

Utarbeidet for KS og prosjektet Jobbvinner

Kostnader ved turnover i kommunale helse- og omsorgstjenester

oslo**economics**



Innhold

Sammendrag	3
1. Bakgrunn og metode	4
1.1 Høy turnover i kommunale helse- og omsorgstjenester	4
1.2 Oppdrag fra KS	4
1.3 Metode	4
2. Kostnadsberegninger	5
2.1 Direkte kostnader	5
2.2 Indirekte kostnader	7
2.3 Samlede kostnader	8
3. Oppsummering og drøfting	10

Sammendrag

På oppdrag for KS og Jobbvinner, har Oslo Economics beregnet kostnader knyttet til turnover i kommunale helse- og omsorgstjenester, for sykepleiere og helsefagarbeidere. Beregningene inkluderer kostnader til ansettelse og rekruttering, opplæring, tapt produktivitet i en overgangsperiode og eventuell vakans.

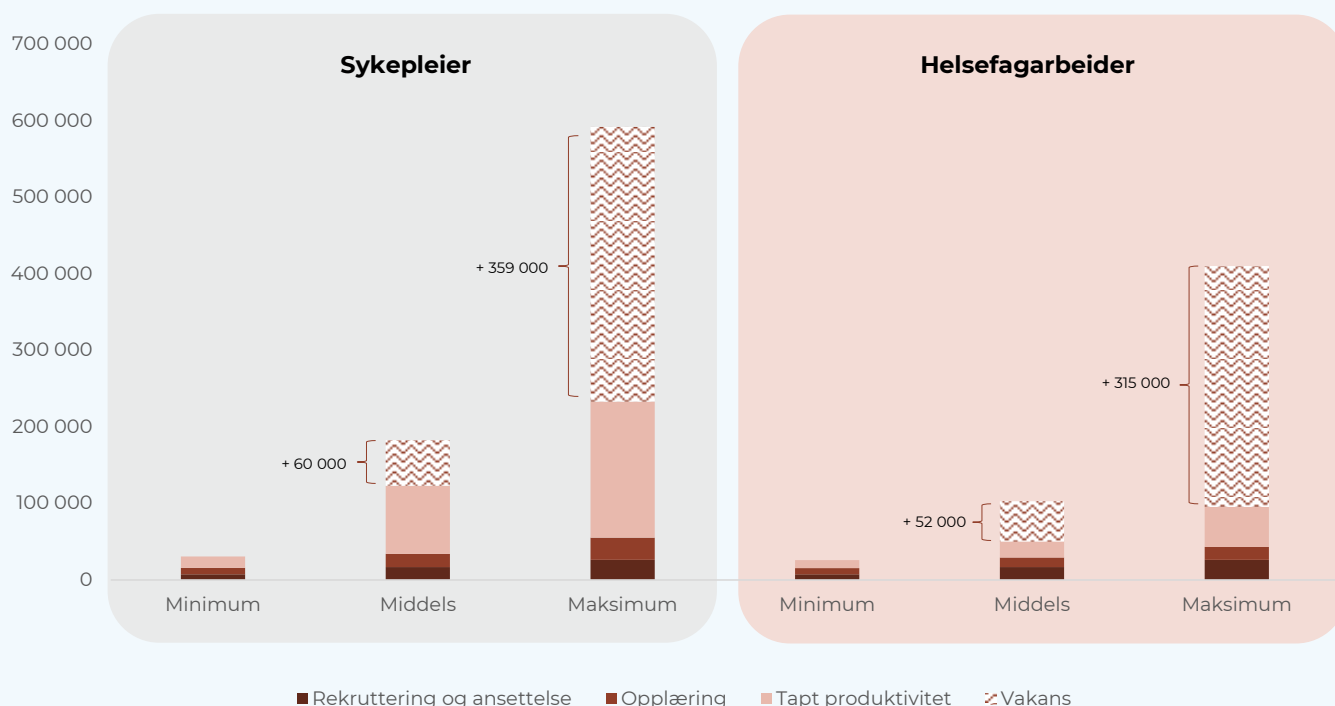
Samlede turnoverkostnader for sykepleiere beregnes til mellom 29 000 (minimum) og 223 000 kroner (maksimum), med et middelsanslag på 121 000 kroner. Dersom vi inkluderer eventuell vakans, øker maksimumsanslaget til 583 000 kroner, og middelsanslaget til 181 000 kroner.

