



"Kompetanse for kvalitet"

Arbeidsgruppe

Rekruttering, stabilisering og kompetanseoppbygging

Midt-Troms i møte med Samhandlingsreformen

Innhold

1. Innledning	5
2. Om arbeidsgruppe Rekruttering, stabilisering & kompetanseoppbygging	6
2.1. Mandat	6
2.2. Deltagere	6
2.3. Prosess	7
3. Oppsummert anbefaling	8
3.1. Rekruttering og stabilisering.....	8
3.2. Kompetansebehov	8
3.3. Styringsgruppas kommentarer	9
4. Bakgrunn	10
4.1. Hva sier Samhandlingsreformen om kompetansebehov og rekruttering/stabilisering av fagpersonell?	10
4.1.1. Kompetanse	10
4.1.2. Rekruttering og stabilitet.....	10
4.2. Arbeidet med ny reform for utdanning til velferdsyrkene	11
4.2.1. Mindre behov for ufaglærte i norsk arbeidsliv og økt behov for faglærte og høyt utdannede	11
4.2.2. Helseutfordringene	12
4.2.3. Sosialutfordringene	12
4.2.4. Barnevernutfordringene.....	12
4.2.5. Ambisjonene	13
4.2.6. Utdanningenes bidrag	13
4.3. Endringer i befolkningssammensettingen	13
4.4. Kompetanse i befolkningen.....	14
4.4.1. Andel av befolkninga med høyere utdanning totalt.....	14
4.4.2. Andel av befolkninga med høyere utdanning innen helse-, sosial- og omsorgssektoren	15
4.4.3. Tiltak for å rekruttere	16
4.4.4. Behovsstyrt utdanning.....	16
4.5. Hva vi har av tjenester og kompetanse	16
5. Resultat av arbeidsgruppas arbeid	18
5.1. Rekruttering og stabilitet	18
5.2. Kompetansebygging	19
5.2.1. Forebyggende helse.....	19
5.2.1.1. Utfordringer.....	19
5.2.1.2. Mål og tiltak	19
5.2.2. Pleie og omsorg	20
5.2.2.1. Utfordringer.....	20
5.2.2.2. Mål og tiltak	20
5.2.3. Rus og psykisk helse.....	20
5.2.3.1. Utfordringer.....	20
5.2.3.2.Mål og tiltak	21
5.2.4. Habilitering og rehabilitering.....	21

5.2.4.1.Utfordringer.....	21
5.2.4.2.Mål og tiltak	22
5.2.5. Desentraliserte spesialisthelsetjenester	22
5.2.5.1.Utfordringer.....	22
5.2.5.2.Mål og tiltak	23
5.2.6. Akutt medisin.....	23
5.2.6.1.Utfordringer.....	23
5.2.6.2.Mål og tiltak	23
5.2.7. Barnevern.....	23
5.2.7.1.Utfordringer.....	24
5.2.7.2.Mål og tiltak	24
5.2.8.Velferdsteknologi og IKT.....	24
5.2.8.1.Utfordringer.....	24
5.2.8.2.Mål og tiltak	25
5.2.9. Generelt for alle temaområdene som er nevnt under kap.5	25
6. De tre andre arbeidsgruppenes meldte kompetansebehov	27
6.1. Innspill fra gruppa Lærings- og mestringstjenester	27
6.2. Innspill fra gruppa Forebygging.....	28
6.3. Innspill fra gruppa Intermediæresenger	28
7. Konklusjoner	29
7.1. Kompetansebehovet	29
7.1.1. Kartlegging	29
7.1.2. Oppsummerte kompetansebehov	29
7.1.3. Styrket dialog med kompetanseaktører.....	32
7.2. Rekruttering og stabilisering.....	32
8. Vedlegg:.....	34
8.1. Befolkningsfremveksten i Midt-Troms og i hver enkelt av kommunene.....	34

1. Innledning

Prosjektet Midt-Troms i møte med Samhandlingsreformen eies av Midt-Troms regionråd og gjennomføres av LØKTA i samarbeid med Utviklingssenteret AS.

Prosjektet strekker seg over to år (februar 2010 – desember 2011) og har som hovedmål å *istandsette kommunene i Midt-Troms til å ta lokale og regionale beslutninger som øker kommunenes evne til å møte de utfordringer som danner bakteppet for Samhandlingsreformen, herunder avklare muligheter for interkommunalt samarbeid mellom Midt-Troms kommunene på områder som berøres av reformen.*

Det er nedsatt fire arbeidsgrupper i prosjektet:

- Arbeidsgruppe Forebygging
- Arbeidsgruppe Rekruttering, stabilisering og kompetanseoppbygging
- Arbeidsgruppe Intermediære senger/sykestue
- Arbeidsgruppe Lærings- og mestringstjenester

Dette dokumentet er en resultatrapportering fra arbeidsgruppe Rekruttering, stabilisering og kompetanseoppbygging.

Rapporten er bygd opp med 7 kapitler. Kapittel 1 er innledningen og i kapittel 2 har vi beskrevet nærmere mandat og prosess i arbeidet. I kapittel 3 er arbeidsgruppens anbefalinger oppsummert. I kapittel 4 er bakgrunnen for arbeidet beskrevet nærmere. Kapittel 5 er en mer utførlig beskrivelse av kompetansebehov innen for de enkelte sektorer. I kapittel 6 har vi tatt inn innspill fra de andre arbeidsgruppene Lærings- og mestringstjenester, Forebygging og Intermediærsenger, som gjelder kompetansebehovene og i kapittel 7 konkluderer vi.

Rapporten er godkjent av styringsgruppa 17. august 2011. Framlagt for oppdragsgiver Midt-Troms regionråd 29. august 2011.

2. Om arbeidsgruppe Rekruttering, stabilisering & kompetanseoppbygging

2.1. Mandat

Arbeidsgruppa har forholdt seg til mandatet som ble gitt fra prosjektgruppa. Dette var som følgende:

Gruppa skal lage et oversiktsbilde over regionale utfordringer knyttet til rekruttering, stabilisering og kompetanseoppbygging i Midt-Troms, sett i lys av Samhandlingsreformen.

Gruppa skal videre skissere åpenbare forbedringstiltak og skadeavvergende tiltak, som kan igangsettes eller initieres av regionrådet/kommunene i Midt-Troms, for å møte regionale utfordringer på dette området.

2.2. Deltagere

Deltagerne i arbeidsgruppa har vært:

May Wenche Undheim	prosjektleder/koordinator Studiesenteret Finnsnes
Sissel Tøllefsen	universitetslektor DSU, Forsvarets Studiesenter
Solveig Vildgren	personalsjef Berg kommune
Berit Paulsen	hjelpepleier/tillitsvalgt Fagforbundet Sørreisa
Karsten Kehlet	lege Senjalegen
Are Eriksen	rådgiver Senter for Psykisk Helse Midt-Troms
Helen Marie Henriksen	virksomhetsleder hjemmetjenesten Lenvik kommune
Anne Grundnes Steien	sjefsfysioterapeut Bardu kommune
Kari S Myrbakken	sosialpedagogisk rådgiver Bardufoss Høgtun VGS
Jostein Jenssen	helse- og sosialfaglig ansvarlig, Lenvik kommune
Hege Rudi Grande	leder NAV Torsken kommune

Leder for arbeidsgruppa har vært **Arnfinn Andersen**, seniorrådgiver Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Tromsø (UIT).

Sekretær for arbeidsgruppa har vært **Heidi Gløtta Kristiansen**, daglig leder LØKTA og prosjektansvarlig i prosjektet *Midt-Troms i møte med Samhandlingsreformen*.

2.3. Prosess

Arbeidsgruppa har hatt 4 møter i perioden oktober 2010 – mai 2011. Det er i tillegg jobbet mye via mailkorrespondanse ved ferdigstillelsen av rapporten.

Stikkord i prosessen har vært å lage et oversiktsbilde, hvor vi ser på de regionale utfordringene og hva vi kan gjøre av forbedringstiltak og skadeavvergende tiltak.

Vi så først på faktorer for rekruttering og stabilisering før vi kartla kompetansebehovene. De enkelte medlemmene i arbeidsgruppa gikk sammen innenfor fagområder, for å gi utfyllende beskrivelser. Vi kvalitetssikret også kartleggingsfunnene ved å drøfte de i flere fora som; Samarbeidsmøtet mellom Senter for psykisk helse Midt-Troms og kommunene (januar 2011), Interkommunalt fysioterapimøte i Midt-Troms (mai 2011), Barnevernsforum i Midt-Troms (mai 2011) og ressursgruppene i fagnettverkene i LØKTA (våren 2011).

Gruppa har også samarbeidet med de tre andre arbeidsgruppene i prosjektet i fht kompetansebehovene de ser.

Arbeidsgruppeleder og – sekretær deltok på styringsgruppemøtet den 24. juni hvor de andre arbeidsgruppene la frem sine rapporter.

Som grunnlag for dette arbeidet har arbeidsgruppa satt seg inn i følgende rapporter/ utredninger:

- Samhandlingsreformen, Stortingsmelding nr 47, 2008-2009, *Rett behandling – på rett sted – til rett tid.*
- IS - 1863 *Hva kan offentlig statistikk si oss om prioriteringer i pleie- og omsorgstjenesten?*
- NOU 2011:3; *Kompetansearbeidsplasser – drivkraft for vekst i hele landet*, Kommunal- og regionaldepartementet 9. mars 2011.
- NOU 2011:11; *Innovasjon i omsorg*, Helse- og omsorgsdepartementet 16. juni 2011
- *Veileder for kommunal kompetanseplanlegging i helse- og omsorgstjenestene*, Fylkesmannen i Troms juni 2010.
- *Fra krisetiltak til suksesshistorier*, Desentraliserte profesjonsutdanninger i Troms 1978-2008, Eivind Bråstad Jensen, Orkana - Stamsund 2008.

Vi har også hentet innspill fra:

- Statistikk fra Fylkesmannen i Troms, SSB og Helsedirektoratet.
- *"Kompetanse for velferd,"* Foredrag av statssekretær for forskning og høyerer utdanning Kyrre Lekve, 23. september 2010.
- Utdanningskonferansen "Morgendagens utøvere" i regi av UIT og Helse Nord i Tromsø april 2011.
- Nettverkskonferansen "Vekstkraft og attraktivitet i småbyer og tilhørende omland" på Finnsnes, mai 2011 i regi av 4 kommuner i de 4 nordligste fylkene.

3. Oppsummert anbefaling

Arbeidsgruppa anbefaler at kommunene i Midt-Troms fokuserer på følgende punkter i fremtiden når det gjelder rekruttering, stabilitet og kompetansebygging, innen helse-, sosial- og omsorgstjenestene.

3.1. Rekruttering og stabilisering

Bygge robuste kompetansemiljø og tjenestetilbud som er attraktive og kan skilte med god fagkompetanse – interkommunale tjenester hvor målgruppa blir stor nok for kvalitet.

Større stillingsbrøker innenfor pleie og omsorg vil gjøre stillingene mer attraktive.

