



DET KONGELIGE  
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Statsråden

Helse- og omsorgskomiteen  
Stortinget  
0026 OSLO

Deres ref  
2025/1401

Vår ref  
25/1640-

Dato  
25. april 2025

**Dokument 8:170 S (2024-2025) – representantforslag om bedre arbeidsvilkår på sykehusene**

Jeg viser til brev fra Helse- og omsorgskomiteen av 10. april 2025 vedlagt Dokument 8:170 S (2024–2025) om bedre arbeidsvilkår på sykehusene fra stortingsrepresentantene Seher Aydar, Marie Sneve Martinussen og Mímir Kristjánsson. Representatene fremmer følgende forslag:

- 1. Stortinget ber regjeringen styrke bemanningen i helsevesenet, i samarbeid med fagforeningene, ved å lage en strategisk plan for å beholde og rekruttere gynekologer, jordmødre, sykepleiere og helsefagarbeidere samt sikre bedre arbeidsfordeling i de offentlige sykehusene ved å opprette flere stillinger for portører, helsesekretærer og renholdere.*
- 2. Stortinget ber regjeringen sørge for at det sikres arealer til ansatte som pauserom, garderober i kort avstand til avdelingene og arbeids- og rapportrom til de ansatte når offentlige sykehus bygges eller renoveres.*
- 3. Stortinget ber regjeringen sikre at avdelingslederne i helseforetakene har fullmakter til å omdisponere midler fra vikarbudsjett til fastlønn, for å sikre robust bemanning basert på analyser av forventet fravær og faktiske behov.*
- 4. Stortinget ber regjeringen sikre at innleie gjennom bemanningsbyrå kun kan benyttes etter avtale med tillitsvalgte.*

5. *Stortinget ber regjeringen ta initiativ til arbeidstidsreduksjon for turnusarbeidere, slik at alle typer turnusordninger likestilles med skiftarbeid, og komme tilbake til Stortinget med forslag til nødvendige endringer i arbeidsmiljøloven.*
6. *Stortinget ber regjeringen sikre at helseforetakene utarbeider retningslinjer for forsvarlighetsvurderinger av arbeidsmiljøet i samråd med fagforeningene og verneombud.*

**Svar:**

I begrunnelsen for representantforslaget pekes det på at gode arbeidsvilkår er helt avgjørende for å sikre gode helsetjenester. Dette er et utgangspunkt og et faktum som jeg fullt ut deler. Regjeringen er opptatt av å styrke arbeidet som sikrer et godt og trygt arbeidsliv, også for spesialisthelsetjenestens mange ansatte. Det å beholde personell i den offentlige spesialisthelsetjenesten er et høyt prioritert innsatsområde.

Mange av elementene som trekkes fram i representantforslaget, herunder behovet for god oppgavedeling, reduksjon av innleie og det å begrense arbeidsbelastning, er områder som allerede er satt på dagsorden og som det arbeides med i alle helseforetak. Jeg vil også vise til de tre innsatsområdene som er spesielt framhevet i *Nasjonal helse- og samhandlingsplan (2024-2027)* og i oppfølgingen av denne: i) arbeidsmiljø og arbeidsvilkår; ii) hensiktsmessig oppgavedeling og effektiv organisering av arbeidsprosesser; og iii) rekruttering, kvalifisering og kompetanseutvikling. Et systematisk og samtidig arbeid med bruk av ulike virkemidler innen disse innsatsområdene skal bidra til at fagfolk forblir i den offentlige helsetjenesten. Forslaget omtaler også arbeidstidsordninger og arbeidsbelastning som følge av turnusarbeid. Jeg gjør oppmerksom på at det er stilt krav om og pågår arbeid med utprøving av alternative arbeidstidsordninger. Økt fleksibilitet i arbeidstidsordninger kan være et gode både for arbeidstakere og arbeidsgivere, gitt at dette er basert på frivillighet for arbeidstakersiden og forankret i partssamarbeid.

Jeg vil knytte noen kommentarer til de konkrete forslagene som er fremmet.

*1. Stortinget ber regjeringen styrke bemanningen i helsevesenet, i samarbeid med fagforeningene, ved å lage en strategisk plan for å beholde og rekruttere gynekologer, jordmødre, sykepleiere og helsefagarbeidere samt sikre bedre arbeidsfordeling i de offentlige sykehusene ved å opprette flere stillinger for portører, helsesekretærer og renholdere.*

De regionale helseforetakene arbeider allerede strategisk med planer for å beholde, rekruttere, utvikle og benytte tilgjengelig arbeidskraft på en bærekraftig måte. Bruk av nye arbeidsformer og hensiktsmessig oppgavedeling er nødvendig for å sørge for bærekraftig bruk av personell. Regjeringen har lagt til grunn at en hensiktsmessig oppgavedeling skal gjøres med utgangspunkt i fagarbeiderkompetanse. Kompetanse og bruk av personell skal bygges nedenfra, det vil si at oppgaver skal løses på lavest mulige kompetansenivå. Samtidig skal kravet til forsvarlige helse- og omsorgstjenester ivaretas. Det pågår en rekke

arbeider innen de aktuelle områdene som her er etterspurt. De regionale helseforetakene har blant annet fått i oppdrag å sørge for at arbeidet med hensiktsmessig oppgavedeling skal ha en systematisk tilnærming, pågå kontinuerlig og gi bedre organisering av arbeidsprosesser. Det skal legges til rette for partssamarbeid og medarbeiderinvolvering på alle nivåer i arbeidet. God ivaretagelse av partssamarbeid vil være avgjørende for å lykkes med de utfordringene helsetjenesten står overfor med hensyn til tilgang på arbeidskraft.

De regionale helseforetakene har også fått i oppdrag å utarbeide en årlig felles rapport om personell, kompetanseutvikling og utdanning. Rapporten skal inneholde nasjonale indikatorer, analyser og en presentasjon av tiltak og gode eksempler for å rekruttere, videreutvikle og beholde personell, samt for å skape et godt arbeidsmiljø. Rapporten skal også ha en nasjonal oversikt over behov for legespesialister, ABIOK-sykepleiere og jordmødre i spesialisthelsetjenesten, i lys av den faglige utviklingen, utdanningskapasitet og avgang i tjenesten.

Jeg vurderer at det er iverksatt og pågår hensiktsmessige grep, og at det pågående arbeidet ivaretar intensjonene bak forslag om å etablere en plan for å sikre bedre arbeidsdeling mellom personellgrupper, samt å sikre bærekraftig bruk av de ansattes kompetanse og arbeidstid.

*2. Stortinget ber regjeringen sørge for at det sikres arealer til ansatte som pauserom, garderobes i kort avstand til avdelingene og arbeids- og rapportrom til de ansatte når offentlige sykehus bygges eller renoveres.*

De fire regionale helseforetakene eier i fellesskap Sykehusbygg HF som benyttes ved større utbyggingsprosjekter. Sykehusbygg HF har utarbeidet en kunnskapsbank for planlegging og bygging av sykehus, og er en portal for deling av erfaring og kunnskap om sykehusbygging i spesialisthelsetjenesten. Det er oppmerksomhet knyttet til gode arealer for personell i alle sykehusprosjekter. Det er utarbeidet kunnskapsgrunnlag for ulike type arealer i sykehus som tar høyde for arbeidsarealer som er godt integrert i funksjonsområdene. Arbeidsarealer er her arbeidsplasser samt støttearealer som garderobes og arealer for hvile og rekreasjon. Blant annet er arealnormen i sengeområder økt fra 30 til 34 m<sup>2</sup> pr. seng, nettopp for å legge til rette for at ansatte skal kunne ha arbeidsplasser integrert i de kliniske arealene og dermed slippe å gå langt for å dokumentere og samhandle med annet helsepersonell.

Når det gjelder fysiske løsninger, er det fokus på å ha oversiktelige arealer med mulighet for visuell kontakt mellom ansatte, slik at det er gode forhold for kollegastøtte. Når det gjelder garderobeplasser, beregnes dette ut fra antall ansatte. For å øke fleksibiliteten og tilgjengeligheten til garderobeplasser, etablerer nå en del prosjekter med digitale garderobes, der man selv kan sjekke inn, og ikke personlige faste skap. I sykehusprosjektene er det også fokus på balansen mellom det å ha kort vei til pauserom, samtidig som man skal være skjermet fra virksomheten når man først har pause. Arbeidsmiljøloven har tydelige føringer

om pauserom. Det er videre fokus på tilgang til uteområder, spesielt for ansatte som er i svært krevende arbeidssituasjoner – som for eksempel intensivområdet.