Samlede turnoverkostnader for helsefagarbeidere beregnes til mellom 26 000 (minimum) og 102 000 kroner (maksimum), med et middelsanslag på 52 000 kroner. Dersom vi inkluderer eventuell vakans, øker maksimumsanslaget til 417 000 kroner, og middelsanslaget til 104 000 kroner (se Figur 1).

I tillegg til de kostnadene som lar seg tallfeste i kroner, oppstår det en rekke virkninger som er vanskelig å verdsette. Blant disse er svekket pasientsikkerhet, dersom bemanningen blir utilstrekkelig eller kontinuiteten i behandlingen brytes. For de ansatte som blir igjen, kan arbeidsbelastningen øke, med risiko for høyere sykefravær og lavere arbeidstilfredshet. Samlet kan dette bidra til en reduksjon i kvaliteten på tjenestene som brukere og pasienter mottar.

Investeringer i tiltak som reduserer turnover, kan gi betydelige langsiktige besparelser ved at behovet for rekruttering og opplæring blir mindre. Samtidig kan økt kontinuitet i arbeidsstokken bidra til høyere kvalitet i tjenestene og større organisatorisk stabilitet, noe som gir bedre forutsigbarhet for både brukere, pasienter og ansatte.

Figur 1 Beregnede kostnader ved turnover i kommunale helse- og omsorgstjenester for sykepleiere og helsefagarbeidere, med og uten vakans. Minimums-, middels- og maksimumsanslag.



Beregninger av Oslo Economics, basert på informasjon fra intervjuer med representanter fra fire kommuner

1. Bakgrunn og metode

1.1 Høy turnover i kommunale helse- og omsorgstjenester

Over tid har turnover blant helse- og omsorgspersonell vært vesentlig høyere enn turnover blant andre yrkesgrupper i kommunal sektor (se Figur 2). I perioden 2023–2024 var gjennomsnittlig turnover 14,5 prosent i yrker relatert til helse, pleie og omsorg, mens gjennomsnittlig turnover blant ansatte i kommunal sektor var 12,7 prosent (Kommunesektoren, 2025)¹. Turnover varierer etter alder og geografi, men er vesentlig høyere blant nytilsatt enn blant mer erfarent helsepersonell.

Kommunene opplever økende press i helse- og omsorgstjenestene, med flere brukere og mer komplekse behov. Samtidig er det utfordrende å sikre nok helsefaglig kompetanse, og det pekes på at kommunene kjemper om de samme knappe ressursene.

Turnover innebærer ikke bare direkte kostnader knyttet til blant annet opplæring og rekruttering, men også indirekte kostnader gjennom redusert effektivitet og pasientsikkerhet. Analyse av disse kostnadene tydeliggjør det økonomiske potensialet ved å redusere turnover.

1.2 Oppdrag fra KS

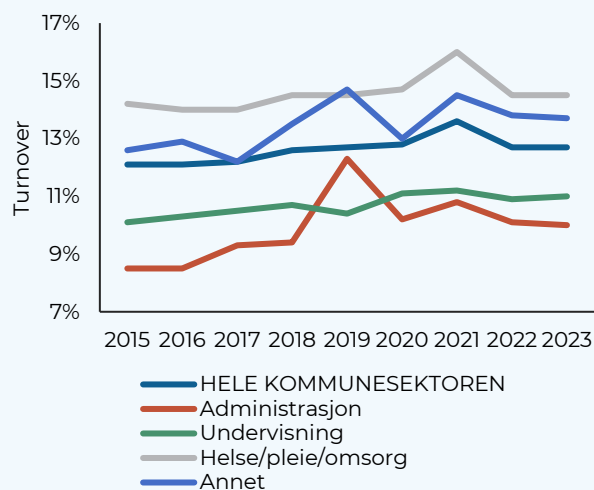
På oppdrag for KS har Oslo Economics beregnet kostnader ved turnover blant helsefagarbeidere og sykepleiere i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Beregningene har tatt utgangspunkt i kostnadene på hver enkelt arbeidsplass. Gjennom intervjuer med ansatte i kommunens stab og virksomhetsledere har vi fått innsikt i hvordan turnover påvirker arbeidsplassene og innblikk i hvilke kostnader det medfører.