Arbeidsplasser til medflyttere, tilgjengelige barnehageplasser og boliger, gode kommunale tjenestetilbud og sosiale møteplasser og sentra.

3.2. Kompetansebehov

Redusere andelen ufaglærte og utdanne flere fagarbeidere innen helse-, sosial- og omsorgsområdet.

Fagskoletilbud til faglærte innen helse-, sosial- og omsorgsområdet som fleksible studier.

Desentraliserte høyskole-/universitetsutdanninger som sykepleie, barnevern og vernepleie.

Utvikle nye emner innenfor forebygging, rehabilitering, psykiatri og rus og akutt medisin tilpasset våre behov.

Styrket innsats mht høyere grads studier (mastergrad og forskerutdanning)

Tilrettelegge for studier i kombinasjon med jobb.

Implementering av Veileder for kompetanseplanlegging i kommunale helse- og omsorgstjenester - prosjekt i regi av LØKTA

Styrke og formalisere dialogen mellom yrkesfelt og utdanningsinstitusjonene - Få på plass avtaler mellom UIT, Fylkeskommunen og Midt-Troms regionråd.

Opprettholde drift av etablerte fagforum og fagnettverk samt etablere flere innen feltene IKT, forebyggende helsearbeid, Barn og helse og asylsøkere/flyktninger.

Styrke og formalisere dialogen mellom nettverk som personal-, barnehageleder- og skolenettverket og de forskjellige helse- og sosialnettverkene ad folkehelsefokuset.

Lederkompetansen må styrkes og fremheves som vesentlig.

Tverrfaglig samarbeidskompetanse må styrkes og praktiseres.

3.3. Styringsgruppas kommentarer

Styringsgruppa ønsket denne anbefalingen tillagt:

Styrke og formalisere dialogen mellom arbeidsgiver og arbeidstakerorganisasjonene ad fokus på fag- og organisasjonsutvikling.

4. Bakgrunn

Arbeidsgruppa skulle se på hva som skal til for å kunne rekruttere nok fagfolk til tjenestene i Midt-Troms. Vi skulle også finne ut av hva som kan skape stabile tjenester og hva slags kompetansebygging som må tilbys. Dette for at vi skal klare å håndtere de oppgavene som beskrives i Samhandlingsreformen som kommunene skal ivareta.

4.1. Hva sier Samhandlingsreformen om kompetansebehov og rekruttering/stabilisering av fagpersonell?

4.1.1. Kompetanse

- Samhandlingsreformen vil stille nye krav til kompetanse som krever endringer i utdanningene som igjen krever ny forskning, spesielt i kommunehelsetjenesten.
- Fram mot 2030: behov for ca 130-140 000 nye årsverk, tilgang på ca 100 000 (mest underdekning på helsefagarbeidere i pleie og omsorg).
- Utdanningene må dimensjoneres riktig.
- Samarbeidet mellom utdanningsinstitusjonene og arbeidslivet må styrkes – spesielt i fht kommunehelsetjenesten.

4.1.2. Rekruttering og stabilitet

Hvordan påvirke hvor folk vil bosette seg, hvilket fagområde de vil spesialisere seg i og hvilken arbeidsplass de velger? Fordeling av helsepersonell? Hvordan skape stabile tjenestetilbud?

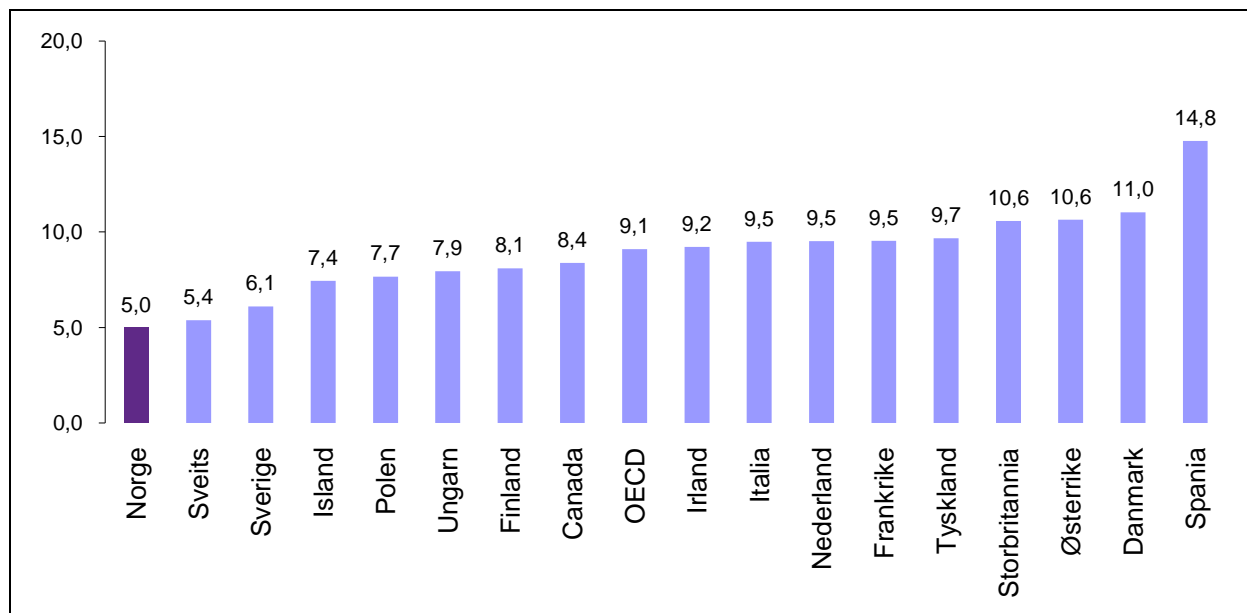
- Geografiske forskjeller. Frem til nå har det vært mer populært å bo sør i landet enn nord. Fraflyttingen tenderer også fra distriktene til sentrale strøk. Dette bør endres.
- Fagområder som akuttmedisin og onkologi har i lenger tid hatt en høyere status enn geriatri, psykiatri og rehabilitering. Endring er påkrevd.
- Tjenestenivå; tendens med at flere ønsker å jobbe i spesialisthelsetjenesten fremfor i kommunehelsetjenesten, må snus.
- Sektorøytrale økonomiske insitamenter (eks nedskrivning av studielån, skattelette), lokale initiativ, mulighet for desentralisert utdanning og fortrinnsregler ved opptak, status og prestisje (styrket fagutvikling og forskning), lønn som virkemiddel.
- Fokus på arbeidsplassen som læringsarena viktig for både ferdigutdannede og for personer under utdanning.
- Endringer i oppgavefordelingen, nye og utvidede roller for helsepersonellet.
- Andre arbeidsmåter for helsepersonellet.
- Behov for mer arbeid i tverrfaglig team.
- Styrke og tydeliggjøre brukermedvirkningen.
- Samarbeid med familie, frivillige og lokalmiljø.
- Fokus på jobbtilfredshet (arbeidsmiljø osv).

4.2. Arbeidet med ny reform for utdanning til velferdsyrkene

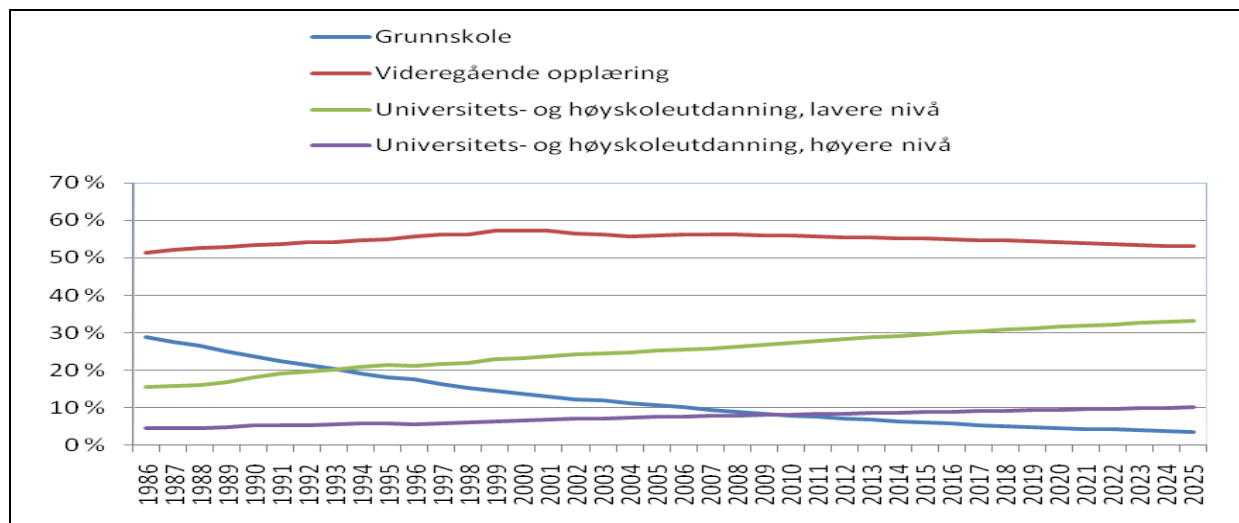
Arbeidet med en stortingsmelding om utdanning til velferdsyrkene som en oppfølging av SHR. I det følgende (kap 4.2.1.-4.2.6.) har vi hentet innspill fra Statssekretær for forskning og høyere utdanning Kyrre Lekve fra dette arbeidet med stortingsmelding.

4.2.1. Mindre behov for ufaglærte i norsk arbeidsliv og økt behov for faglærte og høyt utdannede

Norge har det arbeidsmarkedet som har minst behov for lavt kvalifisert arbeidskraft blant OECD-land. Norge har den minste andelen av jobber som ikke krever kompetanse utover grunnskolen. I praksis vil man måtte ha gjennomført videregående skole for å ha en stabil tilknytning til arbeidsmarkedet i framtiden.



Figur 1. Yrker som består enkle og rutinepregede oppgaver og som ikke stiller krav til utdanning (ISCO9) i utvalgte land. Prosent av arbeidsstyrken i 2006.



