

## Møteinnkalling

---

**Utvalg:**     **Utvalg for oppvekst og omsorg**  
**Møtested:**   Kommunehuset  
**Dato:**       29.11.2016  
**Tidspunkt:**   09:00

---

Eventuelt forfall må meldes snarest på tlf. 77 77 88 00. Vararepresentanter møter etter nærmere beskjed.

Burfjord 17.11.2016

Ivar Henning Boberg  
leder



## Saksliste

Utv.saksnr	Sakstittel	U.Off	Arkivsaksnr
PS 22/16	Søknad om økt administrasjonstid i SFO		2015/716
PS 23/16	Søknad om støtte til prosjektet "Evakuering 1944-46"		2016/149
PS 24/16	Søknad om støtte til boka "Turer i Nord-Troms"		2016/149
PS 25/16	Søknad om støtte til bokprosjektet "Krigsminner fra Kvæningen"		2015/735
PS 26/16	Regional rekrutterings og kompetanseplan for helse og omsorg		2016/398
PS 27/16	Referatsaker		
RS 38/16	VEDRØRENDE SØKNAD OM *****	X	2016/329
RS 39/16	Søknad om redusert foreldrebetaling i barnehage	X	2016/329
RS 40/16	Befaringsrapport oktober 2016		2016/3



## Saksfremlegg

Utvalgssak	Utvalgsnavn	Møtedato
22/16	Utvalg for oppvekst og omsorg	29.11.2016

### Søknad om økt administrasjonstid i SFO

Henviſning til lovverk:

Vedlegg

- 1 Søknad økt adm.tid SFO

### Administrasjonssjefens innstilling

Administrasjonstiden til SFO-leder økes fra 20 til 30 % for SFO ved Kvæningen barne- og ungdomsskole for skoleåret 2016/2017. Ny vurdering av administrasjonstiden gjøres i juni 2017.

### Saksopplysninger

I forbindelse med innføring av fagsystemet Visma Flyt skole har en del av oppgavene som tidligere ble handtert på skolekontoret blitt flyttet ut på enhetene. Det betyr at SFO-leder skal handtere søknader, fakturering med mer.

I tillegg deltar SFO-leder i ledergruppa i etat for oppvekst og kultur, noe som har gitt økt møteaktivitet.

Økningen løses innenfor SFOs budsjettamme.

### Vurdering

Det anbefales at administrasjonstiden økes slik at den står i samsvar med mengden av arbeidsoppgaver.



Kvæningen barne- og ungdomsskole  
9161 Burfjord

dato 31/8-16

Til Kvæningen kommune v/ avd O/K  
v/Kontorsjef  
Her

Saksnr.

Arkivkode

Avd/Sek/Saksb

Deres ref.

### SØKNAD ØKT ADM.TID

Viser til oppsett timeplan samt endre/økt administrasjon i forbindelse bruk av Visma til organisering og oppfølging SFO Kv. b/u skole.

Jeg ber om at min adm.ressurs økes fra 20 til 30% pga nevnte forhold som medfører følgende:

- Fakturering: mnd betalinger, ekstra timer og ekstra dager
- Inn- og utmeldinger SFO
- Samt øvrig planlegging personale og organisasjon av hverdagen

Ber om snarlig tilbakemelding slik at ressursen kan legges inn i dagsplan.

Mvh  
Lena Larsen  
Dagl. leder SFO

Rektor bekrefter og anbefaler omsøkte ressurs. Evt. utvidelse som omsøkt, kan dekkes innenfor gitte ressurser/rammer.

Mvh  
Valter Olsen  
rektor



## Saksfremlegg

Utvalgssak	Utvalgsnavn	Møtedato
23/16	Utvalg for oppvekst og omsorg	29.11.2016

### Søknad om støtte til prosjektet "Evakuering 1944-46"

Henvi sning til lovverk:

Vedlegg

- 1 Søknad til prosj. Evakuering 1944-46
- 2 Svar fra ordfører ang. prosj. Evakuering 1944-46

### Administrasjonssjefens innstilling

Jan Antonsen gis en støtte på kr 2000,- til utgiftsdekning for bidrag han har gitt til bokprosjektet «Krigsminner i Kvæningen».

### Saksopplysninger

Jan Antonsen har søkt om å få dekket økonomiske utgifter han har hatt i forbindelse med prosjektet «Evakuering 1944-46». Slik saksbehandler forstår det, henger denne saken sammen med bokprosjektet «Krigsminner fra Kvæningen», der Jan Antonsen har hjulpet med Jan Isaksen med diverse research og fremskaffing av kilder.


Han søker om å få dekket ca kr 2000,-.

### Vurdering

Da Jan Antonsen har bidratt i prosjektet til Jan Isaksen anbefales det å gi han den støtten han ber om.

Tromsø 5/11-15

Kvænangen kommune  
v/ Ordfører,  
Rådhuset,  
9161 Burfjord.

	KVÆNANGEN KOMMUNE POSTMOTTAK
06 NOV 2015	
Til behandling:	
Saksbehandler:	
Til orientering:	
Gradering:	

Angående prosjektet: Evakuering 1944-46,  
Brakkebebyggelse 1946 og Folketelling 1946  
Kvænangen kommune og litt økonomisk støtte

Ved oppstart nov.-14 og muntlig samtale  
med ordfører var det interesse for prosjektet  
med lånnad om "litt økonomisk" støtte.

Resultatet ble levert i 2 eksemplarer 13/5-15 til  
skole og bibliotek (v/Mikkelsen)

Evt. økonomisk støtte skulle behandles politisk.

Skulle få brev, men har ikke hørt noe.

Har hatt økonomiske utgifter: Kopieringer,  
transport, parkeringsavgift v/UiTø og 5 brev  
med kilder til Jan Isaksen, Burfjord.

Kunne tenke meg kr. 2000 +/-, men alle  
bidrag godtaes med takk.

Hobby-arbeid skal ikke betales skatt av.

Med hilsen

Jan Antonsen  
Kantarellv. 69,  
9102 Kvaløysletta.  
(historiker)

NB! Dette prosjektarbeid  
er meget tidkrevende med  
bl.a. arbeid v/ Statarkivet, Tromsø







**Kvanangen  
Ordførerkor**

Jan Antonsen  
Kantarellveien 69  
9102 KVALØYSLETTA

Til Kristin Anita Hansen  
Kvanangen kommune.  
Lurer på hvordan saken ang.  
litt økonomisk støtte går om  
"Evakuering 1944-46"  
Jon Isaksen er spesielt glad for  
kildearbeidet jeg har gjort i hans  
planlagte bok om evakueringen.  
Tromsø 26/6  
Hilsen Jan Antonsen.  
Se skriv fra ordfører 28/6.

Deres ref:

Vår ref:  
2016/113-3

Løpenr:  
1888/2016

Arkivkode  
223

Dato  
29.06.2016

## Ang. prosjektet "Evakuering 1944-46"

Beklager sent svar.

Du har nok gjort et stort arbeid, og vi er takknemlig for at du har bidratt til å ta vare på vår historie omkring evakueringen i 1944-45.

Jeg er kjent med at tidligere ordfører Jan Helge Jensen gav deg et positivt svar, og det skal vi etter beste evne følge opp.

Jeg har ingen budsjetter å ta av til slike prosjekter. Det håndteres i sin helhet av oppvekst- og kultur administrasjonen, som innstiller for utvalg for oppvekst og omsorg. Dette må praktiseres likt, og alle får samme svar. Ditt brev oversendes til etatsleder oppvekst og kultur; Kristin Anita Hansen.

Som nevnt innledningsvis er vi takknemlig for det arbeidet du har gjort. Jeg vil tro utvalget er av samme oppfatning og gir et lite bidrag for arbeidet du har gjort.

Med hilsen

Eirik Losnegaard Mevik

Ordfører

Direkte innvalg: 77778802

e-post: eirik.mevik@kvanangen.kommune.no



## Saksfremlegg

Utvalgssak	Utvalgsnavn	Møtedato
24/16	Utvalg for oppvekst og omsorg	29.11.2016

### Søknad om støtte til boka "Turer i Nord-Troms"

Henvising til lovverk:

Vedlegg

1 00092H.pdf

#### Administrasjonssjefens innstilling

Saken legges frem uten innstilling.

#### Saksopplysninger

Friluftsmann og fotograf Jan R. Olsen søker om støtte til turboka «Turer i Nord-Troms». Boka beskriver ca. 15 turer i hver kommune i Nord-Troms med flybilder, turbilder og kart, samt beskrivelse av rutene. Han har brukt samiske stedsnavn der det har vært naturlig. Dette vil være turer som kan gjøres sommerhalvåret, og turer med forskjellige vanskelighetsgrader. I tillegg til turbeskrivelsene vil boka inneholde flere turreportasjer.

Jan R. Olsen skriver i søknaden at han ikke har søkt til tidligere bokprosjekter eller til Nord-Tromskalenderen som han har gitt ut i 18 år. Dette er første gang ifølge han selv at han henvender seg til kommunene i Nord-Troms og Sametinget.

Et anslag i kostnader:

- Kr 150.000,- til trykking
- Kr 25.000,- til fly
- Kr 157.500,- til kostander til turer
- Kr 268.000,- til produksjon av boka
- Kr 35.000,- til utstyr

Totalt: kr 636.300,-

Jan R. Olsen søker hver kommune i Nord-Troms om kr 27.500,-, totalt kr 165.000,-. I tillegg søker han om at hver kommune kjøper inn 25 stk bøker til kr 399,- pr. stk, totalt kr 9975,-. Han søker også Sametinget om kr 50.000,-

### **Vurdering**

Bokprosjektet «Turer i Nord-Troms» er et fantastisk prosjekt som viser frem våre flotte natur på en utmerket måte. utfordringen for Kvænangen kommune er å finne midler for å kunne gi sin støtte til prosjektet.

## Ny søknad om støtte til Turer i Nord-Troms

Jeg viser til tidligere søknader om støtte til turbok, og avslag på disse.

Jeg søker på nytt hos Nordreisa og Kvæningen, da både Kåfjord, Storfjord, Skjervøy og Lyngen kommuner har støttet prosjektet, som har blitt ett år forsinket. Boka trykkes i oktober 2016 og blir gitt ut i begynnelsen av november 2016. Boka blir på 368 sider og presenterer turer fra hele Nord-Troms.

Jeg legger ved den gamle søknaden og søker på nytt. Hvis kommunen ikke kan innvilge full søknadssum, kan det eventuelt kjøpes bøker som en del av summen, slik Lyngen har gjort.

Håper søknaden kan behandles så snart som mulig.

Hilsen Jan R Olsen, september 2016

A handwritten signature in blue ink that reads "Jan R Olsen". The signature is written in a cursive, slightly slanted style.

## Søknad om støtte til turbok for Nord-Troms

Jan R Olsen Foto ble etablert som enkeltmannsforetak Naturfoto Jan R Olsen i 1996. Fra 2012 har dette vært et aksjeselskap med navnet Jan R Olsen Foto As. Fra høsten 2012 sluttet jeg i min faste jobb i lokalavisa for å satse 100% på foto. Firmaet gir ut kalendere, bøker og postkort, leverer utsmykningsoppdrag og fototjenester. Etter å ha gitt ut to bøker i 2010 og 2013, planlegger jeg nå å gi ut en ny bok i 2015. Den tredje boka vil være det hittil største prosjektet mitt, og kan også sees på som et utviklingsprosjekt, siden dette vil inneholde nye elementer i forhold til det jeg har gjort tidligere. Blant annet er det tenkt investert i utstyr som skal resultere i et multimediashow for å presentere og skape interesse for boka. Dog er mye av utstyret allerede investert, det inkluderer også fotoutstyr og fotorelatert utstyr for flere hundre tusen kroner. De to tidligere bøkene har vært «Natur i Nord-Troms» og «Lyngsalpan», som begge er produsert og gitt ut på eget forlag og som har blitt veldig godt mottatt. Den nye boka skal være en turbok for Nord-Troms, noe lignende som har vært gitt ut flere steder i landet, slik som «Turboka» i Tromsø og «Altaturer». Den nye boka vil i likhet med de andre profilere det sjøsamiske området i regionen.

Boka vil beskrive ca 15 turer i hver kommune (Nordreisa, Kvænangen, Skjervøy, Storfjord, Lyngen, Kåfjord) med flybilder, turbilder og kart, samt beskrivelse av rutene. Det vil være naturlig å bruke samiske stedsnavn der det er naturlig.

Dette vil være fotturer som kan gjøres i sommerhalvåret, og vil være turer av varierende vanskelighetsgrad, men ingen ekstremturer. Det skal være noe for alle, både korte og lange turer og enkle og litt mer utfordrende turer.

En turbeskrivelse i boka kan være omtrent slik: Distanse km å kjøre fra kommunesenter, parkering, gps-posisjon på start, vanskelighetsgrad, høyde på målet, antall timer å gå, lengde på turen, beskrivelse av turen inkl severdigheter og hva man ser, evt andre ting å bemerke. Turene vil inneholde flybilder med stiplede linjer hvor ruta går + kart og selvsagt bilder fra turene

I tillegg til turbeskrivelsene, vil boka også inneholde en eller flere turreportasjer fra hver kommune, slik som f eks Nordkalottruta i Nordreisa, som vil starte fra Kautokeino og ende i Kilpisjævi.

I tillegg til bøkene, har jeg gitt ut Nord-Tromskalenderen i 18 år, og på den måten reklamert for regionen. Jeg har ikke tidligere søkt om støtte til noen av mine prosjekter hverken fra kommunene eller Sametinget, men mener dette nye prosjektet kan være aktuelt for støtte.

Dette er et stort prosjekt. Det er tenkt at jeg skal gå alle rutene med gps, i tillegg til å ta flere flyturer for fotografering. Det er mange utgifter som det skal legges ut for før boka kommer i salg.

En cirka anslag er:

\*150 000 kr til trykking

\*25 000 til seks flyturer

\*157 500 kr gå turene (90 turerx5 timerx350 kr pr time, inkl utgifter kjøring, mat etc)

\*Produksjon av boka (gjøres selv) 224 sider x 2 t pr side x 600 kr= 268 800 kr

\*Utgifter til utstyr 35 000 kr

\*Totalt 636 300 kroner

**Jeg søker hver av de seks kommunene Kvænangen, Kåfjord, Lyngen, Nordreisa, Skjervøy og Storfjord om 27 500 kroner i støtte, totalt 165 000 kr.**

**I tillegg søker jeg hver kommune om at de når boka er ferdig trykket, kjøper inn 25 stk eller flere bøker til fullpris 399 kroner. 25 bøker vil utgjøre 9975 kroner.**

I tillegg søker jeg Sametinget om 50 000 kroner i støtte.

Håper på positivt svar.

Med hilsen  
Jan R Olsen, mars 2014

Jan R Olsen Foto As  
Rismoveien 25  
9146 Olderdalen



## Saksfremlegg

Utvalgssak	Utvalgsnavn	Møtedato
25/16	Utvalg for oppvekst og omsorg	29.11.2016
	Kvæningen kommunestyre	

### Søknad om støtte til bokprosjektet "Krigsminner fra Kvæningen"

Henvisning til lovverk:

Vedlegg

1 00082H.pdf

### Administrasjonssjefens innstilling

Bokprosjektet «Krigsminner fra Kvæningen» gis en støtte på kr 150.000,-. Kvæningen kommune blir da stående som eier av boka med Jan Isaksen som forfatter. Det inngås en avtale med forfatteren om en godtgjørelse for arbeidet.

### Saksopplysninger

Jan Isaksen har gjort ferdig et manuskript om det som skjedde i Kvæningen under andre verdenskrig. Bokprosjektet heter «Krigsminner fra Kvæningen». Isaksen ønsker nå å ferdigstille bokprosjektet etter avtaler med forhenværende ordfører, Jan Helge Jensen, og nåværende ordfører, Eirik Losnegaard Mevik.

Trykkekostnadene er foreløpig beregnet til kr 133.625,- for et opplag på 1.500 bøker. (Et noe større opplag på 2.000 bøker vil visstnok bety forholdsvis lite merutgifter). Saksbehandler anbefaler en utsalgspris på kr 250 pr. bok. Det vil kunne gi en inntekt på ca kr 200.000,-.

Forfatter Jan Isaksen foreslår blant annet følgende i sin søknad:

- Kvæningen kommune bevilger et beløp som dekker utgiftene til fullføring av prosjektet
- Når vedtak er fattet inngås det avtale om trykking
- Kommunen vil være eier av bokprosjektet som da utgis av Kvæningen kommune med Jan Isaksen som forfatter

- Kommunen og forfatteren avtaler en godtgjørelse. Her antydes det om et mindre beløp i tillegg til et visst antall bøker

### **Vurdering**

Da forfatter Jan Isaksen har blitt oppfordret til å jobbe frem dette bokprosjektet av kommunens ledelse er det naturlig at man nå er med å fullfører det. Dette bokprosjektet vil være et viktig bidrag for å ta vare på kommunens historie, og det vil gi innbyggerne en mulighet til å lære mer om det som skjedde i Kvæningen under krigen. Det må rettes en stor takk til forfatter Jan Isaksen for den jobben han har lagt ned i prosjektet.

Kvæningen kommune,  
Formannskapskontoret,  
9161 Burfjord.

### Ang. bokprosjektet "Krigsminner fra Kvæningen"

I forbindelse med Kvæningen kommunes 150-års jubileum ble det vist en tydelig interesse for Kvæningens historie, spesielt om det som skjedde i kommunen under krigen. Komitéen fikk bl. a. forespørsel om et hefte som ble gitt ut i 1995, og som omhandlet evakuerings- og gjenreisningstida. Dette heftet var utsolgt, og det var ikke mulig å trykke det opp igjen. I komitéen ble det da enighet om å redigere heftet for en ny utgivelse. Siden det var jeg som hadde skrevet heftet i 1995, ble det naturlig at jeg fulgte opp med dette arbeidet. Ganske tidlig ble det klart at det tilkom så mye nytt stoff, slik at det ble nødvendig med ikke bare en redigert utgave, men en helt ny trykksak. Jeg valgte da å ta med hendinger fra hele krigen, og å samle det inn i en bok som har fått tittelen "Krigsminner fra Kvæningen".

I denne forbindelse har jeg drøftet saken både med forhenværende ordfører, Jan Helge Jensen, og med nåværende ordfører Eirik Losneard Mevik og administrasjonssjef Frank Pedersen. Fra alle disse fikk jeg underhånden klarsignal i å gå videre med prosjektet.

Arbeidet er nå kommet så langt at jeg er nesten ferdig med manuskriptet. To av komité-medlemmene, Rita Boberg Pedersen og Ivar Bjørklund, har lest gjennom manuskriptet og foretatt korrektur. Begge har forøvrig sagt seg fornøyde med arbeidet sålangt. Bjørklund har også sagt seg interessert i å være med videre med billedmaterieil. Han har dessuten tilgang til den ekspertrise som befinner seg ved Universitet bl.a. ved tegning av kart.

Jeg har vært i kontakt med forlaget "To Typer" i Vadsø, og har derfra fått et ikkebindende tilbud på trykkekostnader. Spesifikasjoner framgår av dette tilbudet. Det skal være bra papirkvalitet som rettferdiggjør fotografier, samt anledning til fargefotos.

Beregnet beløp er

kr 133.625 for et opplag på 1.500 bøker.

Iver Bjørklund har forøvrig antydnet at en bør avtale et opplag på 2.000 bøker. Et større opplag vil bety forholdsvis lite merutgifter.

Billedmateriellet vil i hovedsak hentet fra NTRM,s arkiv. Jeg har ikke vært i kontakt med dem, men regner det som et selvfølge at de vil stille seg positive til et samarbeid.

For å ferdigdtille prosjektet og gjøre en avsluttende avtale med forlaget, tenker jeg følgende:

- Kvæningen kommune bevilger et beløp som dekker utgiftene til fullførelse av bokprosjektet.
- Når et eventuelt positiv vedtak er fattet, foretas en avsluttende bindende avtale med forlaget. Kommunen blir konsultert og blir avtalepartner sammen med forfatter.
- Undertegnede avslutter arbeidet med manuskript, bildemateriale m.m. Nødvendig konsultasjon med f.eks. Ivar Bjørklund.

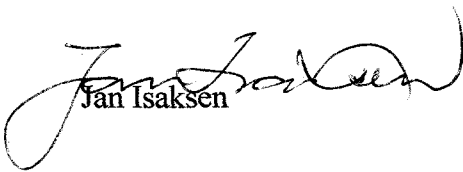


- Kommunen vil være eier av bokprosjektet som utgis av Kvæningen kommune med undertegnede som forfatter.
- Kommunen og undertegnede avtaler en godtgjørelse til undertegnede som forfatter. Det antydes et mindre beløp, og et visst antall bøker som godtgjørelse.
- Avtalene må være ferdigstilte så tidlig at bøkene kan leveres i midten av november.

Jeg håper at saken kan tas opp på møtet i august. For eventuelt å svare på spørsmål om både selve bokprosjektet og om det avsluttende arbeidet før boka er klar til utgivelse, vil jeg gjerne være tilstede og eventuelt være tilgjengelig for kommunestyret dersom dette vil være hensiktsmessig.

Håper på velvillighet fra kommunen!

Med hilsen

  
Jan Isaksen

Vedlegg:

- Tilbud fra TO Typer
- Innholdsfortegnelse for bokprosjektet

**Tilbud 11052**

To Typer AS  
 3oks 82  
 3811 VADSØ

Telefon: 78 95 48 00  
 E-post: post@totyper.no  
 Internett: www.totyper.no  
 Org.nr: NO 982710022 MVA  
 Registrert i: Foretaksregisteret

Kunde	Isaksen, Jan	Leveringsadresse:	Fakturaadresse:	Tilbudsnr	11052
Deres ref.	Jan Isaksen			Kundenr	15158
Referanse				Tilbudsdato	20.06.2016
Betaling	Netto 10 dager			Leveringsdato	
Frakt				Tilbudets gyldighet	04.07.2016
Vår ref.	Stein Vara			Revisjonsnr	1

**Krigshistoriebok**

Vi har med takk mottatt Deres forespørsel og har gleden av å tilby følgende:

Opplag 1500 stk.  
 Format A4  
 Fargetrykk  
 Stivperm med overtrekk  
 Papir 110 gr.  
 Sider 200

Produktkode	Beskrivelse	Antall	Enhetspris	Sum	MVA
100	Oppsett/lay-out av bok	38	800,00	30 400,00	25 %
400	Trykk av bok	1500	47,00	70 500,00	25 %
999	Frakt (estimert)	1	6 000,00	6 000,00	25 %

Mva %	Mva-grunnlag	Sum mva
25,0 %	106 900,00	26 725,00

Sum	106 900,00
Frakt	0,00
Fakturaagebyr	0,00
Netto beløp	106 900,00
Mva	26 725,00
<b>Totalsum</b>	<b>133 625,00</b>

NOK

# Krigsminner fra Kvænangen

Innhold:

## Krig og okkupasjon

- Forord

## Kvænangsværingene i krig

- Mobilisering av 7. kompani
- De første dagene
- Lapphaugen og tragedien i Gratangsbotn
- Til Brattbakken og 7. kompanis ilddåp
- Næverfjell og Kuberget
- Hvilepause og luseplage
- Sluttkampene ved svenskegrensen
- Kapitulasjon og hjemreise
- Den nordnorske frontsoldaten

## Tyske styrker og fort i Kvænangen

- Forord
- Alteidet
- Storeng, Nordstraumen/Lavollen
- Leiren i Sørstraumdalen
- Observasjonsposten på Vassnes
- Tysk leir på Dorraseidet

## Krigshandlinger i okkupasjonstiden

- Skyting fra fortene
- En hendelse i Rødøysundet
- De polske krigsfangene ved Rødberg

## Fangeleirer

- Skorpa
- Fangeleir ved Perten i Kjækan
- Fangeleir ved Kvænangselva
- Leirene på Kvænangsfjellet
- Veiskaret på Baddereidet
- Lavollen

## Fanger, rømlinger og desertører

- Norske og jødiske straffanger
- Krigsfanger, straffanger, desertører og rømlinger
- "Fange-Karl"

## Veibygging

- Fergesamband over Sørstraumen
- Veibygging og veiutbedring
- Tretunneler

## Familien Angells krig

- Arthur Angell
- Bernhard
- Richard
- Åge

- Henny
- Fredrik
- Ole
- Kirkesølvet
- Familien Angell

Johan Knutsen, etterretningsagent og sabotør

Nanna Jakobsen, langs kysten under krigen

Sverigefarere

- Innledning
- Harald Kollstrøm, Toppelbukt
- Halvdan Abrahamsen, Kjækan
- Torgren Olsen, Burfjord

Spioner i Kvæningen?

Lokalbefolkningen i okkupasjonstiden

- Hverdagsliv med okkupantene
- Tyskerfart
- Båttrafikk
- Scharnhorst i Kvæningen
- Fly
- Razzia

Evakuering, tilbakekomst og gjenreisning

- Forord

Evakuering

- Hvorfor evakuering?
- Evakuering eller ikke evakuering
- Husdyrene
- Reisen hjemmefra
- Evakueringsstedet og evakueringstida
- De evakuerte forteller
- Ole Nilsen, Leirbukt
- Familien til Anna og Nils Isaksen, Spildra
- Richard Mortensen, Undereidet Badderen
- Amalie Olsen, Nålelv på Stajord
- Vassnes
- Valan
- Hallfrid Olsen, Rødberg
- Meiland
- En historie fra Burfjord
- Erling Eidissen, Burfjord

Kvæningen brenner

De som ble igjen

- Olderfjord og Seglvik (Kvæningen) Frakkfjord og Andsnes (Loppa)
- To omkomne, Inger og Torvald Torbjørnsen
- Spitnes utenfor Reinfjord
- Spildra
- Tverrfjord i Jøkelfjord

- Flyktninger i Indre Jøkelfjord
- Burfjordområdet
- Kvænangsbotn
- Skorpa
- Ottar Johannesens tur til Kautokeino
- ”Solen skinner over Vikatinden”

### Hjemkomst og gjenreisning

- De første tilbake
- Hjem for å se
- Hjemlengsel og myndighetenes holdning
- Hjemkomst til branntomtene
- Miner og andre eksplosiver

### Gjenreisning

- Minerydding og veiutbedring
- Bebyggelsen
- Livet går seg til
- Nannas gjenreisningskafé
- Permanente hus

### Diverse tillegg

- Kart, 7. kompani på Narvikfronten
- Mannskapsliste 7. kompani kvænangsværinger
- Kart, det som sto igjen
- Kart, de som ble igjen, gjemmesteder
- Sverigefarene, navneliste
- Statistikk husdyr sommeren 1944
- Krigsminnesmerket på Skorpa



## Saksfremlegg

Utvalgssak	Utvalgsnavn	Møtedato
26/16	Utvalg for oppvekst og omsorg	29.11.2016
	Arbeidsmiljøutvalget	
	Kvæningen kommunestyre	

### Regional rekrutterings og kompetanseplan for helse og omsorg - Helse- og omsorgsområdet i Nord-Troms

Henvising til lovverk:

Vedlegg

- 1 Rapport varsel om en mulig krise
- 2 Regional rekrutterings- og kompetanseplan 2016-2020
- 3 Tiltakspakke for helsefagarbeidere

#### Administrasjonssjefens innstilling

1. Kvæningen kommunestyre vedtar Regional rekrutterings- og kompetanseplan 2016–2020 | Helse- og omsorgsområdet i Nord-Troms.  
Nødvendige økonomiske virkemidler innarbeides i kommunens budsjett.
1. Kvæningen kommunestyre godkjenner regional tiltaksplan for Helsefagarbeiderløftet i Nord-Troms.

Nødvendige økonomiske virkemidler innarbeides i kommunens budsjett.

#### Saksopplysninger

Nord-Troms kommunene samarbeider om prosjektet «Kompetanseløft i Nord-Troms». Prosjektet er finansiert over RDA-midler og Nord-Troms Studiesenter har prosjektledelsen.

Fasene i prosjektet: <b>FASE</b>	<b>MED-AKTØRER</b>	<b>ANSVAR</b>
<b>FASE 1: TEGNE KARTET</b>	UiT v/ RESULT bidrar i	Nord-Troms Studiesenter /
<b>Kartlegge behovet –</b>	kartleggingsarbeidet,	rådmenn i medvirkende
<b>beholdningen -</b>	utarbeider	kommuner
<b>utviklingsbildet</b>	kartleggingsverktøy	

<b>FASE2: ANALYSERE OG LEGGE STRATEGIER</b>	UiT v/ RESULT bidrar i analysearbeidet Flere nivå i kommunene kobles inn for å legge strategier	Nord-Troms Studiesenter / rådmenn i medvirkende kommuner
<b>FASE 3: TILTAK:</b>	Kompetanseplan iverksettes av utdanningsaktører lokalt i samarbeid med fagskoler, høyskoler, universitetet etc.	Nord-Troms Studiesenter koordinerer arbeidet

I fase 1 og 2 ble det gjennomført et betydelig kartleggings – og analysearbeid som kommunenes helse- og omsorgsetater, Nord-Troms Studiesenter og UiT Norges arktiske universitet /RESULT samarbeidet om. Det foreligger en fyldig rapport etter fase 2: «Varsel om en mulig krise», se vedlegg.

I rapporten gis en todelt presentasjon av resultatene. I kapittel 2 til 5 presenteres og drøftes resultatene for de seks kommunene samlet. I del to angis tallene for hver enkelt kommune, slik at de som ønsker dette kan gå nærmere inn på disse.

#### Hovedfunn fra rapporten:

- Antall medarbeidere i sektoren som nærmer seg pensjonsalder er uforholdsmessig stor. Av de nesten 1000 ansatte i denne sektoren i regionen, er over 40 % passert 50 år.
- Innslaget unge voksne under 25 år er faretruende lavt. I tillegg er gjennomsnittlig pensjonsalder innen helse- og omsorgssektoren i regionen 58 år.
- Sektoren preges, ikke uventet, i for stor grad av en deltidsprofil. Deltidsarbeid har åpenbare fordeler for mange, men gjør det samtidig vanskelig å rekruttere ekstern, kompetent arbeidskraft.
- Videreutdanningsaktiviteten er forholdsvis lav, og hver femte ansatte i helse- og omsorgssektoren er ufaglært.
- Det mest akutte problemet fremover er å sikre tilstrekkelig antall helsefagarbeiderne. Nord-Troms-kommunene står derfor overfor betydelige utfordringer når det gjelder rekruttering og kvalifisering av medarbeidere innen helse- og omsorgstjenestene. Grep måtte tas, og konkretiseringen av arbeid med å mobilisere, rekruttere og utvikle kompetansemedarbeidere i helse- og omsorgssektoren ble gjennomført i fase 3. Dette som følge av at samtlige kommunestyre gjorde tilnærmet likelydende vedtak våren 2015 om å videreføre prosjektet:

- *Kvæningen kommunestyre ønsker å videreføre prosjektet over i en iverksettelsesfase, fase 3.*
- *Prinsippene om medvirkning og medinnflytelse ivaretas ved at Rådmannen i dialog med HTV oppretter en bredt sammensatt arbeidsgruppe internt i kommunen.*
- *Nærmere om sammensetning, antall mv. overlates til rådmannen i samarbeid med partene.*
- *Kvæningen kommunestyre forutsetter at arbeidet i fase 3 skjer som et interkommunalt samarbeid og at Nord-Troms studiesenter inngår i dette samarbeidet.*
- *Prosjekteier lokalt er rådmannen, interkommunalt er prosjekteier rådmannsutvalget.*
- *Kvæningen kommunestyre forutsetter at medvirkning og medinnflytelse ivaretas også på det interkommunale nivået.*

Fase 3 er gjennomført og Regional rekrutterings- og kompetanseplan 2016–2020 | Helse- og omsorgsområdet i Nord-Troms legges fram til behandling. I tillegg foreligger en egen tiltakspakke som retter seg særskilt mot helsefagarbeiderne som gruppe, jfr pkt 2 under.

Organisering I henhold til K-styrenes vedtak i 2015 har arbeidet vært organisert med rådmannsutvalget som styringsgruppe. Helse – og omsorgslederne har inngått i regional arbeidsgruppe som har jobbet direkte mot prosjektledelsen i Nord-Troms Studiesenter og ledet arbeidet inn i egen sektor. Hver kommune har en intern arbeidsgruppe sammensatt slik at medvirkning er ivaretatt slik K-styrene ba om.

## **1 Regional rekrutterings- og kompetanseplan 2016–2020 | Helse- og omsorgsområdet i Nord-Troms**

Regional rekrutterings - kompetanseplan oppsummer hovedmomenter og sentrale føringer kommet fram i kartleggingen. Den beskriver strategier for rekruttering, mobilisering og kompetanseutvikling, og prioriterer satsingsområder og konkretiserer tiltak på lang og kort sikt.

### Rekruttering

Her beskrives former for tiltak som kan bidra til å styrke rekrutteringen til helse- og omsorgssektoren. Helsefagarbeiderløftet er et av tiltakene, beskrevet i Rekrutterings – og kompetanseplanenes kap 4.1. Egen tiltakspakke er utarbeidet i hht til dette punktet.

### Mobilisering

Her beskrives former for tiltak som kan bidra til å få den kompetansen som faktisk finnes i kommunens helse- og omsorgssektor satt i spill. Tverrfaglighet, bruk av interne ressurser i hele helse- og omsorgssektoren, ledelse og motivasjonsarbeid inngår her. Det vises til planens kap 4.2

Kompetanseutvikling Ved siden av rekruttering og mobilisering av kompetanse, er også utvikling av kompetanse egen tematikk. Kompetanseutvikling i form av kurs og studier skal være målrettet i forhold til kommunenes behov, og det må tilrettelegges på best mulig måte for at medarbeidere kan tilegne seg nødvendig kompetanse. Det vises her til planens kap 5 og 7.

Det vises også til planens kapittel om hvilken forståelse av kompetanse som legges til grunn.(kap 2)

## **Økonomiske rammebetingelser i Regional rekrutterings- og kompetanseplan 2016–2020 | Helse- og omsorgsområdet i Nord-Troms**

Det vises til kap 6 i planen der man finner felles regionale retningslinjer som grunnlag for en enhetlig praksis. Kommunene har imidlertid også ulike utfordringer som innebærer at det må gjøres skjønnsmessige vurderinger i hver enkelt situasjon. Prinsippene som legges til grunn gjelder for gjennomføring av tiltak i denne planen, og er ikke av generell art.

Hvis en ser på tiltak under strategien *mobilisering*, dreier det seg i stor grad om nettverksbygging regionalt og motiverende arbeid innad i organisasjonen. Dette vil kreve tidsressurs og i noen tilfelle kostnader til vikar, mens direkte utgifter gjerne dekkes av ekstern samarbeidspart.

Strategien *rekruttering* vil kunne ha direkte økonomiske konsekvenser, f eks ved omgjøring av stillinger fra ufaglærte til faglærte, stipendordninger etc.,

Tiltak for *kompetanseutvikling* vil i varierende grad ha kursavgift, reiseutgifter og vikarutgifter. Det vil for hvert tilbud beskrives ressursbruk, slik at kommunen ved vurdering av deltakelse, vet hvilke kostnader det medfører.

Kurs - og reiseutgifter er en utgiftspost som begrenses ved at tiltakene gjennomføres i regionen.

Fylkesmannen i Troms er en viktig part som medfinansierer tiltak. Nord- Troms Studiesenter yter ressurser gjennom planlegging og gjennomføring av studier, oppfølging av nettverk og direkte støtte til enkelte tiltak. Det kan også søkes om midler fra andre eksterne partnere for enkelte satsingsområder.

Kommunens finansiering av tiltakene i rekrutterings – og kompetanseplanen må hensyn tas i budsjettprosessen i kommunene, og må vurderes for hver enkelt kommune ut fra behov.

## **2 Helsefagarbeiderløftet i Nord-Troms – regional tiltaksplan**

Helsefagarbeiderløftet er en satsing innenfor strategien rekruttering. Tallene fra kartleggingsarbeidet viste at omtrent 40 % av arbeidsstokken i regionen er helsefagarbeidere. Av disse er litt over 40 % over 50 år.

Tiltaksplanen prioriterer følgende områder:



- Felles regionale tiltak for permisjon, stipend, bindingstid og kompensasjonstillegg
- Felles regional strategi for lærlinger/vekslingslærlinger
- Utdanningsmuligheter i Nord-Troms
- Lokale tiltak i regionen

## Vurdering

Nord-Troms-kommunene står overfor store utfordringer knyttet til å sikre seg framtidig kompetent arbeidskraft, for å produsere kvalitativt gode tjenester innenfor flere tjenestegrener, spesielt innenfor helse – og omsorgsfeltet.

Arbeidet med regional rekrutterings – og kompetanseplan er en viktig og avgjørende satsing for å møte konkrete oppgaver og for å stå sterkere i kampen om kompetansen. Gjennom kartlegging, utforming av strategier og tiltak, er det etablert nettverk internt i kommunene og regionalt. Prosessen har gitt en felles forståelse for utfordringer regionen står overfor, og at det i store trekk er like utfordringer i samtlige kommuner. Planen er et langsiktig styringsdokument og har satt rekruttering, mobilisering og kompetanseheving i en sammenheng. Tiltaksdelen gjelder 2016-17, og skal rulleres våren 2017.

Å jobbe regionalt med et felles løft har gitt flere positive effekter. I tillegg til selve plandokumentet har man skapt gode samarbeidsarenaer som vil bidra til å følge opp planens intensjoner og tiltak framover. Det regionale ledernetverket av helse – og omsorgsledere (arbeidsgruppa) videreføres og vil være det operative leddet for å gjennomføre planen i samarbeid med Nord-Troms Studiesenter. De er også omforent i forståelsen av at den regionale planen er et godt styringsdokument, som ivaretar enkeltkommunenes behov. Dersom enkeltkommuner ser behovet for å supplere, vil det komme som et vedlegg, ikke ved å utforme et nytt plandokument.

