

Åsmund Arup Seip

# Bemanning og arbeidskraftstrategier i fire sykehus





## Bemanning og arbeidskraftstrategier i fire sykehus

Denne rapporten tar utgangspunkt i bemanningsutfordringene i helseforetakene, og spør hvilke arbeidskraftstrategier sykehusene har for å møte disse utfordringene. Gjennom intervjuer med arbeidsgiver og tillitsvalgte i fire sykehus ser vi på ulike strategier og tiltak for å sikre helsefaglig kompetanse i sykehusene både på kort og lang sikt. Det dreier seg om å rekruttere kompetanse og ivareta og beholde arbeidstakere. Sykehusene har et ansvar for å bidra til kompetanseheving og effektiv bruk av helsepersonellens kompetanse, og reorganisering av sykehusdriften kan bidra til å sikre dette.

Undersøkelsen forsøker å vise hvilke tanker og planer arbeidsgiver har med tiltakene, hvordan de lokale partene vurderer tiltakene og effekten av dem, og om arbeidsgiver og tillitsvalgte ser noen hindringer for at tiltakene skal fungere eller noen uønskede konsekvenser av dem.

# Innhold

<b>Forord</b> .....	<b>2</b>
<b>Sammendrag</b> .....	<b>3</b>
<b>Innledning</b> .....	<b>6</b>
<b>1 Problemstillinger og metode</b> .....	<b>7</b>
1.1 Metode.....	8
1.2 Presentasjon av de fire sykehusene .....	9
1.3 Rapportens innhold .....	11
<b>2 Rekruttering</b> .....	<b>13</b>
2.1 Profilering og markedsføring.....	13
2.2 Bruk av vikarer .....	16
2.3 Lønn som virkemiddel.....	18
2.4 Tilrettelagt arbeidstid.....	19
<b>3 Å ivareta og beholde arbeidstakere</b> .....	<b>23</b>
3.1 Arbeidsmiljø og kultur.....	23
3.2 Arbeidstidsordninger kan gi bedre effektivitet og arbeidsmiljø .....	26
<b>4 Utdanning og karriereveier for helsepersonell</b> .....	<b>29</b>
4.1 Hovedtrekk ved organiseringen av helsepersonellets utdanning.....	29
4.2 Kompetansekartlegging er en forutsetning for oppgavedeling .....	32
4.3 Breddekompetanse hos leger kan bidra til bedre sykehusdrift .....	36
<b>5 Reorganisere driften</b> .....	<b>40</b>
5.1 Endring av bemanningsrutiner.....	41
5.2 Driftsutfordringer knyttet til deltid og arbeidstid .....	44
5.3 Oppgavedeling er en viktig arbeidskraftstrategi .....	48
5.4 Omorganisering av sykehusdriften ved Finnmarkssykehuset.....	57
<b>6 Oppsummering</b> .....	<b>64</b>
6.1 Sykehusene må følge flere strategier samtidig.....	64
6.2 Hva kan vi lære av sykehusene om oppgavedeling? .....	68
<b>Referanser</b> .....	<b>70</b>

# Forord

Denne rapporten handler om bemanningsutfordringer i sykehus og hvilke strategier arbeidsgiver følger for å sikre nok kompetanse i dag og i framtiden. Rapporten er en case-studie av fire sykehus, og den er finansiert av Landsorganisasjonen i Norge.

Helsepersonellkomisjonens omfattende utredning av behovet for kompetanse i helseforetakene fra 2023 konkluderte med at bemanningsbehovet i sektoren ikke alene kunne løses med rekruttering av flere ansatte. Hvordan vi bruker kompetansen til arbeidstakerne, vil bli en viktig faktor for å sikre riktig kompetanse på rett sted i framtiden. Målet med denne rapporten er å belyse dagens arbeidskraftstrategier, utfordringer partene i sykehusene møter, og gjennom det bidra til diskusjonen om hvordan vi kan håndtere bemanningsutfordringene i det norske helsevesenet.

Jeg vil rette en stor takk til arbeidsgivere og tillitsvalgte som har stilt opp til intervjuer og delt sin kunnskap og sitt syn på bemanningsspørsmål og strategier med meg. En takk også til Arbeidsgiverforeningen Spekter, som har bidratt med dokumentasjon og kontaktinformasjon, og til Tone Fløtten (Fafo) og Nicholas Wilkinson (LO) som har kommentert rapportutkast. Alle feil og mangler er dog forfatterens ansvar.

Oslo, mai 2026

Åsmund Arup Seip

# Sammendrag

Denne rapporten er en kvalitativ casestudie av bemanningsutfordringer og arbeidskraftstrategier ved fire norske sykehus: Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN), Lovisenberg Diakonale Sykehus (LDS), Helse Bergen og Finnmarkssykehuset. Datagrunnlaget er 14 intervjuer med arbeidsgivere og tillitsvalgte fra Legeforeningen, Norsk Sykepleierforbund og Fagforbundet, supplert med offentlig tilgjengelig skriftlig materiale. Bakgrunnen er Helsepersonellkommisjonens (2023) konklusjon om at helsesektoren ikke kan løse framtidig kompetansemangel gjennom økt rekruttering og utdanning alene, men at sektoren må utnytte eksisterende kompetanse bedre.

## Rekruttering

Alle fire sykehus opplever rekruttering som en ressurskrevende og vedvarende utfordring. Riksrevisjonen fant i 2020 at 12,5 prosent av sykepleiere på sengepost sluttet årlig, og en høy turnover forsterker dermed rekrutteringsproblemet. Rekrutteringsstrategiene spenner fra profilering og markedsføring (egne presentasjonsvideoer, framheving av natur, fagmiljø eller diakonalt verdigrunnlag) til aktiv rekruttering av studenter i praksis. Lovisenberg har hvert år om lag 1000 studenter innom sykehuset og søker å ansette flest mulig. Geografisk nærhet mellom studiestedet og arbeidsstedet er en nøkkelfaktor. UNN utdanner mange av legene sine selv, og sykehuset opplever at overleger med lokal tilknytning er svært stabile.

Å ta i bruk vikarer er nødvendig når rekrutteringen svikter. I 2023 brukte offentlige helseforetak 1,7 milliarder på innleie fra vikarbyrå. Nord-Norge lå høyest med 3,9 prosent av lønnskostnader mot under 2 prosent i Helse Sør-Øst og Vest. Arbeidsgiverne og de tillitsvalgte er samstemte i at dette er uønsket. Det er dyrt, det svekker fagmiljøet og skaper uro på arbeidsplassen. Lovisenberg har kuttet ut vikarbyråer til fordel for egne tilkallingsvikarer.

Lønn brukes i begrenset grad som rekrutteringsvirkemiddel. UNN har erfart at lønnstilskudd bare virker kortsiktig, driver lønnen opp for alle institusjoner i regionen og er vanskelig å avvikle. Lønn brukes i noen grad til støtte under videreutdanning og for å holde på arbeidstakere. Helse Bergen tilbyr 90 prosent lønn under spesialsykepleierutdanning og UNN har en ordning der spesialsykepleiere over 62 år får full lønn i kombinasjon med redusert arbeidstid. Det har fått erfarne sykepleiere til å utsette pensjonering. Tilrettelagt arbeidstid (nordsjøturnus, 12-timersvakter) benyttes for å tiltrekke tilreisende arbeidskraft, men kan skape komplikasjoner knyttet til fordeling av vakter og inntekter mellom tilreisende og fastboende personell.

## Å beholde ansatte

Et godt fagmiljø og arbeidsmiljø er en nøkkelfaktor for å sikre stabil bemanning. Helse Sør-Øst RHF's analyse av turnover i 2025 viser at de fem viktigste grunnene til at ansatte slutter er måten virksomheten driftes på, lønn, manglende utviklingsmuligheter, ubalanse mellom jobb og privatliv, og mangel på støtte og oppfølging.

Det er en utfordring for sykehusene å rekruttere og beholde helsefagarbeidere. Helse Bergen vedtok i 2020 å doble andelen helsefagarbeidere. Resultatet ble at andelen sank. Forklaringen på dette er sammensatt: høy gjennomsnittsalder blant eksisterende helsefagarbeidere, avdelingsledere som har ansvar for å ansette helsefagarbeidere har for liten oppmerksomhet rettet mot rekrutteringsoppgaven, manglende rollemodeller og kulturelle hindringer. Nyansatte helsefagarbeidere som ikke finner sin plass i profesjonskulturen, slutter. Dette gir grunn til å tro at andelen helsefagarbeidere trolig må overstige en kritisk masse på den enkelte avdeling for at rekrutteringen skal bli selvforsterkende.

Arbeidstidsordninger er et gjennomgående spenningsfelt. Mange sykepleiere foretrekker å jobbe deltid og fylle opp til full stilling med ekstravakter. Det gir dem økt fleksibilitet. For arbeidsgiver skaper dette behov for deltidstillinger og vikarer i helgene. Norsk Sykepleierforbunds krav om at sykepleiere ikke skal jobbe oftere enn hver tredje helg oppleves av arbeidsgivere som et sentralt hinder for effektiv turnus. Arbeidsgiversiden ønsker mer fleksibilitet i bruk av arbeidstidsmodeller, mens fagforeningene legger vekt på at arbeidstidsordninger som går ut over arbeidsmiljølovens rammer må baseres på frivillighet. To EU-dommer om overtidsbetaling for deltidansatte kan få betydning for det norske regelverket ved å bidra til å endre bruken av deltid og kostnadene forbundet med bruk av deltidansatte til ekstravakter.

### **Kompetanseheving og karriereveier**

Det er stor forskjell på hvordan videreutdanningen er strukturert og hvordan kompetansen kartlegges hos de ulike helsepersonellgruppene. Leger har formaliserte, standardiserte spesialistløp. Sykepleiere, helsefagarbeidere og helsesekretærer har langt mer fragmenterte og lokalt forankrede opplæringsløp. Kompetansegodkjenning skjer på avdelingsnivå, varierer mellom sykehus og overføres ikke alltid ved jobbyte. Den nasjonale Kompetanseportalen tas nå i bruk for flere grupper, men godkjenning av kompetanse er fortsatt lokalt forankret. Lovisenberg innførte portalen for alle yrkesgrupper allerede i 2017. Helse Sør-Øst etablerte i 2025 et felles opplæringsprogram for helsefagarbeidere i legemiddelhåndtering. Det er ett skritt mot standardisering, men foreløpig regionalt avgrenset.

Et lite, men likevel viktig problem er mangel på breddekompetanse skapt gjennom økt legespesialisering. En utdanningsreform i 2017–2019 økte antall legespesialiteter fra 30 til 46. En arbeidsgruppe under Helse Vest RHF (2024) konkluderte med at breddekompetansen blant spesialister var svekket, og at dette kunne gjøre det krevende for sykehus å bemanne vaktlag. Mangel på breddekompetanse kan også gi oppstyking av behandlingsansvaret og svekke en helhetlig pasientvurdering. Gruppen anbefalte å styrke breddespesialitetene indremedisin og generell kirurgi.

### **Reorganisering**

Reorganisering av driften i sykehuset kan ses som en strategi for å bedre ressursutnyttelsen gjennom strukturelle endringer. Helse Bergen etablerte et bemanningssenter allerede i 2003. Det koordinerer ansettelse for hele sykehuset, tilbyr alle sykepleiere 100 prosent stilling og benytter kombinasjonsstillinger for å redusere vikarbruk.

Et annet eksempel er Finnmarkssykehuset som har reorganisert driften av sykehuset. Sykehuset hadde et kostnadsnivå som lå 42 prosent over landsgjennomsnittet og var avhengig av innleid arbeidskraft. Fra 2024 gjennomførte sykehuset en omfattende reorganisering der antall ledernivåer ble redusert fra fire til tre, antall enheter kraftig redusert (23 til 13 i Hammerfest), og turnusplanlegging sentralisert under HR. Budsjettunderskuddet ble redusert med 98,6 millioner i 2025, og innleiekostnader ble redusert betydelig sammenlignet med 2024. Ventetider gikk ned og aktiviteten opp. Et konkret delprosjekt ved Kirkenes sykehus økte antall proteseoperasjoner med 40 prosent gjennom en «3 x 3»-modell (tre operasjoner tre dager i uken) basert på standardiserte protokoller. Tillitsvalgte for Legeforeningen bestrider deler av arbeidsgiverens framstilling av resultatene.

### **Konklusjoner**

Større strukturelle endringer, iverksatt av sykehusets ledelse, kan bidra til bedre kompetanseutnyttelse. I mindre omfattende endringstiltak kan vi se et mønster i de fire sykehusene som ofte gjentar seg: strategier vedtas sentralt, men iverksettes ikke lokalt. Årsaker til dette kan være at sykehusene gjerne er organisert med en stor grad av lokal autonomi i avdelingene. Mangel på lederkompetanse og lederstøtte på avdelingsnivå, profesjonskulturens motstand mot endring i oppgavedeling og knappe ressurser til opplæring, kan bidra til å bremse iverksetting av arbeidskraftstrategier som partene sentralt er enige om. For å styrke oppgavedeling og helsefagarbeideres stilling spesielt, trenger man mer systematisk kompetansekartlegging, standardiserte opplæringsforløp på tvers av sykehus, og at gjennomføring av oppgavedeling er sterkere forankret hos ledelsen på alle nivåer. God rekruttering av helsefagarbeidere kan ikke gjøres enkeltvis, men krever en satsing for å nå en tilstrekkelig masse som kan skape et arbeidsmiljø som gir helsefagarbeidere en opplevelse av tilhørighet. Nyutdannede trenger også erfarne kolleger som kan fungere som forbilder og forme helsefagarbeidernes yrkesidentitet i sykehusene.

# Innledning

Lavere befolkningsvekst og flere eldre gjør at det kan bli mangel på arbeidskraft både i Norge og andre europeiske land i årene som kommer. Norge kommer til å trenge arbeidskraft både i industrien, i privat og offentlig tjenesteyting og i den offentlige forvaltningen. Der bemanningskrisen trolig kommer til å oppleves aller sterkest, er i de tjenestene som skal ta seg av eldre og syke i samfunnet. Det blir flere eldre per arbeidstaker, og et økende antall eldre vil trenge mer pleie og mer helsehjelp. Hvis vi får en slik utvikling, vil det bli behov for mer personell til å utføre pleie- og omsorgsoppgaver samtidig som sykehusene vil trenge kompetanse til å behandle flere eldre pasienter. Alle som jobber i og med helsetjenestene i dag står derfor overfor en utfordring: Hvordan skal vi sikre en god bemanning i sykehusene i framtiden?

Denne rapporten handler om tiltak for å rekruttere kompetanse og å utnytte bemanningen i sykehus bedre. Hva gjør arbeidsgivere i sykehus for å sikre tilgang på kompetanse og forberede virksomheten på et økende kompetansebehov i framtiden?

Arbeidsgivers strategier for å sikre bemanningen i sykehus vil variere ut fra hva slags virksomhet sykehuset har, hvor det er lokalisert og hvilken kompetanse som er tilgjengelig. Økonomiske faktorer, som sykehusets budsjettammer, vil også spille inn. Sykehus er komplekse virksomheter med sterke profesjonsgrupper og mange fagforeninger. For å få et best mulig bilde av arbeidsgivers strategier og hvilke forhold som påvirker gjennomføringen av disse strategiene, har vi i undersøkelsen som ligger til grunn for denne rapporten, invitert arbeidsgivere og tillitsvalgte ved fire helseforetak til intervju om bemanningsutfordringene i deres sykehus. Hva opplever de er utfordringene knyttet til å bemanne sykehusene? Ser de muligheter for endring, og har de selv makt og innflytelse til å bidra til å løse bemanningsutfordringene? Finnes det noen gode strategier for å sikre at sykehusene i framtiden får tilgang på tilstrekkelig kompetanse?

# 1 Problemstillinger og metode

Helsepersonellkommissjonen, som la fram sin utredning i februar 2023, ble nedsatt for å gi en vurdering av behovene for personell og kompetanse i helse- og omsorgstjenestene fram mot 2040. Kommisjonen slo fast at det allerede i dag er blitt et større press på personellet i helse- og omsorgstjenestene, og at den demografiske utviklingen framover vil «føre til utfordringer uten sidestykke for de kommunale omsorgstjenestene» (NOU 2023: 4, s. 12). Utviklingen vil føre til mangel på personell også i sykehusene, siden sykehusene og omsorgstjenestene ofte må konkurrere om den samme arbeidskraften. I tillegg kommer sykehusene til å oppleve vekst i etterspørselen etter tjenester, dels fordi den teknologiske utviklingen gjør at vi kan behandle stadig nye tilstander, og dels fordi eldre har et større behov for helsetjenester enn yngre. Antallet eldre over 80 år vil, ifølge Helsepersonellkommissjonen, øke med over 250 000 personer mellom 2020 og 2040.

Helsepersonellkommissjonen mente det ikke vil være mulig å dekke behovet for kompetanse i helse- og omsorgssektoren gjennom å utdanne flere leger og sykepleiere og å øke bemanningen vesentlig. Det ville i tilfelle trekke arbeidskraft ut av andre næringer, og det ville kunne svekke landets beredskap og utviklingen mot et grønt skifte i økonomien (NOU 2023: 4, s. 52). Kommisjonen pekte derfor på andre tiltak som kunne bidra til å øke tilgangen på kompetanse. Noen av forslagene er politiske tiltak på mer overordnet nivå, som å styrke folkehelsearbeid og forebygging eller å reorganisere sykehusstrukturen for å sikre fortsatt høy kvalitet på tjenestene (NOU 2023: 4, s. 16). Men Helsepersonellkommissjonen pekte også på tiltak som kan settes i verk i de enkelte omsorgs- og helseinstitusjonene. De er relevante for driften av sykehus i dag, og peker ut en retning ledelsen i helseforetakene kan følge for å sikre bemanningen ved sitt sykehus og i helsesektoren for framtiden. Eksempler på slike tiltak er arbeid for å øke heltidsandelen blant helsepersonell og å legge til rette for effektiv og riktig oppgavedeling mellom de ulike faggruppene. Kommisjonen mente det var viktig å organisere virksomhetene slik at de ble mer effektive, sørge for god oppgavedeling, gode arbeidsforhold og arbeidstidsordninger som gir god personellutnyttelse og trivsel, sørge for kompetanseheving og prioritere vekk mindre viktige oppgaver. I tillegg kunne bruk av teknologi bidra til å dempe personellbehovet (NOU 2023: 4, s. 16).

Klarer sykehusene å følge opp noen av disse forslagene? Hvilke arbeidskraftstrategier har sykehusene, og hvordan forsøker de å realisere dem? I denne undersøkelsen ser vi på hva som skjer i de enkelte foretakene for å sikre tilgang på kompetanse og best mulig utnyttelse av den kompetansen som er tilgjengelig. Strategiene for å sikre tilgang på kompetanse kan være både kortsiktige og langsiktige. Rapporten tar for seg fire overordnede problemstillinger:

1. Hvilke tiltak er iverksatt for å rekruttere kompetanse i sykehusene?
2. Hvordan forsøker sykehusene å ivareta og beholde arbeidstakere?
3. Hvordan brukes kompetanseheving til å sikre riktig kompetanse?
4. Hvordan reorganiserer sykehusene driften for å sikre riktig bruk av kompetanse?

For å få svar på disse spørsmålene er både arbeidsgiver og tillitsvalgte i et utvalg sykehus intervjuet i denne undersøkelsen. Ved å inkludere tillitsvalgte, og høre hvordan de vurderer arbeidsgivers strategier og tiltak, kan vi få en bredere forståelse av hvilke tiltak som er iverksatt og hvordan de har virket. Vi har også ønsket å få fram hvordan de ulike yrkesgruppene vurderer ulike tiltak, og hvilke synspunkter de har på hva som kan medvirke til at tiltakene ikke viker.

Undersøkelsen forsøker å vise hvilke tanker og planer arbeidsgiver har med tiltakene, hvordan de lokale partene vurderer tiltakene og effekten av dem, og om arbeidsgiver og tillitsvalgte ser noen hindringer for at tiltakene skal fungere eller noen uønskede konsekvenser av dem.

## 1.1 Metode

Undersøkelsen er en case-undersøkelse av fire sykehus: Lovisenberg Diakonale Sykehus AS (LDS), Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN), Helse Bergen og Finnmarkssykehuset. Den bygger på intervjuer i de fire sykehusene og skriftlig materiale som har vært offentlig tilgjengelig. Det skriftlige materialet har vært ulike typer rapporter, som årsrapporter, oppdragsdokumenter, plandokumenter og styrereferater fra helseforetakene. Vi har også sett på enkelte faglige utredninger og undersøkelser utgitt av helseforetak (også andre helseforetak enn de som er med i undersøkelsen), og brukt informasjon fra foretakenes nettsider. En liste over de skriftlige kildene som er benyttet er gjengitt til slutt i rapporten under referanser. Et videoopptak av et styremøte i Finnmarkssykehuset høsten 2025 har også vært brukt som kilde til sykehusets reorganisering og til reorganisering av ortopedvirksomheten ved sykehuset i Kirkenes, som er en del av Finnmarkssykehuset.<sup>1</sup>

Intervjuene i undersøkelsen ble gjennomført digitalt på Teams, og det ble gjort videoopptak. Vi inviterte arbeidsgiver til å stille med en representant, og sendte tilsvarende invitasjon til tillitsvalgte for Legeforeningen, Norsk Sykepleierforbund og Fagforbundet ved de fire sykehusene. I noen tilfeller valgte respondenten å ikke svare eller å avvise invitasjonen. Totalt sett ble det derfor gjennomført 14 intervjuer.

Arbeidsgiver/tillitsvalgt	Antall intervjuer
Arbeidsgiverrepresentant	3 intervjuer
Den Norske Legeforening	3 intervjuer
Norsk Sykepleierforbund	4 intervjuer
Fagforbundet	4 intervjuer

Arbeidsgivers representant var enten knyttet til personaladministrasjon i et sykehus eller satt i lederstilling for et sykehus i helseforetaket. Tillitsvalgte som ble intervjuet var enten hovedtillitsvalgt i et sykehus eller foretakstillitsvalgt. Fordi undersøkelsen bare omfatter fire sykehus, og at intervjuobjektene lett ville kunne gjenkjennes, valgte vi å ikke tilby anonymitet. Vi har imidlertid forsøkt å ikke eksponere intervjuobjektene mer enn

<sup>1</sup> Videoopptak fra styremøte i Finnmarkssykehuset 29.10.2025 var lagt ut på YouTube og ble gjennomgått i november 2025, men videoen er senere blitt fjernet fra nettstedet.

nødvendig. Sitater fra intervjuene er derfor markert med «arbeidsgiver» eller «tillitsvalgt». Hvis det ikke går fram av sammenhengen, er det ikke angitt nærmere hvilket sykehus eller hvilken organisasjon sitatet er knyttet til. Hensikten med intervjuene har ikke vært å undersøke enkeltsykehus eller enkeltorganisasjoner, men å få fram ulike synspunkter som kan representere mer eller mindre allmenne problemer. Sitatene er hentet enten fra notater fra samtalen eller fra videoopptaket. For å gjøre sitatene mindre muntlige og gi dem en bedre språklig flyt, har det være gjort mindre språklige endringer, men ikke slik at det endrer meningsinnholdet i samtalen. Større endringer er markert med tre prikker der ord mangler eller klammer der ord er satt inn.

## 1.2 Presentasjon av de fire sykehusene

De fire sykehusene som er med i undersøkelsen er valgt med tanke på at de er ulike i størrelse og beliggenhet. Helse Bergen og Lovisenberg er sykehus i storbyer, ett stort og ett mindre, mens UNN og Finnmarkssykehuset ligger i Nord-Norge, hvor det har vært særlig vanskelig å skaffe tilstrekkelig helsepersonell. Finnmarkssykehuset er tatt med i undersøkelsen fordi sykehuset har vært gjennom en reorganisering som blant annet hadde som mål å redusere vikarbruken og få til en mer effektiv bruk av de ansattes kompetanse. Målet har ikke vært å sammenlikne sykehusene, men å få fram ulike utfordringer knyttet til bemanning og hvilke strategier som er brukt for å møte utfordringene.

UNN, Helse Bergen og Finnmarkssykehuset er helseforetak som går inn under helseforetaksloven og som er eid av staten. De tre helseforetakene består alle av flere sykehus og enheter som yter spesialisthelsetjenester. I intervjuene har vi tatt høyde for dette, men har konsentrert oppmerksomheten om de største sykehusene i enheten, henholdsvis Tromsø sykehus, Haukeland sykehus og Hammerfest sykehus. Noen av tiltakene som beskrives i rapporten vil likevel også kunne omfatte andre sykehus og enheter innenfor helseforetakenes område. Lovisenberg sykehus er et ikke-kommersielt privateid sykehus med en langsiktig driftsavtale med Helse Sør-Øst regionale helseforetak.

Tabell 1 viser antall ansatte i de fire helseforetakene. I avsnittene nedenfor følger en kort beskrivelse av de fire sykehusene.

**Tabell 1 Antall ansatte og antall årsverk i helseforetakene. Kilder: Årsrapporter og nettsider.**

	Antall ansatte	Årsverk
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	9 000	7 200
Lovisenberg diakonale sykehus AS	2 700	1 864
Helse Bergen HF	14 000	11 700
Finnmarkssykehuset HF	2 600	1 840

### Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN)

UNN er et sykehus med rundt 9 000 ansatte som utfører 7 200 årsverk, og som har ansvar for å levere et bredt spekter av spesialisthelsetjenester i regionen (UNN, 2025b). Selv om Tromsø er en større by og en kommune med nærmere 80 000 innbyggere, kan

beliggenheten langt nord gjøre det særskilt utfordrende å rekruttere spesialistkompetanse innenfor alle typer behandling. Helseforetaket har ansvar for sykehusene i Harstad, Narvik og på Svalbard, samt flere behandlingssteder for psykiatri og rusbehandling og to distriktsmedisinske sentre (UNN, 2025c). UNN er et universitetssykehus, og har derfor særskilte oppgaver knyttet til forskning og utdanning av helsepersonell.

UNN satser på å utdanne selv de legene sykehuset trenger, og arbeidsgiver opplever at det er svært vanskelig å rekruttere ferdigutdannede spesialister fra andre sykehus. Arbeidsgiver peker i intervju på at legespesialister innenfor røntgen og psykiatri kan gå til et velfungerende marked for private tjenester. Dette påvirker tilgangen på arbeidskraft negativt for de offentlige sykehusene i regionen. Ifølge arbeidsgiver berører personellmangelen ved UNN flere grupper. Det er utfordrende å rekruttere sykepleiere, og dette gjelder særlig intensivsykepleiere og andre spesialsykepleiere. Audiografer er det mangel på i hele landet, og bioingeniører er det også krevende å få tak i, ifølge arbeidsgiver.

### **Lovisenberg Diakonale Sykehus (LDS)**

Lovisenberg sykehus har rundt 2 700 ansatte som fyller 1 864 årsverk (LDS, 2026). Sykehuset ble opprettet som en diakonal sykepleieanstalt i 1868 og er i dag et moderne ideelt eid sykehus i tett samarbeid med det offentlige helsevesenet. Etter at sykehusreformen ble vedtatt i 2002, har Lovisenberg Diakonale Sykehus operert med langtidsdriftsavtale med Helse Sør-Øst RHF, der formålet er å være lokalsykehus for flere bydeler i indre Oslo med tjenester i indremedisin, kirurgi, psykisk helse, og spesialisert rusbehandling (Antonsen, 2025; LDS, 2023a).

Selv om sykehusene i Oslo-regionen har bedre tilgang på kompetanse enn mange sykehus i distriktene, er det stor konkurranse om arbeidskraften. I intervju sier arbeidsgiver ved Lovisenberg sykehus at det i dag kan være vanskelig å få tak i sykepleiere til medisinske sengeposter, legespesialister innenfor barne- og ungdomspsykiatrien, og IKT-personell. Selv om det nok er lettere å rekruttere personell til sykehus i Oslo enn mange andre steder i landet, opplever arbeidsgiver at bemanningen er utfordrende og at det er særlig vanskelig å sikre bemanning av alle yrkesgrupper om sommeren.

### **Helse Bergen**

Helse Bergen HF er et helseforetak underlagt det regionale helseforetaket Helse Vest RHF. Helse Bergen omfatter en rekke enheter i regionen, som Haukeland universitetssykehus, Voss sykehus og Sandviken sykehus, men all aktiviteten er organisert som deler av Haukeland universitetssykehus (Helse Bergen HF, 2025a). Helseforetaket har rundt 14 000 ansatte som leverer 11 700 årsverk (Helse Bergen HF, 2023).

I intervjuene nevner tillitsvalgte at det kan være vanskelig å få tak i både leger og sykepleiere. Det er vanskelig å få ansatt nok leger i spesialisering (LIS-leger), og også spesialister innen gastrokirurgi, patologi og psykiatri kan være utfordrende å få tak i. Blant sykepleierne er det særlig intensivsykepleiere og andre spesialsykepleiere som er vanskelig å rekruttere. Tidligere manglet sykehuset operasjonssykepleiere. Det oppleves også vanskelig å holde på erfarne sykepleiere på sengepost. Det er også mangel på helsefagarbeidere med lærlingansvar, noe som gjør det vanskelig å tilby lærlingplasser.

## **Finnmarkssykehuset**

Finnmarkssykehuset HF ligger under Helse Nord RHF og har ansvar for spesialisthelsetilbudet i Finnmark. Foretaket har over 2 600 ansatte som til sammen arbeider rundt 1 840 årsverk.<sup>2</sup> Det er ett av Norges minste helseforetak, men det skal dekke hele Finnmark fylke. Pasientgrunnet er en befolkning på 75 000.

Finnmarkssykehuset har ett sykehus i Hammerfest og ett i Kirkenes, i tillegg til klinikk i Alta og i Karasjok. Klinikken i Alta har tilbud både innenfor somatikk, psykiatrisk helsevern og rus/avhengighet (Finnmarkssykehuset HF, u.å.a). Sámi klinikk i Karasjok gir et tilbud spesielt rettet mot samiske pasienter ved hjelp av både faste og tilreisende spesialister (Finnmarkssykehuset HF, u.å.b). På grunn av at fylket har en liten og spredt befolkning, har sykehuset opprettet det de kaller «et digitalt sykehus». Det digitale sykehuset tilbyr pasientene behandling der de bor eller på det lokale legekontoret, når det er mulig. Det er bygget et nytt sykehuset i Hammerfest som sto ferdig til formell innflytting i januar 2025.

Arbeidsgiver opplyser at Finnmarkssykehuset over lengre tid har hatt store utfordringer knyttet til rekruttering både av leger og sykepleiere, og har måttet belage seg på bruk av innleie fra bemanningsforetak. Dette har hatt store økonomiske konsekvenser som sykehuset nå har forsøkt å få kontroll over gjennom å reorganisere driften.