*3. Stortinget ber regjeringen sikre at avdelingslederne i helseforetakene har fullmakter til å omdisponere midler fra vikarbudsjett til fastlønn, for å sikre robust bemanning basert på analyser av forventet fravær og faktiske behov.*

Det er de regionale helseforetakene og helseforetakene lokalt som har ansvar for å organisere egen virksomhet, og som har ansvar for at driften i sykehusene holdes innenfor Stortingets vedtatte rammer. De regionale helseforetakene skal sørge for robuste styrings- og rapporteringssystemer i alle ledd i helseforetakene, og har som en del av dette ansvar for en egnet fullmaktsstruktur.

Orden og oversikt over fullmakter er en viktig forutsetning for styring og kontroll i det enkelte helseforetak. Et viktig prinsipp er at det må være samsvar mellom det tildelte ansvar og den myndighet som gis. Fullmakter følger vanligvis budsjettansvaret. Den som har ansvar for budsjett innenfor et gitt område, vil vanligvis ha budsjett disponeringsmyndighet innenfor området. Omdisponering mellom midler avsatt til å dekke midlertidige behov og faste stillinger, og som innebærer forpliktelser ut over budsjettåret eller som innebærer større endringer i driften, er eksempler på fullmakter som kan og bør være begrenset.

*4. Stortinget ber regjeringen sikre at innleie gjennom bemanningsbyrå kun kan benyttes etter avtale med tillitsvalgte.*

*5 Stortinget ber regjeringen ta initiativ til arbeidstidsreduksjon for turnusarbeidere, slik at alle typer turnusordninger likestilles med skiftarbeid, og komme tilbake til Stortinget med forslag til nødvendige endringer i arbeidsmiljøloven.»*

Forslag 4 og 5 gjelder begge forhold som er regulert i arbeidsmiljølovens generelle regler, og som vil gjelde alle arbeidstakere som er omfattet av arbeidsmiljøloven. Arbeidsmiljøloven hører inn under Arbeids- og inkluderingsdepartementet, og forslag av denne karakter må derfor rettes til Arbeids- og inkluderingsministeren.

For øvrig vises det til innstrammingene i regelverk for innleie fra bemanningsbyråer som trådte i kraft 1. april i 2023. Unntaket som ble gitt for innleie av helsepersonell var begrunnet i behov for å sikre forsvarlig drift av helse- og omsorgstjenester. Det er i flere omganger stilt styringskrav overfor regionale helseforetak om å redusere innleie, og samtlige helseregioner arbeider aktivt med dette.

*6. Stortinget ber regjeringen sikre at helseforetakene utarbeider retningslinjer for forsvarlighetsvurderinger av arbeidsmiljøet i samråd med fagforeningene og verneombud.*

Etter arbeidsmiljøloven har arbeidsgivere et ansvar for å sørge for et forsvarlig arbeidsmiljø. Jeg forutsetter at virksomhetene i spesialisthelsetjenesten driver sin virksomhet i tråd med gjeldende lov- og avtaleverk. Arbeidstilsynet kan både som eget tiltak eller gjennom varslinger fra tillitsvalgte, verneombud og ansatte gjennomføre tilsyn for å vurdere om arbeidsmiljøet oppfyller lovens krav. Jeg kan ikke se at det er behov for ytterligere retningslinjer innen dette området, og vil også peke på at helsesektoren har svært høy organisasjonsgrad og at det i sektoren er et godt samarbeid mellom arbeidsgiver og organisasjonene.

Med hilsen



Jan Christian Vestre



DET KONGELIGE  
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Statsråden

Helse- og omsorgskomiteén  
Stortinget  
0026 OSLO

Deres ref  
2025/1432

Vår ref  
25/1641-

Dato  
28. april 2025

**Dokument 8:179 S (2024-2025) – representantforslag om å rekruttere og beholde flere ansatte i helse- og omsorgssektoren**

Jeg viser til brev fra Helse- og omsorgskomiteén vedlagt Dokument 8:179 S (2024–2025) med et omfattende representantforslag om å rekruttere og beholde flere ansatte i helse- og omsorgssektoren fra representantene Marian Hussein, Grete Wold, Kathy Lie, Ingrid Fiskaa og Kirsti Bergstø.

Jeg vurderer at regjeringen har god innsikt i utfordringsbildet og det er utgangspunkt for det systematiske arbeidet som pågår. Regjeringen vil fortsette arbeidet med å sikre nok fagfolk til den offentlige helse- og omsorgstjenesten gjennom innsatsområdene som er framhevet i *Nasjonal helse- og samhandlingsplan (2024-2027)*: i) arbeidsmiljø og arbeidsvilkår; ii) hensiktsmessig oppgavedeling og effektiv organisering av arbeidsprosesser; og iii) rekruttering, kvalifisering og kompetanseutvikling. Det stramme arbeidsmarkedet vil gi konsekvenser for tjenesten som helhet, både i sykehus og kommuner. For at hele befolkningen også i framtiden skal ha tilgang til likeverdige helse- og omsorgstjenester, står tjenesten foran et viktig omstillingsarbeid som ikke kan løses ved økning i tilgang på personell alene. Fra statens side er det nødvendig med bred virkemiddelbruk for å støtte opp om sykehusenes og kommunenes evne til slik omstilling. Jeg vil under kommentere de ulike forslagene.

*Forslag 1: Stortinget ber regjeringen fremme forslag om å fjerne unntaket i arbeidsmiljøloven som åpner for tidsbegrenset innleie av helsepersonell, slik at man reduserer bruken av innleie og kommersielle vikarbyråer i helsesektoren.*

**Svar:**

For regjeringen er det et mål at helsepersonell som den klare hovedregel bør ansettes i hele og faste stillinger, direkte i et topartsforhold. Representantene har fremmet forslag om å fjerne unntaket i arbeidsmiljøloven som åpner for innleie av helsepersonell. Likelydende representantforslag ble fremmet for arbeids- og sosialkomiteen av Sosialistisk Venstreparti i mars 2024, jf. representantforslag 108 S (2023-2024). Forslaget fikk ikke flertall, og Stortinget vedtok isteden å «*be regjeringen utrede fjerning av unntaket for helsesektoren i regelverket for innleie, med sikte på å redusere bruken av innleie i helsesektoren, uten å svekke kommunenes og helseforetakenes evne og mulighet til å redusere ventetider og opprettholde en forsvarlig helsetjeneste*», jf. Innst. 296 S (2023-2024). Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet er i sluttfasen av denne utredningen, og regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

*Forslag 2: Stortinget ber regjeringen utarbeide nasjonale planer for å etablere flere interne bemanningsenheter ved helseforetakene og kommunale bemanningsenheter, og øke bevilgningene til dette formålet i statsbudsjettet for 2026.*

**Svar:**

Det er allerede etablert ulike former for interne bemanningsenheter ved de fleste helseforetak. Dette er et virkemiddel som bidrar til å redusere sårbarhet ved ulike former for fravær, og som gir mer fleksibel bruk av tilgjengelig personell og redusert bruk av innleie. Som forslagsstillerne peker på ved eksemplet fra Sykehuset Østfold, vurderes denne type enheter og tiltak å kunne bidra til en rekke positive effekter. Dette er tiltak innen bemanningsområdet som ivaretas innenfor de regionale helseforetakenes samlede økonomiske rammer og ansvar, og er ikke noe som er naturlig å skulle gi særskilte bevilgninger til eller utarbeide særskilte planer for.

