

Helse Nord RHF og KS Nord-Norge

# Kompetanseutfordringer i kjølvannet av samhandlingsreformen

Rapport med statusbeskrivelser for Nord-Norge NY VERSJON pr 31.1.2013

## Forord

Regionalt samarbeidsutvalg mellom Helse Nord RHF og KS Nord-Norge vedtok i møte 24. november 2010 å oppnevne en styringsgruppe med formål å utforme en strategi og tiltaksplan for å møte de kompetanseutfordringer som følger av samhandlingsreformen. Helse Nord og KS Nord-Norge har arbeidet sammen med universitetene i Nord-Norge og representanter fra kommuner og helseforetak i dette strategiarbeidet.

Rapporten omfatter statusbeskrivelser. Til sammen skal kapitlene dekke det viktigste behovet for å beskrive status; utdanningskapasitet innenfor helsefaglige utdanninger i Nord-Norge, e-læringstilbud, samarbeidskonstellasjoner og planer om kompetansesamarbeid i kommunene, kompetansebehov og kompetanseutfordringer i kommunene, og arenaer for samhandling og kompetanseutvikling.

Arbeidet med de enkelte delene av rapporten har foregått siden det første møtet i styringsgruppen for strategiarbeidet i september 2011. Rapporten er i hovedsak ført i pennen av prosjektleder Margrete Gaski.

Denne delrapporten fra arbeidet i prosjektets fase 1 har som primært formål å bedre kunnskapsgrunnlaget, og dermed å skape en felles referanseramme for arbeidet i fase 2, der fokus rettes mot strategier og tiltak for å møte kompetanseutfordringene i samhandlingsreformen.

Styringsgruppen takker alle bidragsyterne. Den gode responsen på spørreundersøkelsen i april 2012 hos de nordnorske kommunene, har vært avgjørende for å få et godt datagrunnlag. Mange takk til rådmenn og avdelingsledere som prioriterte å bruke tid til å svare.

3. september 2012

Finn Henry Hansen, Helse Nord RHF og Magne Nicolaisen, KS Nord-Norge

## Sammendrag

Høsten 2010 vedtok regionalt samarbeidsutvalg mellom Helse Nord RHF og KS Nord-Norge å oppnevne en styringsgruppe med formål å utforme en strategi og tiltaksplan for å møte de kompetanseutfordringer som følger av samhandlingsreformen. Denne rapporten er et resultat av fase 1 i dette arbeidet, som omfatter statusbeskrivelser. Formålet har vært å skape en felles referanseramme for arbeidet i fase 2, der fokus rettes mot strategier og tiltak for å møte kompetanseutfordringene i samhandlingsreformen.

Samhandlingsreformen representerer en desentralisering av oppgaver, og dermed av kompetansebehov. Spesialisthelsetjenesten skal utvikles slik at de i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse, og skal i større grad gi veiledning og opplæring overfor kommunene. Primærhelsetjenesten får flere oppgaver knyttet til de store gruppene med pasienter med vanlige og kroniske sykdommer. Primærhelsetjenesten vil ha behov for god "sorteringskompetanse", med lett tilgang til veiledning fra spesialisthelsetjenesten. Styrking av forebygging og bedring av folkehelsen vil også bety økt behov for kompetanse i kommunene. Det blir behov for økt "samhandlingskompetanse", som kan lette samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Det innebærer økt kompetanse inne koordinering av tjenestetilbud, kommunikasjons og tilrettelegging for gode og effektive pasientforløp.

Stortingsmeldingen Udanning for velferd, om samspill i praksis, er en retningsmelding som beskriver hvordan mer velferd vil kreve nye helse- og sosialfaglige utdanninger som er bedre tilpasset samfunnets behov. Stortingsmeldingen påpeker at godt samspill og samarbeid mellom utdanning, forskning og arbeidsliv er nødvendig for å sikre kunnskapsbasert tjenesteutøvelse og bedre tjenester. I dag finnes det to regionale samarbeidsorgan i Nord-Norge mellom utdanningsinstitusjonene og Helse Nord. Det finnes ingen tilsvarende arena for koordinert samarbeid mellom utdanningene og kommunesektoren.

Forventet balanse i arbeidsmarkedet frem mot 2035 på nasjonalt nivå er beskrevet i tre alternativer, med ulike forutsetninger lagt til grunn. Anslaget på underdekning mot slutten av beregningsperioden er større i denne versjonen enn i tidligere beregninger ettersom antallet personer over 80 år øker sterkt fra 2020 frem til 2035. På videregående nivå innebærer redusert oppslutning innen helsefag at det etter hvert blir en betydelig underdekning av helsefagarbeidere. På høgskolenivå vil det etter hvert være nødvendig å øke utdanningskapasiteten for å unngå økende underdekning for fysioterapeuter og sykepleiere. Det ventes overskudd av vernepleiere. For leger går det trolig mot underdekning, men dette er klart avhengig av forutsetningene som legges til grunn.

Statusbeskrivelsen har fokus på ni prioriterte kompetansefelt; folkehelsearbeid, habilitering/rehabilitering, diabetes, kreft, KOLS, geriatri, rus, psykiatri og smittevern, og er basert på flere typer kvalitative og kvantitative data. Det er gjort en studie av utdanningstilbud, i hovedsak basert på kvantitative data om aktivitetskrav, opptak og produksjon. Trekk ved organiseringen av utvalgte prosjonsutdanninger og videreutdanninger er beskrevet, på bakgrunn av dokumentstudier og svar fra de enkelte utdanningsinstitusjonene. Det er hentet inn en betydelig mengde nye data om kommunene i Nord-Norge gjennom en spørreundersøkelse hvor 84 av 88 kommuner i Nord-Norge svarte. Kommunene er også studert gjennom en casestudie av fem interkommunale samarbeid om utvikling av helsetjenester. Videre er det brukt data fra SSB om befolkningsutvikling og om helsepersonell i kommunene, og data samlet inn gjennom fylkesmennene om planer for

kompetanseutvikling, kompetansehevingstiltak og rekrutteringsplaner. Det er gjort en studie av samhandlings- og kompetanseutviklingsarenaer, i hovedsak basert på dokumentstudier og spørreundersøkelsen til kommunene.

### **Statusbeskrivelse av utdanningskapasitet og organisering av utvalgte helsefaglige utdanninger**

Statusbeskrivelsen viser at Finnmark og Troms foreløpig ligger litt etter Nordland når det gjelder utdanning av helsefagarbeidere. På grunn av 15 prosent frafall, og ønsket fra en av to lærlinger om å ta høyere utdanning etter at de har tatt fagbrev, vil tilgangen på helsefagarbeidere være begrenset, noe som representerer en stor utfordring.

Noen utfordringer går ut på å utdanne så mange som man skal i henhold til aktivitetskravene. Nordnorsk andel av utdanningskapasiteten innen helseutdanningene var ment å utdanne flere enn det faktisk viser seg å ha blitt på bioingeniør-, ergoterapeut-, radiograf-, sykepleier- og psykologutdanningene, når man legger til grunn antallet ferdige kandidater de siste to årene. Medisin og fysioterapeututdanningen utdanner mange nok i forhold til måltallet.

Andre utfordringer går på at aktivitetskravene for utdanningsinstitusjoner i Nord-Norge ikke er store nok. Dette gjelder spesielt måltallet for vernepleierutdanningen som er kun fem prosent, fysioterapeututdanningen er åtte prosent, og bioingeniør er ti prosent, dette er nivå som ikke er ansett for å være tilstrekkelig for å sikre landsdelen nok utdannet personell. Måltallet på psykologi er økt til 13, som fortsatt er lavere enn nivået som er ansatt for å være tilstrekkelig.

Det tilbys videreutdanning i Nord-Norge innen de kompetansefelt som er ansett for å være de viktigste "vekstområder" sett i lys av samhandlingsreformen. Psykisk helsearbeid har suverent størst studentmasse, og mange utdannet innen diabetes og geriatri. Relativt få er utdannet innen kreft og palliativ behandling, men en ny videreutdanning i palliativ behandling har rekruttert mange studenter. Det er få videreutdanninger innen rehabilitering i Nord-Norge.

Rapporten oppsummerer hva vi vet om hvilken betydning desentralisert og samlingsbasert utdanning og bruk av ekstern praksis og kvoter har, for å skaffe kvalifiserte helsearbeidere til distrikter i Nord-Norge. Dette omfatter blant annet viten om at det er ulike rekrutteringseffekter knyttet til utdanninger som innebærer flytting til byer under utdanningen, og effekter knyttet til desentralisert utdanning hvor studenten bor hjemme i studietiden; det er bevist at desentraliserte studier gir mer stabil arbeidskraft lokalt. Selv om det er vist at lakseeffekten virker på landsdelsnivå, er det ikke vist at kandidatene har tilbøyelighet til å ta seg arbeid i distriktene som ligger utenfor de store sentraene i landsdelen hvor de utdannes. Det mangler studier av effektene av samlingsbasert utdanning.

Studier fra andre land viser at målrettet bruk av ekstern praksis innen for eksempel distriktsmedisin, gir effekter i forhold til større grad av rekruttering til slike jobber. Det er behov for mer målrettede egnede virkemidler enn samisk kvote hvis man ønsker å rekruttere helsepersonell til ledige jobber og få disse til å bli værende i samiske kommuner.

### **E-læringstilbud som utvikles og tilbys av helsesektoren i Nord-Norge**

Fokus i kapitlet om e-læring er på samhandling mellom foretak og kommuner. Relevansen til e-læringstiltakene ved NST (Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin) og NLSH (Nordlandssykehuset) er vurdert i forhold til behov som følger av samhandlingsreformen. NLSH er en

aktør som i hovedsak tilbyr kurs for ansatte i NLSH med tilgang til NLSHs nett, fokus er på interne kompetanseutviklingsbehov ved NLSH, det vil si at kursene som tilbys i liten grad er innenfor områder som samsvarer med de prioriterte kompetansefelt i samhandlingsreformen. Helsekompetanse.no tilbyr mange arenaer for kompetanseutvikling som er laget slik at helsepersonell fra både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten kan delta i de samme e-læringstilbudene, dette gjelder i større grad tiltak som nå er under utvikling enn de etablerte tiltakene. En stor del av Helsekompetanse sine kurs er relevante mht de ni prioriterte kompetansefeltene, og spesielt hvis en tar med kursene som er under planlegging.

En utfordring er å få til en deling av e-læringstilbud mellom helseforetak og primærhelsetjenesten, uten å flytte innhold mellom plattformer. Ved flytting av e-læringsinnhold mellom plattformer vil en øke behovet for administrering og oppgradering av e-læringspakker.

Statusgjennomgangen har vist at det mangler e-læringstilbud innenfor flere av de prioriterte kompetansefeltene. På et regionalt nivå bør en strategiplanlegging definere kompetansebehov og målsetting, før en som del av en nasjonal strategi velger verktøy (plattform) som skal støtte opp under måloppnåelsen. Videre er det behov for en organisering som sikrer effektiv utnyttelse av ressurser, dette innebærer samarbeid på nasjonalt nivå i forhold til utvikling av nye kurs, at man på nasjonalt nivå deler ferdig utviklede kurs, og en organisering som sikrer kontinuerlig oppgradering og vedlikehold av kurs. Første gangs utvikling og digitalisering av kompetansetilbud koster tid og penger. Helseforetak bruker de samme helsekronene til utvikling og det vil være en stor gevinst å få til en bedre samordning, deling og koordinering, slik at ikke alle trenger "å finne opp hjulet på nytt."

### **Hvem som samarbeider med hvem blant kommunene?**

I lys av at interkommunalt samarbeid er en strategi i utviklingen av helsetjenester og i rekruttering og stabilisering av fagfolk i mindre kommuner, har vi kartlagt hva som er på gang av samarbeidskonstellasjoner mellom kommunene. Det understrekes at bildet som tegnes er et øyeblikksbilde. Bildet er sammensatt og komplekst, og det finnes en rekke kommuner som ikke samarbeider med andre på de områdene som det var fokusert på i spørreundersøkelsen; ø-hjelpssenger, legevakt, DMS og folkehelseiltak. Noen kommuner har samarbeidet lenge i forhold til legevakt. Andre interkommunale samarbeid er i støpeskjeen. Samarbeidskonstellasjonene er ulike, avhengig av hvilken type helsetjenester det gjelder. 42 kommuner deltar i interkommunale samarbeid om etablering av ø-hjelpssenger, og 57 kommuner er en del av interkommunale samarbeid om legevakt eller etablering av legevakt. Det er 27 kommuner som ikke deltar i samarbeid i forhold til legevakt. Interkommunale legevaktsamarbeid og samarbeid om ø-hjelpssenger eller etableringer av dette, er minst utbredt i Nord-Troms og Finnmark. Her har man i mange år benyttet sykestueplasser.

### **Kompetansebehov og kompetanseutfordringer i kommunene**

Som et bakteppe beskrives trekk ved befolkningsutviklingen i form av forsørgerbrøk og tilgangen på arbeidskraft. I 2010 hadde 76 prosent av kommunene i Nord-Norge en forsørgerbrøk på over 3, og ingen kommuner i Nord-Norge med en forsørgerbrøk lavere enn 2, men hver fjerde kommune hadde en forsørgerbrøk på mellom 2 og 3. De fleste av disse er kommuner med under 2000 innbyggere. Forsørgerbrøken vil i henhold til prognosene krype under 2 i ti av de nordnorske kommunene når vi når 2020. Alle disse kommunene har i dag under 2000 innbyggere. I 2030 vil 36 prosent av

kommunene i Nord-Norge ha en forsørgerbrøk på under 2, og kun ni prosent vil ha en forsørgerbrøk som er over 3. Nordland har i dag en befolkning som er noe eldre enn i Troms og Finnmark. I bykommuner som Tromsø og Bodø vil antallet eldre øke kraftig frem mot 2030, men på grunn av stor tilflytning forventes det at aldersforskyvningen vil være mye mindre enn i øvrige deler av landsdelen.

I Finnmark og Troms er 30 av 44 kommuner "folkehelsekommuner", noe som innebærer nettverksamlinger men ikke nødvendigvis at det er ansatt folkehelserådgiver. I Nordland har 38 av 44 kommuner samarbeidsavtale med fylkeskommunen, noe som innebærer folkehelserådgivere i disse kommunene. Det er stor variasjon mellom kommunene, arbeidet som folkehelserådgiver/koordinator blir gjerne "lagt på" en stilling som er plassert i helsesektoren. 28 av 88 kommuner i Nord-Norge har i dag, eller holder på å etablere, frisklivssentraler. Kommunene samarbeider i liten grad om frisklivssentraler.

To tredjedeler av de nordnorske kommunene har årsverk i psykiatrisk sykepleie. Det samme gjelder for geriatrisk sykepleie. For begge disse spesialitetene samt kreftsykepleie er det de aller minste kommunene som mangler videreutdannede sykepleiere. Knappt en av fem kommuner har diabetessykepleier, og kun to kommuner i hele Nord-Norge har KOLS/lungesykepleier. Finnmark og Nordland har få kommuner med ergoterapeut, og ligger langt under landsgjennomsnittet i dekning pr 1000 innbygger over 67 år, mens Troms ligger langt over.

I en studie av fem interkommunale helsesamarbeid beskrives eksempler på hvordan helsetjenestesamarbeid utvikles og hvordan man gjennom kommunesamarbeid forholder seg til kompetanseutfordringer som følger av samhandlingsreformen. Kommunene jobber med kompetanseutvikling på ulike måter, har ulike utfordringer og løsninger når det gjelder fremtidig organisering som skal utnytte ressursene i hver kommune bedre. Tiltak er organisert gjennom følgende modeller; deling av personalressurser mellom kommuner, etablering interkommunale ambulante team, etablering og/eller drift av fagnettverk, utvikling av tvillingkompetanse, og utvikling av interkommunalt samarbeid med utdanningsinstitusjonene i forhold til praksis.

Spørreundersøkelsen viser at fire av fem nordnorske kommuner har satt i verk kompetanseheving for ansatte for å styrke og utvikle omsorgen for pasienter med langvarige lidelser (kronikeromsorg). Diagnosegruppen som de fleste kompetansehevingstiltakene er rettet inn mot, er demens, og mye er også rettet inn mot kreft og psykiske lidelser. Drøyt en tredjedel rapporterer om at de har styrket kronikeromsorgen gjennom å styrke koordineringen av tjenestetilbudet, 15 prosent har opprettet stillinger og like mange har økt støtte til egenomsorg. Det pekes på problemstillinger i forhold til rutiner for bruk og oppfølging av individuell plan.

Rekrutteringsutfordringene i kommunene i Nord-Norge er størst i forhold til sykepleiere og spesialsykepleiere. Halvparten av kommunene har vanskeligheter med å rekruttere spesialsykepleiere, og dette gjelder også de små bykommunene. Drøyt fire av ti nordnorske kommuner har vansker med å rekruttere helsefagarbeidere.

### **Felles arenaer for kompetanseutvikling**

Faglige nettverk, hospitering, ambulerende team og praksiskonsulentordningen, er beskrevet som arenaer hvor kunnskaps- og kompetanseoverføring er et virkemiddel for å styrke samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Økonomiske bidrag som anses for å være

sentrale for å drifte disse arenaene, er for nettverk og hospitering knyttet til teknisk utstyr, reiseutgifter og vikarutgifter, for ambulerende team og praksiskonsulenter er det reise- og oppholdsutgifter og administrative kostnader. Administrative bidrag er knyttet til drift av nettverk, ressurser til å sette dagsorden og organisere nettverk, utforme hospiteringsavtaler, ressurser til å trekke inn ambulerende team, og støttefunksjoner til PKO. Det planlegges å videreutvikle disse arenaene. 18 av kommunene planlegger nettverk i forhold til diabetes, slike nettverk er av de som er minst utbygd. 13 planlegger nettverk i forhold til kreft eller palliativ omsorg. Ti planlegger nettverk i forhold til rus. Utvikling av hospiteringsordninger i forhold til kreftomsorg og palliativ omsorg nevnes av flest kommuner, men også hospitering i forhold til KOLS/lungesyksommer, habilitering/rehabilitering, diabetes, geriatri inkludert demens, og akuttmedisin/akuttsykepleie/ samt hospitering opp mot ø-hjelpsplasser pekes på av mange. Flaskehalsen i dag for å kunne delta i faglige nettverk og å dra på hospitering er i første rekke knyttet til vikarutgifter og det å skaffe vikar. En annen betydelig flaskehals er at det mangler ressurser til å administrere faglige nettverk. Det å få til avtaler med spesialisthelsetjenesten om hospitering oppfattes ikke som en flaskehals.

## Innhold

Forord.....	2
Sammendrag .....	3
1 Innledning.....	10
1.1 Bakgrunn og formål .....	10
1.2 Hovedtrinn i strategiprosessen .....	10
1.3 Avgrensninger og videre oppbygning av rapporten.....	12
1.4 Analysemodell .....	15
1.5 Metoder og data.....	15
2 Forhold som styrer behovet for kompetanseutvikling.....	20
2.1 Mål og utfordringer - samhandlingsreformen og fremtidens helsetjeneste .....	20
2.2 Stortingsmeldingen Utdanning for velferd: Samspill i praksis .....	22
2.3 Forventet balanse i arbeidsmarkedet .....	23
2.4 En pasientsentrert helsetjenestemodell .....	24
3 Utdanningskapasitet og organisering av utdanning.....	29
3.1 Innledning.....	29
3.2 Dimensjonering og produksjon - helsefaglig utdanning i Nord-Norge.....	30
3.3 Videreutdanning og spesialisering .....	37
3.4 Organisering av utdanning .....	42
3.5 Oppsummering.....	50
4 E-læring som verktøy for kompetanseutvikling i helsesektoren.....	52
4.1 Innledning.....	52
4.2 Statusbeskrivelser .....	53
4.3 Oppsummering av utfordringer .....	59
5 Hvem samarbeider med hvem i utvikling av helsetjenester? .....	60
5.1 Innledning.....	60
5.2 Fire typer samarbeid om helsetjenester og folkehelse.....	62
5.3 I hvilken grad har det utkrystallisert seg regioner for interkommunalt helsesamarbeid? ...	66
6 Kompetanseutvikling i nordnorske kommuner.....	70
6.1 Innledning.....	70
6.2 Befolkningsutvikling: forsørgerbrøk og tilgang på arbeidskraft.....	72
6.3 Folkehelsearbeidere og helsepersonell.....	76
6.4 Kompetanseplanlegging i kommunene.....	82
6.5 Interkommunale samarbeid om helse, helsetjenester og kompetanseutvikling.....	84



6.6	Utvikling av kronikeromsorgen i de nordnorske kommunene.....	87
6.7	Hva er rekrutteringsutfordringene i kommunene?.....	90
6.8	Utdanningsbehov .....	91
7	Felles arenaer for kompetanseutvikling.....	93
7.1	Innledning.....	93
7.2	Faglige nettverk .....	94
7.3	Hospitering .....	97
7.4	Ambulerende team .....	100
7.5	Praksiskonsulentordningen .....	101
7.6	Oppsummering.....	102
	Referanser .....	105
	Tabelliste .....	109
	Figurliste .....	113
	Oversikt over vedlegg.....	114
	VEDLEGG 1: Rapport fra studie av interkommunale samarbeid.....	115
	VEDLEGG 2: Spørreundersøkelse til kommunene – april 2012.....	135
	VEDLEGG 3: Utfyllende tabeller til kapitlene 3, 6 og 7.....	139

# 1 Innledning

Denne rapporten omfatter fase 1, med statusbeskrivelser som ligger til grunn for strategiarbeidet.

## 1.1 Bakgrunn og formål

Formålet for dette strategiarbeidet er formulert i mandatet, og vedtatt på styringsgruppens møte i september 2011:

*”Regionalt samarbeidsutvalg mellom Helse Nord RHF og KS Nord-Norge vedtok i møte 24. november 2010 å oppnevne en styringsgruppe som har som formål å utforme en strategi og tiltaksplan for å møte de kompetanseutfordringer som følger av samhandlingsreformen. Dette vil primært gjelde kompetansebehov i kommunene som får utvidet ansvar i forhold til videre behandling og rehabilitering av pasienter som skrives ut fra sykehus, oppfølging av kronikere og forebygging/folkehelse, samt nye oppgaver knyttet til døgntilbud (ø-hjelp). Arbeidet må ta hensyn til de generelle rekrutterings- og kompetanseutfordringer i kommunene. Kompetansebehovet gjelder også helseforetakenes forståelse for oppgaver og arbeidsmåter i førstelinjen. Utvikling av helseforetakenes serverrolle overfor kommunene mht å ivareta plikten om veiledning er også viktig i denne sammenheng.”*

Styringsgruppen er oppnevnt av KS (Kommunesektorens organisasjon) Nord-Norge og Helse Nord RHF. Den har vært sammensatt av direktør Finn Henry Hansen i Helse Nord RHF (leder), regiondirektør Magne Nicolaisen i KS Nord-Norge, dekan Arnfinn Sundsfjord ved Det helsevitenskapelige fakultet ved Universitetet i Tromsø, visedekan for sykepleie og helsefag Bodil Svendsgård ved Universitetet i Nordland, fastlege Anette Fosse i Rana kommune (til juni 2012), helse- og omsorgssjef Anne-Trine Elde i Nordkapp kommune, leder for Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin (NST) ved UNN HF, Bjørn Engum, og leder for medisinsk klinikk ved UNN, Markus Rumpsfeld.

### *Arbeidsform*

Innen rammen av det mandat som er gitt av oppdragsgiverne, er de overordnede føringer for prosjektet lagt av styringsgruppen. Styringsgruppen har gitt oppdrag til prosjektleder. Det har ikke vært brukt underliggende arbeidsgrupper i fase 1 av arbeidet. Prosjektlederen har forberedt og tilrettelagt møtene og arbeidet i styringsgruppen og har hatt hovedansvar for skriving og redigering av prosjektrapport og løpende rapportering om framdrift til styringsgruppen.

## 1.2 Hovedtrinn i strategiprosessen

Mange av de styrende dokumentene (forskrifter, veiledere) var ikke utformet da styringsgruppen for å utforme strategi for kompetanseutvikling startet sitt arbeid høsten 2011 (se kapittel 2). Dette har gjort arbeidet utfordrende, i forhold til at mange prosesser pågår parallelt og må tas hensyn til.

Denne strategiprosessen ses i sammenheng med arbeidet med Helse Nord sin interne strategiske kompetanseplan.<sup>1</sup> I fase 1 av det interne kompetanseplanarbeidet i Helse Nord (avsluttet i 2011) er kompetanseutfordringer kartlagt, og målet for fase 2 er å utvikle en tiltaksplan for å møte utfordringer knyttet til rekruttering, stabilisering, utvikling og avvikling av kompetanse.

---

<sup>1</sup> <http://www.helse-nord.no/kompetanseplan/category29094.html>

### *Fase 1 - statusbeskrivelser*

Målet for Fase 1 har vært å beskrive dagens situasjon i forhold til opplevde kompetansebehov og -utfordringer innen prioriterte kompetansefelt i forbindelse med innføring av samhandlingsreformen. Dette er gjort gjennom ulike beskrivelser av status.

24.11.2010: Vedtak i regionalt samarbeidsutvalg om å oppnevne en gruppe med oppgave å utforme strategi og tiltaksplan for å møte de kompetanseutfordringer som følger av samhandlingsreformen.

05.09.2011: Konstituering av styringsgruppen.

Fra og med 3.styringsgruppemøte 25.11.2011: utvidelse med to nye medlemmer i styringsgruppen, med en fra foretak og en fra utdanningssektoren.

Mandatet slår fast at både styringsgruppen som helhet og det enkelte medlem av styringsgruppen har et ansvar for å forankre arbeidet i de miljøer de utgår fra (kommuner, helseforetak, utdanningsinstitusjoner). Slik kan forankringspunktene i fase 1 skisseres:

- Direktørmøte i Helse Nord RHF (sept 2011)
- Presentasjon og diskusjon i USAM (Samarbeidsorgan mellom Helse Nord RHF og Universitetet i Tromsø), og HSAM (Samarbeidsorgan mellom Helse Nord RHF og høgskolene i Nord-Norge) 17 november 2011.
- Representanter for de fire helseforetakene i Nord-Norge er invitert med i den delen av arbeidet som handler om kartlegging og videreutvikling av samhandlingsarenaer hvor kompetanseutvikling er et formål.
- Representanter for KS i Nord-Norge er tatt med på råd for utforming av statusbeskrivelsen av kommunene (februar 2012).
- Utkast til kartlegging av samhandlingsarenaer (en tidligere versjon av kapittel 7) er spilt inn til regional arbeidsgruppe for Nord-Norge og til arbeidsgruppe i Troms/Ofoten i forhold til utforming av samarbeidsavtaler mellom foretak og kommuner, punkt 5.6 (april 2012).

Proessen har vært brei med hensyn til deltakere som er involvert i enkelte deler av arbeidet, men tidsperspektivet som er forutsatt ved prosjektoppstart har ikke tillatt noen brei prosess som involverer mange hele veien. Det har vært utfordrende å forankre prosjektet på kommunesiden, siden den består av så mange selvstendige aktører som ikke er direkte representert i styringsgruppen. 84 av 88 kommuner i Nord-Norge har imidlertid gitt et viktig bidrag i form av å svare på en spørreundersøkelse om kompetanseutvikling i egen kommune.

Deler av statusbeskrivelsen av utdanningskapasitet i Helse Nord's interne strategiprojekt, ligger til grunn for tilsvarende oppdaterte og utvidete statusbeskrivelse i denne rapporten.

### *Planer for Fase 2 – utforming av tiltaksplan*

I henhold til mandatet, er mål for fase 2 følgende:

1. Prioritere hvilke kompetansebehov som haster mest, vurdert mot målsettinger i samhandlingsreformen og kommunenes egen vurdering av egne kompetansebehov.
2. Vurdere tiltak som kan styrke helseforetakenes kapasitet til å ivareta veilednings- og opplæringsfunksjonen vis avis kommunehelsetjenesten og tiltak som kan styrke gjensidig

kunnskapsoverføring og bidra til økt kompetanse i både førstelinjetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

3. Vurdere alternative organisasjonsmodeller for kompetanseutvikling, inkludert rolle- og ansvarsfordeling, eventuelt samarbeid mellom universitet, høgskoler, foretak og kommuner som speiler utfordringene med å få helsearbeidere til å velge kommunesektoren i Nord-Norge.
4. Vurdere potensialet for desentraliserte undervisningsmodeller, inkludert bruk av video- og webbasert undervisning (e-læring).
5. Vurdere ulike finansieringsmodeller for de tiltak som foreslås iverksatt.
6. Komme med sammenfattende og prioriterte forslag om en konkret tiltaksplan for hvordan vi i Nord-Norge i perioden 2013-2016 kan imøtekomme de kompetanseutfordringer som samhandlingsreformen medfører. Tiltaksplanen skal inkludere mål og virkemidler.

### 1.3 Avgrensninger og videre oppbygning av rapporten

Videre i innledningskapitlet defineres sentrale begreper og analysemodell, og metoder og data presenteres. Kapittel 2 er et bakgrunnskapittel som beskriver hovedtrekk i styrende dokumenter om samhandlingsreformen, stortingsmeldingen Utdanning for velferd, forventet balanse i arbeidsmarkedet og til slutt beskrives en pasientsentrert helsetjenestemodell. Bildet av status er så beskrevet i fem deler, og presenteres i kapitlene 3 til 7:

**Utdanningskapasitet og organisering av utvalgte helsefaglige utdanninger.** Hvordan er helsefaglig utdanning i Nord-Norge dimensjonert? Hvor mange studenter gjennomfører utdanningene? Kapitlet omfatter grunnutdanninger og videreutdanninger innenfor prioriterte kompetansefelt. Videre beskrives trekk ved organiseringen av utvalgte profesjonsutdanninger og videreutdanninger, og hvilken betydning slik organisering kan ha for å skaffe kvalifiserte helsearbeidere til distrikter i Nord-Norge og i rekrutteringssvake fag.

**Hvilke e-læringstilbud utvikles og tilbys av helsesektoren i Nord-Norge med relevans til samhandlingsreformen?** Fokus i kapittel fire er på samhandling mellom foretak og kommuner. Kapitlet tar sikte på å beskrive hva som finnes av tilbud om e-læring for helsepersonell som *ikke* er knyttet til helseutdanningsinstitusjonene.

**Hvem samarbeider med hvem?** Hva er på gang av samarbeidskonstellasjoner, med andre ord hvor store "helsekommuner" er i støpeskjeen i Nord-Norge? Kapittel fem gir en oversikt over hvilke kommuner som samarbeider med hverandre eller planlegger utvikling av samarbeid. Det understrekes at dette et øyeblikksbilde, "knipset" i april 2012.

**Hvilke kompetansebehov og kompetanseutfordringer finnes på kommunalt nivå innenfor folkehelse og utvikling av helsetjenester i Nord-Norge?** Kapittel seks er satt sammen av mange typer data, som alle bidrar til å tegne et bilde av kompetansebehov og kompetanseutfordringer på kommunalt nivå. Som et bakteppe beskrives trekk ved befolkningsutviklingen i form av forsørgerbrøk og tilgangen på arbeidskraft. Videre beskrives trekk ved omfang og type helsepersonell og antallet folkehelsearbeidere som arbeider i de nordnorske kommunene, og trekk ved status i kompetanseplanleggingen i kommunene. I en studie av fem interkommunale helsesamarbeid beskrives eksempler på hvordan helsetjenestesamarbeid utvikles og hvordan man gjennom kommunesamarbeid forholder seg til kompetanseutfordringer som følger av samhandlingsreformen. Det pekes på hva som er gjort av kompetanseutviklingstiltak, hva man er i ferd med å sette i gang, og

erfaringer og utfordringer trekkes frem. Utvikling av kronikeromsorgen i kommunene beskrives i form av en gjennomgang av kommunenes rapportering om hvilke tiltak som er gjennomført siste to år for å styrke kronikeromsorgen, og hvilke kompetanseutviklingstiltak som er prioritert. Det pekes på problemstillinger i forhold til rutiner for bruk og oppfølging av individuell plan. Til slutt settes det fokus på rekrutteringsutfordringene i kommunene. Hvilke typer helsepersonell er vanskelig å rekruttere, og i hvilke typer kommuner?

**Hvilke arenaer for samhandling og kompetanseutvikling finnes, hvor spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten begge deltar?** I kapittel sju beskrives kunnskaps- og kompetanseoverføring som samhandlingsvirkemiddel. Dette gjelder arenaer som hospiteringsordninger, nettverk, praksiskonsulentordningen og samarbeid med ambulante team. Hva er intensjonene med arenaene og hva er partenes bidrag? Hvor utbredt er slike arenaer, og hva peker kommunene på som flaskehals for å få til kompetanseutvikling på slike arenaer?

### *Kompetanseutvikling og kompetansefelt - begrepsavklaring*

#### Kompetanseutvikling

Med *kompetanseutvikling* menes tiltak som skal bidra til at ansatte i kommunene og foretakene har de kunnskaper, ferdigheter og holdninger som er nødvendige for å møte samhandlingsreformen. Dette omfatter både utvikling av formell kompetanse og utvikling av samhandlingskompetanse:

Utvikling av formell kompetanse omfatter de helsefaglige grunnutdanningene og videreutdanningene ved universitet og høyskoler, samt etterutdanningsfunksjonene i regi av helseforetak og kommuner.

På den andre siden tar kompetanseutvikling utgangspunkt i hvordan arenaer for kunnskaps- og kompetanseoverføring kan være virkemidler for å utvikle samhandling.<sup>2</sup> Arenaer kan være bruk av praksisplasser og hospiteringsordninger, ambulerende team, intermediære enheter, kurs- og opplæringsvirksomhet, spesialisthelsetjenestens faglige veiledning tilknyttet enkeltpasienter i helse- og omsorgstjenesten i kommunene, spesialisthelsetjenestens etterspørsel etter pasientinformasjon fra helse- og omsorgstjenesten i kommunene, eller helse- og omsorgstjenestens i kommunenes etterspørsel etter pasientinformasjon fra spesialisthelsetjenesten.

Kompetanseutvikling i det helsefremmende og det sykdomsforebyggende arbeidet som gjøres av andre enn helsepersonell og folkehelsekoordinatorer (for eksempel barnehagepersonell og lærere), er ikke inkludert i rapporten.

#### Kompetansefelt

Styringsgruppa har ønsket å prioritere følgende ni kompetansefelt og diagnosegrupper:

- |   |              |
|---|--------------|
| • Folkehelsearbeid                              | • Geriatri   |
| • Habilitering/rehabiliteringsarbeid inkl. slag | • Rus        |
| • Diabetes                                      | • Psykiatri  |
| • Kreft   | • Smittevern |
| • KOLS  |              |

<sup>2</sup> PwC 2010

En innfallsvinkel gjennom kompetansefelt og diagnosegrupper har sitt utgangspunkt i spesialisthelsetjenesten. Kommunenes innfallsvinkel er oftere funksjoner.

Fokus er satt på følgende personellgrupper: sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, helsefagarbeidere og allmennleger.

Definisjoner av prioriterte kompetanseområder og diagnosegrupper:

**Folkehelsearbeid:** samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen.<sup>3</sup> Folkehelsearbeid omfatter ikke kurative tjenester i form av klinisk diagnostikk, behandling, pleie og omsorg som springer ut av det enkelte individs behov for slike tjenester. Det omfatter heller ikke habilitering/rehabilitering.<sup>4</sup>

**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 brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.<sup>5</sup> Habilitering dreier seg om tiltak rettet mot barn eller voksne med medfødte eller tidlig ervervede helse- eller funksjonsproblemer.

**Smittevern:** Alle enkelttiltak som er med på å hindre at infeksjoner oppstår og spres i en populasjon, for eksempel blant pasienter og helsearbeidere i en helseinstitusjon.<sup>6</sup>

**Geriatri:** Geriatri er en medisinsk spesialitet som er konsentrert om sykdommer hos gamle. Geriatrien er opptatt av fysiske, psykiske, funksjonelle og sosiale tilstander som inntreffer ved akutt sykdom, kronisk sykdom, rehabilitering, forebygging, sosiale situasjoner og ved livets avslutning hos eldre pasienter. Denne pasientgruppen anses å ha en høy grad av skrøpelig og ofte flere lidelser, noe som krever en helhetlig tilnærming. Sykdommer kan framtre forskjellig hos eldre pasienter, og de er ofte svært vanskelige å diagnostisere. Responsen på behandling er ofte sein, og det er ofte et behov for sosial støtte. Geriatrikisk medisin er derfor ofte mer enn organorientert medisin og tilbyr i tillegg behandling i en tverrfaglig sammenheng.<sup>7</sup>

**KOLS** (kronisk obstruktiv lungesykdom) er en kronisk tilstand med varig nedsatt lungefunksjon.

**Rus.** Rusforebygging skal bidra til å hindre at rusmiddelproblemer oppstår og utvikler seg, og omfatter både tilgjengelighetsreduksjon og etterspørselsreduksjon. Kommunene har et omfattende ansvar for tjenester til personer med rusmiddelproblemer. Ansvar følger av sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven. Rusbehandling i spesialisthelsetjenesten har betegnelsen "tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk". Det betyr at tjenestene både har et sosialfaglig og helsefaglig innhold.<sup>8</sup>

---

<sup>3</sup> Lov om folkehelsearbeid, kapittel 1, paragraf 3.

<sup>4</sup> Lov om folkehelsearbeid 8.2 definisjoner 8.2.3 Departementets vurderinger

<sup>5</sup> Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 2

<sup>6</sup> Smittevernplan 2008– 2011 Helse Nord RHF

<sup>7</sup> <http://www.helsebiblioteket.no>

<sup>8</sup> <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/rus/forebygging.html?id=439358>

**Psykatri** er en spesialitet innen medisin som omhandler hvordan man skal forstå, utrede, behandle og forebygge psykiske lidelser.

**Kreft** er et samlenavn på ca 200 ulike kreftsykdommer. Felles er at de starter med ukontrollert celledeling<sup>9</sup>. WHO definerer palliativ behandling som lindring av symptomer for å oppnå best mulig livskvalitet og eventuelt livsforlengelse for pasienter med inkurabel sykdom.

**Diabetes:** Diabetes mellitus er en kronisk metabolsk sykdom med mange årsaker, karakterisert ved kronisk hyperglykemi med forstyrrelser i karbohydrat-, fett-, og proteinomsetningen. Diabetes skyldes nedsatt eller manglende insulinsekresjon i forhold til behovet, eventuelt kombinert med redusert insulinvirking.<sup>10</sup>

## 1.4 Analysemodell

For å kunne peke på aktuelle tiltaksområder i fase 2, er følgende forhold kartlagt i fase 1: hva er utdanningstilbudet og hvordan er utdanningen organisert, hva kjennetegner dagens bruk av e-læring som verktøy i helsevesenet, hvordan brukes felles arenaer for kompetanseutvikling i dag, hva er kompetansebehov og kompetanseutfordringer i de nordnorske kommunene og i hvilken grad har de inngått samarbeid om å utvikle fremtidens helsetjeneste?

På den andre siden er forhold som styrer behovet for kompetanseutvikling beskrevet, gitt ved mål og utfordringer i styrende dokumenter om samhandlingsreformen og fremtidens helsetjeneste, hovedtrekk i stortingsmeldingen Utdanning for velferd, og utfordringer med hensyn til befolkningsutvikling og tilgang på arbeidskraft.

Det som ut fra kartleggingen synes som å være viktigste hinder og utfordringer for å kunne nå en ønsket situasjon, er pekt på. Den videre analysen innenfor prioriterte tiltaksområder vil foregå i fase 2 av prosjektet, dels i arbeidsgrupper og dels i styringsgruppen.

## 1.5 Metoder og data

Rapporten er basert på flere typer datakilder. Kartleggingsarbeidet har vært både kvalitativt og kvantitativt orientert, ut fra en tanke om at metoder velges for best mulig å kunne svare på de ulike problemstillingene, og slik tegne et mer komplett bilde av status. I dette avsnittet beskrives hovedtrekkene i forhold til metodevalg og bruk av data. I hvert kapittel beskrives detaljene.

Et prinsipp har vært størst mulig "gjenbruk" av data, det vil si å forsøke å bygge kartleggingen på det som allerede finnes av dokumentasjon, og supplere med nye strukturerte kartlegginger der det har vært nødvendig.

Det er hentet inn en betydelig mengde nye data om kommunene i Nord-Norge gjennom en spørreundersøkelse hvor 84 av 88 kommuner i Nord-Norge svarte, og gjennom en casestudie av fem interkommunale samarbeid om utvikling av helsetjenester. Videre er det brukt data fra SSB om helsepersonell i kommunene, data samlet inn gjennom fylkesmennene om planer for kompetanseutvikling, rapporter om gjennomførte kompetansehevingstiltak og rekrutteringsplaner.

---

<sup>9</sup> Kreftforeningen.no

<sup>10</sup> Helsedirektoratet 2011: Nasjonale faglige retningslinjer: Diabetes – Forebygging, diagnostikk og behandling

En utfordring i det å kartlegge kompetanseutvikling i flere organisasjoner knytter seg til at det ikke finnes *en* person i hver organisasjon som har oversikt over hva som foregår av kompetanseutvikling, men mange som vet litt. I kommunene jobbes det med kompetanseutvikling i regi av avdeling, rådmann eller personalkonsulent, eller interkommunalt innenfor faggrupper eller nettverk, alternativt nasjonalt innenfor ulike profesjoner, og enkeltpersoner går på kurs eller tar videreutdanning. Tilsvarende skjer i foretakene. Dette innebærer at det i en kartlegging med begrensede ressurser er vanskelig å fange opp alt som foregår og som planlegges.

Opplevd kompetansebehov kan måles både i forhold til arbeidsgivere og arbeidstakere, og man kan anta at disse to gruppene kan gi ulike svar. I en studie fra 2010 av strategisk kompetanseplanlegging i norske kommuner, er imidlertid svarene fra ansatte og kommuneledelsen relativt sammenfallende.<sup>11</sup>

Et annet forhold er at opplevd kompetansebehov vil være påvirket av arbeidstakernes holdninger til opplæring.<sup>12</sup> Det betyr at i en kommune hvor en stor del av helsepersonellet er kvalifisert gjennom formell utdanning og hvor det er en "kompetansekultur", kan for eksempel mangel på kreftsykepleier tillegges større betydning en det ville gjøre blant ansatt i en kommune hvor en større del av arbeidstakerne mangler formell utdanning.

### *Befolkningen i Nord-Norge*

Det er 468 224 innbyggere i Nord-Norge, og halvparten av innbyggerne bor i Nordland fylke.

*Tabell 1.5.1: Innbyggere i Nord-Norge pr 1.1.2011, etter fylker og sykehusområder*

	<b>Antall innbyggere</b>	<b>% av Nord-Norge</b>	<b>% av Norge</b>
<i>Finnmark</i>	73 390	16	1,5
<i>Troms</i>	157 554	34	3,2
<i>Nordland</i>	237 280	51	4,8
<i>Helse Finnmark</i>	73 390	16	1,5
<i>UNN-området</i>	185 419	40	3,8
<i>NLSH-området</i>	131 875	28	2,6
<i>Helgelandssykehuset</i>	77 540	17	1,6
<i>Sum Nord-Norge</i>	468 224	100	9,5
<i>Norge</i>	4 920 305		100

Kommunene er delt inn i fem grupper etter størrelse (Tabell 1.5.2). 11 av kommunene er bitte små med under 1000 innbyggere, 27 kommuner er små, 28 er middels, det er 13 små bykommuner og den siste gruppen består av de ni største bykommunene.

<sup>11</sup> Asplan Viak/Fafo 2010 s 26.

<sup>12</sup> Hagen og Skule, 2004.



Tabell 1.5.2: Innbyggerne i Nord-Norge pr 1.1.2011 fordelt på kommunestørrelse

	<b>Kommunetype</b>	<b>Antall innbyggere</b>	<b>Antall kommuner</b>	<b>%</b>	<b>Sum antall innbyggere</b>	<b>Andel av innbyggerne i hver kommunetype (%)</b>
<b>1</b>	<i>BITTELITEN</i>	0-999	11	12.5	8 511	2
<b>2</b>	<i>LITEN</i>	1 000-1 999	27	30.7	38 075	8
<b>3</b>	<i>MIDDELS</i>	2 000-4 999	28	31.8	83 467	18
<b>4</b>	<i>LITEN BY</i>	5 000-9 999	13	14.8	100 947	21
<b>5</b>	<i>NI STØRSTE BYER</i>	10 000 +	9	10.2	237 840	51
	<i>Totalt</i>		88	100.0	468 224	100

Videre i kapittel 1 beskrives de enkelte studiene som er gjort.

### **Studie av utdanningstilbud**

Studien beskriver hvordan helsefaglige utdanninger i Nord-Norge er dimensjonert, det vil si hvordan utdanningstilbudet er fordelt, og hvor mange som utdannes. Studien er i hovedsak basert på kvantitative data om aktivitetskrav, opptak og produksjon. Den omfatter følgende helsefaglige høgere utdanninger: sykepleierutdanning, ergoterapeututdanning, fysioterapeututdanning, bioingeniør, radiograf, medisin, psykologi og vernepleierutdanning. Data fra følgende universiteter og høyskoler inngår: Universitetet i Tromsø (UiT), Universitetet i Nordland (UiN), Høgskolen i Finnmark (HiF), Høgskolen i Harstad (HiH), Høgskolen i Narvik (HiN) og Høgskolen i Nesna (HiNe). I tillegg beskrives helsefagarbeiderutdanningen, som administreres av fylkeskommunene. Trekk ved organiseringen av utvalgte prosesjonsutdanninger og videreutdanninger er også beskrevet, på bakgrunn av dokumentstudier og spørsmål til de enkelte utdanningsinstitusjonene.

Det er utarbeidet en beskrivelse av e-læring som verktøy for kompetanseutvikling, avgrenset til å omfatte e-læring som utvikles og tilbys av helsesektoren, det vil si utenfor utdanningsinstitusjonene. Tiltakene er kategorisert og telt opp, basert på en gjennomgang av oversikter over nettbaserte kurs og fagnett i regi av Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin, samt nettbaserte kurs i regi av Nordlandssykehusets seksjon for kunnskapsbygging i fagavdelingen og seksjon for intern IT.

### **Studie av samhandlings- og kompetanseutviklingsarenaer**

Studien er i første fase en utforskende studie. Denne tilnærmingen brukes ofte når man står ovenfor et fenomen man ønsker å vite mer om, uten å ha klare oppfatninger av hvordan dette skal analyseres, og hva resultatet skal bli. Datainnsamlingen startet med en innledende fase som inkluderte ustrukturerte observasjoner. Med inspirasjon fra veileder for samarbeidsavtaler mellom kommuner og foretak, avsnitt 5.6, ble det gjort en avgrensning av hvilke kompetanseutviklingsarenaer studien skulle omfatte: faglige nettverk, hospiteringer, ambulerende team og praksiskonsulentordningen. Videre ble det gjort en beskrivelse av kompetanseutviklingsarenaene inkludert intensjoner og partenes bidrag. Beskrivelsen ble i hovedsak laget på bakgrunn av dokumentstudier og data fra casestudien av fem nordnorske kommunesamarbeid. I siste fase ble omfanget av fellesarenaer for kompetanseutvikling dokumentert gjennom spørreundersøkelsen til kommunene.

### *Casestudie av fem nordnorske kommunesamarbeid*

Kvalitative metoder som casestudier egner seg godt når man ønsker å beskrive erfaringer, fokusere på historier som avdekker barrierer, og beskrive sammenhenger. Denne måten å arbeide innebærer at ideer og hypoteser utvikles, fremfor å verifisere på forhånd oppsatte hypoteser. Ved å kombinere kvalitative og kvantitative studier, styrkes validiteten (gyldigheten). Den kvantitative kartleggingen av kommunene er derfor supplert av en kvalitativ studie av et utvalg pilotprosjekter i kommuner og regioner som samarbeider i forhold til samhandlingsreformen. Nyttene med casestudien har i dette tilfellet vært å formulere resultater og erfaringer i enkelttilfeller. Rapporter og planer fra pilotprosjektene er benyttet som datakilder, i tillegg til intervju med sentrale informanter. Interessante problemstillinger og funn fra denne studien inngår som et grunnlag for å utforme spørreundersøkelsen som ble gjennomført i de nordnorske kommunene i april-mai 2012, for å finne ut om funn fra casestudien kan generaliseres og for å gi mer "kjøtt på beinet" i en statusbeskrivelse som i hovedsak er basert på kvantitative data.

### *Spørreundersøkelse til de nordnorske kommunene*

Ambisjonen var at undersøkelsen skulle omfatte noen ganske få men presise spørsmål om kompetanseutvikling som skulle komplettere kartleggingen som allerede var gjort med bruk av data fra andre kilder. Alle de 88 kommunene i Nord-Norge ble bedt om å svare på spørsmålene i en skriftlig spørreundersøkelse. Det fantes ikke et tilgjengelig validert batteri av spørsmål til bruk for dette formålet. Spørsmålene ble derfor utviklet for denne undersøkelsen spesielt. Spørreskjemaet ble pilottestet i en stor og to små kommuner, og endringer ble lagt inn etter dialog med respondentene fra disse kommunene (Vedlegg: spørreskjema).

### *Gjennomføring av spørreundersøkelsen*

Undersøkelsen ble gjennomført som en questback i perioden 16.april-14.mai 2012. Undersøkelsen var adressert til rådmannen, som ble bedt om å delegeres ansvaret for å svare til rette vedkommende, i de fleste tilfelle kommunal leder for helse/omsorg. Respondentene ble bedt om å åpne lenken til spørreundersøkelsen, og se igjennom alle spørsmålene før de begynte å svare. Dette for å finne ut om de eventuelt måtte konsultere andre i kommunen før de svarte. Om noen svarte to ganger, ble kun siste svar tatt vare på. Etter første purrerunde var det kommet inn svar fra 44 kommuner (50 %). En ekstra purrerunde halvannen uke etter utsendelse via e-post, med forlenget svarfrist, ga 16 nye svar. Etter nok en uke ble det gjort henvendelser via telefon til de resterende 28 kommunene. I de tilfeller hvor rådmannen ikke var tilgjengelig, ble leder for helse og omsorgssektoren kontaktet direkte. I enkelte tilfeller hvor verken rådmann eller helse og omsorgssjef var tilgjengelig på telefon, ble det sendt ny e-post. E-post og telefonrunden resulterte i 24 nye svar. På grunn av at helse- og omsorgsleder i enkelte tilfeller ble kontaktet direkte, mottok vi i ett tilfelle svar på undersøkelsen fra både rådmann og helse- og omsorgsleder i samme kommune. Svarene var ikke helt like i forhold til enkelte spørsmål som krever detaljkunnskap om kompetanseutvikling, og de mest fullstendige svarene ble tatt med i rapporteringen.

### *Svarprosent*

Til sammen 84 kommuner svarte på spørreundersøkelsen, noe som tilsvarer 95,4 prosent av kommunene i Nord-Norge (Tabell 1.5.3).

Tabell 1.5.3: Kommunene og innbyggerne i Nord-Norge fordelt på kommunestørrelse (antall innbyggere pr 1.1.2011)

<i>Kommune- størrelse</i>	<i>Innbyggere</i>	<i>Antall kommuner i N-Norge</i>	<i>Antall kommuner som svarte</i>	<i>Andel kommuner som har svart (%)</i>	<i>Sum antall innbyggere i N-Norge</i>	<i>Andel som bor i hver kommune- type (%)</i>	<i>Sum antall innbyggere i kommuner som har svart</i>
<i>1 BITTELITEN</i>	0-999	11	10	91	8 511	2	8 021
<i>2 LITEN</i>	1 000- 1 999	27	27	100	38 075	8	38 075
<i>3 MIDDELS</i>	2 000- 4 999	28	25	89	83 467	18	75 546
<i>4 LITEN BY</i>	5 000-9 999	13	13	100	100 947	19	100 947
<i>5 NI STØRSTE BYER</i>	10000 -	9	9	<b>100</b>	237 840	22	237 840
<i>Totalt</i>		<b>88</b>	<b>84</b>	<b>95</b>	<b>468 224</b>	<b>100</b>	<b>459 813</b>

Kommunene som svarte representerer 98,2 prosent av innbyggertallet i Nord-Norge. Alle de ni største bykommunene og de små bykommunene har svart. Blant kommunene av middels størrelse mangler Lødingen, Bø og Kautokeino. Blant de små kommunene mangler ingen, men blant de bitte små kommunene med under 1 000 innbyggere mangler Træna.

#### Bearbeiding av data

Data ble flyttet over på PASW (SPSS) før videre bearbeiding. Hoveddelen av analysene består av enkle optellinger av frekvens og av krystabeller.

## 2 Forhold som styrer behovet for kompetanseutvikling

I dette kapitlet gis først en innledende beskrivelse av forhold som styrer behovet for kompetanseutvikling. Dette omfatter mål og utfordringer i styrende dokumenter om samhandlingsreformen og fremtidens helsetjeneste, hovedtrekk i stortingsmeldingen Utdanning for velferd, samt forventet balanse i arbeidsmarkedet på nasjonalt nivå for utvalgte profesjoner. Videre presenteres en modell for en pasientsentrert helsetjeneste.

### 2.1 Mål og utfordringer - samhandlingsreformen og fremtidens helsetjeneste

De tre hovedmålene med samhandlingsreformen er:

1. Mer helhetlige og koordinerte helse- og omsorgstjenester
2. En større del av helse- og omsorgstjenestene skal utføres i kommunene
3. Styrke forebyggingen og bedre folkehelsen

Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen innebærer en betydelig overføring av oppgaver og ansvar til kommunene. Dette forutsetter en oppbygging av helsefaglig kompetanse i kommunene. Spesialisthelsetjenesten skal utvikles slik at de i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse, og skal i større grad gi veiledning og opplæring ovenfor kommunene.

Utfordringer i forhold til sykdomsutvikling, demografisk og teknologisk utvikling er beskrevet i mange utredninger og rapporter, og sist i *Behovet for spesialisert kompetanse i helsetjenesten*.<sup>13</sup>

Hovedtrekkene kan kort oppsummeres slik:

- I henhold til befolkningsfremskrivninger frem mot 2030 på nasjonalt nivå, vil andelen eldre øke sterkt. Andelen personer i arbeidsstyrken vil reduseres.
- Konsekvenser av befolkningsutviklingen med flere eldre er at forbruket av helsetjenester for personer over 70 år er betydelig høyere enn blant yngre. Det vil bli økt behov for kompetanse om aldersrelaterte sykdommer.
- Moderne teknologi innen diagnostisering og behandling antas å være en viktig driver for kompetansebehovet fremover. Kommunikasjonsteknologien vil gi andre måter å kommunisere på, og det blir behov for å drifte teknologi, utnytte teknologien effektivt og utvikle organisasjonen i takt med dette.
- Samhandlingsreformen representerer en desentralisering av oppgaver, og dermed av kompetansebehov.
- Primærhelsetjenesten vil få flere oppgaver knyttet til de store gruppene med pasienter med vanlige og kroniske sykdommer, og det forventes økning i forhold til fedme, lungesykdommer, allergier, angst og depresjon.
- Når primærhelsetjenesten skal følge opp en stor gruppe eldre vil det oppstå økt behov for kompetanse om hjerte-/karlidelser, kreft, lungesykdommer(KOLS, astma), nyresvikt, muskel- og skjelettlidelser, diabetes type 2, sansetap, inkontinens samt alderspsykiatriske sykdommer som demens.
- Primærhelsetjenesten vil ha behov for god "sorteringskompetanse", med lett tilgang til veiledning fra spesialisthelsetjenesten.

---

<sup>13</sup> Helsedirektoratet 2012.

- Styrking av forebygging og bedring av folkehelsen vil bety økt behov for kompetanse innen holdningsskapende arbeid, klinisk ernæring, fysisk aktivitet, samfunnsmedisin og samfunnspsykologi.
- Det blir behov for økt "samhandlingskompetanse", som kan lette samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Det innebærer økt kompetanse inne koordinering av tjenestetilbud, kommunikasjon og tilrettelegging for gode og effektive pasientforløp.

I nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) er innholdet i samhandlingsreformen beskrevet. Planen viser hvordan samhandlingsreformen skal gjennomføres, det vil si viser retningen for helse- og omsorgstjenesten og folkehelsearbeidet de kommende årene. Her presenteres mål, og tiltak er skissert. Videre i dette avsnittet gis det først en oversikt over organisatoriske, rettslige og faglige virkemidler som tas i bruk i iverksettingen av samhandlingsreformen.

*Organisatoriske virkemidler* omfatter for det første samarbeidsavtaler mellom kommuner og foretak: Veilederen for samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak (04.10.2011) slår fast hvilke samarbeidsavtaler som skal etableres. Videre vurderes lokalmedisinske sentra som organisatorisk virkemiddel for å legge til rette for bedre samarbeid og gode tjenester. Aktiv dialog med bruker- og interesseorganisasjoner samt ansattes organisasjoner er et annet virkemiddel. Videre pekes det på utviklingen av IKT-verktøy, standardiseringsarbeid, helhetlige pasientforløp og utvikling av fastlegeordningen slik at stat og kommune får bedre styringsmuligheter.

*De rettslige virkemidlene* er knyttet til to lover; om kommunale helse- og omsorgstjenester, og ny folkehelselov. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester trådte i kraft 1.1.2012, og uttrykker mer konkret hvordan samhandlingsreformen overfører oppgaver til kommunehelsetjenesten og endrer rammene for spesialisthelsetjenesten. Det er blant annet lovfestet tre nye oppgaver til kommunene; plikt til å etablere døgnplasser ved behov for øyeblikkelig hjelp, plikt til å medvirke til og tilrettelegge for forskning i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og plikt til å inngå samarbeidsavtaler med helseforetakene.

Formålet med Lov om folkehelsearbeid er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse. Hovedtrekkene i loven (08.04.2011) er følgende:

- Ansvar for folkehelsearbeid legges til kommunen fremfor til kommunens helsetjeneste. Kommunen skal i folkehelsearbeidet bruke alle sine sektorer for å fremme folkehelse, og ikke bare helsesektoren.
- Kommunenes ansvar for å ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer blir konkretisert, slik at de får et tydelig bilde av hva som er de lokale helseutfordringer i den enkelte kommune.
- Statlige helsemyndigheter og fylkeskommunene skal gjøre opplysninger om helsetilstand og påvirkningsfaktorer tilgjengelig og gi støtte til kommunene.
- Oversikten over folkehelseutfordringer skal inngå som grunnlag for arbeidet med planstrategier. En drøfting av kommunens/fylkets helseutfordringer bør inngå i lokal/regional planstrategi.
- Kommunen fastsetter mål og strategier for folkehelsearbeidet som er egnet for å møte kommunens egne folkehelseutfordringer. Mål og strategier skal forankres i planprosessene etter plan- og bygningsloven.

- Kommunene skal i verksette nødvendige tiltak for å møte lokale utfordringer.

Folkehesloven og folkehelseforskriften vil utløse betydelige økonomiske og administrative konsekvenser for kommunene og fylkeskommunene dersom de underliggende forventningene skal innfris. I forhold til kompetanse om helse og påvirkningsfaktorer, ønsker man at staten tar ansvar for nasjonale befolkningsundersøkelser og skaffer til veie nødvendig statistikkgrunnlag.

*Faglige virkemidler* omfatter kunnskap og kompetanse. Nasjonale veiledere får en økt betydning, sammen med retningslinjer og beskrivelser av gode behandlingsforløp.

Veiledningen for kommunale ø-hjelpsplasser sier følgende om hvilken type kompetanse man trenger.

”Kravene til forsvarlig virksomhet innebærer at virksomheter må ha personell med den kompetansen og de ferdigheter som er nødvendig for å gi pasientene forsvarlig behandling. Et faglig forsvarlig øyeblikkelig hjelp døgntilbud krever blant annet at personellet har observasjons-, vurderings- og handlingskompetanse. Dette for å ivareta pasienter som blir akutt syke, får en forverring av kronisk sykdom og /eller trenger nødvendig oppfølging og overvåking. Det vil være nødvendig å styrke generalistkompetansen for alle faggrupper i behandling og oppfølging av de aktuelle pasientgruppene som tilbudet skal favne. I tillegg vil det være krav til prosedyrekunnskap for eksempel hjerte/lunge redning (HLR) og nødvendig bruk av medisinsk utstyr. Eksempler på dette kan være bruk av EKG og oksymeter, O2- behandling, blodprøvetaking, kateterisering, håndtering av CVK, administrering av væske og legemidler intravenøst. Kommunen/ den ansvarlige for virksomheten må sørge for nødvendig opplæring av personell, og ha planer og rutiner for undervisning, hospitering, veiledning og praktisk trening.”