### **1.3 Rapportens innhold**

Sykehusene får sitt oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet gjennom de regionale helseforetakene, som har ansvaret for helseforetak i sin region. I oppdragsbeskrivelsen fra departementet står det at et innsatsområde for den offentlige helsetjenesten er «rekruttering, kvalifisering og kompetanseutvikling» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2025, s. 10). Alle de regionale helseforetakene sender oppdraget fra departementet videre til sykehusene gjennom sine bestillinger til de underliggende helseforetakene. Disse bestillingene kan ses som et krav til ledelsen i sykehusene om å utvikle en arbeidskraftstrategi for å sikre kompetanse i sykehusene og utnytte ressursene på best mulig måte. En slik strategi kan omfatte flere elementer:

- rekruttere personell utenfra gjennom ansettelse eller innleie
- ivareta ansatte slik at de blir i stillingen (eller i annen stilling i helseforetaket)
- tilby kompetanseutvikling (internt eller eksternt) for å sikre rett kompetanse
- reorganisere virksomheten, for eksempel gjennom oppgavedeling, slik at kompetansen blir brukt på best mulig måte

Det er de enkelte helseforetakene som er ansvarlige for å legge en strategi for å sikre tilgangen på kompetanse. Noen beslutninger blir derfor tatt på foretaksnivå av styret eller administrasjonen i helseforetaket, gjerne i samråd med de tillitsvalgte. Men der foretaket består av flere sykehus eller enheter, er det ofte det enkelte sykehuset som må iverksette de sentrale planene og beslutte hvem som skal rekrutteres eller hvem som skal tilbys kompetanseutvikling. I sykehus som består av flere klinikker eller avdelinger kan det være den enkelte klinikk eller avdeling som sitter med ansvar for å ansette og

---

<sup>2</sup> Tallet for årsverk er fra 2023 ifølge sykehusets nettsider.

legge arbeidsforholdene til rette for arbeidstakerne. Haukeland sykehus i Bergen hadde i 2018 hele 28 divisjoner, klinikker eller avdelinger som rapporterte til administrerende direktør. Størrelsen varierte mellom 3 og 110 årsverk (Helse Bergen HF, 2018, s. 9). Å implementere en arbeidskraftstrategi i et helseforetak eller et sykehus kan dermed være en meget kompleks og krevende oppgave som involverer ledere på mange nivåer.

Rapporten som følger er inndelt i fire kapitler samt en oppsummering. Hvert kapittel tar for seg sykehusenes utfordringer og strategier knyttet til ulike måter å sikre tilgang på kompetanse. De ulike temaene og tiltakene som beskrives kan ha relevans for flere strategier. For eksempel vil arbeidsmiljø ha betydning både for virksomhetens evne til å rekruttere og beholde arbeidstakere, og bruk av vikarer og deltidsansatte kan være relevant både under rekrutteringen av kompetanse og for å sikre effektiv drift av et sykehus. De ulike temaene henger sammen og vil dermed kunne dukke opp i flere kapitler.

Kapittel 3 handler om rekruttering og hvilke strategier sykehusene følger for å sikre tilgang på riktig kompetanse. Kapittel 4 tar opp ulike sider ved det å ivareta ansatte og sørge for at de blir værende som helsepersonell ved sykehuset. Kapittel 5 ser på hvordan arbeidsgiver og tillitsvalgte opplever spørsmål knyttet til utdanning og karriereveier som viktige for å sikre riktig kompetanse. Selv om sykehusene selv er utdanningsinstitusjoner og har et stort ansvar knyttet til utdanning av helsepersonell, er også utdanningsinstitusjonene og myndighetene viktige aktører. De legger rammene for utdanningen og skal samarbeide med sykehusene om å sikre riktig kompetanse.

Kapittel 6 handler om strategier for å gjøre ting på andre måter slik at kompetansen som helsepersonell har blir utnyttet på best mulig måte. Det kan dreie seg om å effektivisere rekrutteringsprosessen og se hele sykehuset som arbeidsplass, ikke bare den enkelte sykehusavdeling eller sengepost, og det kan dreie seg om å se om de enkelte oppgavene helsepersonellet har kan løses på en bedre måte gjennom oppgavedeling. En strategi kan også være å reorganisere driften for å etablere en mer effektiv ledelse og koordinering av sykehusets ressurser på tvers av avdelinger.

Avslutningsvis kommer et kapittel 7 som viser hvordan sykehusene er nødt til å følge mange strategier samtidig. Kapitlet peker på hva arbeidsgiver og tillitsvalgte mener er viktig for å lykkes med å sikre sykehuset framtidig kompetanse og hvilke faktorer som gjør det vanskelig å lykkes med strategiene.

## 2 Rekruttering

Rekruttering er en viktig del av det å skaffe kompetanse til en virksomhet. Alle de fire sykehusene i denne undersøkelsen understreker at rekruttering er utfordrende og at det krever mye ressurser, ikke minst fordi mange ansatte slutter i løpet av et år. Riksrevisjonen gjennomførte i 2018 og 2019 en undersøkelse av de somatiske sykehusene i Norge. Den viste at mange av sykehusene strevde med å beholde sykepleiere, og at de derfor stadig måtte rekruttere nye. Registeranalyser viste at 12,5 prosent av sykepleierne på sengepost og 10 prosent av jordmødrene i gjennomsnitt sluttet i sykehusene i løpet av et år (Riksrevisjonen, 2020, s. 20). Ved 25 prosent av sengepostene lå turnover på over 20 prosent for sykepleierne. Blant spesialsykepleiere var tallene lavere, og det var stor variasjon sykehusene imellom. I flere av intervjuene i undersøkelsen vår ble stor turnover blant noen av yrkesgruppene pekt på som et problem. Rekruttering var derfor en viktig oppgave.

### 2.1 Profilering og markedsføring

For å styrke rekrutteringen og sikre at de som søker jobb ved sykehusene finner en arbeidsplass de ønsker å være på, markedsfører sykehusene stillingene sine ved å trekke fram særtrekk ved det enkelte sykehuset.

Ved annonsering på nettsider og utlysning av stillinger er det vanlig at sykehusene framhever spesielle sider ved arbeidet i sykehuset, som interessante fagmiljøer, godt samarbeid eller godt miljø generelt. UNN har laget noen presentasjonsvideoer der fagpersoner forteller om jobben sin og det å bo i Tromsø. I disse videoene blir byliv med kultur og tilgang til vakker natur framhevet (UNN, 2025a). Det er tydelig at sykehuset ønsker å tiltrekke seg arbeidssøkere fra andre steder i landet, og at markedsføringen rettes inn mot å vise at både arbeidsplassen og byen er attraktiv. UNN tilbyr full stilling til alle sykepleiere og helsefagarbeidere. Dette har ifølge arbeidsgiver resultert i at sykepleiere har høyere stillingsprosent ved UNN enn ved sykehus i Sør-Norge. Mulighet for full stilling bidrar til å dempe turnover, og arbeidsgiver har inntrykk av at de ansatte er fornøyde med dette.

Også Finnmarkssykehuset framhever kulturliv og natur på sine nettsider. Hammerfest trekkes fram som verdens nordligste by, med aktivitet og et arbeidsliv som gjør at det er gode sjanser for at samboer eller ektefelle også kan finne seg en jobb (Finnmarkssykehuset HF, 2025a).

Helse Bergen legger på sin nettside for rekruttering vekt på mangfold, både når det gjelder arbeidstakernes nasjonalitet og faglige muligheter. Nettsiden lenker til informasjon om sykehuset som arbeidssted, mulighet for å leie bolig, forsikringsordninger og velferdstilbud (Helse Bergen HF, 2025b). Helse Bergen tilbyr også helsepersonellet fulle stillinger.

Lovisenberg sykehus skiller seg fra andre offentlige sykehus ved at det diakonale verdigrunnlaget skal ligge til grunn for driften. Målet er å kombinere et diakonalt kall om å hjelpe mennesker i nød med systematisk sykepleie og omsorg. I årsberetningen for

2022 legger styret ved LDS vekt på at sykehuset skal ha et bevisst forhold til et diakonalt verdigrunnlag og samfunnsansvaret overfor befolkningen som sykehuset skal betjene.

Kjerneverdiene kvalitet og nestekjærlighet skal realiseres i hverdagen, gjennom hvordan arbeidet utføres og hvordan pasienter, pårørende, samarbeidspartnere og kolleger blir møtt. (LDS, 2023b)

Dette verdigrunnlaget bruker sykehuset aktivt i rekrutteringen. Lovisenberg sykehus har i likhet med UNN laget videopresentasjoner. Viktige elementer som vises fram i tekst og bilder er tilknytningen til den diakonale historien og nestekjærlighet som verdi, og at sykehuset som storbysykehus har et mangfold både blant pasienter og ansatte (LDS, 2025). Ifølge arbeidsgiver kan sykehusets verdigrunnlag spille en positiv rolle for enkelte arbeidstakere med et kristent livssyn. Arbeidsgiver legger også vekt på at Lovisenberg sykehus har forsøkt å rekruttere helsefagarbeidere med bakgrunn i innvandrer-miljø, fordi disse gruppene utgjør en stor andel av sykehusets klientell.

Vi har jobbet ganske mye med å rekruttere og markedsføre oss overfor helsearbeidere med innvandrerbakgrunn. Det er viktig for oss. En stor del av vår pasientpopulasjon har innvandrerbakgrunn, og vi har brukt det aktivt i annonsering og rekruttering. 20 prosent av [vårt personell i] psykiatrien har innvandrerbakgrunn, og vi bruker både deres fagkompetanse og deres erfaring som første eller andre generasjon innvandrere. (arbeidsgiver)

Lovisenberg sykehus har også valgt å trekke fram fagfelt der sykehuset har spesialkompetanse og at sykehuset ikke har akuttmedisin, men planlagte operasjoner, og dermed mye behov for arbeid på dagtid. At det er vesentlig dagarbeid og mange spennende medisinske utfordringer for spesialister gjør, ifølge arbeidsgiver, at mange leger søker stillinger ved sykehuset. Sykehuset tiltrekker seg dessuten personell som er interessert i medisinske problemer som følger med pasienter i en sosialt utsatt og sammensatt befolkningsgruppe i Oslo indre øst, opplyser arbeidsgiver. Det er attraktivt å jobbe i avdelinger som har planlagt (elektiv) behandling. Det gir ifølge tillitsvalgte mer fri i høytider og ferier selv om man jobber turnus, og avdelinger med planlagt behandling får ofte flere søkere.

Sykehusene velger dermed ut særtrekk ved sykehuset eller kjennetegn ved den gruppen de ønsker å rekruttere i forsøket på å profilere seg og skille seg ut fra andre arbeidsgivere eller virksomheter. Profileringen kan bli en konkurranse med andre sykehus om å tiltrekke seg oppmerksomhet. Her spiller sosiale medier en økende rolle. Sosiale medier har blitt en viktig rekrutteringskanal, og store sykehus med mer ressurser kan få en fordel.

Oslo Universitetssykehus er [flinke] på sosiale medier. De har en stor kommunikasjonsavdeling. Vi gjør altfor lite på sosiale medier. (arbeidsgiver)

En annen viktig rekrutteringsstrategi for sykehusene er å forsøke å få studenter til å søke jobb ved sykehuset. Sykehusene har både sykepleierstudenter og legestudenter i praksis. Praksisen er en svært viktig del av studiene hvor studentene kan få prøvet den teoretiske kunnskapen i reelle situasjoner gjennom deltakelse og observasjon under veiledning. Under praksisen blir studentene kjent med sykehusene, og sykehusene forsøker å gjøre seg attraktiv som en framtidig arbeidsplass. Både arbeidsgivere og tillitsvalgte pekte på at studentene er en viktig rekrutteringsbase for sykehuset.

Hvert år har vi cirka 1000 studenter innom sykehuset, hvorav rundt 350 er sykepleierstudenter. Vi prøver å ansette så mange som mulig av dem. (arbeidsgiver)

For sykehusene kan det da være en fordel at utdanningsstedet ligger i samme område som sykehuset. En nær tilknytning mellom studentenes bosted, utdanningssted og sykehuset øker sykehusenes sjanse for at de blir et framtidig arbeidssted for studentene. Dette er særlig tydelig for sykehusene i Nord-Norge.

Ved UNN oppleves dette som svært viktig. Sykehuset er nødt til å utdanne mye av helsepersonellet selv. Da er det viktig at utdanningsinstitusjonene ligger i regionen og rekrutterer studenter fra sykehusenes lokalområde.

Det er sånn at vi er nødt til å utdanne legene våre selv. Vi klarer nesten ikke å rekruttere noen som er ferdig spesialister fra andre deler av landet. Vi utdanner dem selv. Det som er fordelen er jo da at de overlegene vi har, de er utrolig stabile. De [legene] som er utdannet hos oss og som går inn i overlegestilling, de blir. Det er nesten ikke turnover. Turnoveren handler om at de blir pensjonister. (arbeidsgiver)

Arbeidsgiver trakk også fram et eksempel på rekrutteringsproblemer som oppstår når utdanningsinstitusjonen ligger langt unna. Audiografer utdannes bare i Trondheim, og med mangel på audiografer i hele landet er det ifølge arbeidsgiver svært krevende å lokke audiografer til en stilling i Nord-Norge. Slike utfordringer knyttet til regional plassering kommer gjerne i tillegg til rekrutteringsutfordringer som gjelder hele landet. Knapphet på røntgenleger og psykiatere rammer nesten alle helseforetak. I 2023 rapporterte UNN om en akutt mangel på radiologer. Da hadde sykehuset ikke klart å skaffe vikarer via bemanningsbyråene (Hansen et al., 2023).

Betydningen av å ha utdanningsinstitusjoner for helsepersonell i tilknytning til sykehusene for å sikre en stabil rekruttering, er velkjent. Da den framtidige legekapasiteten i Norge ble utredet på begynnelsen av 1960-tallet, støttet professor Erik Waaler<sup>3</sup> opprettelsen av et universitet i Tromsø som kunne utdanne leger. Han mente det var viktig å rekruttere legestudenter fra landsdelen, og at utdanningsstedets beliggenhet ville ha betydning for hvor de senere ville jobbe: «Man løser ikke Nord-Norges legeproblem med en ytterligere utbygging i Oslo-området» (Innstilling, 1965, s. 16). Universitetet i Tromsø ble opprettet for skaffe landsdelen bedre tilgang til leger, og med etableringen av et universitet fikk sykehuset status som universitetsklinikk (Hjort, 1976).

---

<sup>3</sup> Erik Waaler (1903–1997) var lege og professor i patologi ved Universitetet i Bergen. Han var en forkjemper for opprettelsen av et medisinstudium ved Universitetet i Tromsø.

## 2.2 Bruk av vikarer

Bruk av vikarer er et alternativ til å rekruttere. Når sykehusene ikke klarer å rekruttere arbeidskraft, men trenger å fylle vakanser og ledige vakter, benytter de ofte vikarer. Vikarer kan engasjeres direkte eller leies inn fra bemanningsselskaper.

I 2023 brukte de offentlige helseforetakene i Norge til sammen 1,7 milliarder på å leie inn helsepersonell fra vikarbyråer (Hove, 2024). Lønns- og personalkostnadene samlet sett var på 103 milliarder. I Nord-Norge utgjorde sykehusenes kostnader til innleie en høyere andel av lønns- og personalkostnadene enn i de andre landsdelene. Sykehusene i Nord-Norge brukte også en noe høyere andel av lønnskostnadene til midlertidig ansatte vikarer (Hove, 2024).

I en rapport fra 2023 peker forskerne på tre hovedårsaker til høy vikarbruk i helse- og omsorgstjenestene (Moland et al., 2023). Mange ubesatte stillinger som følge av rekrutteringsproblemer er den viktigste grunnen til at sykehus må bruke vikarer. En annen utfordring er at grunnbemanningen i mange enheter er lav. Det fører raskt til behov for vikar når fast ansatte får fravær. Særlig i virksomheter som har problemer med å få helgeturnusen til å gå opp, skaper dette bemanningsproblemer. En tredje årsak til høy vikarbruk kan være høyt sykefravær. For sykehusene lå sykefraværet i 2021 over landsgjennomsnittet, og var høyest for ansatte som gikk turnus (Moland et al., 2023, s. 16, tabell 1.5).

Mens vikarbruken er størst i Nord-Norge, har sykehus i Sør-Øst-Norge et høyere forbruk av ekstrahjelp, det vil si vikarer som er ansatt ved sykehuset, men uten noen fast stillingsprosent (Hove, 2024). De hentes inn som vikarer ved behov. Forskjellen i bruk av vikarer med en fastsatt stillingsprosent og vikarer som tilkalles som ekstrahjelp gjenspeiler trolig forskjeller i arbeidsmarkedet. Helse Nord har en større andel lønnskostnader til både vikarer og overtid enn i de andre regionene. Det er derfor grunn til å tro at det er mer utfordrende for sykehusene i Nord-Norge å få dekket vaktene med faste ansatte personell som jobber innenfor normal arbeidstid enn i de andre regionene (Hove, 2024). En svært dårlig tilgang på arbeidskraft i Nord-Norge kan gjøre det nødvendig for sykehusene å leie inn eller ansette vikarer med større stillingsprosent. Det kan blant annet dreie seg om arbeidstakere som reiser til landsdelen for å jobbe der i en kortere periode, eller som reiser til og fra. En tillitsvalgt fortalte om svenske sykepleiere som tidligere kom til Nord-Norge for å jobbe i perioder:

Noen av dem gikk inn i en fast turnus med bare nattevakt og sånne ting. Så da skrev man jo det i en turnusavtale [...] at de fikk lov til å jobbe 54 timer i uka og litt kortere hviletid og sånn, men det var fordi at de ønsket det. Og så dro de tilbake og var borte noen måneder eller en stund. [...] Sykehuset har vært avhengig av vikarbruk, jeg tror egentlig i alle yrkesgrupper. (tillitsvalgt)

I regioner med et større arbeidsmarked og flere sykehus lokalisert innenfor en kortere reiseavstand, kan sykehusene i større grad belage seg på tilkallingsvakter. Det kan for eksempel være sykepleierstudenter som jobber som pleieassistenter eller

ferdigutdannede som er i en fast hel- eller deltidsstilling, men som ønsker mer arbeid eller som ønsker fleksibiliteten som stillingen som tilkallingsvakt kan gi (Nergaard et al., 2015).

Arbeidsgiverne vi har snakket med peker på at det er nødvendig å bruke vikarer for å dekke opp for uforutsett frafall og for å dekke opp vakter i helgene. Dette gjelder særlig yrkesgrupper det er krevende å rekruttere.

Ved Lovisenberg sykehus sier arbeidsgiver at det over tid har vært mye oppmerksomhet knyttet til innleie av arbeidskraft, og at dette toppet seg under Covid-19-pandemien. Sykehuset opplyser at de har benyttet vikarbyråer en periode, men har senere forsøkt å redusere vikarbruken og helt kutte ut bruk av vikarbyråer. Lovisenberg sykehus annonserer i stedet etter tilkallingsvakter (LDS, 2024).

Innleie av vikarer er særlig utbredt i sykehusene i Nord-Norge. I denne helseregionen utgjorde innleiekostnadene 3,9 prosent av de samlede lønns- og personalkostnadene i 2023. Til sammenlikning utgjorde andelen som gikk til innleie i Sør-Øst og Vest rundt halvparten. I Midt-Norge lå den på 0,87 prosent (Hove, 2024, Figur 1).

UNN er ett av helseforetakene som har benyttet vikarer mye. Arbeidsgiver gir uttrykk for at dette ikke er en ønskelig situasjon, men at det har vært helt nødvendig for sikre for-svarlig drift.

Sykepleiere er ei gruppe som vi har hatt store utfordringer med å klare å rekruttere, og hvor vi har brukt veldig mye innleie av vikarer. [...] Vi ønsker jo ikke å bruke vikarbyrå, men vi er helt tvunget til det. (arbeidsgiver)

I noen tilfeller opplever sykehusene at sykepleiere slutter i fast stilling for å begynne å jobbe i vikarbyråer. Ifølge arbeidsgiver velger både sykepleiere og leger å jobbe i vikarbyråer fordi det gir dem mulighet til selv å bestemme hvor mye de vil jobbe, og det kan også gi dem større innflytelse over når de må jobbe. For noen kan lønnen virker tiltrek-kende i vikarbyråer. Men tar man i betraktning at noen jobber veldig mange timer og at pensjonssparingen kan være lavere, er det ifølge en arbeidsgiver ikke sikkert det er mer lønnsomt.

Forskjellen mellom to prosent og 16–18 prosent [avsetning til pensjon] når du [som lege] tjener i hvert fall 1,5 millioner, blir ganske mange penger i løpet av noen år. (arbeidsgiver)

Arbeidstakerorganisasjonene trekker fram flere negative sider ved bruk av vikarer. Flere av kommentarene gjelder spesielt bruk av innleide vikarer fra byråer. Omfattende bruk av innleide vikarer oppleves svært negativt for arbeidsmiljøet. Det kommer inn nytt personale som ikke alltid er kjent i avdelingene eller på sengepostene. Det gjør arbeidssi-tuasjonen mer urolig for de andre ansatte, som ofte må bruke tid på å rettlede vikarer. Vikarer viser heller ikke stor interesse for å utvikle arbeidsmiljøet og skape forbedringer med tanke på framtiden.

De innleide legene tar bare det nødvendige og akutte her og nå, og driver ikke med langsiktig utviklingsarbeid. (tillitsvalgt)

Tillitsvalgte opplever også at bruk av innleid helsepersonell er dyrt for sykehuset.

Vi bruker innleide leger til å gå overtid og vakt, som jo er rådyrt. [Det fører til at] sykehusene igjen må spare i den normale driften for å dekke opp for de økte kostnadene ved denne typen innleie. (tillitsvalgt)

Dette blir, ifølge de tillitsvalgte, en ond sirkel der bevilgningene til sykehusene ikke brukes for å skape gode arbeidsbetingelser som gjør at helsepersonellet ikke ønsker å jobbe i faste stillinger, men fører heller til at de velger å jobbe som vikar i et bemanningsselskap.

### **2.3 Lønn som virkemiddel**

Å bruke lønn for å tiltrekke seg og beholde arbeidskraft er et virkemiddel som benyttes i offentlig sektor (Oslo Economics, 2024a). Det gjelder også helseforetakene. Inntrykket intervjuene i denne undersøkelsen gir, er at dette virkemiddelet bare brukes i begrenset grad.

Ved UNN har arbeidsgiver forsøkt å bruke lønnstilskudd som et rekrutteringstiltak og for å demme opp for økt bruk av vikarer. Ifølge arbeidsgiver er erfaringen er at bruk av lønnstilskudd bare virker en kortere periode. Tiltaket driver lønnen opp og etablerer en spiral der helseinstitusjoner i området må konkurrere med hverandre, uten at det gir noen effekt på tilgangen på arbeidskraft.

Men erfaringen er at det fungerer bare en veldig kort periode, og at lønnen drives opp hos alle. [...] I hovedsak så har ikke lønnstilskudd langvarig effekt. [...] Men når vi først har innført dem, så er det helt umulig å ta dem bort. (arbeidsgiver)

Arbeidsgiver peker på at det forekommer lønnskurransen fra private vikarbyråer som sykehusene ikke kan møte. Et mottrekk har vært å tilby direkteansatte en tilrettelagt arbeidstidsordning (se neste avsnitt). En av de tillitsvalgte pekte på konkurransen fra private virksomheter, og understreket at lønn og arbeidsvilkår må styrkes i offentlig sektor for å hindre lekkasje til private aktører.

I de spesialitetene hvor det er et privat marked, ... da går de jo ut dit [...] i den private helsetjenesten hvor de får ordna arbeidsforhold til en vesentlig bedre betaling. (tillitsvalgt)

En form for lønnstilskudd blir også brukt for å holde eldre arbeidstakere lenger i jobb. Sykepleiere har hatt en god pensjonsordning som har ført til at mange har valgt å gå av når de fyller 62 år. For å holde på spesialsykepleiere har det ved UNN vært en ordning innenfor noen områder der spesialsykepleiere over 62 år har fått 100 prosent lønn for 90 prosent arbeidstid, og etter de har fylt 65 år har dette økt til full lønn med 80 prosent arbeidstid. Dette har, ifølge sykehuset, bidratt til at en del sykepleiere har utsatt pensjoning og valgt å stå lenger i jobb.

Du får betalt for flere timer enn det du faktisk er på jobb, men det er jo for å ikke miste de erfarne sykepleierne. Det er spesialsykepleierne dette gjelder. [...] Før vi innførte dette, så vi at noen av dem sluttet hos oss, men så jobbet de i vikarbyrå, for de hadde egentlig arbeidskapasitet. (arbeidsgiver)

Flere tillitsvalgte gir uttrykk for at lønn i større grad burde brukes for å sikre rekruttering av leger og sykepleiere. En tillitsvalgt mente Oslo-sykehusene hadde en felles forståelse av hvordan lønn skulle brukes som virkemiddel, og at dette la begrensninger på de enkelte sykehusene.

HR-avdelingene samarbeider og blir enige om hva man kan gjøre på eget foretak, og så videre. Det gjør at vi ikke har så stort spillerom der. Det er nok en viktig del av sykehusenes samarbeid sykehusene imellom, så vi har ikke de store lønnsforskjellene. (tillitsvalgt)

Ifølge tillitsvalgte kan et alternativ til lønn være å tilby helsepersonell som jobber om natten mulighet for hvile, «powernaps», eller å tilby å jobbe langvakter hver fjerde helg. Dette oppfattes av noen som et «gode», men tillitsvalgt understreker at det ikke gjelder alle, og at slike tiltak bare bør benyttes når arbeidstaker ønsker det, og det passer inn i virksomhetens drift.

Lønn kan også brukes indirekte som et virkemiddel for å holde på arbeidstakerne. Helse Bergen tilbyr for eksempel lønn under videreutdanning til spesialsykepleier innenfor flere områder. Da får sykepleieren 90 prosent lønn under utdanning, og må under utdanningen forplikte seg til en 10 prosent stilling med jobb i helger og i høytider, samt 100 prosent stilling i fire uker om sommeren. Etter at utdanningen er ferdig har spesialsykepleieren rett til 100 prosent stilling, og binder seg til å jobbe i helseforetaket i to til tre år, avhengig av spesialisering (Helse Bergen HF, 2025c).

## 2.4 Tilrettelagt arbeidstid

Å tilrettelegge arbeidstiden for å tiltrekke seg arbeidstakere fra andre steder av landet er et virkemiddel brukt blant annet ved sykehusene i Nord-Norge. Når det er utfordrende å rekruttere helsepersonell, kan sykehusene legge til rette arbeidstiden både for legespesialister og sykepleiere. Dette er vanligvis arbeidstidsordninger som gjør det mulig for arbeidstakeren å jobbe intensivt i en periode, for så å ha en lengre periode fri til hjemreise. Eksempler kan være såkalt «nordsjøturnus», eller det kan være bruk av 12-timersvakter eller andre former for tilrettelagt arbeidstid som fastsettes i arbeidsavtalen. En vanlig rotasjon under nordsjøturnus, er to uker på jobb, fulgt av fire uker fri. Slike arbeidstidsordninger har vært mer vanlig i allmennlegepraksis, men er også tatt i bruk i sykehus (Prestgaard et al., 2024).

UNN er et av sykehusene som har benyttet nordsjøturnus for å dekke bemanningsbehovet i avdelinger med krevende vaktbelastning. Ansatte har jobbet lange vakter (typisk 12–13-timersvakter) over en 1–2 ukes periode, etterfulgt av en lengre sammenhengende friperiode. Dette er, ifølge sykehuset, først og fremst attraktivt for arbeidstakere som ikke bor i regionen og som ønsker intensive arbeidsperioder for å få lengre friperioder

når de bor hjemme. Nordsjøturnus kan, ifølge arbeidsgiver, også være interessant for friluftinteresserte arbeidstakere som ønsker lengre friperioder til aktiviteter i nordnorsk natur. I tillegg til Nordsjøturnus benytter sykehuset langturnus med 12-timersvakter for å sikre arbeidskraft i helgene. Tillitsvalgte gir også uttrykk for at bruk av ulike arbeidstidsordninger har vært nyttig ved sykehuset.

*At fleksible arbeidstidsordninger er et fint verktøy for arbeidsgiver i turnusplanlegging og ansettelse eller utlysninger, er jeg helt sikker på. (tillitsvalgt)*

Tillitsvalgte peker imidlertid også på at det kan være belastende å gå lange vakter, særlig i avdelinger der tempo er høyt, og at det må være frivillig.

Et eksempel på tilrettelagt arbeidstid, som ble nevnt i intervjuene, var sykehusleger som hadde fått avtale om hjemmekontor et visst antall dager i uken. Dette var imidlertid en ordning som arbeidsgiver beskrev som lite effektiv.

I noen tilfeller er det uproblematisk for sykehusene å legge til rette for personlig tilpassede arbeidstidsordninger. Sykehusene opplever likevel at de mange ganger står i en tvangssituasjon og må akseptere arbeidstidsordninger som er ressurskrevende eller som er ugunstige for driften.

*[Vi] har i dag seks overlegestillinger som er vakante. Vi har lyst ut stillinger i flere runder der vi enten ikke har fått kvalifiserte søkere eller ... der de kravene de stiller for å ta jobben, ikke er forenelig med noe som helst. (arbeidsgiver)*

Attraktiv arbeidskraft stiller ikke bare lønnskrav, men kan også ha krav om fleksibel arbeidstid. Ifølge arbeidsgiver er det eksempler på at leger stiller som betingelse at de hver måned skal jobbe 45–50 timer eller mer i én uke, for deretter å ha tre uker fri med full lønn. For mindre sykehus kan slike spesielle arbeidstidsordninger være vanskelig å passe inn i driften, og kan oppleves som hemmende for utvikling av fagmiljøet og arbeidsmiljøet.

*Det er betingelser som nok har vært gjennomført tidligere [...], men som faktisk ikke er mulig å gjøre lenger fordi at [...] vi har altfor få av de faste ansatte som bor [i byen] og som da kan dekke opp fravær og som kan bidra til kvalitetsutvikling og fagutvikling. (arbeidsgiver)*

Sykehus som opplever at det er vanskelig å rekruttere arbeidskraft kan stå overfor valget mellom å tilby særskilt lønn og tilrettelegging for ansatte, eller å benytte vikarer og vikarbyråer. Særskilte arbeidstidsordninger kan bli kostbare for sykehuset, og de kan by på utfordringer med hensyn til organisering av en effektiv arbeidsplan.