Planen har vært bearbeidet og drøftet i alle kommuner, i rådmannsutvalget og i den regionale arbeidsgruppa. Arbeidet har vært forankret i de lokale, kommunevise arbeidsgruppene og dokumentet har vært til høring i alle kommunene. Denne forankringen og tydelige avklaring av ansvarsforhold vil gi en oppfølgingskraft som sikrer at tiltakene i planen vil bli gjennomført, og at evaluering og rulling skjer, noe som kan være en utfordring når seks kommuner skal samarbeide.

Utfordringene som her er skissert, er ikke spesielle bare for Nord-Troms. De fleste distriktskommuner er i samme situasjon. Det medfører at det vil bli en stor kamp i framtida for å rekruttere medarbeidere til helse – og omsorgssektoren. At regionen har gått sammen om å møte disse utfordringene og kommer tidlig på banen, vil være et fortrinn. Det skaper større synlighet og hvis man lykkes, også større attraktivitet for potensielle søkere. Kommunene i regionen vil framstå som mer robuste, dyktige og aktive i møtet med utfordringene.

Felles satsing gir også mulighet for å samarbeide om ressurser. Det kan være etablering av fagteam, samarbeide om spisskompetanse, legge til rette for faglig utvikling og kompetanseheving. Koordinering av sistnevnte vil bidra til volum slik at tilbud legges til regionen, noe som er kostnadseffektivt. Kompetansesatsingen blir målrettet og forutsigbar, og man unngår at tilfeldige

kurstilbud styrer kommunens satsing. Reise – og oppholdskostnader reduseres når tilbud kommer lokalt, og det er ofte lettere å delta når man ikke trenger å reise bort. Den målrettede satsingen vil på sikt bidra til å løse oppgaver og ha en positiv effekt på tjenesten og pasientene.

Uit  
NORGES  
ARKTISKE  
UNIVERSITET

Septentrio Reports  
2016:2

# Levende studie – og læringssentra?

Varsel om en mulig krise

Rapport nr. 4 fra prosjektet "Utdanning for utvikling –  
studie- og læringssentrenes rolle og funksjon".  
RESULT (Ressurssenter for Undervisning, læring og teknologi).  
Uit Norges arktiske universitet

NORD-TROMS  
STUDIESENTER



**UiT The Arctic University of Norway – 2016**

Phone no.: 77 64 40 00  
Email: [postmottak@uit.no](mailto:postmottak@uit.no)  
Web: <http://uit.no/>

**Septentrio Academic Publishing**

<http://septentrio.uit.no/>

Septentrio Reports, number 2, 2016

ISSN: 2387-4597

DOI: <http://dx.doi.org/7.3741>

How to cite this report: <http://dx.doi.org/10.7557/7.3741>

Licensee UiT The Arctic University of Norway

This Open Access report is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0  
International License: <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



# Varsel om en mulig krise

Kompetansebeholdningen i helse- og omsorgsektoren  
i Nord-Troms kommunene

Gunnar Grepperud, Ådne Danielsen & Gunilla Roos

Rapport nr. 4 fra prosjektet: «Utdanning for utvikling – studie- og læringsentrenes rolle og funksjon»

# Innholdsfortegnelse

1. Om kompetanseprosjektet.....	5
1.2 Hvorfor et slikt prosjekt?.....	7
1.2.1 Utfordringer i helse- og omsorgssektoren .....	7
1.2.2 Kompetanse som strategisk innsatsfaktor i kommunene .....	9
1.3 Om kartleggingen .....	11
2. Kompetansebeholdningen for regionen samlet .....	13
2.1 Antall stillinger og stillingsprofil .....	13
2.2 Grunnutdanningsprofil .....	17
2.3 Videreutdanningsbeholdningen .....	18
2.4 Heltid/deltid .....	23
2.5 Alder .....	25
3. Noen kompetanseutfordringer til helse- og omsorgssektoren i Nord - Troms.....	29
3.1 Aldersutfordringen .....	29
3.2 Deltidsutfordringen .....	30
3.3 Belastningsutfordringen.....	30
3.4 Kompetanseutfordringen .....	30
3.5 Attraktivitetsutfordringen og kampen om arbeidskraften.....	32
4. Fra kartlegging til konkret handling - noen innspill til strategier og tiltak.....	33
4.1 Noen mulig tiltak.....	33
4.2 Veien videre .....	37
5. Studiesenteret som kompetansemotor .....	39
Kommuneoversikter .....	41
Kvænangen kommune .....	42
Kåfjord.....	47
Nordreisa.....	52
Skjervøy.....	58
Storfjord .....	64
Lyngen .....	70

# 1. Om kompetanseprosjektet

Dette er en rapport som viser hovedresultatene fra en kompetansekartlegging innen helse- og omsorgssektoren i Nord-Troms kommunene Kvæangen, Kåfjord, Nordreisa, Skjervøy, Storfjord og Lyngen. Disse kommunene samarbeider gjennom Nord-Troms regionråd.

I januar 2014 vedtok Regionrådet i Nord-Troms en ny strategi for Nord-Troms Studiesenter (NTSS) for perioden 2014-2018.<sup>1</sup> Grunnlaget for strategien ble lagt gjennom en dialog mellom studiesenterets ledelse, studiesenterets styringsgruppe og Nord-Troms regionråd. Det overordnede fokuset var studiesenterets arbeid med strategisk kompetanseutvikling i kommunal sektor og i lokalt- og regionalt næringsliv. Arbeidet med strategisk kompetanseutvikling ble tydeliggjort gjennom at NTSS formulerte følgende mål:

- Inngå i et tettere og mer strategisk samarbeid med kommunene for å møte utfordringene kommuneorganisasjonene står overfor, hva angår rekruttering og tilpasset kompetanse for framtidige behov. Dette betyr blant annet en satsning på profesjonsstudier. Etter- og videreutdanninger innenfor velferdsstatens yrker vil fortsatt være et prioritert område for studiesenterets virksomhet.
- Inngå i et tettere og mer strategisk samarbeid med det private næringslivet og næringskonsulenter (i nettverk) med fokus på tre bransjer:
  - Reiseliv,
  - Havbruk
  - Matvareproduksjon

Kompetansekartleggingen er knyttet til den første målsettingen, nemlig ønsket om at NTSS inngikk i et nærmere samarbeid med kommuneorganisasjonene for å bistå i arbeidet med å kvalifisering og rekruttering av ansatte. Strategien for dette ble utformet av studiesenterets daglige leder, Lisbeth Holm, i nær dialog med regionrådets rådmannsutvalg. Det ble vedtatt at man skulle prioritere helse- og omsorgssektoren og at hensikten med arbeidet skulle være å få et klarere bilde av dagens kompetansebeholdning i samtlige av regionens seks kommuner. Gjennom dette skulle man så sette inn tiltak både på kort og lang sikt og med utgangspunkt i nåværende og fremtidige utfordringer.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Nord-Troms Regionråd, Sak 10-14

<sup>2</sup> Vedtatt i sak 17/14, 24.mars 2014

Følgende faser i arbeidet ble skissert:

FASENE	MULIGE AKTØRER	ANSVAR
<p>FASE 1: TEGNE KARTET</p> <p>Kartlegge behovet, beholdningen og utviklingsbildet</p>	<p>UiT v/ RESULT bidrar i kartleggingsarbeidet og påtar seg ansvar med å utarbeide et enkelt kartleggingsverktøy</p>	<p>Nord-Troms Studiesenter/ rådmenn og arbeidsgruppe i medvirkende kommuner</p>
<p>FASE2: ANALYSERE OG LEGGE STRATEGIER Hvis vi skal løse dette, må vi...</p>	<p>UiT v/ RESULT bidrar i analysearbeidet</p> <p>Flere nivå i kommunene må kobles inn for å legge strategier</p>	<p>Nord-Troms Studiesenter / rådmenn og arbeidsgruppe i medvirkende kommuner</p>
<p>FASE 3: TILTAK: Dette må gjøres fordi (begrunnelsen)</p> <p>Kompetansetiltak iverksettes</p>	<p>Kompetanseplan iverksettes av utdanningsaktører lokalt i samarbeid med fagskoler, høyskoler, universitetet etc</p>	<p>Nord-Troms Studiesenter koordinerer arbeidet</p>

Ved utgangen av 2015 var fase 1 og 2 gjennomført. Som del av fase 1 ble det avholdt to seminarer, Helsedag 1 som ble avholdt 26.mai og Helsedag 2 som ble avholdt den 8.oktober. Her ble noen foreløpige resultater lagt frem.

I november 2014 var kartleggingen gjennomført og resultatene analysert og i løpet av våren 2015 ble dette presentert for regionrådet samlet, for regionrådets rådmannsutvalg og for fem av kommunestyrene. Resultatene har også vært presentert for Fylkesmannen i Troms og KS Troms.

Prosjektet har vært ledet av Nord-Troms studiesenter v/Lisbeth Holm. I den oppnevnte arbeidsgruppa satt følgende personer:

Gro Karlstrøm, Kvæningen

Bodil Mikkelsen, Nordreisa

Tommy Arne Hansen, Skjervøy

Magnhild Grønvoll, Lyngen

Kirsti Blomli, Kåfjord

Anne Lena Dreyer, Storfjord



Førsteamanuensis Ådne Danielsen og professor Gunnar Grepperud, begge fra Ressurscenter for undervisning, læring og teknologi (Result), UiT Norges arktiske universitet, har bistått prosjektleder og arbeidsgruppe med gjennomføring av kartleggingen, systematisering av data og innspill/veiledning i arbeidet med å sette i verk relevante kompetansetiltak.

I denne rapporten gis en todelt presentasjon av resultatene. I kapittel 2,3,4 og 5 presenteres og drøftes resultatene for de 6 kommunene samlet. I del to angis tallene for hver enkelt kommune, slik at de som ønsker dette kan gå nærmere inn på disse. Som det vil framgå av tabellene er tendensene både klare og utfordrende. Slik sett bereder det statistiske materialet grunnen for prosjektets fase 3.

## 1.2 Hvorfor et slikt prosjekt?

### 1.2.1 utfordringer i helse- og omsorgssektoren

Bakgrunnen og begrunnelsen for dette prosjektet er primært knyttet til de utfordringer de seks Nord-Troms-kommunene står overfor innen helse- og omsorgssektoren både på kort og lang sikt og med utgangspunkt i lokale forhold og nasjonale utviklingstrekk.

Sett ut fra situasjonen i Nord-Troms kommunene er ett av de kortsiktige behovene å sikre at man er i stand til å opprettholde kvaliteten på det tilbudet man gir i dag. To forhold gjør at dette ikke gir seg selv; tilgang på kvalifisert arbeidskraft og økonomi.

Det har over tid vist seg at det ikke er helt enkelt å rekruttere kvalifisert personale til alle typer stillinger. En særlig utfordring er knyttet til å få tilstrekkelig med søkere til de mange deltidsstillinger som også helse- og omsorgssektoren i Nord – Troms preges av. Diskusjonene i arbeidsgruppa tilsier at jo mer man baserer virksomheten på deltidsstillinger, jo mer avhengig vil man være av at de voksne, bofaste i regionen både vil søke og har den riktige kompetansen for de ledige jobbene. Til dette bildet hører også at aldersgruppen 20 - 39 år, som vurderes som en kritisk faktor for tilvekst, utgjør en stadig mindre andel av kommunenes innbyggere. Derimot øker andelen av denne aldersgruppen i de nord-norske vekstsentra. Denne utviklingen tilsier større konkurranse om den produktive og kompetente arbeidskraften, en konkurranse som stiller de mindre kommunene overfor særlig store utfordringer.

Behovet for nyrekruttering øker både ved at gjennomsnittsalderen for de ansatte innen helse- og omsorgssektoren blir stadig høyere og fordi det framover vil være behov for langt flere ansatte innen sektoren enn tilfellet er i dag. En estimering av fremtidig tjenestebehov i årsverk pr.1000 innbyggere i yrkesaktiv alder, dvs. mellom 20-66 år viser for eksempel at det vil øke med 8 årsverk i perioden 2013-20 og 38,8 årsverk fram til 2040. En ikke uvesentlig del av denne økningen skyldes den demografiske endringen i befolkningen med flere eldre med lengre levealder. I NORUT- rapporten «Attraktive lokalsamfunn og arbeidsmarkedsregioner i Nord-Norge» angis et konservativt estimat som tilsier at man i Nord-Norge vil ha behov for 11 000 flere sysselsatte innen helse- og omsorgssektoren i 2030.<sup>3</sup> Dette er

---

<sup>3</sup> Angell, E. mfl.2013. *Attraktive lokalsamfunn og arbeidsmarkedsregioner i Nord-Norge*, s. 130. Norut Alta Rapport 2013:7

en utvikling utdanningssystemet neppe er i stand til å møte med den kapasitet og de utdanningsmodeller man i dag legger til grunn. Beregninger basert på dagens kapasitet tilsier at vi nasjonalt sett i 2035 vil ha en underdekning på 28 000 sykepleiere og 57 000 helsefagarbeidere.<sup>4</sup>

I en større kartlegging av sykepleiere ved sykehjem og hjemmetjenesten i regi av Norsk Sykepleieforbund ble bl.a. følgende spørsmål stilt: "Dersom du var eldre og pleietrengende, kunne du tenkt deg å bo på institusjonen du jobber ved i dag?" 47 prosent svarte ja, 25 prosent svarte nei og 29 prosent var usikker. På spørsmålet om hvordan man vurderte kvaliteten på eldreomsorgen den dagens man selv ble gammel svarte 59 prosent at den ville bli dårligere, og 11 prosent at den ville bli bedre.<sup>5</sup> Resultater som dette tilsier at utfordringene ikke bare er knyttet til antall hoder og hender, men vel så mye til kvaliteten på det helse- og omsorgsarbeid som skal utføres. Dette må, ikke minst, sees i sammenheng med at man står overfor en rekke store utfordringer framover som er knyttet til demografiske trekk, alternative tilnærminger til helsemessige utfordringer og til den faglige utviklingen innen helsesektoren. St.meld. nr. 25 (2005-2006) "Mestring, muligheter og mening – framtidens omsorgsutfordringer" peker på fem hovedutfordringer for den kommunale helsetjenesten:<sup>6</sup>

- De nye brukerne, under 67 år
- Økende antall eldre med omsorgsbehov
- Tilgang på omsorgsyttere
- Samhandling og medisinsk oppfølging
- Aktiv omsorg

I rapporten «Framtidens omsorgsbilde- slik det ser ut på tegnebrettet» fremkommer det at kommunene anser tilgangen på omsorgsyttere og de nye brukerne under 67 år som de største utfordringene. I kartleggingen som ligger til grunn for rapporten mener under halvparten av de som har svart at kommunene i meget stor/stor grad vil være i stand til å møte de fem store framtidige omsorgsutfordringene fra St.meld.25. Av de som har mindre tro på at utfordringene blir møtt, er det økonomi og rekruttering av personell som fremheves som de største utfordringene. I samme rapport peker for øvrig forfatterne selv på følgende seks sentrale forutsetninger for at kommunene skal være godt rustet til framtidens utfordringer:<sup>7</sup>

- Det kommunale plansystemet må endres og kapasitet og kompetanse for planlegging må styrkes.
- En udogmatisk vurdering av omsorgsbehovet i forhold til balansen mellom institusjoner og åpen omsorg må gjennomføres og nedfelles i konkrete standarder.
- Familieomsorgens og den frivillige innsatsens rolle må avklares og konkretiseres for å finne en bedre samhandling mellom det offentlige og sivilsamfunnet.
- En nøktern debatt om flere private løsninger som bidragsyttere til det totale bildet, bør finne sted.

---

<sup>4</sup> Sykepleien nr. 7 2015. Hvem skal pleie oss om 20 år?

<sup>5</sup> Sykepleien nr. 7. 2015, s. 51-52

<sup>6</sup> HOD: St.meld. nr. 25 (2005-2006) "Mestring, muligheter og mening – framtidens omsorgsutfordringer"

<sup>7</sup> Disch, P.G. og Vetvik, E. 2009. Framtidens omsorgsbilde- slik det ser ut på tegnebrettet. Rapport nr. 1. Universitetet i Agder og Høgskolen i Telemark

- Kommunenes ressursgrunnlag må styrkes økonomisk og organisasjonsmessig.
- Konkret gjelder det statlige bevilgninger og endret kommunestruktur.
- Omsorgsyrkene må gjøres mer attraktive slik at rekrutteringsoppgaven har utsikter til å lykkes. Konkret gjelder det lønn, arbeidsmiljø og faglig miljø.

Samtidig er helse- og omsorgssektoren en svært ressurskrevende sektor som presser en allerede anstrengt kommuneøkonomi. Dette setter også grenser for hvordan helse- og omsorgssektoren kan drives og utvikles. I avisa "Nordlys" 18. desember 2015 fremkommer det for eksempel at Nord-Troms regionens største kommune, Nordreisa, er havnet på den såkalte ROBEK-lista og må nedbemanne med 30 årsverk for å få økonomien i balanse. I 2018 antar man at kommunens gjeld vil være på 580 millioner kroner.<sup>8</sup> Samme dag viser avisa "Framtid i nord" til at man Kvæningen kommune er nødt til å redusere sitt budsjett med 10 millioner kroner.<sup>9</sup>

### 1.2.2 Kompetanse som strategisk innsatsfaktor i kommunene

Initiativet til dette prosjektet kom opprinnelig fra Nord-Troms studiesenter som gjennom et slikt prosjekt også ønsket å videreutvikle sin rolle som studiesenter. Siden oppstarten i 2006 har NTSS iverksatt en rekke utdanningstilbud, både formelle utdanninger på universitets- og høgskolenivå og kortere kurs. Man har høstet stor anerkjennelse for dette, både lokalt og nasjonalt. Lokalavisa "Framtid i nord" karakteriserte allerede i 2010 virksomheten som en suksess og "et lite mirakel".<sup>10</sup>

NTSS var også ett av de norske studiesentra som ble intervjuet i den norsk/svenske studien av studie- og læringsentra (forkortet til SLS- se rapport nr. 3)<sup>11</sup>. Ett av de forhold det her ble pekt på var at studiesentrene i sitt nærmiljø primært ble oppfattet som en megler og tilbyder, ikke et "verktøy" arbeidslivet kunne ta i bruk for å styrke sitt strategiske kompetansearbeid. Dette ble særlig tydelig i studiesentrenes relasjon til kommunal sektor. Selv om det ble gitt en rekke relevante grunn- og videreutdanningstilbud innrettet mot de såkalte velferdsyrkene, var det bare unntaksvis at disse ble tilbudt som et resultat av et nært samarbeid med aktuell, kommunal etat. De fleste ble etablert på studiesentrenes eget initiativ. Denne noe paradoksale situasjon ble i rapport nr. 3 beskrevet som ett av studiesentrenes store dilemma. Til tross for sin hederlige virksomhet befant studiesentrene seg i et slags vakuum mellom et noe uinteressert utdanningssystem (og da spesielt høyere utdanning) og et forholdsvis uinformert lokalt arbeidsliv (inklusive kommunene som arbeidsgivere) som ikke helt visste hvordan de kunne nyttegjøre seg studiesentrenes kompetanse.<sup>12</sup>

Dette var en situasjon som også preget NTSS sin relasjon til de kommunene man var satt til å betjene. Gjennom å initiere det kompetanseprosjektet som er beskrevet innledningsvis, ønsket NTSS å utvide sin tradisjonelle rolle slik at den også omfattet strategisk kompetansearbeid i samarbeid med offentlig

<sup>8</sup> "Nordlys", 18. desember 2015, "Frykter det verste"

<sup>9</sup> "Framtid i nord", 18 desember, "Vil skjære ned med 10 millioner" [http://www.framtidinord.no/nyheter/2015/12/18/Vil-skj%C3%A6re-ned-med-10-millioner-11938198.ece#cxrecs\\_s](http://www.framtidinord.no/nyheter/2015/12/18/Vil-skj%C3%A6re-ned-med-10-millioner-11938198.ece#cxrecs_s)

<sup>10</sup> [http://ntss.no/side.asp?id=om\\_oss\\_oss\\_i\\_media](http://ntss.no/side.asp?id=om_oss_oss_i_media)

<sup>11</sup> Grepperud, G., Danielsen, Å. og Roos, G. 2015. *Levende studie- og læringsentra. Utviklingstrekk og utfordringer*. Sepentrio Reports, nr. 3. UiT Norges arktiske universitet.

<sup>12</sup> Som note 11, kap.11

sektor. Dette arbeidet er i andre sammenhenger definert som en av studiesentrene tre hovedoppgaver, ofte beskrevet som "kompetansemotorfunksjonen" (se rapport nr. 1).<sup>13</sup>

Nødvendigheten, og relevansen, av en slik rolle er nært knyttet til oppfatningen om at mange kommuner, spesielt såkalte utkantkommuner, vil ha behov for hjelp og støtte for å ivareta kompetanseoppgaven i årene framover. På den ene siden pekes det av flere på at rekruttering og kvalifisering med nødvendighet må få større plass i årene som kommer.<sup>14</sup> I KS sin arbeidsgivermonitor for 2014 heter det blant annet:<sup>15</sup>

*Kommuner og fylkeskommuner ser kompetanseutvikling og mobilisering av kompetanse som en av de største arbeidsgiverutfordringene framover.*

I samme monitor hadde Storfjord og Nordreisa kommuner gitt sine vurderinger av hvilke arbeidsgivertema som man mente utfordret kommunene. Når det gjelder kompetanseutvikling og kompetansemobilisering sa man fra Storfjord at dette var meget utfordrende, mens Nordreisa beskrev det som «ganske utfordrende». Når det gjaldt rekruttering til stillinger var det helsefagarbeiderne man i Storfjord var mest bekymret for, mens det var ingeniør – og økonomistillingene man var minst bekymret for. I Nordreisa er det blant annet rekruttering til stillinger innen helse- og omsorg man var mest bekymret for. Dette omfattet helsefagarbeidere, sykepleiere, vernepleiere og spesialsykepleiere.

Samtidig påpekes det at både norske og nord - norske kommuner i varierende grad arbeider med og prioriterer rekrutterings- og kvalifiseringsarbeidet.<sup>16</sup> En analyse av "Kompetansereformen" i Norge 13 år etter at den ble "sjøsatt", tyder i hvert fall på at norske kommuner som arbeidsgivere hverken kan sies å ha vært noen pådrivere eller innovatører for å styrke sine ansattes kompetanse.<sup>17</sup> En viktig delproblemstilling i dette prosjektet var derfor om, og hvordan, et regionalt studiesenter kan være en konstruktiv bidragsyter i arbeidet med å plassere kompetanse- og kvalifiseringsarbeidet høyere på den kommunale dagsorden.

---

<sup>13</sup> Danielsen, Å., Grepperud, G. og Roos, G. 2015. Levende studie- og læringsentra. Funksjoner og framvekst. *Sepentrio Reports nr. 2. 2015*. UiT Norges arktiske universitet.

<sup>14</sup> Brandén, G. mfl. 2011. 39000 anställningar till och med 2020. En studie av rekryteringsbehovet i Västerbottens län. *CERUM Report Nr. 26/2011*; Se også Angell mfl. 2013

<sup>15</sup> KS. 2014. Kommunesektorens arbeidsgivermonitor, s.17. <http://www.ks.no/globalassets/vedlegg-til-hvert-fagomrader/arbeidsgiver/arbeidsgiverpolitikk/arbeidsgivermonitor-2014.pdf?id=2443>

<sup>16</sup> Se også Angell mfl., note 3

<sup>17</sup> Grepperud, G. m.fl. 2010. *Kunnskapssamfunnet. Hva vil vi med voksnes kvalifisering?* Gyldendal Akademisk. Oslo

### 1.3 Om kartleggingen

Kartleggingsprosjektet ble styrt av den nedsatte arbeidsgruppa. Forskerne har primært hatt en rådgivende funksjon, samt påtatt seg arbeidet med å bearbeide og analysere de data som ble samlet inn. Arbeidet har altså ikke utgangspunkt i en forskerinteresse, men i en ren praktisk interesse hvor sentrale aktører innen helse- og omsorgssektoren ønsket mer og bedre innsikt i kompetansesituasjonen i sine respektive kommuner.

For arbeidsgruppen var det en forutsetning at en kartlegging av kompetansebeholdningen i Nord-Troms regionen måtte kombinere enkelhet med tilstrekkelig informasjon. Den måtte ikke inkludere flere variabler enn nødvendig, og de som ble inkludert måtte være de mest relevante ut fra formålet med arbeidet, nemlig at arbeidsgiver fikk gode oversikter over «tingenes tilstand». Når arbeidsgruppen helt fra starten av la vekt på dette, kan det bl.a. forklares med tidligere erfaringer med kompetansekartlegginger, både av nasjonal og lokal karakter. Det ble bla. pekt på at slike arbeider ble for omfattende og komplekse og at de rapporter som ble publisert i liten grad blir lest og i enda mindre grad blir lagt til grunn for planlegging og satsing på kompetanseutvikling. På mange måter ble slike rapporter ansett som en form for "akademisk øvelse" med liten relevans for eget daglig arbeid.

Arbeidsgruppa kom fram til at følgende forhold (variabler) ville være av særlig interesse for dem som ledere innen helse- og omsorgssektoren; alder, stilling, grunnutdanning, videreutdanning og stillingsandel. Det ble utformet et enkelt kartleggings skjema som ble administrert og /eller fylt ut av arbeidsgruppas medlemmer. Dette hadde i seg selv en positiv effekt. Først og fremst ved at det styrket gruppas eierskap til selve kartleggingen, men også fordi det åpenbart bidro til en dypere erkjennelse av de utfordringer man stod overfor.

10. november 2014 ble et første utkast til analyse av kartleggingsresultatene sendt arbeidsgruppa. På bakgrunn av kommentarene ble ytterligere data registrert fram til 18. november. Samlet sett ble det registrert 939 stillinger (jf. tabell 2.1) for de seks Nord-Troms kommunene. Det er i etterkant også kommet til et fåtall nye registreringer, men disse er ikke inkludert i kartleggingen. For enkelte av kommunene blir tallene forholdsvis små, men for sammenlikningens skyld har vi også angitt svarene i prosent.

## 2. Kompetansebeholdningen for regionen samlet

### 2.1 Antall stillinger og stillingsprofil

I tabell 2.1 gis en oversikt over antall stillinger som er registrert innenfor helse- og omsorgssektoren i Nord-Troms fordelt på kommunene.

Tabell 2.1. Registrerte stillinger innen helse- og omsorgssektoren i Nord-Troms. Antall og prosent.

Kommune	Antall	Prosent
Storfjord	95	10.1
Kåfjord	103	11.0
Lyngen	225	24.0
Skjervøy	144	15.3
Nordreisa	288	30.7
Kvænangen	84	8.9
Totalt	939	100

Til sammen er det registrert 939 stillinger. Det reelle tallet er noe større. Fire av kommunene har for eksempel ikke registrert legestillingene. For fire av kommunene, Lyngen Kvænangen og Storfjord, er det dessuten et mindre antall andre stillingskategorier som ikke inngår i kartleggingen.<sup>18</sup> Samlet sett ligger nok antallet ikke langt unna 1000 stillinger.

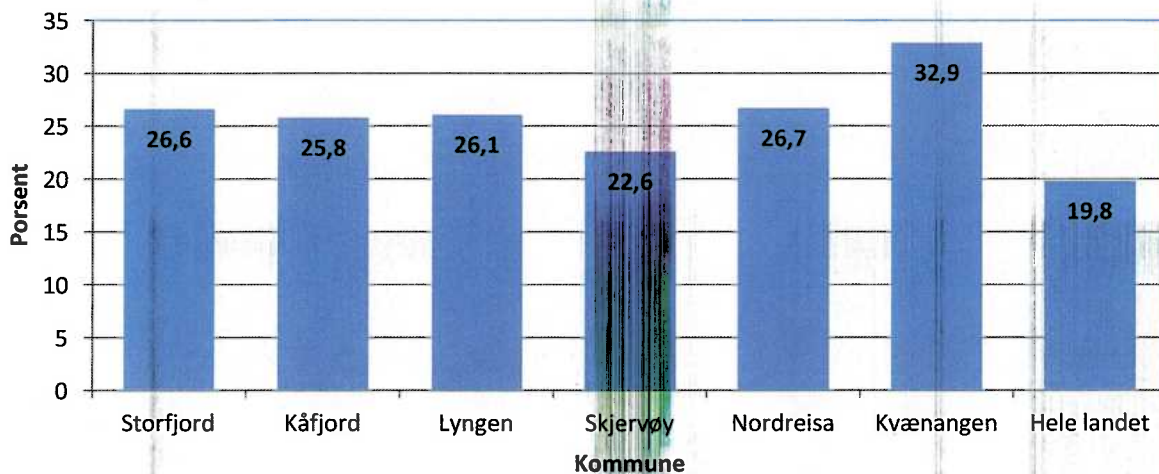
Helse- og omsorgssektoren er det største virksomhetsområde i Nord-Troms. En oversikt fra 4. kvartal 2011 viser for eksempel at ansatte innen helse- og omsorg utgjorde om lag 28 prosent av alle sysselsatte i kommunene. Til sammenlikning utgjorde ansatte innen skole- og undervisning 10 prosent av de sysselsatte, mens andelen innen fiske/fiskeindustri/ oppdrett/ nye marine arter lå på om lag 9 prosent.<sup>19</sup>

Andelen sysselsatte innen helse- og omsorgssektoren for Nord-Troms ligger langt over landsgjennomsnittet for kommunene som er om lag 20 prosent. Tallene for de enkelte Nord-Troms kommunene er følgende når det gjelder andelen av ansatte innen helse-omsorgssektoren år 2014:<sup>20</sup>

<sup>18</sup> Fra Kvænangen er det ikke angitt stillinger for rus og psykiatri og helsesøster, fra Storfjord er det ikke angitt stillinger tilknyttet «Helsehuset» (lege, fysioterapeut, helsesøster etc). For Kvænangen inkluderes ikke 10 ledige (deltids-)stillinger uten stillingsangivelse, det samme er tilfelle for Kåfjord for 14 ledige stillinger i tilknytning til helgevakter. Disse er mellom 13-18 prosent med arbeid hver 3. For Lyngen mangler 2,96 årsverk fordelt på 5 personer innen renhold og 2 årsverk fordelt på 3 personer innen barnevern.

<sup>19</sup> Roos, G., Danielsen, Å., og Grepperud G. 2015. *Levande studie- og lærcentra? Lokalsamhällets tilstånd*. Sepentrio Reports nr. 3. UiT Norges arktiske universitet.

<sup>20</sup> Prosent av alle sysselsatte i kommunene, både innen privat og offentlig sektor. Kilde: SSB 2014. *Statistikkbanken/Arbeid og lønn/Sysselsetting registerbasert/Sysselsatte per 4. kvartal etter bosted, arbeidssted, kjønn, alder og næring (Tabell 0784) og Sysselsatte per 4. kvartal etter bosted, arbeidssted, næring og sektor (Tabell 07979)*.



Figur 2.1. Prosent sysselsatte innen helse- og omsorgssektoren for kommunene i Nord-Troms år 2014.

Oppsummert viser tallene at helse- og omsorgssektoren ikke bare er viktig for å ivareta innbyggernes helse, det utgjør også en betydelig del av arbeidsmarkedet i regionen. Å sikre stillinger og kompetanse innen sektoren er derfor på alle måter et bidrag til bærekraftige og levende lokalsamfunn.

I tabell 2.2 gis en oversikt over hvordan de ulike stillingene innen sektoren fordeler seg. For oversiktens skyld er stillingene inndelt i 15 kategorier. Det er tre stillinger/yrkesgrupper som dominerer; helsefagarbeiderne, assistentene og sykepleierne. Til sammen utgjør disse om lag 70 prosent av stillingene. Helsefagarbeiderne (som her omfatter hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og helsefagarbeidere) er den suverent største gruppen med sine 40 prosent av alle stillingene i sektoren.

Tabell 2.2. Typer stillinger innen helse- og omsorgssektoren i Nord-Troms. Antall og prosent.<sup>21</sup>

Stilling	Antall	Prosent
Helsefagarbeidere	382	40.7
Assistenter	140	14.9
Sykepleiere	130	13.8
Leder/avd. ledere	51	5.4
Spesialsykepleiere*	40	4.3
Adm. stillinger	33	3.5
Vernepleiere	27	2.9
Hjemmehjelpere	27	2,9
Miljøarbeidere**	26	2,8
Pleiemedhjelpere	23	2.4
Fysio/ergo/aktivitører	15	1.6
Kjøkkenpers.***	13	1.4
Leger/overleger****	12	1.3
Andre stillinger	12	1.3
Støttekontakter	7	0.7
Totalt	939	100

Vi finner noen markante forskjeller mellom kommunene når det gjelder fordeling av stillinger. Kåfjord og Kvæningen har færrest stillingskategorier innen helse- og omsorgssektoren, mens Nordreisa har flest. Variasjonene kan nok primært forklares ut fra folketall og demografisk profil, men også ut fra at noen er tillagt bestemte oppgaver eller at noen oppgaver prioriteres eller løses på forskjellige måter. Til Nordreisa er det for eksempel knyttet et distriktsmedisinsk senter (Sonjatun), mens Skjervøy og Kvæningen synes å ha lagt noe større vekt på hjemmehjelpertjenesten enn de andre kommunene.

I tabell 2.3 er det gitt en oversikt over hvordan de 8 stillingskategoriene med flest ansatte fordeler seg på de seks kommunene.

<sup>21</sup> \*Omfatter alle sykepleiefaglige videreutdanninger, også helsesøster og jordmor

\*\*Omfatter både miljøarbeidere og miljøterapeuter

\*\*\* Omfatter primært kokk

\*\*\*\* Registrert for tre av kommunene, Nordreisa, Skjervøy og Lyngen



Tabell 2.3. Fordeling av 8 stillingskategorier innen helse- og omsorgssektoren i Nord-Troms kommunene. Prosent.

Stillinger/kommune	Storfjord	Kåfjord	Lyngen	Skjervøy	Nordreisa	Kvænangen
Helsefagarbeidere	33.7	43.7	41.3	44.4	39.9	39.3
Assistenter	8.4	25.2	17.8	5.6	13.5	22.6
Sykepleiere	9.5	12.6	9.8	13.9	19.1	13.1
Ledere	8.4	1.9	4.0	6.3	5.6	8.3
Spesialsykepleiere	10.5	6.8	3.6	2.1	3.8	1.2
Administrasjon	2.1	2.9	4.0	2.8	5.2	0.0
Vernepleiere	8.4	1.0	2.7	2.1	3.1	0.0
Hjemmehjelpere	0.0	0.0	3.1	5.6	2.8	4.8

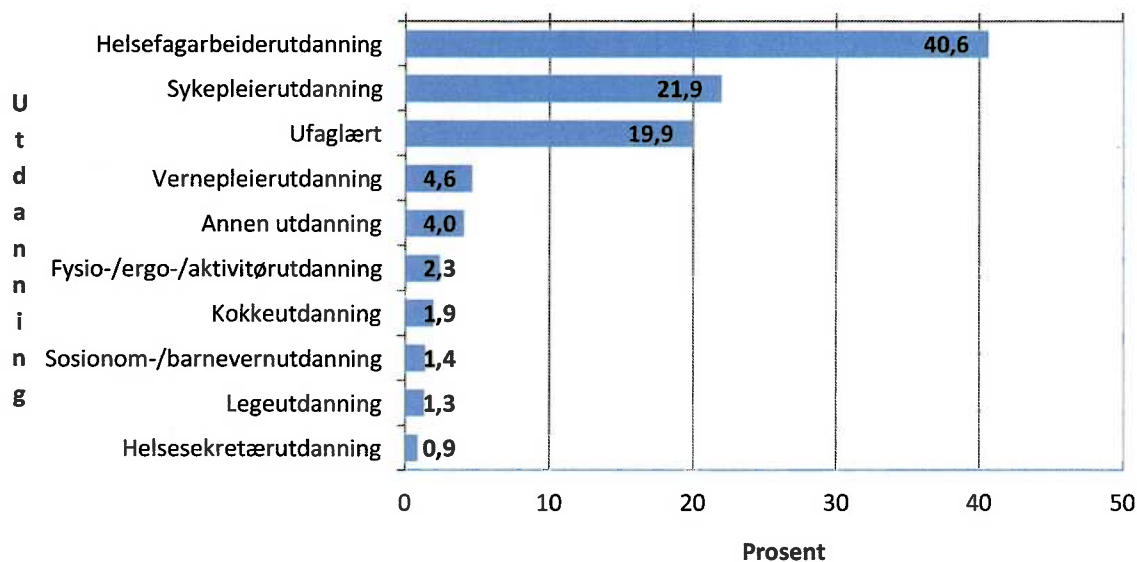
I alle kommuner er helsefagarbeiderne den største yrkesgruppa, men den varierer fra om lag 34 prosent i Storfjord til 44 prosent i Skjervøy, som sammen med Kåfjord og Lyngen har høyest andel stillinger innen denne yrkeskategorien.

Når det gjelder sykepleiere varierer andelen mellom 19 prosent i Nordreisa til ca. 10 prosent i Storfjord og Lyngen. Mellom disse ligger Kåfjord, Skjervøy og Kvænangen med om lag 13 prosent.

Ser vi på assistentgruppa finner vi den største andelen i Kvænangen og Kåfjord hvor den i begge kommuner utgjør nærmere en firedel av stillingene. Skjervøy har den minste andelen med 5.6 prosent.