Kommunesektoren har et selvstendig ansvar for å tilby et forsvarlig tjenestetilbud til sine innbyggere, og dette innebærer også et selvstendig ansvar for å ha rett kompetanse på rett plass. Kommunene står fritt til i egen regi, eller i samarbeid med andre kommuner, å etablere egne bemanningsenheter, vikarpooler eller ressursenheter. Bruk av faste vikarer er i dag vanligvis kommunenes førstevalg ved fravær. Regjeringen ønsker å bistå kommunene i deres arbeid for økt grunnbemanning, for redusert fravær og redusert bruk av vikarer. Gjennom blant annet *Nasjonal helse- og samhandlingsplan*, *Kompetanseløft 2025* og *Opptappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten* er det ulike tiltak med formål å understøtte kommunene i arbeidet med å rekruttere, utvikle og beholde personell. Blant annet skal kompetanse- og tjenesteutviklingstilskuddet, som forvaltes av statsforvalterne, bidra til å redusere mangelen på personell med relevant fagutdanning i omsorgstjenesten og til at kommunene organiserer tjenester, oppgaver og ansvar på en måte som sikrer best mulig utnyttelse av tilgjengelig personell og kompetanse. Strategisk kompetanseplanlegging er en viktig forutsetning for dette arbeidet, og siden 2023 har statsforvalterne hatt en regional koordinatorrolle for å gi støtte og veiledning til kommuner i deres arbeid med strategisk kompetanseutvikling. Økt bruk av heltid, god grunnbemanning

og hensiktsmessig oppgavedeling er vesentlig for å få ned fraværet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

*Forslag 3: Stortinget ber regjeringen gjennom et samarbeid med KS og arbeidstakernes organisasjoner opprette et nasjonalt program for økt grunnbemanning i helse- og omsorgstjenesten. Programmet må inneholde konkrete tiltak for å bidra til lokalt forankrede prosjekter for økt grunnbemanning og mindre vikarbruk.*

**Svar:**

Regjeringen er opptatt av å skape en heltidskultur, redusere vikarbruken og øke kontinuiteten i den kommunale omsorgstjenesten. Faste, hele stillinger skal være hovedregelen i norsk arbeidsliv. Ufrivillig deltid og manglende heltidskultur er et stort problem, og det rammer særlig kvinner. Økt omfang av heltidsstillinger gir muligheter for årsverksvekst, og virker i tillegg positivt på rekrutteringen til tjenestene, sykefraværet, vikarbruken og kontinuiteten i bemanningen. Regjeringen la i 2022 fram *Opptappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten* som gjennom å legge til rette for en god grunnbemanning vil bidra til at kommunene lykkes i å rekruttere og beholde personellet de trenger, og til å utnytte mulighetene som ligger i å kvalifisere egne ansatte gjennom grunn- og videreutdanning.

For å understøtte en heltidskultur er det etablert ulike statlige virkemidler. Tørn-programmet prøver ut ulike turnusordninger som bidrar til flere heltidsstillinger. Et annet attraktivt tiltak er kompetanse- og tjenesteutviklingstilskuddet. Formålet med tilskuddet er å bidra til å redusere mangelen på personell med relevant fagutdanning i omsorgstjenesten, for derigjennom å legge til rette for en bærekraftig omsorgstjeneste. Rekrutteringstiltakene *Menn i helse* og *Jobbvinner* bidrar til kvalifisering av ansatte i sektoren. Kompetanse er vesentlig for å beholde en stabil grunnbemanning og for å bidra til mindre bruk av vikarer.

Helseforetakene har ansvar for å sikre tilstrekkelig bemanning for å kunne ivareta drift av forsvarlige tjenester, og må løpende gjøre vurderinger av dette. Med hensyn til vikarbruk er det i flere omganger stilt styringskrav overfor de regionale helseforetakene om å kritisk gjennomgå behovene for innleie av personell og redusere dette. Dette arbeides det med i alle fire helseregioner.

*Forslag 4: Stortinget ber regjeringen opprette tilskuddsordning for helsefagarbeidere, omsorgsarbeidere og hjelpepleiere i kommunehelsetjenesten som vil ta klinisk retta fagskoleutdanning.*

**Svar:**

Måltrettet og tilpasset kompetanseutvikling av ansatte er vesentlig. Kompetanse blant ansatte i helse- og omsorgstjenesten er avgjørende for forsvarlige og trygge tjenester. Utdanning- og kompetansehevingsmuligheter i løpet av arbeidsforholdet er derfor viktig. Dette er

regjeringen opptatt av å kunne tilrettelegge for. Det finnes ulike kurs og opplæringsmuligheter for ansatte. Det er etablert flere aktuelle virkemidler som understøtter kompetanseutvikling i sektoren, slik som kurspakker gjennom *Nasjonalt senter for aldring og helse* som bidrar til utdanning av helsefagarbeidere.

Regjeringen har etablert kompetanse- og tjenesteutviklingstilskuddet som skal bidra til å utvikle bærekraftige og gode omsorgstjenester ved å understøtte tilgang på relevant fagutdannet personell. Tilskuddsordningen skal sette kommunene i stand til å gjennomføre kompetansehevende tiltak og utviklingsarbeid ut fra lokale forutsetninger og behov. Dette inkluderer grunn- og videreutdanning av ansatte i sektoren, herunder fagarbeidere som ønsker videreutdanning. Interessen for ordningen er stor blant landets kommuner og i 2025 er det bevilget 369,9 mill. kroner til ordningen som forvaltes av statsforvalterne. Regjeringen har i Meld. St. 23 (2024-2025) *Fornye, forsterke, forbedre. Framtidens allmennlegetjenester i akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus* vist til at det vil vurderes om dette tilskuddet i enda større grad kan legge til rette for å blant annet understøtte kompetanseutvikling gjennom yrkesfaglig opplæring av ansatte i tjenestene.

Fagarbeidere utgjør en viktig arbeidskraft i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Helsefagarbeideren er en viktig ressurs for bærekraften i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og formålet med regjeringens fagarbeiderløft er å bidra til å beholde personell i helse- og omsorgstjenesten gjennom å legge til rette for kompetanseutvikling med et yrkesfaglig utgangspunkt. Personell med høyere yrkesfaglig utdanning fra fagskole har tilegnet seg økt kunnskap og kompetanse, og denne kompetansehevingen må benyttes på tjenestestedet. Brukt riktig vil den kunne bidra til god kompetanseutvikling og mer hensiktsmessig oppgavedeling. Videre kan det understøtte en langsiktig karrierevei i sektoren.

De helsefaglige fagskoleutdanningene er praktisk rettet og utviklet i tett samarbeid med yrkesfeltet. Det betyr at utdanningene retter seg mot å heve kompetansen til studentene innenfor et definert fagområde, for eksempel demens og alderspsykiatri, barsel- og barnepleie, og bidrar til økt klinisk kompetanse innen det gitte fagområdet. Fagskolene er en av de aller viktigste aktørene for videreutdanning og kompetanseheving i helse- og omsorgssektoren. Fagskoleutdanningene er særlig rettet mot fagarbeidere, men også andre profesjonsutdanninger som sykepleiere og vernepleiere tar videreutdanning på fagskolenivå. Det vises for øvrig til omtale av fagarbeidere, og herunder spesialisering i klinisk helsefagarbeid i St. 23 (2024-2025) *Fornye, forsterke, forbedre. Framtidens allmennlegetjenester i akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus*.

Fagskolestudenter kan søke om å få lån og stipend til fagskoleutdanning som gir minst 30 studiepoeng på heltid. Regjeringen arbeider med en ny låneordning i Lånekassen, kalt kompetanselån, der det også gis støtte til kortere tilbud. Regjeringen har som mål at ordningene i Lånekassen skal være mer relevante for voksne som har behov for kompetansepåfyll gjennom arbeidslivet, spesielt dem som ikke får dekket utgiftene til dette fra arbeidsgiveren sin.

I 2024 opprettet regjeringen et treparts bransjeprogram for kompetanseutvikling i helse- og omsorgssektoren, etter anbefaling fra partene i arbeidslivet. Bransjeprogrammet skal bidra til å styrke kompetansen hos de ansatte i sektoren og sikre bedre tjenester til innbyggerne. Bransjeprogrammet for helse- og omsorgstjenestene har tildeling i slutten av april 2025.

*Forslag 5: Stortinget ber regjeringen i samarbeid med KS og arbeidstakernes organisasjoner inngå en forpliktende opptrappingsplan frem mot 2030 om å etablere lokale heiltidskulturer, herunder øke gjennomsnittlig stillingsstørrelser og øke heiltidsandelen innen helse- og omsorgstjenesten.*

**Svar:**

Gjennom ulike planer og føringer er det iverksatt flere innsatser for å møte personellutfordringene i tjenestene både på kort og lang sikt. Innenfor *Kompetanseløft 2025* er de ulike tiltakene ment å fremme rekruttering, kompetanse og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten.

