

Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og
familiedirektoratet

Gjennomgang av kunnskaps- og kompetansesentre utenfor spesialisthelsetjenesten.

Delrapport 2

14.03.14

1	SAMMENDRAG	3
2	INNLEDNING	6
	2.1 BAKGRUNN OG MANDAT	6
	2.2 GJENNOMFØRING OG AVGRENSNINGER	6
3	DAGENS SITUASJON OG UTFORDRINGSBILDE	9
	3.1 ORGANISERING OG FINANSIERING.....	10
	3.2 MANDAT, FAGFELT OG MÅLGRUPPE.....	15
	3.3 SAMARBEID OG SAMHANDLING.....	25
	3.4 DAGENS UTFORDRINGSBILDE OPPSUMMERT	29
4	KUNNSKAPS- OG KOMPETANSESENTRENE SAMFUNNSOPPDRAK	31
	4.1 HØRINGSNOTAT OM SAMFUNNSOPPDRAKET. HOVEDPUNKTER I FORSLAGET	31
	4.2 HØRINGSINSTANSENES SYN. DIREKTORATENES MERKNADER	35
	4.3 REVIDERT FORSLAG TIL SAMFUNNSOPPDRAK	39
5	STYRINGSMODELLER.....	43
	5.1 MANGFOLDIG EIERSKAP DER SAMFUNNSOPPDRAKET LØSES VED TILSKUDD OG KJØP AV TJENESTER.....	44
	5.2 STATLIG ENHET UNDERLAGT DEPARTEMENT ELLER DIREKTORAT	47
	5.3 SAMFUNNSOPPDRAKET LØSES VED TJENESTER UTFØRT OG EID AV RHF-ENE.....	50
	5.4 SAMFUNNSOPPDRAKET LØSES VED TJENESTER UTFØRT OG EID AV UNIVERSITETER OG HØYSKOLER	52
	5.5 KOMBINASJON AV MODELLER SOM STYRINGSMODELL.....	55
6	SYSTEMATISK KVALITETS- OG PASIENTSIKKERHETSARBEID I KOMMUNENES HELSE- OG OMSORGSTJENESTER	56
	6.1 OVERORDNET FORSLAG	57
7	DIREKTORATENES VURDERING OG ANBEFALING	58
	7.1 DIREKTORATENES VURDERING	58
	7.2 DIREKTORATENES ANBEFALING	68
	BEGREPSAVKLARING OG DEFINISJONER.....	70
	REFERANSER	72
	VEDLEGG	75

1 Sammendrag

Helse og omsorgsdepartementet (HOD) har gitt Helsedirektoratet (Helsedir) i oppdrag å gjennomgå nasjonale og regionale kompetansesentre utenfor spesialisthelsetjenesten. I tillegg har Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) og Helsedir fått et likelydende deloppdrag fra Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (BLD) og HOD. I deloppdraget blir direktoratene bedt om å samarbeide om en gjennomgang av kunnskapsmiljøene innen psykisk helse, barnevern, familievern, rus, vold og traumefeltet. Gjennomgangene skal gi anbefalinger som styrker arbeidet med nasjonale og regionale kunnskaps- og kompetansesentre. Begge oppdragene besvares samlet gjennom delrapporter.

Kunnskaps- og kompetansesentrene står sentralt i nasjonale myndigheters satsinger for å støtte kvalitetsutviklingen i tjenesteapparatet. Målet med gjennomgangen er å tydeliggjøre kunnskaps- og kompetansesentrenes samfunnsoppdrag og avklare roller. Det skal sikres gode prioriteringer, god ressursutnyttelse og koordinering. Ny organisering og finansiering av kunnskaps- og kompetansesentrene utenfor regionale helseforetak skal vurderes. Feltet skal innrettes slik at man til enhver tid har de kompetansesentra helse-, omsorgs- og velferdstjenestene har behov for.

Kunnskaps- og kompetansesentrene som omfattes av denne gjennomgangen, i alt 34 sentre, får sin vesentligste finansiering fra HOD/Helsedir eller BLD/Bufdir. Sentrene er opprettet for å styrke kunnskapssvake og prioriterte områder, og arbeider blant annet innen allmennmedisin, omsorgstjenester, barnevern, psykisk helse, vold, traumer og rusfeltet. De retter seg både mot kommunale tjenester, spesialisthelsetjenesten og det statlige barnevernet. Nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten, som i hovedsak finansieres gjennom RHF-enes ramme, er ikke inkludert.

Delrapport 2 drøfter utfordringsbilde ved dagens organisering av kunnskaps- og kompetansesentrene (kap 3). Forslag til samfunnsoppdrag har vært ute på høring, og kap 4 sammenfatter høringen og på bakgrunn av denne presenteres forslag til endelig samfunnsoppdrag. I kap 5 blir fire styringsmodeller presentert, der det drøftes hvilke fordeler og ulemper som vil tilligge hver av modellene for å påse styring, god ressursutnyttelse og samordnede tjenester for å løse samfunnsoppdraget. Kap 6 vurderer overordnet behov for kompetanse- og kunnskapsstøtte til kommuner med hensyn til systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid. I kap 7 blir direktoratenes vurdering og anbefaling for videre organisering presentert.

Utfordringsbilde

Kunnskaps- og kompetansesentrenes tjenestetilbud er uoversiktlig og overordnet struktur og god koordinering mangler. Sentrene har forskjellig forankring og organisering, der faglig innretning og arbeidsmåter varierer. Det er ikke entydig hva som er kunnskaps- og kompetansesentrenes samfunnsoppdrag. Myndighetenes styringsmulighet er avgrenset til formulerte mål og resultatkrav for hver tilskuddsordning. Finansieringsordning gjennom tilskudd, gir myndighetene begrenset mulighet til å tilpasse de eksisterende sentres virksomhet for å møte endrede politiske prioriteringer og satsningsområder.

Kunnskap om hvordan kompetansesentrenes aktiviteter møter tjenestenes behov, er begrenset. Kompetansesentrenes rolle er ikke enhetlig definert og entydige kriterier for måloppnåelse og rapportering mangler. Formelle samarbeidsstrukturer og koordinering mellom sentrene mangler til dels, også der sentrene har overlappende oppgaver og målgrupper. Nasjonale og regionale sentre innen samme fagfelt mangler en avklart rolle- og ansvarsfordeling. Dette gjør at kunnskaps- og kompetansesentrenes ressurser ikke blir unyttet godt nok.

Samfunnsoppdrag

Hovedinntrykk fra høringen er at det er betydelig grad av oppslutning om de synspunkter direktoratene har tilkjennegitt. Høringsinstansene har gitt nyttige innspill og presiseringer til formuleringer i samfunnsoppdraget. Forslag til samfunnsoppdrag:

«En tjeneste for tjenesten»:

Kunnskaps- og kompetansesentre skal fremme kvalitet for videreutvikling av helse-, omsorgs- og velferdstjenester nasjonalt, regionalt og lokalt. Sentres samfunnsoppdrag og primære oppgave skal være å støtte kvalitetsutvikling av praksisfeltet gjennom metodeutvikling og kompetansebygging, samt legge til rette for samordning, tverrsektorielt arbeid og nettverksbygging mellom regionale og nasjonale aktører. Sentre skal bygge bro mellom forskning og praksis, og bidra til at kunnskapsbaserte beslutninger tas i tjenestene og i forvaltningen. Kunnskaps- og kompetansesentre skal gjøre kunnskap tilgjengelig ved at kunnskap oppsummeres og spres, bidra til at kunnskapsbaserte strategier og metoder implementeres og evalueres, samt at resultater følges opp og blir en del av kvalitetsutviklingsprosessen. Forskning i regi av sentrene skal være anvendt, praksisrelevant og praksisnær. Sentrene skal ikke drive og drifte grunn-, videre- og etterutdanninger, men kan bidra inn i utdanninger.

Målgruppe:

- Primærmålgruppe: tjenestene med ansvarlige tjenesteutøvere og beslutningstakere i første og andrelinjetjenester og offentlig forvaltning (kommuner, fylkeskommuner og direktorat)
- Sekundærmålgruppe: befolkningen, brukerorganisasjoner, frivillige organisasjoner og media

Styringsmodeller

Fire styringsmodeller er drøftet i forhold til hvordan den enkelte modell vil legge rammer for å løse gjeldende samfunnsoppdrag.

Mangfoldig eierskap der samfunnsoppdraget løses ved tilskudd og/eller kjøp av tjenester vurderes som krevende og delvis egnet. Samordning for å gi et helhetlig og likeverdig tjenestetilbud er krevende, og det er fare for dupliserende og overlappende tjenester. Målgruppene må forholde seg til mange tilbydere, som kan variere over tid. For myndighetene er styring, regulering og endring mulig gjennom regelverk for tilskudd og forutsetninger for kjøp, noe som kun i begrenset grad gir mulighet for effektiv styring.

Statlig eierskap i tilknytning til departement eller direktorat vurderes som velegnet for å løse samfunnsoppdraget. Statlig eierskap legger til rette for nasjonal styring for å sikre måloppnåelse, god

ressursutnyttelse og ivaretagelse av målgruppenes behov for et enhetlig, likeverdig og samordnet tjenestetilbud.

Samfunnsoppdraget løses ved tjenester utført og eid av RHF vurderes som lite egnet for å sikre nasjonal styring for å sikre måloppnåelse, for ivaretagelse av målgruppenes behov samt for samarbeid med forvaltning. Innretningen for samfunnsoppdraget ligger utenfor RHF's nåværende samfunnsoppdrag og lovpålagte oppgaver. Eierstyring og sektoransvar er utenfor BLD og Bufdirs sektoransvar. Styringsmodellen anbefales ikke.

Samfunnsoppdraget løses ved tjenester utført og eid av universitet/høgskoler vurderes som lite egnet for å løse samfunnsoppdraget. Styring vil gå gjennom KD og oppdraget utformes og følges opp gjennom etablerte rapporteringssystemer for UoH sektoren. Samfunnsoppdrag og målgruppe er utenfor UoH sektorens ordinære tjenestetilbud, og vil betinge ny og annen faglig innretning for å imøtegå samfunnsoppdraget. Styringsmodellen anbefales ikke.

I tillegg til disse fire modellene er det vurdert mulighet for en «kombinert» modell, med opprettelse av en statlig enhet, der tilskudd og/eller kjøp av tjenester kan benyttes for deler av tjenesten.

Direktoratenes anbefaling

Direktoratene anbefaler opprettelse av en statlig enhet, der dette kombineres med tilskudd og/eller kjøp av tjenester. Subsidiær anbefaling er at samfunnsoppdraget løses ved mangfoldig eierskap gjennom tilskudd og/eller kjøp av tjenester alene. De øvrige to styringsmodellene anbefales ikke.

Opprettelse av statlig enhet der tilskudd og/eller kjøp av tjenester kan benyttes som virkemiddel for deler av tjenesten, vil samlet sett dekke helheten av tjenestetilbudet kunnskaps- og kompetansesentre skal bidra med overfor helse- omsorgs- og velferdstjenestene. Tilskudd og/eller kjøp av tjenester kan benyttes for å styrke fagområde, ivareta nye eller endrede prioriteringer eller innenfor kunnskapssvake områder der kompetanse må bygges opp.

For å sikre god ressursutnyttelse, helhetlige og samordnede tjenester bør dagens inkluderte sentres fagområder deles i «fag-cluster».

Gjennom deloppdraget ble direktoratene bedt om å se fagområdene innenfor psykisk helse, barnevern, familievern, vold og rus i sammenheng. Direktoratene anbefaler at dette sees på som et «fag-cluster» og mener dette vil være med å sikre bedre ressursutnyttelse og god fagutvikling av tjenestene.

Et annet område som kan være aktuelt å samle er innen allmennmedisin, legevakt- og distriktsmedisin, alternativ medisin og minoritetshelse. Delrapport 3 vil på bakgrunn av valg av styringsmodell drøfte og vurdere aktuelle fagområder, kunnskapsbehov, vekting av regionale og nasjonale ressurser samt ha en gjennomgang av det enkelte inkluderte senter.

Subsidiær anbefaling er at samfunnsoppdraget løses ved mangfoldig eierskap gjennom tilskudd og/eller kjøp av tjenester alene. Helhetlig forvaltning av tilskudd/kjøp, enhetlig rammeverk, felles rapportering og evaluering av tjenestetilbudet vil være avgjørende faktorer for god måloppnåelse og helhetlige og likeverdige tjenester.

2 Innledning

2.1 Bakgrunn og mandat

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (BLD) har gitt Helsedirektoratet (Helsedir) og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) i oppdrag å gjennomgå kunnskaps- og kompetansesentre utenfor spesialisthelsetjenesten. Departementene ber om vurderinger og anbefalinger som kan styrke arbeidet med regionale og nasjonale kunnskaps- og kompetansesentre. Gjennomgangen er gitt direktoratene gjennom to separate oppdrag som her sees i sammenheng. Begge oppdragene vil bli besvart gjennom felles rapporter.

Denne rapporten (delrapport 2) presenterer og analyserer utfordringsbilde slik det fremkommer etter kartlegging og intervju med de inkluderte sentrene. Forslag til samfunnsoppdrag ble sendt på bred høring i desember 2013, med høringsfrist 31.01.14. Rapporten refererer til høringsinnspillene og foreslår et overordnet samfunnsoppdrag for kunnskaps- og kompetansesentrene. Deretter blir fire ulike styringsmodeller drøftet opp mot hvordan den enkelte modell kan møte utfordringene på feltet, løse samfunnsoppdraget og sikre god ressursutnyttelse, måloppnåelse og samordning. Deretter vurderes overordnet behov for kompetanse- og kunnskapsstøtte til kommuner med hensyn til systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid. Rapporten avslutter med direktoratenes vurdering av den enkelte modell, samt anbefalinger for videre organisering av kunnskaps- og kompetansesentrene.

Direktoratene har valgt å legge vekt på beskrivelsen av dagens situasjon med tilhørende utfordringsbilde. Dette i henhold til Fornyings-, administrasjons- og kirkedepartementets høringsutkast om organisering av statlig virksomhet (Fornyings-, administrasjons- og kirkedepartementet, 2012) der det heter: « *Organisering må skje på bakgrunn av en samlet analyse av virksomhetens formål, oppgavetype og omgivelser, herunder en analyse av målgrupper og brukere.* » I samme høringsutkast vises det til Stortingsmelding om forvaltningspolitikk (St. meld. nr. 19 (2008-2009), Ei forvaltning for demokrati og fellesskap) der det heter: « *Regjeringa vil sikre et godt underlag for avgjerder om omorganisering ved å setja klare krav til kva som skal være utgreidd før det vert teke avgjerd om omorganiseringar og omstillingar.* »

2.2 Gjennomføring og avgrensninger

Oppdraget omfatter kun den delen av kunnskaps- og kompetansesentrenes virksomhet som finansieres gjennom tilskudd fra Helsedir/HOD eller Bufdir/BLD. HOD har i samråd med direktoratene avgjort hvilke sentre som er inkludert i gjennomgangen.

Inkluderte sentre

Gjennomgangen inkluderer 34 kunnskaps- og kompetansesentre, samt 40 utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester. De 34 kunnskaps- og kompetansesentrene har sin vesentlige finansiering fra HOD/Helsedir eller BLD/Bufdir¹. Dette innbefatter regionale og nasjonale kunnskaps- og kompetansesentre som er opprettet for å styrke kunnskapssvake områder og som blant annet

¹ Flere av kunnskaps- og kompetansesentrene er medfinansiert av andre departementer, der både Justis- og beredskapsdepartementet, Forsvarsdepartementet, Fornyings-, administrasjons- og kirkedepartementet bidrar.

arbeider innen allmennmedisin, omsorgstjenester, barnevern, familievern, psykisk helse og rus. Sentrenes arbeid er rettet både mot kommunale tjenester, spesialisthelsetjenesten, det statlige barnevernet og forvaltningen. Liste over inkluderte kunnskaps- og kompetansesentre er i vedlegg 6.