Prosjektet ble gjennomført i september 2025. Dette notatet beskriver identifiserte kostnadskomponenter ved turnover i kommunale helse- og omsorgstjenester, og drøfter konsekvenser av turnover for tjenestene.

1.3 Metode

Vi har gjennomført intervjuer med totalt sju representanter fra fire kommuner. For å få best mulig kunnskapsgrunnlag for beregningene våre, intervjuet vi representanter med ulik tilknytning til de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Vi kontaktet deltakerne på e-post, og gjennomførte intervjuene på Teams. To av kommunene sendte egne utarbeidede kostnadsoverslag for turnover i forkant av intervjuet. Beløpene i notatet er avrundet til nærmeste hundre kroner for å forenkle fremstillingen.

Figur 2: Turnover i kommunale tjenester, i gjennomsnitt og for utvalgte tjenester



¹ Kommunesektoren. (2025, 18.september). ks.no. Hentet fra Turnoverstatistikk: KS - Hjem

Vi vet at det er betydelig variasjon mellom kommuner og tjenester, blant annet i befolkningssammensetning, geografi og arbeidsmarked, samt forskjeller mellom arbeidstakere. Våre kostnadsestimater, som baseres på et lite utvalg kommuner og tjenester, er beheftet med usikkerhet. Usikkerheten drøftes under beskrivelsen av hver enkelt kostnadsvirkning, og illustreres ved hjelp av minimums- og maksimumsanslag. Vi vurderer at det er en styrke at kommunene oppgir nokså like minimums- og maksimumsanslag for de største kostnadspostene, til tross for forskjeller blant annet i arbeidsmarkedsforhold.

For å synliggjøre kompleksiteten i kostnadsbildet ved turnover, har vi i tillegg til prissatte direkte og indirekte kostnader, også inkludert noen ikke-prissatte effekter.

2. Kostnadsberegninger

Når noen slutter i en jobb, oppstår det både direkte og indirekte kostnader. Direkte kostnader er utgifter som følger direkte av turnover, som rekruttering og opplæring av nye ansatte. Indirekte kostnader handler om konsekvenser som ikke er like synlige, for eksempel lavere produktivitet, dårligere arbeidsmiljø eller redusert pasientsikkerhet.

I Figur 3 illustrerer vi et turnoverforløp med utgangspunkt i seks faser, fra oppsigelse av erfaren ansatt til fullverdig erstatning gjennom nytilsatt medarbeider. Våre kostnadsberegninger tar utgangspunkt i de fire fasene vakans, rekruttering og ansettelse, opplæring, og bygge erfaring og kompetanse.

2.1 Direkte kostnader

Ansettelse og rekruttering

Kostnadene knyttet til ansettelse og rekruttering varierer betydelig mellom kommuner. Forskjeller i erfaring, rutiner, tjenestetype og lokale forhold påvirker både tidsbruk og ressursbehov. Noen kommuner har god tilgang på kvalifiserte søkere, mens andre opplever større utfordringer og høyere kostnader.

Ansettelsesprosessen kan deles opp i følgende deler: utarbeidelse av stillingsutlysning, annonsering, forberedelse og gjennomføring av rekrutteringsintervjuer, vurdering av kandidater og innhenting av referanser og andre administrative oppgaver knyttet til ansettelsen.

Kommuner og virksomheter har ulik praksis for arbeid med stillingsutlysninger. Noen virksomheter håndterer dette selv, mens andre benytter sentraliserte løsninger på kommunenivå. Noen er nødt til å lyse ut flere ganger, fordi de ikke får kvalifiserte søkere i første omgang. Dette medfører forskjeller i kostnader. Vi tar utgangspunkt i at det påløper kostnader for minst én annonsering i rekrutteringsprosessen.