Denne første veiledningen omfatter somatisk ø-hjelp i kommunene. Psykisk helse og rus skal innlemmes senere.

## 2.2 Stortingsmeldingen Utdanning for velferd: Samspill i praksis

Stortingsmelding 13 (2011-12) Utdanning for velferd: Samspill i praksis, ble lagt frem i februar 2012. Dette er en retningsmelding som beskriver hvordan mer velferd vil kreve nye helse- og sosialfaglige utdanninger som er bedre tilpasset samfunnets behov. Et hovedbudskap er at samspillet mellom utdanning og arbeidsliv, mellom de ulike utdanningsmiljøene, mellom utdanningsnivåene, og mellom utdanning, forskning og tjenesteutøvelse, skal styrkes. I forhold til høyere utdanning og videregående opplæring, vil Regjeringen bl.a. følgende:

- Videreutvikle hovedmodellen med brede grunnutdanninger og spesialisering på videreutdannings- og masternivå.
- Sikre balanse mellom en felles velferdsfaglige kompetanseplattform og den fag- og profesjonsspesifikke kompetansen.
- Sette i gang et arbeid med sikte på økt kvalitet og relevans i praksisstudiene i helse- og sosialfaglig høyere utdanning.
- Vurdere å erstatte rammeplaner for enkeltutdanninger med en felles forskrift for alle de helse- og sosialfaglige grunnutdanningene og i høyere utdanning.
- Vurdere behovet for ulike former for veiledningsordninger for nyutdannede kandidater.
- Vurdere struktur, organisering og faglig innhold for utdanning i prehospitalt arbeid i yrkesfaglig videregående opplæring, fagskole og høyere utdanning.

- Vurdere å endre kravene som ligger til grunn for praksiskandidatordningen
- Videreutvikle fagskolesektoren som spesialiseringsarena i tråd med kompetansebehovene i tjenesten.

Stortingsmeldingen påpeker at godt samspill og samarbeid mellom utdanning, forskning og arbeidsliv er nødvendig for å sikre kunnskapsbasert tjenesteutøvelse og bedre tjenester. I dag finnes det to regionale samarbeidsorgan i Nord-Norge mellom utdanningsinstitusjonene og Helse Nord; Høgskolesamarbeidet (HSAM) omfatter forskning og utdanning innen helsefagene, som har hovedvekt på utdanning. Universitetssamarbeidet (USAM) omfatter medisintutdanning og forskning innen medisin og helsefag. Det finnes ingen tilsvarende arena for koordinert samarbeid mellom utdanningene og kommunesektoren.

### 2.3 Forventet balanse i arbeidsmarkedet

HELSEMOD (Statistisk sentralbyrå) er en beregningsmodell for arbeidsmarkedet for helse- og velferdspersonell. Modellen bygger på forutsetninger som er gjort rede for i Roxvaag og Texmon (2012). Anslaget på underdekning mot slutten av beregningsperioden er større i denne versjonen enn i tidligere beregninger da antallet personer over 80 år øker sterkt fra 2020 frem til 2035. Tabell 2.1 oppsummerer beregningene som er gjort for balansen i arbeidsmarkedet for utvalgte yrkesgrupper.

*Tabell 2.3.1: Sammendrag av forventet balanse i arbeidsmarkedet frem mot 2035 for helsefagarbeidere, sykepleiere, leger, fysioterapeuter, ergoterapeuter, vernepleiere og psykologer.*

<b>Yrkesgruppe</b>	<b>Forventet balanse i arbeidsmarkedet frem mot år 2035</b>
Helsefagarbeidere	På grunn av stor aldersrelatert avgang, og at antallet kandidater som kommer gjennom utdanningen er kraftig redusert, forventes en underdekning på nær 57 000 normalårsverk mot slutten av perioden.
Sykepleiere	Det forventes at det allerede tidlig i perioden vil bli en mulig underdekning av sykepleiere, til tross for økt studiekapasitet. Etterspørselsveksten vil være en av de høyeste blant alle personellgruppene, spesielt etter 2020.
Leger	To av alternativene gir en underdekning frem mot år 2035. Hvis forutsetningene i samhandlingsreformen legges til grunn, vil etterspørselen trolig vokse noe svakere slik at det blir en tilnærmet balanse frem mot 2035.
Fysioterapeuter	Alle utenom ett beregningsalternativ gir underdekning av fysioterapeuter frem mot 2035.
Ergoterapeuter	Det forventes overskudd i hele perioden, også tatt i betraktning økt etterspørsel fra kommunehelsetjenesten.
Vernepleiere	Beregningene viser et overskudd i alle alternativene, det antas samtidig at vernepleiere kan bidra til å redusere underdekningen av sykepleiere og helsefagarbeidere.
Psykologer	Veksten i etterspørsel er noe høyere enn forrige beregning i 2008, og man beregner noe overskudd av psykologer i 2035. Men det antas at den reelle etterspørselsveksten er høyere, fordi psykiske lidelser øker i omfang og det blir mer legitimt å søke psykologhjelp, samtidig som yrkesgruppen spres til andre deler av arbeidslivet.

De tre hovedalternativene som ligger til grunn for beregningene er:

1. *demografialternativet*, som forutsetter utdanningskapasitet etter utvidelsen fra 2009 og yrkesdeltaking som i 2007 på tilbudssiden og uendret personelldekning i tjenestene (uendrede dekningsgrader og tjenesteomfang) på etterspørselssiden
2. *referansealternativet*, som viser balansen når etterspørselen øker med ca. 0,5 % per år utover demografialternativet

3. *vekstalternativet*, som forutsetter en sterkere vekst i etterspørselen, ca. 1,0 % årlig utover demografialternativet. Dette alternativet betyr en sterkere vekst enn forventet vekst i BNP.

Det er også beregnet et fjerde alternativ i denne versjonen av HELSEMOD. For å kunne modellere samhandlingsreformen er det lagt til grunn en økning i noen aktivitetsområder i forhold til referansealternativet. Det vil si i pleie og omsorg og allmennlegetjenesten (10 prosent økning), fysioterapitjenesten og forebyggende helsearbeid (20 prosent økning), mens det forutsettes en tilsvarende nedgang i ressursbruken i de somatiske institusjonene. Det er lagt inn et måltall på 1 psykolog pr 5000 innbyggere i kommunehelsetjenesten.

## 2.4 En pasientsentrert helsetjenestemodell<sup>14</sup>

I dette avsnittet beskrives en modell for en pasientsentrert helsetjeneste.

### Økende oppgaver for helsetjenesten

I USA anslår man at flertallet av den voksne befolkningen har en eller flere kroniske lidelser, og at disse pasientene står for opp til 78 % av helsetjenesteforbruket.<sup>15</sup> Dette skyldes dels at bedret behandling gir overlevelse, men ofte med vedvarende helseplager, der hvor pasientene tidligere enten ble helt frisk eller døde. Dels skyldes det at vi har større kunnskaper om primær og sekundær forebygging ved kronisk sykdom slik at det finnes et oppfølgingstilbud også utenom "krisene". I tillegg er befolkningens gjennomsnittsalder økende.

### Fragmenterte helsetjenester

Økte oppgaver fører til at helsetjenesten har økende forbruksrater, økende kostnader, økt spesialisering og dertil hørende fragmentering. Når pasienter trenger tjenester fra flere spesialiteter løses dette ved et henvisningssystem hvor pasienten reiser fra den ene spesialisten til den andre. En pasient i psykiatri og rus omsorgen beskriver dette systemet slik:

*"Jeg sprang rundt på kontorer i 3 uker, så klarte jeg ikke mer og ønsket meg innlagt. Men problemene forsetter også på sykehuset, og nå i treningsleiligheten. Det er altfor mange folk jeg må forholde meg til, det henger ikke i hop for meg. Jeg synes det er veldig vanskelig å forklare alt til altfor mange folk stadig på nytt. For meg henger alt sammen, mens hjelperne tar hånd om hver sin bit: spiseforstyrrelser med miljøkontaktene, medisin med legen, trygd med koordinator og advokat, rus med Sosialmedisinsk senter, fysiske plager med fysioterapeut, juridiske problemer med advokaten, og problemene med alt sammen laster jeg av hos psykologen. I tillegg kommer aktivitører, ergoterapeuter og lærere på institusjonsskolen. På den måten blir en sak som er liten for meg til en stor sak for den andre. Hvert problem blir et problem for seg, mens for meg henger dem sammen, jeg vil ikke at dem blir adskilt. Jeg ønsker helst et behandlingsopplegg hvor jeg kan forholde meg til få folk, slik at jeg kan lære å stole på folk, og at problemene sees i sammenheng."*

Utfordringene knyttet til økt fragmentering, spesialisering blir spesielt synlige for pasienter med helsetjenestebehov over lengre tid. Dagens helsetjeneste er historisk bygget opp for å yte gode helsetjenester ved episodisk ("akutt") helsesvikt. Derfor har få tradisjoner og verktøy for å få øye på, forstå og ta hensyn til det store egenomsorgsarbeidet som pasientene selv gjør.

---

<sup>14</sup> Avsnittet er skrevet av Gro Berntsen, forsker ved Nasjonalt senter for telemedisin og samhandling, supplert av Markus Rumpfeld i styringsgruppen som står bak rapporten.

<sup>15</sup> Anderson et al 2004



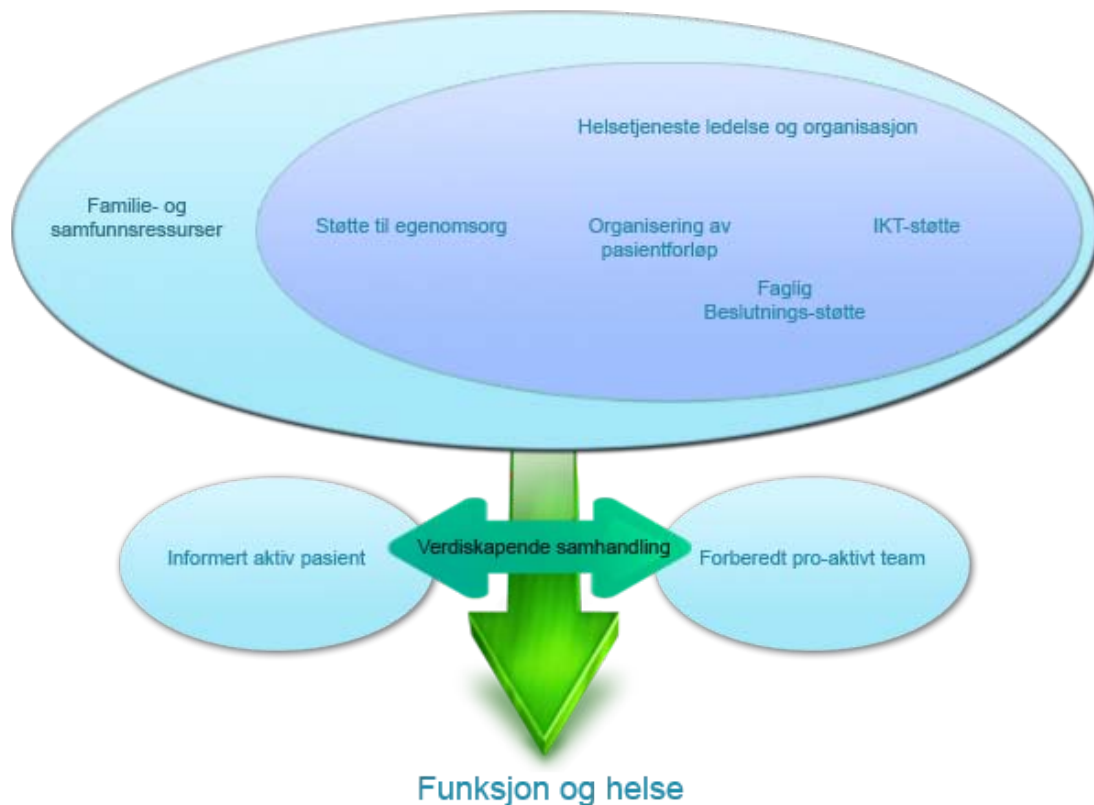
## Egenomsorg ved langvarig sykdom

Ved langvarig sykdom må helsetjenester veves sammen med selve livet, og denne integreringen er det bare pasienten selv som kan gjøre. Helsetjenesten kan gi råd og støtte, veiledning og ferdighetstrening, men valget om å følge rådene, ta pillene, endre livsstil etc. – er det bare pasienten selv som kan gjøre. De eldste pasientene med størst behov for helsetjenester ser sin egen lege 1 gang pr uke. Med 20 minutters konsultasjoner tilsvarer det 0,2 % av uka.<sup>16</sup> Pasienter over 67 år med størst bistandsbehov, får i snitt 17 timer bistand fra pleie- og omsorgstjenesten i uka<sup>17</sup>, og det tilsvarer 10 % av ukas timer. Det betyr at selv de eldste og sykeste er 90 % av tiden selv ansvarlig og tar løpende avgjørelser som berører egen helse. En pasient sentrert helsetjeneste handler om å jobbe på lag med den viktigste samarbeidspartneren vi har for å yte effektiv helsehjelp – nemlig pasienten selv.

## En pasientsentrert helsetjenestemodell

Wagner utviklet på slutten av 1990-tallet en pasientsentrert helsetjenestemodell som baserer seg på en litteraturgjennomgang av effektive tiltak for pasienter med langvarige tilstander.<sup>18</sup>

### CHRONIC CARE MODELL - MODELL FOR PASIENTSENTRERTE HELSETJENESTER VED KRONISK SYKDOM



Figur 2.4.1 Chronic Care Model

<sup>16</sup> Brøyn et al 2007

<sup>17</sup> Gabrielsen et al 2010

<sup>18</sup> Wagner et al 2002

Denne modellen har bedret helse og funksjon som mål, og verdiskapende samhandling mellom helsetjeneste og pasient som virkemiddel. De to partene i samhandlingen er “den aktive informerte pasient” på den ene siden, og “det proaktive forberedte helsetjenesteteam” på den andre siden.

### Den aktive informerte pasient

For å være aktive i egen omsorg er pasienten avhengig av at man tilrettelegger for deltakelse.

Pasientmedvirkning er et bredt begrep som inkluderer at pasienten

- har kunnskap om sin tilstand,
- forstår hva egne tegn og symptomer betyr
- gis verktøy og ferdigheter til å iverksette tiltak ved behov
- har kunnskap og ferdigheter og verktøy for å skjønne når man trenger mer hjelp eller bør kontakte helsetjenesten, og vet å finne fram til den riktige hjelperen i helsetjenesten når behovet er der
- forstår og har kunnskap om når tiltak ikke er riktige eller rimelige slik at man unngår pasientskader
- gis mulighet til å vurdere egne behov og preferanser opp mot alternative behandlingsmetoder der hvor dette er aktuelt
- gis mulighet til å benytte beslutningsverktøy for å vekte egne prioriteringer og behov på bakgrunn av øvrig livssituasjon

Kunnskap er trygghet, frihet og makt – makt til å ta over kommandoen over sin sykdom.

Dette setter store krav til helsearbeideres evne til å kommunisere med pasienten om både helsetilstanden, om de virkningene helsetilstanden vil ha for pasienten, og forstå hvordan dette vil gripe inn i akkurat denne pasientens liv.

Det er godt dokumentert at pasientmedvirkning har positive effekter på kunnskap, pasient tilfredshet, helse og helsetjenesteforbruk.<sup>19</sup> Et av de viktigste verktøyene for å sikre en god oppfølging vil være å utarbeide en behandlings/ oppfølgingsplan sammen med pasienten. Utviklingen av en slik plan bevisstgjør pasienten overfor mulige behandlingsvalg og gir pasienten anledning til å uttrykke sine preferanser (Shared decision making). Også i dag gis pasienten ett eller flere valg der det er mulig, men dette betyr ikke nødvendigvis at det er samsvar mellom pasientens preferanser og den beslutningen pasienten tar. Helsetjenesten må bidra på en måte som gjør at pasienten også selv kan innhente kunnskap og se sin sykdom i sammenheng med sin livssituasjon og egne verdier. Denne kunnskapen vil gi pasienten trygghet og frihet, og den gir makt til å ta kommandoen over egen sykdom. Systematisk tilrettelegging for kunnskap kan skje gjennom god informasjon, bruk av beslutningsverktøy og gjensidig dialog.

En behandlingsplan gir pasienten oversikt over de planlagte kontaktene med helsetjenesten framover. En skriftlig plan gjør det mulig for pasienten å se på planen flere ganger slik at forståelsen for det tenkte forløpet sikres. Det gir også mulighet til å planlegge eget liv og aktiviteter i samråd med planen og helsetjenesten dersom det skulle være behov for det. Planen kan gi utgangspunkt for å identifisere spørsmål og gi grunnlag for justeringer. En slik skriftlig plan finnes som oftest i pasientens journal allerede i dag, men den er ofte i hovedsak utformet av helsearbeideren og er ikke kommunisert til pasienten på en slik måte at pasienten selv kan vurdere planens egnethet.

---

<sup>19</sup> Coulter et al 2006

### Det forberedte proaktive helsetjenestetteam

Å være forberedt handler om å vite hva man skal gjøre og ha verktøyene klare for å iverksette tiltak når det er nødvendig. Evidensbasert medisin (EBM), dvs. å basere omsorgsbeslutninger på det beste tilgjengelige kunnskapsgrunnlag, er en bærebjelke i den moderne helsetjeneste. Dessverre er EBM ofte blitt tolket til at man må standardisere behandlingen mest mulig, uten å ta hensyn til faktorer som er unike for den enkelte pasient. Sackett – som regnes som en av grunnleggerne for EBM, er imidlertid opptatt av at medisinen aldri må bli “kokebok medisin” som ignorerer den individuelle variasjon.<sup>20</sup> Den gode kliniker kombinerer tilgjengelig kunnskap om pasienten med resultatene fra de beste studiene. EBM betyr at man tar utgangspunkt i standarden og tilpasser det til det unike individ.

Teamet rundt pasienten er de som skal “oversette” EBM til en tiltakskjede eller et pasientforløp. Teamet må inkludere alle de som har kunnskap om de tiltakene som bør iverksettes, og de som skal iverksette tiltakene – dvs teamet må inkludere pasienten selv. I dag sendes pasienter som har behov for flere kompetansesett fra behandler til behandler, nærmest som en pakkepost. Dette gir store utfordringer for kontinuiteten i behandlingen. Haggerty<sup>21</sup> deler kontinuitet opp i tre akser:

1. Organisasjonskontinuitet - at alle aktører har en god forståelse av sin rolle og oppgave, og at det ikke er store behovshull som ingen dekker
2. Informasjonskontinuitet - at alle aktører – inkludert pasienten – har tilgang på den informasjonen de trenger for å gjøre sin del av jobben.
3. Relasjonell kontinuitet – at alle aktører kjenner pasientens personlige kontekst, preferanser og ønsker.

For å ivareta behovet for kontinuitet er det sentralt at alle aktører kjenner til de overordnede behov og mål for pasientens behandling, at de kjenner sin rolle i tiltakskjeden, og at de vet om hverandre. Det finnes mange måter å understøtte behandlingsteamet på, som behandlings- og oppfølgingsplan, koordinator og IKT-verktøy.

I en proaktiv helsetjeneste forsøker man å utnytte den kunnskapen om det naturlige forløpet ved tilstanden og iverksette tiltak før man får symptomer og plager. I stedet for å vente på krisen, forsøker man å forebygge. I en reaktiv helsetjeneste melder pasienten seg selv når behov oppstår. I en proaktiv helsetjeneste trenger man andre verktøy for å identifisere pasientene med behov for tiltak. Man må aktivt gå inn for å tenke proaktivt i alle situasjoner ut fra pasientens diagnoser og kjente risikofaktorer. De fleste friske pasienter med episodiske helsetjenestebehov har ikke behov for proaktiv oppfølging. Pasienter med stabile langvarige tilstander vil som regel ha behov for regelmessig oppfølging med lav intensitet, mens en liten gruppe med pasienter med et komplekst og variabelt tilstandsbilde har behov for tettere oppfølging.

### Støtte til det proaktive forberedte team

Wagner fant at to elementer var helt sentrale for at helsetjenestetteamet kunne jobbe proaktivt og forberedt. Det første var en ledelse som understøttet en slik helhetlig og pasientsentrert tilnærming. En sammensatt moderne helsetjeneste består av mange aktører som skal gå i takt. En dirigent er nødvendig for å tilse at aktørene forstår sine roller, har de nødvendige verktøy, i form av både kunnskap, ferdigheter og verktøy for å jobbe pasientsentrert. Ledelsesforankring er derfor helt

---

<sup>20</sup> Sackett et al 1996

<sup>21</sup> Haggerty et al 2003

sentralt for å lykkes med en pasientsentrert helsetjenestemodell. Det andre elementet var IKT-verktøy som underletter arbeidet i det proaktive team og samarbeidet med pasienten. Uten IKT-verktøy blir en pasientsentrert helsetjeneste fort overveldende. IKT-verktøy bør brukes til å underlette kommunikasjon mellom pasient og team, og til presentasjon av informasjon og planer mot både pasient og helsearbeidere.

#### Effekter av pasientsentrerte helsetjenestemodeller

Scott har laget en syntese av de litteraturoversikter som finnes på slike modeller.<sup>22</sup> Litteraturen tyder på at pasientsentrerte helsetjenestemodeller gir bedre etterlevelse av retningslinjer og bedre helse i form av både færre symptomer og lavere sykelighet. Det er uklart om modellen gir lavere helsetjenesteforbruk. Sannsynligvis flyttes noe av helsetjenesteforbruket fra annenlinje til førstelinje med en uklar effekt på totalt forbruk. Det må understrekes at det er utfordrende å sammenstille litteraturen på dette feltet fordi alle som implementerer slike modeller må ta hensyn til den lokale kontekst, historikk, kultur, jus og økonomi. Det betyr at modellen operasjonaliseres på forskjellig vis i forskjellige studier, og gjør dem svært heterogene.

Alt i alt er likevel den pasientsentrerte helsetjenestemodell basert på nokså overordnede prinsipper som det er vanskelig å være uenige i. Kanskje er valget om å applisere en slik modell mer et verdivalg om vi ønsker å tilrettelegge for pasientsentrerte helsetjenester eller ikke?

---

<sup>22</sup> Scott 2008.

## 3 Utdanningskapasitet og organisering av utdanning

### 3.1 Innledning<sup>23</sup>

Dette kapitlet tar for seg utdanningskapasitet i helsefaglig utdanning i Nord-Norge, og det pekes på trekk ved organiseringen av utdanningene.

Utdanningskapasitet beskrives gjerne som aktivitetskrav slik Kunnskapsdepartementet har fastsatt i tildelingsbrevene til utdanningsinstitusjonene eller ved den faktiske produksjonen av kandidater ved de enkelte studieprogram.

En avgrensning er knyttet til ni definerte kompetansefelt som er sentrale i Samhandlingsreformen: folkehelsearbeid, habilitering/ rehabiliteringsarbeid, smittevern, diabetes, kreft, KOLS, geriatri, rus og psykiatri. Fokuset på utdanning i forhold til folkehelse er begrenset til de spesifikke utdanningene i folkehelse. Det er fokusert på følgende personellgrupper: sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, helsefagarbeidere, allmennleger, psykologer, vernepleiere, bioingeniører og radiografer.

Dimensjonering og produksjon i grunnutdanningene er beskrevet i avsnitt 3.2. Dette inkluderer fagprøver i helsearbeiderfag, men hovedfokus er på høyere utdanning; sykepleierutdanning, vernepleierutdanning, ergoterapeututdanning, fysioterapeututdanning, medisin, psykologi, bioingeniør og radiografutdanning. Deretter beskrives et utvalg videreutdanninger og spesialiseringer i avsnitt 3.3, avgrenset til høyere utdanning. De ni prioriterte kompetansefeltene styrer avgrensningen av hvilke videreutdanninger som er tatt med.

Kompetanse vil være en av de største utfordringene i realiseringen av samhandlingsreformen, og det å skaffe kompetanse som er geografisk og faglig fordelt, er sentralt.

Utdanningene kan organiseres på en slik måte at man bedre adresserer problemene med tilgang på arbeidskraft i kommuner utenfor de store sentraene og i rekrutteringssvake fag. I avsnitt 3.4 beskrives trekk ved organiseringen av utvalgte profesjonsutdanninger og videreutdanninger, og hvilken betydning slik organisering kan ha for å skaffe kvalifiserte helsearbeidere til distrikter i Nord-Norge og i rekrutteringssvake fag. Beskrivelsen omfatter desentralisert og/eller samlingsbasert utdanning i kombinasjon med e-læring, bruk av opptakskvoter og målrettet bruk av ekstern praksis.

#### *Metode og datagrunnlag*

Data om fagprøver for helsefagarbeidere er hentet fra de tre fylkeskommunene. Data for høyere utdanning omfatter følgende universiteter og høyskoler: Universitetet i Tromsø (UiT), Universitetet i Nordland (UiN), Høgskolen i Finnmark (HiF), Høgskolen i Harstad (HiH), Høgskolen i Narvik (HiN), Høgskolen i Nesna (HiNe).

Oversikt over utdanningskapasiteten for høyere helsefaglige utdanninger i landsdelen presenteres for det første med bakgrunn i Kunnskapsdepartementets aktivitetskrav til utdanningsinstitusjonene. For det andre er data om opptak og produksjon innen de ulike helse- og medisinfaglige

---

<sup>23</sup> En del av notatet bygger på kapittel 5 (utdanningskapasitet) i Helse Nords interne strategiske kompetanseplan fase 1 (2011). Denne delen er oppdatert i forhold til opptak og kandidater i 2011, og skrevet om i forhold til typen utdanninger og spesialiseringer slik at dette er tilpasset et fokus på kommunesektoren og samhandling.

yrkesgruppene fra alle utdanningsinstitusjoner i regionen presentert basert på tall fra DBH (Databasen for høyere utdanning). Erfaringer fra en tidligere utredning tilsier at ikke alle data fra DBH stemmer overens med utdanningsinstitusjonenes egne data. De enkelte utdanningsinstitusjonene ble derfor oppfordret til å kvalitetssikre tallene som var hentet fra DBH. UiN, HiF, HiH og HiNe valgte å kommentere tallene. I tabellene i vedlegget er kommentarene tatt med i fotnoter, der hvor det er større avvik enn +/- 3 mellom DBH og de tallene som institusjonene oppgir for hver type videreutdanning eller grunnutdanningene.

For profesjonsutdanninger er data om ferdige kandidater brukt. Dette er personer som har gjennomført en vitnemålgivende utdanning med utgangspunkt i godkjente kandidatbenevnelser gitt av departementet på grunnlag av forskrift av 11.10 2002 om grader og yrkesutdanninger. For videreutdanning og spesialisering er data om fullført studieprogram brukt. Dette er personer som har fullført et studieprogram, både ikke-vitnemålgivende og vitnemålgivende program. Opptakstillene omfatter personer som har søkt og fått bekreftet opptak på studieprogrammer på alle studienivåer, unntatt doktorgradsprogrammer. Data omfatter personer som har godtatt tilbudet, møtt opp, registrert seg som student og betalt semesteravgift. Denne delen av rapporten omfatter ikke etterutdanning/kurs i regi av universiteter og høyskoler.

### 3.2 Dimensjonering og produksjon - helsefaglig utdanning i Nord-Norge

I denne delen presenteres helsearbeiderfaget i første del. Andre del er viet høyere utdanning.

#### *Fagprøver i helsearbeiderfag*

Det er i dag to veier frem til fagarbeiderstatus. Den ene går gjennom videregående skole og lærlingordningen, den andre er praksiskandidatordningen for de med minst fem år praksis innen faget. Teorikurs kan foregå i regi av fylkeskommunen, private eller hos arbeidsgiver selv. 23 skoler tilbyr helsearbeiderfag i Nord-Norge skoleåret 2011/2012: 12 i Nordland (Aust-Lofoten, Bodø, Brønnøysund, Fauske, Hadsel, Meløy, Mosjøen, Mo i Rana, Narvik, Sandnessjøen, Vest-Lofoten og Nesna), 7 i Troms (Tromsø, Nordreisa, Nordkjosbotn, Kvæfjord, Salangen, Harstad, Lenvik), og 4 i Finnmark (Alta, Hammerfest, Kirkenes, Karasjok).

Oversikten over avlagte fagprøver i helsearbeiderfaget er fylkesvis fordi utdanningen av dette personellet er organisert under hvert enkelt fylke. Tabell 3.2.1 viser at det er avlagt 268 beståtte fagprøver i helsearbeiderfaget i Nord-Norge i perioden 2008-2011.

*Tabell 3.2.1: Beståtte fagprøver i Nord-Norge i 2008, 2009, 2010 og 2011 innen helsearbeiderfaget. Fylkesvis oversikt (rapportert inn pr 20.12.2011)<sup>24</sup>*

<b>Helsearbeiderfaget</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
Finnmark	-	-	14	45
Troms	0	24	57	78
Nordland	3	43	126	145
Nord-Norge	3	67	197	268

<sup>24</sup> Tallene i tabellen er hentet inn fra fylkeskommunene 20.12.2011. Tallene er noe høyere enn det som kommer frem i en nasjonal oversikt, som viser at antallet avlagte fagprøver i henholdsvis Finnmark, Troms og Nordland i 2011, var 31, 67 og 140. Eli Sogn Iversen, 12.4.2012.  
<http://www.ks.no/PageFiles/24073/Eli%20Sogn%20Iversen.pdf>

Forskjellen i antall fagprøver er delvis i tråd med innbyggertall for fylkene, men kontrollert for variasjonen i befolkningen, er det en relativt stor forskjell mellom fylkene. Nordland fylke har flest innbyggere (236 271), Troms er nest størst (156 494) og Finnmark har færrest innbyggere (72 856). For 2010 rapporterer Finnmark 14 fagprøver, Troms har 57 beståtte prøver og Nordland ligger markant høyere med 126 kandidater som har bestått fagprøven som helsefagarbeider. Dermed kan det se ut til at rekrutteringen til fagopplæring som helsefagarbeider, er sterkere i Nordland sammenliknet med Troms og Finnmark. Det kan være mange årsaker til variasjon på kort sikt, og for å tegne et riktig bilde trenges data for flere år. Den helhetlige utviklingen for helsearbeiderfag er positiv i perioden 2008-2011.

Grunnet omleggingen fra hjelpepleierutdanningen til helsefagarbeiderutdanningen er det ikke rapportert fagprøver i Troms i 2008 og i Finnmark i 2008 og 2009 innen helsearbeiderfaget.

### Fordelingen mellom voksne og ungdom

Generelt så velger ungdom veien gjennom videregående skole, og voksne velger praksiskandidatordningen. En indikator på fordelingen mellom voksne og ungdom er derfor fordelingen mellom lærlinger og praksiskandidater. I 2011 var 49 % av de beståtte fagprøvene i Nord-Norge avlagt av praksiskandidater, og 51 % av lærlinger. På landsbasis er antallet utdannede voksne halvert siden utfasingen av hjelpepleierutdanningen.

### Frafallsproblematikk

To av lærlingene i Finnmark i 2011 sluttet og gikk opp som praksiskandidater, mens fem lærlingkontrakter ble avsluttet av andre grunner i 2011.<sup>25</sup> I Troms ble 16 kontrakter hevet av ulike årsaker. Til sammen 21 kontrakter ble altså avsluttet av ulike grunner i Troms og Finnmark i 2011, det vil si 15 prosent frafall.<sup>26</sup>

Et særtrekk ved helsearbeiderfaget, er at en av to lærlinger ønsker å ta høyere utdanning etter at de har tatt fagbrev. Synliggjøring av alternative karriere- og utdanningsveier vil trolig være et viktig virkemiddel for å bedre søkningen til lærefagene og motivere flere til å fullføre det opplæringsløpet de har begynt på.<sup>27</sup>

Helsefagarbeidet velges bort mellom vg2 og vg3. I meldingen Utdanning for velferd, ligger det inne at man skal vurdere kravene til praksiskandidatordningen, og vurdere rett til påbygning etter fullført fagbrev. Det skal lages nasjonale retningslinjer for realkompetansevurdering.

### Høyere helsefaglig utdanning i Nord-Norge

Først presenteres trekk ved myndighetenes politikk knyttet til dimensjonering av utdanning og regional fordeling. Videre presenteres produksjonen innenfor sykepleierutdanning, vernepleierutdanning og bioingeniørutdanning, ergoterapeututdanning, fysioterapeututdanning, radiografutdanning, medisin og psykologi. Til slutt sammenlignes dimensjonering av utdanning fastsatt gjennom aktivitetskrav (det vil si et krav til hvor mange som bør fullføre første studieår), med andelen ferdige kandidater som faktisk er utdannet de to siste årene i Nord-Norge.

---

<sup>25</sup> Opplysninger fra Jorun Kristiansen, Opplæringsavdelingen i Finnmark fylkeskommune 20.12.2011.

<sup>26</sup> Vi har ikke lyktes å få inn frafallsandelen fra Nordland.

<sup>27</sup> Nyen, Reegård og Tønder 2011.

### Nord-Norges andel av nasjonal kapasitet - planlagt dimensjonering

Dimensjoneringen av høyere utdanning skal ivareta en rekke hensyn. Et sentralt mål er å sikre et likeverdig utdanningstilbud i alle deler av landet, gjennom en best mulig nasjonal fordeling av studietilbud. Det er også viktig å dekke behovet for høyt utdannet arbeidskraft. I tillegg skal politikken stimulere til institusjonsutvikling som sikrer kvalitet i utdanning og forskning.<sup>28</sup>

Myndighetenes politikk knyttet til dimensjonering av utdanning og regional fordeling baserer seg på en nasjonal vurdering. Et viktig aspekt i denne nasjonale vurderingen er geografisk fordeling av studiekapasitet og ønsket om sterke utdanningsmiljøer, med et bredt studietilbud i alle landsdeler. Dette er ansett som nødvendig for å realisere prinsippet om et likeverdig utdanningstilbud og for å sikre kvalifiserte arbeidstakere i alle deler av landet.

Tiltak som benyttes i utdanningssektoren i denne sammenhengen er for det første etablering av utdanningsinstitusjoner. Kapasiteten for en del utdanninger utenfor hovedstadsområdet er derfor høyere både i forhold til behov og søkning. Dette grepet i dimensjonering har gitt bærekraftige fagmiljøer ved høgskolene i distriktet og bidrar til å styrke rekrutteringen til høyere utdanning i områder der utdanningsnivået er noe lavere enn for resten av landet.<sup>29</sup>

I forbindelse med statsbudsjettet hvert år settes aktivitetskrav fra Kunnskapsdepartementet til utdanningsinstitusjonene.<sup>30</sup> Gjennom aktivitetskravene driver myndighetene strategisk styring av regional kapasitet i utdanningene, målt opp mot nasjonalt nivå.

Nord-Norge utgjør knapt 10 prosent av den nasjonale befolkningen. For å sikre helsetjenesten i landsdelen det nødvendige personell og grunnlag for rekruttering, er det anslått at kapasiteten i Nord-Norge bør ligge på 15 prosent av kapasiteten i landet for de ulike fagene, knyttet til utfordringer med lekkasje av utdannet personell til de sørlige delene av landet.<sup>31</sup>

Aktivitetskravene som gjelder for perioden høst 2007 til vår 2012 er sammenstilt i tabell 3.2.2. Med utgangspunkt dette, ser vi at det kun er utdanningen til medisin, ergoterapeut og radiograf, som er planlagt å ligge over 15 prosent av nasjonal utdanningskapasitet. Vernepleierutdanningen og fysioterapeututdanningen har lavest andel, og er satt til henholdsvis åtte og fem prosent av nasjonal utdanningskapasitet, noe som også ligger under Nord-Norges andel av befolkningen.<sup>32</sup>

Tabell 3.2.2 viser at aktivitetskravene til helseutdanningene i Nord-Norge har vært de samme i hele perioden 2007-2008 til 2011-12, med følgende unntak: Fra 2009 økte aktivitetskravet på psykologi ved UiT fra 22 til 32, på sykepleie ved UiT økte kravet fra 110 til 145, og på sykepleie ved UiN økte det fra 125 til 155 studieplasser. Siden psykologi er et seksårig studium, og sykepleie går over tre år, innebærer dette at de økte aktivitetskravene i psykologi først vil gi seg utslag i flere ferdige kandidater i 2015, og økte aktivitetskrav i sykepleie skal innebære flere sykepleiekandidater fra 2012.

Aktivitetskravene angir imidlertid ikke det nøyaktige antallet studenter. For å oppfylle kravet må det tas opp flere studenter for å ta høyde for frafall/stryk.

---

<sup>28</sup> St.meld 36 1998-1999.

<sup>29</sup> St.meld 36 1998-1999.

<sup>30</sup> Kunnskapsdepartementet 2011.

<sup>31</sup> Høgskolen i Finnmark, Høgskolen i Harstad og Universitetet i Tromsø, 2010.

<sup>32</sup> Detaljerte figurer for dekningsgrad i 2000, 2005 og 2009 i forhold til befolkningen i helseregioner og hele landet finnes som vedlegg til Helse Nord's strategiske kompetanseplan fase 1, 2011.



Tabell 3.2.2: Aktivitetskrav for utvalgte helsefaglige høyere utdanninger i Nord-Norge 2007/2008-2011/2012, samt prosentandel kapasitet i Nord-Norge 2011/2012<sup>33</sup>

Fag	2007-08	2008-09	2009-10	2010-11	2011-2012		
	Nord-Norge (ant.)	Nord-Norge (ant.)	Nord-Norge (ant.)	Nord-Norge (ant.)	Nord-Norge (ant.)	Nasjonalt (antall)	Andel i Nord-Norge 2011-12
Bioingeniørutdanning	21	21	21	21	21	202	10
Ergoterapeututdanning	24	24	24	24	24	145	17
Fysioterapeututdanning	22	22	22	22	22	274	8
Radiografutdanning	30	30	30	30	30	173	17
Sykepleierutdanning <sup>34</sup>	411	411	476 <sup>35</sup>	476	476	4013	12
Vernepleierutdanning	33	33	33	33	33	611	5
Medisinutdanning	89	89	89	89	89	541	16
Psykologi profesjonsutdanning	22	22	32	32	32	254	13

Videre i dette avsnittet presenteres antall uteksaminerte kandidater (produksjon) innen ulike helsefaglige utdanninger som tilbys ved utdanningsinstitusjonene i Nord-Norge. Oversikten viser antall uteksaminerte kandidater for hvert fag for årene 2000, 2005 og 2007-11. Antallet ferdige kandidater de siste to årene (i 2010 og 2011) sammenlignes videre med aktivitetskravene som var satt for disse kullene da de startet utdanningen.

### Sykepleierutdanning

To universiteter og fire høyskoler tilbyr sykepleierutdanning i Nord-Norge. Utdanningene er spredt over alle tre fylker. Varigheten er tre år for utdanning på fulltid, i tillegg tilbyr flere også deltidsstudium over fire år, og noen også i en desentralisert modell.

Aktivitetstallene fra departementet økte fra 411 til 476 fra skoleåret 2009/10. Det vil si at med normal studieprogresjon skulle antallet kandidater i 2010 og 2011 være 411 minus normalt frafall. (Nesna er ikke inkludert i aktivitetskravet).<sup>36</sup> Tabell 3.2.3 viser at antallet kandidater var lavere. En sammenligning av antallet ferdige kandidater for årene 2010-2011 med kravet til aktivitet, viser at UiN har utdannet flere enn hva kravet tilsier, mens de øvrige institusjonene har utdannet færre. Spesielt HiF men også UiT ligger godt under aktivitetskravet.

Variasjonen i tallene ved UiT skyldes omlegging av opptaket fra opptak av 45 studenter to ganger i året til opptak av 90 studenter en gang i året fra 2006. I tillegg tas det opp studenter til desentralisert deltidsutdanning annet hvert år.

<sup>33</sup> Data fra Kunnskapsdepartementet, 2011.

<sup>34</sup> Aktivitetstall for Høgskolen i Nesna fremkommer ikke i Kunnskapsdepartementets oversikt, bakgrunnen er at det aldri har vært et krav at skolen skulle utdanne sykepleiere, og skolen har ikke rapporteringsplikt på linje med andre små institusjoner. Skolen opplyser at måltallet for sykepleierutdanningen er 30 (8.12.2011 E.Lid).

<sup>35</sup> Økning ved sykepleierutdanningen UiT til 145 og UiN til 155.

<sup>36</sup> Aktivitetstallene fra Kunnskapsdepartementet var fordelt slik på utdanningsinstitusjonene: UiT 110, UiN 125, HiF 63, HiH 63, HiNa 35.

Tabell 3.2.3: Sykepleierkandidater 2000, 2005 og 2007-2011 i Nord-Norge

<i>Institusjon</i>	<i>Kandidater 2000</i>	<i>Kandidater 2005</i>	<i>Kandidater 2007</i>	<i>Kandidater 2008</i>	<i>Kandidater 2009</i>	<i>Kandidater 2010</i>	<i>Kandidater 2011</i>
Univ. i Tromsø	60	119	116	43	97	72	95
Univer. i Nordland	141	173	107	152	137	174	111
Høgsk. i Finnmark <sup>37</sup>	44	50	37	55	41	33	16
Høgsk. i Harstad <sup>38</sup>	37	80	52	65	54	55	50
Høgskolen i Narvik	39	47	50	41	38	31	33
Høgskolen i Nesna	-	-	3	15	5	18	16
Nord-Norge	321	469	365	371	378	383	321

### Vernepleierutdanning

Antallet ferdige kandidater innen vernepleie i Nord-Norge (kun Høgskolen i Harstad har denne utdanningen) har vært mellom 53 og 77 de siste fem årene. Dette er jevnt over høyere enn dagens aktivitetskrav skulle tilsi. Kunnskapsdepartementets aktivitetskrav til vernepleierutdanningen ved Høgskolen i Harstad er 31 for 2011-2012, og dette er fem prosent av vernepleierne i landet. Tall for kandidatproduksjonen viser at antallet ferdige kandidater de siste fem årene varierer mellom 53 og 77, og dette er om lag dobbelt så høyt som aktivitetskravet skulle tilsi.

Tabell 3.2.4: Vernepleierkandidater 2000, 2005 og 2007-2011 i Nord-Norge

<i>Institusjon</i>	<i>Kandidater 2000</i>	<i>Kandidater 2005</i>	<i>Kandidater 2007</i>	<i>Kandidater 2008</i>	<i>Kandidater 2009</i>	<i>Kandidater 2010</i>	<i>Kandidater 2011</i>
Høgskolen i Harstad <sup>39</sup>	79	99	64	77	71	53	60

### Ergoterapeut, fysioterapeut, medisin, psykologi, bioingeniør og radiografutdanning

Tabell 3.2.5 viser antallet ferdige kandidater ved helsefaglige utdanninger som i landsdelen kun tilbys av UiT.

Tabell 3.2.5: Kandidater i 2000, 2005 og 2007-2011 i helsefaglige utdanninger som kun Universitetet i Tromsø tilbyr i landsdelen

<i>Institusjon</i>	<i>Kandidater 2000</i>	<i>Kandidater 2005</i>	<i>Kandidater 2007</i>	<i>Kandidater 2008</i>	<i>Kandidater 2009</i>	<i>Kandidater 2010</i>	<i>Kandidater 2011</i>
Bioingeniør utd.	19	16	18	23	10	10	13
Ergoterapeutud.	21	28	17	25	17	19	19
Fysioterapeutud.	24	23	36	25	17	25	21
Radiografud.	19	28	20	15	16	10	17
Medisin profesjonsstudium	57	70	69	84	73	93	70
Psykologi profesjonsstudium	22	23	31	2	20	21	22

<sup>37</sup> I sum er de kvalitetssikrede data 13 færre enn DBH-data.

<sup>38</sup> I sum er de kvalitetssikrede data 30 færre enn DBH-data, dette skyldes avvik i 2005. Jfr neste fotnote.

<sup>39</sup> I sum er de kvalitetssikrede data 30 flere enn DBH-data, dette skyldes avvik i 2005.

Antallet utdannede bioingeniører og radiografer har vært lavt de siste tre årene sammenlignet med fastsatte aktivitetskrav. Bakgrunnen for dette er færre søkere til studiene. Situasjonen har imidlertid endret seg og søkningen er nå bedre. Årlig utdannes mellom 17 og 25 ergo- og fysioterapeuter, unntaket er i 2007 da det første desentraliserte kullet avsluttet sin fysioterapeututdanning. Antallet kandidater på medisinstudiet hadde en topp i 2010 med 93 ferdig utdannede. Antallet utdannede psykologer har ligget jevnt på mellom 20 og 23, med unntak av i 2007 og 2008.

### Faktisk dimensjonering og regional fordeling av utdanning

En sammenligning av dimensjonering av utdanning fastsatt gjennom aktivitetskrav<sup>40</sup> og antall ferdige kandidater som faktisk er utdannet i 2010 og 2011, viser at den regionale fordelingen av utdannede kandidater ikke har blitt helt som planlagt gjennom den strategiske styringen fra departementets side. Når bildet som tegnes av den regionale fordelingen av helseutdanningene bygger på antallet ferdige kandidater 2010-2011, ser vi at andelen som utdannes i Nord-Norge er noe lavere enn den skulle være for både bioingeniør, ergoterapeut og radiograf (Tabell 3.2.6 og 3.2.7).

For ergoterapeut og radiograf er andelen som utdannes i Nord-Norge kun to tredjedeler av hva den etter planen skulle være. Likevel er andelen ergoterapeuter som utdannes i Nord-Norge noe større enn hva befolkningens andel skulle tilsi, og andelen radiografer som utdannes i Nord-Norge tilsvarer befolkningsandelen på 10 prosent når en ser 2010 og 2011 under ett. Når det gjelder fysioterapeututdanning, er den faktiske fordelingen av ferdige kandidater lik Kunnskapsdepartementets aktivitetskrav som tilsvarer åtte prosent av kandidatene i hele landet, men dette er lavere enn hva befolkningsandelen i Nord-Norge skulle tilsi. Tabellene viser videre at for tiden utdannes åtte prosent av vernepleierne i Nord-Norge, noe som er en større andel enn aktivitetskravene skulle tilsi, men lavere enn landsdelens befolkningsandel skulle tilsi. Når det gjelder sykepleierutdanningen, er det utdannet langt færre både i 2010 og 2011, enn hva aktivitetskravet tilsier, og dette innebærer en nasjonal andel på henholdsvis 12 og 10 % disse to årene.

Tabell 3.2.6: Aktivitetskrav ved opptak 2007 sammenlignet med antall ferdige kandidater tre år senere

Fag	Planlagt dimensjonering med opptak skoleåret 2007/2008			Faktisk fordeling(ferdige kandidater) 2010		
	Nord-Norge (ant.)	Nasjonalt (antall)	Andel som skal utdannes i Nord-Norge 2011-12	Nord-Norge (ant.)	Nasjonalt (antall)	Andelsom faktisk utdannes i Nord-Norge 2011
Bioingeniørutdanning	21	202	10	10	121	8
Ergoterapeututdanning	24	145	17	19	154	12
Fysioterapeututdanning	22	274	8	25	273	9
Radiografutdanning	30	165	18	10	121	8
Sykepleierutdanning <sup>41</sup>	476	3226	15	383	3198	12
Vernepleierutdanning	33	611	5	53	657 <sup>42</sup>	8

<sup>40</sup> Datagrunnlaget er flere årganger av Orientering om forslag til statsbudsjett for universiteter og høyskoler, fra Kunnskapsdepartementet.

<sup>41</sup> Aktivitetstall for Høgskolen i Nesna fremkommer ikke i Kunnskapsdepartementets oversikt, bakgrunnen er at det aldri har vært et krav at skolen skulle utdanne sykepleiere, og skolen har ikke rapporteringsplikt på linje med andre små institusjoner. Skolen opplyser at måltallet for sykepleierutdanningen er 30 (8.12.2011 E.Lid).

<sup>42</sup> Summen inkluderer ikke resultater for utdanningene i Molde og Sogn & Fjordane.

Tabell 3.2.7: Aktivitetskrav ved opptak 2008 og antall ferdige kandidater tre år senere

Fag	Planlagt dimensjonering med opptak skoleåret 2008/2009			Faktisk fordeling(ferdige kandidater) 2011		
	Nord-Norge (ant.)	Nasjonalt (antall)	Andelsom skal utdannes i Nord-Norge 2011-12	Nord-Norge (ant.)	Nasjonalt (antall)	Andel som faktisk utdannes i Nord-Norge 2011
Bioingeniørutdanning	21	202	10	13	174	8
Ergoterapeututdanning	24	145	17	19	158	12
Fysioterapeututdanning	22	274	8	21	269	8
Radiografutdanning	30	165	18	17	146	12
Sykepleierutdanning	476	3378	14	321	3204	10
Vernepleierutdanning	33	611	5	60	634	9

Ved opptaket i 2004 innebar aktivitetskravet at 15 % av medisinerne skulle utdannes i nord. Tabell 3.2.8 viser at den faktiske fordelingen av kandidater ferdig utdannet i 2010 og 2011 var henholdsvis 17 og 13 prosent. Dette kan være positivt for helsetjenesten i regionen når det kommer til rekruttering av leger.

For psykologi innebar aktivitetskravet ved opptak i 2004 at 11 prosent skulle utdannes i Nord-Norge. I 2010 og 2011 ble henholdsvis 9 og 10 prosent av psykologene utdannet i Nord-Norge, noe som svarer til befolkningens andel av landet. UiT fikk imidlertid økte aktivitetskrav fra 2009 som innebærer at 13 prosent av psykologene skal utdannes i Nord-Norge, det vil si en økning fra 22 til 32 kandidater. Resultatet for 2010 speiler imidlertid det gamle aktivitetskravet.

Tabell 3.2.8: Andel ferdige kandidater på medisin og psykologi i Nord-Norge (2010 og 2011)

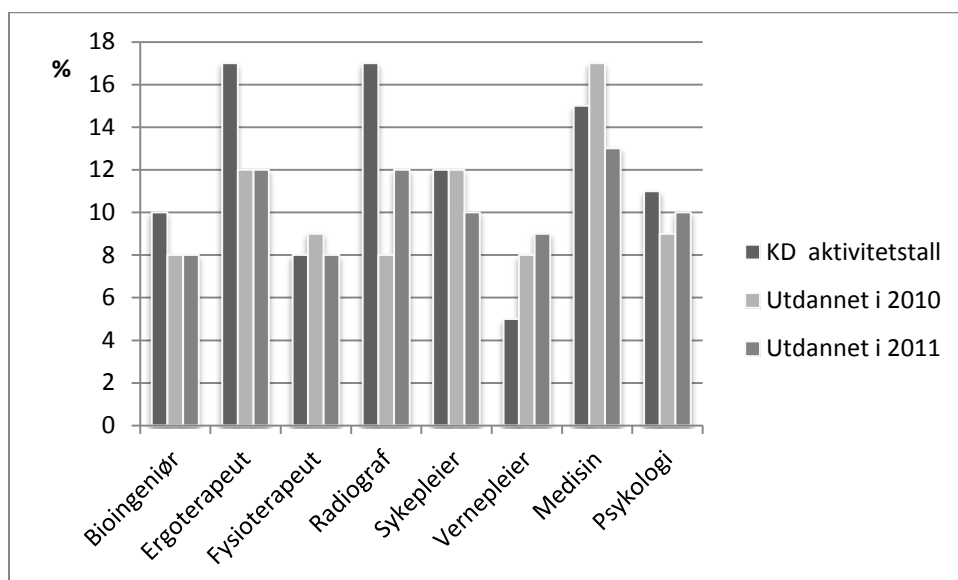
Fag	Faktisk fordeling(ferdige kandidater) 2010			Faktisk fordeling(ferdige kandidater) 2011		
	Nord-Norge (ant.)	Nord-Norge (ant.)	Andel i Nord-Norge 2010	Nord-Norge (ant.)	Nasjonalt (antall)	Andel i Nord-Norge 2011
Medisin profesjonsstudium	93	93	17	70	552	13
Psykologi profesjonsstudium	21	21	9	22	229	10

### Oppsummering

Finnmark og Troms ligger foreløpig litt etter Nordland når det gjelder utdanning av helsefagarbeidere. På grunn av 15 prosent frafall, og ønsket fra en av to lærlinger om å ta høyere utdanning etter at de har tatt fagbrev, vil tilgangen på helsefagarbeidere være begrenset.

Figur 3.2.1 sammenstiller på den ene siden den planlagte dimensjoneringen av utdanningskapasitet gjennom Kunnskapsdepartementets aktivitetskrav (første søyle i hver klynge), og på den andre siden faktisk regional fordeling av utdanningskapasitet vist ved produksjonen av ferdige kandidater i Nord-Norge i 2010 og 2011. Figuren viser når man legger til grunn produksjonen de siste to årene, er det ikke utdannet så mange kandidater på bioingeniør-, ergoterapeut-, radiograf-, sykepleier- og psykologutdanningen, som den nordnorske andelen av utdanningskapasiteten innen helseutdanningene var ment å innebære. Medisinutdanningen ligger på måltallet som tilsvarer rundt

15 prosent av nasjonal kapasitet, et nivå som er ansett for å være tilstrekkelig for å sikre landsdelen nok utdannet personell. Fysioterapeututdanningen ligger også på måltallet, men dette er lavere enn landsdelens befolkningsandel skulle tilsi.



Figur 3.2.1: Planlagt og faktisk nordnorsk andel av nasjonal utdanningskapasitet innen helseutdanninger

Noen utfordringer går altså på å utdanne så mange som man skal i henhold til aktivitetskravene. Andre utfordringer går på at aktivitetskravene for utdanningsinstitusjoner i Nord-Norge ikke er store nok.

### 3.3 Videreutdanning og spesialisering

I dette avsnittet presenteres videreutdanning og spesialisering innenfor nevnte prioriterte kompetansefelt. Dette gjelder videreutdanninger for sykepleiere og fysioterapeuter, flerfaglige videreutdanninger, utdanning i forebyggende helsearbeid og folkehelse, samt utvalgte program for legespesialisering innen rekrutteringssvake fag i regi av Helse Nord. Tidsperioden som dekkes er årene 2007-2011.

#### Videreutdanningene i sykepleie og flerfaglige utdanninger

Universitet i Tromsø er den største institusjonen i landsdelen når det kommer til videreutdanninger i sykepleie og flerfaglige utdanninger. UiT har lagt om flere av sine videreutdanninger innen helsefag, slik at disse nå skal være en del av master<sup>43</sup>. Mastergradsprogrammet i helsefag har seks studieretninger; psykisk helse, helse- og omsorgstjenester til eldre, helsesøsterfag, klinisk nevrologisk fysioterapi, psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi, og flerfaglig studieretning med fagspesifikk fordypning (antall på hver fordypning er ikke oppgitt i datamaterialet fra DBH).

UiN har også flere videreutdanninger og har siden 2005 hatt masterprogram i rehabilitering for helsepersonell med treårig grunnutdanning. Fra høsten 2011 tilbyr UiN også et masterprogram i klinisk sykepleie.

<sup>43</sup> Omleggingen gjelder ikke ABIKO og klinisk sykepleie.

Omleggingen av videreutdanningene til master har vært et debatt-tema mellom utdanningssektoren på den ene siden, og helsevesenet på den andre siden. Mens utdanningssektoren ønsker at de som tar videreutdanninger ikke bare skal bli bedre i utøvelsen av helseprofesjonen men også utvikle et høyere refleksjonsnivå gjennom blant annet å lære om forskningsmetoder, er helsevesenet primært opptatt av at videreutdanningene skal gi bedre klinikere, og at videreutdanningene ikke må bli for omfattende slik at færre gjennomfører dette. Helsetjenesten har også argumentert for å få fleksible studier gjerne med moduloppbygging for at det skal være lettere å kombinere videreutdanning og jobb.

Når det gjelder opptaksfrekvens varierer dette mye fra program til program og fra institusjon til institusjon. De sist etablerte videreutdanningene har ikke utdannet ferdige kandidater enda.

Tabell 3.3.1 gir en oversikt over videreutdanninger delt inn etter de ni prioriterte kompetansefeltene i denne rapporten: diabetes, kreft, KOLS (lungelidelser), geriatri, rus og psykiatri, rehabilitering, smittevern og forebyggende helsearbeid/folkehelse. Tabellen er laget på bakgrunn av de mer detaljerte tabellene 3.3.2-3.3.7 i vedlegget, som omfatter opptak og fullførte studier i perioden 2007-2011 ved et utvalg videreutdanninger som anses som de mest relevante videreutdanningene i forhold til samhandlingsreformen. Enkelte videreutdanninger omfatter flere av de prioriterte kompetansefeltene, for eksempel både geriatri og psykiatri, eller rus og psykiatri, og er plassert under kompetansefeltet som først er nevnt.

Tabell 3.3.1 viser at sett under ett, så tilbys videreutdanninger i Nord-Norge innen de kompetansefelt som er ansett for å være de viktigste "vekstområder" sett i lys av samhandlingsreformen; diabetes, kreft, KOLS (lungelidelser), geriatri, rus og psykiatri, rehabilitering og forebyggende helsearbeid. Når det gjelder videreutdanning i regi av universitets- og høgskolesektoren innenfor smittevern, er det registrert bare ett tilbud med opptak av noen få studenter.

Utviklingen i opptak og produksjon av kandidater er vanskelig å beskrive entydig.

Videreutdanningene i psykisk helsearbeid har suverent størst studentmasse, med 476 som har fullført i perioden 2007-2011 ved UiT, UiN, HiF eller HiH. Videre er mange utdannet innen diabetes (212) og geriatri (210). Rekrutteringen til diabetesutdanningen som startet i 2007 er synkende, noe som kanskje kan tyde på at markedet etter hvert mettes. Alternativt at rammebetingelsene ikke er til stede for de ansatte i kommunene som ønsker å ta denne utdanningen (for eksempel muligheter for permisjon, finansiering). Relativt få er utdannet innen kreft og palliativ behandling (49 har fullført kreftsykepleie ved UiT eller UiN i perioden 2007-2011), men en ny videreutdanning i palliativ behandling har så langt rekruttert mange nye studenter. Disse er ikke ferdig utdannet enda. Det er registrert få som har tatt videreutdanning innen habilitering/rehabilitering, og det eksisterer kun masterutdanning på dette feltet i Nord-Norge.

Et nytt studium som ikke er med i tabell 3.3.1 siden det starter først fra høsten 2012 (ved UiT) er Helse og omsorg i plan. Dette er et masterstudium, som er en del av et femårig nasjonalt utviklingsprosjekt knyttet til å øke kompetansen innen plan og planprosesser på kommunalt og statlig nivå.

Tabell 3.3.1: Videreutdanning /mastergradstilbud i Nord-Norge innenfor ni prioriterte kompetansefelt

Kompetansefelt	Utdanning	Utdanningsinstitusjon	Opptak 2007-2011	Fullført 2007-2011	Kommentarer
Diabetes	Diabetesbehandling og diabetesomsorg	UiN	253	212	
Kreft inkl. palliativ behandling og smertelindring	Kreftsykepleie	UiT og UiN	60	49	Ny fra 2010
	Palliativ behandling	UiN	80	-	
	Smerte og smertelindring	HiF	2	-	
KOLS (lungelidelser)	Klinisk sykepleie, fordypn. lunge	UiT	(53)	8	<sup>44</sup> Ny fra 2011
	Master klinisk sykepleie	UiN		-	
	Lungelidelser	UiN	24		
	Sykepleie til pasienter med alvorlige sykdomstilstander	HiH	24	21	
Geriatrici	Aldring og eldreomsorg	HiF	32	31	
	Aldring og eldreomsorg	UiT	62	74	
	Aldring og eldreomsorg	UiN	30	17	
	Eldreomsorg	HiNe	-	-	
	Demensomsorg/alderspsykiatri	UiT	39	41	
Demensoms./oms eldre psyk. lid.	UiN	83	36		
Psykiatri	Psykisk helsearbeid	UiT	108	106	
	Psykisk helsearbeid	UiN	243	221	
	Psykisk helsearbeid	HiF	72	72	
	Psykisk helsearbeid	HiH	110	77	
Psykiatri og rus	Rusprobl. og psykiske lidelser	UiN	152	108	Ny fra 2011
	Motivasjon, mestring og arbeid	HiH	10	-	
	Rus og psykiatri	HiN	105	63	
Rus	Rusproblematikk	UiT	-	3	
	Rusforebyggende arbeid	HiN	6	57	
	Rusrelatert arbeid	HiN	-	76	
	Rusforebyggende innsats skolen	HiN	-	15	
Smittevern	Klinisk s.pl. fordypn infeksjonssykepl.	UiT		8	<sup>45</sup>
Forebyggende helsearbeid Folkehelse	Folkehelsearbeid	UiN	88	51	
	Master i folkehelsevitenskap	UiT	118	57	
	Helsesøsterutdanning	UiT	103	82	
Habilitering/rehabilitering	Master i rehabilitering	UiN	70	27	
	Master i helsefag, studieretn. klinisk nevrologisk fysioterapi	UiT	43	21	
	Master funksjonsh. og deltakelse	HiH	29	-	
Flere komp.felt	Mastergradsprogram i helsefag	UiT	118	41	Ny fra 2009

## Diabetes

Diabetesutdanningen i Bodø startet i 2007. 253 er tatt opp, og 212 kandidater er utdannet i perioden 2007-2011. Det ble ikke tatt opp studenter i 2011, men hvert av årene 2007-2010, og nytt kull planlegges fra høsten 2012. De første kullene var de største.