Tørn-programmet er et tiltak som utforsker nye arbeids- og organisasjonsformer. Gjennom nye arbeids- og organisasjonsformer, mer hensiktsmessig oppgavedeling på tvers av tjenesteområder og nivåer og utprøving av ulike turnusordninger som gir flere heltidsstillinger, bidrar programmet til mer systematisk forbedringsarbeid og erfaringsdeling. Videre bidrar dette til å øke andelen heltidsstillinger, sikre bedre kvalitet for brukere og til mer effektivitet og større jobbtilfredshet for helsepersonellet.

*Forslag 6: Stortinget ber regjeringen fastsette konkrete og målbare krav til høyere andel heltidsstillinger i helseforetakene.*

**Svar:**

Det er i flere omganger stilt krav til de regionale helseforetakene om å utvikle heltidskultur i helseforetakene og redusere deltid. Dette er det arbeidet godt med, samtidig som det representerer et langsiktig utviklingsarbeid. Det er også stilt krav om og pågår arbeid med utprøving av alternative arbeidstidsordninger. Det vurderes ikke å være hensiktsmessig å skulle standardisere eller kvantifisere krav innen området ytterligere.

*Forslagene 7, 8 og 9:*

- *Stortinget ber regjeringen kartlegge hvilke arbeidsmiljøfaktorer som fører til høyt sykefravær blant helsepersonell, og komme tilbake til Stortinget med tiltak for å redusere sykefraværet*
- *Stortinget ber regjeringen om å styrke det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet for helsepersonell, herunder bedre arbeidsforhold, mer fleksible arbeidstidsordninger, og opplæring i å håndtere både fysiske, psykososiale og organisatoriske arbeidsmiljøutfordringer.*

- *Stortinget ber regjeringen utarbeide en forpliktende plan og foreslå lovendringer for å styrke det psykososiale arbeidsmiljøet for helsepersonell i både primær- og spesialisthelsetjenesten.*

**Svar:**

Gode ansettelsesforhold, arbeidsvilkår og et godt og trygt arbeidsmiljø er grunnleggende for jobbtilfredshet og for å beholde fagfolk. Det er også viktig å ivareta personellet sine psykiske og fysiske helse, samt de ansattes trygghet på arbeidsplassen. Meld. St. 9 (2023-2023) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027* har arbeidsmiljø og arbeidsvilkår som ett av tre hovedinnsatsområder for å rekruttere og beholde fagfolk i helse- og omsorgstjenestene. *Opptrappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten* har som målsetning å bistå kommunene i å møte personellutfordringene i tjenestene både på kort og lang sikt. I tillegg er *Kompetanseløft 2025* en plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Gjennom ulike tiltak understøttes kommunene i dette arbeidet.

Tørn-programmet utforsker nye arbeids- og organisasjonsformer. Gjennom nye arbeids- og organisasjonsformer, mer hensiktsmessig oppgavedeling på tvers av tjenesteområder og nivåer, og utprøving av ulike turnusordninger som gir flere heltidsstillinger, bidrar programmet til mer systematisk forbedringsarbeid og erfaringsdeling. Videre bidrar programmet også til å øke andelen heltidsstillinger, mer effektivitet og større jobbtilfredshet for helsepersonellet. Økt omfang av heltidsstillinger gir muligheter for årsverksvekst, og virker i tillegg positivt på rekrutteringen til tjenestene, sykefraværet, vikarbruken og kontinuiteten i bemanningen.

Overfor regionale helseforetak er det i flere omganger stilt krav om å forsterke arbeid og innsats med å redusere sykefraværet i de respektive helseregionene. Etter pandemien har sykefraværet festet seg på et urovekkende høyt nivå, noe som ikke bare gjelder helsetjenestene, men store deler av arbeidslivet. I arbeid som gjøres regionalt og lokalt, er det naturlig å se hen til faktorer i arbeidsmiljø som kan føre til høyt sykefravær blant helsepersonell. At helsetjenesten gjerne er kvinneorienterte arbeidsplasser og at kvinner gjennomgående har et noe høyere sykefravær enn menn, at helsepersonell tidvis kan oppleve stor arbeidsbelastning, turnus- og arbeidstidsordninger og spesielle smitte- og restriksjonshensyn, er blant faktorer som kan spille inn. Sykefraværsårsaker og -sammenhenger er forhold som det både er forsket og forskes på. Det vurderes ikke å være hensiktsmessig med egen nasjonal kartlegging av arbeidsmiljøfaktorer som kan føre til høyt fravær. Her vises det til det brede arbeid som allerede pågår i helseforetakene innen området.

Utvikling og styrking av gode og trygge arbeidsmiljøer, samt gode arbeidsforhold og vilkår, er allerede satt på agendaen vis-à-vis spesialisthelsetjenesten. De regionale helseforetakene har fått i oppdrag å vurdere egnede områder for utprøving av alternative arbeidstidsordninger, og sette i verk tidsavgrensede utprøvinger med sikte på å vinne erfaringer. Arbeidet må skje i nært samarbeid med partene lokalt. Økt fleksibilitet i arbeidstidsordninger kan være et gode både for arbeidstakere og arbeidsgivere, gitt at dette

er basert på frivillighet for arbeidstakersiden og forankret i partssamarbeidet. Det er ønskelig å vurdere alternative arbeidstidsordninger som kan bedre den samlede ressursbruken og styrke andelen som jobber heltid. De regionale helseforetakene er oppfordret til å vurdere områder som kan være aktuelle for å prøve ut nye løsninger lokalt, som for eksempel langvakter.

Arbeidsmiljøloven og løpende HMS-arbeid i de ulike virksomhetene i helse- og omsorgstjenesten, rommer forhold som forslagsstillerne peker på. Det vurderes ikke som hensiktsmessig eller aktuelt å skulle utarbeide en særskilt plan eller å foreslå lovendringer som det fremkommer av forslaget. Arbeidsmiljøloven er dessuten også nylig endret for å bedre romme og ivareta psykososiale arbeidsmiljøaspekter.

*Forslag 10: Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget med en plan om å forbedre oppgavedelingen mellom yrkesgrupper i helsesektoren for å sikre bedre kvalitet for brukere, mer effektivitet, bedre økonomi og større jobbtilfredshet for helsepersonellet.*

**Svar:**

Regjeringen vil fortsette arbeidet for å sikre nok fagfolk til den offentlige helse- og omsorgstjenesten gjennom innsatsområdene: i) arbeidsmiljø og arbeidsvilkår; ii) oppgavedeling og effektiv organisering; og iii) rekruttering, kvalifisering og kompetanseutvikling. Gjennom ulike tiltak iverksatt gjennom blant annet Meld. St. 9 (2023-2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027*, *Kompetanseløft 2025* og *Opptappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten*, jobbes det godt i helse- og omsorgstjenestene for å fremme hensiktsmessig oppgavedeling som skal sørge for riktig bruk av de ansattes tid og kompetanse.

Tørn-programmet er et tiltak som omfatter de kommunale helse- og omsorgstjenestene, spesialisthelsetjenesten og samhandlingen mellom disse. Formålet med Tørn er å utforske nye arbeids- og organisasjonsformer. Programmet har en ramme på 71,4 mill. kroner i 2025. Programmet skal bidra til en mer bærekraftig helse- og omsorgstjeneste hvor organisering av arbeid og kompetanse i større grad samsvarer med de reelle behovene i tjenesten. Gjennom nye arbeids- og organisasjonsformer, og mer hensiktsmessig oppgavedeling på tvers av tjenesteområder og nivåer, bidrar programmet til mer systematisk forbedringsarbeid og erfaringsdeling. Videre bidrar programmet til å øke andelen heltidsstillinger, sikre bedre kvalitet for brukere, og mer effektivitet og større jobbtilfredshet for helsepersonellet.

Tørn-programmet er delt inn i tre delprogrammer: Ett for kommunene, ett for spesialisthelsetjenesten og ett for samhandling mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten.

- Tørn kommune er et viktig tiltak for å understøtte kommunene i deres arbeid for å møte rekrutteringsutfordringene. Ved utgangen av 2024 deltok 125 kommuner over hele landet i ulike Tørn-nettverk, og det totale antallet kommuner som har vært eller er med er ca.