I delprosjektet inngår kunnskaps- og kompetansesentre innen fagfeltet psykisk helse, barnevern, familievern, rus, vold og traume. I oppdragsbrevet ble direktoratene i første omgang bedt om å se på sentrene i region sør-øst. Direktoratene har imidlertid valgt, og har fått tilslutning til, å inkludere de nasjonale sentrene på feltet. Dette er gjort for å kunne ivareta helheten. Delprosjektet omfatter totalt 11 sentre (jf. vedlegg 7). I denne rapporten vil hele det aktuelle fagfeltet bli sett i sammenheng.

Gjennomgangen inkluderer sentre som arbeider med kunnskapsutvikling (inkludert forskning), praksisutvikling, kompetansebygging og formidling. De fleste sentrene i gjennomgangen har ulike tjenester som sin målgruppe. Noen sentre retter sin virksomhet direkte mot befolkningen. Disse er tatt med da de i hovedsak er finansiert gjennom tilskudd fra Helsedir og arbeider innenfor samme fagområde.

Senter for krisepsykologi (SfK) er inkludert i gjennomgangen, men har per i dag ikke formalisert status som et nasjonalt kompetansesenter. Helsedir har inngått en intensjonsavtale med SfK. Det skal vurderes om SfK skal bli et nasjonalt kunnskaps- og kompetansesenter på lik linje med de andre sentrene i gjennomgangen, men dette gjelder ikke den kliniske delen av senteret.

Utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester er en del av denne gjennomgangen. Helsedir har valgt ikke å gjennomføre individuell kartlegging av de 40 sentrene, men å presentere sentrene samlet. Det er varslet en evaluering av disse sentrene i 2015, IS-1858 *Utvikling gjennom kunnskap. Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester en nasjonal satsing. Overordnet strategi 2011-2015*. Erfaringer fra sentrene brukes i denne gjennomgangen. Deres organisering vil bli sett i sammenheng med organisering av de øvrige kunnskaps- og kompetansesentrene i gjennomgangen, særlig i forhold til tilleggsoppdraget.

Avgrensning

Gjennomgangen gjelder ikke nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten, regulert gjennom forskrift nr 1706 av 17. desember 2010 om *godkjenning av sykehus, bruk av betegnelsen universitetssykehus og nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten*. Disse sentrene omfattes av styringssystem for nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten og blir i hovedsak finansiert gjennom de Regionale helseforetakenes (RHFenes) ramme. Enkelte av disse sentrene har kommunale tjenester som en av sine målgrupper.

Sentre som har forskning som sin primære virksomhet er ikke en del av gjennomgangen. Flere av disse sentrene har oppgaver som ligger tett opp til kunnskaps- og kompetansesentrenes virksomhet, for eksempel Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS), Allmennmedisinske Forskningsenheter, Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF) og Regionale sentrene for omsorgsforskning. De to sistnevnte er finansiert via Forskningsrådet. I brev av november 2012 fra HOD til Helsedir blir følgende anbefalt i forhold til NAKS;

«Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (NAKS) bør ikke være en del av denne gjennomgangen. Kunnskapssentret har en rekke oppgaver i tillegg til å oppsummere forskningsbasert kunnskapen på en systematisk måte. Disse er blant annet mottak av meldingen om uønskede

hendelser i spesialisthelsetjenesten, sekretariat for både Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten og pasientsikkerhetskampanje».

Gjennomføring og involvering av kunnskaps- og kompetansesentrene

For å få et helhetlig bilde av kunnskaps- og kompetansesentrene er alle sentrene kartlagt via en kartleggingsmal (jf. vedlegg 8). Sentrene og saksbehandlere i direktoratene har i samarbeid gitt opplysninger om mandat, organisering/tilknytning, gjennomføring av oppdrag, samarbeid, informasjon og foreliggende evalueringer ²(jf. vedlegg 9). Som et supplement til kartleggingen har arbeidsgruppen hatt møter (intervjuer) med hvert enkelt senter. Hensikten har vært å få utfyllende informasjon om oppdrag, målgruppe og samarbeidspartnere, samt hvordan sentrene selv mener man kan oppnå bedre ressursutnyttelse og samordning. Samtidig ble sentrene bedt om å si noe om hvilke utfordringer relatert til organiseringen av kunnskaps- og kompetansesentrene de opplever, og å komme med forslag til løsninger for å bedre samordningen og ressursutnyttelse av kunnskaps- og kompetansesenterfeltet. Intervjuene ble gjennomført i perioden februar 2013 til juli 2013.

Arbeidsgruppen har gjennomgått foreliggende evalueringer av enkeltsentre eller grupper av sentre ³. Det er langt fra alle sentre som har blitt evaluert, og evalueringene er gjennomført på ulike tidspunkter og med ulike faglige og metodiske innfallsvinkler. Det finnes ingen samlet evaluering av sentrene, og de foreliggende evalueringene kan derfor ikke si noe om sentrene som helhet. Resultater fra evalueringer som er gjennomført vil bli vist til i rapporten, der det er relevant.

I januar 2013 ble det arrangert ett oppstartsmøte der alle inkluderte sentre og deres eiere ble invitert. En stor del av møtet foregikk som en dialogkafé med grupper sammensatt på tvers av fagfelt. Tilbakemeldingene fra gruppene er brukt i det videre arbeidet med gjennomgangen. Delprosjektet har hatt en ekstern arbeidsgruppe bestående av representanter for de inkluderte sentrene. Gruppen har avholdt tre arbeidsmøter i tidsrommet november 2012 til mai 2013. Alle inkluderte sentre er informert om arbeidet og fremdriften i gjennomgangen via flere informasjonsbrev.

Involvering av kunnskaps- og kompetansesentrenes samarbeidspartnere

Kunnskaps- og kompetansesentrene har flere samarbeidsaktører. Ved oppstartsmøtet for hoved- og delprosjekt, som ble arrangert 23. januar 2013, ble i tillegg til sentrene og deres eiere noen av sentrenes sentrale samarbeidspartnere invitert. HOD, BLD, Kommunenes sentralforbund (KS), Fylkesmannen, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, InnoMed, Allmennmedisinske Forskningsenheter, Omsorgsforskningssentrene, SERAF og Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ble alle tilbudt å møte med en til to representanter. KS, Fylkesmennenes arbeidsutvalg, fagrådet i RHF-ene og Universitets- og høyskolerådet har blitt informert om gjennomgangen.

² For sentrene i delprosjektet fylte saksbehandler i direktoratet inn data i kartleggingsmalen og sendte til senterets leder for kvalitetssikring. For sentrene i hovedprosjektet fylte sentrenes leder ut kartleggingsdata og saksbehandler i direktoratene kvalitetssikret disse. Dette har medført at en noe ulik føring av data i analysetabellen.

³ Følgende evalueringer er gjennomgått: Regionsentrene for barn og unges psykiske helse, ble av Nordlandsforskning evaluert i 2004, RBUP ble evaluert av Rambøll Management i 2008. NKVTS ble evaluert i 2007 av Rambøll, KoRusene ble evaluert av Rambøll i 2011. RVTS ble evaluert av Rambøll i 2010, Synovate gjorde en undersøkelse vedr NAKU i 2009 og Agenda evaluerte Klinikk for seksuell opplysning i 2008.

3 Dagens situasjon og utfordringsbilde

Sammendrag

Dagens situasjon og utfordringsbilde

Kartleggingen av kunnskaps- og kompetansesentrene viser at sentrene har ulikt mandat, ulike fagområder, ulike målgrupper og ulike eiere. I tillegg finnes andre kunnskaps- og kompetansesentre, forskningssentre og samarbeidspartnere med tilgrensende oppgaver og arbeidsområder. Det er behov for å tydeliggjøre og avklare samfunnsoppdraget til kunnskaps- og kompetansesentrene, der føringer for samarbeid og samordning av aktiviteten mellom sentrene og aktuelle samarbeidspartnere skisseres.

Kunnskaps- og kompetansesentrene finansieres i hovedsak gjennom tilskudd. Dette gir myndighetene begrenset mulighet til å prioritere sentrenes virksomhet inn mot nye behov og satsingsområder. Dette har også sammenheng med dagens eierstruktur hvor direktoratene ikke er ansvarlig for sentrene, men kun har innflytelse på forvaltning av tilskuddsordningene til sentrene. Videre gir tilskuddsordningene innenfor gjeldende regelverk lav grad av forutsigbarhet og langsiktighet i forhold til økonomiske rammebetingelser for sentrene.

Direktoratene bør i enda sterkere grad samordne og legge føringer for satsingsområder og samarbeid. Videre bør direktoratene lage rutiner for oppfølging med tydelige rapporteringskrav for å sikre måloppnåelse på prioriterte områder.

Kunnskaps- og kompetansesentrene har ikke en organisering som bidrar til at målgruppenes får et likeverdig tilbud uavhengig av geografi. Vekting av ressurser mellom nasjonale og regionale funksjoner bør vurderes.

Kunnskaps- og kompetansesentrene har i begrenset grad oversikt over kommunenes behov for kunnskap og kompetanse, og det må være samsvar mellom sentrenes tilbud og praksisfeltets behov. Det finnes per i dag lite systematisert kunnskap om kunnskaps- og kompetansesentrene faktisk møter målgruppenes behov og i hvilken grad målgruppene er tilfreds med det tilbudet de får. Det bør etableres rutiner eller systemer som ivaretar dette.

Dette kapitlet inneholder en beskrivelse av kunnskaps- og kompetansesentrene ut fra kartlegging og møte (intervju) med hvert enkelt senter, foreliggende evalueringsrapporter samt erfaringer sett fra direktoratenes ståsted.

Målet med gjennomgangen er å gi anbefalinger som styrker sentrene og som imøtekommer utfordringer på feltet. Ut fra drøftelser av dagens situasjon vil kapitlet derfor legge vekt på vesentlige utfordringer ved dagens situasjon. Det som fungerer godt, vil i mindre grad blir omtalt her.

Kunnskaps- og kompetansesentrene varierer i forhold til størrelsen på tilskudd, antall ansatte, målgruppe, tematikk og fagområde. Grunnlaget for opprettelsene har i hovedsak vært tuftet på

statlige satsinger innenfor kunnskapssvake områder. Sentrene har blitt opprettet i perioden 1991 til 2008.

Av de inkluderte kunnskaps- og kompetansesentrene er 18 sentre nasjonale og 16 er regionale. I tillegg kommer de 40 sentrene for sykehjem og hjemmetjeneste. De 40 utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjeneste er alle regionale og jevnt fordelt fylkesvis. Senter for krisepsykologi (SfK) er inkludert i gjennomgangen, selv om sentret per i dag ikke får tilskudd på linje med de andre kunnskaps- og kompetansesentrene (jf. kap 4.1).

Kunnskaps- og kompetansesentrene er ulike, og for å søke å gi et helhetlig og sammenfattende bilde har vi kategorisert sentrene ut fra følgende variabler; målgruppe, mandat og eierskap, fagområde samt nasjonalt eller regionalt nedslagsfelt. Sentrene blir beskrevet ut fra følgende inndeling:

- Organisering, finansiering og styring
- Innhold, mandat, fagfelt og målgruppe
- Samarbeid og samhandling

3.1 Organisering og finansiering

	Antall sentre	Antall årsverk	Tilskuddsbeløp Helsedir/HOD	Tilskuddsbeløp Bufdir/BLD	Omtalt i prop.
Regionale kunnskaps- og kompetansesentre	16	Ca. 225			Øremerket; 12 sentre Ikke øremerket; 4 sentre
Nasjonale kunnskaps- og kompetansesentre	18	Ca. 375			Øremerket; 2 sentre Omtalt; 10 sentre Ikke nevnt; 6 sentre
Totalt	34	Ca. 600	Ca. 550 mill. kr	Ca. 50 mill. kr	
Utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester (USHT)	40	Ca. 40	28 mill. kr	0	Øremerket

Fig 1. Totalbeløp for tilskudd er inkludert tildeling fra 21 poster, men på grunn av ulike posteringer er beløpet anslått. Figuren viser beregnet antall årsverk. Her er det usikre tall fordi noen sentre oppgir årsverk og noen oppgir stillinger uten å angi stillingsprosent. Det er usikkerhet om de oppgitte årsverk er finansiert også av andre enn Helsedir/HOD og Bufdir/BLD, dette gjelder i hovedsak de nasjonale kunnskaps- og kompetansesentrene som i større grad enn de regionale sentrene har flere finansieringskilder. For informasjon om det enkelte senter vises til analysetabellen (vedlegg 9).

Utviklingssentrene for sykehjem og omsorgstjenester (USHT) inkludert i gjennomgangen, for at erfaringer fra styring og oppfølging av disse kan komme til nytte i gjennomgangen. USHT skal evalueres eksternt i 2015. Det fremgår av tabellen over at Helsedir er tilskuddsforvalter til USHT. Disse sentrene er opprettet på bakgrunn av søknadsprosesser og har et godkjent regelverk der også rapportering er skissert. På bakgrunn av dette vil ikke USHT-sentrene drøftes ytterligere i dette kapittelet, men nyttige erfaringer fra organisering av USHT-sentrene vil bli henvist til der det er relevant.

Organisering og eierstruktur

Av de 34 inkluderte kunnskaps- og kompetansesentrene er 8 helt eller delvis eid av RHFene, hvorav Bufetat er deleier i ett, 13 er helt eller delvis eid av universiteter og høyskoler, 4 er organisert i en stiftelse, 2 er privat eid, 2 eies av Oslo kommune, 1 av en fylkeskommune og 4 av ideelle/private organisasjoner⁴.

Ved opprettelsen har myndighetene i de fleste tilfellene lagt kunnskaps- og kompetansesentre til eksisterende fagmiljøer eller organisasjoner⁵. I andre tilfeller har kunnskaps- og kompetansesenter blitt opprettet etter utlysning og søknadsprosesser, og i ett tilfelle er senteret opprettet som en stiftelse.

I kartleggingen oppgir sentrene ansatte i antall *stillinger* og/eller antall *årsverk*. 15 sentre oppgir begge deler. Det fremgår av kartleggingen at det er mange deltidsstillinger. Ut fra tilgjengelige data har vi beregnet at ansatte i gjennomsnitt har 70 % stilling. Beregner vi antall ansatte ut fra oppgitte *årsverk* for de 6 sentrene som kun har oppgitt dette, og antall *stillinger* for de øvrige 28 sentrene, er det totalt ca. 890 ansatte på de 34 sentrene, derav om lag 375 årsverk ved nasjonale sentre og om lag 225 årsverk ved regionale sentre. Bruker vi utregnet gjennomsnittstilling (70 %) utgjør dette i underkant av 600 årsverk.

I samtalene med kunnskaps- og kompetansesentrene spurte vi om de var fornøyd med dagens organisering og dagens eierstruktur. Mange av sentrene ga uttrykk for å være fornøyd med dagens eierforhold/forankringsforhold. Det de framhevet som positivt var støtte i forhold til ansettelsesforhold og andre arbeidsgiverplikter. Noen sentre framhevet at det å være organisert i universitetssystemet bidro til å gi dem faglig legitimitet. Flere sentre eid av universiteter ga uttrykk for at en slik organisering er avgjørende for opprettholdelse av dagens virksomhet. De formidlet at deltakelse i et større fagmiljø, og det å kunne benytte seg av universitetenes nasjonale og internasjonale kontaktnett og ha en tilknytning som muliggjør professorater, doktorgrader og masterstudier, er avgjørende for sentrenes virksomhet. Sentre som har annen forankring enn universitet som eier, opplever i mindre grad at eierorganisasjonen gir faglig legitimitet og støtte.