## 2.2 Grunnutdanningsprofil

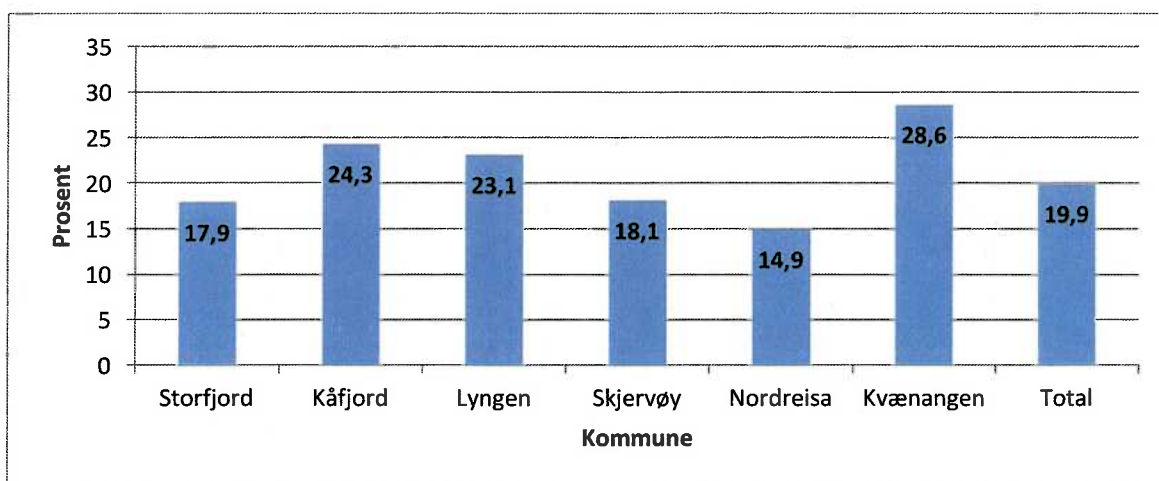
I figur 2.2 gis en oversikt over de ansattes grunnutdanning. Denne følger, naturlig nok, langt på vei stillingskategoriene siden det til de fleste av dem er gitt nasjonale krav og sertifiseringer.



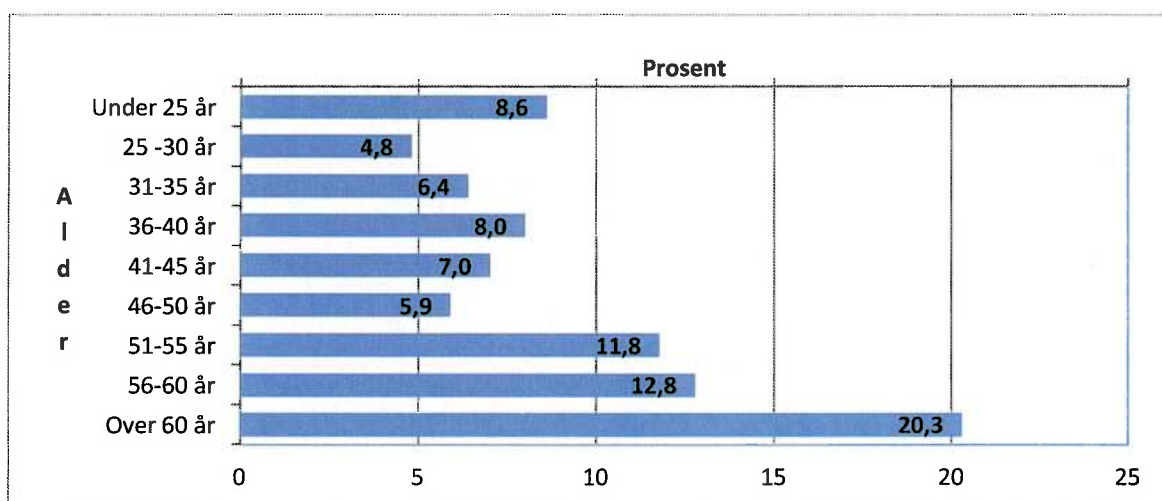
Figur 2.2. Stillingsinnehavernes grunnutdanning innen helse- og omsorgsektoren i Nord-Troms. Prosent.

Den vanligste grunnutdanningen er helsefagarbeiderutdanning fulgt av sykepleierutdanning. De ufaglærte utgjør om lag en femtedel av de ansatte. Disse er primært tilknyttet assistent- og pleiemedhjelperegruppene. I figur 2.3 og 2.4 gis det en oversikt over hvordan de ufaglærte fordeler seg på h. h. vis kommuner og alder.

Når det gjelder fordeling på kommuner er andelen ufaglærte størst i Kvæningen med nesten 30 prosent, mens den er minst i Nordreisa med om lag 15 prosent. Også Kåfjord og Lyngen har en forholdsvis stor andel ufaglærte (begge med nesten 25 prosent).



Figur 2.3. Prosent ufaglærte innen helse- og omsorgssektoren i Nord-Troms.



Figur 2.4. Prosent ufaglærte etter alder innen helse- og omsorgssektoren i Nord-Troms.

Fordelt på alder viser det seg at andelen ufaglærte (jf. figur 2.4), er størst blant de eldste arbeidstakerne. 45 prosent av de ufaglærte er 51 år eller mer, og 20 prosent er over 60 år. Dette innebærer at en forholdvis stor andel av dagens ufaglærte er ute av arbeidslivet i løpet av en 10 – års periode. Denne utviklingen gjør det mulig for kommunene å redusere andelen ufaglærte gjennom en todelt strategi:

- Legge til rette for at flere av dem som dag er "yngre ufaglærte" tilbys relevant utdanning.
- Lyse ut flere stillinger med krav til relevant, formell kompetanse.

## 2.3 Videreutdanningsbeholdningen

Videreutdanning er i denne kartleggingen definert som formell, eksamensrettet utdanning etter avsluttet grunntdanning. Det betyr at alle former for etterutdanning, dvs. kortere kurs eller noe lengre kvalifiseringstilbud som ikke avsluttes med eksamen, er utelatt. Av tilbud som derfor ikke er registrert er

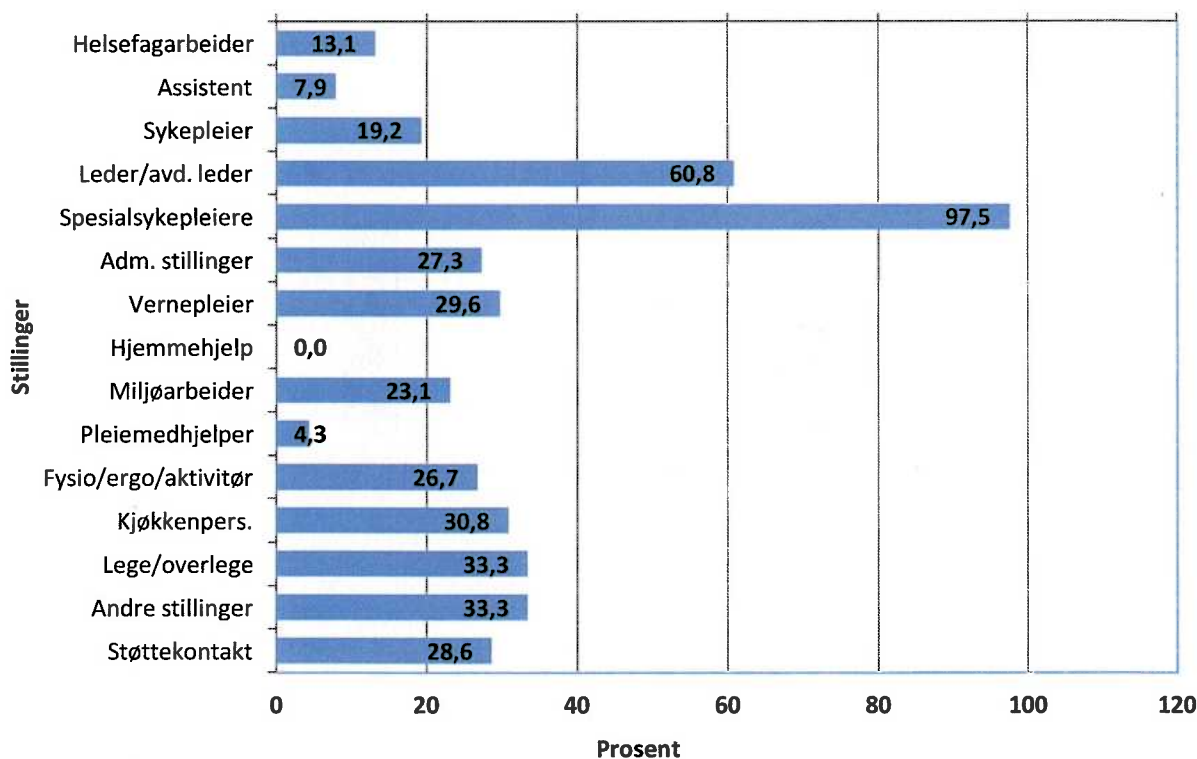
de såkalte ABC-kursene innen demens og eldreomsorg. Dette er såkalte bedriftsinterne tilbud knyttet til Demensplan 2015 og Kompetanseløftet 2015. Opplegget bygger på at det settes sammen selvdrevne, tverrfaglige grupper med fem til åtte deltakere. Disse møtes som regel hver andre eller tredje uke. Her gjennomgås studiehefter som inneholder en rekke eksempler og arbeidsoppgaver. Lyngen kommunen har gitt dette tilbudet til flere av sine ansatte.

Tabell 2.4. Ansattes videreutdanning innen helse- og omsorgssektoren i Nord-Troms. Antall og prosent.

Status	Antall	Prosent
Har videreutdanning	198	21.1
Har ikke videreutdanning	664	70.7
Ikke oppgitt	77	8.2

Av tabell 2.4 fremkommer at om lag en femtedel av de ansatte har en eller flere videreutdanninger. For noen av stillingene, som helsesøster og jordmor, er relevant videreutdanning en forutsetning for å virke i stillingen, for de fleste andre er slik utdanning langt på vei knyttet til frivillighet.

I figur 2.5 er det gitt en oversikt over hvordan videreutdanningene fordeler seg på stillings-kategoriene, dvs. hvor stor andel innen hver kategori som har slik utdanning.



Figur 2.5. Andel innen stilling med videreutdanning innen helse- og omsorgssektoren i Nord-Troms. Prosent.

Om vi ser nærmere på andelen med videreutdanning innen de ulike stillingskategoriene er det naturlig nok spesialsykepleierne som dominerer.<sup>22</sup> For de øvrige sykepleierne er ikke videreutdanningsfrekvensen påfallende stor. Av de andre stillingskategoriene er det lederne som er de mest aktive innen videreutdanning. Godt over halvparten av lederne har gjennomført slik utdanning. Spørsmålet er i hvilken grad videreutdanningene har vært en forutsetning for å få lederstillingene eller i hvilken grad lederstillingene har skapt behov for videreutdanning?

Blant dem som har tatt videreutdanning er det vanligst med en utdanning etter endt grunntdanning, men 77 av de 198 som har formell videreutdanning har tatt flere videreutdanninger, slik det fremkommer av tabell 2.5. Dette er altså ansatte med svært god formell kompetanse.

Tabell 2.5. Antall videreutdanninger blant ansatte innen helse- og omsorgssektoren i Nord-Troms.

Antall videreutd.	1 utdanning	2 utdanninger	3 utdanninger	4 utdanninger eller mer
Antall personer	121	53	19	5

Av disse 77 personene er de fleste å finne innen to stillingskategorier, lederne og spesialsykepleierne. Storfjord, Lyngen og Nordreisa har en forholdsvis stor andel av disse, Kåfjord og Skjervøy svært få.

Til sammen er det for regionen registrert 275 videreutdanninger. I tabell 2.6 er det gitt en oversikt over hvordan disse fordeler seg på fagområder. De dekker til sammen mange virksomhetsområder med psykisk helse/rus/psykiatri som det klart største. Også fag innen ledelse/økonom/administrasjon og eldre/geriatri utgjør mer enn 10 prosent av videreutdanningene. Også de som er i jobb, men samtidig tar relevant grunntdanning, er tatt med her. Det gjelder 21 personer.

---

<sup>22</sup> At andelen videreutdanning for spesialsykepleiere ikke utgjør 100 prosent, skyldes det at det for av disse stillingene ikke er angitt slik utdanning

Tabell 2.6. Type videreutdanninger innen helse- og omsorgssektoren i Nord-Troms. Antall og prosent.

Videreutdanning	Antall	Prosent
Psykisk helse/Rus-psyk	65	23,6
Ledelse/Øk/Adm	37	13,5
Eldre/geriatri	32	11,6
Annet	33	12,0
Er i grunnutdanning	21	7,6
Veiledning/Coaching	18	6,5
Helsesøster	14	5,1
Pedagogiske fag	14	5,1
Kreft	10	3,6
Diabetes	8	2,9
Jordmor	8	2,9
Lindrende omsorg	3	1,1
Vold i nære relasjoner	3	1,1
Akuttsykepleie	2	0,7
Hudsykepleie	2	0,7
Familieterapi	2	0,7
Pediatrik sykepleie	1	0,4
Intensivsykepleie	1	0,4
Operasjonssykepleie	1	0,4
Totalt	275	100

Det er ansatte i 100 prosent stilling som i størst grad også tar videreutdanning, og en nærmere statistisk analyse av tallene viser at jo større stillingsandel man har, jo større er sannsynligheten for at man tar videreutdanning. Sett i lys av den store andelen ansatte innen sektoren som er i deltid (jf. figur 2.8), vil det nok derfor by på utfordringer å øke andelen ansatte med relevant videreutdanning framover.

Tabell 2.7. Prosent med videreutdanning etter heltid/deltid innen helse- og omsorgssektoren i Nord Troms.

Stillingsprosent	<50 prosent	50-75 prosent	75-99 prosent	100 prosent	Totalt
Prosent i stilling	13.1	17.2	12.1	57.6	21.1

Når andelen deltidsansatte med videreutdanning ikke er større kan det forklares med følgende:

- De ansatte ser ikke noe behov for videreutdanning ut fra den jobben de gjør.
- De ansatte prioriterer ikke eget arbeid så høyt at de ønsker å investere mer tid og krefter i det.
- De ansatte ser ikke behov for videreutdanning fordi det ikke vil medføre særlige forbedringer i arbeidssituasjon i form av lønn eller andre goder.
- Det finnes ikke tilstrekkelig gode og relevante videreutdanningstilbud, spesielt for dem som ikke kan følge videreutdanninger på høyere nivå.

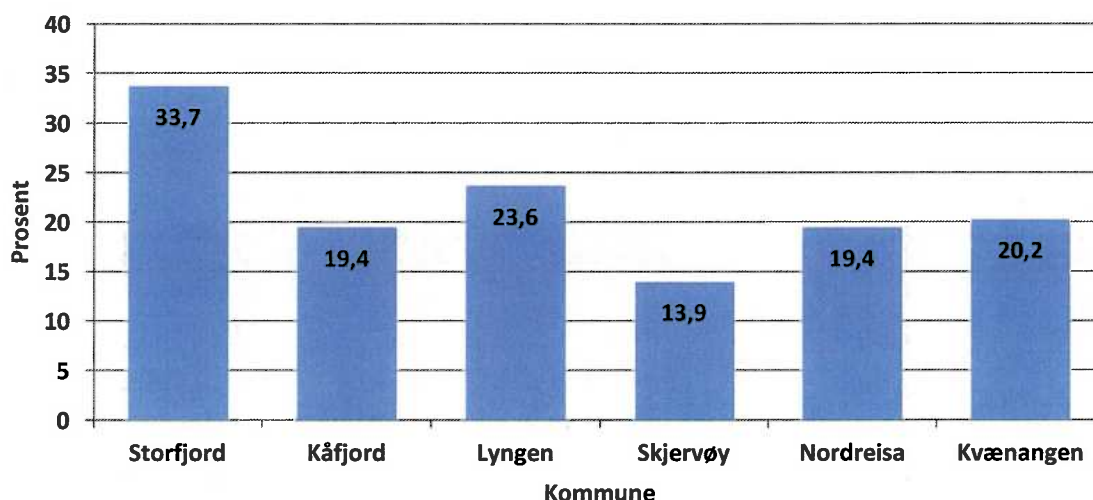
Nå er det neppe stillingsandelen alene som bestemmer videreutdanningsinteressen og – frekvensen. Det henger også sammen med tidligere utdanningsbakgrunn. En forholdsvis stor andel av dem som har gjennomført videreutdanning har da også høyere utdanning som grunnutdanning.

Ser vi på hvilke aldersgrupper som tar videreutdanning (jf. tabell 2.8) er det 40-åringene som dominerer. Det er verd å merke seg at videreutdanningsandelen er forholdsvis lav blant dem som er under 40 år, samlet sett utgjør disse om lag en femtedel av all som har tatt videreutdanning. Dette er noe bekymringsfullt sett i lys av den fremtidige utviklingen og endringer i arbeidsstokken med avgang og lignende. Det fremkommer for eksempel av tabell 2.8 at ansatte over 50 år utgjør en om lag tredjedelen av alle med videreutdanning.

Tabell 2.8. Videreutdanning etter alder innen helse- og omsorgssektoren i Nord-Troms. Prosent.

Alder	<25	25-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	<60	Ikke oppgitt	Tot
		år	år	år	år	år	år	år	år		
Prosent	1.5	3.5	6.6	9.6	19.2	23.2	13.6	15.2	6.1	1.3	21.1 (198)

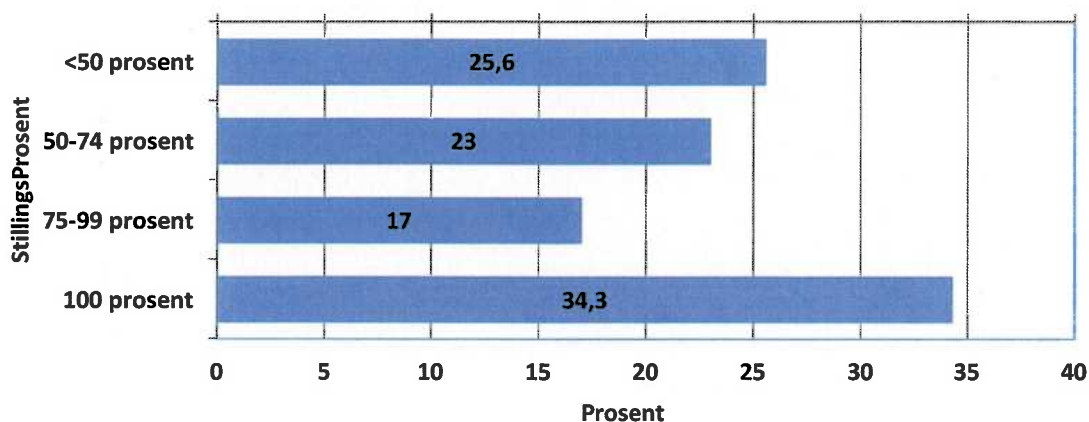
Figur 2.6 viser hvor stor andel av de ansatte innen hver kommune som har videreutdanning.



Figur 2.6. Prosent ansatte med videreutdanning innen helse- og omsorgssektoren i Nord-Troms etter kommune.

Som det fremkommer her er det til dels store forskjeller mellom kommunene. I Storfjord har hver tredje ansatt videreutdanning, mens det i Skjervøy gjelder hver sjuende. Dette avspeiler i noen grad at kommunene har noe ulik stillingsstruktur innen helse- og omsorgssektoren, for eksempel har Storfjord høyest andel ledere og spesialsykepleiere i regionen (jf. tabell 2.3). Det avspeiler også kommunenes satsing på kvalifisering av sitt personale, og i et slikt perspektiv er det nok for store forskjeller mellom Storfjord og Skjervøy kommuner. I sin ytterste konsekvens kan det dreie seg om at kvaliteten på tjenestene blir for ulike.

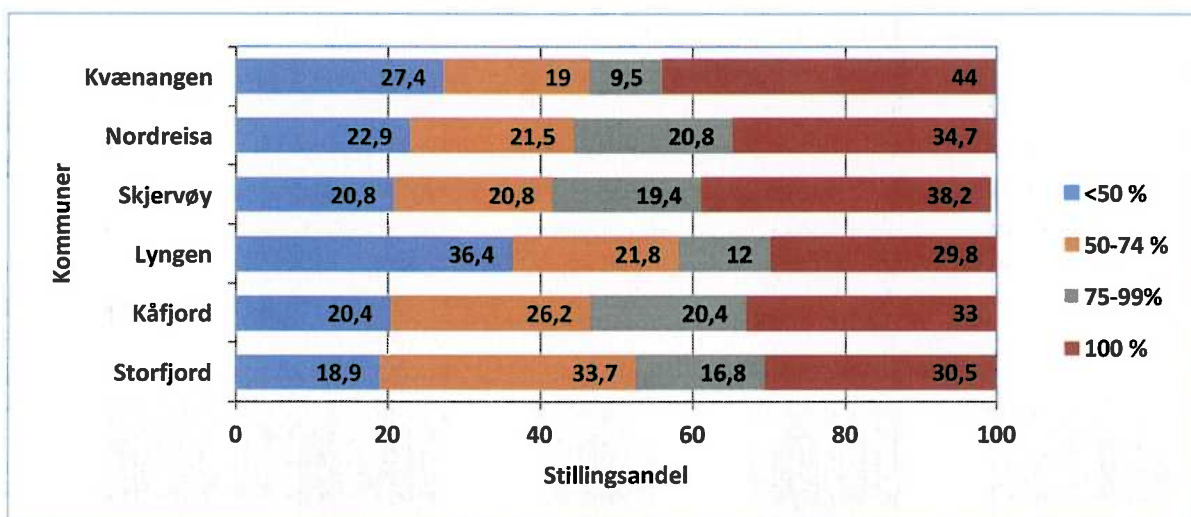
## 2.4 Heltid/deltid



Figur 2.7: Heltid/deltid blant ansatte innen helse- og omsorgssektoren i Nord-Troms. Prosent.

I figur 2. 7 er det gitt en oversikt over andel ansatte i hel - og deltid. Som det fremkommer her må arbeidet innen helse- og omsorgssektoren i regionen primært beskrives som et deltidsarbeid. Bare en tredel av de ansatte går i 100 prosent stillinger, og om lag en firedel har en stillingsandel på under 50 prosent.

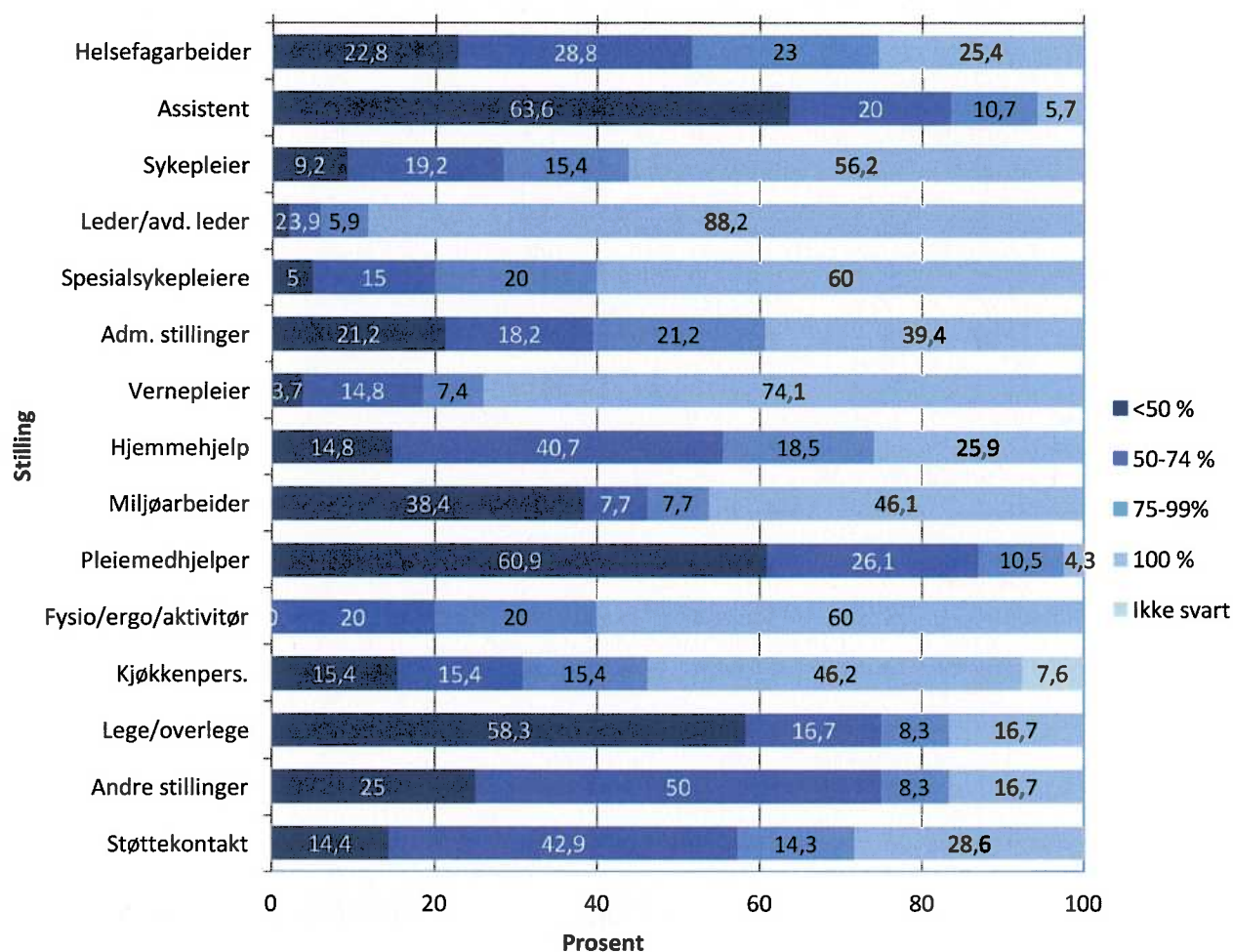
Av figur 2.8 ser vi at det er til dels store variasjoner mellom kommunene når det gjelder heltid/deltid. Lyngen har for eksempel klart størst andel av deltidstillinger under 50 prosent. Kvænangen skiller seg noe ut, både med sin relativt høye andel i 100 prosent stilling og sin forholdsvis lave andel i 75-99 prosent stillinger. Storfjord har størst andel mellom 50-75 prosent.



Figur 2.8. Prosent i heltid/deltid innen helse- og omsorgssektoren etter kommunene i Nord-Troms.



Figur 2.9 viser hvordan heltid/deltid fordeler seg mellom de ulike stillingskategoriene. Det er blant de ufaglærte i assistent- og pleiemedhjelperstillingene vi finner størst andel med stillinger under 50 prosent (h. h. vis 63.6 og 60.9 prosent). Når det gjelder andelen som går i hel stilling er det flest blant lederne (88.2 prosent), vernepleierne (74.1 prosent), spesialsykepleierne (60 prosent) og fysioterapi-/ergoterapi-/aktivitørstillingene (60 prosent) .



Figur 2.9. Heltid/deltid etter stillingskategori bland ansatte innen helse- og omsorgssektoren i Nord-Troms. Prosent.

Vi har også registrert hvilken status de ansatte har i de stillinger de innehar. Dette framgår av tabell 2.9. Stort sett viser det seg at de ansatte går i faste stillinger. I tillegg er det fire prosent som er fast ansatt, men som har todelt stilling. I 58 stillinger går det midlertidige ansatte, mens 31 stillinger er angitt som ledige. Antall ledige er reelt sett noe større siden ikke alle disse stillingene ble rapportert inn på registreringstidspunktet.

Tabell 2.9. Stillingsstatus bland ansatte innen helse- og omsorgssektoren i Nord-Troms. Antall og prosent.

Stillingsstatus	Antall	Prosent
Går i fast stilling	801	85.3
Stilling med midlertidig ansatte	58	6.2
Har todelt stilling	38	4.0
Ledige stillinger	31	3.3
Permisjon	5	0.5
Vikariat	5	0.5
Sykemeldt	1	0.1
Totalt	939	100

## 2.5 Alder

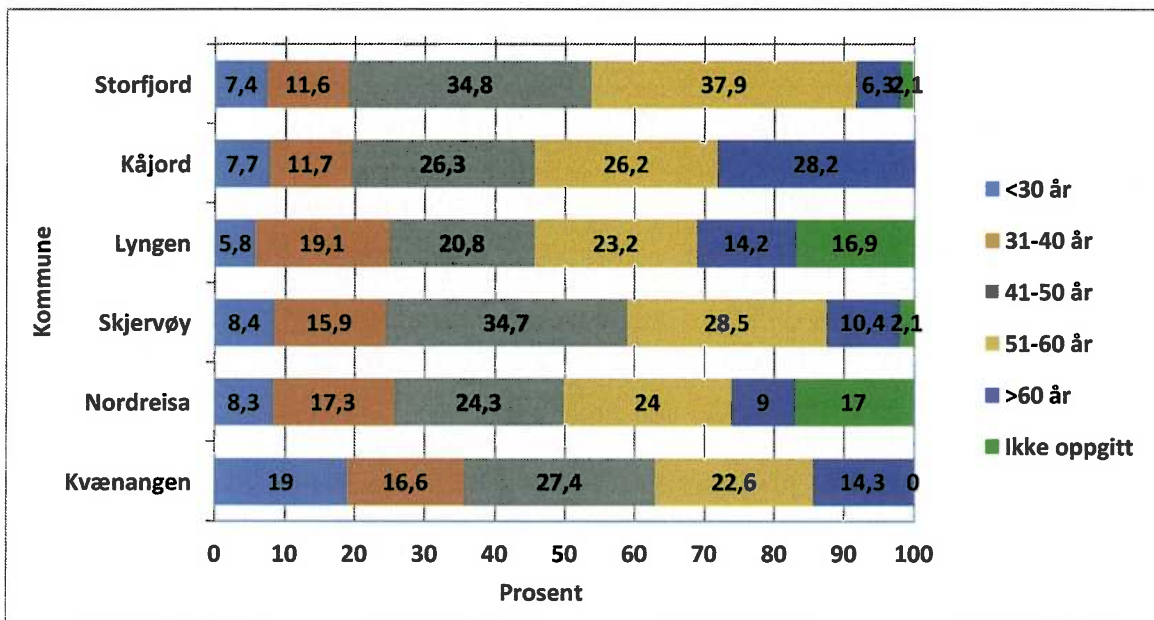
Tabell 2.10. Aldersfordeling bland ansatte i helse- og omsorgssektoren Nord-Troms. Antall og prosent.

Alder	Antall	Prosent
30 år eller yngre	80	8.6
31-35 år	67	7.1
36-40 år	86	9.2
41-45 år	128	13.6
46-50 år	122	13.0
51-55 år	116	12.4
56-60 år	128	13,6
Over 60 år	119	12,7
Ikke oppgitt	92	9.8
Totalt	939	100

I tabell 2.10 er det gitt en oversikt over aldersfordelingen. Denne viser at det ikke bare er befolkningen i Nord-Troms som blir eldre, det blir også arbeidsstokken innen helse- og omsorgssektoren. Nesten 40 prosent er i dag over 50 år, mens bare 16 prosent er 35 år eller yngre. Yngste registrerte arbeidstaker er 19 år, eldste er 75 år. Gjennomsnittsalder for ansatte i helse- og omsorgssektoren i Nord-Troms er 47, 6 år. Medianen, dvs. den alderen som deler de ansatte i to like store deler når det gjelder alder, er 48 år. Samlet sett viser figuren at regionen som helhet står overfor en «aldersutfordring», dvs. at en stor andel ansatte vil avslutte sitt yrkesaktive liv i løpet av en ti-års periode.

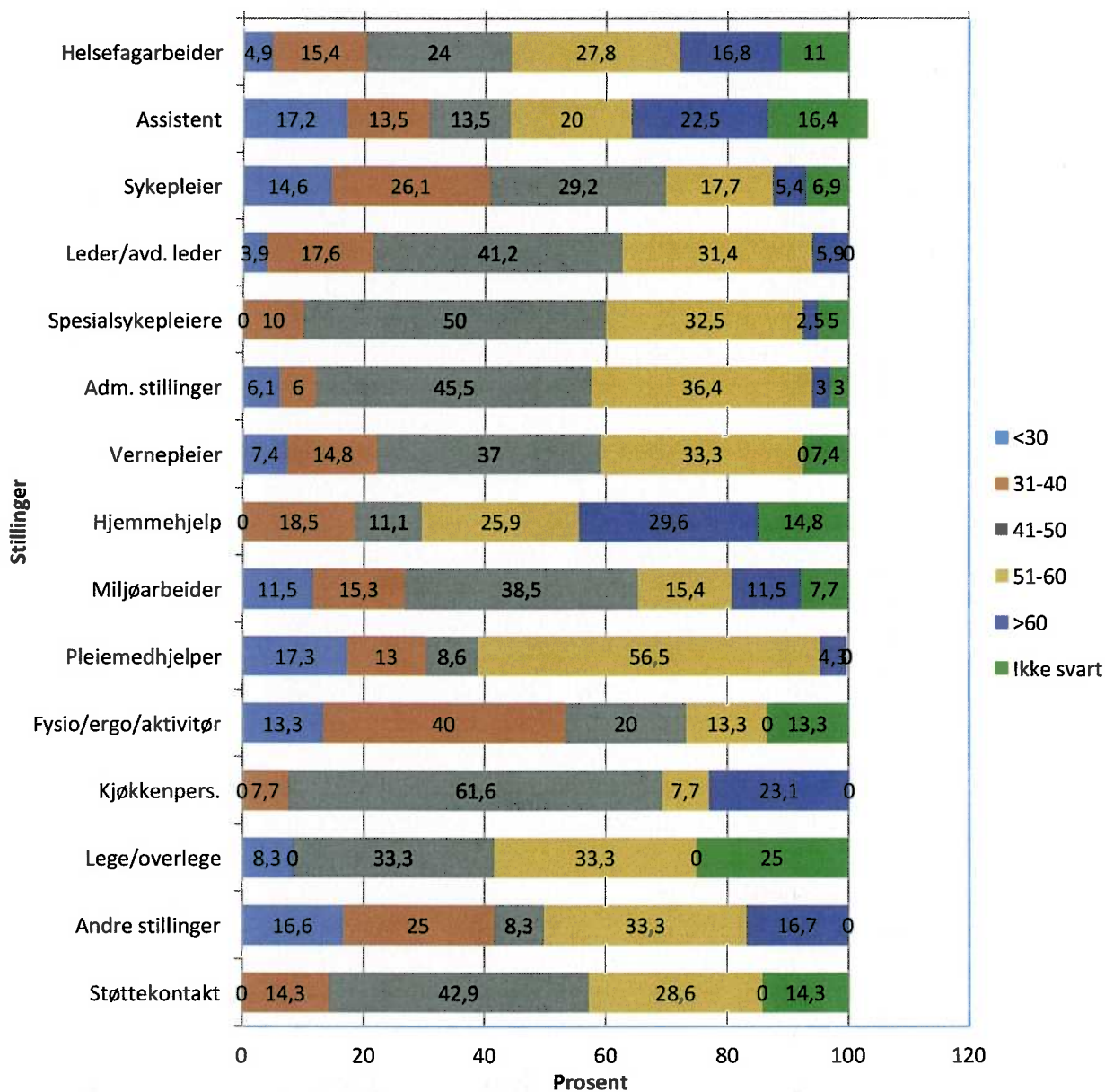
I figur 2.10 er alderskategoriene sett i forhold til kommunene. Her fremkommer det at særlig Kåfjord kommune står overfor en utfordring siden nesten 55 prosent av de ansatte er mer enn 50 år. I Nordreisa utgjør ansatte over 50 år om lag en tredjedel av staben. For samme alderskategori har de øvrige kommunene har en andel på om lag 38 prosent.

Om vi tar utgangspunkt i ansatte som er 40 år eller yngre er Kvænangen er den kommunen som fremstår med den de «yngste» profilerer seg med 36.6 prosent ansatte innen denne alderskategorien. For samme alderskategori ligger Storfjord og Kåfjord lavest med om lag 19 prosent.



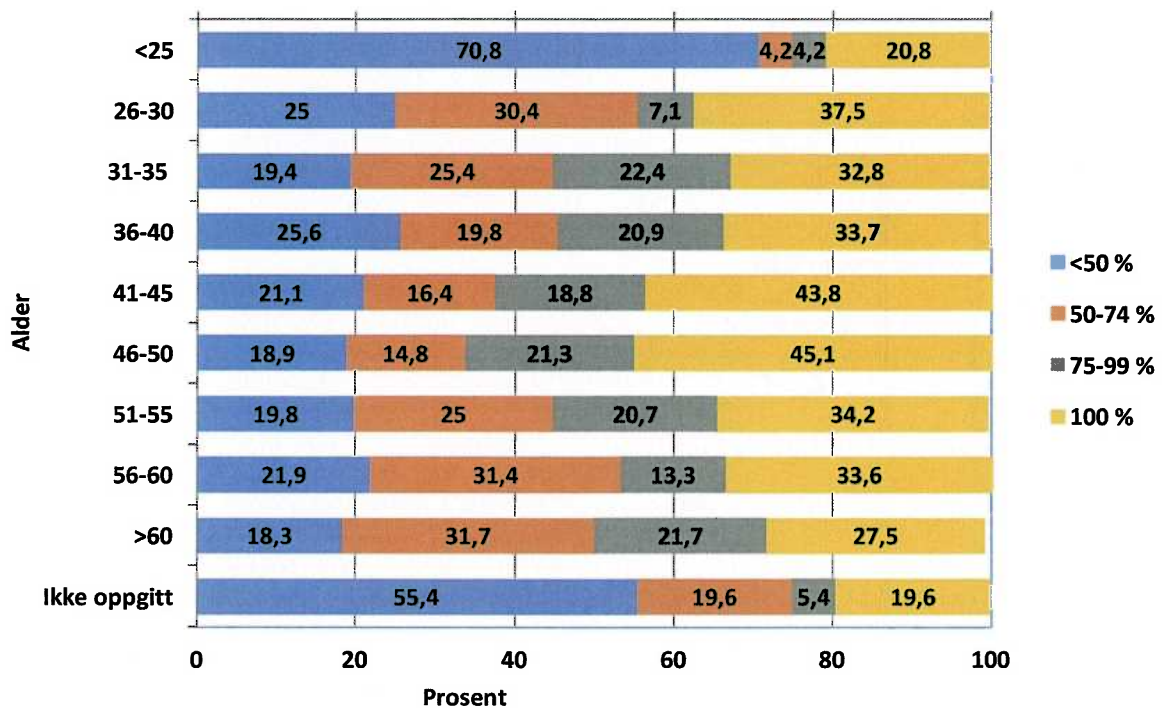
Figur 2.10. Aldersfordelingen blant ansatte i helse- og omsorgssektoren i Nord – Troms etter kommune. Prosent.