210. Tørn-programmet har hatt en positiv effekt i deltakerkommunene, og Helsedirektoratet rapporterer om svært gode resultat. Innenfor Tørn-programmet har partssamarbeidet, prosessveiledning og oppfølging vært en viktig del av arbeidsmetodikken som har vist seg å være svært vellykket.

- I Tørn i spesialisthelsetjenesten skal de regionale helseforetakene igangsette regionalt strukturerte arbeider for å fremme riktig oppgavedeling mellom personell og effektiv organisering. Ansattes kompetanse skal dokumenteres, ansvarsforhold som følge av oppgaveutførelse skal klargjøres og det skal foretas en kartlegging av hvilke oppgaver som kan og bør deles mellom ulike helsepersonellgrupper, inkludert vurdering av nødvendig helsefaglig kompetanse eller hvilke oppgaver som kan utføres av personell uten helsefaglig kompetanse.
- KS har ansvar for å lede delprogrammet for Tørn samhandling mellom de kommunale helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten, i tett samarbeid med de regionale helseforetakene. Formålet er å fremme riktig kompetanse og organisering av arbeidet på tvers av nivåer.

Som en del av Ventetidsløftet er det oppnådd enighet om flere oppgaver som i større grad kan deles mellom helsefagsgrupper, og det er utviklet egne premisser for hensiktsmessig oppgavedeling som partene har sluttet seg til. I tillegg skal Oslo Economist utrede gevinstene av å fjerne en rekke tidstyver i sykehus, innenfor flere områder som blant annet oppgavedeling og teknologi. De leverer sin rapport i slutten av april. De regionale helseforetakene har fått i oppdrag å forsere arbeidet med en effektiv arbeids- og oppgavedeling. Det skal ses hen til rapport utarbeidet av Ventetidsløftet og arbeidet i Tørn-programmet.

*Forslag 11: Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget med en tiltakspakke for hvordan den offentlige helse- og omsorgstjenesten skal forhindre at helsepersonell slutter i den offentlige helsetjenesten og går over i den kommersielle helsetjenesten.*

**Svar:**

De offentlige helse- og omsorgstjenestene skal være helsepersonells foretrukne arbeidsplass. Regjeringen har lagt frem Meld. St. 9 (2023-2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027* hvor overordnede politikk for å rekruttere, kvalifisere, utvikle og beholde helsepersonell presenteres. Før øvrig er personell og kompetanse sentralt tema i alle meldinger og øvrige arbeider fra Helse- og omsorgsdepartementet i inneværende stortingsperiode. Jeg vurderer at disse arbeidene samlet svarer ut forslaget om en tiltakspakke.

Helsepersonellkommisjonens utredning NOU 2023: 4 *Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*, viser at mangel på personell er den største utfordringen helse- og omsorgstjenesten står overfor. Det er i dag sterk konkurranse om arbeidskraft mellom spesialisthelsetjenesten, de kommunale helse- og omsorgstjenestene og privatfinansierte leverandører av helse- og omsorgstjenester. Utfordringene med mangel på

personell vil være størst i den kommunale omsorgstjenesten. Regjeringen deler Helsepersonellkommisjonens analyse av et stramt arbeidsmarked for alle sektorer framover, og at helse- og omsorgstjenestenes andel av samfunnets totale arbeidsstyrke ikke vil kunne fortsette å øke vesentlig. Som følge av den demografiske utviklingen må man belage seg på nye løsninger.

Det er også innført krav om at privatfinansierte spesialisthelsetjenester og privatfinansierte kommunale helse- og omsorgstjenester skal registrere aktiviteten sin i Norsk pasientregister (NPR) og kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Dette vil gi oss bedre kunnskap om og oversikt over befolkningens bruk av private helsetjenester.

Regjeringen vil fortsette arbeidet for å sikre nok fagfolk til den offentlige helse- og omsorgstjenesten gjennom tre overordnede innsatsområder:

- Å understøtte arbeidet med å fremme godt arbeidsmiljø og gode arbeidsvilkår. Dette er grunnleggende for jobbtilfredshet, for å beholde fagfolk, for å understøtte arbeidet med at fagfolk skal velge de offentlige helse- og omsorgstjenestene som arbeidssted og for å få fagfolk til å bli værende i tjenestene.
- Hensiktsmessig oppgavedeling og kompetanseutvikling for å fremme en effektiv organisering av arbeidsprosesser. Det innebærer å være bevisst på hvilken kompetanse som er nødvendig for å ivareta den enkelte oppgave og gjøremål. Arbeidsgiver må ha systematisk tilnærming til arbeidet. Hensiktsmessig oppgavedeling skal gjøres med utgangspunkt i fagarbeiderkompetanse. Det må også kontinuerlig vurderes om oppgaver kan løses på helt andre og personellbesparende måter, for eksempel ved bruk av kunstig intelligens, ved å automatisere arbeidsoppgaver og endre arbeidsprosesser som tidligere ble gjort manuelt.
- Å understøtte arbeidet med å sikre tilgang til riktig kompetanse gjennom rekruttering, kvalifisering og kompetanseheving. Mulighet for kompetanseutvikling er viktig for å beholde fagfolk i vår felles helsetjeneste. Alle personellgrupper har behov for formell og uformell kompetanseutvikling gjennom yrkeskarrieren, slik at tilgang til relevant spiss-, bredde- og generalistkompetanse sikres.

Regjeringen la i 2022 frem *Opptappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten* som følges opp gjennom *Kompetanseløft 2025*. Planene skal bidra til faglige sterke tjenester med tilstrekkelig og kompetent bemanning, samt bidra til å gjøre helse- og omsorgssektoren til en attraktiv arbeidsplass. Opptappingsplanen skal blant annet understøtte målet om mer heltid og faste stillinger. Heltid og faste stillinger gir stabilitet og trygghet for ansatte og brukere, økt mulighet til kompetanseheving og økt motivasjon. Det gir muligheter for årsverksvekst, og virker i tillegg positivt på rekrutteringen til tjenestene, sykefraværet, vikarbruken og kontinuiteten i bemanningen.

For å understøtte en heltidskultur er det etablert ulike statlige virkemidler. Tørn-programmet utprøver ulike turnusordninger som bidrar til flere heltidsstillinger. Formålet med programmet er å skape en mer bærekraftig helse- og omsorgstjeneste hvor organisering av arbeid og

kompetanse i større grad samsvarer med de reelle behovene i tjenesten. Gjennom nye arbeids- og organisasjonsformer, og mer hensiktsmessig oppgavedeling på tvers av tjenesteområder og nivåer, bidrar programmet til mer systematisk forbedringsarbeid og erfaringsdeling. Videre bidrar programmet til å øke andelen heltidsstillinger, sikre bedre kvalitet for brukere, mer effektivitet og større jobbtilfredshet for helsepersonellet. Rekrutteringstiltakene *Menn i helse* og *Jobbvinner* bidrar til kvalifisering og dermed også større jobbtilfredshet.

*Forslagene 12 og 14:*

- *Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget med en langsiktig og forpliktende plan om hvordan sikre faglig utvikling og kompetansetiltak for å kunne beholde helsepersonell, øke utdanningskapasiteten innen helse- og omsorgsutdanninger og øke rekrutteringen til helseutdanningene.*
- *Stortinget ber regjeringen legge fram en plan for en utvidelse av tilbudet om desentralisert sykepleierutdanning og desentralisert vernepleierutdanning.*

**Svar:**

Vi viser til at Stortinget tidligere har fattet lignende anmodningsvedtak, nr. 941, 20. mai 2021, om opptrappingsplan for studieplasser i helsefag. Dette ble gjort i forbindelse med behandlingen av Dok. 8:281 S (2020-2021) *Representantforslag om opptrappingsplan for helseutdanningene*, jf. [Innst. 419 S \(2020-2021\)](#). Oppfølging av anmodningsvedtaket er omtalt i Kunnskapsdepartementets Prop. 1 S (2024-2025), s. 40-41, og vurdert som fulgt opp.