Figur 2. Sysselsetting etter utdanningslengde, 1986--2025, andel av total sysselsetting

4.2.2. Helseutfordringene

- "Uendelig" behov for hender
- Breddekompetanse og samtidig mer spesialisering
- Ny teknologi – kvalitet, effektivitet
- Nye behandlingsformer, endrede oppgaver
- Førstelinje, møte med mennesker
- Forebygging, langsiktig arbeid

4.2.3. Sosialutfordringene

- Én dør-filosofien
- Endret landskap: Private aktører
- Kompetanseutfordringer:
- Breddekompetanse – fra regelverk til kommunikasjonsevner
- Samhandlingskompetanse
- Tverrfaglighet
- Kunnskap om andre sektorer: Skole, helsevesen, barnevern

4.2.4. Barnevernutfordringene

- Flere brukere fra flere nasjonaliteter
- Tyngre saker
- Kompetanseutfordringer:
- Svak forskningstradisjon
- Systematikk og kvalitetskontroll
- Økt brukermedvirkning
- Forebygging og samarbeid: barnehage, skole, helse

4.2.5. Ambisjonene

Velferdstjenester som kjennetegnes av:

- mer menneskelig kontakt
- økt oppmerksomhet på forebygging
- *kunnskapsbasert yrkesutøvelse*
- *vitenskapelig tenkning og effektiv teknologi*
- godt samspill mellom sektorene
- *kunnskapsflyt mellom utdanning og yrkesfelt*
- attraktive yrker med gode utviklingsmuligheter

4.2.6. Utdanningenes bidrag

Alle utfordringer i velferdstjenestene løses ikke i utdanningssystemet

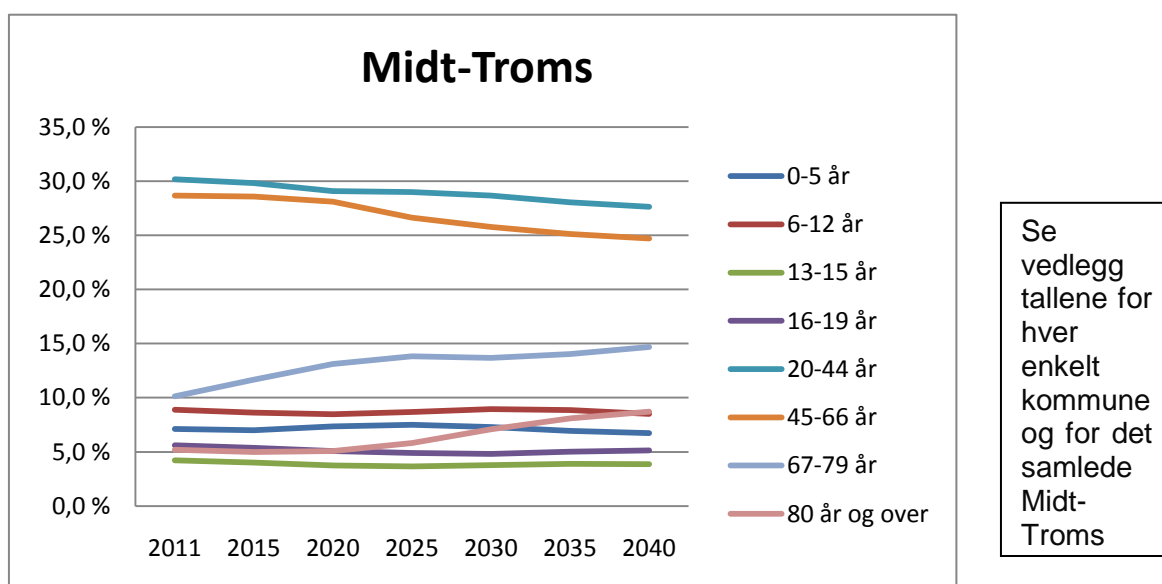
Derfor også nødvendig å se på ulike strukturer og ansvarsdeling på systemnivå, ikke bare innhold i og organisering av utdanningene

Utdanningene skal også møte framtidens behov som i dag ikke er kjent

Derfor behov for dynamiske utdanninger og evne til å ta i bruk ny kunnskap både i utdanning og yrkesliv

4.3. Endringer i befolknings sammensetningen

Som grunnlag for analysering av hva slags behov vi har for helsetjenester i framtiden er det viktig å vite hvordan befolkningsframveksten i Midt-Troms kommer til å bli.



Figur 3. Befolkningsframveksten i Midt-Troms 2011-2040.

En svak reduksjon i de yngste aldersgruppene 0-5 år og 6-12 år i perioden 2025-2040. Ungdomsgruppene ligger på det jevne. De yrkesaktive aldersgruppene 20-44 år og 45 -66 år ser vi reduseres fra 2020-2040, mens gruppene eldre 67-79 år og 80 år og eldre blir større i samme perioden for det samlede Midt-Troms.

4.4. Kompetanse i befolkningen

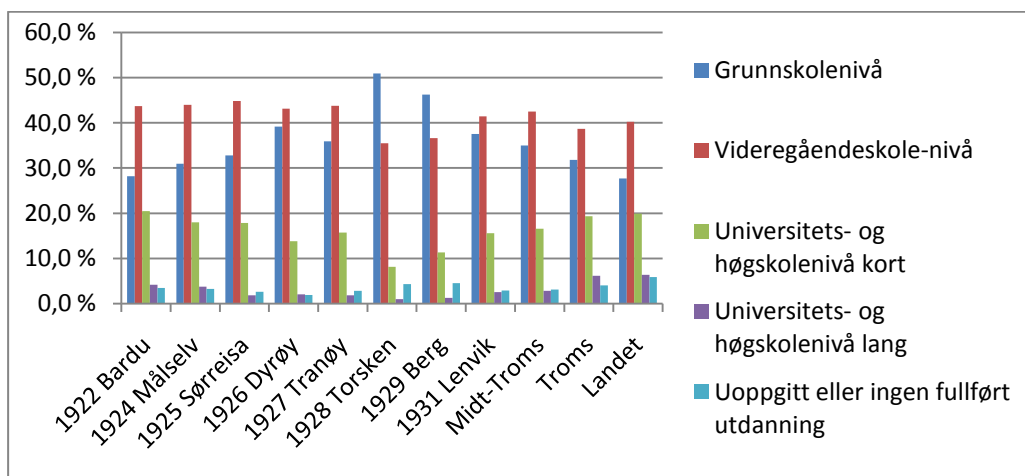
Vi ønsker også å ha en oversikt over kompetansenivået i Midt-Troms.

4.4.1. Andel av befolkninga med høyere utdanning totalt

Som tabellene og diagrammet for 2010 viser ligger Midt-Troms samlet under både Troms-gjennomsnittet og landsgjennomsnittet når det gjelder høyere utdanning, og over på andelen av befolkningen som har videregående skole eller bare grunnskoleutdanning.

	Bardu	Målselv	Sørreisa	Dyrøy	Tranøy	Torsken	Berg	Lenvik	Midt-Troms	Troms	Landet
Grunnskolenivå	28,2 %	30,9 %	32,8 %	39,1 %	35,9 %	51,0 %	46,2 %	37,6 %	35,0 %	31,8 %	27,7 %
Videregående-Skolenivå	43,7 %	44,0 %	44,8 %	43,1 %	43,8 %	35,5 %	36,6 %	41,4 %	42,5 %	38,6 %	40,2 %
Universitets- og høgskolenivå kort	20,5 %	18,0 %	17,9 %	13,8 %	15,7 %	8,2 %	11,3 %	15,6 %	16,6 %	19,4 %	19,9 %
Universitets- og høgskolenivå lang	4,2 %	3,8 %	1,9 %	2,1 %	1,8 %	1,0 %	1,3 %	2,5 %	2,8 %	6,2 %	6,3 %
Uoppgitt eller ingen fullført utdanning	3,5 %	3,3 %	2,6 %	1,9 %	2,8 %	4,3 %	4,6 %	2,9 %	3,1 %	4,0 %	5,9 %

Figur 4. Andel av befolkninga med høyere utdanning totalt

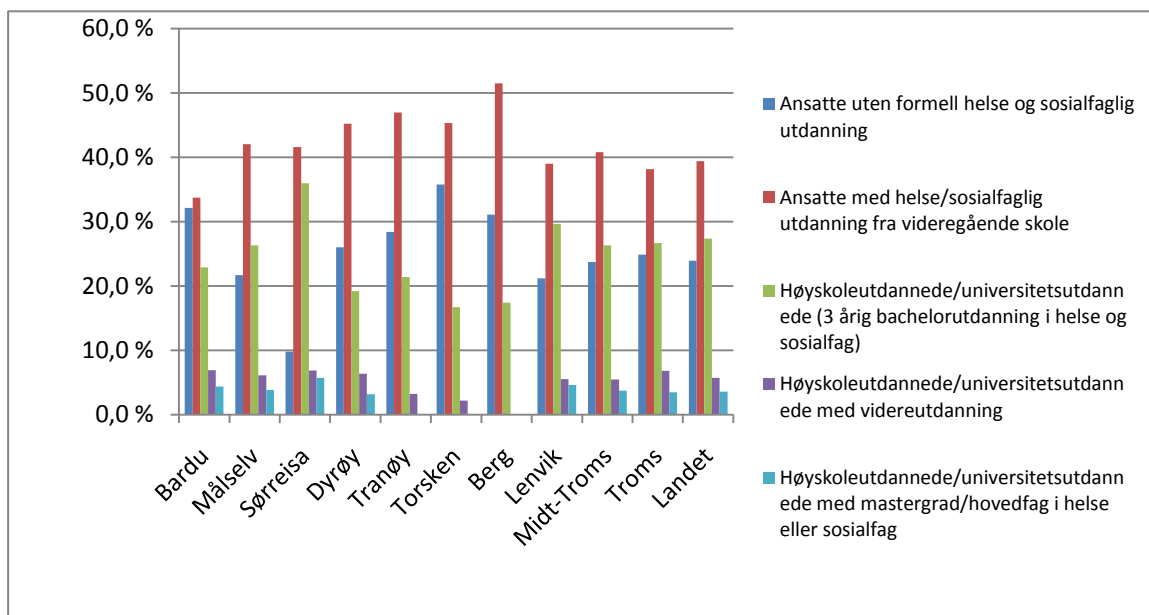


Figur 5. Andel av befolkninga med høyere utdanning totalt

4.4.2. Andel av befolkninga med høyere utdanning innen helse-, sosial- og omsorgssektoren

Prosentvis antall årsverk i kommunehelsetjenesten og pleie og omsorg, gruppert på utdanningslengde. 2010											
	Bardu	Målselv	Sørreisa	Dyrøy	Tranøy	Torsken	Berg	Lenvik	Midt-Troms	Troms	Landet
Ansatte uten formell helse og sosialfaglig utdanning	32,1 %	21,7 %	9,8 %	26,0 %	28,4 %	35,8 %	31,1 %	21,2 %	23,7 %	24,9 %	23,9 %
Ansatte med helse/sosialfaglig utdanning fra videregående skole	33,7 %	42,0 %	41,6 %	45,2 %	46,9 %	45,3 %	51,5 %	39,0 %	40,8 %	38,1 %	39,4 %
Høyskoleutdannede/ universitetsutdannede (3 årig bachelorutdanning i helse og sosialfag)	22,9 %	26,3 %	36,0 %	19,2 %	21,4 %	16,7 %	17,4 %	29,6 %	26,3 %	26,7 %	27,4 %
Høyskoleutdannede/ universitetsutdannede med videreutdanning	6,9 %	6,1 %	6,9 %	6,4 %	3,3 %	2,2 %	0,0 %	5,5 %	5,5 %	6,8 %	5,7 %
Høyskoleutdannede/ universitetsutdannede med mastergrad/hovedfag i helse eller sosialfag	4,4 %	3,9 %	5,7 %	3,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	4,6 %	3,7 %	3,5 %	3,6 %