*Jeg opplever kanskje at forventningen til hvor tilpasset arbeidshverdagen skal være blant de overlegene som søker jobb hos oss, er helt urealistisk faktisk. (arbeidsgiver)*

Spesielle arbeidstidsordninger for tilreisende leger med ønske om særskilt arbeidstid kan skape ulemper for de fastboende legene. Leger har ofte lang arbeidstid på grunn av

vaktordninger, og betalingen for vaktene kan utgjøre en betydelig del av en leges lønn. Tilreisende leger som jobber mye i korte perioder vil få mye av arbeidstiden sin som vakt, og kan dermed komme til å legge beslag på mye av vakttiden ved et sykehus. Da kan fastboende leger risikere å få mindre pålegg om vakt og dermed gå ned i lønn. I media er det beskrevet et tilfelle ved sykehuset i Kirkenes der fastboende overleger mistet vakter til tilreisende leger (Larsen, 2025). NRK skriver at ordningen var begrunnet med at tilreisende vikarleger skulle få nok vakter, slik at de «skulle tjene såpass at det var bryet verdt å komme til Kirkenes» (Horn, 2026a). Sykehuset kompenserte de fastboende overlegene i en ordning som nå er terminert og som det har stått strid om. De fastboende legene fikk nemlig beholde lønnen, som om de gikk vaktene, mot å være fleksible ved ferieavvikling og steppe inn ved behov (Horn, 2026a). I en periode som strakk seg over flere år, fikk fem leger i Kirkenes til sammen utbetalt 4,7 millioner kroner for vakter de ikke hadde gått, før sykehuset stoppet ordningen (Horn, 2026a).<sup>4</sup>

Tilfellet er en illustrasjon på at det kan være utfordrende for arbeidsgiver å etablere og drifte spesielle arbeidstidsordninger for tilreisende helsepersonell. Det kan skape ulempe for de fastboende og kan bidra til kostnadsøkninger. Skjevfordeling av vakt for leger kan også komme i konflikt med bestemmelser i gjeldende tariffavtale om at arbeidsbelastningen «som hovedregel» skal fordeles jevnt mellom leger som omfattes av ordningen (Spekter og Legeforeningen, 2024, Paragraf 3.6.2).

Krav om tilrettelegging av arbeidstid gjelder ikke bare leger. En tillitsvalgt forklarte hvordan bruken av tilreisende sykepleiere endret seg fra bruk av vikarbyråer til tilkallingsvikarer med intensiv jobbing.

Det er veldig mange sykepleiere som bor andre plasser i landet som kommer opp til [Nord-Norge] for å jobbe. De startet som vikar gjennom vikarbyrå, og det har vi stort sett sluttet med. Men de har trivdes og så har de fått [jobbe under] en rammeavtale. [...] De har jobbet komprimert på en sånn nullprosentavtale uten fast ansettelse, og kommet inn og vært vikar. Sånn som de jobbet før i tiden. Da kom de inn og jobbet i to uker, og da jobbet de så mye de kunne innenfor gjeldende lovverk og litt til. (tillitsvalgt)

Bruk av 12-timersvakter er også vanlig for å imøtekomme ønsker om sammenpresset arbeidstid med lengre friperioder. Det krever imidlertid tilrettelegging på arbeidsplassen og at et tilstrekkelig antall arbeidstakere ønsker å jobbe i denne ordningen.

---

<sup>4</sup> Sykehuset mente ordningen ikke var fulgt etter intensjonene etter at den først ble satt i gang i 2014, og at leger feilaktig hadde fått utbetalt for mye lønn (Horn, 2026b). Leder i Overlegeforeningen, Ståle Clemetsen, uttalte imidlertid i en kommentar om ordningen i Kirkenes at «[I]leger over hele landet jobber i mange forskjellige vaktordninger for at sykehusene og pasientene skal få dekket alle behov. Denne ordningen er på ingen måte avvikende» (Nilsen, 2024). I en rettsavgjørelse fra Indre og Østre Finnmark tingrett i februar 2026, kom retten, ifølge NRK, til at sykehuset ikke skulle gitt en av de involverte legene en skriftlig advarsel knyttet til bruk av ordningen (Horn, 2026b). Ordningen er avviklet.

12-timersvakter kan løse mye, men da må det passe til enheten. Det må passe til aktivitetene på enheten. [...] Man må lage en ny døgnrytmeplan, [...] og så er 12-timersvakter basert på hundre prosent frivillighet. (tillitsvalgt)

Som vi ser, iverksetter sykehusene en rekke tiltak for å rekruttere kompetanse. Alle de fire sykehusene legger vekt på å markedsføre seg overfor mulige søkere, ved å trekke fram særtrekk ved sykehuset, tjenestene eller stedet sykehuset er lokalisert. De viser også til fordeler sykehuset kan tilby. Rekrutteringsstrategien går primært ut på å ansette helsepersonell, men med en alternativ plan for bruk av vikarer der det viser seg vanskelig å få ansatt riktig kompetanse eller fylt opp turnusen med fast ansatte. I mange tilfeller må sykehusene også tilby tilrettelagt arbeidstid for å få søkere til stillinger eller få tilreisende til å pendle dit sykehuset er lokalisert. Den neste utfordringen for sykehusene er å holde på kompetansen de har fått rekruttert.

## 3 Å ivareta og beholde arbeidstakere

Å ivareta og beholde arbeidstakere er en sentral del av det å sikre tilgang på kompetanse for et sykehus. Som vi så, opplevde arbeidsgiver ved UNN at utdanning av overleger i tilknytning til sykehuset ga en stabil arbeidskraft. Slik stabilitet sparer sykehuset for nyrekruttering og opplæring av nyansatte. Arbeidsgivere kan derfor legge vekt på å holde på kompetansen som del av sin arbeidskraftstrategi. I intervjuene understreker både arbeidsgivere og tillitsvalgte i sykehusene at det er viktig at helsepersonellet trives og blir værende i jobb, slik at turnover ikke blir for stor.

Det er likevel ikke én enkelt oppskrift på å skape et godt arbeidsmiljø. God økonomi og tilstrekkelig bemanning ble trukket fram som viktige faktorer i intervjuene, sammen med mulighet for faglig utvikling. Men også praksis og holdninger, det vi kan kalle kultur, er med på å forme betingelsene for et godt arbeidsmiljø.

### 3.1 Arbeidsmiljø og kultur

Et godt arbeidsmiljø blir i intervjuene vi har gjennomført knyttet til et trygt læringsmiljø, tilgang på veiledning og at folk er hyggelige med hverandre. Arbeidsmiljø og fagmiljø framstilles som tett sammenvevd og som en nøkkelfaktor for rekruttering og stabilitet.

[At de] som kommer her ... blir fanget av et godt fagmiljø, at de føler de lærer noen ting, at det er trygt, og ... at folk er hyggelige med hverandre. At det er et godt både arbeidsmiljø og fagmiljø, det henger sammen. (tillitsvalgt)

En annen tillitsvalgt peker på hvordan bruk av vikarer påvirker fagutviklingen og arbeidsmiljøet i sykehuset:

Vi har over år vært veldig, veldig avhengig ... av å bruke vikarbyrå. Det gjør jo noe med arbeidsmiljøet, og det gjør noe med fagutviklingen. Det gjør noe med ganske mye, [og er noe] man slipper å forholde seg til hvis man har en stabil arbeidsstokk. (tillitsvalgt)

Tillitsvalgte peker også på at det kan være vanskelig å bevare et godt arbeidsmiljø gjennom omstillingsprosesser, og at god kommunikasjon og informasjon da er svært viktig.

Både myndighetene og sykehusene legger vekt på å ivareta ansatte gjennom å etablere et godt arbeidsmiljø. I oppdraget som Lovisenberg og andre sykehus får fra Helse Sør-Øst RHF understrekes det at «[å] beholde personell i den offentlige spesialisthelsetjenesten er høyt prioritert», og det vises til at både arbeidsmiljø, arbeidsvilkår og hensiktsmessig oppgavedeling er sentrale innsatsområder (Helse Sør-Øst RHF, 2025a, s. 11). Helse Bergen har fått et tilsvarende oppdrag der godt arbeidsmiljø er satt som et kvalitativt mål for sykehuset:

Medarbeidarar i spesialisthelsetenesta skal ha god fagleg leiing, eit godt arbeidsmiljø og meir fleksible arbeidstidsordningar som er tilpassa ulike livsfasar. (Helse Vest RHF, 2026, s. 7)

Til tross for målet om å oppnå et godt arbeidsmiljø, finnes det eksempler på at helsepersonell slutter på grunn av mistriivsel. Hva er det som gjør det så vanskelig å skape gode arbeidsplasser?

Et eksempel fra Helse Bergen kan si litt om hvordan kultur og praksis i sykehus kan gjøre det vanskelig for ledelsen og de tillitsvalgte på sentralt nivå å realisere mål om å styrke og utvikle arbeidsmiljøet, blant annet gjennom oppgavedeling. Helse Bergen la i 2020 planer for å doble andelen helsefagarbeidere ved sykehusene. Tiltaket endte opp med at andelen helsefagarbeidere sank. Én av årsakene kan være at det viste seg vanskelig å skape et godt arbeidsmiljø for helsefagarbeiderne.

En av grunnene til at Helse Bergen i samarbeid med de tillitsvalgte iverksatte tiltak for å øke andelen helsefagarbeidere i 2020 var ønsket om mer oppgavedeling. Å bruke helsefagarbeidere til å håndtere pleieoppgaver og andre viktige oppgaver i sykehuset vil kunne frigjøre tid for sykepleiere, jordmødre og annet helsepersonell som det kan være mangel på. Å etablere mer oppgavedeling ble også vurdert som viktig for å sikre et framtidig behov for kompetanse og god og forsvarlig drift i framtiden.

Det kan være flere grunner til at Helse Bergen ikke lyktes med tiltaket. Andelen helsefagarbeidere var i utgangspunktet lavt, og gruppen hadde en høy gjennomsnittsalder. I 2014 var 73 prosent av helsefagarbeiderne i Helse Bergen over 50 år (Nesse et al., 2014, s. 5). Det krevdes dermed en betydelig rekruttering av helsefagarbeidere for i det hele tatt å opprettholde andelen. Antallet ansatte ved sykehuset økte også i perioden. Dette førte til at selv om sykehuset lyktes med å ansette flere helsefagarbeidere, økte ikke andelen helsefagarbeidere i forhold til de andre helsefaglige gruppene.

Men også andre årsaker kan ha hatt betydning. I en reportasje i Bergens Tidende fra mai 2025 peker ledelsen og de tillitsvalgte ved sykehuset på flere årsaker. Ledelsen viser til at uten innsatsen rettet mot å rekruttere helsefagarbeidere, ville andelen blitt ytterligere redusert. Innsatsen har, ifølge ledelsen, ført til en endring i kulturen i sykehuset (Pedersen, 2025). Mens omgjøring av stillinger fra sykepleier til helsefagarbeider tidligere måtte godkjennes av toppledelsen, er det nå ingen regler om slik godkjenning ved utlysning av stillinger og ansettelser. Dette innebærer at de enkelte enhetene står fritt til å ansette helsefagarbeidere i stedet for sykepleiere hvis de finner det hensiktsmessig. Helsefagarbeiderne har også fått tilgang til journalsystemet og kan dermed lettere utvide repertoaret av arbeidsoppdrag i sykehuset (Pedersen, 2025). Arbeidsgiver arrangerer også en markering når helsefagarbeidere oppnår fagbrev. Det er et tegn på anerkjennelse og trolig ment å bidra til et godt arbeidsmiljø.

Da tiltaksperioden løp ut i 2025, ble det laget et notat der tiltaket ble vurdert. I notatet blir det pekt på at helsefagarbeiderne ikke har fått en tydelig rolle i alle avdelingene og at det er mangel på kunnskap om helsefagarbeidernes kompetanse (Pedersen, 2025). At helsefagarbeiderne hadde et høyt sykefravær og at flere nyutdannede ikke fortsetter i full stilling ved sykehuset, kan være en indikasjon på at arbeidsforholdene for helsefagarbeiderne ikke er ideelle. En tillitsvalgt for helsefagarbeiderne ved Helse Bergen ga i avisen Bergens Tidende uttrykk for at den krevende rekrutteringssituasjonen kan skyldes at sykehuset ikke oppfattes som en attraktiv arbeidsplass for helsefagarbeidere (Pedersen, 2025).

I notatet det refereres til, og i uttalelsene fra den tillitsvalgte, kommer det fram flere forhold som har betydning for arbeidsmiljøet. Når arbeidstakerne opplever at de ikke har en tydelig rolle i virksomheten, kan det føre til usikkerhet og svekket følelse av tilhørighet. Dette er ikke bra verken for arbeidstakeren selv eller for arbeidsmiljøet. Resultatet kan bli økt sykefravær eller at arbeidstakeren slutter.

Flere faktorer kan bidra til å gi helsefagarbeiderne en klarere yrkesrolle i arbeidsmiljøet. For det første er det viktig at andre yrkesgrupper forstår og anerkjenner den rollen helsefagarbeiderne skal ha. Slik anerkjennelse formes av kompetansebeskrivelser, en formalisert sertifisering til å utføre oppgaver, men også av den mer uformelle kulturen på arbeidsplassen. For det andre kan det være viktig for en yrkesgruppe å ha forbilder i arbeidsmiljøet som man kan lære av. Dette gjelder særlig yngre og nyutdannede, og dette er en faktor som kan gjøre det krevende å fase helsefagarbeidere inn som yrkesgruppe i avdelinger der det ikke er mange fra før. En representant for arbeidsgiver ved ett av sykehusene peker på hvor vanskelig det er å rekruttere helsefagarbeidere til sykehuset når det ikke er mange andre ansatte i samme yrkesgruppe. Når de nyansatte helsefagarbeiderne ikke har rollemodeller de kan lære av, vil de ifølge arbeidsgiver streve med å finne sin plass i sykehusdriften, som er preget av tradisjon og legenes og sykepleiernes normer for hvordan ting skal gjøres og hvilke oppgaver som tilligger de enkelte yrkesgruppene. Det kan altså se ut til at antallet helsefagarbeidere i et sykehusmiljø må nå et visst nivå før rekrutteringsprosessen skal gå lettere, og helsefagarbeiderne skal oppleve et interessant og ivaretakende arbeidsmiljø som frister til å bli i stillingen.

En tredje faktor som kan være avgjørende for arbeidstakernes forståelse av sin og andres rolle i virksomheten er lederens ansvar for å støtte arbeidstakerne og legge klare rammer for arbeidet. Når et foretak vedtar å øke antallet helsefagarbeidere og iverksette oppgavedeling, er det ledelsens ansvar å sette vedtaket i kraft. Dette kan imidlertid vise seg å være krevende i en virksomhet med kompleks organisasjonsstruktur, slik helseforetakene har.

Et hovedproblem ved prosjektet i Helse Bergen var, ifølge en tillitsvalgt, at rekrutterings tiltakene initieres og bestemmes på «direktørnivå», mens det er ledere i avdelingene som får ansvar for å iverksette tiltakene:

[M]en det er ikke direktørene som ansetter. De avgjørelsene blir tatt ute på avdelingene, og der er de kanskje ikke kjent med hvilken kompetanse helsefagarbeidere har. (Pedersen, 2025)

Den tillitsvalgte peker her på at det er viktig at ledere på alle nivåer i sykehuset har kjennskap til og forståelse for hvilken rolle helsefagarbeidere kan fylle, dersom sykehuset skal lykkes i å rekruttere dem.

Ved Haukeland sykehus i Helse Bergen er akuttmottaket en avdeling som har forsøkt å rekruttere helsefagarbeidere, men som har hatt problemer med å beholde dem i stillingene. Leder ved akuttmottaket peker på at det er viktig å knytte rekrutteringen til en gjennomgang av hvilke oppgaver de ulike yrkesgruppene skal gjøre og hvordan samspillet mellom faggruppen skal være (Pedersen, 2025). Men selv om sykehusets ledelse har gått inn for å ansette flere helsefagarbeidere, er det ikke gitt at ledere i de enkelte

avdelingene har kompetanse og ressurser til å iverksette en effektiv rekruttering. Med få rollemodeller i avdelingen, kan det være krevende for nyansatte helsefagarbeidere å være del av en liten yrkesgruppe blant store dominerende yrkesgrupper. På nettsidene til Helse Bergen presenterer Akuttmottak seg uten å nevne helsefagarbeiderne overhodet:

Vil du jobbe hos oss? I Akuttmottak jobbar sjukepleiarar, legar og helsesekretærar. Det er tilsett rundt 100 sjukepleiarar med jamn fordeling mellom kjønna. (Akuttmottak, 2025)

En slik presentasjon oppleves neppe av helsefagarbeidere som en invitasjon til å søke stilling ved avdelingen. Skal man lykkes med rekruttering av helsefagarbeidere, mener tillitsvalgte at det må gjøres plass for helsefagarbeider ute i avdelingene, og at de som ansetter må vise en vilje til å satse (Pedersen, 2025). Det inkluderer god lederstøtte på lavere nivå, slik at kultur og arbeidsmiljø er åpen også for denne yrkesgruppen.

### **3.2 Arbeidstidsordninger kan gi bedre effektivitet og arbeidsmiljø**

Arbeidstidsordninger ser ut til å være et gjentagende tema knyttet til arbeidsmiljø og trivsel i sykehusene. Arbeidstid er på samme tid en sentral faktor i sykehusdriften og en viktig regulator av velferd og trivsel. Det gjør arbeidstidsspørsmål særlig krevende.

Vi har sett at noen sykehus tilbyr spesielle arbeidstidsordninger for å rekruttere personell fra andre deler av landet. Men varierte arbeidstidsordninger, som bruk av langvakter i helgene, benyttes også for å øke effektiviteten og trivselen på arbeidsplassen, og derigjennom legge til rette for at arbeidstakerne skal trives og bli i jobben ved sykehuset.

I ett av sykehusene hvor vi foretok intervjuer pekte arbeidsgiver på at det kunne være en utfordring at sykepleiere ikke vil jobbe hel stilling. Mange vil ha deltid, ifølge arbeidsgiver, fordi det gir dem følelse av fleksibilitet. For dette sykehuset har det vært en løsning å ta i bruk langvakter, både for å løse bemanningsutfordringene i helgene og fordi det kan være attraktivt for unge arbeidstakere.

Det er veldig mange av de yngre aldersgruppene som fremdeles ønsker å ha større frihet og lengre friperioder. Så det virker rekrutterende med langvakter. Vi har en del poster vi nå har innført langvakter på. Frivillig, selvfølgelig, og det tenker vi vil virke rekrutterende. (arbeidsgiver)

I et annet sykehus peker en tillitsvalgt på at langvakter kan redusere såkalt «quick-return», det vil si at man benytter dispensasjon for å kunne ha korte hvileperioder mellom vakter. Langvakter kan bidra til å redusere behovet for slik dispensasjon, og dermed bidra til å løse enkelte belastningsutfordringer når ordningen gjennomføres med tilstrekkelig hvile, ifølge den tillitsvalgte.

Det er helt klart at vi må være mer oppfinnsomme når det gjelder arbeidstid, men langvakter har ikke løst bemanningsproblemet. Antallet personer blir ikke flere, du bare flytter arbeidstiden din. (tillitsvalgt)

Men erfaringene med langvakter kan variere. En tillitsvalgt pekte på at langvakter ikke er egnet i alle avdelinger:

Vi ser at arbeidets art har mye å si for hvordan man lykkes med langvakter. På travle avdelinger hvor man allerede er presset både på bemanning og oppgaver som skal gjøres, der lykkes man ikke like godt med lange vakter, for man klarer ikke å stå i det. (tillitsvalgt)

Selv om ansatte selv ønsker å gå langvakter på slike tunge avdelinger eller sengeposter, viser forsøk man åpnet for, ifølge den tillitsvalgte, at mange etter en stund ønsker å slutte med dette. På andre avdelinger kunne det imidlertid vise seg at bruk av langvakter var vellykket.

Men så har du andre plasser som får det til, sånn som observasjonsposten her. De har jo hatt økt søkerantall etter at de begynte med tolvtimersvakter. De har en helt annen pleietyngde på pasientene sine. Og i psykiatrien, hvor de har en helt annen måte å jobbe på ... der er det rom for å bruke [langvakter]. (tillitsvalgt)

På bakgrunn av informasjonen i intervjuene ser det ut til at 12-timersvakter for pleiepersonalet stort sett brukes i helgene. En av de tillitsvalgte pekte på at bruk av langvakter førte til at de ansatte totalt sett fikk kortere arbeidstid. I en situasjon med mangel på helsepersonell kunne dette være en utfordring.

Hvis du skal bruke tolvtimersvakter på ukedagene, og flere skal være [med] i den ordningen, så trenger du mer bemanning. Og når du ikke har mer bemanning, så er jo det vanskelig å få til. (tillitsvalgt)

Når det gjelder de sentrale arbeidstakerorganisasjonenes rolle, er det lite tvil om at Norsk Sykepleierforbunds mål om at sykepleiere ikke skal ha helgejobbing mer enn hver tredje helg, er en stor utfordring. Forbundets holdning oppleves som et hinder for rasjonell arbeidsplanlegging i sykehusene. En arbeidsgiver mener dette forbundet også har hatt en strategi for å få betalt for alle endringer som blir foreslått.

Nei, vi opplever nok at særlig Sykepleierforbundet sentralt har hatt en veldig uttalt og tøff strategi for at alle endringer skal betales for. [Forbundet gir] i hvert fall ikke inntrykk av at de ser problemstillingen knyttet til dette med at vi må ha bemanning også i helgen. [...] De vil ha lovfestet at du ikke skal jobbe mer enn hver tredje helg. Lokalt, så opplever vi nok at samarbeidet er mye bedre. (arbeidsgiver)

Arbeidsgiver opplever at denne holdningen sentralt i Sykepleierforbundet gjør det vanskelig å få til endringer, og det oppleves som om det er Norsk Sykepleierforbund sentralt som i praksis tar beslutninger gjennom å si ja eller nei til nye tiltak.

Vi kan noen ganger lokalt bli enige om arbeidstidsordninger, men så vil man ikke sentralt akseptere dem fordi det kan være en arbeidstidsordning som ikke er i tråd med [Sykepleierforbundets] krav om ikke å jobbe oftere enn hver tredje helg. (arbeidsgiver)

En annen arbeidsgiver peker på lovverket og hvordan det setter grenser for hvordan partene sentralt kan organisere arbeidstidsordningene. Lokal enighet og ønsker fra arbeidstakerne er ikke nok.

Ja, jeg skulle selvfølgelig [gjærne] hatt muligheten til mer fleksible arbeidstidsordninger. [...] Og den diskusjonen har vi med ledere mange ganger, hvor de sier at 'hun vil det jo selv'. Ja, men [da må vi gi beskjed om at] det hjelper ikke fordi at det er brudd på arbeidsmiljøloven. (arbeidsgiver)

Som eksempel på en regulering som oppleves hemmende for fleksibiliteten, er arbeidsmiljølovens bestemmelse om at arbeidstakere som har jobbet på søn- og helgedager, skal ha fri påfølgende søn- og helgedagsdøgn.

Så det vi kunne ønske er for eksempel å slippe den regelen om [flere] søndager på rad, for eksempel. Noen av de arkaiske reglene tror jeg egentlig arbeidstakere og arbeidsgiver er enige om, og så er det både politikk og fagforeninger som kanskje står litt i veien for det. (arbeidsgiver)

Etter mange år med diskusjon om arbeidstidsreguleringer, er det fortsatt flere problemer som ikke er løst. Som sitatene over illustrerer, er det mange som mener arbeidsgiver har behov for større fleksibilitet i planleggingen av bemanning i virksomheter som har behov for å benytte turnus. Samtidig er det viktig at arbeidstidsreguleringen ivaretar vernehensyn på en god måte. Helsepersonellkommisjonen behandlet spørsmålet om arbeidstid inngående, og pekte på at arbeidstidsordningene har betydning for å løse problemene knyttet til uønsket deltid og styrke en heltidskultur (NOU 2023: 4, s. 153 ff). Gode arbeidstidsordninger og god tilgang på kompetent arbeidskraft bidrar også til et godt arbeidsmiljø, som igjen bidrar til lavere ekstern turnover. Arbeidsmiljøet ser dermed ut til å være en nøkkelfaktor for bedrifter som ønsker å ivareta og beholde arbeidstakerne.

## 4 Utdanning og karriereveier for helsepersonell

Et godt utdanningstilbud er viktig for å sikre riktig kompetanse i sykehusene for framtiden. Det gjelder alt helsepersonell. En del av denne utdanningen består av praksis og øvelse, og her spiller sykehusene en sentral rolle i utdanningen av leger, sykepleiere og andre grupper av helsepersonell. I tillegg har sykehusene ansvar for å følge opp kvalifisering og kompetanseutvikling for ansatte. Det er ett av hovedmålene for den offentlige helsetjenesten (Helse Vest RHF, 2026, s. 15).

I dette kapitlet skal vi se på noen sentrale trekk ved utdanningen av helsepersonell. Helsesektoren er preget av sterke profesjonsgrupper, og for disse gruppene er utdanningen med på å forme både identitet og interesser i tillegg til den faglige kompetansen. Utdanningen av helsepersonell skaper også i stor grad karriereveier innenfor helsetjenestene. Her er det forskjell på yrkesgruppene. Noen grupper har lange karrierestiger som følger et klart utdanningsløp, mens andre yrkesgrupper ikke er gitt samme mulighet.

Samtidig er samarbeidet mellom disse profesjonene viktig for at kompetansen i helsesektoren skal kunne utnyttes på best mulig måte. Kartlegging av kompetanse hos helsepersonell er avgjørende for å kunne fordele arbeidsoppgaver på en forsvarlig og effektiv måte. Kompetansekartlegging er derfor en forutsetning for oppgavedeling. I et spesialisert helsevesen er det også viktig at kompetansen er riktig, både i dybden og i bredden. En illustrasjon på dette, er at Helse Bergen har fått i oppdrag fra det regionale helseforetaket å fortsette innsatsen for å sikre «bredde- og generalistkompetanse i helsetjenesten» (Helse Vest RHF, 2026, s. 16). Vi skal senere se at breddekompetanse blant leger kan ha stor betydning for sykehusenes mulighet til å organisere effektive vaktjenester, og dermed utnytte sykehusets kompetanse på en god måte.

Både utdanningen av helsepersonell og kompetansekartleggingen av ansatte må skje i et samspill mellom utdanningsinstitusjoner og helseforetak. Å sikre en god utdanning og en riktig sammensatt kompetanse i sykehusene er dermed en strategi som kan bidra til god utnyttelse av helsefaglig kompetanse i framtiden.

### 4.1 Hovedtrekk ved organiseringen av helsepersonellens utdanning

De aller fleste leger tar en spesialistutdanning. De går da inn i et fast tredelt utdanningsløp som er likt i hele landet. Denne utdanningen består av klinisk praksis innenfor spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste, læringsaktiviteter som skal gi felles kunnskap for noen av spesialitetene, og deretter opplæring i det som er helt spesifikt for spesialiteten. Denne utdanningen er lovregulert (FOR-2016-12-08-1482, 2016). En tilsvarende opplæring og videreutdanning finnes ikke for andre helseprofesjoner. For psykologer finnes en profesjonsstyrt spesialistutdanning som forvaltes av Norsk psykologforening. Helsedirektoratet utreder imidlertid en offentlig spesialistgodkjenning av psykologer etter legenes modell (Oxman, 2025).

En spesialistordning for sykepleiere med mastergrad i klinisk allmennsykepleie ble fastsatt i forskrift i 2019 og gjort gjeldende fra januar 2020 (FOR-2019-11-19-2206, 2020). Denne spesialiteten er rettet inn mot kommunale helse- og omsorgstjenester. Det finnes per i dag ingen andre spesialistutdanninger for sykepleiere, men Helsedirektoratet utredet i 2023 ulike modeller for spesialistgodkjenning av sykepleiergrupper, og valgte da etter innspill fra aktørene i sektoren å legge fram flere mulige modeller (Helsedirektoratet, 2023). For øvrig brukes spesialsykepleier som stillingsbetegnelse for sykepleiere med etter- og videreutdanning og en spesialisert kompetanse innen et bestemt fagfelt (for eksempel anestesi, intensiv, operasjon, psykisk helsevern). Spesialsykepleiere får utdanning i universitets- og høyskolesektoren, men det er ikke knyttet noen formell godkjenningsordning til tittelen (Helsedirektoratet, 2023). Det finnes imidlertid et system som skal fastsette nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS). Systemet er et samarbeid mellom flere departementer og skal sørge for, som det heter i mandatet, «at utdanningene skal være framtidsrettede, i tråd med tjenestenes kompetansebehov og med pasientenes og brukernes behov» (HK-dir, 2024).

Utdanningen for helsefagarbeidere er en fireårig fagutdanning der to år er opplæring i skole og to år er opplæring i bedrift. I fagskolene finnes det flere utdanningsretninger for helsefagarbeidere i sykehus som ønsker å ta etter- og videreutdanning (Breines et al., 2026, s. 11). Eksempler på områder for slik videreutdanning innen helsetjenester kan være kreftomsorg, barsel- og barnepleie eller sterilforsyning og smittevern (Utdanning.no, 2022b).

Helsesekretærutdanningen er en treårig yrkesfaglig utdanning i videregående skole. Utdanningen gir mulighet til å søke autorisasjon som helsesekretær. Helsesekretærer kan ta etter- og videreutdanning i UH-sektoren eller ved fagskoler i helseadministrative fag, barsel- og barnepleie eller smittevernrelaterte moduler (Utdanning.no, 2022a).

Som vi ser, er det først og fremst legene og psykologene som har et utdanningsløp med spesialistgodkjenning. Sykepleiere har, med unntak av spesialistgodkjenningene i allmennsykepleie, ikke et spesialistutdanningsløp, men mulighet for videreutdanning til kompetanse som spesialsykepleier som følger et internt godkjenningssystem i sykehusene. Helsefagarbeidere og helsesekretærer kan ta ulike typer videreutdanning. Også den kompetansen videreutdanningen gir, må godkjennes internt i sykehusene. Dette gjøres ikke systematisk, noe som bidrar til at mange helsefagarbeidere ikke får dra nytte av videreutdanningen sin (Breines et al., 2026).

Formålet med en spesialistgodkjenning og andre godkjenningsordninger er å sikre kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenestene. Godkjenningsordninger kan brukes til å dokumentere kompetanse og gi helsepersonell tydelige karriereveier. Et godt dokumentasjonssystem som gir helsepersonell mulighet til å dra nytte av kompetanseheving kan bidra til å økt faglig utvikling blant de ansatte, og øke deres interesse for å legge karrieren innenfor helseforetakene.

Hvor omfattende utdanningen skal være, og hvordan godkjenningsordningene skal innrettes, kan det imidlertid være uenighet om. Som en av arbeidsgiverrepresentantene i vår undersøkelse pekte på, har ikke sykehuset nødvendigvis et stort behov for sykepleiere med mastergrad.