Det kan synes som om eierskapet skaper noen utfordringer. I evalueringen av KoRus (Rambøll 2011) fremkommer det at den organisatoriske forankringen til en vertsinstitusjon tilsier at KoRus i praksis har to styringslinjer, og at dette kan medføre enkelte styringsutfordringer. RBUP ble evaluert av Nordlandsforskning i 2004 og der stilles det spørsmål, både fra styret i RBUP og fra samarbeidspartnere, om hvor vellykket den valgte organisasjonsmodellen i form av stiftelse løsrevet fra universitetssystemet har vært. På den andre siden viser evaluering av RVTS (Rambøll 2010) at disse sentrene finner forankringen i de regionale helseforetakene som hensiktsmessig.

Finansiering

Dagens finansiering av kunnskaps- og kompetansesentrene skjer hovedsakelig gjennom tilskudd. Tilskuddene er opprettet på prioriterte og kunnskapssvake områder, og ofte som et resultat av

⁴ Presentasjon av eiere for det enkelte senter er presentert i figurene 3, 4 og 5.

⁵ Med unntak av Senter for Krisepsykologi (SfK) som i dag er organisert som et non-profit AS. Ansatte ved SfK er engasjert i prosjektet «Bedre håndtering av kriser og komplisert sorg». Prosjektet er forankret ved RVTS vest og har fått tilskudd fra Helsedir fra 01.03.13-31.12.13.

nasjonale føringer, utredninger, opptrappingsplaner eller Stortingsmeldinger. Noen tilskuddsordninger er øremerket det enkelte senter, mens andre er utformet slik at flere sentre kan søke.

Totale budsjettall i 2012 for de kapitlene og postene tilskuddsordningene for disse fagområdene utbetales fra, hadde en samlet ramme på ca. 1,1 mrd. kroner. Total tilskuddstildeling for 2012 er ikke ferdig beregnet, et grovt anslag tilsier ca. 600 mill. kroner. Det er tildelt tilskudd fra følgende kapitler og poster: 0718.63, 0718.70, 0719.70, 0761.75, 0762.70, 0762.73, 0763.72, 0764.72, 0764.73, 0783.79 og 0854.71. I tillegg er det gitt midler fra 21-poster på kapittel 0718, 0719, 0764 og 0854. Tilskuddene går ikke kun til kunnskaps- og kompetansesentrene. I regnskapene kan vi spore ca. 300 mill. kroner som er utbetalt direkte. En del av tilskuddsmidlene blir utbetalt til sentereierne, som deretter tildeler senteret midler. I disse tilfellene er det vanskeligere via regnskapene å spore hvor mye som kommer sentrene direkte til gode (se vedlegg 9).

I denne rapporten er det ikke skilt på hvilke deler som er finansiert av tilskudd fra HOD/BLD, Justis- og beredskapsdepartementet, Forsvarsdepartementet, Kunnskapsdepartementet eller andre departementer. Det har vist seg å være krevende å få et totalbilde av sentrenes finansiering.

Ved enkelte kunnskaps- og kompetansesentre får sentrene oppdrag direkte fra eier i tillegg til oppdrag knyttet til det tilskuddet de får fra direktoratene. I tillegg til dette er det en del sentre som får forskningsmidler eller tilskudd fra andre. I noen sammenhenger skiller ikke regnskapsføringen hvilke midler som blir brukt til hva. Det vanskeliggjør oversikten over ressursbruk i forhold til måloppnåelse. I enkelte sammenheng kan midler dekke andre aktiviteter enn hva de opprinnelig var ment til å dekke.

Av andre finansieringskilder oppgir sentrene blant annet andre departementer, Norges forskningsråd, ideelle organisasjoner, helseforetakene, Allmennmedisinsk forskningsfond, Helse Bergen, Stiftelsen Norsk Luftambulans, Norsk forening for allmennmedisin, EU-midler, Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA), Norges teknisk – naturvitenskapelige universitet (NTNU), Rådet for psykisk helse og universiteter.

Av tildelte tilskuddsmidler betaler flere sentre overhead til sine eiere. Enkelte sentre opplever at de må benytte tilskuddsmidler til administrative funksjoner som normalt blir dekket av eierne og finansiert gjennom overhead.

Kunnskaps- og kompetansesentrene understreker behovet for langsiktighet i finansieringen. I utgangspunktet møter ikke tilskuddsordninger dette behovet. Oppbygging av kompetanse, initiering og gjennomføring av forskning, evalueringer og implementering av tiltak i praksisfeltet må planlegges og gjennomføres over tid. Sentrene er avhengig av forutsigbar økonomi. Flere sentre oppfatter dagens tilskuddsordning som en «fast bevilgning», der det er mulig å planlegge virksomheten på basis av tidligere års tilskudd og søke om ytterligere midler til potensielle prosjekter. Tilskudd til enkeltprosjekter er oftere en engangstildeling som faller bort når prosjektet er gjennomført.

Flere kunnskaps- og kompetansesentre gir uttrykk for at de ønsker en statlig overdragelse i form av en samlet enhet, men understreker at dette ikke må medføre økt byråkrati. Begrunnelsen er at en slik organisering vil gi nødvendig langsiktighet i finansieringen samt muliggjøre økt samordning.

Det er en utfordring ved tilskuddsforvaltning å få en tilfredsstillende koordinering mellom de forskjellige tilskuddsordningene, både internt i direktoratene og mellom de ulike direktoratene. Flere sentre opplever at den interne koordinering fra direktoratene mot kunnskaps- og kompetansesentrene ikke er god nok. Det er forskjellige saksbehandlere og avdelinger som har ansvar, og sentrene opplever at disse ikke samarbeider tilstrekkelig. Noen opplever også at koordineringen mellom direktorat og departement heller ikke er god nok.

Måloppnåelse, tilskuddsbrev og rapportering

Eierne er ansvarlig for måloppnåelse og drift og har arbeidsgiveransvar for de ansatte. Tilskuddsforvalters mulighet til å regulere sentrenes virksomhet er avgrenset til formulerte mål og resultatkrav som ligger i tilskuddsregelverket for den enkelte ordning. Helsedir og Bufdir formulerer mål og oppgaver i tilskuddsbrev sentrene får tilsendt ved tildeling av tilskudd. Dette setter store krav til direktoratene om gode målformuleringer, innholdet i og oppfølgingen av rapporteringen. Ved tildeling av nye oppgaver til kunnskaps- og kompetansesentrene som ikke er innenfor rammene av regelverket, må enten departementet endre regelverket eller opprette en ny tilskuddsordning som omfatter de oppgaver man ønsker løst. I de tilfeller der det er flere finansieringskilder til samme senter, har hvert av tilskuddene egne mål og resultatkrav med ulik innflytelse på det totale resultatet for senteret. Organisering av tilskuddsforvaltningen, der ulike divisjoner og avdelinger i forskjellige direktorater er tilskuddsforvaltere, er vanskelig å koordinere.

Enkelte kunnskaps- og kompetansesentre opplever at forventninger i tilskuddsbrev fra forvaltningen og forventningene fra eierorganisasjonen er ulike. Der eierorganisasjonen fikk bedre kjennskap til senterets mandat og oppgaver beskrevet i tilskuddsbrevet, ble kravene mer samstemte. For noen av sentrene er imidlertid ulike forventninger fra tilskuddsgiver og eier et tiltagende problem. Noen eiere forventer vitenskapelig produksjon eller bidrag i form av undervisning og/eller drift av grunn-, videre- eller etterutdanninger. I den sammenheng er det eiernes ønsker som har første prioritet. Statens mulighet for å sanksjonere ved manglende måloppnåelse er å tilbakekalle tilskudd. I evalueringsrapporten av KoRusene (Rambøll 2011) fremkommer det at den organisatoriske forankringen til en vertsinstitusjon tilsier at KoRus i praksis har to styringslinjer, og at dette kan medføre enkelte styringsutfordringer.

Når det gjelder tilskuddsbrevet sentrene mottar var tilbakemeldingene fra kunnskaps- og kompetansesentrene ulike. Enkelte mente at tilskuddsbrevene gir gode føringer for arbeidet som skal utføres. De mente at dialogen med direktoratene som foregår både i forkant og i etterkant av tildeling av tilskudd gir rom for hensiktsmessig utførelse av det arbeidet virksomheten skal utføre. Flere sentre mente at de gjennom dialog med direktoratene selv kunne være med å legge føringer for oppdragene som blir beskrevet i tilskuddsbrevet. Andre sentre ønsket i enda større grad klarere og mer entydige føringer fra direktoratene.

Noen sentre mente at tilskuddsbrevet er for detaljert og operativt, og mangler gode målformuleringer. Brevet gir ikke tilstrekkelig rom for lokal tilpasning og faglige vurderinger. Enkelte av disse sentrene mente at direktoratene ikke hadde nødvendig kompetanse til å vurdere behov og faglig innretning på virksomhetens arbeid, og at det derfor er viktig at tilskuddsbrevet er så overordnet at virksomheten selv kan avgjøre innretning og utførelse av arbeidet som skal foregå ved senteret.

Flere kunnskaps- og kompetansesentre gir uttrykk for at de ønsker at direktoratene på overordnet nivå skal samordne de føringer som skal gis sentrene. Dette gjelder så vel innad i direktoratene, som mellom Helsedir og Bufdir.

I 2011 startet Helsedir et arbeid der ble det utarbeidet en innledende fellesdel for tilskuddsbrevene til kompetansesentrene innenfor psykisk helse og rusfeltet. Helsedir ved avdeling Psykisk helse og rus, som forvalter tilskudd til flere regionale og sentrale kunnskaps- og kompetansesentre innenfor psykisk helse og rusfeltet, nedsatte høsten 2013 en intern kompetansesentergruppe. Gruppen skal gjennom faglig oppdatering, dialog, samhandling og systematisk utviklingsarbeid bidra til gode faglige leveranser på området. Gruppen har siden etableringen bl.a. drøftet forholdet mellom offentlige anskaffelser og tilskuddsforvaltning for å sikre at oppgaver som krever en offentlig anskaffelse, ikke gis som tilskudd. Det er utarbeidet et felles årshjul for dialogen med kunnskap- og kompetansesentrene, med sikte på samordning av tilskuddsforvaltningen for de ulike sentrene. Årshjulet angir tidspunkt for utbetaling av tilskudd, dialogmøter med senterleder og eiere, søknads- og rapporteringstidspunkt og årlige møter mellom kompetansesentrene og fylkesmennene. Faste møter mellom Helsedir, eiere og senterledere skal på den ene siden bidra til å harmonisere forventningene til sentrene og på den annen side avklare forventninger og sikre god dialog. Kompetansesentergruppen har gjennomgått og foretatt mindre nødvendige justeringer av fellesdelen, som beskriver sentrenes samfunnsoppdrag og stiller krav om samhandling mellom sentrene og med fylkesmennene og kommunene. Gruppen har drøftet mulighetene for i større grad å samordne form og nivå på føringene som gis i tildelingsbrevens del II, for å legge til rette for bedre samhandling mellom sentrene. Det er også gjennomført møte med Bufdir for å utveksle erfaringer, rutiner og kunnskap om tilskuddsforvaltning, med sikte på etablere likere søknads- og rapporteringsprosedyrer.

Når det gjelder rapportering opplever enkelte kunnskaps- og kompetansentre at den er hensiktsmessig, mens andre mener at rapporteringene er for detaljerte. Enkelte regionale kunnskaps- og kompetansesentre får en mal for rapportering, mens andre leverer årsrapport uten å få klare krav til innholdet i rapporteringen i forkant. Evalueringsrapporten vedrørende KoRusene (Rambøll 2011) påpeker at det er utfordringer knyttet til å få kartlagt og kategorisert sentrenes fagområder og aktiviteter, og peker på behovet for en mer enhetlig rapporteringsstruktur (ibid).

Rapporteringen må utføres på en slik måte at direktoratene kan bruke rapportene til å sikre at målene med tilskuddsordningene nås. Dette gjøres ikke i tilstrekkelig grad i dag. I tillegg er koordinering av rapporteringen fra de forskjellige ordningene mangelfull.

Departement og tilskuddsforvalter skal sørge for at det gjennomføres evalueringer av tilskuddsordninger. Hvor ofte det skjer interne evalueringer i direktoratene er ikke kartlagt, men det er grunn til å anta at dette ikke gjøres i tilstrekkelig grad.

Direktoratenes erfaringer med dagens organisering og finansiering

Slik direktoratene vurderer det gir dagens organisering av kunnskaps- og kompetansesentrene begrensede muligheter for fleksibilitet, slik at endrede behov hos målgruppene kan ivaretas. Dette henger blant annet sammen med dagens eierstruktur, hvor direktoratene ikke er ansvarlig for sentrene, men kun har innflytelse på styringen av tilskuddsordningene til sentrene. Et omforent regelverk for alle tilskuddsordninger finnes ikke. Et enhetlig system for godkjenning, endring og

nedleggelse av sentre mangler. Videre vil tilskuddsordningene innenfor gjeldende regelverk medføre lav grad av forutsigbarhet og langsiktighet i finansieringen. Det er viktig for direktoratene å understreke behovet for bedre samordning av de tjenestene sentrene tilbyr målgruppene, noe som dagens eierskap og finansiering bare i noen grad legger til rette for.

3.2 Mandat, fagfelt og målgruppe

De inkluderte kunnskaps- og kompetansesentrene har blitt opprettet i løpet av en 17 års periode. For enkelte sentre er mandatet tilnærmet uendret, mens det er gjort endringer for andre. I denne gjennomgangen tar vi utgangspunktet i mandatet slik det fremstår i dag.

Kartleggingsdata av mandatene for kunnskaps- og kompetansesentrene viser at ett eller flere arbeidsområder er sentrale for de ulike sentrene;

- Initiere og gjennomføre forskning
- Fremme forskning
- Styrke kunnskapsgrunnlag og/eller utvikle det faglige grunnlaget
- Kunnskapsbase og/eller idebank
- Fagutvikling, utviklingsarbeid
- Bidra til økt kvalitet i tjenesteapparatet
- Styrke utdanning og/eller nettverk
- Formidling og informasjon
- Bygge bro mellom forskning og praksis

Som det fremgår av disse åtte områdene er mandater og arbeidsoppgaver forskjelligartet, samtidig som de bygger på hverandre. God kvalitet i tjenesteapparatet kan styrkes gjennom et godt utdanningstilbud og andre kompetansehevende tiltak, og disse både bør og skal bygge på relevant forskning.

Kunnskaps- og kompetansesentrene har i varierende grad oppgaver knyttet til arbeidsområdene nevnt over. Noen har oppgaver som først og fremst er rettet mot kompetansehevende tiltak for tjenestene, noen har oppgaver som overveiende er knyttet til forskning, mens andre først og fremst arbeider med informasjon og rådgivning til befolkningen generelt. Kunnskaps- og kompetansesentrene ble i kartleggingen bedt om å anslå hvor mye av senterets ressurser som brukes i arbeidet fordelt på; kvalitetsutvikling av tjenesten, forskning, praksisutvikling og kompetansebygging, kunnskapsstøtte, klinisk arbeid, spisskompetanseområder, særskilte oppdrag og annet.