Regjeringen fører en kunnskapspolitikk hvor det prioriteres å bygge sterke profesjonsutdanninger, herunder særlig helseutdanninger. Regjeringen har siden 2022 økt kapasiteten i prioriterte helseutdanninger med 235 studieplasser i medisin (inkludert videreføring av 80 studieplasser fra Utdanningsløftet 2020 som i utgangspunktet var midlertidige), 500 studieplasser i sykepleie (inkludert pålegg om å øke opptaket med 200 plasser innenfor gjeldende bevilgning), 20 studieplasser i fysioterapiutdanning, 20 studieplasser i vernepleie og 20 studieplasser i veterinærmedisin. Regjeringen har dermed samlet sett gjennom tiltak i statsbudsjettene i perioden 2022-2025 lagt til rette for 795 flere studieplasser innenfor helsefag.

I tillegg er rammebevilgningen til universitetene og høyskolene økt med 320 mill. kroner i samme periode, særskilt knyttet til økt satsing på desentralisert og fleksibel utdanning. Her er helseutdanninger blant de aktuelle områdene å øke slike tilbud innenfor. Formålet med disse midlene er at studietilbud skal bli enda mer tilgjengelig for folk som av ulike årsaker ikke kan studere ved en av de faste studiestedene, jf. Prop 1 S (2023-2024) for Kunnskapsdepartementet.

Universitetene og høyskolene er rammefinansierte og er selv ansvarlige for å vurdere hvordan de samlede midlene best kan disponeres for å møte de målene som er satt for

sektoren og den enkelte institusjon. Det inkluderer at institusjonene må vurdere hvordan de best kan bruke rammebevilgningen for å møte føringene som er satt for dimensjonering av utdanningene. I tildelingsbrevet til universiteter og høyskoler for 2025 vises det til at regjeringen forventer at institusjonene i disponeringen av rammebevilgningen fortsetter å videreutvikle studieporteføljen og dimensjonerer utdanningstilbudene med sikte på å møte behovene. I lys av det økonomiske handlingsrommet i statsbudsjettene nå og i årene fremover, har regjeringen lagt til grunn at det er nødvendig å omprioritere innenfor gjeldende budsjetttrammer for å skape rom for nye satsinger og finne inndekning for økte utgifter. Dette gjelder også for universitets- og høyskolesektoren. I tildelingsbrevene vises det videre til at regjeringen legger vekt på at universiteter og høyskoler i større grad må ta ansvar for å prioritere satsinger og håndtere utgiftsendringer med omdisponeringer innenfor institusjonenes samlede rammer, også på tvers av enhetene.

Regjeringen forventer at universiteter og høyskoler følger opp *Langtidsplanen for forskning og høyere utdanning*, hvor helse er en av de tematiske prioriteringene, i sin dimensjonering. Forventningen om at institusjonene prioriterer helsefag, er videreført og forsterket de siste årene, jf. Meld. St. 14 (2022—2023) *Utsyn over kompetansebehovet i Norge* (utsynsmeldingen) og Meld. St. 19 (2023—2024) *Profesjonsære utdanninger over hele landet* (profesjonsmeldingen). Dette er særlig viktig i en situasjon fremover med store demografiendringer og hvor Norge vil mangle arbeidskraft, jf. Meld. St. 31 (2023—2024) *Perspektivmeldingen 2024*.

Som pekt på over forventer altså regjeringen at institusjonene videreutvikler studieporteføljen for å nå de forventningene som er satt for sektoren om prioriterte utdanningsområder, som omfatter både økt utdanningskapasitet i helsefag og desentraliserte og fleksible utdannings-tilbud. *Langtidsplanen for forskning og høyere utdanning* og andre stortingsmeldinger, tildelingsbrev mv. legger føringer for institusjonene slik omtalt over, men budsjetttiltak er ettårige og fattes i forbindelse med de årlige statsbudsjettene. Eventuelle ytterligere grep i statsbudsjettene i årene fremover må vurderes i de årlige budsjettprosessene.

I dag eksisterer det mange tilbud om desentraliserte sykepleierutdanninger, og noen desentraliserte vernepleierutdanninger. I 2025 ble det i Samordna opptak utlyst sykepleier-utdanninger ved 34 ulike studiesteder i Norge. Dette tilsier at sykepleierutdanningen i dag er tilgjengelig over store deler av landet. Vernepleierutdanningen ble i 2025 utlyst ved 16 ulike studiesteder, og er også en utdanning som er tilgjengelig over store deler av landet. De ulike studiestedene er listet opp som vedlegg.

En betydelig flaskehals for å øke antall studieplasser innenfor helseutdanningene i dag er tilgang til praksisplasser. Helseutdanningene er utdanninger med store innslag av praksis og for mange utdanningsinstitusjoner er det en utfordring å skaffe tilstrekkelig med praksisplasser av god kvalitet. Derfor er en forutsetning for å kunne trappe opp antall studieplasser i helseutdanningene, at det også er tilgjengelige praksisplasser. Regjeringen utreder, som oppfølging av profesjonsmeldingen, om finansieringen av praksis i profesjons-utdanningene bør endres.

Rekruttering og mulighet for kompetanseutvikling er viktig for å beholde fagfolk og sikre et godt tjenestetilbud til befolkningen. Alle personellgrupper har behov for formell og uformell kompetanseutvikling gjennom hele yrkeskarrieren, slik at tilgang til relevant spiss-, bredde- og generalistkompetanse sikres. Det er også et stort behov for kompetanseutvikling og kvalifisering av personell som ikke har formell helsefaglig kompetanse. For å bidra til en bærekraftig omsorgstjeneste med nok årsverk og hvor de ansatte har relevant utdanning, har regjeringen lagt fram *Opptappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten*. Målet med opptappingsplanen er å bistå kommunene i arbeidet med å løse personellutfordringene i tjenesten. Et viktig tiltak er regjeringens kompetanse- og tjenesteutviklings-tilskudd som skal bidra til å redusere mangelen på personell med relevant fagutdanning i omsorgstjenesten. Opptappingsplanen skal følges opp gjennom *Kompetanseløft 2025* og skal ses i sammenheng med oppfølging av Meld. St. 24 (2022–2023) *Felleskap og meistring – Bu Trygt heime*.

Arbeidsgiver må jobbe systematisk med kompetanseutvikling og livslang læring for sine ansatte. Kompetanseutviklingsarbeidet gir også et nødvendig kunnskapsgrunnlag for dimensjonering av behov for personell og til hensiktsmessig oppgavedeling, samt at det vil også kunne bidra til å dempe etterspørselen etter personell.

Lederne er de nærmeste til å kartlegge kompetansebehov på gruppe- og individnivå. Derfor må ledere ha god kompetanse i å planlegge og organisere arbeidsprosessene som skal ivaretas. Arbeidsgiver må kartlegge og være kjent med de ansattes kompetanse for å kunne identifisere behov for kompetanseutvikling og rekruttering.

De regionale helseforetakene har blant annet ansvar for å legge til rette for at helseforetak etablerer gode systemer for kompetanseutvikling og kompetanseplanlegging. Kartleggingene bør også kunne brukes på tvers av de regionale helseforetakene og gi et bedre sammenliknbart kunnskapsgrunnlag. De regionale helseforetakene skal også utarbeide en felles årlig rapport om personell, kompetanseutvikling og utdanning.

Kompetanseutvikling skal også bidra til kvalitet og pasientsikkerhet i tjenesteytingen. Det gir effekter i form av muligheter for bedre organisering og samarbeid i tjenestene, hensiktsmessig oppgavedeling, innovasjon, bedre arbeidsmiljø, faglig utvikling, motivasjon og trivsel på arbeidsplassen. Slik sett er kompetanseutvikling et virkemiddel for å rekruttere og beholde ansatte. Det er videre etablert en regional koordinatorrolle hos statsforvalterne for å gi støtte og veiledning til kommuner i deres arbeid med strategisk kompetanseutvikling.