Det er jo her det kanskje kan være en liten diskusjon mellom fagforeningene, særlig Sykepleierforbundet og oss, da dette med mastergrader. [...] Skolen har jo vært veldig på å drive frem mastergrader, mens vi på sykehus har jo ikke opplevd at vi har det samme behovet for mastergrad. (arbeidsgiver)

Men selv om sykehusene ikke ser behovet for mastergrader i en aktuell situasjon, kan utdanningen av sykepleiere med master være en forutsetning for utvikling av den framtidige utdanningen av sykepleiere. Utdanningsinstitusjonene kan ha et annet perspektiv enn helseforetakene. Også sykepleiere selv kan se på masterutdanning som et viktig mål i en karrierestige, og de kan dermed ønske støtte fra arbeidsgiver for å videreutvikle kompetansen sin. Da vi i intervjuene spurte om dette, fortalte arbeidsgiver ved Lovisenberg sykehus om et pilotprosjekt der sykehuset og utdanningsinstitusjonen samarbeidet om videreutdanning av sykepleiere. Dette er et spesialtilpasset videreutdanningstilbud som kan bygges på til en mastergrad, men der sykehuset kan dra nytte av ulike utdanningsmoduler når det har behov for det.

Vi kan plukke litt sånn [som vi vil]. Vi kan sende mage-tarmsykepleierne våre på mage-tarmmodulen, vi kan sende hjertesykepleierne våre på hjertemodulen, og så betaler vi for det. Så kan [sykepleierne] sette det sammen til en mastergrad. Dette har vi gjort for å få dekket det behovet vi har, og [høyskolen får dekket] det behovet høyskolen har. Vi [...] gjorde en markedsundersøkelse blant HR-direktørene i Helse Sør-Øst, og fikk med oss mange, så det har blitt en suksess, og det er også et rekrutterende tiltak. (arbeidsgiver)

Helsefagarbeidere er en annen yrkesgruppe som også trenger videreutdanning dersom de skal få flere oppgaver i helseforetakene. Som vi har sett, har helsefagarbeidere mulighet til å ta videreutdanning ved fagskolene. I en spørreundersøkelse av hvordan arbeidsgivere legger til rette for at helsefagarbeidere skal ta videreutdanning ved fagskolene, svarte imidlertid bare 44 prosent av totalt 219 helsefagarbeiderne som jobbet i sykehus at de var enig i at arbeidsgiver legger til rette for videreutdanning (Breines et al., 2026, s. 31). Undersøkelsen viste likevel at andelen helsefagarbeidere med videreutdanning i dette utvalget var høyere (38 prosent) i sykehusene enn i sykehjem og hjemmetjeneste (hhv. 30 og 31 prosent) (Breines et al., 2026, s. 22).

Et eksempel på at et helseforetak har tatt et selvstendig initiativ til å øke videreutdanningen blant helsefagarbeidere, finner vi ved Sykehuset Østfold. Der har de laget et eget traineeprogram for helsefagarbeidere. Programmet er etablert som del av arbeidet med oppgavedeling mellom sykepleiere og helsefagarbeidere, og er beskrevet i en rapport om oppgavedeling fra Oslo Economics (Oslo Economics, 2022, s. 26). Det omfatter 20 helsefagarbeidere i faste heltidsstillinger som får en strukturert opplæring. Traineene roterer mellom hoved- og biarbeidssteder og får over to år erfaring fra tre enheter med døgndrift. Programmet inkluderer en oppstartsuke med opplæring i rutiner og systemer, samt fire fagdager med søkelys på oppgaver tradisjonelt utført av sykepleiere. En tverrfaglig arbeidsgruppe har definert innholdet og identifisert oppgaver som kan utføres også av helsefagarbeidere, blant annet innlegg av venekanyler, setting av kateter,

intravenøs behandling, blodprøvetaking og oksygenbehandling. Erfaringene er positive. Programmet er populært, støttes av avdelingene og fungerer som en rekrutteringskanal, samtidig som opplæringsressursene er tilgjengelige for hele sykehuset (Oslo Economics, 2022, s. 26).

En styrke ved dette programmet er at det er et koordinert felles program for flere sykehusavdelinger, ledet av sykehusets bemanningsavdeling. I andre sykehus kan det være overlatt til hver enkelt avdeling selv å bestemme hva helsefagarbeiderne skal gis opplæring i for å styrke oppgavedelingen. Programmet ved Sykehuset Østfold gir helsefagarbeiderne en mulighet for å utvikle sin karriere, gjøre seg kjent med arbeidet ved flere avdelinger i sykehuset, og styrke yrkesgruppens faglige identitet gjennom å utføre sentrale helsefaglige oppgaver i sykehuset.

#### **4.2 Kompetansekartlegging er en forutsetning for oppgavedeling**

Sykehus er svært spesialiserte virksomheter som er avhengig av et bredt spekter av kompetanse for å kunne tilby gode helsetjenester. Å ha helsepersonell med riktig kompetanse er derfor viktig for sykehusene. Men like viktig er det å bruke helsepersonellet til det de har kompetanse til, det vil si å utnytte kompetansen best mulig. Helsepersonellkommisjonen la for eksempel stor vekt på at det bør være et mål å organisere arbeidet i sykehus slik at ulike helsefaglige grupper kan dele på arbeidsoppgavene på en rasjonell måte. Dette kalles oppgavedeling og har blitt et viktig element i arbeidskraftstrategiene for å sikre tilgang på rett kompetanse.

*For at sykepleiere skal få jobbe med oppgaver som passer til deres utdanning og kompetanse, bør andre yrkesgrupper i tjenesten overta mange av oppgavene sykepleierne gjør i dag. (NOU 2023: 4, s. 276)*

Hvordan fordeler sykehuset oppgaver mellom de ansatte? Det er lett å tenke at oppgavedelingen gir seg selv ut ifra hvilken kompetanse den enkelte arbeidstakeren har. La oss likevel ta et lite tilbakeblikk på hvordan dette har blitt regulert opp gjennom historien.

Den gamle legeloven fra 1927, som regulerte legers rettigheter og plikter, ga autoriserte leger «rett til å utøve legevirksomhet og kalle seg lege» (Legeloven, 1927, § 1). Den ga også leger rett til å forskrive nødvendige legemidler. Loven ga imidlertid ikke noe forbud for andre å drive legevirksomhet. For å beskytte pasientene mot å bli lurt eller å motta uforsvarlig behandling, ble en ny kvakksalverlov vedtatt i 1936. Den forbød andre enn leger å ta syke i kur, blant annet ved å forby operative inngrep, gi innsprøytinger eller iverksette fullstendig eller lokal bedøvelse (Kvakksalverloven, 1936).

Det har alltid vært utfordrende å skape et klart skille mellom det som skulle være legenes oppgaver og oppgaver som kan utføres av annet helsepersonell eller av andre behandlere. I dag reguleres dette i helsepersonelloven, i forskrifter og i lov om alternativ behandling av sykdom. I stedet for å ramse opp oppgaver som er spesifikke for de enkelte yrkesgruppene, eller hvilke oppgaver som ikke er lov å utføre for andre enn leger, bygger helsepersonelloven på prinsippet om at behandlingen skal være forsvarlig. Lov om alternativ behandling av sykdom stiller krav til at behandling av alvorlige sykdommer

og sykdom som nevnes i smittevernloven bare skal utføres av helsepersonell. Det samme gjelder «medisinske inngrep eller behandling som kan medføre alvorlig helserisiko for pasienter» (Lov om alternativ behandling av sykdom mv., 2003, §§ 5–7).

Lover og forskrifter har dermed svært få regler om hva de ulike helsepersonellgruppene kan utføre av oppgaver. Et unntak er retten til å forskrive og rekvirere visse typer legemidler og vaksiner (FOR-2022-06-02-977, 2022). I all hovedsak er det dermed forsvarlighetskravet i helsepersonelloven som styrer hvem som kan gjøre hva.

Helsepersonelloven åpner derfor i prinsippet for at helsepersonell kan utføre et bredt spekter av oppgaver. Det er sykehuset som institusjon og det enkelte helsepersonell som er ansvarlig for at behandlingen er forsvarlig. Dette gjør det mulig å organisere driften ved helseforetak på nye måter og la helsepersonellet dele på de ulike oppgavene som skal utføres, forutsatt at de har tilstrekkelig kunnskap og kompetanse til å gi behandlingen. Her ligger nøkkelen til mer oppgavedeling i sykehusene.

Forsvarlighet i behandlingen av pasienter ved sykehusene sikres blant annet gjennom et system for vurdering og registrering av den enkelte ansattes kompetanse. Helsepersonellregisteret gir en oversikt over alt autorisert helsepersonell. For leger er det opprettet en digital kompetanseportal der leger i spesialisering (LIS-leger) kan registrere og få godkjent oppnådde kompetansemål (kurs, prosedyrer, veiledningssamtaler m.m.). Kompetanseportalen er et nasjonalt system for å dokumentere legers kompetanse, og den brukes av sykehus og avdelingsledere for å få oversikt over hvilke leger som kan utføre ulike typer oppgaver (Spesialisthelsetjenesten, 2025a). Selv om Kompetanseportalen brukes nasjonalt, er det de enkelte regionale helseforetakene som forvalter den for sine ansatte og som har tatt den i bruk hver for seg. Dette gir mulighet for regional tilpasning og kontroll, men krever også koordinering mellom regionene og at informasjon synkroniseres fra ett regionalt helseforetak til et annet når en lege bytter arbeidsplass (Spesialisthelsetjenesten, 2025b).

Kompetanseportalen kan også brukes for å registrere kompetansen til andre grupper av helsepersonell. Registreringen av kompetansen til sykepleiere, helsefagarbeidere og annet helsepersonell har tidligere foregått på ulike måter i sykehusene, og ofte bare ved at de enkelte avdelingene registrerte kompetansen. Utviklingen har imidlertid gått i retning av at kompetansen til stadig flere yrkesgrupper registreres i Kompetanseportalen, for eksempel bioingeniører som må sertifiseres for å kunne ha vaktansvar for ulike analyseprosedyrer.

Ledere og tillitsvalgte vi intervjuet i sykehusene ga uttrykk for at en mer systematisk registrering av kompetansen til alle yrkesgruppene i sykehus er helt nødvendig for å få til en effektiv oppgavedeling. Når det i all hovedsak er krav til forsvarlig behandling som regulerer hvem som kan utføre de ulike oppgavene i et sykehus, er det helt avgjørende både for ledelsen og medarbeiderne å ha oversikt over hvilken kompetanse de enkelte medarbeiderne til enhver tid har. Dette gjelder ned til de konkrete arbeidsoppgavene i sykehuset. Økt spesialisering i behandling av pasienter krever mer spesialisert kompetanse, og øker behovet for at ledelsen og de som er ansvarlige for å sette opp turnus og vakter har oversikt over kompetanse på individnivå, ikke bare yrkesgruppens generelle kompetanse. Derfor er dokumentasjon av kompetanse viktig. At slik dokumentasjon

tidligere foregikk isolert på det enkelte sykehus eller sykehusavdeling, svekket utnyttelsen av helsepersonellens kompetanse på tvers av avdelinger i et sykehus og på tvers av ulike sykehus. Det kunne også gjøre det vanskelig for helsepersonell som byttet jobb å få dokumentert den kompetansen de hadde.

Kompetanseportalen kan nå benyttes av alle sykehus. Den kan brukes for alle yrkesgrupper, og blir dermed en viktig del av sykehusets personellplanlegging. Et eksempel på dette ser vi i Nordlandssykehusets:

I Nordlandssykehuset er kompetanseportalen en integrert del av Personalportalen og er vårt felles verktøy for å dokumentere og følge opp kompetanseutvikling for alle medarbeidere og ledere ved bruk av kompetanseplaner. Alle ansatte vil få kompetanseplaner som skal gjennomføres i kompetanseportalen. (Nordlandssykehuset HF, 2025)

En utfordring kan være at det ikke finnes klare nasjonale retningslinjer eller kompetansekrav for alle yrkesgruppene, slik man har for leger. En arbeidsgiver beskrev hvordan man hadde jobbet på sykehuset med å etablere kompetanseplaner for helsefagarbeidere.

Vi har først jobbet med fagmiljøene på postene, det vil si fagsykepleiere og ledere, og så har vi laget en plan for hva som kan gå inn i kompetanseplanen for helsefagarbeidere. Så har vi fått det godkjent av medisinsk fagdirektør. Det samme har vi gjort for fysioterapeut og sykepleiere, og da er det klinikkjef som godkjenner at vi gjør det sånn. For loven sier at det skal gjøres en forsvarlighetsvurdering, og da kan nesten hvem som helst gjøre hva som helst, men vi sørger for at det er en vurdering av det, og særlig for de lavere utdanningsgruppene, at det er en dokumentasjon på gjennomført opplæring, og at man er i stand til [...] å gjøre disse tingene, for eksempel legge kateter på dame først, og så legge kateter på mann. I sykehusverden er vi veldig heldige på ett område, og det er på kompetanse. Alle sykehus i Norge har Kompetanseportalen. [Der er all kompetanse dokumentert.] Så hvis jeg er leder på en sengpost, kan jeg gå inn og se hvem som har [...] kurs som går ut, hvem har respiratorkompetanse, hvem kan legge kateter. Det gir en veldig god oversikt. Når vi har laget en kompetanseplan for helsefagarbeidere med erfaring, så kan man se [hvem] som kan gi medisin på astmamaske for eksempel. Det kan du se opp mot bemanningssystemene, så du vet at du har nok kompetanse på hver vakt. (arbeidsgiver)

Redegjørelsen fra arbeidsgiver viser mange av de prosessene et sykehus må gå gjennom for å etablere en oversikt over de ansattes kompetanse og kompetanseutvikling, slik at det blir mulig å gå i gang med oppgavedeling. Ledere og tillitsvalgte fra andre sykehus peker på mange av de samme utfordringene med å etablere kompetanseplaner.

Et viktig poeng som redegjørelsen viser, er at kompetanseplaner og godkjenning av kompetansen for helsepersonell som helsefagarbeidere eller helsesekretærer må

utvikles og iverksettes i det enkelte sykehuset. Som vi har sett finnes det eksempler på sertifiseringssystemer for bioingeniører<sup>5</sup>, men ser vi bort fra legene, finnes det svært få helhetlige kompetanseløp for helsepersonell på nasjonalt nivå. Det gjør at hvert sykehus må etablere sine egne kompetanseregler og få disse godkjent av sykehusets medisinske fagdirektør eller av en klinikkssjef. Det er heller ikke slik at kompetanseplanen alltid utvikles på sykehusnivå. Ifølge en arbeidsgiver vi intervjuet er det fagmiljøene på de enkelte sykehuspostene som registrerer hvilke oppgaver personellet trenger opplæring for å utføre og hva en slik opplæring skal bestå i. Dette gjør det selvfølgelig mulig å tilpasse opplæring og kompetanseutviklingen etter de lokale forholdene og sykehusets behov, men sett i et nasjonalt perspektiv er det ressurskrevende å legge opplæringsplaner til det enkelte sykehus og den enkelte sykehusposten. Det kan ta lang tid å etablere kompetansekartlegging dersom det ikke iverksettes som et standardisert prosjekt for hele organisasjonen. Lokal implementering av kompetansekartlegging og sertifisering krever at svært mange ledere på lavt nivå i organisasjonen må ha kunnskap om slik kartlegging og forståelse for oppgaven. De må også ta initiativ og ha ressurser til dette arbeidet. I den grad sertifiseringssystemene ikke er generelle og gyldige i andre avdelinger eller andre sykehus, eller ikke gjøres tilgjengelige for andre sykehus, kan det gjøre det vanskelig for ansatte å ta kompetansen med til ny arbeidsgiver. Det kan svekke den enkeltes motivasjon for å delta i kompetansehevede tiltak.

At sykehusene etter hvert har tatt Kompetanseportalen i bruk for flere yrkesgrupper, oppleves av helseforetakene som en klar forbedring og bevegelse i retning av et mer universelt kompetansesystem. Eller, som en leder beskrev tilgangen på kompetanseinformasjon:

Alle sykehusene i [regionen] har det samme systemet. Det er superenkelt. Det er et tastetrykk. Det er bare å endre leder, og så er du der. (arbeidsgiver)

Men som det framgår av det lange sitatet ovenfor om etablering av kompetanseplaner for helsefagarbeidere, er det fortsatt slik at kompetansene må godkjennes av fagdirektør eller annen fagansvarlig i det enkelte helseforetaket. Der det ikke er etablert faste systemer for godkjenning, for eksempel på tvers av regioner, kan dette bidra til at kompetansen ikke godkjennes eller at det kreves lengre prosedyrer for å få godkjent kompetanse som tidligere har vært godkjent.

Det er jo kanskje en av helsetjenestenes svøper, det at alle skal gjøre det på sin måte. Så det er ikke sikkert at den opplæringspakken eller de kompetansemålene vi har for oppgavedeling med helsefagarbeider er noe som et sykehus i [en annen region] sier at er ok for oss. (arbeidsgiver)

---

<sup>5</sup> Strålevernforskriften stiller krav om spesialistgodkjenning for å håndtere røntgen og MR (PET/CT og SPECT/CT krever kompetanse i både nukleærmedisin og radiografi) (FOR-2016-12-16-1659, 2016, §§ 47, 48). Det formelle, lovregulerte kravet er autorisasjon og at radiografer (eller leger med spesialisering) skal betjene bildediagnostisk utstyr. Utover dette er det ingen nasjonal sertifiseringsordning som fanger opp alle tilleggs-kompetanser. Disse blir ivaretatt gjennom videreutdanninger (ofte studiepoenggivende) og interne sertifiseringsopplegg i det enkelte helseforetak. Lovverk og DSA-veiledere legger ansvar på virksomhetene for at personalet har tilstrekkelig kompetanse for avanserte prosedyrer (DSA, 2020, s. 69 f).

Sykehusene bruker et bredt spekter av virkemidler for å sikre tilgang på kompetanse. Som vi har sett, spenner det seg fra etablering av praksisplasser for studenter i utdanning til finansiering av videreutdanning for ansatt helsepersonell. I arbeidet med å styrke oppgavedeling i sykehusene, er kompetansekartlegging et viktig element i sykehusets arbeid for å sikre riktig kompetanse. Det ser ut til at flere ulike, delvis motstridende prinsipper blir forsøkt forenet i kompetansekartleggingen og sertifiseringen av helsepersonell. Et første prinsipp er det prinsippet om standardiserte kompetansekrav som gir mulighet for universell anvendelse av kompetansen, det vil si at man kan ta sertifiseringen med til et annet sykehus eller en annen helseregion. Dette prinsippet er langt på vei tatt i bruk for legers utdanning.

Et annet prinsipp er tilpasning til lokale behov. Det ligger til grunn for at hver enkelt klinikk eller enhet skal utforme kompetansekrav tilpasset enhetens lokale behov og få denne kompetansen godkjent lokalt som faglig forsvarlig. Dette prinsippet kan svekke muligheten for en mer universell anvendelse av kompetansen, men prinsippet er likevel viktig, siden kravet til forsvarlig behandling alltid vil måtte vurderes i den konkrete situasjonen.

Et tredje prinsipp ved kompetanse i sykehus er at kompetansen knyttes til individet. Lokal, individuell vurdering av kompetansen vil derfor alltid være til stede fordi det enkelte helsepersonell har et selvstendig ansvar for å gi forsvarlig behandling. Denne kompetansen må holdes ved like. Det skjer blant annet gjennom at helsepersonell må resertifiseres etter en viss tid for fortsatt å kunne utføre visse typer oppgaver. For leger kan det ha stor betydning at de får nok praksis, for eksempel til å utføre visse kirurgiske inngrep. Både UNN og Finnmarkssykehuset pekte på at pasientgrunnlaget i deres region kunne være lite, og at det var behov for å sende visse kategorier leger til andre sykehus for hospitering eller arbeidsutveksling for å sikre at de fikk nok praksis innenfor sitt arbeidsfelt.

[Vi] sender folk på hospitering eller arbeidsutveksling eller sånne typer tiltak for å heve kvaliteten fordi vi har veldig lavt volum innenfor noen pasientgrupper. (arbeidsgiver)

Å sikre at kompetansen til helsepersonell innfrir alle tre prinsipper, at kompetansen er universell, at den er lokalt tilpasset og at hver enkelt ansatt til enhver tid har riktig kompetanse for oppgaven, er en krevende oppgave for helseforetakene. Den involverer også utdanningsinstitusjonene og fagmiljøene som utformer kompetansemålene. Et eksempel på dette er diskusjonen om breddekompetanse versus spisskompetanse.

### **4.3 Breddekompetanse hos leger kan bidra til bedre sykehusdrift**

Organisering av virksomheten i sykehusene er nært knyttet sammen med kategoriseringen av sykdommer og behandlingsbehov, og dermed også med legenes medisinske kompetanse. Den generelle utviklingen innen medisin har gått i retning av økt spesialisering. De fleste leger i dag er enten spesialister eller leger som er i ferd med å spesialisere seg, såkalte LIS-leger (Haave, 2011, s. 362 f). Også legenes spesialistutdanning har blitt mer spesialisert. Etter en reform av spesialistutdanningen fra 2017 til 2019, ble ordningen med 30 hovedspesialiteter og 14 grenspesialiteter avskaffet, og man gikk over til

en oppdeling i 46 hovedspesialiteter. Kirurgi og indremedisin ble beholdt som bredde-spesialiteter, men omleggingen medførte at utdanningen innen de forskjellige spesialite-tene i kirurgi og indremedisin, for eksempel fordøyelsessykdommer og infeksjonssyk-dommer, ble mer spesialisert og at det ble mindre felles opplæring av legespesialistene. Spesialistene har fått mer spisskompetanse og mindre breddekompetanse. Selv om det ikke var planlagt, har denne omleggingen fått betydning for organiseringen i sykehus-ene. Flere spesialiteter har gjort det vanskeligere, særlig for mindre sykehus, å dekke alle fagfelt, og pasientgrunnlaget kan noen steder være for lite til at legene får vedlike-holdt kompetansen sin innenfor et avgrenset felt. Økt spesialisering kan også gjøre det kostbart og krevende for sykehusene å etablere velfungerende vaktordninger.

De regionale helseforetakene satte i 2024 ned en arbeidsgruppe som fikk i oppdrag å vurdere det framtidige behovet for spesialister innenfor indremedisin og generell kirurgi, som blir ansett som breddespesialiteter (Arbeidsgruppe Helse Vest RHF, 2024). Spørsmålet man sto overfor var om spesialiseringen hadde gått for langt og om det var behov for mer breddekompetanse i sykehusene.

Arbeidsgruppens konklusjon var at man så raskt som mulig måtte iverksette tiltak for å sikre større breddekompetanse blant legespesialistene i sykehus. Dersom man ikke lyk-tes med dette, kunne det føre til dårligere effektivitet, dårligere pasientbehandling og lite velfungerende vaktordninger ved sykehusene. Dette er særlig utfordrende med flere pasienter som har komplekse og sammensatte lidelser. Arbeidsgruppen trakk fram eksempler på hvordan spesialiseringen allerede hadde fått negative konsekvenser for drif-ten i mange sykehus (Arbeidsgruppe Helse Vest RHF, 2024, s. 7):

- Mangelen på breddekompetanse hos legespesialistene fører til at pasienter henvises fra den ene til den andre spesialisten internt i sykehuset for å få avklart alle si-der ved sykdomsbildet. Internhenvisninger medfører flere polikliniske konsultasjo-ner eller innleggelses og gir økt utredningstid og bruk av døgnplasser. Slik opp-stykket utredning fører til mye venting, lav effektivitet og utsatt igangsetting av be-handling. Det kan også føre til at pasienten ikke blir vurdert i et helhetsperspektiv.
- Når legen har spisskompetanse bare på et avgrenset område, kan det føre til økt risiko for feil behandling dersom tilstander utenfor spesialiteten ikke blir håndtert. Hvis pasienten ikke blir vurdert i et helhetsperspektiv, kan en behandlingsmåte som ut fra én spesialitet er best, vise seg å ikke være den beste for en pasient med sammensatt sykdomsbilde.
- Relasjonen mellom lege og pasient svekkes. Legene får ikke konsentrert seg om egne pasienter, men må bruke mye tid på å vurdere og behandle andres pasienter.
- Høy grad av spesialisering gjør det vanskelig for sykehusene å etablere velfunge-rende vaktordninger med trygge og kompetente leger som kan ivareta pasienter med uklare eller sammensatte tilstander. Etablering av vaktordninger der hver en-kelt spesialitet har egen overlegevakt er kostbart, lite effektivt og gir en stor vakt-belastning på legene.

For å sikre at sykehusene får tilgang på ansatte med nødvendig breddekompetanse, an-befalte arbeidsgruppen at spesialitetene indremedisin og generell kirurgi, som ble

ansett som bredde spesialiteter, ble styrket. Gruppen hadde tre hovedanbefalinger (Arbeidsgruppe Helse Vest RHF, 2024, s. 1 f.):

1. Sykehusene bør vurdere å endre organisering og faginndeling i sykehusene, og opprette enheter innenfor spesialitetene indremedisin og generell kirurgi med det daglige ansvaret for pasientene.
2. Helseforetakene bør styrke breddekompetansen innenfor spesialitetene indremedisin og generell kirurgi i eksisterende utdanningsløp med særlig sikte på å styrke vaktkompetansen.
3. De regionale helseforetakene og Helsedirektoratet bør gå gjennom læringsmål i indremedisin og generell kirurgi med sikte på revisjon og vurdere muligheten for å legge til rette for dobbeltspesialiteter med bredde disiplinene som første trinn.

Rapporten fra arbeidsgruppen viser at legenes utdanning har stor betydning for sykehusets drift. Spesialisering innen medisin er nødvendig for å kunne tilby pasienter avansert forskningsbasert behandling. Det har også vært en økt forventning hos pasienter og helsepersonell om tilgang på spesialkompetanse. Samtidig svekkes helhetsblikket på pasientens behov og sykehusets drift når spesialiseringen snevrer inn kompetansen. Leger med spesialkompetanse på et spesifikt medisinsk felt kan være tilbakeholdende med å vurdere eller behandle lidelser utenfor dette feltet. Kanskje de ikke kan eller ønsker å delta i vaktordninger som omfatter andre pasientgrupper enn de gruppene de har kompetanse til å behandle. Hvordan spesialistkompetansen til legene er satt sammen i et sykehus vil derfor ha stor betydning for hvordan sykehuset kan organisere driften og legge vaktplanen for pasientbehandling utenom ordinær arbeidstid. Denne problemstillingen er relevant for diskusjonen om hvordan ulike grupper helsepersonell deler på oppgaver i sykehus og hvordan sykehuset kan organisere driften på en effektiv måte.

En vaktordning på sykehusene skal sikre at leger er tilgjengelige for pasientbehandling utenom ordinær arbeidstid. Det ordnes gjerne slik at leger under utdanning har tilstedevakt ved sykehuset og at overlege med spesialistkompetanse er tilgjengelig, enten til stede ved sykehuset eller fra hjemnevakt. Ved de større sykehusene er det blitt vanlig å etablere vaktordninger med en overlege på vakt innenfor hver enkelt spesialitet. Dette har ført til flere og mindre vaktlag, og det har gitt større vaktbelastning for overlegene (Arbeidsgruppe Helse Vest RHF, 2024, s. 8). Arbeidsgruppen som utredet behovet for mer breddekompetanse, påpekte at slike smale vaktlag kan være vanskelige å bemanne kontinuerlig gjennom hele døgnet og i helgene. Mangel på breddekompetanse hos overlegene er, ifølge arbeidsgruppen, særlig et problem i små og mellomstore sykehus, og det kan føre til behov for endringer i lokalsykehusstrukturen: «Det kan være spørsmål om tid før flere lokalsykehus ikke kan opprettholde en forsvarlig stabil drift 24/7/365» (Arbeidsgruppe Helse Vest RHF, 2024, s. 8). Arbeidsgruppen konkluderer med at en styrking av breddekompetansen vil føre til at flere leger kan dele på å gå vakttjeneste i bredere vaktlag, og at dette vil kunne bidra til mer effektiv ressursbruk i sykehusene og at flere leger kan være til stede på dagtid og utføre planlagte operasjoner.

Spørsmålet om breddekompetanse i medisin var ikke et sentralt tema i intervjuene vi gjennomførte i vår undersøkelse. Selv om utredningen var ledet av Helse Vest RHF, er tema nært knyttet til utformingen av legenes utdanning, og dermed en sak for sentrale

myndigheter. En tillitsvalgt mente dette var en diskusjon Legeforeningen var involvert i, men hadde ikke selv noen synspunkter på temaet. Problemstillingene knyttet til breddekompetanse er likevel sentrale for arbeidsgivere som skal organisere driften i sykehus og bemanne avdelingene.

## 5 Reorganisere driften

I en situasjon med mangel på arbeidskraft, er det ikke alltid tilstrekkelig for en arbeidsgiver å forsøke å rekruttere og beholde arbeidskraften. Vellykket rekruttering vil ofte resultere i at mangelen på arbeidskraft bare flyttes fra ett sykehus til et annet, og det vil være stor sjanse for at virksomhetene havner i en evigvarende runddans der arbeidskraften forflytter seg, men uten at det samlet sett blir tilgang på mer helsepersonell. Utdanning av mer helsepersonell er derfor en viktig strategi for å øke tilfanget av helsepersonell. Men utdanning er tidkrevende, og den vil først bære frukt på lengre sikt. Det er heller ikke gitt at man klarer å øke antallet ansatte tilstrekkelig gjennom utdanningskanalen alene. Andre sektorer i samfunnet har også behov for arbeidskraft, og vi vil i fremtiden ha behov for å utdanne både IT-eksperter og bussjåfører. Blir det konkurranse om arbeidskraften på tvers av sektorer, kan det være en faktor som reduserer tilfanget av arbeidskraft i sykehusene. Helsepersonellkommisjonen pekte i 2003 på dette problemet og konkluderte med at helsesektoren ikke kunne basere seg på økt tilfang av helsepersonell, men at produktiviteten i sykehusene måtte øke slik at den kompetansen man allerede har blir utnyttet best mulig:

*En av hovedutfordringene vi står foran frem mot 2040 vil være å øke produktiviteten og anvende den samlede kompetansen smartere (NOU 2023: 4, s. 308).*

Økt produktivitet behøver ikke bety at ansatte i helsevesenet «må løpe raskere», forsikret Helsepersonellkommisjonen. Produktivitetsveksten kommer gjennom å sikre rasjonell bruk av de ressursene som er tilgjengelige, unngå dobbeltarbeid og feil, og gjennom samarbeid og koordinering av de ulike oppgavene jobbe på en måte som sparer ressurser og unødig bruk av helsepersonell.