Figur 6. Andel av befolkninga med høyere utdanning helse-, sosial- og omsorgssektoren



Figur 7. Andel av befolkninga med høyere utdanning helse-, sosial- og omsorgssektoren

4.4.3. Tiltak for å rekruttere

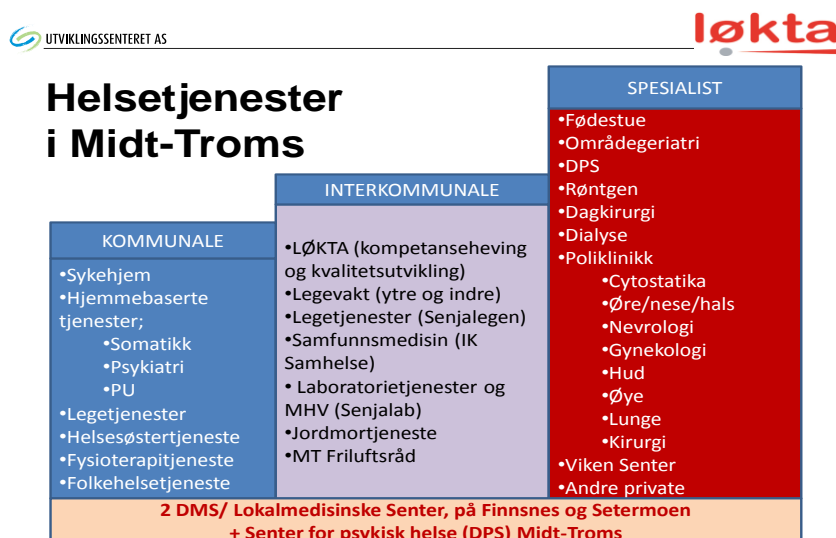
Statistikken viser at fagfolk er mest mobile i 30 års-alderen. Det er da man skal forsøke å rekruttere. Da er det av betydning at det er nærhet til høgskole-/universitetsutdanning. Midt-Troms har god erfaring med rekruttering av studenter som tar sin utdanning ved tilrettelegte regionale studier. Desentralisert sykepleieutdanning er et eksempel. Fokuset på tilrettelegging av praksisplasser i regionen, vil også være et rekrutterende tiltak. Kompetansearbeidsplasser på stedet og jobb til medflytter er av stor betydning. Vesentlig er også tilgjengelige barnehageplasser og bolig. Kommunale tjenestetilbud og sosiale møteplasser og sentra har også betydning.

4.4.4. Behovsstyrt utdanning

Å styre hva unge mennesker skal bli og hvilken retning ansatte skal videreutdanne seg, har frem til nå ikke vært et fokus. Enkelte kommuner har via sin lønnspolitiske plan forsøkt å påvirke inn mot behovene. I fremtiden må vi behovsstyre mer valgene og ikke bare la de fortsette å være interessestyrt.

4.5. Hva vi har av tjenester og kompetanse

I en beskrivelse av kompetansebehovet innenfor helse- og sosialområdet i Midt-Troms er det viktig å få med at Midt-Troms regionen har et helsetilbud som består av både kommunale, interkommunale og desentraliserte spesialisthelsetjenester.



Figur 8. Helsetjenester i Midt-Troms

Dekningen av fagfolk innenfor hvert enkelt nivå har vært variabelt. Vi vet at kommunehelsetjenesten i mange av de minste kommunene har vært preget av høy turnover

og mange av de ansatte uten formell utdanning innen helse- og omsorgsyrkene. Nedenfor ser vi på antall årsverk innenfor helse-, sosial- og omsorgstjenestene.

Prosentvis antall årsverk i kommunehelsetjenesten og pleie og omsorg, ulike utdanningsgrupper. 2010												
	Bardu	Målselv	Sørreisa	Dyrøy	Tranøy	Torsken	Berg	Lenvik	Midt-Troms	Troms	Landet	
Ansatte uten formell helse og sosialfaglig utdanning												
Pleiemedhj/ass, hjemmehj/prakt bist eller annen brukerrettet tj	32,1 %	21,7 %	9,8 %	26,0 %	27,1 %	35,8 %	31,1 %	20,9 %	23,5 %	24,6 %	23,5 %	
Uten fagutdanning kommunehelsetj	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,3 %	0,0 %	0,0 %	0,4 %	0,2 %	0,2 %	0,4 %	
Ansatte med helse/sosialfaglig utdanning fra videregående skole												
Aktivitør	0,0 %	0,2 %	1,9 %	1,6 %	0,0 %	3,1 %	0,0 %	0,6 %	0,7 %	0,7 %	1,1 %	
Omsorgsarbeider	7,7 %	9,7 %	9,3 %	9,0 %	14,3 %	11,7 %	20,7 %	7,8 %	9,4 %	6,0 %	7,0 %	
Barne- og ungdomsarbeider	0,0 %	0,7 %	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,3 %	0,4 %	0,6 %	
Helsefagarbeider	0,0 %	0,5 %	0,0 %	3,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,4 %	0,7 %	0,7 %	
Hjelpepleier	23,8 %	29,8 %	26,4 %	29,9 %	29,1 %	30,6 %	20,5 %	28,0 %	27,7 %	27,3 %	26,8 %	
Annet pleiepersonell m/helseutd PLO	2,1 %	1,1 %	4,0 %	1,5 %	3,3 %	0,0 %	10,3 %	2,0 %	2,3 %	3,0 %	2,9 %	
Annen fagutdanning kommunehelsetj	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,4 %	
Høyskoleutdannede/universitetsutdannede (3 årig bachelorutdanning i helse og sosialfag)												
Fysioterapeuter	2,2 %	2,2 %	3,7 %	0,3 %	0,0 %	2,6 %	2,6 %	3,2 %	2,5 %	2,8 %	3,1 %	
Ergoterapeuter	1,6 %	1,0 %	0,7 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,0 %	0,9 %	1,6 %	1,1 %	
Andre sykepleiere	15,6 %	18,8 %	30,3 %	15,7 %	19,7 %	13,0 %	12,4 %	18,6 %	18,4 %	14,6 %	15,3 %	
Vernepleier	3,2 %	2,7 %	1,3 %	3,2 %	0,0 %	1,1 %	0,0 %	3,6 %	2,7 %	4,9 %	4,4 %	
Sosionom	0,0 %	0,4 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,5 %	0,3 %	0,6 %	0,8 %	
Barnevernpedagog	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,1 %	0,6 %	0,5 %	
Miljøterapeut og pedagog	0,3 %	1,2 %	0,0 %	0,0 %	1,6 %	0,0 %	2,5 %	2,7 %	1,5 %	1,6 %	2,1 %	
Høyskoleutdannede/universitetsutdannede med videreutdanning												
Psykiatriske sykepleiere	1,3 %	1,0 %	1,4 %	3,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,7 %	1,3 %	1,8 %	1,4 %	
Jordmødre	0,8 %	0,5 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,1 %	0,2 %	
Helsesøstre	2,3 %	1,6 %	2,9 %	1,6 %	1,6 %	0,0 %	0,0 %	2,1 %	1,8 %	1,8 %	1,5 %	
Geriatrisk sykepleier	0,8 %	0,5 %	1,4 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,8 %	0,6 %	1,5 %	1,0 %	
Sykepleiere med annen spes./vd. Utd	1,8 %	2,5 %	1,1 %	1,6 %	1,6 %	2,2 %	0,0 %	1,0 %	1,5 %	1,6 %	1,6 %	
Høyskoleutdannede/universitetsutdannede med mastergrad/hovedfag i helse eller sosialfag												
Leger	4,4 %	3,9 %	5,7 %	3,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	4,6 %	3,7 %	3,5 %	3,6 %	

Figur 9. Prosentvis antall årsverk i kommunehelsetjenesten og pleie- og omsorg.

- Tabellen viser at det er et stort antall ansatte i helse-, sosial- og omsorg uten formell utdanning.
- De minste kommunene mangler sykepleiere med videreutdanninger og innenfor enkelte områder også ansatte med aktuell høyskolegrunnutdanning, som ergoterapeut. Vi vet også at helsesøster har vært en slik manko.

5. Resultat av arbeidsgruppas arbeid

5.1. Rekruttering og stabilitet

Tiltak vi må sette søkelyset på i fht rekruttering og stabilisering av fagfolk innen alle grupper innen helse- og omsorgstjenesten, sosial- og barneverntjenesten i Midt-Troms:

- Kompetansekartlegging
- Bevisstgjøring om kompetansebehov
- Sammenheng mellom kompetansesteg/kompetanseoppbygging/sømløshet
- Stimulerende fagmiljø/karrieremuligheter/mastergrad/forskning
- Tidlig påvirkning ungdom i valg av yrke/"markedsføring"
- Lærlingplasser og praksisplasser studenter
- God veiledning
- Personalpolitikk; hele stillinger og deltidsstillinger
- Frafallsproblematikk

Utfordringer generelt:

- Fortsatt for stor andel ufaglært personell.
- Det utdannes for få helsefagarbeidere.
- Økt innsats på forebyggende helsearbeid vil skape rekrutteringsutfordringer for flere yrkesgrupper.
- Tilrettelegge flere studietilbud regionalt jfr suksess med desentralisert sykepleieutdanning. Kommunene trenger et tilstrekkelig antall helsearbeidere (leger, fysioterapeuter, sykepleiere, helsefagarbeidere), med den kompetansen som skal til for å ivareta de pasientene som kommer. (bl.a. diabetes, kols, kreft, demens) Kanskje bør disse utdanningene tilbys desentralisert i enda større grad enn nå.
- Samhandling med frivillige: Samhandling ikke bare med frivillige, også andre virksomheter i hver enkelt kommune. Bør være en oversikt over frivillige i hver kommune, slik at helsepersonell kan finne aktuelle samarbeidspartnere og kontaktpersoner. Noe finnes allerede på kommunens hjemmesider. Se på de frivillige som en viktig ressurs i fht tiltak.
- Midt-Troms med mange små kommuner gir utfordringer med hensyn til å skape tilstrekkelige robuste fagmiljøer som sikrer nyrekruttering og skaper grobunn for fagutvikling.
- Det er stort behov for nytenkning innenfor hele sektoren (å finne nye måter å møte utfordringer på). Det er derfor behov for forskningskompetanse med forankring i regionen.

5.2. Kompetansebygging

Arbeidsgruppa har kartlagt kompetansebehov innen områdene

- Forebyggende helse
- Pleie- og omsorg
- Rus og psykisk helse
- Habilitering og rehabilitering
- Desentralisert spesialisthelsetjeneste
- Akutt medisin
- Barnevern
- Velferdsteknologi og IKT

5.2.1. Forebyggende helse

5.2.1.1. utfordringer

- Kompetanse på hvordan man skal implementere tankegangen om forebyggende arbeid inn i alt vi gjør. Holdningsendringer.
- Kompetanse innen kartlegging, analyse og planlegging/ handlingsplanskriving.
- Psykisk helse; forebygge spiseforstyrrelser og andre psykiske lidelser .
- Voksne/eldre som målgruppe; forebygging av sykdom og skader i hjemmet, men også i samfunnet generelt. Kompetanse om hvordan man kan møte den eldre pasienten som en kompetent person som kan delta mer aktivt i forhold til egen helse/sykdom?
- Føde-/barsel; uønskede svangerskap, sunne svangerskap, trygghet i barselsperioden, legemiddelassistert rehabilitering i svanger- og barselstiden (LAM). Premature og forebygging i fht komplikasjoner.
- Kulturkompetanse; vite noe om hva som er av lover/regler/normer i andre kulturer for aktivitet/friluftsliv/forebyggende tiltak.