*Forslag 13: Stortinget ber regjeringen i statsbudsjettet for 2026 styrke bevilgningene til avansert klinisk allmennsykepleie (AKS).*

**Svar:**

I Prop. 1 S (2024 – 2025) er det bevilget 15,5 mill. kroner til lønnstilskudd til kommuner som har ansatte som tar masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie (AKS). I tillegg har

Helse- og omsorgsdepartementet bevilget midler til Helsedirektoratet for å fremme rollen til AKS i kommunale helse- og omsorgstjenester. Videre er rollen til sykepleiere med masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie løftet frem i Meld. St. 23 *Fornye, forbedre, forsterke. Framtidens allmennlegetjenester og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.*

*Forslag 15: Stortinget ber regjeringen sikre kommunene rammer til å legge til rette for gode praksisplasser for lærlinger og helsepersonell under utdanning i kommunehelsetjenesten, og utrede en plikt for kommunene til å ta del i utdanningen av helsepersonell.*

**Svar:**

Praksisplasser er viktig for å understøtte kompetent personell i helse- og omsorgstjenesten. Helsepersonellkommisjonen viste blant annet til at det er behov for å heve kapasiteten og kompetansen innen praksisveiledning. Bedre tilgang på praksisplasser er også løftet i *Nasjonal helse- og samhandlingsplan*.

I 2022 inngikk regjeringen en avtale med KS om kvalitets- og kapasitetsøkning i praksis for helse- og sosialfagsstudenter for perioden 2022–2025. Dette på bakgrunn av behovet for bærekraftig utdanningskapasitet og mer målrettet bruk av studieplasser. Regjeringen og KS skal gjennom avtalen bidra til å øke kvaliteten og kapasiteten i praksis over hele landet for helse- og sosialfagsstudenter, i samarbeid med universiteter, høyskoler og kommuner. Avtalen er nå inne i sitt siste år. Avtalen har bidratt til økt fokus, gjensidig informasjon, økt kunnskapsgrunnlag og målretting av innsats. Tiltak omfatter blant annet etablering av en regional koordinatorrolle underlagt statsforvalteren for å støtte og veilede kommuner i strategisk kompetanseutvikling og det tidligere omtalte kompetanse- og tjenesteutviklings-tilskuddet. I 2023 ble det innført et nytt formål i tilskuddet som omhandlet bedre tilrettelegging av praksisplasser for helse- og sosialfagsstudenter. Bo- og reisestøtteordningen som ble innført i 2022 har gjort at universitetene og høyskolene har kunnet knytte til seg praksisplasser lengre unna studiestedet, og at studentene har blitt kompensert for lengre reisevei og eventuelt bolig i praksisperioden. Samlet har dette ført til at man kan ta i bruk praksisplasser flere steder, også i de kommunene som ikke er veldig nært et studiested.

Tilskudd til veiledning av studenter og ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er også et virkemiddel som understøtter gode praksisplasser. Tilskuddet skal bidra til å sikre kvaliteten på veiledere til blant annet praksisstudenter og derigjennom understøtte det å rekruttere og beholde ansatte i tjenestene. I tillegg kommer samarbeid med academia og kommunene. I 2025 ble det bevilget 10,3 mill. kroner til dette formålet.

*Forslag 16: Stortinget ber regjeringen utrede behovet for LIS1-stillinger frem mot 2035, og øke antallet stillinger i statsbudsjettet for 2026.*

**Svar:**

Behovet for stillinger for leger i spesialisering del 1 (LIS1), henger tett sammen med behovet for leger og det framtidige behovet for legespesialister. I oppdragsdokumentet for 2023 fikk de regionale helseforetakene i oppdrag å utarbeide en årlig felles rapport om personell, kompetanseutvikling og utdanning, som blant annet skal inneholde en nasjonal oversikt over behov for legespesialister. De regionale helseforetakene har kommet langt i å utvikle en strategisk modell for å analyse behov for leger og psykologer, og benytter Nasjonal bemanningsmodell (NBM) for å framskrive personellbehov. Når Helsedirektoratet gir Helse- og omsorgsdepartementet årlige innspill om utdanningskapasiteten i medisin, ser de også hen til behovet for LIS1-stillinger. Helsedirektoratets halvårslige statusrapporter for LIS1-stillinger viser at det fortsatt er langt flere søkere enn antall stillinger, og det har sammenheng med det store antallet som studerer medisin i utlandet. Økning i antall LIS1-stillinger bør primært begrunnes med behov i helse- og omsorgstjenestene, og ikke antall søkere på stillingene.

Tatt i betraktning pågående analyse- og utredningsarbeid som gjøres i de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet, vurderer jeg at det ikke er nødvendig å igangsette en ny særskilt utredning av behovet for LIS1-stillinger nå.

Det er i dag 1 219 LIS1-stillinger, etter at det ble opprettet ytterligere 34 nye stillinger i 2025. Fram til 2020 lå antall LIS1-stillinger stabilt på 950 stillinger. Med andre ord har det vært en betydelig økning på kort tid. LIS1-stillinger er kostbare og medfører økte kostnader over flere budsjettår. Eventuell opprettelse av nye LIS1-stillinger må vurderes helhetlig opp mot andre gode formål i helse- og omsorgstjenestene. En eventuell økning må også ta hensyn til kapasiteten til ytterligere økninger i kommunene og helseforetakene.

Regjeringen har endret spesialistforskriften, slik at det fra 1. januar 2025 er mulig for kommuner og helseforetak å inngå avtaler om å opprette egne LIS1-stillinger. Dette kommer i tillegg til stillingene som fastsettes av Helse- og omsorgsdepartementet, og innebærer at kommuner og helseforetak i fellesskap kan velge å opprette egne stillinger dersom det er lokalt behov. Dette er stillinger som med andre ord ikke avhenger av at det opprettes nye LIS1-stillinger gjennom statsbudsjettet.

Grunnet den omfattende kapasitetsøkningen som allerede har funnet sted de siste fem årene, muligheten for å opprette lokale stillinger og behovet for prioriteringer, mener jeg at Stortinget ikke bør be regjeringen om å øke antall LIS1-stillinger også i statsbudsjettet for 2026.

*Forslag 17: Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget med en plan for opplæring om teknologi og digitalisering for helsepersonell.*

**Svar:**

Regjeringen presenterte i *Meld. St. 9 (2023-2024) Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027* en ny strategi for digitalisering i helse- og omsorgstjenesten. Regjeringens strategi for digitalisering skal understøtte arbeidet med en helhetlig innsats, der kommuner, sykehus og andre offentlige og private aktører i helse- og omsorgstjenesten kan samarbeide om gode og sammenhengende pasientforløp. Økt bruk av digitale løsninger må bidra til å frigjøre tid for personell. For å løse nasjonale behov vil regjeringen ha raskere overgang fra planlegging til utprøving av digitale løsninger for å teste løsningskonsept tidlig, lære og justere kurs underveis i samarbeid med sektoren. Strategien skal støtte aktørenes overordnede ansvar for å yte gode, bærekraftige og likeverdige helse- og omsorgstjenester, samtidig som den stimulerer og bidrar til digital transformasjon i virksomhetene.

Regjeringen har fra 1. januar 2024 samlet myndighetsarbeidet med digitalisering og informasjonsforvaltning i Helsedirektoratet. Det er også etablert en helseteknologiordning som støtter det lokale ansvaret for innføring av teknologi i helse- og omsorgstjenesten. Det skal legges større vekt på arbeidet med standardisering, normering og veiledning for å gi leverandørene forutsigbarhet og bedre evne til å levere gode løsninger. Videre skal dette bidra til at kommunene kan anskaffe og innføre helseteknologi og gode journalsystemer som også har bedre evne til digital samhandling.

Det kan også ses hen til styringssystemet RETHOS og forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger. § 2 *Felles læringsutbytte* viser til at kandidaten skal ha «digital kompetanse og kan bistå i utviklingen av og bruke egnet teknologi både på individ- og systemnivå».

I tillegg viser jeg til foretaksmøtet med de regionale helseforetakene 19. februar 2025 der jeg i forbindelse med Ventetidsløftet påpekte at det er viktig at det fremdeles jobbes aktivt med tiltak som vil øke kapasiteten og effektiviteten også på lengre sikt, som for eksempel bedre ansvars- og oppgavedeling, fjerning av tidstyver, økt bruk av ny teknologi og digitale løsninger, behovsstyrt poliklinikk og digital hjemmeoppfølging, reduksjon av unødvendige kontroller, samt styrket langsiktig samarbeid med private aktører.