Figur 1 illustrerer kunnskaps- og kompetansesentrenes hovedinnretning knyttet til arbeidsområder, og baserer seg på hva sentrene selv har oppgitt⁶. Figur 1 er en forenklet figur basert på sentrenes egenrapportering. Det er viktig å understreke at det er variasjoner mellom de ulike sentrene som er kategorisert innenfor samme gruppe. Noen av kunnskaps- og kompetansesentrene som er kategorisert under «forskning og kunnskapsutvikling» forteller at forskning og kunnskapsutvikling utgjør 60 prosent eller mer av virksomheten, mens kunnskapsformidling og kompetansehevende tiltak mot tjenesteutøvere utgjør 30 prosent eller mindre av virksomheten. Enkelte kunnskaps- og

⁶ Utfyllende beskrivelse av det enkelte senter finnes i vedlegg 9.

kompetansesentre som er kategorisert under «kompetansehevende tiltak overfor tjenesteutøver» rapporterer at evaluering, og i noen grad forskningsarbeid, er en del av virksomheten, men at hovedtyngden faller innenfor kompetansehevende tiltak overfor tjenesteutøverne.

	Kliniske tjenester og veiledning tjenesteutøvere	Kompetansehevende tiltak overfor befolkningen	Kompetansehevende tiltak overfor tjenesteutøvere	Forskning og kunnskapsutvikling
Regionale sentre			Kompetansesenter rus: KoRus - Nord KoRus – Midt KoRus - Vest- Stavanger KoRus Vest- Bergen KoRus - Sør KoRus Øst KoRus - Oslo Regionalt ressursenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging: RVTS – Nord RVTS – Midt RVTS – Vest RVTS – Øst RVTS -Sør	Regionalt kunnskapssenter for barn og unge: RKBU – Nord Norge RKBU – Midt Norge RKBU – Vest Norge Regionsenter for barn og unges psykiske helse: RBUP Sør-øst
Nasjonale sentre	Senter for krisepsykologi (SfK)	Erfarings-kompetanse Klara Klok Selvhjelp Norge Senter for ungdom samliv og seksualitet(SUSS) Sex og samfunn	Antibiotikasentret for primærmedisin (ASP) Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI) Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) Nasjonalt senter for utviklingshemmede (NAKU) PRO-senteret	Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin (NAFKAM) Nasjonalt kunnskaps-senter om vold og traumatisk stress (NKVTS) Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) Nasjonalt senter for legevaktsmedisin (NKLM) Nasjonalt senter for selvmordsforskning (NSSF) Norsk senter for studier av problematferd og innovativ praksis AS (Atferdssenteret) Senter for samisk helseforskning
Til sammen	1 senter	5 sentre	17 sentre	11 sentre

Fig 2 Inkluderte kunnskaps- og kompetansesentre fordelt på hovedarbeidsområder

Som det fremgår av figur 2 har Senter for krisepsykologi (SfK) i hovedsak klinisk virksomhet og veiledning rettet mot tjenesteutøvere som arbeidsoppgaver. Det er kun veiledningsdelen som finansieres gjennom tilskudd fra Helsedir som inngår i denne gjennomgangen.

Erfaringskompetanse, Klara klok, Selvhjelp Norge, Senter for ungdom samliv og seksualitet (SUSS) og Sex og samfunn retter sin virksomhet i hovedsak mot befolkningen, og da enten som spørsmål/svar tjeneste per telefon og/eller nett, eller som nettsjeneste for å gi informasjon og kunnskap til befolkningen. Erfaringskompetanse har både befolkning, tjenesteutøvere og studenter som sin målgruppe, og mener at brukerne av nettsjenesten fordeler seg jevnt i forhold til om de er tjenesteutøvere eller privatpersoner.

De syv regionale kompetansesentre rus (KoRus) og fem regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) rapporterer at de i hovedsak retter sin virksomhet mot kompetansehevende tiltak overfor tjenesteutøvere der kurs, konferanser, arbeidsseminarer, bistand i planprosesser og implementering av konkrete tiltak i sin region er hovedarbeidsområder. De aller fleste av disse sentrene har noe virksomhet knyttet til evaluering, kunnskapsutvikling og kunnskapsinnhenting innenfor områder de har spesiell kompetanse på, eller som er gitt som et spisskompetanseområde.

I evalueringen av RVTS (Rambøll 2010) pekes det på at medarbeidere ved RVTS driver forskning, til tross for at de i oppdragsbrevet ikke skal gjøre det. Det er imidlertid uklart om tilskuddet fra direktoratet dekker denne forskningen, eller om sentrene har andre finansieringskilder som dekker dette.

Antibiotikasentret for primærmedisin (ASP), Nasjonal kompetanseenheter for minoritetshelse (NAKMI), Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA), Nasjonalt senter for utviklingshemmede (NAKU) og Pro-senteret rapporterer at hoveddelen av virksomheten er knyttet til kompetansehevende tiltak overfor tjenesteutøvere. Både nettsjenester, kurs, arbeidsseminarer, konferanser og i en del tilfeller undervisning på universiteter og høyskoler omfatter virksomheten. Pro-senteret gir råd og veiledning til både tjenesteutøvere og privatpersoner, og ASP rapporterer at om lag 20 prosent av virksomheten er informasjonsvirksomhet rettet mot befolkningen. De resterende sentrene har tjenesteutøvere som målgruppe.

De tre regionale kunnskapssentrene for barn og unge (RKBU) og Regionsenteret for barn og unges psykiske helse (RBUP Øst og Sør) rapporterer at forskning og kunnskapsutvikling legger grunnlaget for råd, veiledning og bistand til iverksetting av tiltak, der forskningsdelen er noe større enn virksomheten knyttet til kompetansehevende tiltak. Tiltakene som tjenesteutøvere blir tilbudt å ta i bruk skal være kunnskapsbaserte. I overveiende grad vil implementeringen av tiltakene følges opp med evaluering og forskning fra kunnskaps- og kompetansesenteret.

De syv nasjonale kunnskaps- og kompetansesentrene; Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin (NAFKAM), Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS), Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM), Nasjonalt senter for legevaktsmedisin (NKLM), Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging (NSSF), Norsk senter for studier av problematferd og innovativ praksis (Atferdssenteret) og Senter for samisk helseforskning rapporterer at de i hovedsak retter sin virksomhet mot forskning. Flere understreker at deres mandat er å forske på områder som ansees som forskningssvake. De aller fleste av disse sentrene har

undervisningsoppdrag ved høyskoler og universiteter. Enkelte sentre har undervisningsplikt hos eier, og enkelte sentre har ansvar for mastergrader og/eller etter- og videreutdanninger. Disse sentrene har alle ansatte i stipendiatstillinger og/eller doktorgradsstillinger.

Målgruppe og faglig innretning

Forhold som politiske føringer, eksisterende kompetanse, fagmiljøer og geografi har hatt betydning for hvem som er eiere av sentrene. Det er grunn til å tro at eierskapet vil påvirke faglig innretning og hvilke målgrupper kunnskaps- og kompetansesentrene primært retter seg mot. Ut fra hvordan sentrene selv beskriver sin virksomhet har vi sett på eierskapet knyttet til det enkelte kunnskaps- og kompetansesenter og virksomhetens målgrupper.

Informasjon og rådgivning

For de sentrene som i hovedsak har informasjon og rådgivning som sine arbeidsfelt, ser vi at virksomheten i overveiende grad retter seg mot befolkningen. Tre av sentrene har spesialisthelsetjenesten/statlig barnevern og/eller kommune som sekundærmålgruppe. Disse sentrene har stiftelse, interesseorganisasjon, ideell organisasjon eller fylkeskommune som eiere.

Informasjon og rådgiving	Rettet mot befolkning	Rettet mot kommuner	Rettet mot spesialisthelsetjenesten og statlig barnevern	Eier
Erfaringskompetanse	+++	+	+	Interesseorg.
Klara klok	+++++			Fylkeskommune
Selvhjelp Norge	+++	+	+	Stiftelse
Sex og samfunn	++++	+		Ideell org.
SUSS	+++++			Stiftelse

Fig 3 Kunnskaps- og kompetansesentre som har informasjon og rådgivningsvirksomhet som hovedarbeidsfelt, der sentrene via kartleggingen rapporterte fordeling av innsats overfor de ulike målgruppene⁷.

Kunnskaps- og kompetansesentrene i figur 3 er kjennetegnet ved at de gir informasjon og svar på direkte spørsmål fra befolkningen generelt. Dette gjøres via nettsider og i noen tilfeller i kombinasjon med telefontjenester. Enkelte av disse sentrene legger ikke dokumentert kunnskap til grunn for sin virksomhet, og evaluerer heller ikke de tiltak de iverksetter. Flere av disse sentrene ønsker en annen forankring og bedre samordning, nettopp fordi de ønsker en dreining av virksomheten der råd, veiledning og informasjon bygger på forskningsbasert kunnskap.

⁷ I figuren er grad av tiltak rettet mot ulike målgrupper markert med +, der 1 + er minst virksomhet mot den aktuelle målgruppene mens 5 + indikerer at all aktivitet retter seg mot den aktuelle målgruppene. Ingen + indikerer at senteret ikke retter sin virksomhet mot denne målgruppene. Arbeidsgruppens rangering baserer seg på sentrenes rapportering.

Kompetansehevende tiltak, rådgivning, informasjon og kunnskapsutvikling

Som det fremkommer av figur 4 har kunnskaps- og kompetansesentrene innenfor denne gruppen følgende eiere: helseforetak (9 sentre), universitet (2 sentre), privat stiftelse (4 sentre), høyskole (1 senter) eller kommune (1 senter). Bufetat er deleier sammen med Helseforetaket ved RVTS sør.

Kompetansehevende tiltak, rådgivning, informasjon og kunnskapsutvikling	Rettet mot befolkning	Rettet mot kommuner	Rettet mot spesialist-helsetjenesten og statlig barnevern	Eier
ASP	+	++++		Universitet
KoRus (Nord, Midt, Vest-Stavanger, Vest-Bergen, Sør, Øst og Oslo)		++++	+	RHF, privat stiftelse eller kommune
NAKMI		+++	++	RHF
NAKU		+++++		Høgskole
NAPHA		+++++		Universitet
PRO senteret	+	++++		Kommune
RVTS (Nord, Midt, Vest, Sør og Øst)		++++	+	RHF eller RHF og Bufetat
SfK	++	++	+	Privat selskap, søkt om tilskudd

Fig 4 Kunnskaps- og kompetansesentre som har kompetansehevende tiltak, rådgivning, informasjon og kunnskapsutvikling som sin hovedvirksomhet, der sentrene via kartleggingen rapporterte fordeling av innsats overfor de ulike målgruppene⁸.

Sentre som i hovedsak har kompetansehevende tiltak, rådgivning, informasjon og kunnskapsutvikling som arbeidsområder, retter alle sin virksomhet mot tjenesteutøvere i kommunene. Målgruppene i kommunene er helse- og sosialarbeidere, ansatte i barneverntjenesten, lærere, psykologer, fastleger og ansatte innen frivillige virksomhet med videre. I samtalen med sentrene var det mange som oppga at storparten av deres virksomhet rettet seg mot kommunalt ansatte, men at den målgruppen de i mange sammenhenger har vanskeligheter med å nå frem til med kompetansehevende tiltak, er fastleger. Det synes imidlertid som at de sentre som har ansatt leger, i større grad når fastlegene.

Som det fremgår av figuren retter RVTS og KoRus sin virksomhet i noen grad mot spesialisthelsetjenesten og det statlige barnevernet, men flere av RVTS og KoRus opplever at det er vanskeligere å nå disse målgruppene enn det er å nå målgrupper innen kommunal sektor.

⁸ I figuren er grad av tiltak rettet mot ulike målgrupper markert med +, der 1 + er minst virksomhet mot den aktuelle målgruppen mens 5 + indikerer at all aktivitet retter seg mot den aktuelle målgruppen. Ingen + indikerer at senteret ikke retter sin virksomhet mot denne målgruppen. Arbeidsgruppens rangering baserer seg på sentrenes rapportering.

ASP og SfK retter i noen grad sin virksomhet også mot befolkningen, og da gjerne gjennom informasjon på nettsider eller gjennom media.

NAKMI er det senteret som er eid av Helseforetaket og som i større grad enn de andre sentrene retter sin virksomhet mot forskning og utviklingsarbeid. NAPHA og ASP, som har universitetet som eier, retter i større grad enn de andre sentrene sin virksomhet mot systematisering, oppsummering og dokumentasjon av kunnskap.

Forskning og kunnskapsutvikling

Kunnskaps- og kompetansesentre som i hovedsak retter virksomheten mot forskning og kunnskapsutvikling, har i noe varierende grad kompetansehevende tiltak og implementeringsstøtte til tjenestutevøvere som sitt arbeidsfelt.

Forskning, kunnskapsutvikling samt i varierende grad kompetansehevende tiltak	Rettet mot befolkning	Rettet mot kommuner	Rettet mot spesialist-helsetjenesten og statlig barnevern	Eier
Atferdssenteret		+++	++	Universitet/Unirand
NAFKAM	++	++	+	Universitet
NSDM		++++	+	Universitet
NKLM		++++	+	Universitet, UniHelse
NKVTS		++	+++	Universitet/Unirand
NSSF		+	++++	Universitet
RKBU (Nord, Midt, Vest) RBUP Øst og Sør		+++	++	Universitet/ UniHelse Stiftelse
Samisk helseforskning	+++	++		Universitet

Fig 5 Kunnskaps- og kompetansesentre som har forskning, kunnskapsutvikling samt i varierende grad kompetansehevende tiltak som sin hovedvirksomhet, der sentrene via kartleggingen rapporterte fordeling av innsats overfor de ulike målgruppene⁹.

I figur 5 synliggjøres hvilke målgrupper de ulike sentrene retter sin virksomhet mot, og for noen av sentrene i denne kategorien rettes ikke virksomhet direkte mot befolkningen, kommunene eller spesialisthelsetjeneste/barnevern, men mot forskningsspørsmål knyttet til disse gruppene.

RKBU/RBUP og Atferdssenteret oppgir at hovedtyngden av virksomheten er rettet mot forskning og kunnskapsutvikling. Det innbefatter formidling og implementering av forskningsbaserte tiltak og

⁹ I figuren er grad av tiltak rettet mot ulike målgrupper markert med +, der 1 + er minst virksomhet mot den aktuelle målgruppene mens 5 + indikerer at all aktivitet retter seg mot den aktuelle målgruppene. Ingen + indikerer at senteret ikke retter sin virksomhet mot denne målgruppene. Arbeidsgruppens rangering baserer seg på sentrenes rapportering.

metoder i kommuner, spesialisthelsetjeneste og statlig barnevern, for deretter å evaluere tiltakene som blir iverksatt for å undersøke om de har ønsket virkning. Som en del av kunnskapsutviklingen inngår implementering og kompetansehevede tiltak direkte rettet mot tjenesteutøvere.

NAFKAM, NSDM, NKLM, NKVTS, NSSF og Samisk helseforskning har forskning som sin hovedvirksomhet. Forskningsresultatene formidles i hovedsak via vitenskapelige artikler, populærvitenskapelige artikler, nettside, media eller som en del av grunnutdanninger eller etter- og videreutdanninger ved universitet eller høyskoler.

Som det fremgår av figur 5 er universitet/UniHelse eiere av disse kunnskaps- og kompetansesentrene, med unntak av RBUP Øst og Sør som er en stiftelse. RKBU Nord og RKBU Midt er eget institutt ved universitetet, mens de resterende åtte sentrene innenfor universitetssektoren er underlagt et institutt.

