relativt høye andelen vernepleiere kan ses i sammenheng med at aktivitetstilbud i betydelig grad retter seg mot personer med utviklingshemming og andre funksjonsnedsettelse.

«Andre utdanninger: AOS» falt fra 11,3 til 9,6 prosent i perioden, til tross for moderat absolutt vekst, og er dermed i relativ tilbakegang. Sykepleiere økte fra 6,2 til 7,3 prosent, og årsverkene steg med 43,6 prosent gjennom perioden.

Tabell 3.27 Årsverk per Utdanningsgruppe - Dagaktivisering, 2015-2024

Utdanningsgruppe	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Andre utdanninger:										
AOS	524	539	560	591	605	557	540	517	508	544
Andre										
helseutdanninger: POB	746	754	802	875	890	864	859	870	844	855
Ufaglært: POB	1166	1206	1281	1318	1365	1236	1252	1271	1283	1300
Bioingeniør	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Ergoterapeut	105	102	114	130	130	126	140	138	150	146
Fysioterapeut	48	45	59	71	72	60	67	70	65	62
Helsefag	1 071	1 052	1 139	1 232	1 282	1 373	1 384	1 460	1 433	1 469
Helsesekretær	19	19	14	18	20	20	20	27	28	30
Helsesykepleier	3	3	3	5	2	1	1	1	1	3
Jordmor	3	1	2	1	2	2	0	0	0	1
Lege	2	3	3	2	1	1	0	0	0	1
Psykolog	14	12	13	16	10	17	17	15	12	11
Radiograf	1	0	0	1	0	1	1	2	3	2
Sykepleier	287	286	318	328	362	376	375	408	391	412
Tannlege	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0
Tannpleier	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0
Vernepleier	638	672	722	752	750	794	807	838	841	825

Tallene er oppgitt i årsverk og er avrundet til nærmeste heltall. Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Tabell 3.28 Andel av totale årsverk per Utdanningsgruppe - Dagaktivisering, 2015-2024

Utdanningsgruppe	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Andre										
utdanninger: AOS	11,33%	11,48%	11,13%	11,06%	11,02%	10,26%	9,88%	9,19%	9,14%	9,61%
Andre										
helseutdanninger:										
POB	16,12%	16,06%	15,93%	16,38%	16,20%	15,92%	15,73%	15,48%	15,18%	15,11%
Ufaglært: POB	25,20%	25,68%	25,46%	24,69%	24,86%	22,77%	22,91%	22,62%	23,07%	22,97%
Bioingeniør	0,01%	0,01%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,02%	0,00%	0,00%
Ergoterapeut	2,27%	2,16%	2,27%	2,44%	2,36%	2,32%	2,55%	2,45%	2,70%	2,57%
Fysioterapeut	1,03%	0,96%	1,17%	1,32%	1,31%	1,11%	1,23%	1,25%	1,17%	1,09%
Helsefag	23,14%	22,41%	22,63%	23,06%	23,35%	25,30%	25,33%	25,98%	25,77%	25,95%
Helsesekretær	0,40%	0,41%	0,28%	0,34%	0,37%	0,37%	0,36%	0,47%	0,50%	0,53%
Helsesykepleier	0,07%	0,07%	0,07%	0,10%	0,04%	0,01%	0,01%	0,02%	0,03%	0,05%
Jordmor	0,07%	0,03%	0,04%	0,02%	0,04%	0,04%	0,01%	0,00%	0,00%	0,02%
Lege	0,03%	0,07%	0,07%	0,03%	0,01%	0,02%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%
Psykolog	0,31%	0,26%	0,25%	0,30%	0,17%	0,31%	0,30%	0,27%	0,22%	0,19%
Radiograf	0,02%	0,00%	0,00%	0,02%	0,00%	0,01%	0,02%	0,04%	0,05%	0,04%
Sykepleier	6,20%	6,08%	6,32%	6,13%	6,59%	6,93%	6,86%	7,26%	7,03%	7,28%
Tannlege	0,00%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,02%	0,01%	0,00%
Tannpleier	0,00%	0,01%	0,01%	0,01%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,01%	0,00%
Vernepleier	13,78%	14,32%	14,34%	14,08%	13,66%	14,62%	14,77%	14,91%	15,13%	14,57%

Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Andre helsetjenester

En betydelig del av årsverkene utenfor de offentlig finansierte HO-tjenestene finnes i næringen «86.909 – andre helsetjenester». Dette er i stor grad en restkategori i næringsstandarden som samler ulike helserelevante tjenester som ikke faller inn under mer spesifikke helsenæringer. Kategorien omfatter en heterogen gruppe virksomheter, blant annet ulike typer private klinikker, terapeutiske tjenester og andre helserelevante tilbud.

Kategorien omfatter også enkelte andre helsenæringer utenfor de offentlig finansierte tjenestene, som allmennlegetjenester (86.211), annen forebyggende helsetjeneste (86.904), medisinske laboratorier (86.906) og ambulansetjenester (86.907). For 86.211 gjelder dette den delen av virksomheten som ikke inngår i de offentlig finansierte HO-tjenestene.

I tillegg inngår virksomheter klassifisert i «87.901 – institusjonsomsorg for barn og unge», hvor en betydelig del av virksomhetene er barnevernsinstitusjoner. I disse institusjonene dominerer i større grad sosialfaglige og pedagogiske utdanninger. De 14 helseutdanningene som inngår i Helsemod utgjør derfor en relativt liten del av sysselsettingen i denne delen av næringen.

Totalt antall årsverk i kategorien økte fra om lag 24 600 i 2015 til 29 100 i 2024: en vekst på nærmere 18 prosent. Veksten var relativt jevn gjennom perioden, med et lite fall rundt 2018–2019 etterfulgt av ny oppgang fra 2021.

Kategorien er dominert av personer med utdanning utenfor de 14 helseutdanningsgruppene i Helsemod. «Andre utdanninger: AOS» er den største enkeltgruppen og falt fra 27,5 til 23,3 prosent, mens årsverkene gikk fra 6 766 til 6 762 (nær uendret). «Ufaglært: POB» hadde en andel på 17,1 prosent i 2015 som falt til et bunnpunkt på 15,5 prosent i 2022–2023, før den steg til 16,7 prosent i 2024. Årsverkene økte fra 4 205 til 4 841 (+15,1 prosent), med en tydelig oppgang det siste året. «Andre helseutdanninger: POB» viste en jevn vekst, fra 14,4 til 17,1 prosent, og årsverkene steg fra 3 547 til 4 966 (+40,0 prosent). Til sammen utfører disse tre gruppene om lag 57 prosent av årsverkene i 2024, ned fra 59 prosent i 2015. Dette reflekterer den brede og heterogene karakteren til tjenestekategorien.

Blant de 14 helseutdanningsgruppene er det særlig leger og psykologer som har økt sine andeler gjennom perioden. Sykepleiere utførte 8,0 prosent av årsverkene i 2015 og 8,4 prosent i 2024. Antall sykepleierårsverk økte med om lag 23 prosent, til nær 2 440 i 2024. Andelen har holdt seg relativt stabil, med en liten nedgang rundt 2020 etterfulgt av en gjeninnhenting. Helsesekretærer utførte om lag 6 prosent av årsverkene gjennom hele perioden. Andelen er blant de mest stabile i kategorien. Helsefagarbeidere og fysioterapeuter er de to helseutdanningsgruppene som har hatt tydeligst nedgang i kategorien, både i andel og i absolutte tall.

Tabell 3.29 Antall årsverk etter utdanningsgruppe – Andre helsetjenester, 2015–2024

Utdanningsgruppe	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Andre utdanninger:										
AOS	6 766	6 876	7 023	7 105	6 705	6 592	6 767	6 861	6 802	6 762
Andre helseutdanninger:										
POB	3547	3879	4134	4196	4338	4420	4443	4552	4690	4966
Ufaglært: POB	4205	4491	4718	4707	4681	4703	4418	4281	4317	4841
Bioingeniør	308	317	324	329	331	345	337	309	286	309
Ergoterapeut	115	113	120	116	114	109	98	111	113	118
Fysioterapeut	579	577	571	576	547	540	522	529	496	502
Helsefag	918	968	1 019	1 004	927	880	844	852	769	827
Helsesekretær	1 455	1 474	1 532	1 560	1 586	1 632	1 656	1 685	1 704	1 732
Helsesykepleier	62	59	63	68	65	54	54	64	63	70
Jordmor	84	84	85	85	77	79	73	69	68	70
Lege	2 534	2 628	2 783	2 917	3 030	3 114	3 221	3 391	3 515	3 638
Psykolog	1 056	1 093	1 151	1 174	1 222	1 292	1 399	1 499	1 603	1 605
Radiograf	241	250	276	273	289	292	293	294	291	282
Sykepleier	1 978	1 956	2 087	2 178	2 154	2 114	2 205	2 325	2 355	2 438
Tannlege	22	27	27	26	29	23	22	24	21	19
Tannpleier	60	65	68	76	78	83	87	89	101	114
Vernepleier	674	712	732	762	739	786	774	745	718	784

Tallene er oppgitt i årsverk og er avrundet til nærmeste heltall. Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Tabell 3.30 Andel av totale årsverk etter utdanningsgruppe – Andre helsetjenester, 2015–2024

Utdanningsgruppe	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Andre utdanninger:										
AOS	27,50 %	26,89 %	26,29%	26,17 %	24,91%	24,36%	24,87%	24,79%	24,37 %	23,26%
Andre helseutdanninger:										
POB	14,42%	15,17%	15,47%	15,45%	16,12%	16,34%	16,33%	16,44%	16,80%	17,08%
Ufaglært: POB	17,09%	17,57%	17,66%	17,34%	17,39%	17,38%	16,24%	15,47%	15,47%	16,65%
Bioingeniør	1,25 %	1,24 %	1,21 %	1,21 %	1,23 %	1,27 %	1,24 %	1,12 %	1,03 %	1,06 %
Ergoterapeut	0,47 %	0,44 %	0,45 %	0,43 %	0,42 %	0,40 %	0,36 %	0,40 %	0,40 %	0,41 %
Fysioterapeut	2,35 %	2,26 %	2,14 %	2,12 %	2,03 %	2,00 %	1,92 %	1,91 %	1,78 %	1,73 %
Helsefag	3,73 %	3,78 %	3,82 %	3,70 %	3,45 %	3,25 %	3,10 %	3,08 %	2,75 %	2,84 %
Helsesekretær	5,91 %	5,76 %	5,74 %	5,75 %	5,89 %	6,03 %	6,09 %	6,09 %	6,10 %	5,96 %
Helsesykepleier	0,25 %	0,23 %	0,24 %	0,25 %	0,24 %	0,20 %	0,20 %	0,23 %	0,23 %	0,24 %
Jordmor	0,34 %	0,33 %	0,32 %	0,31 %	0,29 %	0,29 %	0,27 %	0,25 %	0,25 %	0,24 %
Lege	10,30 %	10,28 %	10,42%	10,74 %	11,26%	11,51%	11,83%	12,25%	12,59 %	12,51%
Psykolog	4,29 %	4,27 %	4,31 %	4,32 %	4,54 %	4,77 %	5,14 %	5,41 %	5,74 %	5,52 %
Radiograf	0,98 %	0,98 %	1,03 %	1,01 %	1,07 %	1,08 %	1,08 %	1,06 %	1,04 %	0,97 %
Sykepleier	8,04 %	7,65 %	7,81 %	8,02 %	8,00 %	7,81 %	8,10 %	8,40 %	8,44 %	8,38 %
Tannlege	0,09 %	0,11 %	0,10 %	0,10 %	0,11 %	0,09 %	0,08 %	0,09 %	0,07 %	0,06 %
Tannpleier	0,24 %	0,25 %	0,25 %	0,28 %	0,29 %	0,31 %	0,32 %	0,32 %	0,36 %	0,39 %
Vernepleier	2,74 %	2,78 %	2,74 %	2,81 %	2,74 %	2,90 %	2,84 %	2,69 %	2,57 %	2,70 %

Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Eventuell underdekning i 2024

Som grunnlag for å vurdere mulige framtidige ubalanser mellom tilbud og etterspørsel etter ulike typer helsepersonell, er det også nødvendig å ta stilling til situasjonen i basisåret for gapanalysen (2024). Dersom tilbudet av en type arbeidskraft overstiger etterspørselen, vil dette vanligvis komme til uttrykk i form av arbeidsledighet. For helsepersonell har arbeidsledigheten gjennomgående vært svært lav.

Til tross for en betydelig økning i utdanningskapasiteten for de fleste helseutdanningene over flere tiår, har nesten alle kommet i arbeid, samtidig som etterspørselen har vokst kraftig. For enkelte grupper, særlig sykepleiere, har det i de senere årene snarere vært tegn til økende mangel. Et udekket behov for arbeidskraft blir ikke nødvendigvis registrert direkte i statistikken, blant annet

fordi arbeidsgivere ofte ansetter personer med nærliggende utdanning når de ikke får rekruttert den arbeidskraften de egentlig etterspør. Estimatenes for mangel på arbeidskraft i NAVs bedriftsundersøkelse kan likevel gi en første indikasjon på størrelsesordenen på slike ubalanser.

For sykepleiere var underdekningen i første kvartal 2024 estimert til 3 750 personer, og for spesialsykepleiere til 500 personer. Samtidig var årsgjennomsnittet for registrerte arbeidsledige i utdanningsgruppen sykepleiere og jordmødre noe over 300 personer i 2024. På denne bakgrunn legger vi til grunn en samlet underdekning for sykepleiere på 4 000 årsverk i 2024. Tilsvarende er det for helsefagarbeidere lagt til grunn en underdekning på 2 400 årsverk. Dette bygger på NAVs estimat på 3 100 personer, justert med utgangspunkt i tilgjengelige ledighetstall for gruppen omsorgs- og pleiearbeidere og tidligere forholdstall for utdanninger som tilsvarer helsefagarbeidere. Videre legges det til grunn en underdekning på 550 årsverk for vernepleiere, 1 250 årsverk for leger, 400 årsverk for psykologer og 50 årsverk for jordmødre. For øvrige grupper forutsettes arbeidsmarkedet å ha vært om lag i balanse i 2024, i den forstand at det verken var registrert høy arbeidsledighet eller mange ubesatte stillinger.

Det udekkede behovet i bedriftsundersøkelsen er målt i personer, og det framgår ikke om det gjelder heltids- eller deltidsstillinger. For beregningsformål er det lagt til grunn at stillingene i hovedsak gjelder heltidsarbeid – en forenkling som er nødvendig fordi datagrunnlaget ikke gir grunnlag for å skille mellom stillingsandeler. I stor grad må det likevel antas å dreie seg om heltidsarbeid. Sett i lys av de store og økende ubalansene som framskrivningene peker mot for enkelte grupper, vurderes eventuell unøyaktighet knyttet til denne omregningen som av begrenset betydning. Det er dessuten grunn til å anta at det særlig i de kommunale HO-tjenestene finnes stillinger hvor det er ansatt personell med lavere eller annen kompetanse, selv om sykepleier- eller helsefagarbeiderkompetanse hadde vært ønskelig.

Forutsetningene om underdekning i 2024 som legges til grunn i de videre framskrivningene, er oppsummert i tabell 3.31. Disse forutsetningene brukes senere i beregningen av gap mellom tilbud og etterspørsel i kapittel 6.

Tabell 3.31 Kjent underdekning i 2024 etter utdanningsgruppe. Antall årsverk.

Utdanningsgruppe	Underdekning (årsverk)
Sykepleiere	4 000
Helsefagarbeidere	2 400
Vernepleiere	550
Leger	1 250
Psykologer	400
Jordmødre	50
Totalt	8 650

Kilde: NAVs bedriftsundersøkelse Q1 2024.

4. Etterspørsel etter HO-personell

4.1. Oversikt over scenarier

Gitt befolkningsutviklingen, defineres scenariene for bemanningsbehovet i de offentlig finansierte HO-tjenestene av forutsetninger om brukerfrekvenser, standarden på HO-tjenestene, produktiviteten i HO-produksjonen, samt familieomsorg. Tabell 4.1 viser de scenariene som er beregnet i denne rapporten. Kvalitativt er dette de samme scenariene som ble presentert i HHH-23. De scenariene som får mest omtale i denne rapporten, er markert med uthevet skrift.

Tabell 4.1 Forutsetninger i scenarier for framskrivinger av HO-årsverk. Befolkning som i MMM-24 i alle scenarier.

	Årsverk per bruker
1. Konstant aldersspesifikk helse	
1.1. Proporsjonal vekst i familieomsorg	
1.1.1. «Konstantalternativet». Konstant årsverk per bruker	Standardvekst = 0 % produktivtetsvekst = 0 %
1.1.2. Årsverk per bruker øker 1 % per år	Standardvekst = 1 %, produktivtetsvekst = 0 %
1.1.3. Årsverk per bruker øker 0,5 % per år	Standardvekst = 1 %, produktivtetsvekst = 0,5 %
1.1.4. Årsverk per bruker faller 0,5 % per år	Standardvekst = 0 %, produktivtetsvekst = 0,5 %
1.2. Konstant familieomsorg: 90 000 årsverk	
1.2.1. Konstant årsverk per bruker	Standardvekst = 0 %, produktivtetsvekst = 0 %
1.2.2. «Max-alternativ». Årsverk per bruker øker 1 % per år	Standardvekst = 1 % produktivtetsvekst = 0 %
1.2.3. Årsverk per bruker øker 0,5 % per år	Standardvekst = 1 %, produktivtetsvekst = 0,5 %
1.2.4. Årsverk per bruker faller 0,5 % per år	Standardvekst = 0 %, produktivtetsvekst = 0,5 %
2. Helseforbedringer for alder >55 år	
2.1. Proporsjonal vekst i familieomsorg	
2.1.1. Konstant årsverk per bruker	Standardvekst = 0 %, produktivtetsvekst = 0 %
2.1.2. Årsverk per bruker øker 1 % per år	Standardvekst = 1 %, produktivtetsvekst = 0 %
2.1.3. Årsverk per bruker øker 0,5 % per år	Standardvekst = 1 %, produktivtetsvekst = 0,5 %
2.1.4. «Min-alternativ». Årsverk per bruker faller 0,5 % per år	Standardvekst = 0 % produktivtetsvekst = 0,5 %
2.2. Konstant familieomsorg: 90 000 årsverk	
2.2.1. Konstant årsverk per bruker	Standardvekst = 0 %, produktivtetsvekst = 0 %
2.2.2. Årsverk per bruker øker 1 % per år	Standardvekst = 1 %, produktivtetsvekst = 0 %
2.2.3. «Referansealternativ». Årsverk per bruker øker 0,5 % per år	Standardvekst = 1 % produktivtetsvekst = 0,5 %
2.2.4. Årsverk per bruker faller 0,5 % per år	Standardvekst = 0 %, produktivtetsvekst = 0,5 %

Interessante scenarier må være plausible. Svært mye er plausibelt. Hvis vi snakker om størrelsesordener, finnes det likevel fakta og resonnementer som snevrer inn intervallene for plausible anslag. For oss har følgende holdepunkter spilt en slik rolle:

1. *Utgangssituasjonen*: Som nevnt i avsnitt 3.1 («Referanseåret») er utgangssituasjonen i praksis førende for modellens parameterverdier, selv om disse kan endres av modellbrukeren. Parameterverdiene er tallfestet i «referanseåret» 2024 som er startåret for framskrivningene. Vi mener at 2024 er et ferskt og relativt normalt år. Data for dette året er derfor godt egnet til å tallfeste modellens parametere.
2. *Produktivitetsvekst*: Til tross for velkjente måleproblemer har vi valgt å la nasjonalregnskapets anslag på historisk produktivitetsvekst i offentlig tjenesteyting være førende for at vi holder oss til to anslag - 0 og 0,5 prosent - på årlig arbeidsbesparende produktivitetsvekst i offentlige HO-tjenester framover (se eksempelvis Brathaug (2025) for en diskusjon av produktivitet i offentlig forvaltning). Innenfor offentlig forvaltning, inkludert undervisning, helse og omsorg, har den gjennomsnittlige årlige realveksten i bruttoproduktet per timeverk vært kun 0,2 prosent etter 2004 da nye målemetoder ble tatt i bruk. Innenfor HO-tjenestene er det grunn til å tro at potensialet for produktivitetsvekst er større enn i andre deler av offentlig forvaltning. På den annen side har mye av produktivitetsveksten som følge av store medisinske og teknologiske framskritt, blitt høstet i form av økt produksjon, det vil si flere og bedre HO-tjenester, ikke som redusert arbeidsinnsats. I våre framskrivninger er det den rent arbeidsbesparende produktivitetsveksten som anslås.
3. *Standardforbedringer*: Bruken av HO-tjenester er en del av Norges samlede forbruk. Både økonomisk teori og empiri tyder på at HO-tjenester per innbygger vokser minst like raskt som veksten i annet forbruk. I Norge var den gjennomsnittlige årlige realveksten i både privat og offentlig forbruk per innbygger 0,9 prosent i perioden 2010-2024. Målt med Norges disponible realinntekt per innbygger, innebærer forutsetningene i «referansebanen» i Perspektivmeldingen fra 2024 at forbruksmulighetene årlig vokser med kun 0,1 prosent i perioden 2024-2060. Vi har også lagt vekt på argumentasjonen i Hall og Jones (2007) for at realinntektsvekst per innbygger vil vri forbruket i favør av HO-tjenester fremover. Kombinasjonen av beskjedne vekst i Norges samlede forbruk per innbygger og en gradvis vridning av forbruket i favør av HO-standard, motiverer at våre anslag på standardveksten i HO-tjenestene er 0 eller 1 prosent per år.
4. *Friskere aldring*: Vi ser på to scenarier for helsetilstanden blant personer 55 år og eldre:
 - a. Eventuelle endringer i helsetilstand har ingen effekt på modellens parametere, og dermed heller ikke på våre framskrivninger.
 - b. Forbedringene fører til gradvis nedgang i kjønns- og aldersspesifikke brukerfrekvenser over tid. Som i HHH23 bruker vi endringer i dødeligheten i vår valgte befolkningsframskrivning som indikator på endringer i kjønns- og aldersspesifikk helsetilstand, og som holdepunkt for endringene brukerfrekvensene. Helseforbedringene har effekt kun for personer 55 år og eldre, og i tjenestene somatikk og omsorgstjenestene. Se nærmere beskrivelse i avsnitt 3.1 («Helseforbedringer og endringer i operasjonalisering»).
5. *Familieomsorg*: som forklart i avsnitt 2.2, spiller familieomsorgen en potensielt viktig rolle for behovet for offentlig omsorg, og omvendt. Samtidig er dagens familieomsorg vanskelig å tallfeste. Det samme gjelder utviklingen fremover, blant annet fordi fordelingen av omsorgen på det offentlige, pårørende og kommersielle tilbydere avhenger av hvilken politikk som velges. Vi ser på to scenarier:
 - a. Konstant forhold mellom familieomsorg og offentlig finansiert omsorg, målt ved årsverk i startåret 2024. I dette tilfellet er våre framskrivninger av offentlig finansierte omsorgsårsverk uavhengige av anslaget på familieomsorgen i startåret.
 - b. Familieomsorgen, målt ved antall årsverk i startåret 2024, holdes konstant i hele framskrivningsperioden. Anslaget er 90 000 årsverk som ytes av pårørende utenfor

mottakerens husholdning. Dette er det samme som i HHH-23 og andre tidligere tilsvarende framskrivinger. Anslaget er svært usikkert, men det er vanskelig å se klart bedre alternativer. Ytterligere begrunnelser er sammenlignbarhet med tidligere tilsvarende framskrivinger.

Konstantalternativet (alternativ 1.1.1 i tabell 4.1) er et nyttig alternativ, både fordi det er lettest å kontrollere, og fordi det rendyrker det som beregningsopplegget primært er utformet for å beregne, nemlig betydningen av demografiske endringer over tid. Dette oppnås ved å holde årsverk per person, gitt kjønn, alder og tjeneste, fast på sine respektive 2024-nivåer.⁸ Merk at siden beregningene omfatter de offentlige HO-tjenestene, innebærer konstantalternativet en like sterk vekst i årsverkene i både det private og det offentlige tilbudet av hver HO-tjeneste. Det private tilbudet besørger av kommersielle HO-foretak og/eller familieomsorg. Familieomsorg antas aktuelt i kun omsorg.

Max(imums)-scenariet (1.2.2) har den sterkeste veksten i HO-årsverk blant våre alternativer. Her vokser årsverk per bruker med 1 prosent per år, eventuelle forbedringer av helsetilstand har ingen effekt på brukerfrekvensene, og familieomsorgen holder seg på vårt antatte 2024-nivå.

Min(imums)-scenariet (2.1.4) karakteriseres av 0,5 prosent årlig nedgang i årsverk per bruker, gradvis bedring av helsetilstand, og i den grad det eksisterer private tjenestetilbud, herunder familieomsorg, øker årsverkene her relativt like mye som årsverkene i offentlig omsorg.

Referansealternativet (2.2.3) baserer seg på følgende forutsetninger:

1. Som i alle alternativene, er **befolkningsutviklingen** lik *Hovedalternativet* i SSBs befolkningsframskrivinger fra 2024 (MMM-24).
2. **Helsetilstanden** bedres for personer eldre enn 55 år i takt med avtakende dødelighet i *Hovedalternativet* i MMM-24. Dette har kun effekt på tjenestegruppene *Somatikk*, *Privat rehabilitering*, *Hjemmetjeneste*, *Kort- og langtids institusjonspleie* og *Dagaktivisering*.
3. **Årsverk per bruker** øker med tilnærmet 0,5 prosent i alle år fra 2019.⁹ Dette kan realiseres på uendelig mange måter. Vi har tenkt oss at det skjer ved at alle tjenestegruppene opplever en årlig vekst i **standard** og **arbeidsbesparende produktivitet** lik henholdsvis 1 på 0,5 prosent.
4. **Familieomsorgen** holdes uendret lik 90 000 årsverk, slik HHH-23 også antar. En gitt økning i omsorgsårsverk levert som familieomsorg utover dette frigjør like mange årsverk som fordeles proporsjonalt på de tre offentlige pleie- og omsorgstjenestene.

Bortsett fra nye befolkningsframskrivinger og oppdatering av utgangstall fra 2019 til 2024, er forutsetningene i Referansealternativet de samme som i «Referansealternativet» i HHH23. Dette alternativet ble av Helse- og omsorgsdepartementet vurdert som best egnet som et sammenligningsgrunnlag for virkninger av endringer i forutsetninger. Referansealternativet bør, og er ment å, være et godt kompromiss mellom hensynet til realisme og hensynet til transparens. For å lette sammenligningen med HHH-23 har vi valgt å beholde dette navnet. Det ligger ingen vurderinger av særskilt realisme fra vår side bak dette navnevalget.

4.2. Vekst i HO-årsverk totalt

Referanse-, Konstant-, Max- og Min-alternativene

I Ref(eranse)-alternativet vokser den totale offentlige HO-sysselsettingen fra 343 476 årsverk i 2024 til 461 450 i 2040, og videre til 571 373 i 2060, se tabell 4.2a og figur 4.1. Prosentvis avstand ned

⁸ Beregningsteknisk kan dette oppnås på mange måter. Vi har holdt både brukerfrekvenser og årsverk per bruker konstante.

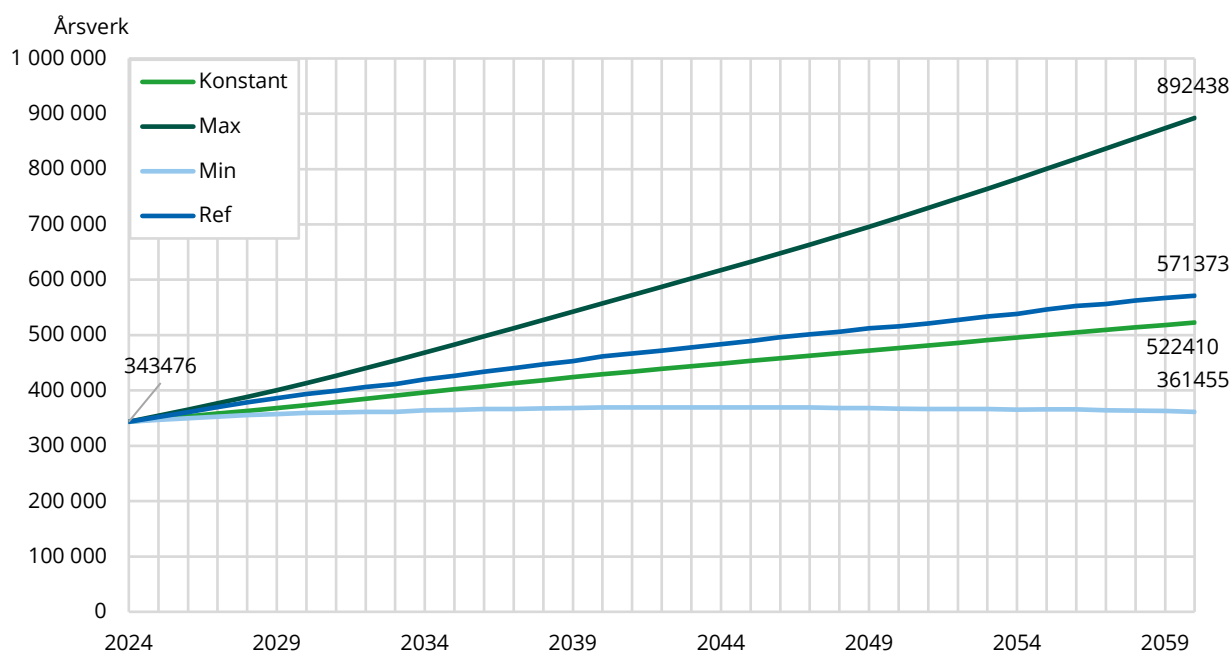
⁹ Den eksakte vekstraten for årsverk per bruker i dette scenariet blir $(1+0,01)/(1+0,005) = 0,4975$ prosent.

til 2024-nivået er 34 i 2040 og 66 i 2060. Den absolutte årlige veksten i årsverk faller fra et gjennomsnitt nær 7 400 i perioden 2024-2040 til 5 500 i perioden 2040-2060. Ref-alternativet vokser noe sterkere enn konstantalternativet. Det innebærer at effekten av friskere aldring i ref-banen ikke er sterk nok til å nøytralisere den kombinerte effekten av 0,5 prosent standardvekst og 0-vekst i familieomsorgen. I 2040 (2060) ligger Ref-alternativet (9,3) prosent høyere enn Konstant-alternativet.

Max(imums)alternativet (1.2.2) øker årsverk per bruker i alle HO-tjenestene med 1 prosent i alle år, og både helsetilstanden og familieomsorgen forblir som i 2019. De offentlige HO-årsverkene passerer 900 000 et par år etter 2060, hvor det passerer 2,6 ganger 2024-nivået. Veksten i Max-alternativet er noe svakere enn tilsvarende vekst i HHH-23, hvor vi pekte på at vekstraten i dette alternativet ikke er svært ulik den man har hatt historisk.

I Min(imums)alternativet (2.1.4) vokser behovet for HO-årsverk, målt i hele tusen, svakt frem til en topp rundt 2040 på 370 000. I 2060 ligger årsverkene kun 5,2 prosent over 2024-nivået.

Figur 4.1 Offentlige HO-årsverk 2024-2060 i Konstant-, Max-, Min- og Ref(eranse)-alternativet. Tall oppgitt i 2060 og i det felles utgangspunktet i 2024.



Tabellene 4.2a og 4.2b viser de totale HO-årsverk i alle de 16 scenariene, basert på henholdsvis 2024- og 2019-data for HO-variable. Tabell 4.2c sammenligner scenariene eksplisitt. Som påpekt over, viser begge sett med framskrivinger sterk vekst i HO-bemanningen. De viktigste forskjellene mellom de to settene med framskrivinger er:

1. I scenariene med uendret helsetilstand (i forhold til henholdsvis 2024 og 2019) ligger totale offentlige HO-årsverk lavere i de nye beregningene. Unntaket er de første par tiårene i scenario 1.1.4. Forskjellene vokser over tid, både absolutt og relativt.
2. Forskjellene må kunne kalles relativt store i lys av at det ikke er mer enn 5 år mellom utgangspunktene for de to settene med framskrivinger, og kun to år mellom startåret for befolkningsframskrivingene. Det nye «Max-alternativet» ligger i 2060 11,9 prosent lavere enn i HHH-23.

3. Dette gjelder selv om de totale HO-årsverkene i alle scenariene de nye framskrivningene starter fra et høyere utgangspunkt i 2024 enn 2019-tallene. Det faktiske 2024-nivået ligger også høyere enn det som beregnes for 2024 i HHH-23. Dette utdypes nedenfor.
4. *I scenariene med helseforbedringer over tid* er det med et par unntak sterkere vekst i de nye framskrivningene enn i HHH-23. Det indikerer at effektene av helseforbedringene er svakere i de nye beregningene.
5. Gitt metoden for anslagene på denne effekten, indikerer dette at fallet i dødelighet blant de eldre går saktere i MMM-24 enn i MMM-22. Vi vurderer at en slik endring i dødelighetsforutsetningene fremover ikke gir en god beskrivelse av hvilke forbedringer vi har foran oss i helsetilstand.
6. Det nye Min-alternativet ligger klart over tilsvarende scenario i HHH-23 (7,4 prosent i 2040 og 8,5 prosent i 2060).
7. Det nye «Referansealternativet» skiller seg derimot relativt lite fra tilsvarende scenario i HHH-23.

Tabell 4.2a Offentlige HO-årsverk totalt i alle beregnede scenarier. Befolkning som i MMM-24 i alle scenarier. Endringer i brukerfrekvenser, tjenestestandarder og familieomsorg f.o.m. 2025. Felles utgangspunkt i 2024 for totale offentlige HO årsverk er 343 476 årsverk avtalte årsverk.

	2040	2060	2040 relativt til 2024	2060 relativt til 2024
1. Konstant aldersspesifikk helse				
1.1. Proporsjonal vekst i familieomsorg				
1.1.1. «Konstantalt.»: Konstant årsverk per bruker	429 077	522 410	1,25	1,52
1.1.2. Årsverk per bruker øker 1 % per år	503 126	747 448	1,46	2,18
1.1.3. Årsverk per bruker øker 0,5 % per år	464 720	625 158	1,35	1,82
1.1.4. Årsverk per bruker faller 0,5 % per år	396 008	436 156	1,15	1,27
1.2. Konstant familieomsorg: 90 000 årsverk				
1.2.1. Konstant årsverk per bruker	461 911	596 650	1,34	1,74
1.2.2. «Max-alt.»: Årsverk per bruker øker 1 % per år	557 159	892 438	1,62	2,60
1.2.3. Årsverk per bruker øker 0,5 % per år	507 759	731 701	1,48	2,13
1.2.4. Årsverk per bruker faller 0,5 % per år	419 376	483 280	1,22	1,41
2. Helseforbedringer for alder >55 år				
2.1. Proporsjonal vekst i familieomsorg				
2.1.1. Konstant årsverk per bruker	400 402	432 935	1,17	1,26
2.1.2. Årsverk per bruker øker 1 % per år	469 503	619 430	1,37	1,80
2.1.3. Årsverk per bruker øker 0,5 % per år	433 664	518 085	1,26	1,51
2.1.4. «Min-alt.»: Årsverk per bruker faller 0,5 % per år	369 544	361 455	1,08	1,05
2.2. Konstant familieomsorg: 90 000 årsverk				
2.2.1. Konstant årsverk per bruker	419 154	462 673	1,22	1,35
2.2.2. Årsverk per bruker øker 1 % per år	507 023	700 747	1,48	2,04
2.2.3. «Referansealt.»: Årsverk per bruker øker 0,5 % per år	461 450	571 373	1,34	1,66
2.2.4. Årsverk per bruker faller 0,5 % per år	379 914	371 423	1,11	1,08
Årsverk totalt, Basisforløp i Persp-meld. 2024, 2024: 2 670 705	2 720 062	2 738 396	1,02	1,03

Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Tabell 4.2b er tilsvarende tabell 7.2 i HHH-23.