Ser vi på alder i forhold til de ulike stillingskategoriene (figur 2.11), fremkommer det at alderen er høyest blant de ufaglærte, dvs. assistentgruppen og pleiemedhjelpergruppen. For førstnevnte er 22.5 prosent over 60 år og 42.5 prosent er over 50 år. For pleiemedhjelperne er 60.8 prosent er over 50 år. Det er også all grunn til å merke seg at 44.6 prosent av helsefagarbeiderne er over 50 år, 16.8 er over 60 år. Kanskje er det her Nord-Troms regionen står overfor en av sine største utfordringer i nær framtid?



Figur 2.11. Aldersfordelingen blant ansatte i helse- og omsorgssektoren i Nord – Troms etter stillingskategori. Prosent.

I figur 2.12 er alder sett i forhold til heltid/deltid. Her ser vi, kanskje noe overraskende, at det store flertallet av de yngste arbeidstakerne (dvs. de under 25 år) går i stillinger under 50 prosent. Størst andel i 100 prosent stilling finner vi for 40-åringene, dvs. i aldersspennet 41-50 år. Deretter er tendensen «nedadgående». Det er et tankekors at det er langt flere over 60 år enn under 25 år som arbeider heltid. Foruten de yngste og eldste arbeider omkring en tredjedel eller mer i heltidsstillinger. Det er blant 40-åringene at heltidsandelen er høyest.



Tabell 2.12. Heltid/deltid etter alder bland ansatte i helse- og omsorgssektoren i Nord-Troms. Prosent.

### 3. Noen kompetanseutfordringer til helse- og omsorgssektoren i Nord - Troms

Gjennom en forholdsvis enkel kartlegging, som omfatter et fåtall variabler, er det gitt et bilde av kompetansebeholdningen i Nord-Troms. Sett i et rekrutterings- og kompetanseperspektiv gir tallene grunnlag for å identifisere en del utfordringer eller problemstillinger som helse- og omsorgssektoren i regionen vil stå overfor i årene som kommer. I et saksframlegg til kommunestyret i Kåfjord i juni 2015 oppsummerte rådmannen situasjonen slik:<sup>23</sup>

*Utvilsomt står Kåfjord kommune og de øvrige samarbeidskommunene overfor store utfordringer knyttet til å sikre fremtidig kompetent arbeidskraft innen flere tjenestegrener, spesielt innen helse- og omsorgsfagene. Arbeidet gjennom de to første fasene har vært utført på en god og effektiv måte. Resultatet er tydelig og slår fast at kommunene står overfor utfordringer som kommunene må løse, enten alene eller i samarbeid med øvrige kommuner og utdanningsinstitusjoner. Det er også pekt på mulige tiltak. Disse tiltakene og eventuelle andre ideer til handlinger må utredes og vurderes nærmere. Dette vil slik rådmannen ser det best kunne ivaretas gjennom lokale og interkommunale arbeidsgrupper.*

I etterkant av kartleggingen har arbeidsgruppen i prosjektet, sammen med egne ansatte, drøftet hva man anså som de viktigste utfordringene enhetene (helse- og omsorgssektoren i kommunene) stod overfor i de nærmeste 5-10 årene. Det ble lagt særlig vekt på de utfordringer som var knyttet til bemanning og kompetanse.

I dette kapitlet oppsummeres og kommenteres det som kom fram gjennom disse diskusjonene gjennom å angi noen hovedutfordringer i kommunenes arbeid framover med rekruttering og kompetanse. Disse utfordringene griper, naturlig nok, inn i hverandre. Det er i seg selv er en påminnelse om at det her er nødvendig med et helhetlig og samlet grep.

#### 3.1 Aldersutfordringen

Med en gjennomsnittsalder på 48 år innen helse- og omsorgssektoren i Nord-Troms står man overfor en utvikling hvor forholdsvis mange i løpet av få år enten går av med pensjon eller går ned i stilling. Nesten 40 prosent av de ansatte er i dag over 50 år. Særlig merkbart blir nok dette for helsefagarbeiderne siden dette også er den klart største yrkesgruppa. 44.4 prosent av dem er i dag over 50 år. For en kommune som Kåfjord er nesten 30 prosent av helsefagarbeiderne (13 personer) over 60 år. Også for de tre «ufaglærtgruppene» er gjennomsnittsalderen høy og det er verdt å merke seg at av spesialsykepleierne er 35 prosent i dag over 50 år, det samme er tilfelle for lederne. Et godt stykke på vei er det altså et generasjonsskifte innen helse- og omsorgssektoren i Nord-Troms man står overfor.

---

<sup>23</sup> PROSJEKT KOMPETANSELØFT I NORD-TROMS – KOMMUNEPROSJEKTET. Saksforelegg 4.juni 2015

Av diskusjonene i kommunene fremkommer det at dette er en situasjon mange er svært opptatt av. Det hevdes også at dette er en utfordring som kommunenes ledelse ikke har tatt alvorlig nok fram til nå, eller i hvert fall ikke funnet gode løsninger på.

### 3.2 Deltidsutfordringen

Bekymringen over aldersutfordringen henger også sammen med at man i kommunene opplever at flere yngre arbeidstakere enten slutter eller ønsker å jobbe i reduserte stillinger. Dette forsterker sektorens deltidsprofil. At de fleste stillinger i helsesektoren i Nord-Troms er deltidsstillinger er neppe noen overraskelse. Slik er situasjonen også nasjonalt, både for kommunal sektor generelt og helse- og omsorgssektoren spesielt. KS sin arbeidsgivermonitor for 2014 viser for eksempel at 53 prosent av samtlige ansatte i kommunene jobber deltid, mens den innen helse- og omsorgssektoren er nærmere 70 prosent.<sup>24</sup> Slik sett kommer ikke Nord-Troms spesielt dårlig ut med sine 65.7 prosent i deltidsstillinger. To av Nord-Troms kommunene, Storfjord og Lyngen, ligger om lag på nasjonalt nivå, de øvrige ligger under. Kvænangen ligger klart under med sine 56 prosent i deltidsstillinger.

Deltidsproblematikken har mange fasetter og kan vurderes både positivt og negativt. I positiv forstand bidrar deltidsarbeid til at det er mulig å forene arbeidsliv og familieliv på en god måte. I et rekrutterings- og kompetanseperspektiv utgjør imidlertid deltidsandelen i Nord-Troms regionen en betydelig utfordring. Erfaringer som er fremkommet i arbeidsgruppas diskusjoner tilsier dessuten at muligheten for rekruttering av ekstern arbeidskraft klart svekkes dersom man bare kan tilby deltidsstillinger. Med andre ord, jo mer man baserer stillingene på deltidsarbeid, jo mer avhengig er man av å rekruttere i sitt geografiske nærområde. Dette har igjen som konsekvens at man har et begrenset antall personer å velge mellom.

Vi har gjennom kartleggingen dessuten påvist en negativ sammenheng mellom stillingsandel og videreutdanning, dvs. jo mindre stillingsandel man har, jo større er sannsynligheten for at man ikke har noen form for videreutdanning.

### 3.3 Belastningsutfordringen

Problemerkombinasjonen med rekruttering i kombinasjon med deltidssituasjonen har blant annet som konsekvens at arbeidsbelastningen øker for dem som arbeider heltid, og da spesielt for dem som går i sentrale stillinger. Dette understrekes både i arbeidsgruppen og i de diskusjoner arbeidsgruppens deltakere har hatt på sine arbeidsplasser. Den åpenbare risikoen ved dette er at slitasjen på den delen av de ansatte som må sies å utgjøre selve ryggraden i helse- og omsorgstjenesten øker, med den konsekvens at de går ned i stilling eller slutter.

### 3.4 Kompetanseutfordringen

Det går igjen i alle kommunene at det framover vil være behov for en mer sammensatt kompetanseprofil innen helse- og omsorgssektoren. Dette gjelder både innen og mellom

---

<sup>24</sup> KS. 2014. KS.2014. Kommunesektorens arbeidsgivermonitor, s.23. <http://www.ks.no/globalassets/vedlegg-til-hvert-fagomrader/arbeidsgiver/arbeidsgiverpolitikk/arbeidsgivermonitor-2014.pdf?id=2443>

stillingskategorier. Det handler om at kommunene gjennom samhandlingsreformen forventer å løse stadig flere oppgaver på et lokalt førstelinjenivå, samtidig som at antallet brukere/pasienter i årene fremover vil øke betraktelig. Det går særlig på behov i en aldrende befolkning, men også på behov knyttet til den yngre befolkningen, og til helse i et mer forebyggende perspektiv. Konkret trekkes det frem en hel rekke mer spissede kompetanseområder, som ulike former for kreftbehandling (for eksempel cellegiftbehandling), lungelidelser, rehabilitering og mer spesifikke geriatriske problemstillinger knyttet til aldring og demens. Videre nevnes spesifikke sykdommer som kols og diabetes. Rus og psykiatri trekkes også frem av flere som et problemområde.

Utfordringer som dette gjør at man må ta opp til vurdering hvorvidt dagens sammensetning av stillinger og antall stillingen er den optimale for å løse både dagens og morgendagens utfordringer. Som vi har påpekt i kapittel 1 synes det temmelig sikkert at det i årene framover vil være behov for flere stillinger innen sektoren. Alle framskrivninger av utviklingen på kort og lang sikt tilsier dette.

Til denne vurderingen hører også hvordan man skal forholde seg til den forholdsvis store andelen ufaglærte i sektoren. Som vist har 20 prosent av de som arbeider i helse- og omsorgssektoren i Nord Troms lav formell utdanning og/eller en utdanning som ikke direkte er relevant for jobbutøvelsen. Kartleggingen viser at dette er en særlig utfordring for Kåfjord, Kvænangen og Lyngen.

Hvordan man vurderer denne situasjonen avhenger av hvilken rolle og betydning man tillegger disse stillingene. Skal de supplere fagarbeiderne, er andelen et uttrykk for at man ikke klarer å rekruttere til fagstillinger eller er det rett og slett økonomisk lønnsomt å tilsette ufaglærte i stedet for faglærte? Det har også vært lansert tanker om at assistenter og helsefagarbeidere kan overta noen av sykepleiernes oppgaver, det vil si en form for jobbglidning mellom yrkesgrupper. For øvrig har samme tanke vært lansert for sykepleiere, nemlig at de kan overta noen av legenes oppgaver.

Det er grunn til å påpeke at status som ufaglært ikke nødvendigvis er synonymt med fravær av formell utdanning ut over grunnskolen. Det som mangler er relevant utdanning for de oppgaver som skal utøves. Status som ufaglært sier forøvrig ikke noe om den realkompetansen de ansatte har. Flere av dem som har slik status i Nord-Troms kommunene vil, etter all sannsynlighet, ha en realkompetanse som er på linje med, eller til og med over, de formelle krav som stilles til f.eks. helsefagarbeidere. Allikevel tilsier den beskrivelse som i kapittel 1 er gjort av kortsiktige og langsiktige utfordringer at andelen ufaglærte er for høy i regionen.

Kompetanseutvikling handler ikke bare om å sikre nødvendig grunnutdanning, det er knyttet en like stor utfordring til å legge til rette for aktuelle videreutdanninger. Videreutdanningsandelen for regionen ligger på 21.1 prosent, noe som i hvert fall indikerer at det finnes et stort forbedringspotensial innen alle yrker som krever formell utdanning. Det er store forskjeller mellom stillingskategoriene, med spesialsykepleierne og lederne som de mest aktive. Nesten 35 prosent av de ansatte med videreutdanning er over 50 år. Dessuten vil kanskje behovet for fremtidige videreutdanninger bestemmes av de utfordringer sektoren står overfor og de faglig/politiske prioriteringene som gjøres.



### 3.5 Attraktivitetsutfordringen og kampen om arbeidskraften

Det synes klart at en større andel av den yrkesaktive delen av befolkningen fremover må finne sitt arbeid i helse- og omsorgssektoren, i hvert fall hvis man skal beregne ut fra de behov for arbeidskraft sektoren har. Helt konkret antas det at tre av ti ungdommer må inn i denne sektoren.<sup>25</sup> Framskrivninger viser at den yrkesaktive delen av befolkningen frem mot 2040 vil halveres i flere av kommunene. Det blir derfor en stor kamp om den lokale og regionale arbeidskraften. I Kvæningen vil det (basert på folkeframskrivning fra SSB) i 2040 kun være 3,8 yrkesaktive (mellom 20 og 67 år) i arbeid per person over 80 år i kommunen, omtrent en halvering fra dagens nivå. Dette byr på store utfordringer som kun kan overvinnes ved hjelp av klare strategier. Man må prioritere mellom tiltak, og fremover må man nok også se enda nærmere på oppgavefordelingen, ikke bare mellom kommunene i regionen, men også mellom de ulike forvaltningsnivåene. Her kan Fylkesmannen muligens bidra med analyser og forslag til mulige løsninger. Utviklingen framover tilsier også at det blir stadig viktigere å satse på de unge og bofaste.

En annen side ved flere av de yrkeskategoriene som vil bli etterspurt er selve attraktivitetsnivået. I dag er gjennomsnittslønnen i Norge for omsorgsarbeidere og hjelpepleiere på fylkes- og kommunenivå ifølge statistikk 412 800 kroner. Dette er nasjonale gjennomsnittstall og det er grunn til å tro at kommunal sektor i distriktene ligger betydelig under dette lønnsnivået. Sammenlignet med industrisektoren og andre sammenlignbare sektorer er det liten grunn til å tro at lønnsutsiktene i helse- og sosialsektoren vurderes som særlig attraktive. Selv om det nå arbeides aktivt for å få flere elever inn i yrkesfaglige skoleløp med opplegg som øker gjennomstrømmingen, vil vi tro at sektorens renommé neppe vil bidra særlig sterkt til å sikre den særlig drahjelp i rekrutteringsøyemed.<sup>26</sup> En kommunal hjelpepleier i Tromsø viser for eksempel til at hun som med full ansiennitet har en årslønn på 378 000 kroner, altså godt under gjennomsnittet for sektoren på nasjonalt nivå. Samtidig påviser hun et forsterket lønnsgap mellom ulike typer stillinger, der konklusjonen ikke kan bli noe annet enn at foreldre flest neppe vil stå på barrikadene for at deres sønner og døtre skal søke helsefagarbeiderutdanning. Heri ligger det også en åpenbar utfordring som særlig kan kobles til det strategiske arbeidet med rekruttering

Samtidig er det grunn for en viss optimisme når det gjelder interessen for å utdanne seg til sykepleier. I 2015 var det rekordstor søkning til denne grunnutdanningen. 12 362 personer hadde dette som sitt førstevalg, noe som utgjorde en økning på 17 prosent fra året før.<sup>27</sup>

---

<sup>25</sup> Sykepleien nr. 7. 2015. Hvem skal pleie oss i 2035, s. 30.

<sup>26</sup> [http://www.nordlys.no/Hjelpepleier\\_provosert\\_Over\\_Loennniv\\_et\\_for\\_kommunetoppene\\_Jeg\\_blr\\_litt\\_kvalm\\_-5-34-105629.html](http://www.nordlys.no/Hjelpepleier_provosert_Over_Loennniv_et_for_kommunetoppene_Jeg_blr_litt_kvalm_-5-34-105629.html)

<sup>27</sup> Sykepleien nr. 7. 2015, s.34

## 4. Fra kartlegging til konkret handling - noen innspill til strategier og tiltak

Det bildet som fremkommer gjennom kartleggingen og gjennom arbeidsgruppens og de ansattes diskusjoner, er at det i årene framover vil være avgjørende viktig at Nord-Troms kommunene tar rekrutterings- og kvalifiseringsoppgaven på alvor. Det kreves gode og helhetlige grep i fellesskap, både når det gjelder planlegging, gjennomføring og ikke minst nytenkning på dette feltet. Det har i arbeidsgruppen flere ganger vært pekt på at de resultater som kartleggingen avdekker er "gammelt nytt". Det vil si at det er forhold som mange har følt på kroppen og som har vært diskutert blant de ansatte. Det er på alle måter en "varslet krise".<sup>28</sup> Kartleggingens primære betydning ligger i at den har samlet, systematisert og synliggjort hva dette egentlig innebærer. Dessuten er det, både nasjonalt og regionalt, publisert flere liknende kartlegginger, hvor også resultater fra Nord-Troms inngår. Det er altså ikke behov for særlig mer kunnskap om situasjonen, det som åpenbart trengs er å omsette alle tall, analyser og problematiseringer til handling.

### 4.1 Noen mulig tiltak

Da resultatene fra kartleggingen forelå, inviterte NTSS seg inn til samtlige kommunestyre, både for å informere om situasjonen og for å forankre det videre arbeidet. På ett av disse møtene var lokalpolitikernes første kommentar at dette var en utfordring som staten måtte ta ansvar for. Dette var ikke noe en liten nord-norsk distriktskommune kunne løse på egen hånd. Selv om det pekes på noe vesentlig, er det samtidig slik at ansvar og initiativ er jevnt fordelt mellom nivå og aktører. Det er for eksempel åpenbart at staten har sin del av ansvaret, for eksempel når det gjelder dimensjoneringen av helseutdanningene eller gjennom de samlede overføringer til kommunene. De høyere utdanningsinstitusjonene har på sin side et klart ansvar for at de utdanningene som gis, både holder den kvalitet som er nødvendig og kan møte ulike målgrupper, ikke minst bofaste voksne som kan tenke seg en relevant helseutdanning. Ett godt eksempel på sistnevnte er den desentraliserte sykepleierutdanningen som UiT (og tidligere Høgskolen i Tromsø) nå har gitt i 25 år til ulike steder i Troms.

I møtet med praksis utfordres den kompetansen studentene har med seg fra sin grunnutdanning. I en doktorgrad om sykepleie til eldre peker Bing-Jonsson blant annet på at det hos sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter eksiterer klare hull i basiskompetansen, for eksempel når det gjelder å observere pasienters vitale mål, gjenkjenne sykdomsforverring og sette i gang de riktige tiltakene. Hun fant også at det generelt manglet ferdigheter til å gjøre avanserte prosedyrer som for eksempel å gi antibiotikabehandling, intravenøs behandling og sterile prosedyrer.<sup>29</sup> Ikke minst i forbindelse med det å prøve ut nye arbeidsoppgaver gjennom jobbgledning mellom yrkesgrupper, vil også fagforeningene spille en svært viktig rolle, ikke minst Norsk Sykepleierforbund og Den norske legeförening.

---

<sup>28</sup> Sykepleien nr. 7. 2015, s. 18

<sup>29</sup> Bing-Jonsson, P. 2015. Sykepleie til eldre - kompetansemålingsverktøy. Utvikling og psykometrisk evaluering av et instrument som måler helsepersonells kompetanse i sykepleie til eldre i kommunehelsetjenesten. <https://www.duo.uio.handle/10852/43201>

Samtidig har også kommunene selv både ansvar og muligheter for å styrke sin egen situasjon. Dette vil være helt nødvendig siden alle prognoser tilsier at konkurransen om den kvalifiserte arbeidskraften vil øke. Denne *kampen om kompetansen* kan lett føre til at de mest befolkningsrike og sentrale kommunene ender opp som vinnere. Både på kort og lang sikt vil det føre til en forvitring av grunnlaget for en bærekraftig utvikling av distriktene. For å motvirke utviklingen må distriktskommunene oppgradere sitt arbeid med kompetanse som fokus og innsatsområde. Dette bør bli et prioritert område der det legges langsiktige strategier slik at mangel på lærere, sykepleiere, kvalifiserte fagarbeidere og andre yrkesgrupper kan unngås.<sup>30</sup>

Først og fremst handler det om at kommunene i Nord-Troms i fellesskap må ta et samlet og helhetlig grep om de utfordringer som nå melder seg. Første steg er allerede tatt gjennom kartleggingen og et første, større tiltak er satt i gang. Det handler om satsing på kvalifisering av helsefagarbeidere med støtte fra fylkesmannen i Troms. Slik sett har denne kartleggingen allerede gitt flere resultat enn mange andre tidligere kartlegginger.

Det er ikke mulig innenfor rammen av denne rapporten å foreta noen grundig drøfting av hvilke tiltak som bør iverksettes i Nord-Troms kommunene. Vi nøyer oss her med noen eksempler på hva vi mener er realistisk å få til både på kort og lang sikt.

- **Helsefagarbeiderløftet.** Dette er et prosjekt som allerede er kommet i gang og hvor Nordreisa videregående skole står sentralt gjennom utprøving av en ny modell, den såkalte vekslingsmodellen. Man har store forhåpninger til at en slik modell i seg selv både vil øke rekrutteringen og styrke kvaliteten ved tilbudet. Det har de siste årene vært svært lav rekrutteringen til den ordinære helsefagarbeiderutdanningen i regionen, noe som er paradoksalt ut fra de behovene kartleggingen har avdekket. Den manglende interessen henger nok sammen med det vi tidligere har karakterisert som attraktivitetsutfordringen. Muligens henger det også sammen med to andre forhold. Det ene er at utdanningsmodellen fram til nå baserer seg på at teoriundervisningen (de to første årene) bare er gitt som sentralt tilbud i en av Nord-Troms kommunene (Skjervøy- som del av Nordreisa videregående skole). For mange voksne i regionen er det ikke noe alternativ å flytte til Skjervøy i to år for å ta en slik utdanning. Spørsmålet er om vekslingsmodellen vil bidra til å utvide rekrutteringsgrunnlaget?

Den andre utfordringen er knyttet til hvordan kommunene selv følger opp med tilstrekkelig antall lærlingplasser og hvordan de bedre sikrer overgangen fra utdanningssituasjon til fast arbeid. Høst påpeker at lærlingordningen i kommunene ikke fungerer fordi de ikke benyttes i rekrutteringsøyemed, men primært vurderes som en plikt og et ansvar man har overfor utdanningsinstitusjonene. Dessuten får ikke lærlingene ikke jobb i etterkant.<sup>31</sup> Diskusjonene i arbeidsgruppa indikerer at en slik oppfatning også finnes i Nord-Troms kommunene.

---

<sup>30</sup> Grepperud, G. og Danielsen, Å. 2014. *Det er for seint å snyte seg når nesen er borte*. Kronikk i Nordlys

<sup>31</sup> *Sykepleien* nr. 7. 2015. *Hvem skal pleie oss i 2035*, s. 47.

- **Tilby utdanningsinstitusjonene flere og bedre praksisplasser innen kommunenes helse- og omsorgssektor.** Fra utdanningsinstitusjonenes side, og da spesielt fra Nasjonal fagstrategisk enhet for helse- og sosialfagutdanning (NFE-HS) har man arbeidet for de samme juridiske og finansielle rammevilkår for praksis i primærhelsetjenesten som i spesialhelsetjenesten. Så langt har man ikke lyktes, med den konsekvens at kvaliteten på praksis i primærhelsetjenesten er svært varierende.<sup>32</sup> I påvente av et nasjonalt gjennombrudd for praksis i primærhelsetjenesten, burde Nord-Troms kommunene i samarbeid med for eksempel UiT Norges arktiske universitet, ta et felles initiativ her for å styrke denne praksisen både gjennom å styrke veilederkompetanse, utstyr og rammevilkår for studenter og veiledere. Dette vil både styrke primærhelsetjenestens faglige relasjon til utdanningsinstitusjonene, det vil gi ansatte nye faglige oppgaver og det vil, forhåpentligvis, fungere som et "utstillingsvindu" for praksisstudentene.
- **Etablere fagstillinger/avanserte sykepleierstillinger.** Som del av satsingen på å styrke sin posisjon som praksissted vil det være naturlig å etablere et mindre antall stillinger for eksempel sykepleiere med særlig høy kompetanse og med ansvar for fag- og praksisutvikling.
- **Flere utdanninger på stedet.** I forlengelsen av Helsefagarbeiderløftet vil det være behov for at fleksible grunnutdanninger og videreutdanninger helt eller delvis legges til regionen etter den modellen NTSS og "Desentralisert sykepleie" (DSU) bygger på.
- **Styrke generell studiekompetanse hos voksne i regionen.** Erfaringer fra NTSS viser at mange av de voksne som ønsker å gå videre til profesjonsstudier i høyere utdanning ikke har det formelle utdanningsgrunnlaget i orden. Dette har bl.a. medført at relevante, fleksible utdanninger, for eksempel lærerutdanning, ikke har kunnet tilbys i regionen.
- **Samarbeid med videregående skole og høyere utdanning om mulige avkortede/tilpassede helseutdanninger basert på deltakernes erfaringer i yrkesliv o.a.** Dette er ikke en oppgave kommunene kan løse alene, men som man bør invitere både videregående opplæring og høyere utdanning til. Mange av de som i dag er ansatt i helse- og omsorgssektoren har lang og variert praksis som de burde kunne få uttelling for i et formelt utdanningsforløp.
- **Strukturelle endringer i sektoren.** Det vil i hovedsak si at man for å sikre tilstrekkelig kompetanse omorganiserer deler av dagens arbeid/struktur, både innad og mellom kommuner. Dette er jo ikke så uvanlig i et interkommunalt perspektiv. Et eksempel på en slik løsning kan være at det bygges opp spesialteam innen viktige helseområder og at disse teamene har base i en av kommunene, men dekke hele regionen. Ideelt sett kan man tenke seg at hver av Nord-Troms kommunene har hvert sitt regionale spesialteam. Fordelen med en slik tenkning er at man kan bygge opp attraktive fagmiljø til beste for hele regionen.

---

<sup>32</sup> Sykepleien nr. 7. 2015. Hvem skal pleie oss i 2035, s. 35

- **Annen prioritering av helseoppgavene.** I forlengelsen av det som er sagt over, ligger det også en mulighet i å omprioritere arbeidsoppgavene. Et grep som flere er inne på er å satse langt mer på forebygging. Dette er tiltak som kanskje ikke alltid blir prioritert, men som på sikt kan gi betydelige, ikke bare folkehelsegevinster, men også økonomiske og organisatoriske gevinster. Hva slags folkehelseiltak er de viktigste i et mer langsiktig perspektiv? Er det regionale forskjeller her? Hva slags livsstilsrelaterte utfordringer finnes i regionen? Og hva er ut fra dette folkehelsekoordinatorrollens viktigste momenter å ta tak i?
- **Større andel heltidsstillinger.** Dette kan i første omgang innrettes mot de stillinger hvor man spesielt har behov for rekruttering utenfra og/eller ved nyrekruttering av unge
- **Stipendordninger med bindingstid** som det ikke er mulig å kjøpe seg ut av.
- **Tilrettelegging av livsvilkår.** Skal man hente fagpersoner utenfra må man også legge til rette for at de som kommer har løse noe så banalt som boligsituasjonen. Før bygde kommuner boliger både til lærere og helsepersonell – må man ta opp igjen denne tradisjonen? Kan man i stedet for å lokke med fjord, fjell frisk luft og godt oppvekstmiljø tilby gode boforhold og gratis barnehageplass?
- **Bedre lønn og arbeidsvilkår.** Et slikt tiltak må ikke føre til at kommunene i regionen konkurrerer. Et eksempel på bedre arbeidsvilkår vil være å tilrettelegge vakt- og turnussystemet slik at den totale arbeidsbelastningen blir mindre. Et annet tiltak vil være å legge opp til lengre og mer konsentrerte perioder med arbeid og fritid. En av disse ordningene er såkalte “oljeturnuser” som vi ser en viss framvekst av i helsesektoren. Her et eksempel hentet fra Bømlø kommune:  
Slik fungerer åtte-ukers-turnusen:
  - *En miljøterapeut og en miljøarbeider jobber med brukeren 14,5 timer per dag 7 dager på rad. De starter i turnusen på ulike dager for å sikre kontinuitet.*
  - *Deretter tre uker fri.*
  - *Jobbing i ei uke til.*
  - *Ei uke fri.*
  - *Bakvakt i ei uke.*
  - *Ei uke fri.*
 Ordninger som dette lar seg lett kombinere med langpendling og ukependling, gitt at kommunene kan stille med tilfredsstillende bomuligheter.
- **Rekruttering av nye grupper til sektoren.** Med “nye grupper” tenkes her på menn, innvandrere og personer i omskolering. I dag arbeider ca. 10 000 utenlandske sykepleiere i Norge og for øvrig er det blant helsefagarbeiderne man i dag finner den største andelen innvandrere. Det er pekt på en del etisk uheldige sider ved at man fra norsk side aktivt rekrutterer helsepersonell fra andre land. En langt bedre ordning synes å være å satse på innvandrere. Det omfatter både dem som har relevant, faglig kompetanse og dem som ønsker å kvalifisere seg for slike yrker. En målrettet satsing på denne gruppen vil ikke bare styrke helse- og omsorgstjenesten, men også være et aktivt og viktig integreringstiltak.
- **Målrettede rekrutterings- og motiveringstiltak** som er nært knyttet til utdanning/jobb. Generelle kampanjer har langt mindre effekt!

## 4.2 Veien videre

Kartleggingen av kompetansebeholdningen i helse- og omsorgssektoren i Nord-Troms har bidratt til at det er skapt en felles situasjonsforståelse. Det synes som man langt på vei også er enige om de hovedtiltak som må iverksettes. Dermed skulle grunnen være beredt for å bringe prosjektet inn i sin tredje fase. Her skal man gå fra å fokusere på hva som bør gjøres, til å fokusere på hvordan man burde gå frem for å møte de mest sentrale utfordringene helse- og omsorgssektoren i de medvirkende kommunene står overfor. I den sammenheng ser vi for oss en del innledende avklaringer.

For det første blir det viktig å finne ut av hva slags handlingsrom prosjektet vil ha i sin tredje fase. Det handler om ressurser og hva som rent faktisk er mulig å få til. Mange av de aktivitetene som det bør legges opp til og som ligger inne i tiltakslisten som er beskrevet i kapittel 4, håndteres delvis i dag innenfor rammene av de mer daglige aktivitetene. Men det synes åpenbart at hver kommune og regionen som helhet burde se på om det går an å skape en mer samlet og helhetlig strategi innenfor de viktigste områdene.

Til dette hører rekkefølgen på arbeidet fremover. Hva er det aller viktigste å starte ut med? Hva slags tiltak er det egentlig snakk om å sette i gang og hvordan kan de ulike tiltakene kategoriseres. Noen er for eksempel kortsiktige, mens andre igjen må finne sin form over tid. Prosjektets kobling til for eksempel Nord-Troms videregående skole og etableringen av vekselmodellen der (innenfor helsefagarbeiderutdanningen) er et eksempel på et tiltak som allerede er i gang og som muligens prosjektet i sin tredje fase burde kunne hjelpe til med å få på plass. Så det er noe som relativt raskt kan iverksettes. Men så er det igjen andre prosjekter som krever en betydelige lengre planleggings- og iverksettingshorisont.

For det tredje er det nærliggende å finne ut av hvem som kan være bidragsyttere for prosjektet i dets tredje fase. Kommunene, regionrådet og NTSS er naturlige aktører, mens UiT sin rolle må avklares nærmere. Også nye aktører som har vist interesse kan være aktuelle bidragsyttere videre, for eksempel KS-Troms, Fylkesmannen og Troms fylkeskommune. Når «deltakerlisten» er klar blir det viktig å fordele oppgaver videre fremover. Men det er nok på det rene at selve tiltaksarbeidet må foregå på de lokale nivåene. Koordineringen vil det dog være naturlig at NTSS fortsetter å forvalte.

Med dette burde grunnlaget for fase 3 være lagt.

## 5. Studiesenteret som kompetansemotor

I arbeidet så langt har Nord-Troms studiesenter (NTSS) hatt et hovedansvar for utvikling og framdrift av prosjektet. Dette har, som angitt i kapittel 1, også vært en del av studiesenterets strategi for å videreutvikle sin rolle som kompetansemotor. Det vil si at man ut over det å skaffe tilveie og tilrettelegge utdanningstilbud, aktivt påtar seg andre oppgaver for å berede grunnen for økt satsing på rekruttering og kvalifisering. I dette konkrete tilfellet har NTSS sin oppgave vært tredelt:

- Har tatt initiativ til prosjektet i nært samarbeid med Nord-Troms regionråd og søkt om økonomisk støtte fra eksterne finansieringskilder
- Ledet arbeidet med kartleggingen og oppfølgingen av denne
- Informert kommunestyre og andre om resultatene og fulgt disse opp gjennom nye tiltak

Arbeidet så langt har vist at et studiesenter kan spille en sentral og viktig rolle som regional kompetansemotor. Ikke overraskende er en av erfaringene fra dette kartleggingsprosjektet at de mindre distriktskommunene hver for seg, verken har hatt tid eller kompetanse til å vie rekrutterings- og kvalifiseringsoppgaven innen helse- og omsorgssektoren stor nok oppmerksomhet. Dette kom flere ganger til uttrykk i arbeidsgruppas diskusjoner. Det ble bl.a. hevdet at enkelte, over lengre tid, hadde pekt på de utfordringer som kartleggingen avdekket, uten at dette ble fulgt godt nok opp. For å komme videre syntes det helt nødvendig at oppgaven ble løftet frem og tillagt noen som kunne ha dette som sitt hovedanliggende. NTSS framstod som en naturlig aktør i den sammenheng. Ikke bare er NTSS tilknyttet regionrådet. Det er også en aktør som har regionens kompetanse som sitt mandat, som har nettverk og erfaring med utdanning og kompetanseutvikling i regionen og som dessuten er motivert for en slik oppgave.

Arbeidet med selve kartleggingen har hatt flere positive bieffekter for NTSS. En av dem er at man har etablert et bedre og mer omfattende samarbeid med helse- og sosialsektorene i de seks kommunene. Gjennom arbeidet i arbeidsgruppa har NTSS både etablert et viktig nettverk for det videre arbeid med kompetanseutvikling i sektoren og det gitt økt forståelse for de utfordringer helse – og omsorgssektoren i regionen står overfor. Dette gir også et bedre grunnlag for fremtidige forhandlinger med aktuelle utdanningstilbydere.

Samtidig har arbeidet gjort at sentrale personer i sektoren vurderer NTSS som en relevant og viktig samarbeidspart når det gjelder kvalifisering og rekruttering i årene framover. Ikke minst har det vært interessant å observere hvordan et gjensidig og forpliktende samarbeid om kartleggingen, der arbeidsgruppas medlemmer også stod ansvarlig for datainnsamlingen, skapte engasjement og eierforhold til de utfordringene man stod overfor.

Det synes også åpenbart at NTSS har styrket sin rolle som del av Nord-Troms regionråd og at så vel rådmenn som ordførere, og da særlig førstnevnte, har "oppdaget" NTSS som viktig aktør i regionens fremtidige arbeid med kompetanse.

De NTSS – ansatte selv har opplevd dette arbeidet som en revitalisering av studiesenterrollen, som en styrking av egen virksomhet og status. Erfaringene har vært så positive at studiesenterets eget ressursutvalg har anbefalt at også ansvaret for kvalifiseringen av lærere i regionens grunnskoler knyttes til NTSS. Dette er i dag interkommunalt organisert med eget kontor, men er altså verken en del av regionrådet eller NTSS sitt satsingsområde. Samtidig har NTSS arbeidet aktivt både med tilrettelegging av grunnutdanninger og videreutdanninger for lærere i regionen.

Samtidig har arbeidet avdekket at det i rollen som kompetansemotor kreves en kompetanse som går ut over det man til vanlig knytter til meglerrollen. I kartleggingsarbeidet er dette knyttet til to forhold; prosesslederkompetanse og analyse- og sammenstillingskompetanse. Med førstnevnte menes her evne til å lede konstruktive utviklingsprosesser, noe NTSS selv har ivaretatt på en god måte. Med sistnevnte menes evne til å kartlegge, sammenstille og analysere et datamateriale. Her har man hatt hjelp og støtte fra UiT, men på sikt bør NTSS utvikle slik kompetanse selv.

Oppsummert har arbeidet med denne kartleggingen også bekreftet at studiesentrene kan og bør spille en aktiv rolle i de mindre kommunenes fremtidige arbeid med kvalifisering og rekruttering av ansatte. Det er å håpe på at NTSS får muligheten til å videreføre og videreutvikle denne rollen.



## Kommuneoversikter

## Kvæningen kommune

Kv1. Stillingskategorier. Antall og prosent.

Stilling	Antall	Prosent
Leder	7	8.3
Sykepleier	11	13.1
Pleiemedhjelper	4	4.8
Helsefagarbeider	33	39.3
Spesialsykepleier	1	1.2
Assistent	19	22.6
Hjemmehjelp	4	4.8
Fysio-/ergo/aktivitør	1	1.2
Miljøarbeider	4	4.8
Totalt	84	100

Kv2 Grunntutdanning. Antall og prosent.

Stilling	Antall	Prosent
Kokk	1	1.2
Sykepleieutdanning	17	20.2
Helsefagarbeiderutdanning	28	33.3
Aktivitør	1	1.2
Lærling	2	2.4
Vernepleier	4	4.8
Ufaglært	24	28.6
Annet	5	6.0
Barnevern	1	1.2
Helsesekretær	1	1.2
Totalt	84	100

Kv3 Stillingsstatus. Antall og prosent.

Stilling	Antall	Prosent
Fast	77	91.7
Vikariat	2	2.4
Permisjon	1	1.2
Delt	4	4.8
Totalt	84	100

Kv4 Ansattes videreutdanning. Antall og prosent.

	Antall	Prosent
Har videreutdanning	17	20.2
Har ikke videreutdanning	67	79.8
Tot	84	100

Kv5 Antall videreutdanninger blant de ansatte.

Antall videreutdanninger	1 utdanning	2 utdanninger	3 utdanninger	4 utdanninger eller mer
Antall personer	7	7	2	1

Kv6 Prosent med videreutdanning etter heltid/deltid.

Stillingsandel	>50 prosent	50-75 prosent	75-99 prosent	100 prosent	Totalt
Prosent	23.5	17.6	0.0	58.8	20.2 (17)

Kv7 Prosent med videreutdanning etter alder

Alder	>25	25-30 år	31-35 år	36-40 år	41-45 år	46-50 år	51-55 år	56-60 år	<60 år	Totalt
Prosent	0.0	0.0	5.9	5.9	29.4	23.5	17.6	11.8	5.9	20.2 (17)

Kv8 Antall og prosent innen stilling med videreutdanning.