I kartleggingen ble sentrene bedt om å beskrive senterets kompetanse i hovedtrekk, strategi, plan for ansettelse og eventuelle fagråd. Denne kartleggingen viser at noen sentre har ansatte med tverrfaglig kompetanse, mens andre har ansatte med mer enhetlig faglig bakgrunn. Flere sentre oppgir at det er avgjørende for fagutviklingen ved senteret å ha ansatte med doktorgradskompetanse, og eventuelt doktorgradsstudenter knyttet til virksomheten. Dette er i hovedsak sentre som retter mye av sin virksomhet mot forskning og kunnskapsutvikling, men også sentre som ikke retter så mye av sin virksomhet mot kunnskapsutvikling og forskning gir uttrykk for at de opplever behov for forskerkompetanse.

Ut fra gjennomgangen kan det synes som at senterets eier er med på å legge føringer for innretning av innsatsområder for kunnskaps- og kompetansesentrene. De sentrene som retter sin virksomhet mot informasjon og rådgivning er eid av ideelle- eller private organisasjoner og fylkeskommune, mens de fleste av sentrene der forskning og kunnskapsutvikling er det mest fremtredende arbeidsområde, har universitet som eier. Regionale helseforetak er eier av 12 av de regionale kunnskaps- og kompetansesentrene. Tilknytningen mellom eierskap og innsatsområde kan ha sammenheng med at senteret ved opprettelsen er lagt til en eier som gjenspeiler senterets opprinnelige mandat, men kan også være et uttrykk for at eierne påvirker utviklingen av senteret.

Kompetansemiljøenes rolle i beredskapssituasjoner

De sentrale kompetansemiljøene på vold- og traumefeltet; NKVTS, Senter for Krisepsykologi (SfK) og de fem regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) har en rekke oppgaver i tilknytning til større kriser, ulykker og katastrofer. Rollen til de nasjonale sentrene er i dag tredelt. I tillegg til rådgiverrollen har sentrene oppgaver med kunnskapsoppbygging innen feltet gjennom forskning. Den enkelte fagperson har under kriser blitt benyttet i klinisk arbeid. De regionale sentrenes rolle er fremtredende i kompetanseoppbygging på fagfeltet etter krisens akuttfase. Kun NKVTS har en formalisert rolle som rådgiver for myndighetene, i tråd med Nasjonal Helse- og beredskapsplan fra juli 2010. Planen er under revidering.

¹⁰ I *Nasjonal helse- og beredskapsplan* fra 2007 heter det følgende om NKVTS sin rolle: «Senteret gir helsemyndighetene råd og kan også bistå i en katastrofesituasjon etter oppdrag av Sosial- og helsedirektoratet, evt. i samarbeid med Utenriksdepartementet.»

Fagområder og vekting mellom regionale og nasjonale funksjoner

Fagområder	Regionale sentre	Nasjonale sentre
Psykisk helse og barnevern- barn og unge (delpr)	RKBUS; Nord, Midt, Vest og RBUP Øst og Sør	Atferdssenteret
Psykisk helse – voksne (delpr)		NAPHA
Rus og rusforebyggende arbeid (delpr)	KoRus; Nord, Midt, Vest-Bergen, Vest-Stavanger, Sør, Øst og Oslo	
Vold, traumatisk stress, selvmord og flyktningehelse og tvungen migrasjon (delpr)	RVTS; Nord, Midt, Vest, Sør og Øst	NKVTS NSSF SfK
Minoritetshelse (delpr)		NAKMI
Prostitusjon		PRO senteret
Erfaringskompetanse og selvhjelp		Erfaringskompetanse Selvhjelp Norge
Medisin, inkl allmennmedisin, legevaktmedisin, alternativ medisin og samisk helse		ASP NAFKAM NKLM NSDM Samisk helseforskning
Rådgiving og informasjon om helse og seksualitet		Klara klok SUSS Sex og samfunn
Utviklingshemming		NAKU

Fig 6 Fagområder og vekting mellom regionale og nasjonale funksjoner. Fagområder markert (delpr) er tilhørende delprosjektet.

Som det fremkommer av figur 6 er både nasjonale og regionale sentre knyttet til fagområdene som er representert i delprosjektet. Innenfor fagområdene barnevern og psykiske helse for barn og unge, vold, traumatisk stress og selvmord, samt rus og rusforebyggende arbeid, er det opprettet regionale kompetansesentre. Det er imidlertid ikke opprettet like mange sentre i hver region, og sentrene er heller ikke plassert på samme sted geografisk. For KoRus er det opprettet syv regionale kompetansesentre, for RVTS er det opprettet fem mens for RKBUS/RBUP er det opprettet fire sentre.

Innenfor rus og rusforebyggende arbeid er det syv regionale kompetansesentre, der hvert enkelt av dem har nasjonale funksjoner innenfor ett eller flere definerte fagområder¹¹. Det er ingen formaliserte samarbeidsavtaler mellom SIRUS og SERAF, som er forskningssentre på rusområdet, og de regionale kompetansesentrene.

Innenfor fagområdene vold, traumatisk stress, selvmord, flyktningehelse og tvungen migrasjon inkluderer denne gjennomgangen fire nasjonale kunnskaps- og kompetansesentre¹². De fem regionale RVTS ble opprettet for å bistå det utøvende tjenesteapparatet i regionene, mens de

¹¹ Hvert KoRus har ett eller to spisskompetanseområder, disse er enten knyttet til et fagområde eller en målgruppe innenfor rus og rusforebyggende arbeid. Helsedir evaluerer sammen med KoRusene ordningen.

allerede etablerte nasjonale miljøene skulle fortsette med forskning- og utviklingsarbeid. NKVTS, NAKMI og NSSF skal være viktige samarbeidspartnere for de regionale RVTS. I tilskuddsbrevene fremkommer det at de nasjonale sentrene skal formidle forskning generelt og metoder og tiltaksforskning spesielt til de regionale sentrene, mens de regionale sentrene skal formidle kunnskapsbehov og erfaringer fra praksisfeltet til de nasjonale sentrene.

I evalueringen av NKVTS (Rambøll 2007) fremgår det at NKVTS bør definere sine målgrupper og deres behov i større grad. I evalueringsrapporten fremgår det også at NKVTS har behov for mer brukerrettet og anvendelig forskning for praksisfeltet.

Innenfor barnevern og psykisk helse er det opprettet et nasjonalt kompetansesenter, og fire regionale kunnskapssentre. Atferdssenteret har både regionale og nasjonale funksjoner, samtidig som de i varierende grad samarbeider med RKBU/RBUP.

Flere sentre har barnevern og psykisk helsevern for barn og unge som sitt fagområde, og ytterligere noen sentre oppgir at de gir bistand til barnevernet på bakgrunn av henvendelser. Flere sentre innenfor fagområdet gir uttrykk for at ressursene i kunnskaps- og kompetansemiljøene rettet mot barnevernets tjenester er forholdsvis begrenset. De mener også at det er utfordrende å samordne innsatsen på barne- og ungdomsområdet på tvers av sektorer, og at det er viktig at noen har ansvar for å prioritere denne målgruppen.

Fra 2011 har det blitt gjennomført sammenslåinger i region nord, midt og vest mellom Regionsenter for barn og unges psykiske helse(RBUP) og Barnevernets utviklingssenter (BUS). Det er HOD og BLD sammen som har tatt initiativ til sammenslåingen. Bakgrunnen for sammenslåingen var å styrke den tverrfaglige kompetansen i tjenestene for barn og unges psykiske helse og barnevern, samt bedre det tverrsektorielle samarbeidet. Målsettingen var å etablere et felles forskning-, kompetanse- og utviklingssenter som kunne ivareta problemstillingen knyttet til barn og unges utvikling og deres tjenestebehov. Sentrene skal generere positive synergieffekter i forhold til sluttbruker, i kommunene og i spesialisthelsetjenesten.

Innenfor fagområdene erfaringskompetanse og selvhjelp, medisin, prostitusjon, helse og seksualitet og utviklingshemming er det kun opprettet nasjonale kompetansesentre. Selvhjelp Norge er det eneste senteret som har opprettet regionale distriktskontorer. Sentrene innenfor disse fagområdene tilkjenner i kartleggingen at de ser det som utfordrende å gi nødvendig og tilstrekkelig kompetansehevende tiltak og hjelp til hele landet ut fra de ressurser de har tilgjengelig.

Direktoratenes erfaring med mandat, fagfelt og målgruppe

Kunnskaps- og kompetansesentrene har i dag ulike mandat og retter seg mot ulike målgrupper. Gjennomgangen viser en tendens for at målgruppe og faglig innretning varierer med hvem som er eier av sentrene. Det er behov for å definere tydeligere hva som skal være kunnskaps- og kompetansesentrenes mandat, målgruppe og virkefelt, for på denne måten å oppnå mer samordnede tjenester ut mot målgruppene.

Ressurser til nasjonale og regionale funksjoner varierer innenfor de ulike fagområdene. Enkelte fagområder har både regionale og nasjonale sentre, mens innenfor andre fagområder finnes kun

nasjonale sentre. Noen nasjonale sentre forteller at de har utfordringer knyttet til å nå ut til regionale og lokale målgrupper på grunn av kapasitet, geografiske avstander og faglig innretning.

Slik direktoratene ser det vil det i det videre arbeidet være viktig å vurdere ressurs-, ansvars- og arbeidsfordelingen mellom nasjonale og regionale funksjoner.

Både departementene og direktoratene er omforent om at det er behov for å styrke barnevernfeltet og styrke samspillet mellom tilgrensende tjenester. Barn og unge som er i kontakt med helsestasjonen, pedagogisk psykologisk tjeneste, psykisk helsevern for barn og unge eller barnevernet er avhengig av at disse legger til rette for gode, koordinerte og kunnskapsbaserte tjenester, enten det gjelder forebygging eller behandling av rus, fysisk og psykisk helse, vold eller omsorgssvikt. Behovet for samordning av kunnskap og kompetanse inn mot barne- og ungdomsområdet er stort. Slik vi oppfatter det, er de ulike kunnskaps- og kompetansesentrenes arbeid og virksomhet ikke tilstrekkelig koordinert og samordnet slik at utfordringer best mulig kan møtes, felles kunnskap og kompetanse kan bygges og slik at ressurser kan benyttes optimalt. Per i dag finnes det ikke en beslutningsstruktur som kan sørge for prioriteringer og koordinering av sentrenes virksomhet, og som også kan sørge for samordning og likeverd mellom regioner.

3.3 Samarbeid og samhandling

Samarbeid mellom kunnskaps- og kompetansesentrene

Noen sentre har kontraktsfestede eller mer uformelle avtaler om samarbeid med relevante fagmiljøer. Disse omfatter i noen grad samarbeid med andre kunnskaps- og kompetansesentre, men kan også omfatte andre samarbeidspartnere som forskningssentre, fylkesmannen, ideelle organisasjoner eller andre.

Kartleggingen av kunnskaps- og kompetansesentrene samt samtalene med sentrene viser at samarbeidet mellom regionale aktører i samme region, og samarbeid mellom regionale og nasjonale sentre innenfor tilgrensede og overlappende fagområder, ikke er tilstrekkelig formalisert. Ofte er samarbeidet basert på den kjennskap den enkelte medarbeider på det enkelte senter har til aktuelle samarbeidspartnere og konkrete personer. De fleste kunnskaps- og kompetansesentrene ser behov for et mer formalisert og systematisk samarbeid, både mellom nasjonale og regionale sentre og mellom sentre i samme region.

I region midt og nord har aktuelle regionale og nasjonale kunnskaps- og kompetansesentre formalisert samarbeidet seg imellom, der også Fylkesmannen er representert. Disse samarbeidsforaene er i en oppstartfase, og de aktuelle sentrene har så langt få erfaringer fra samarbeidet.

Både sentrene selv og direktoratene har medvirket til å styrke og formalisere et samarbeid mellom sentrene. Dette er gjort både via føringer fra direktoratene i tilskuddsbrevet og på bakgrunn av eget initiativ fra sentrene.

Kunnskaps- og kompetansesentrene forteller at samarbeid er enklere når det er konkrete oppgaver de skal samarbeide om å løse. Tidlig intervensjon på rusområdet er et prioritert satsingsområde i regjeringens opptrappingsplan for rusfeltet (St.prop.nr.1 2007-2008). Som et ledd i denne satsingen har Helsedir og Bufdir gitt regionale kunnskaps- og kompetansesentre oppdrag knyttet til samordning

og samarbeid for konkrete kompetansehevende tiltak overfor tjenester i kommuner, spesialisthelsetjeneste og statlig barnevern. Tilbakemeldingene fra de regionale kunnskaps- og kompetansesentrene tilsier at dette er en satsing som har skapt tettere samarbeid mellom de aktuelle sentrene, og de fleste sentrene opplever at dette har vært en konstruktiv måte å samordne tilbudet til tjenestene på.

I samtaler med kunnskaps- og kompetansesentrene er det flere sentre som påpeker at kommunikasjonen går en vei, for eksempel ved at de nasjonale sentrene presenterer forskningsresultater ved forelesninger eller via artikler og rapporter, mens erfaringer og aktuelle forskningsspørsmål i liten grad blir kommunisert fra de regionale til de nasjonale sentrene. Både de nasjonale og de regionale sentrene mener at et bedre og tettere samarbeid preget av god kommunikasjon er nødvendig for en bedre samordning av tjenestene. Flere mener at direktoratene bør ta en aktiv rolle for å initiere slikt samarbeid.

I nåværende mandat til kunnskaps- og kompetansesentrene understrekes betydningen av å etablere og videreutvikle nettverk, for å skape arenaer for kunnskapsstøtte i kommunene. Ved å skape hensiktsmessige fagnettverk vil kommunene kunne få et mer samordnet tilbud fra kunnskaps- og kompetansemiljøene.

Samarbeid med målgruppene, tjenesteutøvere og beslutningstakere

Flere kunnskaps- og kompetansesentrene beskriver at de strever med å gjøre tilbudet og virksomheten kjent for målgruppene. Enkelte nasjonale sentre uttrykker et behov for en regional aktør som kan bidra til å gjøre relevant forskning kjent for praksisfeltet, og bidra til implementering av forskningsbaserte/ kunnskapsbaserte tiltak i tjenestene. De ser behov for mer samarbeid med regionale og lokale aktører for å innhente erfaringer, problemstillinger og forskningsdata. De regionale kunnskaps- og kompetansesentrene bør ha en viktig rolle når det gjelder konkret samarbeid med praksisfeltet.

Regionale kunnskaps- og kompetansesentre bør å ha kjennskap til kompetansebehov og utfordringer i egen region innenfor eget fagområde. Hver av regionene består av mange kommuner eller bydeler. Flere av de regionale sentrene forteller i kartleggingen at de bare til en viss grad har tilstrekkelig kunnskap om praksisfeltets behov for kompetansehevende tiltak og særskilte utfordringer i den enkelte kommune eller bydel. Det er både kommuner/bydeler de ikke har kontakt med, og faggrupper de har lite kontakt med.

I evalueringen av KoRus (Rambøll 2011) pekes det på at en viktig forutsetning for kontakt med kommunene er at kommunene selv ønsker bistand fra KoRus, og i en del sammenhenger er det kjennskap til konkrete personer eller kjennskap til andre som har hatt kontakt med senteret som gjør at samarbeid etableres. Det fremkommer i evalueringen av RVTS (Rambøll 2010) at det for en del ansatte i kommunene er uklart hvilke type konsultasjon eller tjenester de kan be RVTS om, og hva som skal rettes til for eksempel Bup.

I evalueringen av R-Bup fra 2008 beskrives det at det er uklartheter rundt rollen til R-Bup overfor kommunene. Det anbefales i rapporten at Helsedir avklarer denne rollen, og at R-Bup får ansvar for å utarbeide plan for samarbeid med kommunene (Rambøll 2008). Sammenslåingen av R-Bup og BUS i tre av regionene gjennomført etter 2011 har søkt å tydeliggjøre deres rolle overfor målgruppene,

både overfor kommuner, spesialisthelsetjeneste og statlig barnevern. Om sammenslåingen har hatt ønsket effekt, er ikke evaluert.