Tabell 4.2b Offentlige HO-årsverk totalt i beregnede scenarier. Befolkning som i MMM-22 i alle scenarier. Endringer i brukerfrekvenser, tjenestestandarder og familieomsorg f.o.m. 2020. 2019-utgangspunkt for årsverk i alle scenarier: HO: 314 657 avtalte årsverk; Totalt i norsk økonomi: 2 485 055 årsverk a 1580,5 timer

	2040	2060	2040 relativt til 2019	2060 relativt til 2019
1. Konstant aldersspesifikk helse				
1.1. Proporsjonal vekst i familieomsorg				
1.1.1. «Konstantalt.»: Konstant årsverk per bruker	430 328	539 090	1,37	1,71
1.1.2. Årsverk per bruker øker 1 % per år	530 333	810 658	1,69	2,58
1.1.3. Årsverk per bruker øker 0,5 % per år	477 597	660 738	1,52	2,10
1.1.4. Årsverk per bruker faller 0,5 % per år	387 536	439 393	1,23	1,40
1.2. Konstant familieomsorg: 90 000 årsverk				
1.2.1. Konstant årsverk per bruker	479 342	643 292	1,52	2,04
1.2.2. «Max-alt.»: Årsverk per bruker øker 1 % per år	611 652	1 012 690	1,94	3,22
1.2.3. Årsverk per bruker øker 0,5 % per år	541 880	808 763	1,72	2,57
1.2.4. Årsverk per bruker faller 0,5 % per år	422 727	507 680	1,34	1,61
2. Helseforbedringer for alder >55 år				
2.1. Proporsjonal vekst i familieomsorg				
2.1.1. Konstant årsverk per bruker	381 922	408 810	1,21	1,30
2.1.2. Årsverk per bruker øker 1 % per år	470 677	614 748	1,50	1,95
2.1.3. Årsverk per bruker øker 0,5 % per år	423 873	501 059	1,35	1,59
2.1.4. «Min-alt.»: Årsverk per bruker faller 0,5 % per år	343 944	333 206	1,09	1,06
2.2. Konstant familieomsorg: 90 000 årsverk				
2.2.1. Konstant årsverk per bruker	404 405	439 792	1,29	1,40
2.2.2. Årsverk per bruker øker 1 % per år	519 301	706 676	1,65	2,25
2.2.3. «Referansealt.»: Årsverk per bruker øker 0,5 % per år	460 306	561 235	1,46	1,78
2.2.4. Årsverk per bruker faller 0,5 % per år	355 241	341 814	1,13	1,09
Årsverk totalt, Basisforløp i Perspektivmeldingen 2021, 1000	2 590	2 609	1,04	1,05

Kopi av tabell 7.2 i HHH-23

Tabell 4.2c Offentlige HO-årsverk. Nye framskrivinger (2024 data) minus tilsvarende i HHH-23. Felles differanse 2024 - 2019: 28 819 årsverk

	Absolutt avvik fra HHH-23		Prosent-avvik fra HHH-23	
	2040	2060	2040	2060
1. Konstant aldersspesifikk helse				
1.1. Proporsjonal vekst i familieomsorg				
1.1.1. «Konstantalt.»: Konstant årsverk per bruker	-1 251	-16 680	-0,3	-3,1
1.1.2. Årsverk per bruker øker 1 % per år	-27 207	-63 210	-5,1	-7,8
1.1.3. Årsverk per bruker øker 0,5 % per år	-12 877	-35 580	-2,7	-5,4
1.1.4. Årsverk per bruker faller 0,5 % per år	8 472	-3 237	2,2	-0,7
1.2. Konstant familieomsorg: 90 000 årsverk				
1.2.1. Konstant årsverk per bruker	-17 431	-46 642	-3,6	-7,3
1.2.2. «Max-alt.»: Årsverk per bruker øker 1 % per år	-54 493	-120 252	-8,9	-11,9
1.2.3. Årsverk per bruker øker 0,5 % per år	-34 121	-77 062	-6,3	-9,5
1.2.4. Årsverk per bruker faller 0,5 % per år	-3 351	-24 400	-0,8	-4,8
2. Helseforbedringer for alder >55 år				
2.1. Proporsjonal vekst i familieomsorg				
2.1.1. Konstant årsverk per bruker	18 480	24 125	4,8	5,9
2.1.2. Årsverk per bruker øker 1 % per år	-1 174	4 682	-0,2	0,8
2.1.3. Årsverk per bruker øker 0,5 % per år	9 791	17 026	2,3	3,4
2.1.4. «Min-alt.»: Årsverk per bruker faller 0,5 % per år	25 600	28 249	7,4	8,5
2.2. Konstant familieomsorg: 90 000 årsverk				
2.2.1. Konstant årsverk per bruker	14 749	22 881	3,6	5,2
2.2.2. Årsverk per bruker øker 1 % per år	-12 278	-5 929	-2,4	-0,8
2.2.3. «Referansealt.»: Årsverk per bruker øker 0,5 % per år	1 144	10 138	0,2	1,8
2.2.4. Årsverk per bruker faller 0,5 % per år	24 673	29 609	6,9	8,7
Årsverk totalt, Basisforløp i Perspektivmeldingen 2021, 1000	130	129	5,0	5,0

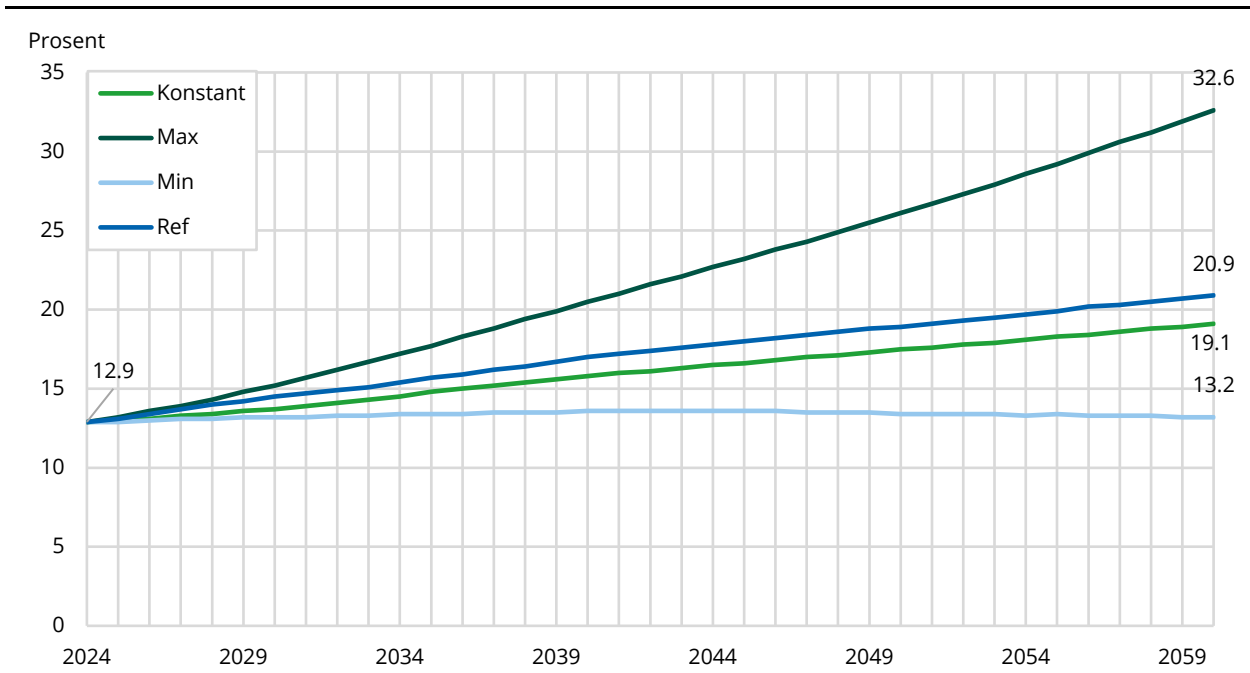
4.3. HO-andeler av total sysselsetting

Tall for offentlige HO-årsverk gir et godt bilde av hvordan veksten fremover i det absolutte behovet for arbeidskraft avhenger av presumptive nøkkelforutsetninger. De gir imidlertid et mangelfullt bilde av hvilke krav disse scenariene stiller til reallokering av økonomiens samlede sysselsetting. Dette belyses bedre ved å oversette scenarienes offentlige HO-årsverk til andeler av samlet sysselsetting.

De offentlige HO-tjenestenes sysselsettingsandel er i denne rapporten beregnet som følger: Vi baserer oss på årlige tall for timeverk i hele den norske økonomien til og med 2060 i det såkalte basisforløpet i Perspektivmeldingen 2024 (PM-24). Dette bygger i sin tur på hovedalternativet i SSBs befolkningsframskrivinger fra 2022. I tillegg avhenger timeverkene av Finansdepartementets anslag på sysselsettingsandeler og arbeidstider. Vi beregner den tilhørende årsverksutviklingen ved å dividere timeverkene på nasjonalregnskapets tall for timeverk per heltidsekivalent årsverk totalt (lønnstakere og selvstendige) i alle næringer i 2023. Dette var 1 587 timeverk da denne rapporten ble skrevet.¹⁰ Definert som 1 598 timeverk arbeidet 2670,7 millioner heltidsekivalente sysselsatte i norsk økonomi i 2024, og de avtalte årsverkene i vår definisjon av HO-sektoren utgjorde da 12,9 prosent av disse.

¹⁰ Nasjonalregnskapstall for timeverk og heltidsekivalente årsverk per 01.03.2026 i <https://www.ssb.no/statbank/table/09174>.

Figur 4.2 Offentlige HO-tjenesters andel av total sysselsetting i konstant-, max-, referanse- og min-alternativet. Tall oppgitt i 2060 og i det felles utgangspunktet i 2024. Prosent



I Referansealternativet øker offentlige HO-tjenesters årsverksandel til 17 prosent i 2040 og til 21 prosent i 2060, se figur 4.2 og tabell.4.3. I Max-scenariet øker prosentandelen til 20,5 i 2040 og passerer 33 rett etter 2060.

I Min-alternativet forblir den offentlige HO-sektorens sysselsettingsandelen tilnærmet uendret på 13 prosent mot 2060. Teknisk sett kan en slik utvikling realiseres med uendelig mange kombinasjoner av forutsetninger om brukerfrekvenser og årsverk per bruker. Felles for disse er imidlertid at de innebærer en utvikling som avviker klart fra den historiske utviklingen; HO-tjenestene har økt sin andel av den samlede sysselsettingen, i Norge som i andre land. I HHH-23 (avsnitt 10.1) ble det vist at de offentlige spesialisthelse- og omsorgstjenestene sett under ett, økte sin prosentvise årsverksandel fra 4,6 i 1973 til 10,6 i 2019. I 2019 sysselsatte disse tjenestene 83 prosent av alle de offentlige HO-årsverkene.

Sammenligning av figur 4.2 med tilsvarende tall i HHH-23 viser at de offentlige HO-tjenestene legger beslag på en noe mindre andel av samlet sysselsetting i norsk økonomi i de oppdaterte framskrivningene. En av årsakene er et noe høyere anslag på total sysselsetting i basisforløpet i Perspektivmeldingen 2024 sammenlignet med tilsvarende scenario i Perspektivmeldingen 2021. Lavere sysselsettingsandel for HO-tjenestene i denne rapportens framskrivninger enn i HHH-23 finner vi først og fremst scenariene med sterkest HO-vekst.

Tabell 4.3 Offentlige HO-tjenesters sysselsettingsandel. Felles 2024-nivå: 12,9 prosent. Prosent

	2040	2060
1. Konstant aldersspesifikk helse		
1.1. Proporsjonal vekst i familieomsorg		
1.1.1. «Konstantalt.»: Konstant årsverk per bruker	16	19
1.1.2. Årsverk per bruker øker 1 % per år	18	27
1.1.3. Årsverk per bruker øker 0,5 % per år	17	23
1.1.4. Årsverk per bruker faller 0,5 % per år	15	16
1.2. Konstant familieomsorg: 90 000 årsverk		
1.2.1. Konstant årsverk per bruker	17	22
1.2.2. «Max-alt.»: Årsverk per bruker øker 1 % per år	20	33
1.2.3. Årsverk per bruker øker 0,5 % per år	19	27
1.2.4. Årsverk per bruker faller 0,5 % per år	15	18
2. Helseforbedringer for alder >55 år		
2.1. Proporsjonal vekst i familieomsorg		
2.1.1. Konstant årsverk per bruker	15	16
2.1.2. Årsverk per bruker øker 1 % per år	17	23
2.1.3. Årsverk per bruker øker 0,5 % per år	16	19
2.1.4. «Min-alt.»: Årsverk per bruker faller 0,5 % per år	14	13
2.2. Konstant familieomsorg: 90 000 årsverk		
2.2.1. Konstant årsverk per bruker	15	17
2.2.2. Årsverk per bruker øker 1 % per år	19	26
2.2.3. «Referansealt.»: Årsverk per bruker øker 0,5 % per år	17	21
2.2.4. Årsverk per bruker faller 0,5 % per år	14	14

4.4. Utvalgte scenarier for årsverk i hver av de 14 offentlige HO-tjenestene

Kapittelet inneholder utvalgte scenarier. Vedlegg A viser resultater for alle scenarier tabell 4.1.

- Veksten i bemanningsbehovet er sterkere i omsorg enn i helsetjenestene i alle scenariene. Dette kan blant annet ses i sammenheng med samvariasjon, mellom to forhold: 1) den sterkeste befolkningsøkningen kommer på alderstrinnene 80 år og eldre; 2) HO-etterspørselen fra personer 80 år og eldre er mer konsentrert mot omsorg enn etterspørselen fra resten av befolkningen.
- Veksten er klart sterkest i institusjonspleie, både den kort- og langsiktige. Disse sysselsatte snaut 65 000 årsverk i, 2024 og er sterkest påvirket av økningen i antall eldre over 80 år. Denne utviklingen preges av at framskrivningene legger til grunn uendret politikk, herunder at det ikke skjer noen videre flytting av det offentlige omsorgsarbeidet fra institusjon til mottakernes hjem. Som vist i vedlegg D har imidlertid fordelingen mellom institusjon og hjemmetjenester endret seg i perioden 2019–2024, noe som innebærer at dette er en forutsetning med betydelig usikkerhet
- I de fleste scenariene kommer den nest sterkeste veksten i hjemmetjenester og somatiske tjenester. Disse er blant de største tjenestene målt i årsverk og er også påvirket av økningen i antall eldre.
- For psykiatri og rusbehandling er veksten relativt svak.
- Årsverkene i helsestasjoner, tannhelse og annen kommunal HO har i stor grad samme vekstmønster i alle scenarier. Det skyldes at de i hovedsak følger befolkningsutviklingen, og at de opplever felles endringer i årsverk per bruker.

- Proporsjonal vekst versus nullvekst i familieomsorgen gir markert lavere vekst i bemanningsbehovet i offentlig omsorg.
- En betydelig del av forskjellene mellom scenariene henger i stor grad sammen med forutsetningene om utviklingen i årsverk per bruker som bestemmes av forholdet mellom standard- og produktivitetsvekst.

Tabell 4.4 Offentlige HO-årsverk etter tjeneste og totalt i scenario 1.1.1 og 1.2.1. Konstantalternativet med og uten vekst i familieomsorg. Konstant aldersspesifikk helse. MMM-24 befolkning

	2024	2040	2060	2040/2024	2060/2024
Lik vekst i offentlig og familieomsorg					
Spesialisthelsetjenesten	137 683	161 025	178 195	1,17	1,29
Somatiske institusjoner	104 280	126 694	143 862	1,21	1,38
Privat rehabilitering	2 191	2 450	2 584	1,12	1,18
Psykisk helsevern for barn og unge	5 297	4 751	4 946	0,90	0,93
Psykisk helsevern for voksne	20 910	21 967	21 827	1,05	1,04
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	5 005	5 163	4 976	1,03	0,99
Kommunale helsetjenester	43 740	46 878	48 485	1,07	1,11
Fastlege	5 808	6 464	6 847	1,11	1,18
Fysioterapi	2 744	3 226	3 553	1,18	1,30
Helsestasjon og skolehelsetjenesten	7 123	6 950	6 810	0,98	0,96
Tannhelsetjenesten	12 940	13 942	14 420	1,08	1,11
Annen kommunal HO	15 124	16 295	16 854	1,08	1,11
Offentlig omsorg	162 053	221 174	295 730	1,36	1,82
Hjemmepleie	91 766	107 554	124 481	1,17	1,36
Institusjonspleie, korttids	12 879	19 031	26 313	1,48	2,04
Institusjonspleie, langtids	51 810	87 632	136 544	1,69	2,64
Dagaktivisering	5 599	6 957	8 392	1,24	1,50
Sum HO, proporsjonal familieomsorg	343 476	429 077	522 410	1,25	1,52
Familieomsorg, proporsjonal vekst	90 000	122 834	164 240	1,36	1,82
Økning i forhold til 2024-nivå	-	32 834	74 240		
Off. omsorg, konstant familieomsorg	162 053	254 008	369 970	1,57	2,28
Sum HO, konstant familieomsorg	343 476	461 911	596 650	1,34	1,74

Tabell 4.5 Offentlige HO-årsverk etter tjeneste og totalt i scenario 1.1.2 og 1.2.2 (Max-alternativet). 1 prosent årlig vekst i årsverk per bruker, med og uten vekst i familieomsorg). Konstant aldersspesifikk helse. MMM-24 befolkning

	2024	2040	2060	2040/2024	2060/2024
Lik vekst i offentlig og familieomsorg					
Spesialisthelsetjenesten	137 683	188 814	254 956	1,37	1,85
Somatiske institusjoner	104 280	148 559	205 833	1,42	1,97
Privat rehabilitering	2 191	2 872	3 697	1,31	1,69
Psykisk helsevern for barn og unge	5 297	5 570	7 077	1,05	1,34
Psykisk helsevern for voksne	20 910	25 758	31 230	1,23	1,49
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	5 005	6 054	7 119	1,21	1,42
Kommunale helsetjenester	43 740	54 968	69 371	1,26	1,59
Fastlege	5 808	7 580	9 796	1,30	1,69
Fysioterapi	2 744	3 783	5 084	1,38	1,85
Helsestasjon og skolehelsetjenesten	7 123	8 150	9 744	1,14	1,37
Tannhelsetjenesten	12 940	16 348	20 632	1,26	1,59
Annen kommunal HO	15 124	19 108	24 114	1,26	1,59
Offentlig omsorg	162 053	259 344	423 121	1,60	2,61
Hjemmepleie	91 766	126 115	178 104	1,37	1,94
Institusjonspleie, korttids	12 879	22 316	37 647	1,73	2,92
Institusjonspleie, langtids	51 810	102 756	195 363	1,98	3,77
Dagaktivisering	5 599	8 158	12 007	1,46	2,14
Sum HO, proporsjonal familieomsorg	343 476	503 126	747 448	1,46	2,18
Familieomsorg, proporsjonal vekst	90 000	144 033	234 990	1,60	2,61
Økning i forhold til 2024-nivå	-	54 033	144 990		
Off. omsorg, konstant familieomsorg	162 053	313 377	568 111	1,93	3,51
Sum HO, konstant familieomsorg	343 476	557 159	892 438	1,62	2,60

Tabell 4.6 Offentlige HO-årsverk etter tjeneste og totalt i scenario 2.1.3 og 2.2.3 (Referansealternativet). 0,5 prosent årlig vekst i årsverk per bruker, med og uten vekst i familieomsorg. Helseforbedring over tid. MMM-24 befolkning

	2024	2040	2060	2040/2024	2060/2024
Lik vekst i offentlig og familieomsorg					
Spesialisthelsetjenesten	137 683	170 808	202 062	1,24	1,47
Somatiske institusjoner	104 280	133 594	160 884	1,28	1,54
Privat rehabilitering	2 191	2 684	3 184	1,23	1,45
Psykisk helsevern for barn og unge	5 297	5 145	5 919	0,97	1,12
Psykisk helsevern for voksne	20 910	23 792	26 120	1,14	1,25
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	5 005	5 592	5 954	1,12	1,19
Kommunale helsetjenester	43 740	50 772	58 021	1,16	1,33
Fastlege	5 808	7 001	8 193	1,21	1,41
Fysioterapi	2 744	3 494	4 252	1,27	1,55
Helsestasjon og skolehelsetjenesten	7 123	7 527	8 150	1,06	1,14
Tannhelsetjenesten	12 940	15 100	17 257	1,17	1,33
Annen kommunal HO	15 124	17 649	20 169	1,17	1,33
Offentlig omsorg	162 053	212 084	258 002	1,31	1,59
Hjemmepleie	91 766	109 819	127 261	1,20	1,39
Institusjonspleie, korttids	12 879	17 650	21 458	1,37	1,67
Institusjonspleie, langtids	51 810	77 622	101 101	1,50	1,95
Dagaktivisering	5 599	6 993	8 183	1,25	1,46
Sum HO, proporsjonal familieomsorg	343 476	433 664	518 085	1,26	1,51
Familieomsorg, proporsjonal vekst	90 000	117 786	143 288	1,31	1,59
Økning i forhold til 2024-nivå	-	27 786	53 288		
Off. omsorg, konstant familieomsorg	162 053	239 870	311 290	1,48	1,92
Sum HO, konstant familieomsorg	343 476	461 450	571 373	1,34	1,66

Tabell 4.7 Offentlige HO-årsverk etter tjeneste og totalt i scenario 2.1.4 (Min-alternativet) og 2.2.4. 0,5 prosent årlig reduksjon i årsverk per bruker, med og uten vekst i familieomsorg. Helseforbedring over tid. MMM-24 befolkning

	2024	2040	2060	2040/2024	2060/2024
Lik vekst i offentlig og familieomsorg					
Spesialisthelsetjenesten	137 683	145 553	140 973	1,06	1,02
Somatiske institusjoner	104 280	113 841	112 245	1,09	1,08
Privat rehabilitering	2 191	2 288	2 221	1,04	1,01
Psykisk helsevern for barn og unge	5 297	4 384	4 130	0,83	0,78
Psykisk helsevern for voksne	20 910	20 274	18 223	0,97	0,87
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	5 005	4 765	4 154	0,95	0,83
Kommunale helsetjenester	43 740	43 265	40 480	0,99	0,93
Fastlege	5 808	5 966	5 716	1,03	0,98
Fysioterapi	2 744	2 977	2 967	1,09	1,08
Helsestasjon og skolehelsetjenesten	7 123	6 414	5 686	0,90	0,80
Tannhelsetjenesten	12 940	12 868	12 039	0,99	0,93
Annen kommunal HO	15 124	15 039	14 071	0,99	0,93
Offentlig omsorg	162 053	180 726	180 002	1,12	1,11
Hjemmepleie	91 766	93 582	88 786	1,02	0,97
Institusjonspleie, korttids	12 879	15 040	14 970	1,17	1,16
Institusjonspleie, langtids	51 810	66 145	70 536	1,28	1,36
Dagaktivisering	5 599	5 959	5 709	1,06	1,02
SUM HO, proporsjonal familieomsorg	343 476	369 544	361 455	1,08	1,05
Familieomsorg, proporsjonal vekst	90 000	100 370	99 968	1,12	1,11
Økning i forhold til 2024-nivå	-	10 370	9 968		
Off. omsorg, konstant familieomsorg	162 053	191 096	189 970	1,18	1,17
Sum HO, konstant familieomsorg	343 476	379 914	371 423	1,11	1,08

Betydningen av endringer i befolkningens alderssammensetning

Som påpekt i kapittel 2, er våre beregninger primært utformet for å vise betydningen av endringer i befolkningens størrelse og fordeling på alder og kjønn. Normalt er endringene i kjønnsfordelingen så små at de spiller en neglisjerbar rolle for resultatene. Effekter knyttet til kjønnsfordeling kommenteres derfor ikke i denne rapporten.

Tabell 4.8 viser nøkkeltall for endringene i befolkningens størrelse og aldersfordeling mot 2060 slik de er anslått i hovedalternativet (MMM-24) i SSBs befolkningsframskrivninger fra 2024. Befolkningen som helhet vokser svakt, og er kun 11 prosent større i 2060 enn i 2024. Frem til 2040 kan 83 (47) prosent av denne veksten tilskrives veksten i aldersgruppen 67 (80) år eller eldre. 47 prosent av befolkningsveksten kommer i gruppen 85+ år som er tunge brukere av HO-tjenester. Fra 2040 til 2060 vokser gruppen 67+ år sterkere enn den samlede befolkningen, mens gruppen 85+ år vokser i gjennomsnitt per år omtrent like mye som den samlede befolkningen.

Tabell 4.8 Endringer i befolkningens størrelse og aldersfordeling mot 2060 i hovedalternativet (MMM-24) i SSBs befolkningsframskrivninger fra 2024.

	2024	2040	2060	2040 relativt til 2024	2060 relativt til 2024	Årlig vekst 2024-40	Årlig vekst 2040-60
Befolkning i alt, 1000	5 572	6 004	6 210	1,08	1,11	26 960	10 296
67-105, 1000	927	1 285	1 568	1,39	1,69	22 433	14 121
80-105, 1000	263	468	674	1,78	2,56	12 803	10 297
%-andel av total							
0-66	83,4	78,6	74,8				
67-105	16,6	21,4	25,2				
80-105	4,7	7,8	10,9				

For å rendyrke betydningen av rene demografiske effekter på HO-bemanningen, er det instruktivt å ta utgangspunkt i vårt «Konstantalternativ» (scenario 1.1.1 i tabell 4.1). Her endres hverken

brukerfrekvenser, tjenestestandarder eller produktivitet fra sine 2024-nivåer. All vekst i HO-årsverk skyldes derfor rene demografiske endringer. Tabell 4.9 sammenligner utviklingen i konstantalternativet med en hypotetisk utvikling der den prosentvise veksten i antall HO-årsverk totalt er lik den prosentvise veksten i samlet folkemengde i MMM-24. Forskjellen mellom vekstforløpene skyldes endringer i befolkningens fordeling på alder (og kjønn).

Tabell 4.9 Rendyrking av betydningen av endringer i befolkningens alders- og kjønns sammensetning i MMM-22 for offentlige HO-årsverk totalt. Scenariet «Befolkningsvekst» gir lik relativ vekst i offentlig HO-syssetning og folkemengden. Konstantalternativet forutsetter at alle brukerfrekvenser og årsverk per bruker er konstante på sine 2019-nivåer

	2024	2040	2060
«Befolkningsvekst»	343 476	370 065	382 758
Konstantalternativ	343 476	429 077	522 410
Vekstbidrag. %-andel av akkumulert HO-vekst			
Befolkningsvekst		31	22
Alders- og kjønnsfordeling		69	78

Sammenlignet med 2024-nivået er folkemengden i MMM-24 7,7 (11,4) prosent høyere i 2040 (2060). Tabell 4.9 viser at dersom veksten i offentlige HO-årsverk hadde vært lik befolkningsveksten, ville 370 000 årsverk (347 000 i HHH23) bli passert rett etter 2040. I 2060 ville tilsvarende beregning gitt 383 000 (359 000 i HHH23) HO-årsverk. Over tid betyr endringer i alderssammensetningen langt mer enn befolkningsveksten for veksten i HO-årsverkene. Konkret handler dette om en økt andel eldre i befolkningen. I 2040 kan nær 70 prosent av den akkumulerte veksten i HO-årsverkene i konstantalternativet tilskrives endret alderssammensetning. Det tilsvarende bidraget fra generell befolkningsvekst utgjør de resterende 30 prosent. I 2060 har det tilsvarende akkumulerte vekstbidraget fra endringer i aldersfordelingen økt til 78 prosent.

Betydningen av at utgangspunktet for HO-data er 2024 i stedet for 2019

Tabell 4.10 viser at med unntak av tjenestene *Rehabilitering* og *Kommunale helsetjenester* starter framskrivingene av HO-årsverk på et til dels betydelig høyere nivå i 2024 enn i HHH-23 der 2019 var utgangspunktet. I absolutte tall har den faktiske veksten i årsverk fra 2019 til 2024 vært størst for *Hjemmetjenester* (13 265) og *Somatikk* (10 485).

Oppdateringen av utgangspunktet fra 2019 til 2024 ville i seg selv ikke hatt betydning for framskrivingene dersom framskrivingene i HHH-23 traff eksakt den faktiske utviklingen. Tabell 4.10 illustrerer at det ikke er tilfelle ved å sammenligne den faktiske veksten med veksten i Konstantalternativet i HHH-23 (med proporsjonal vekst i familieomsorgen, men uendret helsetilstand). Veksten i tjenestene *Somatikk* og *Hjemmetjenester* har vært klart sterkere enn i Konstantalternativet med start i 2019. Dette er store tjenester. Relativt til faktiske årsverk i 2019 er «bommen» 3,2 og 11,8 prosent for henholdsvis *Somatikk* og *Hjemmetjenester*.

For *Hjemmetjenester* er utviklingen forenlig med en dreining fra institusjonsomsorg til tjenester i hjemmet, der personer med omsorgsbehov i større grad mottar tjenester før eventuell institusjonsplass. En slik villet vridning av omsorgen fra institusjon til hjemmene er, iallfall kvalitativt, også konsistent med at Konstantalternativet overdrev veksten i *Langvarig institusjonsomsorg* med 2 336 årsverk.

Den største prosentvise forskjellen mellom anslått og faktisk vekst finner vi i *Kommunale helsetjenester* der årsverkene faktisk har gått ned med 4 618 fra 2019 til 2024, mens Konstantalternative med start i 2019 viste en vekst på 657 årsverk. For denne tjenesten har den faktiske nedgangen vært nær 25 prosent fra 2019-nivået. Dette skyldes i hovedsak at vi har avgrenset denne tjenesten snevrere enn i HHH-23 (og eldre framskrivinger av samme type). En del

aktiviteter som var inkludert i HHH-23 er utelatt i datagrunnlaget for 2024, fordi de bør regnes som private tjenester i stedet for kommunale. Eksempler på dette er privat bedriftshelsetjeneste og enkelte lege- og spesialisttjenester som i hovedsak finansieres privat, herunder avtalespesialister og helt private spesialistpraksiser.

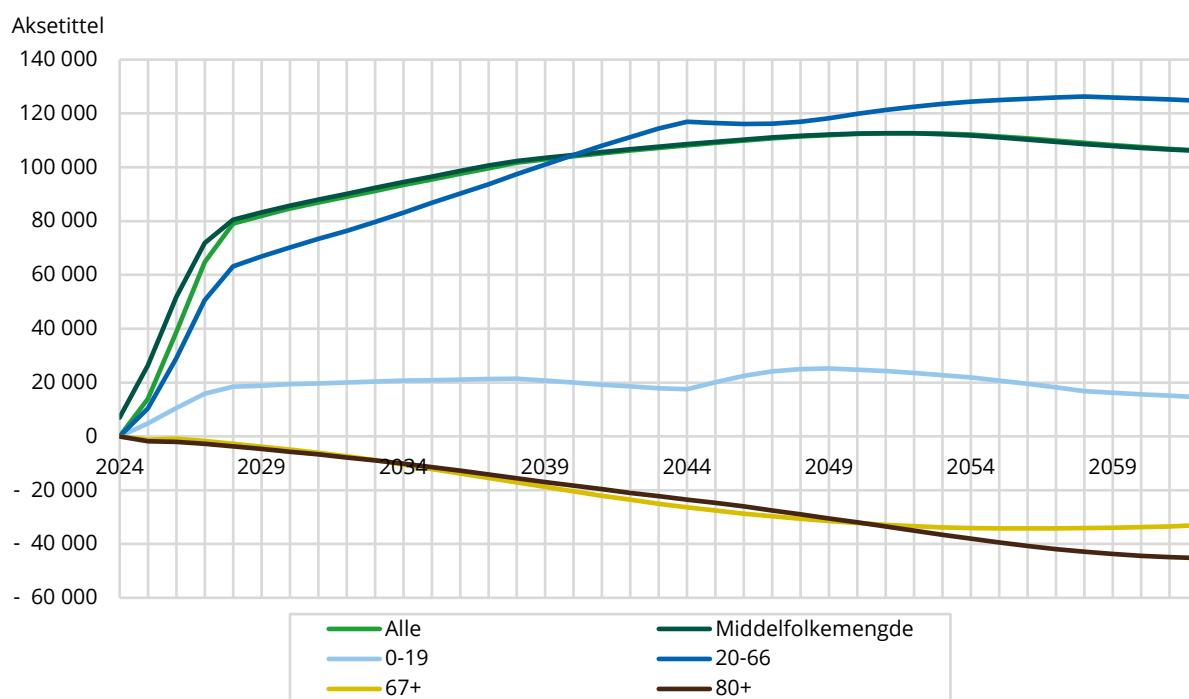
Tabell 4.10 Faktiske og anslåtte endringer i HO-årsverk i 2019 og 2024. Anslåtte endringer lik simulering i HHH-23 av Konstantalternativet med proporsjonal vekst i familieomsorg, og konstant helsetilstand.¹

	Faktisk 2019	Faktisk 2024	Faktisk økning 2024-2019	Simulert økning i HHH-23 2024-2019	Diff. faktisk - simulert 2024-2019
1 Somatiske institusjoner	93 795	104 280	10 485	7 520	2 965
2 Privat rehabilitering	2 543	2 191	-352	160	-512
3 Psykisk helsevern for barn og unge	4 403	5 297	894	86	807
4 Psykisk helsevern for voksne	19 656	20 910	1 253	623	631
5 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	4 743	5 005	262	114	148
6 Fastleger	5 035	5 808	773	270	504
7 Fysioterapi	2 702	2 744	42	209	-167
8 Helsestasjon	5 681	7 123	1 442	186	1 256
9 Tannhelse	11 705	12 940	1 235	384	851
10 Andre kommunale tjenester	20 008	15 124	-4 884	657	-5 540
11 Hjemmetjenester	78 501	91 766	13 265	4 000	9 265
12 Institusjonspleie-kort	11 438	12 879	1 441	1 305	136
13 Institusjonspleie-lang	48 764	51 810	3 046	5 382	-2 336
14 Dagaktivisering	5 683	5 599	-84	347	-431
Sum HO, proporsjonal familieomsorg	314 657	343 476	28 819	21 243	7 577
1-5 Spesialisthelsetjeneste	125 140	137 683	12 543	8 503	4 040
6-10 Kommunehelse	45 131	43 740	-1 391	1 705	-3 096
11-14 Omsorg	144 386	162 053	17 667	11 034	6 633

¹Se tabell 2.1.for 2019-tall for brukere av og årsverk i offentlige HO-tjenester med oppdatert inndeling av

Betydningen av at befolkningsframskrivingene starter i 2024 i stedet for 2022

Oppdateringen fra MMM-22 til MMM-24 innebærer enkelte forskjeller i den samlede befolkningen og alderssammensetningen. Normalt endres ikke anslagene på fruktbarhet, dødelighet og migrasjon mye fra den ene framskrivingen til den neste. Imidlertid viser figur 4.3 at Norges totale folkemengde er over 110 000 personer (mellom 1,7 og 1,8 prosent) større i MMM-24 enn i MMM-22. Det skyldes i hovedsak vekst i gruppen 20-66 år, hvorav alle norskfødte var til stede som 2 år yngre i MMM-22. Det er i all hovedsak innvandringen fra Ukraina som ligger bak denne økningen. Anslaget på aldersgruppen 0-19 år er oppjustert med rundt 20 000, mens antall eldre vokser noe mindre enn antatt i MMM-22. Det er oppjustert dødelighet blant personer 80 år eller eldre som er årsaken til dette.

Figur 4.3 Avvik mellom befolkning i hovedalternativene i SSBs framskrivinger fra 2022 og 2024. (MMM-24 minus MMM-22)

Vi har ikke spesifikke kunnskaper om bruken av HO-tjenester blant Ukrainske innvandrere. De er i noen grad innbakt i 2024-tallene for brukere og årsverk per bruker. I våre beregninger fører større folke mengde i MMM-24 enn i MMM-22 isolert sett til høyere HO-etterspørsel. Endringer i alderssammensetningen har uklar nettoeffekt. Her minner vi om at en betydelig del av HO-årsverkene retter seg mot unge brukere. Selv om brukerfrekvensene blant unge og middelaldrende er lavere enn blant eldre, er innsatsen per bruker ofte større. Samlet innebærer skiftet av befolkningsframskrivingene en høyere anslått etterspørsel etter HO-tjenester.

5. Tilbud av HO-personell

Dette kapittelet presenterer framskrivninger av bestand og arbeidstilbud for fjorten helseutdanningsgrupper fram til 2040. For hver gruppe vises utviklingen i antall personer (tabell 5.1) og i årsverk rettet mot HO-tjenestene (tabell 5.2 og figur 5.1). Framskrivningene bygger på forutsetninger om tilgang av nyutdannede, inn- og utvandring, aldersavgang samt kjønns- og aldersspesifikk yrkesdeltaking, slik disse er beskrevet i tidligere kapitler. Det presenteres en referansebane der tilgangen holdes konstant på det observerte nivået i valgt basisår. Samlet peker framskrivningene mot fortsatt vekst i arbeidsstyrken av helsepersonell, men med betydelig variasjon mellom gruppene, fra nær stagnasjon for jordmødre og helsefagarbeidere til sterk vekst for grupper som psykologer og tannpleiere.

5.1. Utviklingen i bestanden av ulike grupper av helsepersonell. Antall personer

Tabell 5.1 viser utviklingen i antall personer med ulike typer utdanning, samlet og fordelt etter kjønn, for utvalgte år. Samlet sett er veksten i antall personer 23 prosent fra basisåret til 2040 (ikke vist i tabellen).

Helsefagarbeidere og jordmødre er forventet å ha særlig lav vekst fra basisåret til 2040, klart under gjennomsnittet på 23 prosent for alle utdanningsgruppene. Den lave veksten for helsefagarbeidere skyldes at vi har beregnet en reduksjon i antall kvinnelige helsefagarbeidere på om lag 5 prosent. Dette skyldes igjen både at en stor andel av de kvinnelige helsefagarbeiderne var i 60-årene i basisåret, og at den årlige tilgangen på nyutdannede kvinnelige helsefagarbeidere er relativt liten ifølge våre forutsetninger. At den samlede veksten i antall helsefagarbeidere likevel blir svakt positiv, skyldes at vi beregner en økning i antall mannlige helsefagarbeidere på om lag 62 prosent, noe som mer enn oppveier nedgangen blant kvinnene.

Andre grupper med lavere forventet vekst enn gjennomsnittet på 23 prosent er helsesekretærer, helsesykepleiere, bioingeniører og tannleger. Veksten i antall sykepleiere er 24 prosent og ligger dermed noe over gjennomsnittet. Veksten trekkes opp av en økning i antallet mannlige sykepleiere på om lag 38 prosent. Siden antallet mannlige sykepleiere er relativt lavt i basisåret, får dette likevel begrenset betydning for den samlede veksten. Grupper med særlig høy vekst er, i avtakende rekkefølge, psykologer, tannpleiere, ergoterapeuter, leger, vernepleiere og radiografer. For disse gruppene predikerer vi en vekst på over 30 prosent fra basisåret til 2040. Den sterke veksten i antall psykologer skyldes særlig en økning blant kvinnene i utdanningsgruppen på nær 57 prosent, mot 18 prosent for menn.

Tabell 5.1 Utviklingen i bestanden av ulike grupper av helsepersonell i referansebanen, fordelt etter kjønn. Antall personer (1000 personer) i basisår og utvalgte år frem til 2040, samt prosentvis vekst fra basisår til 2040.