Stilling	Antall	Prosent av stilling
Leder	4	57.1
Sykepleier	2	18.2
Spesialsykepleier	1	100.0
Pleiemedhjelper	0	0,0
Miljøterapeut	2	50.0
Helsefagarbeider	8	24.2
Assistent	0	0.0
Hjemmehjelp	0	0.0
Fys-/ergo/Aktivitør	0	0.0
Totalt	17	20.2

Kv9 Type videreutdanninger. Antall og prosent.

Videreutdanning	Antall	Prosent
Psykisk helse/rus-psyk	10	37.0
Eldre/geriatri	2	7.4
Helsesøster	2	7.4
Veiledning/coaching	2	7.4
Akuttsykepleie	2	7.4
Ledelse/øk/adm	3	11.1
Annet	4	14.8
Pedagogiske fag	2	7.4
Totalt	27	100.0

Kv10 Heltid/deltid. Antall og prosent.

	Antall	Prosent
Under 50 prosent	23	27.4
50-75 prosent	16	19.0
75-99 prosent	8	9.5
100 prosent	37	44.0
Total	84	100

Kv11 Stillingskategori og stillingsandel. Prosent.

Stillingskategori	Under 50 prosent	50-75 prosent	75-99 prosent	100 prosent	Totalt
Helsefagarbeider	15.2	24.2	18.2	42.4	100 (33)
Assistent	68.4	15.8	0.0	15.8	100 (19)
Sykepleier	0.0	9.1	18.2	72.7	100 (11)
Leder/avd. leder	14.3	14.3	0.0	71.4	100 (7)
Hjemmehjelp	0.0	50.0	0.0	50.0	100 (4)
Pleiemedhjelper	75.0	0.0	0.0	25.0	100(4)
Spesialsykepleier	0.0	0.0	0.0	100.0	100(1)
Fysio/ergo/aktivitør	0.0	100.0	0.0	0.0	100 (1)
Miljøterapeut	25.0	0.0	0.0	75.0	100(4)
Totalt	27.3	19.0	9.5	44.0	100

Kv12 Alder. Antall og prosent.

Alder	Antall	Prosent
Under 25 år	10	11.9
25-30 år	6	7.1
31-35 år	8	9.5
36-40 år	6	7.1
41-45 år	10	11.9
46-50 år	13	15.5
51-55 år	9	10.7
56-60 år	10	11.9
Over 60 år	12	14.3
Totalt	84	100

Kv13 Stillingskategorier og alder. Prosent.

	<25 år	25-30 år	31-35 år	36-40 år	41-45 år	46-50 år	51-55 år	56-60 år	>60 år	Totalt
Helsefagarbeider	6.1	3.0	6.1	9.1	21.2	18.2	6.1	15.1	15.1	100 (33)
Assistent	31.6	10.5	10.5	0.0	5.3	5.3	10.5	10.5	15.8	100 (19)
Sykepleier	18.2	18.2	18.2	0.0	0.0	9.1	27.3	0.0	9.1	100 (11)
Spesialsykepleier	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	100 (1)
Leder/avd. leder	0.0	14.3	14.3	28.6	14.3	14.3	14.3	0.0	0.0	100 (7)
Hjemmehjelp	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	25.0	75.0	100 (4)
Miljøterapeut	0.0	0.0	25.0	0.0	25.0	50.0	0.0	0.0	0.0	100 (4)
Pleiemedhjelper	0.0	0.0	0.0	25.0	0.0	25.0	25.0	25.0	0.0	100 (4)
Fysio/ergo/aktivitør	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	100 (1)
<b>Totalt</b>	<b>12.0</b>	<b>7.1</b>	<b>9.5</b>	<b>7.1</b>	<b>12.9</b>	<b>15.5</b>	<b>10.7</b>	<b>12.0</b>	<b>14.3</b>	<b>100 (84)</b>

Kv14 Alder og stillingsandel. Prosent.

	<50 prosent	50-75 prosent	75-99 prosent	100 prosent	Totalt
<25 år	60.0	0.0	0.0	40.0	100(10)
25-30 år	0.0	33.3	16.7	50.0	100 (6)
31-35 år	25.0	25.0	0.0	50.0	100 (8)
36-40 år	0.0	33.3	16.7	50.0	100( 6)
41-45 år	40.0	10.0	10.0	40.0	100 (10)
46-50 år	23.1	15.4	15.4	46.2	100 (13)
51-55 år	33.3	22.2	0.0	44.4	100 (9)
56-60 år	30.0	10.0	10.0	50.0	100 (10)
>60 år	16.7	33.3	16.7	33.3	100 (12)
<b>Totalt</b>	<b>27.4</b>	<b>19.0</b>	<b>9.5</b>	<b>44.0</b>	<b>100 (84)</b>

## Kåfjord

Kå1 Stillingskategorier. Antall og prosent.

Stilling	Antall	Prosent
Helsefagarbeider	45	43.7
Assistent	26	25.2
Sykepleier	13	12.6
Leder/avd. leder	2	1.9
Spesialsykepleiere	7	6.8
Miljøarbeider/-terapeut	6	5.8
Adm. stillinger	3	2.9
Vernepleier	1	1.0
Totalt	103	100

Kå2 Grunnutdanning. Antall og prosent.

	Antall	Prosent
Helsefagarbeiderutd	47	45.6
Sykepleierutd	24	23.3
Ufaglært	25	24.3
Vernepleierutd	1	1.0
Annen utdanning	1	1.0
Fys-/ergo-/aktivitørutd	2	1.9
Kokkeutdanning	0	0.0
Sosionom-/barnevernutd	3	2.9
Totalt	103	100

Kå3 Stillingsstatus. Antall og prosent.

	Antall	Prosent
Går i fast stilling	96	93.2
Stilling med midlertidig ansatte	2	1.9
Har todelt stilling	3	2.9
Ledige stillinger	0	0.0
Permisjon	2	1.9
Vikariat	0	0.0
Sykemeldt	0	0.0
Totalt	103	100

Kå4 Ansattes videreutdanning. Antall og prosent.

	Antall	Prosent
Har videreutd.	20	19.4
Har ikke videreutd.	82	79.6
Ikke oppgitt	1	1.0
Totalt	103	100

Kå5 Antall videreutdanninger blant de ansatte.

Antall videreutdanninger	1 utdanning	2 utdanninger	3 utdanninger	4 utdanninger eller mer
Antall personer	16	4	1	0

Kå6 Videreutdanning etter heltid/deltid. Prosent

Stillingsandel	>50 prosent	50-75 prosent	75-99 prosent	100 prosent	Totalt
Prosent	5.0	5.0	30.0	60.0	100 (20)

Kå7 Videreutdanning etter alder. Prosent

Alder	>25	25-30 år	31-35 år	36-40 år	41-45 år	46-50 år	51-55 år	56-60 år	<60 år	Totalt
Prosent	0.0	5.0	5.0	15.0	30.0	20.0	5.0	5.0	15.0	100 (20)

Kå8 Antall og prosent innen stilling med videreutdanning.

Stilling	Antall	Prosent av stilling
Helsefagarbeider	4	8.9
Assistent	0	0.0
Sykepleier	4	30.8
Leder/avd. leder	2	100.0
Spesialsykepleiere	7	100.0
Vernepleier	0	0.0
Miljøarbeider/-terapeut	0	0.0
Adm. stillinger	3	100.0
Totalt	20	100 (20)



Kå9 Type videreutdanninger. Antall og prosent.

	Antall	Prosent
Psykisk helse/rus-psyk	8	32.0
Ledelse/øk/adm	6	24.0
Eldre/geriatri	2	8.0
Annet	1	4.0
Er i grunnutdanning.	1	4.0
Helsesøster	1	4.0
Kreft	2	8.0
Diabetes	3	12.0
Hudsykepleie	1	4.0
<b>Totalt</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

Kå10 Heltid/deltid. Antall og prosent.

	Antall	Prosent
Under 50 prosent	21	20.4
50-75 prosent	27	26.2
75-99 prosent	21	20.4
100 prosent	34	33.0
<b>Totalt</b>	<b>103</b>	<b>100</b>

Kå11 Stillingskategori og heltid/deltid. Prosent.

	Under 50 prosent	50-75 prosent	75-99 prosent	100 prosent	Totalt
Helsefagarbeider	15.6	31.1	22.2	31.1	100(47)
Assistent	42.3	26.9	19.2	11.5	100(26)
Sykepleier	7.7	46.2	7.7	38.5	100(13)
Leder/avd. leder	0.0	0.0	0.0	100.0	100(2)
Spesialsykepleiere	0.0	0.0	42.9	57.1	100(7)
Adm. stillinger	0.0	0.0	0.0	100.0	100(3)
Vernepleier	0.0	0.0	0.0	100.0	100(1)
Miljøarbeider	33.3	0.0	33.3	33.3	100(6)
<b>Totalt</b>	<b>20.4</b>	<b>26.2</b>	<b>20.4</b>	<b>33.0</b>	<b>100(103)</b>

Kå12 Alder. Antall og prosent.

	Antall	Prosent
Under 25 år	2	1.9
25-30 år	6	5.8
31-35 år	7	6.8
36-40 år	5	4.9
41-45 år	15	14.6
46-50 år	12	11.7
51-55 år	11	10.7
56-60 år	16	15.5
Over 60 år	29	28.2
<b>Totalt</b>	<b>103</b>	<b>100</b>

Yngste registrerte arbeidstaker er 23 år, eldste er 75 år. Gjennomsnittsalder for ansatte i H/O-sektoren i Kåfjord er 50.8 år. Medianen, dvs. den alderen som deler ansattegruppen i to like store deler er 52 år.

Kå 13 Stillingskategori og alder. Prosent

	<25 år	25- 30 år	31- 35 år	36- 40 år	41- 45 år	46- 50 år	51- 55 år	56- 60 år	> 60 år	Totalt
Helsefagarbeider	0.0	8.9	6.7	0.0	11.1	17.8	11.1	15.6	28.9	100 (45)
Assistent	3.8	7.7	3.8	0.0	7.7	3.8	15.4	23.1	34.6	100 (26)
Sykepleier	7.7	0.0	23.1	15.4	7.7	0.0	0.0	15.4	30.8	100 (13)
Leder/avd. leder	0.0	0.0	0.0	50.0	0.0	50.0	0.0	0.0	0.0	100 (2)
Spesialsykepleiere	0.0	0.0	0.0	14.3	71.4	14.3	0.0	0.0	0.0	100 (7)
Adm. stillinger	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	33.3	0.0	33.3	33.3	100 (3)
Vernepleier	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	100 (1)
Miljøarbeider	0.0	0.0	0.0	16.7	33.3	0.0	16.7	0.0	33.3	100 (6)
<b>Totalt</b>	<b>1.9</b>	<b>5.8</b>	<b>6.8</b>	<b>4.9</b>	<b>14.6</b>	<b>11.7</b>	<b>10.7</b>	<b>15.5</b>	<b>28.2</b>	<b>100 (103)</b>

Kå14 Alder og heltid/deltid. Prosent.

	< 50 prosent	50-75 prosent	75-99 prosent	100 prosent	Totalt
<25 år	0.0	0.0	50.0	50.0	100 (2)
25-30 år	33.3	26.7	0.0	50.0	100 (6)
31-35 år	14.3	28.6	28.6	28.6	100 (7)
36-40 år	20.0	20.0	40.0	20.0	100 (5)
41-45 år	26.7	20.0	20.0	33.3	100 (15)
46-50 år	0.0	8.3	25.0	66.7	100 (12)
51-55 år	36.4	18.2	18.2	27.3	100 (11)
56-60 år	25.0	50.0	12.5	12.5	100 (16)
>60 år	17.2	31.0	20.7	31.0	100 (29)
Totalt	20.4	26.2	20.4	33.0	100 (103)

## Nordreisa

N1 Stillingskategorier. Antall og prosent.

	Antall	Prosent
Helsefagarbeider	115	39.9
Assistent	39	13.5
Sykepleier	55	19.1
Leder/avd. leder	16	5.6
Spesialsykepleiere	11	3.8
Adm. stillinger	15	5.2
Vernepleier	9	3.1
Hjemmehjelp	8	2.8
Miljøarbeider	0	0.0
Pleiemedhjelper	0	0.0
Fysio/ergo/aktivitør	6	2.1
Kjøkkenpers.	4	1.4
Lege/overlege	7	2.4
Andre stillinger	0	0.0
Støttekontakt	3	1.0
Totalt	288	100

N2 Grunnutdanning. Antall og prosent.

	Antall	Prosent
Helsefagarbeiderutdanning	119	41.3
Sykepleierutdanning	76	26.4
Ufaglært	43	14.9
Vernepleierutdanning	13	4.5
Annen utdanning	11	3.8
Fysio-/ergo-/aktivitørutdanning	7	2.4
Kokkeutdanning	6	2.1
Sosionom- /barnevernutdanning	3	1.0
Legeutdanning	7	2.4
Helsesekretærutdanning	2	0.7
Ikke oppgitt	1	0.3
Totalt	288	100

N3 Stillingsstatus. Antall og prosent.

Status	Antall	Prosent
Går i fast stilling	226	78.5
Stilling med midlertidig ansatte	49	17.0
Har todelt stilling	13	4,5
Ledige stillinger	0	0.0
Permisjon	0	0.0
Vikariat	0	0.0
Sykemeldt	0	0.0
<b>Totalt</b>	<b>288</b>	<b>100</b>

N4 Ansattes videreutdanning. Antall og prosent.

	Antall	Prosent
Har videreutd.	56	19.4
Har ikke videreutd.	200	69.4
Ikke oppgitt	32	11.1

N5 Antall videreutdanninger blant de ansatte.

Antall videreutd.	1 utdanning	2 utdanninger	3 utdanninger	4 utdanninger eller mer
Antall personer	39	13	3	1

N6 Videreutdanning etter heltid/deltid. Prosent.

Stillingsandel	>50 prosent	50-75 prosent	75-99 prosent	100 prosent	Totalt
Prosent	7.1	14.3	17.9	60.7	19.4(56)

N7 Videreutdanning etter alder. Prosent.

Alder	>25	25-30 år	31-35 år	36-40 år	41-45 år	46-50 år	51-55 år	56-60 år	<60 år	Totalt
Prosent	0.0	3.6	3.6	3.6	10.7	33.9	19.6	17.9	7.1	19.4 (56)

N8 Antall og prosent innen stilling med videreutdanning.

	Antall	Prosent av stilling
Helsefagarbeider	10	8.7
Assistent	1	2.6
Sykepleier	7	12.7
Leder/avd. leder	11	68.8
Spesialsykepleiere	11	100.0
Adm. stillinger	5	33.3
Vernepleier	1	11.1
Hjemmehjelp	0	0.0
Miljøarbeider	0	0.0
Pleiemedhjelper	0	0.0
Fysio/ergo/aktivitør	3	50.0
Kjøkkenpers.	2	50.0
Lege/overlege	4	57.1
Støttekontakt	1	33.3
Tot	56	19.4 (56)

N9 Type videreutdanninger. Antall og prosent.

	Antall	Prosent
Psykisk helse/rus-psyk	8	11.6
Ledelse/øk/adm	8	11.6
Eldre/geriatri	4	5.8
Annet	17	24.6
Er i grunnutd	3	4.3
Helsesøster	5	7.2
Pedagogiske fag	8	11.6
Kreft	2	2.9
Diabetes	1	1.4
Jordmor	6	8.7
Veiledning/coaching	4	5.8
Lindrende omsorg	0	0.0
Vold i nære relasjoner	0	0.0
Akuttsykepleie	1	1.4
Hudsykepleie	1	1.4
Familieterapi	0	0.0
Pediatrisk sykepleie	1	1.4
Intensivsykepleie	0	0.0
Operasjonssykepleie	0	0.0
Totalt	69	100

N10 Heltid/deltid. Antall og prosent.

	Antall	Prosent
Under 50 prosent	66	22.9
50-75 prosent	62	21.5
75-99 prosent	60	20.8
100 prosent	100	34.7
Total	288	100

N11 Stillingskategori og heltid/deltid. Prosent.

	Under 50 prosent	50-75 prosent	75-99 prosent	100 prosent	Totalt
Helsefagarbeider	21.7	27.8	27.8	22.6	100(115)
Assistent	64.1	20.5	12.8	2.6	100(39)
Sykepleier	16.4	20.0	20.0	43.6	100(55)
Leder/avd. leder	0.0	8.3	12,5	81.3	102(16)
Spesialsykepleiere	0.0	0.0	18.2	81.8	100(11)
Adm. stillinger	13.3	20.0	13.3	53.3	100(15)
Vernepleier	0.0	11.1	0.0	89.9	100(9)
Hjemmehjelp	0.0	25.0	50.0	25.0	100(8)
Fysio/ergo/aktivitør	0.0	0.0	16.7	83.3	100(6)
Kjøkkenpers.	0.0	25.0	0.0	75.0	100(4)
Lege/overlege	57.1	14.3	14.3	14.3	100(7)
Støttekontakt	33.3	66.7	0.0	0.0	100(3)
<b>Totalt</b>	<b>22.9</b>	<b>21.5</b>	<b>20.8</b>	<b>34.7</b>	<b>100(288)</b>

N12 Alder. Antall og prosent.

	Antall	Prosent
Under 25 år	3	1.0
25-30 år	21	7.3
31-35 år	26	9.0
36-40 år	24	8.3
41-45 år	25	8.7
46-50 år	45	15.6
51-55 år	33	11.5
56-60 år	36	12.5
Over 60 år	26	9.0
Ikke oppgitt	49	17.0
<b>Total</b>	<b>288</b>	<b>100</b>

Yngste registrerte arbeidstaker er 23 år, eldste er 68 år. Gjennomsnittsalder for ansatte i H/O-sektoren i Nordreisa er 46, 8 år. Medianen, dvs. den alderen som deler ansattegruppen i to like store deler er 47 år.



N13 Stillingskategori og alder. Prosent

	<25år	25-30 år	31-35 år	36-40 år	41-45 år	46-50 år	51-55 år	56-60 år	>60 år	Ikke svart	Totalt
Helsefagarbeider	0.0	2.6	9.6	8.7	7.8	7.8	11.3	16.5	15.7	20.0	100 (115)
Assistent	7.7	10.3	10.3	7.7	7.7	2.6	7.7	2.6	10.3	33.3	100 (39)
Sykepleier	0.0	14.5	12.7	9.1	9.1	27.3	3.6	10.9	3.6	9.1	100 (55)
Leder/avd. leder	0.0	6.3	0.0	12.5	12.5	12.5	18.8	31.3	6.2	0.0	100 (16)
Spesialsykepleiere	0.0	0.0	0.0	9.1	9.1	45.5	27.3	9.1	0.0	0.0	100 (11)
Adm. stillinger	0.0	13.3	6.7	6.7	6.7	33.3	13.3	13.3	0.0	6.7	100 (15)
Vernepleier	0.0	11.1	0.0	22.2	0.0	33.3	11.1	0.0	0.0	22.2	100 (9)
Hjemmehjelp	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	25.0	25.0	12.5	12.5	25.0	100 (8)
Fysio/ergo/aktivitør	0.0	16.7	50.0	0.0	0.0	16.7	0.0	0.0	0.0	16.7	100 (6)
Kjøkkenpers.	0.0	0.0	0.0	0.0	50.0	50.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100 (4)
Lege/overlege	0.0	14.3	0.0	0.0	28.6	0.0	28.6	14.3	0.0	14.3	100 (7)
Støttekontakt	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	66.7	0.0	0.0	33.3	100 (3)
<b>Totalt</b>	<b>1.0</b>	<b>7.3</b>	<b>9.0</b>	<b>8.3</b>	<b>8.7</b>	<b>15.6</b>	<b>11.5</b>	<b>12.5</b>	<b>9.0</b>	<b>17.0</b>	<b>100 (288)</b>

N14 Alder og heltid/deltid. Prosent.

	<50 prosent	50-75 prosent	75-99 prosent	100 prosent	Totalt
<25 år	100.0	0,0	0,0	0,0	100 (3)
25-30 år	19,0	28.6	9.5	42.9	100 (21)
31-35 år	19.2	30.8	23.1	26.9	100 (26)
36-40 år	16.7	16.7	29.2	37.5	100 (24)
41-45 år	32.0	12.0	12.0	44.0	100 (25)
46-50 år	13.3	15.6	22.2	48.9	100 (45)
51-55 år	9.1	18.2	33.3	39.4	100 (33)
56-60 år	13.9	27.8	25.0	33.3	100 (36)
>60 år	11.5	30,8	26.9	30.8	100 (26)
Ikke svart	50,0	20.4	10.2	18.4	99 (49)
<b>Totalt</b>	<b>22.9</b>	<b>21.5</b>	<b>20.8</b>	<b>34.7</b>	<b>100 (288)</b>

## Skjervøy

Skj1 Stillingskategorier. Antall og prosent.

	Antall	Prosent
Helsefagarbeider	64	44.4
Assistent	8	5.6
Pleiemedhjelper	10	6.9
Sykepleier	20	13.9
Leder/avd. leder	9	6.3
Spesialsykepleiere	3	2.1
Adm. stillinger	4	2.8
Vernepleier	3	2.1
Hjemmehjelp	8	5.6
Kjøkkenpers.	6	4.2
Andre stillinger	5	3.5
Støttekontakt	3	2.1
Uoppgitt	1	0.7
Totalt	144	100

Skj2 Grunnutdanning. Antall og prosent.

	Antall	Prosent
Helsefagarbeiderutd	65	45.2
Sykepleierutd	31	21.5
Ufaglært	26	18.1
Vernepleierutd	4	2.8
Annen utdanning	7	4.9
Fys-/ergo-/aktivitørutd	2	1.4
Kokkeutdanning	7	4.9
Sosionom-/barnevernutd	1	0.7
Ikke oppgitt	1	0.7
Totalt	144	100

Skj3 Stillingsstatus. Antall og prosent.

	Antall	Prosent
Går i fast stilling	139	96.5
Stilling med midlertidig ansatte	0	0.0
Har todelt stilling	2	1.4
Ledige stillinger	2	1.4
Permisjon	0	0.0
Vikariat	1	0.7
Sykemeldt	0	0.0
<b>Totalt</b>	<b>144</b>	<b>100</b>

Skj4 Ansattes videreutdanning. Antall og prosent.

	Antall	Prosent
Har videreutd.	20	13.9
Har ikke videreutd.	120	83.2
Ikke oppgitt	4	2.8
<b>Totalt</b>	<b>144</b>	<b>100</b>

Skj5 Antall videreutdanninger blant de ansatte.

Antall videreutd.	1 utdanning	2 utdanninger	3 utdanninger	4 utdanninger eller mer
Antall personer	18	2	0	0

Skj6 Videreutdanning etter heltid/deltid. Prosent.

Stillingsandel	>50 prosent	50-75 prosent	75-99 prosent	100 prosent	Totalt
Prosent	10	5.0	5.0	80.0	13.9(20)

Skj7 Videreutdanning etter alder. Prosent.

Alder	>25	25-30 år	31-35 år	36-40 år	41-45 år	46-50 år	51-55 år	56-60 år	<60 år	Ikke oppgitt	Totalt
Prosent	0.0	0.0	15.0	5.0	20.0	20.0	15.0	20.0	5.0	2.8	13.9 (20)

Skj9 Type videreutdanninger. Antall og prosent.

	Antall	Prosent
Psykisk helse/rus-psyk	7	31.8
Ledelse/Øk/adm	2	9.1
Eldre/geriatri	5	22.7
Annet	0	0.0
Er i grunnutd	2	9.1
Helsesøster	1	4.5
Pedagogiske fag	1	4.5
Kreft	4	18.2
Diabetes	0	0.0
Jordmor	0	0.0
Veiledning/coaching	0	0.0
Lindrende omsorg	0	0.0
Vold i nære relasjoner	0	0.0
Akuttsykepleie	0	0.0
Hudsykepleie	0	0.0
Familieterapi	0	0.0
Pediatrik sykepleie	0	0.0
Intensivsykepleie	0	0.0
Operasjonssykepleie	0	0.0
Totalt	22	100

Skj10 Heltid/deltid. Antall og prosent.

	Antall	Prosent
Under 50 prosent	30	20.8
50-75 prosent	30	20.8
75-99 prosent	28	19.4
100 prosent	55	38.2
Ikke oppgitt	1	0.7
Total	144	100

Skj11 Heltid/deltid etter stilling. Prosent.

	<50 prosent	50-75 prosent	75-99 prosent	100 prosent	Ikke svart prosent	Totalt
Helsefagarbeider	14.1	29.7	31.1	25.0	0.0	100(64)
Assistent	62.5	37.5	0.0	0.0	0.0	100(8)
Sykepleier	0.0	5.0	15.0	80.0	0.0	100(20)
Leder/avd. leder	0.0	0.0	11.1	88.9	0.0	100(9)
Spesialsykepleiere	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	100(3)
Adm. stillinger	50.0	0.0	50.0	0.0	0.0	100(4)
Vernepleier	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	100(3)
Hjemmehjelp	25.0	37.5	12.5	25.0	0.0	100(8)
Pleiemedhjelper	90.0	10.0	0.0	0.0	0.0	100(10)
Kjøkkenpers.	33.3	0.0	16.7	33.3	16.7	100(6)
Andre stillinger	20.0	40.0	0.0	40.0	0.0	100(5)
Støttekontakt	0.0	33.3	0.0	66.7	0.0	100(3)
Totalt	20.8	20.8	19.4	38.2	0.7	100(144)

\*en uoppgitt

Skj12 Alder. Antall og prosent.

	Antall	Prosent
Under 25 år	5	3.5
25-30 år	7	4.9
31-35 år	11	7.6
36-40 år	12	8.3
41-45 år	30	20.8
46-50 år	20	13.9
51-55 år	23	16.0
56-60 år	18	12.5
Over 60 år	15	10.4
Ikke oppgitt	3	2.1
Totalt	144	100

Yngste registrerte arbeidstaker er 20 år, eldste er 69 år. Gjennomsnittsalder for ansatte i H/O-sektoren i Skjervøy er 46, 8 år. Medianen, dvs. den alderen som deler ansattegruppen i to like store deler er 47 år.

Skj13 Stillingskategori og alder. Prosent

	<25år	25-30 år	31-35 år	36-40 år	41-45 år	46-50 år	51-55 år	56-60 år	>60 år	Ikke svart	Totalt
Helsefagarbeider	3.1	1.6	6.3	7.8	29.7	14.1	20.3	9.4	7.8	0.0	100 (649)
Assistent	0.0	0.0	12.5	0.0	12.5	12.5	12.5	25.0	25.0	0.0	100 (8)
Sykepleier	0.0	20.0	15.0	10.0	15.0	15.0	10.0	10.0	0.0	5.0	100 (20)
Leder/avd. leder	0.0	0.0	11.1	11.1	22.2	11.1	11.1	22.2	11.1	0.0	100 (9)
Spesialsykepleiere	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	66.7	0.0	33.3	100 (3)
Adm. stillinger	0.0	0.0	0.0	0.0	25.0	25.0	50.0	0.0	0.0	0.0	100 (4)
Vernepleier	0.0	0.0	0.0	33.3	33.3	33.3	0.0	0.0	0.0	0.0	100 (3)
Hjemmehjelp	0.0	0.0	12.5	12.5	0.0	12.5	25.0	0.0	37.5	0.0	100 (8)
Pleiemedhjelper	20.0	10.0	0.0	20.0	0.0	0.0	10.0	30.0	10.0	0.0	100 (10)
Kjøkkenpers.	0.0	0.0	0.0	0.0	16.7	33.3	0.0	16.7	33.3	0.0	100 (6)
Andre stillinger	20.0	20.0	20.0	0.0	0.0	0.0	20.0	0.0	20.0	0.0	100 (5)
Støttekontakt	0.0	0.0	0.0	0.0	66.7	33.3	0.0	0.0	0.0	0.0	100 (3)
<b>Totalt</b>	<b>3.5</b>	<b>4.9</b>	<b>7.6</b>	<b>8.3</b>	<b>20.8</b>	<b>13.9</b>	<b>16.0</b>	<b>12.5</b>	<b>10.4</b>	<b>2.1</b>	<b>100 (144)</b>

Skj14 Alder og heltid/deltid. Prosent.

	<50 prosent	50-75 prosent	75-99 prosent	100 prosent	Ikke svart	Totalt
<25 år	80,0	20,0	0,0	0,0	0,0	100(5)
25-30 år	14,3	28,6	14,3	42,9	0,0	100(7)
31-35 år	9,1	27,3	9,1	54,5	0,0	100 (11)
36-40 år	33,3	8,8	25,0	33,3	0,0	100(12)
41-45 år	6,7	23,3	30,0	40,0	0,0	100(30)
46-50 år	30,0	10,0	15,0	45,0	0,0	100(20)
51-55 år	21,7	26,1	26,1	26,1	0,0	100(23)
56-60 år	22,2	27,8	11,1	38,9	0,0	100(18)
>60 år	20,0	20,0	20,0	33,3	6,5	93(15)
<b>Totalt</b>	<b>20,8</b>	<b>20,8</b>	<b>19,4</b>	<b>38,2</b>	<b>0,7</b>	<b>100(144)</b>

## Storfjord

Sto1 Stillingskategorier. Antall og prosent.

	Antall	Prosent
Helsefagarbeider	32	33.7
Assistent	8	8.4
Sykepleier	9	9.5
Leder/avd. leder	8	8.4
Spesialsykepleiere	10	10.5
Adm. stillinger	2	2.1
Vernepleier	8	8.4
Miljøarbeider	3	3.2
Pleiemedhjelper	9	9.5
Kjøkkenpers.	1	1.1
Andre stillinger	5	5.3
Totalt	95	100

Sto2 Grunnutdanning. Antall og prosent.

	Antall	Prosent
Helsefagarbeiderutd	34	35.8
Sykepleierutd	23	24.2
Ufaglært	17	17.9
Vernepleierutd	10	10.5
Annen utdanning	9	9.5
Kokkeutdanning	1	1.1
Sosionom-/barnevernutd	1	1.1
Totalt	95	100

Sto3 Stillingsstatus. Antall og prosent.

	Antall	Prosent
Går i fast stilling	93	97.9
Har todelt stilling	2	2.1
Totalt	95	100

Sto4 Ansattes videreutdanning. Antall og prosent.

	Antall	Prosent
Har videreutd.	32	33.7
Har ikke videreutd.	63	66.3
Ikke oppgitt	0	0.0
<b>Totalt</b>	<b>95</b>	<b>100</b>

Sto5 Antall videreutdanninger blant de ansatte.

Antall videreutd.	1 utdanning	2 utdanninger	3 utdanninger	4 utdanninger eller mer
Antall personer	9	13	7	3

Sto6 Videreutdanning etter heltid/deltid. Prosent.

Stillingsandel	>50 prosent	50-75 prosent	75-99 prosent	100 prosent	Totalt
Prosent	12.5	34.4	9.4	43.8	133.7 (32)

Sto7 Videreutdanning etter alder. Prosent.

Alder	>25	25-30 år	31-35 år	36-40 år	41-45 år	46-50 år	51-55 år	56-60 år	<60 år	ikke oppgitt	Totalt
Prosent	6.3	3.1	6.3	3.1	28.1	21.9	9.4	15.6	0.0	6.3	33.7 (32)



Sto8 Antall og prosent innen stilling med videreutdanning.

	Antall	Prosent av stilling
Helsefagarbeider	7	21.9
Assistent	2	25.0
Sykepleier	0	0.0
Leder/avd. leder	5	62.5
Spesialsykepleiere	10	100.0
Adm. stillinger	0	0.0
Vernepleier	5	62.5
Miljøarbeider	0	0.0
Pleiemedhjelper	1	11.1
Andre stillinger	2	40.0
<b>Totalt</b>	<b>32</b>	<b>33.7</b>

Sto9 Type videreutdanninger. Antall og Prosent.

	Antall	Prosent
Psykisk helse/rus-psyk	17	30.9
Ledelse/øk/adm	9	16.4
Eldre/geriatri	9	16.4
Annet	2	3.6
Er i grunnutd	5	9.1
Kreft	1	1.8
Jordmor	1	1.8
Veiledning/coaching	7	12.7
Vold i nære relasjoner	2	3.6
Familieterapi	1	1.8
Operasjonssykepleie	1	1.8
<b>Totalt</b>	<b>55</b>	<b>100</b>

Sto10 heltid/deltid. Antall og Prosent.

	Antall	Prosent
Under 50 prosent	18	18.9
50-75 prosent	32	33.7
75-99 prosent	16	16.8
100 prosent	29	30.5
Total	95	100

Sto11 Stillingskategori og heltid/deltid. Prosent.

	Under 50 prosent	50-75 prosent	75-99 prosent	100 prosent	Totalt
Helsefagarbeider	15.6	46.9	15.6	21.9	100 (32)
Assistent	62.5	25.0	12.5	0.0	100 (8)
Sykepleier	11.1	11.1	33.3	44.4	100 (9)
Leder/avd. leder	0.0	0.0	0.0	100.0	100 (8)
Spesialsykepleiere	10.0	20.0	30.0	40.0	100 (10)
Adm. stillinger	100.0	0.0	0.0	0.0	100 (2)
Vernepleier	0.0	25.0	12.5	62.5	100 (8)
Miljøarbeider	33.3	33.3	0.0	33.3	100 (3)
Pleiemedhjelper	22.2	55.6	22.2	0.0	100 (9)
Kjøkkenpers.	0.0	100.0	0.0	0.0	100 (1)
Andre stillinger	20.0	60.0	20.0	0.0	100 (5)
Totalt	18.9	33.7	16.9	30.5	100 (95)

Sto12 Alder. Antall og prosent.

	Antall	Prosent
Under 25 år	2	2.1
25-30 år	5	5.3
31-35 år	4	4.2
36-40 år	7	7.4
41-45 år	20	21.1
46-50 år	13	13.7
51-55 år	14	14.7
56-60 år	22	23.2
Over 60 år	6	6.3
Ikke oppgitt	2	2.1
Totalt	95	100

Yngste registrerte arbeidstaker er 23 år, eldste er 66 år. Gjennomsnittsalder for ansatte i H/O-sektoren i Storfjord er 48, 1 år. Medianen, dvs. den alderen som deler ansattegruppen i to like store deler er 49 år.

Sto13 Stillingskategori og alder. Prosent.

	<25år	25-30 år	31-35 år	36-40 år	41-45 år	46-50 år	51-55 år	56-60 år	>60 år	Ikke svart	Totalt
Helsefagarbeider	0.0	9.4	3.1	12.5	15.6	6.3	15.6	25.0	9.4	3.1	100 (32)
Assistent	12.5	0.0	0.0	12.5	12.5	12.5	12.5	25.0	12.5	0.0	100 (8)
Sykepleier	0.0	11.1	22.2	22.2	22.2	11.1	0.0	11.1	0.0	0.0	100 (9)
Leder/avd. leder	0.0	0.0	0.0	0.0	50.0	25.0	0.0	25.0	0.0	0.0	100 (8)
Spesialsykepleiere	0.0	0.0	10.0	0.0	30.0	40.0	0.0	10.0	0.0	10.0	100 (10)
Adm. stillinger	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	100 (2)
Vernepleier	0.0	12.5	0.0	0.0	37.5	0.0	25.0	25.0	0.0	0.0	100 (8)
Miljøarbeider	0.0	0.0	0.0	0.0	33.3	66.7	0.0	0.0	0.0	0.0	100 (3)
Pleiemedhjelper	11.1	0.0	0.0	0.0	11.1	0.0	33.3	44.4	0.0	0.0	100 (9)
Kjøkkenpers.	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	100 (1)
Andre stillinger	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	20.0	60.0	0.0	20.0	0.0	100 (5)
Totalt	2.1	5.3	4.2	7.4	21.1	13.7	14.7	23.2	6.3	2.1	100 (95)

Sto14 Alder og heltid/deltid. Prosent.

	<50 prosent	50-75 prosent	75-99 prosent	100 prosent	Totalt
<25 år	100.0	0.0	0.0	0.0	100(2)
25-30 år	20.0	80.0	0.0	0.0	100(8)
31-35 år	0.0	0.0	75.0	25.0	100(4)
36-40 år	42.9	28.6	0.0	28.6	100(7)
41-45 år	0.0	20.0	20.0	60.0	100(20)
46-50 år	23.1	30.8	23.1	23.1	100(13)
51-55 år	21.4	28.6	28.6	21.4	100(14)
56-60 år	18.2	45.5	9.1	27.3	100(22)
>60 år	33.3	50.0	0.0	16.7	100(6)
Ikke svart	0.0	50.0	0.0	50.0	100(2)
Totalt	18.9	33.7	16.8	30.5	100(95)

## Lyngen

L1 Stillingskategorier. Antall og prosent.

	Antall	Prosent
Helsefagarbeider	93	41.3
Assistent	40	17.8
Sykepleier	22	9.8
Leder/avd. leder	9	4.0
Spesialsykepleiere	8	3.6
Adm. stillinger	9	4.0
Vernepleier	6	2.7
Hjemmehjelp	7	3.1
Miljøarbeider	13	5.8
Fysio/ergo/aktivitør	8	3.6
Kjøkkenpers.	2	0.9
Lege/overlege	5	2.2
Andre stillinger	2	0.9
Støttekontakt	1	0,4
Totalt	225	100

L2 Grunnutdanning. Antall og prosent.

	Antall	Prosent
Helsefagarbeiderutd	86	38.2
Sykepleierutd	35	15.6
Ufaglært	52	23.1
Vernepleierutd	11	4.9
Annen utdanning	10	4.4
Fys-/ergo-/aktivitørutd	10	4,4
Kokkeutdanning	3	1.3
Sosionom-/barnevernutd	5	2.2
Legeutdanning	4	1.8
Helsesekretærutd	5	2.2
Ikke oppgitt	4	1.8
Totalt	225	100

L3 Stillingsstatus. Antall og prosent.

	Antall	Prosent
Går i fast stilling	170	75.6
Stilling med midlertidig ansatte	8	3.6
Har todelt stilling	14	6.2
Ledige stillinger	29	12.9
Permisjon	2	0.9
Vikariat	2	0.9
Totalt	225	100

L4 Ansattes videreutdanning. Antall og prosent.