Etter at stillingen er utlyst og aktuelle kandidater er identifisert, følger intervjuprosessen. Prosessen kan typisk involvere avdelingsleder, en HR-representant og en tillitsvalgt, men dette varierer. Med utgangspunkt i intervjuer med kommunene har vi tatt utgangspunkt i at det gjennomføres intervjuer med fire kandidater, ett intervju per kandidat. Dette gir en estimert kostnad på 5 500 kr. I tillegg til jobbintervjuer kommer det kostnader knyttet til innhenting av referanser og administrative oppgaver. Kommunene regner med å bruke omtrent en til to timer på disse oppgavene, og det beregnes en kostnad på mellom 500 og 1 100 kr.

Våre beregninger anslår at kostnadene per ansettelse ligger mellom 6 600 og 25 300 kr for både sykepleiere og helsefagarbeidere, avhengig blant annet av antall utlysninger, antall intervjuer og hvor mange ansatte som deltar i prosessen. Våre middelsanslag er at kostnad per ansettelse- og rekrutteringsprosess vil være omtrent 16 000 kroner, både for sykepleiere og helsefagarbeidere (se Tabell 1).

Figur 3: Turnoverforløp – fra oppsigelse til fullverdig erstatning



Kilde: Oslo Economics, basert på informasjon fra intervjuer med representanter fra fire kommuner.

Opplæring

I helse- og omsorgssektoren er det vanlig at nyansatte får opplæring ved å følge en erfaren veileder gjennom arbeidsdagen. Denne metoden gir innsikt i praktiske rutiner og mulighet til å stille spørsmål underveis.

Kostnader tilknyttet opplæring av den nyansatte er først og fremst opplæringsvakter. Siden veilederen utfører sine ordinære oppgaver mens den nyansatte følger med, er det den nyansattes tidsbruk som utgjør kostnader tilknyttet dette. Kommunene varierer i hvordan opplæringsvaktene organiseres. Noen kommuner følger en fast opplæringsplan, mens andre tilpasser opplæringen individuelt etter den nyansattes behov og erfaring.

I intervjuene fremkommer det at antall opplæringsvakter varierer mellom tre (22,5 timer) og ti (75 timer), avhengig av rolle og tjeneste. I hjemmetjenesten, hvor ansatte jobber alene, gis flere opplæringsvakter enn på institusjoner som sykehjem og omsorgssentre, der det er lettere å spørre om hjelp av kollegaer. Sykepleiere har flere opplæringsvakter enn helsefagarbeidere og medarbeidere uten formell helsefaglig kompetanse. Flere vi har snakket med fremhever at opplæringen av sykepleiere er mer omfattende, ettersom sykepleierne har et særlig ansvar og mange arbeidsoppgaver.

En av informantene vi har snakket med understreker at det er viktig å skille mellom ordinær opplæring og mer strukturerte fadder- eller mentorordninger, som kommer i tillegg til den formelle opplæringen. Denne kommunen har utviklet et standardisert introduksjonsprogram, som evalueres jevnlig og sendes ut til nye ansatte før oppstart.

Vi tar utgangspunkt i at antall opplæringstimer spenner fra 22,5 til 100 timer, avhengig av organisering og innretning. Kostnader knyttet til opplæring av sykepleiere spenner fra 8 800 til 28 700 kr for sykepleiere, og fra 7 800 til 15 600 kr for helsefagarbeidere. Våre middelsanslag er at kostnad per formelle opplæringsprosess vil være 17 400 kroner for sykepleiere, og 11 700 kroner for helsefagarbeidere (se Tabell 2).

Tabell 1: Kostnader ved ansettelse og rekruttering

Kostnadskomponent	Sykepleier			Helsefagarbeider		
	Minimum	Middels	Maksimum	Minimum	Middels	Maksimum
Lage utlysning	500	800	1 000	500	800	1 000
Annonser	0	5000	10 000	0	5000	10 000
Intervju	5 400	9 400	13 200	5 400	9 400	13 200
Innhente referanser	500	800	1 100	500	800	1 100
SUM	6 600	16 000	25 300	6 600	16 000	25 300

Tabell 2: Kostnader ved opplæring

Kostnadskomponent	Sykepleier			Helsefagarbeider		
	Minimum	Middels	Maksimum	Min	Middels	Maks.
Timer	3	6	10	3	4,5	6
Timelønn for nyansatt	368	368	368	323	323	323
Forberedelse til opplæring	500	800	1 100	500	800	1 100
SUM	8 800	17 400	28 700	7 800	11 700	15 600

Beregninger av Oslo Economics, basert på informasjon fra intervjuer med representanter fra fire kommuner.