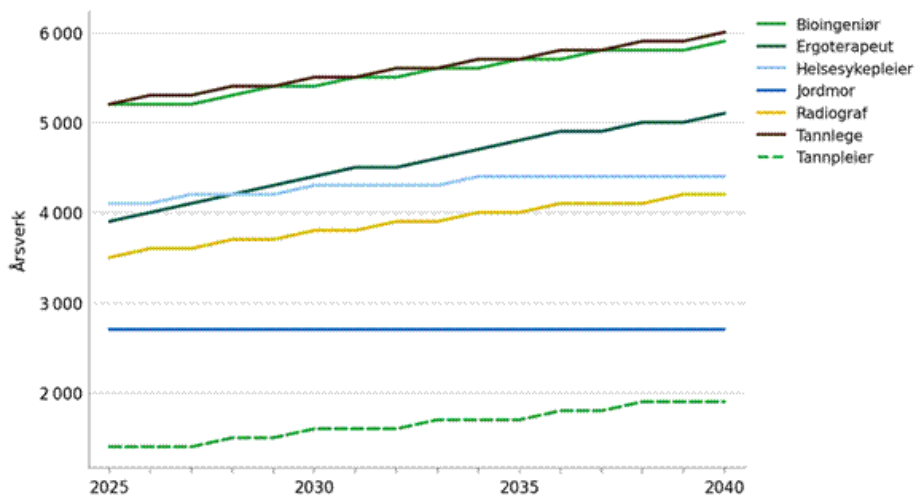
Utdanningsgruppe	Kjønn	Basisår	2030	2035	2040	Vekst 2040/basisår
Bioingeniør	Kvinner	8,6	8,8	9,1	9,4	10 %
	Menn	1,2	1,3	1,3	1,3	9 %
	Samlet	9,8	10,1	10,4	10,7	10 %
Ergoterapeut	Kvinner	6,0	7,0	7,5	8,1	34 %
	Menn	1,0	1,4	1,6	1,9	90 %
	Samlet	7,0	8,3	9,1	9,9	42 %
Fysioterapeut	Kvinner	11,3	11,8	12,2	12,8	13 %
	Menn	5,0	5,3	5,6	5,9	18 %
	Samlet	16,3	17,2	17,8	18,7	15 %
Helsefag	Kvinner	121,5	119,5	116,2	115,3	-5 %
	Menn	14,3	17,9	20,6	23,1	62 %
	Samlet	135,8	137,4	136,8	138,3	2 %
Helsesekretær	Kvinner	25,2	26,9	27,7	28,3	12 %
	Menn	0,3	0,3	0,3	0,4	19 %
	Samlet	25,5	27,3	28,1	28,6	12 %
Helsesykepleier	Kvinner	6,6	7,0	7,1	7,4	11 %
	Menn	0,0	0,1	0,1	0,1	62 %
	Samlet	6,7	7,1	7,2	7,4	11 %
Jordmor	Kvinner	4,3	4,4	4,4	4,3	1 %
	Menn	0,0	0,0	0,0	0,0	-54 %
	Samlet	4,3	4,4	4,4	4,3	1 %
Lege	Kvinner	20,3	24,9	28,4	31,7	57 %
	Menn	17,8	18,3	18,9	19,7	11 %
	Samlet	38,0	43,2	47,3	51,5	35 %
Psykolog	Kvinner	8,1	9,9	11,3	12,6	57 %
	Menn	3,1	3,2	3,4	3,6	18 %
	Samlet	11,1	13,1	14,7	16,2	46 %
Radiograf	Kvinner	3,7	4,3	4,6	4,9	33 %
	Menn	1,4	1,6	1,7	1,8	30 %
	Samlet	5,1	5,9	6,3	6,7	32 %
Sykepleier	Kvinner	125,2	139,0	146,2	153,1	22 %
	Menn	15,8	18,7	20,2	21,8	38 %
	Samlet	141,0	157,7	166,4	174,9	24 %
Tannlege	Kvinner	4,1	4,7	5,0	5,4	33 %
	Menn	2,8	2,6	2,5	2,5	-10 %
	Samlet	6,9	7,3	7,5	7,9	15 %
Tannpleier	Kvinner	2,1	2,5	2,7	3,0	44 %
	Menn	0,0	0,1	0,1	0,1	64 %
	Samlet	2,1	2,6	2,8	3,1	44 %
Vernepleier	Kvinner	19,6	22,6	24,7	26,5	36 %
	Menn	5,2	5,8	6,2	6,5	25 %
	Samlet	24,8	28,4	30,9	33,0	33 %

Kilde: Statistisk sentralbyrå.

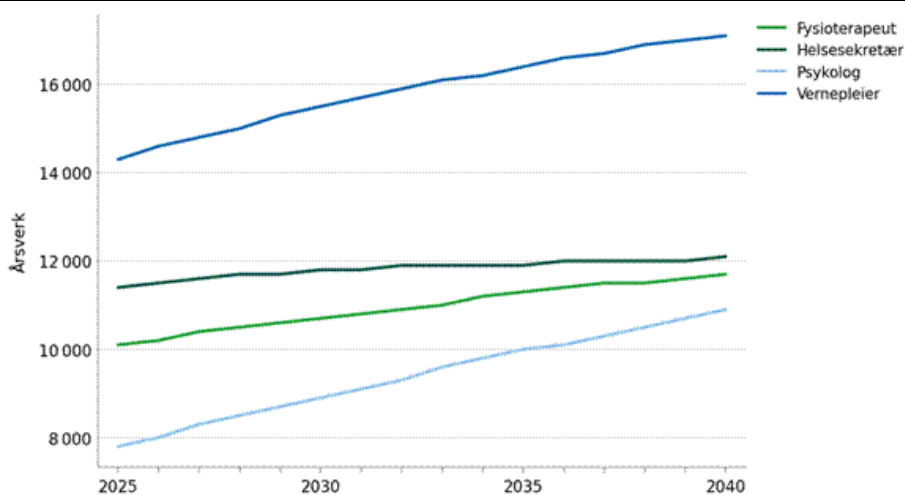
5.2. Forventet utvikling i arbeidstilbud for ulike grupper av helsepersonell

Figur 5.1 og tabell 5.2 viser utviklingen i det samlede arbeidstilbudet rettet mot HO-tjenestene for ulike grupper av helsepersonell. Årsverkene er beregnet med utgangspunkt i bestandene for de ulike årene, slik det er gjort rede for tidligere, og med kjønns- og aldersspesifikk yrkesdeltaking og arbeidstid beregnet ut fra dem som faktisk arbeider i sektoren. Personer med helseutdanning som arbeider i sosialsektoren eller i andre næringer, inngår derfor ikke i disse årsverkstallene. Som vist i kapittel 3, avtar yrkesdeltakingen merkbart for de fleste grupper av helsepersonell fra omkring 60 års alder. Tabell 3.6 viser også at den gjennomsnittlige arbeidstiden i de fleste gruppene ligger klart under heltidsnivå, noe som bidrar til at antall årsverk er vesentlig lavere enn antall personer.

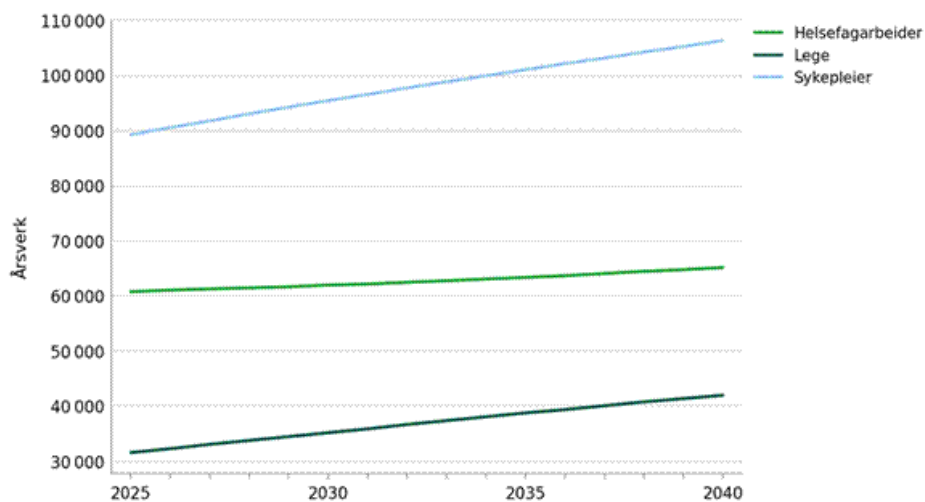
Figur 5.1a Framskrevet arbeidstilbud for utvalgte helsepersonellgrupper. 2025–2040. Årsverk



Figur 5.1b Framskrevet arbeidstilbud for utvalgte helsepersonellgrupper. 2025–2040. Årsverk



Figur 5.1c Framskrevet arbeidstilbud for store helsepersonellgrupper. 2025–2040. Årsverk



Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Tabell 5.2 Framskrivninger av arbeidstilbudet for ulike grupper helsepersonell frem til 2040, referansebanen. 1 000 årsverk i basisår og utvalgte år frem til 2040, samt prosentvis vekst fra basisår til 2040.

Utdanningsgruppe	Kjønn	Basisår	2030	2035	2040	Vekst 2040/basisår
Bioingeniør	Kvinner	4,4	4,7	5,0	5,2	17 %
	Menn	0,7	0,7	0,7	0,7	0 %
	Samlet	5,1	5,4	5,7	5,9	15 %
Ergoterapeut	Kvinner	3,2	3,7	4,0	4,2	31 %
	Menn	0,5	0,7	0,8	0,9	73 %
	Samlet	3,7	4,4	4,8	5,1	37 %
Fysioterapeut	Kvinner	6,8	7,3	7,6	7,8	14 %
	Menn	3,2	3,4	3,7	3,9	21 %
	Samlet	10,0	10,7	11,3	11,7	16 %
Helsefag	Kvinner	52,1	51,4	51,3	51,7	-1 %
	Menn	8,4	10,5	12,0	13,4	59 %
	Samlet	60,6	61,9	63,3	65,1	8 %
Helsesekretær	Kvinner	11,2	11,7	11,8	12,0	7 %
	Menn	0,1	0,1	0,1	0,1	12 %
	Samlet	11,3	11,8	11,9	12,1	7 %
Helsesykepleier	Kvinner	4,0	4,2	4,3	4,3	8 %
	Menn	0,0	0,0	0,1	0,1	59 %
	Samlet	4,0	4,3	4,4	4,4	8 %
Jordmor	Kvinner	2,7	2,7	2,7	2,7	3 %
	Menn	0,0	0,0	0,0	0,0	-73 %
	Samlet	2,7	2,7	2,7	2,7	3 %
Lege	Kvinner	16,7	20,3	23,2	25,7	54 %
	Menn	14,1	14,8	15,5	16,2	15 %
	Samlet	30,8	35,1	38,7	41,9	36 %
Psykolog	Kvinner	5,7	6,9	7,8	8,6	51 %
	Menn	1,9	2,0	2,2	2,3	20 %
	Samlet	7,6	8,9	10,0	10,9	43 %
Radiograf	Kvinner	2,5	2,8	3,0	3,1	26 %
	Menn	0,9	1,0	1,1	1,1	20 %
	Samlet	3,4	3,8	4,0	4,2	24 %
Sykepleier	Kvinner	76,5	83,8	88,5	92,9	21 %
	Menn	10,0	11,6	12,5	13,3	34 %
	Samlet	86,5	95,4	101,0	106,3	23 %
Tannlege	Kvinner	3,1	3,5	3,8	4,0	31 %
	Menn	2,0	2,0	1,9	1,9	-5 %
	Samlet	5,1	5,5	5,7	6,0	17 %
Tannpleier	Kvinner	1,3	1,5	1,7	1,9	48 %
	Menn	0,0	0,0	0,0	0,1	63 %
	Samlet	1,3	1,6	1,7	1,9	49 %
Vernepleier	Kvinner	10,8	12,1	12,9	13,6	26 %
	Menn	3,2	3,4	3,5	3,5	11 %
	Samlet	14,0	15,5	16,4	17,1	22 %

Kilde: Statistisk sentralbyrå.

For alle grupper under ett er veksten i arbeidstilbudet fra basisåret til 2040 om lag 20 prosent i referansebanen under våre forutsetninger (tabell 5.2). Veksten er høyest for psykologer og tannpleiere, med henholdsvis 43 og 49 prosent, fulgt av ergoterapeuter og leger med om lag 36–37 prosent. Radiografer følger deretter med en vekst i arbeidstilbudet på 24 prosent. For sykepleiere og vernepleiere er den forventede veksten henholdsvis 23 og 22 prosent, mens veksten for helsesykepleiere, tannleger, fysioterapeuter og bioingeniører er mer moderat og ligger i intervallet 8 til 17 prosent. For den store gruppen helsefagarbeidere forventes en vekst på om lag 8 prosent, mens jordmødre skiller seg ut ved å ha den laveste veksten i arbeidstilbudet, med om lag 3 prosent fra basisåret til 2040 i referansebanen. Helsesekretærer viser en moderat vekst på om lag 7 prosent, i motsetning til nedgangen som ble beregnet i tidligere framskrivninger.

5.3. Utvalgte scenarier for tilbudssiden

Økt sannsynlighet for arbeid og utsatt pensjonering

Et viktig mål med pensjonsreformen var å bidra til økt yrkesaktivitet i den eldre delen av befolkningen. I den sammenheng har vi beregnet effektene på arbeidstilbudet i 2040 av to tiltak rettet mot eldre helsepersonell. For det første økes sannsynligheten for å arbeide i HO-tjenestene med 10 prosent relativt for alle personer over 60 år. Dette innebærer at de alders- og kjønnsespesifikke sannsynlighetene oppjusteres proporsjonalt med 10 prosent. En sannsynlighet på 50 prosent økes dermed til 55 prosent, mens en sannsynlighet på 30 prosent økes til 33 prosent. For det andre forskyves avgangsmønsteret slik at avgangen utsettes med ett år for personer i alderen 62 år og over. Alderen 62 år er valgt fordi dette er den første alderen der mange, gitt tilstrekkelig opptjening, kan ta ut alderspensjon, og dermed et naturlig utgangspunkt for et scenario med utsatt avgang.

Tabell 5.3 viser effektene av de to tiltakene på arbeidstilbudet i 2040. Av tabellen framgår det at samlet arbeidstilbud over alle grupper er anslått til vel 295 300 årsverk i referansebanen i 2040. Dette er det samlede arbeidstilbudet for de fjorten modellerte utdanningsgruppene i 2040 i referansebanen. Ved å øke sannsynligheten for arbeid i HO-tjenestene med 10 prosent relativt blant helsepersonell over 60 år øker det samlede arbeidstilbudet med 1,2 prosent sammenlignet med referansebanen, tilsvarende om lag 3 400 årsverk¹¹. Effekten er størst for jordmødre (3,7 prosent), radiografer (2,4 prosent) og ergoterapeuter (2,0 prosent). For de to største gruppene er den prosentvise økningen klart lavere: 0,8 prosent for sykepleiere og 1,4 prosent for helsefagarbeidere.

Tabell 5.3 Arbeidstilbudet fra ulike grupper helsepersonell. Framskrevet til 2040. To alternative beregninger. Nivå tall i 1 000 årsverk og vekst fra referansebanen i prosent

Utdanningsgruppe	2025	2040 Referansebane	Økt sannsynlighet for arbeid i HO-tjenestene etter 60 år (relativ)		Utsatt avgang (1 år)	
			Årsverk	Vekst (pst) ¹	Årsverk	Vekst (pst) ¹
Bioingeniør	5,2	5,9	5,9	0,0	6,0	1,7
Ergoterapeut	3,9	5,1	5,2	2,0	5,2	2,0
Fysioterapeut	10,1	11,7	11,9	1,7	11,9	1,7
Helsefagarbeider	60,7	65,1	66,0	1,4	66,3	1,8
Helse- og tannhelsesekretær	11,4	12,1	12,2	0,8	12,3	1,7
Helsesykepleier	4,1	4,4	4,4	0,0	4,5	2,3
Jordmor	2,7	2,7	2,8	3,7	2,8	3,7
Lege	31,5	41,9	42,6	1,7	42,4	1,2
Psykolog	7,8	10,9	11,0	0,9	11,0	0,9
Radiograf	3,5	4,2	4,3	2,4	4,3	2,4
Sykepleier	89,2	106,3	107,2	0,8	107,7	1,3
Tannlege	5,2	6,0	6,1	1,7	6,1	1,7
Tannpleier	1,4	1,9	1,9	0,0	1,9	0,0
Vernepleier	14,3	17,1	17,3	1,2	17,4	1,8
Sum	251,0	295,3	298,8	1,2	299,8	1,5

¹ Vekst i prosent i forhold til referansebanen i 2040. Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Utsatt avgang med ett år gir en samlet økning på 1,5 prosent, eller om lag 4 300 årsverk. Effekten er relativt jevnt fordelt mellom gruppene. Helsefagarbeidere og sykepleiere bidrar mest i absolutte tall, men den prosentvise økningen ligger for de fleste gruppene nær gjennomsnittet. Jordmødre,

¹¹ Tallet kan avvike fra den direkte differansen mellom de avrundede verdiene som vises i tabell 5.3. Dette skyldes at differansen beregnes på grunnlag av uavrundede tall, og at avrundingen først gjøres i siste steg av beregningen. Avviket vil normalt være på ±100, men kan i enkelte tilfeller være på ±200.

ergoterapeuter og helsesykepleiere skiller seg noe ut med en høyere prosentvis effekt. Det er viktig å understreke at begge beregningene er teoretiske beregninger.

Økt tilgang på helsepersonell

I tabell 5.4 vises effektene av to scenarier der tilgangen på nytt helsepersonell økes. I det første scenarioet, «tilgang følger befolkningsveksten», forutsettes det at utdanningskapasiteten for alle fjorten helseutdanninger øker i takt med den prosentvise veksten i befolkningen hvert år.

I det andre scenarioet økes antallet uteksaminerte norskutdannede kandidater med 10 prosent fra og med 2028 for alle grupper unntatt helsefagarbeidere og leger. For helsefagarbeidere innføres økningen fra og med 2029. For leger er tilnærmingen annerledes: antallet norskutdannede kandidater settes til 900 per år fra og med 2031. Dette er et scenario foreslått av Helsedirektoratet.

Ved å la tilgangen følge befolkningsveksten øker det samlede arbeidstilbudet i 2040 med 2,2 prosent sammenlignet med referansebanen, tilsvarende om lag 6 500 årsverk. Den prosentvise økningen er størst for tannpleiere (5,3 prosent), vernepleiere (2,9 prosent), sykepleiere (2,6 prosent) og helsesekretærer (2,5 prosent). For fysioterapeuter og leger er effekten noe lavere (henholdsvis 0,9 og 0,7 prosent), noe som kan ses i sammenheng med at utenlandsrekruttering veier relativt tungt for disse gruppene og dermed demper andelen som kan knyttes direkte til norsk utdanningskapasitet.

Et scenario basert på en antagelse om en varig 10 prosents økning i tilgangen for alle grupper tilsier en samlet vekst på 4,3 prosent i 2040, eller om lag 12 500 årsverk. Her er effekten mest markert for leger (5,5 prosent), tannpleiere (5,3 prosent), radiografer (4,8 prosent), vernepleiere (4,7 prosent), helsefagarbeidere (4,6 prosent) og helsesykepleiere (4,5 prosent). Sykepleiere og helsesekretærer ligger også nær det samlede gjennomsnittet.

Oppsummert viser begge beregningene at økt tilgang på helsepersonell gir et merkbart bidrag til arbeidstilbudet. Effektene er imidlertid begrenset på kort sikt, og dersom veksten i tilgangen er gradvis, vil det ta mange år før dette gir tydelig utslag i den samlede bestanden av helsepersonell.

Tabell 5.4 Arbeidstilbudet for ulike grupper av helsepersonell ved to scenarier for økt tilgang. Framskrivning til 2040. Nivå tall i 1 000 årsverk og vekst fra referansebanen i prosent

Utdanningsgruppe	2025	2040 Referanse- bane	Tilgang følger befolknings- veksten		10 pst økning i tilgang	
			Årsverk	Vekst (pst) ¹	Årsverk	Vekst (pst) ¹
Bioingeniør	5,2	5,9	6,0	1,7	6,1	3,4
Ergoterapeut	3,9	5,1	5,2	2,0	5,3	3,9
Fysioterapeut	10,1	11,7	11,8	0,9	11,9	1,7
Helsefagarbeider	60,7	65,1	66,9	2,8	68,1	4,6
Helse- og tannhelsesekretær	11,4	12,1	12,4	2,5	12,6	4,1
Helsesykepleier	4,1	4,4	4,5	2,3	4,6	4,5
Jordmor	2,7	2,7	2,8	3,7	2,8	3,7
Lege	31,5	41,9	42,2	0,7	44,2	5,5
Psykolog	7,8	10,9	11,0	0,9	11,2	2,8
Radiograf	3,5	4,2	4,3	2,4	4,4	4,8
Sykepleier	89,2	106,3	109,1	2,6	110,7	4,1
Tannlege	5,2	6,0	6,1	1,7	6,1	1,7
Tannpleier	1,4	1,9	2,0	5,3	2,0	5,3
Vernepleier	14,3	17,1	17,6	2,9	17,9	4,7
Sum	251,0	295,3	301,9	2,2	307,9	4,2

¹ Vekst i prosent i forhold til referansebanen i 2040. Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Tabell 5.5 gir en samlet oversikt over de fire tiltakene og deres beregnede effekt på arbeidstilbudet i 2040, målt i ekstra årsverk og prosent av referansebanen.

Blant de fire tiltakene er en varig 10 prosents økning i tilgangen det som gir størst samlet effekt – 12 500 årsverk eller 4,2 prosent – men dette forutsetter en betydelig og varig utbygging av utdanningskapasiteten over en rekke år. Å la tilgangen følge befolkningsveksten gir om lag halvparten av denne effekten (6 500 årsverk, 2,2 prosent) og kan ses som et mer realistisk minimumsalternativ. Utsatt avgang med ett år gir om lag 4 300 årsverk (1,5 prosent), mens økt sannsynlighet for arbeid blant helsepersonell over 60 år gir 3 400 årsverk (1,2 prosent).

I tillegg er det gjennomført flere alternative scenarioanalyser basert på forslag fra Helsedirektoratet. Resultatene fra disse analysene er presentert i vedlegg E.

Tabell 5.5 Samlet oversikt over effekter på arbeidstilbudet i 2040 for de fire alternative scenariene. Ekstra årsverk og prosent av referansebanen

Scenario	Ekstra årsverk i 2040	Økning fra referansebanen (pst)
Økt sannsynlighet for arbeid i HO-tjenestene etter 60 år (relativ)	3 400	1,2
Utsatt avgang - 1 år	4 300	1,5
Tilgang følger befolkningsveksten	6 500	2,2
10 pst økning i tilgang fra og med 2028	12 500	4,2

6. Gapanalyse

Dette kapittelet sammenstiller framskrevet tilbud og etterspørsel for de fjorten utdanningsgruppene i perioden 2025–2040. Begge størrelser er hentet fra referansebanen, der tilbudet bygger på observerte tilgangs-, avgangs- og arbeidsmarkedsmonstre i basisåret, mens etterspørselen er beregnet med utgangspunkt i konstant ubetalt familieomsorg, og forutsetninger om moderat standardvekst, slik det er redegjort for i tidligere kapitler (Tabell 4.6, konstant familieomsorg). Etterspørselen etter de fjorten utdanningsgruppene er ikke framskrevet direkte, men utledes fra den framskrevne etterspørselen etter helsetjenester ved hjelp av konverteringsparametere som fordeler arbeidskraftbehovet i hver tjeneste på utdanningsgruppene, basert på sysselsettingsandelene i 2024, jf. omtalen i kapittel 3.3. Avviket er definert som framskrevet tilbud minus framskrevet etterspørsel, etter korreksjon for kjent underdekning. Et negativt tall indikerer et underskudd, der etterspørselen overstiger tilbudet, mens et positivt tall indikerer et overskudd.

En sentral forutsetning i etterspørselsframskrivningen er at familieomsorgen holdes konstant over tid, tilsvarende 90 000 årsverk. Dette innebærer at omsorgsbehovet som i dag dekkes av pårørende og andre ubetalte omsorgsgivere, forutsettes å være uendret gjennom hele framskrivningsperioden. Det framskrevne udekkede behovet for familieomsorg antas deretter å bli overført til formelle tjenester og fordelt mellom institusjonsomsorg og hjemmetjenester i tråd med den framskrevne størrelsen på de to tjenestetypene.

Det understrekes at alle tall er basert på referansebanens forutsetninger og ikke må tolkes som en prognose for den faktiske utviklingen, da framtidige forhold kan avvike fra disse forutsetningene.

6.1. Analysens oppbygning og avgrensning

Gapanalysen er bygget opp rundt to separate sider: etterspørsel og tilbud, som til slutt sammenlignes for å beregne gapet. Tilbudssiden modellerer fjorten helseutdanningsgrupper enkeltvis, herunder leger, sykepleiere, helsefagarbeidere, vernepleiere og psykologer.

Etterspørselssiden framskriver fjorten tjenesteområder enkeltvis. I tillegg behandles «andre helsetjenester» (NACE 86.909 m.fl.) særskilt med en pragmatisk framskrivning. Kategorien inngår på tilbudssiden i beregningene, siden en del av arbeidsstyrken med de fjorten helseutdanningene er sysselsatt her. På etterspørselssiden er det imidlertid ikke utarbeidet en separat etterspørselsframskrivning for denne kategorien. I gapanalysen er etterspørselen til denne delen av arbeidsmarkedet derfor framskrevet i samsvar med den samlede vekstraten i HO-sektoren. Dette er en pragmatisk tilnærming som gjenspeiler kategoriens heterogene karakter og det forhold at den omfatter et bredt spekter av virksomheter, herunder private klinikker, barnevernsinstitusjoner og andre helserelaterte tilbud. Tilnærmingen medfører samtidig usikkerhet: Dersom «andre helsetjenester» utvikler seg raskere eller langsommere enn HO-tjenestene samlet sett, kan etterspørselsanslaget henholdsvis over- eller undervurdere det faktiske behovet for helsepersonell i denne delen av arbeidsmarkedet. Rammeverket for gap-analysen viser også eksplisitt at «andre helsetjenester» behandles pragmatisk og ikke modelleres direkte på samme måte som de 14 tjenesteområdene.

Den framskrevne etterspørselen på tjenestenivå omregnes deretter til etterspørsel etter arbeidskraft for de fjorten modellerte utdanningsgruppene og de tre residualkategoriene ved hjelp av konverteringsparametere basert på sysselsettingsandelene i basisåret. For de tre residualkategoriene – ufaglærte i pasient- og brukerrettet arbeid (POB), personer med annen helseutdanning i POB og personer med annen utdanning i administrasjon og service (AOS) – foreligger det imidlertid bare etterspørselsframskrivninger. Disse kategoriene inngår derfor ikke i gapberegningene.

Gapberegningene kan derfor kun gjennomføres for de fjorten modellerte utdanningsgruppene, der tilbud og etterspørsel kan sammenlignes direkte. Dette medfører at rapporten opererer med to ulike totaltall: ett for den modellerte delen alene, og ett bredere tall som også inkluderer residualkategoriene på etterspørselssiden. I 2040 utgjør dette henholdsvis om lag 329 000 årsverk i etterspørsel mot 295 300 årsverk på tilbudssiden for de fjorten modellerte gruppene, og en samlet etterspørsel på om lag 500 500 årsverk når residualkategoriene (til sammen om lag 171 500 årsverk) inkluderes.

6.2. Korreksjon for kjent underdekning i 2024

De rapporterte gapene i dette kapitlet er korrigeret for kjent underdekning i 2024, jf. forutsetningene oppsummert i tabell 3.31. Bakgrunnen er at arbeidsmarkedet for enkelte utdanningsgrupper ikke var i balanse i basisåret. Uten en slik korreksjon ville de fremskrevne gapene undervurdere det faktiske presset i arbeidsmarkedet, fordi udekket behov i utgangsåret da ikke ville blitt fanget opp. For de gruppene der arbeidsmarkedet er forutsatt å ha vært om lag i balanse i 2024, er det ikke gjort noen korreksjon. Oversikten over underdekningen i 2024 viser en samlet korreksjon på 8 650 årsverk, fordelt på sykepleiere, helsefagarbeidere, vernepleiere, leger, psykologer og jordmødre.

6.3. Tilbud og etterspørsel i referansebanen

Tabell 6.1 viser fremskrevet tilbud og etterspørsel for de fjorten modellerte gruppene i referansebanen ved fire tidspunkter: 2025, 2030, 2035 og 2040. Alle tall er i 1 000 årsverk. Det samlede tilbudet for disse gruppene vokser fra om lag 251 000 årsverk i 2025 til 295 300 i 2040, en økning på om lag 18 prosent. Etterspørselen for de samme fjorten gruppene vokser samtidig betydelig raskere og når om lag 329 000 årsverk i 2040.

Veksten i tilbudet varierer betydelig mellom gruppene, som diskutert i kapittel 5. Psykologer og tannpleiere viser sterkest relativ vekst fra 2025 til 2040 med henholdsvis 39 og 41 prosent, mens leger vokser med 33 prosent og ergoterapeuter med 30 prosent. For sykepleiere er den absolutte veksten størst: fra 89 200 til 106 300 årsverk, en økning på om lag 17 100 årsverk. I den andre enden finner vi jordmødre med bare 3 prosent tilbudsvekst og helsesekretærer og helsesykepleiere med henholdsvis om lag 6-7 prosent.

På etterspørselssiden er veksten gjennomgående sterkere enn på tilbudssiden. For helsefagarbeidere vokser etterspørselen fra 62 500 årsverk i 2025 til 88 700 i 2040, en økning på 42 prosent, mens tilbudet bare øker med 7 prosent. For sykepleiere øker etterspørselen fra 89 200 til 117 000 årsverk, en vekst på 31 prosent mot tilbudsveksten på 19 prosent. For vernepleiere er etterspørselen anslått å vokse fra 14 300 til 18 700 årsverk, mens tilbudet bare når 17 100. Psykologer og leger er i en annen situasjon: tilbudet vokser raskere enn etterspørselen, slik at gapet gradvis snus til et overskudd.

Tabell 6.1 Framskrevet tilbud og etterspørsel i referansebanen for fjorten grupper helsepersonell. 1 000 årsverk. Utvalgte år 2025–2040.

Utdanningsgruppe	Tilbud (referansebane)				Etterspørsel (referansebane)			
	2025	2030	2035	2040	2025	2030	2035	2040
Sykepleier	89,2	95,4	101,0	106,3	89,2	99,8	108,1	117,0
Helsefag	60,7	61,9	63,3	65,1	62,5	72,7	80,1	88,7
Lege	31,5	35,1	38,7	41,9	31,2	33,8	36,1	38,4
Vernepleier	14,3	15,5	16,4	17,1	14,3	16,0	17,3	18,7
Psykolog	7,8	8,9	10,0	10,9	7,8	8,2	8,5	8,9
Fysioterapeut	10,1	10,7	11,3	11,7	9,7	10,5	11,1	11,8
Helsesekretær	11,4	11,8	11,9	12,1	11,5	12,5	13,3	14,1
Bioingeniører	5,2	5,4	5,7	5,9	5,3	5,8	6,3	6,7
Helsesykepleier	4,1	4,3	4,4	4,4	4,0	4,1	4,2	4,4
Radiograf	3,5	3,8	4,0	4,2	3,5	3,9	4,2	4,5
Jordmor	2,7	2,7	2,7	2,7	2,8	3,0	3,2	3,4
Ergoterapeut	3,9	4,4	4,8	5,1	3,8	4,2	4,5	4,8
Tannlege	5,2	5,5	5,7	6,0	5,2	5,5	5,8	6,0
Tannpleier	1,4	1,6	1,7	1,9	1,3	1,4	1,5	1,6

Kilde: Statistisk sentralbyrå.

6.4. Gap mellom tilbud og etterspørsel

Tabell 6.2 viser avviket mellom framskrevet tilbud og etterspørsel i referansebanen for de fjorten gruppene i 2025, 2030, 2035 og 2040. Gapene i tabellen er korrigert for kjent underdekning i 2024 og vil derfor ikke være identiske med den direkte differansen mellom tilbud og etterspørsel i tabell 6.1. Gapanslaget for de fjorten modellerte utdanningsgruppene er om lag –42 400 årsverk i 2040.

Helsefagarbeidere og sykepleiere har de klart største underskuddene gjennom hele perioden. For helsefagarbeidere er underskuddet allerede 4 200 årsverk i 2025 og vokser raskt til 13 200 i 2030, 19 200 i 2035 og 25 900 i 2040. Veksten drives av at en aldrende befolkning genererer sterkt stigende etterspørsel i kommunale pleie- og omsorgstjenester, mens tilbudsveksten for gruppen er svært beskjeden. For sykepleiere er underskuddet 4 000 årsverk i 2025, og det øker til 8 400 i 2030 og 14 700 i 2040. Til tross for et relativt høyt tilbud i absolutte tall vokser etterspørselen raskere gjennom hele perioden.

Vernepleiere og helsesekretærer viser begge et underskudd som øker jevnt, fra henholdsvis 600 årsverk og om lag balanse i 2025 til 2 100 årsverk i 2040. Bioingeniører og jordmødre har moderate, men vedvarende underskudd. For bioingeniører øker underskuddet fra 200 årsverk i 2025 til 800 i 2040, mens det for jordmødre øker fra 200 til 700 årsverk. Jordmødre skiller seg ut ved at tilbudet er tilnærmet flatt gjennom hele perioden, fra 2 700 årsverk i 2025 til 2 700 i 2040, mens etterspørselen stiger til 3 400 årsverk.

Radiografer og helsesykepleiere er i tilnærmet balanse i første del av perioden. For helsesykepleiere er det et lite overskudd fram til 2035, men balansen er nær nøytral mot 2040. Fysioterapeuter har et lite overskudd i 2025 og 2030, men snur til et marginalt underskudd på 200 årsverk i 2040 etter hvert som etterspørselsveksten overtar.

Ergoterapeuter og tannpleiere viser et lite, men vedvarende overskudd gjennom hele perioden, begge på om lag 300 årsverk i 2040. Tannleger er i praktisk balanse gjennom hele perioden, men med et lite underskudd mot slutten.

Leger og psykologer er de to gruppene der tilbudet klart overstiger etterspørselen mot slutten av perioden. For leger snur avviket fra et lite underskudd på 900 årsverk i 2025 til et overskudd på 2 300 i 2040. For psykologer er det et lite underskudd i 2025 på 400 årsverk, men allerede i 2030 er

det et lite overskudd som vokser til 1 600 årsverk i 2040. Den sterke tilbudsveksten for begge grupper, drevet av høy nettilgang og relativt ung aldersstruktur, bidrar til dette mønsteret.

Referansebanen peker klart mot at perioden 2025–2040 vil preges av voksende ubalanse mellom tilbud og etterspørsel for de fleste grupper av helsepersonell. Det samlede underskuddet for de fjorten gruppene er anslått til om lag 9 900 årsverk i 2025 og øker til 42 400 årsverk i 2040. Til sammen utgjør underskuddet for helsefagarbeidere og sykepleiere om lag 40 600 årsverk i 2040, altså det alt vesentlige av det samlede modellerte gapet.

Tre mønstre peker seg ut. For det første er helsefagarbeidere og sykepleiere de to gruppene med klart størst absolutt underskudd, og begge underskuddene forverres betydelig gjennom perioden. For det andre er det en gruppe med moderate, men vedvarende underskudd – vernepleiere, helsesekretærer, bioingeniører, jordmødre og radiografer. For det tredje er psykologer og leger i en særstilling med overskudd mot slutten av perioden, noe som kan gi rom for tilpasninger i hvordan arbeidskraften anvendes innenfor sektoren.

Det understrekes at framskrivingene bygger på sterke forutsetninger om tilbud, etterspørsel og sammensetningen av ulike utdanningsgrupper i HO-tjenestene fremover. Disse forutsetningene er følsomme for teknologisk utvikling, oppgaveglidning mellom utdanningsgrupper og virkninger av eventuelle framtidige politikkendringer. Slike tilpasninger kan påvirke både etterspørselen etter ulike typer kompetanse og tilbudet av arbeidskraft, og dermed også det beregnede gapet mellom tilbud og etterspørsel. Resultatene bør derfor tolkes som betingede framskrivinger, ikke som presise prognoser for den framtidige utviklingen.

Tabell 6.2 Gap mellom framskrevet tilbud og etterspørsel i referansebanen. 1 000 årsverk.

Utdanningsgruppe	2025	2030	2035	2040
Sykepleier	-4,0	-8,4	-11,1	-14,7
Helsefag	-4,2	-13,2	-19,2	-25,9
Vernepleier	-0,6	-1,0	-1,4	-2,1
Helsesekretær	0,0	-0,7	-1,4	-2,1
Bioingeniør	-0,2	-0,4	-0,6	-0,8
Jordmor	-0,2	-0,4	-0,6	-0,7
Radiograf	0,0	-0,1	-0,2	-0,2
Tannlege	0,0	-0,1	-0,1	-0,1
Helsesykepleier	+0,1	+0,2	+0,2	0,0
Fysioterapeut	+0,5	+0,2	+0,1	-0,2
Ergoterapeut	+0,1	+0,2	+0,3	+0,3
Psykologer	-0,4	+0,3	+1,0	+1,6
Tannpleier	0,0	+0,1	+0,2	+0,3
Lege	-0,9	0,0	+1,3	+2,3
Sum	-9,9	-23,2	-31,4	-42,4

Gapene i tabellen er korrigert for kjent underdekning i 2024. Negative tall angir underskudd, positive tall angir overskudd. Kilde: Statistisk sentralbyrå.

7. Diskusjon og oppsummering

Sammenlignet med tidligere framskrivninger av helsepersonell, HHH-23 og JKSH-23, og eldre analyser med Helsemod-modellen, bekrefter de oppdaterte resultatene i hovedtrekk det bildet som har tegnet seg over tid: en voksende ubalanse mellom tilbud og etterspørsel for sentrale grupper helsepersonell frem mot 2040. Ubalansen er allerede dokumentert å eksistere i 2024. NAVs bedriftsundersøkelse for første kvartal 2024 viser en samlet underdekning på om lag 8 650 årsverk for de seks gruppene der arbeidsmarkedet ikke var i balanse, med sykepleiere og helsefagarbeidere som de klart største bidragsyterne. Dette viser at det allerede er ubalanse i arbeidsmarkedet for enkelte grupper.

Den viktigste enkeltfaktoren bak den anslåtte veksten i etterspørselen er fortsatt den demografiske utviklingen. De store kullene født fra midten av 1940-tallet og fremover er nå i ferd med å nå de aldersgruppene der behovet for HO-tjenester er størst. Dette gir særlig sterk etterspørselsvekst innen kommunale pleie- og omsorgstjenester og institusjonsbaserte tilbud, og er den primære drivkraften bak de anslåtte underskuddene for helsefagarbeidere og sykepleiere. For disse to gruppene alene er det samlede underskuddet i 2040 anslått til om lag 40 600 av de totale 42 400 årsverkene i underskudd for de fjorten modellerte gruppene.