	Antall	Prosent
Har videreutd.	53	23.6
Har ikke videreutd.	133	59.1
Ikke oppgitt	39	17.3
Totalt	225	100

L5 Antall videreutdanninger blant de ansatte.

Antall videreutd.	1 utdanning	2 utdanninger	3 utdanninger	4 utdanninger eller mer
Antall personer	33	14	6	0

L6 Videreutdanning etter heltid/deltid. Prosent.

Stillingsandel	>50 prosent	50-75 prosent	75-99 prosent	100 prosent	Totalt
Prosent	20.8	18.9	7.5	52.8	23.6 (53)

L7 Videreutdanning etter alder. Prosent.

Alder	>25	25-30 år	31-35 år	36-40 år	41-45 år	46-50 år	51-55 år	56-60 år	<60 år	Ikke oppgitt	Totalt
Prosent	1.9	5.7	7.5	20.8	15.1	15.1	11.3	15.1	5.7	1.9	23.6 (53)

L8 Antall og prosent innen stilling som har videreutdanning.

	Antall	Prosent av stilling
Helsefagarbeider	13	14.0
Assistent	7	17.5
Sykepleier	10	45.5
Leder/avd. leder	5	55.6
Spesialsykepleiere	8	100.0
Adm. stillinger	1	11.1
Vernepleier	2	33.3
Hjemmehjelp	0	0.0
Miljøarbeider	4	30.8
Fysio/ergo/aktivitør	1	12.5
Kjøkkenpers.	2	100.0
Lege/overlege	0	0.0
Andre stillinger	0	0.0
Støttekontakt	0	0.0
Totalt	53	23.6

L9 Type videreutdanninger. Antall og Prosent.

	Antall	Prosent
Psykisk helse/rus-psyk	14	19.2
Ledelse/Øk/adm	10	13.7
Eldre/geriatri	5	6.8
Annet	9	12.3
Er i grunnutd	10	13.7
Helsesøster	5	6.8
Pedagogiske fag	3	4.1
Kreft	1	1.4
Diabetes	4	5.5
Jordmor	1	1.4
Veiledning/coaching	5	6.8
Lindrende omsorg	3	4.1
Vold i nære relasjoner	1	1.4
Akuttsykepleie	0	0.0
Hudsykepleie	0	0.0
Familieterapi	1	1.4
Pediatrik sykepleie	0	0.0
Intensivsykepleie	1	1.4
Operasjonssykepleie	0	0.0
Totalt	73	100

L10 Heltid/deltid. Antall og Prosent.

	Antall	Prosent
Under 50 prosent	82	36.4
50-75 prosent	49	21.8
75-99 prosent	27	12.0
100 prosent	67	29.8
Total	225	100



L11 Stillingskategori og heltid/deltid. Prosent.

	Under 50 prosent	50-75 prosent	75-99 prosent	100 prosent	Totalt
Helsefagarbeider	38.7	23.7	16.1	21.5	100 (93)
Assistent	75.0	12.5	10.0	2.5	100 (40)
Sykepleier	4.5	22.7	0.0	72.7	100 (22)
Leder/avd. leder	0.0	0.0	0.0	100.0	100 (9)
Spesialsykepleiere	12.5	50.0	0.0	37.5	100 (8)
Adm. stillinger	11.1	33.3	33.3	22.2	100 (9)
Vernepleier	16.7	16.7	16.7	50.0	100 (6)
Hjemmehjelp	28.6	57.1	0.0	14.3	100 (7)
Miljøarbeider	46.2	7.7	0.0	46.2	100 (13)
Fysio/ergo/aktivitør	0.0	25.0	25.0	50.0	100 (8)
Kjøkkenpers.	0.0	0.0	50.0	50.0	100 (2)
Lege/overlege	60.0	20.0	0.0	20.0	100 (5)
Andre stillinger	50.0	50.0	0.0	0.0	100 (2)
Støttekontakt	0.0	0.0	100.0	0.0	100 (1)
<b>Totalt</b>	<b>36.4</b>	<b>21.8</b>	<b>12.0</b>	<b>29.8</b>	<b>100 (225)</b>

L12 Alder. Antall og prosent.

	Antall	Prosent
Under 25 år	2	0.9
25-30 år	11	4.9
31-35 år	11	4.9
36-40 år	32	14.2
41-45 år	28	12.4
46-50 år	19	8.4
51-55 år	26	11.6
56-60 år	26	11.6
Over 60 år	32	14.2
Ikke oppgitt	38	16.9
<b>Totalt</b>	<b>225</b>	<b>100</b>

Yngste registrerte arbeidstaker er 21 år, eldste er 73 år. Gjennomsnittsalder for ansatte i H/O-sektoren i Lyngen er 48,3 år. Medianen, dvs. den alderen som deler ansattegruppen i to like store deler er 49 år.

L13 Stillingskategori og alder. Prosent.

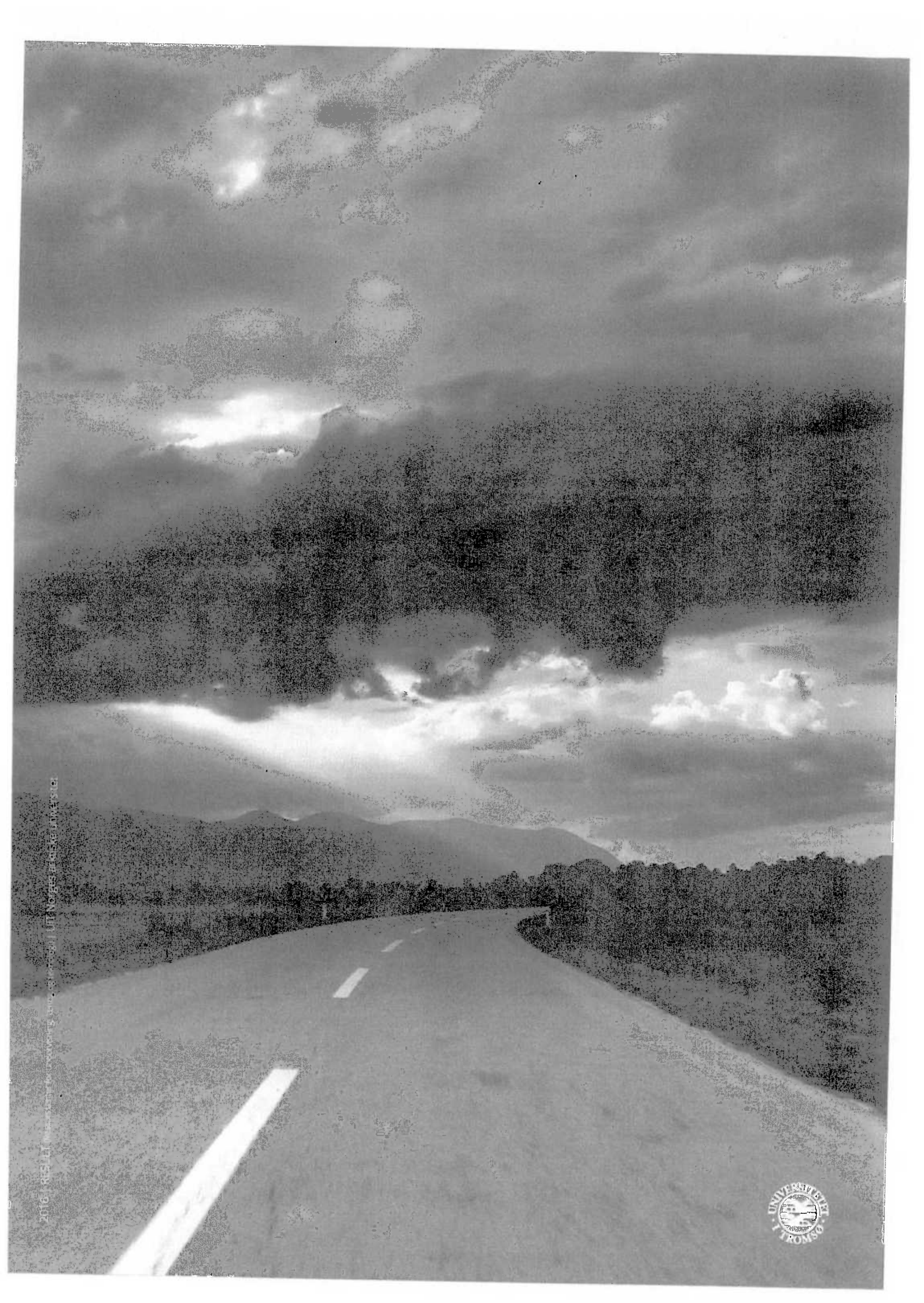
	<25år	25-30 år	31-35 år	36-40 år	41-45 år	46-50 år	51-55 år	56-60 år	>60 år	Ikke svart	Totalt
Helsefagarbeider	0.0	3.2	5.4	11.8	9.7	4.3	7.5	17.2	21.5	19.4	100 (93)
Assistent	5.0	7.5	5.0	12.5	5.0	10.0	2.5	7.5	20.0	25.0	100 (40)
Sykepleier	0.0	4.5	9.1	18.2	18.2	13.6	18.2	4.5	0.0	13.6	100 (22)
Leder/avd. leder	0.0	0.0	0.0	11.1	22.2	33.3	11.1	11.1	11.1	0.0	100 (9)
Spesialsykepleiere	0.0	0.0	0.0	12.5	12.5	0.0	12.5	50.0	12.5	0.0	100 (8)
Adm. stillinger	0.0	0.0	0.0	0.0	33.3	33.3	33.3	0.0	0.0	0.0	100 (9)
Vernepleier	0.0	0.0	0.0	16.7	33.3	0.0	33.3	16.7	0.0	0.0	100 (6)
Hjemmehjelp	0.0	0.0	0.0	42.9	0.0	0.0	14.3	0.0	14.3	28.6	100 (7)
Miljøarbeider	0.0	23.1	0.0	0.0	7.7	23.1	0.0	23.1	7.7	15.4	100 (13)
Fysio/ergo/aktivitør	0.0	12.5	0.0	37.5	0.0	12.5	25.0	0.0	0.0	12.5	100 (8)
.Kjøkkenpers.	0.0	0.0	0.0	50.0	50.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100 (2)
Lege/overlege	0.0	0.0	0.0	0.0	20.0	20.0	20.0	0.0	0.0	40.0	100 (5)
Andre stillinger	0.0	0.0	50.0	50.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100 (2)
Støttekontakt	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100 (1)
Totalt	0.9	4.9	4.9	14.2	12.4	8.4	11.6	11.6	11.6	14.2	100 (225)

L14 Alder og stillingskategori. Prosent.

	<50 prosent	50-75 prosent	75-99 prosent	100 prosent	Totalt
>25 år	100.0	0.0	0.0	0.0	100(2)
25-30 år	54.5	18.2	0.0	27.3	100(11)
31-35 år	36.4	18.2	27.3	18.2	100(11)
36-40 år	31.3	21.9	15.6	31.3	100(32)
41-45 år	32.1	10.7	14.3	42.9	100(28)
46-50 år	26.3	10.5	26.3	36.8	100(19)
51-55 år	19.2	34.6	3.8	42.3	100 (26)
56-60 år	30.8	23.1	3.8	42.3	100(26)
<60 år	21.9	34.4	25.0	18.8	100 (32)
Ikke angitt	68.4	18.4	0.0	13.2	100(38)
Totalt	36.4	21.8	12.0	29.8	100(225)

Tidligere rapporter fra prosjektet «Utdanning for utvikling – studie- og læringssentrene rolle og funksjon»:

1. Danielsen, Å., Grepperud, G. & Roos, G. Levende studie- og læringssentra? *Funksjoner og framvekst*. Septentrio Reports 2015:2. UiT Norges arktiske universitet.
2. Roos, G., Grepperud, G. & Danielsen, Å. Levende studie- og læringssentra? *Kompetensutmaningar i tre rurale regioner*. Septentrio Reports 2015:3. UiT Norges arktiske universitet.
3. Grepperud, G., Danielsen, Å. & Roos, G. Levende studie- og læringssentra? *Utviklingstrekk og utfordringer*. Septentrio Reports 2015:4. UiT Norges arktiske universitet



2016 RESULT UNIVERSITET TROMSØ

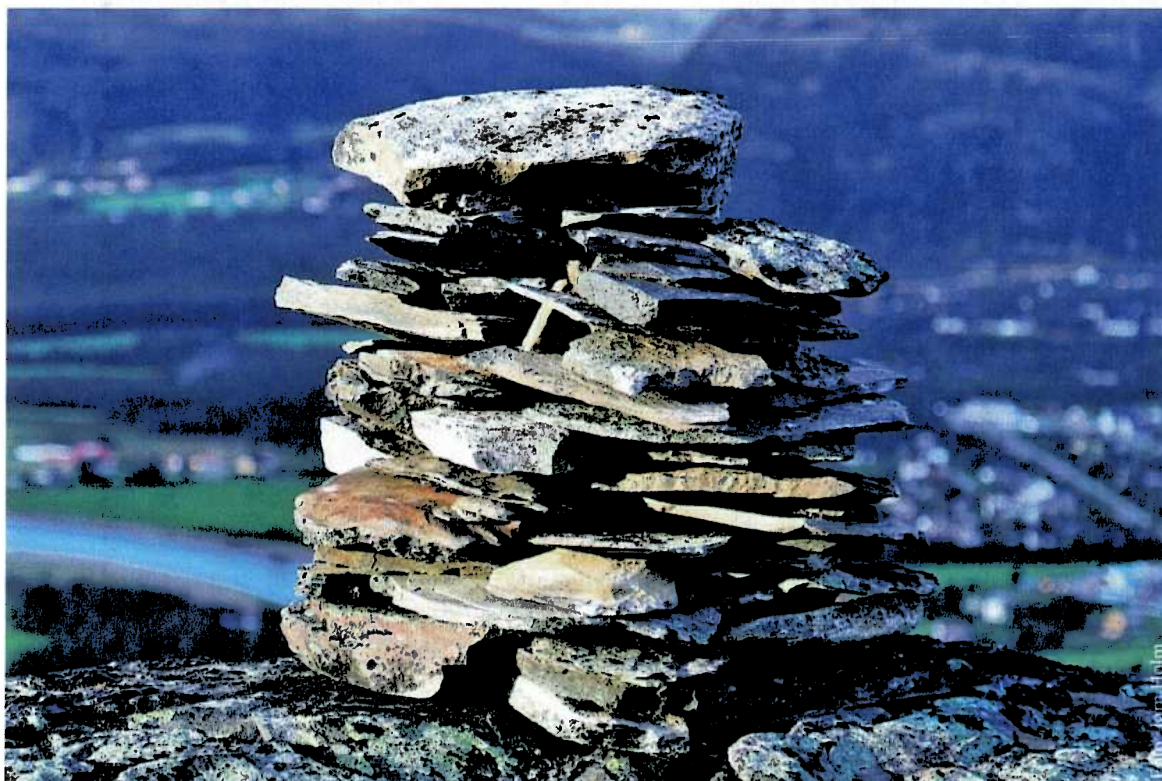


Nord-Troms Regionråd DA



Nord-Troms  
Studiesenter

Kompetanseløft  
i Nord-Troms



# Rekrutterings- og kompetanseplan 2016–2020

Helse- og omsorgsområdet i Nord-Troms

## Rekrutterings- og kompetanseplan 2016–2020

Planen er et tiltak i utviklingsprogrammet «Strategisk kompetanseplanlegging basert på fremtidig rekrutteringsbehov for kommunene i Nord-Troms».

Nord-Troms-kommunene samarbeider om prosjektet «Kompetanseløft i Nord-Troms» gjennom Nord-Troms Studiesenter. Rådmannsutvalget i Nord-Troms har valgt helse- og omsorgssektoren som første prioriterte område, og en av to hovedaktiviteter i samarbeidet er strategisk kompetanse- og rekrutteringsarbeid. Den andre aktiviteten retter seg særskilt mot helsefagarbeidere som gruppe.

En viktig kilde til dette arbeidet er en rapport som beskriver noen av de mest sentrale utfordringene regionen står i. Rapporten bygger på et kartleggingsarbeid som kommunenes helse- og omsorgsetater, Nord-Troms Studiesenter og UiT – Norges arktiske universitet har samarbeidet om. Vi sender derfor en stor takk til Gunnar Grepperud, Ådne Danielsen og Gunilla Roos for all inspirasjon og oppfølging, og ikke minst for det betydelige arbeidet de har lagt ned i rapporten «Varsel om en mulig krise: Kompetansebeholdningen i helse- og omsorgssektoren i Nord-Troms-kommunene».

Rapporten viser at antall medarbeidere i sektoren som nærmer seg pensjonsalder er uforholdsmessig stor. Av de nesten 1000 ansatte, er over 40 % passert 50 år. Samtidig er innslaget unge voksne under 25 år faretruende lavt. I tillegg er gjennomsnittlig pensjonsalder innen helse- og omsorgssektoren i regionen 58 år. Videre avdekker rapporten at sektoren – ikke uventet – i for stor grad preges av en deltidsprofil. Deltidsarbeid har åpenbare fordeler for mange, men gjør det samtidig vanskelig å rekruttere ekstern kompetent arbeidskraft. Også kompetanseutfordringer avdekkes. Videreutdanningsaktiviteten er forholdsvis lav, og hver femte ansatte i helse- og omsorgssektoren er ufaglært. Det mest akutte problemet fremover er å sikre tilstrekkelig antall helsefagarbeidere.

Nord-Troms-kommunene står derfor overfor betydelige utfordringer når det gjelder rekruttering og kvalifisering av medarbeidere innen helse- og omsorgstjenestene. Grep må derfor tas, og arbeidet med å mobilisere, rekruttere og utvikle kompetansemedarbeidere i helse- og omsorgssektoren i regionen er flyttet langt opp på kommunenes dagsorden.

Regional kompetanseplan oppsummerer hovedmomenter og sentrale føringer som er kommet frem i kartleggingen, prioriterer satsingsområder og konkretiserer tiltak på lang og kort sikt.

*Dato: 15.10.16*

*Anne-Lena Dreyer  
Storffjord kommune*

*Magnhild Grønvoll/Kjellaug Grønvoll  
Lyngen kommune*

*Bodil Mikkelsen  
Nordreisa kommune*

*Kirsti Blomli/Trond Skotvold  
Gåivuona/Kåffjord kommune*

*Gro Karlstrøm/Unni Edvardsen  
Kvænangen kommune*

*Tommy Arne Hansen  
Skjervøy kommune*

*Lisbeth Holm  
prosjektleder  
Nord-Troms Studiesenter*

## Innhold

---

1	Kompetanseplanens forankring og ambisjoner .....	4
1.1	Bakgrunn	
1.2	Organisering av arbeidet	
1.3	Kompetanse som strategisk innsatsfaktor i kommunene og regionen	
1.4	Målsetting for regional kompetanseplanlegging	
1.5	Avgrensning	
1.6	Forankring	
2	Hva inngår i begrepet kompetanse? .....	8
3	Fremtidens kompetansebehov: Analyse av kapasitet og kvalitet .....	9
3.1	Kompetansebeholdningen for regionen samlet	
3.2	Noen kompetanseutfordringer for helse- og omsorgssektoren i Nord-Troms	
4	Strategier og tiltak for 2016–2020.....	13
4.1	Rekrutteringsdimensjonen	
4.2	Mobiliseringsdimensjonen	
4.3	Kompetanseutviklingsdimensjonen	
5	Satsingsområder kompetanseplan 2016–2020 .....	17
5.1	Demens	
5.2	Forebygging/tidlig innsats	
5.3	Flerkulturell kompetanse	
5.4	Habilitering/rehabilitering	
5.5	Kvalitetsforbedring	
5.6	Ledelse	
5.7	Psykisk helse og rus	
5.8	Utfordrende adferd	
5.9	Veiledning	
5.10	Velferdsteknologi	
5.11	Grunnutdanning og videreutdanning i spesielle fagområder	
6.	Økonomiske rammer og felles retningslinjer .....	24
6.1	Permisjon med eller uten lønn	
6.2	Kompetansetillegg	
6.3	Stipender	
6.4	Rekrutteringstiltak eksternt	
6.5	Finansiering	
7.	Tiltaksplan prioritert 2016–2017 .....	27
8.	Evaluering og rulling av planen .....	34



# 1. KOMPETANSEPLANENS FORANKRING OG AMBISJONER

## 1.1 Bakgrunn

Nord-Troms-kommunene Kvænangen, Nordreisa, Skjervøy, Kåfjord, Lyngen og Storfjord samarbeider om prosjektet «Kompetanseløft i Nord-Troms» gjennom Nord-Troms Regionråd. Nord-Troms Studiesenter har prosjektledelsen. Rådmannsutvalget har valgt helse- og omsorgssektoren som første prioriterte område, og prosjektet har kartlagt alle stillinger i sektoren i regionen. Kommunene har vurdert utfordringer og mulige tiltak for å møte fremtidens behov. Alle kommunene har deltatt gjennom representanter inn i den regionale arbeidsgruppen i prosjektet.

UiT – Norges arktiske universitet v/RESULT (Ressursenter for undervisning, læring og teknologi) har bistått prosjektlederen og arbeidsgruppen med kartlegging, systematisering av data og innspill/veiledning i arbeidet med å sette i gang relevante kompetansetiltak. Arbeidet har resultert i rapporten «Varsel om en mulig krise: Kompetansebeholdningen i helse- og omsorgssektoren i Nord-Troms-kommunene» av Gunnar Grepperud, Ådne Danielsen og Gunilla Roos.

Regional kompetanseplan foreligger nå som en konkretisering av kartleggings- og analysearbeidet.

## 1.2 Organisering av arbeidet

Eier:	Nord-Troms Regionråd og de seks kommunene Kåfjord, Nordreisa, Skjervøy, Kåfjord, Lyngen og Storfjord
Prosjektledelse:	Nord-Troms Studiesenter
Styringsgruppe:	Rådmannsutvalget i Nord-Troms regionalt/rådmenn innad i egen kommune
Arbeidsgruppe:	Lederne for sektoren i hver enkelt kommune, delegasjon fra rådmennene
Samarbeidsparter:	Troms Fylkeskommune (finansiering) og RESULT/UiT – Norges arktiske universitet (faglig bistand)

## 1.3 Kompetanse som strategisk innsatsfaktor i kommunene og regionen

Alle kommunene har tidligere kompetanseplaner for sektoren. Ønsket er å bruke kunnskapen fra kartleggings- og analysefasen til å samarbeide langsiktig og målrettet med rekrutterings- og kvalifiseringsarbeidet. Harmonisering av de kommunale planene og utforming av en regional plan er et av verktøyene.

### *Begrunnelse*

Bakgrunnen og begrunnelsen for økt regionalt samarbeid om rekruttering og kompetanse er knyttet til utfordringene de seks Nord-Troms-kommunene står overfor innen helse- og omsorgssektoren både på kort og lang sikt. I tillegg handler det om å møte særegne lokale utfordringer og nasjonale utviklingstrekk.

Rapporten «Varsel om en mulig krise» trekker opp en del av disse utfordringene:

*Sett ut fra situasjonen i Nord-Troms-kommunene, er ett av de kortsiktige, men allikevel presserende behov å sikre at man er i stand til å opprettholde kvaliteten på det tilbudet man gir i dag. To forhold gjør at dette ikke gir seg selv: tilgang på kvalifisert arbeidskraft og økonomi.*

*Det har over tid vist seg at det ikke er helt enkelt å rekruttere kvalifisert personell til alle typer stillinger. En særlig utfordring er knyttet til å få tilstrekkelig med søkere til de mange deltidsstillinger som også helse- og omsorgssektoren i Nord-Troms preges av.*

*Diskusjonene i arbeidsgruppen tilsier at jo mer man baserer virksomheten på deltidsstillinger, jo mer avhengig er man av at de voksne bofaste i regionen både vil søke og har den riktige kompetansen for de ledige jobbene. Til dette bildet hører også at aldersgruppen 20–39 år, som vurderes som en kritisk faktor for tilvekst, blir en stadig mindre andel i kommuner utenom de store vekstsentra.*

*I Nord-Norge er det særlig Tromsø, Bodø og Hammerfest/Alta som fremtrer som like vekstsentra. En aldrende befolkning tilsier også større konkurranse om den produktive og kompetente arbeidskraften.*

*Behovet for nyrekruttering øker både ved at gjennomsnittsalderen for de ansatte innen helse- og omsorgssektoren blir stadig høyere og at det fremover vil være behov for langt flere ansatte innen sektoren enn tilfellet er i dag.*

#### 1.4 Målsetting for regional kompetanseplanlegging

Kompetanse er et verktøy for å utvikle robuste kommuner som yter gode tjenester. Kompetanse samspiller med andre komponenter. Prosjektet har synliggjort at flere av disse komponentene må settes i spill for å sikre rekruttering av alle typer stillingskategorier innenfor helse- og omsorgsområdet.

##### **Hovedmål**

- Utvikle felles regional strategi for rekruttering og kompetanseutvikling for prioriterte satsingsområder i helse- og omsorgssektoren.

##### **Effekt mål**

- Mer faglig robusthet og bedret gjennomføringsevne i strategisk kompetansearbeid i hver kommune.
- Effektivisering gjennom samordning av rutiner, felles prosesser og utarbeidede verktøy.
- Styrket samhandling med eksterne aktører.

##### **Resultatmål**

- Gå sammen om regionale tiltak.
- Økt tilgang på internopplæring.
- Utnyttelse av fagpersoner på tvers av kommuner.
- Fagnettverk på tvers.
- Bedre ressursutnyttelse gjennom samarbeid med eksterne kompetanseleverandører.

#### 1.5 Avgrensning

Måling og kartlegging av kompetanse kan ha tre ulike hovedformål (Linda Lai):

1. Lønnplassering (basert på formell og uformell kompetanse).
2. Individuell karriere (forankret i individuelle ønsker eller for å synliggjøre kompetanse i markedsføringsøyemed).

### 3. Strategisk kompetansestyring (anskaffe, utvikle, mobilisere eller avvikle individ/grupper – forankret i kompetansekrav).

Målet med denne planen er å utforme kompetansetiltak som man ser er viktige for strategisk kompetansestyring. Planen utelater de to andre hovedformålene lønnplassering og individuell karriere, som eventuelt må kobles til kommunenes planer dersom det synes hensiktsmessig.

#### 1.5.1 Fokusområder

##### Rekrutteringsdimensjonen

Med denne tenker vi på alle former for tiltak som kan bidra til å styrke rekrutteringen til helse- og omsorgssektoren. Hva kan skaffes eksternt gjennom rekruttering, samarbeid eller innleie? Hvordan bruke muligheter for faglig utvikling som en rekrutteringsdimensjon?

##### Mobiliseringsdimensjonen

Med denne tenker vi på alle former for tiltak som kan bidra til å få den kompetansen som faktisk finnes i kommunens helse- og omsorgssektor satt i spill. Tverrfaglighet, bruk av interne ressurser i hele helse- og omsorgssektoren, veilede/kurse på tvers av avdelinger, ledelse og motivasjonsarbeid osv. inngår her.

##### Kompetanseutviklingsdimensjonen

Ved siden av rekruttering og mobilisering av kompetanse, er også utvikling av kompetanse egen tematikk. Hvilken kompetanse skal utvikles gjennom opplærings- og kompetansetiltak, og hva slags tiltak er det som burde iverksettes for at medarbeidere i kommunen skal kunne gjennomføre påkrevet tiltak?

## 1.6 Forankring

Hovedavtalen erkjenner betydningen av økt kompetanse for den enkelte arbeidstaker, for kommunen som helhet og samfunnet for øvrig. Dette gjelder både allmennutdanning, yrkesutdanning, voksenopplæring, etterutdanning, kompetansegivende oppgaver og omskolering. På bakgrunn av analyse og drøftinger med tillitsvalgte, skal arbeidsgiver utarbeide en plan for gjennomføring av kompetansehevende tiltak.

Gjennom samarbeidet i prosjektet «Kompetanseløft i Nord-Troms» er det besluttet at kommunene i Nord-Troms skal samarbeide om kompetanseutvikling på helse- og omsorgsområdet i tiltaksfasen (fase 3).

Kommunestyrene i de seks kommunene har i 2015 gjort tilnærmet like vedtak:

- *Kommunestyret ønsker å videreføre prosjektet over i en iverksettelsesfase (fase 3). Prinsippene om medvirkning og medinnflytelse ivaretas ved at rådmannen i dialog med HTV oppretter en bredt sammensatt arbeidsgruppe internt i kommunen. Nærmere om sammensetning, antall mv. overlates til rådmannen i samarbeid med partene.*
- *Kommunestyret forutsetter at arbeidet i fase 3 skjer som et interkommunalt samarbeid og at Nord-Troms Studiesenter inngår i dette samarbeidet.*
- *Prosjekteier lokalt er rådmannen, prosjekteier interkommunalt er rådmannsutvalget.*

- *Kommunestyret forutsetter at medvirkning og medinnflytelse ivaretas også på det interkommunale nivået.*

I arbeidet med kompetanseplanlegging er det lagt vekt på at kommunene hver for seg tar utgangspunkt i de politiske og administrative styringssignaler som gjelder for hver kommune. Disse signalene beskrives i de kommunevise planene som tillegg til denne planen.

Planen har vært ute til høring i alle kommunene i september 2016.

## 2. HVA INNGÅR I BEGREPET KOMPETANSE?

---

For å lykkes med kompetanseplanlegging, er det avgjørende å ha en god forståelse av hva kompetanse egentlig er. Kompetansebegrepet må forstås som mye mer enn den formelle kunnskapen. Kompetanse er de samlede kunnskaper, ferdigheter, holdninger og evner som må benyttes for å utføre kommunens oppgaver og har verdi først når den kommer brukeren til nytte.

OECD har i mange år brukt DeSeCo-definisjonen (Definition and Selection of Key Competencies) på kompetanse som kan dokumenteres gjennom utdanningssystemet:

*Evnen til å møte og håndtere komplekse utfordringer i en bestemt sammenheng. Å handle kompetent eller effektivt krever en mobilisering av kunnskap, kognitive og praktiske ferdigheter, i tillegg til sosiale og atferdsmessige komponenter som holdninger, emosjoner, verdier og motivasjoner. En kompetanse – et helhetlig begrep – kan derfor ikke reduseres til den kognitive dimensjonen, og begrepene kompetanse og ferdighet er følgelig ikke synonyme.*

Uformell kompetanse er ikke-dokumentert eller standardisert kompetanse som er utviklet gjennom erfaringer.

Kunnskaper	handler om det å vite: kjenne fakta, å kunne se sammenhenger og å kjenne til metodikk/fremgangsmåter.
Ferdigheter	er knyttet til handling og evnen til å handle på en bestemt måte. Ferdigheter handler om det vi kan gjøre i praksis, enten manuelt eller analytisk.
Holdninger	handler om meninger, oppfatninger, verdier som påvirker hvordan vi bruker våre kunnskaper og ferdigheter i arbeidet.
Evner	er et individs potensial i form av stabile egenskaper, kvaliteter, talent, helse og øvrige trekk som påvirker mulighetene til å utføre en oppgave og for å tilegne seg og anvende nye kunnskaper, ferdigheter og holdninger.

En slik forståelse av kompetanse indikerer også at rekrutterings- og kompetansetiltak ikke kan begrenses til kurs og utdanning, men også må skje gjennom kontinuerlige prosesser på arbeidsplassene i kommunene. Derfor er det viktig at hver kommune har en egen plan i tillegg til denne regionale planen.

### 3. FREMTIDENS KOMPETANSEBEHOV: ANALYSE AV KAPASITET OG KVALITET

Kartleggingen og analysearbeidet gjort innad av kommunene og bearbeidet regionalt av Nord-Troms Studiesenter med bistand fra Result, viser at Nord-Troms har utfordringer med hensyn til balansen mellom tjenestebehov og tilgang på nødvendig kompetanse i fremtiden. Rapporten «Varsel om en mulig krise» (Grepperud, Danielsen og Roos, 2016) er lagt til grunn for arbeidet med denne planen.

Kartleggingen ble styrt av en arbeidsgruppe med helse- og omsorgsledere fra hver kommune. Totalt 939 stillinger er kartlagt, men det reelle tallet er større.

Tall og kommentarer er hentet fra rapporten, men for et fullstendig grunnlag anbefales å lese hele rapporten: <http://septentrio.uit.no/index.php/SapReps/article/view/3741>

#### 3.1 Kompetansebeholdningen for regionen samlet

Tabell 1 Registrerte stillinger innen helse- og omsorgssektoren for Nord-Troms-kommunene

Kommune	Antall	Prosent
Storfjord	95	10,1
Kåfjord	103	11,0
Lyngen	225	24,0
Skjervøy	144	15,3
Nordreisa	288	30,7
Kvænangen	84	8,9
<b>Totalt</b>	<b>939</b>	<b>100</b>

Helse- og omsorgssektoren er det største virksomhetsområdet i Nord-Troms. En oversikt fra 4. kvartal 2011 viser for eksempel at ansatte innen helse og omsorg utgjør om lag 28 prosent av alle sysselsatte i kommunene. Til sammenligning utgjør ansatte innen skole og undervisning 10 prosent av de sysselsatte, mens andelen innen fiske/fiskeindustri/oppdrett/nye marine arter ligger på om lag 9 prosent.<sup>1</sup>

Oppsummert viser altså tallene at helse- og omsorgssektoren ikke bare er viktig for å ivareta innbyggernes helse – det utgjør også en betydelig del av arbeidsmarkedet i regionen. Å sikre stillinger og kompetanse innen sektoren er derfor på alle måter et bidrag til bærekraftige og levende lokalsamfunn.

#### 3.2 Noen kompetanseutfordringer for helse- og omsorgssektoren i Nord-Troms

Rapporten «Varsel om en mulig krise: Kompetansebeholdningen i helse- og omsorgssektoren i Nord-Troms-kommunene» (Grepperud, Danielsen og Roos, 2016) er utarbeidet som del av «Kompetanseløft i Nord-Troms», og identifiserer utfordringer som helse- og omsorgssektoren vil stå overfor i årene fremover. I det følgende gis noen utdrag fra rapporten, men den anbefales lest i sin helhet for å gi et fullgodt beslutningsgrunnlag basert på statistikker og annet materiale.

1) Roos, G., Danielsen, Å. og Grepperud, G. (2015). *Levende studie – och læsentra? Lokalsamhallets tilstand*. Sepentrio Reportsnr 3. UIT – Norges arktiske universitet.

### 3.2.1 Aldersutfordringen

Med en gjennomsnittsalder på 48 år innen helse- og omsorgssektoren i Nord-Troms, står man overfor en utvikling hvor forholdsvis mange i løpet av få år enten går av med pensjon eller går ned i stilling. Nesten 40 prosent av de ansatte er i dag over 50 år. Særlig merkbart blir nok dette for helsefagarbeiderne, siden dette også er den klart største yrkesgruppen. 44,4 prosent av dem er i dag over 50 år.

For de tre «ufaglærtgruppene» er gjennomsnittsalderen høy, og det er verdt å merke seg at av spesialsykepleiere er 35 prosent i dag over 50 år. Det samme er tilfellet for lederne. Et godt stykke på vei er det altså et generasjonsskifte innen helse- og omsorgssektoren i Nord-Troms man står overfor.

### 3.2.2 Deltidsutfordringen

Bekymringen over aldersutfordringen forsterkes av at man i kommunene opplever at flere yngre arbeidstakere enten slutter eller ønsker å jobbe i reduserte stillinger. Dette forsterker sektorens deltidsprofil. At de fleste stillinger i helsesektoren i Nord-Troms er deltidsstillinger, er neppe noen overraskelse. Slik er situasjonen også nasjonalt, både for kommunal sektor generelt og helse- og omsorgssektoren spesielt. KS sin arbeidsgivermonitor for 2014 viser for eksempel at 53 prosent av samtlige ansatte i kommunene jobber deltid, mens det innen helse- og omsorgssektoren er nærmere 70 prosent. Slik sett kommer ikke Nord-Troms spesielt dårlig ut med sine 65,7 prosent i deltidsstillinger.

Deltidsproblematikken har mange fasetter, og kan vurderes både positivt og negativt. I positiv forstand bidrar deltidsarbeid til at det er mulig å forene arbeidsliv og familieliv på en god måte. I et rekrutterings- og kompetanseperspektiv utgjør imidlertid deltidsandelen i Nord-Troms-regionen en betydelig utfordring. Erfaringer som er fremkommet i arbeidsgruppens diskusjoner tilsier dessuten at muligheten for rekruttering av eksternt arbeidskraft klart svekkes dersom man bare kan tilby deltidsstillinger. Med andre ord: Jo mer man baserer stillingene på deltidsarbeid, desto mer avhengig er man av å rekruttere i sitt geografiske nærrområde, noe som igjen har som konsekvens at man har et begrenset antall personer å velge mellom.

### 3.3.3 Belastningsutfordringen

Problemene med rekruttering i kombinasjon med deltidsproblematikken har blant annet som konsekvens at arbeidsbelastningen øker for de som er i jobb, og da spesielt for de som går i heltidsstillinger. Dette understrekes både i styringsgruppen og i de diskusjoner styringsgruppens deltakere har hatt på sine arbeidsplasser. Den åpenbare risikoen ved dette er at slitasjen på den delen av de ansatte som må sies å utgjøre selve ryggraden i helse- og omsorgstjenesten øker, med den konsekvens at de går ned i stilling eller slutter.

### 3.3.4 Kompetanseutfordringen

#### Nye og mer sammensatte behov

Det går igjen i alle kommunene at det fremover vil være behov for en mer sammensatt kompetanseprofil innen helse- og omsorgssektoren. Dette gjelder både innen og mellom stillingskategorier.

#### Mer sammensatte oppgaver

Kommunene forventes gjennom samhandlingsreformen å løse stadig flere oppgaver på et lokalt førstelinjenivå, samtidig som antall brukere/pasienter i årene fremover vil øke betraktelig. Det går særlig på behov i en aldrende befolkning, men også på behov knyttet til den yngre befolkningen og til helse i et mer forebyggende perspektiv. Konkret trekkes det frem en hel rekke mer spissede kompetanseområder, som ulike former for kreftbehandling (for eksempel cellegiftbehandling),

lungelidelser, rehabilitering og mer spesifikke geriatriske problemstillinger knyttet til aldring og demens. Videre nevnes spesifikke sykdommer som kols og diabetes. Rus og psykiatri trekkes også frem av flere som et problemområde.