Gjennomførte evaluering av regionale kunnskaps- og kompetansesentre viser at det enkelte senter ikke er kjent blant hele målgruppene. Det er særlig i områder som ligger geografisk langt fra senteret at kjennskapen er lav (Rambøll 2007, Rambøll 2008b og Rambøll 2011). Bildet er imidlertid ikke helt entydig. I evalueringen av RVTS (Rambøll 2010) fremkommer det at RVTS ikke er mer kjent for sine målgrupper i de fylkene der de er lokalisert, enn i resten av regionen.

Flere sentre oppgir at enkelte målgrupper er enklere å nå enn andre, der ansatte i spesialisthelsetjenesten og fastleger oppgis å være de målgruppene som de har minst samarbeid og kontakt med.

Det er viktig at de kommuner/bydeler som har behov for kompetansehevende tiltak, eller støtte til implementering av kunnskapsbaserte tiltak, både vet om de ulike kunnskaps- og kompetansesentrene, og vet hvilke sentre som kan tilby de ulike tjenestene. Ut fra hvordan kunnskaps- og kompetansesentrene beskriver situasjonen i samtaler med oss og foreliggende evalueringsrapporter, må man i det videre arbeidet søke å sikre at aktuelle målgrupper får kjennskap til de tjenester sentrene tilbyr.

For nasjonale kunnskaps- og kompetansesentrene, som har oppgaver knyttet til spørsmål- og svartjenester eller nettsjenester, monitoreres bruken av tjenesten via treff. Sentrene har informasjon og/eller rådgivning til enkeltindivider eller befolkningen som hovedaktivitet. Evaluering av Klara klok viser at det er et potensiale for å gjøre tjenestene bedre kjent (Gundersen og Winsvold 2011). Til tross for at enkelte sentre oppgir at de retter seg mot nesten samme målgruppe innenfor samme fagfelt, så opplever flere at de har lite samarbeid og til dels har overlappende oppgaver med andre sentre innen samme fagområdet. Bedre samordning av tjenestene vil gi brukerne et mer oversiktlig og lettere tilgjengelig tilbud.

Samarbeid med universitet og høyskoler

Både regionale og nasjonale kunnskaps- og kompetansesentre er deltagere og/eller ansvarlige for grunn-, videre- og etterutdanninger. Noen sentre blir forespurt om å bidra ved en eller flere forelesninger, mens andre er i sin helhet ansvarlig for mastergrader, etter- eller videreutdanning. Engasjementet og bidragene som gis er i hovedsak avhengig av geografisk nærhet. Alle sentre som eies av universiteter eller høyskoler er engasjert i grunn-, videre- eller etterutdanninger. Et av sentrene har i samtale med oss fortalt at de alene er ansvarlig for drift av en videreutdanning, og at de benytter tilskudd fra direktoratene i arbeidet med denne. Enkelte sentre er involvert i drift av grunnutdanninger og masterutdanninger. Andre sentre forteller at de ser det som en av sine oppgaver å stimulere og hjelpe høyskoler og universiteter til å utvikle etter- og videreutdanninger på bakgrunn av de behov tjenesteutøvere i kommuner og spesialisthelsetjeneste har, men at utdanningsinstitusjonene selv er ansvarlige for utdanningene.

Flertallet av kunnskaps- og kompetansesentre bidrar med forelesninger på grunn-, videre- eller etterutdanninger på universitet og høyskoler. Ansatte ved ett av sentrene som eies av et universitet, har undervisningsplikt på lik linje med andre vitenskapelige ansatte på universitetet.

I samtaler med oss sier enkelte sentre at de på bakgrunn av sin kontakt med praksisfeltet avdekker kompetansehevende tiltak som bør inngå i utdanningstilbudet. De mener at samarbeid med høyskole og universitet er viktig, slik at utdanningstilbudene kan tilrettelegges mer i tråd med behovene i praksis.

Gode samarbeidsrelasjoner mellom kunnskaps- og kompetansesentrene og universiteter og høyskoler er i tråd med regjeringens mål om en tettere kobling mellom praksisfeltet, forskning og utdanning. Et slikt samspill stimulerer til økt kvalitet i tjenestene ved at utdanningene kan ta opp i seg nye og endrede behov i tjenestene.

Det kan synes som om kunnskaps- og kompetansesentrenes rolle og ansvar overfor undervisning og drift av utdanninger er noe uavklart. Det er derfor avgjørende at grensegangen mellom hva som er universitetene og høyskolenes rolle, opp mot kunnskaps- og kompetansesentrenes rolle, drøftes og avklares, samtidig som samarbeidet opprettholdes.

Samarbeid med fylkesmann og fylkeskommuner

I dialog og gjennom tilskuddsbrev legger direktoratene føringer for samarbeid mellom regionale kunnskaps- og kompetansesentre og fylkesmannen i de ulike regionene. I de fleste regionene er det ifølge de regionale kunnskaps- og kompetansesentrene etablert et godt samarbeid med fylkesmannsembetene. Samarbeidet er tettere innenfor enkelte fagområder enn andre.

Det er knyttet noen overordnede føringer for samarbeid mellom fylkeskommunene og KoRus i forhold til deres ansvar for å tilrettelegge for oversikt over befolkningens helsetilstand (jfr. Folkehelseloven). Hva innholdet i en slik føring skal være og bidra til er imidlertid ikke konkretisert. De andre kunnskaps- og kompetansesentrene har ikke fått konkrete føringer for et slikt samarbeid i tilskuddsbrev.

De regionale kunnskaps- og kompetansesentrene ser positivt på formalisert samarbeid med fylkesmenn og fylkeskommuner. Flere sentre trekker særlig frem mulighetene ved et mer formalisert samarbeid med fylkesmannen, fordi fylkesmannens tilsynsfunksjon og kunnskap om kommunenes kompetansebehov er avgjørende for å kunne tilby et samordnet tilbud ut fra kommunenes behov. Flere av sentrene mener det vil være hensiktsmessig med tydeligere føringer fra myndighetenes side for å tilrettelegge for et mer formalisert samarbeid.

I evalueringene av KoRusene (Rambøll 2011) fremkommer det også at kommuner som er intervjuet opplever at fylkesmenn og KoRusene har komplementære funksjoner, og at kompetansesentrene særlig har mulighet til å gi tettere oppfølging og veiledning enn fylkesmennene. I samme evaluering stilles det spørsmål ved om spesialisthelsetjenesten bør forbli en målgruppe for KoRus, siden sentrenes hovedfokus er kommunene.

Direktoratenes erfaringer om samarbeid og samhandling

Kunnskaps- og kompetansesentrene har gjennom tilskuddsbrev ulike føringer for samordning og samarbeid med andre sentre og/eller samarbeidende parter som for eksempel fylkesmannen, fylkeskommunen, kommune, universitet, høyskole, frivillige- og ideelle aktører eller andre. Ut fra foreliggende kartlegging synes det at dagens organisering av kompetansesentrene ikke gir tilstrekkelig struktur for samarbeid og kompetansebygging. Slik direktoratene ser det er det behov

for samordning regionalt, og mellom kunnskaps- og kompetansesentre med tilgrensende fagfelt nasjonalt og regionalt.

Formelle samarbeidsstrukturer mellom sentrene og samarbeidspartnere mangler i en del tilfeller, også der hvor sentrene kan sies å ha overlappende oppgaver og målgrupper. Dette gjør at kunnskaps- kompetansesentrenes ressurser ikke blir utnyttet godt nok. Manglende samordning og samarbeid kan medføre skjevfordeling eller duplisering av aktiviteter i regi av sentrene.

Samarbeidet mellom kunnskaps- og kompetansesentrene, fylkesmannen og fylkeskommunen bør samordnes og videreutvikles.

Kunnskaps- og kompetansesentrene har påtatt seg ulike roller og ansvar knyttet til undervisning og drift av utdanninger. Det er avgjørende at grensegangen mellom hva som er universitetene og høyskolenes rolle opp mot kunnskaps- og kompetansesentrene avklares, samtidig som samarbeidet opprettholdes.

3.4 Dagens utfordringsbilde oppsummert

Departementets mål for gjennomgangen er styrking av kunnskaps- og kompetansesentrene som retter seg mot de kommunale helse-, omsorgs- og velferdstjenestene. Ifølge oppdragsgiver fremstår feltet som uoversiktlig, og en helhetlig overordnet tenkning og strategi for sentrene mangler. Sentrene er organisert på ulikt vis og deres mandat, innhold og arbeidsmåter varierer. I oppdragsbrevet fra departementene er det understreket at det er viktig å *drøfte i hvilken grad forskning bør være en del av kompetansesentrenes virksomhet* og man *ønsker en vurdering av nasjonale kontra regionale oppgaver*. Videre ønsker departementene en drøfting av *hvordan kunnskaps- og kompetansesentrene bør bidra for å styrke kommunenes kompetanse, jf. samhandlingsreformen*.

Gjennomgangen av kunnskaps- og kompetansesentrene tydeliggjør i stor grad de utfordringene departementene beskriver i sine oppdrag. Utfordringsbildet er nyansert, og kan knyttes til målgruppenes, myndighetenes og samarbeidspartneres ønsker om hva kunnskaps- og kompetansesentre skal bidra med, samt mer organisatoriske og styrende elementer mellom tilskuddsgiver, eier og sentrene.

Som gjennomgangen av kartleggingsdataene viser har de inkluderte kunnskaps- og kompetansesentrene ulikt mandat, ulike fagområder, ulik målgruppe (som også til dels er sammenfallende) og ulike eiere. I tillegg finnes andre kunnskaps- og kompetansesentre og forskningssentre innenfor fagområdene som retter seg mot samme målgruppe, men som ikke er inkludert i gjennomgangen. Kunnskaps- og kompetansesentrenes samarbeid og kjennskap innad og på tvers av fagområder er varierende, og det er stor grunn til å tro at det er utfordrende for målgruppene å ha oversikt og dermed å kunne benytte seg av de tjenestene kunnskaps- og kompetansesentrene tilbyr.

Utfordringsbildet kan oppsummeres i følgende hovedpunkter;

- Stort faglig mangfold, bredt spekter av sentre og målgrupper, samt varierende samarbeid mellom ulike kunnskaps- og kompetansesentre, skaper et uoversiktlig landskap for alle

aktører. Både myndigheter, målgrupper og kunnskaps- og kompetansesentrene vil nyte godt av bedre samarbeid og samordning med tydeligere ansvars- og arbeidsområder

- Behov for et tydeligere og mer avklart samfunnsoppdrag, med avklaring av hva som skal være kunnskaps- og kompetansesentrenes mandat og grensedragninger opp mot forskning, kompetanseheving og befolkningsrettede tiltak
- Myndighetenes mulighet for å tilpasse sentrenes virksomhet er begrenset av tilskuddsregelverket for den enkelte ordning. Finansiering via tilskudd er derfor en utfordring. Samtidig som noen kunnskaps- og kompetansesentre opplever at dette gir lav grad av forutsigbarhet og langsiktighet i forhold til økonomiske rammebetingelser
- Behov for klarere føringer for satsingsområder, samarbeid og rapportering. Det er behov for en mer samordnet gjennomgang og oppfølging med tydelige rapporteringskrav av kunnskaps- og kompetansesentrene som sikrer måloppnåelse på prioriterte områder
- Kunnskaps- og kompetansesentrene bør tilrettelegges slik at målgruppene får et likeverdig tilbud. I dette henseende bør vekting av nasjonale og regionale funksjoner vurderes
- Kunnskaps- og kompetansesentrene bør, sammen med andre samarbeidspartnere som fylkesmannen og andre kunnskaps- og kompetansesentre, ha oversikt over tjenestenes behov for kompetansehevende tiltak. Man må påse at det er samsvar mellom sentrenes tilbud og praksisfeltets behov
- Det finnes bare i noen grad kunnskap om i hvilken grad kunnskaps- og kompetansesentrene møter praksisfeltets behov, og i hvilken grad praksisfeltet er tilfreds med tilbudet. Det bør vurderes å etablere rutiner, systemer eller organisasjonsstrukturer som gjør at man kan ha kunnskap om sentrenes virksomhet møter målgruppenes behov

4 Kunnskaps- og kompetansesentrene samfunnsoppdrag

Helsedir og Bufdir har utarbeidet et særskilt høringsnotat med forslag til samfunnsoppdrag for sentrene. Notatet og høringsbrev datert 06.12.2013 ble sendt på en bred høring med frist 31.01.14, forlenget til 13.02.14. Hovedpunkter i notatet er gjengitt i avsnitt 4.1. Høringsinstansenes syn er gjengitt i avsnitt 4.2. Revidert forslag til samfunnsoppdrag er fremmet i avsnitt 4.3.

Innkomne høringsuttalelser:

- 32 av 34 sentre (herav flere fellesuttalelser)
- Ca 15 av 40 utviklingssentre (i form av 2 fellesuttalelser)
- 7 av 428 kommuner
- 1 av 4 RHF
- 1 av 18 HF
- 0 av 18 pasient- og brukerombud
- 6 av 16 statlige institusjoner
- 4 av 18 fylkesmenn
- 0 av 14 fylkesnemnder for barnevern og sosiale saker
- 1 av 19 fylkeskommuner
- 3 av 33 organisasjoner herunder KS
- 6 av 29 høyskoler og universiteter
- 1 av 11 institutter
- 7 av 14 ansattes organisasjoner
- 1 av 16 medlemmer i BrukerROP

Totalt kom det inn 60 uttalelser. Mer enn halvparten (34 uttalelser) kom fra de inkluderte sentre eller fra utviklingssentre¹³. At så vidt få uttalelser kom fra kommunene og fra andre tjenester innen den primære målgruppa kan være en indikasjon på at sentrene har et fjernere forhold til denne målgruppa enn hva vi mener er ønskelig. Samtidig kan det se ut som om mange av høringsinstansene legger til grunn at kommunene skal vies særlig oppmerksomhet.

4.1 Høringsnotat om samfunnsoppdraget. Hovedpunkter i forslaget

4.1.1 Innledning

Offentlig sektor har et sentralt ansvar for den fremtidige velferdsutviklingen og samtidig yte gode, trygge og effektive helse-, omsorgs- og velferdstjenester. Betydelige deler av disse oppgavene er desentralisert til kommunene. Lov og forskrift, normative pålegg og økonomiske virkemidler synes imidlertid ikke tilstrekkelig for gjennomgående å styrke kvaliteten i helse-, omsorgs- og velferdstjenestene. Faglig støtte, veiledning, formaliserte samarbeidsstrukturer og bistand til kvalitetsutvikling vil i mange tilfelle være viktige bidrag i tjenestenes videre kvalitetsarbeid, kunnskapsutvikling og kompetanseheving. Bistand fra statlige myndigheter, ikke minst gjennom

¹³ Flere sentre har levert felleshøringsuttalelser, og tre sentre står som avsender av mer enn ett felles høringsinnspill. Tre av de inkluderte 34 sentrene har ikke levert høringsinnspill. To av USHT har sendt høringsinnspill.

kunnskaps- og kompetansesentrene spiller en viktig rolle her. Sentrenes tilbud skal være likeverdig og tilpasset lokale og regionale utfordringer. Regional forankring og geografisk nærhet, samt kjennskap til lokale utfordringer er viktig for å oppnå dette.