Den historiske veksten i HO-årsverk har skjedd gjennom tiår der de eldres andel av befolkningen har økt klart svakere enn den vil gjøre fremover. Hvis man tror at de faktorene som fører til utsatt dødelighet blant eldre også bedrer deres aldersspesifikk helse, må man også ha i mente at denne effekten også har vært virksom i tiårene bak oss. Det samme gjelder utviklingen av arbeidsbesparende velferdsteknologi: Mulighetene for eldre og syke til å klare seg selv har gradvis blitt vesentlig bedre av høyere bostandard, for eksempel heis i stedet for trapp, nye husholdningsmaskiner og hjelpemidler for funksjonshemmede. I tillegg har sentralisering redusert brukernes avstand til legesenter, hjemmetjeneste, apotek, offentlig kommunikasjon og pårørende. Til tross for disse trendene var antall heltidsårsverk i offentlige omsorgstjenester i 2019 5,4 ganger 1973-nivået, se HHH-23, kapittel 10. Dette tyder på at også andre faktorer enn endringer i helsetilstand, teknologi og organisering har bidratt til veksten.

Økt familieomsorg avlaster behovet for offentlig omsorg og spiller en relativt stor rolle for hvor framskrivningene lander når man går flere tiår fremover. I våre beregninger er det omsorgen som ytes av pårørende utenfor mottakerens husholdning som har betydning. Fremover trekker to utviklingstrekk i motsatt retning. For det første innebærer dreiningen av kommunenes omsorg fra institusjon til hjemmetjenester større muligheter for å yte omsorg. Trolig øker også følelsen av «plikt» til å ivareta foreldres livskvalitet. På den annen side viser befolkningsframskrivningene påvist at vi står foran en kraftig økning i forholdet mellom personer 85 år og eldre og antall barn som disse er foreldre til. Den gjennomsnittlige belastningen per person med hjelpetrengende foreldre vil øke kraftig, også uten at de pårørendes tidsbruk på familieomsorg øker.

Et viktig metodisk trekk ved modelleringen er hvordan etterspørselen fordeles på utdanningsgrupper. Fordelingen bygger på observerte sysselsettingsandeler i referanseåret, der avtalte årsverk fordeles på fjorten helsefaglige utdanningsgrupper samt tre residualkategorier: personell med annen helseutdanning i pasient- og brukerrettet arbeid (POB), ufaglærte i POB og personell med annen utdanning i administrasjon og service (AOS). I forbindelse med denne oppdateringen er næringskategoriene på tilbudssiden revidert for å samsvare bedre med etterspørselssidens tolv tjenestekategorier. Dette gir en mer direkte kobling mellom det framskrevne tjenestebehovet og bemanningsandelene som benyttes. Fram til og med 2019 var bemanningssammensetningen relativt stabil med en gradvis økning i andelen for personell med høyere utdanning, motsvart av fallende andeler for helsefagarbeidere og ufaglærte. I de nyeste dataene, som dekker perioden fram til 2024, observeres imidlertid et tydelig trendskifte: Andelen

sykepleiere målt i avtalte årsverk falt markant fra rundt 2019–2020, mens andelen ufaglærte i pasientorienterte oppgaver økte. Dette mønsteret går igjen på tvers av hjemmetjenesten, institusjonsomsorgen og somatiske institusjoner, og representerer et klart avvik fra trenden i tidligere framskrivninger. Hvilke konsekvenser dette trendskiftet vil få på lengre sikt, avhenger av om det reflekterer en varig endring i bemanningspraksis eller en midlertidig tilpasning til den allerede omtalte underdekningssituasjonen for sykepleiere.

På tilbudssiden er bildet sammensatt. Samlet er det modellerte arbeidstilbudet for de fjorten utdanningsgruppene anslått å vokse med om lag 20 prosent fra basisåret til 2040. Veksten er imidlertid svært ujevnt fordelt mellom gruppene. Psykologer og tannpleiere viser den sterkeste relative veksten med henholdsvis 43 og 49 prosent, og for disse gruppene overstiger tilbudsveksten etterspørselsveksten slik at det anslås et overskudd mot slutten av perioden.

For helsefagarbeidere er tilbudsveksten anslått til knapt 8 prosent, mens etterspørselen vokser med 42 prosent – et misforhold som gir et underskudd som øker raskt fra 4 200 årsverk i 2025 til 25 900 i 2040. For sykepleiere er tilbudsveksten høyere i absolutte tall, men etterspørselen holder et høyere tempo gjennom hele perioden, slik at underskuddet vokser fra 4 000 til 14 700 årsverk. I tillegg anslås det moderate men vedvarende underskudd for vernepleiere, helsesekretærer, bioingeniører og jordmødre gjennom hele framskrivingsperioden.

Beregningene av virkninger av tiltak på tilbudssiden viser at ingen enkelttiltak har potens nok til å lukke gapet for de mest utsatte gruppene. En varig 10 prosents økning i tilgangen fra og med 2028 gir den største samlede effekten som betyr om lag 12 600 ekstra årsverk i 2040. Dette tiltaket forutsetter imidlertid en betydelig og vedvarende utbygging av utdanningskapasiteten over flere år. Å la tilgangen følge befolkningsveksten gir om lag halvparten av denne effekten og kan anses som et mer realistisk minstekrav. Tiltak rettet mot eldre helsepersonell – økt sannsynlighet for å stå i arbeid og ett års utsatt avgangsalder – gir henholdsvis om lag 3 500 og 4 500 ekstra årsverk. Det er imidlertid grunn til å understreke at disse effektene forutsetter at HO-tjenestene faktisk vil sysselsette det økte tilbudet, og at det i praksis kan være helsemessige og andre begrensninger på hvor mye som er mulig å hente på dette området.

Samlet sett peker framskrivningene i retning av at norsk helsevesen, inklusive omsorgstjenestene, de kommende tiårene vil stå overfor utfordringer med å sikre tilstrekkelig personell, særlig innen pleie og omsorg. Analyserte tiltak på tilbudssiden reduserer det samlede underskuddet, men må ses i sammenheng med tilpasninger i oppgavefordeling mellom utdanningsgrupper, teknologisk utvikling og organisering av tjenestene.

Referanser

- Brathaug, A.L. (2025): Produktivitet – myter og fakta. I: Statistisk sentralbyrå, Økonomiske analyser 1/2025 – Utsyn over året 2024.
- Clarsen et al. (2022): Changes in life expectancy and disease burden in Norway, 1990–2019: an analysis of the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Public Health* 2022; 7: p. 593–605
- Finansdepartementet (2021): Perspektivmeldingen 2021, Meld. St. 14 (2020-2021).
- Finansdepartementet (2024): Perspektivmeldingen 2024, Meld. St. 31 (2023-2024).
- For velferdsstaten (2025): Velferdsprofitørene 2025. Et notat om aktørene, sektorene og argumentene mot privatisering av velferd. Notat 1.
- Hall, R.E. og C.I. Jones (2007): The value of life and the rise in health spending, *The Quarterly Journal of Economics*, Volume 122, Issue 1, p. 39-72.
- Helsedirektoratet (2022a): Omsorgstjenesten – aktivitetsutvikling og erfaringer fra pandemien. Rapport.
- Helsedirektoratet (2022b). Nasjonal pårørendeundersøkelse 2021/2022, Rapport.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2025); Rapport fra Teknisk beregningsutvalg for spesialisthelsetjenestens økonomi, Rapport
- Hjemås, G., E. Holmøy og F. Haugstveit (2019): Framskrivninger av etterspørselen etter arbeidskraft i helse- og omsorg mot 2060, Rapporter 2019/12, Statistisk sentralbyrå.
- Holmøy, E., G. Hjemås og F. Haugstveit (2023): Arbeidsinnsats i offentlig helse og omsorg: Fremskrivninger og historikk, Rapporter 2023/3, Statistisk sentralbyrå.
- Jia, Z., T. Kornstad, N.M. Stølen og G. Hjemås (2023): Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2040, Rapporter 2023/2, Statistisk sentralbyrå.
- Menon Economics (2025): Samfunnsøkonomiske kostnader av pårørendeinnsats i Norge, Rapport 64.
- NOU 2023:4; Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Helse- og omsorgsdepartementet.
- NOU 2023:5: Den store forskjellen. Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Otnes, B. (2012): «Utviklingslinjer i pleie- og omsorgstjenestene», kapittel 4 i S.O. Daatland og M. Veenstra (red.): *Bærekraftig omsorg? Familien, velferdsstaten og aldringen av befolkningen*, Rapport nr. 2/12, NOVA.
- Pårørendealliansen. (2018): *Stor undersøkelse om pårørende*. Hentet fra <https://napha.no/kunnskapsbasen/22192/stor-undersokelse-om-parorende>
- Regjeringen (2020): Vi – de pårørende. Regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan, Strategi Handlingsplan.
- Thomas, M.J. og A.M. Tømmerås (2024): Norway's 2024 national population projections. Results, methods, and assumptions 2024, Rapporter 2024/19, Statistisk sentralbyrå.

Vedlegg A: 16 framskrivingsalternativer av bemanningsbehov i 14 HO-tjenester

Tabell A.1 Offentlige HO-årsverk etter tjeneste og totalt i scenario 1.1.1 og 1.2.1 (Konstantalternativet med og uten vekst i familieomsorg) (Konstantalternativet med konstant familieomsorg): Konstant aldersspesifikk helse. MMM-24 befolkning

	2024	2040	2060	2040/2024	2060/2024
Lik vekst i offentlig og familieomsorg					
Spesialisthelsetjenesten	137 683	161 025	178 195	1,17	1,29
Somatiske institusjoner	104 280	126 694	143 862	1,21	1,38
Privat rehabilitering	2 191	2 450	2 584	1,12	1,18
Psykisk helsevern for barn og unge	5 297	4 751	4 946	0,90	0,93
Psykisk helsevern for voksne	20 910	21 967	21 827	1,05	1,04
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	5 005	5 163	4 976	1,03	0,99
Kommunale helsetjenester	43 740	46 878	48 485	1,07	1,11
Fastlege	5 808	6 464	6 847	1,11	1,18
Fysioterapi	2 744	3 226	3 553	1,18	1,30
Helsestasjon og skolehelsetjenesten	7 123	6 950	6 810	0,98	0,96
Tannhelsetjenesten	12 940	13 942	14 420	1,08	1,11
Annen kommunal HO	15 124	16 295	16 854	1,08	1,11
Offentlig omsorg	162 053	221 174	295 730	1,36	1,82
Hjemmepleie	91 766	107 554	124 481	1,17	1,36
Institusjonspleie, korttids	12 879	19 031	26 313	1,48	2,04
Institusjonspleie, langtids	51 810	87 632	136 544	1,69	2,64
Dagaktivisering	5 599	6 957	8 392	1,24	1,50
SUM HO, proporsjonal familieomsorg	343 476	429 077	522 410	1,25	1,52
Familieomsorg, proporsjonal vekst	90 000	122 834	164 240	1,36	1,82
Økning i forhold til 2024-nivå	-	32 834	74 240		
Off. omsorg, konst. familieomsorg	162 053	254 008	369 970	1,57	2,28
Sum HO, konstant familieomsorg	343 476	461 911	596 650	1,34	1,74

Kopi av tabell 4.4, kapittel 4

Tabell A.2 Offentlige HO-årsverk etter tjeneste og totalt i scenario 1.1.2 og 1.2.2 (Max-alternativet). 1 prosent årlig vekst i årsverk per bruker, med og uten vekst i familieomsorg). Konstant aldersspesifikk helse. MMM-24 befolkning

	2024	2040	2060	2040/2024	2060/2024
Lik vekst i offentlig og familieomsorg					
Spesialisthelsetjenesten	137 683	188 814	254 956	1,37	1,85
Somatiske institusjoner	104 280	148 559	205 833	1,42	1,97
Privat rehabilitering	2 191	2 872	3 697	1,31	1,69
Psykisk helsevern for barn og unge	5 297	5 570	7 077	1,05	1,34
Psykisk helsevern for voksne	20 910	25 758	31 230	1,23	1,49
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	5 005	6 054	7 119	1,21	1,42
Kommunale helsetjenester	43 740	54 968	69 371	1,26	1,59
Fastlege	5 808	7 580	9 796	1,30	1,69
Fysioterapi	2 744	3 783	5 084	1,38	1,85
Helsestasjon og skolehelsetjenesten	7 123	8 150	9 744	1,14	1,37
Tannhelsetjenesten	12 940	16 348	20 632	1,26	1,59
Annen kommunal HO	15 124	19 108	24 114	1,26	1,59
Offentlig omsorg	162 053	259 344	423 121	1,60	2,61
Hjemmepleie	91 766	126 115	178 104	1,37	1,94
Institusjonspleie, korttids	12 879	22 316	37 647	1,73	2,92
Institusjonspleie, langtids	51 810	102 756	195 363	1,98	3,77
Dagaktivisering	5 599	8 158	12 007	1,46	2,14
SUM HO, proporsjonal familieomsorg	343 476	503 126	747 448	1,46	2,18
Familieomsorg, proporsjonal vekst	90 000	144 033	234 990	1,60	2,61
Økning i forhold til 2024-nivå	-	54 033	144 990		
Off. omsorg, konst. familieomsorg	162 053	313 377	568 111	1,93	3,51
Sum HO, konstant familieomsorg	343 476	557 159	892 438	1,62	2,60

Kopi av tabell 4.5 kapittel 4

Tabell A.3 Offentlige HO-årsverk etter tjeneste og totalt i scenario 1.1.3 og 1.2.3. 0,5 prosent årlig vekst i årsverk per bruker, med og uten vekst i familieomsorg. Konstant aldersspesifikk helse. MMM-24 befolkning

	2024	2040	2060	2040/2024	2060/2024
Lik vekst i offentlig og familieomsorg					
Spesialisthelsetjenesten	137 683	174 401	213 243	1,27	1,55
Somatiske institusjoner	104 280	137 219	172 157	1,32	1,65
Privat rehabilitering	2 191	2 653	3 092	1,21	1,41
Psykisk helsevern for barn og unge	5 297	5 145	5 919	0,97	1,12
Psykisk helsevern for voksne	20 910	23 792	26 120	1,14	1,25
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	5 005	5 592	5 954	1,12	1,19
Kommunale helsetjenester	43 740	50 772	58 021	1,16	1,33
Fastlege	5 808	7 001	8 193	1,21	1,41
Fysioterapi	2 744	3 494	4 252	1,27	1,55
Helsestasjon og skolehelsetjenesten	7 123	7 527	8 150	1,06	1,14
Tannhelsetjenesten	12 940	15 100	17 257	1,17	1,33
Annen kommunal HO	15 124	17 649	20 169	1,17	1,33
Offentlig omsorg	162 053	239 547	353 894	1,48	2,18
Hjemmepleie	91 766	116 488	148 964	1,27	1,62
Institusjonspleie, korttids	12 879	20 612	31 488	1,60	2,44
Institusjonspleie, langtids	51 810	94 912	163 399	1,83	3,15
Dagaktivisering	5 599	7 535	10 043	1,35	1,79
SUM HO, proporsjonal familieomsorg	343 476	464 720	625 158	1,35	1,82
Familieomsorg, proporsjonal vekst	90 000	133 038	196 543	1,48	2,18
Økning i forhold til 2024-nivå	-	43 038	106 543		
Off. omsorg, konst. familieomsorg	162 053	282 586	460 437	1,74	2,84
Sum HO, konstant familieomsorg	343 476	507 759	731 701	1,48	2,13

Tabell A.4 Offentlige HO-årsverk etter tjeneste og totalt i scenario 1.1.4 og 1.2.4 (0,5 prosent årlig reduksjon i årsverk per bruker, med og uten vekst i familieomsorg). Konstant aldersspesifikk helse. MMM-24 befolkning

	2024	2040	2060	2040/2024	2060/2024
Lik vekst i offentlig og familieomsorg					
Spesialisthelsetjenesten	137 683	148 615	148 774	1,08	1,08
Somatiske institusjoner	104 280	116 930	120 110	1,12	1,15
Privat rehabilitering	2 191	2 261	2 157	1,03	0,98
Psykisk helsevern for barn og unge	5 297	4 384	4 130	0,83	0,78
Psykisk helsevern for voksne	20 910	20 274	18 223	0,97	0,87
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	5 005	4 765	4 154	0,95	0,83
Kommunale helsetjenester	43 740	43 265	40 480	0,99	0,93
Fastlege	5 808	5 966	5 716	1,03	0,98
Fysioterapi	2 744	2 977	2 967	1,09	1,08
Helsestasjon og skolehelsetjenesten	7 123	6 414	5 686	0,90	0,80
Tannhelsetjenesten	12 940	12 868	12 039	0,99	0,93
Annen kommunal HO	15 124	15 039	14 071	0,99	0,93
Offentlig omsorg	162 053	204 129	246 903	1,26	1,52
Hjemmepleie	91 766	99 264	103 928	0,00	1,13
Institusjonspleie, korttids	12 879	17 564	21 968	0,00	1,71
Institusjonspleie, langtids	51 810	80 879	114 000	0,00	2,20
Dagaktivisering	5 599	6 421	7 007	0,00	1,25
SUM HO, proporsjonal familieomsorg	343 476	396 008	436 156	1,15	1,27
Familieomsorg, proporsjonal vekst	90 000	113 368	137 123	1,26	1,52
Økning i forhold til 2024-nivå	-	23 368	47 123		
Off. omsorg, konst. familieomsorg	162 053	227 496	294 026	1,40	1,81
Sum HO, konstant familieomsorg	343 476	419 376	483 280	1,22	1,41

Tabell A.5 Offentlige HO-årsverk etter tjeneste og totalt i scenario 2.1.1 og 2.2.1 (Konstantalternativ, med og uten vekst i familieomsorg). Helseforbedring over tid. MMM-24 befolkning

	2024	2040	2060	2040/2024	2060/2024
Lik vekst i offentlig og familieomsorg					
Spesialisthelsetjenesten	137 683	157 707	168 852	1,15	1,23
Somatiske institusjoner	104 280	123 348	134 442	1,18	1,29
Privat rehabilitering	2 191	2 479	2 661	1,13	1,21
Psykisk helsevern for barn og unge	5 297	4 751	4 946	0,90	0,93
Psykisk helsevern for voksne	20 910	21 967	21 827	1,05	1,04
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	5 005	5 163	4 976	1,03	0,99
Kommunale helsetjenester	43 740	46 878	48 485	1,07	1,11
Fastlege	5 808	6 464	6 847	1,11	1,18
Fysioterapi	2 744	3 226	3 553	1,18	1,30
Helsestasjon og skolehelsetjenesten	7 123	6 950	6 810	0,98	0,96
Tannhelsetjenesten	12 940	13 942	14 420	1,08	1,11
Annen kommunal HO	15 124	16 295	16 854	1,08	1,11
Offentlig omsorg	162 053	195 817	215 598	1,21	1,33
Hjemmepleie	91 766	101 396	106 345	1,10	1,16
Institusjonspleie, korttids	12 879	16 296	17 931	1,27	1,39
Institusjonspleie, langtids	51 810	71 669	84 485	1,38	1,63
Dagaktivisering	5 599	6 456	6 838	1,15	1,22
SUM HO, proporsjonal familieomsorg	343 476	400 402	432 935	1,17	1,26
Familieomsorg, proporsjonal vekst	90 000	108 752	119 738	1,21	1,33
Økning i forhold til 2024-nivå	-	18 752	29 738		
Off. omsorg, konst. familieomsorg	162 053	214 569	245 336	1,32	1,51
Sum HO, konstant familieomsorg	343 476	419 154	462 673	1,22	1,35

Tabell A.6 Offentlige HO-årsverk etter tjeneste og totalt i scenario 2.1.2 og 2.2.2 (1 prosent årlig vekst i årsverk per bruker, med og uten vekst i familieomsorg). Helseforbedring over tid. MMM-24 befolkning

	2024	2040	2060	2040/2024	2060/2024
Lik vekst i offentlig og familieomsorg					
Spesialisthelsetjenesten	137 683	184 924	241 588	1,34	1,75
Somatiske institusjoner	104 280	144 635	192 356	1,39	1,84
Privat rehabilitering	2 191	2 906	3 807	1,33	1,74
Psykisk helsevern for barn og unge	5 297	5 570	7 077	1,05	1,34
Psykisk helsevern for voksne	20 910	25 758	31 230	1,23	1,49
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	5 005	6 054	7 119	1,21	1,42
Kommunale helsetjenester	43 740	54 968	69 371	1,26	1,59
Fastlege	5 808	7 580	9 796	1,30	1,69
Fysioterapi	2 744	3 783	5 084	1,38	1,85
Helsestasjon og skolehelsetjenesten	7 123	8 150	9 744	1,14	1,37
Tannhelsetjenesten	12 940	16 348	20 632	1,26	1,59
Annen kommunal HO	15 124	19 108	24 114	1,26	1,59
Offentlig omsorg	162 053	229 611	308 471	1,42	1,90
Hjemmepleie	91 766	118 895	152 155	1,30	1,66
Institusjonspleie, korttids	12 879	19 108	25 655	1,48	1,99
Institusjonspleie, langtids	51 810	84 037	120 878	1,62	2,33
Dagaktivisering	5 599	7 570	9 784	1,35	1,75
SUM HO, proporsjonal familieomsorg	343 476	469 503	619 430	1,37	1,80
Familieomsorg, proporsjonal vekst	90 000	127 520	171 317	1,42	1,90
Økning i forhold til 2024-nivå	-	37 520	81 317		
Off. omsorg, konst. familieomsorg	162 053	267 131	389 788	1,65	2,41
Sum HO, konstant familieomsorg	343 476	507 023	700 747	1,48	2,04

Tabell A.7 Offentlige HO-årsverk etter tjeneste og totalt i scenario 2.1.3 og 2.2.3 (0,5 prosent årlig vekst i årsverk per bruker, med og uten vekst i familieomsorg). Helseforbedring over tid. MMM-24 befolkning

	2024	2040	2060	2040/2024	2060/2024
Lik vekst i offentlig og familieomsorg					
Spesialisthelsetjenesten	137 683	170 808	202 062	1,24	1,47
Somatiske institusjoner	104 280	133 594	160 884	1,28	1,54
Privat rehabilitering	2 191	2 684	3 184	1,23	1,45
Psykisk helsevern for barn og unge	5 297	5 145	5 919	0,97	1,12
Psykisk helsevern for voksne	20 910	23 792	26 120	1,14	1,25
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	5 005	5 592	5 954	1,12	1,19
Kommunale helsetjenester	43 740	50 772	58 021	1,16	1,33
Fastlege	5 808	7 001	8 193	1,21	1,41
Fysioterapi	2 744	3 494	4 252	1,27	1,55
Helsestasjon og skolehelsetjenesten	7 123	7 527	8 150	1,06	1,14
Tannhelsetjenesten	12 940	15 100	17 257	1,17	1,33
Annen kommunal HO	15 124	17 649	20 169	1,17	1,33
Offentlig omsorg	162 053	212 084	258 002	1,31	1,59
Hjemmepleie	91 766	109 819	127 261	1,20	1,39
Institusjonspleie, korttids	12 879	17 650	21 458	1,37	1,67
Institusjonspleie, langtids	51 810	77 622	101 101	1,50	1,95
Dagaktivisering	5 599	6 993	8 183	1,25	1,46
SUM HO, proporsjonal familieomsorg	343 476	433 664	518 085	1,26	1,51
Familieomsorg, proporsjonal vekst	90 000	117 786	143 288	1,31	1,59
Økning i forhold til 2024-nivå	-	27 786	53 288		
Off. omsorg, konst. familieomsorg	162 053	239 870	311 290	1,48	1,92
Sum HO, konstant familieomsorg	343 476	461 450	571 373	1,34	1,66

Kopi av tabell 4.6, kapittel 4

Tabell A.8 Offentlige HO-årsverk etter tjeneste og totalt i scenario 2.1.4 og 2.2.4. 0,5 prosent årlig reduksjon i årsverk per bruker, med og uten vekst i familieomsorg. Helseforbedring over tid. MMM-24 befolkning

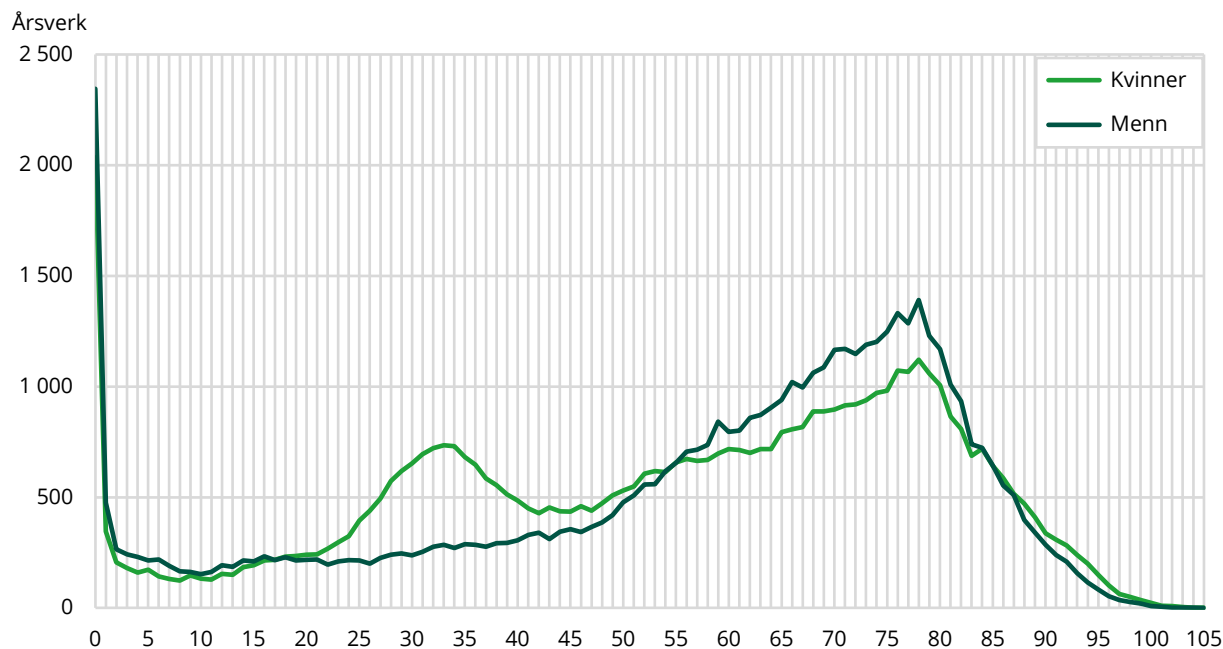
	2024	2040	2060	2040/2024	2060/2024
Lik vekst i offentlig og familieomsorg					
Spesialisthelsetjenesten	137 683	145 553	140 973	1,06	1,02
Somatiske institusjoner	104 280	113 841	112 245	1,09	1,08
Privat rehabilitering	2 191	2 288	2 221	1,04	1,01
Psykisk helsevern for barn og unge	5 297	4 384	4 130	0,83	0,78
Psykisk helsevern for voksne	20 910	20 274	18 223	0,97	0,87
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	5 005	4 765	4 154	0,95	0,83
Kommunale helsetjenester	43 740	43 265	40 480	0,99	0,93
Fastlege	5 808	5 966	5 716	1,03	0,98
Fysioterapi	2 744	2 977	2 967	1,09	1,08
Helsestasjon og skolehelsetjenesten	7 123	6 414	5 686	0,90	0,80
Tannhelsetjenesten	12 940	12 868	12 039	0,99	0,93
Annen kommunal HO	15 124	15 039	14 071	0,99	0,93
Offentlig omsorg	162 053	180 726	180 002	1,12	1,11
Hjemmepleie	91 766	93 582	88 786	1,02	0,97
Institusjonspleie, korttids	12 879	15 040	14 970	1,17	1,16
Institusjonspleie, langtids	51 810	66 145	70 536	1,28	1,36
Dagaktivisering	5 599	5 959	5 709	1,06	1,02
SUM HO, proporsjonal familieomsorg	343 476	369 544	361 455	1,08	1,05
Familieomsorg, proporsjonal vekst	90 000	100 370	99 968	1,12	1,11
Økning i forhold til 2024-nivå	-	10 370	9 968		
Off. omsorg, konst. familieomsorg	162 053	191 096	189 970	1,18	1,17
Sum HO, konstant familieomsorg	343 476	379 914	371 423	1,11	1,08

Kopi av tabell 4.7, kapittel 4

Vedlegg B: Aldersprofiler for årsverk i spesialisthelsetjenesten

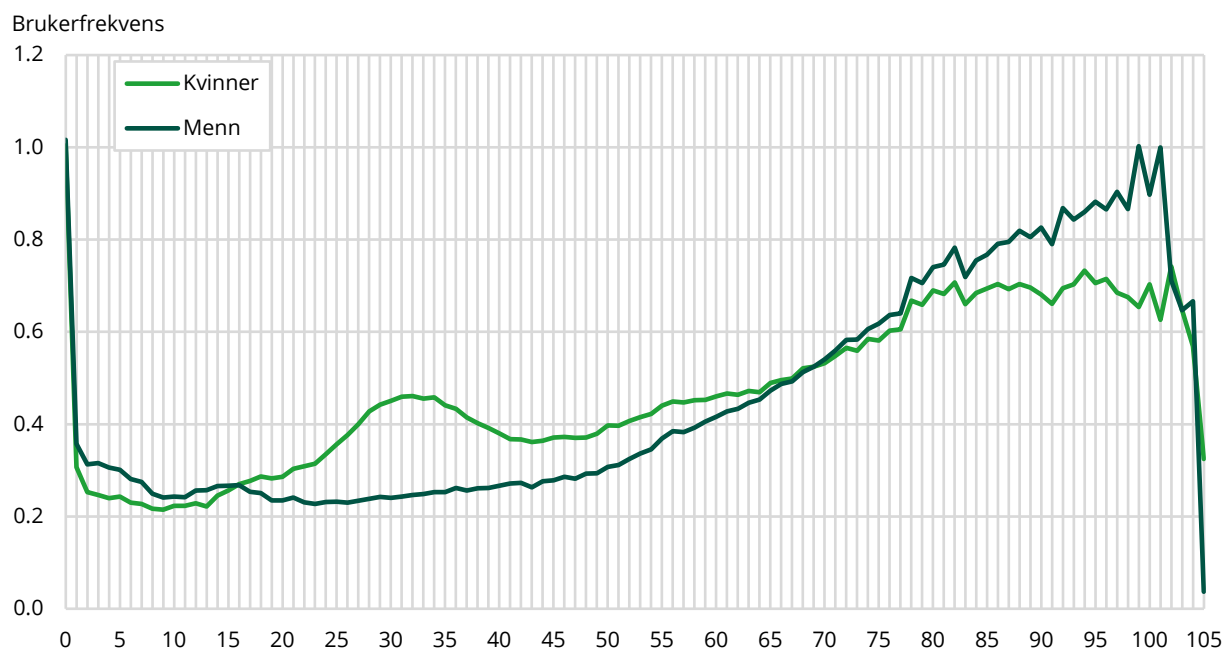
Somatikk

Figur B.1 Årsverk i somatikk fordelt etter brukernes kjønn og alder. 2024



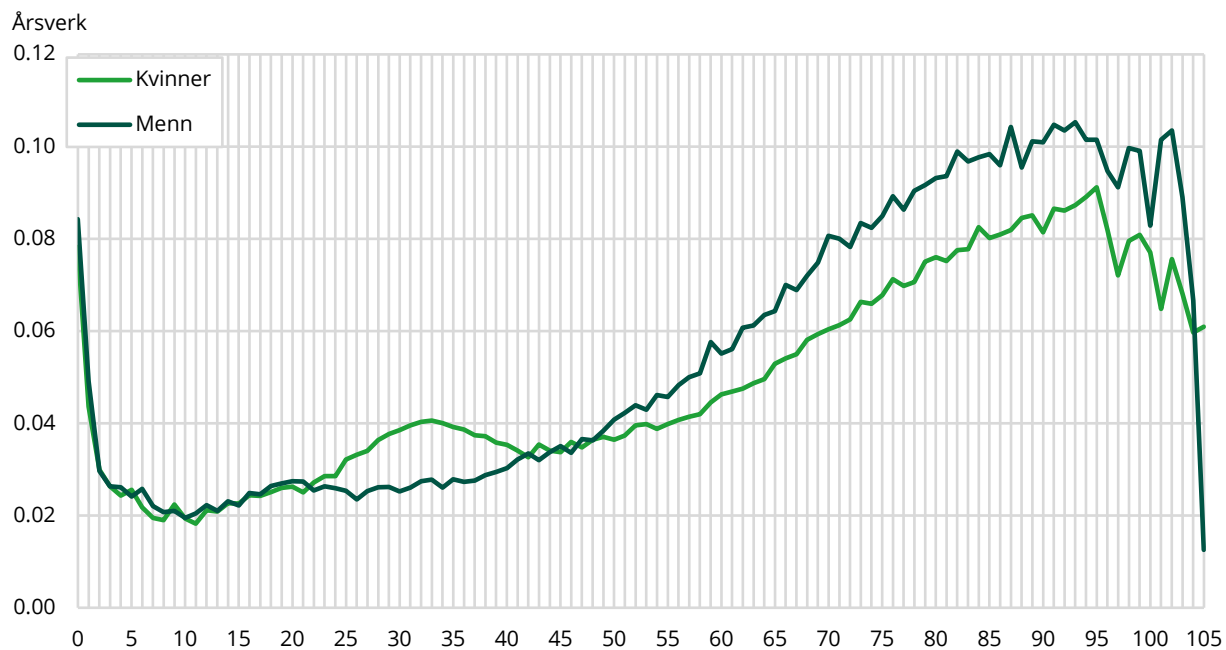
Kilde: Statistisk sentralbyrå og Folkehelseinstituttet

Figur B.2 Brukerfrekvenser for somatikk. Unike brukere per person i befolkningen etter alder og kjønn i 2024



Kilde: Statistisk sentralbyrå og Folkehelseinstituttet

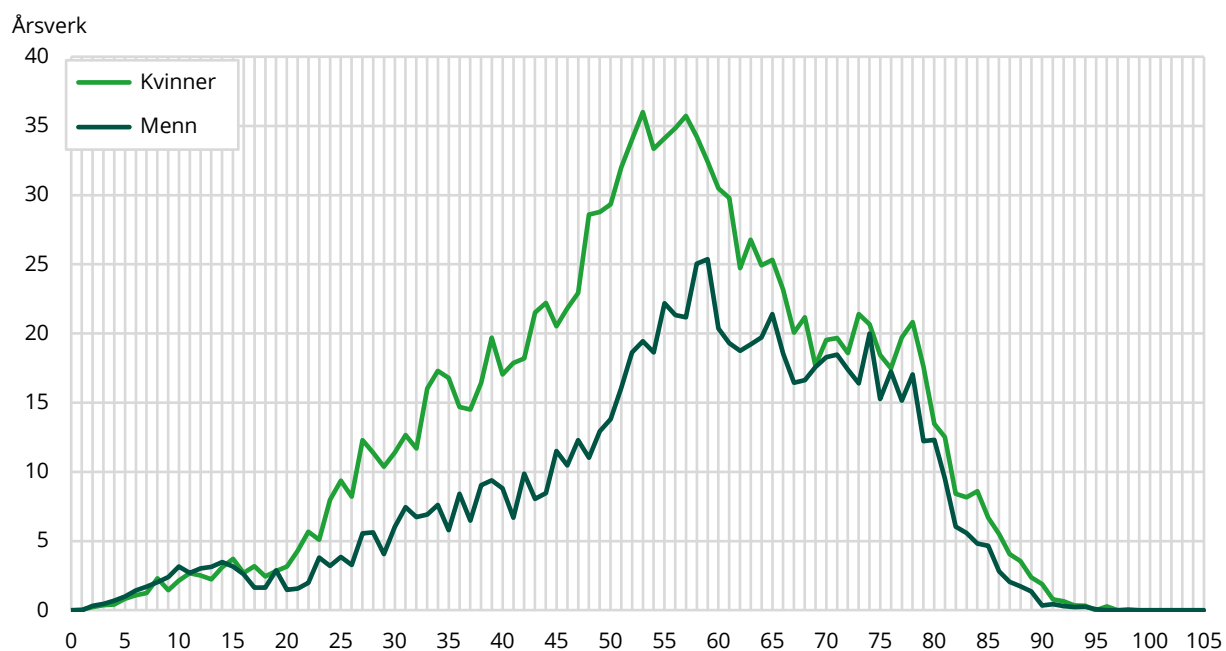
Figur B.3 Årsverk per bruker (standard) i somatikk etter brukernes alder og kjønn. 2024



Kilde: Statistisk sentralbyrå og Folkehelseinstituttet

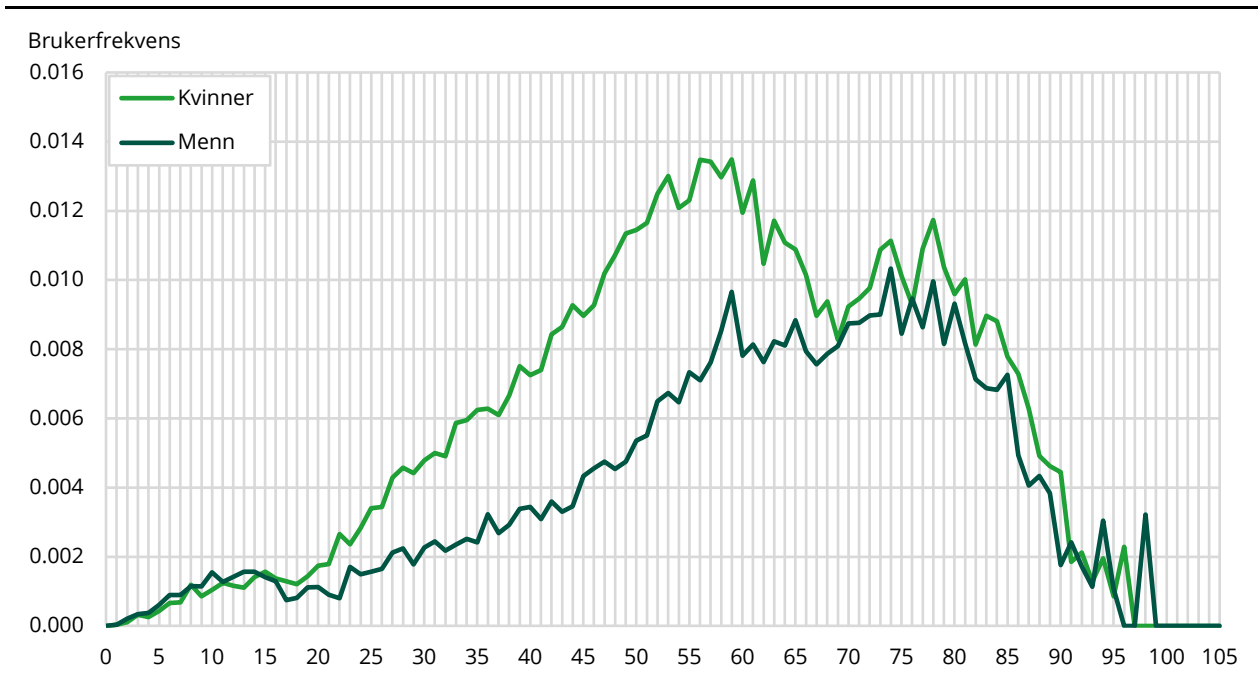
Privat rehabilitering

Figur B.4 Årsverk i privat rehabilitering fordelt etter brukernes kjønn og alder. 2024