2.2 Indirekte kostnader

Tapt produktivitet

Når en nyansatt overtar arbeidsoppgaver etter en erfaren medarbeider, oppstår det et midlertidig fall i produktivitet. Den nyansatte trenger tid til å lære rutiner og bli trygg og selvstendig i arbeidet, før den blir like produktiv som sin forgjenger. Dette midlertidige produktivitetstapet utgjør en reell kostnad for tjenesten. I beregning av økonomiske konsekvenser av denne overgangsfasen, har vi gjort noen antakelser om hvor lang tid det tar før nye medarbeidere er på samme produktjonsnivå som den de erstatter. Vi antar at nyansatte starter med å være omtrent halvparten så produktive som sin forgjenger. Hvor raskt de når full produktivitet varierer betydelig, avhengig blant annet av erfaring, modenhet og trygghet. Informasjon fra intervjuer indikerer at noen oppnår samme produktivetsnivå allerede etter én måned, mens andre kan bruke opptil ett år før de er helt selvstendige i arbeidsoppgavene.

For å illustrere dette har vi utarbeidet tre scenarier for sykepleiere: ett der den nyansatte når full produktivitet etter én måned, ett etter seks måneder, og ett etter tolv måneder. Vi har beregnet kostnadene knyttet til den reduserte produktiviteten i hvert scenario ved hjelp av en tapsfunksjon som starter på 50 prosent av full produktivitet og gradvis øker til 100 prosent over den gitte tidsperioden, slik det er illustrert i Figur 4. For helsefagarbeidere brukte vi samme fremgangsmåte, men tilpasset lengden på perioden med redusert produktivitet som følge av mindre grad av spesialiserte oppgaver og ansvar; ett der den nyansatte når full produktivitet etter én måned, ett etter tre måneder, og ett etter seks måneder.

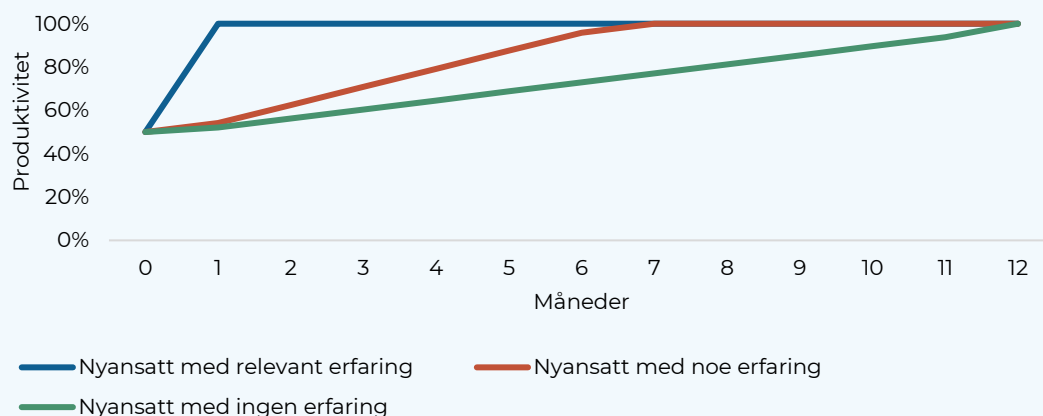
Forskjeller i forventet lengde på en slik utvidet opplæringsperiode, har stor betydning for kostnader i form av produktivitetstap. Våre beregninger viser at kostnadene knyttet til produktivitetstap for sykepleiere spenner fra 14 200 til 171 700 kr, og fra 12 400 til 62 100 kr for helsefagarbeidere. Våre middelsanslag er at kostnaden i form av tapt produktivitet er 88 800 kroner for sykepleiere, og 24 800 kroner for helsefagarbeidere (se Tabell 3).