<sup>44</sup> Data fra DBH omfatter alle med videreutdanning innen klinisk sykepleie, ikke bare de som har valgt lungelidelser som fordypning som er ca 8 fullførte. Opplysninger fra UiT Ragnhild Nicolaisen 9.5.2012.

<sup>45</sup> Opplysninger fra UiT Ragnhild Nicolaisen 7.6.2012.

### Kreftsykepleie, palliativ behandling og smertelindring

I perioden 2007-2011, er 60 sykepleiere tatt opp og 49 har fullført videreutdanning i kreftsykepleie. Denne utdanningen gis ved UiT og UiN. 80 er tatt opp på en ny videreutdanning fra 2010 i palliativ behandling ved UiN. En ny videreutdanning ved HiF i smerte og smertelindring ble startet i 2010, og denne består av tre moduler hvorav den første delen har vært åpnet for andre helsearbeidere, mens de to andre er kun for sykepleiere. De fleste kandidatene fra disse utdanningene er ikke registrert ferdige enda. Data om opptakstall spriker (DBH har registrert 2 og skolen sier 13).

### Lungelidelser og klinisk sykepleie med fordypning i lungelidelser

Lungesykepleie er en av fem mulige fordypninger i klinisk sykepleie ved UiT. Det har vært få søkere på spesialisering lungesykepleie, og ingen er under utdanning for øyeblikket. Det har totalt gått 8 studenter på fordypning lungesykepleie i denne perioden (DBH-data er ikke brutt ned på den enkelte fordypning).<sup>46</sup> En ny videreutdanning i lungelidelser startet ved UiN i 2011, og 24 studenter ble tatt opp. Ved HiH startet en videreutdanning i 2010 i sykepleie til pasienter med alvorlige sykdomstilstander (hjerne og lunge), og 21 har fullført.

### Demensomsorg, alderspsykiatri og psykiske lidelser, aldring og eldreomsorg

Til sammen 122 personer er i perioden tatt opp på videreutdanning innen demens og alderspsykiatri (UiT) eller demensomsorg og omsorg til eldre med psykiske lidelser (UiN). Imidlertid er det i denne perioden kun 36 som har fullført ved UiN mens 83 er tatt opp. Både HiF, UiT og UiN har videreutdanning i aldring og eldreomsorg. Til sammen 122 har fullført slik utdanning i perioden. HiNe sin videreutdanning i eldreomsorg er ikke registrert i DBH.

### Psykisk helsearbeid

Psykisk helsearbeid rekrutterer mange studenter, med hele 533 som ble tatt opp i perioden 2007-2011, og 476 som har fullført studiet. Tilbudet er i denne perioden gitt i alle tre fylker. Høgskolen i Finnmark og Høgskolen i Harstad tilbyr videreutdanningen som deltidsløp.

### Rusproblematikk og psykiatri

HiN har i 2010 og 2011 tatt opp 105 studenter i et nytt studium i rus og psykiatri, og 63 har fullført i perioden. UiT har samtidig faset ut sitt tilbud i rusproblematikk. 108 kandidater har fullført rusproblematikk og psykiske lidelser ved UiN i perioden 2007-11. HiH har i 2011 startet en videreutdanning i motivasjon, mestring og arbeid, spesielt rettet mot mennesker som vil prøve å komme tilbake til arbeidslivet og som skal gi rådgivning og veiledning til mennesker med sammensatt problematikk knyttet til rus og psykisk helse. 10 er tatt opp på studiet.

### Smittevern

Den eneste videreutdanningen innen smittevern som er registrert, er fordypning infeksjonssykepleie på videreutdanning i klinisk sykepleie, hvor 8 har fullført utdanningen i perioden.

### Forebyggende helsearbeid og folkehelse

UiN tilbyr et halvårlig studium i folkehelsearbeid over to semester, mens UiT tilbyr masterprogram i folkehelse. Med utgangspunkt i data fra DBH, ser det ut til at mange ikke fullfører denne mastergradsutdanningen. 118 studenter ble tatt opp, men kun 58 har fullført i perioden 2007-2011. Kun UiT driver utdanning av helsesøster i Nord-Norge. I perioden 2007-2011 har 103 startet på

---

<sup>46</sup> Opplysninger fra Monica Kvande og Ragnhild Nicolaisen, UiT 9.5.2012.



helsesøsterutdanning, og 82 har fullført. Helsesøsterutdanningen er nå inkludert i mastergraden i helsefag ved UiT.

### Habilitering/rehabilitering

UiN tilbyr masterprogram i rehabilitering med fokus på funksjonshemmedes samfunnsmessige posisjon og vilkår, og 27 har fullført studiet i perioden 2007-11 mens 70 er tatt opp. UiT tilbyr masterutdanning i klinisk nevrologisk fysioterapi, 43 er tatt opp i perioden (2 kull) og 21 (dvs alle i første kull) har fullført. HiH har fra 2011 en master i funksjonshemming og deltakelse, hvor 29 studenter er tatt opp.

### Andre relevante videreutdanninger

I dette avsnittet nevnes andre relevante utdanninger som ikke direkte sorteres under de prioriterte kompetanseområdene som dekkes i rapporten, men som likevel anses for å ha stor relevans for i forbindelse med Samhandlingsreformen. Tre nye studier er for det første videreutdanning i helse- og omsorgsarbeid for kommunehelsetjenesten, som UiN startet i 2010. For det andre tok HiN opp studenter i 2010 på videreutdanning om samhandling i praksis. For det tredje startet videreutdanning i åpen omsorg - pasientforløp på tvers, ved UiN i januar 2012.

Ved flere av institusjonene arrangeres studieemner i praksisveiledning for sykepleie og helsefag. UiN har sluttet med denne videreutdanningen fordi de har hatt problemer med å rekruttere til den, og de har i stedet gått over på utdanning i helsepedagogikk for helsepersonell og brukere.

UiT har årlig, utenom i 2011, tatt opp studenter til videreutdanning i relasjons- og nettverksarbeid. Tilbudet er nå en del av Mastergraden i helsefag / Psykisk helse. HiNe driver videreutdanning i organisasjon og ledelse. UiN og UiT tilbyr begge videreutdanninger i anestesisykepleie. Videreutdanning i akuttsykepleie er tilbudt fra HiF og UiT. Videreutdanning i intensivsykepleie foregår ved UiT og UiN.

### Legespesialisering<sup>47</sup>

Regelverket og retningslinjene for spesialistutdanning og godkjenning av leger utarbeides av Helsedirektoratet i samarbeid med de relevante fagmiljøene. Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling gir råd til Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet i spørsmål knyttet til spesialistutdanning og kompetansespørsmål. Regelverket knyttet til spesialistutdanning og spesialistgodkjenning vedtas av departementet i siste instans.

Den teoretiske delen av spesialistutdanningen for leger arrangeres i samarbeid med Den norske legeforening og universitetene. Samtidig er legespesialistutdanningene praksisnære, der innholdet i stor grad utformes i samspill mellom legen under utdanning, primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. For å sikre kvaliteten er det etablert et kvalitetssikringssystem som blant annet innebærer at de sykehusavdelinger som tar del i spesialistutdanningen må godkjennes som utdanningsinstitusjoner.

Godkjenning av den enkelte spesialist er delegert til legeforeningen. Nærmere informasjon om spesialistgodkjenningene foreligger på legeforeningens internettsider. Stortinget har vedtatt at

---

<sup>47</sup> Avsnittet er skrevet av Anne Grethe Olsen fra styringsgruppen som står bak denne rapporten.

godkjenningsmyndighet skal ligge til offentlig myndighet fra det tidspunkt Kongen bestemmer. Det arbeides med tilrettelegging for dette.

Legeforeningen har til nå administrert utdanningen av legespesialister. For hver enkelt godkjent spesialitet oppnevner sentralstyret i legeforeningen en spesialitetskomité, som skal ha sin oppmerksomhet henvendt på alle forhold av betydning for videre- og etterutdanning i vedkommende spesialitet. Legeforeningen godkjenner kurs og konferanser, som benyttes i spesialistutdanningen. Kompetanseområdet alders- og sykehjemsmedisin er etablert, og en sakkyndig komité startet på nyåret 2012 arbeidet med å tilrettelegge regler, godkjenning osv. Helsedirektoratet skal med oppstart i 2012, foreta en gjennomgang av spesialiststrukturen for leger, på bakgrunn av framtidige kompetansevurderinger.

Leger som jobber i helseforetakene har gode muligheter for å ta hele sin spesialistutdanning på sykehusene i Helse Nord. Helse Nord har også utdanningsprogram for legespesialisering innen rekrutteringssvake fag. Spesialisering i geriatri og i fysikalsk medisin og rehabilitering, som startet i 2007, er to av programmene her.

Allmenntilleggsmedisin og samfunnsmedisin er egne spesialiteter rettet mot leger som skal jobbe i primærhelsetjenesten og i kommunene. Andelen godkjente spesialister har de siste tre årene sunket blant medlemmer av alle de fire yrkesforeningene utenfor spesialisthelsetjenesten: Allmennlegeforeningen, Leger i samfunnsmedisinsk arbeid, Leger i vitenskapelige stillinger og Norsk arbeidsmedisinsk forening. Det er ca 3000 yrkesaktive spesialister i allmenntilleggsmedisin i Norge i dag.

Man må forvente at samhandlingsreformen stiller krav til endringer i spesialistutdanningen i allmenntilleggsmedisin og samfunnsmedisin. Helsedirektoratet har et prosjekt som ser på dette og helseforetakene, KS og kommunene i nord bør bidra med informasjon og ideer for å få til de nødvendige endringer i den framtidige spesialistutdanningen av leger.

### **3.4 Organisering av utdanning**

Dette kapitlet gir en beskrivelse av trekk ved organiseringen av utvalgte profesjonsutdanninger og videreutdanninger, og hvilken betydning slik organisering kan ha for å skaffe kvalifiserte helsearbeidere til alle deler av Nord-Norge og til rekrutteringssvake fag. Kapitlet peker også på planlagte endringer i organisering av helseutdanningene. Kapitlet omfatter følgende trekk ved organisering: desentralisert utdanning, samlingsbasert utdanning, opptakskvoter og ekstern praksis. Først beskrives teorien om lakseeffekten, som et bakteppe for både desentralisert utdanning, samlingsbasert utdanning, bruk av opptakskvoter og bruk av ekstern praksis i enten distrikter eller på felt hvor man ønsker bedre rekruttering.

#### ***”Lakseeffekten”***

Teorien om lakseeffekten er inspirert av viten om at laksen alltid kommer tilbake til elva der den var yngel, og går ganske enkelt ut på at hvis man greier å utdanne mer helsepersonell fra geografiske områder med dårlig dekning av helsepersonell, så vil dekningen bli bedre i disse områdene. Dette fordi man tror at de som har sin opprinnelse her vil søke seg til disse kommunene i større grad enn andre.

Det er imidlertid viktig å skille mellom effekter knyttet til utdanninger som innebærer flytting til byer eller landsdelssentra under utdanningen, og effekter knyttet til desentralisert utdanning hvor studenten bor hjemme i studietiden.

Mange av studiene av "lakseeffekter" er gjort i forhold til leger. Allerede i 1963 publiserte Torstein Bertelsen en undersøkelse hvor han påviste at mange leger vender tilbake til å arbeide i landsdelen der de er født,<sup>48</sup> og viste også at utdanningssted spiller en rolle for hvor man begynner å jobbe. Siden er det gjort flere studier, blant annet av hvor medisinstudentene fra UiT tar seg jobb etter endt utdanning.<sup>49</sup> Undersøkellesperioden for tilbakeflytting har imidlertid vært forholdsvis kort i disse studiene (legens to til ti første år i yrket). Vi vet derfor lite om den videre yrkeskarrieren til disse legene. De nevnte undersøkelsene har foregått med fokus på landsdelsnivå. I alle studiene kan vi finne resultater for prosentvis andel av kandidatene med nordnorsk bakgrunn som jobber i Nord-Norge. Denne andelen ligger på mellom 72 og 83 %. Selv om det er vist at lakseeffekten virker på landsdelsnivå, er det *ikke* vist at kandidatene har tilbøyelighet til å ta seg arbeid i distriktene som ligger utenfor de store sentraene i landsdelen hvor de utdannes. Utdanningsstatistikk dokumenterer at en stor andel av de som har tatt høyere utdanning, hopes opp i byene.

Når det gjelder desentralisert sykepleierutdanning er bildet et annet. I neste avsnitt presenteres studier som viser at desentralisert utdanning gir stabil arbeidskraft lokalt i kommunene.

### *Fire aspekter ved organisering av utdanning*

Videre presenteres fire aspekter ved organisering av utdanning. Modeller for desentralisert utdanning, samlingsbasert utdanning, ekstern praksis og opptakskvoter beskrives, det pekes på endringer av modellene og på studier av effekter.

#### *Desentralisert utdanning*

Desentralisert utdanning kan defineres som en utdanning som flyttes ut fra campus. Desentralisert utdanning i dag kan foregå på heltid eller deltid. Den består av samlinger med teori, og praksisperioder fortrinnsvis i området hvor utdanningen foregår og studenten hører hjemme. Deltidsutdanninger finnes også som samlingsbasert utdanning der samlingene foregår på campus. Desentralisert utdanning brukes ofte noe misvisende om deltidsutdanninger med samlinger som foregår på campus.. Også studier med praksis som tar i bruk distriktet, er i enkelte sammenhenger karakterisert som desentraliserte studier.

#### *Den desentraliserte modellen slik den var i oppstarten*

Desentralisert utdanning innenfor helsefag startet for vernepleie i 1989 (*Høgskolen i Harstad*), og for sykepleie i 1990 (*Sykepleierhøgskolen i Tromsø*) og 1991 (*Sykepleierhøgskolen i Finnmark*). Hovedmålet for desentralisert vernepleierstudie var å rekruttere vernepleiere til distriktskommuner. Vernepleieopplegget inkluderte deltidsstudier, opptak hvor halvparten av studentene ble tatt inn på bakgrunn av realkompetanse knyttet til praksisfeltet og en opptaksprøve, og omsorgsansvar for barn var et viktig kriterium da man ønsket at studentene hadde sterke bånd til hjemkommunen sin. Det første kullet bestod av studenter fra hele Nord-Norge.

Desentralisert sykepleierutdanning ved UiT hadde et mål om å skaffe vanskeligstilte områder stabile sykepleiere. I første kull konsentrerte man seg om 11 kommuner i Midt-Troms og Indre Sør-Troms,

---

<sup>48</sup> Bertelsen 1963

<sup>49</sup> Forsdahl et al. 1988, Tollan & Magnus 1993, Alexandersen et al. 2004

og hadde en planleggingsfase med stort fokus på samarbeid med eksterne instanser, spesielt fra dette området (fra 1991 kom Nord-Troms med). Dette opptaket var også basert på dispensasjon fra forskriftene; søkerne måtte dokumentere bofasthet til kommunen de søkte fra og at de på grunn av omsorgsansvar eller andre forhold som vanskelig kunne gjennomføre utdanningen som ordinært fulltidsstudium.<sup>50</sup> Slik ble søkere fra det prioriterte området sikret plass.

Den opprinnelige planen for desentralisert vernepleiestudie bestod av teorisamlinger lagt til Harstad, regionale samlinger, samt lokale grupper med lokal veileder tilsatt av høgskolen.<sup>51</sup> På den desentraliserte sykepleierutdanningen var det teoriundervisningen (uke- og helgesamlinger lokalt, smågruppesamlinger med lokale veiledere) som skilte seg mest fra ordinær sykepleierutdanning, siden kravene til sykehuspraksis gjør det uunngåelig å reise bort for å gjennomføre en vesentlig del av praksisopplæringen. Den øvrige praksisopplæringen ble imidlertid gitt i størst mulig grad i hjemkommunen eller nabokommunen.<sup>52</sup>

*Universitetet i Nordland* startet desentralisert sykepleierutdanning i 1995 med teorisamlinger lagt til Stokmarknes og praksisstudier i Lofoten og Vesterålen. *Høgskolen i Nesna* hadde første opptak med desentralisert sykepleierutdanning i 2000, den gang etter Høgskolen i Narvik sin fagplan. Ledelsen ved skolen opplyser at mange av de første kandidatene var familiefolk bosatt på Helgeland. De har hatt med en og annen elev fra andre deler av landet. Disse begrunner sitt valg med at studiet er samlingsbasert, og lar seg kombinere med hus, hjem og litt arbeid. Studentene ønsker å avvikle praksisen sin lokalt, og dette har skolen prøvd å få til, uten at de har stilt noen garanti for dette.

Da HiF tidligere arrangerte desentralisert sykepleierutdanning i Kirkenes og Kautokeino var dette på fulltid, med mange lokale studenter. Det desentraliserte studiet i Porsanger (opptak 2008) og Kirkenes (opptak 2009) foregikk på deltid, og tok opp studenter fra hele fylket. Universitetet i Nordland sitt sykepleiekull som var ferdige desember 2012 fulgte tradisjonell deltids modell over fire år, med samlinger Mo i Rana, i Bodø og på Stokmarknes.

### *Dagens modeller*

Deltidsaspektet i organiseringen av utdanning går igjen i dagens modeller både for desentralisert og samlingsbasert utdanning. Dette innebærer en tilrettelegging for kombinasjon med familie, jobb og idrett. I dag er det imidlertid ikke forskjell på krav til opptak til ordinær vernepleierutdanning på full tid og desentralisert utdanning. Hensynet til hvor man kan rekruttere flest studenter har blitt stadig viktigere ved planlegging og organisering av de lokale tilbudene.<sup>53</sup>

Flere utdanningssteder tilbyr i dag desentralisert utdanning innen sykepleie. Mens den desentraliserte sykepleierutdanningen i regi av Tromsø og Nesna har holdt på en modell med regelmessige opptak og samme lokalisering for hvert kull (henholdsvis Midt/Nord-Troms og Sandnessjøen), har Høgskolen i Finnmark flyttet utdanningen rundt på ulike steder i fylket. Dagens modell for desentralisert sykepleierutdanning ved UiN er endret kun i forhold til at mye av teoriundervisningen og mye av kontakten med studentene foregår på nett. De har kun samlinger i tema som ikke kan nettbaseres, og for praktiske studier.

---

<sup>50</sup> Jensen 2008, side 89.

<sup>51</sup> Meyer, 2008.

<sup>52</sup> Andersen, 1989.

<sup>53</sup> Andersen, 2008.

HiH har i perioden på 11 år mellom 2000 og 2010 tatt opp 18 kull i desentralisert vernepleierutdanning, spredt på følgende åtte steder; Bodø, Harstad, Tromsø, Kirkenes, Stokmarknes, Alta, Finnsnes og Mosjøen.

#### *Desentralisert videreutdanning*

Flere videreutdanninger tilbys også etter desentralisert modell. UiT har tilbudt videreutdanning i aldring og eldreomsorg og moduler av denne som desentraliserte tilbud flere steder i landsdelen. Helsesøsterutdanning har også vært tilbudt som desentralisert deltidstilbud. Høgskolen i Finnmark har alternert samlinger for pågående kull (2010) i videreutdanningen i aldring og eldreomsorg, mellom Hammerfest og Lakselv. Skolen vurderer lokalisering av samlingene i forhold til hvor studentene kommer fra. I videreutdanningen i psykisk helsearbeid har man holdt samlingene på kun ett sted pr kurs, dette har foregått i Alta og Kirkenes tidligere, og nå i Hammerfest.

#### *Tre studier av effekter: desentralisering gir stabil arbeidskraft lokalt*

I forrige kull med desentralisert vernepleierutdanning i Kirkenes var voksne studenter som selv hadde tatt initiativ til å få lagt utdanningen dit. 27 studenter startet, og 27 fullførte.<sup>54</sup> Med en slik oppstart er det nærliggende å anta at studiet rekrutterer flere til å jobbe i distriktene. Det er gjort to studier som dokumenterer slike antakelser - hvorvidt studenter på desentralisert utdanning i større grad tar seg jobb i distriktskommuner, og en tredje studie er under arbeid. En undersøkelse fra 1999 viser at blant vernepleierne som ble utdannet i de to første desentraliserte kullene, var 86 % fortsatt bosatt i den samme kommunen som ved studiestart, 81 % jobbet fortsatt i vernepleiefaglige arbeidsfelt.<sup>55</sup>

Den mest omfattende studien er imidlertid gjort av desentralisert sykepleierutdanning ved HiF<sup>56</sup>. Tre desentraliserte kull (40 studenter) var gjenstand for en studie 4-7 år etter at de var ferdig med utdanningen, og ble sammenlignet med 119 studenter som samtidig tok sykepleierutdanningen på campus i Hammerfest. Resultatet viser at 93 prosent av kandidatene fra desentralisert utdanning har bodd i og jobbet i Finnmark siden de var utdannet, sammenlignet med 70 prosent av de som ble utdannet på campus. Dette forklares med at desentralisert utdanning innebærer muligheten for å bli sykepleier, kombinert med å ha familie og bli boende hjemme. Videre pekes det på arbeidsgivers støtte til videre utdanning etter sykepleiestudiene, som en viktig faktor for å bli værende.

En tredje studie er under arbeid, og tar for seg 314 sykepleiere utdannet på desentralisert sykepleierutdanning ved UiT og tidligere Høgskolen i Tromsø.<sup>57</sup> Sykepleierne er utdannet i perioden 1990-2011, og svarprosenten i spørreundersøkelsen var 75. Foreløpige resultater viser at av kandidatene på disse kullene har 76 prosent begynt å arbeide i sin hjemkommune etter utdanning. 10 prosent begynte å arbeide i nabokommunen.

#### *Samlings- og nettbasert helseutdanning – nye modeller utvikles*

Samlingsbasert utdanning skiller seg fra desentralisert utdanning ved at samlingene foregår på campus. Samlingsbasert utdanning kombineres gjerne med e-læring. I noen tilfelle er det imidlertid vanskelig å kategorisere et studium som enten desentralisert eller samlingsbasert. Fra kull 10/vår er bachelor i sykepleie ved UiN nett- og samlingsbasert over fire år. Noen av samlingene legges

---

<sup>54</sup> Marit Rustad, HiH.

<sup>55</sup> Meyer, 2008.

<sup>56</sup> Nilsen et al. 2012.

<sup>57</sup> Nordbye og Wolff Skaalvik

desentralt til Mo, Bodø og Stokmarknes, og noen legges til Bodø. Resten av studiet er nettbasert med praksis i mange kommuner og på Helgelands- og Nordlandssykehuset. UiN har campusbasert sykepleierutdanning over tre år med opptak i Mo i Rana i tillegg til Bodø, med praksisstudier primært på Helgeland, i Salten, Lofoten og Vesterålen.

Universitetet i Tromsø gjorde et forsøk med "desentralisert, nettstøttet fysioterapeututdanning på deltid". Dette startet i 2003, uten lokal innflytelse på opptaksvilkårene. Til tross for navnet, har vi ikke kategorisert studiet som desentralisert, men samlingsbasert, siden samlingene foregikk på campus i Tromsø. Imidlertid ble de sammenhengende, veiledede praksisperiodene gjennomført nært studentenes bosted. Andre kull er i 2012 inne i sitt siste studieår.

UiT har opprettet en Tromsøgruppe på sykepleierutdanningen for å imøtekomme et behov for deltidsstudium i Tromsø. Dette følger det samme programmet som gruppene på desentralisert sykepleie, men samlingene er altså på campus. Samlingsbasert utdanning er som regel i større eller mindre grad nettstøttet. For eksempel benyttes det ved UiT streamede videoer som følges opp av ressursforelesninger i medisinske og naturvitenskapelige fag. Desentralisert sykepleierutdanning ved UiT har omfattende erfaring med bruk av e-læring og mener at de har funnet en balanse mellom tradisjonell samlingsbasert undervisning og e-læringsredskaper.

Studiene ved UiN er i kontinuerlig utvikling på bakgrunn av erfaringer fra fagpersonalet, og aller mest etter evaluering og tilbakemelding fra studentene. Opptakskrav er de samme, men hvordan man tenker nettpedagogikk og tekniske muligheter er endret. Skolen er også stadig tydeligere i informasjonen til studenter om krav til selvdisciplin og teknisk utstyr samt tid til studier når utdanningen er organisert slik<sup>58</sup>.

### *Samlingsbasert videreutdanning*

Mange videreutdanninger er samlingsbasert. Masterprogrammet i helsefag ved UiT er samlingsbasert med to og tre ukers samlinger på alle seks studieretninger. Masterstudiet i folkehelse er også samlingsbasert. Det første samlingsbaserte helsefaglige studiet ved Universitetet i Nordland var Helsepedagogikk i 2006. Den foreløpig siste startet i januar 2012; videreutdanning i åpen omsorg - pasientforløp på tvers.

Den tverrfaglige videreutdanningen i diabetes ved UiN ble etablert i 2007, og er en av to videreutdanninger i landet (den andre er i Bergen). Undervisningen er samlingsbasert. Søkerne kommer fra hele landet. Modellen for diabetesutdanning er nå i ferd med å bli kopiert til å gjelde andre kronikergrupper også. Fra 2011 startet samlingsbasert videreutdanning i lungelidelser, og fra 2013 starter en videreutdanning om revmatologiske tilstander i et livsløpsperspektiv.

Det er ikke funnet studier av hvordan den samlingsbaserte utdanningen påvirker tilgangen på kvalifisert arbeidskraft lokalt. Det var i alt 46 kandidater som startet på videreutdanning i diabetes ved Universitetet i Nordland høsten 2010. Av disse var det 11 som ikke hadde bostedsadresse i Nord-Norge ved studiestart. Av de 35 fra Nord-Norge var det fire fra Troms, og de øvrige 31 hadde adresse Nordland (21 med adresse Bodø). Det finnes ikke data på hvor disse jobber i dag, og hvor stor andel av disse som er i henholdsvis kommuner og spesialisthelsetjenesten, men ved å telle opp kommuner

---

<sup>58</sup> Bodil Svendsgård, UiN.

som har ansatt diabetessykepleier, synes det som om at denne utdanningen har ført til en stor vekst av diabetessykepleiere i nordnorske kommuner.

### Ekstern praksis

Med ekstern praksis forstås her praksis i yrkesfeltet og utenfor utdanningsinstitusjonen. Det å ha en målrettet bruk av praksis i forhold til fremtidig rekruttering, om det er i distrikter eller i kommunehelsetjenesten, er basert på teorien om lakseeffekten. Man antar at praksis i for eksempel en liten kommune, vil gi nødvendig erfaring men også øke interessen for å ta seg denne type arbeid etter gjennomført utdanning. For eksempel i en australsk undersøkelse<sup>59</sup> beskrives en såkalt vinnende kombinasjon av oppvekst i distriktet pluss praksis i distrikt, som den mest signifikante prediktor for å ta seg jobb i distrikt.

I dag styres praksis av rammeplaner. Departementet har signalisert at det ikke skal gjøres endringer i fordelingen av praksis før ny forskrift foreligger. For sykepleierutdanningene har studentene flere uker i hjemmesykepleie og sykehjem, og her benytter institusjonene mange distriktskommuner. Når det gjelder praksis i psykisk helsearbeid er rundt halvparten i sykehus og den andre halvparten i kommuner og DPS.

### *Praksisprosjektet ved Universitetet i Tromsø*

Høsten 2010 ble praksisprosjektet startet opp som ett av tiltakene for å nå deler av mål for utdanning i *Strategiplan for Det helsevitenskapelige fakultet 2010-2013*. Blant annet skal prosjektet være med på å videreutvikle bruk av praksis i utdanningene og ta i bruk flere undervisningsarenaer i praksisfeltet. Gjennom prosjektet søker Det helsevitenskapelige fakultet å styrke den pedagogiske og faglige kompetansen hos undervisere og veiledere, og å stimulere til god samhandlingskompetanse hos studentene. Gjennom inngåelse og fornyelse av avtaleverk med samarbeidspartnere i den nordlige landsdelen skal man styrke samarbeidet ut mot praksisfeltet og bidra til å gjøre helsefakultet til en effektiv organisasjon med gode styringsverktøy.

Helsefakultetet har i årsplanene for 2010 og 2011 fulgt opp målene fra strategiplanen med ulike delmål. Dette omfatter å styrke og kvalitetssikre opplæring av praksisveiledere, stimulere til god samhandlingskompetanse hos studentene ved å videreutvikle bruk av praksisfeltets plass i profesjonsutdanning og utvikle nye læringsarenaer, utdanne kandidater som kan bidra til utvikling av helsetjenesten og nærings- og forskningsvirksomhet i landsdelen, og fakultetet skal ha en effektiv organisasjon og gode støtteverktøy. Praksisprosjektet skal i lys av samhandlingsreformen identifisere nye læringsarenaer og arenaer for samhandling i praksisstudiene. Gjennom kartlegging av den eksterne praksisvirksomheten vil helsefakultetet kunne peke på nye områder hvor det er mulig å bidra til utvikling av samhandlingskompetansen hos studentene. For å styrke og kvalitetssikre opplæringen av praksisveiledere vil prosjektet ved å utarbeide planer for opplæring av praksisveiledere kunne bidra til økt kvalitet og styrking.

Gjennom studieåret 2010/2011 har arbeidet hovedsakelig vært rettet mot fornyelse av samarbeidsavtaler med de ulike kommuneregionene og helseforetakene samt kartlegging av eksterne praksisstudier ved fakultetet. Det er undertegnet nye avtaler med alle helseforetakene samt en del av kommunene i landsdelen og det jobbes kontinuerlig med å reforhandle og undertegne de resterende avtalene. Det har vært gjennomført en grundig møterunde med det enkelte

---

<sup>59</sup> Walker et al 2012.



studieprogram gjennom våren 2011 for å kartlegge bruken av ekstern praksis. Helsefakultetet har kartlagt volumet av studenter, tidsperioder for gjennomføring av eksterne praksisstudier, faglige og administrative utfordringer og til dels økonomiske rammer for praksisstudiene. Gjennom møterunden har helsefakultetet også bedt om innspill til nye læringsarenaer for studentene samt drøftet ulike samhandlingsarenaer som kan være aktuelle.

I det kommende studieåret skal man starte oppfølgingen av samarbeidsavtalen med Tromsø kommune og Universitetssykehuset i Nord-Norge og gå nærmere inn i de gjensidige forpliktelser man har overfor hverandre. Helsefakultetet har i arbeidet ut mot kommunene i landsdelen sett behov for å danne strukturer for samarbeid, dette vil fortløpende bli fulgt opp. I tillegg skal helsefakultetet starte oppfølgingen av ulike utfordringer i kommuner og helseforetak som har blitt identifisert gjennom kartleggingsarbeidet våren 2011. I løpet av kommende studieår skal det også arbeides fram en felles plan med retningslinjer for opplæring av praksisveiledere. Disse retningslinjene skal danne grunnlag for opplæringen fakultetet skal kunne tilby praksisveiledere, samt kvalitetssikre at innholdet i opplæringen som tilbys møter de behovene praksisfeltet har.

## Opptakskvoter

### *Geografiske opptakskvoter*

For å sikre eller øke opptaket av studenter fra distrikter eller regioner, brukes opptakskvoter ved enkelte utdanningsinstitusjoner. Tanken bak er at opptakskvoter for et område skal øke antallet studenter fra dette området, og at antallet som vender tilbake til dette området dermed skal øke.

Høgskolen i Finnmark hadde siste opptak med nordnorsk kvote på sykepleiestudiet i 2006. HiF hadde da en nordnorsk kvote på 70 prosent (hvorav 20 prosent til søkere med samisk). I mange år klarte de aldri å fylle opp denne kvoten, så den ble tatt bort. Søkere med bostedsadresse Finnmark blir imidlertid prioritert foran søkere fra andre fylker, hvis de ellers er kvalifisert. Ved Høgskolen i Nesna og Universitetet i Nordland er det ikke geografiske opptakskvoter. Det første året med vernepleierutdanning hadde Høgskolen i Harstad en opptakskvoter for studenter fra Nord-Norge. Denne ble senere fjernet. UiT praktiserer fortsatt geografiske kvoter på flere av sine studier slik det er beskrevet i følgende tabell:

*Tabell 3.4.1: Status geografiske opptakskvoter og kvote for samisk språk 2011/2012, UiT*

<b>Studie</b>	<b>Nordnorsk kvote<sup>60</sup></b>	<b>Kommentarer</b>	<b>Kvote for samisk språk<sup>62</sup></b>	<b>Kommentarer</b>
Profesjonsstudium medisin	60 %	Finnmark og N-Troms: Inntil 8 plasser av nordnorsk kvote	Inntil 2 plasser	Samisk kvote siden 1991
Psykologi profesjonsstudium, bioingeniør, Sykepleier-, fysioterapeut-, ergoterapeut- og radiografutdanning	80 %		10 % innenfor nordnorsk kvote	

<sup>60</sup> Dokumentere Nord-Norge som bosted

<sup>61</sup> [http://www.samordnaopptak.no/info/soeking\\_opptak/kvotar/](http://www.samordnaopptak.no/info/soeking_opptak/kvotar/) / alle nordnorske kvoter: 50 % kvote for førstegangsvitnemål innenfor regionkvoten

<sup>62</sup> Må dokumentere samiske språkkunnskaper (tidligere krav om samisk tilknytning gjelder ikke lenger).



### *Samisk kvote eller kvote for samisk språk*

Det benyttes også kvoter for samisktalende studenter (tidligere kvote for samiske studenter) ved en rekke helseutdanninger.<sup>63</sup> Kvoten er på to plasser for medisin og ti prosent for de øvrige helsefagene ved UiT. Høgskolen i Finnmark har i dag en kvote på 10 prosent for samiske søkere på sykepleierutdanningen. Høgskolen i Nesna og Høgskolen i Harstad har ikke, og har ikke hatt, samisk kvote eller kvote for samisktalende søkere.

Det ble i 2006-2007 gjort en studie av effekter av samisk kvote til medisinstudiet i forhold til utdanning, rekruttering og stabilisering.<sup>64</sup> Studien viser at generelt har ordningen med samisk kvote vært en måte å sikre utdanningen av samisktalende leger, og da spesielt på 60- og 70-tallet da det ikke fantes samisktalende leger. I dag er bildet endret. Det er generelt et høyt utdanningsnivå i samiske kommuner. Studien har vist at samisk kvote ikke er et målrettet virkemiddel for å tilføre primærhelsetjenesten i samiske kommuner samisktalende leger, fordi en slik kvote alene ikke virker til å styre samiske leger til å arbeide i de samiske kommunene.

### *I hvilken retning går helseutdanningene i Nord-Norge?*<sup>65</sup>

*Høgskolen i Finnmark* gikk fra nyttår 2012 over på nettstøttet sykepleierutdanning fremfor desentralisert sykepleierutdanning. Studiet går over fire år og er nett- og praksisbasert. Den første våren er det fire samlinger på campus i Hammerfest, men det blir minimalt med samlinger resten av studiet. Utdanningen vil bestå av 50 % praksis (som før). Denne vil som før være delt mellom kommunal- og spesialisthelsetjeneste.<sup>66</sup>

*Høgskolen i Nesna* har organisert utdanningen som samlingsbasert, med undervisningssted Sandnessjøen (1/2 t fra Nesna med båt). De vil fortsette det samme opplegget som før, med desentralisert utdanning på deltid. De vil legge større vekt på studentaktive læringsformer; at studenter skal være mer aktive i forskjellige læringsformer. Blant annet er det etablert et samarbeid med dramaseksjonen på høgskolen, og de ønsker å dra enda mer nytte av disse med hensyn til samhandling og samspill, og relasjonskompetanse til studentene. Studentene utfordres mer i forhold til slike områder. Bruk av fortellinger (praksis- og studenters-) skal brukes som utgangspunkt for læring og refleksjon.<sup>67</sup>

*Universitetet i Nordland* ønsker å være offensive i satsingen på nettstudier, og planlegger å endre flere av videreutdanningene slik at de blir nett- og samlingsbaserte for å kunne møte behovet for fagfolk i kommunene i Nordland. UiN tenker desentralisering og nettbasering på alle utdanningene; desentralisering der de ser på muligheten av å ha samlinger på campus på Mo og Stokmarknes. Dette da de tror at dette er en god måte å gi tilbud om utdanning til studenter som ikke kan flytte til campus. UiN har også gode tilbakemeldinger fra kommuner og studenter på de nettbaserte tilbudene.<sup>68</sup>

---

<sup>63</sup> I tillegg til å være et ønsket nyttig virkemiddel for å utdanne flere samiske helsearbeidere som skulle bidra til flere kvalifiserte helsearbeidere i samiske områder, har dette også vært tuftet på en forpliktelse til å spesielt ivareta utdanning av den samiske befolkningen.

<sup>64</sup> Gaski et al. 2008. Kravene til søkere på denne kvoten har i perioden variert fra samisk tilknytning til samiske språkkunnskaper. Studien omfatter opptaksperioden 1963-1986 (UiB) og 1991-2000 (UiT).

<sup>65</sup> Mangler tilbakemelding fra HiN.

<sup>66</sup> Anna Josefsen og Siw Blix, HiF

<sup>67</sup> Else Lid, HiNe.

<sup>68</sup> Bodil Svendsgård, UiN.

*Høgskolen i Harstad* planlegger å fortsette i samme spor med desentralisert vernepleierutdanning i ulike sentra i Nord-Norge. Det er mest lønnsomt med desentraliserte studier i store sentra som Tromsø på grunn av mange studenter der.<sup>69</sup> Årene 2008-2011 ble det satt i gang desentralisert vernepleierutdanning i Bodø, Finnsnes, Tromsø, Mosjøen og Stokmarknes, med til sammen 142 studenter.

*Universitetet i Tromsø*: Det foreligger ikke konkrete planer om endringer av samlingsbaserte eller desentraliserte utdanninger. Opptaket på desentralisert sykepleierutdanning ble økt noe ved forrige opptak. Det er fremkommet ønsker fra helsetjenesten om å kunne tilrettelegge deler av videreutdanningene/masterstudiene med moduler/emner som kan tas som enkeltemner. Det har kommet forslag om sterkere nettstøtte til enkelte emner, men dette er ikke drøftet enda.<sup>70</sup> UiT har sammen med høgskolene i Harstad og Finnmark fått midler for å drøfte mulig samarbeid innenfor sykepleierutdanning og herunder samarbeid om desentralisert (nettstøttet) sykepleierutdanning.

### **Hva virker?**

Her følger en oppsummering av hva vi vet om hvilken betydning desentralisert og samlingsbasert utdanning og bruk av ekstern praksis og kvoter har, for å skaffe kvalifiserte helsearbeidere til distrikter i Nord-Norge:

- Mange vender tilbake til å arbeide i landsdelen der de er født.
- Utdanningssted spiller en rolle for hvor man begynner å jobbe.
- Det er ulike effekter knyttet til utdanninger som innebærer flytting til byer under utdanningen, og effekter knyttet til desentralisert utdanning hvor studenten bor hjemme i studietiden.
- Selv om det er vist at lakseeffekten virker på landsdelsnivå, er det ikke vist at kandidatene har tilbøyelighet til å ta seg arbeid i distriktene som ligger utenfor de store sentraene i landsdelen hvor de utdannes.
- Det er bevist at desentraliserte studier gir mer stabil arbeidskraft lokalt.
- Det mangler studier av effektene av samlingsbasert utdanning.
- Studier fra andre land viser at målrettet bruk av ekstern praksis innen for eksempel distriktsmedisin, gir effekter i forhold til større grad av rekruttering til slike jobber.
- Samisk: Det er behov for mer målrettede egnede virkemidler enn samisk kvote hvis man ønsker å rekruttere helsepersonell til ledige jobber i samiske kommuner og få disse til å bli værende.
- Erfaringer fra UiT viser at forutsigbarhet i desentraliserte studier gir bedre rekruttering til studiene og til rekruttering av helsepersonell lokalt

## **3.5 Oppsummering**

Finnmark og Troms ligger foreløpig litt etter Nordland når det gjelder utdanning av helsefagarbeidere. På grunn av 15 prosent frafall, og ønsket fra en av to lærlinger om å ta høyere utdanning etter at de har tatt fagbrev, vil tilgangen på helsefagarbeidere være begrenset.

Noen utfordringer går ut på å utdanne så mange som man skal i henhold til aktivitetskravene. Nordnorsk andel av utdanningskapasiteten innen helseutdanningene var ment å utdanne flere enn det faktisk viser seg å ha blitt på bioingeniør-, ergoterapeut-, radiograf-, sykepleier- og

---

<sup>69</sup> Marit Rustad, HiH.

<sup>70</sup> Brynjar Jørstad, UiT.

psykologutdanningene, når man legger til grunn antallet ferdige kandidater de siste to årene. Medisin og fysioterapeututdanningen utdanner mange nok i forhold til måltallet.

Andre utfordringer går på at aktivitetskravene for utdanningsinstitusjoner i Nord-Norge ikke er store nok. Dette gjelder spesielt måltallet for vernepleierutdanningen som er kun fem prosent, fysioterapeututdanningen er åtte prosent, og bioingeniør er ti prosent, dette er nivå som ikke er ansett for å være tilstrekkelig for å sikre landsdelen nok utdannet personell. Måltallet på psykologi er økt til 13 prosent, som fortsatt er lavere enn nivået som er ansatt for å være tilstrekkelig.

Uavhengig av måltallene, så er det fysioterapeututdanningen, vernepleierutdanningen, bioingeniørutdanningen og psykologutdanningen i Nord-Norge som har den laveste andelen av kandidatproduksjonen i landet, og de ligger alle på under ti prosent.

Det tilbys videreutdanning i Nord-Norge innen de kompetansefelt som er ansett for å være de viktigste "vekstområder" sett i lys av samhandlingsreformen. Psykisk helsearbeid har suverent størst studentmasse, og mange er utdannet innen diabetes og geriatri. Relativt få er utdannet innen kreft og palliativ behandling, men en ny videreutdanning i palliativ behandling har rekruttert mange studenter. Det er få videreutdanninger innen rehabilitering i Nord-Norge:

*Tabell 3.5.1 Oppsummering av opptak og fullførte studieprogram i videreutdanninger innenfor ni kompetansefelt*

<b>Kompetansefelt</b>	<b>Opptak 2007-2011</b>	<b>Fullført 2007-2011</b>
Diabetes	253	212
Kreft inkl. palliativ behandling og smertelindring	142	49
KOLS (lungelidelser)	48	29
Geriatri (aldring, eldreomsorg, alderspsykiatri)	246	199
Psykiatri (Psykisk helsearbeid)	533	476
Psykiatri og rus	267	171
Rus	6	151
Smittevern		8
Folkehelse inkl helsesøster	309	190
Habilitering/ rehabilitering	142	48

Rapporten oppsummerer hva vi vet om hvilken betydning desentralisert og samlingsbasert utdanning og bruk av ekstern praksis og kvoter har, for å skaffe kvalifiserte helsearbeidere til distrikter i Nord-Norge. Dette omfatter blant annet viten om at det er ulike rekrutteringseffekter knyttet til utdanninger som innebærer flytting til byer under utdanningen, og effekter knyttet til desentralisert utdanning hvor studenten bor hjemme i studietiden; det er bevist at desentraliserte studier gir mer stabil arbeidskraft lokalt. Selv om det er vist at lakseeffekten virker på landsdelsnivå, er det ikke vist at kandidatene har tilbøyelighet til å ta seg arbeid i distriktene som ligger utenfor de store sentraene i landsdelen hvor de utdannes. Det mangler studier av effektene av samlingsbasert utdanning.

Studier fra andre land viser at målrettet bruk av ekstern praksis innen for eksempel distriktsmedisin, gir effekter i forhold til større grad av rekruttering til slike jobber. Det er behov for mer målrettede egnede virkemidler enn samisk kvote hvis man ønsker å rekruttere helsepersonell til ledige jobber og få disse til å bli værende i samiske kommuner.

## 4 E-læring som verktøy for kompetanseutvikling i helsesektoren

### 4.1 Innledning

Kapitlet tar for seg hvordan e-læring benyttes ovenfor helsesektoren. Formålet har vært å lage en statusbeskrivelse av hvilke e-læringstilbud som finnes, i forhold til ni prioriterte kompetansefelt i samhandlingsreformen; folkehelsearbeid, habilitering/rehabilitering, smittevern, diabetes, kreft, KOLS, geriatri, rus og psykiatri.<sup>71</sup> E-læring omfatter i denne sammenhengen *nettbaserte kurs* og *fagnett* (etter- og videreutdanning).

I forhold til utvikling av e-læring, peker mange på at det er et behov for å kartlegge ulike e-læringsplattformer. Imidlertid er tekniske system kun et hjelpemiddel for måloppnåelse, og kan ikke stå alene uten menneskelig rådgivning, veiledning og støtte koblet sammen i en helhet. Fokuset i utvikling av e-læring har i stor grad vært rettet mot valg av teknisk plattform og det har vært lite fokus på samordnet utvikling og deling av faginnhold.

#### Bakgrunn

Stortingsmelding nr 47 (2008-2009) trekker frem bruk av IKT som ett av virkemidlene for å fremme samhandling. E-læring ses på som et sentralt verktøy i kompetanseutvikling for fremtiden, men det ser ut til at e-læringen som foregår i kommunene i forhold til samhandlingsreformen foreløpig er av begrenset omfang. Dette bekreftes av svarene på følgende spørsmål som ble stilt til kommunene i Nord-Norge i en spørreundersøkelse i april/mai 2012: Hvis kommunen har tatt i bruk e-læring i forhold til behov som følger av samhandlingsreformen; hvilke typer e-læring er dette? Kun 20 av de 84 kommunene som svarte, bekreftet at de har tatt i bruk e-læring.<sup>72</sup>

Nasjonalt senter for telemedisin og samhandling (NST) gjorde høsten 2010 en kartlegging av omfanget av bruk av e-læring i Helse Nord. Det viste seg å være vanskelig å få oversikt over dette feltet, fordi det ikke er noen enhetlig organisering av hvem som er ansvarlig for kompetansebygging innen det enkelte foretak. Det ble sendt epost til personer med stillinger som det var naturlig å anta hadde ansvar for kompetanseutvikling for ansatte. Av de 50 som mottok henvendelsen, kom det etter purringer 17 svar. Basert på dette, ble det antatt at utbredelsen av nettbaserte virkemidler for kompetanseutvikling er lite utbredt innen Helse Nord. Alternativt hadde man i NSTs kartlegging ikke lyktes med å spørre de rette personene. Svarene som ble mottatt viser at det er oppmerksomhet og kjennskap til metoden nettbasert kompetansedeling, men at organisasjonene kanskje ikke er tilrettelagt for å inkludere nettbaserte metoder i spredning av kompetanse. En konklusjon var at de eksisterende kurs og fagnett, i stor grad er de som er utviklet ved NST. I tillegg er enkelte kurs utviklet i regi av Nordlandssykehuset til internt bruk for ansatte i eget foretak.

---

<sup>71</sup> Kapitlet er skrevet av Margrete Gaski (prosjektleder.) Kirsten Eriksen (leder for Helsekompetanse, Nasjonalt senter for telemedisin og samhandling) har deltatt i skrivingen av den innledende delen samt statusbeskrivelse del 1. Del 2 statusbeskrivelse Nordlandssykehuset er skrevet med innspill fra Knut Richard Vanderloock og Trond Kristiansen (Nordlandssykehuset, seksjon for kunnskapsbygging i fagavdelingen og seksjon for intern IT).

<sup>72</sup> Spørreundersøkelsen er beskrevet nærmere i kapittel 1. Den viser at e-læring om medikamenthåndtering benyttes oftest (åtte kommuner), to kommuner rapporterte at de har tatt i bruk medisinkurs, to kommuner har lært om individbasert pleie- og omsorgsstatistikk, to om Funke eller meldingsutveksling, to om blodtransfusjon og to om demens/geriatri. Fire enkeltkommuner rapporterte om e-læring i forhold til dokumentsikkerhet, dokumentasjon, medisindelegeringskurs, psykososialt krisearbeid og slagskole.

I løpet av våren 2012 utarbeider Helse Nord en e-læringsstrategi. Arbeidet med e-læringsstrategien skal blant annet resultere i avklaring av organiseringen av e-læring, for eksempel om hvem som skal holde orden på kursportal, bestemme hva som skal utvikles, hvem skal få de gode tilbudene til å vokse frem, hvem skal ha ansvar for nyutviklingen fremover uavhengig av plattform. Det er foreløpig ikke avklart om e-læringsstrategien kommer til å omfatte problemstillinger som nasjonal "deling" av kursutvikling. (Opplysninger bekreftet av Knut Langeland, gruppeleder HR i HN 9.2.2012).

### ***Problemstillinger og metode***

Metodisk er det vanskelig å lage en statusbeskrivelse som inkluderer alle tilbud utviklet for helsetjenesten i Nord-Norge, da dette ville innebære en omfattende kartlegging i både foretak og kommuner. Det er ikke identifisert e-læringstilbud som er utviklet av kommunene selv. Leverandører av IT-løsninger kurser kommunene i bruk av dette (for eksempel elektronisk prosedyresystem, vaktplan mm), og Helsedirektoratet benytter e-læring overfor kommunene i forhold til blant annet IPLOS (individbasert pleie- og omsorgsstatistikk) og Pasientrettighetsloven. Utover dette har vi ikke lyktes i å finne e-læringsmiljø som kommunene i Nord-Norge benytter i forhold til kompetanseheving i helse/omsorgssektoren, foruten det som tilbys av Helsekompetanse.no og Nordlandssykehuset.

Dette kapitlet er avgrenset til å gjelde en statusbeskrivelse av hvilke egenutviklede kurs og fagnett som tilbys helsesektoren i regi av Helsekompetanse.no og Nordlandssykehuset. E-læring knyttet til helseutdanningsinstitusjonene er beskrevet i kapitlet om utdanningskapasitet. Avgrensningen innebærer at fokus er satt på e-læringstiltak som gjøres tilgjengelige for både foretak og primærhelsetjeneste.

Tiltakene er kategorisert i forhold til ni prioriterte kompetansefelt og telt opp, basert på en gjennomgang av oversikter over nettbaserte kurs og fagnett i regi av Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin, samt nettbaserte kurs i regi av Nordlandssykehusets seksjon for kunnskapsbygging i fagavdelingen og seksjon for intern IT.

## **4.2 Statusbeskrivelser**

E-læring brukes til kompetansebygging internt i helseforetak, mellom helseforetak og mellom helseforetak og kommuner, imellom kommuner, og i forhold til pasienter og pårørende. Statusbeskrivelsen i dette notatet om hva som utvikles og tilbys av e-læring i helsesektoren er basert på gjennomgang av e-læring rettet mot kommuner og/eller foretak, som er utviklet og tilbudt av Helsekompetanse.no (egenutviklede kurs og fagnett) og Nordlandssykehuset – (egenutviklede kurs).

### ***Statusbeskrivelse med utgangspunkt i Helsekompetanse.no***

Den nasjonale e-læringsplattformen Helsekompetanse.no i kombinasjon med videokonferanse, danner basis for e-læringstjenesten ved Nasjonalt senter for telemedisin og samhandling (NST) ved Universitetssykehuset Nord-Norge. Oppdragsdokument Helse Nord 2007,2009, 2010 og 2011 til foretakene slår fast at det er [www.helsekompetanse.no](http://www.helsekompetanse.no) som skal benyttes som læringsportal. I 2011 utvides oppdraget med følgende formulering: Bidra til å sikre helsekompetanse.no sin rolle som regional plattform for e-læring i Helse Nord og sørge for at denne plattformen tas i bruk også for kompetansetiltak i tilknytning til forberedelse og iverksetting av samhandlingsreformen.

E-læringstilbudene ved helsekompetanse.no retter seg mot helsepersonell som arbeider i praksisfeltet og noen av tilbudene retter seg mot pasienter og pårørende. Flere e-

læringsprogrammer utvikles med ulike graderinger til faglærte og ufaglærte, og det gis ulik mulighet for sertifisering eller eksamener alt etter hvilket utgangspunkt den enkelte har.

Tilbud til pasienter og pårørende tilbys som opplysnings og informasjonssider. En utvidelse av kommunikasjon mellom pasienter /pårørende /helsepersonell og likemenn for å gi tilbud om e-læring til økt egenmestring, krever en sikker tilgang. Slik helsekompetanse fremstår i dag er ikke denne sikkerheten til stede. Det arbeides med en prosjektskisse hvor eksisterende teknologi skal danne grunnlag for en fremtidig brukerportal, og hvor sikkerhet for en slik løsning skal utredes. Juss og sikkerhetsteamet på NST vil være viktige bidragsytere i utvikling av en slik løsning.

I den nasjonale e-læringsplattformen Helsekompetanse.no kan en produsere, administrere og gjennomføre nettbaserte kurs, og benytte ulike samarbeidsverktøy. Formålet er å bidra til at helsevesenet tar i bruk e-læring til koordinert kompetansebygging som sikrer effektiv gjenbruk. NST's flerfaglige kompetanse innen teknologi, pedagogikk, medievitenskap, helse og markedsføring, bidrar i utvikling og gjennomføring av e-læringstilbud. Helsekompetanse.no finansieres ikke av senterets kompetansesenterfunksjon, og har derfor blitt tildelt basistilskudd fra Helse Nord/UNN siden 2006 til administrativ og teknisk utvikling av plattformen. Selve kursutviklingen finansieres gjennom eksterne midler. Eksisterende løsninger er tilgjengelig på Internett og kan derfor nå brukere på alle nivå i helsetjenesten og mot pasienter og pårørende.

Det er utviklet en integrasjonsløsning mellom helsekompetanse og Helse Nord sin kursportal. Integrasjonsløsningen var bestilt av Helse Nord RHF, og hadde utviklingstid på tre år og ei kostnadsramme på nesten 1 mill. Målet med integrasjon i Helsekompetanse.no var å tilby en felles e-læringsløsning for hele Helse Nord. Løsningen gir oversikt over e-læringskurs tilrettelagt for Helse Nord's ansatte. Dette innebærer en enkel mulighet til å melde seg på kurs, å få oversikt over kurs under utvikling og mulighet for lederne til å få oversikt over hvilke kurs deres ansatte har gjennomført. Dersom en skal benytte andre elektroniske plattformer enn helsekompetanse.no, må en utvikle tilsvarende integrasjonsløsning, samt videreutvikle Helse Nord's kursportal.

I 2010 etablerte NST en nettverksarena for e-læring i Helseregion Nord. I 2011 ble nettverket utvidet til deltakelse fra kommuner i tillegg til at det er åpent for andre helsearbeidere fra hele landet som ønsker å delta i nettverket for å dele erfaringer og bygge nye ideer. Dette er et årlig arrangement, som i 2012 blir planlagt gjennomført i Finnmark. I tillegg til de fysiske samlingene er det etablert et virtuelt fagnett som kan benyttes til kommunikasjon og erfaringsutveksling i mellom samlingene.

I dag foregår kursutvikling gjennom utvikling av e-læringstilbud organisert i prosjektform. I hovedsak rettes prioriteringer inn mot nasjonale satsingsområder og regionale planer. NST samarbeider alltid med kompetansemiljø, som er fagansvarlig for kursene. I samarbeid med oppdragsgiver skreddersys kurs til målgruppen. Når kurset er ferdig utviklet, eies fagtilbudene av oppdragsgiver. NST sørger for til enhver tid oppdatering av den tekniske plattformen og hjelper til med spredning og markedsføring av e-læringstilbudene. Den tekniske plattformen driftes i et sikkert driftsmiljø via Helse Nord IKT.

Pr februar 2012 finnes det totalt 78 kurs, fagnett og åpne læringsressurser (inkl. det som er under utvikling). Disse varierer i sin form. Det finnes foreløpig ikke data som kan si noe om hvor mange ganger de enkelte kursene er benyttet. Siden arbeidet med skifte til ny teknologi begynte høsten 2010, er det registrert ca 3000 nye brukerkontoer (brukerkontoer er nødvendig for de som ønsker kursbevis for kurset de tar). Pr februar 2012 har helsekompetanse det siste året hatt 144 408 antall

besøk, av disse er 64 408 unike besøk, det vil si antall enkeltpersoner som på ulike måter har benyttet plattformen til deltakelse i kurs eller fagforelesninger.

Det er en stor utfordring i å få eksisterende e-læringstilbud kjent hos målgruppen. Det har vært økning på 42,7 % i bruk av plattformen siste år. Antall sidevisninger de siste 12 måneder er 1 335 447. Sammenlignet med de foregående 12 måneder før det var det 935 838 sidevisninger. Dette forklarer NST med at man i enda større grad har fått inn tilbud som er åpne både for spesialisthelsetjenesten og kommunene, med en lav terskel for inngang. I tillegg har NST aktivt brukt sosiale media i markedsføring av eksisterende og nye e-læringstilbud. Dette kan også ha hatt en påvirkning til økt volum.

Kurstilbudet og fagnettene retter seg mot helsearbeidere som jobber ute i praksisfeltet. Helsekompetanse.no har kurs som er tilgjengelige for alle som har internett. Ut fra tilgjengelige data er det ikke mulig å si noe om geografisk spredning eller fordeling mellom foretak og kommuner i forhold til helsepersonells bruk av kursene. Helsekompetanse har i sin portefølje utviklet kurs og fagnett for kommuner og spesialisthelsetjenesten. I flere av e-læringsprogrammene deltar helsearbeidere fra begge nivåer i samme opplæring. Enkelte kommuner (i Nord-Norge gjelder dette kun Midt-Troms) har organisert seg gjennom interkommunale samarbeid, kartlegger kompetansebehov og utvikler kompetansetilbud i et spleiselag. Rapporter fra satsingen IKT-basert kompetanseutvikling i kommunene i årene 2001-2011, som var finansiert direkte over statsbudsjettet, dokumenterer hvilke kurs og fagnett som er utviklet<sup>73</sup>.

Tabell 4.2.1 viser at av kursene som er i bruk eller under utvikling ved NST, er 34 relevante i forhold til de ni prioriterte kompetansefeltene. 19 av disse er myntet på ansatte i både foretak og kommuner. I tillegg finnes kurs i medikamenthåndtering, legemiddelhåndtering, kurs i informasjonssikkerhet UNN og i medisinsk koding (for leger i foretak) som ikke har direkte relevans til de ni kompetansefeltene. Det finnes også kurs under utvikling som enten er uten direkte relevans til de ni kompetansefeltene, at de er til pasienter eller pårørende, eller er til bruk i utlandet.

---

<sup>73</sup> Rapporter for årene 2006-2008 finnes på NST sine nettsider.

Tabell 4.2.1: Nettbaserte kurs for ansatte i foretak og/eller kommuner, i bruk på Helsekompetanse.no pr februar 2012. Sortert etter ni utpekte kompetansefelt som er særlig aktuelle i samhandlingsreformen

Ni prioriterte kompetansefelt	Kurs		
	For foretak og kommuner	For foretak	For kommuner
Folkehelsearbeid	Jeg vil bli helsefagarbeider Kurs i medikamentregning <i>Kurs i legemiddelhåndtering for sykepleiere</i> <i>Kurs i legemiddelhåndtering for helsefagarbeidere og uaglærte</i> <i>Etiske retningslinjer</i> <i>Bruk av tolketjenester</i>	Kurs strålevern HMS del 1 (HN) <i>e-læring HMS del 2</i>	Hjelp det klør Eksemskolen Eksemkompetanse.no <i>I likevekt med IKT</i> <i>Trygge og tilgjengelige kommuner</i>
Habilitering/ rehabilitering	Aldring med funksjonshemming <sup>74</sup> e-læring individuell plan Pasienter med PKU <i>Tenkerommet. Videobank, forum og refleksjonsoppgaver</i> <i>e-læringsportal og e-læringskurs for personer med autisme og utviklingshemming</i> <i>Psykiske lidelser*</i> <i>Inkludering og deltakelse*</i> <i>Helse og sikkerhet*</i>	<i>ErLoNeSo</i>	Kurs Huntingtons sykdom
Smittevern			
Diabetes	<i>Diabeteskurs</i>		
Kreft			
KOLS			
Geriatrici	Lær demens med bredbånd <sup>75</sup> Fagskole i demensomsorg og alderspsykiatri		
Rus	<i>Ruskompetanse</i>		
Psykiatri	<i>Psykiske lidelser</i>	DeVaVi (UNN's DPS'er)	Arbeid i andres hjem Betydn av fritid kultur og venner Utfordrende adferd <i>Når krisen rammer</i>
Annet	Videokonferanse på 1-2-3 Lær videokonferanse		

\*for fagfolk som jobber med funksjonshemming

<sup>74</sup> Kurset skal oppdateres.