I høringsnotatet slås det fast at det er behov for en overordnet og samordnet og enhetlig tenkning omkring oppdragsbeskrivelsen til sentrene, og en tydeliggjøring av samfunnsoppdraget for å imøtekomme helse-, omsorgs- og velferdstjenestenes utfordringer. Mange innenfor målgruppene er ikke klar over at det finnes et kunnskaps- og kompetansesenter som kan bidra innen gitte temaområder, og innsatsen til dagens sentre er ikke samordnet. Dupliserende tilbud om kompetansehevende tiltak kan forekomme i enkelte regioner, mens andre regioner står uten tilbud.

Sentrenes samfunnsoppdrag befinner seg i skjæringspunktet mellom kunnskapsoppbygging inkludert forskning på den ene siden, og kompetanseheving og kompetansespredning på den andre siden. Nasjonale og regionale kompetansesentrene kan ha ulik vektning av disse områdene.

En grunnleggende forutsetning for å være et kunnskaps- og kompetansesenter er at senterets virksomhet er kunnskapsbasert praksis, dvs. at den bygger på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukernes erfaringer, ønsker og behov i den gitte situasjonen (Kunnskapssenteret, 2008).

4.1.2 Forslaget til målgruppe for sentrene, - «en tjeneste for tjenesten»

Kunnskaps- og kompetansesenters fremste oppgave bør være å bidra til at helse-, omsorgs- og velferdstjenestene har nødvendig kompetanse for å iverksette kunnskapsbaserte metoder og strategier, slik at kommunene, statlig barnevern og spesialisthelsetjeneste kan imøtekomme sine forpliktelser og lovpålagte oppgaver på en tilfredsstillende måte. Sentrene skal bidra til fagutvikling og gi beslutningsstøtte både til forvaltningen, tjenestene og deres beslutningstakere. I tillegg skal sentrene bistå og samarbeide med utdanningsinstitusjonene om kunnskapssvake og prioriterte områder.

Målgruppe for kunnskaps- og kompetansesentre ble skissert slik:

- Primærmålgruppe: tjenestene med ansvarlige tjenesteutøvere og beslutningstakere i første og andrelinjetjenester og offentlig forvaltning (kommuner, fylkeskommuner og direktorat)
- Sekundærmålgruppe: befolkningen, brukerorganisasjoner, frivillige organisasjoner og media

Interessenter, klienter og pasienter inngår ikke som sentrenes primære målgruppe, men er sluttbrukere av tjenestene.

4.1.3 Sentrenes samarbeid med andre aktører

Kunnskaps- og kompetansesentrene er forutsatt å skulle inngå i samarbeidsrelasjoner med relevante aktører på tilstøtende områder. Sentrale samarbeidspartnere for sentrene foruten primærmålgruppene nevnt over, er eksempelvis regionale Bufetat, regionale helseforetak, fylkesmennene, universitet- og høyskolesektoren, instituttsektoren, brukerorganisasjoner, frivillig sektor og øvrige kunnskaps- og kompetansemiljøer.

I høringsnotatet ble det pekt på at sentrene skal initiere og legge til rette for nettverk og arenaer for læring og kvalitetsforbedringer jf. Meld. St. 10 (2012-2013) om kvalitet og pasientsikkerhet. Kopling av ulike kunnskaps- og kompetanseaktører med praksisfelt og brukerorganisasjoner i nettverk kan bidra til læring og kunnskapsutvikling.

Det er behov for å styrke samarbeidet på tvers av sektorer. Barnevernets fagområde har mange samhandlingsflater mot helse, men har kortere fartstid og mindre ressurser enn helsesektoren til å utvikle kompetansemiljø for barnevernets tjenester. Barnevernet og familievernnet trenger medspillere som kan bidra med kompetanse og virkemidler som støtter opp om kvalitetsarbeidet det statlige barnevernet har iverksatt med Kvalitetsutviklingsprogrammet. Her står kunnskaps- og kompetansesentre sentralt.

Tjenestene har behov for faglig støtte, veiledning, formaliserte samarbeidsstrukturer og hjelp til kvalitetsutvikling. Gode samarbeidsrelasjoner mellom kunnskaps- og kompetansesentre og universiteter og høyskoler er i tråd med regjeringens mål om en tettere kobling mellom praksisfeltet, forskning og utdanning.

4.1.4 Regionale og nasjonale funksjoner

Oppdraget fra departementene understreker at differensiering mellom regionale og nasjonale sentre vil være et særskilt tema for gjennomgangen. Så vel nasjonale som regionale sentre kan ha både regionale og nasjonale funksjoner. Rollene og oppgavene knyttet til regionale funksjoner er forskjellig fra de rollene og oppgavene som er knyttet til nasjonale funksjoner.

Nasjonale funksjoner innebærer å ha oversikt over gjeldende kunnskap og kompetanse på fagområdet, framskaffe ny kunnskap og formidle dette videre. De skal gi metode- og kunnskapsstøtte til sentre med regionale funksjoner. Sentre med nasjonale funksjoner vil inngå i samarbeidsstrukturer og nettverk med andre kunnskaps- og kompetanseaktører på nasjonalt nivå for å sikre samordning mellom fagmiljøer og hindre duplisering.

Regionale funksjoner omfatter kunnskapsformidling og metodestøtte til målgruppene og forutsetter nærhet til tjenestene og praksisfeltet. Dette innebærer at disse funksjonene må organiseres slik at en samlet når fram til det store antall tjenestesteder som kommunene og de desentraliserte delene av spesialisthelsetjenestene samlet utgjør. Slike funksjoner omfatter bistand til bygging av nettverk og samarbeid med andre regionale aktører. Det kan også innebære oppdrag knyttet til anvendt, praksisnær og praksisrelevant forskning der sentrene kan bistå i evalueringer og vurderinger av iverksatte tiltak, og hvor siktemålet er kvalitetsutvikling.

I regionale funksjoner inngår å ha oversikt over kompetanse og utviklingsbehov på regionalt og lokalt nivå i samarbeid med andre aktuelle aktører. Problemstillinger og forskningsbehov skal kanaliseres fra lokalt og regionalt nivå til nasjonalt nivå.

4.1.5 Spesielt om utdanning

Kunnskaps- og kompetansesentre er viktige bidragsytere til utdanningene i det de kan være en viktig kilde til praksisnær kunnskap og kompetanse for utdanningsinstitusjonene. I dag driver og drifter enkelte kunnskaps- og kompetansesentre grunnutdanninger, og flere sentre har faglig og økonomisk ansvar for egne masterstudier. Andre sentre bistår utdanningssektoren gjennom å delta i plan- og utviklingsarbeid av studier. I denne sammenheng vil direktoratene understreke at ansvaret for å drive og drifte grunnutdanninger er en del av universitets- og høyskolesektoren ordinære virksomhet og skal finansieres over deres budsjett.

Det er i dag uklar ansvarfordeling mellom kunnskaps- og kompetansesentre og universitets- og høyskolesektoren når det gjelder undervisning og drift av utdanninger innenfor enkelte fagområder. Det er viktig at samfunnsoppdraget er tydelig og at grensegangen mellom hva som er universitetenes og høyskolenes rolle og hva som er kunnskaps- og kompetansesentres rolle er avklart, samtidig som samarbeid opprettholdes.

Gode samarbeidsrelasjoner mellom kunnskaps- og kompetansesentre og universiteter og høyskoler er i tråd med regjeringens mål om en tettere kobling mellom praksisfeltet, forskning og utdanning. Et slikt samspill stimulerer til økt kvalitet i tjenestene ved at utdanningene kan ta opp i seg nye og endrede behov i tjenestene, og sentrenes kunnskap raskt kan tas i bruk av utdanningsinstitusjonene. Både Arbeids- og velferdsdirektoratet (AVdir) og Bufdir har opprettet samarbeidsorgan mellom universitet- og høyskolesektorene og praksisfeltet for å styrke utdanningene. Liknende initiativ er tatt overfor Helsedir.

4.1.6 Spesielt om forskning

Direktoratene er gjennom oppdragene blitt bedt om å vurdere i hvilken grad forskning bør være en del av kunnskaps- og kompetansesentres virksomhet. Forskning er for en del av de gjennomgåtte sentrene en sentral virksomhet, mens andre ikke utfører forskningsprosjekter. Forskingen som gjennomføres er av ulik type, der noen av sentrene driver epidemiologisk forskning og grunnforskning. En del av denne virksomheten finansieres pr i dag av andre kilder enn gjennom tilskuddene fra direktoratene.

Ansvaret for grunnforskning¹⁴ ligger primært til universiteter og høyskoler. I Meld. St. 18 (2012-2012) «Lange linjer – kunnskap gir muligheter» omtales departementenes rolle i å framskaffe kunnskap og kompetanse innenfor sitt ansvarsområde, sektoransvaret.

HOD angir at «sektoransvaret i hovedsak omfatter den anvendte, pasientnære helse- og omsorgsforskningen». Videre står det: «Praksisnær forskning i kommunal sektor er et område med behov for økt innsats, dette gjelder innenfor alle deler av de kommunale helse- og omsorgstjenestene. En forutsetning for praksisnær forskning er at fagutøvere i praksisfeltet har mulighet til å initiere, til å delta i forskning, eventuelt selv drive forskning med fagstøtte, og forskning bør skje i nært samarbeid

¹⁴ Grunnforskning utføres for å skaffe til veie ny kunnskap om det underliggende grunnlag for fenomener og observerbare fakta, uten sikte på spesiell anvendelse eller bruk.

mellom forskningsinstitusjoner og praksisfeltet. Det er behov for å bygge opp kompetanse og infrastrukturer på dette området» (Meld. St. 18 (2012–2013).

BLD angir at «departementet legger stor vekt på å utvikle et barnevern bygd på kunnskap. Satsingen på målrettet FoU-arbeid med praksisrelatert forskning, utvikling av tiltak bygd på kunnskap, kunnskapsspredning og implementering, er grunnsteinen i et kunnskapsbasert barnevern. Kunnskap fra forskning skal nyttes for å sikre gode og individtilpassede tjenester til barn, unge og familiene deres. I de siste årene er det satset på bruk av tiltak som gjennom forskning kan dokumentere positive effekter for enkelte målgrupper innenfor barnevernet» (Meld. St. 18 (2012–2013).

Grunnforskning krever betydelige ressurser, særskilt kompetanse og tilknytning til nasjonale og internasjonale forskningsmiljøer. Kunnskaps- og kompetansesentre skal ikke benytte mottatte tilskuddsmidler til grunnforskning. I den grad sentrene skal drive forskning, skal dette være anvendt, praksisnær og praksisrelevant forskning¹⁵, og foregå sammen med tjenestene. Sentrenes forskning skal ha som mål; kvalitetsutvikling av metoder og tiltak samt bidra til gode beslutnings- og arbeidsprosesser. Kunnskaps- og kompetansesentrene kan også bidra til praksisfeltets eget utviklingsarbeid.

4.1.7 Kunnskaps- og kompetansesentres rolle i beredskapssituasjoner

Det er behov for å avklare kunnskaps- og kompetansesentres rolle i beredskapsarbeid. Noen av kunnskaps og kompetansesentrene vil etter nærmere avtale og/eller oppdrag bidra i helsesektorens beredskapsarbeid. På oppdrag fra myndighetene skal de gi råd og formidle informasjon til befolkningen, tjenestene og andre aktører. De aktuelle sentrene skal bygge opp kunnskap gjennom anvendt forskning og utviklingsarbeid på området vold, traumer og sorgprosesser.

4.2 Høringsinstansenes syn. Direktoratenes merknader

I høringsbrevet ba de to direktoratene om høringsinstansenes syn særlig på følgende punkter:

1. Samfunnsoppdraget legger opp til at sentrenes primære oppgave skal være å støtte kvalitetsutvikling av praksisfeltet gjennom metodeutvikling og kompetansebygging samt legge til rette for samordning, tverrsektorielt samarbeid og nettverksbygging. Hva er høringsinstansenes kommentarer til dette?
2. Det foreslåtte samfunnsoppdraget skisserer kunnskaps- og kompetansesentrenes rolle i forhold til andre aktører som universiteter og høyskoler, instituttsektoren og forvaltningen. Bidrar det foreslåtte samfunnsoppdraget til å avklare sentrenes rolle og ansvar opp mot andre kunnskaps- og kompetanseaktører?
3. Samfunnsoppdraget beskriver målgruppene for kunnskaps- og kompetansesentrene. Hva er høringsinstansenes kommentarer til denne beskrivelsen?

¹⁵ Anvendt forskning utføres også for å fremskaffe ny kunnskap, men er primært rettet mot bestemte praktiske mål eller anvendelser

4. Samfunnsoppdraget legger opp til at grunnforskning ikke skal være en del av kunnskaps- og kompetansesentrene virksamhet finansiert gjennom tilskuddsmidler. Sentrene bør imidlertid kunne drive anvendt forskning. Hva er høringsinstansenes kommentarer til dette?

5. Kunnskaps- og kompetansesentrene skal ikke drive og drifte grunnutdanninger. Sentrene kan bidra til opplæring og undervisning. Hva er høringsinstansenes kommentarer til dette?

6. Samfunnsoppdraget legger opp til at kunnskaps- og kompetansesentrene virksamhet skal bygge på dokumenterte metoder og kunnskap. Hva er høringsinstansenes kommentar til dette?

7. Er det fagområder der det foreligger et udekket kunnskapsbehov og der kunnskaps- og kompetansesentre vil kunne møte dette behovet?

I tillegg ble det i brevet også bedt om eventuelle andre kommentarer.

Det er vårt hovedinntrykk fra høringen at det er betydelig grad av oppslutning om de synspunkter direktoratene har tilkjennegitt når det gjelder hovedspørsmålene. Samtidig har høringsinstansene gitt nyttige innspill og presiseringer til formuleringer i notatet.

KS har i sin uttalelse understreket det omfattende ansvaret kommunene har innen denne sektoren, og pekt på nødvendigheten av et nært samarbeid mellom staten, sentervirksomheten sett samlet og det enkelte senter på den ene siden, og kommunene, - både på ledelsesnivå og på tjenestenivå, på den andre siden. KS peker på kommunenes ansvar for kompetanseheving og at tjenestene drives forsvarlig, og understreker betydningen av at virksomheten som drives har god forankring i ledelsen i den enkelte kommune. KS reiser viktige spørsmål også knyttet til organiseringen av sentrene.

Flere høringsinstanser understreket gjennom høringen behovet for gjennomgang av eksisterende sentre, og beskriver kunnskaps- og kompetansesenterfeltet som uoversiktlig med et behov for overordnet koordinering¹⁶, det ble understreket at sentrene er fragmentert organisert¹⁷, at mange aktører kan virke uoversiktlig og forvirrende for praksisfeltet¹⁸, at det er stort behov for en enhetlig struktur for kunnskaps- og kompetanseorganene¹⁹, og det trengs en mer robust struktur for å oppnå kvalitet, som inkluderer medvirkningsplikten til kommunene og kobles til sørge-før ansvaret til kommunene, der langsiktighet i styring også vil være viktig²⁰.

4.2.1 Sentrenes primære oppgave

Det er betydelig grad av oppslutning om hovedtrekkene i forslaget. Innspill er søkt fanget opp i revidert forslag, jfr. avsnitt 4.3.

¹⁶ Høringssvar FHI

¹⁷ Høringssvar Sykepleierforbundet

¹⁸ Høringssvar Psykologforeningen

¹⁹ Høringssvar Fylkesmannen Sør-Trøndelag

²⁰ Høringssvar KS

4.2.2 Sentrenes rolle i forhold til andre aktører

Vi viser til uttalelsen fra KS, se innledningsvis under avsnitt 4.2. Med dette som utgangspunkt er det foreslått supplerende formuleringer i samfunnsoppdraget. Det er for øvrig betydelig grad av oppslutning om forslagene i høringsnotatet. Innspill er søkt fanget opp i revidert forslag.