### **Stillingssammensetning for morgendagens utfordringer**

Utfordringer som dette gjør at man må ta opp til vurdering hvorvidt dagens sammensetning av stillinger og antall stillinger er den optimale for å løse både dagens og morgendagens utfordringer. Som vi har påpekt i kapittel 1, synes det temmelig sikkert at det i årene fremover vil være behov for flere stillinger innen sektoren. Alle fremskrivninger av utviklingen på kort og lang sikt tilsier dette.

Til denne vurderingen hører også hvordan man skal forholde seg til den forholdsvis store andelen ufaglærte i sektoren. Som vist har 20 prosent av de som arbeider i helse- og omsorgssektoren i Nord-Troms lav formell utdanning og/eller en utdanning som ikke direkte er relevant for jobbutøvelsen.

Hvordan man vurderer denne situasjonen, avhenger av hvilken rolle og betydning man tillegger disse stillingene. Skal de supplere fagarbeiderne, er andelen et uttrykk for at man ikke klarer å rekruttere til fagstillinger eller er det rett og slett økonomisk lønnsomt å tilsette ufaglærte i stedet for faglærte? Det har også vært lansert tanker om at assistenter og helsefagarbeidere kan overta noen av sykepleiernes oppgaver, det vil si en form for jobbglijning mellom yrkesgrupper. For øvrig har samme tanke vært lansert for sykepleiere, nemlig at de kan overta noen av legenes oppgaver.

Det er grunn til å påpeke at status som ufaglært ikke nødvendigvis er synonymt med fravær av formell utdanning utover grunnskolen. Det som mangler er relevant utdanning for de oppgaver som skal utøves. Status som ufaglært sier for øvrig ikke noe om den realkompetansen de ansatte har. Flere av de som har slik status i Nord-Troms-kommunene vil etter all sannsynlighet ha en realkompetanse som er på linje med eller til og med over de formelle krav som stilles til f.eks. helsefagarbeidere. Likevel tilsier beskrivelsen av kortsiktige og langsiktige utfordringer i kapittel 1 at andelen ufaglærte er for høy i regionen.

### **Kompetanseutvikling**

Kompetanseutvikling handler ikke bare om å sikre nødvendig grunnutdanning; det er knyttet en like stor utfordring til å legge til rette for aktuelle videreutdanninger. Videreutdanningsandelen for regionen ligger på 21,1 prosent, noe som i hvert fall indikerer at det finnes et stort forbedringspotensial innen alle yrker som krever formell utdanning. Det er store forskjeller mellom stillingskategoriene, med spesialsykepleierne og lederne som de mest aktive. Nesten 35 prosent av de ansatte med videreutdanning er over 50 år. Dessuten vil kanskje behovet for fremtidige videreutdanninger bestemmes av de utfordringer sektoren står overfor og de faglige/politiske prioriteringene som gjøres.

#### **3.3.5 Attraktivitetsutfordringen og kampen om arbeidskraften**

Det synes klart at en større andel av den yrkesaktive delen av befolkningen fremover må finne sitt arbeid i helse- og sosialsektoren, i hvert fall hvis man skal beregne ut fra de behov for arbeidskraft sektoren har. Helt konkret antas det at tre av ti ungdommer må inn i denne sektoren. Fremskrivninger viser at den yrkesaktive delen av befolkningen frem mot 2040 vil halveres i flere av kommunene. Det blir derfor en stor kamp om den lokale og regionale arbeidskraften.

I Kvænangen vil det (basert på folkefremskrivning fra SSB) i 2040 kun være 3,8 yrkesaktive (mellom 20 og 67 år) i arbeid per person over 80 år i kommunen – omtrent en halvering fra dagens nivå. Dette byr på store utfordringer, som kun kan overvinnes ved hjelp av klare strategier. Man må prioritere



mellom tiltak, og fremover må man nok også se enda nærmere på oppgavefordelingen – ikke bare mellom kommunene i regionen, men også mellom de ulike forvaltningsnivåene. Her kan Fylkesmannen muligens bidra med analyser og forslag til mulige løsninger.

En annen side ved flere av de yrkeskategoriene som vil bli etterspurt, er selve attraktivitetsnivået. I dag er gjennomsnittslønnen i Norge for omsorgsarbeidere og hjelpepleiere på fylkes- og kommunenivå ifølge statistikken kr 412 800,-. Dette er nasjonale gjennomsnittstall, og det er grunn til å tro at kommunal sektor i distriktene ligger betydelig under dette lønnsnivået. Sammenlignet med industrisektoren og andre sammenlignbare sektorer, er det liten grunn til å tro at lønnsutsiktene i helse- og sosialsektoren anses som særlig attraktive.

Selv om det nå arbeides aktivt for å få flere elever inn i yrkesfaglige skoleløp med opplegg som øker gjennomstrømmingen, vil vi tro at sektorens renommé neppe vil bidra særlig sterkt til å sikre særlig drahjelp i rekrutteringsøyemed. En kommunal hjelpepleier i Tromsø viser f.eks. til at hun med full ansiennitet har en årslønn på kr 378 000,-, altså godt under gjennomsnittet for sektoren på nasjonalt nivå. Samtidig påviser hun et forsterket lønnsgap mellom ulike typer stillinger, der konklusjonen ikke kan bli noe annet enn at foreldre flest neppe vil stå på barrikadene for at deres sønner og døtre skal søke helsefagarbeiderutdanning. Heri ligger det også en åpenbar utfordring som særlig kan kobles til det strategiske arbeidet med rekruttering.

## 4. STRATEGIER OG TILTAK FOR 2016–2020

---

Dette kapitlet beskriver tre dimensjoner: rekruttering, mobilisering og kompetanseutvikling. Kompetanseutviklingsdimensjonen er ytterligere beskrevet i kapittel 5. Disse to kapitlene utgjør den langsiktige delen av planen, som går over en fireårsperiode. Kapitlene har uprioriterte forslag til tiltak. Prioriteringene er gjort i den kortsiktige delen – «Tiltaksplanen for 2016–2017» (kapittel 7).

Ved planens årlige rullering kan man fremme de foreslåtte tiltakene som ligger i den langsiktige delen eller komme med nye tiltak ut fra endrede forutsetninger.

Det er den regionale ledergruppen som har hovedansvaret for gjennomføring og rullering av planen.

### 4.1 Rekrutteringsdimensjonen

Med denne dimensjonen tenker vi på alle former for tiltak som kan bidra til å styrke rekrutteringen til helse- og omsorgssektoren.

#### 4.1.1 Satsinger

##### 1. Helsefagarbeiderløftet

Tiltak iverksatt i 2015 av kommunene i samarbeid med Fylkesmannen. Målsettingen er å utvikle seg som gode læringsarenaer med prioritering av lærlingeplasser i kommunene. Tett samarbeid med Nord-Troms videregående skole om vekslingsmodellen. Nord-Troms Studiesenter har prosjektledelsen. Tett kobling mot strategisk plan for kompetanse og rekruttering. Foreløpige stikkord:

- Oppfølging av lærlinger i et rekrutteringsperspektiv
- Nord-Troms-pakken med omforente tiltak

##### 2. Kompetanseheving for ufaglærte

En strategi er å stimulere til at ufaglærte tar fagutdanning. Imidlertid er det realistisk å tro at det vil være ufaglærte i stillinger i kommunen som det er ønskelig å tilby en basiskompetanse. Det er påpekt at rekruttering av hjemmehjelpere er et område det ønskes fokus på, og faglige tilbud for denne yrkesgruppen kan være med på å stimulere til attraktivitet i yrket.

#### Foreslåtte tiltak

1. Modulbasert program for ufaglærte  
Introduksjonsopplegg ved bruk av heftet «En bedre dag med omsorgsfull pleie» (Pedflex). Heftet kan kvalitetssikre den faglige kompetanse til den ufaglærte, og er en veiledning for pleieassistenter og vikarer i pleie- og omsorgstjenesten. Det inneholder de vanligste sykepleieprosedyrene og arbeidsoppgavene gjennom en arbeidsdag. Påfølgende moduler som kan lede opp mot en fagutdanning: medisinkurs, hverdagsrehabilitering etc. Programmet utformes med struktur og innhold sammen med Nord-Troms Studiesenter og gjentas årlig.
2. «Hjemmehjelpspakke»  
Kurspakke med særlig fokus på kompetanse for hjemmehjelpere, som renhold, smittevern etc. Ses i sammenheng med pkt. 1 ovenfor.

### 3. Praksisplasser og helgestillinger for studenter på høgskoleutdanninger innenfor helse- og omsorgssektoren

#### Foreslåtte tiltak

1. Forutsigbarhet og struktur for studenter med behov for praksisplasser og for avdelinger som tar studenter. Avtaler mellom kommunene og UiT/Helsefakultetet og mellom Helsefakultetet og Nord-Troms Studiesenter forefinnes. Nord-Troms Studiesenter koordinerer praksisplasser regionalt på bestilling fra Helsefakultetet. Samarbeid og systemer evalueres årlig for å finne forbedringspunkter.
2. Faste kontaktpersoner – veiledere etableres av kommunene.
3. Helgestillinger for studenter  
Det er viktig å knytte studenter til arbeidsplasser i kommunen med hensikt å legge grunnlag for en senere fast ansettelse. Kommunene bør derfor tilby helgestillinger til studenter som ønsker å arbeide i kommunen i sin studietid. For studenter er det forhandlet frem en avlønning som er høyere enn minstelønnssetningene i Hovedtariffavtalen.

### 4. Rekruttering av høgskolepersonell

Stadig viktigere med høy faglig kompetanse grunnet økt kompleksitet og nye behandlingsformer. På flere spesialiserte områder vil det være krav til høgskolekompetanse og en mer tverrfaglig kompetansesammensetning. Øke andelen høgskoleutdannede i sektoren.

#### Foreslåtte tiltak

1. Øke andelen høgskoleutdannede/spesialister gjennom regionalt samarbeid. Etablere kompetansebank der man kan kjøpe tjenester fra hverandre.
2. Kommunene øker andelen høgskoleutdannede ved å omgjøre stillingshjemler for helsefagarbeider til stillingshjemler med krav til høgskoleutdanning ved naturlig avgang og etter vurdering av kompetansebehov. Forholdstallet her kostnadmessig er 1:1,2.
3. Rekrutteringsstillinger  
Rekrutteringsstillinger kan etableres for å sikre seg f.eks. sykepleiere/utdanne spesialsykepleiere. Eks: Intensiven i Breivika er etablert som et tilbud til de som ønsker ekstra erfaring og en smak på hva jobben som intensivsykepleier innebærer før videreutdanning. Åtte personer er nå ansatt – fem på intensiven og tre på oppvåkningen. Gjennom engasjementet, som er fullt lønnet, forplikter de seg til å starte på videreutdanningen innen utgangen av 2016.

### 5. Større andel heltidsstillinger

I rekrutteringsøyemed er heltidsstillinger et virkemiddel for å lykkes i kampen om arbeidskraften, da særlig ved ekstern rekruttering.

#### Foreslåtte tiltak

1. «Det store heltidsvalget i Nord-Troms» – en tiltakspakke
  - Sjekke eventuelle avtaler/ordninger kommunevis og harmonisere disse regionalt
  - Delta på verksted «Heltid i nord» (KS) – hvis ny oppstart
  - Overføre det til Nord-Tromspakken – tema på Helsedag 4
  - Alternative turnusordninger
2. Faste vikarstillinger (vikarpool) for sykepleiere, vernepleiere og helsefagarbeidere. Hver kommune definerer antall vikarstillinger. Lage felles retningslinjer for vikarpool.

## 6. Stipendordninger

Felles regionale stipendordninger for aktuelle regionale tiltak – koordineres med parallell strategi for helsefagarbeidere.

### Foreslåtte tiltak

1. Prinsippet om at det er ønskelig med felles regionale retningslinjer i forhold til like tiltak anbefales av AG og oversendes rådmannsutvalget.

## 7. Rekruttering av nye grupper

Målrettet tiltak mot grupper der man ønsker å stimulere til utvidet rekruttering.

### Foreslåtte tiltak:

1. Minikampanje: Kartlegge antall menn i pleien, lage reportasje «menn rekrutterer menn».
2. Omsorgstjenester i endring – hvordan lykkes med å rekruttere og beholde menn i pleie- og omsorgstjenestene? Fortsettelse av prosjekt kjørt i Kåfjord kalt «Muskler i arbeid», der man kan dra veksler på erfaringer. Samarbeid med NAV/flyktningkontorene.
3. Felles opplæring av innvandrere/flyktninger, språk, samarbeid skole/barnehage.

## 4.2 Mobiliseringsdimensjonen

Med denne dimensjonen tenker vi på alle former for tiltak som kan bidra til å få den kompetansen som faktisk finnes i kommunens helse- og omsorgssektor satt i spill. Tverrfaglighet, bruk av interne ressurser i hele helse- og omsorgssektoren, veilede/kurse på tvers av avdelinger, ledelse og motivasjonsarbeid etc. inngår her.

### 4.2.1 Satsinger

#### 1. Strukturelle endringer i sektoren

Alle kommunene er oppe i strukturendringer, basert på fremtidens behov. Nyttig å bruke nettverket for å lære av hverandre og finne felles løsninger på like utfordringer.

### Foreslåtte tiltak

1. Erfaringsutveksling mellom kommunene om organisering og strukturer – «best practice». Ansvar: Prosjektet/AG. Gjennomføres i prosjektperioden, med oppstart 30. mai 2016.
2. Regionale samarbeidskonstellasjoner utvikles på bakgrunn av erfaringsgrunnlaget.

#### 2. Tverrfaglig kompetanse

### Foreslåtte tiltak

1. Kommunenes behov tydeliggjøres.
2. Dele ressurser over kommunegrensene, f.eks. fysioterapi 50 % driftstilskudd fra to andre kommuner (100 % til sammen). Andre grupper: helsesøster, barnevern, ergoterapeut, kreftsykepleier, diabetessykepleier mfl. Det bør nedsettes en arbeidsgruppe som ser på dette og kommer med anbefaling.
3. Folkekoordinator med master i folkehelse kan dekke eksempelvis to nabokommuner med 50 % stilling i hver kommune – utredes samtidig som pkt. 2.

### 3. Regionale fagteam

Kompetansedeling, erfaringsutveksling, tyngre fagmiljø.

#### Foreslåtte tiltak:

1. Etablere folkehelsenettverk for Nord-Troms med representanter fra ressursgruppene som arbeider med folkehelse i alle kommunene.
2. Diabetesnettverk.
3. Rus- og psykisk helsenettverk.
4. Lungenettverk, koordinerende enhet.

#### **4. Bevisstgjøring av bruk av læringsarena i det daglige arbeidet, samhandling med brukere, interne møter/kurs, etisk refleksjon, hospiteringsordninger etc.**

Dette gjennomføres på kommunenivå og beskrives i kommunal plan.

### 4.3 Kompetanseutviklingsdimensjonen

Ved siden av rekruttering og mobilisering av kompetanse, er også utvikling av kompetanse egen tematikk. Kompetanseutvikling i form av kurs og studier skal være målrettet i forhold til kommunenes behov, og det må tilrettelegges på best mulig måte for at medarbeidere kan tilegne seg nødvendig kompetanse.

#### 4.3.1 Satsinger

1. Egen regional kompetanseplan med satsingsområder og tiltak beskrives i kapittel 5.
2. Økonomiske rammer med felles retningslinjer og finansiering av utdanningspermisjoner for prioriterte utdanninger innenfor satsingsområdene 2016–2020 beskrives i kapittel 6.
3. Tiltaksplan med prioriterte tiltak for 2016–2017 beskrives i kapittel 7.

## 5. SATSINGSOMRÅDER KOMPETANSEUTVIKLING 2016–2020

---

Satsingsområdene er valgt ut etter grundige drøftinger i kommunene og arbeidsgruppen. De er ikke i prioritert seg imellom, men satt opp i alfabetisk rekkefølge. Satsingsområdene danner grunnlag for prioriteringer i handlingsplanen for 2016–2017. Etter det vil tiltakene kunne evalueres og rulleres.

### 5.1 Demens

#### Begrunnelse for satsing

Antall personer med demens er stigende, og vil i tiden fremover representere en stor utfordring i pleie- og omsorgstjenesten. Det er lite oppmerksomhet på forebygging av risikofaktorer for å utvikle demens. Det mangler kunnskap og kompetanse om demens i samfunnet, i tjenestene og blant pårørende og personer som selv har demens.

For ytterligere begrunnelser vises til Helse- og omsorgsdepartementets «Demensplan 2020 – Et mer demensvennlig samfunn», som omfatter utfordringer personer med demens og deres pårørende står overfor og hvordan utfordringene skal løses (<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/demensplan-2020/id2465117/>).

#### Kommunens ansvar (lovhjemler)

Personer med demens har rett til hjelp fra helse- og omsorgstjenestene på lik linje med alle andre som har behov for det. En diagnose gir i seg selv ingen rett til tjenester – det er den enkeltes behov for bistand og evne til å mestre eget liv og egen helse som er avgjørende. Personer med demens vil i ulike stadier av sykdomsforløpet ha ulike behov og rettigheter til helse- og omsorgstjenester (Helsenorge.no).

#### Foreslåtte tiltak

1. Felles utarbeiding av demensplan for kommunene i regionen. Ansvar: Nettverksledere helse og omsorg – utarbeides 2016–2017.
2. Fagskole (eldre og demens) – videreutdanning.
3. Videreutdanning sykepleiere.
4. Forsterket enhet (interkommunalt).

### 5.2 Forebygging/tidlig innsats

#### Begrunnelse for satsing

Ulike livssjanser og livstiler skaper ulikheter. Hva som skjer i fosterlivet, spebarnstiden og tidlig barndom har betydning for hvem vi blir og vårt helsepotensial som voksne. Forebyggende tiltak for å redusere negative ytre påvirkninger i livets første fase og tilrettelegging av forhold rundt svangerskap, fødsel, barselperiode og de første leveårene vil ha stor effekt – ikke bare for å gi barn et godt grunnlag og bedre helse i spedbarns- og småbarnsperioden, men også gjennom hele oppveksten og senere i livet (Barker, 1994; Kuh, 1997; Irwin, 2007).

#### Kommunens ansvar (lovhjemler)

Folkehelseloven § 7 *Folkehelseiltak*: «Kommunen skal iverksette nødvendig tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer, jf. § 5. Dette kan blant annet omfatte tiltak knyttet til oppvekst- og levekårsforhold som bolig, utdanning, arbeid og inntekt, fysiske og sosiale miljøer, fysisk aktivitet,

ernæring, skader og ulykker, tobakksbruk og alkohol- og annen rusmiddelbruk. Kommunen skal gi informasjon, råd og veiledning om hva den enkelte selv og befolkningen kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom.»

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester regulerer også dette området i § 1-1. Lovens formål og virkeområde der forebygging og tilrettelegging av mestring er fremhevet.

#### Foreslåtte tiltak

1. Aktiv omsorg – nettbasert studium – pilot i Nord-Troms via Nord-Troms Studiesenter. Igangsatt med oppstart 2015, avsluttes 2016.
2. Årlige kartleggingsbesøk til eldre iht. forskrift – hverdagsrehabilitering. Lyngen har hatt en undersøkelse, rapport foreligger. Ansvar: Prosjektet/AG. Lyngen system for gjennomføring. Oppstart høsten 2016.
3. Kartleggingsarbeid barn. Forebygge overvektproblem barn og unge – prioriteres. Ansvar: Prosjektet/AG.
4. Fokus på tema «Barn som pårørende». Ansvar: Prosjektet/AG. Legges inn i plan for temadager 2016–2017.
5. Områder som må bearbeides og detaljplanlegges for 2018–2020:
  - Barnerett
  - Forebygge livsstils- og kroniske sykdommer (hjerte- og karlidelser, diabetes II, kreft, kols, overvekt og muskelskjelettlidelser – prioriteres
  - Familierådgivning
  - Foreldrerådgivning
  - Sinnemestring
6. Master i folkehelse i løpet av fireårsperioden.

### **5.3 Flerkulturell kompetanse**

#### Begrunnelse for satsing

Bidra til å utvikle kunnskap om og forståelse for kompleksiteten i prosesser som gjelder tilhørighet og identitet i det flerkulturelle samfunns- og arbeidsliv. Det er viktig at helse- og omsorgstjenesten møter ulike befolkningsgruppers behov. Det er behov for spesiell oppmerksomhet om urbefolkningens og innvandreres helsemessige behov.

Nasjonal strategi om innvandreres helse legger til grunn at helsepersonell på alle nivåer får nødvendig opplæring for å kunne yte likeverdige helse- og omsorgstjenester. Dette inkluderer at helsepersonell har kunnskap om behov og eventuelle spesielle helseutfordringer hos ulike grupper av innvandrere.

#### Kommunens ansvar (lovhjemler)

- Lov om introduksjonsordning og norskopplæring for nyankomne innvandrere (introduksjonsloven)
- Statsborgerloven (lov om norsk statsborgerskap)
- Endringer i statsborgerloven

#### Forskrifter

- Introduksjonsforskrifter
- Statsborgerforskriften

#### Foreslåtte tiltak

1. Videreutdanning: Helsefag – flerkulturell forståelse. Oppstart 2017, oversendes Nord-Troms Studiesenter for utredning.
2. Regionale kurs/fagdager med Fylkesmannen, UDI etc.

### **5.4 Habilitering/rehabilitering**

#### Begrunnelse for satsing

Kommunen må ha grunnleggende kompetanse innen habilitering og rehabilitering for å kunne imøtekomme befolkningens behov for *nødvendig* sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering. Sentrale profesjoner er ergoterapeuter, fysioterapeuter, leger, psykologer, sosionomer, sykepleiere og vernepleiere samt kompetanse fra logoped, audio- og synspedagog og innen ernæring. Kunnskap om trening, stimulering, tilrettelegging og mestring med utgangspunkt i fysisk, sosial, psykososial og medisinsk tilstand og fungering.

Definisjon av habilitering og rehabilitering: Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.

#### Kommunens ansvar (lovhjemler)

«Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator» utdyper kommunens ansvar for habilitering og rehabilitering i § 5: «Kommunen skal planlegge sin habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet og ha en generell oversikt over behov for habilitering og rehabilitering i kommunen. Tjenester som inngår i kommunens helse- og omsorgstjenestetilbud skal integreres i et samlet tverrfaglig re-/habiliteringstilbud. Kommunen skal sørge for at alle som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendig utredning og oppfølging ved behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering, jf. § 1 og § 3.»

#### Foreslåtte tiltak

1. Kurs om hverdagsrehabilitering for alle som arbeider i hjemmetjenesten – eget mottakingsteam.

Dette drives i Landskrona i Sverige, og ble startet av økonomiske årsaker da ferdigbehandlede pasienter ble liggende på sykehus eller kom til sykehjem og ble langtidspasienter. Når en pasient er ferdigbehandlet på sykehus, er ikke korttidsopphold på sykehjem eller sykestue den eneste løsningen. De blir sendt hjem, men med samme hjelp av mottaksteamet som de ville fått på et korttidstilbud på sykehjem. 75 % av pasientgruppen brukte dette alternative tilbudet.

Det er pårørende, brukeren og ansatte som i fellesskap finner ut hvor mye hjelp den enkelte har behov for. Brukerne får hjelp fra teamet i ca. tre uker, og det viser seg at behovet for hjelp minsker med ca. 30 % relativt fort. Brukerne ønsker fort mindre hjelp – man blir friskere i eget hjem.

Sykehus/sykehjem sine rutiner minsker selvstendigheten. Det fokuseres mye på hva brukeren kan selv (hjelp til hjelpemidler) og det arbeides aktivt med hele familien. Det handler mye om å tro på seg selv. Der det går mot avslutning er det en overlappning med hjemmetjenesten, og teamet kan også kontaktes for hjelp og veiledning. Teamet har grunnturnus, men lager ny turnus ut fra brukerens behov. Modellen er hentet fra England.



## 5.5 Kvalitetsforbedring

### Begrunnelse for satsing

Kommunen er pålagt gjennom helse- og omsorgstjenesteloven å drive systematisk kvalitetsforbedring og arbeide systematisk med pasient- og brukersikkerhet. Det innebærer planlegging, iverksetting, evaluering og systematisk forbedringsarbeid. Kommunene bruker IKT-systemet *Profil*, og har gjennom dette en link til kvalitetssystemet PPS (Praktiske prosedyrer for sykepleiere).

### Kommunens ansvar (lovhjemler)

Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 4 *Krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet* §§ 4-1 til 4-2a.

### Foreslåtte tiltak

1. Dokumentasjon helsehjelp. Ansvar: Igangsatt i prosjektperioden med oppstart 2015, avsluttes 2016.
2. Etablere felles fagsamlinger/temadager årlig for Nord-Troms-kommunene.
3. Saksbehandlerkompetanse.

## 5.6 Ledelse

### Begrunnelse for satsing

Pasienten og brukeren skal oppleve helse- og omsorgstjenester av høy kvalitet, som er helhetlige, koordinerte og ikke enkeltstående leverandører i en oppdelt tjeneste. De skal bli lyttet til og få delta i beslutninger om dem selv. Dette stiller høye krav til ledelse og styring i en stor og stadig mer kompleks sektor (Meld. St. 26 (2014-2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*).

### Kommunens ansvar (lovhjemler)

Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 3 *Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester* §§ 3-1 til 3-2 og kapittel 4 *Krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet* §§ 4-1 til 4-2 a.

### Foreslåtte tiltak

1. Master i ledelse for helse-, omsorgs- og sosialsektor – legge opp slik at det kan tas desentralisert over flere semestre.
2. Nettverk for helse- og omsorgsledere som forlengelse av AG når prosjektet avsluttes.
3. Kurs: Økonomi for helse- og sosialledere.
4. Nettverk for avdelingsledere/virksomhetsledere.
5. Kompetanseledelse – utredes på lengre sikt.
6. Etisk refleksjon – nettverkstema.

## 5.7 Psykisk helse og rus

### Begrunnelse for satsing

Psykiske plager og rusproblematikk er blant de største helseutfordringene i Norge. Utfordringene tilsier at det er behov for kapasitets- og kvalitetsheving på alle nivåer, fra forebygging, tidlig innsats gjennom lavterskeltilbud, oppfølging av personer med lettere og moderate lidelser, hevet prioritering og fortsatt omstilling i spesialisthelsetjenesten og bedre oppfølging etter utskrivelse, bl.a. gjennom styrket samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten (Meld. St. 26 (2014-2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*).

### Kommunens ansvar (lovhjemler)

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1: «Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper,

herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne. Kommunens ansvar innebærer å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift.»

#### Foreslåtte tiltak

1. Nettverk for rus og psykisk helse. Kompetanseområder som nettverket kan vurdere og prioritere/initiere:
  - Rus og psykisk helsearbeid – utdanning for behandling av både barn og voksne
  - SEPREP
  - Utagering/vold
  - Sinnemestring
  - Rusomsorg
  - Miljøarbeid

## 5.8 Utfordrende adferd

### Begrunnelse for satsing

Arbeidstilsynet viser til at de aller fleste virksomhetene de har vært på tilsyn i, opplever risiko for å bli utsatt for vold og trusler (<http://www.arbeidstilsynet.no/nyhet.html?tid=249641>).

Videre fremgår det at ni av ti virksomheter i helse- og sosialsektoren arbeider systematisk med å forebygge episoder og har tiltak for å beskytte arbeidstakerne mot vold og trusler. Voldelig adferd utløses ofte av frykt, frustrasjon eller forvirring, noe som kan skyldes interessekonflikter, kommunikasjonsvikt og rus. Det er viktig å organisere arbeidet slik at ansatte unngår tidspress, at virksomheten har kompetent bemanning, at man kan jobbe to sammen og har muligheter for å tilkalle hjelp. Alle arbeidstakere som kan bli utsatt for vold og trusler skal ha opplæring og øve på hvordan de kan dempe og håndtere episoder. For å forebygge psykiske helseskader er det helt nødvendig å følge opp alle som har vært utsatt for vold og trusler.

Dokumentasjon og systematikk er gode stikkord her. Arbeidet mot vold og trusler må nødvendigvis ta ulik form avhengig av hva slags tjeneste man yter. Hyppighet og alvorsgrad vil variere sterkt, og tiltakene må være deretter.

### Kommunens ansvar (lovhjemler)

Det er godt forankret i arbeidsmiljøloven å jobbe med vold og trusler. Oppgaven for arbeidsgiver, verneombud og ansatte er å jobbe målrettet for å

- forebygge at episoder skjer
- begrense omfanget eller skaden når det skjer
- lindre plagene og støtte den som er blitt utsatt
- ta lærdom av episodene for bedre å forebygge

#### Foreslåtte tiltak

1. Temadag: Handlingsplaner – erfaringsutveksling mellom kommunene.
2. Risiko- og sårbarhetsanalyse – utarbeide handlingsplan, f.eks. hvordan man skal opptre i situasjoner med vold/overgrep i nære relasjoner.

## 5.9 Veiledning

### Begrunnelse for satsing

Kommunene vil alltid ha behov for å formidle og spre kompetanse på en kvalitativ god måte. Det kan være overfor studenter og lærlinger, fra leder til kollega, kollegaer imellom, spredning av spesialkunnskap eller bygging av organisasjonskultur.

### Kommunens ansvar (lovhjemler)

Ingen lovhjemler. Viser til et nytteperspektiv: Den lærende organisasjon med gruppelæring som en av sine disipliner (Peter Senge, «Den femte disiplin – kunsten å utvikle den lærende organisasjon», 1999). En felles visjon, kunnskap, evner og talent er i seg selv ikke tilstrekkelig; utfordringen ligger i å arbeide som et team og spille sammen. Senge bruker eksempler fra idretten, kulturlivet, vitenskapen og næringslivet, der en gruppe mennesker gjennom godt lederskap kan oppnå intelligens som overstiger summen av intelligensen til gruppens enkeltmedlemmer. Når gruppelæring fungerer, oppnås ikke bare glimrende resultater, men gruppens medlemmer i gruppen opplever en nyvunnen personlig vekst. Innen gruppelæring er det essensielt å mestre både effektiv dialog og diskusjon samt ha evnen til å bevege seg bevisst mellom dem.

### Foreslåtte tiltak

1. Praksisveilederseminar for de som har studenter i praksis.
2. Studium i veiledning (coaching).
3. Studium i veiledning og voksenpedagogikk.

## 5.10 Velferdsteknologi

### Begrunnelse for satsing

Det er en annen og ny type kompetanse som kreves av både helsepersonell, brukere og pårørende ved innføring av velferdsteknologi. De må være teknologikompetente, ha kunnskap om teknologiens muligheter, virkeområder og avgrensinger. Kjente arbeidsoppgaver ender karakter og må gjøres på en ny måte. Innføring av velferdsteknologi krever derfor at kommunene ikke bare investerer i ny og spennende teknologi, men også skaffer seg kompetanse slik at teknologien kan implementeres klokt og langsiktig.

### Kommunens ansvar (lovhjemler)

Det vises til «Forprosjekt velferdsteknologi i Nord Troms» initiert av rådmannsutvalget våren 2016. Iverksettes høsten 2017.

Kompetanse er et av delmålene. Kompetansebehov må derfor kartlegges og etableres i alle prosjektets faser som en gjennomgående aktivitet. Kompetansearbeidet kan kobles til pågående arbeid med rekrutterings- og kompetanseplan for helse- og omsorgssektoren i Nord-Troms (Kompetanseløft i Nord-Troms).

### Foreslåtte tiltak

1. Dialogkonferanse som skal være bredt sammensatt av ansatte, arbeidstaker- og brukerorganisasjoner, kompetansemiljøer, leverandører, Husbanken og Forskningsrådet. På konferansen skal skisse til prosjekt presenteres, med påfølgende dialog hvor deltakerne kan komme med innspill til prosjektet. Ansvar: Rådmannsutvalget ev. medarrangør NTSS (jf. ovenfor).
2. IKT-opplæring for helsepersonell (30 stp.), desentralisert via Høgskolen i Alta.

## 5.11 Grunnutdanninger og videreutdanninger i spesielle fagområder

### Begrunnelse for satsing

Kommunene har et stadig økende behov for rekruttering av fagfolk. Grunnutdanninger som er fleksible og i nærheten av der folk bor, gir stabil arbeidskraft i ettetid. Det viser all erfaring og evaluering av studiet «Desentralisert sykepleierutdanning». Også andre utdanninger er viktig å få tilrettelagt lokalt.

### Foreslåtte tiltak

1. Desentralisert sykepleierutdanning, strukturert i samarbeid med UiT om oppstart annethvert år. — Ansvar: Nord-Troms Studiesenter (NTSS). Nytt kull januar 2017.
2. Vernepleiere – oversendes NTSS.
3. Helsesøstre – oversendes NTSS.
4. Psykiatrisk sykepleiere – oversendes NTSS.
5. Distriktsykepleiere – oversendes NTSS.

## 6 ØKONOMISKE RAMMEBETINGELSER

På bakgrunn av kartleggingsarbeidet i kommunene og rapporten «Varsel om en mulig krise: Kompetansebeholdningen i helse- og omsorgssektoren i Nord-Troms-kommunene» (Grepperud, Danielsen og Roos, 2016), skisseres utfordringene for kommunene i Nord-Troms i kapittel 3 *Fremtidens kompetansebehov: Analyse av kapasitet og kvalitet*. Bildet som tegner seg er preget av fremtidige utfordringer knyttet til rekruttering av nødvendig personale og behovet for å sikre seg rett kompetanse relatert til fremtidig behov. Kampen om arbeidskraften er høyst reell, og denne planen er et ledd i å etablere et regionalt krafttak for å stå bedre rustet i denne kampen. Et krafttak innebærer at det må mobiliseres ressurser for gjennomføring – også av økonomisk art – som skal tas med i budsjettbehandlingen i kommunene.

Felles regionale retningslinjer er grunnlaget for en enhetlig praksis. Kommunene har imidlertid også ulike utfordringer som innebærer at det må gjøres skjønnsmessige vurderinger i hver enkelt situasjon. Prinsippene som legges til grunn gjelder for gjennomføring av tiltak i denne planen, og er ikke av generell art. De vil bli evaluert og eventuelt revurdert ved årlig rullering av planen.

Det vil bli søkt om midler fra Fylkesmannen til tiltak som er prioritert i denne planen.

### Prinsipper som legges til grunn

1. Tiltak godkjent i denne planen skal gi deltakerne fra de ulike kommunene samme rettigheter og plikter i forbindelse med gjennomføring av kurs og studier.
2. Helse- og omsorgsleder sammen med aktuelle virksomhetsledere prioriterer om kommunen skal delta og vurderer søknader fra eventuelle deltakere ut fra kommunens behov/relevans for virksomheten til hvert enkelt tiltak.
3. Alle som deltar på kompetansehevede tiltak der kommunen har tatt kostnadene ved gjennomføring, plikter å ta på seg oppgaven med spredning av kunnskap i egen organisasjon uten ytterligere godtgjøring.
4. Nord-Troms Studiesenter fungerer som «verktøy» for kommunene i å tilrettelegge for ønsket kompetanse i hele planperioden. Planen fungerer som en bestilling for oppfølging av prioriterte tiltak. Hvert tiltak som iverksettes skal i forkant beskrives med omfang, ressursbruk og kostnader, slik at kommunen til enhver tid vet hvilken ramme som gjelder for tiltaket.

### 6.1 Permisjon med eller uten lønn

Det henvises til sentrale lover og avtaler for utdanningspermisjon/kompetanseheving (HTA § 14.2 og AML § 12-11). Vurdering av permisjoner med eller uten lønn gjøres i hvert enkelt tilfelle ut fra verdi for arbeidstaker og arbeidsgiver.

Dersom permisjon med lønn innvilges, brukes følgende mal:

- Fagutdanning (ikke poengbasert) 6 mnd. eller 1 år: hhv. 5 og 10 arbeidsdager med lønn i 100 % stilling. For deltidsstilling beregnes tilsvarende reduksjon.
- Studier: Når det innvilges permisjon med lønn, vil antall studiepoeng være retningsgivende. Utmålingen av permisjonsdager tar utgangspunkt i 100 % stilling og gjelder for hele studieperioden, ikke per skoleår. For deltidsstilling beregnes tilsvarende reduksjon.

- 15 stp. – 7 dager med lønn
- 30 stp. – 15 dager med lønn
- 60 stp. – 30 dager med lønn

## 6.2 Kompetansetillegg

Som ledd i å stimulere til at ansatte tar etter- og videreutdanning relatert til de behov kommunen har pekt ut som relevante, f.eks. gjennom prioriteringer i egen plan eller denne regionale planen, vil følgende mal benyttes:

- 30 stp. gir kr 10 000,- i kompetansetillegg i lønn
- 60 stp. gir kr 20 000,- i kompetansetillegg i lønn
- Fagskole videreutdanning for fagarbeidere gir kr 5000,- i kompetansetillegg i lønn

## 6.3 Stipender

Stipender til ansatte:

- Disse midlene søkes det årlig om fra Fylkesmannen, som prioriterer satsingsområde og tildeler til kommunene. Skjønnsvurdering.
- Ansatte søker kommunen. Prioriteringer gjøres kommunevis etter at tildeling er kjent og antall søkere er registrert.
- Ansatte som tar helsefagarbeider kan etter plan og avtale få inntil kr 10 000,- ved oppstart og inntil kr 10 000,- ved avslutning av utdanningsløpet.

## 6.4 Rekrutteringstiltak eksternt

Kommunen vil ha behov for ekstra rekrutteringstiltak der det er vanskelig å skaffe fagfolk og det ikke er mulig å utdanne egne ansatte for å fylle disse. Hvilke fagfolk det vil dreie seg om, vil variere fra kommune til kommune og over tid. I slike tilfeller er det ønskelig med større rekrutteringsstipend med påfølgende bindingstid. Man ønsker likevel omforente prinsipielle retningslinjer for å unngå unødvendig konkurranse innad i regionen.