5.2.1.2. Mål og tiltak

Politisk og administrativt forankring av forebyggingstanken inn i alle planer og alt hva vi skal gjøre og utvikle i fremtiden -) Holdningsskapende arbeid. Arbeidsgrupperapporten blir et verktøy som kan brukes i kommunene under planarbeid.

Utnytte fagnettverkene i LØKTA til å fokusere på den forebyggende biten. Dette gjelder bl.a. i fht geriatrien, for de utviklingshemmede og innenfor psykisk helse,

Eget kompetanseprogram i ulykke- og skadeforebygging, "Trygg i Troms," som settes i gang fra høsten 2011 i regi av Troms fylkeskommune med Noresafety som prosjektledelse i samarbeid med LØKTA.

5.2.2. Pleie og omsorg

5.2.2.1. utfordringer

- Behov for å utvikle nye måter å møte utfordringene på. Fagutvikling og forskning innen kommunal pleie- og omsorg.
- Lederkompetanse innen feltene økonomi, KOSTRA-styring, forvaltningsloven og faglover. HA, HTA, prioriteringer, saksbehandling og dokumentasjon.
- Sykehjemsmedisin, som tidlig utskrevne; hvordan ivareta disse med de medisinske behov de vil ha.
- Demensomsorg.
- Velferdsteknologi.
- Kompetanse om kost, ernæring blant syke eldre og kronikere. Som miljøtiltak og forebyggende.
- PU (unge brukere) somatikk og aldring.
- Tannhelse; egne tenner hos brukerne fremfor proteser, nye utfordringer.
- Langvarig somatisk sykdom (palliativ, kreft, KOLS/lungesykdom, ernæring, diabetes, dialyse, respiratorbehandling, fedme).

5.2.2.2. Mål og tiltak

Satsing på forskning i PLO vil være et vesentlig område å satse for Midt-Troms i fremtiden.

Lederkompetanse må prioriteres.

Kronikerbehandling, demens, tannhelse og ernæring blir viktige områder innen geriatrien samt på området psykisk utviklingshemmede.

Sykehjemsmedisin må det settes fokus på.

5.2.3. Rus og psykisk helse

5.2.3.1. utfordringer

- Kompetanse om forebyggende arbeid blant barn og unge
- Hvordan gjøre gode forebyggende tiltak blant barn og unge.
- Kompetanse om psykisk sykdom hos barn og unge.
- Tverrfaglig kompetanse og kompetanse om nettverksarbeid. Bl.a. omsorgskompetanse / den totale ivaretagelse: Generell forståelse for flerfaglighet og mulighetsrommet for hva vi kan gjøre sammen.
- Tidlig intervensjon.
- Rus og psykiatri.

- Rus, psykiatri og psykisk utviklingshemming
- Rus og adferdsproblematikk
- Rus og personlighetsforstyrrelser.
- Tilrettelegging i fht bolig-sosialkompetanse. Sosionom kompetansen savnes.
- Kompetansebehov i fht tilrettelegging i fht arbeid og aktivitet
- Somatikkfokus.
- Rehabilitering og ettervern.
- Legemiddelassistert rehabilitering (LAR).
- Akutt psykiatri.
- Bruk av tvang- er dette mangel på kompetanse?
- Psykiatrisk rehabilitering: rehabilitering og potensial og tidsperspektiv! Når kan man drive rehabilitering kontra behandling? Ved hvilke psykiatriske sykdommer kan man drive rehabilitering? Rusrehabilitering.
- Traumatiserte pasienter -) flyktninger/asylsøkere
- I fht lettere psykiske lidelser er det viktig med sekundær forebyggende tiltak/rehab gj stimulering til fysisk aktivitet -) mer kunnskap om dette.

5.2.3.2.Mål og tiltak

Innen feltet rus og psykisk helse er det mye som taler for at fokuset må settes på forebyggende arbeid.

Rus, psykisk helse, psykisk utviklingshemming og adferdsproblematikk er felter med stort behov for kompetansepåfyll.

Psykiatrisk rehabilitering og behandling og når hva og hvordan er et satsingsområde som må prioriteres.

5.2.4. Habilitering og rehabilitering

5.2.4.1.Utfordringer

- Geriatrisk rehabilitering: potensialvurdering, hjerte-karrehabilitering, rehabilitering og demens, rehabilitering under aldring, amputasjon.
- Kreftrehabilitering: Hvordan rehabiliterer ut i fra utgangspunkt etter gjennomgått kreftsykdom og- rehabilitering, potensial, kunnskap om senskader av kreftbehandlingen
- PU: hvordan rehabiliterer ved nyervervede skader eller sykdommer, hvordan habiliterer for å vedlikeholde og erverve nye funksjoner ut i fra den psykisk utviklingshemmedes sykdom/skade.

- Nevrologisk rehabilitering: kunnskap om rehabilitering og muligheter for rehabilitering, altså potensial når det gjelder MS, ME, slag, ALS, tverrsnittskader, muskeldystrofier, hodeskader m.m.
- Unge rehabiliteringspasienter: tilbakeføring til arbeid og samarbeid med NAV i fht tilrettelegging av arbeidsplasser, ulike virkemidler for å oppnå dette, bolig, aktivitet/utdanning/arbeid, rehabiliteringstilbud.
- Rehabilitering for kronikergruppene, eksempel revmatikere.
- Barn og rehabilitering: Mangel på tverrfaglig kompetanse i fht barn. Eks. medfødte sjeldne syndromer
- Likemannsaktivitet: som et ledd i rehabiliteringskjeden, viktig å drive rehabilitering i samvær med likesinnede.

5.2.4.2.Mål og tiltak

Kompetanse innen de fleste feltene når det gjelder rehabilitering og habilitering er nødvendig.

Det er behov for utdanninger på fagskolenivå og på høyere nivå innen medisinsk rehabilitering/habilitering.

Det etterspørres fagnettverk for området rehabilitering av barn.

5.2.5. Desentraliserte spesialisthelsetjenester

Det er allerede etablert flere desentraliserte spesialisthelsetjenestetilbud i Midt-Troms. Utviklingen av slike tjenester ventes å bli forsterket. Dette gjelder både utredning, behandling og rehabilitering.

5.2.5.1.Utfordringer

- Øyeblikkelig-hjelp senger og kompetanse i fht disse.
- Langvarige lidelser som hjerte-lungelidelser.
- Kreftomsorg.
- Palliativ behandling.
- Ortopedisk opptrening.
- Infeksjonssykdommer og hygiene.
- Alternativ behandling.
- Røntgenkompetanse.
- Diabetesbehandling og -omsorg.
- Dialysebehandling og -omsorg.

Når det gjelder rus og psykiatri og rehabilitering, viser vi til egne punkter.

5.2.5.2.Mål og tiltak

Kompetansebehovene ved desentralisert spesialisthelsetjeneste er et ansvar som ligger på det aktuelle Regionale helseforetaket, men i disse samhandlingstider er det viktig at vi ser på hva vi kan lære i lag, primær- og spesialisthelsetjenesten.

Behovet for videreutdanninger innen de forskjellige feltene som geriatri, hjerte- og lunge, palliativ- og kreftomsorg blir viktig å kunne imøtekomme i fremtiden.

5.2.6. Akutt medisin

Midt-Troms er en region med lang avstand til nærmeste sykehus. Nærmeste sykehus (UNN) som er et fullt subspecialisert sykehus. Imidlertid gjør avstand transportmuligheter og værforhold at det er nødvendig å behandle en rekke pasienter for akutte tilstander som i områder med kortere avstand til nærmeste sykehus var blitt direkte lagt inn på sykehus, så kompetanse innen akuttmedisin er viktig.

Det er etablert 2 interkommunale legevakter som vil være sentrale for den videre utvikling av tjenestetilbud og kompetanse.

5.2.6.1.Utfordringer

- Utvikle legevakt innenfor nye rammevilkår jfr SHR.
- Sikre tilstrekkelig kompetansemiljø og utvikle forskning innefor akutt medisin i distrikt.
- Røntgenkompetanse.
- Akuttgeriatri.
- Krisehåndtering.

5.2.6.2.Mål og tiltak

Sikre mulighet for etterutdanning innen akuttmedisin for alle involverte faggrupper. Herunder sykepleiere, ambulanspersonell og leger.

Vurdere lokale akuttmedisinske team i områder hvor dette er hensiktsmessig, for eksempel som videreutvikling av prosjektet "Før ambulansen kommer".

Interkommunale kriseteam med tilstrekkelig bemanning og kompetanse.

5.2.7. Barnevern

Også i Midt-Troms ser samme tendensen som nasjonalt med flere brukere fra flere nasjonaliteter og tyngre saker. Det er også på dette området etablert interkommunalt samarbeid.

5.2.7.1.Utfordringer

- Svak forskningstradisjon.
- Behov for systematikk og kvalitetskontroll.
- Økt brukermedvirkning.
- Forebygging og samarbeid; foreldre, barnehage, skole, helse.
- Samarbeid mellom barnevern og helsetjeneste.
- Per i dag er det lege og barnevern som kan henvise til BUP. Er dette en praksis som fungerer godt nok, eller bør dette samarbeidet evalueres.
- I forhold til barn i risikogruppen, må det fokuseres på barn av psykisk syke og/eller rusmisbrukende foreldre. Hvordan hindre rekruttering/sosial arv?
- Innføring av Kvello-metoden i undersøkelsessaker.

5.2.7.2.Mål og tiltak

Også i barneverntjenestene er det behov for kompetansepåfyll i fht forebygging og kulturkompetanse.

Skolehelsetjenesten bør styrkes, rolle- og ansvar avklares og at et samarbeid om forebyggende arbeid blant barn og unge med psykiske lidelser bør settes fokus på i kjølvannet av samhandlingsreformen.

Fokuset på kompetanseøkning i fht psykisk syke barn og unge og i fht barn av psykisk syke og av kronikere blir viktig å følge opp.

Økt forskningsinnsats.

Tverrfaglig- og tverretatlig samarbeid.

5.2.8.Velferdsteknologi og IKT

Regjeringen satte for 2 år siden ned *Utvalg for innovasjon og omsorg*, som skulle gi anbefalinger for å finne nye løsninger på framtidens omsorgsutfordringer. Utvalgets tilrådninger fremkommer i den nye NOU nr. 11- 2011, *Innovasjon i omsorg*. Det er et viktig moment i tilrådingene at fokus for bruken av velferdsteknologi flyttes fra spesialistbruk og ut til brukeren i brukenes nærmiljø. Det vil altså være snakk om brukernær anvendelse. Dette vil ha stor betydning for utvikling av tjenester ikke minst i distriktskommuner med store avstander.