<sup>75</sup> Kurset skal omarbeides.



Fagnett defineres som en virtuell møteplass innenfor et spesielt fagområde eller innenfor ei spesiell faggruppe. Tabell 4.2.2 oppsummerer aktiviteten ut fra angitt målgruppe for fagnett i regi av NST som har helsepersonell i som målgruppe. Aktiviteter som tilbys nasjonalt (ev. i Norden) er merket med \*, de øvrige gjelder Nord-Norge eller deler av Nord-Norge. Dette presenteres som fagnett for a) foretak og kommuner (for å synliggjøre arenaer for kunnskapsoverføring mellom nivåene), b) kun foretak, og c) kun kommuner (for å synliggjøre arenaer som i dag er forbeholdt ett av nivåene men som potensielt kanskje kunne åpnes for fagfolk fra begge nivå).

Tabell 4.2.2 viser at for de 17 fagnettene i drift eller *under utvikling* (er skrevet i kursiv), er seks for ansatte i foretak, tre for kommuneansatte, og åtte for både foretaks- og kommuneansatte (fire av disse for regionen Midt-Troms). Av de nevnte fem er fire under utvikling. Det finnes i tillegg ett fagnett som ikke en del av de ni prioriterte kompetansefeltene (for UNN's ambulanseflysykepleiere).

*Tabell 4.2.2: Fagnett for ansatte i foretak og/eller kommuner, i bruk på Helsekompetanse.no pr februar 2012. Sortert etter ni utpekte kompetansefelt som er særlig aktuelle i samhandlingsreformen.*

Ni prioriterte kompetansefelt	Fagnett		
	For foretak og kommuner	For foretak	For kommuner
Folkehelsearbeid		LMS-fagnett Nord (HN-ansatte)  <i>Styrket foreldekompetanse og nyfødtes muligheter</i>	Overvekt livsstil og mestring *
Habilitering/ rehabilitering	Family (fagfolk/foreldre til barn med overvekt)*  <i>Rehabiliteringskompetanse HN</i>	<i>HN autisme ADHD Tourettes og narkolepsi</i>	
Smittevern			
Diabetes			
Kreft	<i>Lindrende behandling, Midt-Troms</i>	KVIDI mammografi*	
KOLS			
Geriatri	Demensomsorg i Norden*	Geriatrinnettverket i Helse Nord	Geriatrinnettverket Midt-Troms
Rus		<i>Forskernettverk rus HN</i>	
Psykatri	<i>Psykisk utviklingshemming Midt-Troms</i>  <i>Psykisk helse Midt-Troms</i>		
Annet	Løkta Midt-Troms Fellesside kompetanse-port		Sa-Do Saksbeh. og dokumentasjon i pleie og omsorg, Midt-Troms

### **Statusbeskrivelse med utgangspunkt i kurs ved Nordlandssykehuset**

NLSH er en aktør som i hovedsak tilbyr kurs for ansatte i NLSH eller de som har praksis i NLSH. Lærings- og mestringssenteret ved NLSH tilbyr kurs til pasienter og pårørende og det jobbes nå med å bruke e-læring i flere av disse kursene.

NLSH har utformet en opplæringsstrategi og handlingsplan for opplæring i kliniske systemer. Vurderinger av kursutvikling gjøres ut fra kompetanseplaner; det er en kompetanseplan for medisinsk koding, og det arbeides med en kompetanseplan innenfor diagnostisk klinikk. I forhold til

kompetanseplaner er det et samarbeid med fagpersonell i de ulike prosjektgruppene (E-læring benyttes også aktivt sammen med klasseromslæring i NLSHs DIPS prosjekter).

NLSH begynte med kurs på cd-rom på begynnelsen av 2000 tallet. Dette ble samkjørt med Helse Nord IKT frem til 2006, og den første web-baserte portalen var ute på prøving i 2009. Det foregikk et pilotprosjekt, og plattform ble byttet fra nyttår 2011. Pr februar 2012 er det 23 aktive kurs i portalen. Kurs i transfusjon av blodprodukter er laget i to versjoner, og den ene er rettet mot samarbeidskommunene til NLSH.<sup>76</sup> De egenutviklede e-læringstilbudene ved NLSH som er satt i produksjon består av kursene i blodtransfusjon, flere kurs i turnussystemet (Gat), opplæring i DIPS, tester for medisinsk koding. Disse kursene eier NLSH selv rettigheter til, og fagansvarlig sammen med en e-læringsutvikler oppdaterer kursene. Flere egenutviklede kurs er prosjektert. I øvrige kurs er det fagansvarlige hos leverandører, andre RHF/HF som oppdaterer det faglige innholdet. Oppsummert: det utvikles og tilbys ikke kurs ved NLSH med direkte relevans for de ni prioriterte kompetansefeltene i samhandlingsreformen.

NLSH deltar i et nasjonalt nettverk for teknologistøttet læring hvor en rekke andre HF deltar. Det finnes et nettverk i NLSH bestående av ansatte som deltar i utvikling av e-læring. Her gjennomføres i egne kurs i hvordan lage e-læring samt opplæring i forfatterverktøy for å lage e-læring i NLSH (andre i Helse-Nord har også deltatt på NLSHs kurs).

For å ha tilgang til kurs må man være ansatt i NLSH, ha praksis i NLSH eller være en samarbeidskommune. Kursene tilbys gjennom en portal som dokumenterer gjennomført opplæring. Enhetsledere kan ta ut rapporter om hvem som har gjennomført de ulike kursene. Fremover planlegges det noen flere kurs som skal være felles for ansatte i foretak og samarbeidskommuner. Etter fullført og bestått kurs kan kursbevis tas ut (sertifisering i forhold til medisinsk koding overgår funksjonaliteten som kursbevis tilbyr), og her ønsker man å bygge ut kurs som kan opprettholde kvalitetsdokumentasjonen. Kursene til pasienter og pårørende blir ikke lagt inn i læreportal for dokumentasjon.

I følge NLSH er samarbeidet med andre foretak om kursutvikling ikke veldig organisert.

### *Oppsummering av statusbeskrivelser*

Relevansen til e-læringstiltakene ved NST og NLSH er vurdert i forhold til behov som følger av samhandlingsreformen, for det første i forhold til ni kompetansefelt, og for det andre i forhold til hvorvidt e-læringstilbud er tilgjengelige for ansatte på begge nivå og for ansatte i flere foretak.

NLSH er en aktør som i hovedsak tilbyr kurs for ansatte i NLSH med tilgang til NLSHs nett, fokus er på interne kompetanseutviklingsbehov ved NLSH, det vil si at kursene som tilbys i liten grad er innenfor områder som samsvarer med de prioriterte kompetansefelt i samhandlingsreformen.

Helsekompetanse.no tilbyr mange arenaer for kompetanseutvikling som er laget slik at helsepersonell fra både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten kan delta i de samme e-læringstilbudene, dette gjelder i større grad tiltak som nå er under utvikling enn de etablerte tiltakene. En stor del av Helsekompetanse sine kurs er relevante med hensyn til de ni

---

<sup>76</sup> De øvrige er DIPS-kurs, Office-pakken, grunnkurs medisinsk koding, docmap, og kurs i turnusplanleggingssystemet. NLSH har videre fått enkelte kurs fra Helse Sør-Øst som ikke er aktivert enda.

kompetansefeltene, spesielt hvis en tar med kursene som er under planlegging. Det er ikke registrert noe kurs eller kurs under planlegging innen for KOLS, kreft eller smittevern. I forhold til fagnett felles for foretak og kommuner, mangler dette innen folkehelse, smittevern, diabetes, KOLS og rus.

### 4.3 Oppsummering av utfordringer

Det er i dette kapitlet pekt på to forhold som gjør utvikling av e-læringstilbud relevante i forhold til samhandlingsreformen: For det første relevans i forhold til ett av de ni prioriterte kompetansefelt, og for det andre at tilbudene gjøres tilgjengelige for ansatte i både foretak og kommuner.

En utfordring er å få til en deling av e-læringstilbud mellom helseforetak og primærhelsetjenesten, uten å flytte innhold mellom plattformer. Ved flytting av e-læringsinnhold mellom plattformer vil en øke behovet for administrering og oppgradering av e-læringspakker.

Statusgjennomgangen har vist at det mangler e-læringstilbud innenfor flere av de prioriterte kompetansefeltene.

På et regionalt nivå bør en strategiplanlegging definere kompetansebehov og målsetting, før en som del av en nasjonal strategi velger verktøy (plattform) som skal støtte opp under måloppnåelsen.

Videre er det behov for en organisering som sikrer effektiv utnyttelse av ressurser, dette innebærer samarbeid på nasjonalt nivå i forhold til utvikling av nye kurs, at man på nasjonalt nivå deler ferdig utviklede kurs, og en organisering som sikrer kontinuerlig oppgradering og vedlikehold av kurs.

Første gangs utvikling og digitalisering av kompetansetilbud koster tid og penger. Helseforetak bruker de samme helsekronene til utvikling og det vil være en stor gevinst å få til en bedre samordning, deling og koordinering, slik at ikke alle trenger "å finne opp hjulet på nytt."

## 5 Hvem samarbeider med hvem i utvikling av helsetjenester?

### 5.1 Innledning

Hva er på gang av samarbeidskonstellasjoner i kommunesektoren i Nord-Norge? Kapitlet gir en oversikt over hvilke kommuner som samarbeider med hverandre eller planlegger utvikling av samarbeid.

#### *Bakgrunn – interkommunalt samarbeid*

Generelt er det slik at interkommunalt samarbeid kan være motivert ut fra behovet for å rekruttere fagfolk, et ønske om større effektivitet, eller en målsetting om å gi brukerne et bedre tjenestetilbud.<sup>77</sup> Tidligere studier viser at det er mye å vinne på interkommunalt samarbeid, men at det er vanskelig å etablere og opprettholde slikt samarbeid.<sup>78</sup> Årsakene er flere; innbyggerne og politikerne ønsker ofte ikke interkommunale løsninger, fordi dette er vanskelig å styre, man er redde for å miste sitt lokale tilbud, og det er en frykt for at interkommunalt samarbeid er første skritt på veien til kommunesammenslåing. En annen hindring er at nabokommunene ikke har samme behov for samarbeid som en selv. Et tredje forhold er at samarbeid vanskeliggjøres på grunn av ulik organisering i kommunene. Samarbeid synes generelt å være enklest å etablere i jevnstore kommuner som ligger nært hverandre. For noen oppgaver er det naturlig at små kommuner samarbeider med større, spesielt der fagpersonell i små kommuner har behov for veiledning og hjelp fra større og sterkere fagmiljø.

Når kommunene samarbeider om frivillige (ikke lovpålagte) oppgaver, benyttes interkommunalt samarbeid etter paragraf 27 i kommuneloven, interkommunale selskaper (Lov om interkommunale selskaper), eller aksjeselskap (Aksjeloven). En vanlig måte å drive interkommunalt samarbeid på, er gjennom regionråd. I den siste landsdekkende undersøkelsen av samarbeid gjennom regionråd, ble det slått fast at nærmere halvparten av regionrådene i Norge oppgir kommunelovens paragraf 27 som lovgrunnlag for regionrådet, de øvrige oppgis å være basert på skriftlig avtale uten lovhenvvisning, eller Lov om interkommunale selskaper.<sup>79</sup>

Når kommunene skal samarbeide om lovpålagte oppgaver som innebærer utøvelse av offentlig myndighet, innebærer dette visse krav til organisatoriske løsninger. Dersom vedtaksmyndigheten skal overlates til et interkommunalt samarbeid, er det kun to aktuelle samarbeidsmodeller; vertskommunemodeller og samkommunemodellen<sup>80</sup> (de andre modellene er i hovedsak aktuelle der det er en form for bestilling fra kommunene og eventuelle vedtak gjøres i kommunene). Samkommunemodellen er under utprøving, og er ikke lovfestet enda. Denne vil være et nytt interkommunalt forvaltningsorgan med et øverste styringsorgan som er valgt blant kommunestyrene i deltakerkommunene, og med en egen administrasjon. En lov fra 2006 åpner for samarbeid etter vertskommunemodeller (kommunelovens paragrafer 28 a-k). Bakgrunnen for modellene er å gjøre det mulig å bygge opp velfungerende fagmiljøer i områder av landet der enkeltkommuner har vansker med å etablere den type kompetanse som kreves for å utføre hele registret av pålagte oppgaver. Modellene innebærer at utførelsen av oppgavene og myndighetsutøvelsen organisatorisk

---

<sup>77</sup> Hovik og Myrvold 2001.

<sup>78</sup> Hovik og Myrvold 2001.

<sup>79</sup> Vinsand og Nilsen 2007.

<sup>80</sup> St. meld 47, side 75 – 77.

legges til en vertskommune. Den enkelte kommune skal fremdeles ha det formelle ansvaret for de lovpålagte oppgavene som legges inn i samarbeidet.

### Geografisk inndeling

Landsdelen er fra tidligere delt inn i mellom 8 og 17 administrative regioner, inndelingen varierer avhengig av om det gjelder regionråd, prosti, tingrett, politidistrikt, næringsregion eller veidistrikt.<sup>81</sup> I forhold til spesialisthelsetjenester, er landsdelen delt inn i fire helseforetak. Som en respons på blant annet utfordringer som følger med samhandlingsreformen, er de 88 kommunene nå i ferd med å etablere og utvide samarbeidet på flere områder. Dette skjer både ved at man revitaliserer samarbeidet innenfor "gamle" regioninndelinger, men i stor grad ved at det etableres interkommunale samarbeid med nye geografiske inndelinger.

### Problemstillinger og avgrensninger

En kartlegging av hvilke kommuner som har inngått samarbeid om å utvikle fremtidens helsetjeneste, gir oss informasjon både om i hvilke områder det foregår utviklingsarbeid i forhold til utforming av fremtidige helsetjenester, og i forhold til hvor store regioner som planlegger å samarbeide eller som allerede samarbeider. Følgende problemstillinger kan altså formuleres:

- Hvor (i hvilke områder) foregår det interkommunalt utviklingsarbeid i forhold til utforming av fremtidige helsetjenester – hvem samarbeider med hvem?
- Hvor store "helsekommuner" er i støpeskjeen?

Det understrekes at beskrivelsen i dette kapitlet er et øyeblikksbilde. Lovgrunnlaget for hvert enkelt kommunesamarbeid som omtales gjennomgås ikke i denne rapporten.

Beskrivelsen av interkommunale samarbeid om helsetjenester og folkehelse, er avgrenset til utviklingen av fire typer tilbud: lokal-/distriktsmedisinske sentra, ø-hjelpsenger, legevakt og folkehelseiltak.

### Metode

Grunnlagsdata er hentet fra spørreundersøkelsen til kommunene i Nord-Norge i april-mai 2012. Kartene er fremstilt på bakgrunn av svar fra 84 av 88 kommuner i Nord-Norge om hvilke andre kommuner de samarbeider med. Det er en viss inkonsistens mellom kommunene sine svar. Ikke alle kommunene peker ut samarbeidspartnerne gjensidig. Sprikende besvarelser er en utfordring å fremstille på kart. Det er bemerket i kartforklaringen og i kommentarene i teksten hvilke opplysninger som ligger til grunn for å tegne kartene. Kartene illustrerer interkommunale helsesamarbeid som er i drift *eller* som er under utvikling. I de tilfeller hvor det foregår utviklingsprosjekter og hvor det interkommunale samarbeidet er kommet svært kort eller kun er på diskusjonsstadiet, er dette kun nevnt i kommentarene og er ikke tatt med på kartene.<sup>82</sup>

Årsaken til de sprikende opplysningene i enkelte av kommunenes svar, kan for det første være ulik tolkning av spørsmålene som ble stilt om samarbeidskommuner. For det andre kan forklaringen være at kommunene har ulike oppfatninger av hva de samarbeider om eller utvikler samarbeid om for fremtiden. En tredje forklaring kan knyttes til at respondenten kanskje ikke har oversikt over alle

---

<sup>81</sup> [http://no.wikipedia.org/wiki/Administrative\\_inndelinger\\_i\\_Nordland](http://no.wikipedia.org/wiki/Administrative_inndelinger_i_Nordland)

<sup>82</sup> Kartene er utarbeidet i samarbeid med Erik Sund, prosjektleder for helseatlas i Helse Nord.

interkommunale samarbeid som er under utvikling, og at det er få personer som har full oversikt over helsetjenesten. Bakgrunnen for dette kan være forhold ved den interne informasjonsstrømmen.

Utgangspunktet for å lage en beskrivelse av interkommunale samarbeid om helsetjenester og folkehelse, er spørsmål til kommunene om hvem de samarbeider med i forhold til å utvikle fire typer tilbud: lokal-/distriktsmedisinske sentra, ø-hjelpenger, legevakt og folkehelseiltak. Det fulgte ingen nærmere avgrensninger med spørsmålene om samarbeid omkring disse fire typene tiltak. Når det gjelder ø-hjelpenger, er det vanlig å definere dette som et tilbud *før* og *i stedet for* sykehusinnleggelse.<sup>83</sup> Respondentene kan ha tolket dette begrepet på ulike måter. Dette skal likevel ikke ha noe å si i forhold til formålet med spørsmålet, som er å tegne et bilde av hvilke kommuner som samarbeider om utvikling av helsetjenester.

## 5.2 Fire typer samarbeid om helsetjenester og folkehelse

### *Kommuner som samarbeider om ø-hjelpenger*

Dette avsnittet tar for seg kommunesamarbeid omkring etablering av ø-hjelpenger. Det er registrert 12 regioner som enten samarbeider om ø-hjelpenger, eller at samarbeid er under utredning. I tillegg samarbeider Bindal helt sør på Helgeland med kommuner i Nord-Trøndelag. 48 prosent av kommunene omfattes av interkommunale samarbeid.

I området Evenes-Tjelsund-Skånland har to av kommunene oppgitt at det er samarbeid om etablering av ø-hjelpenger, dette er tatt med på kartet. I Storfjord og Balsfjord er det et samarbeid under utredning. Harstad og Bjarkøy samarbeider som følge av kommunesammenslåing fra 2013. Et samarbeid i Vesterålen mellom Hadsel, Øksnes, Sortland og Andøy utredes. Det jobbes også med et samarbeid mellom Flagstad, Vestvågøy, Moskenes om etablering av ø-hjelpenger.

Brønnøy, Vega, Vevelstad og Sømna skal starte et samarbeid om etablering av ø-hjelpenger. Alstahaug, Dønna, Leirfjord og Herøy drøfter samarbeid om ø-hjelpenger. Bindal samarbeider med Leka, Vikna og Nærøy i Nord-Trøndelag. Samarbeid skal vurderes i Øst-Finnmark, og situasjonen er foreløpig uavklart i Narvikområdet.

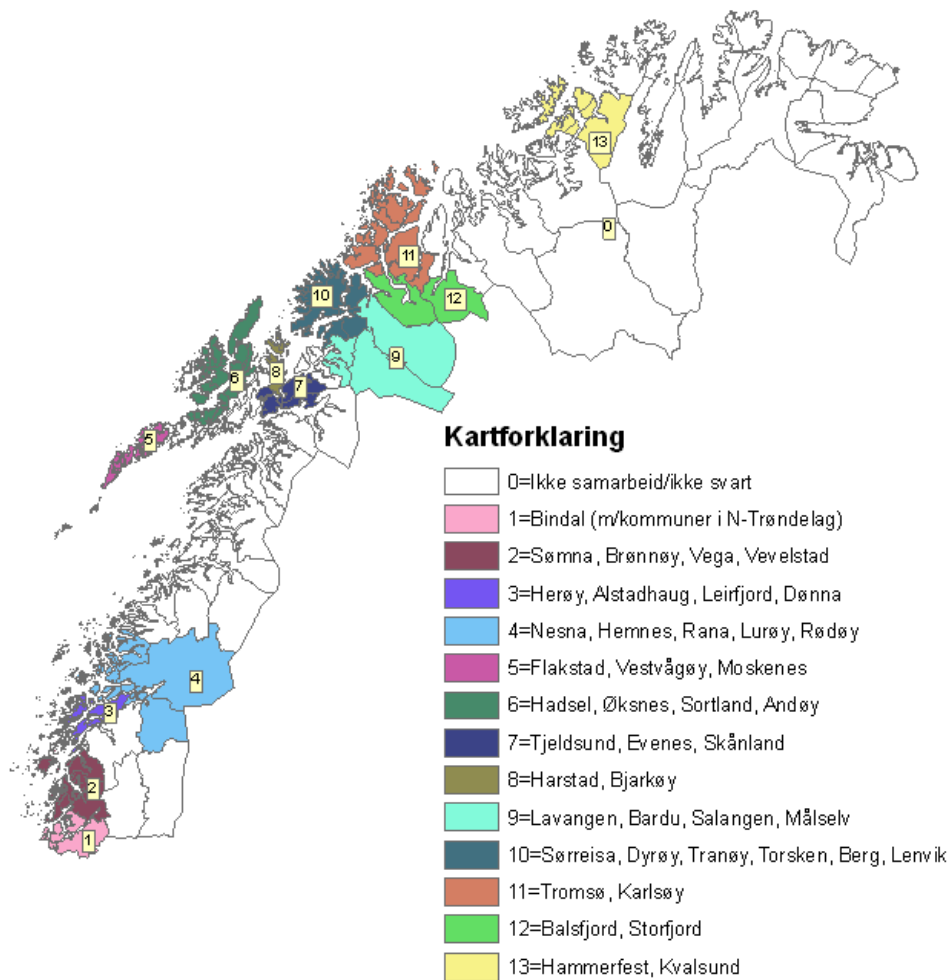
Av de ni største byene i Nord-Norge, samarbeider fem med en eller flere mindre nabokommuner. Det er de middels store kommunene (2 – 5 000 innbyggere) som i minst grad samarbeider med andre kommuner i forhold til ø-hjelpenger (kun 27 prosent av dem samarbeider). 59 prosent av de små kommunene samarbeider, og det samme gjelder 46 prosent av de bitte små.

Finnmark og Nord-Troms skiller seg ut ved at kun to av kommunene nord og øst for Storfjord/Balsfjord samarbeider om etablering av ø-hjelpenger. En forklaring kan være at kommunene i Finnmark og Nord-Troms har godt etablerte sykestueplasser i kommunene fra før av. Imidlertid er disse sene lokaliserert til enkeltkommuner. Det er ikke registrert samarbeid om ø-hjelpenger i Nordland på strekningen Narvik – Saltdal /Meløy heller (status er foreløpig uavklart for Narvikområdet), og i området Vefsn, Hattfjelldal og Grane.

---

<sup>83</sup> Prehospitalt senger er et tilbud *før* sykehusinnleggelse, mens intermedieære senger og sykestueplasser ikke bare inkluderer tilbud *før* og *i stedet for*, men også *etter* sykehus. Enkelte steder brukes også begrepet observasjonssenger, dette er ikke ø-hjelpenger og det er ikke krav om døgnbemanning med lege.

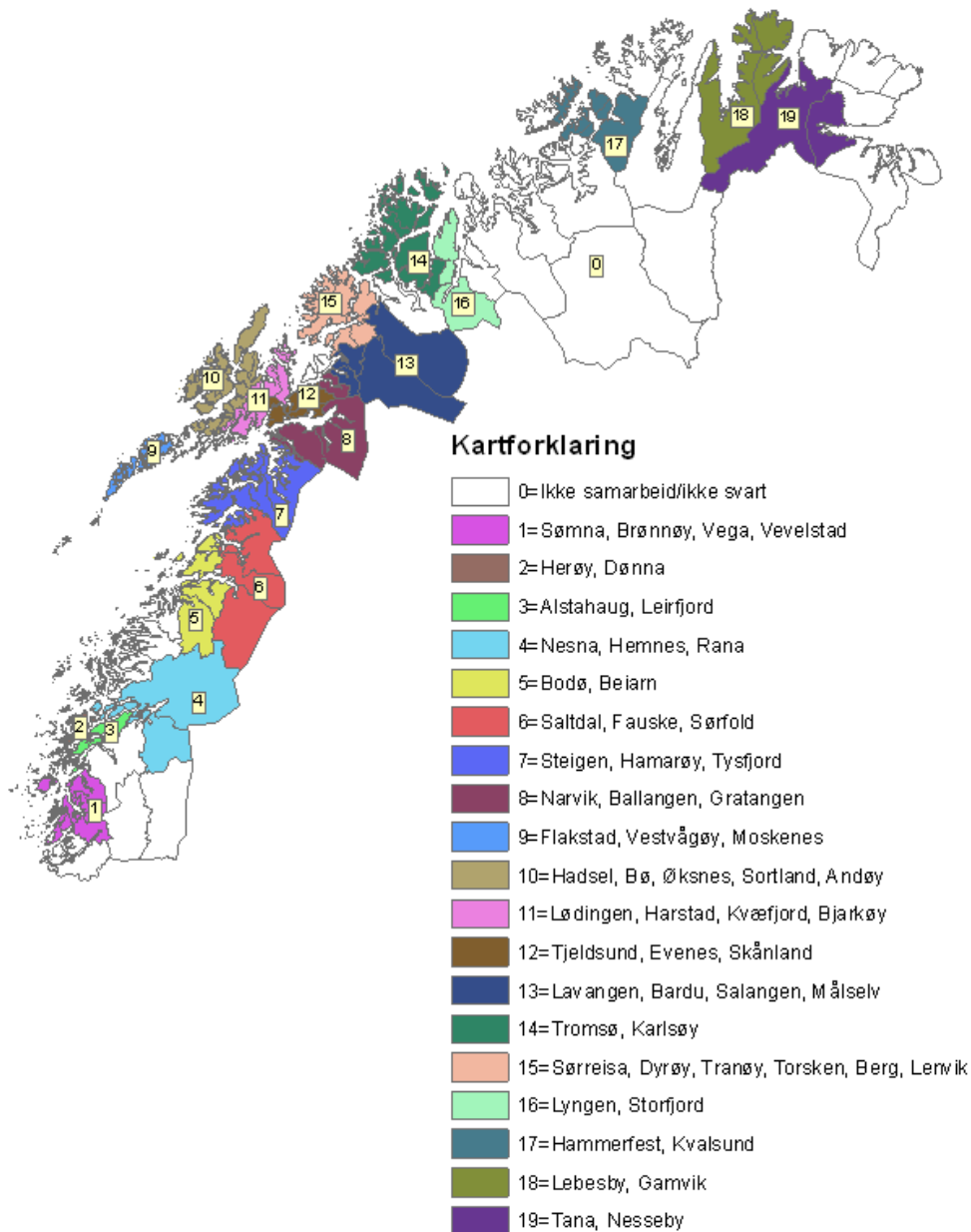
Størrelsen på de 12 regionene som samarbeider om ø-hjelpssenger i form av antall innbyggere, er mellom 5 500 og drøyt 70 000. Det er kun to regioner med under 10 000 innbyggere, det er ETS-kommunene og Balsfjord/Storfjord. Sju av 12 regioner har under 15 000 innbyggere (regionen hvor Bindal samarbeider med kommuner i Nord-Trøndelag holdes utenfor).



Figur 5.2.1: Kommuner som samarbeider om etablering av ø-hjelpssenger

### Legevaktsamarbeid og etablering av dette

Det er registrert 19 områder i Nord-Norge hvor det samarbeides interkommunalt om legevakt, eller hvor samarbeid er under utredning. Dette omfatter to av tre nordnorske kommuner.



Figur 5.2.2: Kommuner som samarbeider om legevakt



Legevaktsamarbeid mellom Brønnøy, Sømna, Vega og Vevelstad utredes i 2012, og er ikke etablert. Saltdal, Fauske og Sørfold vurderer også legevaktsamarbeid. Det er motstridende opplysninger om hvorvidt Nesna er med i legevaktsamarbeidet med Rana og Hemnes.

Av de ni store byene i Nord-Norge, samarbeider sju av dem med mindre nabokommuner i forhold til legevakt. Det er de middels store kommunene og de små byene som i minst grad samarbeider med andre kommuner om legevakt. Kun 41 prosent av disse samarbeider med andre.

Blant de bitte små kommunene som ikke samarbeider med andre om legevakt, er det tre øykommuner med stor avstand til nabokommuner (Træna, Værøy og Røst) samt Hasvik.

Interkommunale legevaktsamarbeid er minst utbredt i Finnmark og Nord-Troms. Det er kun seks kommuner som er med i ulike samarbeid om legevakt nord og øst for Lyngen/Storfjord. Det er heller ikke registrert legevaktsamarbeid på indre deler av Sør-Helgeland.

Innbyggertallet i de 19 regionene som samarbeider om legevakt, spenner fra den minste på 2300 innbyggere, til den største på drøyt 70 000 innbyggere. Sju regioner har under 10 000 innbyggere, hvorav fire også har under 5 000 innbyggere. Seks regioner har mellom 10 og 20 000 innbyggere. Disse interkommunale samarbeidsregionene er etablert rundt Brønnøy, Fauske, Vestvågøy, Finnsnes, Hammerfest og det siste er et samarbeid mellom fire middels store kommuner i Midt-Troms. De største seks regionene for legevaktsamarbeid har over 20 000 innbyggere, og fem av dem er bygd opp rundt byene Mo i Rana, Bodø, Narvik, Harstad og Tromsø. Det er kun en stor region, Vesterålen, som ikke er bygd opp rundt en av de store byene i Nord-Norge.

### *Lokal- eller distriktsmedisinske sentra*

Når det gjelder lokalmedisinske sentra, så var spørsmålet til kommunene "Samarbeider kommunen med andre kommuner i forhold til lokal- eller distriktsmedisinske sentra?" Formålet var å peke ut områder rundt lokalmedisinske sentra som ulike kommuner sokner til. I ettertid ser vi at dette spørsmålet var noe upresist, fordi småkommunene rundt en vertskommune for et DMS/LMS ikke nødvendigvis *samarbeider* med vertskommunen om dette, selv om innbyggerne bruker DMS-et.

Et eksempel som kan illustrere ulike oppfatninger av samarbeid, er DMS i Alta. Alta ble i 2011 tildelt midler til videreutvikling av Altamodellen, på bakgrunn av en søknad hvor Kvænangen, Kautokeino og Loppa er ført opp som samarbeidspartnere. I spørreundersøkelsen til kommunene oppgir imidlertid Kvænangen at de samarbeider med Nord-Troms kommunene Nordreisa, Skjervøy og Kåfjord om DMS, og Loppa svarer at de ikke samarbeider med andre kommuner i forhold til DMS. Kautokeino har ikke svart. Like fullt er det slik at innbyggere fra alle de nevnte kommunene nevnt i søknaden, er brukere av DMS i Alta.

Vefsn, Hattfjelldal og Grane utvikler for tiden et samarbeid om DMS, dette er imidlertid ikke kommet i drift enda. Skånland som søkerkommune fikk eksterne midler i 2011 for å utvikle kommunesamarbeid og lokalmedisinsk senter med nabokommunene Evenes og Tjeldsund. Bjarkøy oppgir at de samarbeider med Harstad i forhold til DMS, som følge av kommunesammenslåing fra 2013. Lavangen, Salangen, Bardu og Målselv samarbeider om utvikling av et nytt Indre Troms Medisinske Senter som skal ta over for Troms Militære Sykehus. Sørreisa, Dyrøy, Torsken, Tranøy, Berg og Lenvik samarbeider i forhold til DMS som er etablert på Finnsnes i Lenvik.

Andre områder for samarbeid om utvikling av DMS er: Sømna, Brønnøy, Vega og Vevelstad. Nesna, Hemnes, Rana, Lurøy og Rødøy. Hammerfest og Kvalsund. Det er uklart hvorvidt det er et samarbeid på gang mellom Moskenes, Flakstad og Vestvågøy i forhold til DMS. Det er også uklart om det er et samarbeid mellom Alstahaug, Herøy, Dønna og Leirfjord.

### *Samarbeid om folkehelseiltak*

Spørsmålet som ble stilt til kommunene var: Samarbeider kommunen med andre kommuner i forhold til folkehelseiltak? Resultatet av spørreundersøkelsen tyder på at folkehelsesamarbeidet mellom kommunene i Nord-Norge ikke er særlig godt befestet – alternativt er forklaringen at det er uklart eller at folkehelsesamarbeidet kanskje ikke er godt kjent blant de som fylte ut spørreskjemaet. Det kan også være at avgrensningen av hva som skal regnes for folkehelseiltak er uklar. Faktisk så ble ingen interkommunale samarbeid likt avgrenset av deltakende kommuner.

33 kommuner svarer imidlertid at de samarbeider med andre kommuner om folkehelseiltak. Et samarbeid om folkehelseiltak som nevnes av et flertall av de deltakende kommuner, er mellom Gamvik, Lebesby, Porsanger og Karasjok. Et annet område som samarbeider er Rana, Nesna, Hemnes, Rødøy og Lurøy, og et tredje område er Brønnøy, Sømna, Vega, Bindal og Vevelstad.

Til tross for at kommunene i liten grad svarer at de samarbeider om folkehelseiltak, vet vi at det finnes en rekke tiltak som i liten grad er nevnt i kommunenes svar. Dette gjelder for eksempel interkommunale samarbeid om friluftsråd som kommunene er med på å finansiere. I Nord-Norge finnes ingen slike i Finnmark, men seks friluftsråd i Troms og Nordland; Ishavskysten (Tromsø-området), Ofoten, Midt-Troms, Vesterålen, Salten og Polarsirkelen.

## **5.3 I hvilken grad har det utkrystallisert seg regioner for interkommunalt helsesamarbeid?**

I dette avsnittet presenteres først en regionvis oppsummering av det interkommunale helsesamarbeidet som gjelder ø-hjelpesenger, legevakt, distriktsmedisinske sentra og legevakt. I tillegg trekkes enkelte eksternt finansierte samhandlingsprosjekter inn i diskusjonen, det vil si kommuner som har fått innvilget støtte til å utvikle samarbeid med hverandre<sup>84</sup>. Så beskrives trekk ved "helsekommunene" som er i ferd med å dannes i Nord-Norge.

### *Regionvis oppsummering*

Den regionvise oppsummeringen går fra nordøst og mot sør, og tar utgangspunkt i inndelingen av Nord-Norge i 14 regioner etter regionråd.

**Øst-Finnmark** består av kommunene Vardø, Vadsø, Berlevåg, Båtsfjord, Tana, Nesseby og Sør-Varanger, som danner Øst-Finnmark regionråd. Det er ikke etablert interkommunale samarbeid for disse syv kommunene som helhet om verken DMS, ø-hjelpesenger, legevakt eller folkehelse. Et eksternt finansiert prosjekt i disse kommunene utreder mulighetene for samarbeid, det er uklart om dette også omfatter å utrede muligheter for samarbeid om DMS og ø-hjelpesenger. To av respondentene er av den oppfatning at prosjektet også omfatter å se på muligheter for legevaktsamarbeid i de syv kommunene. Fra før av er det et etablert samarbeid mellom to av kommunene, Tana og Nesseby, om felles kommuneoverlege og legevaktsamarbeid.

---

<sup>84</sup> <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/samhandlingsmidler-riks-2011.pdf>

I **Midt-Finnmark** er det et regionråd for Kautokeino, Karasjok og Porsanger (Avjovarre urfolksregion), men det finnes ikke noe helsesamarbeid som foregår med denne inndelingen. Porsanger, Karasjok, Lebesby og Gamvik har fått tildelt prosjektmidler for implementering av samhandlingsreformen. De fire kommunene samarbeider om utvikling av folkehelseiltak. Det er uklart på dette tidspunktet om samarbeidet mellom disse fire kommunene omfatter lokal- eller distriktsmedisinsk senter. Samarbeidet omfatter ikke etablering av ø-hjelpesenger. To av kommunene, Gamvik og Lebesby, har fra før felles kommuneoverlege og legevaktsamarbeid (i tillegg et prosjektsamarbeid i forhold til KOLS, diabetes og overvekt).

**Vest-Finnmark** regionråd består av kommunene Alta, Hammerfest, Kvalsund, Hasvik, Loppa, Måsøy og Nordkapp. Ingen helsesamarbeid følger denne regioninndelingen. "**Altamodellen**" er godt kjent i helse-Norge, som et distriktsmedisinsk senter hvor man var tidlig ute med desentraliserte polikliniske tjenester som betjener pasienter fra blant annet Kautokeino og Loppa i tillegg til Alta. I forhold til interkommunalt samarbeid ser det imidlertid ut som om Alta kommune jobber alene som en vertskommune for DMS, med legevakt og ø-hjelpesenger, uten samarbeid med nabokommunene. **Hammerfest og Kvalsund** samarbeider om DMS, ø-hjelpesenger, legevakt og muligens også om folkehelseiltak.

**Øvrige Finnmarkskommuner** (Måsøy, Hasvik, Loppa, Nordkapp og Kautokeino) har ikke gått inn i noen skriftlig avtale om samhandlingsprosjekter for å se på utvikling av helsetjenester, slik som de fleste kommunene i Finnmark har gjort. Loppa, Hasvik, Måsøy og Nordkapp oppgir at de ikke samarbeider med andre i forhold til DMS, ø-hjelpesenger, legevakt eller folkehelseiltak. Kautokeino kommune har ikke svart på spørreundersøkelsen.

**Nord-Troms** regionråd består av Kvænangen, Nordreisa, Skjervøy, Kåfjord, Lyngen og Storfjord. De fire kommunene Kvænangen, Nordreisa, Skjervøy og Kåfjord har et avklart samarbeid omkring DMS, men de samarbeider ikke i forhold til etablering av ø-hjelpesenger, legevakt eller folkehelseiltak. I tillegg til de fire kommunene, oppfatter Storfjord at de sokner til DMS i Nord-Troms, men drøfter mulig samarbeid om etablering av ø-hjelpesenger med Balsfjord, og samarbeider med Lyngen om legevakt (Balsfjord er også nevnt som en mulig fremtidig samarbeidskommune her). Lyngen samarbeider ikke med andre med hensyn til etablering av ø-hjelpesenger.

**Tromsøområdet** regionråd består av Tromsø, Karlsøy og Balsfjord. Karlsøy samarbeider med Tromsø med hensyn til etablering av ø-hjelpesenger, legevakt og folkehelseiltak.

**Midt-Troms** regionråd omfatter åtte kommuner; Lenvik, Tranøy, Torsken, Berg, Sørreisa, Dyrøy, Bardu, Målselv. Regionrådet i Midt-Troms har samarbeid som blant annet omfatter å avklare muligheter for interkommunalt samarbeid mellom Midt-Troms kommunene på områder som berøres av samhandlingsreformen. De åtte kommunene samarbeider om folkehelseiltaket Midt-Troms friluftsråd. I forhold til DMS, etablering av ø-hjelpesenger og legevaktsamarbeid er dette området imidlertid delt i to. På den ene siden er **Bardu og Målselv**, som i tillegg har med seg **Salangen og Lavangen** med legevaktsamarbeid i Bardu og ø-hjelpesenger i tilknytning til legevakten og TMS. På den andre siden **Lenvik, Tranøy, Torsken, Berg, Sørreisa, Dyrøy** med DMS og legevaktsamarbeid lokalisert til Lenvik (Finnsnes) og ambisjoner om å utvikle intermedieære senger i tilknytning til legevakten (Lenvik samarbeider også med Tranøy, Torsken og Berg om allmennlegetjenester - Senjalegen). **Salangen** på sin side jobber også med å utvikle interkommunalt samarbeid i Midt- og Sør-Troms kommuner med utgangspunkt i rehabiliteringstilbudet som mistet driftsavtalen i 2010.

**Sør-Troms:** Det er *ikke* etablert samarbeid i regi av Sør-Troms regionråd eller samlet for de åtte kommunene som hører inn under Sør-Troms (Salangen, Lavangen, Gratangen, Ibestad, Bjarkøy, Skånland, Kvæfjord, Harstad). Eksisterende samarbeid går på tvers av denne regionen. Ibestad deltar ikke i interkommunalt samarbeid om verken legevakt eller ø-hjelpsenger.

**Ofoten** regionråd består av Ballangen, Evenes, Narvik, Tjeldsund og Tysfjord. Skånland, Tjeldsund og Evenes har i mange år hatt et omfattende interkommunalt samarbeid, som også går på tvers av fylkesgrensene. Kommunene samarbeider i forhold til legevakt, og det er uklart hvorvidt samarbeidet omfatter etablering av ø-hjelpsenger og DMS. **Narvik, Gratangen og Ballangen** samarbeider i forhold til legevakt, det er for øyeblikket uavklart om det blir samarbeid i forhold til ø-hjelpssenger og DMS. **Kvæfjord, Harstad, Bjarkøy og Lødingen** har legevaktsamarbeid, men ikke samarbeid om DMS, ø-hjelpsenger eller folkehelse. Bjarkøy samarbeider også med Harstad om utvikling av helsetjenestene som følge av kommunesammenslåing fra 2013. **Tysfjord, Hamarøy og Steigen** har hatt et mangeårig samarbeid omkring legevakt. Kommunene samarbeider ikke i forhold til DMS eller ø-hjelpssenger (men de har et samarbeid mht psykisk helse). Innenfor andre områder samarbeider Steigen med Saltdal og Meløy, for eksempel om kompetanseheving i forhold til kreft.

**Salten** regionråd består av Beiarn, Bodø, Fauske, Gildeskål, Hamarøy, Meløy, Saltdal, Steigen og Sørfold. Sunnhet i Salten er et toårig prosjekt i regi av Salten Regionråd, med de ni kommunene som inngår i regionrådet samt Værøy, Røst og Tysfjord. Fokus er på samhandlingsreformen og helsetilbudet til befolkningen i kommunene. Ti Salten-kommuner og Salten DPS startet også nylig et felles samhandlingsprosjekt over fire år. Verken Beiarn, Saltdal, Fauske, Sørfold, Steigen, Hamarøy, Tysfjord eller Meløy oppgir at de samarbeider med andre i forhold til etablering av ø-hjelpsenger, DMS eller folkehelse. Det gjør heller ikke Gildeskål. **Saltdal, Fauske og Sørfold** vurderer legevaktsamarbeid. **Meløy** rapporterer om legevaktsamarbeid med Saltenkommuner. **Bodø og Beiarn** samarbeider om legevakt.

**Vesterålen** består av Andøy, Bø, Hadsel, Lødingen, Sortland, Øksnes. De har en interkommunal legevaktsordning med fem av de seks kommunene; Sortland, Hadsel, Andøy, Bø og Øksnes. I Vesterålen er det ikke noe samarbeid på gang i forhold til DMS. Muligheten for samarbeid om ø-hjelpsenger utredes i Sortland, Hadsel, Øksnes og Andøy.

**Lofoten regionråd består av** Flakstad, Moskenes, Røst, Vestvågøy, Værøy, Vågan. **Moskenes, Flakstad og Vestvågøy** er i gang med et samarbeid i forhold til ø-hjelpsenger, og de samarbeider omkring legevakt. Det er uklart om dette samarbeidet omfatter DMS. **Røst og Værøy** samarbeider ikke med andre kommuner om DMS, ø-hjelpsenger, legevakt eller folkehelseiltak. **Vågan** kommune har et samhandlingsprosjekt, og våren 2011 ble det igangsatt utredning av lokalmedisinsk senter. Vågan samarbeider ikke med nabokommuner om verken DMS, ø-hjelpsenger eller legevakt.

**Indre Helgeland** regionråd består av Rana, Lurøy, Nesna, Hemnes, Grane, Hattfjelldal. Fire av disse kommunene (**Rana, Hemnes, Nesna, Lurøy**) samt **Rødøy** samarbeider om DMS og ø-hjelpssenger. Rana og Hemnes (og Nesna?) samarbeider i forhold til legevakt, mens Lurøy og Rødøy ikke samarbeider med noen i forhold til legevakt. **Vefsn, Hattfjelldal og Grane** samarbeidet i 2011 om å beskrive dagens situasjon i de tre kommunene, og vurdere hva en kan samarbeide om. Kommunene utvikler nå et samarbeid om DMS, som ikke er i drift enda. Når det gjelder etablering av ø-hjelpsenger og legevakt, er det uklart om det er samarbeid. Det er ikke samarbeid i forhold til folkehelse.

**Helgeland** regionråd består av Herøy, Alstahaug, Leirfjord, Dønna, Vefsn, Rødøy, Træna. **Træna** har ikke svart på spørreundersøkelsen, og ser ikke ut til å samarbeide med andre kommuner. **Alstahaug, Leirfjord, Herøy og Dønna** diskuterer samarbeid omkring ø-hjelpssenger. To og to av disse kommunene samarbeider om legevakt. Kommunene samarbeider ikke i forhold til folkehelse. I følge Alstahaug er det et samarbeid mellom de fire kommunene i forhold til DMS.

**Sør-Helgeland** består av Vevelstad, Brønnøy, Sømna, Vega og Bindal. **Brønnøy, Sømna, Vega og Vevelstad** samarbeider i forhold til utvikling av Brønnøysund DMS, de skal starte et samarbeid om etablering av ø-hjelpssenger, og samarbeidet omfatter også at interkommunalt legevaktsamarbeid skal utredes (det er ikke konkludert i saken). **Bindal** samarbeider med kommuner i Nord-Trøndelag i forhold til ø-hjelpssenger.

### *Trekk ved "helsekommunene" som er i ferd med å dannes i Nord-Norge*

Generelt så er konklusjonen at bildet er sammensatt og komplekst, og det finnes en rekke kommuner som ikke samarbeider med andre på de områdene som det var fokusert på i spørreundersøkelsen; ø-hjelpssenger, legevakt, DMS og folkehelseiltak.

Noen kommuner har samarbeidet lenge i forhold til legevakt. Andre interkommunale samarbeid er i støpeskjeen. Samarbeidskonstellasjonene er ulike, avhengig av hvilken type helsetjenester det gjelder. 42 kommuner deltar i interkommunale samarbeid om etablering av ø-hjelpssenger, og 57 kommuner er en del av interkommunale samarbeid om legevakt eller etablering av legevakt. Det er 27 kommuner som ikke deltar i samarbeid verken i forhold til legevakt eller ø-hjelpssenger.

Interkommunale legevaktsamarbeid og samarbeid om ø-hjelpssenger eller etableringer av dette, er minst utbredt i Nord-Troms og Finnmark.

### *Mange kommunesamarbeid følger ikke regionrådsgrensene*

Inndelingen av kommunene i Nord-Norge for samarbeid om utvikling av helsetjenester samsvarer i liten grad med inndelingen i regionråd. Samarbeid om utvikling av helsetjenester har tradisjonelt ikke vært noen viktig sak for regionrådene. En grunn kan være at regionrådenes geografiske nedslagsfelt generelt vurderes å være mindre funksjonelt i forhold til samarbeid om administrasjon, tjenesteyting og utviklingsoppgaver, enn i forhold til lokal kultur og identitet blant innbyggerne.<sup>85</sup>

### *Mange små regioner*

Mange av regionene som det samarbeides i er forholdsvis små. Blant de 19 regionene som samarbeider om legevakt, har kun ni over 15 000 innbyggere. Blant regionene som samarbeider om ø-hjelpssenger, har fem av 12 regioner over 15 000 innbyggere. I forhold til legevaktsamarbeid er det flere små regioner enn det er i samarbeidet om ø-hjelpssenger.

---

<sup>85</sup> Vinsand og Nilsen 2007.

## 6 Kompetanseutvikling i nordnorske kommuner

### 6.1 Innledning

Kapitlet tegner et bilde av kompetansebehov og kompetanseutfordringer på kommunalt nivå innenfor folkehelse og utvikling av helsetjenester i Nord-Norge. Som et bakteppe beskrives trekk ved befolkningsutviklingen, med fokus på forsørgerbrøk (antall personer i arbeidsfør alder per pensjonist) og hvordan antallet mennesker i arbeidsfør alder vil utvikle seg i henhold til befolkningsfremskrivninger. Videre beskrives trekk ved helsepersonell og folkehelsearbeidere som arbeider i de nordnorske kommunene, trekk ved status i kompetanseplanleggingen i kommunene og endringer som er på gang.

I en studie av fem interkommunale helsesamarbeid beskrives eksempler på hvordan helsetjenestesamarbeid utvikles og hvordan man gjennom kommunesamarbeid forholder seg til kompetanseutfordringer som følger av samhandlingsreformen. Det pekes på hva som er gjort av kompetanseutviklingstiltak, hva man er i ferd med å sette i gang, og erfaringer og utfordringer trekkes frem. Det understrekes at dette ikke er ment å være et utvalg av de *beste* interkommunale samarbeidsprosjektene.

Utvikling av kronikeromsorgen i kommunene beskrives med en gjennomgang av kommunenes rapportering om hvilke tiltak som er gjennomført siste to år for å styrke kronikeromsorgen, og hvilke kompetanseutviklingstiltak som er prioritert. Det pekes på problemstillinger i forhold til rutiner for bruk og oppfølging av individuell plan.

Til slutt settes det fokus på rekrutteringsutfordringene i kommunene. Hvilke typer helsepersonell er vanskelig å rekruttere, og i hvilke typer kommuner?

#### *Datagrunnlag*

Det er benyttet flere typer data i dette kapitlet som beskriver kompetanseutvikling i kommunene. Beskrivelser av befolkningsutvikling bygger på data fra Statistisk sentralbyrås befolkningsfremskrivninger (middelsalternativet). Beskrivelser av helsepersonell i kommunene for sykepleiere, ergoterapeuter, helsefagarbeidere og hjelpepleiere er laget på bakgrunn av tall fra Statistikkbanken 03.02 Helsetjenester, årsverk i pleie/omsorg etter utdanning, registerbasert (2003-2010), kommunefordelt.<sup>86</sup> Data om leger og fysioterapeuter er fra kommunehelsestatistikken i Statistikkbanken, supplert av Legeforeningens statistikker. Beskrivelsen av folkehelsearbeidere er i hovedsak gjort på bakgrunn av informasjon fra de tre nordnorske fylkeskommunene (intervju og nettsider).

I dataene fra SSB om sykepleiespesialisering er det til sammen 79 årsverk sykepleie med annen spesialist- eller videreutdanning enn psykiatri og geriatri. Det er ikke oppgitt hvilke spesialiteter dette omfatter. For å supplere oversiktene, er det derfor hentet inn data om kreftsykepleiere fra Lindring i Nord, og om diabetessykepleiere og KOLS/lungesykepleiere gjennom spørreundersøkelsen til kommunene i Nord-Norge.

---

<sup>86</sup> Om statistikken: <http://www.ssb.no/vis/pleie/om.html>

Data om kommunenes kompetanseplaner og planer for nyrekruttering innenfor pleie og omsorg bygger på data rapportert til fylkesmennene pr februar 2011. Dette er begrenset til kompetanseutvikling som rapporteres under Kompetanseløftet på Skjema 2 til Helsedirektoratet. Plantallene er fra kommunenes budsjett og økonomiplaner. Data er utlevert fra fylkesmennene i Nordland, Troms og Finnmark. Skjemaene fra tre kommuner i Nordland er ikke fylt ut (Alstahaug, Nesna og Røst). I rapporteringen fremstår derfor disse kommunene men null aktivitet med hensyn til kompetanseutvikling. Dette datamaterialet er i noen grad fordelt på type utdanning, men går ikke så langt i detaljering som vi kunne ønske for å få et godt bilde av aktiviteten, for eksempel heter den største kategorien videreutdanning av høgskoleutdannede "annen videreutdanning". Datamaterialet fra kommunene varierer i kvalitet. Enkelte skjema er åpenbart fylt ut feil, da antallet personer under utdanning ikke stemmer med antall personer som skal fullføre utdanningen. Det ser ut som om noen kommuner har fylt ut rubrikkene for "planlagt fullført" for flere av årene 2011, 2012, 2013 og 2014, der de skulle ha fylt ut for "under utdanning". Slik kan det se ut som summene for "planlagt fullført" er for høye for enkelte kommuner. Videre kan en stille spørsmål om i hvilken grad planene representerer reelle planer eller er ønskelister. Men til tross for varierende kvalitet på data, er dette det eneste tallmaterialet om pågående kompetanseutvikling som finnes på kommunenivå for alle kommunene i Nord-Norge.

Data om kommunesamarbeid i forhold til samhandlingsreformen er samlet inn gjennom informanter i de ulike samarbeidsprosjektene, samt gjennom dokumentstudier. Dette er nærmere beskrevet i vedlegget med rapport fra de interkommunale samarbeidsprosjektene.

For å beskrive utvikling av kronikeromsorgen i kommunene, rekrutteringsutfordringer og utdanningsbehov er det brukt data fra spørreundersøkelsen til kommunene i Nord-Norge, og data fra kommunenes innrapportering til fylkesmannen er også trukket inn.

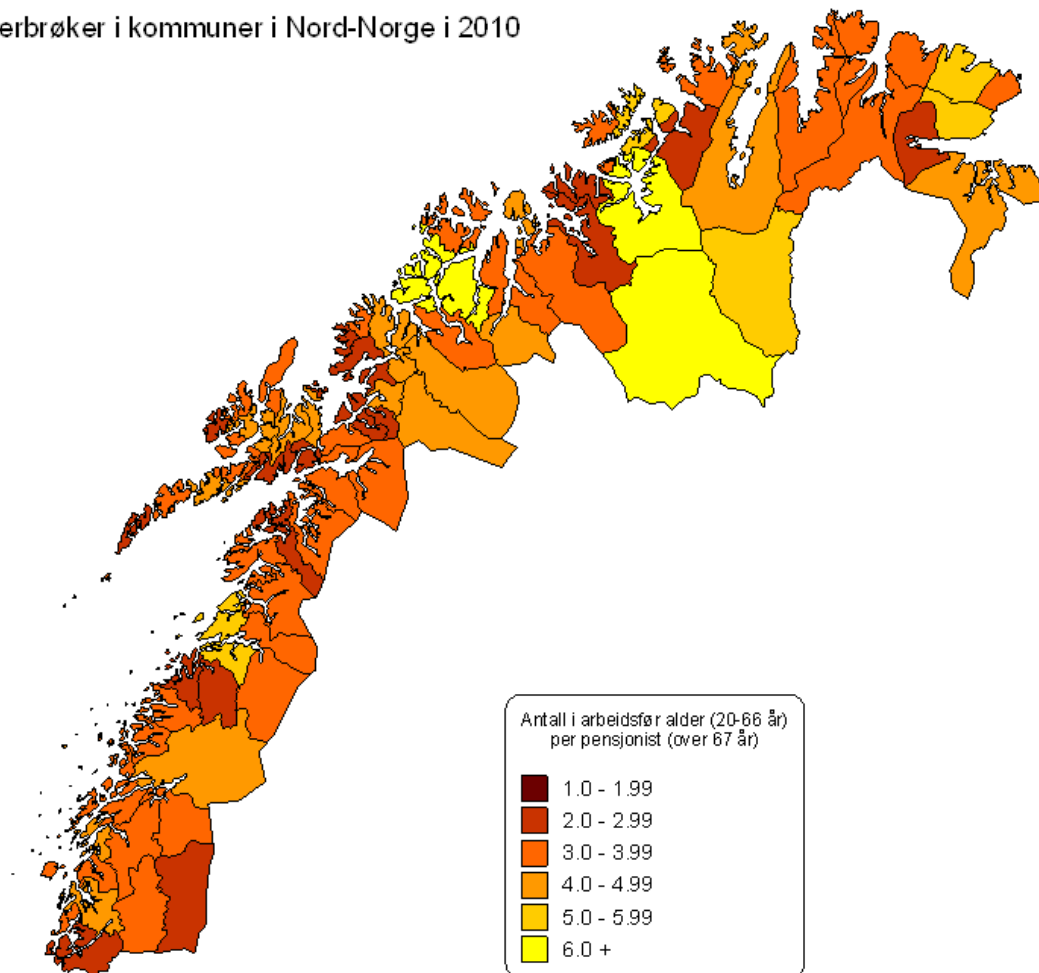
## 6.2 Befolkningsutvikling: forsørgerbrøk og tilgang på arbeidskraft

I dette avsnittet tegnes et bilde av befolkningsutviklingen i kommunene i Nord-Norge, med fokus på å beskrive eldrebølgen og hvordan antallet mennesker i arbeidsfør alder vil utvikle seg på ulike måter i kommunene. Befolkningsutviklingen<sup>87</sup> er for det første beskrevet som forsørgerbrøk, definert som antall personer i arbeidsfør alder (20-66 år) per pensjonist (over 67 år). Utfordringer i forhold til befolkningsutviklingen i kommunene fremstilles ved hjelp av kart som viser forsørgerbrøk i hver enkelt kommune i 2010, sammen med forventet forsørgerbrøk i henhold til befolkningsfremskrivninger for 2020 og 2030. For det andre er befolkningsutviklingen beskrevet i forhold til tilgangen på arbeidskraft. Fraflytning og lave fødselstall vil bli en økende utfordring i årene som kommer, i forhold til å skaffe nok mennesker til å jobbe i helsesektoren. I andre avsnitt beskrives antallet personer i arbeidsfør alder som kommunene vil tappes for i løpet av de neste to tiårene, dette er beskrevet i fire regioner som samarbeider om utvikling av helsetjenester.

### *Forsørgerbrøk – når kommer eldrebølgen og hvor sterk er den?*

Kartene viser utviklingen av forsørgerbrøken i nordnorske kommuner fra 2010 til 2020 og 2030.<sup>88</sup>

Forsørgerbrøker i kommuner i Nord-Norge i 2010



Figur 6.2.1 Forsørgerbrøk i kommuner i Nord-Norge 2010

<sup>87</sup> Kartene er utarbeidet av Erik Sund, Helse Nord. Data er basert på Statistisk sentralbyrås befolkningsfremskrivninger (middelsalternativet) <http://www.ssb.no/innvfram/>

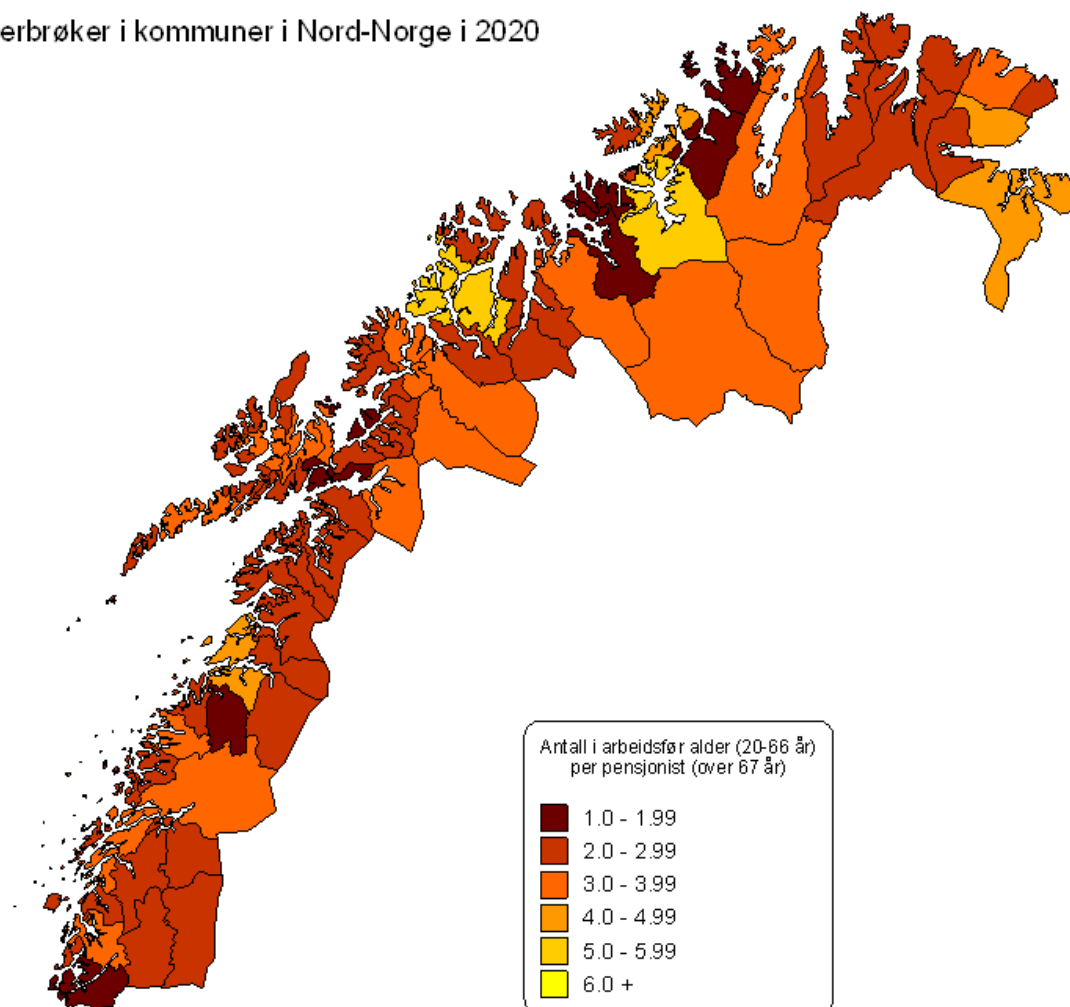
<sup>88</sup> Vedlegg: Tabell 6.3.1 som viser utvikling av forsørgerbrøk i hver enkelt kommune.