*Forslag 18: Stortinget ber regjeringen legge frem en plan for oppgradering av medisinskteknisk utstyr ved sykehusene.*

**Svar:**

Det er helseregionenes oppgave å planlegge for det framtidige tjenestetilbudet og sørge for at dette skjer innenfor overordnede rammer og føringer. Som styringsverktøy er de nasjonale helseplanene etablert. Siden den første helseplanen ble vedtatt av Stortinget i 2016, er det utarbeidet regionale og lokale utviklingsplaner for å videreutvikle helsetjenesten i tråd med Stortingets føringer. Utviklingsplanene utarbeides blant annet med bakgrunn i framskrivninger av behovet for kapasitet og bemanning. Dette danner grunnlag for ulike tiltak for utvikling av fag, tjenestetilbud, bygninger, utstyr og IKT.

Videre utarbeider de regionale helseforetakene økonomiske langtidsplaner for kommende 4-5-årsperiode. For investeringer er tidshorisonten lenger. De økonomiske langtidsplanene tar hensyn til blant annet utvikling i befolkning, sykdom og medisinsk teknologi, samt hvordan dette vil påvirke behov for helsetjenester. Her gjøres det prioriteringer knyttet til personell og kompetanse, bygg, utstyr, IKT og andre innsatsfaktorer, samt hvordan helseforetakene kan tilpasse virksomheten for å møte utfordringene innenfor gjeldende økonomiske rammer. De økonomiske langtidsplanene oppdateres årlig for å reflektere endringer og nye prioriteringer. Dette sikrer at helseforetakene kan tilpasse seg nye utfordringer og muligheter på en fleksibel måte.

Dagens finansieringsmodell understøtter helseforetakenes sørge for-ansvar, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1, som gir sykehusene ansvar for å se både drifts- og kapitalressursene i sammenheng. Det er lagt inn midler i basisrammen for å dekke investeringskostnader (avskrivninger). Det ligger dermed midler i basisrammen til de regionale helseforetakene som brukes til finansiering av nye investeringer, sparing og avdrag på tidligere lån. Forslaget fra representantene vil medføre at deler av midlene som i dag ligger inne til avskrivninger, trekkes ut av helseforetakenes basisrammer og legges til beslutning i Stortinget. Størrelsen på uttrekket vil avhenge av hvor en setter grensen for hvilke investeringer som skal besluttet særskilt av Stortinget.

De regionale helseforetakene og helseforetakene har ansvar for å bidra til at ressursene i spesialisthelsetjenesten utnyttes på best mulig måte. De har også ansvar for at å sikre gode spesialisthelsetjenester til befolkningen. Utstyr spiller en nødvendig og viktig rolle i sykehusene og er avgjørende for å sikre høy kvalitet på pasientbehandlingen. Det er derfor avgjørende at utstyrsbeslutninger gjøres nær der hvor behovet oppstår.

Uansett valg av styrings- og finansieringssystem, så er det prioritering av ressurser som er det avgjørende. Gjennom helseforetakenes utviklingsplaner og økonomiske langtidsplaner, er det utarbeidet systemer for å se ulike tiltak i sammenheng. Dette gir igjen grunnlag for gode prioriteringer. Selv om helseforetakene har prioritert oppgradering av bygg og utstyr i sykehusene, er det fremdeles ytterligere behov. Erfaringsmessig vil utskiftingstakten på utstyr være høyest ved gjennomføring av nye sykehusprosjekter.

En oppsplitting av ansvaret mellom investeringer og drift som representantene foreslår, vil føre til at sammenhengen mellom de ulike elementene som sammen er avgjørende for utviklingen av spesialisthelsetjenesten, blir delt. Utvikling av fag, tjenestetilbud, bygg, utstyr og IKT må sees i sammenheng for å kunne sikre utvikle en sykehusdrift til beste for pasientene og befolkningen.

*Forslagene 19 og 20:*

*Stortinget ber regjeringen legge frem en helhetlig strategi for det forebyggende arbeidet og*

*folkehelsearbeidet i helsesektoren, som skal bidra til å redusere presset på helsetjenestene mindre.*

- *Stortinget ber regjeringen styrke kommunenes arbeid med rehabilitering gjennom å vurdere hvordan staten bedre kan understøtte kommunenes arbeid med å sikre lovpålagt kompetanse, og etablere en forpliktende plan for opptapping i rehabiliteringstjenestene.*

**Svar:**

Jeg er enig i at forebygging er viktig og regjeringen løftet derfor frem forebygging i helse- og omsorgstjenesten som del av *Nasjonal helse- og samhandlingsplan*. I meldingen trekkes det frem regjeringens innsats for å fremme helse og prioritere tidlig innsats og forebygging i og utenfor helse- og omsorgssektoren. Dette er nødvendige satsinger for å dempe veksten i behov for helse- og omsorgstjenester og for å sikre en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste i hele landet.

Det er den senere tiden gitt flere oppdrag til Helsedirektoratet med formål om økt oppmerksomhet og kunnskap om forebyggende arbeid i helse- og omsorgstjenestene. Helsedirektoratet har blant annet fått i oppdrag å utrede hvordan omstilling til en mer forebyggende helse- og omsorgstjeneste systematisk kan støttes og evalueres, og videre gjøre en vurdering av om finansieringsordningene understøtter en forebyggende helse- og omsorgstjeneste. Helsedirektoratet har også gjort en gjennomgang av kunnskapsgrunnlaget for frisklivssentraler som nå ligger til vurdering hos Helse- og omsorgsdepartementet. Helsedirektoratet skal videre utrede bruken av «grønn resept», for eksempel med mer veiledet aktivitet og kosthold, og nye oppfølgingsmodeller til «grønn resept». Dette ses i sammenheng med oppdragene nevnt over.

Regjeringen har nylig lagt frem en stortingsmelding om allmennlegetjenesten (Meld st. 23 2024–2025), hvor det foreslås grep for å forbedre allmennlegetilbudet til personer med kronisk sykdom, økt pasientopplæring og egenmestring. Innen fysioterapi mener jeg det er behov for å styrke generalistkompetansen, og i meldingen foreslås det å legge til rette for at universitetene og høyskolene kan opprette en utdanning som svarer til disse behovene. Videre at det skal vurderes å opprette en nasjonal retningslinje for masterutdanning i klinisk allmennfysioterapi gjennom samarbeidet i styringssystemet. Det foreslås også å utrede om flere fysioterapeuter bør får tilsvarende mulighet som manuellterapeuter til å henvise til spesialisthelsetjenesten.

For øvrig er innsatsen utenfor helsesektoren viktig for å fremme folkehelse og for å fremme befolkningens helse og livskvalitet. Regjeringen følger opp folkehelsemeldingen med et bredt sett av tiltak.

Når det gjelder rehabiliteringstjenester i kommunen er det kommunene som har ansvar for å organisere tilbudene sine slik at de oppfyller deres lovpålagte oppgaver. Regjeringen har trukket frem viktighetene av rehabiliteringstjenester i *Nasjonal helse- og samhandlingsplan*. Ett viktig element er å jobbe for et bedre datagrunnlag for å kunne drive tjenesteutvikling. Dette jobber Helsedirektoratet med på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Videre

har regjeringen i samarbeidsavtalen med KS om helsefelleskapene, poengtert at forebygging, mestring, habilitering og rehabilitering er viktige tema i videreutviklingen av helsefelleskapenes arbeid med de prioriterte pasientgruppene. Jeg anerkjenner utfordringene som Riksrevisjonen finner i deres rapport om rehabilitering i helse- og omsorgstjenesten. Helsedirektoratet har i tildelingsbrevet for 2025 fått i oppdrag å lage en nasjonal handlingsplan for rehabilitering som blant annet skal følge opp funn i Riksrevisjonens rapport.

### ***Oppsummering***

Regjeringen har etablert en helhetlig politikk for å redusere presset på helse- og omsorgstjenestene, bidra til bærekraftig bruk av personellens tid og kompetanse og til en god rekruttering av personell til helse- og omsorgstjenesten. Dette mener jeg at vi kun kan oppnå ved å gjøre en samtidig, strategisk og systematisk arbeid innen innsatsområdene: i) arbeidsmiljø og arbeidsvilkår; ii) oppgavedeling og effektiv organisering; og iii) rekruttering, kvalifisering og kompetanseutvikling. I sum vurderer jeg at forslagsstillernes intensjon ivaretas i regjeringens pågående arbeid for å rekruttere og beholde ansatte i den offentlige helse- og omsorgstjenesten.

Med hilsen



Jan Christian Vestre