Vakans

Når en stilling står tom, blir oppgaver enten fordelt på andre, løst midlertidig, eller i noen tilfeller ikke gjennomført i det hele tatt. Hvorvidt en stilling forblir ubesatt og eventuelt hvor lenge varierer, og avhenger blant annet av tjenestetype, rekrutteringssituasjon og lokale forhold. Vakansperioden representerer et mulig produksjonstap som bør synliggjøres i det samlede kostnadsbildet.

For å fange opp usikkerheten knyttet til vakans har vi beregnet tre scenarier: ett der stillingen fylles umiddelbart, ett der det tar en måned, og ett der det tar seks måneder før stillingen bemannes. Vi forutsetter som en forenkling at arbeidsoppgavene til medarbeideren som slutter ikke blir utført i vakansperioden.

Figur 4: Kostnader ved redusert produktivitet hos nyansatte sykepleiere – tre scenarier for innfasing



Beregninger av Oslo Economics, med utgangspunkt i intervjuer med representanter fra administrasjon og virksomhetsledelse i fire kommuner. Note: 100 prosent produktivitet tilsvarer produktiviteten til en gjennomsnittlig ansatt. I det første scenarioet, hvor full produktivitet oppnås allerede etter én måned, skjer innfasingen svært raskt. Produktiviteten stiger fort og når 100 prosent ved utgangen av første måned. I det andre scenarioet, med en seks måneders innfasing, øker produktiviteten gradvis. Ved måned fire er den på omtrent 80 prosent, og fortsetter deretter å stige til nær 100 prosent. I det tredje scenarioet er produktiviteten rundt 73 prosent etter seks måneder, og det tar hele tolv måneder før den når 100 prosent.

Kostnaden beregnes med utgangspunkt i årsverkskostnaden til en ansatt som ville ha besatt stillingen i den aktuelle perioden. For en nyansatt sykepleier gir dette en estimert kostnad på henholdsvis 0, 60 000 og 359 000 kroner i de tre scenariene. For en nyansatt helsefagarbeider estimeres kostnadene til henholdsvis 0, 52 000 og 314 000 kr.

Ikke-prissatte virkninger

I intervjuene vi har gjennomført kommer det tydelig frem at høy utskiftning av ansatte i helse- og omsorgstjenestene, i tillegg til økonomiske kostnader, også har konsekvenser for kvalitet, drift og arbeidsmiljø. Selv om disse konsekvensene ikke kan prissettes, representerer de like fullt betydelige kostnader for pasienter, kollegaer og ledere.

Ansatte opplever økt belastning fordi de må bruke tid på opplæring av nyansatte og eventuelt dekke opp for manglende bemanning. Stadige utskiftninger i vaktlagene svekker tryggheten og samspillet i teamet, særlig på mindre vakter hvor kjennskap til kollegaene er viktig for effektivt samarbeid og pasientbehandling. Turnover vil også kunne påvirke arbeidsmiljø og trivsel blant ansatte.

Virksomhetsledere får mindre tid til å være til stede for ansatte, da mye av kapasiteten går til rekruttering og onboarding. Dette reduserer tilgjengeligheten og støtten de ansatte får, og kan føre til lavere engasjement blant de ansatte.

Ikke minst kan turnover svekke pasientsikkerheten i kommunale helse- og omsorgstjenester, som følge av tiden det tar for nytilsatte å komme ordentlig inn i arbeidet. Nye medarbeidere opplever ofte usikkerhet i møte med komplekse arbeidsoppgaver. En informant peker på tap av taus erfaring, kunnskap som ikke enkelt kan overføres, men som er avgjørende for trygg og effektiv pasientbehandling. Ved vakans må av og til andre faggrupper dekke opp, noe som kan føre til redusert kvalitet, feil, forsinkelser og mindre trygghet for pasientene. Dersom andre kollegaer dekker opp, vil økt arbeidsbelastning for disse også kunne utgjøre en risiko for pasientsikkerhet.