Ingen kommuner i Nord-Norge hadde en forsørgerbrøk som er lavere enn 2 i 2010. I 21 av 88 kommuner var forsørgerbrøken på mellom 2 og 3 i 2010, ti av disse kommunene er i Nordland, åtte er i Troms og tre i Finnmark. 18 av disse 21 kommunene med lav forsørgerbrøk har under 2000 innbyggere. I 41 kommuner var forsørgerbrøken mellom 3 og 4 i 2010. I 26 nordnorske kommuner var forsørgerbrøken på over 4 i 2010, det vil si minst fire personer i arbeidsfør alder per pensjonist.

Kort oppsummert viser prognosen at forsørgerbrøken vil krype under 2 i ti av de nordnorske kommunene når vi når 2020 (Bindal, Beiarn, Tjeldsund, Evenes, Bjarkøy, Ibestad, Kvæningen, Loppa, Kvalsund, Måsøy). Alle disse kommunene er små, med under 2 000 innbyggere.

#### Forsørgerbrøker i kommuner i Nord-Norge i 2020



Figur 6.2.2 Forsørgerbrøk i kommuner i Nord-Norge 2020

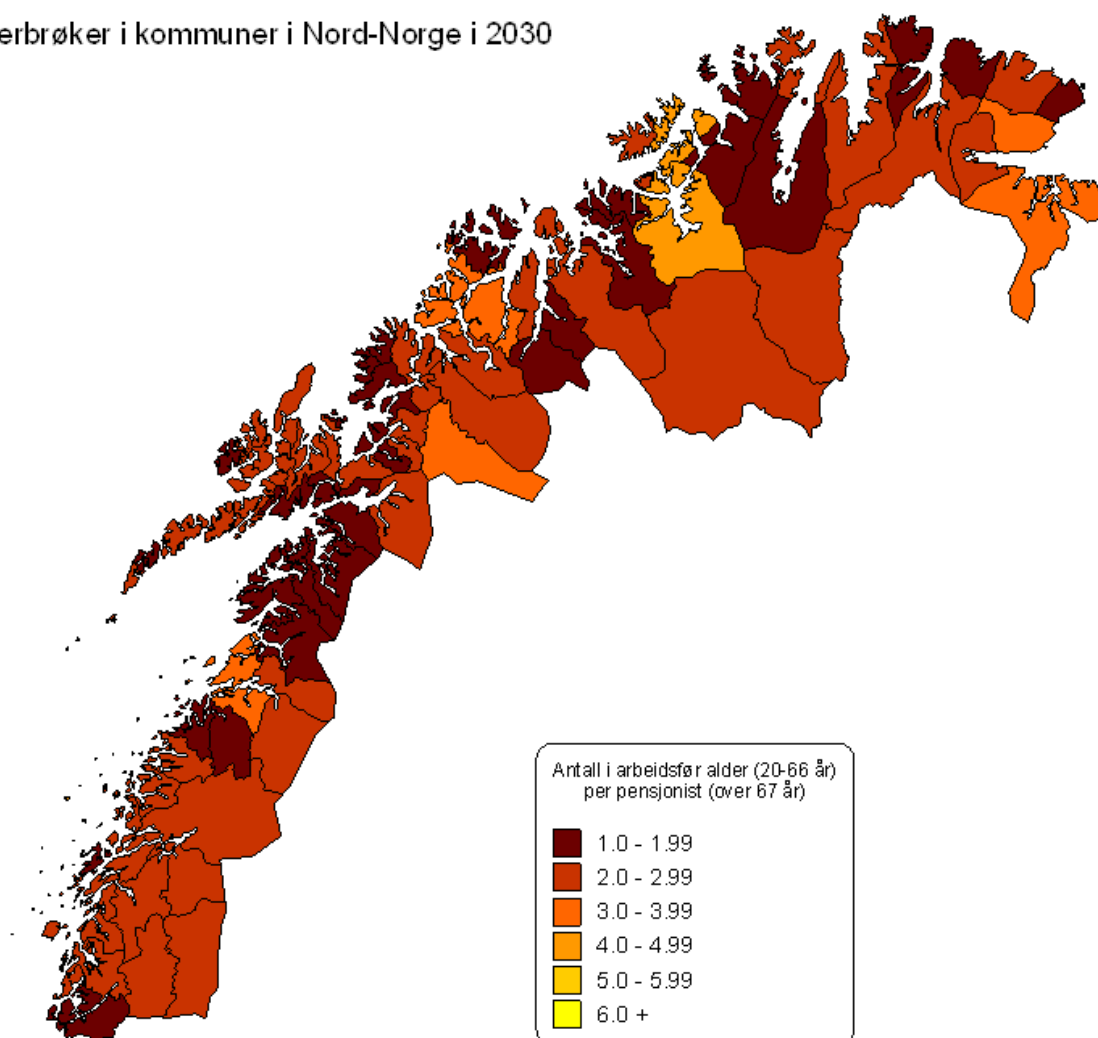
I 2030 vil 32 kommuner i Nord-Norge ha en forsørgerbrøk på under 2. Dette gjelder Bindal, Dønna, Gildeskål, Beiarn, Sørfold, Steigen, Hamarøy, Tysfjord, Lødingen, Tjeldsund, Evenes, Ballangen, Flakstad, Bø, Bjarkøy, Ibestad, Gratangen, Dyrøy, Tranøy, Torsken, Berg, Karlsøy, Storfjord, Kåfjord, Kvæningen, Vardø, Loppa, Kvalsund, Måsøy, Porsanger, Gamvik og Berlevåg. 22 av disse har under 2 000 innbyggere. Samtidig vil 48 nordnorske kommuner vil ha en forsørgerbrøk på mellom 2 og 3 i 2030. Det er kun åtte kommuner som i henhold til prognosene vil ha en forsørgerbrøk på over 3 i 2030: Bodø, Træna, Tromsø, Bardu, Vadsø, Hammerfest, Alta og Sør-Varanger.

Økningen i andelen eldre i befolkningen rammer altså ulikt. Det er noen fylkesvise forskjeller. I Finnmark og Troms er pensjonistandelen 13 % i 2012, men vil bli 19-20 % i 2030. I Nordland er befolkningen i dag eldre med en pensjonistandel på 15 %, denne vil passere 20 % før 2025, og være 22 % i 2030.

Bykommuner og distriktskommuner har ulikt utviklingsmønster. Tromsø og Bodø har i dag en pensjonistandel på henholdsvis 9 og 11 %, og vil ha en forventet pensjonistandel på kun 15 og 17 % i 2030. Selv om antallet eldre øker kraftig i perioden (mer enn dobles i Tromsø), gir ikke dette seg utslag i aldersforskyvning fordi det samtidig forventes en stor tilflytning.

Noen små kommuner har allerede i dag en pensjonistandel på 20 % eller mer. Dette gjelder for eksempel Nesseby, Loppa, Ibestad og Gratangen. I henhold til prognosene vil Ibestad ha en eldreandel på 40 % i 2030.

### Forsørgerbrøker i kommuner i Nord-Norge i 2030



Figur 6.2.3 Forsørgerbrøk i kommuner i Nord-Norge 2030

### Utvikling i forsørgerbrøk og tilgang på arbeidskraft i utvalgte regioner

Utviklingen i forsørgerbrøk kan også fremstilles samlet for regioner (Tabell 6.2.2 i vedlegget). Regionene som er valgt som eksempler representerer både områder hvor befolkningsveksten er

svært negativ, og områder hvor det forventes få endringer totalt sett eller en liten vekst. Når kompetanseutfordringer for kommunene skal utredes, er det viktig også å fokusere på tilgangen på arbeidskraft; antall hender. I dette avsnittet synliggjøres med noen eksempler hvor mange folk i arbeidsfør alder som i henhold til befolkningsprognosene vil forsvinne fra kommunene – i faktiske tall og i prosentvis endring.

Regionene Sør-Helgeland og Midt-Troms vil samlet sett ha en vekst av personer i arbeidsfør alder på en prosent, i henhold til prognosen for 2030. Begge regioner "reddes" av en av fire kommuner hvor det forventes vekst, mens det forventes tilbakegang i de øvrige kommunene. Ingen kommuner i disse to regionene ligger an til å få en forventet forsørgerbrøk som er lavere enn 2.

I Nord-Troms vil to av fire kommuner få en forventet forsørgerbrøk på under 2, og nedgangen på personer i arbeidsfør alder forventes å bli på sju prosent. Ingen av kommunene i denne regionen forventes å få en vekst av personer i arbeidsfør alder.

Midt-Finnmark er den av de fire valgte regionene som har den mest negative befolkningsprognosen, og fremskrivninger tilsier at 20 prosent av innbyggerne i arbeidsfør alder vil forsvinne i perioden 2011-2030. Når vi samtidig vet at mellom 10 og 12 prosent av antall personer i arbeidsfør alder i disse kommunene i 2010 er ansatt i "helse, sosial og idrettsfag", vil dette for Midt-Finnmark sin del innebære en hard kamp om arbeidskraft.

*Tabell 6.2.3: Endring i antall i arbeidsfør alder fra 2011 til 2030 i fire regioner som samarbeider om helse og helsetjenester (basert på antall i arbeidsfør alder 2011 og prognose 2030 MMMM)*

<i>Region</i>	<i>Kommuner</i>	<i>Antall personer i arbeidsfør alder 2011</i>	<i>Antall personer i arbeidsfør alder 2030</i>	<i>Endring antall i arbeidsfør alder 2011 - 2030</i>	<i>Endring personer i arbeidsfør alder 2011-2030 (prosent)</i>	<i>Antall ansatt i helse sosial og idrettsfag 2010</i>
<b>Sør-Helgeland</b>		<b>6792</b>	<b>6873</b>	<b>+81</b>	<b>+1,1</b>	<b>713</b>
	Sømna	1158	1061	-97		135
	Brønnøy	4602	4864	+262		455
	Vega	718	637	-81		93
	Vevelstad	314	311	-3		30
<b>Midt-Troms 4</b>		<b>8120</b>	<b>8212</b>	<b>+92</b>	<b>+1,1</b>	<b>1013</b>
	Lavangen	540	504	-36		76
	Bardu	2362	2601	+238		302
	Salangen	1274	1108	-166		182
	Målselv	3944	3999	-55		453
<b>Nord-Troms</b>		<b>6561</b>	<b>6075</b>	<b>-486</b>	<b>-7,4</b>	<b>784</b>
	Kåfjord	1279	1040	-239		136
	Skjervøy	1693	1616	-77		187
	Nordreisa	2862	2857	-5		370
	Kvænangen	727	562	-165		91
<b>Midt-Finnmark</b>		<b>5655</b>	<b>4516</b>	<b>-1139</b>	<b>-20,1</b>	<b>603</b>
	Porsanger	2529	1843	-686		297
	Karasjok	1699	1485	-214		174
	Lebesby	799	737	-62		70
	Gamvik	628	451	-177		62

## Oppsummering

I 2010 hadde 76 prosent av kommunene i Nord-Norge en forsørgerbrøk på over 3, og ingen kommuner i Nord-Norge med en forsørgerbrøk lavere enn 2, men 24 prosent hadde en forsørgerbrøk på mellom 2 og 3. De fleste av disse er kommuner med under 2000 innbyggere. Forsørgerbrøken vil i henhold til prognosene krype under 2 i ti av de nordnorske kommunene når vi når 2020, alle disse kommunene har i dag under 2000 innbyggere. I 2030 vil 36 prosent av kommunene i Nord-Norge ha en forsørgerbrøk på under 2, og kun ni prosent vil ha en forsørgerbrøk som er over 3.

Nordland har i dag en befolkning som er noe eldre enn i Troms og Finnmark. I bykommuner som Tromsø og Bodø vil antallet eldre øke kraftig frem mot 2030, men på grunn av stor tilflytning forventes det at aldersforskyvningen vil være mye mindre enn i øvrige deler av landsdelen.

## 6.3 Folkehelsearbeidere og helsepersonell

Hvilke typer helsepersonell og folkehelsearbeidere arbeider i de nordnorske kommunene? Det er trukket frem ulike aspekter i beskrivelsen av de forskjellige kategoriene helsepersonell, dette på bakgrunn av at de tilgjengelige opplysninger i datagrunnlaget varierer i forhold til de ulike gruppene.

### Folkehelsearbeidere

Fylkeskommunen har en lovpålagt oppgave med å være en regional utviklingsaktør. Lokalnivået er den viktigste arenaen for å drive helsefremmende arbeid. For å utvikle dette kreves kunnskaper, ressurser og handling.

I loven for folkehelse ligger det ikke inne noen konkret lovregulering av kompetanse i folkehelsearbeidet utover videreføringen av kravet til å ha kommunelege. Departementet mener at det bør etableres koordinatorfunksjoner til å ivareta det tverrsektorielle folkehelsearbeidet, selv om det ikke er et krav i loven. En rekke høringsinstanser har påpekt at folkehelseloven vil være en kompetansekrevene lov, og at det i tillegg til samfunnsmedisinsk kompetanse vil være behov for annen kompetanse i folkehelsearbeidet. Flere av bestemmelsene i loven forutsetter at det foreligger ulike typer kompetanse for å utføre oppgavene, dette dreier seg blant annet om kunnskaper om påvirkningsfaktorer av fysisk, psykisk og sosial art, beskyttelsestiltak, helseopplysning, deltakelse i planprosesser, befolkningens helsetilstand, bruk og analyse av helsestatistikk, forvaltning av helselovgivningen og organisering av tjenestetilbud/samhandling mellom nivåene.

### Folkehelsekommuner

Mange kommuner har stillinger som folkehelsekoordinatorer eller folkehelserådgivere, og disse innehas av personell med ulik kompetanse.

I Finnmark er 15 av 19 kommuner "folkehelsekommuner". Dette innebærer at kommunene er i et partnerskap med de øvrige kommunene og med fylkeskommunen, med to nettverksamlinger i året (for eksempel om helsefremmende skole og kurs om folkehelseprofiler og statistikkbank). Av de 15 folkehelsekommunene har 12 kommuner stillinger for folkehelsekoordinatorer, mens tre har kontaktpersoner. FFK har ønsket minst 50 % stillinger, og at koordinatorene har sitt daglige virke nært administrasjonen. I praksis er det noen som får koordinatoroppgaven, uten at det er definert en stillingsbrøk, og det er mange i helsesektoren som har fått oppgaven. Kommunene finansierer stillingen selv.<sup>89</sup>

---

<sup>89</sup> Informasjon fra FFK v/Juli Anne Staven 15.2.2012.

I Troms er det 15 "folkehelsekommuner" (av totalt 25 kommuner). I dag innebærer dette kun et nettverk med 1-2 møter pr år mellom fylkeskommunen og disse kommunene. Inntil det kom ny lov om folkehelse var det imidlertid tre krav til "folkehelsekommuner" i Troms: de fikk statlige midler til stillinger som skulle matches av like stor egenandel, de skulle ha handlingsplan for folkehelse, og de skulle ha tverretatlige arbeidsgrupper. Det er store variasjoner mellom kommunene i forhold til hvor store stillingene som folkehelsekoordinator er. Lenvik har 100 %, men de fleste har mellom 20 og 50 % stilling. Koordinatorene er som oftest helsepersonell; helsesøster, sykepleier, fysioterapeut eller eventuelt andre.

I Nordland har 38 av 44 kommuner pr november 2011 samarbeidsavtale med fylkeskommunen om folkehelsearbeid. Dette innebærer folkehelserådgivere i disse kommunene.

### Frisklivssentraler

Bakgrunnen for Helsedirektoratets anbefaling om frisklivssentraler kan knyttes til St.meld. nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge ("Grønn resept"), evalueringer<sup>90</sup>, nordisk og internasjonal forskning og samhandlingsreformen. Frisklivssentraler er kommunale kompetansesenter med veiledning og oppfølgingstiltak innenfor levevaneområdene fysisk aktivitet, kosthold og tobakksbruk som primærområde. Sentralene har et strukturert henvisnings- og oppfølgingssystem, hvor sentrale elementer er frisklivssamtaler, reseptperiode, aktiviteter og kurs, og egenaktivitet. Sentralt er eksistensen av lokale lavterskeltilbud gjennom idrettslag, frivillige organisasjoner, pasient og brukerorganisasjoner, private aktører og selvhjelpsgrupper.<sup>91</sup> Aktuell kompetanse i frisklivssentraler er endringsfokusert veiledning, helsesamtalen, treningslære, aktivitetsledelse, kostholdslære og "Bra mat kurs", hjelp til røykeslutt, kurs i depresjonsmestring, kommunal forvaltning og saksbehandling.<sup>92</sup>

Nasjonalt finnes det i dag rundt 140 frisklivssentraler. I Nordland<sup>93</sup> er det pr januar 2012 frisklivssentraler i 15 av 44 kommuner, i Troms<sup>94</sup> finnes dette i 10 av 25 kommuner. Tre kommuner i Finnmark<sup>95</sup>, har ansatt personell som skal arbeide med å etablere frisklivssentraler. Det vil si at 28 av 88 kommuner i Nord-Norge (snart) har frisklivssentraler.

Det har vært en stor utfordring å få til å drive frisklivssentraler fordi det er lite å hente av finansiering. Kommunene er små, men likevel er det få som samarbeider om felles frisklivssentraler.<sup>96</sup> I Troms har Sørreisa-Dyrøy og Storfjord-Lyngen inngått samarbeid.<sup>97</sup>

### Helsepersonell

I dette avsnittet tegnes det et bilde av hvor mange helsepersonell av ulike kategorier som jobber i kommunene i Nord-Norge.

### Sykepleie/sykepleiespesialiteter i kommunene

I norske kommuner er 17 % av de ansatte innenfor pleie og omsorg sykepleiere.<sup>98</sup> Blant sykepleiere generelt i Norge, er det mange som jobber deltid, slik at årsverksprosenten er 72,8. Det vil si at det

<sup>90</sup> Legeforeningens forskningsinstitutt 2005, Møreforskning 2008

<sup>91</sup> Veileder for kommunale frisklivssentraler, 2011.

<sup>92</sup> Foredrag ved Geir Lærum, Nordland Fylkeskommune 17.4.2012 <http://www.nsh.no/script/view.asp?id=342>

<sup>93</sup> <http://www.nfk.no/artikkel.aspx?Mld1=3929&Ald=16911>

<sup>94</sup> <http://www.tromsfylke.no>

<sup>95</sup> Hasvik, Måsøy og Sør-Varanger. Fylkesmannen har overtatt ansvaret for frisklivssentraler i Finnmark fra 2012.

<sup>96</sup> Informasjon fra FFK v/Juli Anne Staven 15.2.2012

<sup>97</sup> Info fra Kristina Forsberg, Troms fylkeskommune.

kan være en stor arbeidskraftreserve knyttet til den store utbredelsen av deltidsstillinger, såfremt arbeidstakeren selv ønsker heltidsstilling.

#### *Psykiatrisk sykepleie*

56 av 88 nordnorske kommuner har årsverk i psykiatrisk sykepleie i pleie- og omsorgstjenesten (2010). Kun en av de bitte små kommunene (Bjarkøy) med under 1 000 innbyggere i Nord-Norge har årsverk for psykiatrisk sykepleier (Tabell 6.3.1). 14 av de 27 ganske småkommunene med mellom 1000 og 2000 innbyggere har årsverk i psykiatrisk sykepleie. 21 av de 29 små kommunene med mellom 2000 og 5000 innbyggere har årsverk i psykiatrisk sykepleie. Alle utenom en av de middels store kommunene (5-10 000 innbyggere) har årsverk i psykiatrisk sykepleie. Bykommunene med over 10 000 innbyggere har minst 2 årsverk i psykiatrisk sykepleie.

#### *Geriatrisk sykepleie*

59 av 88 (67 prosent) av de nordnorske kommunene har geriatrisk sykepleier i pleie- og omsorgstjenesten (2010). Kun to av de bitte små kommunene har årsverk i geriatrisk sykepleie (Tabell 6.3.2). Halvparten av småkommunene med mellom 1000 og 2000 innbyggere, og 23 av 29 kommuner med mellom 2000 og 5000 innbyggere har årsverk i geriatrisk sykepleie.

#### *Kreftsykepleie*

33 av 88 nordnorske kommuner (38 prosent) har kreftsykepleier(e), selv om fire av disse ikke er ansatt i kreftsykepleierstilling (Tabell 6.3.3). Disse er fordelt slik mellom helseforetaksområdene (ikke ansatt i kreftsykepleierstilling i parentes): Finnmark 4 (+2), Troms og Ofoten 8 (+2), Nordlandssykehusområdet 12, Helgeland 5. Ingen av de aller minste kommunene (under 1000 innbyggere) har kreftsykepleier, og knapt hver fjerde av kommunene med mellom 1000 og 2000 innbyggere. Kun seks av de ni største kommunene (over 10 000 innbyggere) har i følge denne statistikken kommunal kreftsykepleier.

#### *Diabetessykepleie*

15 av de 84 kommunene som svarte på spørreundersøkelsen (det vil si 18 prosent av kommunene), har i dag stilling(er) for diabetessykepleier(e) i kommunen (Tabell 6.3.4). De 15 stillingene som diabetessykepleiere fordeler seg slik i forhold til fylkene: Nordland har ti, Troms har tre og Finnmark har to. De fleste stillingene i dag er altså i Nordland, som har denne utdanningen. Ingen av de bitte små kommunene har diabetessykepleier. Kun ni av de 38 små og middels store kommunene med mellom 1 000 og 5 000 innbygger som svarte på spørreundersøkelsen, har diabetessykepleier. Kun to av de ni store bykommunene i Nord-Norge har kommunal diabetessykepleier, og fire av de små bykommunene (Tabell 6.3.5).

Blant de 69 kommunene som ikke har stilling for diabetessykepleier, har 25 av dem planer om å opprette slik stilling. Disse er fordelt slik på fylkene; 14 i Nordland, 5 i Troms og 6 i Finnmark. Av de ti kommunene som planlegger en egen stilling som diabetessykepleier i kommunen, er ni i Nordland og en i Troms. 15 planlegger en slik stilling i samarbeid med andre kommuner, av disse er 6 i Finnmark, 4 i Troms, 5 i Nordland. Ut fra dagens stillinger og planer om stillinger, vil 59 prosent av Nordlandskommunene snart ha diabetessykepleier, det samme gjelder 32 prosent av Tromskommunene og 44 prosent av Finnmarkskommunene.

---

<sup>98</sup> Agenda, 2006.

### *KOLS/lungesykepleie*

Kun to kommuner rapporterer at de har stilling for KOLS/lungesykepleier (N=82), en i Finnmark og en i Troms. Ytterligere sju kommuner planlegger å opprette dette; en planlegger egen stilling for kommunen, og seks planlegger en stilling i samarbeid med andre kommuner. Blant de ni kommunene som har eller planlegger stilling for KOLS/lungesykepleier, er flertallet av kommunene små eller bitte små (Tabell 6.3.6). I resultatene fra spørreundersøkelsen samsvarer imidlertid ikke svarene om planlegging av stillingssamarbeid mellom kommunene med hverandre.

### *Ergoterapeuter*

I følge SSB er det i snitt i hele Norge 1,15 ergoterapeutårsverk pr 1000 innbyggere over 67 år (Tabell 6.3.7). I Finnmark og Nordland er snittet henholdsvis 0,47 og 0,81, det vil si langt under landsgjennomsnittet. Dette forklares av at kun fire av 19 kommuner i Finnmark og 14 av 44 kommuner i Nordland har ergoterapeut. I Troms er det imidlertid i snitt hele 2,71 ergoterapeutårsverk pr 1000 innbygger over 67 år. 12 av 25 kommuner i Troms har ergoterapeut, og Tromsø alene har 34 årsverk, noe som trekker opp gjennomsnittet. Til sammenligning så har Bodø kun 8 årsverk. En forklaring på dette kan være at den eneste ergoterapeututdanningen i Nord-Norge ligger i Tromsø.

Imidlertid stemmer ikke SSBs tall med opplysninger fra Ergoterapeutene.<sup>99</sup> Disse opplysningene innebærer at det er langt flere kommuneergoterapeuter i Finnmark (9 av 19 kommuner), at det er ergoterapeuter (ikke nødvendigvis i ergoterapeutstilling) i 19 av de 44 kommunene i Nordland.

### *Fysioterapeuter*

Det er registrert noe flere fysioterapeutårsverk pr 10000 innbyggere i kommunehelsetjenesten i de tre nordnorske fylkene, enn i landet som helhet (8,7) (Tabell 6.3.8). Finnmark toppe med 10,2 årsverk pr 10000 innbyggere, Troms har 9,8 og Nordland har 9,7 årsverk pr 10000 innbyggere. Alle kommunene i Finnmark, alle foruten en kommune i Troms, og alle foruten to kommuner i Nordland har registrert mer enn 0 fysioterapiårsverk.

### *Helsefagarbeidere og hjelpepleiere*

Den største enkeltgruppen av helsepersonell i norske kommuner er helsefagarbeidere/hjelpepleiere. Tall fra SSB viser at de nordnorske kommunene har et høyere antall årsverk for helsefagarbeidere/hjelpepleiere pr 1000 innbyggere over 67 år, enn landsgjennomsnittet som er på 55 årsverk pr 1000 innbyggere. Kommunene i Finnmark har i snitt 82 årsverk pr 1000 eldre, Troms og Nordland har henholdsvis 70 og 72 (Tabell 6.3.9).

En spørreundersøkelse blant pleie- og omsorgssjefer i hele landet, viser at helsearbeiderfaget blir vurdert som relevant og viktig for å dekke kommunens kompetansebehov, både i dag og på lengre sikt. Hele 97 % av kommunene oppgir at helsearbeiderfaget har svært stor eller ganske stor betydning for å dekke behovet for arbeidskraft og kompetanse i pleie- og omsorgstjenesten. En undersøkelse av kommunene som lærebedrifter, viser at rundt tre av fem kommunalsjefer stort sett har gode erfaringer med å ta inn lærlinger. Blant de som ikke har lærlinger, fremstår mangel på

---

<sup>99</sup> <http://www.netf.no/Ergoterapeutene/organisasjonen/Fylkesavdelinger/Lokallag/Finnmark/Fylkesavdelingen>

søkere som en viktig forklaring.<sup>100</sup> Dette handler trolig om hvilke muligheter som finnes for arbeid og for videre utdanning etter fagbrevet.

### Leger og utvalgte spesialiteter

Finnmark har langt flere legeårsverk (15,1) pr 10000 innbyggere enn resten av landet (9,6) og Troms og Nordland ligger litt over landsgjennomsnittet med henholdsvis 11,4 og 11,5 legeårsverk pr 10000 innbyggere (Tabell 6.3.10). Gjennomsnittstallet for hele landet på leger per 10000 innbyggere har økt fra 9,1 til 9,6 i femårsperioden 2006-2010. Antallet leger i helseforetakene øker langt raskere enn antallet fastleger.

69 lister i landet er uten lege. Nordland, Troms og Finnmark topper statistikken i andelen fastlegelister uten lege.<sup>101</sup> Få turnuskandidater med utdanning fra Norge ønsker å jobbe i de minste kommunene. Fagmiljø, arbeidsmulighet for partner, fagspesialitet og mulighet for videreutdanning er viktigste faktorer for valg av yrke og bosted. I praksis fylles mange av disse stillingene opp av utenlandske leger. 19 % av fastlegene i Norge er innvandrere, dette gjelder 20 % i Troms, 25 % i Nordland, og 27 % i Finnmark.

5004 av de 22 295 yrkesaktive leger i Norge jobbet pr 12.9.2011 som fastlege (eller allmennlege/kommunelege). Det stilles ikke krav om spesialisering i allmennmedisin for å være fastlege. 53 % av fastlegene er utdannet spesialister og gjennomsnittsalderen blant fastlegene er 46,9 år.<sup>102</sup> Kvinneandelen blant fastlegene er oppgitt til å være 40 prosent i Legeforeningens statistikk, og 35 prosent i data fra SSB. Andelen kvinner på medisinstudiet er mye høyere (62 % i 2010) enn kvinneandelen blant fastlegene, og den er økende.<sup>103</sup> Det forventes derfor en høyere kvinneandel blant fastlegene i fremtiden. Basert på dagens arbeidsmønster, vil dette ventelig bety flere fastleger som jobber mindre stillingsbrøk i fremtiden.

### *Godkjente legespesialister innen utvalgte spesialiteter i Nord-Norge*

Tallene gjelder spesialistgodkjenninger, slik at leger med mer enn én spesialistgodkjenning vil være regnet med én gang for hver spesialistgodkjenning.

Av de totalt 48 spesialistene i samfunnsmedisin i Nord-Norge er 27 dobbeltspesialister, hvorav minst 18 er spesialister i allmennmedisin i tillegg til samfunnsmedisin, og er da regnet med på begge disse spesialitetene (Tabell 6.3.11). I Nord-Norge er det Finnmark og Troms/Ofoten som har flest spesialister i allmenn- og samfunnsmedisin i forhold til antall innbyggere, og ligger langt over landsgjennomsnittet i forhold til allmennmedisin (Tabell 6.3.12). Finnmark har klart flest fastleger per innbygger, så selv om andelen spesialister i allmennmedisin er lav, kommer Finnmark fortsatt relativt bra ut med hensyn til antall spesialister i allmennmedisin i forhold til antall innbyggere. Ingen av spesialistene i allmennmedisin i Finnmark jobber i spesialisthelsetjenesten.

I forhold til samfunnsmedisin, ligger både Finnmark og Troms/Ofoten over landsgjennomsnittet.

Det er seks spesialister i geriatri i hele Nord-Norge, noe som betyr en dekning i Nord-Norge som er under landsgjennomsnittet. Av de seks spesialistene arbeider fire på UNN HF. Finnmark har ingen

---

<sup>100</sup> FAFO-rapport 2011:36 T Nyen, K Reegård og AH Tønder: Har vi lærefag som er relevante for kommunesektoren?

<sup>101</sup> Helsedirektoratet, 2009

<sup>102</sup> Legeforeningen 2011

<sup>103</sup> Legeforeningen 2011



spesialister i geriatri, og det er en hver i henholdsvis Nordre Nordland og Helgeland, og disse er ikke ansatt i helseforetakene.

Av de 18 spesialistene i fysikalsk medisin og rehabilitering i Nord-Norge, jobber kun en i Finnmark. I øvrige områder i Nord-Norge er dekningen over landsgjennomsnittet. 10 av de 18 spesialistene i fysikalsk medisin og rehabilitering i Nord-Norge er ansatt i helseforetak.

Det er lav legebemanning på sykehjem. Utfordringer er å begrense stillingsveksten i somatisk sykehusmedisin, opprette attraktive legestillinger i primærhelsetjenesten uten å svekke distriktene, øke unge legers kompetanse innen allmenntilmedisin, eldremedisin, psykiatri, rusmedisin, samhandling.<sup>104</sup>

### Oppsummering

I Finnmark og Troms er 30 av 44 kommuner "folkehelsekommuner", noe som innebærer nettverkssamlinger men ikke nødvendigvis at det er ansatt folkehelserådgiver. I Nordland har 38 av 44 kommuner samarbeidsavtale med fylkeskommunen, noe som innebærer folkehelserådgivere i disse kommunene. Det er stor variasjon mellom kommunene, arbeidet som folkehelserådgiver/koordinator blir gjerne "lagt på" en stilling som er plassert i helsesektoren. Kommunene samarbeider i liten grad om frisklivssentraler. 28 av 88 kommuner i Nord-Norge har i dag, eller holder på å etablere, frisklivssentraler.

To tredjedeler av de nordnorske kommunene har årsverk i psykiatrisk sykepleie. Det samme gjelder for geriatrisk sykepleie. For begge disse spesialitetene samt kreftsykepleie er det de aller minste kommunene som mangler videreutdannede sykepleiere. 33 av 88 kommuner har kreftsykepleier(e), men blant de som mangler er også tre av de ni store bykommunene i Nord-Norge. Knappt en av fem kommuner har diabetessykepleier, og kun to kommuner i hele Nord-Norge har KOLS/lungesykepleier.

Finnmark og Nordland har få kommuner med ergoterapeut, og ligger langt under landsgjennomsnittet i dekning pr 1000 innbygger over 67 år, mens Troms ligger langt over. I snitt ligger kommunene i Nord-Norge litt over landsgjennomsnittet i fysioterapeutårsverk pr 10000 innbyggere. De nordnorske kommunene har et høyere antall årsverk for helsefagarbeidere/hjelpepleiere pr 1000 innbyggere over 67 år, enn landsgjennomsnittet.

---

<sup>104</sup> Steinert 2011

## 6.4 Kompetanseplanlegging i kommunene

Her beskrives trekk ved status i kompetanseplanleggingen i kommunene og endringer som er på gang.

En ideell måte å summere opp de nordnorske kommunene sine kompetanseutviklingsbehov i forbindelse med samhandlingsreformen, ville være å studere kompetanseplanene til de 88 kommunene. Ideelt sett skulle planene for 2011, sendt inn til fylkesmennene i februar 2011, vise et samlet kompetansebehov knyttet til pleie- og omsorgstjenesten. Det har ikke vært krav om kompetanseplaner i forhold til folkehelsearbeid. Da Kompetanseløftet 2015 ble lansert som en del av Omsorgsplan 2015 i Stortingsmelding 25 (2005-2006), var dette knyttet til stortingsmeldingens strategi om kapasitetsvekst og kompetanseheving. Dette var imidlertid tre år før samhandlingsreformen ble lansert. Kompetanseløftet er derfor i utgangspunktet ikke dimensjonert for å møte samhandlingsreformen. Noen kommuner har skrevet inn samhandlingsreformen i sine planer for Kompetanseløftet, og andre har ikke.

En tidlig konklusjon i utredningsarbeidet høsten 2011, etter en gjennomgang av et utvalg kompetanseplaner fra kommunene og samtaler med saksbehandlere hos de tre fylkesmennene i Nord-Norge som har ansvar for Kompetanseløftet, var at de fleste kommunene ikke hadde avklart hvilket kompetansebehov de kommer til å få i forbindelse med samhandlingsreformen. Kommunenes planer i forhold til Kompetanseløftet er av veldig varierende kvalitet og omfang, fra ½ side til hele kurskataloger. Noen planer starter med å greie ut om kommunens behov, og om kommunen har noen spesielle grupper som må tas hensyn til. Andre planer går rett på tiltakene. Kompetansetiltakene kan i slike tilfeller være begrunnet i hva hver enkelt medarbeider har lyst til – og ikke begrunnet i en analyse av hva som er kommunens behov.

Kommunenes planer i forhold til Kompetanseløftet 2015 gir altså samlet ikke en oversikt over uløste kompetansebehov i forhold til samhandlingsreformen. En utfordring er at mange kommuner pr 2011 visste lite om hva de ville komme til å trenge.

### *Endringer som er på gang...*

To bidrag er lansert for å forbedre den kommunale planleggingen i forhold til samhandlingsreformen, og benyttes i økende grad:

- Veileder for kommunal kompetanseplanlegging i helse- og omsorgstjenestene. Denne er laget i Troms, av "Løkta", på oppdrag fra Fylkesmannen i 2010. Brukes i både Finnmark, Troms og Nordland, og spres nå til andre fylker.
- Kurs og nettverk i regi av KS: "Flink med folk i første rekke", man skal videreutvikle god ledelse og praksis for strategisk kompetansestyring, og lager strategiske kompetanseplaner.

### *Rapportering om aktivitet støttet gjennom Kompetanseløftet 2015*

Basert på rapportering av resultat og plantall for rekrutterings- og kompetansetiltak fra Kompetanseløftet 2015 kan vi summere antall helsepersonell i kommunene som holder på med kompetanseheving (som er støttet gjennom Kompetanseløftet).

Når en ser bort ifra de tre kommunene hvor det ikke er fylt ut noen tall for verken rekruttering eller kompetanseheving, viser data at det foregår kompetanseheving i 83 av de øvrige 85 kommunene.

Løpende lærekontrakter for helsefagarbeidere (Tabell 6.4.1) er for Nord-Norge oppgitt å være til sammen 243 i 2010, 264 i 2011 og 239 i 2012. 15 kommuner i Nordland har ikke slike lærekontrakter. I Troms gjelder dette 10 kommuner, og i Finnmark gjelder dette 7 kommuner.

Antallet hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og helsefagarbeidere fra Nord-Norge med fullført eller planlagt fullført utdanning i perioden 2010-2014, er til sammen 634 (Tabell 6.4.2).

Totalt 1330 personer i kommunesektoren i Nord-Norge har i 2010 fullført, eller planlegger å fullføre Demensomsorgens ABC i 2011-2014 (Tabell 6.4.3). I forhold til befolkningstall, er deltakelsen klart høyest i Finnmark, og lavest i Nordland. Totalt 40 har fullført eller planlegger å fullføre Eldreomsorgens ABC i perioden 2010-2014 (Tabell 6.4.4).

Til sammen 124 høgskoleutdannede fra kommunene i Nord-Norge har fullført videreutdanning i psykisk helse i 2010, eller det planlegges at de skal fullføre innen 2014 (Tabell 6.4.5).

52 høgskoleutdannede jevnt fordelt på Troms og Nordland har fullført eller planlegger å fullføre videreutdanning i miljøarbeid innen rusfeltet i perioden 2010-2014. Ingen fra kommunene i Finnmark tar denne utdanningen (Tabell 6.4.6).

Til sammen 127 høgskoleutdannede fra kommunene i Nord-Norge har fullført videreutdanning i geriatri eller eldreomsorg i 2010, eller det planlegges at de skal fullføre innen 2014. Hvis vi ser denne oversikten fra kommunene sammen med oversikten fra SSB over hvilke kommuner som har sykepleier med spesialisering innenfor geriatri, finner vi at en av fire kommuner verken har geriatrisk sykepleier eller høgskoleutdannet personell under utdanning innenfor geriatri. Alle disse kommunene utenom en er små eller rett i overkant av 2000 innbyggere (Tabell 6.4.7).

Til sammen 31 høgskoleutdannede fra kommunene i Troms og Nordland – og ingen fra Finnmark - har fullført videreutdanning i rehabilitering i 2010, eller det planlegges at de skal fullføre innen 2014 (Tabell 6.4.8).

Til sammen 116 høgskoleutdannede fra kommunene i Nord-Norge har fullført videreutdanning i kreftomsorg/lindrende pleie i 2010, eller det planlegges at de skal fullføre innen 2014 (Tabell 6.4.9). Hvis vi ser denne oversikten fra kommunene sammen med tallene fra Lindring i Nord om hvilke kommuner som har kreftsykepleier, finner vi at 42 % (37 av 88) av kommunene i Nord-Norge verken har kreftsykepleier, eller har noen under utdanning til å bli kreftsykepleier.

## 6.5 Interkommunale samarbeid om helse, helsetjenester og kompetanseutvikling

Hovedfokus i en casestudie av fem interkommunale helsesamarbeid har vært å finne eksempler på hvordan kommunene i Nord-Norge forholder seg til kompetanseutfordringer som følger av samhandlingsreformen. Rapporten fra casestudien (vedlegg) beskriver utvikling av helsetjenestesamarbeid og oppsummerer kompetansebehov i et utvalg av nordnorske interkommunale samarbeidsprosjektene om utvikling av helsetjenester. Det finnes altså flere samarbeidsprosjekter enn de som er tatt med i denne studien. Det understrekes at dette ikke er ment å være et utvalg av de beste interkommunale samarbeidsprosjektene. Studien består av en gjennomgang av rapporter fra, og dialog med, pilotprosjekter og interkommunale samarbeid i Nord-Norge som på ulik måte arbeider med kompetanseplanlegging, kompetanseutvikling eller felles kompetansetiltak i forhold til samhandlingsreformen. Det pekes på hva som er gjort av kompetanseutviklingstiltak, hva man er i ferd med å sette i gang, og erfaringer og utfordringer trekkes frem. Studien illustrerer hvor forskjellig de interkommunale samarbeidsprosjektene jobber i sin tilnærming til temaet. I dette avsnittet oppsummeres hovedresultatene.

### *Oppsummering av erfaringer og utfordringer i fem pilotprosjekter*

- Kompetansekartlegging er ressurskrevende.
- Anstrengelsene for å få til interkommunalt samarbeid kan beskrives ved hjelp av konkurranseperspektiv og proteksjonisme: hver kommune prøver lengst mulig å verne om sine innbyggere, sin kompetanse, og sine ressurser. Terskelen for å få i gang interkommunalt samarbeid blir høy.
- Det trenges en øremerket ressurs til å drive nettverksamarbeid. Kompetanseutvikling gjennom faglige nettverk drives ikke "av seg selv".
- Forutsatt fysiske møter i nettverkene, kommer en ikke utenom et budsjett til reiseutgifter.
- Det er behov for å bygge nye relasjoner mellom enhetene og nivåene for å få til mer utvikling og samhandling, etter som de som har etablert et samarbeidsforhold skiftes ut. Nye politikere, ledere og fagfolk kan ønske å prioritere annerledes og samarbeidet stopper litt opp.
- For å frikjøpe fagfolk i prosjektstillinger kreves det tid og innsikt til å søke midler, og hvis en får midler skal det skaffes personell på kort varsel da det er en frist for å bruke midlene.
- Gode miljø for praksisplasser for studenter, turnusplasser og elever, ses på som kompetansegivende, og samarbeid med utdanningsinstitusjonene blir viktig i det videre arbeidet med samhandlingsreformen.
- Stort fokus på å få til en felles forståelse i kommunene om samarbeidet, siden dette ofte er en stor utfordring i denne typen prosjekter.
- Utfordringen det pekes på fremover blir sannsynligvis økonomien. Kommunene kutter nå i sine tilbud. Det blir en stor utfordring å etablere nye tilbud med slike rammebetingelser.
- De to største utfordringene som det pekes på i forhold til tiltak som nettverk og kurs, er å få informasjon ut til målgruppene, og å få stor og god nok deltagelse. Dette krever tilretteleggelse fra ledere og forståelse for at det som tilbys er viktig å delta på.
- Effekter det pekes på:
  - Samhandling gir styrke; styrket fagkompetanse, samhandlingskompetanse, trygghet, stolthet og faglig identitet.

- Nettverk skaper større fagmiljø og stabilitet, muligheter for ideer, nytenkning og endringsvillighet.
- Samarbeid gir styrke og tyngde som samarbeids - og høringspartner.
- Utviklingsarbeid tar lang tid.
- Kommunene har mye kompetanse som kan og bør utveksles.

### *På hvilke områder styrkes helsetjenesten gjennom pilotprosjektene?*

Det er utfordrende å skulle sammenfatte interkommunale samarbeidsprosjekter, fordi de er så ulike både med hensyn til hvor lenge samarbeidet har vart, de har ulik organisering og ulikt fokus. Tabell 6.5.1 oppsummerer innenfor hvilke områder kommunene styrker, eller planlegger å styrke helsetjenestene. Oppsummering er strukturert etter ni prioriterte kompetansefelt. Det er i tillegg lagt til andre kategorier for å fange opp aktiviteten i pilotprosjektene.

Tabellen viser at det hittil er størst aktivitet innen kompetanseutvikling i forhold til kreft/lindrende behandling, og legevaktsamarbeid/ø-hjelp. Ut fra disse pilotprosjektene, kan det se ut som om det foregår lite interkommunalt utviklingsarbeid og samarbeid innenfor folkehelse, diabetes, KOLS og smittevern.

*Tabell 6.5.1: Innenfor hvilke kompetansefelt styrkes de kommunale tjenestene i pilotprosjektene?*

	<i>Midt-Finnmark</i>	<i>Nord-Troms</i>	<i>Bardu, Målselv, Salangen, Lavangen</i>	<i>8 Midt-Troms</i>	<i>Sør-Helgeland</i>
<b>Folkehelse</b>	Frisklivssentral				
<b>habilitering/ rehabilitering</b>	Hverdags- rehabilitering				<b>Samarbeid er under utvikling</b>
<b>Diabetes</b>	lærings- og mestringstilbud				
<b>Kreft</b>	Kreftnettverk (deling av personalressurser)	Styrking av kreftomsorg og lindrende behandling	Kreft/lindrende behandling, planlagt ambulant kreftteam	Fagnettverk lindrende behandling	
<b>Lungemedisin/ KOLS</b>	lærings- og mestringstilbud				
<b>Geriatrici</b>		Styrking av demens og geriatricifeltet. Pårørendeskole - demens (mestringsarena)		<b>Fagnettverk geriatrici</b>	
<b>Rus</b>		Styrking av arbeidet i forhold til rus og psykisk helse			
<b>Psykiatri</b>				Fagnettverk psykisk helse	
<b>Smittevern</b>					
<b>Elektronisk samhandling</b>	<b>Utvikle elektronisk samhandling</b>	Utvikling av elektronisk samhandling			Utredet legevaktsamarbeid og ø-hjelp.
<b>Interkommunal legevakt og ø- hjelp</b>		Ø- hjelp og nettverk for å forbedre ø- hjelp og sykestuetilbud	Fagutvikling for interkommunal legevakt	Alvorlig syke eldre i interkommunallegev akt (6 kommuner)	<b>Skal utrede samarbeid om dette i løpet av 2012</b>
<b>Annet</b>		Jordmortjenester	Utvikling av lokalmedisinsk senter	Felles plan- og strategiarbeid.  Saksbehandling og dokumentasjon	Forsterket sykehjem (observasjonssenger, forsterket lokal akuttberedskap, bedre ivaretagelse av kronikere)

### *Hvordan jobber kommunene i lag for å utvikle kompetanse?*

Kommunene jobber med kompetanseutvikling på ulike måter, og har ulike utfordringer:

Midt-Finnmark har startet på en omfattende **kartlegging av kompetanse** i de fire samarbeidende kommunene, hvor man ser på **tjenestetilbudet og på helsepersonellet (alder, stillingsprosent, hva som finnes av videreutdanning osv)**. Utfordringer med denne modellen, er at kartleggingen er ressurskrevende, og arbeidet er blitt forsinket. Har søkt eksterne midler til å sette i gang flere utviklingsprosjekter.

Nord-Troms har i flere år allerede satset på kompetanseutvikling gjennom **faglige nettverk** hvor samarbeidskommunene og til dels foretakene er representert, dette kom i gang etter en runde med **hospiteringer** på sykehus. Utfordringer her, fire år etter at prosjektperioden er over, er at det mangler en ressurs til å drive dette arbeidet videre, sette dagsorden og organisere nettverkene.

Bardu, Målselv, Salangen og Lavangen driver **kompetansekartlegging** (sykepleiere), utvikler samarbeid med universitet, arrangerer **fagdager**, lager felles **interkommunal kreftplan** med mål å lage et **interkommunalt tverrfaglig ambulant team** for kreft og eventuelt bruke denne modellen som pilot for andre fagteam.

Åtte kommuner i Midt-Troms jobber etter nettverksmodellen med å initiere og tilrettelegge for **fagnettverk**, driver **informasjonsvirksomhet** inkludert veiledning og rådgivning og **plan- og utviklingsarbeid** inkludert bistand ved planarbeid og prosjektarbeid, og initiering av FoU. En ressursgruppe møtes 1-2 ganger i året og evaluerer og drøfter innhold i kompetanseprogrammet for hvert år.

Kommunene på Sør-Helgeland har laget/skal lage hver sine kompetanseplaner. De planlegger tiltak innen akuttmedisin og vil utvikle **hospiteringsordninger** med sykehus.

### *Modeller for å ivareta fremtidig kompetansebehov*

Pilotprosjektene har ulike løsninger når det gjelder fremtidig organisering som skal utnytte ressursene i hver kommune bedre. Som utgangspunkt hadde vi et fokus på to typer kommunesamarbeid som grovt sett kan deles inn i to modeller; samarbeid mellom flere kommuner (samarbeidskommunemodellen), og samarbeid mellom en stor og en eller flere små kommuner (vertskommunemodellen). I praksis er det imidlertid vanskelig å plassere de fem prosjektene enten i den ene eller i den andre kategorien. Det er heller slik at kommunene samarbeider etter en vertskommunemodell i forhold til utvikling av distriktsmedisinske sentra og interkommunale legevakt/ø-hjelpssenger. Øvrige tiltak er organisert gjennom følgende modeller:

- Deling av personalressurser mellom kommuner
- Etablering interkommunale ambulante team
- Etablering og/eller drift av fagnettverk
- Utvikling av tvillingkompetanse
- Utvikling av interkommunalt samarbeid med utdanningsinstitusjonene i forhold til praksis

## 6.6 Utvikling av kronikeromsorgen i de nordnorske kommunene

Styrking av kommunenes omsorg for pasienter med langvarige lidelser (kronikeromsorg) er sentral i samhandlingsreformen. Forskning har vist at pasientmedvirkning, egenomsorg og det å involvere familie, er en uutnyttet ressurs og er viktig for en positiv effekt for helsen på lang sikt. Egenomsorg handler om å forstå egen sykdom, evaluere egen situasjon, utvikle ferdigheter i egen behandling, og det å vite hvor man finner hjelp. Det å lage en behandlingsplan for pasienten har vist seg å være en grunnleggende hjelp i pasientmedvirkning.

Dette avsnittet beskriver på hvilke måter kommunene i Nord-Norge er i ferd med å styrke kronikeromsorgen, hvilke kompetanseutviklingstiltak i forhold til kronikeromsorg som er prioritert, og i hvilken grad kommunene har rutiner for å lage og følge opp individuell plan sammen med denne pasientgruppen. Avsnittet er basert på spørreundersøkelsen til kommunene i Nord-Norge.

### *Iverksatte tiltak for å styrke kronikeromsorgen i kommunene*

Kommunene ble spurt om de har iverksatt ett eller flere av følgende tiltak for å styrke kronikeromsorgen; kompetanseheving for ansatte, styrket koordinering av tjenestetilbudet, økt støtte til egenomsorg, eller opprettet stillinger rettet inn mot kronikeromsorg (Tabell 6.6.1).

Fire av fem kommuner svarer at de har iverksatt kompetanseheving for ansatte for å styrke og utvikle omsorgen for kronikere. Den femtedelen som *ikke* har iverksatt kompetanseheving for å styrke kronikeromsorgen, består av flest små kommuner, enkelte middels store kommuner og en liten bykommune. 37 prosent av kommunene har styrket koordineringen av tjenestetilbudet, 15 prosent har økt støtte til egenomsorg og opplæring av pasienter for å mestre egen sykdom, og like mange har opprettet stillinger rettet inn mot kronikeromsorg.

Det er til sammen ni kommuner som ikke har iverksatt noen av de fire nevnte tiltakene for å styrke kommunens omsorg for kronikere, men fire av dem har iverksatt andre tiltak. Dermed er det fem kommuner som ikke har iverksatt noen tiltak for å styrke kommunens omsorg for kronikere. Alt i alt rapporterer altså 94 prosent av de nordnorske kommunene om at de har iverksatt ett eller flere tiltak for å styrke kronikeromsorgen. Fem små eller middels store kommuner rapporterer at de verken har iverksatt eller utreder noen tiltak for å styrke kronikeromsorgen.

14 kommuner svarer at de styrker kronikeromsorgen på en annen måte enn det som er foreslått i de ferdig formulerte svaralternativene som er gjengitt i tabellen. Halvparten av svarene er ikke så konkrete ("interkommunalt samarbeid, spesialisering mot kronikere, utarbeidet helse- og omsorgsplan, styrket samhandling av kommunale tjenester, utreder saken, kreft og demens"). De øvrige svarene er:

- Prosjekt etisk refleksjon er i gang.
- Opprettet demensteam og palliativt team.
- Opprettet demensteam, ressursgruppe lindrende behandling og omsorg, samt delvis frikjøp av kreftsykepleier.
- Pårørendeskole for personer med demens i samarbeid med nabokommune, dagtilbud for personer med demens åpner 1.9.2012.
- Opprettet aktivitørstilling i aktivitetssenter for eldre/funksjonshemmede.
- Opprettet flere spesialisttiltak ved DMS.
- Faglige nettverk internt i kommunen og regionalt.

- Styrket sykepleiefaglig kompetanse i hjemmesykepleien.

### *Kompetansehevingstiltak i forhold til seks diagnosegrupper*

Tabell 6.6.2 viser at den gruppen som flest kommuner har iverksatt kompetansehevingstiltak i forhold til, er pasienter med demens. Når en inkluderer planlagte kompetansehevingstiltak i 2012, vil 89 prosent av kommunene ha iverksatt eller planlagt kompetansehevingstiltak i forhold til demens. En nesten like stor andel kommuner, 80 prosent, har iverksatt eller planlegger kompetansehevingstiltak i forhold til kreft. Drøyt halvparten av kommunene (54 prosent) har iverksatt eller planlegger kompetansehevingstiltak i forhold til rus. En av tre kommuner har iverksatt kompetansehevingstiltak i forhold til diabetes, i tillegg planlegger en av fem dette i løpet av 2012. Færrest kommuner har iverksatt eller planlegger kompetansehevingstiltak i forhold til KOLS, kun tre av ti kommuner gjør dette.

Planlagte kompetansehevingstiltak som ikke er rettet mot en av de nevnte diagnosegruppene omfatter rehabilitering (3 kommuner), kompetanseheving i forhold til frisklivssentral (1), og i forhold til observasjonspasienter i sykehjem(1) og hjerte/kar (1).

To av de største byene tenker kompetanseheving i forhold til lærings- og mestringssenter.

### *Rutiner for å lage og følge opp individuell plan*

Kommunene svarte på to spørsmål om rutiner og individuell plan; om de har rutiner for å lage individuell plan sammen med pasienter med langvarige lidelser (Tabell 6.6.3), og om de har rutiner for å følge opp slike planer (Tabell 6.6.4). 77 av de 84 kommunene som svarte, rapporterer at de har rutiner for å lage en individuell plan sammen med pasienter med langvarige lidelser. Av de 77 kommunene, har 71 rutiner for å følge opp IP, to har ikke, to arbeider med å lage rutiner og to svarer vet ikke.<sup>105</sup>

### *Kommentarer om for dårlige rutiner*

Det var åtte kommentarer til svarene om kommunen har rutiner for å lage IP, og de dreide seg alle om at selv om kommunen har rutiner, så er disse enten for dårlige, det er ikke rutiner i tilstrekkelig eller ønsket grad, det gjøres arbeid med opplæring og oppfriskning av rutinene, kommunen er startfasen av dette arbeidet, kommunen jobber med dette nå, rutinene finnes men arbeidet må systematiseres eller at rutinene ikke er beskrevet i prosedyre.

De 13 kommentarene til om kommunen har rutiner for å følge opp individuell plan er gruppert i to i tabellen under; drøyt halvparten kommenterer at det trenges mer arbeid med rutinene for å følge opp IP, og de øvrige kommenterer at rutinene bør forbedres. I tillegg svarer en at dette følges opp av de som utarbeider IP, og en kommenterer at retningslinjer for koordinerende enhet nettopp er utarbeidet og skal vedtas av politisk utvalg.

---

<sup>105</sup> Det er tre kommuner som svarer at de har rutiner for å følge opp IP, samtidig som de svarer at de ikke har rutiner for å lage IP sammen med pasienten, eller at de arbeider med dette nå.



Tabell 6.6.5: Kommentarer til om kommunen har rutiner for å følge opp individuell plan

<b>Tema</b>	<b>Kommentar</b>
<i>Mer arbeid med IP trenges</i>	De en har må en evaluere. Er under evaluering. Kanskje ikke helt a jour. Delvis, kommunen har rutiner men arbeidet må systematiseres og tilpasses nye lover. Har rutiner, men de er ikke beskrevet i prosedyre Systemkoordinator jobber med dette i 2012.
<i>Rutinene bør forbedres</i>	Ja, men det er behov for forbedring. Ja, men for dårlig. Har rutiner men bør bli bedre, nettopp tilsatt koordinator for IP (koordinerende enhet). Ja, men IP skulle vært i bruk for flere pasienter enn det er i dag.

De fleste kommunene som mangler rutiner for å lage og å følge opp individuell plan sammen med pasienten, er i Nordland og er små med mellom 1 000 og 2 000 innbyggere.

### Oppsummering

Fire av fem nordnorske kommuner har satt i verk kompetanseheving for ansatte for å styrke og utvikle omsorgen for pasienter med langvarige lidelser. Diagnosegruppen som de fleste kompetansehevingstiltakene er rettet inn mot, er demens, og mye er også rettet inn mot kreft og psykiske lidelser. Drøyt en tredjedel rapporterer om at de har styrket kronikeromsorgen gjennom å styrke koordineringen av tjenestetilbudet, 15 prosent har opprettet stillinger og like mange har økt støtte til egenomsorg. En del kommuner kommenterer at de har for dårlige rutiner i forhold til individuell plan.

## 6.7 Hva er rekrutteringsutfordringene i kommunene?

Når det er mangel på en gruppe helsepersonell, har historien vist at det er kommunene i distriktet som er de første til å merke dette. I dette avsnittet settes det fokus på rekrutteringsutfordringene i kommunene. Hvilke typer helsepersonell er vanskelig å rekruttere, og i hvilke typer kommuner?

### *Hvordan beskriver de nordnorske kommunene rekrutteringsutfordringene?*

Spørsmålet til kommunene var formulert slik: *Hvis det er vanskelig å rekruttere helsepersonell til din kommune, hvilke grupper gjelder dette? (kryss av for inntil tre grupper)*. Helsepersonell er i denne sammenhengen avgrenset til å gjelde seks grupper; sykepleiere, spesialsykepleiere, helsefagarbeidere, leger, fysioterapeuter og ergoterapeuter.

Rekrutteringsproblemer i kommunene i Nord-Norge er størst i forhold til sykepleiere og spesialsykepleiere. To av tre kommuner har vanskeligheter med å rekruttere sykepleiere (Tabell 6.7.1), Tre av fire kommuner med under 2 000 innbyggere har problemer her, det samme gjelder over halvparten av de større kommunene (Tabell 6.7.2 og 6.7.3)). Halvparten av kommunene har vanskeligheter med å rekruttere spesialsykepleiere, og dette gjelder også de små bykommunene.

Drøyt fire av ti nordnorske kommuner har vansker med å rekruttere helsefagarbeidere. Her er problemene litt mindre i de største bykommunene enn det er i de øvrige kommunene. Det er kun seks kommuner i Nord-Norge som svarer at de ikke har vansker med å rekruttere helsepersonell. Av disse er to bitte små, to middels store, en liten bykommune og en av de ni største bykommunene.

### *Planlegging og nyrekruttering til pleie- og omsorgstjenesten*

Ut fra kommunenes rapportering til fylkesmannen i 2011, kan planlagt nyrekruttering for ulike typer helsepersonell summeres (Tabell 6.7.4). Kommunene i både Finnmark, Troms og Nordland planlegger reduksjon i antallet årsverk med ufaglærte assistenter/hjemmehjelper i 2011-2012 på til sammen 77 årsverk, i kommunene i Finnmark er den planlagte reduksjonen på kun to årsverk til sammen. Det planlegges samtidig en mer omfattende økning med 142 årsverk for kategorien hjelpepleier, omsorgsarbeider eller helsefagarbeider i alle fylkene i 2011-2012, men faktisk en reduksjon i Finnmark i 2012.

I Nord-Norge ble det planlagt en økning på 129 årsverk for sykepleiere i løpet av 2011-2012, drøyt 60 i Troms alene. Det meste av økningen av sykepleiere i Troms ble planlagt i Tromsø og Harstad (38 årsverk). I Nordland er det i hovedsak Vefsn og Sortland som står for den planlagte økningen. Det var ingen planer for nye årsverk for sykepleiere i kommuner med lokalmedisinske senter som Bardu og Nordreisa. Lenvik planla 3,8 ekstra sykepleiere i 2011. Det er kun *en* kommune som planla *reduksjon* i sykepleieårsverk (med 0,2 årsverk).

Det ble planlagt med en økning på til sammen 64 årsverk for vernepleier, og 15 årsverk for ergoterapeut /fysioterapeut i Nord-Norge i 2011-2012. For vernepleier ble det planlagt en økning på 19 årsverk i Nordland og 29 årsverk i Troms (21 i Tromsø/Harstad) i perioden 2011-2012, mens kommunene i Finnmark i sum ikke planla noen økning i årsverk for ergoterapeut/fysioterapeut eller vernepleier i 2012. Til sammen 3 av 19 kommuner i Finnmark, 5 av 25 kommuner i Troms, og 11 av 44 i Nordland, skrev ikke inn noen endringer i plantallene i antallet årsverk for noen av utdanningsgruppene. Det kan på den ene siden bety at det bevisst ble planlagt at det ikke skal være noen endringer, eller på den andre siden at man ikke har planlagt.