5.2.8.1.Utfordringer

- Kompetanse i brytinga mellom teknologi og fag.
- Ansvarliggjøring av helsepersonell i forhold til dokumentasjonsplikt og det felles ansvar det er å holde systemene oppdatert i forhold til opplysninger.
- Dokumentasjon og meldingssystem/kommunikasjon mellom nivåer og tjenester:

- Kontinuerlig opplæring, oppdatering, oppgradering.
- Ta aktivt del i utformingen av aktiv velferdsteknologi.

5.2.8.2.Mål og tiltak

Det burde etableres et samarbeid mellom flere kommuner, slik at man kan dele på kompetansen, og man vil ikke være så sårbar, og avhengig av den ene personen.

Det er ønskelig å etablere et fagnettverk for systemansvarlige/superbrukere i Midt-Troms i regi av LØKTA som også arrangerer kurs for opplæring og oppdatering i bruk av både dokumentasjonsprogram og turnusprogram samt meldingssystemet. Benytte FUNNKe som en aktør i implementeringen av meldingssystemet. Samhandling i fht å få på plass alle systemene med Funnke-prosjektet.

Mulighet for å etablere en regional supportordning, som man kan henvende seg til ved feil.

Stimulere til og delta i utvikling og forskning innen velferdsteknologien.

5.2.9.Generelt for alle temaområdene som er nevnt under kap.5

- Forskning og fagutvikling. Utviklingen krever at man forsker på fagfeltet slik at man kan finne gode måter å organisere og drive velferdstjenester på. Dette er like viktig i distriktene som i de sentrale strøk og like viktig i kommunehelsetjenesten som i spesialisthelsetjenesten.
- Kompetanse på prosjektsøking. I dagens samfunn er det mange muligheter for fagutvikling via prosjekter. Det å søke midler til prosjekter er et eget felt som krever i erfaring og kompetanse.
- Kulturkompetanse: særskilte utfordringer knyttet til innvanderbakgrunn (se på hvordan tjenester legges til rette, tilgjengelighet, kommunikasjon, medvirkning osv.) Bruk av likemannsarbeid.
- Etikk: Ansvarsbevissthet hos helsepersonell, blir dette større etter samhandlingsreformen. Behov for fokus på lovverk og forskrifter. Definisjon og ansvar. Interne opplegg som setter fokus på dette. Alltid behov for påfyll. Men har deltatt i etikkprosjekt og jobbet noe med dette. Essensielt etikkspm er når nok er nok i rehabiliteringsforløpet! Når skal man sette en stopper for rehab, og når har man ikke lov å stoppe rehabiliteringsprosessen? Hvem skal bestemme om behandling skal gjennomføres? Pas selv? Pårørende? Avd på sykehjemmet? Hva slags beh er indisert? Viktig å tidsbegrense rehabperioden eller ta pauser og evaluere etterpå.
- Individuell plan: hvordan, hvem og hva? Hvordan få dette til å bli et godt verktøy? IP kan brukes med ulike formål; bare bruke deler av planen som er formålstjenelig/funksjonelt for brukeren. Se på IP som et kommunikasjonsverktøy. Et godt verktøy, men krevende. Utfordring å få koordinatorene til planen pga tidkrevende

skrivearbeid. Mangler takst for de privatprakt fys og legene også, for å kunne være koordinator.

- Sekundær- og tertiær forbygging: Hvor gå skillene? Sekundær for de som allerede har fått en sykdom og skade for eksempel diabetes eller caludicatio intermittens eller angina. Mens tertiær er når man har hatt et slag eller hjerteinfarkt??

Hva er egentlig tertiær forebygging? De som i dag er "evighetspasienter" – når er en rehabilitering slutført? Det er en utfordring for fysioterapeutene pr i dag å avslutte!!!Tertiærforebygging kan være å opprettholde en del funksjoner -) kunne følges opp av andre enn fysioterapeuten -) LHL, treningssentre, gruppetrening (tjenester som brukeren må betale litt for). Personer med idrettsfaglig bakgrunn inn i drettslag/grupper med mulighet for veiledet trening til tertiærforebygging.

6. De tre andre arbeidsgruppene meldte kompetansebehov

Dette er innspill fra de tre andre arbeidsgruppene i prosjektet; Lærings- og mestringstjenester, Forebygging og Intermediærseger.

6.1. Innspill fra gruppa Lærings- og mestringstjenester

Et kommunalt LMS eller en samling av lærings- og mestringsaktiviteter i kommunal regi, vil kreve kompetanse og ferdigheter innefor flere ulike felt.

Hva vil et kommunalt LMS-tilbud kreve? Og hvem kan gjøre jobben?

- Kompetanse i helsepedagogikk og standard metode.
- Kurs og opplæring for pasienter og pårørende – planlegging, markedsføring, gjennomføring og evaluering.
- Informasjon og veiledning til pasienter og pårørende.
- Tilrettelegging for og samhandling med frivillige organisasjoner og brukerorganisasjoner. Arbeidsdeling og samhandling med LMS i spesialisthelsetjenesten.
- Samarbeid med aktuelle kommunale tjenesteområder

Når arbeidsgruppa nå har landa på at de som skal gjøre jobben, i første omgang er LØKTA og DMSene, så er det klart at noen kompetanseområder vil være på plass i utgangspunktet, mens andre elementer må tilføres. Opplæringsdelen og samhandlingskompetansen mellom kommunene og mellom aktuelle kommunale tjenesteområder er LØKTAs styrke mens DMSene er bedre på samhandling med spesialisthelsetjenesten og har tilgang på mye fagkompetanse i egne rekker. Ingen av aktørene har per i dag et større fagmiljø knyttet til helsepedagogikk og standard metode. Dette er noe av det første LØKTA som samordningsenhet må ta tak i – et felles kompetanseløft på denne siden, i et bredt Midt-Troms perspektiv.

Arbeidsgruppa tar også med sin egen stikkordsliste knyttet til kompetanseområder for LMS-satsing i interkommunal regi:

- Helsepedagogikk. Gruppeprosesser, verdigrunnlag, kommunikasjon. NK LMS har utarbeidet en svært hendig veileder til utvikling av helsepedagogiske kompetanseprogram.
- Samhandlingskompetanse. Tverrfaglighet og samhandling mellom profesjoner. Mer og mer inn i de formelle utdanningsforløpene. Men også viktig med kompetanse knytta til organisatorisk og faglig samhandling mellom nivåene i helseforvaltningen. Lovpålagte samarbeidsavtaler vil regulere feltet men vi må kunne operere i feltet, både helseadministrativt og faglig.
- Vite noe om likemannsarbeid/tilbud og viktigheten av dette. Ha kjennskap til hva dette er, hva som kjennetegner likemannsarbeid og hvordan det vanligvis drives.

6.2. Innspill fra gruppa Forebygging

Ut fra kartleggingen som ble gjort har arbeidsgruppa kommet frem til følgende kompetansebehov:

- Kompetanseheving når det gjelder fysisk aktivitet i barnehager, barne- og ungdomsskoler
- Kompetanseheving når det gjelder kosthold i barnehager, barne- og ungdomsskoler og helsesøstertjenesten.
- Kompetanseheving når det gjelder kosthold i pleie- og omsorgstjenesten.
- Kompetanseheving i helsesøstertjenesten i forhold til psykisk helse og barn.

6.3. Innspill fra gruppa Intermediæresenger

Forslaget er å etablere intermediærsengeenheter i tilknytning til interkommunale legevakter.

Arbeidsgruppa legger vekt på at det bør være sykepleiere med ulik spesialisering tilknyttet avdelinga. Dette kan være geriatrisk sykepleier, diabetessykepleier, kreftsykepleier, psykiatrisk sykepleier osv. Arbeidsgruppa har også drøftet at det burde ha vært en sykepleierspesialisering innenfor allmennsykepleie, lik det som finnes hos legene. Det må også være fysioterapeut og ergoterapeut tilknyttet intermedieravdelinga. Med planlegging av antall ansatte må det også tas høyde for veiledning og kompetanseheving i kommunene, samt det å følge pasientene ut til hjemkommune. Ansatte må også sees i sammenheng med hvor sengene er lokalisert, og muligheten for fleksibel bruk.

For å ivareta den kvaliteten som er ønskelig må ansatte ha gode muligheter til oppdatering av egen kunnskap. Dette vil også være viktig i oppstarten slik at tilbudet har en høy faglig standard. Erfaring fra andre etableringer viser at rekruttering til ei slik avdeling ikke trenger å være utfordrende. Dette siden mange fagfolk søker seg til større fagmiljø og utfordrende arbeidsoppgaver. Men det utfordrende vil da være at kommunene kan få mindre tilgang til kvalifisert helsepersonell.

7. Konklusjoner

I dette kapitlet vil vi konkludere med tiltaksforslag for styrket kompetanse og rekruttering samt bedret stabilitet i tjenester, og for å imøtekomme de kravene som Samhandlingsreformen stiller til kommunene i fremtiden. Dette er tiltak utledet av kapittel 4, 5 og 6.

7.1. Kompetansebehovet

7.1.1. Kartlegging

Vi viser til arbeidet som er gjort i LØKTA på oppdrag fra Fylkesmannen i Troms med utviklingen og implementeringen av *Veileder for kompetanseplanlegging i kommunale helse- og omsorgstjenester*. Dette er et viktig verktøy i dialogen med kompetansetilbydere.

Ved kartleggingen så vi at det er et problem at en del kommuner mangler grundige kompetanseplaner. Kompetanseplaner må ligge til grunn for valg av kompetansepåfyll, for dette valget må bli mer behovsstyrt enn interessestyrt. Med en god plan som kartlegger nåtid, men også fremtidens utfordringer og behov, kan vi klare å fylle på med rett kompetanse. Wane Gretzky har sagt det ganske så tydelig: "Skate to where the puck is going, not to where it is." Dette gjelder like mye for kompetanseplanlegging som for ishockey. Vi må være i forkant!

Forslag:

Prosjekt i regi av LØKTA hvor implementering av *Veileder for kompetanseplanlegging i kommunale helse- og omsorgstjenester* er tema for kursdager, som skal resultere i grundige kompetanseplaner.

7.1.2. Oppsummerte kompetansebehov

Generelt:

- Økt satsing på forskning og fagutvikling i alle fagmiljøer
- Tverrfaglig samarbeidskompetanse
- Etikk-kompetanse
- Kompetanse om hvordan søke om prosjektmidler
- Kompetanse om velferdsteknologi og IKT
- Kulturkompetanse
- Kompetanse i bruk av Individuell plan
- Støttekontaktopplæring- og oppdateringskurs
- "Frivillighetsopplæring"

Forebyggende helse:

- Holdningsskapende arbeid.
- Kompetanse ad folkehelse i fht planarbeid og kommuneorganisasjonen.
- Kompetanseheving når det gjelder fysisk aktivitet i barnehager, barne- og ungdomsskoler.
- Kompetanseheving når det gjelder kosthold i barnehager, barne- og ungdomsskoler, helsesøstertjenesten og i pleie- og omsorgstjenesten.
- Kompetanseheving i helsesøstertjenesten i forhold til psykisk helse og barn.
- Sykdom, skade- og ulykkesforebygging.
- Uønskede svangerskap, LAM i svanger- og barselsperioden og forebygging av komplikasjoner hos premature.