Høy turnover kan videre påvirke virksomhetens omdømme, noe som igjen kan gjøre det vanskeligere å rekruttere kompetente medarbeidere. Dette skaper en negativ spiral hvor høy turnover forsterker utfordringene med å tiltrekke og beholde kvalifisert personell.

2.3 Samlede kostnader

I Tabell 3 har vi beregnet totale prissatte kostnader per turnover, for sykepleiere og helsefagarbeidere.

Totalt beregner vi at samlede turnoverkostnader utgjør mellom omtrent 29 000 kr (minimum) og 224 000 kr (maksimum) for sykepleiere, når vi ekskluderer eventuell vakans. Dersom vi inkluderer vakans, øker maksimumsanslaget til omtrent 583 000 kroner. Middelsanslaget for sykepleiere utgjør omtrent 121 000 kr ekskludert vakans, og 181 000 kr inkludert vakans.

Tabell 3: Totale kostnader for turnover, sykepleier og helsefagarbeider

Kostnads-komponenter	Sykepleier			Helsefagarbeider		
	Minimum	Middels	Maksimum	Minimum	Middels	Maksimum
Ansettelse og rekruttering	6 600	16 000	25 300	6 600	16 000	25 300
Opplæring	8 800	17 400	28 700	7 800	11 700	15 600
Tapt produktivitet	14 200	88 800	171 000	12 400	24 900	62 000
Vakans	0	59 200	359 100	0	52 000	314 000
SUM ekskl. vakans	29 000	121 300	224 000	26 300	51 700	101 900
SUM inkl. vakans	29 000	181 200	583 000	26 300	104 100	416 700

Beregninger av Oslo Economics, basert på informasjon fra intervjuer med representanter fra fire kommuner

For helsefagarbeidere beregner vi at samlede prissatte kostnader ved turnover utgjør mellom omtrent 26 000 kr (minimum) og 102 000 kr (maksimum) når vi ekskluderer eventuell vakans. Dersom vi inkluderer vakans øker maksimumsanslaget til omtrent 417 000 kroner. Middelsanslaget for helsefagarbeidere utgjør omtrent 52 000 kr ekskludert vakans, og 104 000 kroner inkludert vakans.

Eksempelberegningene i Figur 5 tydeliggjør hvordan produktivitetstap og eventuell vakans har svært stor betydning for samlede kostnader. De tre scenarioene i illustrerer hvordan kostnadsbildet ved en ansettelse kan variere betydelig, og at endringer i kun én komponent kan ha stor innvirkning på kostnadsbildet. I scenario A ser vi lave kostnader for rekruttering og vakans, men høy tapt produktivitet, noe som gir en samlet kostnad på nær 200 000 kr. Scenario B viser hvordan høye vakanskostnader og dyr rekruttering gir høye totale kostnader, selv når kostnader knyttet til opplæring og produktivitetstap er moderate – med en total kostnad på over 370 000 kr. Scenario C representerer en situasjon der alle komponentene ligger på middels eller høyt nivå, med en samlet kostnad på rundt 190 000 kr.

I tillegg til disse kostnader, kommer ikke-prissatte indirekte kostnader i form av blant annet økt arbeidsbelastning for øvrige ansatte, redusert pasientsikkerhet og negativ påvirkning på arbeidsmiljø.

Figur 5 Eksempler på turnoverkostnader, tre ulike scenarioer



Beregninger av Oslo Economics, basert på informasjon fra intervjuer med representanter fra fire kommuner

3. Oppsummering og drøfting

Dette notatet synliggjør kostnader knyttet til turnover og redusert produktivitet blant nyansatte i kommunale helse- og omsorgstjenester, og illustrerer samtidig potensielle gevinster ved tiltak som kan bidra til å redusere turnover.

Samlet anslår vi at turnover blant sykepleiere kan koste mellom 29 000 og 224 000 kroner, avhengig av hvor raskt den nyansatte blir produktiv, og hvordan opplæring og rekruttering organiseres. I kommuner der det er risiko for at stillingen blir stående ubesatt (vakans), øker kostnaden betydelig – til maksimum 583 000 kroner, ved inntil seks måneder uten medarbeider i rollen. For helsefagarbeidere anslår vi et spenn mellom 26 000 og 102 000 kroner, med en økning til maksimum 416 000 kroner dersom stillingen blir stående ubesatt i inntil 6 måneder. I tillegg kommer betydelige ikke-prissatte kostnader, som svekket arbeidsmiljø og redusert pasientsikkerhet.