## 6.8 Utdanningsbehov

I spørreundersøkelsen til kommunene ble det stilt følgende spørsmål: Hvilke behov for nettbasert eller desentralisert grunn- og videreutdanning for helsepersonell i din kommune vil du melde inn til utdanningssektoren? Svarene er kategorisert og sammenfattet i dette avsnittet.

Sykepleier, helsefagarbeider og vernepleier er de tre grunnutdanningene som ble meldt inn av mer enn en kommune. Av videreutdanninger, så er det utdanninger i forhold til de prioriterte kompetansefeltene som topper; kreft, diabetes, KOLS/lungesykdommer, psykiatri og rehabilitering. Ti kommuner pekte spesielt på behovet for videreutdanning av helsefagarbeidere.

Tabell 6.8.1: Kommunenes innmeldte behov for nettbasert eller desentralisert grunn- og videreutdanning.

<b>Utdanningsbehov</b>	<b>Antall</b>
<b>GRUNNUTDANNINGER</b>	
Sykepleier	37
Helsefagarbeider	27
Vernepleier	13
fysioterapeut	1
ergoterapeut	1
<b>VIDEREUTDANNINGER</b>	
Kreft	18
Diabetes	16
KOLS/lungesykdom	12
Psykiatri, psykisk helse	12
Rehabilitering	12
Uspesifisert videreutdanning for helsefagarbeidere	10
Geriatrici	8
Rus	7
Demens, alderspsykiatri	7
Legevakt/akuttisykepleier, ø-hjelp	6
Palliasjon	6
Eldre og aldring	4
Sår/medikamentell behandling	3
Ernæring, eldre og ernæring	3
Videreutdanning som "allmennsykepleier" "distriktssykepleier" eller kommunesykepleier"	3
Hjerte/karsykdommer	2
Ledelse	2

I tillegg nevnte enkeltkommuner følgende utdanningsbehov: kognitiv terapi, hjerneslag, arbeid med individuell plan, medisinkurs, helsepedagogikk, miljøarbeid i boligjenesten, familienettverk, overvekt, smittevern, sorgarbeid, helsefremmende arbeid og tverrfaglig arbeid.

Videreutdanningene som er listet opp gjelder både helsefagarbeidere og høyskoleutdannede.

Ni kommuner svarte mer generelt; etter og videreutdanning for høyskolepersonell, alle aktuelle etter- og videreutdanninger på høyskolenivå og fagskoler, trenger fagpersonell med standard utdanning med god bredde, har samarbeid med studiesenter om helsefag, i samråd med regionalt kompetansekontor, har flere under utdanning nå men det er hele tiden behov for fagpersoner, stort

sett alt av videreutdanning innenfor helse, videreutdanning for ufaglærte og kompetansehevende tiltak for de med høyskoleutdanning, grunnutdanning for personell uten fagutdanning.

Sju kommuner skrev kommentarer, tre av dem mente at det er ikke tilbudet det er noe i veien med:

- Tilbudet er godt, problemet er å få ansatte og andre til å utdanne seg.
- Tilstrekkelig tilgjengelig utdanning – problemet er å ha kapasitet og økonomi til å dekke vikarutgifter i praksisperioder osv.
- Tilbudene finnes – utfordringen er nok mer å motivere ansatte til å ta videreutdanning og legge til rette for dette.

Fire hadde kommentarer til utformingen av videreutdanningen:

- Videreutdanning i sykepleie og fagarbeider må være i små bolker som er overkommelige i forhold til å være i arbeid.
- Kurs av typen "all inklusive" og kanskje med klinisk stige for helsepersonell som helsefagarbeidere og sykepleiere.
- Ordningen med krav til to års læretid for helsefagarbeidere er svært utfordrende for vår kommune på grunn av økonomi – kan bare ta inn tre men vet at seks har søkt om lærlingplass.
- Database der man raskt kan oppdatere seg mht spesielle lidelser.

Tre kommuner svarte at de ikke hadde noen spesielle behov, og tre kommuner hadde ikke avklart utdanningsbehov.

## 7 Felles arenaer for kompetanseutvikling

### 7.1 Innledning

Dette kapitlet handler om kunnskaps- og kompetanseoverføring som samhandlingsvirkemiddel,<sup>106</sup> konkretisert til å gjelde fire arenaer; faglige nettverk, hospitering, ambulerende team og praksiskonsulentordningen. På disse arenaene for kompetanseutvikling deltar både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.

#### *Bakgrunn*

Rapporten peker på den ene siden på kompetanseutvikling som det å utvikle formell kompetanse. På den andre siden tar kompetanseutvikling utgangspunkt i hvordan arenaer for kunnskaps- og kompetanseoverføring kan ses på som virkemidler for å utvikle samhandling. Bakgrunnen for delstudien av felles arenaer for kompetanseutvikling, var et behov for å vite mer om slike arenaer, og i den sammenheng er intensjoner med arenaene og partenes bidrag beskrevet, omfanget av arenaene er kartlagt og kommunenes opplevelse av flaskehals knyttet til slike arenaer er kartlagt.

#### *Metode og avgrensninger*

Tilnærmingen som ble valgt var i første fase en utforskende (eksplorerende) studie. Denne tilnærmingen brukes når man står ovenfor et fenomen man ønsker å vite mer om, uten at man har klare oppfatninger av hvordan dette skal analyseres, og hva resultatet skal bli. Datainnsamlingen startet med en innledende fase som inkluderte ustrukturerte observasjoner (søk på nettet og samtaler med i hovedsak representanter fra foretakssiden). Faglige utviklingsarenaer, nettverk og samhandlingsprosjekter ble listet opp. Veilederen for samarbeidsavtaler mellom kommuner og foretak, punkt 5.6 (tjenesteavtale nummer 6), avgrenser arenaer hvor begge parter (spesialisthelsetjenesten og kommunene) bidrar til kompetanseutvikling. På bakgrunn av denne avgrensningen, ble felles arenaer for kompetanseutvikling for spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten avgrenset til å gjelde faglige nettverk, hospiteringer, ambulerende team og praksiskonsulentordningen.

Videre ble det gjort en beskrivelse av kompetanseutviklingsarenaene; hvilke intensjoner som kan knyttes til de ulike arenaene, og en skisse av hva som er partenes (spesialisthelsetjenestens og primærhelsetjenestens) bidrag. Beskrivelsen er laget på bakgrunn av dokumentstudier og data fra casestudien av pilotprosjekter som beskriver interkommunale helsetjenestesamarbeid (rapportert i eget kapittel), supplert med beskrivelser fra en praksiskonsulent og en praksiskoordinator. De faglige bidragene er i flere tilfeller ikke nærmere avgrenset.

Etter den innledende fasen ble det klart at en dokumentasjon av omfanget av fellesarenaer for kompetanseutvikling kunne lages enten ved å spørre alle kommunene, eller ved å spørre foretakene. En problemstilling i kartleggingsarbeidet var hvordan få oversikt over hva som finnes av fellesarenaer for kompetanseutvikling. Denne oversikten er ikke samlet hos en person eller en avdeling i hvert foretak. Det er utfordrende å skulle samle inn data om dette, fordi respondentene er spredt mellom alle de relevante avdelingene i de fire foretakene, inkludert underavdelinger/seksjoner. Kommunealternativet ble valgt, i form av en spørreundersøkelse. Undersøkelsen er nærmere beskrevet i innledningskapitlet i sluttrapporten. I løpet av april og mai 2012 svarte 84 av 88

---

<sup>106</sup> PwC 2010.

kommuner i Nord-Norge på spørreundersøkelsen hvor faglige nettverk, hospiteringsordninger og ambulerende team fra spesialisthelsetjenesten er ett av temaene.

En avgrensning i form av prioriterte kompetansefelt er benyttet der det er hensiktsmessig: folkehelse, habilitering/ rehabiliteringsarbeid, smittevern, diabetes, kreft, KOLS, geriatri, rus og psykiatri. En følge av at avgrensningen av kompetanseutviklingsarenaer er hentet fra veilederen til samarbeidsavtalene mellom foretak og kommuner, hvor fylkeskommunen som part ikke inngår, er at det er lite fokus på folkehelse.

### **Problemstillinger**

Dette kapitlet skal beskrive arenaer hvor spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten begge deltar, hvor kunnskaps- og kompetanseoverføring er et virkemiddel for samhandling. Dette er formulert i følgende delproblemstillinger:

1. Hvordan kan kompetanseutviklingsarenaene beskrives?
2. Hvilke intensjoner er knyttet til de ulike typene kompetanseutviklingsarenaer?
3. Hva er de ulike partene (spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten) sine bidrag?
4. Hvor stor utbredelse/hvor stort omfang har de ulike typene kompetanseutviklingsarenaer?
5. Hva er utviklingsplaner og flaskehals knyttet til slike kompetanseutviklingsarenaer, sett fra kommunenes ståsted?

### **Om definisjoner, intensjoner og partenes bidrag**

I starten på hvert avsnitt er de ulike kompetanseutviklingsarenaene beskrevet, formål eller intensjon med de ulike arenaene er definert, og partenes bidrag er identifisert (definert som økonomiske og administrative i tillegg til de faglige). **En tidligere versjon av disse beskrivelsene er spilt inn som et bidrag til forberedelsene av inngåelse av samarbeidsavtale 6 mellom foretak og kommuner, som gjelder retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering.**

### **Beskrivelser av omfang, flaskehals og utviklingsbehov**

I andre del av hvert avsnitt beskrives utbredelsen av kompetanseutviklingsarenaer (i hvilken grad de nordnorske kommunene deltar i faglige nettverk, hvor mye de hospiterer, og i hvilket omfang de samarbeider med ambulerende team fra spesialisthelsetjenesten), samt de viktigste flaskehalsene for å få til kompetanseutvikling, og kommunenes planer for utvikling av slike arenaer. En oversikt over hvilke fagnett som finnes, med utgangspunkt i data fra helsekompetanse.no, er også inkludert. Beskrivelser av praksiskonsulentstillinger er laget på bakgrunn av informasjon på nettet, supplert med beskrivelser fra praksiskoordinatorer.

Kapitlet er strukturert i fire avsnitt, ett for hver type kompetanseutviklingsarena.

## **7.2 Faglige nettverk**

### **Avgrensninger**

Faglige nettverk består av virtuelle og ikke-virtuelle nettverk.

Formål: Faglige nettverk fremstår som en felles møteplass for utveksling av kunnskap og erfaringer. Deltakelse i slike nettverk gir helsearbeidere rom for faglig refleksjon og mulighet for kompetansebygging og styrket tverrfaglig samarbeid.

### **Fagnett**

Virtuelle nettverk (*fagnett*) er en virtuell møteplass innenfor et spesielt fagområde eller innenfor ei spesiell faggruppe. Fagnett kan være åpent eller lukket og etableres ved hjelp av internett- og/eller videokonferanseteknologi.

Partenes bidrag:

1. Økonomiske bidrag: investeringer i nødvendig utstyr for å kunne delta
2. Administrative og tekniske bidrag: drifte nettverket rent teknisk, sette dagsorden og kalle inn (hvis bruk av VK)
3. Faglige bidrag:
  - a. i form av å bidra med beskrivelse av konkrete case eller problemstillinger
  - b. i form av å forelese om et tema, gå igjennom et case mm

### **Andre faglige nettverk**

Andre faglige nettverk er de nettverkene som er basert på at man er fysisk til stede.

Partenes bidrag:

1. Økonomiske bidrag: Reiseutgifter og eventuelle vikarutgifter for deltakere
2. Administrative bidrag: Sette dagsorden, kalle inn og organisere nettverksmøtene
3. Faglige bidrag

### **Utbredelsen av fagnett (NST)**

Kun fagnett hentet fra helsekompetanse.no ved Nasjonalt senter for telemedisin og samhandling (NST) ligger til grunn for beskrivelsen av utbredelsen av fagnett. Det finnes til sammen ni fagnett innenfor de ni kompetansefeltene, inkludert de som pr mars 2012 var under utvikling. Det er flest fagnett i forhold til kreftomsorg. Det er ikke registrert noen fagnett i forhold til smittevern, diabetes, KOLS eller rus. Det er fire fagnettunder utvikling i regi av NST, tre av disse er for regionen Midt-Troms (Tabell 7.2.1 i vedlegget).

### **Omfanget av deltakelse i faglige nettverk fra kommunenes side**

Til sammen 66 av 84 kommuner som svarte på spørreundersøkelsen svarer at de jevnlig deltar i ett eller flere faglige nettverk i forhold til kreft, psykiske lidelser, demens, rus, diabetes eller KOLS. I tillegg til de som svarer at de deltar i faglige nettverk, svarer to kommuner at de "har et tett og nært samarbeid med spesialisthelsetjenesten på flere av disse områdene", og "deltar i en del nettverk". Tre respondenter svarer at de ikke vet.

Når det gjelder kreft, psykiske lidelser og rus, er det kommunegruppene av middels størrelse og de små bykommunene (altså kommuner med mellom 2 000 og 10 000 innbyggere), som har den høyeste andelen deltakere i nettverk (Tabell 7.2.2 i vedlegget). I forhold til demens er det imidlertid de bitte små kommunene og bykommunene som deltar mest.

Halvparten av kommunene deltar i nettverk om kreft (Tabell 7.2.3 i vedlegget); Finnmark har høyest andel kommuner som deltar (72 prosent) og Nordland lavest andel (39 prosent). 48 prosent av kommunene deltar i nettverk i forhold til psykiske lidelser, og fylkesforskjellene er små. Deltakelsen i demensnettverk er markert lavere i Finnmark sammenlignet med Troms og Nordland, til sammen 45 prosent av kommunene deltar. Få kommuner deltar i rusnettverk, kun 19 prosent, og relativt sett er

deltakelsen høyest i Finnmark og lavest i Nordland. Kun seks prosent av kommunene deltar i henholdsvis diabetesnettverk og KOLS-nettverk.

I tillegg til de nevnte nettverkene, oppgir ni kommuner at de også deltar i andre nettverk (folkehelsearbeid, ledernettsverk, rehabilitering, forbedrings- og kompetanse, forebyggende arbeid). Det er minst 13 kommuner som *ikke* deltar i noen av de nevnte nettverkene. 11 av disse er kommuner med under 2000 innbyggere. Tre er i Finnmark, tre i Troms og de øvrige sju er i Nordland.

### *Flaskehalsen for å delta i faglige nettverk*

De økonomiske sidene ved det å delta i faglige nettverk utgjør en betydelig flaskehals (Tabell 7.2.4 i vedlegget). For det første gjelder dette vikarutgifter, som 61 prosent av kommunene peker på, og for det andre er det oppholdsutgifter, som 29 prosent av kommunene peker på. I tillegg peker over halvparten av kommunene på manglende ressurser til å administrere nettverket, det vil si ressurser til å sette dagsorden og innkalle til møter osv. 39 prosent av kommunene svarer at det nettverket de ønsker seg, ikke er etablert.

Respondentene kunne også selv formulere svar under punktet "andre flaskehalsen". Disse svarene er kategorisert i fire punkter. Det første punktet er knyttet til det å ha ressurser til å administrere nettverk. Det andre gjelder økonomi:

- **Å ta initiativ og ha kapasitet** - seks kommuner svarer i tilknytning til dette at "noen" må ta initiativ, det er ikke satt på dagsorden, noen må ta ansvar, har ønske om å etablere fagutviklingsstillinger, det å få inn vikarer, kapasitet.
- **Økonomi og ressursbruk** - seks kommuner peker på dette; er en liten kommune med få ressurser, manglende økonomi, dårlig kommuneøkonomi, tid og penger, tid, økonomi og prioritering generelt.
- **Prioritering** - to kommuner peker på dette: faglige nettverk krever at alle prioriterer deltakelse, det er mange behov på en gang i forbindelse med samhandlingsreformen.
- **Utstyr til IKT og kunnskaper** om dette - en peker på dette.

En kommune kommenterer at de *ikke* opplever flaskehalsen i forhold til faglige nettverk.

### *Faglige nettverk som kommunene ser behov for å utvikle*

Spørsmålet til kommunene var: Hvilke faglige nettverk er det eventuelt planer om å utvikle? Til dette spørsmålet var det rom for å formulere svarene selv. Selv om spørsmålet gjaldt planlagte nettverk, er det noen kommuner som har skrevet om *ønskelige* nettverk. De fleste har imidlertid ikke svart i fulle setninger, slik at kun type nettverk er nevnt, og ikke om dette er noe man ønsker eller noe man planlegger. I teksten videre er svarene derfor omtalt som planer og ikke ønsker. En plan eller et ønske kan imidlertid ses på som et uttrykk for hvilke nettverk kommunene ser *behov* for at skal utvikles (Tabell 7.2.5 i vedlegget).

18 av kommunene planlegger nettverk i forhold til diabetes, og forrige avsnitt viste at slike nettverk er av de som er minst utbygd. 13 planlegger nettverk i forhold til kreft eller palliativ omsorg, av disse er det ti kommuner som ikke deltar i kreftfaglig nettverk fra før. Ti planlegger nettverk i forhold til rus. Sju og åtte av kommunene planlegger nettverk knyttet til enten psykiske lidelser, KOLS, eller demens. Når det gjelder kompetansefelt som ikke var nevnt i spørsmålet, er det sju kommuner som planlegger nettverk i forhold til rehabilitering. Seks kommuner planlegger nettverk innen



forebygging, folkehelse eller frisklivssentral. To planlegger nettverk i forhold til journalføring og meldingsutveksling.

I tillegg har enkeltkommuner nevnt følgende behov for nettverk; innen akuttstykkepleie, hud/sår, nevrologi, stomi, akuttmedisin/legevaktarbeid, og boligsosialt nettverk.

## 7.3 Hospitering

### *Avgrensninger*

Hospitering defineres som et tidsavgrenset opphold på en annen arbeidsplass.

Formål: at den som hospiterer skal oppdatere sin fagkompetanse eller lære seg noe nytt om arbeidsmåter, teknologi osv<sup>107</sup>.

Hospiteringsordninger kan avgrenses til å gjelde ordninger som er avtalefestet mellom partene, hvor krav til oppholdet kan være spesifisert med hensyn til varighet og omfang. Foreløpig er inntrykket at det er få avtalefestede hospiteringsordninger. Jordmortjenestene ser ut til å være de som har dette mest organisert. En forespørsel i UNN-systemet har ikke funnet noen avtalefestede hospiteringsordninger.<sup>108</sup> Hypotesen så langt, er at det er mange åpne dører, og lavere terskler for å hospitere inn på lokalsykehus, men det finnes få avtalefestede hospiteringsordninger.

Fra 1.1.2010 er reglene endret for allmennlegers strukturerte hospitering ved sykehusavdeling. Strukturert hospitering er regulert av spesialistreglene i allmenntmedisin – utfyllende bestemmelser.<sup>109</sup> Det er ikke identifisert tiltak med hospitering for leger andre veien, eller for allmennleger som ikke holder på med spesialisering.

Identifisering av partenes bidrag til drift av hospiteringsordning:

1. *økonomiske* bidrag kan knyttes til vikarutgifter og reise- og oppholdsutgifter for parten som hospiterer samt eventuelle bidrag fra parten det hospiteres hos i form av rimelig leie av tjenestebolig
2. *administrative* bidrag i form av å gjøre de konkrete avtalene om hospitering mellom parten som hospiterer og parten det hospiteres hos
3. *faglige* bidrag kan knyttes til kunnskapsoverføring mellom parten som hospiterer og parten det hospiteres hos

### *Omfanget av hospitering*

Omfanget av hospiteringer er beskjedent. Omfanget av hospitering fra kommunene i spesialisthelsetjenesten er i dag betydelig større enn hospiteringen den andre veien.

---

<sup>107</sup> Definisjon hentet fra Fafo-rapport 2010:16, Andersen et al.

<sup>108</sup> Heidi Jacobsen Nasjonalt Senter for telemedisin og samhandling 29.3.2012

<sup>109</sup> <http://legeforeningen.no/Emner/Spesialiteter/Allmenntmedisin/spesialistreglene-i-allmenntmedisin-utfyllende-bestemmelser/> Se også <http://www.helse-finmark.no/praksisnytt-finmark/hospitering-for-allmennleger-i-sykehus-article73881-19335.html>

### Hospitering fra kommunene til spesialisthelsetjenesten

Helsepersonell fra 23 av de nordnorske kommunene (27 prosent) har hospitert i spesialisthelsetjenesten i løpet av det siste året (Tabell 7.3.1 i vedlegget). I alt 14 kommuner har hospitert i forhold til ett eller flere av de ni prioriterte kompetansefeltene (Tabell 7.3.2 i vedlegget). Ni kommuner har hospitert i forhold til kreftomsorg og/eller lindrende behandling, og tre kommuner har hospitert i forhold til psykisk syke/psykiatri. En kommune har hospitert i forhold til diabetes, en i forhold til demens, og en i forhold til KOLS. Ingen har hospitert i forhold til smittevern eller rus.

Ni kommuner har hospitert i forhold til andre kompetansefelt enn de ni prioriterte (Tabell 7.3.3), dette omfatter sårstell, akuttmedisin, pasientforløp og samhandling. De fleste kommunene svarte konkret på spørsmålet om hospitering, men også mer generelle svar ble gitt, som at man har hospitert hos de fleste pasientgruppene på sykehus, og hospitert for å lære bruk av medisinsk teknisk utstyr.

Sykepleiere er den typen helsepersonell som i størst grad hospiterer (19 kommuner). I tillegg foregår en del hospitering blant jordmødre og helsefagarbeidere/hjelpepleiere. Henholdsvis fem og seks av kommunene har sendt disse personellgruppene på hospitering siste år.

Helsefagarbeidere/hjelpepleiere har hospitert i forhold til sykehjemspasienter, lindrende behandling og sårstell. Ergoterapeut eller fysioterapeut har hospitert fra kun en kommune, dette i forbindelse med rehabilitering.

Det er ikke rapportert om noen fastleger som har hospitert i spesialisthelsetjenesten. Det er en mulighet for at fastleger tar hospitering som kursvirksomhet uten at kommunen er involvert, siden de fleste av dem er selvstendig næringsdrivende.

Av de 23 kommunene som har sendt helsearbeidere på hospitering, er sju i Finnmark, sju i Troms og ni i Nordland. Både små og store kommuner sender helsearbeidere på hospitering, men det er blant de bitte små kommunene (40 prosent) og de middels store kommunene (36 prosent) at man i størst grad har benyttet seg av hospitering (Tabell 7.3.4 i vedlegget).

### Hospitering fra spesialisthelsetjenesten til kommunene

Kun fire kommuner oppgir at de har hatt helsepersonell fra spesialisthelsetjenesten på hospitering det siste året (Tabell 7.3.5 i vedlegget). Dette var sykepleiere i to av tilfellene, i forhold til de to øvrige er det ikke oppgitt hva slags personell dette var, men en var innenfor psykiatri. Hospiteringen i kommunene har foregått i forhold til dialyse, demens og medisinske prosedyrer, den siste er ikke oppgitt.

### *Flaskehals for å få til hospitering i spesialisthelsetjenesten*

Den største flaskehalsen for å få til hospitering i spesialisthelsetjenesten, er knyttet til det å skaffe vikar for den som hospiterer. 86 prosent av kommunene i Nord-Norge peker på dette (Tabell 7.3.6 i vedlegget). Drøyt halvparten av kommunene (54 prosent) peker på at reise og oppholdsutgifter er en flaskehals. Til sammen peker 92 prosent av kommunene på en eller to flaskehals for hospitering som er knyttet til økonomi og/eller vikar. Det å få til avtaler med spesialisthelsetjenesten om hospitering oppfattes ikke som noen stor flaskehals i kommunene, kun 14 prosent av kommunene i Nord-Norge peker på dette.

12 respondenter kommenterer flaskehals for hospitering. Tre av kommentarene er knyttet til økonomi; at hospitering er kostnadskrevende, at flaskehalsen er å ha nok personale på jobb slik at

noen kan dra på hospitering, og at hospitering er kostnadskreven. To kommenterer at en flaskehals er å motivere personell til å hospitere, og to at det ikke er kultur for hospitering eller at dette ikke er satt på dagsorden. To kommenterer at flaskehalsen er organisering, at man må lage en plan for hospitering internt i kommunen. Andre momenter som er nevnt er at ansatte har småbarn og omsorgsansvar (noe som gjør hospitering vanskelig), eller at hospitering er et spørsmål om prioritering av utvikling kontra drift. En kommenterer at hospitering skal gå greit i forhold til avtaler man er i gang med mellom kommunen og helseforetak. En peker på at hospitering er en sammensatt utfordring hvor både kommunes utgifter, forventet kompetanseutbytte, samt ansattes interesse spiller inn.

### *Hospiteringsordninger som pekes på som aktuelle å utvikle*

81 kommuner svarte på spørsmålet "Hvis det er aktuelt for kommunen å utvikle hospiteringsordninger; hvilke?". Til dette spørsmålet kunne respondentene formulere svaret selv. Mange svar inneholder flere av momentene som er oppsummert i tabell 7.3.7. I 53 av svarene pekes det på ett eller flere kompetansefelt (se egen tabell) som er aktuelle for hospitering. I 16 svar pekes det ikke på konkrete kompetansefelt, men svarene tolkes som positive til å utvikle hospiteringsordninger, og mange peker på at de holder på å vurdere hospitering (jfr utarbeidelsen av samarbeidsavtale 6 mellom foretak og kommuner). Fire kommuner påpeker at hospitering er viktig for å styrke samhandling. To påpeker imidlertid at hospitering må skje ut fra reelle og aktuelle behov, at det ikke er noe poeng å lære noe man kanskje får bruk for en gang i fremtiden.

Tabell 7.3.7 Hospiteringsordninger som kommunene mener at det er aktuelt å utvikle (N=81)

<b>Hvis det er aktuelt for kommunen å utvikle hospiteringsordninger; hvilke:</b>	<b>Antall kommuner</b>
Hospitering i forhold til ett eller flere kompetansefelt/diagnosegrupper	53
<i>Generelle positive svar til hospitering; aktuelt med hospitering, innenfor de fleste områder, ikke avklart, hospitering med UNN, i spesialisthelsetjenesten, har opprettet gruppe som skal finne ut om temaet, dette er noe vi vurderer, i samarbeid med andre kommuner og sykehus, se avtale 6, har fått muntlig avtale med sykehuset men har ikke praktisert enda, aktuelt men ikke tilstrekkelig avklart til å gi opplysninger her, vi har dialog med sykehuset mht aktuelle hospiteringsordninger, gjensidig hospiteringsordning, hospitering viktig i samhandling, hospitering viktig mht samhandlingsreformen</i>	16
<i>Generelle svar som er nøytrale eller negativ til hospiteringer; ingen foreløpig, usikker, har ikke kapasitet, ikke aktuelt foreløpig, vet ikke, foreløpig ikke planer, kan ikke svare her, ikke vurdert</i>	8
Hospitering som følge av behov knyttet til enkeltpasienter	4

Seks kommuner legger vekt på at hospiteringsordninger må være gjensidige. Enkelte kommuner har fremmet konkrete ønsker for hospitering fra spesialisthelsetjenesten til kommunene: i forhold til folkehelse og frisklivssentral, rehabilitering i hjemmetjenesten, og i kommunal korttidsavdeling.

Svarene fra de 53 kommunene som nevner en eller flere konkrete diagnosegrupper eller kompetansefelt som er aktuelle for hospitering i spesialisthelsetjenesten, er kategorisert og telt opp (tabell 7.3.8 i vedlegget). I første omgang ble svarene sortert etter ni kompetansefelt som er prioritert i strategiarbeidet (men ingen kommuner pekte på hospitering i forhold til to av disse kompetansefeltene; folkehelsearbeid og smittevern).

Utvikling av hospiteringsordninger i forhold til kreftomsorg og palliativ omsorg er nevnt av 30 av kommunene. De fleste i denne kategorien peker på palliativ omsorg. Det er videre fem aktuelle områder som trekkes frem av 11-14 kommuner. Dette er KOLS/lungesyksommer, habilitering/rehabilitering, diabetes, geriatri inkludert demens, og akuttmedisin/akuttsykepleie/hospitering opp mot ø-hjelpsplasser. I tillegg nevner to kommuner hospitering i forhold til livsstilssykdommer, noe som kan bety både diabetes og KOLS.

Hospiteringsordninger som nevnes av fem og seks av kommunene, er på medisinsk avdeling og innen psykiatri eller psykisk helse. Hospitering på kirurgisk avdeling og i forhold til sårstell nevnes av tre kommuner. To kommuner nevner hospitering for å lære mer om prosedyrer i spesialisthelsetjenesten, og hospitering i forhold til rus.

Følgende 13 aktuelle hospiteringsordninger ble også nevnt, men kun av enkeltkommuner: hjerte, somatisk, dialyse, hofte- og kneopererte, hjerneslag, intensivavdeling, medisinsk poliklinikk, opplæring i teknisk utstyr, hud/lysbehandling, elektronisk meldingsutveksling, at fysioterapeuter og jordmødre får hospitere, interkommunal hospitering.

## 7.4 Ambulerende team

### *Avgrensninger*

Ambulerende team er fagfolk som forflytter seg ut fra arbeidsplassen som de til daglig er tilknyttet. Denne avgrensningen inkluderer ikke (inter-) kommunale team som kun består av ansatte i primærhelsetjenesten.

Formål et kan ses på som todelt: for det første at fagfolk fra spesialisthelsetjenesten møter fagfolk fra primærhelsetjenesten i forhold til enkeltpasienter eller pasientgrupper, dette kan kombineres med det andre formålet, som er at fagfolk reiser ut til kommunen der pasienten bor og møter pasienten der.

Partenes bidrag knyttet til formål 1:

1. *Økonomiske* bidrag knyttes til reise- og oppholdsutgifter for spesialisthelsetjenesten
2. *Administrative* bidrag består av å sette dagsorden og kalle inn.
3. *Faglige* bidrag

Partenes bidrag knyttet til formål 2:

1. *Økonomiske* bidrag knyttes til reise- og oppholdsutgifter for spesialisthelsetjenesten
2. *Administrative* bidrag består av at primærhelsetjenesten trekker inn ambulerende team når de har avdekket behov (og eventuelt organiserer pasientmøter/konsultasjoner).
3. *Faglige* bidrag

### *Utbredelsen av ambulerende team som samarbeider med kommunene*

Spørsmålet som ble stilt var: Innenfor hvilke kompetansefelt har kommunen jevnlig samarbeid med ambulante team fra spesialisthelsetjenesten?

Resultatet viser at utbredelsen av ambulante team er størst innenfor psykiatrien (tabell 7.4.1 og 7.4.2 i vedlegget). Fire av fem kommuner samarbeider med ambulante team innenfor psykiatri. Det er

blant de bitte små kommunene og de store bykommunene at det er størst andel som samarbeider med ambulante team innenfor psykiatri.

61 % av kommunene samarbeider med ambulante team i forhold til habilitering/rehabilitering. Dette gjelder kommuner i alle fylkene; 56 prosent av Finnmarks- og Tromskommunene, og 66 prosent av kommunene i Nordland.

Nesten halvparten av kommunene (48 %) samarbeider med ambulante team i forhold til rus. Sett i forhold til kommunestørrelse og fylkesfordeling, så er det de store og små bykommunene i Troms og Nordland som i størst grad samarbeider med ambulante team innenfor rus, og andelen er høyest i Nordland (58 prosent av kommunene).

43 prosent av kommunene samarbeider med ambulante team i forhold til geriatri. Dette gjelder 64 prosent av Tromskommunene, 60 prosent av Finnmarkskommunene og kun 21 prosent av Nordlandskommunene. Det vil si at 32 Nordlandskommuner ikke samarbeider jevnlig med ambulante team i forhold til geriatri. I forhold til kommunestørrelse, er det kun 26 prosent av de små kommunene som samarbeider med ambulante team (kun en liten og en bitteliten Nordlandskommune).

Hver tredje kommune samarbeider med ambulante team i forhold til kreftomsorg. De fleste av disse (16) er i Nordland, åtte er i Troms og tre er i Finnmark. Dette omfatter kun to av de bitte små kommunene, og hele seks av de ni store bykommunene.

Kun 7 kommuner (8 prosent) samarbeider med ambulante team i forhold til diabetes. Av disse er det fire store bykommuner, de øvrige er en bitteliten, en liten og en middels stor kommune. Fire er i Nordland, to i Finnmark og en i Troms.

Kun seks av kommunene (7 prosent) samarbeider med ambulante team i forhold til KOLS. Disse fordelt på alle fylker og kommunestørrelser.

Til sammenligning så går det frem av en undersøkelse blant norske kommuner om tilbud fra spesialisthelsetjenesten i kommunen i form av ambulerende team i 2007, at 49 prosent av kommunene oppgir at det finnes ambulerende team med spesialkompetanse i psykiatri, 28 prosent innenfor demens, 26 prosent innenfor kreftomsorg, 20 prosent i geriatri og 17 prosent at har tilbud fra spesialistteam med kompetanse i rehabilitering.<sup>110</sup> I forhold til disse nasjonale tallene fra 2007, har en større andel av de nordnorske kommunene i dag samarbeid med ambulerende team, dette gjelder innenfor alle kompetansefelt.

## 7.5 Praksiskonsulentordningen

### *Avgrensninger*

Praksiskonsulentordningen består av at allmennleger arbeider i deltidsstillinger inne på sykehus/i helseforetak, og gjennom sin kjennskap til både første- og andrelinjetjenesten prøver å identifisere områder der samarbeidet ikke fungerer optimalt mellom de to delene av helsevesenet.<sup>111</sup>

Formål: å fremme og utvikle samarbeidet mellom fastleger, øvrig primærhelsetjeneste og sykehus.

---

<sup>110</sup> Ytnehus og Nuland 2007

<sup>111</sup> Formuleringer fra Helse-Finnmark.no, Praksiskonsulentordningen i Finnmark.

Praksiskonsulentordningen har spredd seg til Norge fra Danmark. Den startet i Tromsø, Stord og Stavanger for rundt ti år siden. PKO er beskrevet som om at den har vært preget av dugnadsånd, entusiaster og idealister i oppstartsfasen.

I dag står tre av fire PKO-stillinger i Helse Finnmark ubesatt. UNN har ni praksiskonsulenter og to praksiskoordinatorer, Nordlandssykehuset har en og skal opprette tre nye i løpet av året, og Helgelandssykehuset har fire pluss en praksiskoordinator.

Partenes bidrag:<sup>112</sup>

1. *Økonomiske* bidrag: spesialisthelsetjenesten dekker PKO-ernes lønn/honorar som er regulert av sentral avtale mellom Den norske legeforening og RHF. Spesialisthelsetjenesten dekker også nødvendige reise- oppholds- og administrative kostnader.
2. *Administrative* bidrag: Kommunene godtar at fastleger som er ansatt som PKO i helseforetaket bruker tid på dette istedenfor kommunal bistilling. Helseforetakene bidrar med støttefunksjoner for PKO, for eksempel websidearbeid og grafisk layout ved utarbeidelse av brosjyrer. Både kommuner og helseforetak lar andre fagfolk bruke tid til samarbeid med PKO. Andre steder i Norge er også sykepleiere og fysioterapeuter praksiskonsulenter.
3. *Faglige* bidrag: Fastleger i PKO-stilling bidrar med kunnskap om førstelinjetjenesten inn mot helseforetaket og med kunnskap om helseforetaket ut mot førstelinjetjenesten, spesielt på områder med samarbeidsutfordringer. Helseforetakets fagfolk bidrar med kunnskap i kurs og møter, og i nettbasert informasjon på helseforetakenes hjemmesider:

Legesida og Praksisnytt i Helse Finnmark <http://www.helse-finnmark.no/legesida/category25488.html>

Fastlegenytt i UNN <http://www.unn.no/fastlegenytt/category24459.html>

Samhandlingssiden i NLSH <http://www.nlsh.no/samhandling/category19994.html>

Fastlegenytt i Helgelandssykehuset <http://www.hsyk.no/fastlegenytt/category26752.html>.

### **Omfang**

I forhold til de ni prioriterte kompetansefeltene, så arbeider dagens praksiskonsulenter i Nord-Norge innenfor kun fire av dem; kreft, geriatri, rus og psykiatri. To PKO er knyttet til psykiatri, en til rus og psykiatri, to til kreft, og en til geriatri. Det er ikke registrert noen PKO som har sine stillinger knyttet til verken folkehelsearbeid, habilitering/rehabilitering, smittevern, diabetes eller KOLS (tabell 7.5.1 i vedlegget).

## **7.6 Oppsummering**

Bakgrunnen for studien var et behov for å kartlegge trekk ved arenaer hvor spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten begge deltar, hvor kunnskaps- og kompetanseoverføring er et virkemiddel for samhandling. I den sammenheng er intensjoner med arenaene og partenes bidrag beskrevet, omfanget av arenaer er kartlagt og kommunenes opplevelse av flaskehals knyttet til slike arenaer

---

<sup>112</sup> Teksten er formulert av praksiskoordinator Anette Fosse, basert på en beskrivelse av praksiskonsulentordningen i Finnmark ved PKO Arve Østlyngen.

er kartlagt. Felles arenaer for kompetanseutvikling ble avgrenset til å gjelde faglige nettverk, hospitering, ambulerende team og praksiskonsulentordningen.

### **Oppsummering av intensjoner og av partenes bidrag**

Felles for alle de fire beskrevne arenaene, er at kompetanseutvikling er en av flere intensjoner med tiltakene. Andre intensjoner er knyttet til å fremme og utvikle samarbeidet mellom nivåene, og fremfor alt er hensikten bedre omsorg og mer helhetlig og sammenhengende behandling.

I tabell 7.6.1 oppsummeres økonomiske og administrative bidrag som anses for å være sentrale for å drifte fire samhandlingsarenaer for kompetanseutvikling.

*Tabell 7.6.1 Oppsummering av økonomiske og administrative forutsetninger som er sentrale for fire arenaer for kompetanseutvikling*

<b>Partenes bidrag:</b>	<b>Fagnett</b>	<b>Andre faglige nettverk</b>	<b>Hospitering</b>	<b>Ambulerende team</b>	<b>Praksiskonsulenter</b>
<i>Økonomiske</i>	Teknisk utstyr	Reiseutgifter, vikarutgifter	Vikarutgifter, reise- og oppholdsutgifter	Reise- og oppholdsutgifter	Lønn, reise- og oppholdsutgifter, administrative kostnader
<i>Administrative</i>	Teknisk drift av nettverk, sette dagsorden, kalle inn	Sette dagsorden, kalle inn, organisere møter	Utforme avtaler	Sette dagsorden, kalle inn, trekke inn team når behov er avdekket	Støttefunksjoner, tid til samarbeid

### **Oppsummering av utbredelse og omfang**

Tabell 7.6.2 er en kvantitativ oppsummering av omfanget av faglige nettverk, hospiteringsordninger, ambulerende team og PKO i forhold til ni prioriterte kompetansefelt. Tabellen viser at:

- Arenaer for kunnskaps og kompetanseoverføring innenfor habilitering/rehabilitering finnes i forhold til ambulerende team.
- Arenaer for kunnskaps og kompetanseoverføring innenfor diabetes finnes i noen grad i forhold til faglige nettverk og ambulerende team.
- Arenaer for kunnskaps og kompetanseoverføring innenfor kreft finnes i første rekke i faglige nettverk, dernest i forhold til ambulerende team men også gjennom hospitering og PKO.
- Arenaer for kunnskaps og kompetanseoverføring innenfor KOLS finnes i noen grad i forhold til faglige nettverk og ambulerende team.
- Arenaer for kunnskaps og kompetanseoverføring innenfor geriatri finnes i faglige nettverk og i forhold til ambulerende team.
- Arenaer for kunnskaps og kompetanseoverføring innenfor rusfeltet finnes først og fremst i forhold til ambulerende team, dernest i forhold til faglige nettverk.
- Arenaer for kunnskaps og kompetanseoverføring innenfor psykiatri finnes i hovedsak i forhold til ambulerende team og i faglige nettverk, men også gjennom hospitering og PKO.
- I forhold til smittevern og folkehelsearbeid, har kommunene i Nord-Norge lite eller ingen aktivitet på samhandlingsarenaene som omfattes av spørreundersøkelsen.

Tabell 7.6.2 Oppsummering av fellesarenaenes omfang. Antall kommuner i Nord-Norge som deltar i faglige nettverk, har hospitert, eller samarbeider med ambulante team (N=85), samt antallet praksiskonsulenter i landsdelen. Fordeling på prioriterte kompetansefelt.

	<i>Faglige nettverk</i>	<i>Hospitering</i>	<i>Ambulerende team</i>	<i>Antall praksiskonsulenter</i>
<i>Folkehelsearbeid</i>	-	-	-	-
<i>Habilitering/ rehab.</i>	-	1	51	-
<i>Smittevern</i>	-	-	-	-
<i>Diabetes</i>	5	1	7	-
<i>Kreft/lindrende</i>	42	9	27	2
<i>KOLS</i>	5	1	6	-
<i>Geriatri</i>	38	1	36	1
<i>Rus</i>	16	-	40	-
<i>Psykatri</i>	40	3	66	2

### *Oppsummering av planer for utvikling av fellesarenaer*

18 av kommunene planlegger nettverk i forhold til diabetes, forrige avsnitt viste at slike nettverk er av de som er minst utbygd. 13 planlegger nettverk i forhold til kreft eller palliativ omsorg, av disse er det ti kommuner som ikke deltar i kreftfaglig nettverk fra før. Ti planlegger nettverk i forhold til rus. Sju og åtte av kommunene planlegger nettverk knyttet til enten psykiske lidelser, KOLS, eller demens. Når det gjelder kompetansefelt som ikke var nevnt i spørsmålet, er det sju kommuner som planlegger nettverk i forhold til rehabilitering. Seks kommuner planlegger nettverk innen forebygging, folkehelse eller frisklivssentral.

For til sammen 85 prosent av kommunene gjelder det at de enten peker på ett eller flere kompetansefelt som er aktuelle for hospitering, eller så kan svarene tolkes som positive til å utvikle hospiteringsordninger selv om de ikke peker konkret på kompetansefelt. Utvikling av hospiteringsordninger i forhold til kreftomsorg og palliativ omsorg er nevnt av flest, men også hospitering i forhold til KOLS/lungesyksommer, habilitering/rehabilitering, diabetes, geriatri inkludert demens, og akuttmedisin/akuttsykepleie/ hospitering opp mot ø-hjelpsplasser pekes på av mange.

### *Oppsummering av flaskehals*

Flaskehalsen for å kunne delta i faglige nettverk og å dra på hospitering er i første rekke knyttet til vikarutgifter og det å skaffe vikar. En annen betydelig flaskehals er at det mangler ressurser til å administrere faglige nettverk. Det å få til avtaler med spesialisthelsetjenesten om hospitering oppfattes ikke som en flaskehals.



## Referanser

Agenda Utredning & Utvikling. *Kompetanseutfordringer i kommunene. Strukturelle forskjeller og lokale opplevelser*. Rapport til KR D, 2006.

[http://www.regjeringen.no/upload/kilde/krd/rap/2006/0023/ddd/pdfv/290420-rapport\\_kompetanseutfordringer\\_kommunene\\_agenda.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/kilde/krd/rap/2006/0023/ddd/pdfv/290420-rapport_kompetanseutfordringer_kommunene_agenda.pdf)

Alexandersen Ø, Jørgensen E, Østerås J, Hasvold T. *Medical education in Tromsø: important to the northern parts of Norway?* *Tidsskrift for den norske legeförening* 2004; 124: 2107-2109

Andersen, A. *Desentralisert sykepleierutdanning organisert som deltidsutdanning*. Sykepleierhøgskolen i Tromsø, 1989.

Andersen, A. Desentralisert høyere utdanning – på vei bort fra distriktene? Side 153-158 i Jensen (red): *Fra krisetiltak til suksesshistorier*, 2008.

Andersen RK, Hagen A, Hertzberg D, Nyen T. *Kompetanseutvikling gjennom hospitering*. Fafo-rapport 2010:16. Oslo: Fafo, 2010. <http://www.fafo.no/pub/rapp/20160/20160.pdf>

Anderson G, Horvath J. The growing burden of chronic disease in America. *Public Health Reports* 2004; 119(3):263.

Asplan Viak og FAFO. *Strategisk kompetanseutvikling i kommunene*. Sandvika/Oslo, 2010. <http://www.ks.no/Global/Verkt%C3%B8y%20for%20strategisk%20kompetanseplanlegging/FOUStrategiskkompetanseutviklingikommunene.pdf>

Bertelsen T: Hvor kommer lægene fra og hvor blir de av? *Tidsskrift for den norske lægeförening* 1963; 83: 861-895.

Bjørnstad R, Gjelsvik ML, Holm I, Holmøy E, Nielsen VO, Stølen NM. *Behov for helsepersonell. Demografiske og økonomiske rammebetingelser*. Rapport 2009/38. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå, 2009. [http://www.ssb.no/emner/06/01/rapp\\_200938/rapp\\_200938.pdf](http://www.ssb.no/emner/06/01/rapp_200938/rapp_200938.pdf)

Bringedal B, Aasland OG. Legers bruk av vurdering av grønn resept. (Evaluering ved Legeföreningens forskningsinstitutt 2005). *Tidsskrift for Den norske legeförening* 2006; 126: 1036-8. <http://tidsskriftet.no/article/1365190>

Brøyen N, Lunde ES, Kvalstad I. SEDA – Sentrale data fra allmennlegetjenesten 2004-2006. Ny statistikk fra allmennlegetjenesten? Rapport 2007/15.

Båtevik FO, Tønnesen A, Barstad J, Bergem R, Aarflot U. *Ein resept å gå for? Evaluering av modellar for fysisk aktivitet, røykeslutt og sunt kosthald*. Arbeidsrapport nr 226. Møreforskning, 2008

Coulter A, Ellins J. *Patient-focused interventions A review of the evidence*. The health foundation, 2006.

Databasen for statistikk om høgere utdanning (DBH), Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. <http://dbh.nsd.uib.no>

Forsdahl A, Grundnes O, Eliassen E, Gamnes J, Hagland R, Ytrehus I. Hvor blir Tromsølegene av? *Tidsskrift for den norske legeförening* 1988; 108: 1225-1230.

Gabrielsen B, Otnes B, Sundby B, Strand P. *Individbasert statistikk for pleie- og omsorgstjenesten i kommunene (IPLOS). Foreløpige resultater fra arbeidet med IPLOS-data for 2009*. Rapport 50/2010. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå, 2010.

[http://www.ssb.no/emner/03/02/rapp\\_201050/rapp\\_201050.pdf](http://www.ssb.no/emner/03/02/rapp_201050/rapp_201050.pdf)

Gaski M, Abelsen B, Hasvold T. Forty years of allocated seats for Sami medical students - has preferential admission worked? *Rural and Remote Health* 8 (online), 2008: 845. Tilgjengelig på

<http://www.rrh.org.au>

Hagen A og Skule S. Det norske kompetansemarkedet – en oversikt og analyse. Fafo-rapport 461.

Oslo: Fafo, 2004. <http://www.faf.no/pub/rapp/461/461.pdf>

Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *British Medical Journal* 2003;327(7425):1219-21.

Helsedirektoratet 2010: Nøkkeltall for helsesektoren 2010.

<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nokkeltall-for-helsesektoren-2010/Sider/default.aspx>

Helsedirektoratet. Veileder for kommunale frisklivssentraler, 2011.

<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-for-kommunale-frisklivssentraler-etablering-og-organisering/Publikasjoner/veileder-for-kommunale-frisklivssentraler-etablering-og-organisering.pdf>

Helsedirektoratet. Behovet for spesialisert kompetanse i helsetjenesten. En status-, trend- og behovsanalyse fram mot 2030. Rapport 2012. Oslo: Helsedirektoratet, 2012.

<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/behovet-for-spesialisert-kompetanse-i-helsetjenesten/Publikasjoner/behovet-for-spesialisert-kompetanse-ram-mot-2030.pdf>

Helsedirektoratet. Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp ved døgnopphold. Veiledningsmaterieill.

Oslo: Helsedirektoratet, 2012. <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/kommunenes-plikt-til-oyeblikkelig-hjelp-dognopphold-veiledningsmaterieill/Publikasjoner/veiledningsmaterieill-for-kommunenes-plikt-til-hjelp.pdf>

Hovik, S. og T. M. Myrvold. *Er det størrelsen det kommer an på? Små kommuners evne til å ivareta generalistkommunekravet*. Prosjektrapport 2001:8. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning, 2001. <http://www.nibr.no/filer/2001-08.pdf>

Høgskolen i Finnmark, Høgskolen i Harstad og Universitetet i Tromsø. Fusjonsrapport fra arbeidsgruppa for helsefag. 2010.

Jensen EB (red): *Fra krisetiltak til suksesshistorier. Desentraliserte profesjonsutdanninger i Troms 1978-2008*. Orkana forlag. Tromsø 2008.

Jensen, EB. Framveksten av desentralisert sykepleierutdanning. I Jensen (red): *Fra krisetiltak til suksesshistorier, 2008*.

Kunnskapsdepartementet 2010. *Tilbud og etterspørsel etter høyere utdannet arbeidskraft frem mot år 2010*. Oslo: Departementenes servicesenter, desember 2010.

[http://www.regjeringen.no/upload/KD/Vedlegg/UH/Rapporter\\_og\\_planer/Tilbud\\_etterspoersel\\_hoyere\\_utdannet\\_arbeidskraft\\_2020.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/KD/Vedlegg/UH/Rapporter_og_planer/Tilbud_etterspoersel_hoyere_utdannet_arbeidskraft_2020.pdf)

Kunnskapsdepartementet (2011) Orientering om forslag til Statsbudsjett 2012 for universiteter og høyskoler [http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/dok/veiledninger\\_brosjyrer/2011/orientering-om-statsbudsjettet-2012-for-.html?id=65958](http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/dok/veiledninger_brosjyrer/2011/orientering-om-statsbudsjettet-2012-for-.html?id=65958)

Legeforeningen 2011. Oversikt over antall spesialister i hver spesialitet finner her: <http://www.legeforeningen.no/id/171362>. Sitert pr 9.desember 2011

Lov om folkehelsearbeid <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/prop/2010-2011/prop-90-l-20102011.html?id=638503>

Lærum G, Nordland Fylkeskommune. Suksesskriterier og utfordringer for frisklivssentraler. Foredrag 17.4.2012 <http://www.nsh.no/script/view.asp?id=342>

Meyer, J. Desentralisert vernepleierutdanning i Nord-Norge. Side 67-82 i Jensen (red) *Fra krisetiltak til suksesshistorier*, 2008.

Nilsen G, Huemer J, Eriksen L. Bachelor studies for nurses organized in rural contexts – a tool for improving the health care services in circumpolar region? *International Journal of Circumpolar Health* 2012, **71**: 17902 - DOI: 10.3402/ijch.v71i0.17902

<http://www.circumpolarhealthjournal.net/index.php/ijch/article/view/17902>

Nordbye, B. Desentralisert sykepleierutdanning – hvor er vi nå? 17 år siden oppstarten og 10 kull senere. Side 93-106 i Jensen (red) *Fra krisetiltak til suksesshistorier*, 2008.

Nordbye B, Wolff Skaalvik M. Evaluering av studenter utdannet ved desentralisert sykepleierutdanning ved UiT og tidligere Høgskolen i Tromsø (artikkel under arbeid).

Nyen T, Reegård K og Tønder AH: *Har vi lærefag som er relevante for kommunesektoren?* FAFO-rapport 2011:36

PwC 2010. *I gode og onde dager. Statuskartlegging og anbefalt virkemiddelbruk for samhandling mellom helse og omsorgstjenesten i kommunene og spesialisthelsetjenesten*. KS FoU-prosjekt nr. 094020. Rapport 8.oktober 2010.

Roksvaag K, Texmon I. *Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2035*.

*Dokumentasjon av beregninger med HELSEMOD 2012*. Rapport 14/2012. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå, 2012. [http://www.ssb.no/emner/06/01/rapp\\_helse/rapp\\_201214/rapp\\_201214.pdf](http://www.ssb.no/emner/06/01/rapp_helse/rapp_201214/rapp_201214.pdf)

Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal* 1996;312(7023):71-2.

Scott IA. Chronic disease management: a primer for physicians. *Internal Medicine Journal* 2008;38(6):427-37.

Statistisk sentralbyrå. *Befolkningsfremskrivninger. Nasjonale og regionale tall, 2011-2060*. <http://www.ssb.no/folkfram/>

Steinert S: Presentasjon på styringsgruppemøte 25.11.2011: Behovet for kompetanseheving for allmennleger.

St. meld. 13 (2011-12) Utdanning for velferd: Samspill i praksis

<http://www.regjeringen.no/pages/37006956/PDFS/STM201120120013000DDDPDFS.pdf>

St.meld 16 (2010-11) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)

<http://www.regjeringen.no/pages/16251882/PDFS/STM201020110016000DDDPDFS.pdf>

St.meld 47 (2008-09) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.

St.meld 36 (1998-99) Om prinsipper for dimensjonering av høgre utdanning.

*Tollan JH, Magnus A. Tromsø-kandidatene – blir de i Nord-Norge? Tidsskrift for den norske legeforening 1993; 113: 27-29.*

Vinsand G, Nilsen JK. *Landsomfattende kartlegging av regionråd status, utfordringer og endringsplaner*. NIVI Analyse AS 2007.

<http://www.ks.no/PageFiles/4778/RapportRegKartleggingNIVI.pdf>

Wagner E, Davis C, Schaefer J, Von Korff M, Austin B. A Survey of Leading Chronic Disease Management Programs: Are They Consistent with the Literature? *Journal of Nursing Care Quality*, 2002;16(2):67-80.

Walker JH, DeWitt DE, Pallant JF, Cunningham CE. Rural origin plus a rural clinical school placement is a significant predictor of medical students' intentions to practice rurally: a multi-university study. *Rural and Remote Health* 12: 1908. (Online) 2012. Available: <http://www.rrh.org.au>

Ytrehus S og Nuland BR. *Gull eller gråstein. Status for rekruttering og kompetanseutvikling i helse- og omsorgstjenestene*. FAFO-rapport 2007: 21. Oslo: Fafo, 2007.