En bedre organisering av driften i helseforetakene kan også bidra til å skape et bedre arbeidsmiljø og redusere turnover. Høsten 2025 publiserte Helse Sør-Øst RHF resultater fra en analyse av turnover fra 2019 til 2024 i regionen. Undersøkelsen viste en turnover på rundt ti prosent årlig. Det regionale helseforetaket så også på årsaker til at ansatte forlater spesialisthelsetjenesten og trakk fram de fem vanligste årsakene til at ansatte slutter (Helse Sør-Øst RHF, 2025c):

- måten virksomheten driftes på
- lønn eller kompensasjon
- manglende mulighet til personlig og faglig utvikling
- ubalanse mellom jobb og privatliv
- manglende støtte og oppfølging i arbeidet

Helse Sør-Øst understreket at begrunnelsene kunne variere mellom yrkesgrupper og stillingsgrupper. Mens overleger ofte oppga måten virksomheten driftes på som grunn for at de sluttet, oppga nyutdannede leger ubalanse mellom jobb og privatliv som den viktigste årsaken (Helse Sør-Øst RHF, 2025c). Til tross for at begrunnelsene for å slutte i jobb varierer, viser undersøkelsen at måten helseforetakene driftes på er viktig og kan forbedres. Det inkluderer mulighetene til å få en faglig utvikling og støtte i arbeidet, og

muligheten til å kunne håndtere jobb og privatliv på en god måte. Slike mål bør ikke stå i motsetning til «å øke produktiviteten og anvende den samlede kompetansen smartere», slik Helsepersonellkommissjonen foreslo.

I mange tilfeller er reorganisering av driften nødvendig for å få til en mer rasjonell ressursbruk i sykehus. I dette kapitlet skal vi se på hvordan bedre bemanningsstyring, økt oppgavedeling og sammenslåing av sykehusavdelinger kan være en del av en arbeidsgivers strategi for å sikre bedre bruk av kompetansen og dermed øke produktiviteten i sykehuset.

Det er viktig å være oppmerksom på at en velfungerende sykehusdrift også bør bidra til et godt arbeidsmiljø. Undersøkelsen Helse Sør-Øst RHF foretok høsten 2025 viste, som vi så ovenfor, at måten helseforetakene blir driftet på er en av de aller viktigste grunnene til at helsepersonellet slutter i jobben (Helse Sør-Øst RHF, 2025c). Det tyder på at driften bør forbedres.

## **5.1 Endring av bemanningsrutiner**

Å bemanne sykehusavdelinger er en av de mest omfattende administrative oppgavene i et sykehus. I dette avsnittet skal vi se eksempler på hvordan enkelte helseforetak har endret bemanningsrutinene i sykehuset og hvordan bruk av kombinasjonsstillinger kan sikre bedre utnyttelse av kompetansen.

Arbeidet med å bemanne sykehus pågår kontinuerlig og består blant annet av å ansette nytt personell, fylle alle stillinger og alle turnuser med riktig utdannet helsepersonell, skaffe vikarer ved sykdom og fravær og å legge arbeidsplaner som tar hensyn til stillingsstørrelse, kompetanse og individuelle ønsker og behov. I større sykehus er det snakk om tusenvis av arbeidsplaner som må justeres daglig.

I dag brukes det dataverktøy, og etter hvert også kunstig intelligens, for å legge arbeidsplaner. Når vi snakker med arbeidsgivere og tillitsvalgte i sykehusene dukker likevel utfordringer knyttet til bemanning raskt opp i samtalene. For arbeidsgiver er det krevende å skulle ha riktig kompetanse tilgjengelig og samtidig ta hensyn til en rekke faktorer som begrenser bruken av arbeidskraft. Arbeidskraft er en svært kostbar innsatsfaktor i sykehusene, og en forsvarlig ressursbruk krever derfor nøye planlegging. For arbeidstakerne styrer arbeidsplanene hverdagen og setter skillet mellom jobb og fritid. For dem er det viktig at arbeidshverdagen i minst mulig grad begrenser muligheten til å ha et godt privatliv og familieliv, og at hensynet til et forsvarlig arbeidsmiljø ivaretas. Samtidig kan økt arbeidsmengde og arbeid utenfor normal arbeidstid gi økt inntekt. Arbeidstakere kan ha ulike ønsker om hvordan fritiden skal se ut og når på døgnet arbeidstiden bør legges. Det gjør det krevende for sykehuset å imøtekomme alle behov.

### **Bemanningscenter**

Som vi så har Helse Bergen valgt å etablere et bemanningscenter for i størst mulig grad å kunne drifte sykehuset med egne ansatte og tilby dem 100 prosent stilling. Etableringen av bemanningscenteret innebar en reorganisering av driften av sykehuset, og senteret har fungert siden 2003.

Det har over lengre tid vært arbeidet i helseforetakene for å finne nye måter å bruke helsepersonellens kompetanse på, slik at den kan utnyttes på tvers av de mange små avdelingene et sykehus utgjør. Det er ikke bare Helse Bergen som har etablert et bemanningssenter. Nordlandssykehuset har også et bemanningssenter som skal fungere som et internt bemanningsbyrå (Nordlandssykehuset HF, u.å.). Arbeidsgiverforeningen Spekter og Norsk Sykepleierforbund drøftet i 2018 spørsmål knyttet til bemanningssentre, og de ble enige om noen anbefalte retningslinjer for sykehus som ønsket å etablere bemanningssenheter eller såkalte tidsbanker for sykepleiere. Tidsbanken skulle blant annet gi mulighet for mer fleksibel helgejobbing kombinert med skjerming mot å jobbe mer enn et visst antall helger (Fonn & Bergsagel, 2018). Etablering av bemanningssentre ble anbefalt av partene med sikte på å øke andelen heltidsansatte, og Spekter mente dette ville kunne gjøre det lettere å finne «arbeidstidsløsninger tilpasset driftsbehovene». (Fonn & Bergsagel, 2018; Spekter & Norsk Sykepleierforbund, u.å.).

De vi intervjuet i Helse Bergen er stort sett fornøyde med helseforetakets bemanningssentre. Tillitsvalgte forteller at ansettelsesprosessen i helseforetaket fungerer slik at sykehusavdelingene melder inn behov til bemanningssenteret, som står for ansettelsen og disponerer helsepersonellet. Avdelingene får være med på intervjuene og kan være med på å se hvilke kandidater som passer best i de enkelte avdelingene. De får dermed stor innflytelse i ansettelsesprosessen.

Vi har en rekrutteringsprosess som starter tidlig og som er en felles rekrutteringsprosess for hele sykehuset som bemanningssenteret tar seg av. Vi gir alltid 100 prosent fast stilling til alle sykepleiere som kommer ut fra utdanningen. Og det rekrutterer. Man rekrutterer allerede i april-mai, sånn at de kan starte før sommeren. (tillitsvalgt)

Søkerne får melde interesse for de avdelingene de helst vil jobbe på, men vil bli fordelt etter hvor det er behov rundt omkring i sykehuset. Ved rekruttering om våren, vil sykehuset oppdatere behovet i de enkelte avdelingene etter sommeren, og søkerne må da forvente å bli plassert der det er behov. Tillitsvalgte vi snakket med, mener det da tas hensyn til hvor de nyansatte har jobbet gjennom sommeren og hvilke fagfelt de ønsker å jobbe på. Denne prosessen er kjent for søkerne. Når bemanningssenteret har oversikt over behovene i hele sykehuset og håndterer alt det praktiske, kan sykehuset være tidlig ute for å få ansatt nyutdannede sykepleiere. Tillitsvalgte mener dette har vært en god løsning som også demper behovet for vikarer om sommeren.

Ja, vi har vel stort sett gode erfaringer med det, vi, da. De rekrutterer jo på en ganske annerledes måte nå, og på en annen måte enn mange andre foretak, ved at veldig mange ansettelser blir gjort i forkant av sommeren. I stedet for å søke etter sommervikarer så ansetter en folk i faste stillinger, og så har en gjerne en liten opphopning av ansatte på begynnelsen av høsten, og så jevner dette seg ut i løpet av året. For en har jo naturlig [avgang]. (tillitsvalgt)

Tillitsvalgte peker på at denne ansettelsesmåten i mindre grad anvendes for helsefagarbeidere. Et problem kan være at avdelingene ikke melder inn behov for

helsefagarbeidere. Dette kan, ifølge tillitsvalgte, skyldes at man ikke har nok veiledere og instruktører til å følge opp helsefagarbeiderne.

### **Kombinasjonsstillinger**

Et av problemene i mange sykehusavdelinger og på sykehusposter er at det er vanskelig å drifte postene med bare 100 prosent stillinger. Sykehuspostene har ulik størrelse og trenger personell på ulike tider av døgnet. Jo flere medarbeidere som har fulle stillinger, jo færre medarbeidere blir det som kan dele på helge- og høytidsvakter, slik turnusene settes opp. Hvis alle som deltar i en turnus skal ha full stilling, og ikke jobbe mer enn hver tredje helg, kreves det 24 årsverk for å få turnusen til å gå opp (Moland, 2024, s. 20, figur 2.5). Et slikt oppsett gir liten fleksibilitet for arbeidsgiver. Det kan føre til overkapasitet i enkelte perioder og mangel på arbeidskraft i andre perioder. En måte å løse dette på er å reorganisere driften slik at helsepersonell kan brukes på tvers av avdelinger i helseforetaket.

Da Helse Bergen etablerte bemanningssenteret, var noe av bakgrunnen behov for å løse dette problemet. Bemanningssenteret gjorde det mulig å ta i bruk kombinasjonsstillinger. Det fungerer slik at ansatte tilbys fulle stillinger, og sykehuset får samtidig utnyttet de ansattes kompetanse på flere steder i organisasjonen. Ansatte får fast jobb ved én avdeling, men bare en del av stillingen brukes der. Den resterende delen av stillingen, for eksempel 30 prosent, kan benyttes av bemanningssenteret i de andre avdelingene der det er behov for vikarer. Dette kalles kombinasjonsstillinger og øker fleksibiliteten i sykehuset.

Begrepet kombinasjonsstillinger brukes både om en person som har ulike oppgaver eller roller og om en person som har de samme oppgavene, men på to ulike arbeidsplasser. I helsevesenet er den første betydningen av kombinasjonsstilling gjerne brukt der leger jobber i en klinikk, men også har arbeidsoppgaver knyttet til undervisning og forskning (Nergård, 2020). Dette kan også gjelde sykepleiere. Den andre betydningen brukes gjerne om sykepleiere eller helsefagarbeidere som har deler av stillingen i én avdeling, og deler av stillingen i en annen.

Bruk av kombinasjonsstillinger har imidlertid møtt kritikk. Det har vært vist til at det kan svekke kontinuitet og pasientsikkerhet (Fonn, 2018b). Kritikken har ført til en større bevissthet rundt det å kombinere flere stillinger, og bemanningssenteret i Helse Bergen forsøker å sikre at arbeidsoppgavene og rammene for arbeidet blir likest mulig ved at vikararbeid foregår på samme avdeling eller på avdelinger som er mest mulig like, for eksempel at de er organisert innenfor samme klinikk eller fagområde (Fonn, 2018a). Turnuser som brukes i sykehus er svært vanskelige å få til å gå opp bare ved bruk av fulltidsansatte. Ofte må arbeidsgiver sette inn deltidsansatte eller bruke vikarer for å fylle turnusen. Tanken bak å etablere kombinasjonsstillinger er å unngå bruk av vikarer og deltidsstillinger, og sikre at alle ansatte får 100 prosent stilling. Konsekvensen er at noen da får lagt deler av arbeidstiden sin til ulike avdelinger eller sykehusposter.

## 5.2 Driftsutfordringer knyttet til deltids og arbeidstid

I dette avsnittet skal vi se hvordan deltidsarbeid og arbeidstidsordninger påvirker organiseringen av sykehusdriften og gjør det vanskelig å nå mål om flere heltidsansatte og en mer effektiv organisering av arbeidet, slik at personellressursene blir best mulig utnyttet. Hvordan arbeidstiden legges har også betydning for de ansattes velferd og for arbeidsmiljøet. Det er derfor en nøkkelfaktor for å ivareta de ansatte og sikre at sykehusets kompetanse brukes på en god måte.

### Bruk av deltidsansatte

Alle sykehusene vi har vært i kontakt med i dette prosjektet gir uttrykk for at de ønsker å ansette helsepersonell i 100 prosent stilling. Etter en endring i 2022 slår også arbeidsmiljøloven fast at arbeidstaker som hovedregel skal ansettes på heltid. Likevel er det mange som fortsatt har deltidsstilling i helseforetakene.

Det har gjennom mange år vært en vedvarende diskusjon om årsakene til høy deltidsandel i sykehus. Skyldes den høye andelen at arbeidstakerne ikke blir tilbudt fulle stillinger fordi det er mer fleksibelt for arbeidsgiver å benytte deltidsansatte for å dekke turnuser i helgene, eller skyldes den høye deltidsandelen at ansatte ønsker å jobbe deltid fordi det demper arbeidspresset eller gir større fleksibilitet til å styre arbeidstiden gjennom å ta ekstravakter? Uansett hvilket svar man kommer til, gir de negative effektene av å ha en høy andel deltidsansatte i sykehusene grunn til å vurdere om ikke driften av sykehus bør reorganiseres slik at heltidsstillinger blir hovedregelen ved ansettelser, slik arbeidsmiljøloven forutsetter.

Lovisenberg sykehus gjennomfører annethvert år en undersøkelse blant ansatte for å kartlegge ufrivillig deltid. I 2021 hadde nærmere 38 prosent av sykehusets ansatte en deltidsstilling, men da undersøkelsen ble gjennomført, viste den at det kun var 1,5 prosent av de deltidsansatte som opplevde at deltiden var ufrivillig (LDS, 2023b). Blant de som ufrivillig var i en deltidsstilling, var det noen som manglet formell kompetanse og noen som ikke var villige til å arbeide på andre avdelinger eller endre turnus for å oppnå høyere stillingsprosent eller full stilling (LDS, 2023b).

Det er grunn til å tro at det er mange årsaker til at arbeidstakere jobber deltid i sykehus. At arbeidsgivere ikke er villige til å tilby heltidsstillinger ser ikke ut til å være en vesentlig årsak. Både arbeidsgivere og tillitsvalgte i våre intervjuer gir uttrykk for at sykehuset ønsker å ansette helsepersonellet i fulle stillinger. Problemet er at det oppstår en uoverensstemmelse mellom arbeidsgivers behov og arbeidstakers ønsker som ikke lett lar seg løse innenfor de drifts- og arbeidstidsmodellene som i dag brukes i sykehus med kontinuerlig drift. Det er flere forhold som har betydning for uoverensstemmelsen:

- Tilbudet om å få jobbe er stort sett alltid til stede. Det gjør at arbeidstakere kan redusere sin stillingsprosent, for eksempel til 90 eller 80 prosent, og ta ekstravakter for å dekke opp de 10 eller 20 prosentene som mangler for å få en full stilling. Dette gir arbeidstakeren større mulighet til å velge når vedkommende vil jobbe (ta ekstravakter), og dermed større individuell fleksibilitet. Dette kan særlig være attraktivt i stillinger der det jobbes turnus natt og helger.

- Fordi det er upopulært å jobbe i helger og krevende for arbeidsgiver å sette opp turnuser som gir tilstrekkelig dekning i helgene, tvinges arbeidsgiver til å benytte deltidsansatte og vikarer for å dekke bemanningen i helgene. Norsk Sykepleierforbund har som mål at sykepleiere ikke skal måtte jobbe oftere enn hver tredje helg (NSF, 2023). Med dagens arbeidstidsregulering og turnusordninger oppstår det fort behov for deltidsstillinger for å fylle en turnus når bemanningen er knapp.
- Alle arbeidstakerorganisasjonene legger vekt på at særskilte måter å ordne arbeidstiden på skal baseres på frivillighet. Det gjelder for eksempel det å jobbe langvakter og det å flyttes mellom ulike avdelinger. Noen steder har de lokale partene fått til ordninger som gjør det mulig å begrense bruken av deltid, for eksempel bruk av langvakter eller særskilte arbeidstidsordninger for tilreisende helsepersonell. Disse ordningene lar seg ikke bruke overalt, dersom de ikke blir etablert gjennom frivillighet. At arbeidstakere har ulike ønsker, gjør det krevende for arbeidstakerorganisasjonene å samle seg bak én type ordning eller anbefale ordninger som mange medlemmer ikke ønsker. Det ser vi for eksempel der eldre og yngre leger har ulikt syn på verdien av å ha lange vakter, og der noen sykepleiere foretrekker langvakter i helgene, mens andre finner det krevende og ikke ønsker dette på grunn av familiesituasjonen.

I flere av sykehusene der vi gjennomførte intervjuer ga arbeidsgiver eller tillitsvalgte uttrykk for at mange som jobbet deltid gjorde det for å få en mer fleksibel arbeidssituasjon.

I stedet for å bli tvunget til å gå i noen av de [vaktene]... hvis de har 100 prosent, vil de heller da være i 80 prosent og plukke de vaktene de vil ha opptil 100 prosent. Så det er jo et lite dilemma, da. (tillitsvalgt)

For arbeidsgiver øker det utfordringene med å få dekket opp personell i helgene. En konsekvens er at arbeidsgiver må ansette flere på deltid eller leie inn vikarer for å sikre at virksomheten har nok ansatte i helgene. En arbeidsgiver uttrykte det slik:

Det er ikke noe tvil om at når man har flere deltidsstillinger [...], så er det fordi man trenger mer folk til å jobbe i helgen, fordi de faste ansatte ikke vil jobbe i helgen. (arbeidsgiver)

For arbeidsgiver skaper en høyere andel deltidsansatte nødvendig fleksibilitet, men samtidig gir det ikke full utnyttelse av arbeidsstokken. Det kan være mange grunner til at ansatte velger å jobbe deltid, og det ser ut til å være gode muligheter innenfor dagens sykehusdrift til å velge å jobbe deltid og spe på med ekstravakter. Denne situasjonen gir likevel ikke den beste utnyttelsen av helsepersonellens kompetanse, og den sikrer heller ikke de ansatte full stilling under betingelser alle, eller de fleste, finner tilfredsstillende.

Bruken av deltid i Norge kan nå bli påvirket av EUs regulering av retten til overtidsbetaling. Etter at EU-domstolen har avsagt to dommer om overtidsbetaling for deltidsansatte, er det nå reist tvil om den norske ordningen der deltidsansatte først har krav på overtidsbetaling når de arbeider ut over det som utgjør en full stilling, er i overensstemmelse med EUs regelverk. Flere arbeidstakere har gått til sak for å få prøvet spørsmålet,

og har også vunnet fram i retten (Almendingen, 2026, s. 7; NTB, 2026). Selv om dommene ennå ikke er rettskraftige, har dette ført til at regjeringen har endret mandatet til en arbeidsgruppe som om jobber med å se på spørsmålet om overtid for deltidsansatte. Arbeidsgruppen er nå bedt om å vurdere ulike løsninger og behovet for endringer i relevante bestemmelser om mertid og overtid i lovverket. Siden saken også berører tariffavtaler, må løsninger utformes i nær dialog med partene i arbeidslivet, ifølge regjeringen (Arbeids- og inkluderingsdepartementet, 2026).

Slik driften av sykehus er organisert i dag, vil et regelverk for overtidsbetaling som gir deltidsansatte rett til overtidsbetaling når de jobber ut over sin stillingsprosent (for merarbeid), få konsekvenser for sykehusene. Arbeidsgiverforeningen Spekter peker på at heltid etter norsk lov skal være normen i arbeidslivet og at en lovendring kan føre til økt deltid.

*Det er også svært uheldig dersom det blir mer attraktivt å arbeide deltid, når det allerede er mangel på arbeidskraft, og dette er forventet å øke fremover. (Spekter, 2025)*

En eventuell endring av norsk regelverk i tråd med EU-dommene kan både gi kostnadsendringer for helseforetakene og føre til økt bruk av deltid. En konsekvens kan være at helseforetakene forsøker å begrense tilbudet av deltidsstillinger til arbeidstakere som har lovhjemlet grunnlag for å få redusert arbeidstid.

Samlet sett gir intervjuene med ledere og tillitsvalgte i sykehus et inntrykk av at både arbeidsgiver og tillitsvalgte ønsker å redusere deltidsandelen i sykehus. Det er heller ikke stor uenighet om årsakene til at det er mange deltidsstillinger, selv om faktorene kan vektlegges forskjellig. Det er derimot ingen samlet enighet om hvordan det opplevde problemet kan løses. Tillitsvalgte som uttalte seg om dette nevnte at redusert belastning og større fleksibilitet til å håndtere livsfaser og privatliv var viktig for de ansatte. For arbeidsgiversiden vil en reorganisering av driften, med mål om å unngå behovet for deltidsstillinger, være den beste måten å ivareta de ulike hensynene på. Hvis sykehusdriften skal legges om, vil arbeidstidsorganisering være en kritisk faktor.

### **Arbeidstid er en kritisk faktor**

I avdelinger og på sengeposter der man jobber tredelt turnus med jobb i helger og kveld og natt, er arbeidstid en kritisk faktor for å kunne rekruttere og beholde arbeidskraft. Tillitsvalgte peker på at slik arbeidstid passer yngre arbeidstakere best. De er også gjerne nyutdannede. Når man får familie er det vanskelig å få hverdagsforpliktelsene til å passe med arbeidstiden, og sykehusets drift gjør det vanskelig for sykehuset å legge til rette for mange som er i samme situasjon.

*Har man en avdeling med 30 ansatte, og noen skulle fått fritak for natt og helg, så er det ikke mange som kan få fritak før det går ut over driften. Det gjør det vanskelig å tilrettelegge for småbarnsfamilier. Jeg tror det er hovedgrunnen til at vi lekker personell etter to-tre år på sengepost, og at vi har problem med å beholde dem. (tillitsvalgt)*

En arbeidsgiver trekker fram hvordan endrede holdninger til arbeidstid blant leger i sykehus kan skape arbeidsmiljøutfordringer. Leger har vanligvis hatt utvidet arbeidstid,

slikt tariffavtalen åpner for. Mange yngre leger ønsker, ifølge arbeidsgiver, en mer normal arbeidstid med mulighet til å gå hjem fra jobb og ha et familieliv. Dette kan skape en konflikt med leger som jobber utvidet tid og som forventer at kolleger også skal gjøre dette.

Og så er det sånn at [de som ønsker normal arbeidstid] får noen arbeidstidsutfordringer knyttet til de overlegene de møter i gruppen, der alle har utvidet arbeidstid og forventer at du også skal ha det. [...] Legene har jo også i veldig stor grad hatt et kollektivt ansvar for at driften [i sykehusene] har gått rundt uten at leder egentlig har beordret dem til overtid. (arbeidsgiver)

Arbeidsgiver peker her på at legene tradisjonelt har tatt et stort kollektivt ansvar for sykehusdriften. De har kjent et ansvar for pasientene, og de har stilt opp for å løse vanskelige situasjoner som har oppstått. Hvis noen for eksempel er blitt syke når de skal ha vakt, så har andre sagt at de kan ta vekten. Dette har de langt på vei gjort uten at leder har behøvd å beordre overtid, ifølge en arbeidsgiver.

Dette kollektive ansvaret blir utfordret når ikke alle leger ønsker å jobbe like mye. Arbeidsgiver peker på at det er en endring: De som er yngre tar ikke vakter på eget initiativ. Da må leder gå inn og pålegge arbeidstaker å ta vakter dersom noen er syke. Arbeidsgiver har forståelse for at denne endringen skjer, men peker på at det skaper noen utfordringer for driften av sykehuset og at behovet for mer helsepersonell øker.

Vi kan jo ikke forvente at legene skal kjenne på et sånt ansvar. [...] Så det er noe i endring, og det fører jo til at når færre sier ja til utvidet arbeidstid, så må vi jo ha flere, og hvor skal vi hente dem? (arbeidsgiver)

I den grad arbeidsgivers opplevelser her omfatter større deler av helsevesenet, vil denne utviklingen i hvordan leger oppfatter sin arbeidsrolle og ønsker sin arbeidstid skape et press mot å reorganisere arbeidstidsordningen og gjøremålene til legene. Hvis det ikke er et reelt alternativ å ansette flere leger, må legene jobbe på en annen måte dersom arbeidstiden deres samlet sett skal reduseres. Ett alternativ er å øke vaktbelastningen, for eksempel at «hjemmevakt», hvor legen ikke behøver å oppholde seg på arbeidsstedet, byttes ut med «tilstedevakt» på sykehuset. Dette vil ofte gå ut over eldre leger og leger med lang fartstid, som ofte er de som kan ha hjemmevakt. Å etablere en mer aktiv vaktrolle når legen har vakt på sykehuset kan også gi en bedre utnyttelse av personellressursene. Ulempen er at det kan øke arbeidsbelastningen for leger, øke behovet for lengre hvileperioder, og igjen føre til underskudd på personell. Endringene i legers holdning til arbeidstid er dermed en utfordring som trolig krever at deler av sykehusdriften organiseres på en ny måte for at den skal bli effektiv og for at behovet for flere leger skal reduseres.

Den samme spenningen finnes også i andre yrkesgrupper. En arbeidsgiver forteller om hvor krevende det kan være å imøtekomme ansattes ønsker innenfor rammene som tariffavtalene legger.

Vi har i dag veldig kollektive ordninger. Tillitsvalgte kan si ja og nei til arbeidsplaner. Noen ganger er det til hinder for løsninger som medlemmene ønsker. På overordnet samfunnsnivå vet man at det er best å jobbe regelmessig. Men i arbeidstakergruppa møter vi ofte ønsker om spring-skift for å få lenger helgefri. Det er også konflikt mellom det kollektive og det individuelle. Beskyttelsesrommene er ikke like viktig for alle. Det er først når du blir eldre du ser behov for beskyttelsen i reglene. Det er kanskje slik at vi må over på enda mer individuelle arbeidsavtaler for tilpasning. Vi ser at organisasjonstilhørighet går ned, og det kollektive får mindre og mindre plass. (arbeidsgiver)

Diskusjonen om hvordan arbeidstiden skal legges foregår dermed både på sentralt nivå mellom tariffpartene, og på lokalt nivå mellom arbeidsgiver og lokale parter og nærmeste arbeidsgiver og den enkelte ansatte. Her skal både vern av arbeidstakerne, fleksibilitet i driften og arbeidstakernes individuelle ønsker ivaretas. Både tariffavtaler og dagens lovgivning gjør det vanskelig å endre arbeidstidsordninger og dermed driften av sykehusene uten enighet mellom de involverte partene. Med flere parter som dekker ulike yrkesgrupper, og med et mangfold av interesser på tvers, også innad i organisasjonene, har det vist seg krevende å etablere enighet om driftsendringer.

### **5.3 Oppgavedeling er en viktig arbeidskraftstrategi**

Oppgavedeling er et viktig tiltak for å utnytte bemanningen i sykehus bedre. I alle sykehusene ble oppgavedeling sett som et viktig tiltak. Å sikre en effektiv bruk av kompetansen til de ulike yrkesgruppene i et sykehus, vil bidra til å utnytte landets helsefagkompetanse på en god måte. Hvis sykehusene skal behandle flere syke, kan ikke legene bruke tid til kontorarbeid som helsesekretærer kan gjøre, og hvis det er mangel på sykepleiere, kan kanskje helsefagarbeidere gis kompetanse til å avlaste dem ved å ta over noen oppgaver på sengeposten.

Oppgavedeling kan skje på ulike måter (Helse Sør-Øst RHF, 2023, s. 15):

- Én yrkesgruppe kan overta en oppgave fra en annen yrkesgruppe.
- Én yrkesgruppe eller et individ kan få økt kompetanse slik at flere kan utføre den samme oppgaven.

Noen ganger brukes også uttrykket «oppgaveglidning» eller «jobbglidning». Dette kan innebære det samme som oppgavedeling, men uttrykkene kan også brukes om en mer tilfeldig eller ikke-planlagt «glidning» av oppgaver fra en gruppe til en annen. Fagforbundet er for eksempel bevisst på å skille mellom oppgavedeling og oppgaveglidning, og anser oppgavedeling som «en planmessig og styrt prosess, hvor en ut fra kartlegging over både oppgaver og tilgjengelig kompetanse, tildeler oppgaver til yrkesgrupper eller enkeltansatte for å trygge faglig forsvarlig og effektiv oppgaveløsning» (Fagforbundet, 2022). Forbundet vil bruke uttrykket oppgaveglidning om flytting av en oppgave fra en gruppe til en annen som skjer på grunn av nødvendighet, ikke planmessig, for eksempel der det er ubesatte stillinger eller sykefravær.

Det er mange måter arbeidet i et sykehus kan endres på. Man kan også tenke seg at en helt ny yrkesgruppe, enten inne på sykehuset eller utenfor, kan utføre oppgaver som sykehusansatte tidligere utførte. Samhandlingsreformen har for eksempel bidratt til færre liggedøgn i sykehusene ved at pasienter har blitt overført til oppfølging i kommunene (Forskningsrådet, 2016, s. 6). Teknologiske endringer kan også føre til at noen oppgaver faller bort eller automatiseres. Flere sykehus gjør for eksempel nå forsøk med bruk av kunstig intelligens (KI) til å skrive journalnotater (Diakonhjemmet sykehus, 2025; Johannessen, 2025).

Det som kjennetegner sykehus er likevel at arbeidsoppgavene er spesialiserte, og at de over lang tid har vært definert gjennom praksis og den kompetansen ulike yrkesgrupper eller profesjoner har. Legene har hatt visse oppgaver, sykepleieren har hatt sine oppgaver, og legesekretærene sine. En slik innarbeidet oppgavedeling kan gjøre det vanskelig å bruke arbeidskraften på nye måter. Å endre måten sykehuset driftes på ved å endre på arbeidsoppgavene krever, som vi har sett, opplæring og god oversikt over helsepersonellens kompetanse. Det krever også at yrkesgruppene er villige til å «gi fra seg» oppgaver og at arbeidstakerne opplever at endringene skaper positive effekter. En annen viktig faktor for å lykkes med oppgavedeling, er at ledere på ulike nivåer i sykehuset forstår hva slike endringer innebærer og klarer å etablere nye arbeidsformer i de enhetene de har ansvar for.

Spekter, Fagforbundet og Delta fikk i 2022 Oslo Economics til å lage en kartlegging av erfaringer med oppgavedeling i sykehus der helsefagarbeidere er involvert (Oslo Economics, 2022). Rapporten viser at alle de regionale helseforetakene hadde igangsatt utviklingsprosjekter for å fremme andelen helsefagarbeidere i sykehus. Til sammen dreide det seg om 29 ulike prosjekter som var rettet inn mot helsefagarbeidere og andre yrkesgrupper i sykehusene. Det var dels fellesprosjekter for hele helseregionen, dels prosjekter knyttet til enkelte helseforetak eller sykehus (Oslo Economics, 2022, s. 20).

Prosjektene Oslo Economics beskriver pågikk i perioden mellom 2014 og 2022. De fleste ble igangsatt etter 2020, og de innebar opplæring av helsefagarbeidere slik at de kan utføre oppgaver som sykepleiere eller andre yrkesgrupper pleier å utføre. I enkelte prosjekter ble det utviklet mer omfattende kompetanseprogrammer og opplæringsmoduler for helsefagarbeidere. Noen av prosjektene hadde, som vi så i Helse Bergen, et mål om å øke andelen helsefagarbeidere. Til tross for den innsatsen som er gjort, slår rapporten fast at antall årsverk for helsefagarbeidere i sykehus gikk ned fra 5028 til 3562 i perioden 2011 til 2021. Oslo Economics trekker fram flere faktorer som hemmer god oppgavedeling. Det kan være manglende ledelsesforankring, for lav bemanning, uklare kompetanseregler og manglende lovforståelse, holdningsutfordringer knyttet til historiske skiller mellom faggruppene, ressursmangel og tidspress (Oslo Economics, 2022). I en senere rapport fra 2024 oppsummerer Oslo Economics erfaringer med oppgavedeling for portører, apotek teknikere og helsesekretærer i sykehus og apotek (Oslo Economics, 2024b). Også her er det de samme faktorene som kan hemme en vellykket oppgavedeling, men rapporten finner at informantene er positive til effektene av oppgavedeling og har få negative bemerkninger (Oslo Economics, 2024b, s. 38).