Mangel på kvalifiserte søkere er en reell utfordring for mange norske kommuner. Flere arbeidsgivere konkurrerer om de samme arbeidstakerne, og kostnader ved turnover øker – både direkte, gjennom flere rekrutteringsrunder, og indirekte gjennom økt risiko for vakans. Økt etterspørsel etter helsepersonell i disse kommunene vil ha betydelige konsekvenser for kostnaden ved turnover.

Når vi ser bort fra vakans, viser våre beregninger at den største kostnaden er knyttet til lavere produktivitet i en overgangsfase. Dette utgjør omtrent tre firedeler (73 prosent) av de samlede prissatte kostnadene i middelsanslaget vårt (se Tabell 3). Opplæring og rekruttering utgjør henholdsvis 13 og 14 prosent. For helsefagarbeidere utgjør tapt produktivitet omtrent halvparten (47 prosent) av de samlede kostnadene, mens opplæring og rekruttering utgjør henholdsvis 22 og 31 prosent. Kostnadene varierer mellom arbeidstakere og kommuner, og avhenger av den relative forskjellen i erfaring og kompetanse mellom den ansatte som sier opp, og den ansatte som overtar stillingen.

Det er grunn til å tro at våre kostnadsanslag er forsiktige. Erfaringstall fra rekrutteringsbransjen anslår at kostnaden ved turnover er omtrent en tredjedel av årsinntekten (Michaels, 2025)². Dette tilsvarer 202 000 kroner for sykepleiere, og 177 000 kr for helsefagarbeidere. Disse anslagene ligger mellom middels- og maksimumsanslagene i våre beregninger, når vi inkluderer kostnader til vakans. En litteraturgjennomgang i USA finner at kostnader tilknyttet turnover spenner fra 21 514 til 88 000 amerikanske dollar (Bae, 2022) – som er betydelig høyere enn våre anslag³. Også disse studiene trekker fram vakanser og midlertidige erstatninger, eller redusert produktivitet hos nyansatte, som de største kostnadspostene.

I tillegg til de direkte og indirekte kostnadene som kan prissettes, kommer kostnader som ikke kan måles i kroner og øre. Eksempler inkluderer lavere kontinuitet i tjenestene, økt belastning på gjenværende ansatte, og svekket pasientsikkerhet. Slike effekter kan forsterke seg over tid og bidra til ytterligere turnover, sykefravær eller redusert kvalitet i tjenestene. Som ved de andre kostnadene er omfanget av kostnaden individspesifikk, og spesielt tap av nøkkelpersonell er kritisk. Når nøkkelpersoner slutter, merkes det i arbeidsmiljøet. Noen ansatte har stor innflytelse på driften, og deres fravær kan påvirke blant annet trivsel og samarbeid.

Våre beregninger synliggjør et gevinstpotensial ved å investere i tiltak som styrker den utvidede opplæringsperioden, frem til nytilsatte kan prestere på lik linje som mer erfarne medarbeidere. God og effektiv opplæring kan bidra både til kostnadsbesparelser og bedre kvalitet i tjenestene. Ved å investere i tiltak som reduserer turnover, kan kommunene både forkorte innfasingsperioden og øke sannsynligheten for at medarbeidere blir værende, noe som gir betydelige besparelser over tid. I tråd med Human Capital Theory, representerer ansatte en investering i organisasjonens fremtidige avkastning, og tiltak som styrker deres tilknytning og kompetanse kan bidra til økt kvalitet og stabilitet i tjenestene (Jones, 2004)⁴.

² Michaels, G. (2025). 15Five. Hentet fra The True Costs of Employee Turnover.

³ Bae, S. – H. (2022, juni). Noneconomic and economic impacts of nurse turnover in hospitals: A systematic review. International Nursing review.

⁴ Jones, C. B. (2004, desember). The Costs of Nurse Turnover. The Journal of Nursing Administration.