<http://www.faf.no/pub/rapp/20021/20021.pdf>

## Tabelliste

*Tabell 1.5.1: Innbyggere i Nord-Norge pr 1.1.2011, etter fylker og sykehusområder*

*Tabell 1.5.2: Innbyggerne i Nord-Norge pr 1.1.2011 fordelt på kommunestørrelse*

*Tabell 1.5.3: Kommunene og innbyggerne i Nord-Norge fordelt på kommunestørrelse (antall innbyggere pr 1.1.2011)*

*Tabell 2.3.1: Sammendrag av forventet balanse i arbeidsmarkedet frem mot 2035 for helsefagarbeidere, sykepleiere, leger, fysioterapeuter, ergoterapeuter, vernepleiere og psykologer.*

*Tabell 3.2.1: Beståtte fagprøver i Nord-Norge i 2008, 2009, 2010 og 2011 innen helsearbeiderfaget. Fylkesvis oversikt (rapportert inn pr 20.12.2011)*

*Tabell 3.2.2: Aktivitetskrav for utvalgte helsefaglige høyere utdanninger i Nord-Norge 2007/2008-2011/2012, samt prosentandel kapasitet i Nord-Norge 2011/2012*

*Tabell 3.2.3: Sykepleierkandidater 2000, 2005 og 2007-2011 i Nord-Norge*

*Tabell 3.2.4: Vernepleierkandidater 2000, 2005 og 2007-2011 i Nord-Norge*

*Tabell 3.2.5: Kandidater i 2000, 2005 og 2007-2011 i helsefaglige utdanninger som kun Universitetet i Tromsø tilbyr i landsdelen*

*Tabell 3.2.6: Aktivitetskrav ved opptak 2007 sammenlignet med antall ferdige kandidater tre år senere*

*Tabell 3.2.7: Aktivitetskrav ved opptak 2008 og antall ferdige kandidater tre år senere*

*Tabell 3.2.8: Andel ferdige kandidater på medisin og psykologi i Nord-Norge (2010 og 2011)*

*Tabell 3.3.1: Videreutdanning /mastergradstilbud i Nord-Norge innenfor ni prioriterte kompetansefelt*

*Tabell 3.4.1: Status geografiske opptakskvoter og kvote for samisk språk 2011/2012, UiT*

*Tabell 3.5.1 Oppsummering av opptak og fullførte studieprogram i videreutdanninger innenfor ni kompetansefelt*

*Tabell 4.2.1: Nettbaserte kurs for ansatte i foretak og/eller kommuner, i bruk på Helsekompetanse.no pr februar 2012. Sortert etter ni utpekte kompetansefelt som er særlig aktuelle i samhandlingsreformen*

*Tabell 4.2.2: Fagnett for ansatte i foretak og/eller kommuner, i bruk på Helsekompetanse.no pr februar 2012. Sortert etter ni utpekte kompetansefelt som er særlig aktuelle i samhandlingsreformen.*

*Tabell 6.2.3: Endring i antall i arbeidsfør alder fra 2011 til 2030 i fire regioner som samarbeider om helse og helsetjenester (basert på antall i arbeidsfør alder 2011 og prognose 2030 MMMM)*

*Tabell 6.5.1: Innenfor hvilke kompetansefelt styrkes de kommunale tjenestene i pilotprosjektene?*

*Tabell 6.6.5: Kommentarer til om kommunen har rutiner for å følge opp individuell plan*

*Tabell 6.8.1: Kommunenes innmeldte behov for nettbasert eller desentralisert grunn- og videreutdanning.*

*Tabell 7.3.7 Hospiteringsordninger som kommunene mener at det er aktuelt å utvikle (N=81)*

*Tabell 7.6.1 Oppsummering av økonomiske og administrative forutsetninger som er sentrale for fire arenaer for kompetanseutvikling*

*Tabell 7.6.2 Oppsummering av fellesarenaenes omfang. Antall kommuner i Nord-Norge som deltar i faglige nettverk, har hospitert, eller samarbeider med ambulante team (N=85), samt antallet praksiskonsulenter i landsdelen. Fordeling på prioriterte kompetansefelt.*

**Tabeller i tabellvedlegg:**

*Tabell 3.3.2: Opptak på utvalgte videreutdanninger i sykepleie og flerfaglige utdanninger i Nord-Norge 2007 til 2011, ni prioriterte kompetansefelt*

*Tabell 3.3.3: Kandidater på utvalgte videreutdanninger i sykepleie og flerfaglige videreutdanninger i Nord-Norge 2007 til 2011, ni prioriterte kompetansefelt*

*Tabell 3.3.4 Opptak på videreutdanning i folkehelse UiT og UiN 2007-11*

*Tabell 3.3.5: Kandidater på videreutdanning i folkehelse 2007- 2011*

*Tabell 3.3.6: Master i rehabilitering UiN, opptak og kandidater 2007-11*

*Tabell 3.3.7 Master i klinisk nevrologisk fysioterapi UiT, opptak og kandidater 2007-2011*

*Tabell 6.2.1 Forsørgerbrøk i nordnorske kommuner 2010 2020 og 2030*

*Tabell: 6.2.2 Forsørgerbrøk i noen utvalgte nordnorske regioner 2010 2020 og 2030*

*Tabell 6.3.1: Årsverk psykiatrisk sykepleie 2010 fordelt på kommunestørrelse*

*Tabell 6.3.2: Årsverk geriatrisk sykepleie 2010 fordelt på kommunestørrelse*

*Tabell 6.3.3: Kommuner med kreftsykepleier fordelt på kommunestørrelse (tall fra Lindring i Nord pr 10.10.2011)*

*Tabell 6.3.4: Kommuner som har eller planlegger stilling som diabetessykepleier*

*Tabell 6.3.5: Kommuner som verken har eller planlegger stilling som diabetessykepleier*

*Tabeller 6.3.6: Kommuner som har eller planlegger stilling for KOLS/lungesykepleier*

*Tabell 6.3.7: Årsverk for ergoterapeut i Nordland, Troms og Finnmark 2010.*

*Tabell 6.3.8: Fysioterapeutårsverk i kommunehelsetjenesten, Nordland, Troms og Finnmark 2010*

*Tabell 6.3.9: Årsverk for helsefagarbeider og hjelpepleier i Nordland, Troms og Finnmark 2010.*

*Tabell 6.4.10: Legeårsverk i kommunehelsetjenesten, Nordland Troms og Finnmark 2010.*

*Tabell 6.3.11: Antall godkjente spesialister i et utvalg spesialiteter, Nord-Norge og hele landet*

*Tabell 6.3.12: Antall spesialister pr 100 000 innbyggere (2011) i et utvalg spesialiteter, Nord-Norge og hele landet*

*Tabell 6.4.1 Antall læreplasser for helsefagarbeidere 2010-2012 (Finnmark + Troms + Nordland)*

*Tabell 6.4.2 Antall hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og helsefagarbeidere fra kommunene i Nord-Norge med fullført eller planlagt fullført utdanning i perioden 2010-2014. Fylker.*

*Tabell 6.4.3: Antall deltakere fra kommunene i Nord-Norge på Demensomsorgens ABC med fullført eller planlagt fullført utdanning i perioden 2010-2014. Fylker*

*Tabell 6.4.4: Antall deltakere fra kommunene i Nord-Norge på Eldreomsorgens ABC med fullført eller planlagt fullført utdanning i perioden 2010-2014. Fylker*

*Tabell 6.4.5 Antall høgskoleutdannet personell pleie- og omsorgsansatte i kommunene i Nord-Norge med videreutdanning og fullført eller planlagt fullført utdanning i psykisk helsearbeid i perioden 2010-2014.*

*Tabell 6.4.6 Antall høgskoleutdannet personell i kommunene i Nord-Norge med videreutdanning og fullført eller planlagt fullført utdanning innen miljøarbeid innen rusfeltet i perioden 2010-2014.*

*Tabell 6.4.7 Antall høgskoleutdannet personell i kommunene i Nord-Norge med videreutdanning og fullført eller planlagt fullført utdanning innen geriatri/eldreomsorg i perioden 2010-2014.*

*Tabell 6.4.8 Antall høgskoleutdannet personell i kommunene i Nord-Norge med videreutdanning og fullført eller planlagt fullført utdanning innen rehabilitering i perioden 2010-2014.*

*Tabell 6.4.9 Antall høgskoleutdannet personell i kommunene i Nord-Norge med videreutdanning og fullført eller planlagt fullført utdanning innen kreftomsorg/lindrende pleie i perioden 2010-2014.*

*Tabell 6.6.1: Tiltak som kommunen har iverksatt i løpet av de siste to årene for å styrke sine kommunale tjenester og utvikle omsorgen for pasienter som er syke over lengre tid (kronikere)(N=84)*

*Tabell 6.6.2: Andel kommuner som har iverksatt noen kompetanseutviklingstiltak i forhold til pasienter med diagnosen KOLS, diabetes, kreft, psykiske lidelser, rus, eller demens*

*Tabell 6.6.3: Antall og andel kommuner som har rutiner for å lage en individuell plan sammen med pasienter med langvarige lidelser (N=84)*

*Tabell 6.6.4: Antall og andel kommuner som har rutiner for å følge opp individuell plan (N=84)*

*Tabell 6.7.1: Antall og andel kommuner hvor det er vanskelig å rekruttere grupper av helsepersonell*

*Tabell 6.7.2: Antall kommuner hvor det er vanskelig å rekruttere grupper av helsepersonell*

*Tabell 6.7.3: Andel kommuner hvor det er vanskelig å rekruttere grupper av helsepersonell*

*Tabell 6.7.4: Plantall fra kommunene i Nord-Norge om rekruttering*

*Tabell 7.2.1 Felles fagnett for ansatte i foretak og kommuner i Nord-Norge, pr februar 2012. Sortert etter ni utpekte kompetansefelt som er særlig aktuelle i samhandlingsreformen*

*Tabell 7.2.2 Kommuner som deltar i faglige nettverk, fordelt på type nettverk og kommunestørrelse (N=84)*

*Tabell 7.2.3 Antall og andel kommuner samt fylkesfordeling på kommuner som deltar i faglige nettverk for kreft, psykiske lidelser, demens, rus, diabetes og KOLS (N=84)*

*Tabell 7.2.4 Kommunenes oppfatning av flaskehals for å delta i faglige nettverk (N=84)*

*Tabell 7.2.5 Kommunenes behov for utvikling av faglige nettverk (N=84)*

*Tabell 7.3.1 Har helsepersonell fra kommunen i løpet av det siste året hospitert i spesialisthelsetjenesten?*

*Tabell 7.3.2 Oppsummering av omfanget av hospitering fra kommunene i Nord-Norge, knyttet opp mot kompetansefelt (pasientgrupper)(N=23)*

*Tabell 7.3.3 Pasientgrupper som kommunene har møtt ved hospitering i spesialisthelsetjenesten (hver kommune kan ha flere kryss)*

*Tabell 7.3.4 Kommuner som hospiterer, fordelt på kommunestørrelse (N=84)*

*Tabell 7.3.5 Antall og andel kommuner som har hatt helsepersonell på hospitering i spesialisthelsetjenesten i løpet av det siste året (N=84)*

*Tabell 7.3.6 Hva er flaskehalsen for å få til hospitering? (N=84)*

*Tabell 7.3.8 Aktuelle kompetansefelt for hospitering fra kommunene (N=81)*

*Tabell 7.4.1 Antall kommuner med jevnlig samarbeid med ambulerende team, fordelt på sju kompetansefelt (N=84)*

*Tabell 7.4.2 Andel kommuner som har jevnlig samarbeid med ambulante team innenfor psykiatri, habilitering/rehabilitering, rus, geriatri, kreft, diabetes og KOLS, fordelt på kommunestørrelse (N=84)*

*Tabell 7.5.1 Praksiskonsulentordningen i Nord-Norge, pr mars 2012. Sortert etter ni utpekte kompetansefelt som er særlig aktuelle i samhandlingsreformen*

*Tabell 7.6.2 Oppsummering av fellesarenaenes omfang i kommunene i Finnmark. Andel av kommunene som deltar i faglige nettverk, har hospitert, eller samarbeider med ambulante team, fordelt på prioriterte kompetansefelt (N=18)*

*Tabell 7.6.3 Oppsummering av fellesarenaenes omfang i kommunene i Troms. Andel av kommunene som deltar i faglige nettverk, har hospitert, eller samarbeider med ambulante team, fordelt på prioriterte kompetansefelt (N=25)*

*Tabell 7.6.4 Oppsummering av fellesarenaenes omfang i kommunene i Nordland. Andel av kommunene som deltar i faglige nettverk, har hospitert, eller samarbeider med ambulante team, fordelt på prioriterte kompetansefelt (N=41)*



## **Figurliste**

*Figur 2.4.1 Chronic Care Model*

*Figur 3.2.1: Planlagt og faktisk nordnorsk andel av nasjonal utdanningskapasitet innen helseutdanninger*

*Figur 5.2.1: Kommuner som samarbeider om etablering av ø-hjelpssenger*

*Figur 5.2.2: Kommuner som samarbeider om legevakt*

*Figur 6.2.1 Forsørgerbrøk i kommuner i Nord-Norge 2010*

*Figur 6.2.2 Forsørgerbrøk i kommuner i Nord-Norge 2020*

*Figur 6.2.3 Forsørgerbrøk i kommuner i Nord-Norge 2030*

### **Figurer i vedlegg 1:**

*Figur 2.1: Kommunesamarbeidet i Midt-Finnmark*

*Figur 2.2 Kommunesamarbeidet rundt Nord-Troms DMS*

*Figur 2.3 Kommunesamarbeidet i Bardu, Målselv, Salangen og Lavangen*

*Figur 2.4 Kommunesamarbeidet i åtte Midt-Troms kommuner*

*Figur 2.5 Nettverksorganisering av kommunesamarbeidet rundt LØKTA i åtte Midt-Troms kommuner*

*Figur 2.6 Kommunesamarbeidet på Sør-Helgeland*

## **Oversikt over vedlegg**

**VEDLEGG 1**    *Rapport fra studie av interkommunale samarbeid*

**VEDLEGG 2**    *Spørreundersøkelse til kommunene - april 2012*

**VEDLEGG 3**    *Utfyllende tabeller til kapitlene 3, 6 og 7*

## VEDLEGG 1: Rapport fra studie av interkommunale samarbeid

### 1 *Interkommunalt samarbeid om samhandlingsreformen og kompetanseutvikling*

Dette er en rapport fra en casestudie av fem utvalgte interkommunale samarbeid om helse og utvikling av helsetjenester i Nord-Norge. Det understrekes at det finnes en rekke andre interkommunale samarbeid i Nord-Norge som ikke er beskrevet i denne rapporten.

#### 1.1 *Bakgrunn*

Interkommunale samarbeid om samhandlingsreformen og kompetanseutvikling, kan organiseres på flere måter. Samarbeid kan ha fokus på at personell fra de ulike kommunene samarbeider, med eller uten en prosjektleder (som ofte er eksternt og midlertidig finansiert). Alternativt kan fokus være på å lage en felles plan eller et felles tiltak, det vil si at fokus er på ”produktet” (Harvold og Skjeggedal 2012).

I perioden som vi har undersøkt, har HOD delt ut samhandlingsmidler og prosjektstøtte. Det vil si at det har vært mulig for kommunene å få tildelt ressurser øremerket utvikling av interkommunale samarbeid etter behov som følger av samhandlingsreformen. Fokus i kommunenes kompetansesatsing i disse prosjektene i dag gjenspeiler derfor i stor grad hvilke tiltak de har fått tildelt eksterne ressurser til å jobbe med.

#### *Avgrensninger*

Fokus er på kompetansebehov som følger av samhandlingsreformen, og på kartlegging, planer og tiltak for å møte dette. Styringsgruppen for prosjektet som står bak denne delutredningen har ønsket å prioritere følgende kompetanseområder og diagnosegrupper i sitt arbeid: folkehelsearbeid, habilitering/rehabiliteringsarbeid, diabetes, kreft, lungemedisin inkl. KOLS, geriatri, rus, psykiatri, smittevern. I den grad det er mulig, er rapportering gjort i forhold til disse kompetanseområdene. Kommunene er imidlertid mindre opptatt av diagnosegrupper, og mer av funksjoner. Styringsgruppen har ønsket å sette fokus på følgende personellgrupper: sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, helsefagarbeidere og allmennleger.

#### *Problemstillinger*

1. På hvilke områder styrkes helsetjenestene gjennom pilotprosjektene?
2. Hvordan jobber de interkommunale samarbeidsprosjektene i forhold til utvikling av kompetanse?
  - Hvilke modeller brukes for å ivareta fremtidig kompetansebehov?

Videre i kapittel to beskrives metode og utvalg, og i kapittel 3 presenteres hvert av de fem interkommunale samarbeidsprosjektene. I kapittel 4 oppsummeres hvordan de kommunale tjenestene styrkes og hvordan kommunene jobber i forhold til utvikling av kompetanse.

#### 1.2 *Metode*

Hovedfokus har vært å finne gode eksempler på interkommunalt samarbeid i Nord-Norge som fokuserer på kompetanseutfordringer som følger av samhandlingsreformen. Det har i dette arbeidet altså ikke vært noen ambisjon om å gjøre en komplett kartlegging av interkommunale samhandlingsprosjekter med kompetanseutviklingsformål. Antallet case er begrenset til fem, for å gjøre arbeidet gjennomførbart. For å velge ut case, har representanter for KS Nord-Norge bidratt

med å peke på aktuelle interkommunale prosjekter. Så er det gjort casestudier i forhold til de utvalgte prosjektene.

Interessante problemstillinger og funn fra samarbeidsprosjektene er lagt til grunn for å utforme den kvantitative spørreundersøkelsen som ble gjennomført i de nordnorske kommunene i april-mai 2012.

### *Datainnsamling*

Informanter fra hvert prosjekt ble kontaktet. Spørsmålene ble stilt med utgangspunkt i en intervjuguide (vedlegg). Det ble stilt spørsmål til informantene om hva samarbeidet omfatter, hva som var bakgrunnen for samarbeidet og hvor lenge det har foregått, hvordan arbeidet er organisert, hva er erfaringene og aktuelle problemstillinger, hvilke kompetanseutviklingsbehov det pekes på, og hvordan disse skal ivaretas. Data er hovedsakelig samlet inn i mars 2012. Antallet informanter er begrenset, og er kun fra en til tre personer i hvert case. Fokus har vært å intervju de mest sentrale nøkkelpersonene i samarbeidsprosjektene. Intervju med flere nøkkelpersoner ville gitt en fyldigere beskrivelse. Det betyr at data som er hentet inn ikke representerer vurderingene til alle kommunene i de fem interkommunale samarbeidsprosjektene. I tillegg til intervjuene er det gjort en del dokumentstudier.

### *Utvalg*

Utvalgskriteriene for case var følgende:

- For det første en geografisk spredning slik at case fra alle de tre nordligste fylkene inkluderes.
- For det andre et fokus på to typer kommunesamarbeid som teoretisk sett kan deles inn i to modeller; samarbeid mellom flere kommuner (samarbeidskommunemodellen), og samarbeid mellom en stor og en eller flere små kommuner hvor tjenestene som utvikles lokaliseres til vertskommunen (vertskommunemodellen).
- For det tredje at det interkommunale samarbeidet om kompetanse enten dreier seg om felles *kompetansekartlegging* eller felles *kompetanseplanlegging*.

## **2 Presentasjon av pilotprosjekter**

I dette kapitlet presenteres hvert av de utvalgte interkommunale samarbeidsprosjektene omkring samhandlingsreformen; bakgrunn for samarbeidet, hva samarbeidet omfatter, hvordan samarbeidet er organisert, og spesielle erfaringer som fremheves. Samarbeidsprosjektene som presenteres er Midt-Finnmark helsehus, Nord-Troms, Midt-Troms/4 kommuner, Midt-Troms/8 kommuner, og Sør-Helgeland. Siden prosjektene er noe ulikt anlagt og i ulik tidsfase, er ikke presentasjonen bygd opp helt likt for alle. Til sammen 22 av 88 kommuner i Nord-Norge inngår i de interkommunale samarbeidsprosjektene som presenteres her.

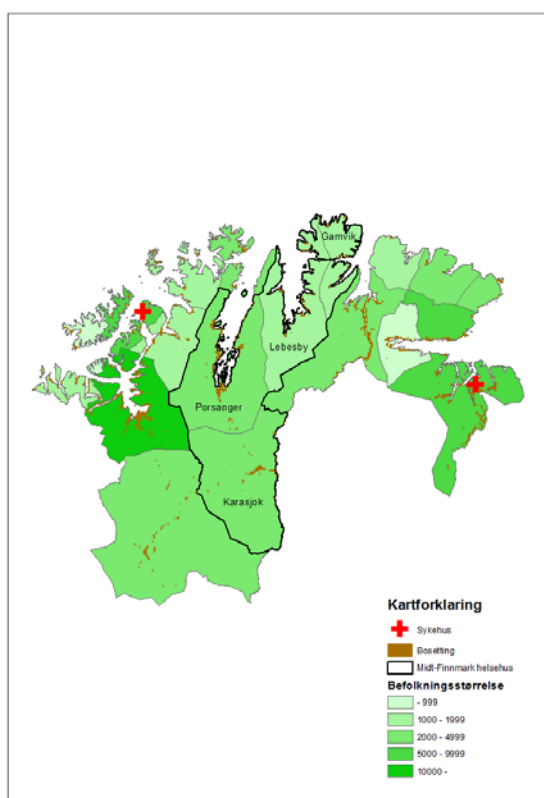
Fire av pilotprosjektene omfatter hver fire kommuner med en befolkning på mellom 9 100 og 13 700 innbyggere. 8-kommunesamarbeidet i Midt-Troms er større og omfatter en befolkning på knapt 30 000 innbyggere. Alle pilotprosjektene består av kommunesamarbeid hvor (minst) en av kommunene har et visst innslag av spesialisthelsetjenester.

Bakgrunnen for å drive helsesamarbeid avgrenset til akkurat de kommunene som de fem pilotprosjektene omfatter, er ulik. Området i Midt-Finnmark har ingen tradisjon for samarbeid som omfatter nettopp dette geografiske området, Nord-Troms har den lengste historien for samarbeid

helt fra 1978, Bardu, Målselv, Salangen og Lavangen har samarbeidet om helse siden 2007, og de åtte Midt-Tromskommunene siden 2003. Sør-Helgeland har hatt et helsesamarbeid siden 2004, men det første helsesamarbeidet inkluderte en kommune(Bindal) som ikke er med i helsesamarbeidet som omtales i denne studien.

## 2.1 Midt-Finnmark helsehus<sup>113</sup>

Dette samarbeidet omfatter Porsanger, Karasjok, Lebesby og Gamvik, med til sammen 9 100 innbyggere. Porsanger er størst med 4 000 innbyggere, Karasjok har knapt 3 000 innbyggere, Lebesby og Gamvik kommuner har til sammen 2 350 innbyggere. Reiseavstand til nærmeste sykehus er lang, mellom 14 og 26 mil.



Figur 2.1: Kommunesamarbeidet i Midt-Finnmark

### Bakgrunn for samarbeidet

Tre utfordringer trekkes frem som bakgrunn for samarbeidet: for det første at pasientenes behov for koordinerte tjenester ikke besvares godt nok – helsevesenet preges av fragmenterte tjenester, for det andre at tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom, og for det tredje at demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne.

<sup>113</sup> Basert på samtaler med prosjektleder Markus Matell, tidl. rådmann i Lebesby kommune Gunn Heidi Wallenius, tidl. helse- og sosialsjef i Porsanger kommune Helge Nicolaysen, samt dokumentstudier.

De fire kommunene har ikke noen etablert tradisjon for interkommunalt samarbeid med hverandre. Lebesby og Gamvik har et samarbeid fra før om blant annet legetjenester, de har også hatt et interkommunalt samarbeid østover til Tana om andre tjenester, de har kjøpt jordmortjenester fra Vadsø (som ligger 25 mil unna), og har kjøpt fysioterapitjenester fra Bodø. Det å ansette kompetent helsepersonell har altså til tider vært en spesielt utfordrende sak for disse to småkommunene. Blant de to litt større kommunene er Karasjok vertskap for spesialistpoliklinikk, og Karasjok og Porsanger har SANKS (Samisk nasjonalt kompetansesenter – psykisk helsevern) og DPS.

#### *Hva det interkommunale samarbeidet omfatter*

Den politiske behandlingen av samarbeidet består av årlig budsjettvedtak samt at det er gjort vedtak i alle fire kommuner om å inngå samarbeid, disse samt Helse Finnmark bidrar med penger og arbeidsinnsats. Innhold og fokus i prosjektet er endret underveis i forhold til forprosjektplanen fra 2010 om en stor intermedisæravdeling i Porsanger, og man satser nå på ”halvannenlinjetjenester” og samarbeid om folkehelseprosjekter. Årsaken til dette er at kommunene ser det vanskelig å flytte på pasienter over kommunegrensene med de store geografiske avstandene. Man har kommet frem til at å flytte på kompetanse og personalressurser (blant annet ved hjelp av IKT) i kommunehelsetjenesten er mer hensiktsmessig enn å flytte på pasienter.

Det pågår *kompetansekartlegging* i de fire kommunene. Omsorgslederne i hver kommune bidrar i kartleggingen, hvor man ser på tjenestetilbudet og på alder, stillingsprosent, hva som finnes av videreutdanning til helsepersonell osv. På grunn av kapasitet hos helse og omsorgsledere er kompetansekartleggingen ikke ferdigstilt enda.

*Folkehelsearbeidet*; folkehelsestatistikk er innhentet fra folkehelseinstituttet, men kvalitativ kartlegging (intervjurunder) er ikke gjort enda da helselederne mente at dette er for omfattende.

*Lærings og mestringstilbud*. Prosjektet ”et pust mot lettere hverdag” (med ”kronikersykepleier”) retter seg mot KOLS, diabetes og overvektspasienter. Dette har foregått i Lebesby og Gamvik i et år og det er søkt midler til å rullere dette inn i de øvrige kommunene, spesielt rettet mot eldre samer. Prosjektet krever en 50 % sykepleier stilling i hver kommune samt 100 % prosjektleder. Kompetanseheving i den forbindelse er knyttet til veiledning og sykdomslære innen for aktuelle temaer. Man ser for seg hospitering ved et av sykehusene til Helse Finnmark.

*Frisklivssentraler*. Kompetanseheving vil skje gjennom gratis kurs som Fylkesmannen arrangerer i kostveiledning, røykeslutt.

*Kreftnettverk*; det søkes om eksterne midler til stilling og nettverk/ kompetanseheving. Hensikten er å etablere et arbeidsnettverk som deler på personalressurser og skaper større fagmiljø der hver kreftsykepleier i hver kommune får sitt spesialfelt.

*FUNNKe (elektronisk meldingsutveksling i pleie og omsorgssektoren)*: det er en forstudie i gang, som ser på evnen og gevinsten for å innføre dette i alle kommuner som et interkommunalt prosjekt. En konklusjon fra kartlegginger i forhold til programvare (vederlagsberegning, institusjonsopphold osv.) er at ingen bruker funksjonaliteten fullt ut, og man mangler superbrukere. Programvaren er ikke oppgradert, og kompetansen var altså ikke god nok. De organisatoriske utfordringene er de største.

*Hverdagsrehabilitering*, også kalt hjemmerehabilitering som en del av hjemmesykepleien, er inspirert av erfaringer fra Danmark og Sverige. Dette handler om hvordan fysiske, sosiale og kognitive evner

kan opprettholdes og styrkes, slik at aldersbetinget funksjonsfall utsettes. Gamvik og Lebesby kommuner søker i disse dager på midler til dette. Ergoterapeut samt rehabiliteringspsykepleiere vil være tilknyttet hjemmetjenesten.

Annet interkommunalt samarbeid: Lebesby og Gamvik har siden sommeren 2011 samarbeidet om Nordkyn legetjeneste, og Lebesby har de siste to årene leid sykehjemsplasser fra Gamvik.

### *Organisering*

Det er ansatt en prosjektleder på heltid foreløpig frem til 2013, lokalisert til Porsanger. Styringsgruppen består av fire helseledere + klinikkisjef Hammerfest. Prosjektlederen startet i mai 2011. Samarbeidet har vært på administrativt nivå. Det ble arrangert kick-off med informasjon vinteren 2011 med rundt 15 deltakere fra hver kommune, og man ble enige om hva man skal jobbe med videre. Det er satt ned prosjektgrupper som består av kompetansekartleggingsgruppe (helse- og omsorgsleder i kommunene), folkehelsegruppe (innspill til samarbeidsgrunnlag innenfor helsehuset i forhold til folkehelsearbeidet), referansegruppe (fungerer som høringsgruppe) og eiergruppe (rådmennene).

### *Erfaringer og utfordringer*

Midt-Finnmark Helsehus skal utvikle helse- og omsorgstjenester til befolkningen gjennom desentraliserte løsninger. Dette interkommunale samarbeidet har altså så vidt kommet i gang. Modellen for kompetansekartlegging som det er lagt opp til, er ressurskrevende, og man har foreløpig ikke klart å fullføre kartleggingen.

En av informantene peker på at anstrengelsene for å få til interkommunalt samarbeid kan beskrives ved hjelp av et konkurranseperspektiv og proteksjonisme: hver kommune prøver lengst mulig å verne om sine innbyggere, sin kompetanse, og sine ressurser. Dette fører til at terskelen for å få i gang interkommunalt samarbeid blir høy.

## 2.2 Interkommunalt samarbeid i Nord-Troms<sup>114</sup>

Kåfjord, Skjervøy, Nordreisa og Kvænangen, med en reiseavstand til nærmeste sykehus på mellom 18 og 32 mil, samarbeider i dag om helsetjenester til en befolkning på til sammen 11.200 innbyggere. Også Storfjord og Lyngen ønsker å delta i enkeltprosjekter.

### *Bakgrunn for samarbeidet*

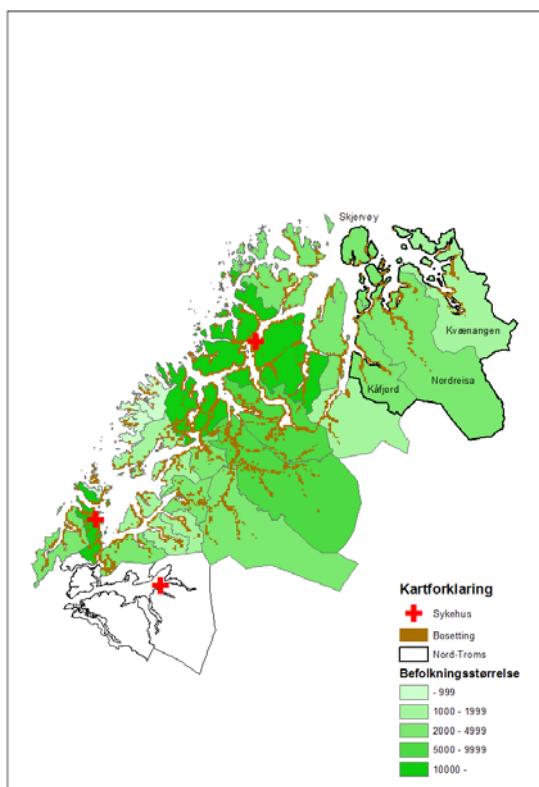
Det interkommunale helsesamarbeidet og samhandlingen med spesialisthelsetjenesten har en lang historie i Nord-Troms. Fødestue og kommunejordmortjenesten har vært drevet etter Sonjatunmodellen siden 1978, områdegeriatri og rehabilitering var også i gang før det ble DMS, og det var sykestueplasser i alle kommunene. Prosjektet DMS Nord-Troms kom i gang i 2004, som en samhandlingsarena mellom kommuner, region, helseforetak, universitet, høgskole og videregående skoler.

### *Hva det interkommunale samarbeidet omfatter og hvordan det er organisert*

Da DMS ble etablert i 2004, ble det etablert arbeidsgrupper med medlemmer fra alle kommunene pluss fra UNN og Fylkeslegen. Samarbeidet om helsetjenester mellom de fire kommunene i Nord-Troms er altså organisert gjennom DMS-et. Helselederen i Nordreisa var frikjøpt som prosjektleder i 50 % frem til 2008.

---

<sup>114</sup> Basert på intervju med helseleder Herbjørg Fagertun i Nordreisa kommune samt dokumentstudier.



Figur 2.2 Kommunesamarbeidet rundt Nord-Troms DMS

Kartleggingen av behov for helsetjenester bestod av at prosjektledere hadde flere runder med møter med de fire kommunene ved rådmann, kommunelege, helse- og omsorgssjef, pleie- og omsorgsleder eller tilsvarende, samt ordførere. Det interkommunale samarbeidet i Nord-Troms hadde i oppstarten altså et større fokus på prosess (gjentatte møter med samarbeidskommunene), enn på en felles plan eller et dokument. Det er ikke gjort noen formell kompetansekartlegging eller kompetanseplanlegging i de fire kommunene utover dette og det arbeidet som gjøres i de faglige nettverkene. I denne fasen studerte man demografisk utvikling og dagens helsetjenester med mere. Blant annet oppdaget man at folk i N-Troms var lite behandlet for hudlidelser, og det ble konstatert at folk ikke fikk behandling fordi det var for langt og for vanskelig å reise til Tromsø for å få behandling i flere uker i strekk. Både i planleggingsfasen og i dag er det fagfolk fra de samarbeidende kommunene og UNN som driver samarbeidet fremover, det er ikke engasjert eksterne prosjektledere til å styre utviklingen av dette foruten en 50 % stilling i 2004-2008. Nordreisa kommune har en rolle som vertskommune i dette samarbeidet, som består av at helselederen i Nordreisa samtidig har en funksjon som koordinator for virksomheten ved DMS. Alle som jobber på DMS-et utenom de som ambulerer, er ansatt i Nordreisa kommune (jordmødre, områdegeriatri). Til grunn for dette ligger avtaler mellom partene. Følgende fagområder inngår i DMS-et gjennom avtaler med UNN HF:

- Rehabilitering (områdegeriatri, generell rehabilitering, afasibehandling)
- Jordmortjeneste (kommunejordmortjeneste, barsel og fødselshjelp)



- Sykestue til medisinsk behandling og observasjon
- Behandlingsenhet hud (siden våren 2007)
- Radiologi (siden våren 2006)

Nordreisa og de øvrige kommunene har avtale om jordmortjenester. For øvrige spesialisthelsetjenester har Nordreisa avtaler med UNN, men ikke med de øvrige kommunene.

I tillegg foregår et FoU-prosjekt om teleortopedi, det planlegges utprøving av stomipoliklinikk, og det utvikles metoder for bruk av mobil videokonferanse i rådgivning og veiledning for hjelpemiddelsentraler. Kommunene samarbeider i tillegg med Statped om tyngdepunkt for Afasi og Stemme, og samarbeider med en ambulerende øre/nese/hals- spesialist og audiolog.

Oppsummert: fagområder som Nord-Troms kommunene samarbeider på er altså følgende:

- Styrking av demens og geriatrifeltet
- Styrking av kreftomsorg og lindrende behandling
- Styrking av arbeidet i forhold til rus og psykisk helse
- Jordmortjenester
- Funnke (fra 2011) – utvikling av elektronisk samhandling mellom pleie- og omsorg, helsestasjon, fastleger og helseforetak
- Kommunene har jobbet mht øyeblikkelig hjelp og nettverk for å forbedre ø-hjelp og sykestuetilbud.
- Pårørendeskole med jevne mellomrom for pårørende til mennesker med demens (dvs. mestringsarena)

Det er ikke fokusert på hvordan krav til tilgjengelighet og kvalitet skal nås, når det gjelder oppbygging av bærekraftige tjenester på lang (20-30 år) sikt.

*Kompetanseutvikling: gjennom faglige nettverk og samhandling mellom nivåene*

Samarbeidet mellom kommunene og helseforetaket er organisert gjennom faglige nettverk knyttet til DMS Nord-Troms. Dette er basert på erfaringer i forhold til at kommuner med få innbyggere og få fagfolk må ivareta sine fagfolk, som ofte er de eneste med denne kompetansen, og man må sørge for faglig utvikling. Derfor ble det dannet faglige nettverk i Nord-Troms. Det ble satt ned grupper med representanter fra kommunene. Fagfolk ble sendt på hospitering på UNN (lunge, kreft, geriatri), de hadde lokale kurs, det ble kjøpt inn videokonferanseutstyr til alle fire kommunene for å bruke dette mellom kommunene og i forhold til UNN (i 2006). Tre av kommunene har brukt dette mye.

Det finnes nettverk innenfor følgende områder (basert på en kombinasjon av fysiske og virtuelle møter):

- *Demens og geriatri*, drives av DMS Nord-Troms. Demenskontakter og demensgrupper er opprettet i kommunene. Fokus er kompetanseheving, utredning av demente og organisering.

- *Kreftomsorg og lindrende behandling* (var først to separate nettverk): alle kommunene har kreftsykepleiere, disse danner nettverk med støtte fra Kreftforeningen, kreftavdelingen UNN og Lindring i Nord. Kreftomsorgsgrupper i kommunene. I lindrende behandling var nevrologiske lidelser også inkludert (når man er så få, må man gjøre det slik). I dag prøver man å få opp igjen kreftnettverket, dette handler om økonomi.
- *Lungenettverk* (har ikke har vært aktivt i det siste): startet med en ukes hospitering i 2006 for fem sykepleiere fra Nord-Troms på UNN og Kompetansesenter for lungerehabilitering. Initiativet var fra DMS-et den gang dette var prosjektorganisert. Sykepleiere hospiterte på UNN, og fikk en god opplæring, og en har etterpå tatt videreutdanning i lungesykdommer. I dag har de ikke noen møtepunkter (Kreft og lunge hadde en tid felles samlinger, og planen er at de skal gjøre det videre også).
- *Rus og psykiske lidelser*: et prosjekt innenfor dette fokuserer på kvinner og rus, og på å lage kartleggingsverktøy innenfor rusmisbrukere. Her deltar de fire kommunene i samarbeid med DPS-et. Ruskonsulenten i Nordreisa har vært frikjøpt for å drive nettverket. Det er DPS-et i lag med ruskonsulenten i Nordreisa som har koordinatorfunksjon.
- *Sonjatunmodellen med kommunejordmortjeneste og fødestue*; jordmødrene er ansatt på Sonjatun, men har konsultasjoner i de fire kommunene.
- *Funnke*

Spesialisthelsetjenestens bidrag i nettverkene begrenser seg til det faglige; at man har fått hospitere ved UNN, og at de noen ganger har bidratt på VK. Kommunenes bidrag til nettverkene er administrativt og økonomisk. Kommunene må dekke lønn og reiseutgifter for møtene i nettverket. For hospiteringene så inkluderte dette at prosjektleder besøkte avdelingene og gjorde avtaler om rammer for hospiteringene.

Etter prosjektperioden (-2008), har det ikke vært noen frikjøpt for å utvikle helsetjenestene videre. *Utfordringer i dag er knyttet til hvem som skal ta initiativ for å møtes, for å dra på hospitering osv. Nettverkene må ha en styring og en motor.* Det at man har personer som er litt fristilt fra det daglige, som kan drive med utviklingsarbeid, anses som viktig. Små kommuner har ikke kapasitet til å få dette til.

#### *Hvordan skal fremtidig kompetansebehov ivaretas?*

Det er bevisst lagt opp til tvillingkompetanse, dette har man fått til i behandlingseenheten for hud og på teleortopedi. Når logopeden har permisjon en man imidlertid sårbare, fordi det er vanskelig å få noen inn.

#### *Konkrete kompetansebehov som kommunene peker på*

Innenfor diabetes har man kompetansen, med mangler finansiering av stilling. Det er 30 % vakanser i jordmorstillingene.

#### *Erfaringer og utfordringer*

Prosjektet var fremtidsrettet, men stoppet litt opp etter at de faglige nettverkene var på plass og i drift, og det ikke lenger var noen øremerket ressurs til å drive samarbeidet videre. En interkommunal fagutviklingsstilling foreslås.

Kompetanseutvikling gjennom faglige nettverk drives ikke "av seg selv", selv om det finnes faglige ressurser tilgjengelig. Den administrative innsatsen med å organisere og sette dagsorden i faglige nettverk må ikke undervurderes. Forutsatt fysiske møter i nettverkene, kommer ikke utenom et budsjett til reiseutgifter.

Det er behov for å bygge nye relasjoner mellom nivåene for å få til mer utvikling/samhandling, etter som de som har etablert et samarbeidsforhold, skiftes ut. Nye politikere, ledere og fagfolk kan ønske å prioritere annerledes og det stopper litt opp inntil de nye har fått forståelse for hensikten med for eksempel kompetansesamarbeid.

For å kunne frikjøpe fagfolk i prosjektstillinger, kreves det tid og innsikt til å søke midler, og hvis man får midler skal det skaffes personell på kort varsel siden det som regel er en tidsfrist for å kunne bruke midlene.

Gode miljø for praksisplasser for studenter, turnusplasser og elever, ses på som kompetansegivende, og samarbeid med utdanningsinstitusjonene blir viktig i det videre arbeidet med samhandlingsreformen.

### 2.3 Bardu, Målselv, Lavangen og Salangen<sup>115</sup>

I dette avsnittet beskrives samarbeidet som foregår mellom Lavangen Bardu, Salangen og Målselv.

Dette er et eksempel på et område hvor kommunene samarbeider i ulik retning – avhengig av hva man samarbeider om. To av kommunene, Bardu og Målselv, tilhører Midt-Troms regionråd (det interkommunale samarbeidet om utvikling av helsetjenester i Midt-Troms er beskrevet i neste avsnitt). De andre kommunene, Lavangen og Salangen, tilhører Sør-Troms regionråd, som er en region som ikke har egne samarbeidsprosjekter for utvikling av helsetjenester.

Befolkning består av til sammen 13 700 innbyggere med Målselv som størst med 6 600 innbyggere, og Lavangen som minst med 1 000 innbyggere. Reiseavstand fra kommunesentraene til nærmeste sykehus er mellom 13 og 20 mil til UNN i Tromsø i nord, eller mellom 7 og 12 mil til Narvik sykehus i sør.

#### *Bakgrunn for samarbeidet*

Et legevaktsamarbeid mellom de samme fire kommunene som ble etablert i mars 2007, var bakgrunnen for videreutvikling av samarbeidet sett i lys av samhandlingsreformen. Oppstart av dette var i juli 2010. Legevaktsamarbeidet er lokalisert til Troms militære sykehus (TMS) i Bardu, her er det også en desentralisert poliklinikk med ambulerende spesialister fra UNN, og det er røntgen og laboratorium. TMS er drevet av Forsvaret, som har sin egen sykestue, men planer legges nå for at Forsvaret i fremtiden kun skal drifte sin egen aktivitet, og at Bardu kommune skal bygge et nytt bygg for å huse et lokalmedisinsk senter samt TMS. Salangen har tidligere hatt en institusjon med driftsavtale innenfor rehabilitering, og forsøker nå å utvikle dette tilbudet videre.

#### *Hva det interkommunale samarbeidet omfatter*

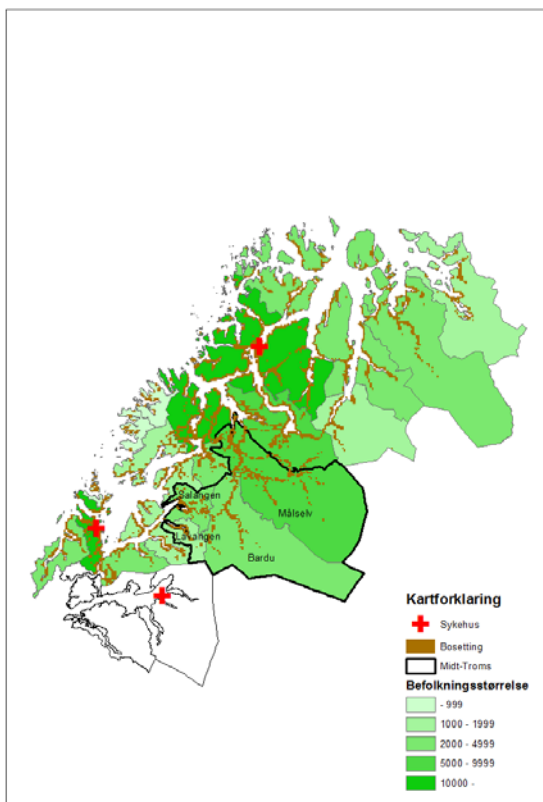
Kommunesamarbeidet har vært konsentrert rundt to prosjekter:

---

<sup>115</sup>Basert på intervjuer med og innspill fra prosjektleder Hege Hammer Bech, og tidligere prosjektleder, nå helse- og omsorgssjef i Bardu kommune, Inger Linaker.

Det ene er *utvikling av lokalmedisinsk senter* med utgangspunkt i den interkommunale legevakten. Et av målene her er å kartlegge kompetansebehov samt å planlegge og etablere felles kompetanseutvikling. Det er gjort en sykepleiekartlegging (spørreundersøkelse), man har opprettet et samarbeid med Universitetet i Tromsø om avtale som sikrer praksisplasser i de fire kommunene, og det gjennomføres samarbeidsmøter med universitetet (det er et ønske fra UiT at det skal opprettes en praksiskoordinator for disse kommunene, finansiert av midlene fra UiT). Det arrangeres felles fagdager med fokus på å få sendt folk på kurs (man forsøker å utnytte tilgangen som for tiden finnes på prosjektmidler som kan dekke kursutgifter), og det har vært fagdager ved legevakt hver 9. uke med for eksempel AMK, ambulansetjenesten, og kommunens helsetjeneste osv.

Det andre prosjektet er *kompetansehevende tiltak for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt*. Det er under arbeid en kreftplan som definerer utdanningsbehov. Det skal arrangeres en felles fagdag med fokus lindrende behandling for helse- og omsorgstjenesten i de fire kommunene. Et mål er i løpet av året å lage et interkommunalt tverrfaglig ambulant team for kreft som skal operere i de fire kommunene.



Figur 2.3 Kommunesamarbeidet i Bardu, Målselv, Salangen og Lavangen

I 2012 er man i ferd med å utrede flere områder innenfor helse og omsorg som kommunene kan samarbeide om.

Samarbeidet i Bardu, Målselv, Salangen og Lavangen har altså både et kortsiktig og et langsiktig perspektiv, hvor utvikling av lokalmedisinsk senter og samarbeidet med universitetet er eksempler på langsiktig perspektiv.

Kartlegging av sykepleierkompetansen i kommunene: De fire kommunene har til sammen 90 sykepleieårsverk. Kommunene har ikke hver for seg spesialiserte sykepleiestillinger innen alle felt. Kommunene hadde pr 2010 verken kreftsykepleiestillinger eller diabetessykepleiestillinger. Men kompetansen finnes lokalt, selv om kommunene mangler stillinger for spesialsykepleiere innenfor diabetes og kreft. 49 av sykepleierne i de fire kommunene svarte på kartleggingsundersøkelsen, i tillegg til 8 sykepleiere knyttet til TMS og den interkommunale legevakten. En av fem sykepleiere oppgir å være under videreutdanning. Kompetansekartleggingen viste at et klart flertall av sykepleierne (91 %) mener at de trenger økt kompetanse for å arbeide i kommunehelsetjenesten fremover. Den typen kompetanse de oftest<sup>116</sup> peker på er kreftsykepleie (34), demens/geriatri (23), diabetes (17), rus/psykiatri (14), smertelindring/palliasjon/terminal pleie (14) og rehabilitering (11).

I regi av det interkommunale samarbeidet har man ikke spesifikt beskrevet befolkningen mht befolkningsendringer, alderssammensetning osv. Dette er opp til hver kommune å gjøre.

### *Organisering*

Prosjektleder for det interkommunale samarbeidet er ansatt i 60 % stilling, styringsgruppen består av rådmennene i de fire kommunene. Kreftgruppa består av fem sykepleiere (de to kreftsykepleiere som finnes i Målselv, samt en sykepleier fra hver av de andre tre kommunene).

### *Hvordan skal fremtidig kompetansebehov ivaretas?*

En problemstilling som det pekes på, er at kommunene vil få bruk for mer kompetanse, men at de etter hvert vil ha mindre å ta av – og hvordan skal dette løses? En modell for å ivareta kompetansebehovet lages i 2012. Det ambulante interkommunale kreftteamet som utredes i 2012 ses på som en pilot, og man vil vurdere å opprette lignende team for andre diagnoser.

Det utvikles et samarbeid mellom interkommunal legevakt, Forsvaret og kommunene med hensyn til kompetanseutvikling, det vil si å delta på hverandres kurs og internundervisning osv.

Man har jobbet aktivt og tenker langsiktig i forhold til avtaleinngåelsen med UiT.

### *Konkrete kompetanseutviklingsbehov som kommunene peker på*

Prosjektleder peker på behov for en ny type grunnutdanning sett i lys av samhandlingsreformen, samt en ny videreutdanning som "allmennsykepleier".

### *Erfaringer og utfordringer*

En erfaring er at prosjektet har en styrke i forankringen i de fire kommunene, og at dette er et solid interkommunalt samarbeid. Alt som gjøres i regi av det interkommunale samarbeidet er forankret i styringsgruppen. Spesielle saker forankres i de fire kommunestyrene, som avtalen med UiT, opprettelsen av ø-hjelpssenger og legevaktsamarbeidet. Man har fokusert mye på å få til en felles forståelse i kommunene om samarbeidet, siden dette ofte er en stor utfordring i denne typen prosjekter.

---

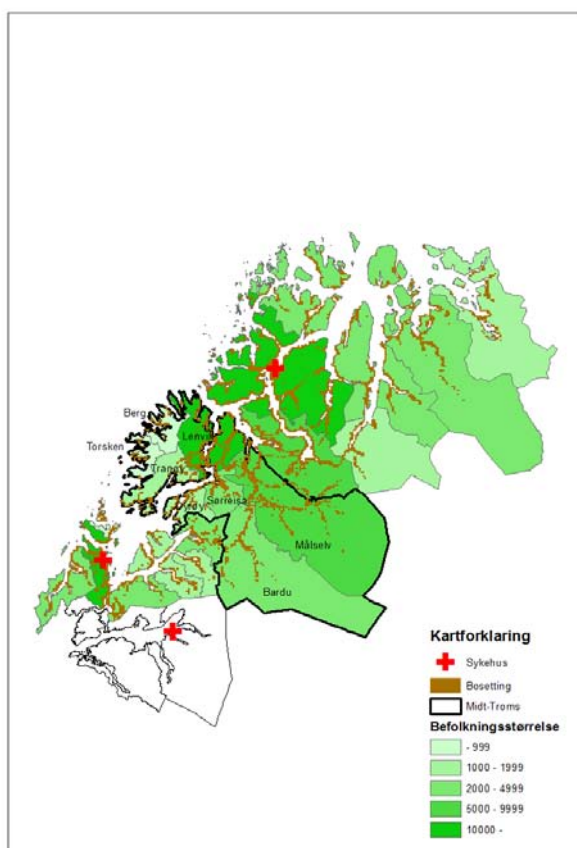
<sup>116</sup> I parentes: antallet som peker på denne typen kompetanse.

Utfordringen det pekes på fremover blir sannsynligvis økonomien. Alle fire kommuner kutter nå i sine tilbud. Det blir en stor utfordring å etablere nye tilbud med slike rammebetingelser. Et eksempel på økonomisk handlingsrom er hentet fra Lavangen. Det som Lavangen kommune har igjen av samhandlingsmidlene de får fra departementet når de har trukket ifra sitt akontobeløp til helseforetaket for 20 % av behandlingsutgifter til spesialisthelsetjenesten, er 14 500 kroner.<sup>117</sup> Dette skal gå til blant annet å betale ”døgnmulkt”, drive forebyggende tilbud, og bygge opp nye tjenestetilbud.

#### 2.4 Åtte Midt-Troms kommuner<sup>118</sup>

I forrige avsnitt ble samarbeidet i fire kommuner beskrevet. To av disse, Bardu og Målselv, er samtidig en del av 8-kommunesamarbeidet si Midt-Troms som beskrives i dette avsnittet. De øvrige kommunene er Lenvik, Sørreisa, Torsken, Tranøy, Berg og Dyrøy.

Befolkningen i de åtte kommunene består av 29 700 innbyggere, med Lenvik som eneste bykommune (11 300 innbyggere), Målselv, Bardu og Sørreisa med mellom 3300 og 6600 innbyggere hver, og de fire øvrige med mellom 900 og 1550 innbyggere. Reiseavstand fra kommunesentra til nærmeste sykehus er lengst fra yttersiden av Senja (Torsken) med 23 mil, eller reisetid 2 t og 40 minutter pluss ferge.



Figur 2.4 Kommunesamarbeidet i åtte Midt-Troms kommuner

<sup>117</sup> I følge rådmann Erling Hanssen i Lavangen kommune 30.3.2012.

<sup>118</sup> Basert på innspill fra daglig leder for LØKTA Heidi Gløtta Kristiansen.

### *Bakgrunn for samarbeidet*

Samarbeidet har sin opprinnelse i arbeidet med Distriktsmedisinsk Senter (DMS) Midt-Troms (lokalisert til Finnsnes i Lenvik kommune). Høsten 2003 ble det satt ned en arbeidsgruppe som skulle se på etablering av et læringscenter i tilknytning til DMS. Arbeidsgruppen var bredt sammensatt med lokale og regionale aktører fra helsetjenesten og utdanningssektoren og gruppenes mandat var å vurdere muligheten for en interkommunal arena for læring og utvikling i tilknytning til DMS. Arbeidsgruppen utviklet forslag til et konsept de kalte LØKTA og kvalitetssikret dette gjennom en dialogkonferanse høsten 2004 med representanter fra kommuner og helseforetak samt utdannings- og utviklingsaktører på helse- og sosialfeltet til stede.

### *Hva det interkommunale samarbeidet omfatter*

De åtte kommunene har et samarbeidsprosjekt i forhold til innføring av samhandlingsreformen, hvor LØKTA er prosjektansvarlig. Dette interkommunale samarbeidet omfatter i dag å initiere og tilrettelegge for fagnettverk, være arena/møteplass/forum, og videreutvikle samhandlingskultur. Det drives også informasjonsvirksomhet (inkludert veiledning og rådgivning) og plan- og utviklingsarbeid (inkludert bistand ved planarbeid og prosjektarbeid, og initiering av FoU).



Figur 2.5 Nettverksorganisering av kommunesamarbeidet rundt LØKTA i åtte Midt-Troms kommuner

Nettverkene skaper arenaer og system for utvikling av komplementærkompetanse. Følgende nettverk er i drift i dag, med samarbeidsavtaler med statlige organer, kompetansesentre/tjenester på UNN-nivå, regionalt nivå (Helse Nord) og nasjonalt nivå:

- *Geriatrinettverk Midt-Troms*: Samarbeider med Nasjonalt kompetansesenter for Aldring og Helse og OGT MT.



- *Nettverk Psykisk utviklingshemming Midt-Troms*: Samarbeider med NAKU og Habiliteringsenheten UNN.
- *Nettverk for psykisk helse Midt-Troms*: samarbeider med Senter for psykisk helse Midt-Troms, Fylkesmannen i Troms og NAPHA.
- *Nettverk lindrende behandling Midt-Troms*: samarbeider med Lindrende behandling Nord
- *Saksbehandlings og dokumentasjonsnettverket*: samarbeider med Fylkesmannen i Troms og KS, HOD og fagorganisasjonene.

### *Organisering*

LØKTA er en interkommunal kvalitetsutviklingsenhet for helse- og sosialtjenesten i Midt-Troms. Enheten er organisert etter en nettverksmodell, og det er ansatt en daglig leder. Målet er styrket samhandling og kompetanse.

I perioden 2010-2011 var flere arbeidsgrupper i gang, blant annet en gruppe for kompetansebygging, rekruttering og stabilisering, som lagde et oversiktsbilde hvor man beskrev regionale utfordringer.

### *Hvordan skal fremtidig kompetansebehov ivaretas?*

En ressursgruppe møtes 1-2 ganger i året og drøfter innhold i kompetanseprogrammet for hvert år. De evaluerer også foregående års kompetanseprogram. Det er i hvert nettverk satt av midler for stimulering av ressursgruppa. Hvis noen i gruppa ønsker kursing m.m., så er det en pott på 20-40 000,- i hvert nettverk som kan brukes til dette. Nettverksdriften er eksternt finansiert.

LØKTA og nettverkene samarbeider med kompetanseaktører på utdanninger og ved behov for studier meldes dette til disse. Nettverkene har tidligere hatt kurs og møter for brukere og pårørende. Dette vil i fremtiden være en del av LMS-tjenestene som kommunene skal drive.

### *Konkrete kompetanseutviklingsbehov som kommunene har tatt tak i*

Satsingsprosjekter i 2012 er for det første alvorlig syke eldre i interkommunallegevakt som er et HOD-finansiert prosjekt i seks av kommunene (Sørreisa, Berg, Lenvik, Tranøy Torsken og Dyrøy), og for det andre oppfølging av felles plan- og strategiarbeid mht forebygging, rekruttering, kompetansebygging og lærings- og mestringssamordning.

### *Erfaringer og utfordringer*

De to største utfordringene som det pekes på er å få informasjon ut til målgruppene om aktiviteten, og å få stor og god nok deltagelse på tiltakene. Dette krever tilretteleggelse fra ledere og forståelse for at det som tilbys er viktig å delta på (selv om alle tiltak som gjennomføres er meldt/kartlagt fra de åtte kommunene). Potensialet er altså avhengig av at ledere ser på tiltakene som gode og viktige, og at de bruker de.

Det pekes på følgende effekter av nettverksarbeid:

- Samhandling gir styrke
- Styrket fagkompetanse, samhandlingskompetanse, trygghet, stolthet og faglig identitet
- Muligheter for ideer, nytenkning og endringsvillighet
- Skaper større fagmiljø og stabilitet
- Styrke og tyngde som samarbeids- og høringspartner

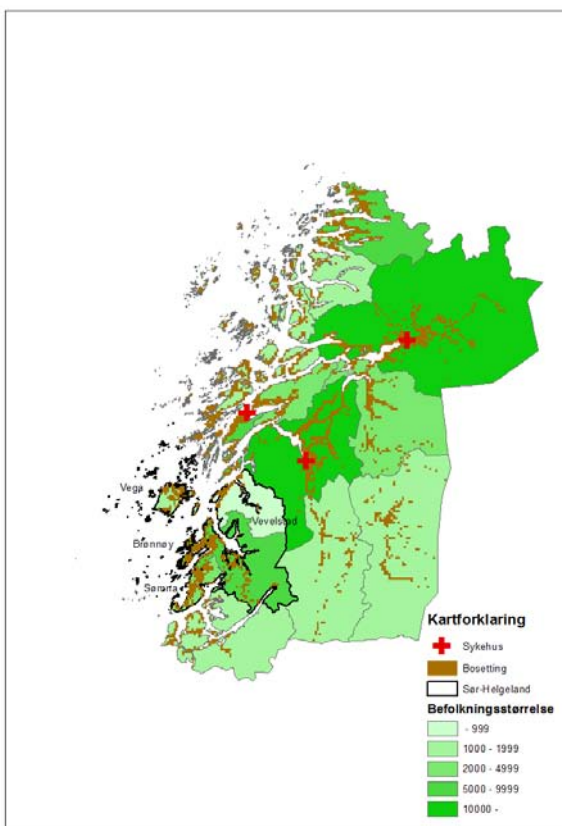


## 2.5 Sør-Helgeland<sup>119</sup>

Sømna, Brønnøy, Vega og Vevelstad, med til sammen 11 400 innbyggere, samarbeider om utvikling av helsetjenester. De tre småkommunene omkranser Brønnøy med 7700 innbyggere. Vevelstad har drøyt 500 innbyggere, de øvrige to har 2000 og 1300 innbyggere. Kommunene ligger relativt nært hverandre og reisetiden er mellom 35 og 45 minutter fra Vevelstad i nord (inkl fergesamband), Vega i vest (øykommune med fergesamband), og Sømna i sør. Reiseavstand til nærmeste sykehus er fra 1,5 til 3 timer.

### *Bakgrunn for det interkommunale samarbeidet*

Det finnes i dag desentralisert poliklinisk virksomhet i Brønnøysund, fødestue og dialyse, samt en avdeling av Ytre Helgeland psykiatriske senter. I Sømna finnes Helgeland Rehabilitering, eid av Sømna kommune. Sømna og Brønnøy har fra tidligere hatt et samarbeid om interkommunal legevakt.



Figur 2.6 Kommunesamarbeidet på Sør-Helgeland

### *Hva det interkommunale samarbeidet omfatter*

Initiativet til det utvidete samarbeidet på Sør-Helgeland kom i forbindelse med HOD sin invitasjon til å søke om samhandlingsmidler i 2009. Det ble etter hvert klart at kommunene måtte samordne seg i forhold til utvikling av helsetjenester.

<sup>119</sup> Basert på samtaler med Grete Bang i Brønnøy kommune, pleie- og omsorgsleder Guro Knygh i Sømna kommune samt dokumentstudier.

I 2010/2011 ble det startet flere samarbeidsprosjekter på Sør-Helgeland, finansiert med midler fra Helsedirektoratet. Det interkommunale samarbeidet omfatter følgende:

Mulighetene for et lokalmedisinsk senter og hvilket tjenestetilbud dette skulle ha, er utredet. Søknaden var forankret ved vedtak i alle kommunestyrene. Man vil utvikle målrettet bruk av spesialisthelsetjenesten slik at pasienter med kroniske sykdommer og eldre slipper lange transporter og tap av arbeidstid. Behov for spesialistpolikliniske tjenester og utstyr utredes, dagens tjenester skal gjennomgås og evalueres, og nye skal vurderes.

Modellforsøket "Forsterket sykehjem" er igangsatt i alle samarbeidende kommuner. Dette innebærer observasjonssenger, forsterket lokal akuttberedskap, bedre ivaretagelse av kronikere og å unngå unødige innleggelse. En observasjonsseng i tilknytning til kommunal legevakt i Brønnøysund er opprettet. Det planlegges å få på plass en observasjonsseng til. Det er også etablert en observasjonsseng ved hvert av sykehjemmene i Sømna, Vega og Vevelstad, og behov for kompetanse er utredet. Dette får ikke kommunene finansiering for, men formålet er å få ned sykehusforbruket, det er ikke krav til døgnbemanning med lege ved observasjonssenger.

Kommunene har planlagt førstehjelp og akuttmedisinsk oppfriskning, og de har forhandlet frem en avtale med helseforetaket om kompetanseutvikling. Brønnøy har utarbeidet en egen kompetanseplan, de øvrige kommunene er i gang med kompetanseplanlegging hver for seg.

Man har sett nødvendigheten av å bruke sykehjems plasser til mer korttidsopphold, opptrening, avlastning og behandling, og flere får tilbud om korttidsopphold. Samlet sett har endret bruk av sykehjems plasser og bedre fastlegedekning medvirket til færre pasienter på sykehus som venter på plass i sykehjem.

2012 skal brukes til å utrede modeller for interkommunalt legevaktsamarbeid for alle fire kommunene. Dette skal ses i sammenheng med den lovpålagte oppgaven om døgntilbud for ø-hjelp fra senest 2016. FUNNKe startet opp i 2012 med Brønnøy kommune som samarbeidskommune. "Sammen for rehabilitering på Helgeland" har utredet og anbefalt driftsmodell for rehabiliteringsvirksomheten.

#### *Organisering av samarbeidet*

Samarbeidet er organisert gjennom flere delprosjekter, hvor hver av kommunene Brønnøy, Vega, Vevelstad og Sømna er prosjekteiere. Det er en felles prosjektgruppe med administrative representanter fra alle kommuner samt helseforetaket, som styrer utviklingen av prosjektarbeidet som omfatter utvikling av lokalmedisinsk senter og forsterket sykehjem. Legevaktsamarbeidet (gammelt) ligger under et annet gruppeprosjekt, hvor Vega og Vevelstad er invitert inn.

#### *Hvordan skal fremtidig kompetansebehov ivaretas?*

Kurs og kompetanseheving skal avtales etter behov med den enkelte kommune, dette skal avtales via koordinerende enhet i kommuner og helseforetak og innarbeides i tjenesteavtale 6 med Helgelandssykehuset. Det søkes samarbeidsmidler gjennom HOD til FUNNKe og til å implementere LEAN-metodikken.

Det planlegges kurs for ansatte i møte med nye pasientgrupper. De fire kommunene har siden høsten 2011 hatt en muntlig avtale som åpner for hospitering for kommunalt ansatte sykepleiere ved

Helgelandssykehuset. Flaskehalsen har imidlertid vært å få vikarer for sykepleierne som skal hospitere<sup>120</sup>. Den muntlige avtalen vil bli avløst av ny avtale pr 1.7.2012.

### *Erfaringer og utfordringer*

En erfaring er at "alt tar sin tid", spesielt i forhold til utvikling av spesialistpoliklinikken. I forhold til observasjonssenger, er det legene som har fått ansvar for å disponere disse. Det er utarbeidet rutiner for bruk av observasjonsseng. Det har vært tilstrekkelig med en seng for Brønnøy sin del, og den har også vært brukt. En erfaring er at kommunene har mye kompetanse som kan og bør utveksles. Dette kommer til syne når kommunene jobber sammen i prosjekt eller nettverk.

## 2.6 Oppsummering av erfaringer og utfordringer i fem pilotprosjekter

- Kompetansekartlegging er ressurskrevende.
- Anstrengelsene for å få til interkommunalt samarbeid kan beskrives ved hjelp av konkurranseperspektiv og proteksjonisme: hver kommune prøver lengst mulig å verne om sine innbyggere, sin kompetanse, og sine ressurser. Terskelen for å få i gang interkommunalt samarbeid blir høy.
- Det trenges en øremerket ressurs til å drive nettverksamarbeid. Kompetanseutvikling gjennom faglige nettverk drives ikke "av seg selv".
- Forutsatt fysiske møter i nettverkene, kommer en ikke utenom et budsjett til reiseutgifter.
- Det er behov for å bygge nye relasjoner mellom nivåene for å få til mer utvikling og samhandling, etter som de som har etablert et samarbeidsforhold skiftes ut. Nye politikere, ledere og fagfolk kan ønske å prioritere annerledes og det stopper litt opp.
- For å frikjøpe fagfolk i prosjektstillinger kreves det tid og innsikt til å søke midler, og hvis midler skal det skaffes personell på kort varsel da det er en frist for å bruke midlene.
- Gode miljø for praksisplasser for studenter, turnusplasser og elever, ses på som kompetansegivende, og samarbeid med utdanningsinstitusjonene blir viktig i det videre arbeidet med samhandlingsreformen.
- Stort fokus på å få til en felles forståelse i kommunene om samarbeidet, siden dette ofte er en stor utfordring i denne typen prosjekter.
- Utfordringen det pekes på fremover blir sannsynligvis økonomien. Kommunene kutter nå i sine tilbud. Det blir en stor utfordring å etablere nye tilbud med slike rammebetingelser.
- De to største utfordringene som det pekes på er å få informasjon ut til målgruppene om tiltak som nettverk og kurs, og å få stor og god nok deltagelse. Dette krever tilretteleggelse fra ledere og forståelse for at det som tilbys er viktig å delta på.
- Effekter det pekes på:
  - Samhandling gir styrke; styrket fagkompetanse, samhandlingskompetanse, trygghet, stolthet og faglig identitet.
  - Nettverk skaper større fagmiljø og stabilitet, muligheter for ideer, nytenkning og endringsvillighet.
  - Samarbeid gir styrke og tyngde som samarbeids- og høringspartner.
  - Utviklingsarbeid tar lang tid.
  - Kommunene har mye kompetanse som kan og bør utveksles.