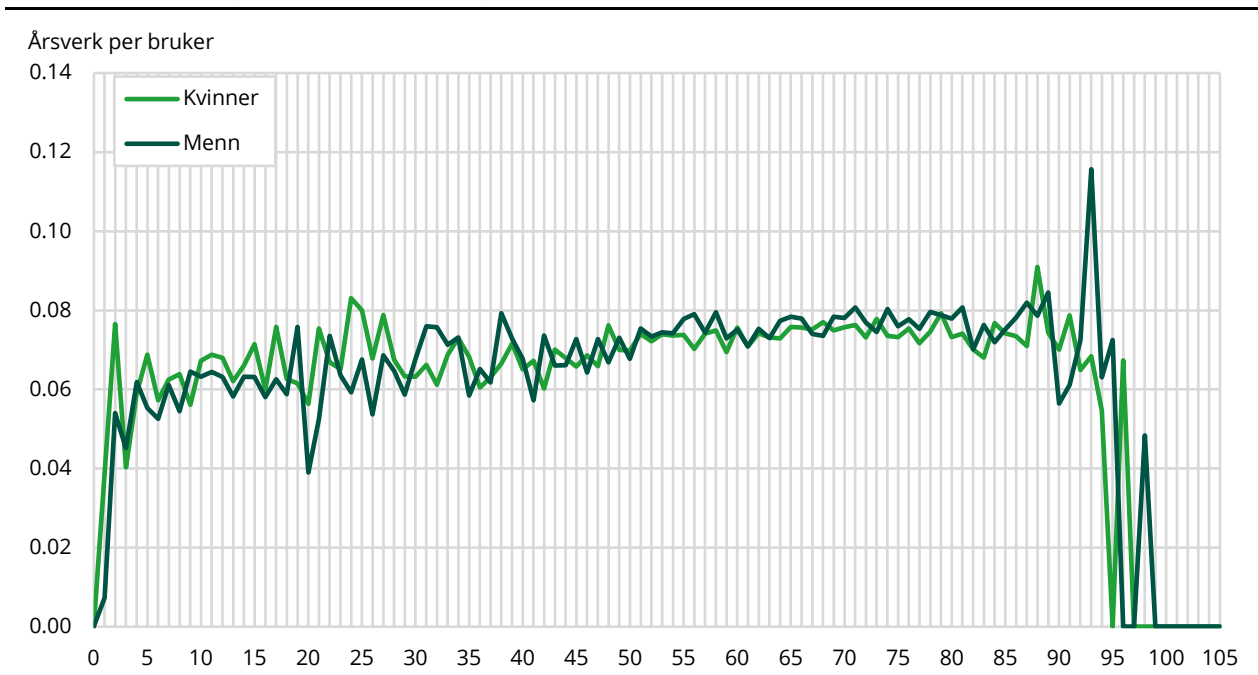
Kilde: Statistisk sentralbyrå og Folkehelseinstituttet

Figur B.5 Brukerfrekvenser for privat rehabilitering i 2024. Unike brukere per person i befolkningen etter alder og kjønn



Kilde: Statistisk sentralbyrå og Folkehelseinstituttet

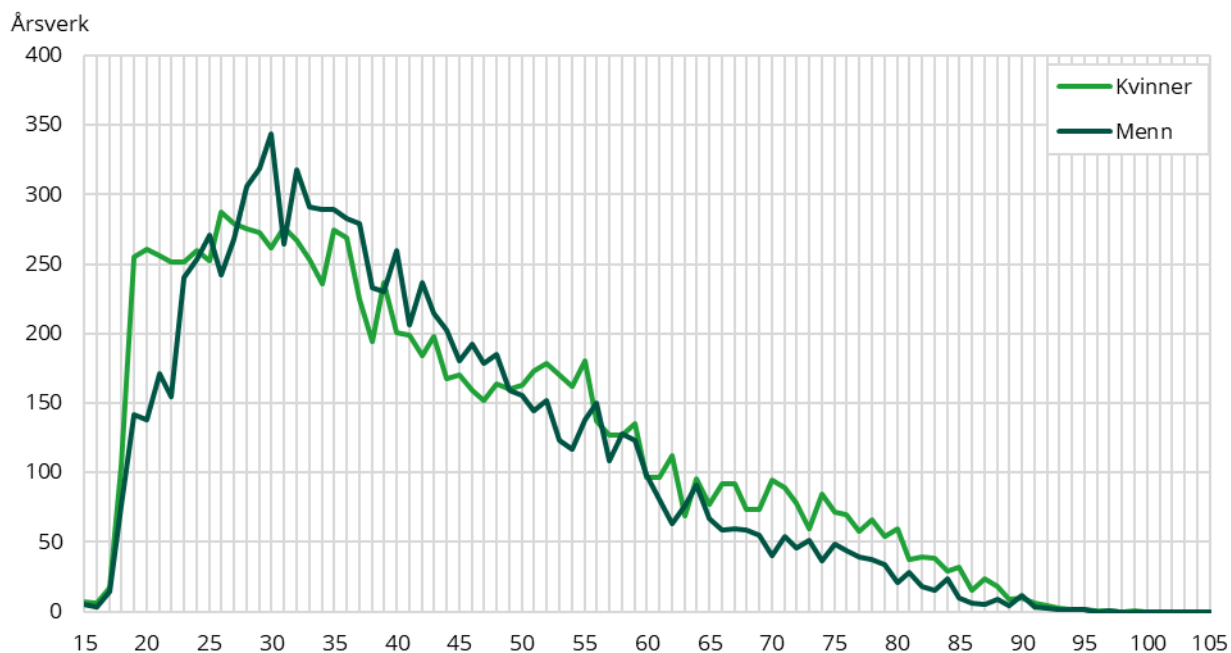
Figur B.6 Årsverk per bruker (standard) i privat rehabilitering fordelt etter brukernes alder og kjønn. 2024



Kilde: Statistisk sentralbyrå og Folkehelseinstituttet

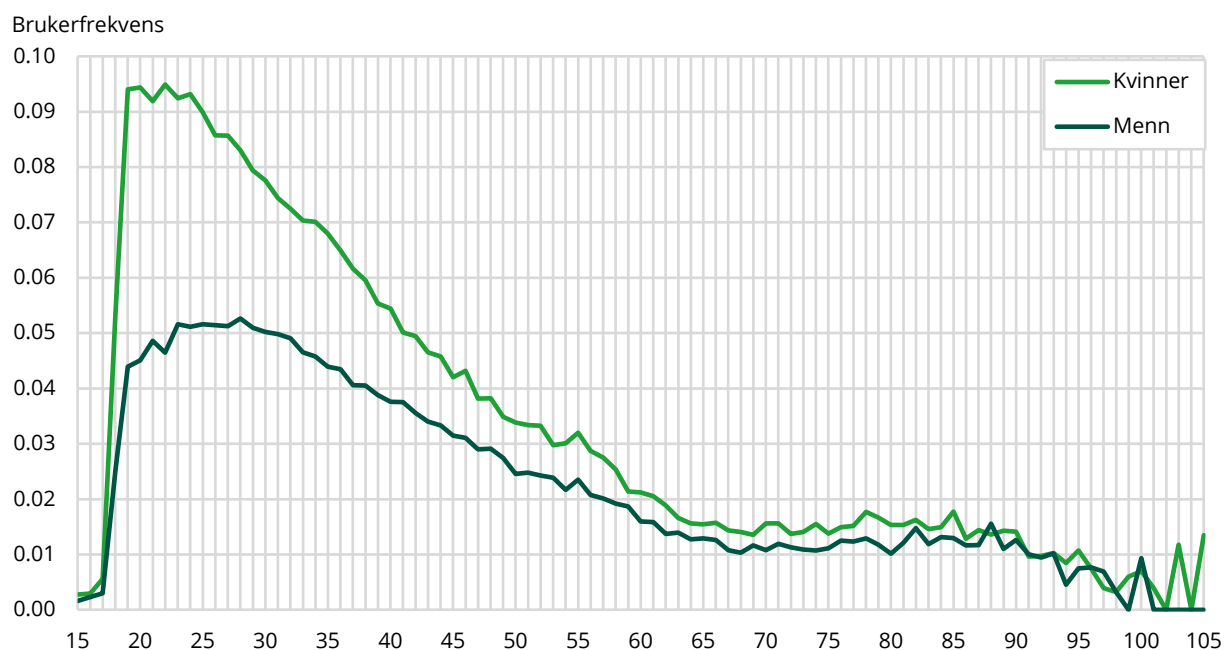
Psykisk helsevern for voksne (VOP)

Figur B.7 Årsverk i psykisk helsevern for voksne (VOP) fordelt etter brukernes kjønn og alder. 2024



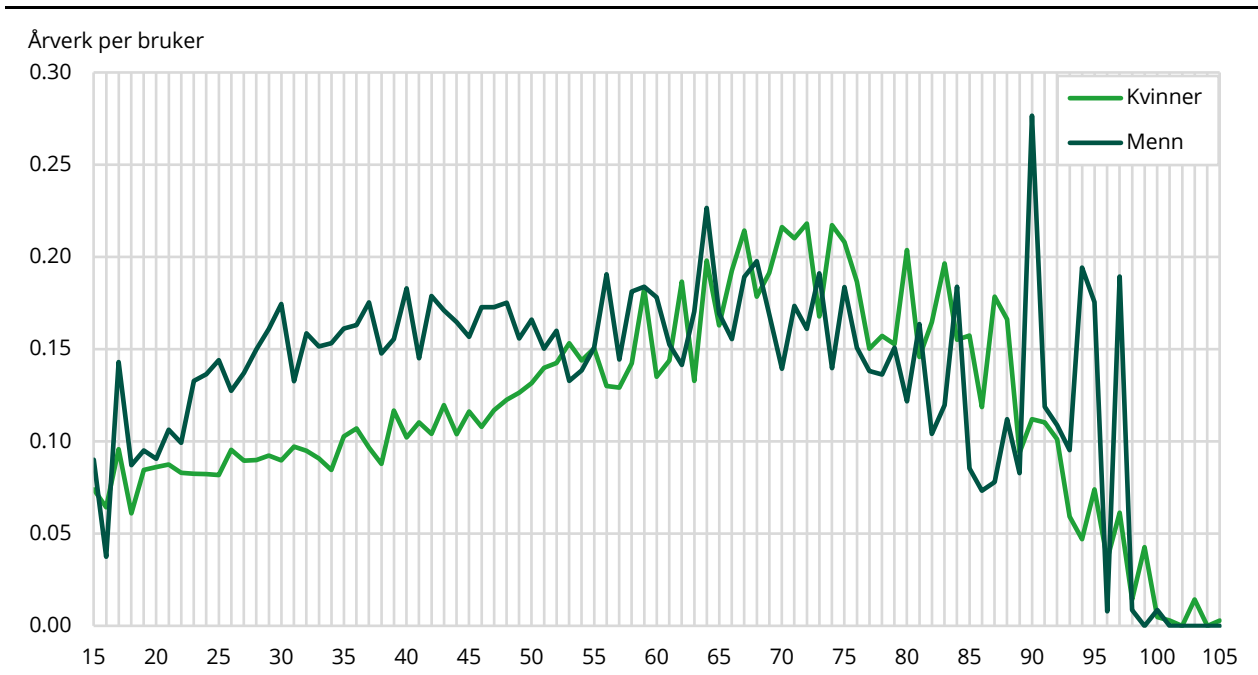
Kilde: Statistisk sentralbyrå og Folkehelseinstituttet

Figur B.8 Brukerfrekvenser for psykisk helsevern for voksne (VOP) i 2024. Unike brukere per person i befolkningen etter alder og kjønn



Kilde: Statistisk sentralbyrå og Folkehelseinstituttet

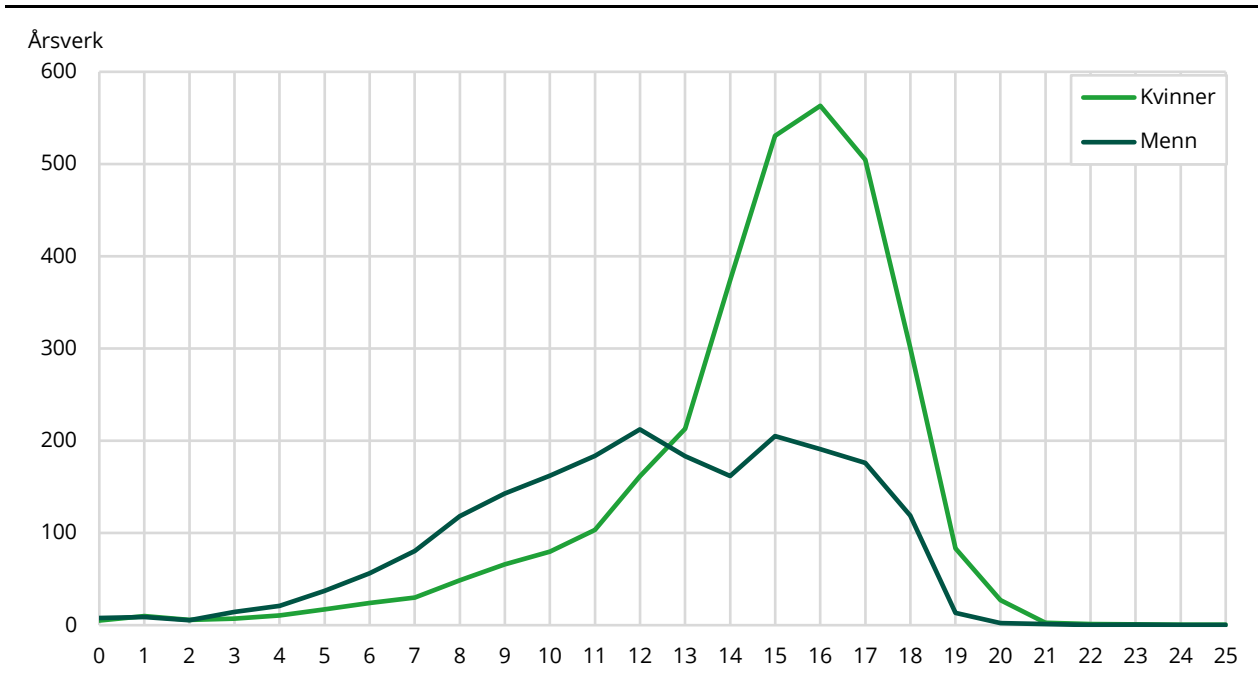
Figur B.9 Årsverk per bruker (standard) for psykisk helsevern for voksne (VOP) fordelt etter brukernes kjønn og alder. 2024



Kilde: Statistisk sentralbyrå og Folkehelseinstituttet

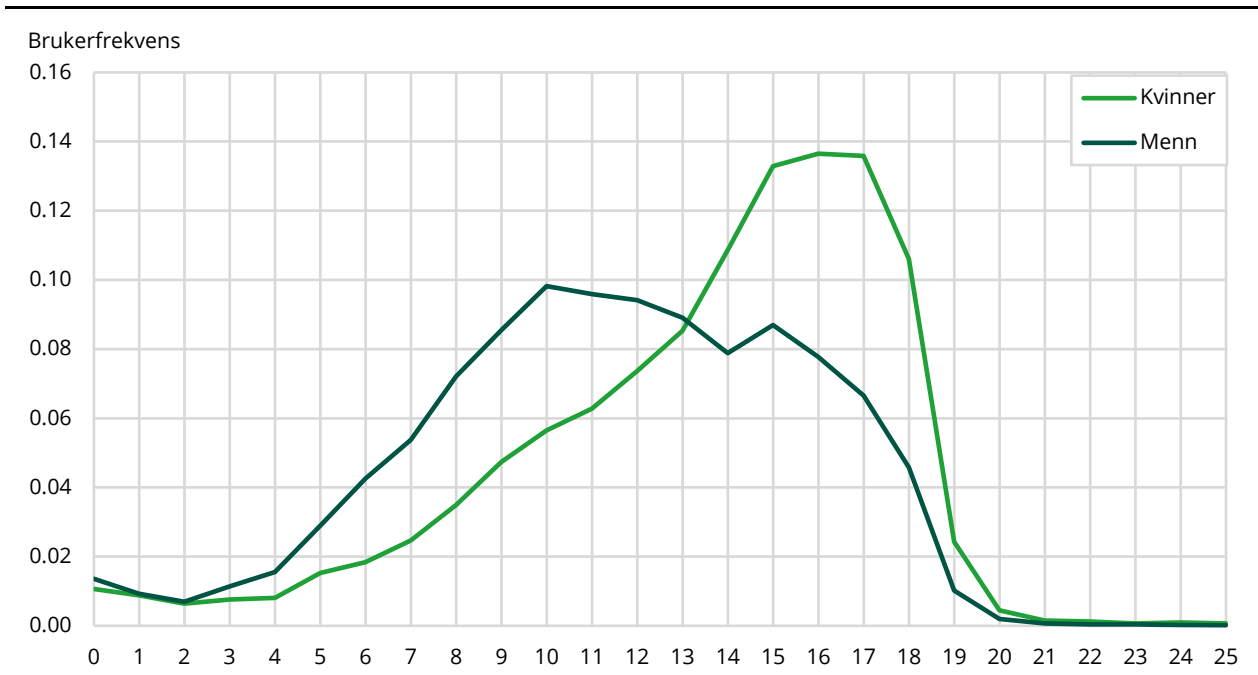
Psykisk helsevern for barn og unge (BUP)

Figur B.10 Årsverk i psykisk helsevern for barn og unge (BUP) fordelt etter brukernes kjønn og alder. 2024



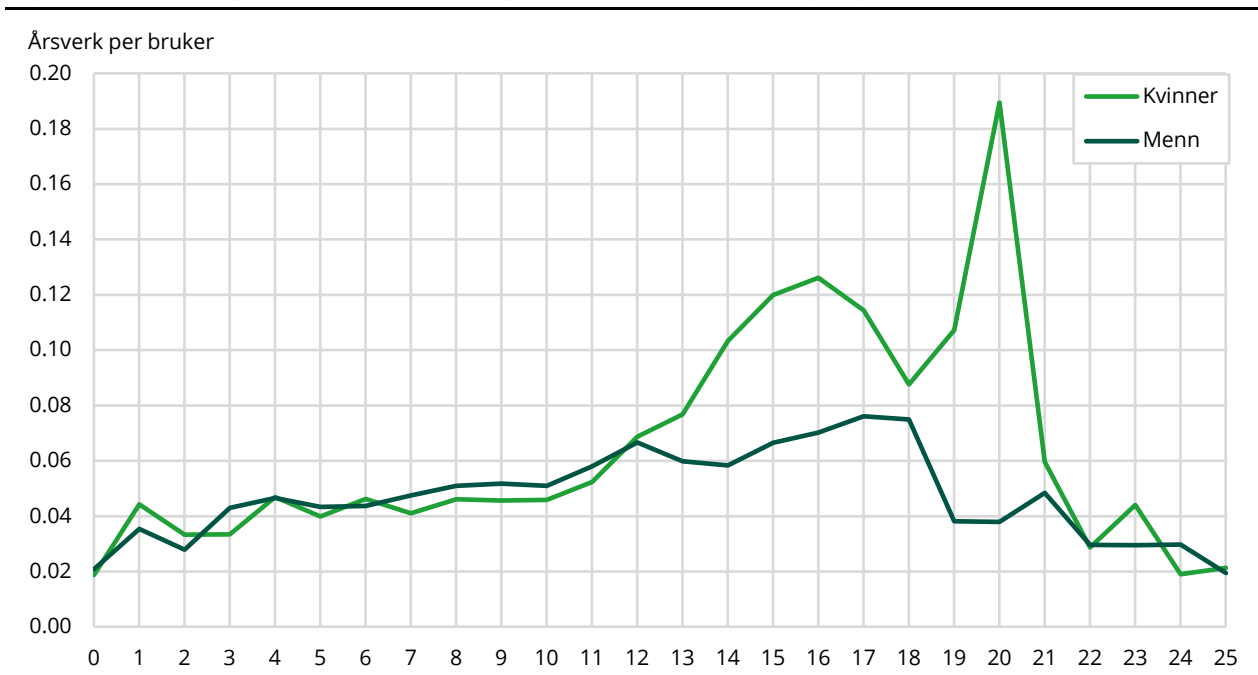
Kilde: Statistisk sentralbyrå og Folkehelseinstituttet

Figur B.11 Brukerfrekvenser for psykisk helsevern for barn og unge (BUP) i 2024. Unike brukere per person i befolkningen etter alder og kjønn



Kilde: Statistisk sentralbyrå og Folkehelseinstituttet

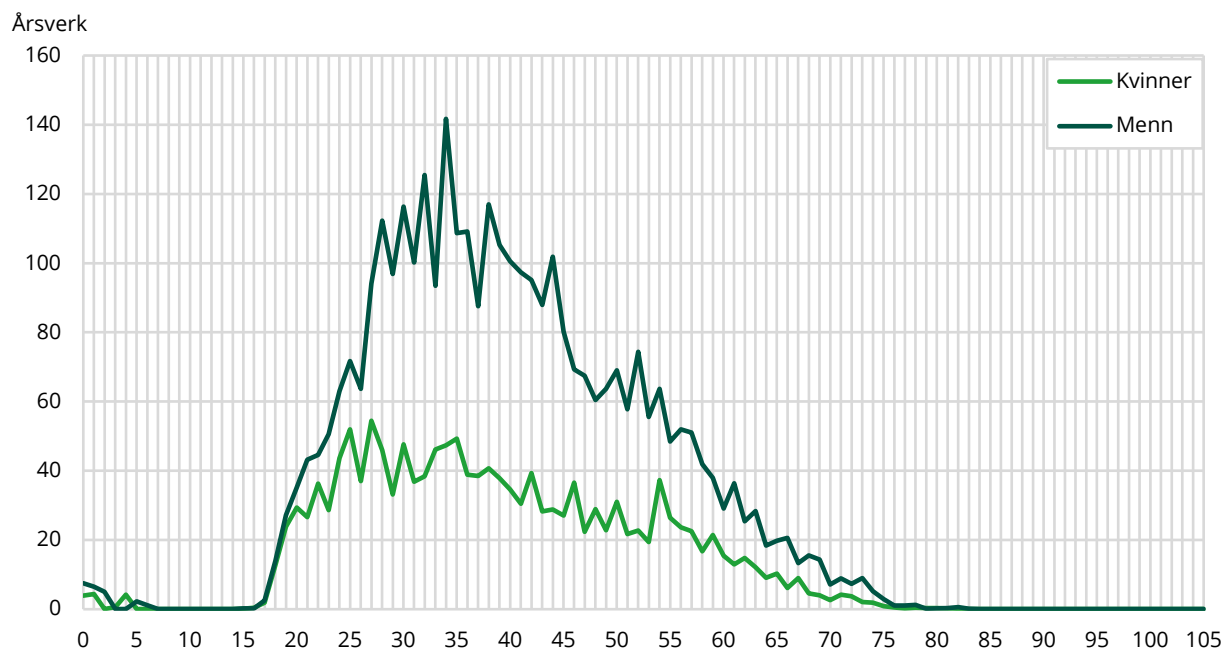
Figur B.12 Årsverk per bruker (standard) for psykisk helsevern for barn og unge (BUP). 2024



Kilde: Statistisk sentralbyrå og Folkehelseinstituttet

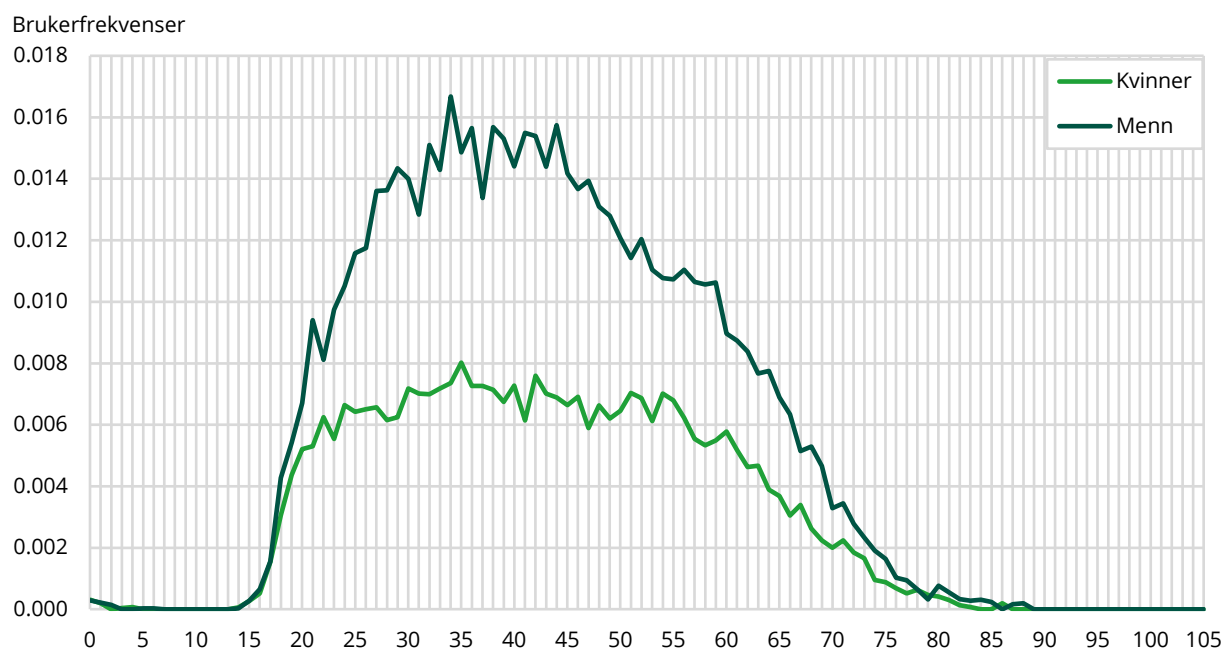
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Figur B.13 Årsverk i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) fordelt etter brukernes kjønn og alder. 2024



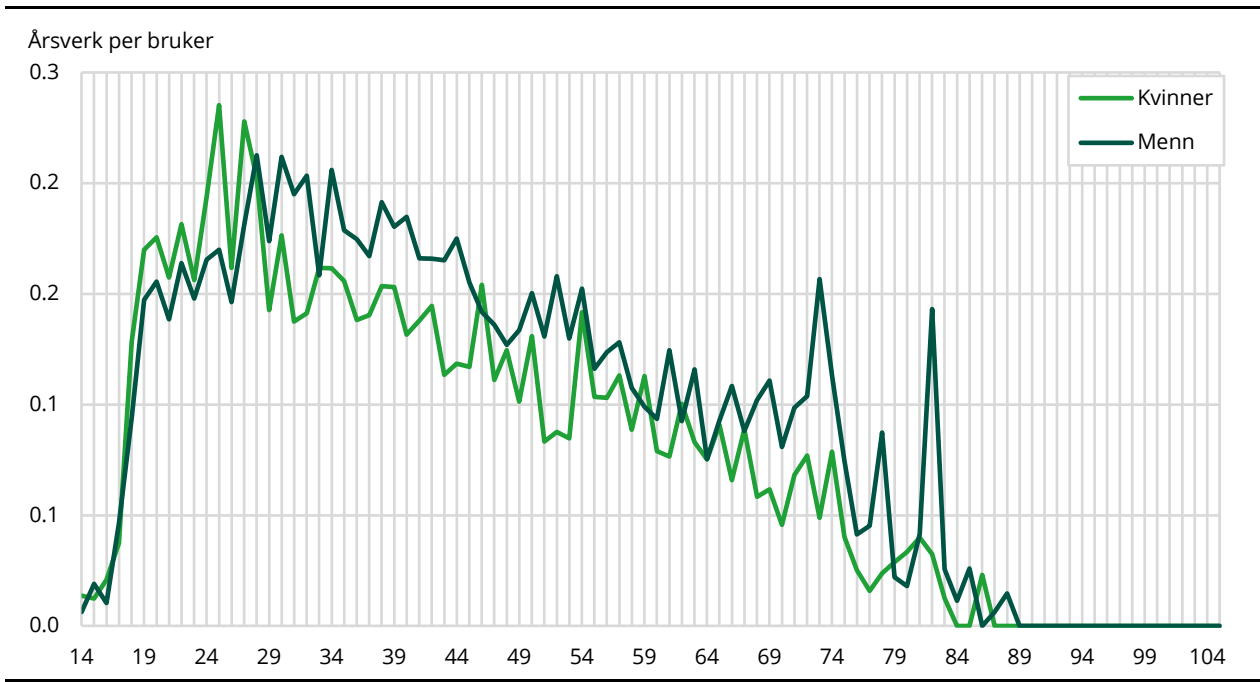
Kilde: Statistisk sentralbyrå og Helsedirektoratet

Figur B.14 Brukerfrekvenser for tverrfaglig spesialisert rusbehandling i 2024. Unike brukere per person i befolkningen etter alder og kjønn



Kilde: Statistisk sentralbyrå og Folkehelseinstituttet

Figur B.15 Årsverk per bruker (standard) for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) fordelt etter brukernes kjønn og alder. 2024

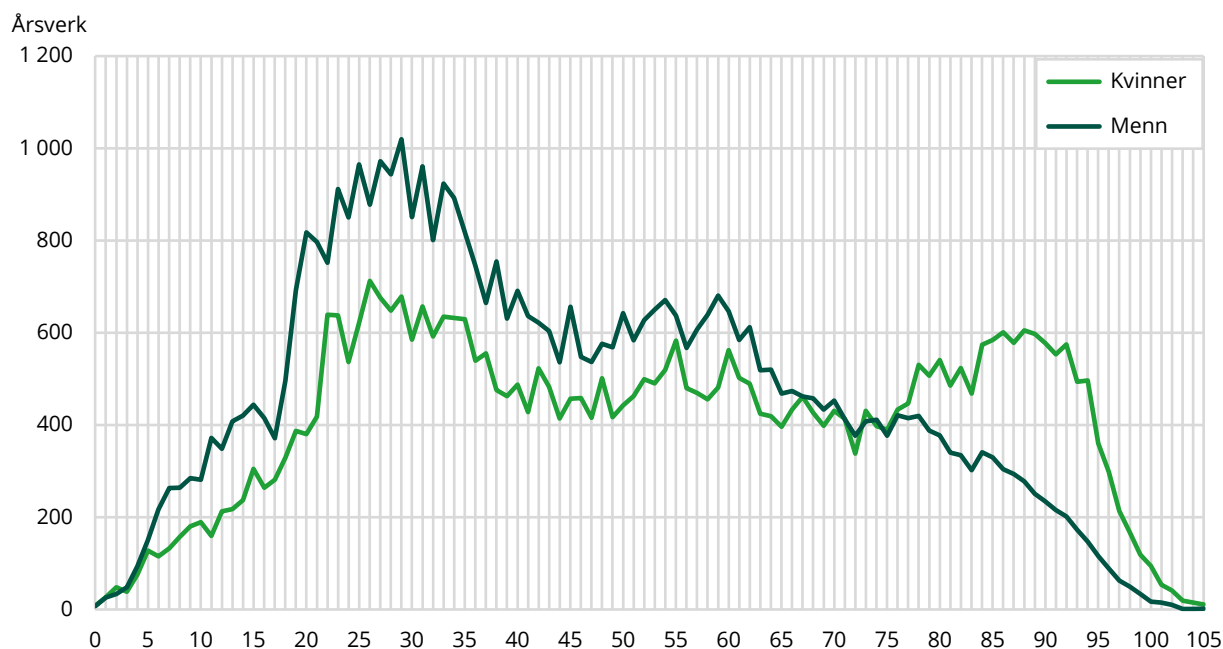


Kilde: Statistisk sentralbyrå og Folkehelseinstituttet

Vedlegg C: Aldersprofiler for årsverk i kommunale helse- og omsorgstjeneste.