Pleie- og omsorg:

- Lederkompetanse.
- Kronikerbehandling, tannhelse, ernæring, demens og aldring og psykisk utviklingshemming.
- Sykehjemsmedisin.

Rus og psykisk helse:

- Rus og psykisk helse og forebyggende arbeid.
- Rus, psykisk helse, psykisk utviklingshemming og adferdsproblematikk.
- Psykiatrisk rehabilitering og behandling.

Habilitering og rehabilitering:

- Kompetanse innen de fleste feltene når det gjelder rehabilitering og habilitering er nødvendig.
- Det er behov for utdanninger på fagskolenivå og på høyere nivå innen medisinsk rehabilitering/habilitering.
- Fagnettverk for området rehabilitering av barn.

Desentraliserte spesialisthelsetjenester:

- Behovet for videreutdanninger innen de forskjellige feltene som geriatri, hjerte- og lunge, palliativ- og kreftomsorg.

Akutt medisin:

- Etterutdanning innen akuttmedisin.
- Lokale akuttmedisinske team i områder hvor dette er hensiktsmessig.
- Interkommunale kriseteam med tilstrekkelig bemanning og kompetanse.

Barnevern:

- Forebygging og kulturkompetanse.
- Psykisk syke barn og unge og i fht barn av psykisk syke og av kronikere
- Økt forskningsinnsats.
- Tverrfaglig- og tverretatlig samarbeid.

Lærings- og mestringstjenester:

- Helsepedagogikk.
- Samhandlingskompetanse.
- Kunnskap om likemannsarbeid/tilbud
- Standard metode innen LMS-arbeid.

Velferdsteknologi og IKT:

- Et samarbeid mellom flere kommuner, Det er ønskelig å etablere et fagnettverk for systemansvarlige/superbrukere i Midt-Troms i regi av LØKTA som også arrangerer kurs for opplæring og oppdatering i bruk av både dokumentasjonsprogram og turnusprogram samt meldingssystemet.
- Regional supportordning, som man kan henvende seg til ved feil.
- Stimulere til og delta i utvikling og forskning innen velferdsteknologien.

Forslag:

- Desentralisert grunnutdanninger (videregående nivå og høyere nivå) og videreutdanninger (videregående nivå og høyere nivå).
- Fagutvikling og forskning; desentraliserte masterstudier og stipendiater.
- Etterutdanning og samhandling:
 - Opprettholde drifta av barneverns- og helsesøsterforum, SOFA og det nyopprettede forumet for aktører innen forebygging og rehabilitering/habilitering.
 - Opprettholde driften av de 5 fagnettverkene i LØKTA;
 - Nettverk for psykisk helse (fokus på forebygging, barn og unge, psykisk helse og rus)
 - Nettverk for kompetanseheving om utviklingshemmede (forebygging, psykisk helse, rus, aldring)
 - Sa-Do kompetansenettverk (etikk og saksbehandling/dokumentasjon)
 - Geriatrinettverk Midt-Troms (ernæring, demens, rehabilitering, sykehjemsmedisin)
 - Nettverk lindrende behandling (smertelindring og kreftbehandling)
 - Opprette fagnettverk;
 - for systemansvarlige på IKT-siden i helse- og omsorgstjenestene
 - med fokus på helse for asylsøkere og flyktninger (hva må vi gjøre annerledes og hva er likt? Traumebehandling, psykisk helse og forebygging)
 - barn og helse/ eller barn og rehabilitering

7.1.3. Styrket dialog med kompetanseaktører

Vi mangler et samkjørt kompetansetilbud i regionen. Det er viktig med fleksible og desentraliserte studietilbud samt lokale kurstilbud. Fokuset på arbeidsplassen som læringsarena og veiledningsansvaret for studenter, lærlinger og kollegaer må styrkes.

Forslag:

- Få på plass avtaler mellom UIT, Fylkeskommunen og Midt-Troms regionråd.
- Samarbeidsprosjekt mellom LØKTA, Universitetet i Tromsø, høgskolene, Studiesentrene i Midt-Troms og Troms fylkeskommune ad oppbygging av det samlede tilbud som kommunene har behov for.

7.2. Rekruttering og stabilisering

- Flere faglærte enn ufaglærte er viktig i fremtiden.

Det kan virke som vi står ovenfor et "uendelig" behov for hender i fremtiden og økt behov for faglærte og høyt utdannede. Hovedsakelig er det gruppa med formell utdanning vi ønsker oss flest av inn i helse- og sosialsektoren.

Vår ideologi er:

RETT FAGPERSON TIL RETT TID PÅ RETT STED GIR KVALITET OG EFFEKTIVITET!

Forslag:

- Utdanne flere fagarbeidere innen helse-, sosial- og omsorgsområdet. Tilby fagskoletilbud til faglærte innen helse-, sosial- og omsorgsområdet. Tilby desentraliserte høyskole-/universitetsgrunnutdanninger som sykepleie, barnevern og vernepleie. Tilby desentraliserte videreutdanninger på høyskole-/universitetsnivå i bl.a. rehabilitering, psykiatri og rus og akutt medisin.
- Flere helsefagarbeidere frem til 2020 og flere sykepleiere etter 2020, utdann disse før 2020 og evt. dekk opp en underdekning av helsefagarbeidere.
- Større stillingsbrøker innenfor pleie og omsorg vil gjøre stillingene mer attraktive.
- Hva da med de som ikke har den formelle utdanningen? Er det håp for de om en jobb innenfor helse- og sosialsektoren? Vi har jo tross alt bruk for disse også! En helsefagskolering under helsefagarbeideren som flyktninger kan ta, for å komme seg raskt i arbeid uten å måtte ta hele løpet, eks helseassistenten som Norsk Fagskole her på Finnsnes kjører.
- Mulighet for utdanning/kursing som kan tas samtidig med jobb.

- Robuste fagmiljøer: Bygge tilstrekkelig kompetansefagmiljø og fagtjenester/tilbud som er attraktive og kan skilte med god fagkompetanse –) interkommunale tjenester hvor målgruppa blir stor nok for kvalitet. Arbeidsgruppa kan nevne som eksempler på dette:
 - Helsestasjon for barn og unge og helsestasjon for eldre
 - Frisklivssentraler
 - Ambulante team, innen bl.a. diabetes- og kreftomsorgen og kriseteam
 - Boliger for grupper som ikke er store nok til å danne et bofellesskap i egen kommune, eks. ressurskrevende psykisk syke
 - Rehabiliteringstilbud (nevrologiske skader - yngre brukere)
 - Avlastningstilbud, eks psykisk utviklingshemmede
 - Lærings- og mestringstjenester
 - Intermediæravdelinger
 - Psykologtjeneste
 - Ergoterapitjeneste
 - Ernæringsfysiolog

- Kriterier som er viktige når folk skal velge bosted og arbeidsplass:
 - Tilgang og nærhet på utdanninger på høyere nivå og mulighet for etterutdanning
 - Arbeidsplasser for kompetente arbeidstakere
 - Jobb til medflytter
 - Mulighet for hele stillinger
 - Tilgjengelige barnehageplasser og boliger
 - Gode kommunale tjenestetilbud
 - Sosiale møteplasser og sentra

8. Vedlegg:

8.1. Befolkningsfremveksten i Midt-Troms og i hver enkelt av kommunene

Vedlegget viser befolkningstallene inndelt i årsgrupper frem til 2040. Tabellene viser tallene og prosentandelene.

Midt-Troms	2011	2015	2020	2025	2030	2035	2040
0-5 år	2116	2117	2284	2384	2354	2253	2190
6-12 år	2640	2602	2629	2762	2882	2871	2760
13-15 år	1255	1210	1167	1159	1215	1262	1252
16-19 år	1671	1622	1572	1560	1550	1631	1667
20-44 år	8970	9007	9026	9214	9245	9103	8968
45-66 år	8518	8635	8721	8468	8314	8149	8024
67-79 år	3013	3523	4074	4396	4413	4556	4770
80 år og over	1548	1506	1574	1847	2286	2627	2832
Totalt	29731	30222	31047	31790	32259	32452	32463

Midt-Troms	2011	2015	2020	2025	2030	2035	2040
0-5 år	7,1 %	7,0 %	7,4 %	7,5 %	7,3 %	6,9 %	6,7 %
6-12 år	8,9 %	8,6 %	8,5 %	8,7 %	8,9 %	8,8 %	8,5 %
13-15 år	4,2 %	4,0 %	3,8 %	3,6 %	3,8 %	3,9 %	3,9 %
16-19 år	5,6 %	5,4 %	5,1 %	4,9 %	4,8 %	5,0 %	5,1 %
20-44 år	30,2 %	29,8 %	29,1 %	29,0 %	28,7 %	28,1 %	27,6 %
45-66 år	28,7 %	28,6 %	28,1 %	26,6 %	25,8 %	25,1 %	24,7 %
67-79 år	10,1 %	11,7 %	13,1 %	13,8 %	13,7 %	14,0 %	14,7 %
80 år og over	5,2 %	5,0 %	5,1 %	5,8 %	7,1 %	8,1 %	8,7 %