---

<sup>120</sup> Iflg. Grete Bang 26.3.2012

### 3 Oppsummering av konklusjoner om kompetanse

I dette avsnittet oppsummeres først hvordan kommunene gjennom pilotprosjektene styrker eller planlegger å styrke helsetjenestene. Så oppsummeres på hvilke måter man arbeider med kompetanseutvikling, og til slutt pekes det på hvordan fremtidig kompetansebehov skal ivaretas gjennom ulike modeller.

#### 3.1 På hvilke områder styrkes helsetjenestene?

Det er utfordrende å skulle sammenfatte interkommunale samarbeidsprosjekter, fordi de er så ulike både med hensyn til hvor lenge samarbeidet har vart, de har ulik organisering og ulikt fokus mm. En oppsummering i forhold til ni prioriterte kompetansefelt, er gjort under. Det er i tillegg lagt til andre kategorier for å fange opp aktiviteten i pilotprosjektene.

I pilotprosjektene er det hittil størst aktivitet innen kompetanseutvikling i forhold til kreft/lindrende behandling, og legevaktsamarbeid/ø-hjelp. Ut fra disse pilotprosjektene, kan det se ut som om det foregår liteinterkommunalt utviklingsarbeid og samarbeid innenfor folkehelse, diabetes, KOLS og smittevern.

Tabell 3.1: Innenfor hvilke kompetansefelt styrkes de kommunale tjenestene i pilotprosjektene?

	Midt-Finnmark	Nord-Troms	Bardu, Målselv, Lavangen, Salangen	Midt-Troms	Sør-Helgeland
<b>Folkehelse</b>	Frisklivssentral				
<b>habilitering/ rehabilitering</b>	Hverdags- rehabilitering				<b>Samarbeid er under utvikling</b>
<b>Diabetes</b>	lærings- og mestringstilbud				
<b>Kreft</b>	Kreftnettverk (deling av personalressurser)	Styrking av kreftomsorg og lindrende behandling	Kreft/lindrende behandling, planlagt ambulant kreftteam	Fagnettverk lindrende behandling	
<b>Lungemedisin/ KOLS</b>	lærings- og mestringstilbud				
<b>Geriatrici</b>		Styrking av demens og geriatricifeltet. Pårørendeskole - demens (dvs. mestringsarena)		<b>Fagnettverk geriatrici</b>	
<b>Rus</b>		Styrking av arbeidet i forhold til rus og psykisk helse			
<b>Psykiatrici</b>				Fagnettverk psykisk helse	
<b>Smittevern</b>					
<b>Elektronisk samhandling</b>	<b>Utvikle elektronisk samhandling</b>	Utvikling av elektronisk samhandling			Utredet legevaktsamarbeid og ø-hjelp.
<b>Interkommunal legevakt og ø- hjelp</b>		Ø- hjelp og nettverk for å forbedre ø- hjelp og sykestuetilbud	Fagutvikling for interkommunal legevakt	Alvorlig syke eldre i interkommunallegev akt (6 kommuner)	<b>Skal utrede samarbeid om dette i løpet av 2012</b>
<b>Annet</b>		Jordmortjenester	Utvikling av lokalmedisinsk senter	Felles plan- og strategiarbeid.  Saksbehandling og dokumentasjon	Forsterket sykehjem (observasjonssenger, forsterket lokal akuttberedskap, bedre ivaretagelse av kronikere)

### 3.2 Hvordan jobber pilotprosjektene for å utvikle kompetanse?

Kommunene jobber med kompetanseutvikling på ulike måter, og har ulike utfordringer:

Midt-Finnmark har startet på en omfattende **kartlegging av kompetanse** i de fire samarbeidende kommunene, hvor man ser på **tjenestetilbudet og på helsepersonellet (alder, stillingsprosent, hva som finnes av videreutdanning osv)**. Utfordringer med denne modellen, er at kartleggingen er ressurskrevende, og arbeidet er blitt forsinket. Har søkt eksterne midler til å sette i gang flere utviklingsprosjekter.

Nord-Troms har i flere år allerede satset på kompetanseutvikling gjennom **faglige nettverk** hvor samarbeidskommunene og til dels foretakene er representert, dette kom i gang etter en runde med **hospiteringer** på sykehus. Utfordringer her, fire år etter at prosjektperioden er over, er at det mangler en ressurs til å drive dette arbeidet videre, sette dagsorden og organisere nettverkene.

Bardu, Målselv, Salangen og Lavangen driver **kompetansekartlegging** (sykepleiere), utvikler samarbeid med universitet, arrangerer **fagdager**, lager felles **interkommunal kreftplan** med mål å lage et **interkommunalt tverrfaglig ambulant team** for kreft og eventuelt bruke denne modellen som pilot for andre fagteam.

Midt-Troms jobber etter nettverksmodellen med å initiere og tilrettelegge for **fagnettverk**, driver **informasjonsvirksomhet** inkludert veiledning og rådgivning og **plan- og utviklingsarbeid** inkludert bistand ved planarbeid og prosjektarbeid, og initiering av FoU. En ressursgruppe møtes 1-2 ganger i året og evaluerer og drøfter innhold i kompetanseprogrammet for hvert år.

Kommunene på Sør-Helgeland har laget/skal lage hver sine kompetanseplaner. De planlegger tiltak innen akuttmedisin og vil utvikle **hospiteringsordninger** med sykehus.

Tabell 3.2: Hvordan pilotprosjektene jobber for å utvikle kompetanse?

	Midt-Finnmark	Nord-Troms	Bardu, Målselv, Lavangen, Salangen	Midt-Troms	Sør-Helgeland
<b>Kompetansekartlegging</b>	Helsepersonell og tjenestetilbud		sykepleiere		Egen plan for Brønnøy, de øvrige skal lage hver sine
<b>Faglige nettverk</b>		Flere nettverk		Flere nettverk	
<b>Hospiteringer</b>		I forkant av at nettverkene ble etablert			Ønsker hospitering ved sykehus
<b>Fagdager og lignende</b>			Fagdager generelt og ved interkommunal legevakt		Planlegger akuttmedisinsk oppfriskning
<b>Interkommunal plan</b>			Kreft		
<b>Interkommunalt tverrfaglig ambulant team</b>			Kreft og eventuelt flere fagfelt		
<b>Universitets-samarbeid</b>			Utvikler avtaler		
<b>Kompetanseheving i plan- og utviklingsarbeid</b>				Bistand ved planarbeid og prosjektarbeid, initiering av FoU, veiledning og rådgivning	

### *Modeller for å ivareta fremtidig kompetansebehov*

Pilotprosjektene har ulike løsninger når det gjelder fremtidig organisering som skal utnytte ressursene i hver kommune bedre.

Som utgangspunkt hadde vi et fokus på to typer kommunesamarbeid som grovt sett kan deles inn i to modeller; samarbeid mellom flere kommuner (samarbeidskommunemodellen), og samarbeid mellom en stor og en eller flere små kommuner (vertskommunemodellen). I praksis er det imidlertid vanskelig å plassere de fem prosjektene enten i den ene eller i den andre kategorien.

Det er heller slik at kommunene samarbeider etter en vertskommunemodell i forhold til utvikling av distriktsmedisinske sentra og interkommunale legevakt/ø-hjelpssenger. Øvrige tiltak er organisert gjennom følgende modeller:

- Deling av personalressurser mellom kommuner
- Etablering interkommunale ambulante team
- Etablering og/eller drift av fagnettverk
- Utvikling av tvillingkompetanse
- Utvikling av interkommunalt samarbeid med utdanningsinstitusjonene i forhold til praksis

## VEDLEGG 2: Spørreundersøkelse til kommunene – april 2012

1. Navn på kommune: .....

2. Hvis kommunen har planlagt kompetanseutviklingstiltak som skal settes inn på lengre sikt for pasienter med en eller flere av diagnosene KOLS, diabetes, kreft, psykiske lidelser, rus og demens; hvilke tiltak er prioritert: .....

3. Har kommunen rutiner for å lage en individuell plan sammen med pasienter med langvarige lidelser?

◊ Ja                      ◊ Nei                      Kommentarer: .....

4. Har kommunen rutiner for å følge opp individuell plan?

◊ Ja                      ◊ Nei                      Kommentarer: .....

**Hvis det er vanskelig å rekruttere helsepersonell til din kommune, hvilke grupper gjelder dette? (kryss av for inntil tre grupper)**

◊ Sykepleier med spesialistutdanning

◊ Sykepleier

◊ Ergoterapeut

◊ Fysioterapeut

◊ Lege

◊ Helsefagarbeider

◊ Annen gruppe; hvilken:.....

5. Hvilke behov for nettbasert eller desentralisert grunn- og videreutdanning for helsepersonell i din kommune vil du melde inn til utdanningssektoren.....

6. Hvilke tiltak har kommunen iverksatt i løpet av de siste to årene for å styrke sine kommunale tjenester og utvikle omsorgen for pasienter som er syke over lengre tid (kronikere):

◊ Kompetanseheving for ansatte

◊ Økt støtte til egenomsorg og opplæring av pasienter til å mestre egen sykdom

◊ Opprettet stilling(er) rettet inn mot kronikeromsorg

◊ Styrket koordinering av tjenestetilbudet

◊ Annet; spesifiser hva: .....

**7. Har kommunen iverksatt noen kompetanseutviklingstiltak i forhold til pasienter med diagnosen**

KOLS:	◊ Ja	◊ Nei, men planlegger tiltak i løpet av 2012	◊ Nei
Diabetes:	◊ Ja	◊ Nei, men planlegger tiltak i løpet av 2012	◊ Nei
Kreft:	◊ Ja	◊ Nei, men planlegger tiltak i løpet av 2012	◊ Nei
Psykiske lidelser:	◊ Ja	◊ Nei, men planlegger tiltak i løpet av 2012	◊ Nei
Rus:	◊ Ja	◊ Nei, men planlegger tiltak i løpet av 2012	◊ Nei
Demens	◊ Ja	◊ Nei, men planlegger tiltak i løpet av 2012	◊ Nei

Hospitering er et tidsavgrenset opphold på en annen arbeidsplass. Formålet er at den som hospiterer skal oppdatere sin fagkompetanse eller lære seg noe nytt om arbeidsmåter, teknologi osv.

**8. Har helsepersonell fra kommunen i løpet av det siste året hospitert i spesialisthelsetjenesten?**

◊ Ja            ◊ Nei            Hvis ja: hvilken type helsepersonell har hospitert:.....  
Hvis ja: i forhold til hvilken pasientgruppe har de hospitert: .....

**9. Har det vært hospitering fra spesialisthelsetjenesten til kommunen i løpet av det siste året?**

◊ Ja            ◊ Nei            Hvis ja: hvilken type helsepersonell har hospitert: .....

Hvis ja: i forhold til hvilken pasientgruppe har de hospitert: .....

**10. Hvis det er aktuelt for kommunen å utvikle hospiteringsordninger; hvilke:.....**

**11. Hva er flaskehalsen for å få til hospitering?**

- ◊ skaffe vikar
- ◊ reise- og oppholdsutgifter
- ◊ få til avtaler med spesialisthelsetjenesten
- ◊ annet; hva: .....

Faglige nettverk er en felles møteplass for utveksling av kunnskap og erfaringer. Deltakelse i slike nettverk gir helsearbeidere rom for faglig refleksjon og mulighet for kompetansebygging og styrket tverrfaglig samarbeid, enten i samarbeid med andre kommuner eller i lag med spesialisthelsetjenesten. Faglige nettverk består av virtuelle og ikke-virtuelle nettverk.

**12. Hvilke faglige nettverk deltar helsepersonell fra kommunen jevnlig i, knyttet til en eller flere av diagnosene KOLS, diabetes, kreft, psykiske lidelser, rus og demens? .....**



13. Hvilke faglige nettverk er det eventuelt planer om å utvikle? .....

14. Hva er eventuelle flaskehalsar for å delta i faglige nettverk?

◇ nettverket som ønskes er ikke etablert

◇ det mangler ressurser til å administrere nettverket (sette dagsorden, innkalle)

◇ vikarutgifter

◇ oppholdsutgifter

◇ annet; hva: .....

15. Innenfor hvilke kompetansefelt har kommunen jevnlig samarbeid med ambulante team fra spesialisthelsetjenesten?

Habilitering/rehabilitering      ◇ Ja                      ◇ Nei

Diabetes                                      ◇ Ja                      ◇ Nei

Kreft    ◇ Ja                      ◇ Nei

KOLS    ◇ Ja                      ◇ Nei

Geriatrici                                      ◇ Ja                      ◇ Nei

Rus    ◇ Ja                      ◇ Nei

Psykiatrici                                      ◇ Ja                      ◇ Nei

16. Har kommunen stilling(er) for diabetessykepleier?

◇ Ja      ◇ Nei

Hvis nei; er det planer om å opprette stilling som diabetessykepleier?

◇ Ja, egen stilling for vår kommune

◇ Ja, i samarbeid med andre kommuner

◇ Nei, det er ikke planer om å opprette stilling for diabetessykepleier

17. Har kommunen stilling(er) for KOLS/lungesykepleier?

◇ Ja      ◇ Nei

Hvis nei; er det planer om å opprette stilling som KOLS/lungesykepleier?

◇ Ja, egen stilling for vår kommune

◇ Ja, i samarbeid med andre kommuner

◇ Nei, det er ikke planer om å opprette stilling for KOLS/lungesykepleier

E-læring kan ses på som et sentralt verktøy i kompetanseutvikling, og omfatter i denne sammenheng *nettbaserte kurs* og *fagnett*.

**18. Hvis kommunen har tatt i bruk e-læring i forhold til behov som følger av samhandlingsreformen; hvilke typer e-læring er dette?**

◇ Nei, e-læring er ikke tatt i bruk

◇ Ja, følgende e-læringstiltak er satt i gang: .....

**19. Samarbeider kommunen med andre kommuner i forhold til lokal- eller distriktsmedisinske sentra?**

◇ samarbeider ikke med andre kommuner om dette

◇ Samarbeider med følgende kommuner: .....

**20. Samarbeider kommunen med andre kommuner i forhold til (etablering av) ø-hjelpsenger?**

◇ samarbeider ikke med andre kommuner om dette

◇ Samarbeider med følgende kommuner: .....

**21. Samarbeider kommunen med andre kommuner i forhold til (etablering av) legevaktsamarbeid?**

◇ samarbeider ikke med andre kommuner om dette

◇ Samarbeider med følgende kommuner: .....

**22. Samarbeider kommunen med andre kommuner i forhold til folkehelseiltak?**

◇ samarbeider ikke med andre kommuner om dette

◇ Samarbeider med følgende kommuner: .....

## VEDLEGG 3: Utfyllende tabeller til kapitlene 3, 6 og 7

Tabellene 3.3.2-3.3.7 inneholder bakgrunnsdata for tabell 3.3.1:

Tabell 3.3.2: Opptak på utvalgte videreutdanninger i sykepleie og flerfaglige utdanninger i Nord-Norge 2007 til 2011, ni prioriterte kompetansefelt

Videreutdanning (institusjon)	Opptak 2007	Opptak 2008	Opptak 2009	Opptak 2010	Opptak 2011	Total
Diabetesbehandling og diabetesomsorg (UiN)	80	74	53	46	-	253
Kreftsykepleie (UiT)	16	-	13	17	-	46
Kreftsykepleie (UiN)	-	-	-	14	-	14
Palliativ behandling omsorg og pleie (UiN)	-	-	-	50	30	80
Smerte og smertelindring (HiF) <sup>121</sup>	-	-	-	2	-	2 <sup>122</sup>
Videreutdanning i klinisk sykepleie (UiT)	22	30	18	26	11	197
Lungelidelser (UiN)	-	-	-	-	24	24
Master i klinisk sykepleie (UiN)	-	17	12	11	13	53
Aldring og eldreomsorg (UiT)	24	-	25	-	13	62
Aldring og eldreomsorg (UiN)	-	23	-	-	7	30
Aldring og eldreomsorg (HiF)	5	26	-	1	-	32 <sup>123</sup>
Eldreomsorg (HiNe)	-	-	-	-	-	-
Demens og alderspsykiatri (UiT)	-	25	-	14	-	39
Demensomsorg og omsorg til eldre ps.lidelser (UiN)	37	19	-	17	10	83
Psykisk helsearbeid (UiT)	64	-	44	-	-	108
Psykisk helsearbeid (UiN)	105	-	66	-	72	243
Psykisk helsearbeid deltid (HiF)	20	-	37	-	15	72 <sup>124</sup>
Psykisk helsearbeid deltid (HiH)	-	62	-	48	-	110
Rusproblematikk og psykiske lidelser (UiN)	36	34	27	38	17	152
Rusproblematikk (UiT)	-	-	-	-	-	-
Rusforebyggende arbeid (HiNa)	6	-	-	-	-	6
Rus og psykiatri (HiN)	-	-	33	39	33	105
Helsesøsterutdanning (UiT)	-	44	-	59	-	103
Master i funksjonshemming og deltakelse (HiH)	-	-	-	-	29	29
Sykepleie til pasienter med alvorlige sykdomstilstander (HiH)	-	-	-	24	-	24
Videreutdanning i motivasjon, mestring og arbeid (HiH)	-	-	-	-	10	10

<sup>121</sup> Videreutdanning i smerte og smertelindring ved HiF består av 3 moduler hvorav den første delen har vært åpnet for andre helsearbeidere, men de siste to modulene er kun for sykepleiere.

<sup>122</sup> I sum viser de kvalitetssikrede data 11 flere enn DBH-data (2010).

<sup>123</sup> I sum viser de kvalitetssikrede data 5 flere enn i DBH-data.

<sup>124</sup> I sum viser de kvalitetssikrede data 4 færre enn DBH-data.

Tabell 3.3.3: Kandidater på utvalgte videreutdanninger i sykepleie og flerfaglige videreutdanninger i Nord-Norge 2007 til 2011, ni prioriterte kompetansefelt

Videreutdanning (institusjon)	Kandidater 2007	Kandidater 2008	Kandidater 2009	Kandidater 2010	Kandidater 2011	Total
Diabetesbehandling og diabetesomsorg (UiN)	20	51	25	53	63	212
Kreftsykepleie (UiT)	13	14	2	12	-	41
Kreftsykepleie (UiN)	-	8	-	-	-	8
Palliativ behandling omsorg og pleie (UiN)	-	-	-	-	-	-
Smerte og smertelindring (HiF)	3	-	-	-	7	10
Videreutdanning i klinisk sykepleie (UiT)	2	26	22	6	13	69
Lungelidelser (UiN)	-	-	-	-	-	-
Master i klinisk sykepleie (UiN)	-	-	-	-	1	1
Aldring og eldreomsorg (UiT)	18	34	1	17	4	74
Aldring og eldreomsorg (UiN)	-	12	-	-	5	17
Aldring og eldreomsorg (HiF)	10	1	-	20	-	31
Eldreomsorg (HiNe)	-	-	12	-	-	12 <sup>125</sup>
Demens og alderspsykiatri (UiT)	18	-	23	1	-	42
Demensoms og omsorg til eldre ps lidelser (UiN)	-	21	7	-	8	36
Psykisk helsearbeid (UiT)	3	54	2	1	46	106
Psykisk helsearbeid (UiN)	86	1	72	-	62	221
Psykisk helsearbeid (HiF)	25	-	14	33	-	72
Psykisk helsearbeid (HiH)	-	46	-	31	-	77
Rusproblematikk og psykiske lidelser (UiN)	19	19	18	23	29	108
Rusproblematikk (UiT)	3	-	-	-	-	3
Rus og psykiatri (HiN)	-	-	-	30	33	63
Rusforebyggende arbeid (HiN)	27	28	-	2	-	57
Rusrelatert arbeid (HiN)	34	25	17	-	-	76
Rusforebyggende innsats med skolen som arena (HiN)	-	-	15	-	-	15
Helsesøsterutdanning (UiT)	-	38	3	40	1	82
Master i funksjonshemming og deltakelse (HiH)	-	-	-	-	-	-
Sykepleie til pasienter med alvorlige sykdomstilstander (HiH)	-	-	-	-	21	21
Videreutdanning i motivasjon, mestring og arbeid (HiH)	-	-	-	-	-	-

<sup>125</sup> Kvalitetssikrede data innebærer at 12 kandidater fullførte eldreomsorg.

Tabell 3.3.4 Opptak på videreutdanning i folkehelse UiT og UiN 2007-11

Videreutdanning/institusjon	Opptak 2007	Opptak 2008	Opptak 2009	Opptak 2010	Opptak 2011	Total
Erfaringsbasert master i folkehelsevitenskap	3	4	-	2	-	9
Master i folkehelsevitenskap	19	23	-	-	14	56
Master s Progr in Public Health	-	-	19	34	-	53
<b>Sum UiT</b>	<b>22</b>	<b>27</b>	<b>19</b>	<b>36</b>	<b>14</b>	<b>118</b>
Folkehelsearbeid UiN	43	21	-	24	-	88

Tabell 3.3.5: Kandidater på videreutdanning i folkehelse 2007- 2011

Videreutdanning/institusjon	Kandidater 2007	Kandidater 2008	Kandidater 2009	Kandidater 2010	Kandidater 2011	Total
Erfaringsbasert master i folkehelsevitenskap UiT	-	2	1	1	1	5
Master i folkehelsevitenskap UiT	3	5	12	13	6	39
Masters Progr Public Health UiT	-	-	7	1	6	14
<b>Sum UiT</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>20</b>	<b>15</b>	<b>13</b>	<b>58</b>
Folkehelsearbeid UiN	26	-	7	-	18	51

Tabell 3.3.6: Master i rehabilitering UiN, opptak og kandidater 2007-11

	2007	2008	2009	2010	2011	Total
Opptak	19	16	6	13	16	70
Kandidater	-	11	5	9	2	27

Tabell 3.3.7 Master i klinisk nevrologisk fysioterapi UiT, opptak og kandidater 2007-2011

	2007	2008	2009	2010	2011	Total
Opptak	21			22		43
Kandidater				21		21

Tabell 6.2.1 Forsørgerbrøk i nordnorske kommuner 2010 2020 og 2030<sup>126</sup>

Kommune	2000	2010	2020	2030
1804 Bodø	6,37	5,67	4,62	3,62
1805 Narvik	3,81	3,92	3,41	2,67
1811 Bindal	2,81	2,80	1,94	1,40
1812 Sømna	3,44	3,54	2,81	2,25
1813 Brønnøy	4,05	4,40	3,63	2,87
1815 Vega	3,07	3,00	2,42	2,00
1816 Vevelstad	3,16	3,30	2,33	2,36
1818 Herøy	3,39	3,15	2,67	2,16
1820 Alstahaug	5,72	4,62	3,20	2,46
1822 Leirfjord	3,04	3,83	3,63	2,64
1824 Vefsn	4,19	3,82	2,93	2,45
1825 Grane	3,02	3,16	2,27	2,01
1826 Hattfjelldal	3,31	2,96	2,23	2,16
1827 Dønna	3,21	3,27	2,49	1,88
1828 Nesna	3,70	3,73	3,61	2,84
1832 Hemnes	3,27	3,23	2,76	2,51
1833 Rana	4,41	4,15	3,40	2,67
1834 Lurøy	3,19	3,11	2,66	2,25
1835 Træna	3,27	4,19	4,56	4,93
1836 Rødøy	2,87	3,32	2,61	2,01
1837 Meløy	3,46	3,64	3,20	2,63
1838 Gildeskål	2,42	2,84	2,31	1,91
1839 Beiarn	3,04	2,57	1,91	1,52
1840 Saltdal	3,92	3,94	2,70	2,10
1841 Fauske	4,06	3,95	2,94	2,28
1845 Sørfold	3,41	3,24	2,11	1,78
1848 Steigen	2,75	3,10	2,32	1,82
1849 Hamarøy	2,60	2,94	2,34	1,94
1850 Tysfjord	3,71	3,44	2,28	1,73
1851 Lødingen	3,01	2,82	2,28	1,78
1852 Tjeldsund	3,08	2,81	1,97	1,69
1853 Evenes	3,14	3,05	1,86	1,63
1854 Ballangen	3,21	3,14	2,36	1,81
1856 Røst	3,50	3,72	3,95	2,91
1857 Værøy	3,20	3,51	2,93	2,78
1859 Flakstad	3,17	2,69	2,43	1,96
1860 Vestvågøy	3,62	3,77	3,10	2,50
1865 Vågan	3,81	4,07	3,22	2,53
1866 Hadsel	3,66	3,66	2,85	2,40
1867 Bø	2,27	2,29	2,23	1,85
1868 Øksnes	4,42	3,84	2,95	2,30
1870 Sortland	4,36	4,91	3,89	2,97

<sup>126</sup> basert på Statistisk sentralbyrås befolkningsfremskrivninger (middelsalternativet)

1871 Andøy	3,49	3,17	2,52	2,07
1874 Moskenes	3,09	2,60	2,50	2,23
1901 Harstad	4,79	4,60	3,56	2,88
1902 Tromsø	7,36	7,28	5,24	3,91
1911 Kvæfjord	4,20	4,02	3,04	2,39
1913 Skånland	3,72	3,55	2,52	2,03
1915 Bjarkøy	1,91	2,41	1,43	1,38
1917 Ibestad	2,01	2,13	1,49	1,10
1919 Gratangen	2,35	2,53	2,17	1,65
1920 Lavangen	2,52	2,51	2,37	2,36
1922 Bardu	4,96	4,24	3,42	3,15
1923 Salangen	3,94	4,07	2,63	2,07
1924 Målselv	4,61	4,13	3,42	2,78
1925 Sørreisa	4,30	4,15	3,25	2,67
1926 Dyrøy	2,60	2,71	2,28	1,53
1927 Tranøy	2,98	2,65	2,08	1,79
1928 Torsken	2,84	2,79	2,09	1,61
1929 Berg	2,91	3,19	2,43	1,69
1931 Lenvik	4,41	4,15	3,34	2,79
1933 Balsfjord	3,74	3,06	2,60	2,37
1936 Karlsøy	4,01	3,24	2,41	1,79
1938 Lyngen	3,51	3,27	2,52	2,18
1939 Storfjord	4,87	4,63	2,62	1,86
1940 Gáivuotna Kåfjord	3,88	3,13	2,18	1,93
1941 Skjervøy	4,86	4,05	2,96	2,52
1942 Nordreisa	4,01	3,97	3,07	2,61
1943 Kvænangen	3,08	2,76	1,93	1,72
2002 Vardø	3,79	3,68	2,51	1,75
2003 Vadsø	5,71	5,17	4,04	3,31
2004 Hammerfest	5,74	5,76	4,77	4,03
2011 Guovdageaidnu Kautokeino	8,33	6,19	3,76	2,73
2012 Alta	7,03	6,41	5,24	4,19
2014 Loppa	3,46	2,84	1,96	1,43
2015 Hasvik	4,38	3,59	2,79	2,30
2017 Kvalsund	4,00	2,83	1,63	1,37
2018 Måsøy	3,96	3,22	1,93	1,56
2019 Nordkapp	3,94	4,25	3,21	2,59
2020 Porsanger Porsángu Porsanki	5,83	4,67	3,01	1,93
2021 Kárásjohka Karasjok	6,32	5,05	3,78	2,56
2022 Lebesby	4,22	3,65	2,81	2,56
2023 Gamvik	4,62	3,71	2,34	1,78
2024 Berlevåg	3,61	3,09	2,52	1,97
2025 Deatnu Tana	4,78	3,83	2,75	2,25
2027 Unjárga Nesseby	3,34	2,96	2,48	2,47
2028 Båtsfjord	7,21	5,15	3,37	2,59
2030 Sør-Varanger	4,71	4,69	4,20	3,45

Tabell: 6.2.2 Forsørgerbrøk i noen utvalgte nordnorske regioner 2010 2020 og 2030<sup>127</sup>

Kommune/region	2000	2010	2020	2030
<b>SØR-HELGELAND</b>				
1812 Sømna	3,44	3,54	2,81	2,25
1813 Brønnøy	4,05	4,40	3,63	2,87
1815 Vega	3,07	3,00	2,42	2,00
1816 Vevelstad	3,16	3,30	2,33	2,36
<b>MIDT-TROMS</b>				
1920 Lavangen	2,52	2,51	2,37	2,36
1922 Bardu	4,96	4,24	3,42	3,15
1923 Salangen	3,94	4,07	2,63	2,07
1924 Målselv	4,61	4,13	3,42	2,78
<b>NORD-TROMS</b>				
1940 Gáivuotna Kåfjord	3,88	3,13	2,18	1,93
1941 Skjervøy	4,86	4,05	2,96	2,52
1942 Nordreisa	4,01	3,97	3,07	2,61
1943 Kvænangen	3,08	2,76	1,93	1,72
<b>MIDT-FINNMARK</b>				
2020 Porsanger Porsángu Porsanki	5,83	4,67	3,01	1,93
2021 Kárásjohka Karasjok	6,32	5,05	3,78	2,56
2022 Lebesby	4,22	3,65	2,81	2,56
2023 Gamvik	4,62	3,71	2,34	1,78

Tabell 6.3.1: Årsverk psykiatrisk sykepleie 2010 fordelt på kommunestørrelse

	0-999	1000-1999	2000-4999	5000-9999	10000 og over	Totalt
0	10	13	8	1	0	32
0.01-1	1	7	7	4	0	19
1.01-2	0	6	7	1	0	14
2.01-5	0	1	5	6	3	15
5.01-	0	0	1	1	6	8
Totalt	11	27	28	13	9	88

<sup>127</sup> basert på Statistisk sentralbyrås befolkningsfremskrivninger (middelsalternativet)



Tabell 6.3.2: Årsverk geriatrisk sykepleie 2010 fordelt på kommunestørrelse

	0-999	1000-1999	2000-4999	5000-9999	1000 og over	Totalt
0	9	14	6	0	0	29
0.01-1	1	7	11	1	0	20
1.01-2	0	4	5	1	0	10
2.01-5	1	2	6	8	4	21
5.01-	0	0	0	3	5	8
Totalt	11	27	28	13	9	88

Tabell 6.3.3: Kommuner med kreftsykepleier fordelt på kommunestørrelse (tall fra Lindring i Nord pr 10.10.2011)

	0-999	1000-1999	2000-4999	5000-9999	10000 og over	Totalt
Har ikke kreftsykepleier	11	21	17	3	3	55
Har kreftsykepleier	0	6	11	10	6	33
Totalt	11	27	28	13	9	88

Tabell 6.3.4: Kommuner som har eller planlegger stilling som diabetessykepleier

Kommunestørrelse	Finnmark	Troms	Nordland	Total
Bitteliten	1	1	1	3
Liten	2	1	8	11
Middels	2	5	4	11
Liten by	2	-	7	9
Ni største byer	1	1	4	6
Totalt	8	8	24	40

Tabell 6.3.5: Kommuner som verken har eller planlegger stilling som diabetessykepleier

Kommunestørrelse	Finnmark	Troms	Nordland	Total
Bitteliten	Hasvik, Kvalsund, Nesseby (3)	Bjarkøy, Berg (2)	Røst, Værøy (2)	7
Liten	Måsøy, Berlevåg (2)	Gratangen, Lavangen, Dyrøy, Tranøy, Storfjord, Kvænangen (6)	Bindal, Vega, Herøy, Hattfjelldal, Dønna, Nesna, Lurøy, Rødøy, Hamarøy, Flakstad (10)	18
Middels	Vardø, Tana, Nordkapp, Båtsfjord (4)	Kvæfjord, Skånland, Salangen, Karlsøy, Lyngen (5)	Hemnes, Steigen, Tysfjord (3)	12
Liten by	Sør-Varanger (1)	Målselv, Balsfjord (2)	Andøy (1)	4
Ni største byer	-	Harstad, Tromsø (2)	Rana (1)	3
Totalt	10	17	17	44

Tabeller 6.3.6: Kommuner som har eller planlegger stilling for KOLS/lungesykepleier

<b>Kommunestørrelse</b>	<b>Finnmark</b>	<b>Troms</b>	<b>Nordland</b>	<b>Total</b>
<i>Bitteliten</i>	-	1	1	2
<i>Liten</i>	2	-	1	3
<i>Middels</i>	-	3	-	3
<i>Liten by</i>	-	-	-	-
<i>Ni største byer</i>	-	-	1	1
<b>Totalt</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>9</b>

Tabell 6.3.7: Årsverk for ergoterapeut i Nordland, Troms og Finnmark 2010.

	<b>Totalt</b>	<b>Årsverk pr 1000 innb over 67 år</b>
<i>Finnmark</i>	4,4	0,47
<i>Troms</i>	55,12	2,71
<i>Nordland</i>	29,11	0,81
<i>Hele landet</i>	735,22	1,15
<i>Totalt i Nord-Norge</i>	<b>88,63</b>	

Tabell 6.3.8: Fysioterapeutårsverk i kommunehelsetjenesten, Nordland, Troms og Finnmark 2010

	<b>Totalt</b>	<b>Årsverk pr 10000 innb</b>
<i>Finnmark</i>	75	10,2
<i>Troms</i>	154	9,8
<i>Nordland</i>	230	9,7
<i>Hele landet</i>	4274	8,7
<i>Totalt i Nord-Norge</i>	<b>459</b>	

Tabell 6.3.9: Årsverk for helsefagarbeider og hjelpepleier i Nordland, Troms og Finnmark 2010.

	<b>Årsverk Helsefag- arbeider</b>	<b>Årsverk Hjelpepleier</b>	<b>Årsverk helsefag- arbeider pr 1000 innb over 67 år</b>	<b>Årsverk hjelpepleier pr 1000 innb over 67 år</b>
<i>Finnmark</i>	11,5	762	1,24	82,20
<i>Troms</i>	33,4	1430	1,64	70,41
<i>Nordland</i>	59,9	2594	1,67	72,52
<i>Hele landet</i>	860,1	35248	1,35	55,33
<i>Totalt i Nord- Norge</i>	<b>104,8</b>	<b>4786</b>		

Tabell 6.4.10: Legeårsverk i kommunehelsetjenesten, Nordland Troms og Finnmark 2010.

	<b>Totalt</b>	<b>Årsverk pr 10000 innb</b>
<i>Finnmark</i>	111	15,1
<i>Troms</i>	182	11,5
<i>Nordland</i>	270	11,4
<i>Hele landet</i>	4742	9,6
<i>Totalt i Nord-Norge</i>	<b>563</b>	

Tabell 6.3.11: Antall godkjente spesialister i et utvalg<sup>128</sup> spesialiteter, Nord-Norge og hele landet<sup>129</sup>

	<b>Fysikalsk medisin og rehabilitering</b>	<b>Geriatrici</b>	<b>Allmennmedisin</b>	<b>Samfunnsmedisin</b>	<b>Sum</b>
Antall spesialister i hele landet (yrkesaktive under 70 år i Norge)	162	94	2 712	422	
<b>Antall spesialister i Nord-Norge</b>	<b>18</b>	<b>6</b>	<b>250</b>	<b>48</b>	<b>322</b>
<i>Finnmark</i>	1	0	39	9	49
<i>Troms og Ofoten</i>	8	4	116	23	151
<i>Nordre Nordland</i>	5	1	59	10	75
<i>Helgeland</i>	4	1	36	6	47

Tabell 6.3.12: Antall spesialister pr 100 000 innbyggere (2011) i et utvalg spesialiteter, Nord-Norge og hele landet

	<b>Fysikalsk medisin og rehabilitering</b>	<b>Geriatrici</b>	<b>Allmennmedisin</b>	<b>Samfunnsmedisin</b>
<i>Hele landet</i>	3,3	1,9	55,1	8,6
<b>Nord-Norge</b>	<b>3,8</b>	<b>1,3</b>	<b>53,4</b>	<b>10,3</b>
<i>Finnmark</i>	1,4	-	53,4	12,3
<i>Troms og Ofoten</i>	4,3	2,2	62,6	12,4
<i>Nordre Nordland</i>	3,8	0,8	44,8	7,6
<i>Helgeland</i>	5,2	1,3	46,6	7,7

Tabell 6.4.1 Antall læreplasser for helsefagarbeidere 2010-2012 (Finnmark + Troms + Nordland)

	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
<i>Læreplasser for helsefagarbeider i alt</i>	(24+40+179) 243	(44+50+165) 259	(33+44+162) 239
<i>Løpende lærekontrakter helsefagarbeider 1.år</i>	(12+47+100) 159	(17+44+93) 154	-
<i>Løpende lærekontrakter helsefagarbeider 2.år</i>	(13+37+35) 85	(14+41+55) 110	-

<sup>128</sup> Avgrensningen av spesialiteter er gjort etter innspill fra Nasjonalt senter for distriktsmedisin v/Svein Steinert.

<sup>129</sup> Data fra Legeforeningen pr 9. desember 2011. <http://www.legeforeningen.no/id/171362>

Tabell 6.4.2 Antall hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og helsefagarbeidere fra kommunene i Nord-Norge med fullført eller planlagt fullført utdanning i perioden 2010-2014. Fylker.

	2010	2011	2012	2013	2014	Totalt 2010-2014
Finnmark	24	52	16	2	0	94
Troms	43	68	72	74	68	325
Nordland	54	56	61	22	22	215
Totalt	121	176	149	98	90	634

Tabell 6.4.3: Antall deltakere fra kommunene i Nord-Norge på Demensomsorgens ABC med fullført eller planlagt fullført utdanning i perioden 2010-2014. Fylker

	2010	2011	2012	2013	2014	Totalt 2010- 2014	Deltakelse/ befolkningstall (%)
Finnmark	116	115	20	40	0	291	3,99
Troms	140	110	162	59	40	511	3,26
Nordland	158	220	85	19	46	528	2,23
Totalt	414	445	267	118	86	1330	2,86

Tabell 6.4.4: Antall deltakere fra kommunene i Nord-Norge på Eldreomsorgens ABC med fullført eller planlagt fullført utdanning i perioden 2010-2014. Fylker

	2010	2011	2012	2013	2014	Totalt 2010-2014
Finnmark	0	30	10	0	0	40
Troms	10	17	32	36	32	127
Nordland	97	51	18	8	8	182
Totalt	107	98	60	44	40	349

Tabell 6.4.5 Antall høgskoleutdannet personell pleie- og omsorgsansatte i kommunene i Nord-Norge med videreutdanning og fullført eller planlagt fullført utdanning i psykisk helsearbeid i perioden 2010-2014.

	2010	2011	2012	2013	2014	Totalt 2010-2014
Finnmark	13	1	2	0	0	16
Troms	16	14	11	12	12	65
Nordland	11	15	8	5	4	43
Totalt	40	30	21	17	16	124

Tabell 6.4.6 Antall høgskoleutdannet personell i kommunene i Nord-Norge med videreutdanning og fullført eller planlagt fullført utdanning innen miljøarbeid innen rusfeltet i perioden 2010-2014.

	2010	2011	2012	2013	2014	Totalt 2010-2014
<i>Finnmark</i>	0	0	0	0	0	0
<i>Troms</i>	1	5	8	8	5	27
<i>Nordland</i>	6	8	4	4	3	25
<b>Totalt</b>	<b>7</b>	<b>13</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>8</b>	<b>52</b>

Tabell 6.4.7 Antall høgskoleutdannet personell i kommunene i Nord-Norge med videreutdanning og fullført eller planlagt fullført utdanning innen geriatri/eldreomsorg i perioden 2010-2014.

	2010	2011	2012	2013	2014	Totalt 2010-2014
<i>Finnmark</i>	3	4	4	1	0	12
<i>Troms</i>	26	13	10	10	13	72
<i>Nordland</i>	23	2	8	7	3	43
<b>Totalt</b>	<b>52</b>	<b>19</b>	<b>22</b>	<b>18</b>	<b>16</b>	<b>127</b>

Tabell 6.4.8 Antall høgskoleutdannet personell i kommunene i Nord-Norge med videreutdanning og fullført eller planlagt fullført utdanning innen rehabilitering i perioden 2010-2014.

	2010	2011	2012	2013	2014	Totalt 2010-2014
<i>Finnmark</i>	0	0	0	0	0	0
<i>Troms</i>	2	3	2	3	5	15
<i>Nordland</i>	0	2	4	3	7	16
<b>Totalt</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>12</b>	<b>31</b>

Tabell 6.4.9 Antall høgskoleutdannet personell i kommunene i Nord-Norge med videreutdanning og fullført eller planlagt fullført utdanning innen kreftomsorg/lindrende pleie i perioden 2010-2014.

	2010	2011	2012	2013	2014	Totalt 2010-2014
<i>Finnmark</i>	2	6	3	2	2	15
<i>Troms</i>	2	4	4	2	5	17
<i>Nordland</i>	15	8	33	22	6	84
<b>Totalt</b>	<b>19</b>	<b>18</b>	<b>40</b>	<b>26</b>	<b>13</b>	<b>116</b>

Tabell 6.6.1: Tiltak som kommunen har iverksatt i løpet av de siste to årene for å styrke sine kommunale tjenester og utvikle omsorgen for pasienter som er syke over lengre tid (kronikere)(N=84)

	<b>Antall</b>	<b>Prosent</b>
Kompetanseheving for ansatte	68	81
Styrket koordinering av tjenestetilbudet	37	44
Økt støtte til egenomsorg og opplæring av pasienter til å mestre egen sykdom	15	18
Opprettet stilling(er) rettet inn mot kronikeromsorg	15	18
Annet	14	

Tabell 6.6.2: Andel kommuner som har iverksatt noen kompetanseutviklingstiltak i forhold til pasienter med diagnosen KOLS, diabetes, kreft, psykiske lidelser, rus, eller demens

	<b>Andel som har iverksatt</b>	<b>Andel som ikke har iverksatt, men planlegger tiltak i løpet av 2012</b>	<b>Andel som ikke har iverksatt</b>	<b>Totalt</b>	<b>N</b>
Demens	81	8	11	100	84
Kreft	64	16	20	100	83
Psykiske lidelser	51	17	32	100	83
Rus	42	12	46	100	83
Diabetes	33	21	45	100	84
KOLS	14	16	70	100	84

Tabell 6.6.3: Antall og andel kommuner som har rutiner for å lage en individuell plan sammen med pasienter med langvarige lidelser (N=84)

<b>Har kommunen rutiner for å lage en individuell plan sammen med pasienten?</b>	<b>Antall</b>	<b>Prosent</b>
Har rutiner	77	92
Har ikke rutiner	5	6
Arbeider med dette nå	1	1
Vet ikke	1	1
<b>Totalt</b>	<b>84</b>	<b>100</b>

Tabell 6.6.4: Antall og andel kommuner som har rutiner for å følge opp individuell plan (N=84)

<b>Har kommunen rutiner for å følge opp individuell plan?</b>	<b>Antall</b>	<b>Prosent</b>
Har rutiner	74	88
Har ikke rutiner	5	6
Er i ferd med å lage rutiner	1	1
Ikke svart/vet ikke	4	5
<b>Totalt</b>	<b>84</b>	<b>100</b>

Tabell 6.7.1: Antall og andel kommuner hvor det er vanskelig å rekruttere grupper av helsepersonell

	<b>Antall kommuner</b>	<b>% av de som svarte</b>
<i>Sykepleier</i>	56	67
<i>Sykepleier med spesialistutdanning</i>	40	48
<i>Helsefagarbeider</i>	35	42
<i>Lege</i>	27	32
<i>fysioterapeut</i>	9	11
<i>Ergoterapeut</i>	8	10
<i>Annet</i>		

Tabell 6.7.2: Antall kommuner hvor det er vanskelig å rekruttere grupper av helsepersonell

	<b>De største bykommunene</b>	<b>Små bykommuner</b>	<b>Middels</b>	<b>Små kommuner</b>	<b>Bitte små kommuner</b>	<b>Totalt</b>
<i>Sykepleier</i>	5	8	13	22	8	<b>56</b>
<i>Sykepleier med spes. utd.</i>	3	7	6	18	6	<b>40</b>
<i>Helsefagarbeider</i>	2	5	11	12	5	<b>35</b>
<i>Lege</i>	2	3	7	13	2	<b>27</b>
<i>fysioterapeut</i>	2	-	1	4	2	<b>9</b>
<i>ergoterapeut</i>	1	1	1	4	1	<b>8</b>
<b>Totalt</b>	<b>9</b>			<b>29</b>	<b>11</b>	<b>84</b>

Tabell 6.7.3: Andel kommuner hvor det er vanskelig å rekruttere grupper av helsepersonell

	<b>De største bykommunene</b>	<b>Små bykommuner</b>	<b>Middels</b>	<b>Små kommuner</b>	<b>Bitte små kommuner</b>	<b>Totalt</b>
<i>Sykepleier</i>	56	62	50	76	73	<b>67</b>
<i>Sykepleier med spes. utd.</i>	33	54	23	62	55	<b>48</b>
<i>Helsefagarbeider</i>	22	39	42	41	46	<b>42</b>
<i>Lege</i>	22	23	27	45	18	<b>32</b>
<i>fysioterapeut</i>	22	-	4	14	18	<b>11</b>
<i>ergoterapeut</i>	11	8	4	14	9	<b>10</b>

Tabell 6.7.4: Plantall fra kommunene i Nord-Norge om rekruttering

Planlagt økning eller reduksjon i pleie- og omsorgstjeneste	2011				2012				2011-2012
	Finnm.	Troms	Nordl.	Nord-Norge	Finnm.	Troms	Nordl.	Nord-Norge	Nord-Norge
Ufaglært assistent/hjemmehjelper	-2	-14,93	-20,17	-37,09	0	-25,83	-14,4	-40,23	-77,32
Hjelpepleier, omsorgsarb., og helsefagarbeider	22,5	40,2	33,59	96,29	-3,35	39,9	9,83	46,38	142,64
Øvrige med videregående opplæring	1,9	9,35	5	16,25	0	10	0	10	26,25
Sum personer med videregående opplæring	24,4	49,55	38,59	112,54	-3,35	49,9	9,83	56,38	168,92
Sykepleier	15,95	30,75	23,61	70,35	10,85	30	17,7	58,55	128,9
Ergo-/fysioterapeut	3,5	3,7	1,5	8,7	0	6	0,5	6,5	15,2
Vernepleier	16,5	10,9	9,6	37	0	17,8	9,5	27,3	64,3
Annet høgskoleutdannet personell	8,29	10,1	11,3	29,69	0,5	11	1,3	12,8	42,49
Sum årsverk høgskoleutdannet personell	44,24	55,45	46,01	145,7	11,35	64,8	29	105,15	250,85
Sum årsverk	66,64	90,07	64,43	221,15	8	88,87	24,43	121,3	342,45

Tallet øverst i kolonnen for Nordland 2011 manglet i datamaterialet, ved summering av enkeltkommunene ble resultatet - 20,17. Sum årsverk 2011 ble korrigert til 64,43. Summen for Nordland 2012 var ført opp som 23,43. Denne ble korrigert til 24,43.

Tabell 7.2.1 Felles fagnett for ansatte i foretak og kommuner i Nord-Norge, pr februar 2012. Sortert etter ni utpekte kompetansefelt som er særlig aktuelle i samhandlingsreformen.

Kompetansefelt:	Finnmark	Troms/ Ofoten	Nordland	Nord-Norge
Folkehelsearbeid				
Habilitering/ Rehabilitering				Rehabiliteringskompetanse HN
Smittevern				
Diabetes				
Kreft	Nettverk Nordkapp-Alta-Vadsø – UNN  Tverrfaglig tirsdagsmøte UNN- alle kommuner  Nettverk sykepleiere som jobber med kreft	Lindrende behandling, Midt-Troms		
KOLS				
Geriatr <sup>130</sup>				HN geriatrinettverk
Rus				
Psykatri		Psykisk utviklingshemming Midt-Troms  Psykisk helse Midt-Troms		

<sup>130</sup> Geriatrisk nettportal, kun for foretakene i Nord-Norge, er under oppbygging.



Tabell 7.2.2 Kommuner som deltar i faglige nettverk, fordelt på type nettverk og kommunestørrelse (N=84)

Kommune- størrelse	Antall kommuner som deltar				Antall kommuner som har svart(N)	Andel av kommunene som deltar i nettverk (%)			
	Kreft	Psykiske lidelser	Demens	Rus		Kreft	Psykiske lidelser	Demens	Rus
Bitteliten	5	2	6	1	10	50	20	60	10
Liten	6	13	11	4	27	22	48	41	15
Middels	16	14	8	7	25	64	56	32	28
Liten by	11	7	8	3	13	85	54	62	23
Ni største byer	4	4	5	1	9	44	44	56	11
Totalt	42	40	38	16	84	50	48	45	19

Tabell 7.2.3 Antall og andel kommuner samt fylkesfordeling på kommuner som deltar i faglige nettverk for kreft, psykiske lidelser, demens, rus, diabetes og KOLS (N=84)

Faglige nettverk	Antall kommuner	Andel kommuner	Fylkestilhørighet for kommunene som deltar i faglige nettv.
Kreft	42	50	13 i Finnmark, 13 i Troms og 16 i Nordland
Psykiske lidelser	40	48	10 i Finnmark, 12 i Troms, 18 i Nordland
Demens	38	45	6 i Finnmark, 15 i Troms, 17 i Nordland
Rus	16	19	5 i Finnmark, 6 i Troms, 5 i Nordland
Diabetes	5	6	1 i Finnmark, 1 i Troms, 3 i Nordland
KOLS	5	6	2 i Finnmark, 3 i Troms, 0 i Nordland
Annet	9	11	

Tabell 7.2.4 Kommunenes oppfatning av flaskehals for å delta i faglige nettverk (N=84)

Flaskehals	Antall	Prosent
Vikarutgifter	51	60,7
Det mangler ressurser til å administrere nettverket (sette dagsorden, innkalle)	46	54,8
Nettverket som ønskes er ikke etablert	33	39,3
Oppholdsutgifter	24	28,6
Andre flaskehals	16	22,7

Tabell 7.2.5 Kommunenes behov for utvikling av faglige nettverk (N=84)

Faglige nettverk	Antall kommuner	Andel kommuner
Diabetes	18	21
Kreft/palliativ omsorg	13	15
Rus	10	12
Psykiske lidelser	8	10
KOLS	8	10
Demens	7	8
Rehabilitering	7	8
Folkehelse/forebygging/ frisklivssentral	6	7
Journalføring meldingsutveksling	2	2

Tabell 7.3.1 Har helsepersonell fra kommunen i løpet av det siste året hospitert i spesialisthelsetjenesten?

	<b>Antall</b>	<b>Prosent</b>
Har hospitert	23	27,4
Har ikke hospitert	61	72,6
Total	84	100,0

Tabell 7.3.2 Oppsummering av omfanget av hospitering fra kommunene i Nord-Norge, knyttet opp mot kompetansefelt (pasientgrupper)(N=23)

<b>Kompetansefelt</b>	<b>Antall kommuner som har hospitert</b>
Folkehelsearbeid	-
Habilitering/ rehabilitering	1
Smittevern	-
Diabetes	1
Kreft/lindrende	9
KOLS	1
Geriatrici	1
Rus	-
Psykiatri	3
Annet	9

Tabell 7.3.3 Pasientgrupper som kommunene har møtt ved hospitering i spesialisthelsetjenesten (hver kommune kan ha flere kryss)

<b>Pasientgrupper</b>	<b>Antall</b>
Kreft	8
Fødende og gravide	5
Lindrende behandling	3
Psykisk syke/psykiatri	3
Sårstell, hud/sårsykepleie	2
Sykehus, de fleste pasientgruppene	2
Diabetes	1
Demens	1
Rehabilitering	1
Medisinsk avdeling	1
Bruk av medisinsk teknisk utstyr	1
KOLS	1
Sykehjemspasienter	1
Akuttbehandling	1
Knyttet til pasientforløp og samhandling med sykehus og andre kommuner	1

Tabell 7.3.4 Kommuner som hospiterer, fordelt på kommunestørrelse (N=84)

<b>Kommune- størrelse</b>	<b>Antall kommuner som hospiterer</b>	<b>Antall kommuner som svarte på spørreundersøkelsen</b>	<b>Andel av kommunene som hospiterer (%)</b>
<i>Bitteliten</i>	4	10	40
<i>Liten</i>	5	27	19
<i>Middels</i>	9	25	36
<i>Liten by</i>	3	13	23
<i>Ni største byer</i>	2	9	22
<b>Totalt</b>	<b>23</b>	<b>84</b>	<b>27</b>

Tabell 7.3.5 Antall og andel kommuner som har hatt helsepersonell på hospitering i spesialisthelsetjenesten i løpet av det siste året (N=84)

<b>Type helsepersonell som har hospitert i spesialisthelsetjenesten</b>	<b>Antall kommuner hvor denne type helsepersonell har hospitert</b>	<b>Andel av kommuner hvor denne type helsepersonell har hospitert</b>
<i>Sykepleier</i>	19	23
<i>Helsefagarbeider, hjelpepleier</i>	6	7
<i>Jordmor</i>	5	6
<i>Ergoterapeut</i>	1	1
<i>Fysioterapeut</i>	1	1
<b>Totalt</b>	<b>23</b>	<b>27</b>

Tabell 7.3.6 Hva er flaskehalsen for å få til hospitering? (N=84)

<b>Flaskehals for hospitering</b>	<b>Antall</b>	<b>Prosent</b>
<i>8 Skaffe vikar</i>	72	86
<i>9 Reise- og oppholdsutgifter</i>	45	54
<i>10 Få til avtaler med spesialisthelsetjenesten</i>	12	14
<i>11 Annet</i>		

Tabell 7.3.8 Aktuelle kompetansefelt for hospitering fra kommunene (N=81)

<b>Kompetansefelt</b>	<b>Antall kommuner</b>
Kreft inkl. palliativ omsorg	30
KOLS/lungesykdommer	14
Habilitering/Rehabilitering	13
Diabetes	12
Akuttmedisin/opp mot døgntilbudsplasser, akuttsykepleie, ø-hjelp	12
Geriatrici/ demens	11
Psykiatrici /psykisk helse	6
Medisinsk avdeling	5
Kirurgisk avdeling	3
Sårstell	3
Prosedyrer	2
Livsstilssykdommer	2
Rus	2

Tabell 7.4.1 Antall kommuner med jevnlig samarbeid med ambulerende team, fordelt på sju kompetansefelt (N=84)

Kompetansefelt:	Ambulerende team				
	Finnmark	Troms	Nordland	Nord-Norge (N)	Nord-Norge(%)
Folkehelsearbeid	-	-	-	-	-
Habilitering/ rehabilitering	10	14	27	51	61
Smittevern	-	-	-	-	-
Diabetes	2	1	4	7	8
Kreft	3	8	16	27	32
KOLS	2	1	3	6	7
Geriatri	11	16	9	36	43
Rus	6	9	25	40	48
Psykiatri	13	20	33	66	79

Tabell 7.4.2 Andel kommuner som har jevnlig samarbeid med ambulante team innenfor psykiatri, habilitering/rehabilitering, rus, geriatri, kreft, diabetes og KOLS, fordelt på kommunestørrelse (N=84)

Kommune- størrelse	Antall som svarte	Psykiatri	Hab/ rehab	Rus	Geriatri	Kreft	Diabetes
Bitteliten	10	90	60	50	60	20	10
Liten	27	74	48	37	26	30	4
Middels	25	72	68	40	44	28	4
Liten by	13	77	61	69	54	31	-
Ni største byer	9	100	78	67	56	67	44
Totalt	84	79	61	48	43	32	8

Tabell 7.5.1 Praksiskonsulentordningen i Nord-Norge, pr mars 2012. Sortert etter ni utpekte kompetansefelt som er særlig aktuelle i samhandlingsreformen<sup>131</sup>.

	Helse Finnmark pr nov 2011 <sup>132</sup> (20 % stillinger)	UNN (10 % stillinger) <sup>133</sup>	Nordlands- sykehuset (20 % stillinger) <sup>134</sup>	Helgelandssykehuset <sup>135</sup> (10 % stillinger)
Folkehelsearbeid				
Habilitering/reha				
Smittevern				
Diabetes				
Kreft		Ved kreftavdelingen i kirurgi, kreft og kvinnehelseklinikken		Lindrende behandling
KOLS				
Geriatrici				Skrøpelige eldre
Rus	Arbeidsområde			
Psykiatrici	"Klinikk for rus og psykiatri" (ubes.)	Psykiatrisk senter for Tromsø og omegn, allmennpsyk. Klinikk (vakant frem til okt 2012)		Psykiatriciprojekt
Annet	Knyttet opp mot andrelinjetjenesten i Alta og Hammerfest	Nasjonalt senter for telemedisin	Praksiskonsulent i Lofoten	IT-kommunikasjon/EPJ (el. meldingsutveksling/dialogmeldinger, henvisning/epikrise)
	I Sør-Varanger (ubesatt)	Gynekologi/revmatologi, nevro- og ortopedklinikken	Ny i Saltdalområdet i skal ansettes i -12	Prosjekt "legemiddellister"; redusere antall feil på medisinalister som følger pasienten til sykehus.
	Ansvar for sykestuer (ubesatt)	Medisinsk klinikk	Ny i Meløyområdet skal ansettes i -12	
		Ortopedisk avdeling, nevro- og ortopedklinikken	Ny i Vesterålen skal ansettes i -12	
		Nevrologisk avdeling, nevro- og ortopedklinikken		Praksiskoordinator - samordner praksiskonsulentene på Helgeland (20 %)
		Barneavdelingen og BUP, Barne- og ungdomsklinikken		
		Akuttmedisinsk klinikk		
		IKT Helse Nord/Samhandlingsenhet en NST		
		2 praksiskoordinatorer (20 % og 5 %)		

<sup>131</sup> Info på [ww.helse-finnmark.no](http://ww.helse-finnmark.no) [www.nordlandssykehuset.no](http://www.nordlandssykehuset.no), [www.unn.no](http://www.unn.no) og [www.helgelandssykehuset.no](http://www.helgelandssykehuset.no)

<sup>132</sup> Status bekreftet av PKO A.ØStlyngen 16.3.2012.

<sup>133</sup> Status bekreftet 18.4.2012 av Pkoordinator Bent Stueland

<sup>134</sup> Ved Nordlandssykehuset er det i tillegg en praksissykepleier i Lofoten – arbeidsområde er utfordringer mht oppstart av samhandlingsreformen.

<sup>135</sup> Status oppdatert 12.4.2012 v p koordinator Anette Fosse

Tabell 7.6.2 Oppsummering av fellesarenaenes omfang i kommunene i Finnmark. Andel av kommunene som deltar i faglige nettverk, har hospitert, eller samarbeider med ambulante team, fordelt på prioriterte kompetansefelt (N=18).

	<b>Faglige nettverk</b>	<b>Hospitering</b>	<b>Ambulerende team</b>
Folkehelsearbeid	-	-	-
Habilitering/ rehab.	-	-	56
Smittevern	-	-	-
Diabetes	6	-	11
Kreft/lindrende	72	6	17
KOLS	11	6	11
Geriatrici	33	6	11
Rus	28	-	61
Psykiatrici	56	-	72

Tabell 7.6.3 Oppsummering av fellesarenaenes omfang i kommunene i Troms. Andel av kommunene som deltar i faglige nettverk, har hospitert, eller samarbeider med ambulante team, fordelt på prioriterte kompetansefelt (N=25).

	<b>Faglige nettverk</b>	<b>Hospitering</b>	<b>Ambulerende team</b>
Folkehelsearbeid	-	-	-
Habilitering/ rehab.	-	4	56
Smittevern	-	-	-
Diabetes	4	-	4
Kreft/lindrende	52	12	32
KOLS	12	-	4
Geriatrici	60	4	64
Rus	24	-	36
Psykiatrici	48	4	80

En kommune har hospitert både i forhold til demens og psykiatri.

Tabell 7.6.4 Oppsummering av fellesarenaenes omfang i kommunene i Nordland. Andel av kommunene som deltar i faglige nettverk, har hospitert, eller samarbeider med ambulante team, fordelt på prioriterte kompetansefelt (N=41).

	<b>Faglige nettverk</b>	<b>Hospitering</b>	<b>Ambulerende team</b>
Folkehelsearbeid	-	-	-
Habilitering/ rehab.	-	-	66
Smittevern	-	-	-
Diabetes	7	2	10
Kreft/lindrende	39	12	39
KOLS	-	2	7
Geriatrici	41	-	22
Rus	12	-	61
Psykiatrici	44	5	80

En kommune har hospitert både i forhold til KOLS, kreft og diabetes, en annen i forhold til kreft og psykiatri.