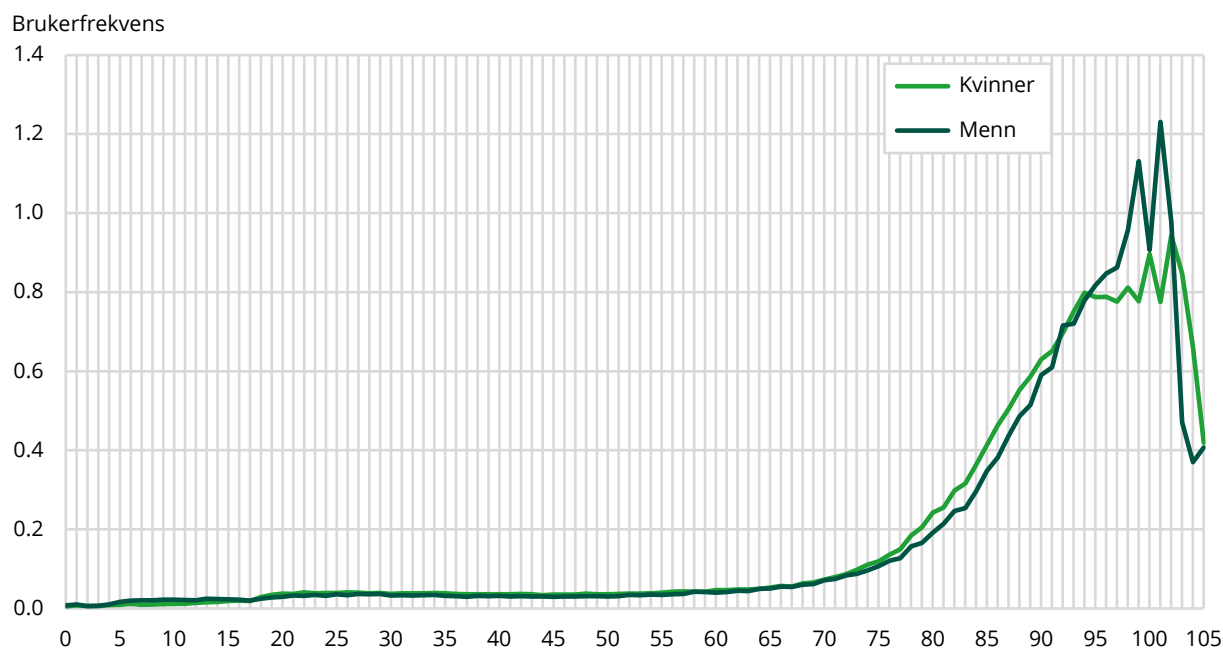
Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende (hjemmetjenester)

Figur C.1 Årsverk i helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende fordelt etter brukernes kjønn og alder. 2024



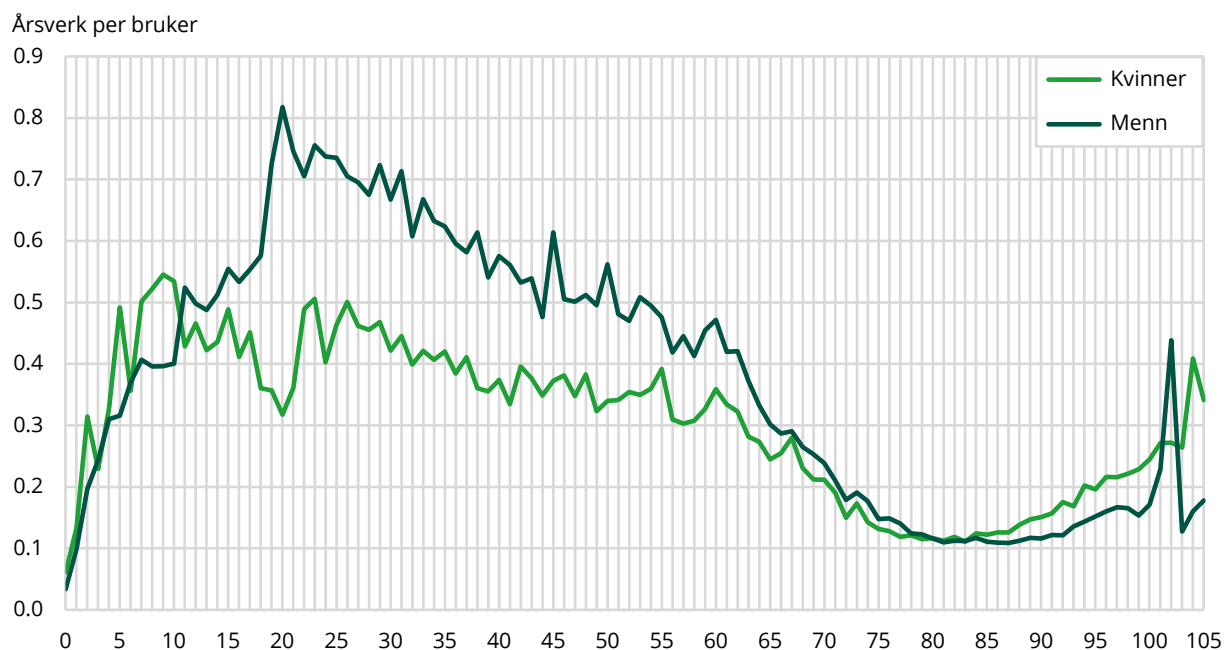
Kilde: Statistisk sentralbyrå og Folkehelseinstituttet

Figur C.2 Brukerfrekvenser for helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende i 2024. Unike brukere per person i befolkningen etter alder og kjønn



Kilde: Statistisk sentralbyrå og Folkehelseinstituttet

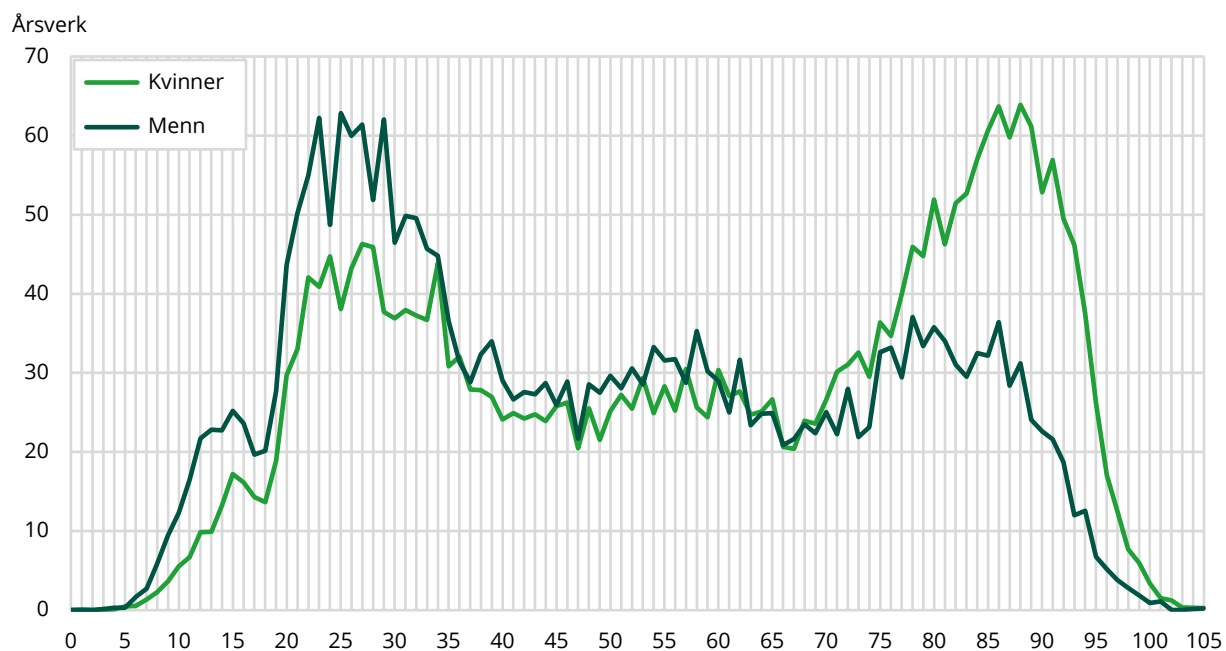
Figur C.3 Årsverk per bruker (standard) for helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende fordelt etter brukernes kjønn og alder. 2024



Kilde: Statistisk sentralbyrå og Folkehelseinstituttet

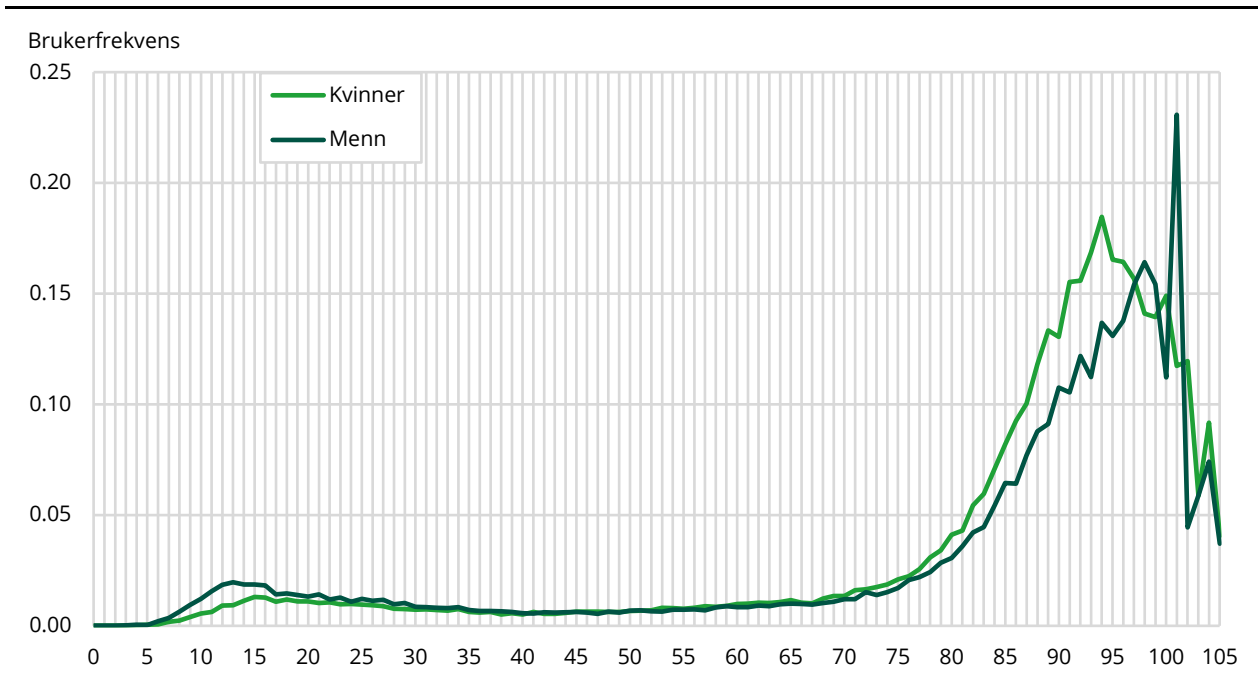
Aktiverings- og servicetjenester (Dagaktivisering)

Figur C.4 Årsverk i dagaktivisering fordelt etter brukernes kjønn og alder. 2024



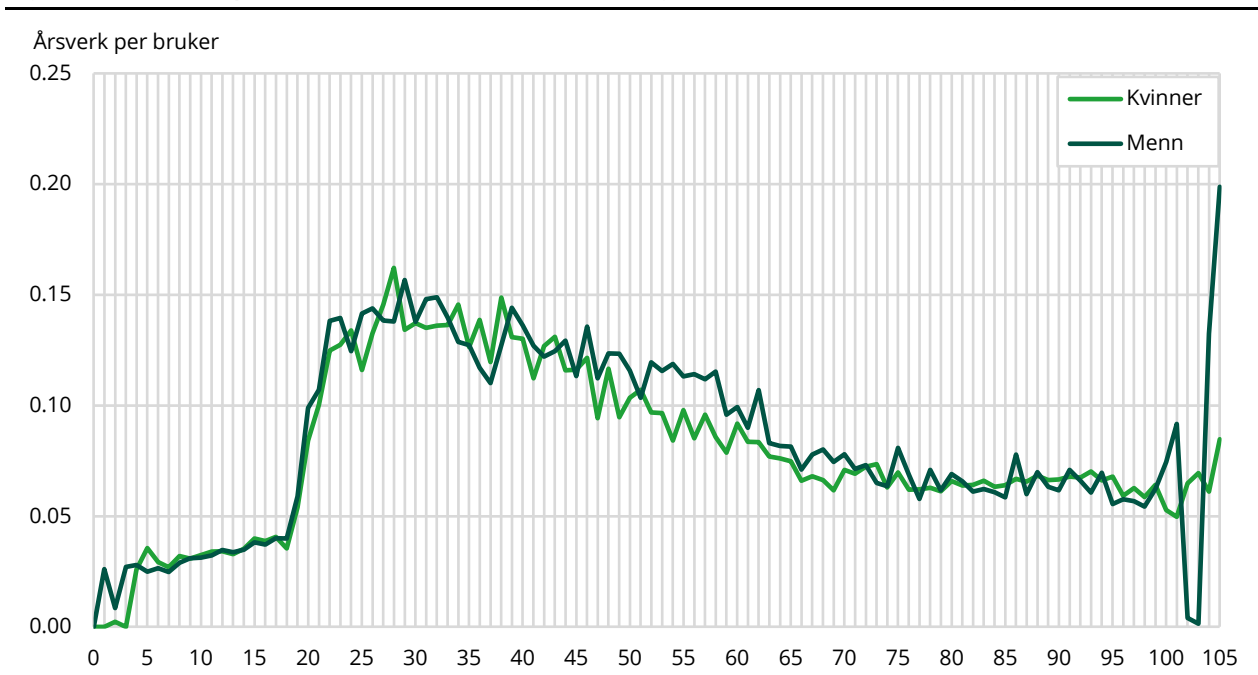
Kilde: Statistisk sentralbyrå og Folkehelseinstituttet

Figur C.5 Brukerfrekvenser for dagaktivisering i 2024. Unike brukere per person i befolkningen etter alder og kjønn



Kilde: Statistisk sentralbyrå og Folkehelseinstituttet

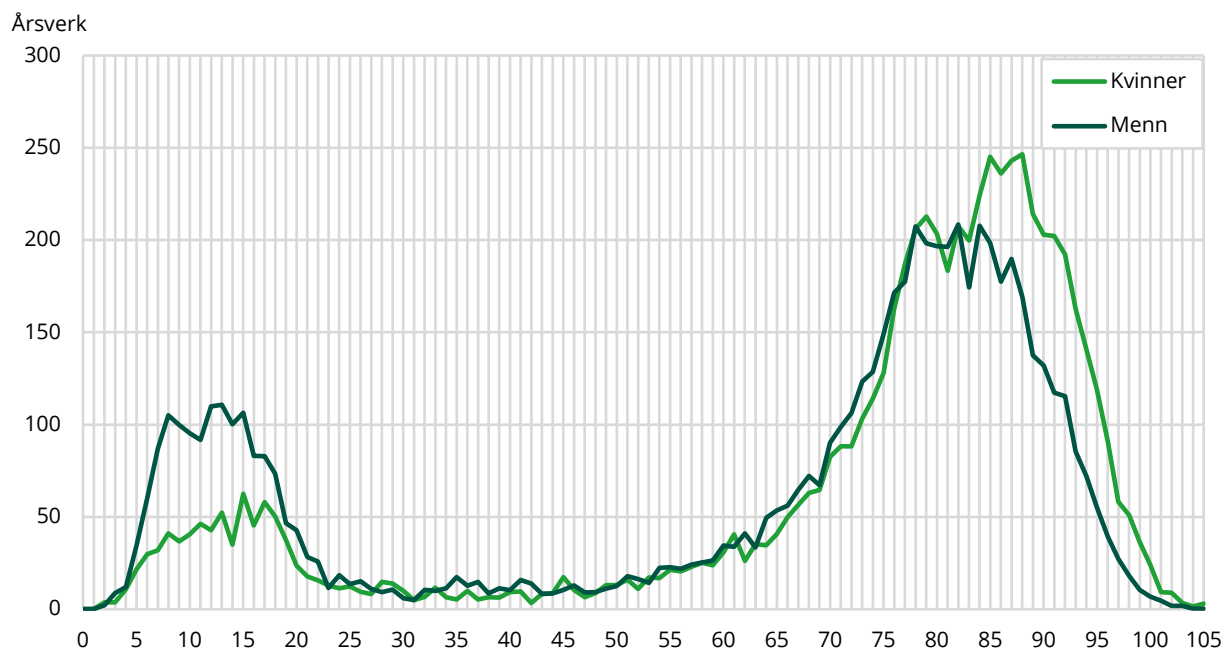
Figur C.6 Årsverk per bruker (standard) for dagaktivisering fordelt etter brukernes kjønn og alder. 2024



Kilde: Statistisk sentralbyrå og Folkehelseinstituttet

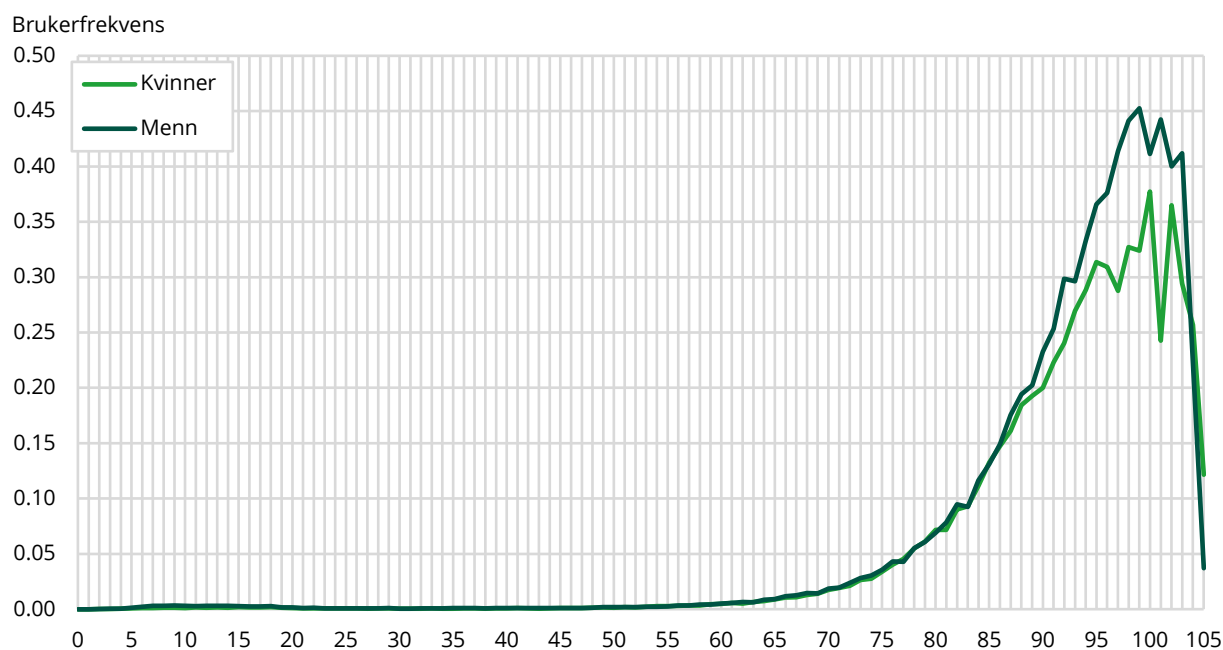
Korttids institusjonspleie

Figur C.7 Årsverk i korttids institusjonspleie fordelt etter brukernes kjønn og alder. 2024



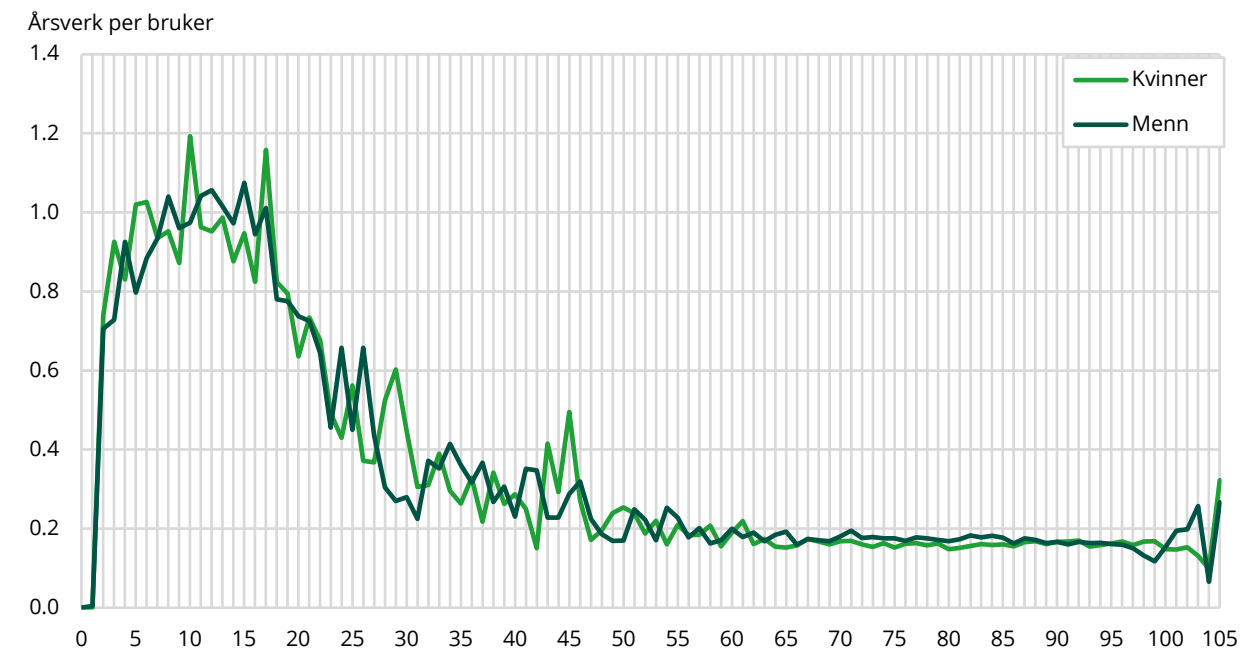
Kilde: Statistisk sentralbyrå og Folkehelseinstituttet

Figur C.8 Brukerfrekvenser for korttids institusjonspleie i 2024. Unike brukere per person i befolkningen etter alder og kjønn



Kilde: Statistisk sentralbyrå og Folkehelseinstituttet

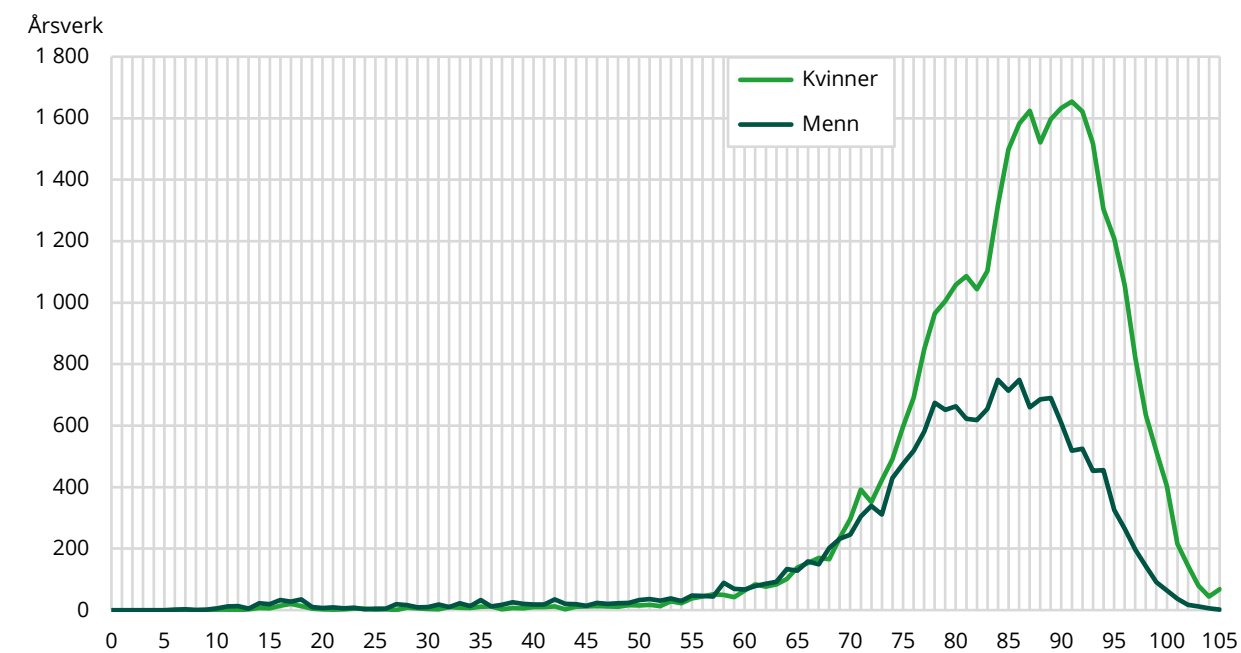
Figur C.9 Årsverk per bruker (standard) for korttids institusjonspleie fordelt etter brukernes kjønn og alder. 2024



Kilde: Statistisk sentralbyrå og Folkehelseinstituttet

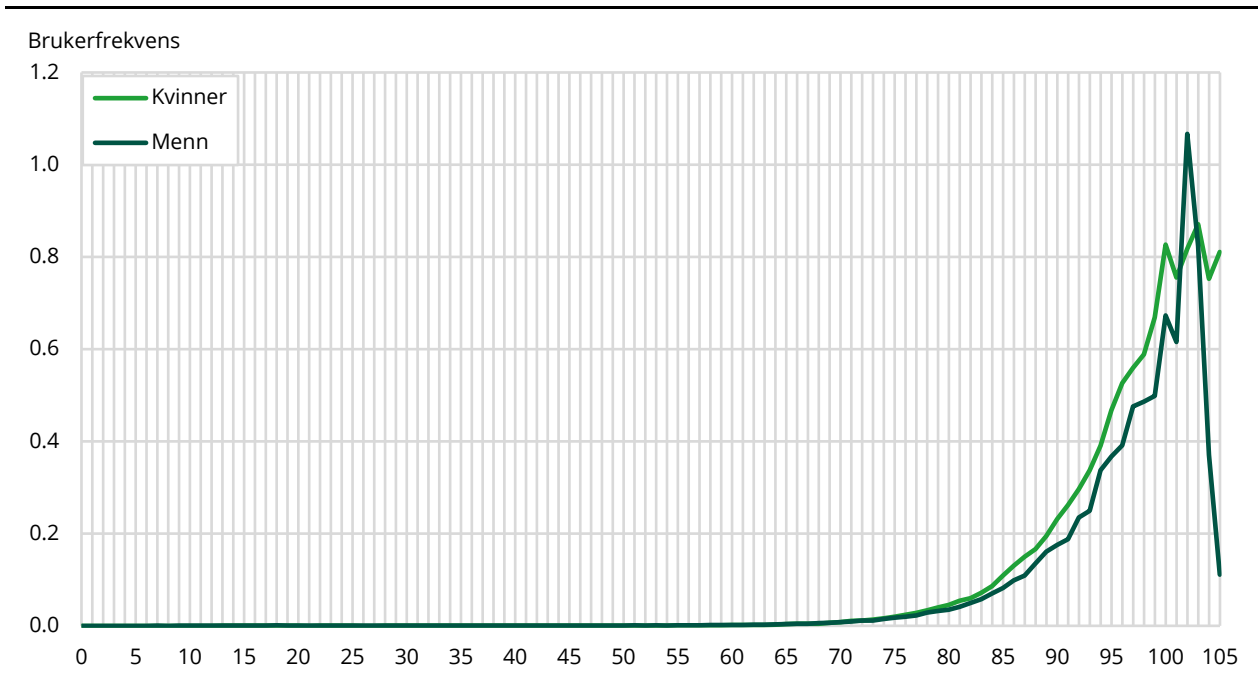
Langtids institusjonspleie

Figur C.10 Årsverk i langtids institusjonspleie fordelt etter brukernes kjønn og alder. 2024



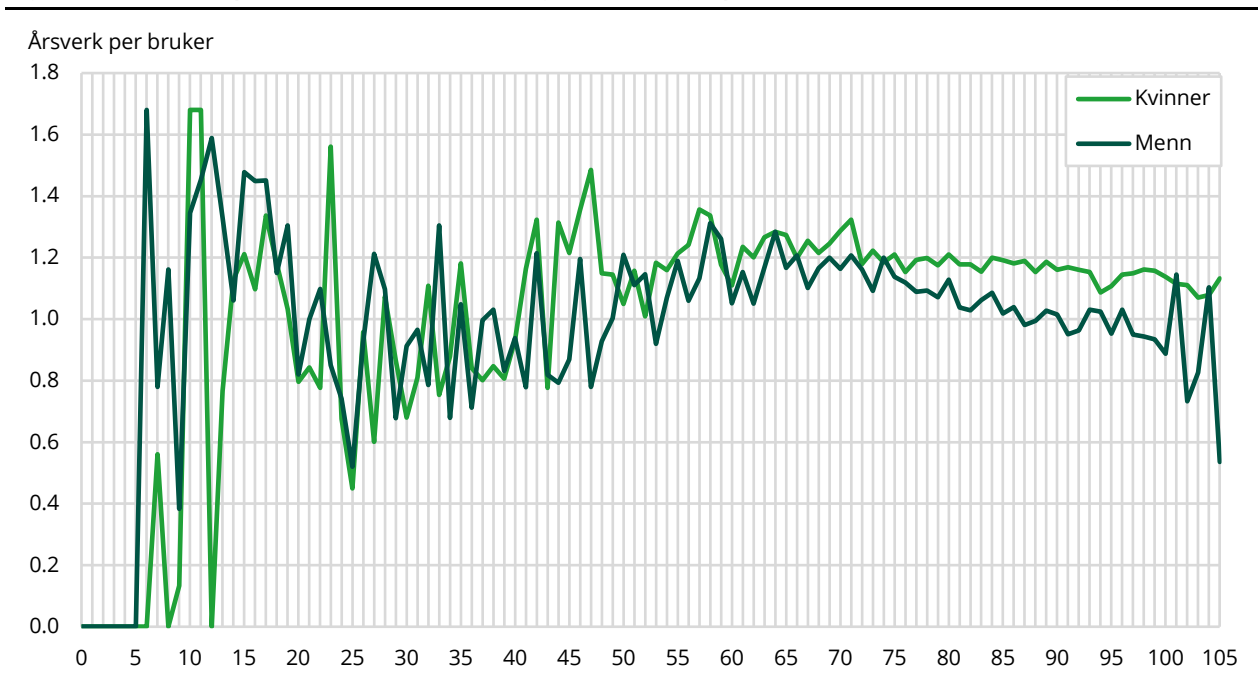
Kilde: Statistisk sentralbyrå og Folkehelseinstituttet

Figur C.11 Brukerfrekvenser for langtids institusjonspleie i 2024. Unike brukere per person i befolkningen etter alder og kjønn



Kilde: Statistisk sentralbyrå og Folkehelseinstituttet

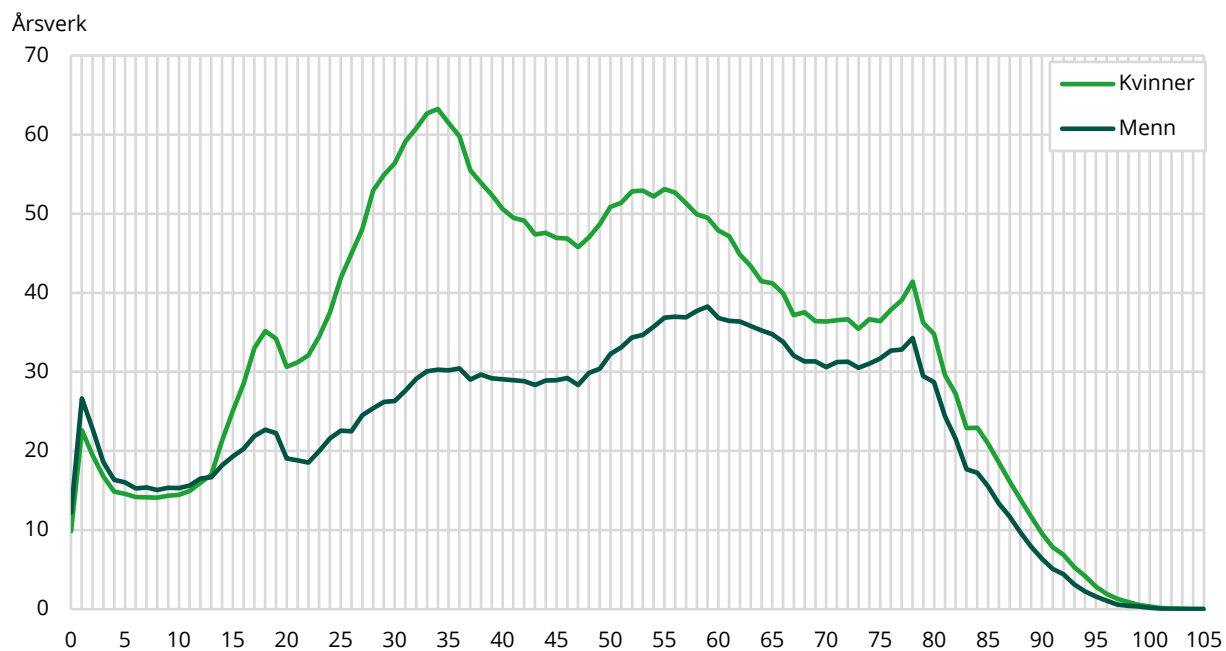
Figur C.12 Årsverk per bruker (standard) for langtids institusjonspleie fordelt etter brukernes kjønn og alder. 2024



Kilde: Statistisk sentralbyrå og Folkehelseinstituttet

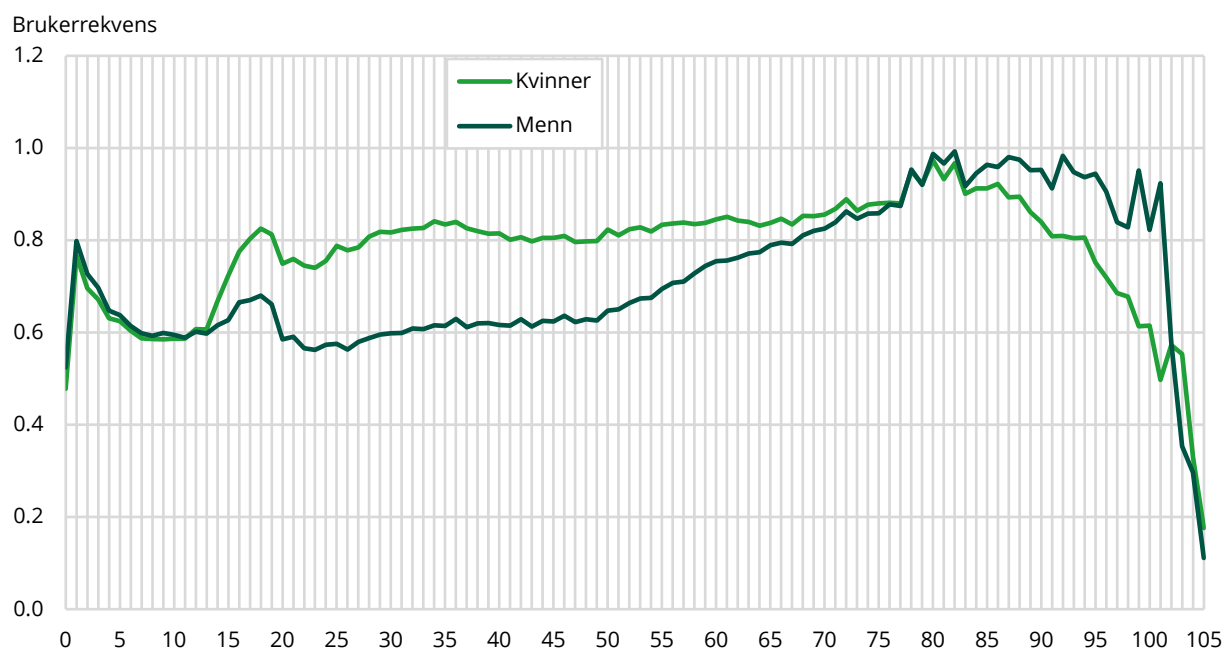
Fastlegetjenesten

Figur C.13 Årsverk i fastlegetjenesten fordelt etter brukernes kjønn og alder. 2024



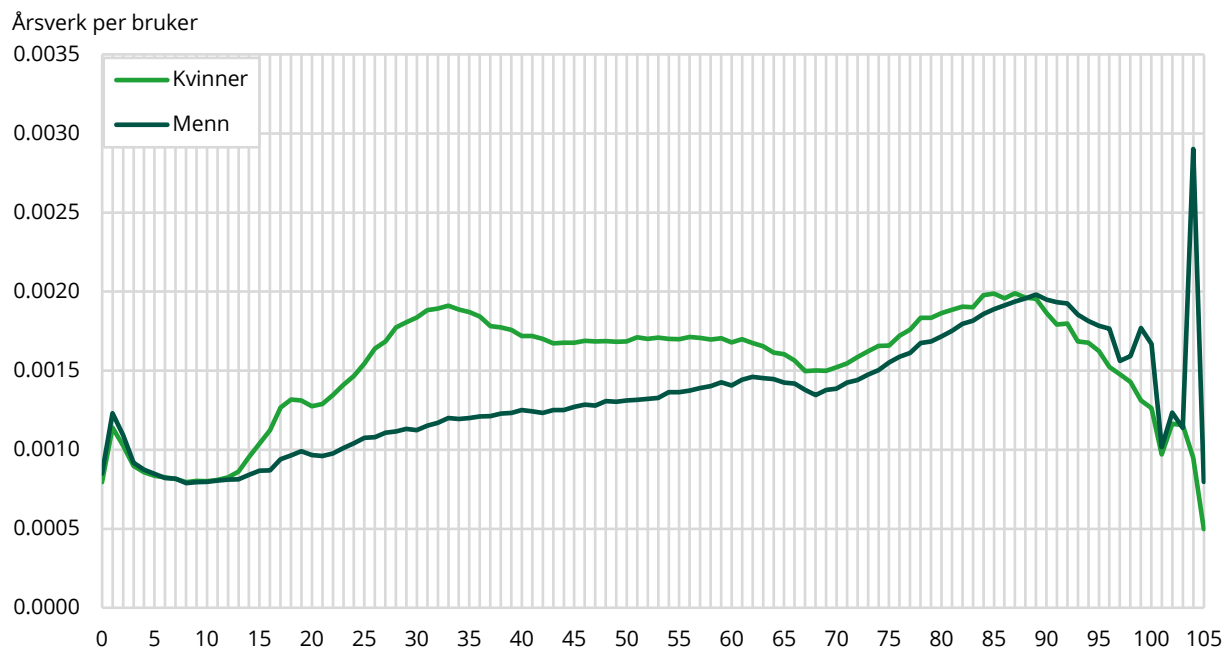
Kilde: Statistisk sentralbyrå og Folkehelseinstituttet

Figur C.14 Brukerfrekvenser for fastlegetjenester i 2024. Unike brukere per person i befolkningen etter alder og kjønn



Kilde: Statistisk sentralbyrå og Folkehelseinstituttet

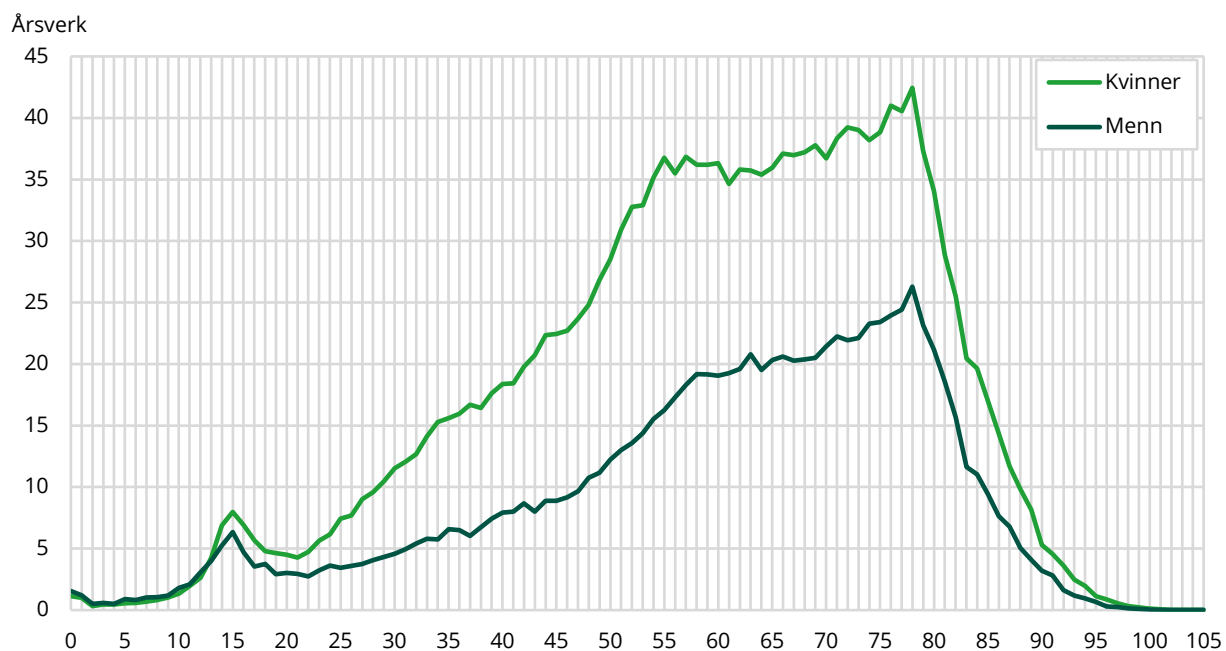
Figur C.15 Årsverk per bruker (standard) for fastlegetjenester fordelt etter brukernes kjønn og alder. 2024



Kilde: Statistisk sentralbyrå og Folkehelseinstituttet

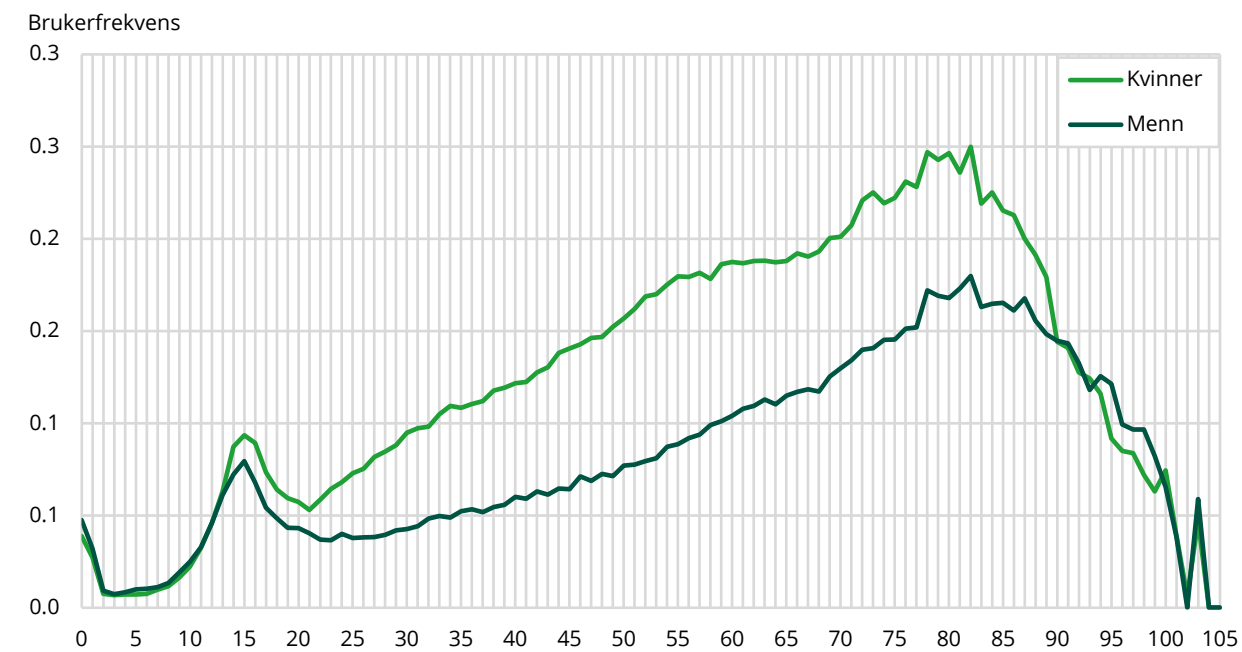
Fysioterapi

Figur C.16 Årsverk i fysioterapi fordelt etter brukernes kjønn og alder. 2024



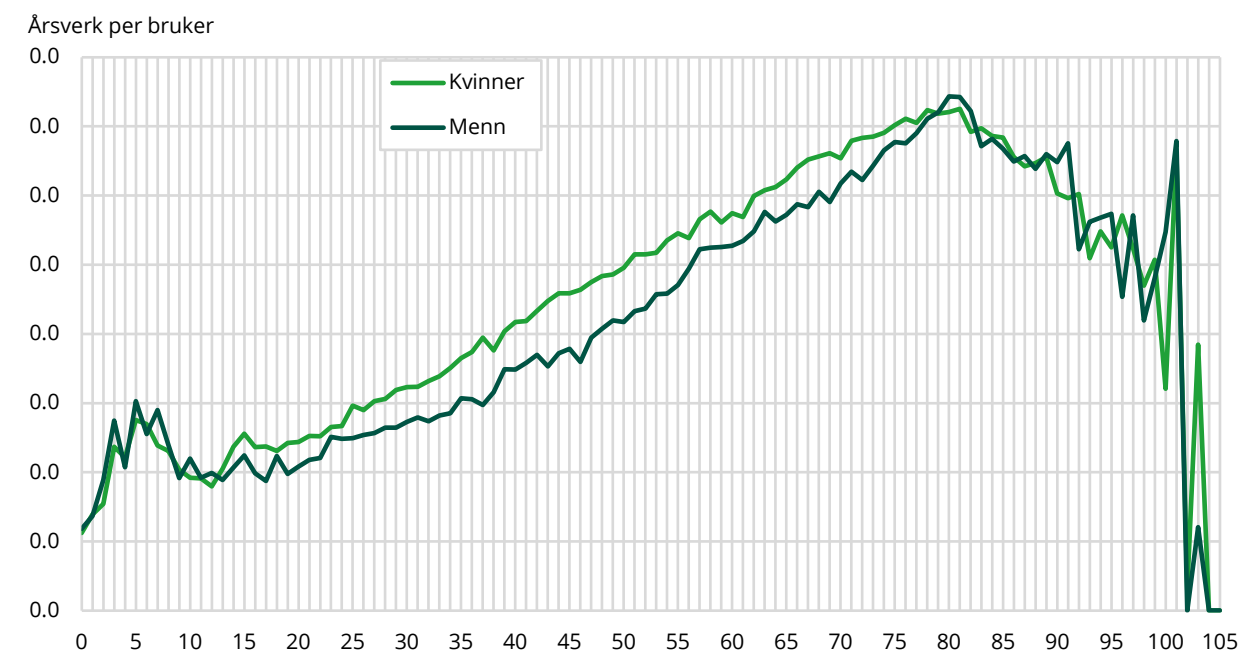
Kilde: Statistisk sentralbyrå og Folkehelseinstituttet

Figur C.17 Brukerfrekvenser for fysioterapi i 2024. Unike brukere per person i befolkningen etter alder og kjønn



Kilde: Statistisk sentralbyrå og Folkehelseinstituttet

Figur C.18 Årsverk per bruker (standard) for fysioterapi fordelt etter brukernes kjønn og alder. 2024



Kilde: Statistisk sentralbyrå og Folkehelseinstituttet

Vedlegg D: Endringer i tjenestefordeling og brukerprofil

Sammenligning av framskrivninger og observerte tall kan vise systematiske avvik, særlig for hjemmetjenestene.