### 6.4.1 Rekrutteringsstipend/rekrutteringstilskudd

Kommunene kan etablere rekrutteringsstipend til eksterne som tar ønsket utdanning mot bindingstid. Slike tilskudd vurderes ut fra hver enkelt kommunes behov i tilfeller der det er svært vanskelig å rekruttere.

Direkte lønns plassering eller andre personrettede tiltak må gjøres eksplisitt i hver kommune og ut fra vurdering på svært vanskelige rekrutteringssituasjoner.

### 6.4.2 Andre regionale rekrutteringstiltak

I tillegg til direkte personrettede tiltak, er det andre omliggende faktorer som påvirker rekruttering, f.eks. boligsituasjon, barnehage tilbud, fagmiljø, attraktiviteten på stedet og arbeidsplassen. Denne planen har ikke inkludert disse elementene, men påpeker at det er viktig å drøfte disse ved den årlige rulleringen av planen.

## 6.5 Finansiering

Det forutsettes at det settes av midler på kommunenes budsjetter for gjennomføring av tiltak. Fylkesmannen i Troms er en viktig part som medfinansierer av tiltak. Nord-Troms Studiesenter yter ressurser gjennom planlegging og gjennomføring av studier, oppfølging av nettverk og direkte støtte

til enkelte tiltak. Det kan også søkes om midler fra andre eksterne partnere for enkelte satsingsområder. I mange tilfeller er det ikke direkte kostnader for kommunene siden andre er inne med finansiering. Utgifter til vikar må imidlertid påregnes i de fleste tilfeller.

Kommunens finansiering for realisering av rekrutterings- og kompetanseplanen vil derfor være en viktig del av budsjettprosessen i kommunene.

Nord-Troms Regionråd anbefaler et felles saksfremlegg ved førstegangsbehandling av planen i 2016.

## 7 TILTAKSPLAN PRIORITERT 2016–2017

Prioriterte områder fra kapittel 4 og 5, se strategier og satsingsområder og de uprioriterte tiltakene som er listet opp der. Evalueres og rulleres ved utgangen av 2017.

Ved detaljutarbeiding av hvert tiltak, vil kostand/ressursbruk ytterligere utredes slik at kommunen vil ha oversikt over dette før påmelding av deltakere.

- ❖ REKRUTTERINGSTILTAK
- ❖ MOBLISERINGSTILTAK
- ❖ KOMPETANSTILTAK

REKRUTTERINGSTILTAK						
TILTAK	MÅL	MÅLGRUPPE	OMFANG	TIDSROM	ANSVARLIG	KOSTNAD/ RESSURSBRUK
<b>Delprosjekt «HELSE-FAGARBEIDER-LØFTET»</b>	Rekruttering av faggruppen.	Personer som vil bli helsefagarbeidere	Eget delprosjekt Egen rapport med tiltakspakke kommer	2016–2017	Nord-Troms Regionråd	Eksterne midler fra Fylkesmannen
<b>PROGRAM FOR UFAGLÆRTE</b>	Gi ufaglærte grunnleggende kompetanse innenfor visse emner.	Ufaglærte	Fire moduler Introduksjonsdel og påfyllskurs Nettbasert tretimersbolker Koblet med regionale/kommunale samlinger	Høst 2016	Nord-Troms Studiesenter/ledernetverk helse- og omsorg	Vikarutgifter
<b>SYSTEMER FOR PRAKSISPLASSER FOR STUDENTER</b>	Koordinere praksisplasser mellom UiT og regionen.	Studenter	Årlig	2016–2020	Nord-Troms Studiesenter	UiT dekker delvis kostnader



<b>ETABLERE REGIONAL KOMPETANSEBANK for rekruttering av høgskoleutdannet personell</b>	Øke andelen høgskoleutdannede/spesialister gjennom regionalt samarbeid.	Høgskoleutdannede	Må utredes og lages retningslinjer	2017	Ledernettsverk helse- og omsorg	Tidsressurs for utredning og oppfølging
<b>ØKE ANDELEN HØGSKOLE-UTDANNEDE VED ØKTE STILLINGS-HJEMLER</b>	Sikre høy faglig kompetanse grunnet økt kompleksitet og nye behandlingsformer innenfor sektoren.	Høgskoleutdannede	Omgjøre stillingshjemler fra ufaglært ved naturlig avgang	I løpet av planperioden (2016–2020)	Hver enkelt kommune	Kostnadmessig forholdstall er stipulert til 1:1,2
<b>REKRUTTERINGS-STILLINGER</b>	Modell for å sikre seg fagpersonell.		Utredes av AG og prosjektet (ledernettsverket)	Høst 2016–vår 2017	Oppstart: Prosjektet og AG, etter hvert ledernettsverket h/o	Ingen for utredningsfasen
<b>DET STORE HELTIDSVALGET I NORD-TROMS</b>	Tiltakspakke for å øke andelen heltidsstillinger.		Utredes av AG og prosjektet (ledernettsverket)	Høst 2016–vår 2017	Oppstart: Prosjektet og AG, etter hvert ledernettsverket h/o	Ingen for utredningsfasen
<b>STIPEND-ORDNINGER</b>	Felles regionale stipendordninger for aktuelle regionale tiltak.	Personell som stimuleres til å ta utdanning eller er vanskelig å rekruttere	Utredes som del av denne planen, evalueres og videreutvikles i 2017	Høst 2016–vår 2017	Oppstart: Prosjektet og AG, etter hvert ledernettsverket h/o	Ingen for utredningsfasen
<b>MINIKAMPANJE FOR REKRUTTERING AV NYE GRUPPER</b>	«Menn rekrutterer menn». Fokus på hvordan man kan lykkes med å rekruttere og beholde menn i pleie- og omsorgstjenesten.	Potensielle medarbeidere innen helse og omsorg	Kampanje med reportasje og andre virkemidler Eventuell oppfølging regionalt av Kåfjords prosjekt «Muskler i arbeid»	Oppstart høsten 2016 – eventuell videreføring i resten av planperioden	Oppstart: Prosjektet og AG, etter hvert ledernettsverket h/o	Ingen for utredningsfasen

<b>MOBILISERINGSTILTAK (KAP. 4)</b>						
<b>TILTAK</b>	<b>MÅL</b>	<b>MÅLGRUPPE</b>	<b>OMFANG</b>	<b>TIDSRUM</b>	<b>ANSVARLIG</b>	<b>KOSTNAD/ RESSURSBRUK</b>
<b>REGIONALT NETTVERK FOR HELSE- OG OMSORGS-LEDERNE</b>	Ledelsesnettverk. Videreføring av arbeidsgruppen (AG) etter prosjektslutt (2016–2017).	Helse- og omsorgs-sjefene	4 ganger per år	Oppstart november 2016	AG sammen med Nord-Troms Studiesenter (NTSS)	Tid avsatt til deltakelse/reise. NTSS har administrativt ansvar og dekker kostnader til lokaler, mat og eventuelle forelesere.
<b>REGIONALT NETTVERK FOR AVDELINGS-LEDERE</b>	Faglig nettverk for erfaringsutveksling og lederutvikling.	Avdelingsledere innen helse og omsorg	2 ganger per år	Vår 2017	Helse- og omsorgs- lederne/NTSS	Tid avsatt til deltakelse/reise og eventuelle vikarkostnader. NTSS har administrativt ansvar og dekker kostnader til lokaler, mat og eventuelle forelesere.
<b>REGIONALE FAGTEAM: Starter med RUS OG PSYKISK HELSE</b>	Et faglig miljø som kan dele kompetanse, utveksle erfaringer og initiere felles tiltak.	Fagpersoner innen rus- og psykiatri	2–3 ganger per år	Høst 2016 – utvides til fagteam for demens og folkehelse i 2017	Oppstart: Prosjektet og AG, etter hvert ledernetverket h/o	Eventuelle vikarkostnader/reise. NTSS tar administrativt ansvar første år og dekker lokale, mat og eventuelle forelesere.
<b>TVERRFAGLIG KOMPETANSE</b>	Regionale fagteam basert på kommunenes behov.		Utredningsarbeid iht. kap. 4.2 <i>Mobiliseringsdimensjonen</i>	Oppstart 2016–2017	AG/prosjektet, etter hvert ledernetverk for helse og omsorg/NTSS	Eventuelle vikarkostnader/reise
<b>KOMMUNALE TILTAK</b>	Bruk av læringsarena i det daglige arbeidet for å mobilisere kompetansen som finnes i organisasjonen.	Alle enheter innen helse og omsorg	Må settes inn i den kommunale planen	Vår 2017	Helse- og omsorgs- leder/leder avdelingene	Avhengig av tiltak som prioriteres

<b>STRUKTURELLE ENDRINGER I SEKTOREN</b>	Strukturendringer basert på fremtidig behov.	Kommuneledelsen	Erfaringsutveksling på nettverkssamlinger osv.	2017	Ledernetverket helse og omsorg	Avhengig av eventuelle tiltak
--	--	-----------------	--	------	--------------------------------	-------------------------------

## KURS OG STUDIER – KOMPETANSETILTAK (KAP. 5)

TILTAK IHT. KAP. 5	MÅL	MÅLGRUPPE	OMFANG	TIDSROM	ANSVARLIG	KOSTNAD/RESSURSBRUK
<b>5.2 Forebygging/ tidlig innsats AKTIV OMSORG Pilot Nettbasert studium 15 stp.</b>	Økt forståelse for ulike sider ved samspillet mellom kultur, aktiviteter, helse og trivsel.	Alle innen helse og omsorg som jobber med omsorg	Poenggivende Fire nettbaserte samlinger (webinar) à 2 timer med mellomarbeid i felt/oppgaveinnlevering	Desember 2015–april 2016	Nord-Troms Studiesenter (NTSS) i samarbeid med AG	Påmelding: kr 5000,- per person. Fri fra jobb for deltakelse på webinar + stipulert mellomarbeid 2 dager per måned.
<b>5.5 Kvalitetsforbedring DOKUMENTASJON HELSEHJELP for kommunene i Nord-Troms i regi av Utviklingscenter for sykehjem i Troms</b>	Dokumentasjonen skal følge lover og regler både i forhold til struktur, utførelse og faglig innhold.	Ifølge lov om helsepersonell mv. § 39 gjelder dokumentasjonsplikten for alle som yter helsehjelp uten å være under direkte veiledning eller instruksjon fra annet helsepersonell	Tre samlinger i hver kommune med mellomarbeid kommunevis	2016	Utviklingscenter for sykehjem i Troms (USH) i samarbeid med kommunene og NTSS	USH dekker utgifter til forelesere/lokaler. Kommunene er tildelt kr 20 000,- til dekning av utgifter fra USH. Kommunene dekker eventuelle vikarutgifter.
<b>5.9 Veiledning Kurs: PRAKSIS-VEILEDNING i samarbeid med UiT</b>	Gode praksisarenaer.	For de som veileder studenter knyttet til UiT	Kurs 1 dag	Høst 2016: Uke 35	NTSS	Gratis. UiT stiller med foreleser og lunsj.

<b>5.1 Demens videre- utdanning FAGSKOLE (ELDRE OG DEMENS)</b>	Kunnskap innenfor eldreomsorg og geriatri.	Fagskole er videre- utdanning for de som har yrkesrettet utdanning fra videregående skole	Finnes mange tilbud, f.eks. Fagskolen aldring og helse, demensomsorg og alderspsykiatri 2 år deltid, fjernunder- visning og samlinger	Planlegges i løpet av 2016, oppstart når opplegget er på plass	NTSS	Offentlig godkjent fagskole- utdanning, gratis for studenten. Privat: Studieavgift (kan dekkes av Fylkeskommunen etter søknad). Ev. stimuleringstiltak kommunalt.
<b>5.1 Demens videre- utdanning DEMENSOMSORG sykepleiere</b>	Kunnskaper for å delta i utforming og gjennomføring av behandlings- og omsorgstilbudet til personer med demens og deres pårørende.	Personer som har bachelorgrad i syke- pleie eller annen treårig helsefaglig utdanning	Må gjøres et arbeid for å finne samarbeids- partner som kan levere et fleksibelt tilbud	Planlegges i løpet av 2016, oppstart når opplegget er på plass	NTSS	Beskrives når opplegg er klart.
<b>5.2 Forebygging/ tidlig innsats TEMADAG «Barn som pårørende»</b>	Mange barn opplever å være pårørende i løpet av sin oppvekst. Når noe skjer med foreldre eller søsken, påvirkes barnas hverdag. Tema- dagen skal sette fokus på dette.	Alle som i sitt arbeid møter barn i vanske- lige situasjoner	1 dag	Høsten 2016	Prosjektet/AG	Eventuelle vikarkostander/reise. NTSS tar administrativt ansvar og dekker lokale, mat og eventuelle forelesere.
<b>5.3 Flerkulturell kompetanse, studium 30 stp. Helsefag: FLERKULTURELL KOMPETANSE</b>	Bevisstgjøring og holdningsskaping hos personer som i sitt daglige arbeid samhandler med mennesker fra ulike kulturer.	For helsepersonell som i sin jobb møter mennesker fra andre kulturer	Eksempelvis har Volda et 30 stp. studium i flerkulturell forståelse	Planlegges 2016, med oppstart 2017	NTSS	Beregne både vikarutgifter og ev. studieavgift avhengig av «leverandør» når det er klart.
<b>5.4 Habilitering/ rehabilitering Kurs: HVERDAGS- REHABILITERING Vurdere etablering av mottaksteam</b>	Gi deltakerne innsikt i praktisk gjennomføring av hverdagsrehabili- tering og erfaringer som man kan dra nytte av i oppstart og i videre arbeid.	Helsepersonell	1–2 dager, kontakt med Tromsø kommune om opplegg	Vår 2017	NTSS	Beregnes når opplegget er klart. Vikarutgifter må påberegnes.

<b>5.5 Kvalitetsforbedring – Kurs: SAKSBEHANDLING</b>	Kvalitet i saksbehandlingen.	Saksbehandlere i helse- og omsorgssektoren	1–2 dager, kontakt med Fylkesmannen om opplegg	Høst 2016	NTSS	Kursavgift avhengig av utgifter til kursholder, lokaler etc. Vikarutgifter må påregnes.
<b>5.6 Ledelse MASTER I LEDELSE for helse- og omsorgssektoren</b>	Øke lederkompetansen.	Ledere	Finnes flere studier – ønske om fleksibilitet så det kan tas over lengre tid	2017	Oversendes NTSS for utredning	Avhengig av opplegg.
<b>5.6 Ledelse Kurs: ØKONOMI FOR HELSE- OG OMSORGLDERE</b>	Økonomiforståelse og påfyll i økonomiarbeidet.	Ledere som har økonomiansvar	1–2 dager, Fylkesmannen har muligens opplegg	Etableres høst 2016	Prosjektet/NTSS	Kursavgift avhengig av utgifter til kursholder, lokaler etc. Vikarutgifter må påregnes.
<b>5.7 RUS OG PSYKISK HELSE Tiltak initiert av nettverksteam</b>	Avhengig av prioriteringer som gjøres av teamet.			2017–2020		Beregnes når opplegget er klart.
<b>5.8 Utfordrende adferd TEMADAG</b>	Fokus på temaet.	Alle i sektoren + andre sektorer	1 dag	2016–2017 Se egen oversikt over temadager	NTSS	NTSS dekker kostnader unntatt reise- og vikarutgifter.
<b>5.9 Veiledning Studium: VEILEDNING/ COACHING</b>	Lære metoder som gir god kommunikasjon i veiledningssituasjoner.	Alle som veileder andre i jobben sin, ledere, kollega-veiledning etc.	Mellom 15 og 30 stp.	2016–2017	Oversendes NTSS til utredning	Beregnes når opplegget er klart.
<b>5.9 Veiledning Studium: VOKSEN- PEDAGOGIKK</b>	Pedagogikk for de som inngår i læringssituasjoner med voksne.		30–60 stp.	I perioden	Oversendes NTSS til utredning	Beregnes når opplegget er klart.
<b>5.11 Grunnutdanninger og videreutdanninger i spesielle fagområder DESENTRALISERT SYKEPLEIE</b>				Oppstart nytt kull januar 2017	Oversendes NTSS til utredning	Beregnes når opplegget er klart.
<b>5.11 Grunnutdanninger og videreutdanninger i spesielle fagområder VERNEPLEIER</b>				Ønsket oppstart så fort som mulig	Oversendes NTSS til utredning	Beregnes når opplegget er klart.

<b>5.11 Grunn- utdanninger og videre- utdanninger i spesielle fagområder HELSEØSTER</b>	Full dekning av helsesøstre i regionen.	Sykepleiere som ønsker å ta helse-søsterutdanning	60 stp.	Ønsket oppstart så fort som mulig	Oversendes NTSS for utredning	Beregnes når opplegget er klart.
<b>5.11 Grunn- utdanninger og videre- utdanninger i spesielle fagområder DISTRIKT- SYKEPLEIER</b>	Fordypning innenfor distriktsykepleie gjennom helhetlige pasientforløp der akutte og kritiske tilstander oppstår.	Sykepleiere	SYP-3009 Distriktsykepleie I (20 stp.) i Hammerfest. Utvides med Distriktsykepleie II og III, hver på 10 stp. Kan inngå i master.	Finnes tilbud i Hammerfest (UiT), ønsket oppstart så fort som mulig	Oversendes NTSS for utredning	Studiet er ganske fleksibelt lagt opp med ressursforelesninger, streaming, kliniske seminarer, læringsgrupper, trening på praktiske prosedyrer, simulering, IKT, selvstudier og Fronter-aktiviteter. Man må påregne reise/opphold ved samlinger samt ev. vikarutgifter etc.
<b>5.11 Grunn- utdanninger og videre- utdanninger i spesielle fagområder PSYKIATRISKE SYKEPLEIERE</b>	Dekke behovet for psykiatriske sykepleiere i regionen.	Sykepleiere som ønsker spesialisering innenfor psykisk helsearbeid		Ønsket oppstart så fort som mulig	Oversendes NTSS for utredning	Beregnes når opplegget er klart.
<b>5.2 Grunnutdanninger og videreutdanninger i spesielle fagområder Studium: MASTER I FOLKEHELSE</b>	Målet med folkehelsearbeid er flere leveår med god helse i befolkningen og å redusere sosiale helseforskjeller.	Personer med relevant bachelorgrad som ønsker å jobbe med forebyggende og helsefremmende arbeid	120 stp.	I løpet av fire-årsperioden	Oversendes NTSS for utredning	Beregnes når opplegget er klart.
<b>Grunnutdanninger og videreutdanninger i spesielle fagområder Studium: UTFORD- RENDE ADFERD</b>	Kompetanse på adferd som utfordrer.	Personer med treårig høgskoleutdanning i helse-, sosial- og velferdsfag	30–60 stp.	I løpet av fire-årsperioden	Oversendes NTSS for utredning	Beregnes når opplegget er klart.

## TEMADAGER

### Prioritert høst 2016/vår 2017

Høst 2016	Barn som pårørende
Høst 2016	Oppfølgingsdag «Dokumentasjon helsehjelp»
Vår 2017	Utagering/vold
Vår 2017	Flerkulturell kompetanse
Høst 2017	Overvekt
Høst 2017	Diabetes 2

Det lages eget programblad for temadagene med datoer og sted.

## 8. EVALUERING OG RULLERING AV PLANEN

---

Tiltaksplanen og de økonomiske rammene evalueres og oppdateres årlig – første gang høsten 2017. De strategiske føringene og analysen skal evalueres og rulleres hvert fjerde år – første gang høsten 2020.

### Ansvarsfordeling

- Rådmannsutvalget (RU) har ansvar for oppfølging av planen på overordnet nivå.
- Den regionale ledergruppen bestående av helse- og omsorgsleder i hver kommune har hovedansvaret for gjennomføringen og rulleringen av planen ifølge mandat fra RU.
- Nord-Troms Studiesenter (NTSS) bidrar i arbeidet etter avtale med den regionale ledergruppen ifølge mandat fra Nord-Troms Regionråd.
- Hvert kurs og studietiltak vil bli annonsert av NTSS til kommunene i god tid før oppstart.
- På kommunenivå har virksomhetsledere ansvar for å skaffe oversikt over behovet for ny kompetanse. Dette skal skje ved å involvere ansatte, tillitsvalgte og verneombud i de ulike enheter og prioritere tiltak i tråd med målene.

### Avslutning

Denne kompetanseplanen er vedtatt i de seks kommunestyrene ##. desember 2016.

Det er på sin plass å si at det har vært mange involverte i utarbeidelsen:

- UiT – Norges arktiske universitet v/Gunnar Grepperud og Ådne Danielsen – kartlegging og oppfølging, bl.a. med besøk i alle kommunestyrene i regionen.
- De folkevalgte gjennom behandling i utvalg og kommunestyre og gjennom oppfølging i Nord-Troms Regionråd.
- Administrasjonssjefene gjennom oppfølging i egen kommune og i det regionale rådmannsutvalget.
- De kommunale arbeidsgruppene bestående av ansatte og tillitsvalgte.
- Avdelingenes og virksomhetsledernes innspill underveis.
- Styringsgruppen for Nord-Troms Studiesenters oppfølging.
- Høringsinstansene i alle kommunene.

Arbeidsgruppen og Nord-Troms Studiesenter takker for all hjelp, og håper at planen vil fungere som et godt styringsredskap for kommunene i årene fremover.

Nord-Troms Regionråd DA



# Helsefagarbeiderløftet i Nord-Troms



Regional tiltaksplan

Nord-Troms  
Studiesenter

Kompetanseløft  
i Nord-Troms



## Innhold

1.0 INNLEDNING .....	3
1.1 Bakgrunn for prosjektet .....	3
1.2 Mål for prosjektet.....	3
2.0 FELLES REGIONALE TILTAK FOR KOMMUNENE FOR Å VÆRE DYKTIGE LÆRINGSARENAER FOR UTDANNING OG REKRUTTERING AV HELSEFAGARBEIDERE .....	4
2.1 Permisjon med lønn .....	4
2.2 Stipend .....	4
2.3 Bindingstid.....	4
2.4 Kompetansetillegg .....	5
3.0 FELLES REGIONAL STRATEGI FOR LÆRLINGER/VEKSLINGSLÆRLINGER .....	5
3.1 Antall lærlingplasser til lærlinger i helsefagarbeiderutdanningen .....	5
3.2 Påskjønnelse til veileder .....	5
4.0 UTDANNINGSMULIGHETER I NORD-TROMS .....	5
5.0 LOKALE TILTAK I REGIONEN .....	6
5.1 Framsnakke helsefagarbeideryrket .....	6
5.2 Sommerarbeidsplasser for ungdom under 18 år .....	6
5.3 Årlige besøk og aktiviteter med unge (barnehager og skoler).....	6
5.4 Bonusordning for ferievikarer uten fravær .....	6

## 1.0 INNLEDNING

De seks kommunene i Nord-Troms samarbeider om prosjektet «Kompetanseløft i Nord-Troms». I første del av prosjektet ble det gjennomført et betydelig kartleggings- og analysearbeid som kommunenes helse- og omsorgsetater, Nord-Troms Studiesenter og UiT – Norges arktiske universitet/RESULT har samarbeidet om. Dette arbeidet foreligger i rapporten «Varsel om en mulig krise: Kompetansebeholdningen i helse- og omsorgssektoren i Nord-Troms-kommunene» (Grepperud, Danielsen og Roos).

Rapporten viser blant annet at antall medarbeidere i sektoren som nærmer seg pensjonsalder er uforholdsmessig stor. Et av de mest akutte problemene fremover er å sikre tilstrekkelig antall helsefagarbeidere.

I arbeidet med «Regional rekrutterings- og kompetanseplan 2016–2020: Helse- og omsorgsområdet i Nord-Troms» ble det søkt om og gitt midler fra Fylkesmannen i Troms til en ekstra satsing for gruppen helsefagarbeidere. Delprosjektet «Helsefagarbeiderløftet» ble etablert, og det foreligger nå en tiltakspakke for regionen. Prosjektet har vært en del av «Kompetanseløft i Nord-Troms», initiert på regionnivå med Skjervøy som vertskommune. Styringsgruppen er rådmannsutvalget, og den tidligere opprettede regionale arbeidsgruppen bestående av helse- og omsorgsledere har fulgt opp underveis.

Tiltakspakken for helsefagarbeiderløftet er et av de prioriterte rekrutteringstiltakene i rekrutterings- og kompetanseplanen (kapittel 7). Ekstra midler fra Fylkesmannen i Troms gjorde det mulig å gjennomføre et utviklings- og innovasjonsprosjekt rettet mot yrkesgruppen helsefagarbeidere og kommunenes rolle som tilretteleggere for læring både i rekrutterings- og utdanningssammenheng.

Delprosjektet «Helsefagarbeiderløftet» har vært ledet av Gabriella Jurisic Ottesen i perioden 1. januar til 31. desember 2016. Prosjektet har jobbet frem en regional tiltaksliste gjennom en arbeidsgruppe satt sammen av etatsledere i alle de seks kommunene i Nord-Troms.

### 1.1 Bakgrunn for prosjektet

De seks kommunene Kvæangen, Nordreisa, Skjervøy, Kåfjord, Storfjord og Lyngen samarbeider om prosjektet «Kompetanseløft i Nord-Troms» gjennom Nord-Troms Studiesenter. Rådmannsutvalget i Nord-Troms har valgt helse- og omsorgssektoren som første prioriterte område. De to hovedaktivitetene i samarbeidet er strategisk kompetanse- og rekrutteringsarbeid samt «Helsefagarbeiderløftet» – en aktivitet som retter seg særskilt mot helsefagarbeidere som gruppe.

Som en videreføring av kartleggingsarbeidet fremkommet i rapporten «Varsel om en mulig krise: Kompetansebeholdningen i helse- og omsorgssektoren i Nord-Troms-kommunene», ønsket kommunene å rette fokus på konkrete tiltak for rekruttering og kompetanseutvikling av helsefagarbeidere.

### 1.2 Mål for prosjektet

Kommunene skal gjennom konkrete tiltak bli dyktige læringsarenaer for utdanning og rekruttering av helsefagarbeidere.

### Målgruppe

- *Ungdom* – synliggjøre yrkets attraktivitet i kommunene gjennom å tilby tilgjengelige og gode læreplasser og et godt læringsmiljø i kommunen som lærling eller ansatt.
- *Voksne* – tilrettelegge for at voksne kan ta fagutdanning gjennom incitament som bidrar til at de ønsker og greier å ta utdanning.

### Delmål

1. Kommunene skal oppnå større forståelse av hvordan ulike elementer samspiller i arbeidet med rekruttering og utvikling – et helhetlig bilde skal beskrives.
2. Kommunene skal prioritere de områdene de mener vil gi mest effekt for å lykkes med å utdanne og rekruttere helsefagarbeidere.
3. Kommunene skal sammen utvikle standard plan og verktøy som skal gi dem nyttige virkemidler og bidra til fortrinn i konkurransen om rekruttering av helsefagarbeidere.
4. Det skal gjennomføres veilederutdanning i samtlige kommuner.
5. Nord-Troms-regionen skal ved prosjektslutt ha felles forståelse og felles verktøy for samarbeid i rekruttering og utvikling av helsefagarbeidere.

## **2.0 FELLESE REGIONALE TILTAK FOR KOMMUNENE FOR Å VÆRE DYKTIGE LÆRINGSARENAER FOR UTDANNING OG REKRUTTERING AV HELSEFAGARBEIDERE**

Gjennom arbeidet med «Helsefagarbeiderløftet» har etatslederne i helse- og omsorgssektoren jobbet frem felles regionale retningslinjer og tiltak som grunnlag for en enhetlig praksis i de seks kommunene i Nord-Troms, bl.a. felles regionale tiltak for permisjon, stipend, bindingstid og kompetansetillegg. Bakgrunnen er en tanke om at felles retningslinjer styrker regionen og forhindrer kommunene fra å konkurrere mot hverandre.

Etatslederne vil sammen med aktuelle virksomhetsledere prioritere søknader ut fra kommunens behov/relevans for virksomheten til hvert enkelt tiltak.

### **2.1 Permisjon med lønn**

Når permisjon med lønn innvilges, brukes følgende mal:

- Fagutdanning (ikke poengbasert) 6 mnd. eller 1 år gir rett til hhv. 5 og 10 arbeidsdager med lønn (basert på stillingsstørrelse).
- Ansatte i fagarbeiderstilling som har jobbet minimum 1 år i kommunen og som deltar på høgskolebasert grunnutdanning kan etter skriftlig avtale innvilges inntil 4 uker med lønn for hele studiet.
- Hvis studiet tas samlingsbasert, fordeles permisjonen over tilsvarende tid.

### **2.2 Stipend**

Ordningen skal gjelde ansatte i kommunen. Stipender i forbindelse med rekruttering av eksterne krefter vurderes individuelt. Ansatte som tar helsefagarbeiderutdanning kan etter plan og avtale få inntil 10 000 kroner ved oppstart og inntil 10 000 kroner ved avslutning av utdanningsløpet.

### **2.3 Bindingstid**

Bindingstid avtales med den enkelte dersom kommunen ved utdanning yter vesentlig økonomisk støtte, og begrenser seg til maks 2 år.

## 2.4 Kompetansetillegg

Som ledd i å stimulere til at ansatte tar etter- og videreutdanning relatert til de behov kommunen har pekt ut som relevante, f.eks. gjennom prioriteringer i regionale kompetanseplaner, vil følgende mal benyttes:

- Fagskole/videreutdanning for fagarbeidere gir 5000 kroner i kompetansetillegg.
- Etter vurdering relatert til de behov kommunen har, kan man gi et kompetansetillegg på 5000 kroner til 15 studiepoengs videreutdanning for helsefagarbeidere.

## 3.0 FELLES REGIONAL STRATEGI FOR LÆRLINGER/VEKSLINGSLÆRLINGER

### 3.1 Antall lærlingplasser til lærlinger i helsefagarbeiderutdanningen

Å tilrettelegge for lærlinger, både vanlige og veksling, er et viktig tiltak innenfor områdene rekruttering, læring og utdanningsmuligheter. Utdanningsinstitusjonene er avhengige av en stabil og forutsigbar tilgang på lærlingplasser.

Ved å forplikte seg til et fast antall lærlinger til helsefagarbeiderutdanningen over tid, gir man både ungdommene som tar fagutdanning, utdanningsinstitusjonene og kommunenes institusjoner signal om at man ønsker å satse på helsefagarbeidere. Dette er også et tiltak helt i tråd med utfordringene alle de seks kommunene i Nord-Troms har med rekruttering av helsefagarbeidere for kommunen i fremtiden.

Alle kommunene bør ha et forpliktende vedtak på dette.

### 3.2 Påskjønnelse til veileder

Videre er det et ønske om at alle kommunene vedtar et felles nivå for påskjønnelse til de som er veiledere for lærlinger for å stimulere flere til å være veiledere. Noen kommuner praktiserer allerede en påskjønnelse på 500 kroner per måned til de som tar veilederoppgaver.

Det er enighet om at en godtgjørelse på minimum 500 kroner per måned for å være veileder er en ønsket felles strategi for alle kommunene.

Lærlinger kan meget vel vise seg å være en god kilde til rekruttering av nye helsefagarbeidere for kommunen. Derfor er det viktig å ha dette i mente når man har lærlinger i bedriftene. Dette kan være kjøreregler for mottak av lærlinger og at man ser på mulighetene for ansettelse etter endt læretid – tiltak som vil komme som anbefalinger fra «Helsefagarbeiderløftet».

## 4.0 UTDANNINGSMULIGHETER I NORD-TROMS

Prosjektlederen har vært i møte med Nord-Troms videregående skole, NAV, Voksenopplæringen og Oppfølgingstjenesten for å se på utdanningsmulighetene for alle grupper, det være seg de med rett til videregående opplæring, fullføringsrett og voksne med realkompetanse. Det er viktig at det er et tilbud til de som ønsker å ta fagutdanning som helsefagarbeider, enten på dagtid eller ettermiddagstid. Vi har diskutert mulighetene for å tilpasse vekslingsmodellen til voksne som ønsker fagutdanning. Dette arbeidet er ikke avsluttet, og følges opp av Nord-Troms videregående skole.

Det er også viktig for regionen at tilbudet om påbygging til studiekompetanse finansieres slik at helsefagarbeiderne som ønsker det kan oppnå studiekompetanse. Dette med tanke på rekruttering av arbeidskraft generelt til helse- og omsorgssektoren i Nord-Troms-regionen.

## 5.0 LOKALE TILTAK I REGIONEN

Alle kommunene iverksetter tiltak som på sikt vil være stimulerende for utdanning og rekruttering av nye helsefagarbeidere i kommunene.

### 5.1 Framsnakke helsefagarbeideryrket

Vi må pålegge alle avdelinger å ha framsnakking av helsefagarbeideryrket som et fast tema på personalmøter. Videre må vi finne interne/eksterne personer i kommunen/regionen til å holde innlegg på personalmøter om trivsel og enkle grep i hverdagen som fremmer stolthet for yrket og verdsetting av innsats, samt bevisstgjøre hver enkelt på at den enkeltes holdning er viktig.

Lokale medier må brukes for å synliggjøre helsefagarbeideryrket ved at små og store hendelser ved institusjonene blir vist frem. Vi må invitere lokalavisen eller TV til å lage nyhetssaker (i tråd med personvern), samt bruke sosiale medier bevisst i en synliggjøringsstrategi. Dette vil gjøre institusjonen og yrket mer synlig på en positiv måte, og på sikt øke rekrutteringen og føre til en positiv holdning.

### 5.2 Sommerarbeidsplasser for ungdom under 18 år

Vi må ansette miljøarbeidere i alderen 16–18 år. Dette gir kommunene en fin mulighet til å tenke langsiktig rekruttering ved at ungdommene får ha sesongarbeid ved kommunenes helse- og omsorgsinstitusjoner. Dette kan lede til at de ved utdanningsvalg ønsker å ta fagutdanning som helsefagarbeider, og er et rekrutteringstiltak som må inn i budsjetttrammene.

### 5.3 Årlige besøk og aktiviteter med unge (barnehager og skoler)

Dette er også et langsiktig rekrutteringstiltak rettet mot unge og senere ungdommer ved at de får kjennskap gjennom oppveksten til kommunenes tjenester innen helse og omsorg. Slik kan man legge til rette for senere rekruttering til yrket.

### 5.4 Bonusordning for ferievikarer uten fravær

Ferievikarer for helsefagarbeidere som arbeider fire uker kan få et tilskudd på 4000 kroner. Dette kan stige med 1000 kroner per uke for maksimalt åtte uker, og forutsetter at ferievikaren jobber sammenhengende i tildelt stilling og ikke har fravær i perioden. Tiltaket stimulerer helsefagarbeidere til å søke seg til vikariater i etaten, og kan på lang sikt også virke rekrutterende, ikke bare for sesongansatte.

**PS 27/16 Referatsaker**



Forretning: <u>Sørstraumen Handel</u>	Dato: <u>12.10.16</u>
Adresse: <u>Sørstraumen</u>	Fra/til: <u>1050</u>
Bevillingshaver/styrer: <u>Liv Reidun Olsen</u>	Kontrollør: <u>[Signature]</u>

Åpningstid:	Salgstid:	Kontrollform:
-------------	-----------	---------------

### KONTROLLER/OBSERVASJONER VED SALG AV ØL

	ja	nei
1. Selges eller utleveres øl til åpenbart berusede personer:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2. Selges eller utleveres øl til personer under 18 år:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3. Har betjening under 18 år befatning med salg av øl:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4. Selges og utleveres øl eller annet med alkoholprosent over 4,75:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5. Påser butikkpersonalet at det ikke nytes alkohol i butikken:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Overholdes salgstidene:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Overholdes reklameforbudet:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Er ølet tildekket/skjermet utenfor salgstiden:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Er informasjonsmateriellet godt synlig:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Annet:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

[Signature]  
Sign. kontrollør

Skriftlig rapport mottatt  
Liv R Olsen  
Sign. bevillingshaver/ansvarshavende  
kun for mottatt rapport



Forretning: Joker  
 Adresse: Burfiord  
 Bevillingshaver/styrer: Hans Gunnar Mathiassen

Dato: 12.10.16  
 Fra/til: \_\_\_\_\_  
 Kontrollør: [Signature]

Åpningstid: \_\_\_\_\_ Salgstid: \_\_\_\_\_ Kontrollform: \_\_\_\_\_

### KONTROLLER/OBSERVASJONER VED SALG AV ØL

	ja	nei
1. Selges eller utleveres øl til åpenbart berusede personer:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Selges eller utleveres øl til personer under 18 år:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Har betjening under 18 år befatning med salg av øl:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Selges og utleveres øl eller annet med alkoholprosent over 4,75:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Påser butikkpersonalet at det ikke nytes alkohol i butikken:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Overholdes salgstidene:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Overholdes reklameforbudet:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Er ølet tildekket/skjermet utenfor salgstiden:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Er informasjonsmateriellet godt synlig:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Annet:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer: \_\_\_\_\_

Stengt under ombygging

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

[Signature]

Sign. kontrollør

Skriftlig rapport mottatt

Sign. bevillingshaver/ansvarshavende  
kun for mottatt rapport





Forretning: Coop Burfjord  
 Adresse: Burfjord  
 Bevillingshaver/styrer: Monica Mathisen

Dato: 12.10.16  
 Fra/til: 1130  
 Kontrollør: [Signature]

Åpningstid: \_\_\_\_\_ Salgstid: \_\_\_\_\_ Kontrollform: \_\_\_\_\_

### KONTROLLER/OBSERVASJONER VED SALG AV ØL

	ja	nei
1. Selges eller utleveres øl til åpenbart berusede personer:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2. Selges eller utleveres øl til personer under 18 år:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3. Har betjening under 18 år befatning med salg av øl:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4. Selges og utleveres øl eller annet med alkoholprosent over 4,75:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5. Påser butikkpersonalet at det ikke nytes alkohol i butikken:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Overholdes salgstidene:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Overholdes reklameforbudet:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Er ølet tildekket/skjermet utenfor salgstiden:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Er informasjonsmateriellet godt synlig:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Annet:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Sign. kontrollør

Skriftlig rapport mottatt  
 \_\_\_\_\_  
 Sign. bevillingshaver/ansvarshavende  
 kun for mottatt rapport