I de intervjuene som er gjennomført i denne undersøkelsen, er det også flere som trekker fram faktorer som kan gjøre oppgavedeling lettere eller som er nødvendige å få på plass for at oppgavedeling skal kunne bidra til bedre utnytting av tilgjengelig kompetanse. Opplæringen må være mer systematisk og ikke bare lokalt forankret. Oppgavedeling foregår ofte som enkeltprosjekter parallelt med den ordinære sykehusdriften og kan mangle forankring på alle ledernivåene. Intervjuobjektene kan også fortelle at oppgavedeling er vanskelig å få til fordi det innebærer at yrkesgruppene må endre måten de jobber på. Fagtradisjoner og manglende forbilder for helsefagarbeidere kan stå i veien for å lykkes med oppgavedeling og reorganisering av sykehusdriften.

### **En tydelig kompetanseplan og system for opplæring**

Vi har ovenfor sett hvilken rolle kompetanse spiller i sykehus og hvor viktig det er at kompetansen til helsepersonell dokumenteres. Denne dokumentasjonen eller sertifiseringen må være kjent og tilgjengelig for andre ansatte på arbeidsplassen. Kompetanseportalen spiller i økende grad en nøkkelrolle for å dokumentere kompetanse, ikke bare for leger, men også annet helsepersonell. Ved Lovisenberg sykehus benyttes dette for alle yrkesgrupper.

Det er ikke alle sykehus som har innført det for alle yrkesgrupper, men der hadde vi en fordel av å være privat, ideelt og litt tidlig ute, så vi innførte det i 2017 for alle våre yrkesgrupper. Men jeg er ikke sikker på om alle sykehus har det for alle [yrkesgrupper]. (arbeidsgiver)

En felles kompetanseportal sikrer ikke bare at alle arbeidsgivere får oversikt over ansattes kompetanse, det gjør også opplæringen mer verdifull. Når en lege flytter fra ett sykehus til et annet, vil all oppøring og alle kurs kunne dokumenteres i portalen. Dersom dette også gjøres til et system for andre helsefaglige grupper, vil verdien av å gjennomgå opplæring øke, for eksempel for helsefagarbeidere som da kan ta kompetansen med seg gjennom yrkeskarrieren.

Men for annet helsepersonell enn leger er opplæringen fortsatt ofte lokalt forankret. Sykehusene utvikler sine egne kompetanseplaner og opplæringssystemer for helsepersonell, og de bruker disse for å oppnå økt oppgavedeling. De regionale helseforetakene forsøker å koordinere gjennom å ha møter, for eksempel for fagdirektørene, og mange steder foregår det et godt samarbeid. Lovisenberg sykehus, som var tidlig ute med oppgavedeling og opplæring av helsefagarbeidere, deler, ifølge arbeidsgiver, sine planer med de andre sykehusene i regionen. Under pandemien var det disse planene som ble brukt i Helse Sør-Østs region.

Det er en veldig delekultur [...], litt sånn blanding, at vi lager noe selv og deler på tvers. Sånn som jeg ser det nå, så tenker jeg det er ganske hensiktsmessig fordi det blir mange lokale tilpasninger. (arbeidsgiver)

Selv om lokal tilpasning er viktig, kan man, fordi opplæringen er en så viktig forutsetning for å få i gang oppgavedeling, stille spørsmål ved om ikke opplæringsplaner og sertifisering av helsepersonell bør foregå mer systematisk enn gjennom samarbeidsmøter og

«å lære av hverandre». Dette har vært trukket fram av regjeringen i den nasjonale helse- og samhandlingsplanen (Meld. St. 9 (2023–2024), 2024). Der heter det blant annet at regjeringen vil «utrede hvordan det kan legges til rette for systematisk, standardisert og dokumenterbar kompetanseutvikling» (Meld. St. 9 (2023–2024), 2024, s. 69, boks 5.1).

Et spørsmål det har stått mye strid om har vært om annet helsepersonell enn leger og sykepleiere kan dele ut medisiner. Her har man noen steder sett nødvendigheten av å utvikle et felles sentralt regelsett for hva helsefagarbeidere kan gjøre på dette området.

Helse Sør-Øst har laget en sentral gruppe som skal lage en sentral plan for hva helsefagarbeidere kan få lov til å gjøre [når det gjelder] medisiner. Kan de gi Paracet, kan de gi klare vesker og så videre, så der har vi noe felles. (arbeidsgiver)

Helse Sør-Øst RHF lanserte sitt opplæringsprogram i legemiddelhåndtering i mai 2025. Der anbefalte de at helsefagarbeidere fikk opplæring i oppgaver som ble utført ofte (volumoppgaver). Det ville sikre at flere helsefagarbeider fikk kompetanse i «å håndtere legemidler som administreres daglig eller flere ganger om dagen» (Helse Sør-Øst RHF, 2025b). Opplæringsprogrammet forutsetter en ny godkjenning av kompetansen etter en viss tid (re-godkjenning), og ved bytte av sykehus skal det foretas en gjennomgang av prosedyrer (Helse Sør-Øst RHF, 2025b). Opplæringsprogrammet etablerer dermed et enhetlig system for godkjenning og dokumentasjon av kompetanse innenfor én helseregion. Dette vil trolig fremme oppgavedeling på dette feltet. Men om de tre andre helseregionene må gjøre samme øvelsen hver for seg, før helsefagarbeidere i andre regioner kan gå i gang med medisinhåndtering, vil det både kreve ressurser og ta tid. Opplæringsprogrammet til Helse Sør-Øst kan kanskje tas i bruk også i andre regioner. For kommunene lager KS Digital et eget legemiddelhåndteringskurs for helsepersonell i kommunal sektor, som er planlagt igangsatt i 2026 (KS Digital, 2025).

### **Ledelsesforankring**

God ledelsesforankring er viktig for å få til oppgavedeling i sykehus. I sykehusene vi har intervjuet har partssamarbeidet på sentralt nivå stort sett blitt beskrevet som godt. Det er en bred erkjennelse av at det vil være mangel på kompetanse i årene som kommer, og det er enighet om å stimulere til mer oppgavedeling. Åpenhet, involvering og kort avstand mellom ledelse og ansatte blir trukket fram som en positiv faktor.

På spørsmål om sykehusledelsen stilte seg bak tiltakene når oppgavedeling skal implementeres svarte informantene ved alle sykehusene ja. Ved Lovisenberg sykehus understreket arbeidsgiver at sykehusets størrelse, med bare tre ledernivå og 110 ledere, gjorde at alle kjente hverandre og at ledelsen var samkjørt.

Vi kjenner alle ved navn, kjenner alle hverandres utfordringer. Sånn at det er veldig nære og gode relasjoner. Vi har satset mye på ledertrening og lederutvikling som vi kjører internt. Sånn at relasjonene til lederne våre vil jeg si er veldig gode, og gjennomføringsevnen veldig stor når vi først igangsetter noe. (arbeidsgiver)

Men selv om partssamarbeidet på sentralt nivå er godt, oppleves ikke gjennomføringsviljen like stor av alle. I et annet sykehus påpekte tillitsvalgte at ledelsen i praksis ikke fulgte opp alle målsettingene om oppgavedeling og å øke antallet helsefagarbeidere. I praksis var det sykepleiere som ble prioritert ved ansettelse, og selv om ledelsen snakker om nødvendige endringer og behov for mer oppgavedeling, skjer det lite i praksis.

Vi ser jo ikke noe vilje til å drive reell oppgavedeling rundt omkring i særlig stor grad. (tillitsvalgt)

[Helsefagarbeiderne] blir stort sett presset ut, omstilt og flytta på, mens sykepleiere og den sykepleierfaglige kompetansen blir framhevet. Og når stillingen lyses ut, så er det alltid [den] kompetanse som trumfer. [...] De snakker om at vi skal inn i en ny helt ny situasjon og hverdag, men vi fortsetter akkurat slik som vi har gjort de siste 20–30 årene. Visse unntak, selvfølgelig, men stort sett er det det vi opplever. (tillitsvalgt)

Ved et annet sykehus fortalte en tillitsvalgt at det fantes en «Tørn-koordinator» og at det foregikk prosjekter på sykehuset, men at de tillitsvalgte som satt sentralt ikke var godt kjent med prosjektene. Tørn er et nasjonalt program som startet i kommunesektoren i 2021 (Bråthen & Moland, 2024). De regionale helseforetakene kom med fra 2023, og de skal som del av programmet sette i gang et strukturert arbeid for å fremme en effektiv organisering og en riktig oppgavedeling mellom personell. Programmet dreier seg blant annet om dokumentasjon av kompetanse, klargjøring av ansvarsforhold, initiering av programmer for oppgavedeling og deling av erfaringer på tvers av regionene (Helse Sør-Øst RHF, 2024). Utfordringen er imidlertid at arbeidet med oppgavedeling ofte foregår som utviklingsprosjekter parallelt til driften og derfor ikke oppfattes som en integrert del av sykehusdriften.

Det foregår prosjekter ute, men vi er ikke godt kjent med dem. Det er noe som har vært diskutert i tillitsvalgtgruppen, at vi er ikke på nett med hva som skjer ute. Noe får vi høre om, men det er ikke en god oversikt over hva det er, og om man lykkes med de prosjektene, for de er litt for interne. [...] Så det er tilfeldig at vi får nyss i dem, og da må vi [spørre] hva blir utfallet, har det vært vellykket? Sånn at jeg skulle jo ønske at det var en mer overordnet informasjon om hva [som skjer]. At man kunne lære av hverandre. (tillitsvalgt)

Oppgavedelingen foregår, ifølge den tillitsvalgte, som oftest på en enkelt enhet eller seksjon, for eksempel en sengepost. Der er man veldig avhengig av enhetslederen. Gode ledere får til et godt samarbeid mellom de helsefaglige yrkesgruppene, ifølge den tillitsvalgte, og de får gjerne bedre søkertall når det er ledige stillinger.

Men for ledere kan det være utfordrende å skulle fase inn helsefagarbeidere, kartlegge kompetanse og gi opplæring i en travel hverdag. Det er også kostbart, i den forstand at det kanskje trengs økt bemanning under opplæringen. Det gjør at helseforetaket bør se oppgavedelingen i tett sammenheng med leder- og personellressursene.

Så det fordrer jo litt at lederne har hodet over vann og at de har ... tid til faktisk å lede og ikke bare drive brannslukking, sånn som man kanskje kan se en del steder, at mye av den daglige arbeidstiden til en leder går opp i det å skaffe kveldsvakter for eksempel. (tillitsvalgt)

Oppgavedeling er lurt, men mitt inntrykk er at de siste årene har det ikke vært så mye fokus på det. Det har vel kanskje også noe med at det koster litt. Hvis du skal lære opp helsefagarbeidere, ... så må du faktisk ha litt dobbel bemanning i en periode, ikke sant? (tillitsvalgt)

### **Profesjon og fagtradisjon kan hemme oppgavedeling**

Vi har sett at det kan være vanskelig å øke andelen helsefagarbeidere i sykehus. Selv om sykehusledelsen legger planer for økt rekruttering av helsefagarbeidere og andre yrkesgrupper som helsesekretærer eller vernepleiere, er det de enkelte klinikkene og avdelingene som har ansvar for bemanningen og å ansette nye medarbeidere. Det er dermed en rekke mellomledere som avgjør sammensetningen av det helsefaglige personalet. I et av sykehusene fortalte tillitsvalgte fra Fagforbundet som organiserer helsefagarbeidere at disse ikke følte seg velkomne når de ble overført fra en avdeling til en annen:

[I den avdelingen] vil de ikke ha helsefagarbeidere, og sier at det er en pasientrisiko. Det sier noe om hvem som bestemmer. Det er ofte sykepleiere som sitter som leder og bestemmer. Det tror jeg har noe å si. (tillitsvalgt)

Det er ikke nødvendigvis slik at sykepleiere er motstandere av å dele på arbeidsoppgavene. Den samme tillitsvalgte fortalte at på en annen avdeling ga sykepleierne uttrykk for at de kan «jobbe mer effektivt» når det er helsefagarbeidere på avdelingen, og at de gjerne vil ha helsefagarbeidere på avdelingen.

Holdningen til å ta i bruk helsefagarbeidernes kompetanse kan variere fra avdeling til avdeling innen samme sykehus. Dette illustrerer at fagtradisjonene og kulturen i stor grad er lokalt forankret i praksisen og holdningene som preger de enkelte avdelingene i sykehusene.

Det er veldig varierende fra avdeling til avdeling hva en helsefagarbeider gjør, hva de får lov til å gjøre. Og det er det jo mange som opplever som veldig frustrerende. Og hvis en bytter jobb innad på sykehuset og kommer fra en avdeling og begynner på en annen, så er det plutselig en del av de arbeidsoppgavene som en tidligere har håndtert veldig fint som man ikke lenger får lov til å gjøre, for det blir betraktet som en sykepleieroppgave. Og det er ... den gamle profesjonskampen som blir ført videre. (tillitsvalgt)

Norsk Sykepleierforbund gjennomførte i 2018 en undersøkelse blant medlemmene om hva de bruker tiden på i arbeidet. 60 prosent av sykepleierne mente de daglig utførte arbeidsoppgaver de ikke definerte som «sykepleieroppgaver» (Bergsagel, 2019). Det er

viktig å merke seg at undersøkelsen også omfattet sykepleiere som ikke jobber i sykehus. Den viste likevel at sykepleiere gjerne vil overlate noen oppgaver til andre yrkesgrupper. 48 prosent mente de ukentlig utførte oppgaver som leger burde gjøre, og nærmere 70 prosent mente de like ofte utførte oppgaver som renholdere burde gjøre (Bergsagel, 2019, Figur 2).

Men Sykepleierforbundets undersøkelse viste også at det er ulike oppfatninger av hva som er «sykepleieroppgaver». Det er dermed tradisjon og praksis i de enkelte institusjonene som er med å prege yrkesgruppens syn på hvilke oppgaver de skal eller kan utføre. Spørsmålet er om denne holdningen, at det finnes profesjonsspesifikke oppgaver, vil forsvinne når oppgavedeling flytter grensene for hvilke oppgaver de ulike profesjonene og yrkesgruppene kan gjøre, eller om «sykepleieroppgaver» bare vil bli definert på en annen måte. Resultatet kan da bli oppgaveforskyvning mer enn oppgavedeling, og gevinsten ved at flere kan utføre de samme oppgavene og i fellesskap sikre en effektiv drift, kan da bli redusert eller forsvinne. I ett av intervjuene pekte arbeidsgiver på at tillitsvalgte for sykepleiere ikke lenger forsvarte at sykepleiere skulle gjøre oppgavene de tidligere hadde gjort, men at argumentasjonene hadde snudd etter at man hadde begynt med oppgavedeling.

Jeg opplever kanskje særlig at tillitsvalgtsiden har snudd, og har egentlig snudd helt om i retorikken og begynte å snakke om at sykepleierne må gjøre sykepleieroppgaver. De må ikke gjøre alle de andre tingene som man ikke trenger noe sykepleierfaglig bakgrunn for å gjøre. (arbeidsgiver)

En annen arbeidsgiver pekte på at det var vanskelig å få etablert en forståelse blant helsepersonellet på hvorfor oppgavedeling var viktig. Oppgavedeling skal ifølge arbeidsgiveren sikre at flere får kompetanse til å utføre ulike oppgaver. Det skal ikke være en ensidig forskyvning av oppgaver fra en yrkesgruppe til en annen. Sykehuset opplevde at sykepleiere ikke lenger ville utføre oppgaver som helsefagarbeidere også fikk kompetanse til å utføre.

De oppgavene skal vi dele på, jo flere som kan gjøre det, jo bedre er det. For da skaffer vi oss fleksibilitet i systemet [og mindre] sårbarhet for fravær. Men så ... vil man ikke slippe oppgaven, eller så skal man slippe den fullstendig. Så får vi sykepleiere som aldri mer skal legge veneflon, for nå kan helsefagarbeidere gjøre det. [...] Så det er fortsatt noen utfordringer knyttet til oppgavedeling og forståelsen for hvorfor gjør vi det og hva som er gevinsten av å gjøre det. (arbeidsgiver)

En annen argumentasjon som knytter seg til defineringen av oppgaver som yrkesgruppespesifikke, kan man også se der sykepleiere overtar oppgaver leger vanligvis har utført ved sykehuset, ifølge en arbeidsgiver. Når sykepleiere gjør slike oppgaver, klassifiseres de om «legejobber». Denne klassifiseringen utløser en argumentasjon for at de som utfører «legejobber» også skal ha betalt som leger.

Og så er det nå sykepleiere som gjør de oppgavene, og så har de definert at det er legeoppgaver. [...] Da skal de ha betalt som leger siden de nå gjør legeoppgaver. Sånne diskusjoner er det en del av. (arbeidsgiver)

Ideen om at noe er «sykepleieroppgaver» og noe er «legeoppgaver» ligger sterkt forankret i sykehusene. Flere arbeidsgivere viser til at praksis på private legekontor og i kommunene kan være forskjellig fra praksis i sykehus, og hvordan den fastlagte fordelingen av oppgaver i sykehus hindrer fleksibilitet og effektivitet. I ett av intervjuene pekte en arbeidsgiver på at helsesekretærer gjerne kan bistå med å sy sår hos en fastlege, men at dette aldri ville skjedd i et sykehus. Selv om det ikke er noen formell regulering av hvem som skal sy et sår, bidrar den etablerte praksisen i sykehus til å forme et uformelt regelverk som er vanskelig å endre.

Og vi ser jo at vi i sykehusene ikke er gode på det her. Hvis du går til fastlegen din, for eksempel, og har et lite sår som skal sys, så kan det godt hende at det er helsesekretæren som syr det. Mens i sykehus ville det aldri skjedd. (arbeidsgiver)

En annen arbeidsgiver peker på hvordan sykehusenes praksis skiller seg fra kommunenes når det gjelder utdeling av medisiner.

På sykehus er det veldig mye strengere. [Der] er det en gammel [praksis], det sitter i veggene at slik er det, for eksempel at ikke-faglærte ikke skal gi medisiner. Men kommer du på et sykehjem i Oslo så er det jo ikke medisinskfaglige som gir deg medisiner. (arbeidsgiver)

Diskusjonen om hva som er forsvarlig og ikke forsvarlig er en stor utfordring i arbeidet med oppgavedeling. Tradisjonen i sykehusene styrer i stor grad, og diskusjonen om oppgavedeling og endring av praksis oppleves krevende av mange arbeidsgivere. Det er ikke tilstrekkelig for en leder å ta en beslutning. Det må gjøres en forsvarlighetsvurdering, der legene har stor makt, og endringene må aksepteres av tillitsvalgte og de ansatte før praksis kan endres.

Vi opplever nok at veldig mange ledere synes det er vanskelig å gå inn i disse diskusjonene. Det vi gjør [fra sykehusledelsens side] er å stille med prosessstøtte i forhold til å gjøre de forsvarlighetsvurderingene. Men det er jo fagmiljøene som [har mye å si]. Du må ha [med] den medisinskfaglige ansvarlige, som da er en lege, og så må du ha tillitsvalgte med og representanter for det andre faggruppene også, og så må man jo bli enige om hva som skal til for at dette er forsvarlig. Og da er det sånn i sykehusene, at det har veldig mye å si hva legegruppen mener om dette. (arbeidsgiver)

### **Å ha et forbilde styrker helsefagarbeiderenes læringsmiljø**

En faktor som har stor betydning, både for rekrutteringen og opplæringen av helsefagarbeidere og for å skape et arbeidsmiljø i sykehus der de trives, er antallet helsefagarbeidere som jobber sammen og den erfaringen de har. For å skape et godt og stabilt

læringsmiljø for helsefagarbeidere, må det ansettes mange nok til at yrkesgruppen kan etablere seg og føle tilhørighet.

Å utdanne flere helsefagarbeidere har vært et mål, og det har vært ansett som en forutsetning for å få til oppgavedeling som gir sykepleiere mer tid til spesialiserte oppgaver. Det har imidlertid vist seg vanskelig både å øke utdanningskapasiteten og sikre utdannede helsefagarbeidere heltidsstillinger i sykehus. Praksis er en viktig del av utdanningsløpet til helsefagarbeidere, og for sykehusene har det vært krevende å sikre praksisplasser med kvalifisert veiledning (Høst et al., 2019, s. 94). Selv om det blir opprettet praksisplasser, har mangelen på erfarne veiledere og stabile forbilder gjort at mange helsefagarbeidere slutter under eller etter utdanning, og de velger seg til yrker i andre typer virksomhet enn sykehus.

Flere av informantene peker på at det var en feilslått helsepolitikk å fase ut hjelpepleierne, som var en viktig yrkesgruppe i sykehusene, og erstatte disse med sykepleiere.

Men så ble jo [hjelpepleierne] på en måte faset ut, man skulle bare ansette sykepleiere. Det er det dummeste man gjorde. [...] Hadde vi hatt [det tidligere nivået av hjelpepleiere], da hadde oppgavedelingen vært der for lenge siden. (tillitsvalgt)

En arbeidsgiver mener sykepleierne over år førte en kamp for å erstatte hjelpepleierne med sykepleierstillinger, og langt på vei lyktes med det, men understreker også at dette nå har snudd, særlig blant tillitsvalgte.

Når vi nå er kommet dit at man ser verdien av å ha helsefagarbeidere, så er vi i den situasjonen at vi har så få av dem at det faktisk er vanskelig å tilby lærlingplasser. [...] Det er ikke alle avdelinger på sykehuset som egner seg til [unge lærlinger]. Det er mye pleie knyttet for eksempel til kreftpasienter, men vi ser at det kan være veldig tøft for dem. Hvis du da ikke har mange nok gode rollemodeller, som har jobbet der i mange år og som kan ivareta dem, så opplever vi at det er utfordrende. Det er lettere innenfor føde/barsel for eksempel. Der har man flere av de gamle hjelpepleierne som kan være rollemodeller for nye helsefagarbeidere. [...] Men det er dessverre slik at det er et ganske stort frafall, og at de søker seg over til annen virksomhet i lærlingperioden. De synes det blir for tøft. (arbeidsgiver)

Sykehuset jobber nå med å få på plass flere lærlingplasser for helsefagarbeidere, men understreker at det er behov for å sikre at de får nok veiledning. Sykehusene har i dag korte innleggelses og langt mindre pleie enn tidligere. Dette skaper ifølge arbeidsgiver en utfordring fordi sykehuset som opplæringsarena for 16–17 år gamle lærlinger også trenger sykehusposter der pleieoppgavene ikke er for krevende og der utskiftingen av pasienter ikke er for stor.

En tillitsvalgt forteller at på en avdeling har de god erfaring med å bruke helsefagarbeidere. Der har de en lang tradisjon med bruk av tidligere hjelpepleiere og nå helsefagarbeidere. Kunnskap hos ledelsen om helsepersonellens kompetanse er avgjørende.

Der har de hatt en god tradisjon med å bruke helsefagarbeidere og gamle hjelpepleiere. De er åpne på å ta inn flere, og det er nok fordi de alltid har hatt det, og tar det som en selvfølge. I hvert fall så lenge den ledelsen sitter der. De kjenner til kunnskapen til folk. [...] De tenker fornuftig [om] bemanning. (tillitsvalgt)

Å ha forbilder med erfaring gir en yrkesgruppe identitet og trygghet. En tillitsvalgt viste til kompetansen som gikk tapt da man faset ut hjelpepleierne.

Og hvem [kunne du tidligere] lytte til som nyutdannet sykepleier? Det var hjelpepleiere, for de hadde jo vært der i 20 år. De hadde vært med på det meste, og hadde sett de fleste tingene. Så jeg lærte minst like mye av hjelpepleierne som jeg gjorde av mine sykepleierkolleger. (tillitsvalgt)

Å fase inn helsefagarbeidere i et omfang som gjør at yrkesgruppen får en klar rolleforståelse og et læringsmiljø med forbilder som har god kompetanse, vil være en viktig faktor for å få til selvforsterkende prosesser der helsefagarbeidere søker seg til stillinger i sykehusene og ønsker å bli værende der.

#### **5.4 Omorganisering av sykehusdriften ved Finnmarkssykehuset**

Vi har sett hvordan sykehusene forsøker å reorganisere driften for å sikre riktig bruk av kompetanse, for eksempel gjennom å etablere bemanningssentre eller utvikle prosjekter for oppgavedeling. I de fleste tilfellene dreier det seg om avgrensede tiltak knyttet til sykehusets rekruttering eller til opplæring og sertifisering for oppgavedeling i en enkelt sykehusavdeling. Men kan reorganisering av sykehusdriften på mer overordnet nivå også bidra til bedre utnyttelse av kompetansen? Sagt på en annen måte: Kan en mer effektiv sykehusdrift redusere behovet for flere ansatte? Omorganiseringen av sykehuset kan være et eksempel på at endret drift kan bidra til bedre utnyttelse av sykehusets kompetanse.

Som vi har sett, gikk Finnmarkssykehuset i 2024 i gang med å reorganisere driften for å etablere en bedre ressursutnyttelse. Det var en omfattende omorganisering av sykehusdriften som skulle tilpasse driften og pasienttilbudet til helseforetakets økonomiske rammebetingelser.

Formålet er å balansere og styre virksomhetens samlede aktivitet på en slik måte at virksomhetens ressurser utnyttes best mulig. (Finnmarkssykehuset HF, 2024)

Finnmarkssykehuset hadde over år hatt knapphet på kompetanse og et kostnadsnivå som lå langt over de andre sykehusene i Nord-Norge.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> I 2023 lå kostnadsnivået ved Finnmarkssykehuset, målt ved DRG-poeng (somatikk), 41,9 prosent over landsgjennomsnittet. Tilsvarende tall for Helgelandssykehuset og UNN var henholdsvis 21,5 og 17,5 (Finnmarkssykehuset HF, 2024, Figur 2). Se også tekstboks hentet fra kronikk publisert på Finnmarkssykehusets nettsider (Helli & Moan, 2025).

## Finmarkssykehuset – hvorfor spør vi ikke bare om mer penger?

For sykehusene har vi en modell for finansiering som brukes for hele landet. Den baserer seg på hvor mange innbyggere sykehuset tar seg av. Så justeres det for alder, sosiale forhold og helsetilstanden i befolkningen. Deretter fordeles pengene. Og så legges det på 20 prosent for Finnmark. Det er fordi alle forstår at det er vanskeligere å levere helsetjeneste til en befolkning som bor spredt og har så mye vær.

Så vi starter året med like stort budsjett som de andre. Pluss 20 prosent. Så er fasit ved årsslutt – år etter år – at vi har brukt 40 prosent mer enn vi har. Da blir økonomi og handlingsrom dårligere år for år.

Men kanskje det egentlig er 40 prosent dyrere å gi helsetjeneste i Finnmark? Vi tror ikke det. Helgelandssykehuset som har nokså like utfordringer som oss, driver 20 prosent dyrere enn gjennomsnitt. Ikke 40 prosent, som vi gjør. Dermed tar vi penger fra andre samfunnsformål. Er det demokratisk?

Lena Nymo Helli og Andreas Moan,  
styreleder og styrets nestleder, Finnmarkssykehuset HF

Slik sykehuset ble drevet, førte mangel på personell til et høyt forbruk av innleid arbeidskraft. Gjennom å reorganisere driften ønsket styret ved Finnmarkssykehuset å oppnå bedre utnyttelse av den helsefaglige kompetansen. I 2023 ga styret rammer og føringer for den videre driften (Finnmarkssykehuset HF, 2024):

- redusert sengetall og tilpassede bemanningsplaner med pleiefaktor på 1,4<sup>7</sup>
- oppgavedeling<sup>8</sup> mellom spesialsykepleiere, sykepleiere og annet helsepersonell implementeres i bemanningsplanene
- innleie fra byrå reduseres til et minimum gjennom at spesialister brukes på tvers
- langtidsplanlegging systematiseres og tas i bruk for alle legeavdelinger
- stabsressurser skal brukes på tvers i organisasjonen

Flere av disse tiltakene var uønsket sett fra arbeidstakerorganisasjonenes side, som fryktet at lav pleiefaktor, oppgavedeling og bruk av spesialistkompetanse på tvers av avdelinger kunne bidra til å svekke kvaliteten på helsetjenestene. Andre tiltak, som å redusere innleie, hadde støtte hos de tillitsvalgte.

Men det med høye kostnader til innleie og overtid, det er jeg veldig enig i, og jeg har jo [...] sett dette år etter år etter år. Og det er jo den største, absolutt største utfordringen.

---

<sup>7</sup> Pleiefaktoren er et planleggings- og styringsverktøy som brukes for å dimensjonere bemanning og vurdere ressursbruk. Pleiefaktoren er antall pleieårsverk per seng eller pasientplass, og skal dekke døgntilgjengelig drift, ferie, fravær o.l. Pleiefaktor er ikke en nasjonal standard, og vil kunne variere. En oversikt over budsjetterte bemanningsfaktorer ved sykehus i Nord-Norge viser en variasjon på pleiefaktoren mellom 1,2 til 1,6 (Helgelandssykehuset, 2022).

<sup>8</sup> I kildene brukes uttrykket «jobbglidning», men sykehuset har senere ønsket å korrigere dette til «oppgavedeling», som det mener er mer dekkende for intensjonen bak styrets oppdrag.

Jeg er likevel usikker på om redusert grunnbemanning vil gi reduserte kostnader. Det kan føre til økt sykefravær og mer overtid. (tillitsvalgt)

Sykehusets ledelse vurderte imidlertid at tiltakene kunne gi en mer effektiv utnyttelse av kompetansen, og valgte å legge disse rammene til grunn for det videre reorganiseringsarbeidet. Parallelt med reorganiseringen skulle det gjennomføres en risikovurdering ved større endringer og ved prosjektavslutning.

Reorganiseringen av Finnmarkssykehuset var ikke bare en nedskalering av kapasiteten. Arbeidsgiver pekte i intervju på at et viktig mål var å dimensjonere sykehusets aktivitet basert på pasientenes faktiske behov. Arbeidsgiver vurderte det slik at sykehuset brukte altfor mye ressurser innenfor noen fagområder og enheter. Det gikk ut over tilbudet i andre enheter.