Her fokuseres det på hjemmetjenester og institusjon langtid. Disse tjenestene utgjør de to hovedformene for kommunale omsorgstjenester, og det er betydelig fleksibilitet i hvordan behov kan dekkes mellom dem.

For å gjøre sammenligningen av brukerprofiler og tjenestefordeling over tid mest mulig konsistent, er tall for 2019 beregnet på nytt ved bruk av samme metode og avgrensninger som er lagt til grunn for 2024. Dette innebærer at 2019-tallene i dette vedlegget kan avvike fra tidligere publiserte tall for samme år.

Sammenligningene i vedlegget viser dermed forskjeller mellom to år målt med samme metode, og ikke nødvendigvis endringer slik de fremkommer i den løpende statistikken. Dette grepet er nødvendig for å isolere reelle endringer i brukerprofil og tjenestestruktur fra endringer i metode og datagrunnlag.

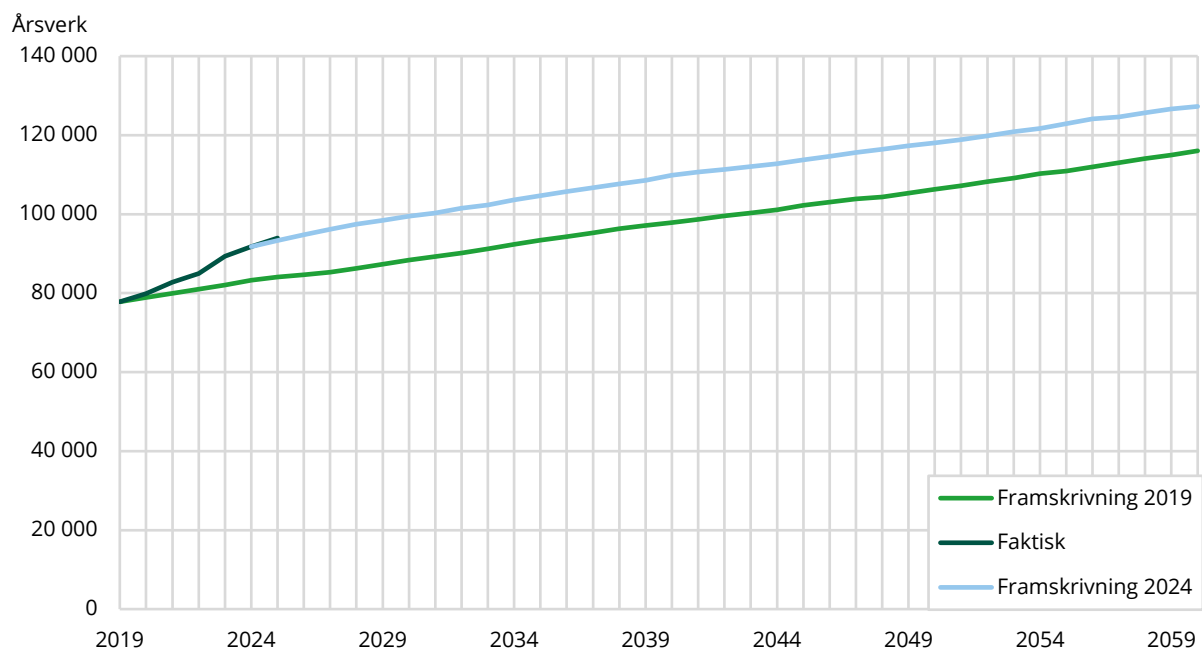
Brukere med tilsvarende behov kan i praksis motta tjenester enten i hjemmetjenesten eller i institusjon, avhengig av organisering, kapasitet og prioriteringer. Slik fleksibilitet er mindre fremtredende i flere andre deler av helse- og omsorgstjenesten.

Endringer i fordelingen mellom disse tjenestene kan derfor ha stor betydning for hvordan det samlede ressursbehovet utvikler seg.

Avvik mellom framskrivninger og observerte tall

Figur D.1 viser utviklingen i årsverk i hjemmetjenestene, sammenlignet med framskrivninger basert på 2019 og 2024.

Framskrivningen fra 2019 undervurderer veksten i perioden frem mot 2024. Framskrivningen basert på 2024 ligger nærmere de observerte tallene, men avviket er fortsatt betydelig.

Figur D.1 Årsverk i hjemmetjenester: observerte tall og framskrivinger basert på 2019 og 2024

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Fotnote: Faktiske årsverk for 2025 er foreløpige og kan bli revidert.

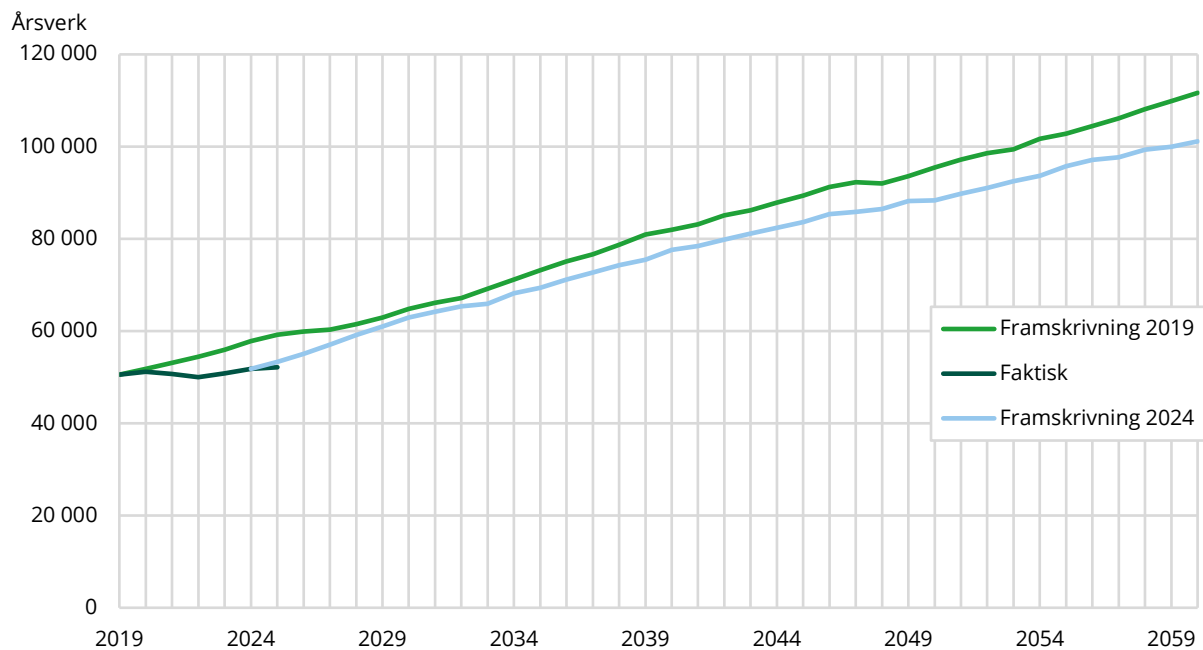
Avvikene oppstår allerede på kort sikt, der forskjellene i befolkningsgrunnlaget er små. Dette tyder på at hovedforklaringen ikke ligger i demografiske forutsetninger alene, men i endringer i hvordan tjenester brukes.

Utviklingen tyder på at brukerprofilene i hjemmetjenestene er i endring, og at profiler basert på tidligere år raskt kan bli utdaterte.

Figur D.2 viser tilsvarende utvikling for institusjon langtid. I motsetning til hjemmetjenestene har utviklingen i institusjon vært relativt stabil i perioden. De faktiske årsverkene ligger nær nivået i 2019, noe som også er i tråd med utviklingen i antall langtidsplasser.

Framskrivningen fra 2019 tilsier imidlertid en økning i årsverk i institusjon, som ikke har materialisert seg i de observerte tallene. Dette tyder på at hvordan behovet dekkes har utviklet seg annerledes enn lagt til grunn i framskrivningene, heller enn at det samlede behovet nødvendigvis er lavere.

Dette innebærer at veksten i samlet ressursbruk i hovedsak har kommet i hjemmetjenestene.

Figur D.2 Årsverk i institusjon langtids: observerte tall og framskrivinger basert på 2019 og 2024

Kilde: Statistisk sentralbyrå

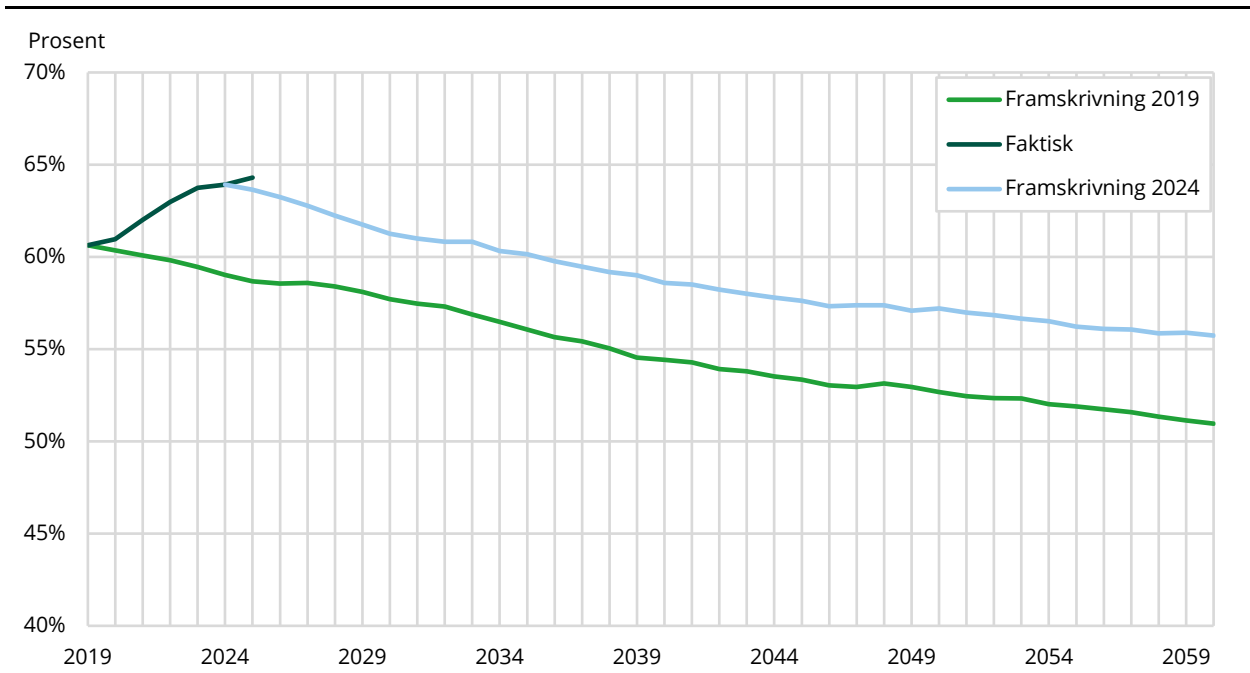
Fotnote: Faktiske årsverk for 2025 er foreløpige og kan bli revidert.

Endring i fordeling mellom tjenester

Figur D.3 viser andelen av årsverk i hjemmetjenestene målt som andel av samlet ressursbruk i hjemmetjenester og institusjon langtids.

Framskrivningen fra 2019 tilsier en gradvis nedgang i andelen hjemmetjenester. De observerte tallene viser derimot en økning frem mot 2024. Framskrivningen basert på 2024 gir en høyere andel enn 2019-framskrivningen, men ligger fortsatt under den observerte utviklingen.

Dette tyder på en forskyvning i tjenestestrukturen, der en økende del av behovet dekkes i hjemmetjenestene fremfor i institusjon.

Figur D.3 Andel av årsverk i hjemmetjenester (av hjemmetjenester og institusjon langtidsamlet) basert på 2019 og 2024

Kilde: Statistisk sentralbyrå

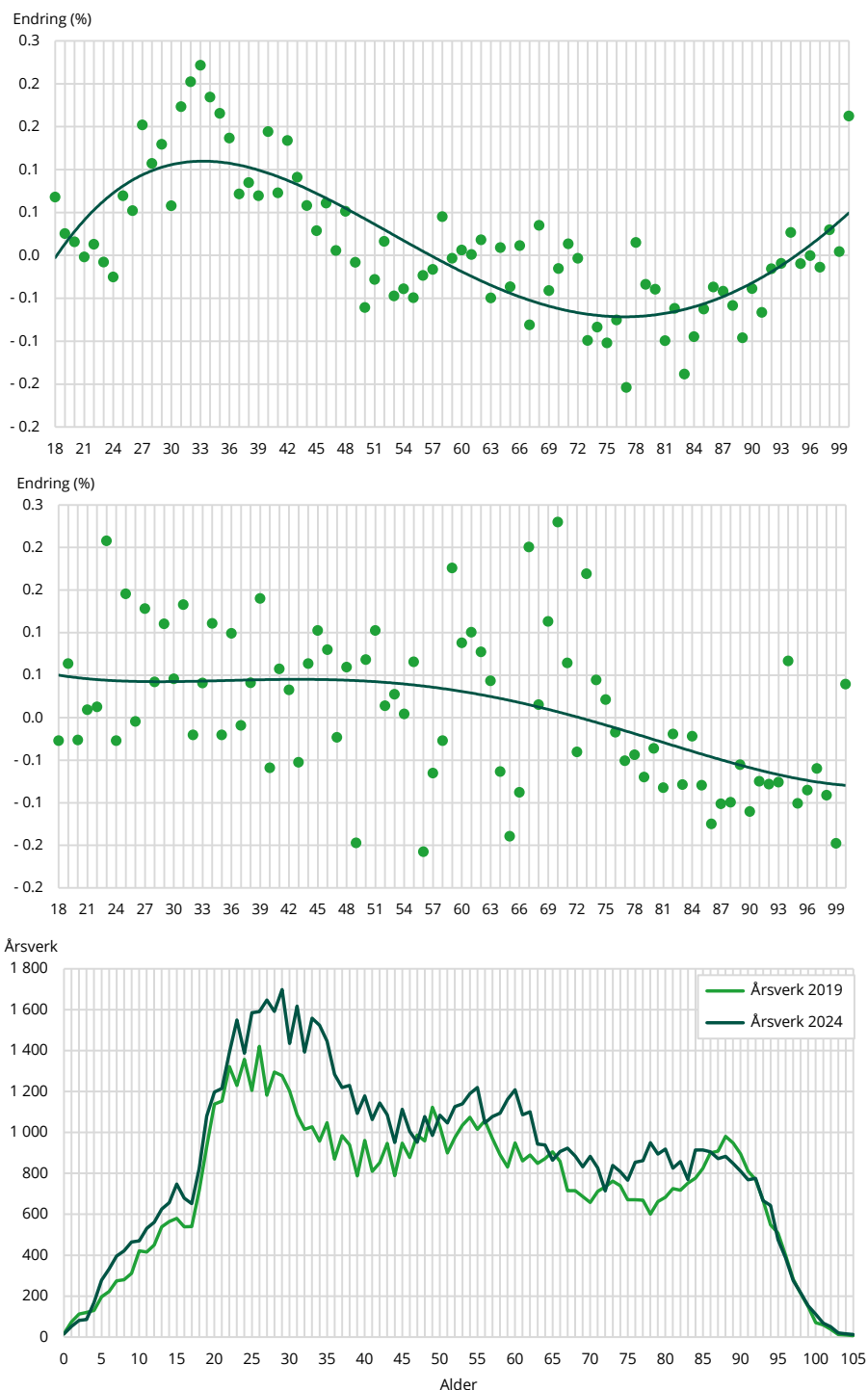
Fotnote: Faktiske årsverk for 2025 er foreløpige og kan bli revidert.

Endringene innebærer at sammenhengen mellom behov og tjenestebruk har vært mindre stabil enn det som legges til grunn i framskrivningene. Resultatene tyder på at brukerprofilene ikke er stabile over tid, men endrer seg relativt raskt. Utviklingen de siste fem årene viser en systematisk forskyvning i bruksmønstre, både i hvilke grupper som mottar tjenester og i ressursbruk per mottaker. Dette innebærer at brukerprofiler basert på ett enkelt referanseår raskt kan bli utdaterte.

Endringer i brukerprofil for hjemmetjenester

Figur D.4 viser utviklingen i andel brukere, ressursbruk per bruker og samlet årsverksinnsats i hjemmetjenestene fra 2019 til 2024. Økningen i årsverk kan forklares både av økt andel brukere i befolkningen og økt ressursbruk per bruker. Veksten i brukerandeler er særlig tydelig i yngre aldersgrupper. Samlet årsverksinnsats økte fra 78 000 årsverk i 2019 til 92 000 årsverk i 2024.

Figur D.4 Endringer i brukerandel, ressursbruk per bruker og årsverk i hjemmetjenester, 2019–2024



Kilde: Statistisk sentralbyrå og Folkehelseinstituttet

Årsverk per time har økt med om lag 7 prosent i perioden. Dette kan henge sammen med endringer i brukerbehov, organisering eller tjenestekvalitet, og indikerer at ressursinnsatsen per levert tjeneste har økt.

Sammenligningen tyder på at brukerprofilen i hjemmetjenestene har endret seg over tid. Tjenestene benyttes i økende grad av brukere med mer omfattende og sammensatte behov, også i aldersgrupper som tidligere i mindre grad mottok slike tjenester.

Selv om en større andel av mottakerne fortsatt er i de eldste aldersgruppene, viser analysene at ressursbruken i økende grad er konsentrert også i yngre aldersgrupper. Yngre mottakere har gjennomgående høyere ressursbruk per person enn tidligere.

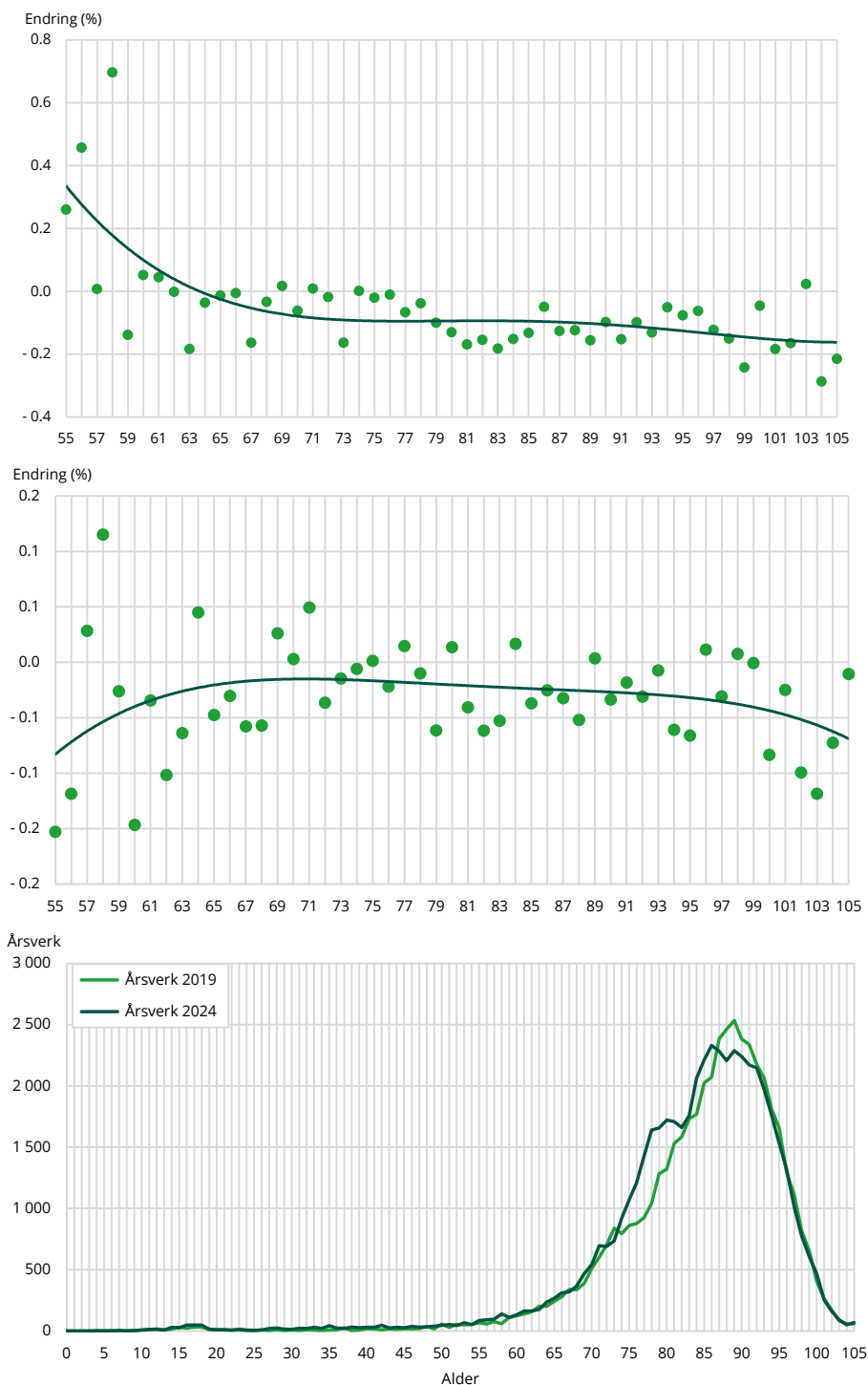
Fordelingen av årsverk etter alder følger dermed i mindre grad fordelingen av mottakere. Ressursbruken blir jevnere fordelt på tvers av aldersgrupper enn det en ren fordeling av mottakere skulle tilsi.

Samlet innebærer dette at veksten i hjemmetjenestene ikke bare drives av flere brukere, men også av økt ressursbruk per mottaker. Veksten blir dermed høyere enn det som følger av demografiske endringer alene.

Endringer i brukerprofil i langtidsinstitusjoner

Figur D.5 viser utviklingen i andel brukere, ressursbruk per bruker og samlet årsverksinnsats i langtidsinstitusjoner fra 2019 til 2024. Andelen brukere har gått ned i de fleste aldersgrupper, samtidig som ressursbruken per bruker er relativt stabil eller svakt fallende. Samlet årsverksinnsats har vært mer stabil enn i hjemmetjenestene, men med en tydelig forskyvning mot høyere alder.

Figur D.5 Endringer i brukerandel, ressursbruk per bruker og årsverk i langtidsinstitusjon, 2019–2024



Kilde: Statistisk sentralbyrå og Folkehelseinstituttet

Samtidig viser utviklingen at ressursinnsatsen per bruker har økt målt ved årsverk per døgn. Denne økningen er på om lag 9 prosent i perioden. Dette indikerer at brukerne som mottar langtidsinstitusjon i større grad har omfattende behov, og krever mer ressursinnsats per oppholdsdøgn enn tidligere. Samlet årsverksinnsats økte fra 49 000 årsverk i 2019 til 52 000 årsverk i 2024.

Sammenlignet med hjemmetjenestene tegner dette et annet bilde av utviklingen i tjenestene. Mens hjemmetjenestene har hatt vekst både i andel brukere og ressursbruk per bruker, tyder utviklingen i

langtidsinstitusjoner på en sterkere konsentrasjon av tjenestene mot færre og mer ressurskrevende brukere.

Nedgangen i andel brukere indikerer at færre mottar institusjonsbaserte tjenester enn tidligere. Det har i perioden ikke vært vekst i antall institusjonsplasser. Endringene i ressursbruk må derfor i hovedsak forstås som en følge av endringer i brukergruppens sammensetning, der brukerne som mottar langtidsinstitusjon har mer omfattende behov enn tidligere.

Fordelingen av årsverk etter alder viser samtidig at ressursinnsatsen i økende grad er konsentrert i de eldste aldersgruppene. Dette understøtter at brukerne i større grad har sammensatte og ressurskrevende behov.

Utviklingen i døgn per bruker kan også tyde på at terskelen for innleggelse i institusjon har økt, slik at brukerne i større grad kommer inn på et senere tidspunkt i omsorgsforløpet.

Endringene må ses i sammenheng med utviklingen i hjemmetjenestene. Økt bruk av hjemmetjenester, også blant brukere med relativt omfattende behov, kan ha bidratt til at overgangen til institusjon skjer senere enn tidligere. Institusjonstjenestene framstår dermed i økende grad som et tilbud til de mest pleietrengende.

Samlet innebærer dette at utviklingen i langtidsinstitusjoner i mindre grad er drevet av vekst i antall brukere, og i større grad av endringer i brukergruppens sammensetning. Ressursbehovet påvirkes dermed mer av hvor krevende brukerne er, enn av hvor mange som mottar tjenesten.

Dette innebærer at framskrivninger basert på uendret brukerprofil kan undervurdere ressursbehovet per institusjonsplass, selv om behovet for plasser isolert sett ikke øker tilsvarende.

Samlet vurdering

Samlet sett tyder analysene på at avvikene mellom framskrivninger og observerte tall i stor grad kan forklares av endringer i både tjenestefordeling og ressursbruk per mottaker.

Forutsetningen om stabile brukerandeler og ressursbruk per mottaker innen hver aldersgruppe fanger ikke opp at brukerprofilene endrer seg over tid. Endringer i både hvem som mottar tjenester og hvor mye ressurser som brukes per mottaker bidrar til å trekke veksten i hjemmetjenestene opp.

For det første innebærer funnene at referansebanen i denne rapporten trolig undervurderer veksten i hjemmetjenestene dersom den observerte trenden med økt brukerandel og høyere ressursbruk per mottaker fortsetter. Omvendt kan referansebanen overvurdere veksten i institusjonsomsorg, ettersom terskelen for innleggelse ser ut til å ha økt. Størrelsen på avvikene er betydelig: framskrivningen fra 2019 ligger om lag 9 000 årsverk under det faktiske nivået for hjemmetjenestene i 2024, mens tilsvarende framskrivning for institusjon langtid ligger om lag 7 000 årsverk over. Brukere av disse to tjenestene bør i framtidige versjoner behandles mer dynamisk, for eksempel gjennom scenarier som eksplisitt modellerer forskyving mellom tjenestene.

At modellen samtidig treffer godt for tjenestene under spesialisthelsetjenesten, tyder på at dette ikke er en generell svakhet ved modellens struktur, men et særtrekk ved omsorgstjenestene.

Implikasjoner for framskrivninger

Analysene i dette vedlegget viser at avvikene mellom framskrivninger og observerte tall i perioden 2019–2024 i liten grad skyldes feil i de demografiske forutsetningene. Avvikene oppstår allerede på

kort sikt, der befolkningsendringene er små. Hovedforklaringen ligger i at sammenhengen mellom behov og tjenestebruk har endret seg raskere enn modellen forutsetter.

Dette har tre konkrete implikasjoner for hvordan framskrivningene bør tolkes og videreutvikles.

For det første innebærer funnene at referansebanen i denne rapporten trolig undervurderer veksten i hjemmetjenestene dersom den observerte trenden med økt brukerandel og høyere ressursbruk per mottaker fortsetter. Omvendt kan referansebanen overvurdere veksten i institusjonsomsorg, ettersom terskelen for innleggelse ser ut til å ha økt. Brukere av disse to tjenestene bør i framtidige versjoner behandles mer dynamisk, for eksempel gjennom scenarier som eksplisitt modellerer forskyving mellom tjenestene.

For det andre er det viktig å understreke at denne utfordringen særlig gjelder omsorgstjenestene. I motsetning til spesialisthelsetjenesten, der koblingen mellom medisinsk behov og tjenestetype er relativt sterk, er denne koblingen langt løsere i omsorgstjenestene. Et og samme omsorgsbehov kan dekkes gjennom institusjonsplass, omsorgsbolig eller hjemmetjeneste, avhengig av kapasitet, organisering og politiske prioriteringer. Endringer i tjenestefordeling reflekterer derfor ikke nødvendigvis endringer i det underliggende behovet, men kan skyldes at behovet kanaliseres ulikt over tid. Framskrivninger som bygger på stabile brukerandeler innen hver tjeneste vil dermed være mer eksponert for denne type avvik i omsorgstjenestene enn i øvrige deler av helse- og omsorgssektoren.

For det tredje bør hyppigere oppdatering av brukerprofilene vurderes. Analysene viser at profiler basert på ett enkelt referanseår kan bli utdaterte i løpet av få år. En løpende oppfølging av avvik mellom framskrevne og observerte tall, tilsvarende det som presenteres i dette vedlegget, bør inngå som et fast element i fremtidige oppdateringer av modellen.

I forlengelsen av dette reiser analysene også spørsmål ved om framtidige versjoner bør operere med differensierte modellinnstillinger for spesialisthelsetjenesten og omsorgstjenestene, fremfor å anvende de samme forutsetningene på tvers. Den observerte forskjellen i modellens treffsikkerhet mellom disse to tjenesteområdene kan i seg selv være et argument for en slik tilnærming.

Samlet sett innebærer dette at usikkerheten i framskrivningene er større enn det scenariene i kapittel 4 alene gir uttrykk for, ikke primært fordi de demografiske forutsetningene er usikre, men fordi tjenestestrukturen selv er i endring på måter som ikke fanges opp av stabile brukerandeler og tjenestestandarder.

Vedlegg E: Scenarier for tilbudssiden for helsepersonell

Dette vedlegget presenterer resultater fra framskrivinger av tilbudet av helsepersonell i HO-tjenestene for 14 utdanningsgrupper under ulike scenarier. Framskrivingene dekker perioden 2025–2040, og resultatene er oppgitt i 1 000 årsverk.

Beskrivelse av scenarier

Referansebane: Tilgang, avgang og arbeidstilbudsmønster holdes konstant på observert nivå i basisåret.

Økt sannsynlighet for arbeid i HO-tjenestene etter 60 år (absolutt): Sannsynligheten for å arbeide i HO-tjenestene økes med 10 prosentpoeng for alle over 60 år fra og med 2025 (for eksempel fra 50 til 60 prosent).

Redusert sykefravær – 10 prosent: Sykefraværet reduseres med 10 prosent relativt til observert nivå (for eksempel fra 10 til 9 prosent).

Redusert sykefravær – 20 prosent: Sykefraværet reduseres med 20 prosent relativt til observert nivå (for eksempel fra 10 til 8 prosent).

10 pst økning i tilgang fra og med 2028: Antallet uteksaminerte kandidater økes. For leger settes antallet norskutdannede kandidater til 900 per år fra og med 2031. For helsefagarbeidere økes tilgangen med 10 prosent fra og med 2029. For øvrige grupper økes tilgangen med 10 prosent fra og med 2028.

Tilgang følger befolkningsveksten: Antallet uteksaminerte kandidater økes i takt med befolkningsveksten.

Utsatt avgang – 1 år: Gjennomsnittlig avgangsalder økes med ett år for personer i alderen 62 år og over.

Utsatt avgang – 2 år: Gjennomsnittlig avgangsalder økes med to år for personer i alderen 62 år og over.

Utsatt avgang – 3 år: Gjennomsnittlig avgangsalder økes med tre år for personer i alderen 62 år og over.

Økt sannsynlighet for arbeid i HO-tjenestene etter 60 år (relativ): Sannsynligheten for å arbeide i HO-tjenestene økes med 10 prosent relativt for alle over 60 år (for eksempel fra 50 til 55 prosent).

Økt stillingsprosent for alle aldersgrupper: Gjennomsnittlig stillingsprosent økes med 10 prosent relativt for alle aldersgrupper.

Resultater per utdanningsgruppe (1 000 årsverk)

Tabellene nedenfor viser framskrevet tilbud for hvert scenario i utvalgte år (2025, 2030, 2035 og 2040).