Bardu	2011	2015	2020	2025	2030	2035	2040
0-5 år	334	305	323	343	353	349	344
6-12 år	344	382	374	385	404	415	412
13-15 år	140	157	173	164	168	177	180
16-19 år	204	190	227	236	219	233	241
20-44 år	1313	1364	1380	1428	1468	1472	1474
45-66 år	1049	1039	1063	1084	1133	1154	1174
67-79 år	358	435	528	557	525	531	575
80 år og over	200	187	186	228	300	336	349
Totalt	3942	4059	4254	4425	4570	4667	4749
Bardu	2011	2015	2020	2025	2030	2035	2040
0-5 år	8,5 %	7,5 %	7,6 %	7,8 %	7,7 %	7,5 %	7,2 %
6-12 år	8,7 %	9,4 %	8,8 %	8,7 %	8,8 %	8,9 %	8,7 %
13-15 år	3,6 %	3,9 %	4,1 %	3,7 %	3,7 %	3,8 %	3,8 %
16-19 år	5,2 %	4,7 %	5,3 %	5,3 %	4,8 %	5,0 %	5,1 %
20-44 år	33,3 %	33,6 %	32,4 %	32,3 %	32,1 %	31,5 %	31,0 %
45-66 år	26,6 %	25,6 %	25,0 %	24,5 %	24,8 %	24,7 %	24,7 %
67-79 år	9,1 %	10,7 %	12,4 %	12,6 %	11,5 %	11,4 %	12,1 %
80 år og over	5,1 %	4,6 %	4,4 %	5,2 %	6,6 %	7,2 %	7,3 %
Målselv	2011	2015	2020	2025	2030	2035	2040
0-5 år	439	454	518	552	544	518	501
6-12 år	566	538	543	596	642	646	617
13-15 år	263	244	241	236	261	280	280
16-19 år	377	355	327	326	331	362	378
20-44 år	2099	2128	2162	2220	2208	2169	2142
45-66 år	1845	1879	1902	1832	1791	1778	1749
67-79 år	654	730	841	932	957	994	1043
80 år og over	320	323	347	392	481	550	614
Totalt	6563	6651	6881	7086	7215	7297	7324
Målselv	2011	2015	2020	2025	2030	2035	2040
0-5 år	6,7 %	6,8 %	7,5 %	7,8 %	7,5 %	7,1 %	6,8 %
6-12 år	8,6 %	8,1 %	7,9 %	8,4 %	8,9 %	8,9 %	8,4 %
13-15 år	4,0 %	3,7 %	3,5 %	3,3 %	3,6 %	3,8 %	3,8 %
16-19 år	5,7 %	5,3 %	4,8 %	4,6 %	4,6 %	5,0 %	5,2 %
20-44 år	32,0 %	32,0 %	31,4 %	31,3 %	30,6 %	29,7 %	29,2 %
45-66 år	28,1 %	28,3 %	27,6 %	25,9 %	24,8 %	24,4 %	23,9 %
67-79 år	10,0 %	11,0 %	12,2 %	13,2 %	13,3 %	13,6 %	14,2 %
80 år og over	4,9 %	4,9 %	5,0 %	5,5 %	6,7 %	7,5 %	8,4 %

Sørreisa	2011	2015	2020	2025	2030	2035	2040
0-5 år	221	248	285	308	308	289	278
6-12 år	346	300	308	346	377	382	364
13-15 år	155	165	139	140	154	165	168
16-19 år	180	203	206	175	189	207	220
20-44 år	997	981	985	1033	1037	1030	1035
45-66 år	991	1023	1057	1024	1012	972	938
67-79 år	329	411	467	513	502	545	588
80 år og over	152	140	162	209	265	298	326
Totalt	3371	3471	3609	3748	3844	3888	3917
Sørreisa	2011	2015	2020	2025	2030	2035	2040
0-5 år	6,6 %	7,1 %	7,9 %	8,2 %	8,0 %	7,4 %	7,1 %
6-12 år	10,3 %	8,6 %	8,5 %	9,2 %	9,8 %	9,8 %	9,3 %
13-15 år	4,6 %	4,8 %	3,9 %	3,7 %	4,0 %	4,2 %	4,3 %
16-19 år	5,3 %	5,8 %	5,7 %	4,7 %	4,9 %	5,3 %	5,6 %
20-44 år	29,6 %	28,3 %	27,3 %	27,6 %	27,0 %	26,5 %	26,4 %
45-66 år	29,4 %	29,5 %	29,3 %	27,3 %	26,3 %	25,0 %	23,9 %
67-79 år	9,8 %	11,8 %	12,9 %	13,7 %	13,1 %	14,0 %	15,0 %
80 år og over	4,5 %	4,0 %	4,5 %	5,6 %	6,9 %	7,7 %	8,3 %

Dyrøy	2011	2015	2020	2025	2030	2035	2040
0-5 år	70	63	55	54	48	46	37
6-12 år	79	71	66	63	61	56	55
13-15 år	50	38	33	28	25	24	24
16-19 år	74	58	39	39	32	32	32
20-44 år	299	291	253	239	227	205	181
45-66 år	380	363	357	301	259	243	225
67-79 år	155	180	183	204	212	189	171
80 år og over	98	91	85	91	106	120	137
Totalt	1205	1155	1071	1019	970	915	862
Dyrøy	2011	2015	2020	2025	2030	2035	2040
0-5 år	5,8 %	5,5 %	5,1 %	5,3 %	4,9 %	5,0 %	4,3 %
6-12 år	6,6 %	6,1 %	6,2 %	6,2 %	6,3 %	6,1 %	6,4 %
13-15 år	4,1 %	3,3 %	3,1 %	2,7 %	2,6 %	2,6 %	2,8 %
16-19 år	6,1 %	5,0 %	3,6 %	3,8 %	3,3 %	3,5 %	3,7 %
20-44 år	24,8 %	25,2 %	23,6 %	23,5 %	23,4 %	22,4 %	21,0 %
45-66 år	31,5 %	31,4 %	33,3 %	29,5 %	26,7 %	26,6 %	26,1 %
67-79 år	12,9 %	15,6 %	17,1 %	20,0 %	21,9 %	20,7 %	19,8 %
80 år og over	8,1 %	7,9 %	7,9 %	8,9 %	10,9 %	13,1 %	15,9 %

Tranøy	2011	2015	2020	2025	2030	2035	2040
0-5 år	85	89	96	95	90	83	80
6-12 år	118	106	112	112	114	110	101
13-15 år	61	54	43	48	51	51	48
16-19 år	84	72	69	61	63	65	64
20-44 år	367	381	359	372	362	349	333
45-66 år	492	456	428	382	357	338	333
67-79 år	216	239	267	277	244	226	220
80 år og over	115	115	112	118	158	172	166
Totalt	1538	1512	1486	1465	1439	1394	1345
Tranøy	2011	2015	2020	2025	2030	2035	2040
0-5 år	5,5 %	5,9 %	6,5 %	6,5 %	6,3 %	6,0 %	5,9 %
6-12 år	7,7 %	7,0 %	7,5 %	7,6 %	7,9 %	7,9 %	7,5 %
13-15 år	4,0 %	3,6 %	2,9 %	3,3 %	3,5 %	3,7 %	3,6 %
16-19 år	5,5 %	4,8 %	4,6 %	4,2 %	4,4 %	4,7 %	4,8 %
20-44 år	23,9 %	25,2 %	24,2 %	25,4 %	25,2 %	25,0 %	24,8 %
45-66 år	32,0 %	30,2 %	28,8 %	26,1 %	24,8 %	24,2 %	24,8 %
67-79 år	14,0 %	15,8 %	18,0 %	18,9 %	17,0 %	16,2 %	16,4 %
80 år og over	7,5 %	7,6 %	7,5 %	8,1 %	11,0 %	12,3 %	12,3 %

Torsken	2011	2015	2020	2025	2030	2035	2040
0-5 år	47	45	48	41	36	34	35
6-12 år	51	50	57	56	51	42	42
13-15 år	30	27	17	22	24	22	18
16-19 år	54	33	28	31	31	31	24
20-44 år	228	211	193	183	170	154	146
45-66 år	305	285	263	231	200	171	160
67-79 år	122	149	147	145	140	164	142
80 år og over	74	63	71	76	90	82	94
Totalt	911	863	824	785	742	700	661
Torsken	2011	2015	2020	2025	2030	2035	2040
0-5 år	5,2 %	5,2 %	5,8 %	5,2 %	4,9 %	4,9 %	5,3 %
6-12 år	5,6 %	5,8 %	6,9 %	7,1 %	6,9 %	6,0 %	6,4 %
13-15 år	3,3 %	3,1 %	2,1 %	2,8 %	3,2 %	3,1 %	2,7 %
16-19 år	5,9 %	3,8 %	3,4 %	3,9 %	4,2 %	4,4 %	3,6 %
20-44 år	25,0 %	24,4 %	23,4 %	23,3 %	22,9 %	22,0 %	22,1 %
45-66 år	33,5 %	33,0 %	31,9 %	29,4 %	27,0 %	24,4 %	24,2 %
67-79 år	13,4 %	17,3 %	17,8 %	18,5 %	18,9 %	23,4 %	21,5 %
80 år og over	8,1 %	7,3 %	8,6 %	9,7 %	12,1 %	11,7 %	14,2 %

Berg	2011	2015	2020	2025	2030	2035	2040
0-5 år	44	50	50	47	36	30	27
6-12 år	52	45	46	56	55	44	39
13-15 år	37	23	19	20	24	24	18
16-19 år	68	39	29	23	29	30	25
20-44 år	243	242	227	210	196	170	148
45-66 år	285	278	258	219	191	181	177
67-79 år	114	136	145	157	151	142	139
80 år og over	64	62	55	64	78	91	86
Totalt	907	875	829	796	760	712	659
Berg	2011	2015	2020	2025	2030	2035	2040
0-5 år	4,9 %	5,7 %	6,0 %	5,9 %	4,7 %	4,2 %	4,1 %
6-12 år	5,7 %	5,1 %	5,5 %	7,0 %	7,2 %	6,2 %	5,9 %
13-15 år	4,1 %	2,6 %	2,3 %	2,5 %	3,2 %	3,4 %	2,7 %
16-19 år	7,5 %	4,5 %	3,5 %	2,9 %	3,8 %	4,2 %	3,8 %
20-44 år	26,8 %	27,7 %	27,4 %	26,4 %	25,8 %	23,9 %	22,5 %
45-66 år	31,4 %	31,8 %	31,1 %	27,5 %	25,1 %	25,4 %	26,9 %
67-79 år	12,6 %	15,5 %	17,5 %	19,7 %	19,9 %	19,9 %	21,1 %
80 år og over	7,1 %	7,1 %	6,6 %	8,0 %	10,3 %	12,8 %	13,1 %

Lenvik	2011	2015	2020	2025	2030	2035	2040
0-5 år	876	863	909	944	939	904	888
6-12 år	1084	1110	1123	1148	1178	1176	1130
13-15 år	519	502	502	501	508	519	516
16-19 år	630	672	647	669	656	671	683
20-44 år	3424	3409	3467	3529	3577	3554	3509
45-66 år	3171	3312	3393	3395	3371	3312	3268
67-79 år	1065	1243	1496	1611	1682	1765	1892
80 år og over	525	525	556	669	808	978	1060
Totalt	11294	11636	12093	12466	12719	12879	12946
Lenvik	2011	2015	2020	2025	2030	2035	2040
0-5 år	7,8 %	7,4 %	7,5 %	7,6 %	7,4 %	7,0 %	6,9 %
6-12 år	9,6 %	9,5 %	9,3 %	9,2 %	9,3 %	9,1 %	8,7 %
13-15 år	4,6 %	4,3 %	4,2 %	4,0 %	4,0 %	4,0 %	4,0 %
16-19 år	5,6 %	5,8 %	5,4 %	5,4 %	5,2 %	5,2 %	5,3 %
20-44 år	30,3 %	29,3 %	28,7 %	28,3 %	28,1 %	27,6 %	27,1 %
45-66 år	28,1 %	28,5 %	28,1 %	27,2 %	26,5 %	25,7 %	25,2 %
67-79 år	9,4 %	10,7 %	12,4 %	12,9 %	13,2 %	13,7 %	14,6 %
80 år og over	4,6 %	4,5 %	4,6 %	5,4 %	6,4 %	7,6 %	8,2 %