For eksempel så nå når vi har gått inn og gjort en reorganisering, så har vi jo gjort organisasjonen slankere og flatere. Vi har fjernet et helt lederledd. Det er jo den viktigste endringen. (arbeidsgiver)

Omorganiseringen innebar en reduksjon fra fire til tre ledernivå. Antallet ledere ble redusert med over 20 prosent (Palm, 2025). Mange av lederne som ble fjernet på det laveste nivået utførte lederoppgavene på deltid og hadde klinisk praksis ved siden av. Målet med å etablere færre ledernivåer var å sikre fulltids ledere med tilstrekkelige ressurser til å utøve lederrollen. Enhetslederne under klinikkjefen fikk tilført administrativ støtte og en stedfortreder.

Så har vi forsterket lederne i omorganiseringen ... med et helt team. Der de før ofte var solo enhetsleder, mange ganger bare i en brøkstilling, så er de nå [leder] i 100 prosent stilling, og de har fått en [assisterende] enhetsleder i en eller annen brøk, stort sett 50 eller 100 prosent, og de har fått en merkantil lederstøtte i stort sett 50 prosent. (arbeidsgiver)

Reorganiseringen innebar også at antallet enheter ble kraftig redusert. Ved sykehuset i Hammerfest var det tidligere 23 enheter. En grunn til at det var mange enheter var at hver medisinske disiplin hadde sin enhet: Gynekologene var en enhet, barnelegene var en enhet, anestesilegene var en enhet osv. Dette var ifølge arbeidsgiver små enheter med mellom 7 og 10 årsverk. Disse ble redusert til 13 enheter. Dette var viktig for å kunne etablere en god lederstruktur med bare tre nivåer, men var også begrunnet ut fra behovet for å skape robuste driftsenheter. De nye enhetene har i dag mellom 20 og 50 årsverk med et gjennomsnitt på 33, ifølge arbeidsgiver. Ledelsens mål med den nye organisasjonsstrukturen var å sikre en profesjonalisering av ledelsen, etablere et godt og riktig pasienttilbud, og gi medarbeiderne den oppfølgingen de trenger. I planen for reorganiseringsprosessen var profesjonalisering av lederrollen, mer utdanning og kurs i ledelse, og tydeligere definisjoner av lederrolle og lederansvar, ført opp (Finnmarkssykehuset HF, 2024, Appendiks 5).

Den nye organisasjonsstrukturen ble iverksatt i mai 2025 etter en større omstillingsprosess. Arbeidsgiver opplevde at dette gikk veldig greit.

[Det har] vært en fin prosess. God dialog og selvfølgelig masse innspill. Alle kan ikke bli tatt hensyn til, for det er jo ikke mulig, men akkurat den prosessen har gått egentlig bra, og jeg tenker at vi har rigget oss [godt]. (arbeidsgiver)

Under arbeidet fram til reorganiseringsplanen ble lagt fram høsten 2024, hadde ledelsen registrert over 700 innspill til planarbeidet fra medarbeidere, tillitsvalgte, vernetjenesten og ledere. Disse var knyttet til forbedringsområder, muligheter og risiko (Finnmarkssykehuset HF, 2024). Målet med reorganiseringen var ikke en ny organisasjonsstruktur i seg selv, men å legge til rette for at sykehuset kunne iverksette noen av de forbedringstiltakene ansatte og tillitsvalgte hadde foreslått, blant annet knyttet til turnus og oppgavedeling (Finnmarkssykehuset HF, 2024).

Men selvfølgelig, når du slår sammen en legestab og en sykepleiersengepost, så vil du kunne gjøre mye mer knyttet til oppgavedeling og effektiv drift. Du får én leder ... som har ansvar for operasjon, poliklinikk, dag[drift] og døgn[drift] innenfor ett fagområde. (arbeidsgiver)

Avdelingene ble organisert med utgangspunkt i fagbakgrunn. Dette var etter ønske fra de som var med i planprosessen, tillitsvalgte, vernetjeneste og lederne. I slike tilfeller ble ikke størrelse, akuttberedskap eller andre driftsforhold tillagt like stor vekt, ifølge arbeidsgiver.

Det er faget [som] har vært styrende. Det er ikke antall medarbeidere eller profesjonen eller andre ting. Vi har hensyntatt faget og har tenkt at dette blir det beste for den faglige utviklingen. (arbeidsgiver)

Men målet har samtidig vært å få etablert så store enheter at man kunne etablere en mer profesjonalisert ledelse.

Ifølge arbeidsgiver har Finnmarkssykehuset ikke endret noe vesentlig på pasienttilbudet i omorganiseringen. Det har vært gjort prioriteringer for hvordan tjenestene skal leveres, men arbeidsgiver mener ingen tjenestetilbud er forsvunnet og at akuttfunksjonene er opprettholdt som tidligere. Det har vært reist kritikk mot at Finnmarkssykehuset i reorganiseringsprosessen har redusert budsjettene for å tilpasse økonomien til de vedtatte økonomiske rammene. Sett fra sykehusledelsens side, har dette vært nødvendig, og har først og fremst dreiet seg om å etablere en mer fornuftig ressursbruk enn å endre tjenestetilbudet.

Hammerfest sykehus er jo der vi har fått mest støy. [...] Vi har gått gjennom og endret på bemanning. Vi har tilpasset den til de normene som er, vi har omdisponert ressurser, strammet inn på bruk av vikarer fra byrå, [kuttet] overtid og ekstravakt som er unødvendig, og det har vært mye bruk av det i sykehuset. Det handler jo mer om at de ressursene vi faktisk har, skal vi bruke ut ifra det behovet pasienten har og ikke ut ifra det behovet vi har definert [ut fra beredskap eller andre mål]. (arbeidsgiver)

Selv om arbeidsgiver beskriver omstillingsprosessen som vellykket, har reorganiseringen av driften ved Finnmarkssykehuset møtt motstand. Tillitsvalgte fra Legeforeningen og den lokale avdelingen av Norsk legeforening gikk imot omorganiseringen og har uttalt seg negativt om den i media (Britto, 2024; Ondrckova, 2025). Legeforeningen har vært uenig med sykehusledelsen både i strategien sykehuset valgte for å bedre økonomien og tiltakene for å rekruttere og beholde helsepersonell. Legeforeningen lokalt har også trukket i tvil faktagrunnlaget sykehuset bygger på i sin framstilling av resultatene av omstillingen.

Når det gjelder faktagrunnlaget, så er det en tolkning fra arbeidsgiversiden for eksempel når det gjelder både økonomi, standard og kapasitet på pasientbehandling og tallene vedrørende turnover av personell. Vi er ikke enige om at det går så mye bedre, iallfall bør man nyansere bildet noe. (tillitsvalgt)

De tillitsvalgte vi snakket med ved sykehuset kunne fortelle om en utfordrende prosess, men også om en positiv utvikling.

Det var vel ikke noe tvil om at her i vinter, når det skulle settes i gang, så var det [krevende]. De ansatte kjente [...] jo mer, fordi at man har en lavere bemanning på jobb. Det har man jo merket, og samtidig så var det, jeg lurer på om det var på intensiven, at man etter hvert [besluttet] å øke bemanningen igjen, for man så jo at det ble for lite. (tillitsvalgt)

Det at det kreves mer av en når man er på jobb, [er en omveltning], men [...] så er det jo noe med at vi flyttet jo inn i nytt sykehus i januar, så det ble veldig kort tid fra januar til den nye modellen med nedtaket i bemanning startet. Det var jo kanskje ikke tid nok til å bo seg inn i nytt hus. [...] Jeg opplever ikke at det er noe støy nå, det gjør jeg ikke. Det har nok roet seg der, altså. (tillitsvalgt)

[Å redusere antall ledere], så har de for så vidt gjort noe fornuftig der, sånn som jeg tenker, at de tok bort mellomlederne. [...] Men så er spørsmålet, hvis da den enhetslederen likevel må ha like mange i stab rundt seg fordi at de enhetene blir såpass store, så er det jo spørsmål om det blir mindre kostnadskrevende. Det er jo et spørsmål. (tillitsvalgt)

Reorganiseringen i Finnmarkssykehuset har foregått suksessivt etter at planene var ferdige høsten 2024. Ett og ett sykehus har blitt reorganisert om gangen, og en og en avdeling har blitt reorganisert i rekkefølge, ifølge de tillitsvalgte. Det er for tidlig å si hva resultatene vil bli, men ledelsen ved sykehuset la fram en oversikt over utviklingen i en virksomhetsrapport på styremøte i oktober 2025 (Finnmarkssykehuset HF, 2025c). Den viste at ventetider og fristbrudd var redusert, og at de digitale konsultasjonene lå på et høyere nivå i 2025 enn året før. Både somatikk og psykiatri hadde en positiv utvikling av aktivitetsnivå. Sykehuset hadde fått flere faste ansatte, og turnover så ut til å bli lavere i 2025, enn den hadde vært i 2024. Utgiftene til å leie inn helsepersonell var blitt

redusert, og en positiv resultatutvikling gjennom 2025 hadde ført til at sykehusets underskudd var vesentlig redusert. Sykehusets ledelse anslo i virksomhetsrapporten at effekten av omstillingen gjennom 2025 kunne være rundt 54 millioner, «forsiktig beregnet» (Finnmarkssykehuset HF, 2025c).

### **Økt pasientbehandling ved Kirkenes sykehus**

Målet med reorganiseringen av driften ved Finnmarkssykehuset var ikke bare å spare penger. Den nye organisasjonsstrukturen skulle også gi grunnlag for å øke pasientbehandlingen innenfor de ressursene sykehuset har. Under planarbeidet ble det beskrevet egne målsettinger for blant annet oppgavedeling og ressursplanlegging (Finnmarkssykehuset HF, 2024):

- Riktig oppgavedeling skal være en faktor for både god samhandling og bærekraftig bemanning.
- Standardiserte kompetansepakker skal muliggjøre fleksibel bruk av ressursene.
- Det skal etableres et sett av felles prinsipper for ressursplanlegging.
- Turnusplanlegging legges som en sentralisert funksjon under HR-avdelingen.

Planen viser at målet var å etablere en større grad av sentralisering og standardisering, samtidig som kompetansen til de ansatte måtte tas i bruk mer planmessig og fleksibelt. På styremøte i Finnmarkssykehuset HF i oktober 2025 orienterte en enhetsleder ved Kirkenes sykehus om et proteseprosjekt som sykehuset hadde igangsatt for å øke antall operasjoner (Finnmarkssykehuset HF, 2025b). Prosjektet kan her tjene som et eksempel på hvordan reorganiseringen ved Finnmarkssykehuset også omfatter delprosjekter rettet inn mot økt pasientbehandling. Framstillingen her er basert på en muntlig presentasjon under styremøtet, som ble tatt opp på video.<sup>9</sup>

Anestesiavdelingen og operasjonsavdelingen ved Kirkenes sykehus har ønsket å øke antall operasjoner. Det er et problem for mange av de medisinske spesialitetene at pasientgrunnet i Nord-Norge er lite, og at det derfor kan være vanskelig for legene som praktiserer i landsdelen å få nok operasjonstid. Da sykehuset fikk ansatt en ny ortoped ble det besluttet å forsøke å øke antallet proteseoperasjoner. Det ble laget en plan for å gjennomføre tre operasjoner innen vanlig arbeidstid, tre dager i uka. Planen ble kalt 3 x 3, og den ville innebære en økning i driften.

Behovet for proteseoperasjoner i Finnmark er omtrent 270 operasjoner i året, mens antallet opererte ved Finnmarkssykehuset bare har vært rundt 160. Det vil si at Finnmarkssykehuset tidligere ikke har klart å dekke behovet for slike operasjoner.

I prosjektet til Kirkenes sykehus opererer fire leger, noen av dem er hentet inn utenifra. De har samlet sett et høyt volum av operasjoner og god erfaring. Sykehuset har spesialisert seg på én operasjonsmetode. Det er laget et standardisert opplegg for pasienthåndtering før og etter operasjonen som også inkluderer opptrening. Alle involverte må forholde seg til de samme rutinene.

---

<sup>9</sup> Videoen fra styremøtet var en periode tilgjengelig på YouTube, men er nå fjernet derfra (Bjelland, 2025).

For å kunne operere flere, har sykehuset måttet investerte i mer utstyr. Det er lagt en langtidsplan for operasjonstider som har gitt bedre ressursutnyttelse. De ansatte opplever, ifølge presentasjonen, at økt produktivitet er motiverende og at det har gitt økt tilfredstillelse: «Vi har noe fornuftig og gøy å gjøre på» (Bjelland, 2025, 22:25). Fram til september 2025 har prosjektet resultert i en økning i opererte proteser på 40 prosent i forhold til året før. Prosjektet har gitt kortere ventetid (8–12 uker), og sykehuset ønsker flere pasienter for å kunne øke antallet operasjoner. Proteseprosjektet viser at økt produktivitet kan oppnås gjennom å organisere driften på en god og effektiv måte, og at det ikke alltid er nødvendig å ansette mer helsepersonell for å oppnå et bedre behandlingstilbud.

Omorganiseringen av driften ved Finnmarkssykehuset, og tiltaket for økt proteseoperasjon i Kirkenes, viser hvordan endringer i organiseringen av sykehusdriften kan føre til mer effektiv bruk av helsefaglig kompetanse gjennom god styring. Prosjektene er preget av at pasientenes behov er satt i sentrum for organisering av driften, og i mindre grad tidligere praksis eller organisasjonsformer som kunne være preget av fag- og profesjonsinteresser. Langsiktig ressursplanlegging og sentralisert styring av turnusplanleggingen sto sentralt i planene. Diagnostisering, behandling og oppfølging av kronikere, skulle skje mest mulig lokalt, mens alle akuttfunksjonene, som krever dyr og tung infrastruktur, ble sentralisert for å kunne tilby et fullverdig akuttmedisinsk tilbud støttet av anestesi, og dermed en robust akuttberedskap (Finnmarkssykehuset HF, 2024).

Det er uenighet om i hvilken grad reorganiseringen i Finnmarkssykehuset har gitt positive resultater. Tillitsvalgt for Legeforeningen kan ikke stille seg bak framstillingen sykehusledelsen gir. Ledelsen på sin side, ga i februar 2026 en oppsummering av utviklingen i reorganiseringsprogrammet for styret i Finnmarkssykehuset, der det ble pekt på at utviklingen ved sykehuset var god, ventetider var redusert og den kliniske aktiviteten hadde økt. Utgifter til innleie av helsepersonell i 2025 var blitt redusert med 27,6 millioner sammenliknet med 2024 (Finnmarkssykehuset HF, 2026). Sykehuset hadde en resultatforbedring på 98,6 millioner i 2025, sammenliknet med året før, men ledelsen viste også til at den økonomiske situasjonen framover ville bli krevende (Finnmarkssykehuset HF, 2026).

Legger vi dette til grunn, og den positive utviklingen fortsetter, vil den prosessen sykehuset har vært gjennom kanskje kunne inspirere andre prosjekter i helsevesenet. Den viser en vei ut av en vanskelig bemanningssituasjon, der sykehuset forsøker å ta i bruk helsepersonellens kompetanse på en smartere måte gjennom å reorganisere hele driften. Det oppfylder Helsepersonellkommissjonens anbefaling og regjeringens målsetting om å øke produktiviteten i helsevesenet for å sikre nok helsepersonell i framtiden.

## 6 Oppsummering

Denne rapporten ble innledet med spørsmålet om hvordan vi skal sikre en god bemanning i sykehusene i framtiden. Helsepersonellkommisjonen mente det ikke ville være mulig å dekke behovet for kompetanse i helsevesenet i framtiden gjennom å utdanne flere leger og sykepleiere og å øke bemanningen vesentlig. Hvis denne antakelsen er riktig, og vi samtidig ønsker å opprettholde en offentlig helsetjeneste på samme nivå som i dag, må helseforetakene utnytte den kompetansen de har på en bedre måte. Dette er et samfunnsansvar. Vi har et kollektivt ansvar for hvordan vi organiserer helsevesenet i landet og hvordan vi velger å bygge utdanningssystemet som skal bidra med riktig kompetanse til sykehusene. Flere av de utfordringene informantene i denne rapporten peker på, lar seg ikke løse med mer penger. Knapphet på kompetanse kan vi ikke bare løse med økte bevilgninger. Utfordringene krever at vi endrer holdninger og gjør ting på nye måter. Det gjelder oss som har forventninger og som er brukere av helsetjenestene, det gjelder velgere og politikere, og det gjelder profesjoner, fagforeninger, ledelse og ansatte i helseforetakene.

Rapporten stilte også et annet spørsmål i innledningen: Hva gjør arbeidsgivere i sykehus for å sikre tilgang på kompetanse og forberede virksomheten på et økende kompetansebehov i framtiden? Det berører et mer individuelt ansvar ledelsen ved sykehusene har for å ivareta ressursene samfunnet stiller til rådighet på en god måte. Hvilke strategier følger arbeidsgiverne?

### 6.1 Sykehusene må følge flere strategier samtidig

Som rapporten viser, følger arbeidsgiverne i de fire sykehusene vi har sett på flere strategier samtidig for å sikre tilgang på nødvendig kompetanse. Å drifte et sykehus med tusenvis av ansatte er svært komplekst, og arbeidsgiver må ha planer for bemanning som løser utfordringer både på kort og lang sikt.

#### 1. Hvilke tiltak er iverksatt for å rekruttere kompetanse i sykehusene?

På kort sikt må sykehusene rekruttere nødvendig kompetanse. Alle de fire sykehusene opplever at det er krevende å rekruttere visse yrkesgrupper eller spesiell kompetanse, og opplever også en generell knapphet på arbeidskraft. Dette er særlig framtidig i sykehusene i Nord-Norge. Høy turnover kan forsterke rekrutteringsproblemene.

Profilering av sykehuset er et viktig virkemiddel i rekrutteringen. Vi har sett hvordan sykehusene forsøker å tiltrekke seg søkere ved å vise til fordelene ved å jobbe i akkurat deres sykehus eller tilby gode lønnsbetingelser. Eksempel på dette er sykehusene i nord som viser til nærhet til natur og Lovisenberg sykehus som trekker fram verdigrunnet.

Studenter er en sentral rekrutteringsbase, og praksisplassene fungerer som en viktig rekrutteringskanal. Geografisk nærhet mellom hjemsted, utdanning og arbeidssted øker sannsynligheten for at nyutdannede blir værende i jobben og blir stabil arbeidskraft for sykehuset.

Det helt akutte behovet for arbeidskraft må ofte løses med bruk av vikarer eller innleid personell. Grunnen kan være rekrutteringsproblemer, lav grunnbemanning eller høyt sykefravær, med høye kostnader og dårligere arbeidsmiljø som mulige kostnader. Både arbeidsgiver og tillitsvalgte i sykehusene ønsker derfor å redusere vikarbehovet.

Lønnstilskudd brukes i noen grad som virkemiddel for å rekruttere, men arbeidsgiver opplever at det har kortsiktig effekt og bidrar til å drive opp det generelle lønnsnivået. Der sykehuset møter konkurranse fra private aktører eller andre offentlige arbeidsgivere, er det likevel ofte et nødvendig virkemiddel.

Tilrettelagt arbeidstid, for eksempel ordninger med langvakter eller nordsjøturnus, brukes for å gjøre arbeidssituasjonen attraktiv for visse grupper søkere. Det gjelder særlig sykehusene i Nord-Norge, som i perioder har benyttet tilreisende arbeidskraft for dekke bemanningsbehovet. Slike tiltak kan være effektive, men de kan samtidig gjøre det krevende for sykehuset å legge effektive arbeidsplaner, og de kan skape utfordringer knyttet til å fordele arbeidsbyrde og inntektsmuligheter likt mellom arbeidstakerne.

## 2. Hvordan forsøker sykehusene å ivareta og beholde arbeidstakere?

Å ivareta og beholde en stabil stab med fast ansatte er en strategi på mellomlang sikt som har stor betydning for å unngå å havne i en situasjon der vikarbruken eskalerer. Lav turnover reduserer behovet for kontinuerlig rekruttering og opplæring.

Stabilitet henger tett sammen med hvordan ansatte opplever arbeidssituasjonen. De tillitsvalgte i denne undersøkelsen opplever et godt arbeids- og fagmiljø som en nøkkelfaktor. Det innebærer et trygt læringsmiljø, god veiledning og kollegial støtte.

Manglende rolleforståelse og anerkjennelse kan føre til mistriivsel og frafall. Informantene mener dette særlig gjelder helsefagarbeidere. Selv om sykehusene har en vedtatt plan for å øke andelen helsefagarbeidere, viser det seg vanskelig å beholde helsefagarbeiderne over tid. Det kan skyldes mangel på tydelig ledelse, gode rollemodeller og lokal kapasitet til å følge opp og veilede nyansatte, og det kan skyldes en lite inkluderende holdning i de enkelte sykehusavdelingene. Strategier som blir vedtatt sentralt, blir dermed ikke gjennomført lokalt.

Arbeidstidsordninger påvirker trivsel og stabilitet i sykehusbemanningen. Arbeidstid er også en nøkkelfaktor i driften av sykehus, og lønns- og personalkostnadene utgjør mer enn halvparten av driftskostnadene i et sykehus (64 prosent i Universitetssykehuset i Nord-Norge i 2025 (UNN, 2026)). Både arbeidsgivere og tillitsvalgte ønsker fleksible arbeidstidsordninger, men på litt forskjellig måte. Fleksible ordninger (for eksempel langvakter) kan øke tilfredshet blant ansatte og bidra til rekruttering. Men ikke alle ansatte ønsker slik arbeidstid, og fagforeningene vil at det skal være frivillig å velge slike ordninger. Arbeidsgiver på sin side har behov for større fleksibilitet i bemanningsplanleggingen for å gjøre den kostnadseffektiv. Lovverk og tariffavtaler begrenser arbeidsgivers handlingsrom, og partene både på sentralt og lokalt nivå er dermed avhengige av hverandre for å finne nye måter å organisere arbeidstiden på. Synspunktene spriker imidlertid både innad i organisasjonene og mellom organisasjonene, og gjør det vanskelig for partene å komme til enighet. Å løse denne knuten er trolig en nøkkel til et bedre arbeidsmiljø og mer effektiv drift i sykehusene.

### 3. Hvordan brukes kompetanseheving til å sikre riktig kompetanse?

Utdanning av helsepersonell er viktig for å sikre framtidig tilgang på kompetanse. Sykehusene er både arbeidsgivere og utdanningsarena for helsepersonell gjennom å tilby praksisplasser, stillinger for spesialisering, og bidra til etter- og videreutdanning for de ansatte. Samspillet mellom sykehusene og utdanningsinstitusjonene er avgjørende for å få en godt tilpasset opplæring, og sykehusenes deltakelse i utdanningen av helsepersonell bidrar til rekruttering i det enkelte sykehus. Jo flere læreplasser sykehuset klarer å stille med, jo mer øker sannsynligheten for at det får flere søkere til ledige stillinger. Vi har sett at Lovisenberg sykehus, med 2700 ansatte, har inne rundt 1000 studenter i året. Ved Universitetet i Nord-Norge understreket de hvor avgjørende det var for helseforetaket at landsdelen hadde en egen utdanning av både leger og sykepleiere. Det utgjorde det viktigste rekrutteringsgrunnlaget, og viser betydningen av å se sykehusdrift og utdanning av helsepersonell i sammenheng.

De ulike yrkesgruppene har svært ulike karriereløp, og dette påvirker mulighetene den enkelte arbeidstakeren har til å øke sin kompetanse. Leger og psykologer har et formalisert og standardisert løp for videreutdanning. Sykepleiere, helsefagarbeidere og andre helsepersonellgrupper har mindre formaliserte karriereveier, og her mangler det ofte standardiserte systemer for godkjenning av kompetanse. Opplæring og godkjenning av kompetanse skjer ofte lokalt og uensartet.

En omlegging til mer oppgavedeling i sykehusene forutsetter mer opplæring og kompetansekartlegging. For å oppnå en effektiv ressursutnyttelse må sykehusene etablere en mer systematisk oversikt over ansattes kompetanse som enkelt kan brukes på tvers av helseforetak. Å utvikle lokale kompetanseplaner i hvert enkelt sykehus eller avdeling, slik praksis ofte er, er ressurskrevende, hemmer karrierebygging og kan svekker mobiliteten av helsepersonell mellom ulike sykehus. Utdanningen for sykehusene og helsevesenet som helhet er å balansere prinsippene om standardisering (universell anvendelse) av kompetanse, lokal tilpasning av kompetansen (i den enkelte sykehusavdelingen) og vurdering av den enkeltes individuelle kompetanse (kvalitetssikring).

I utdanningen av helsepersonell kan det også være en spenning mellom spesialisering og breddekompetanse. Økt spesialisering gir høy fagkompetanse, men kan svekke helhetlig pasientbehandling og drift. Mer breddekompetanse i visse legespesialiteter kan bidra til bedre vaktordninger og mer effektiv drift av sykehusene.

Å bidra til utdanning av nytt helsepersonell er en langsiktig strategi som krever at sykehuset i utgangspunktet har kompetanse til å veilede og følge opp studenter og leger i utdanning. I Nord-Norge kan det for eksempel være knapphet på pasienter innenfor flere spesialiteter. Det gjør at legene må flytte på seg for å få nok praksis. Det øker risikoen for at legen ikke blir boende i landsdelen. Mangelen på kompetente helsefagarbeidere som kan veilede har gjort det vanskelig for flere sykehus å bygge opp levedyktige opplæringsmiljøer. Arbeidsgiverne opplever at nyutdannede helsefagarbeidere slutter fordi de i mangel av kolleger og forbilder ikke opplever tilhørighet og finner en klar yrkesrolle.

#### 4. Hvordan reorganiserer sykehusene driften for å sikre riktig bruk av kompetanse?

Med økende etterspørsel etter helsetjenester i samfunnet og begrensede muligheter for å øke bemanningen, kan det bli nødvendig å reorganisere driften av sykehusene for å få mer behandling ut av den tilgjengelige kompetansen og de tildelte ressursene.

Ett tiltak, som er tatt i bruk i Helse Bergen, er å se bemanningen på tvers av enhetene i helseforetaket. Tiltak som bemanningscentre og kombinasjonsstillinger kan gi en mer fleksibel bruk av de ansatte og redusere behovet for vikarer. Tiltakene kan også sikre at de ansatte får fulle stillinger og bidra til å få ned deltidsandelen.

Arbeidstid er en nøkkelfaktor i driften av sykehus. Arbeidstidsordninger som sikrer forsvarelig drift gjennom døgnet, krever mye både av arbeidstakerne som får ubekvem arbeidstid og for sykehuset som må planlegge vakt og turnus med knappe personellressurser. For legene har det ført til at arbeidstiden kan bli lang både i enkeltvakter og totalt sett. En effektiv organisering av arbeidstiden krever balanse mellom fleksibilitet og arbeidsmiljøhensyn. Men å tilpasse og reorganisere måten arbeidstiden legges på for å få en bedre utnyttelse av kompetansen, ser ut til å være krevende i helsesektoren. Her legger lov og tariffavtaler rammer for store deler av driften.

Å la yrkesgrupper dele på oppgavene for å bruke kompetansen mer effektivt i sykehus innebærer en reorganisering av driften og krever ofte en mental omstilling. Sykehusene i denne undersøkelsen ønsker å skape større rom for helsefagarbeidere, helsesekretærer eller andre grupper av helsepersonell i sykehusene for å avlaste leger og sykepleiere, slik at de kan brukes til mer spesialiserte oppgaver. Dette er en strategi arbeidsgivere i alle de fire sykehusene har fulgt opp sammen med tillitsvalgte på sentralt nivå. Men oppgavedeling innebærer både kompetansekartlegging, opplæring av studenter og justering av personellplanleggingen, og gjennomføring krever derfor både kunnskap og aksept i hele sykehusorganisasjonen. Iverksetting skjer som oftest i enkelte avdelinger eller på en enkelt sykehuspost der den lokale lederen har ansvaret. Selv om man noen steder lykkes, gir intervjuene våre inntrykk av at utviklingen går langsomt.

Omstilling krever god ledelsesforankring. Å reorganisere virksomheten for å etablere bedre oppgavedeling innebærer endringer som må ha støtte både sentralt og lokalt i organisasjonen. Inntrykket fra denne undersøkelsen er at tiltakene støttes sentralt, men at manglende forankring hos ledelsen lokalt kan stoppe eller svekke gjennomføring av tiltak. Reorganisering som introduserer større oppgavedeling krever lederkompetanse, ressurser og oppfølging og lederstøtte fra sykehusledelsen. Eksempler fra sykehusene i denne undersøkelsen viser at tradisjonell rolleforståelse kan hindre oppgavedeling og introduksjon av nye arbeidsformer.

Noen ganger er det nødvendig å se på helheten for å skape endring i delene. Reorganiseringen av Finnmarkssykehuset er et eksempel på hvordan en omorganiseringsprosess kan gi bedre utnyttelse av ressursene og sykehusets kompetanse. Ved å legge pasientenes faktiske behov til grunn for ressursbruken og forsøke å utvikle god samhandling, standardisering og sentral ressursstyring, har sykehuset økt pasientbehandlingen og redusert budsjettunderskuddet. Bruken av innleid helsepersonell ble redusert. Reorganiseringen i Finnmarkssykehuset viser at større omstillinger kan være nødvendig for å

sikre forsvarlig ressursbruk, men også at mer effektiv bruk av ressursene kan føre til en bedre utnyttelse av den tilgjengelige kompetansen. En omstilling, som i Finnmarkssykehuset, kan også skape sykehusenheter som er bedre rustet til å legge til rette for økt oppgavedeling.

## 6.2 Hva kan vi lære av sykehusene om oppgavedeling?

Oppgavedeling er et av tiltakene, sammen med mer utdanning og bruk av ny teknologi, som Helsepersonellkommisjonen mente kunne bidra til å sikre bemanning i helsesektoren i framtiden (NOU 2023: 4, s. 129). Sykehusene som er med i denne undersøkelsen var alle opptatt av å ansette helsefagarbeidere og få til mer oppgavedeling. Inntrykket fra samtalene vi har hatt både med arbeidsgiver og tillitsvalgte i dette prosjektet er at partssamarbeidet fungerer godt.<sup>10</sup> De ansatte i sykehus hører til mange yrkesgrupper, og det er mange forskjellige arbeidstakerorganisasjoner som arbeidsgiver må forholde seg til. En arbeidsgiver uttrykte det slik:

Vi har verdens beste samarbeid med de tillitsvalgte. [...] Vi har veldig oppegående tillitsvalgte, men vi har kjempegodt samarbeid. (arbeidsgiver)

Tillitsvalgte i vår undersøkelse har stor del forståelse for arbeidsgivers situasjon og rammene som sykehuset må forholde seg til, selv om enkelte pekte på at det var nødvendig med økte ressurser.