Tabell E.1 Totalt – alle 14 grupper

Scenario	2025	2030	2035	2040
Referansebane	251,0	267,0	281,6	295,3
Økt sannsynlighet for arbeid i HO-tjenestene etter 60 år (absolutt)	258,5	274,6	289,6	303,5
Redusert sykefravær – 10 %	253,1	269,1	283,9	297,7
Redusert sykefravær – 20 %	255,4	271,1	286,3	300,1
10 pst økning i tilgang fra og med 2028	251,0	269,1	289,0	307,9
Tilgang følger befolkningsveksten	251,1	268,0	285,0	301,9
Utsatt avgang – 1 år	254,9	270,7	285,5	299,8
Utsatt avgang – 2 år	259,0	275,1	289,9	304,0
Utsatt avgang – 3 år	263,3	278,9	294,1	308,5
Økt sannsynlighet for arbeid i HO-tjenestene etter 60 år (relativ)	254,1	269,9	284,8	298,8
Økt stillingsprosent for alle aldersgrupper	270,2	287,1	302,4	317,2

Tabell E.2 Bioingeniører

Scenario	2025	2030	2035	2040
Referansebane	5,2	5,4	5,7	5,9
Økt sannsynlighet for arbeid i HO-tjenestene etter 60 år (absolutt)	5,3	5,6	5,8	6,0
Redusert sykefravær – 10 %	5,2	5,4	5,7	5,9
Redusert sykefravær – 20 %	5,2	5,5	5,7	5,9
10 pst økning i tilgang fra og med 2028	5,2	5,5	5,8	6,1
Tilgang følger befolkningsveksten	5,2	5,4	5,7	6,0
Utsatt avgang – 1 år	5,2	5,5	5,7	6,0
Utsatt avgang – 2 år	5,3	5,6	5,8	6,1
Utsatt avgang – 3 år	5,5	5,7	5,9	6,2
Økt sannsynlighet for arbeid i HO-tjenestene etter 60 år (relativ)	5,2	5,5	5,7	5,9
Økt stillingsprosent for alle aldersgrupper	5,4	5,7	6,0	6,2

Tabell E.3 Ergoterapeuter

Scenario	2025	2030	2035	2040
Referansebane	3,9	4,4	4,8	5,1
Økt sannsynlighet for arbeid i HO-tjenestene etter 60 år (absolutt)	4,0	4,5	4,9	5,2
Redusert sykefravær – 10 %	4,0	4,4	4,8	5,1
Redusert sykefravær – 20 %	4,0	4,4	4,9	5,2
10 pst økning i tilgang fra og med 2028	3,9	4,4	4,9	5,3
Tilgang følger befolkningsveksten	3,9	4,4	4,9	5,2
Utsatt avgang – 1 år	4,0	4,4	4,8	5,2
Utsatt avgang – 2 år	4,0	4,5	4,9	5,2
Utsatt avgang – 3 år	4,1	4,5	4,9	5,3
Økt sannsynlighet for arbeid i HO-tjenestene etter 60 år (relativ)	4,0	4,4	4,8	5,2
Økt stillingsprosent for alle aldersgrupper	4,2	4,7	5,1	5,5

Tabell E.4 Fysioterapeuter

Scenario	2025	2030	2035	2040
Referansebane	10,1	10,7	11,3	11,7
Økt sannsynlighet for arbeid i HO-tjenestene etter 60 år (absolutt)	10,4	11,0	11,6	12,1
Redusert sykefravær – 10 %	10,2	10,8	11,3	11,7
Redusert sykefravær – 20 %	10,2	10,8	11,4	11,8
10 pst økning i tilgang fra og med 2028	10,1	10,8	11,4	11,9
Tilgang følger befolkningsveksten	10,1	10,7	11,3	11,8
Utsatt avgang – 1 år	10,3	10,8	11,4	11,9
Utsatt avgang – 2 år	10,5	11,0	11,5	12,0
Utsatt avgang – 3 år	10,6	11,1	11,7	12,2
Økt sannsynlighet for arbeid i HO-tjenestene etter 60 år (relativ)	10,3	10,8	11,4	11,9
Økt stillingsprosent for alle aldersgrupper	10,8	11,3	11,9	12,4

Tabell E.5 Helsefagarbeidere

Scenario	2025	2030	2035	2040
Referansebane	60,7	61,9	63,3	65,1
Økt sannsynlighet for arbeid i HO-tjenestene etter 60 år (absolutt)	63,6	64,7	65,9	67,6
Redusert sykefravær – 10 %	61,4	62,6	64,0	65,9
Redusert sykefravær – 20 %	62,1	63,3	64,7	66,6
10 pst økning i tilgang fra og med 2028	60,7	62,4	65,1	68,1
Tilgang følger befolkningsveksten	60,8	62,2	64,3	66,9
Utsatt avgang – 1 år	62,1	63,1	64,5	66,3
Utsatt avgang – 2 år	63,4	64,5	65,8	67,5
Utsatt avgang – 3 år	64,9	65,8	67,1	68,7
Økt sannsynlighet for arbeid i HO-tjenestene etter 60 år (relativ)	61,7	62,8	64,2	66,0
Økt stillingsprosent for alle aldersgrupper	66,6	67,8	69,3	71,3

Tabell E.6 Helsesekretærer

Scenario	2025	2030	2035	2040
Referansebane	11,4	11,8	11,9	12,1
Økt sannsynlighet for arbeid i HO-tjenestene etter 60 år (absolutt)	11,9	12,3	12,5	12,6
Redusert sykefravær – 10 %	11,6	11,9	12,0	12,2
Redusert sykefravær – 20 %	11,7	12,0	12,2	12,3
10 pst økning i tilgang fra og med 2028	11,4	11,9	12,2	12,6
Tilgang følger befolkningsveksten	11,4	11,8	12,1	12,4
Utsatt avgang – 1 år	11,6	12,0	12,2	12,3
Utsatt avgang – 2 år	11,9	12,3	12,5	12,6
Utsatt avgang – 3 år	12,1	12,5	12,7	12,9
Økt sannsynlighet for arbeid i HO-tjenestene etter 60 år (relativ)	11,6	12,0	12,1	12,2
Økt stillingsprosent for alle aldersgrupper	12,6	13,0	13,1	13,3

Tabell E.7 Helsesykepleiere

Scenario	2025	2030	2035	2040
Referansebane	4,1	4,3	4,4	4,4
Økt sannsynlighet for arbeid i HO-tjenestene etter 60 år (absolutt)	4,2	4,4	4,5	4,5
Redusert sykefravær – 10 %	4,1	4,3	4,4	4,4
Redusert sykefravær – 20 %	4,2	4,3	4,4	4,4
10 pst økning i tilgang fra og med 2028	4,1	4,3	4,5	4,6
Tilgang følger befolkningsveksten	4,1	4,3	4,4	4,5
Utsatt avgang – 1 år	4,2	4,4	4,5	4,5
Utsatt avgang – 2 år	4,3	4,4	4,6	4,6
Utsatt avgang – 3 år	4,4	4,5	4,7	4,7
Økt sannsynlighet for arbeid i HO-tjenestene etter 60 år (relativ)	4,2	4,3	4,4	4,4
Økt stillingsprosent for alle aldersgrupper	4,4	4,6	4,7	4,7

Tabell E.8 Jordmødre

Scenario	2025	2030	2035	2040
Referansebane	2,7	2,7	2,7	2,7
Økt sannsynlighet for arbeid i HO-tjenestene etter 60 år (absolutt)	2,7	2,7	2,8	2,8
Redusert sykefravær – 10 %	2,7	2,7	2,7	2,8
Redusert sykefravær – 20 %	2,7	2,7	2,8	2,8
10 pst økning i tilgang fra og med 2028	2,7	2,7	2,8	2,8
Tilgang følger befolkningsveksten	2,7	2,7	2,7	2,8
Utsatt avgang – 1 år	2,7	2,7	2,8	2,8
Utsatt avgang – 2 år	2,8	2,8	2,8	2,9
Utsatt avgang – 3 år	2,9	2,9	2,9	2,9
Økt sannsynlighet for arbeid i HO-tjenestene etter 60 år (relativ)	2,7	2,7	2,7	2,8
Økt stillingsprosent for alle aldersgrupper	2,9	2,9	3,0	3,0

Tabell E.9 Leger

Scenario	2025	2030	2035	2040
Referansebane	31,5	35,1	38,7	41,9
Økt sannsynlighet for arbeid i HO-tjenestene etter 60 år (absolutt)	32,2	35,8	39,5	42,9
Redusert sykefravær – 10 %	31,6	35,3	38,8	42,1
Redusert sykefravær – 20 %	31,8	35,4	39,0	42,3
10 pst økning i tilgang fra og med 2028	31,5	35,1	39,8	44,2
Tilgang følger befolkningsveksten	31,5	35,2	38,8	42,2
Utsatt avgang – 1 år	31,8	35,5	39,0	42,4
Utsatt avgang – 2 år	32,2	35,8	39,4	42,8
Utsatt avgang – 3 år	32,5	36,1	39,7	43,2
Økt sannsynlighet for arbeid i HO-tjenestene etter 60 år (relativ)	31,9	35,6	39,2	42,6
Økt stillingsprosent for alle aldersgrupper	31,9	35,6	39,1	42,4

Tabell E.10 Psykologer

Scenario	2025	2030	2035	2040
Referansebane	7,8	8,9	10,0	10,9
Økt sannsynlighet for arbeid i HO-tjenestene etter 60 år (absolutt)	8,0	9,1	10,2	11,2
Redusert sykefravær – 10 %	7,9	9,0	10,0	11,0
Redusert sykefravær – 20 %	7,9	9,0	10,1	11,0
10 pst økning i tilgang fra og med 2028	7,8	9,0	10,1	11,2
Tilgang følger befolkningsveksten	7,8	8,9	10,0	11,0
Utsatt avgang – 1 år	7,9	9,0	10,0	11,0
Utsatt avgang – 2 år	7,9	9,1	10,1	11,1
Utsatt avgang – 3 år	8,0	9,1	10,2	11,2
Økt sannsynlighet for arbeid i HO-tjenestene etter 60 år (relativ)	7,9	9,0	10,1	11,0
Økt stillingsprosent for alle aldersgrupper	8,2	9,3	10,4	11,4

Tabell E.11 Radiografer

Scenario	2025	2030	2035	2040
Referansebane	3,5	3,8	4,0	4,2
Økt sannsynlighet for arbeid i HO-tjenestene etter 60 år (absolutt)	3,6	3,9	4,1	4,3
Redusert sykefravær – 10 %	3,5	3,8	4,1	4,2
Redusert sykefravær – 20 %	3,6	3,8	4,1	4,3
10 pst økning i tilgang fra og med 2028	3,5	3,8	4,1	4,4
Tilgang følger befolkningsveksten	3,5	3,8	4,1	4,3
Utsatt avgang – 1 år	3,6	3,8	4,1	4,3
Utsatt avgang – 2 år	3,6	3,9	4,1	4,3
Utsatt avgang – 3 år	3,6	3,9	4,2	4,4
Økt sannsynlighet for arbeid i HO-tjenestene etter 60 år (relativ)	3,5	3,8	4,1	4,3
Økt stillingsprosent for alle aldersgrupper	3,7	4,0	4,2	4,4

Tabell E.12 Sykepleiere

Scenario	2025	2030	2035	2040
Referansebane	89,2	95,4	101,0	106,3
Økt sannsynlighet for arbeid i HO-tjenestene etter 60 år (absolutt)	91,2	97,5	103,2	108,5
Redusert sykefravær – 10 %	89,9	96,2	101,9	107,2
Redusert sykefravær – 20 %	90,7	97,0	102,7	108,1
10 pst økning i tilgang fra og med 2028	89,2	96,4	103,8	110,7
Tilgang følger befolkningsveksten	89,2	95,9	102,5	109,1
Utsatt avgang – 1 år	90,4	96,7	102,3	107,7
Utsatt avgang – 2 år	91,7	98,1	103,8	109,2
Utsatt avgang – 3 år	93,1	99,5	105,3	110,7
Økt sannsynlighet for arbeid i HO-tjenestene etter 60 år (relativ)	90,0	96,3	101,9	107,2
Økt stillingsprosent for alle aldersgrupper	97,3	104,1	110,2	115,9

Tabell E.13 Tannleger

Scenario	2025	2030	2035	2040
Referansebane	5,2	5,5	5,7	6,0
Økt sannsynlighet for arbeid i HO-tjenestene etter 60 år (absolutt)	5,4	5,6	5,9	6,1
Redusert sykefravær – 10 %	5,2	5,5	5,8	6,0
Redusert sykefravær – 20 %	5,3	5,5	5,8	6,0
10 pst økning i tilgang fra og med 2028	5,2	5,5	5,8	6,1
Tilgang følger befolkningsveksten	5,2	5,5	5,8	6,1
Utsatt avgang – 1 år	5,3	5,5	5,8	6,1
Utsatt avgang – 2 år	5,4	5,6	5,9	6,1
Utsatt avgang – 3 år	5,5	5,7	5,9	6,2
Økt sannsynlighet for arbeid i HO-tjenestene etter 60 år (relativ)	5,3	5,5	5,8	6,1
Økt stillingsprosent for alle aldersgrupper	5,3	5,6	5,8	6,1

Tabell E.14 Tannpleiere

Scenario	2025	2030	2035	2040
Referansebane	1,4	1,6	1,7	1,9
Økt sannsynlighet for arbeid i HO-tjenestene etter 60 år (absolutt)	1,4	1,6	1,8	2,0
Redusert sykefravær – 10 %	1,4	1,6	1,8	1,9
Redusert sykefravær – 20 %	1,4	1,6	1,8	1,9
10 pst økning i tilgang fra og med 2028	1,4	1,6	1,8	2,0
Tilgang følger befolkningsveksten	1,4	1,6	1,8	2,0
Utsatt avgang – 1 år	1,4	1,6	1,8	1,9
Utsatt avgang – 2 år	1,4	1,6	1,8	2,0
Utsatt avgang – 3 år	1,4	1,6	1,8	2,0
Økt sannsynlighet for arbeid i HO-tjenestene etter 60 år (relativ)	1,4	1,6	1,8	1,9
Økt stillingsprosent for alle aldersgrupper	1,5	1,7	1,9	2,1

Tabell E.15 Vernepleiere

Scenario	2025	2030	2035	2040
Referansebane	14,3	15,5	16,4	17,1
Økt sannsynlighet for arbeid i HO-tjenestene etter 60 år (absolutt)	14,6	15,9	16,9	17,7
Redusert sykefravær – 10 %	14,4	15,6	16,6	17,3
Redusert sykefravær – 20 %	14,6	15,8	16,7	17,5
10 pst økning i tilgang fra og med 2028	14,3	15,7	16,9	17,9
Tilgang følger befolkningsveksten	14,3	15,6	16,6	17,6
Utsatt avgang – 1 år	14,4	15,7	16,6	17,4
Utsatt avgang – 2 år	14,6	15,9	16,9	17,6
Utsatt avgang – 3 år	14,7	16,0	17,1	17,9
Økt sannsynlighet for arbeid i HO-tjenestene etter 60 år (relativ)	14,4	15,6	16,6	17,3
Økt stillingsprosent for alle aldersgrupper	15,4	16,8	17,7	18,5

Vedlegg F: Detaljert sammensetning av Andre helseutdanninger: POB og Ufaglært: POB

For å gi ytterligere informasjon om sammensetningen av disse gruppene presenteres det i dette vedlegget en oversikt over både årsverk og andeler for en mer detaljert inndeling. Andre helseutdanninger: POB er brutt ned på spesifikke helsefaglige utdanningsgrupper, mens Ufaglært: POB er delt i tre undergrupper etter utdanningsnivå: grunnskole/uoppdrett, videregående skole og høyere utdanning. Det er ikke utarbeidet egne framskrivinger av etterspørselen for disse finere grupperingene. De 14 modellerte helseutdanningsgruppene og kategorien Andre utdanninger: AOS er ikke inkludert. Tallene viser sammensetningen i 2024 på tvers av tjenestoområdene.

Tabell F.1 Detaljert fordeling av årsverk i 2024

Detaljert utd gruppe	Helsestasj/ Hjemmetjen											
	Dagaktiv.	Andre	skole	este	Institusjon	Kom. fastleger m.fl.	PH barn/unge	PH voksne	Rehab. privat	Somatikk/ ambulanse	Tannhelse	TSB
Andre helseutd: POB												
Annen helsefaglig utd.	78	739	40	1 721	768	150	88	272	24	492	57	96
Annen vg. helseutd.	130	212	9	2 414	1 643	98	8	97	11	605	64	23
Annen høyere helseutd.												
(7-8)	16	95	9	183	133	41	15	36	8	95	42	14
Øvrig helseutd. høgskole	39	120	10	477	279	40	13	25	17	62	30	19
Aktivitør	236	17	0	227	181	26	1	27	4	3	4	3
Ambulansarbeider	2	34	0	102	42	55	1	11	2	3 131	2	2
Apotektekniker	8	32	3	141	65	9	0	1	1	16	22	1
Audiograf	0	138	0	12	4	3	0	1	0	165	0	1
Farmasøyt	0	3	0	1	2	2	0	0	0	0	1	0
Fotterapeut	7	8	0	63	39	6	2	0	1	13	4	0
Kiropraktor	2	297	0	8	5	8	0	2	0	4	0	1
Klin. ernæringsfysiolog	0	13	6	19	15	10	6	12	15	311	0	1
Medisinstud. m. lisens	0	2	0	7	8	25	4	13	1	114	1	5
Naprapat	0	7	0	7	1	1	0	1	0	2	1	0
Optiker	0	115	0	7	2	2	1	1	0	43	1	0
Ortopediingeniør	0	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Osteopat	3	32	0	17	8	27	0	3	2	6	0	0
Paramedisiner	1	12	0	16	9	36	0	5	0	949	0	1
Perfusjonist	0	0	1	0	0	0	0	0	0	24	0	0
Provisorfarmasøyt	0	2	0	8	2	1	0	8	0	30	0	0
Reseptar	0	0	0	8	2	0	0	1	1	0	3	1
Reseptarfarmasøyt	0	1	0	8	9	0	0	0	0	1	1	1
Tanntekniker	1	1	0	7	1	0	0	2	0	0	35	0
Barne-												
/ungdomsarbeider	103	262	8	1 752	591	61	6	29	10	32	36	7
Barnevernspedagog	67	1 628	83	905	239	231	334	100	14	25	7	129
Sosionom	158	1 176	85	1 496	201	469	284	555	41	229	3	412
Sum	855	4 966	255	9 607	4 249	1 299	763	1 202	154	6 352	316	717
Ufaglært: POB												
Grunnskole/ukjent	522	1 489	33	11 675	7 032	435	46	341	72	1 731	715	85
Annen vg. utdanning	368	1 360	37	7 987	3 078	354	37	453	68	811	681	100
Annen høyere utd. (7-8)	411	1 993	63	6 413	2 096	266	105	466	98	604	294	123
Sum	1 300	4 841	133	26 075	12 207	1 056	187	1 260	238	3 147	1 690	308

Tabell F.2 Detaljert fordeling av andeler i 2024 (prosent av årsverk innen hvert tjenesteområde)

Detaljert gruppe	Dag-aktiv.	Andre Helsestasj/ skole	Hjemmetjeneste	Institusjon	Kom. fastlege m.fl.	PH barn/ unge	PH voksne	Rehab.privat	Somatikk/ambulanse	Tannhelse	TSB	
Andre helseutd: POB												
Annen helsefaglig utd.	1,4	2,5	0,6	1,9	1,2	0,6	1,7	1,3	1,1	0,5	0,4	1,9
Annen vg. helseutd.	2,3	0,7	0,1	2,6	2,6	0,4	0,1	0,5	0,5	0,6	0,5	0,5
Annen høyere helseutd. (7-8)	0,3	0,3	0,1	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2	0,4	0,1	0,3	0,3
Øvrig helseutd. høgskole	0,7	0,4	0,1	0,5	0,4	0,1	0,2	0,1	0,8	0,1	0,2	0,4
Aktivitør	4,2	0,1	0	0,2	0,3	0,1	0	0,1	0,2	0	0	0,1
Ambulansearbeider	0	0,1	0	0,1	0,1	0,2	0	0,1	0,1	3	0	0
Apotektekniker	0,1	0,1	0	0,2	0,1	0	0	0	0,1	0	0,2	0
Audiograf	0	0,5	0	0	0	0	0	0	0	0,2	0	0
Farmasøyt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fotterapeut	0,1	0	0	0,1	0,1	0	0	0	0,1	0	0	0
Kiropraktor	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Klin. ernæringsfysiolog	0	0	0,1	0	0	0	0,1	0,1	0,7	0,3	0	0
Medisinstud. m. lisens	0	0	0	0	0	0,1	0,1	0,1	0	0,1	0	0,1
Naprapat	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Optiker	0	0,4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ortopediingeniør	0	0,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Osteopat	0,1	0,1	0	0	0	0,1	0	0	0,1	0	0	0
Paramedisiner	0	0	0	0	0	0,1	0	0	0	0,9	0	0
Perfusjonist	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Provisorfarmasøyt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Reseptar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Reseptarfarmasøyt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tanntekniker	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,3	0
Barne-/ungdomsarbeider	1,8	0,9	0,1	1,9	0,9	0,2	0,1	0,1	0,4	0	0,3	0,1
Barnevernspedagog	1,2	5,6	1,2	1	0,4	0,9	6,3	0,5	0,6	0	0,1	2,6
Sosionom	2,8	4	1,2	1,6	0,3	1,8	5,4	2,7	1,9	0,2	0	8,2
Sum	15,1	17,1	3,6	10,4	6,6	4,9	14,4	5,8	7	6,1	2,4	14,3
Ufaglært: POB												
Grunnskole/ukjent	9,2	5,1	0,5	12,6	10,9	1,6	0,9	1,6	3,3	1,7	5,5	1,7
Annen vg. utdanning	6,5	4,7	0,5	8,6	4,8	1,3	0,7	2,2	3,1	0,8	5,2	2
Annen høyere utd. (7-8)	7,3	6,9	0,9	6,9	3,3	1	2	2,2	4,5	0,6	2,3	2,5
Sum	23	16,6	1,9	28,2	19	4	3,5	6	10,9	3	13	6,2

Merknad: Summene for hovedgruppene svarer til residualkategoriene Andre helse utd: POB og Ufaglært: POB i hovedtabellene. Andeler er oppgitt i prosent.

Figurregister

Figur 2.1	Antall personer 45-66 år per person 85 år eller eldre	15
Figur 3.1	Offentlige årsverk i spesialisthelsetjenesten og den kommunale omsorgstjenesten fordelt etter pasientenes/brukernes alder og kjønn. 2024.....	23
Figur 3.2	Årsverk i offentlig spesialisthelsetjeneste og den kommunale omsorgstjenesten fordelt etter pasientenes/brukernes alder og tjeneste. 2024.....	24
Figur 3.3	Offentlige årsverk for fastlege- og fysioterapitjenesten fordelt etter pasientenes alder og kjønn. 2024.	25
Figur 3.4	Bemanningsandel for ufaglærte i pasientorienterte oppgaver, helsefagarbeider og sykepleier i somatikk og ambulanse, institusjonsomsorg og hjemmetjeneste, 2015–2024	33
Figur 4.1	Offentlige HO-årsverk 2024-2060 i Konstant-, Max-, Min- og Ref(eranse)-alternativet. Tall oppgitt i 2060 og i det felles utgangspunktet i 2024.	56
Figur 4.2	Offentlige HO-tjenesters andel av total sysselsetting i konstant-, max-, referanse- og min-alternativet. Tall oppgitt i 2060 og i det felles utgangspunktet i 2024. Prosent	60
Figur 4.3	Avvik mellom befolkning i hovedalternativene i SSBs framskrivinger fra 2022 og 2024. (MMM-24 minus MMM-22)	67
Figur 5.1a	Framskrevet arbeidstilbud for utvalgte helsepersonellgrupper. 2025–2040. Årsverk.....	70
Figur 5.1b	Framskrevet arbeidstilbud for utvalgte helsepersonellgrupper. 2025–2040. Årsverk.....	70
Figur 5.1c	Framskrevet arbeidstilbud for store helsepersonellgrupper. 2025–2040. Årsverk.....	70
Figur B.1	Årsverk i somatikk fordelt etter brukernes kjønn og alder. 2024	87
Figur B.2	Brukerfrekvenser for somatikk. Unike brukere per person i befolkningen etter alder og kjønn i 2024	87
Figur B.3	Årsverk per bruker (standard) i somatikk etter brukernes alder og kjønn. 2024	88
Figur B.4	Årsverk i privat rehabilitering fordelt etter brukernes kjønn og alder. 2024.....	88
Figur B.5	Brukerfrekvenser for privat rehabilitering i 2024. Unike brukere per person i befolkningen etter alder og kjønn	89
Figur B.6	Årsverk per bruker (standard) i privat rehabilitering fordelt etter brukernes alder og kjønn. 2024	89
Figur B.7	Årsverk i psykisk helsevern for voksne (VOP) fordelt etter brukernes kjønn og alder. 2024	90
Figur B.8	Brukerfrekvenser for psykisk helsevern for voksne (VOP) i 2024. Unike brukere per person i befolkningen etter alder og kjønn.....	90
Figur B.9	Årsverk per bruker (standard) for psykisk helsevern for voksne (VOP) fordelt etter brukernes kjønn og alder. 2024.....	91
Figur B.10	Årsverk i psykisk helsevern for barn og unge (BUP) fordelt etter brukernes kjønn og alder. 2024	91
Figur B.11	Brukerfrekvenser for psykisk helsevern for barn og unge (BUP) i 2024. Unike brukere per person i befolkningen etter alder og kjønn.....	92
Figur B.12	Årsverk per bruker (standard) for psykisk helsevern for barn og unge (BUP). 2024.....	92
Figur B.13	Årsverk i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) fordelt etter brukernes kjønn og alder. 2024	93
Figur B.14	Brukerfrekvenser for tverrfaglig spesialisert rusbehandling i 2024. Unike brukere per person i befolkningen etter alder og kjønn.....	93
Figur B.15	Årsverk per bruker (standard) for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) fordelt etter brukernes kjønn og alder. 2024	94
Figur C.1	Årsverk i helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende fordelt etter brukernes kjønn og alder. 2024.....	95
Figur C.2	Brukerfrekvenser for helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende i 2024. Unike brukere per person i befolkningen etter alder og kjønn.....	95
Figur C.3	Årsverk per bruker (standard) for helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende fordelt etter brukernes kjønn og alder. 2024.....	96

Figur C.4	Årsverk i dagaktivisering fordelt etter brukernes kjønn og alder. 2024.....	96
Figur C.5	Brukerfrekvenser for dagaktivisering i 2024. Unike brukere per person i befolkningen etter alder og kjønn	97
Figur C.6	Årsverk per bruker (standard) for dagaktivisering fordelt etter brukernes kjønn og alder. 2024	97
Figur C.7	Årsverk i korttids institusjonspleie fordelt etter brukernes kjønn og alder. 2024	98
Figur C.8	Brukerfrekvenser for korttids institusjonspleie i 2024. Unike brukere per person i befolkningen etter alder og kjønn	98
Figur C.9	Årsverk per bruker (standard) for korttids institusjonspleie fordelt etter brukernes kjønn og alder. 2024	99
Figur C.10	Årsverk i langtids institusjonspleie fordelt etter brukernes kjønn og alder. 2024.....	99
Figur C.11	Brukerfrekvenser for langtids institusjonspleie i 2024. Unike brukere per person i befolkningen etter alder og kjønn	100
Figur C.12	Årsverk per bruker (standard) for langtids institusjonspleie fordelt etter brukernes kjønn og alder. 2024.....	100
Figur C.13	Årsverk i fastlegetjenesten fordelt etter brukernes kjønn og alder. 2024	101
Figur C.14	Brukerfrekvenser for fastlegetjenester i 2024. Unike brukere per person i befolkningen etter alder og kjønn	101
Figur C.15	Årsverk per bruker (standard) for fastlegetjenester fordelt etter brukernes kjønn og alder. 2024	102
Figur C.16	Årsverk i fysioterapi fordelt etter brukernes kjønn og alder. 2024.....	102
Figur C.17	Brukerfrekvenser for fysioterapi i 2024. Unike brukere per person i befolkningen etter alder og kjønn	103
Figur C.18	Årsverk per bruker (standard) for fysioterapi fordelt etter brukernes kjønn og alder. 2024	103
Figur D.1	Årsverk i hjemmetjenester: observerte tall og framskrivninger basert på 2019 og 2024	105
Figur D.2	Årsverk i institusjon langtid: observerte tall og framskrivninger basert på 2019 og 2024	106
Figur D.3	Andel av årsverk i hjemmetjenester (av hjemmetjenester og institusjon langtid samlet) basert på 2019 og 2024.....	107
Figur D.4	Endringer i brukerandel, ressursbruk per bruker og årsverk i hjemmetjenester, 2019–2024	108
Figur D.5	Endringer i brukerandel, ressursbruk per bruker og årsverk i langtidsinstitusjon, 2019–2024.....	110

Tabellregister

Tabell 3.1	Hovedtyper av data som benyttes i framskrivningene.....	21
Tabell 3.2	Oversikt over tjenester og aktivitetsmål	22
Tabell 3.3	Årsverk i helse- og omsorgstjenestene i 2024. Tilbuds- og etterspørselsberegningene sammenlignet.....	28
Tabell 3.4	Utdanningsgrupper etter valgt basisår i tilbudsframskrivningene.....	29
Tabell 3.5	Tilgang, avgang og nettovekst for fjorten grupper helsepersonell, fordelt etter kjønn og tilgangskanal. Basisår.....	29
Tabell 3.6	Bestand, yrkesdeltaking og gjennomsnittlig arbeidstid i HO-tjenestene for fjorten grupper helsepersonell, fordelt etter kjønn og aldersgruppe. Basisår.	31
Tabell 3.7	Årsverk per Utdanningsgruppe – Somatikk og ambulanse, 2015–2024	35
Tabell 3.8	Andel av totale årsverk per Utdanningsgruppe – Somatikk og ambulanse, 2015–2024 .	35
Tabell 3.9	Årsverk per Utdanningsgruppe - PH barn og unge, 2015-2024	36
Tabell 3.10	Andel av totale årsverk per Utdanningsgruppe - PH barn og unge, 2015-2024	37
Tabell 3.11	Årsverk per Utdanningsgruppe - PH voksne, 2015-2024	38
Tabell 3.12	Andel av totale årsverk per Utdanningsgruppe - PH voksne, 2015-2024	38
Tabell 3.13	Årsverk per Utdanningsgruppe - TSB, 2015-2024	39
Tabell 3.14	Andel av totale årsverk per Utdanningsgruppe - TSB, 2015-2024	39
Tabell 3.15	Årsverk per Utdanningsgruppe - Rehabilitering privat, 2015-2024	40
Tabell 3.16	Andel av totale årsverk per Utdanningsgruppe - Rehabilitering privat, 2015-2024	41
Tabell 3.17	Årsverk per utdanningsgruppe - Hjemmetjenesten, 2015-2024.....	42
Tabell 3.18	Andel av totale årsverk per utdanningsgruppe - Hjemmetjenesten, 2015-2024.....	42
Tabell 3.19	Årsverk per utdanningsgruppe - Institusjonsomsorg, 2015-2024	43
Tabell 3.20	Andel av totale årsverk per Utdanningsgruppe - Institusjonsomsorg, 2015-2024	44
Tabell 3.21	Årsverk per Utdanningsgruppe - Kommunale fastleger, fysioterapi og annen kommunal HO-tjenester, 2015-2024.....	45
Tabell 3.22	Andel av totale årsverk per Utdanningsgruppe - Kommunale fastleger, fysioterapi og annen kommunal HO-tjenester, 2015-2024.....	45
Tabell 3.23	Årsverk per Utdanningsgruppe - Helsestasjoner og skolehelsetjeneste, 2015-2024.....	46
Tabell 3.24	Andel av totale årsverk per Utdanningsgruppe - Helsestasjoner og skolehelsetjeneste, 2015-2024.....	47
Tabell 3.25	Årsverk per Utdanningsgruppe - Tannhelsetjeneste, 2015-2024.....	48
Tabell 3.26	Andel av totale årsverk per Utdanningsgruppe - Tannhelsetjeneste, 2015-2024.....	48
Tabell 3.27	Årsverk per Utdanningsgruppe - Dagaktivisering, 2015-2024	49
Tabell 3.28	Andel av totale årsverk per Utdanningsgruppe - Dagaktivisering, 2015-2024.....	49
Tabell 3.29	Antall årsverk etter utdanningsgruppe – Andre helsetjenester, 2015–2024.....	51
Tabell 3.30	Andel av totale årsverk etter utdanningsgruppe – Andre helsetjenester, 2015–2024.....	51
Tabell 3.31	Kjent underdekning i 2024 etter utdanningsgruppe. Antall årsverk.	52
Tabell 4.1	Forutsetninger i scenarier for framskrivninger av HO-årsverk. Befolkning som i MMM-24 i alle scenarier.	53
Tabell 4.2a	Offentlige HO-årsverk totalt i alle beregnede scenarier. Befolkning som i MMM-24 i alle scenarier. Endringer i brukerfrekvenser, tjenestestandarder og familieomsorg f.o.m. 2025. Felles utgangspunkt i 2024 for totale offentlige HO årsverk er 343 476 årsverk avtalte årsverk.	57
Tabell 4.2b	Offentlige HO-årsverk totalt i beregnede scenarier. Befolkning som i MMM-22 i alle scenarier. Endringer i brukerfrekvenser, tjenestestandarder og familieomsorg f.o.m. 2020. 2019-utgangspunkt for årsverk i alle scenarier: HO: 314 657 avtalte årsverk; Totalt i norsk økonomi: 2 485 055 årsverk a 1580,5 timer	58
Tabell 4.2c	Offentlige HO-årsverk. Nye framskrivninger (2024 data) minus tilsvarende i HHH-23. Felles differanse 2024 - 2019: 28 819 årsverk.....	59
Tabell 4.3	Offentlige HO-tjenesters sysselsettingsandel. Felles 2024-nivå: 12,9 prosent. Prosent..	61

Tabell 4.4	Offentlige HO-årsverk etter tjeneste og totalt i scenario 1.1.1 og 1.2.1. <i>Konstantalternativet med og uten vekst i familieomsorg</i> . Konstant aldersspesifikk helse. MMM-24 befolkning	62
Tabell 4.5	Offentlige HO-årsverk etter tjeneste og totalt i scenario 1.1.2 og 1.2.2 (Max-alternativet). <i>1 prosent årlig vekst i årsverk per bruker, med og uten vekst i familieomsorg</i>). Konstant aldersspesifikk helse. MMM-24 befolkning	63
Tabell 4.6	Offentlige HO-årsverk etter tjeneste og totalt i scenario 2.1.3 og 2.2.3 (Referansealternativet). <i>0,5 prosent årlig vekst i årsverk per bruker, med og uten vekst i familieomsorg</i> . Helseforbedring over tid. MMM-24 befolkning	63
Tabell 4.7	Offentlige HO-årsverk etter tjeneste og totalt i scenario 2.1.4 (Min-alternativet) og 2.2.4. <i>0,5 prosent årlig reduksjon i årsverk per bruker, med og uten vekst i familieomsorg</i> . Helseforbedring over tid. MMM-24 befolkning	64
Tabell 4.8	Endringer i befolkningens størrelse og aldersfordeling mot 2060 i hovedalternativet (MMM-24) i SSBs befolkningsframskrivninger fra 2024.	64
Tabell 4.9	Rendyrking av betydningen av endringer i befolkningens alders- og kjønns sammensetning i MMM-22 for offentlige HO-årsverk totalt. Scenariet «Befolkningsvekst» gir lik relativ vekst i offentlig HO-syssetning og folkemengden. Konstantalternativet forutsetter at alle brukerfrekvenser og årsverk per bruker er konstante på sine 2019-nivåer	65
Tabell 4.10	Faktiske og anslåtte endringer i HO-årsverk i 2019 og 2024. Anslåtte endringer lik simulering i HHH-23 av Konstantalternativet med proporsjonal vekst i familieomsorg, og konstant helsetilstand. ¹	66
Tabell 5.1	Utviklingen i bestanden av ulike grupper av helsepersonell i referansebanen, fordelt etter kjønn. Antall personer (1000 personer) i basisår og utvalgte år frem til 2040, samt prosentvis vekst fra basisår til 2040.	69
Tabell 5.2	Framskrivninger av arbeidstilbudet for ulike grupper helsepersonell frem til 2040, referansebanen. 1 000 årsverk i basisår og utvalgte år frem til 2040, samt prosentvis vekst fra basisår til 2040.	71
Tabell 5.3	Arbeidstilbudet fra ulike grupper helsepersonell. Framskrevet til 2040. To alternative beregninger. Nivå tall i 1 000 årsverk og vekst fra referansebanen i prosent	72
Tabell 5.4	Arbeidstilbudet for ulike grupper av helsepersonell ved to scenarier for økt tilgang. Framskrivning til 2040. Nivå tall i 1 000 årsverk og vekst fra referansebanen i prosent	73
Tabell 5.5	Samlet oversikt over effekter på arbeidstilbudet i 2040 for de fire alternative scenariene. Ekstra årsverk og prosent av referansebanen.....	74
Tabell 6.1	Framskrevet tilbud og etterspørsel i referansebanen for fjorten grupper helsepersonell. 1 000 årsverk. Utvalgte år 2025–2040.	77
Tabell 6.2	Gap mellom framskrevet tilbud og etterspørsel i referansebanen. 1 000 årsverk.	78
Tabell A.1	Offentlige HO-årsverk etter tjeneste og totalt i scenario 1.1.1 og 1.2.1 (<i>Konstantalternativet med og uten vekst i familieomsorg</i>) (<i>Konstantalternativet med konstant familieomsorg</i>): Konstant aldersspesifikk helse. MMM-24 befolkning.....	82
Tabell A.2	Offentlige HO-årsverk etter tjeneste og totalt i scenario 1.1.2 og 1.2.2 (Max-alternativet). <i>1 prosent årlig vekst i årsverk per bruker, med og uten vekst i familieomsorg</i>). Konstant aldersspesifikk helse. MMM-24 befolkning	83
Tabell A.3	Offentlige HO-årsverk etter tjeneste og totalt i scenario 1.1.3 og 1.2.3. <i>0,5 prosent årlig vekst i årsverk per bruker, med og uten vekst i familieomsorg</i> . Konstant aldersspesifikk helse. MMM-24 befolkning	83
Tabell A.4	Offentlige HO-årsverk etter tjeneste og totalt i scenario 1.1.4 og 1.2.4 (<i>0,5 prosent årlig reduksjon i årsverk per bruker, med og uten vekst i familieomsorg</i>). Konstant aldersspesifikk helse. MMM-24 befolkning	84
Tabell A.5	Offentlige HO-årsverk etter tjeneste og totalt i scenario 2.1.1 og 2.2.1 (<i>Konstantalternativ, med og uten vekst i familieomsorg</i>). Helseforbedring over tid. MMM-24 befolkning	84

Tabell A.6	Offentlige HO-årsverk etter tjeneste og totalt i scenario 2.1.2 og 2.2.2 (<i>1 prosent årlig vekst i årsverk per bruker, med og uten vekst i familieomsorg</i>). Helseforbedring over tid. MMM-24 befolkning	85
Tabell A.7	Offentlige HO-årsverk etter tjeneste og totalt i scenario 2.1.3 og 2.2.3 (<i>0,5 prosent årlig vekst i årsverk per bruker, med og uten vekst i familieomsorg</i>). Helseforbedring over tid. MMM-24 befolkning	85
Tabell A.8	Offentlige HO-årsverk etter tjeneste og totalt i scenario 2.1.4 og 2.2.4. <i>0,5 prosent årlig reduksjon i årsverk per bruker, med og uten vekst i familieomsorg</i> . Helseforbedring over tid. MMM-24 befolkning.....	86
Tabell E.1	Totalt – alle 14 grupper	114
Tabell E.2	Bioingeniører	114
Tabell E.3	Ergoterapeuter	114
Tabell E.4	Fysioterapeuter	115
Tabell E.5	Helsefagarbeidere	115
Tabell E.6	Helsesekretærer	115
Tabell E.7	Helsesykepleiere	116
Tabell E.8	Jordmødre	116
Tabell E.9	Leger	116
Tabell E.10	Psykologer	117
Tabell E.11	Radiografer	117
Tabell E.12	Sykepleiere.....	117
Tabell E.13	Tannleger	118
Tabell E.14	Tannpleiere.....	118
Tabell E.15	Vernepleiere	118
Tabell F.1	Detaljert fordeling av årsverk i 2024	120
Tabell F.2	Detaljert fordeling av andeler i 2024 (prosent av årsverk innen hvert tjenesteområde).....	121