På sentralt nivå legger arbeidsgiver og tillitsvalgte planer for tiltak som skal sikre framtidig bemanning. Det er stor enighet om at oppgavedeling må utvikles videre, og at sykehusene må ta i bruk helsefaglig kompetanse på nye måter. Ett av problemene er likevel at disse strategiene, som er fastsatt sentralt, iverksettes og detaljutføres i de enkelte sykehusavdelingene. Det er der de ansetter de nye medarbeiderne, der de legger rammene for et godt arbeidsmiljø, og der det gjøres forsøk med oppgavedeling og definering av kompetansekrav. Informantene våre har fortalt om strategier og tiltak som er iverksatt, men også om problemene knyttet til å gjennomføre tiltakene og mangelen på resultater. En rød tråd i mange av fortellingene fra våre informanter som sitter sentralt i sykehusene, er manglende samsvar mellom målene som uformes sentralt, og implementeringen av strategiene på lokalt nivå.

Mangelen på samsvar mellom mål og resultater ser ut til å skyldes flere forhold: kompleksitet, som for eksempel i systemet for kartlegging av helsepersonellens kompetanse, manglende lederkompetanse eller lederstøtte på lokalt nivå, knappe ressurser og mangel på veiledere og forbilder som gjør at helsefagarbeidere ikke trives og slutter i jobben, og tradisjonell rolleforståelse i de ulike profesjonsgruppene som gjør det krevende å endre måten å jobbe på. Mye tyder på at introduksjon av mer oppgavedeling i sykehus innebærer en større endringsprosess, og at den ikke kan overlates til enkeltavdelinger eller enkeltsykehus dersom oppgavedeling skal gi et vesentlig bidrag til å øke produktiviteten og dempe behovet for flere leger og sykepleiere. En Fafo-rapport peker på at det mangler en tydelig kobling mellom helsefagarbeidernes kompetanse og de

---

<sup>10</sup> Et unntak er kanskje Finnmarkssykehuset der en overlege ifølge Altaposten trakk seg som vararepresentant til styret i helseforetaket (NRK, 2025).

oppgavene de får, og at det ikke er lagt til rette for en klar karriereutvikling i helse- og omsorgssektoren for denne yrkesgruppen (Breines et al., 2026). Yrkesgruppens utdanning og karriereveier må ses i sammenheng med systemet for kartlegging og godkjenning av helsepersonellens kompetanse, og oppgavedeling må ses som del av en større prosess. Effektiv oppgavedeling vil innebære en reorganisering av driften i sykehus.

I denne rapporten har vi sett på reorganisering av driften som en strategi for å sikre kompetent arbeidskraft. Både etablering av et bemanningscenter i Helse Bergen og reorganiseringen av driften i Finnmarkssykehuset innebærer en større prosess som involverer hele helseforetaket. I disse prosessene har tiltakene ført til endringer som våre informanter i stor grad opplever som positive. De har hatt effekt på hvordan kompetansen utnyttes i sykehusene.

### **Helsefagarbeidere, opplæring og oppgavedeling**

Skal sykehusene lykkes i å øke andelen helsefagarbeidere vesentlig, slik at denne gruppen kan fylle et bemanningsbehov for mange oppgaver i sykehusene, kreves det en langt mer målbevisst og styrt innsats fra sykehusene. I dag legges det ikke tilstrekkelig til rette for dette:

- Det er for få helsefagarbeidere ansatt på avdelinger og sykehusposter. Nyansatte får dermed ingen forbilder de kan lære av og som kan bidra til å forme yrkesrollen deres. Det er også for få ansatte helsefagarbeidere til å gi veiledning og opplæring til nyansatte.
- Avdelingsledere etterspør ikke helsefagarbeidere når de skal ansette nytt personell. Det kan skyldes manglende kunnskap om hvordan helsefagarbeideres kompetanse kan utnyttes eller det kan skyldes at det er for lite ressurser på avdelingen til å følge opp og kvalifisere helsefagarbeidere til nye oppgaver.
- Kompetanseutviklingen og kompetansekartleggingen til helsefagarbeidere foregår sporadisk i de enkelte avdelingene, noen ganger støttet og koordinert på sykehusnivå. Det er ingen nasjonal plan eller koordinering av dette arbeidet.
- Det er fortsatt en kultur mange steder for å dele inn oppgavene etter strenge profesjonsgrenser («legeoppgaver» og «sykepleieroppgaver») i stedet for å sette pasientens behov i sentrum og løse de nødvendige oppgavene som et team innenfor forsvarlige grenser. Et godt teamarbeid krever at alle ansatte føler seg trygge i sin rolle og sikker på grensene for egen kompetanse.

Slik situasjonen er i dag, må tiltak for å øke andelen helsefagarbeidere ses som en investering, ikke som en regulær del av bemanningsbudsjettet. Det er ikke nok å opprette læreplasser. Innsatsen må konsentreres i sykehusene slik at det kan bygges opp sterke og effektive kompetansemiljø der helsefagarbeidere blir trygge på egen yrkesrolle. Mye taler for at helsefagarbeiderne ikke bør spres tynt ut over flere avdelinger, men samles slik at de kan sikres oppfølging og veiledning. Når disse miljøene vokser, og helseforetakene får etablert et effektivt og standardisert kompetansesystem for helsefagarbeidere, kan kompetansen tas i bruk på nye avdelinger suksessivt. Hvis fødeavdelingen i Stavanger kan dekke personellbehovet med 33 prosent helsefagarbeidere, er det neppe umulig for andre sykehus å oppnå de samme over tid.

# Referanser

- Akuttmottak. (2025, februar 20). *Vil du jobbe hos oss?* Helse Bergen. <https://www.helse-bergen.no/avdelinger/mottaksklinikken/akuttmottak/jobbsokarar-og-helsepersonell/>
- Almendingen, B. (2026, februar 12). EU-dommer: Deltidsansatte krever etterbetaling for overtid. *Kommunal Rapport*.
- Antonsen, R. (2025). Lovisenberg Diakonale Sykehus. I *Store norske leksikon*. [https://snl.no/Lovisenberg\\_Diakonale\\_Sykehus](https://snl.no/Lovisenberg_Diakonale_Sykehus)
- Arbeids- og inkluderingsdepartementet. (2026, mars 24). *Regjeringen endrer mandatet for gruppa som skal se på overtid for deltidsarbeid* [Pressemelding]. regjeringen.no. Regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/regjeringen-endrer-mandatet-for-gruppa-som-skal-se-pa-overtid-for-deltidsarbeid/id3153947/>
- Arbeidsgruppe Helse Vest RHF. (2024). *Breddekompetanse i indremedisin og kirurgi—Viktige veivalg*. <https://www.helse-vest.no/4ab7db/contentassets/89b1ed2c364f4c70aee25852f33b2179/styredokument-2024/20.11.2024/sak-11624-vedlegg-1---rapport-breddekompetanse.pdf>
- Bergsagel, I. (2019, februar 6). *6 av 10 sykepleiere bruker daglig tid på oppgaver de mener andre burde utføre*. Sykepleien.no. <https://sykepleien.no/2019/02/6-av-10-sykepleiere-bruker-daglig-tid-pa-oppgaver-de-mener-andre-burde-utfore>
- Bjelland, M. (2025, oktober 29). *3 x 3, muntlig presentasjon i sak 80/2025, styremøte Finnmarkssykehuset* [YouTube-video]. Styremøte Finnmarkssykehuset HF.
- Breines, M. R., Andresen, S., & Fedoryshyn, N. (2026). *Videreutdanning uten gevinst? Fagskoleutdanning for helsefagarbeidere*. Fafo. <https://fafo.no/images/pub/2026/20954.pdf>
- Britto, B. (2024, november 15). *Legeforening mener at styredokumentene ved Finnmarkssykehuset er utydelige*. NRK. <https://www.nrk.no/tromsogfinnmark/legeforening-mener-at-styredokumentene-ved-finnmarkssykehuset-er-utydelige-1.17124427>
- Bråthen, K., & Moland, L. E. (2024). *Ny tørn for effektive helse- og omsorgstjenester. Underveisevaluering av Tørn-programmet*. Fafo. <https://www.fafo.no/images/pub/2024/20873.pdf>
- Diakonhjemmet sykehus. (2025, mai 22). *Diakonhjemmet sykehus tester ut KI i journalskriving*. <https://www.diakonhjemmetsykehus.no/nyheter/vidd-avtale-undertegnet/>
- DSA. (2020, juni 30). *Veileder om nukleærmedisin. Veileder 10*. Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet. <https://www.dsa.no/publikasjoner/veileder-10-veileder-om-nukleaermedisin/Veileder%2010%20Nukleaermedisin.pdf>
- Fagforbundet. (2022, desember 14). *Hva er forskjellen på oppgavedeling og oppgavegliding?* <https://www.fagforbundet.no/a/367714/om-fagforbundet/yrkesseksjon-helse-og-sosial/oppgavedeling/vanlege-sporsmal/hva-er-forskjellen-pa-oppgavedeling-og-oppgavegliding/>
- Finnmarkssykehuset HF. (2024, februar 18). *Styremøte i Finnmarkssykehuset HF. Sak 96/24 Plan for reorganisering av Finnmarkssykehuset HF*. <https://www.finnmarkssykehuset.no/4acc24/siteassets/dokumenter-til-sider-i-sidetre/styremoter/2024/november/sak-96-2024-plan-for-reorganisering-av-finnmarkssykehuset--hf-2.pdf>
- Finnmarkssykehuset HF. (2025a, januar 20). *Jobb i Finnmarkssykehuset*. <https://www.finnmarkssykehuset.no/om-oss/jobb/#hammerfest--verdens-nordligste-by>
- Finnmarkssykehuset HF. (2025b, oktober 29). *Styremøte i Finnmarkssykehuset HF. Protokoll 29. Oktober 2025*. <https://www.finnmarkssykehuset.no/4ab4d8/siteassets/dokumenter-til-sider-i-sidetre/styremoter/2025/oktober/protokoll-styremote-finnmarkssykehuset-hf-291025.pdf>
- Finnmarkssykehuset HF. (2025c, oktober 29). *Styresak 81/25 Virksomhetsrapport 9—2025 Finnmarkssykehuset HF*. <https://www.finnmarkssykehuset.no/4aa066/siteassets/dokumenter-til-sider-i-sidetre/styremoter/2025/oktober/sak-81-2025-virksomhetsrapport-9---2025-finnmarkssykehuset-hf.pdf>

- Finnmarkssykehuset HF. (2026, februar 19). *Orientering om reorganiseringsprogrammet i Finnmarkssykehuset HF 19. Februar 2026. Styresak nr. 07/2026*. <https://www.finnmarkssykehuset.no/49112a/siteassets/dokumenter-til-sider-i-sidetre/styremoter/2026/februar/sak-07-2026-orientering-om-reorganiseringsprogrammet-i-finnmarkssykehuset-hf.pdf>
- Finnmarkssykehuset HF. (u.å.a). *Klinikk Alta*. Finnmarkssykehuset.no. <https://www.finnmarkssykehuset.no/avdelinger/klinikk-alta/>
- Finnmarkssykehuset HF. (u.å.b). *Spesialistlegesenteret i Karasjok*. Finnmarkssykehuset.no. <https://www.finnmarkssykehuset.no/avdelinger/sami-klinikk/spesialistlegesenteret-i-karasjok/>
- Fonn, M. (2018a, januar 19). – *Det normale skal være å ansette i fulle stillinger*. Sykepleien.no. <https://sykepleien.no/2017/12/det-normale-skal-vaere-ansette-i-fulle-stillinger>
- Fonn, M. (2018b, januar 19). *Kombinasjonsstillinger: I dag på gastro, i morgen på gyn*. Sykepleien.no. <https://sykepleien.no/2017/12/kombinasjonsstillinger-i-dag-pa-gastro-i-morgen-pa-gyn>
- Fonn, M., & Bergsagel, I. (2018, april 16). *Tidbank og bemanningsenheter: Dette er avtalen mellom NSF og Spekter*. <https://sykepleien.no/2018/04/tidbank-og-bemanningsenheter-dette-er-avtalen-mellom-nsf-og-spekter>
- Forskningsrådet. (2016). *Evaluering av samhandlingsreformen. Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM)*. Forskningsrådet. [https://www.forskningsradet.no/siteassets/publikasjoner/1254019340907.pdf?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.forskningsradet.no/siteassets/publikasjoner/1254019340907.pdf?utm_source=chatgpt.com)
- Forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler m.m., Lovgiving Nr. FOR-2022-06-02-977, FOR-2022-06-02-977 (2022). <https://lovdata.no/pro/#document/SF/forskrift/2022-06-02-977/%C2%A77-4>
- Forskrift om spesialistgodkjenning for sykepleiere (2020). <https://lovdata.no/pro/#document/SF/forskrift/2019-11-19-2206?searchResultContext=2248&rowNumber=1&totalHits=378>
- Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften) - Lovdata, Lovgiving Nr. FOR-2016-12-08-1482 (2016). <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-12-08-1482>
- Forskrift om strålevern og bruk av stråling (strålevernforskriften, Lovgiving Nr. FOR-2016-12-16-1659 (2016). <https://lovdata.no/pro/#document/SF/forskrift/2016-12-16-1659/%C2%A745>
- Hansen, P., Grønning, T., & Vik, I. (2023, oktober 30). *Akutt mangel på røntgenleger på UNN: - Får ikke gitt pasientene tilbudet de skal ha*. NRK. <https://www.nrk.no/tromsogfinnmark/unn-ber-om-hjelp-fra-helse-nord-akutt-mangel-pa-fagfolk-1.16616750>
- Helgelandssykehuset. (2022). *Reduksjon av årsverk—Beminningsfaktor. Vedlegg 2: Reduksjon av årsverk. Styresak 88, 2022*. <https://www.helgelandssykehuset.no/4a9a15/siteassets/motedokumenter/styret/styresaker-2022/20221026/20221026-styresak-88-vedlegg-2a-reduksjon-av-arsverk-beminningsfaktor.pdf>
- Helli, L. N., & Moan, A. (2025, mai 26). *Finnmarkssykehuset—Hvorfor spør vi ikke bare om mer penger?* <https://www.finnmarkssykehuset.no/nyheter/hvorfor-spor-vi-ikke-bare-om-mer-penger/>
- Helse Bergen HF. (2018, desember 11). *Utviklingsplan 2035 Helse Bergen HF*. Helse Bergen HF. <https://www.helse-vest.no/contentassets/2b709709a9d74637beb14c878d8d6d70/styredokument-2018/11.12.2018/sak-13118-vedlegg-3---utviklingsplan-helse-bergen-hf.pdf>
- Helse Bergen HF. (2023). *Årsmelding 2023. Helse Bergen HF Haukeland universitetssykehus*. [https://www.helse-bergen.no/496bb3/contentassets/53a3fba82b024cf1b45bd324ed6fa012/arsmelding\\_helse\\_bergen\\_hf\\_2023.pdf](https://www.helse-bergen.no/496bb3/contentassets/53a3fba82b024cf1b45bd324ed6fa012/arsmelding_helse_bergen_hf_2023.pdf)
- Helse Bergen HF. (2025a). *Om oss*. <https://www.helse-bergen.no/om-oss/#om-helseforetaket>
- Helse Bergen HF. (2025b, februar 12). *Vil du jobbe hos oss?* <https://www.helse-bergen.no/jobb-hos-oss>
- Helse Bergen HF. (2025c, oktober 9). *Vidareutdanning i sjukepleie*. <https://www.helse-bergen.no/fag-og-forskning/utdanning-og-kompetanse/vidareutdanning/#utdanningsstilling>

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2025, januar 15). *Oppdragsdokument Helse Sør-Øst RHF 2025*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/bd8a11644b744dec8a8dc452794000e4/oppdragsdokument-helse-sor-ost-rhf-2025.pdf>
- Helse Sør-Øst RHF. (2023). *Spørreundersøkelse oppgavedeling Helse Sør-Øst 2022/ 2023* (Versjon 1). Helse Sør-Øst RHF. <https://www.helse-sorost.no/49ebfd/contentassets/29c358838e364518b6b129b20077c6da/sporreundersokelse-oppgavedeling-helse-sor-ost-22-23.pdf>
- Helse Sør-Øst RHF. (2024, juni 27). *Tørn-programmet*. <https://www.helse-sorost.no/helsefaglig/utdanning/torn/bakgrunn/#torn-i-spesialisthelsetjenesten>
- Helse Sør-Øst RHF. (2025a). *Oppdrag og bestilling 2025 for Lovisenberg diakonale sykehus*. <https://www.helse-sorost.no/48e4aa/siteassets/documents/oppdragsdokument-til-hf/2025/oppdrag-og-bestilling-2025---lovisenberg-diakonale-sykehus.pdf>
- Helse Sør-Øst RHF. (2025b, mai 21). *Flere helsefagarbeidere får opplæring i legemiddelhåndtering*. helse-sorost.no. <https://www.helse-sorost.no/nyheter/flere-helsefagarbeidere-far-opplaering-i-legemiddelhaandtering/>
- Helse Sør-Øst RHF. (2025c, august 28). *Forberedt på hardere konkurranse om ansatte*. Helse Sør-Øst. <https://www.helse-sorost.no/nyheter/forberedt-pa-hardere-konkurranse-om-ansatte/>
- Helse Vest RHF. (2026, februar 11). *Styringsdokument 2026. Helse Bergen HF*. <https://www.helse-vest.no/4911b4/siteassets/documents/om-oss/styringsdokument-2026/styringsdokument-2026-helse-bergen-hf.pdf>
- Helsedirektoratet. (2023, juni 5). *Modeller for spesialistgodkjenning av sykepleiergrupper*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/modeller-for-spesialistgodkjenning-av-sykepleiergrupper>
- Hjort, P. F. (1976). Planlegging av det medisinske fakultetet i Tromsø. I *Universitetet i samfunnet. Artikler og foredrag om Universitetet i Tromsø*. Universitetsforlaget.
- HK-dir. (2024, november 4). *Mandat for RETHOS*. hkdir.no. <https://hkdir.no/no/hoyere-utdanning-og-forskning/nasjonale-retningslinjer-for-helse-og-sosialfagutdanningene-rethos/mandat-for-rethos>
- Horn, K.-S. (2026a, januar 20). *Finnmarkssykehuset ville trekke advarsel hvis overlege Tone Hagerup sluttet i jobben*. NRK. <https://www.nrk.no/tromsogfinnmark/finnmarkssykehuset-ville-trekke-advarsel-hvis-overlege-tone-hagerup-sluttet-i-jobben-1.17736201>
- Horn, K.-S. (2026b, mars 5). *Finnmarkssykehuset må trekke advarsel mot overlege Tone Hagerup*. NRK. <https://www.nrk.no/tromsogfinnmark/finnmarkssykehuset-ma-trekke-advarsel-mot-overlege-tone-hagerup-1.17796246>
- Hove, I. H. (2024, november 15). *Mest bruk av vikarbyrå ved sykehusene i Nord-Norge*. SSB.no. <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/artikler/mest-bruk-av-vikarbyra-ved-sykehusene-i-nord-norge>
- Høst, H., Aamodt, P. O., Hovdhaugen, E., & Lyby, L. (2019). Styr eller søkerstyrt? En undersøkelse av hvordan universiteter og høyskoler dimensjonerer sine studietilbud. I 113. Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning NIFU. <https://nifu.brage.unit.no/nifu-xmlui/handle/11250/2608250>
- Haave, P. (2011). *I medisinsens sentrum. Den norske legeförening og spesialistregimet gjennom hundre år*. Unipub.
- Innstilling. (1965, januar 5). *Mulighetene for høyere undervisning og utvidet forskning i Tromsø, trykket som vedlegg til St.meld. 142 (1966-1967), Om opprettelse av universitet i Tromsø*. Kirke- og undervisningsdepartementet. stortinget.no. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1966-67&paid=6&wid=a&psid=DIVL1886>
- Johannessen, M. S. S. (2025, november 6). *Helse Vest testar ut KI-verktøy som skal spare legane for mange timar med journalføring*. NRK. <https://www.nrk.no/rogaland/helse-vest-testar-ut-ki-verktoy-som-skal-spare-legane-for-mange-timar-med-journalforing-1.17635704>

- KS Digital. (2025, desember 10). Legemiddelhåndteringskurs i KS læring og KS Kunnskap – Ny løsning fra 2026. *KS Digital*. <https://ksdigital.no/2025/12/10/legemiddelhandteringskurs-i-ks-laering-og-ks-kunnskap-ny-losning-fra-2026/>
- Larsen, H. (2025, september 25). *Tillitsvalgt og overlege Tone Hagerup saksøker Finnmarkssykehuset etter å ha fått advarsel*. NRK Troms og Finnmark. <https://www.nrk.no/tromsogfinnmark/tillitsvalgt-og-overlege-tone-hagerup-saksoker-finnmarkssykehuset-etter-a-ha-fatt-advarsel-1.17578670>
- LDS. (2023a, januar 2). *Et historisk tilbakeblikk*. lovisenbergssykehus.no. <https://www.lovisenbergssykehus.no/mer-om-oss/#et-historisk-tilbakeblikk>
- LDS. (2023b, april 13). *Styrets årsberetning 2022*. Lovisenberg Diakonale Sykehus AS.
- LDS. (2024, januar 5). *Ferievikarer og tilkallingsvikarer*. lovisenbergssykehus.no. <https://www.lovisenbergssykehus.no/ferievikarer-og-tilkallingsvikarer/>
- LDS. (2025, september 3). *Vil du bli vår kollega?* lovisenbergssykehus.no. <https://www.lovisenbergssykehus.no/ledige-stillinger/>
- LDS. (2026, januar 8). *Mer om oss*. lovisenbergssykehus.no. <https://www.lovisenbergssykehus.no/mer-om-oss/>
- Lov om alternativ behandling av sykdom mv., Lovgiving Nr. LOV-2003-06-27-64 (2003). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2003-06-27-64?q=alternativ%20behandling>
- Lov om innskrenkning i adgangen for den som ikke er norsk læge eller tannlæge, til å ta syke i kur (Opphevet), Lovgiving Nr. LOV-1936-06-19-9 (1936).
- Lov om lægers rettigheter og plikter (Opphevet), Lovgiving Nr. 29.04.1927 nr. 1 (1927). <https://lovdata.no/pro/#document/NLO/lov/1927-04-29-1?searchResultContext=1532&rowNumber=2&totalHits=643>
- Meld. St. 9 (2023–2024). (2024, mars 1). *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027. Vår felles helsetjeneste* [Stortingsmelding]. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-9-20232024/id3027594/>
- Moland, L. E. (2024). *Modeller for økt grunnbemanning og mindre vikarbruk i omsorgstjenesten*. En kunnskapsoppsummering. Fafo. <https://www.fafo.no/images/pub/2024/20903.pdf>
- Moland, L. E., Nesland, A., & Tofteng, M. (2023). *Vikarbruk i sykehus og kommunale helse- og omsorgstjenester*. Fafo.
- Nergaard, K., Alsos, K., Bråten, M., & Jensen, R. S. (2015). *Tilkallingsvikarer i norsk arbeidsliv*.
- Nergård, S. (2020, november 26). *Kombinerte stillinger for overleger på sykehus: En glede eller ren plikt? Overlegen Digital*. <https://overlegen.digital/overlegen/overlegen-4-2020/kombinerte-stillinger-for-overleger-pa-sykehus-en-glede-eller-ren-plikt/>
- Nesse, H., Koch, A. M., & Mc Dowall, R. A. (2014). *Historisk utvikling og fremtidig behov for personell i Helse Bergen*. Vedlegg til *Kompetansestrategi for Helse Bergen 2015-2030*. Helse Bergen. <https://www.helse-bergen.no/siteassets/documents/historisk-utvikling-og-fremtidig-behov-for-personell-i-helse-bergen.pdf>
- Nilsen, T. M. (2024, november 28). *Støtter legene ved Kirkenes sykehus*. Legeforeningen.no. <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/yf/norsk-overlegeforening/nyheter/2024/stotter-legene-ved-kirkenes-sykehus/>
- Nordlandssykehuset HF. (u.å.). *Bemanningscenteret*. Hentet 6. april 2026, fra [https://www.nordlandssykehuset.no/avdelinger/bemanningscenteret/?utm\\_source=chatgpt.com#studentstilling](https://www.nordlandssykehuset.no/avdelinger/bemanningscenteret/?utm_source=chatgpt.com#studentstilling)
- Nordlandssykehuset HF. (2025, august 15). *Kompetanseportalen*. Nordlandssykehuset.no. <https://www.nordlandssykehuset.no/forskning-og-innovasjon/utdanning-og-kompetanseutvikling/kompetanseportalen/>
- NOU 2023: 4. (2023). *Tid for handling: Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. I *Norbok*. Helse- og omsorgsdepartementet. [https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb\\_pliktmonografi\\_000018051](https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_pliktmonografi_000018051)
- NRK. (2025, oktober 17). *Altaposten: Overlege trekker seg etter tillitsbrudd*. NRK. [https://www.nrk.no/tromsogfinnmark/altaposten\\_-overlege-trekker-seg-etter-tillitsbrudd-1.17616637](https://www.nrk.no/tromsogfinnmark/altaposten_-overlege-trekker-seg-etter-tillitsbrudd-1.17616637)

- NSF. (2023, februar 10). *Flere helgevakter bør bygge på frivillighet og kompensasjon*.  
<https://www.nsf.no/nyheter/vart-politiske-arbeid/flere-helgevakter-bor-bygge-pa-frivillighet-og-kompensasjon>
- NTB. (2026, mars 19). *Ny dom gir deltidsansatte medhold i overtids-diskusjonen*. Rett24.  
<https://rett24.no/articles/ny-dom-gir-deltidsansatte-medhold-i-overtids-diskusjonen>
- Ondrckova, C. Ø. (2025, oktober 24). *Setter spørsmålstegn ved legekolleger: – Styres de av faget eller pengesekken?* <https://www.dagensmedisin.no/finnmarkssykehuset-hf-helse-nord-rhf-helsepolitikk-og-helseokonomi/setter-sporsmalstegn-ved-legekolleger-styres-de-av-faget-eller-pengesekken/707197>
- Oslo Economics. (2022). *Kartlegging av erfaring med oppgavedeling mellom helsefagarbeidere og andre personellgrupper i sykehus* (Nr. 2022–66). <https://osloeconomics.no/wp-content/uploads/2022/10/Oppgavedeling-i-sykehus-publisert.pdf>
- Oslo Economics. (2024a). *Attraktive arbeidsplasser i staten* (OE rapport 2024–22). <https://osloeconomics.no/wp-content/uploads/2024/04/Attraktive-arbeidsplasser-i-staten.pdf>
- Oslo Economics. (2024b). *Erfaringer med oppgavedeling: Portører, apotekteknikere og helsesekretærer i sykehus og apotek. Kartlegging for Spekter og Fagforbundet* (Rapport nr. 2024\_11).  
<https://www.spekter.no/getfile.php/1321982-1709722768/Dokumenter/Rapporter%20og%20analyser/Rapporter/Oslo%20Economics%3A%20Erfaringer%20med%20oppgavedeling%20-%20Port%C3%B8rer%2C%20apotekteknikere%20og%20helsesekret%C3%A6rer.pdf>
- Oxman, M. (2025). Fem saker vi følger i 2025. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 62(1), 4–6.
- Palm, E. (2025, oktober 21). *Færre ledere—Mer pasientkontakt*. Finnmarkssykehuset.no.  
<https://www.finnmarkssykehuset.no/nyheter/farre-ledere---mer-pasientkontakt/>
- Pedersen, K. (2025, mai 9). *Sykehuset ville ha flere som helsefagarbeidere. Fasit ble færre*. Bergens Tidende (hentet i Retriever). <https://www.bt.no/i/EyAnmj>
- Prestgaard, E. E., Fosse, A., Abelsen, B., & Harbitz, M. B. (2024). Rotasjonsordning for allmennleger i norske kommuner. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.24.0089>
- Riksrevisjonen. (2020). *Riksrevisjonens undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene* [Del av Dokument 3:2 (2019–2020)]. Riksrevisjonen. <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2019-2020/bemanningsutfordringerhelseforetakene.pdf>
- Spekter. (2025, oktober 10). *Norske regler om merarbeidsgodtgjørelse bør videreføres—Spekter*.  
<https://www.spekter.no/nyhetsarkiv/norske-regler-om-merarbeidsgodtgjorelse-bor-viderefores>
- Spekter, & Norsk Sykepleierforbund. (u.å.). *Anbefalinger for etablering av bemanningsenhet i helseforetak*.
- Spekter og Legeforeningen. (2024). *Overenskomstens del A, A1 og A2, 2024-2026, Overenskomstområde 10 helseforetak, mellom Spekter og Akademikerne/Legeforeningen*. <https://www.legeforeningen.no/contentassets/55c96662c5e243439676e34a39cf0e82/overenskomstens-del-a-a1-og-a2-omrade-10.pdf>
- Spesialisthelsetjenesten. (2025a, desember 8). *Kompetanseportalen*. Spesialisthelsetjenesten.no.  
<https://www.spesialisthelsetjenesten.no/lis/kompetanseportalen/>
- Spesialisthelsetjenesten. (2025b, desember 8). *Kompetanseportalen. Synkronisering ved bytte av arbeidssted*. Spesialisthelsetjenesten.no. <https://www.spesialisthelsetjenesten.no/lis/kompetanseportalen/#synkronisering-ved-bytte-av-arbeidssted>
- UNN. (2025a, januar 28). *Ledige stillinger*. unn.no. <https://www.unn.no/om-oss/ledige-stillinger>
- UNN. (2025b, mars 12). *Styresak 17-2025 Årsregnskap 2024 med styrets beretning*. Universitetssykehuset i Nord-Norge. [https://www.unn.no/494f18/contentassets/5b959ea29f7f45098d3a9a09ca8ed5f4/styredokumenter\\_25032025/sak-17---arsregnskap-2024-med-styrets-beretning.pdf](https://www.unn.no/494f18/contentassets/5b959ea29f7f45098d3a9a09ca8ed5f4/styredokumenter_25032025/sak-17---arsregnskap-2024-med-styrets-beretning.pdf)
- UNN. (2025c, juni 10). *Om oss*. unn.no. <https://www.unn.no/om-oss/#pa-flere-steder-i-nord-norge>

UNN. (2026, mars 23). *Årsregnskap 2025, UNN. Styreak 13/2026, vedlegg 1.*

[https://www.unn.no/494c8b/contentas-](https://www.unn.no/494c8b/contentassets/8bb04b1afb6044daa468c6cad04d27c7/23032026/sak-13---arsregnskap-2025-med-styrets-beretning.pdf)

[sets/8bb04b1afb6044daa468c6cad04d27c7/23032026/sak-13---arsregnskap-2025-med-styrets-beretning.pdf](https://www.unn.no/494c8b/contentassets/8bb04b1afb6044daa468c6cad04d27c7/23032026/sak-13---arsregnskap-2025-med-styrets-beretning.pdf)

Utdanning.no. (2022a, februar 17). *Helsesekretær*. Utdanning.no. <https://utdanning.no/yrker/beskrivelse/helsesekretaer>

Utdanning.no. (2022b, februar 18). *Helsefagarbeider*. Utdanning.no. <https://utdanning.no/yrker/beskrivelse/helsefagarbeider>