4.2.3 Målgruppene for sentrene

Det er betydelig grad av oppslutning om de foreslåtte målgruppene og om inndelingen i primær- og sekundärmålgrupper. Mange av høringsuttalelsene har mer eller mindre eksplisitt et særlig fokus på de kommunale tjenestene. Det er tatt inn en formulering i tråd med dette uten at fylkeskommunale eller statlige tjenester dermed skal utelukkes som målgruppe. Dette fokuset er i mindre grad framme i uttalelsene fra mer forskningsrettede sentre.

4.2.4 Grunnforskning og anvendt forskning

Særlig de gjennomgåtte sentrene, men også andre høringsinstanser vier til dels stor oppmerksomhet til forskning. Det er betydelig grad av oppslutning om at den forskningen sentrene driver først og fremst bør ha et anvendt siktemål. Samtidig peker svært mange på at skillet mellom grunnforskning og anvendt forskning kan være uklart, og at det kan være behov for en nærmere presisering. Enkelte høringsinstanser påpeker ønskeligheten av økt innsats innen praksisrelevant forskning i tilknytning til de kommunale tjenestene.

Definisjonene som er gitt av grunnforskning og anvendt forskning mener vi imøtekommer behovet for presisering i noen grad når dette sammenholdes med intensjonen om at forskningen som drives skal være praksisnær og praksisrelevant. En konsekvens av dette vil være at praksisfeltet må gis en betydelig innflytelse på innretning og prioritering av forskningsinnsatsen. I forslaget til samfunnsoppdrag brukes uttrykket «anvendt, praksisnær og praksisrelevant forskning». Vi mener dette for praktiske formål og i denne sammenhengen imøtekommer behovet for presisering her.

Spørsmålet om en økning av forskningsinnsatsen for enkelte sentre forutsettes vurdert i annen sammenheng.

4.2.5 Utdanninger

Det er betydelig oppslutning om at sentrene ikke bør drive og drifte grunnutdanninger men derimot bidra inn i disse utdanningene. Oppslutningene gjelder også hovedtrekkene i forslaget for øvrig, jfr. avsnitt 4.1.5 over. Samtidig er det enkelte høringsinstanser som peker på at skillet mellom grunnutdanninger og videre-/etterutdanninger i enkelte tilfelle kan være problematisk. Kunnskapsdepartementet peker på at sentrene også har en viktig rolle i å formidle oppdatert og praksisnær kunnskap til universiteter og høyskoler og til undervisningspersonellet der.

Det er viktig med en i utgangspunktet klar ansvarsdeling mellom kunnskaps- og kompetansesentrene på den ene siden og universitets- og høyskolesektoren på den andre. Direktoratene mener at det samtidig, både på nasjonalt og på regionalt nivå, må være et nært og konkret samarbeid slik at ikke

ansvarsdelingen fører til ansvarsfraskrivelse eller at viktige fagområder og tiltak faller «mellom to stoler». Dette er forsøkt fanget opp i forslaget til samfunnsoppdrag.

4.2.6 Kunnskapsgrunnlag

I høringsbrevet ble det pekt på at sentrenes virksomhet skal bygge på dokumenterte metoder og kunnskap. Høringsinstansene slutter opp om dette. Samtidig uttrykker en god del instanser bekymring for at dette kunnskapsbegrepet kan oppfattes innskrenkende og begrenset til forskningsbasert kunnskap, selv om høringsdokumentene også tar med erfaringsbasert kunnskap og brukernes erfaringer, ønsker og behov i den gitte situasjonen. Dette bør framgå tydelig i samfunnsoppdraget.

4.2.7 Fagområder med udekkede kunnskapsbehov

En del av høringsinstansene peker på udekkede kunnskapsbehov på sine respektive fagområder. Dette vil bli nærmere vurdert i gjennomgangen av det enkelte senter. Disse behovene dekker et vidt spekter, og det framkommer ikke et entydig bilde. Samtidig peker enkelte på at det nå ikke bør opprettes nye sentre for å møte udekkede behov, men at dette kan gjøres ved at slike behov dekkes av eksisterende sentre.

Behovet for et samlet system av sentre som er tilstrekkelig robust til å fange opp nye behov forutsettes vurdert i den videre gjennomgangen (delrapport 3) og tas ikke opp i forbindelse med samfunnsoppdraget.

4.2.8 Andre temaer

Noen av høringsinstansene²¹ tar opp spørsmålet om nasjonale og regionale sentre og om nasjonale og regionale funksjoner/oppgaver. Som påpekt i høringsnotatet kan nasjonale sentre ha regionale funksjoner/oppgaver i tillegg til nasjonale. Tilsvarende kan regionale sentre ha nasjonale oppgaver/funksjoner i tillegg til regionale. Det er viktig å skille mellom organiseringen på den ene sida og oppgaver/funksjoner på den andre sida. Viktige hensyn som regionale sentre er ment å skulle ivareta er nærhet til praksisfeltet, styrke mulighetene for likeverdige tilbud til målgruppene gjennom geografisk nærhet, og bedre kjennskap til lokale udekkede behov for kunnskap.

Flere av høringsinstansene, (Kompetansesenterforum i Midt-Norge (NAPHA, KORUS Midt, RVTS Midt, RKBU Midt og NAKU) har uttrykt ønske om å delta eller at sentrene generelt deltar på ulike vis i den videre prosessen. KS peker på at de «- er klar for nytenkning og forventer med dialog sammen med HDIR og HOD om fremtidig rolle og organisering av kompetansesentrene.» KS forutsetter at spørsmålet om organisering kommer på høring når samfunnsoppdraget er definert. I fellesuttalelsen fra de fire RKBUne/RBUP pekes på at «En tettere dialog (mellom direktoratene og sentrene, vår

²¹ Noen av høringsinstansene tar opp spørsmålet om nasjonale og regionale sentre og om nasjonale og regionale funksjoner/oppgaver. Dette gjøres bl.a. i fellesuttalelsen fra de fire RKBUne/RBUP, fellesuttalelsen fra de fire RVTSene og uttalelsen fra Kompetansesenter rus – region sør. Det berøres indirekte bl.a. i fellesuttalelsen fra Kompetansesenterforum i Midt-Norge (NAPHA, KORUS Midt, RVTS Midt, RKBU Midt og NAKU), og i uttalelsene fra henholdsvis Kristiansand kommune og Oslo kommune Kompetansesenter rus – Oslo.

tilføyelse) vil bedre ressursutnyttelsen og også gi direktoratene et bedre beslutningsgrunnlag i mange saker.» NKVTS peker på: «Vi anser det som viktig at kompetanse- og kunnskapssentrene involveres bedre i prosessen med gjennomgangen av sentrene, og at de berørte sentrene blir hørt før dokumentene sendes på omfattende høring til andre instanser. En god involvering er særlig viktig i den fortsatte prosessen, der tyngdepunktet vil legges på en tematisk gjennomgang av sentrene, organisering og mulighetene til synergi og koordinering».

4.3 Revidert forslag til samfunnsoppdrag

1 Målgruppene for sentrene

Målgruppene for kunnskaps- og kompetansesentre skal være:

- Primærmålgruppe: tjenestene med tjenesteutøvere og beslutningstakere i første og andrelinjetjenester og offentlig forvaltning (kommuner, fylkeskommuner og direktorat). Det forutsettes at særlig oppmerksomhet rettes mot kommunene og de kommunale tjenestene
- Sekundærmålgruppe: befolkningen, brukerorganisasjoner, frivillige organisasjoner og media

Interessenter, klienter og pasienter inngår ikke som sentrenes primære målgruppe, men er sluttbruker av tjenestene.

2 Siktemål. Sentrenes primære oppgaver – «en-tjeneste-for-tjenesten»

Kunnskaps- og kompetansesentres samfunnsoppdrag har som sentralt siktemål å understøtte helse-, omsorgs- og velferdstjenestene i å møte utfordringene tjenestene står overfor og de behovene målgruppene for tjenestene har.

Sentrene skal bidra til kunnskaps- og kvalitetsutvikling av og innovasjon i helse-, omsorgs- og velferdstjenestene gjennom bistand til kompetansebygging, praksis- og tjenesteutvikling. Sentrene skal rette sin virksomhet mot så vel tjenestene som mot offentlig forvaltning. Nødvendig hensyn skal tas til det lovfestede ansvaret de ulike forvaltningsnivåene har for de respektive tjenestene. Sentrene skal drive sin virksomhet i samarbeid med tjenesteansvarlige instanser på de ulike nivåer.

Sentrene skal bygge bro mellom forskning og praksis og bidra til mer kunnskapsbaserte beslutninger både i tjenestene og i offentlig forvaltning. Sentrene skal være aktive formidlere av kunnskap, pådrivere for at kunnskap spres, resultater følges opp og ny kunnskap skapes med støtte i oppfølgingen. Forskningsbaserte evalueringer og/eller følgeforskning av iverksatte tiltak samt kunnskapsoppsummeringer eller kunnskapssammenstillinger kan være en del av kunnskaps- og kompetansesentres oppgave portefølje.

Dette gjøres bl.a. gjennom:

Utvikling og implementeringsstøtte:

- **Kunnskapsstøtte, veiledning og rådgivning** til målgruppene, særlig til kommunene
- **Metodeutvikling og tjenesteutvikling med systematisk brukermedvirkning**, (implementering og spredning, bistå ved utprøving og bistå ved nasjonal normering av tjenester)

- **Anvendt forskning** (praksisnær og praksisrelevant forskning koordinert med andre sentrale aktører (eksempelvis forskningsmiljøer) og i tråd med målgruppens behov)
- **Evaluerings av praksis og metoder** (pilottesting, modeller for tjenesteutøvelse)
- **Tverrfaglig, tverretattlig og tverrsektorielt samarbeid og nettverksbygging på sentrenes respektive fagområder**
- **Opplæring og undervisning** (etter-, videreutdanning) koordinert med andre sentrale aktører (eksempelvis andre kunnskapssentre og/eller utdanningsinstitusjoner) og i tråd med målgruppene(es) behov
- **Bistå målgruppene med implementering av nasjonale faglige retningslinjer og veiledere**
- **Kartlegge kunnskapsbehov**

Formidling og kunnskapsoppbygging:

- **Kunnskapssammenstilling, oppsummering av praksis** (bør være forskjellig fra kunnskapsoppsummeringer i regi av Kunnskapssenteret)
- **Publisere artikler;** kunnskapsoppsummeringer, rapporter, forskningsresultater
- **Foredrag/kurs** (eksempelvis seminarer og systematisk samarbeid som bidrar til endring av praksis)
- **Informasjonsarbeid** gjennom nettsider, brosjyrer, temahefter o.l.

3 Kunnskapsgrunnlag

Kunnskaps- og kompetansesentre skal bygge sin virksomhet på systematisk innhentet kunnskap. Kunnskap omfatter her forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukernes erfaringer, ønsker og behov.

4 Nærmere om forskning

Forskning i regi av sentrene finansiert gjennom tilskudd og midler fra departementer og direktorater skal være anvendt, praksisrelevant og praksisnær, og foregå sammen med tjenestene med forankring i tjenestenes ledelse. Forskningsbaserte evalueringer og/eller følgeforskning av iverksatte tiltak samt kunnskapsoppsummeringer eller kunnskapssammenstillinger er en viktig del av sentrenes oppgaveportefølje.

Formålet med forskningen bør være kvalitetsutvikling av tjenestene, primært gjennom å bidra til at eksisterende kunnskap tas i bruk og at dette evalueres. Det bør være et mål at sentrene bidrar til at tjenestene tar i bruk dokumentert effektive metoder for kvalitetsforbedring, kvalitetsutvikling og innovasjon med systematisk brukermedvirkning, samt implementering og spredning.

Selv om avgrensningen mot grunnforskning ikke alltid er like skarp, er nærheten til og relevansen for praksisfeltet det vesentlige her. Dette innebærer at det enkelte senter må sørge for et nært samarbeid med de relevante delene av praksisfeltet og med de ansvarlige instansene for tjenestene, og at feltet må gis en betydelig innflytelse på innretning og prioritering av forskningsinnsatsen.

Forskning som i hovedsak har karakter av grunnforskning skal primært søkes finansiert gjennom andre finansieringskilder, som for eksempel NFR og regionale forskningsfond.

Kunnskaps- og kompetansesentre har en viktig oppgave sammen med brukerne/praksisfeltet å identifisere kunnskaps- og forskningsbehov og kunnskapsutfordringer, og bidra til at dette blir videreformidlet.

5 Nærmere om utdanning

Det er viktig med klar ansvarsdeling mellom kunnskaps- og kompetansesentrene på den ene sida og universitets- og høgskolesektoren på den andre. Sentrene skal ikke drive grunnutdanninger, og heller ikke ha hovedansvar for å drive og drifte videre-/etterutdanninger. Sentre kan imidlertid delta i undervisning, arbeid med læreplaner mv. på kunnskapssvake områder, der sentrene besitter spesialistkompetanse og som ikke inngår i det ordinære utdanningstilbudet (for eksempel skjulte, tabuiserte, politiserte temaer, eller midlertidige tverrfaglige tema).

Sentre både på nasjonalt og på regionalt nivå forutsettes å delta i et nært og konkret samarbeid med aktuelle universiteter og høgskoler slik at ikke ansvarsdelingen fører til ansvarsfraskrivelse eller at viktige fagområder og tiltak faller «mellom to stoler». Samarbeidet mellom kunnskaps- og kompetansesentre, og utdanningsinstitusjonene og eventuelt forskningsmiljøer forutsettes formalisert slik at roller og ansvar på kort og lang sikt kan tydeliggjøres. Det må være et siktemål at sentrene kan bidra til at utdanningene kan innrettes mer mot behovene i praksis.

Sentrene har også en viktig rolle i å formidle oppdatert og praksisnær kunnskap til universiteter og høgskoler og til undervisningspersonellet der. Sentrenes kunnskap må raskt kunne tas i bruk også av utdanningsinstitusjonene. Sentrene bør se det som en viktig oppgave å bidra i videre- og etterutdanning også av undervisningspersonell i utdanningssektoren.

6 Fagområder med udekkede kunnskapsbehov

Etter særskilt avtale/oppdrag/forutgående drøfting kan sentre delta i arbeid for å dekke definerte udekkede kunnskapsbehov på sine respektive fagområder.

7 Nasjonale og regionale funksjoner

Oppdraget fra departementene understreker at differensiering mellom regionale og nasjonale sentre vil være et særskilt tema for gjennomgangen. For noen fagområder kan det være hensiktsmessig med sentre som både har nasjonale og regionale funksjoner, mens andre fagområder kun vil ha behov for nasjonale eller regionale funksjoner. Dette må sees i sammenheng med samfunnsoppdraget, målgruppenes behov, prioriteringer samt eksisterende fagmiljøer. Dette vil bli nærmere vurdert i delleveranse 3.

Rollene og oppgavene knyttet til regionale funksjoner er forskjellig fra de rollene og oppgavene som er knyttet til nasjonale funksjoner. Nasjonale funksjoner kan innebære å ha oversikt over gjeldende kunnskap og kompetanse, fremskaffe og formidle ny kunnskap. Videre kan det innebære å bidra med metode- og kunnskapsstøtte til sentre med regionale funksjoner. Sentre med nasjonale funksjoner kan inngå i samarbeidsstrukturer og nettverk med andre kunnskaps- og kompetanseaktører på nasjonalt nivå for å sikre samordning mellom fagmiljøer og hindre duplisering.

Regionale funksjoner skal i tråd med samfunnsoppdraget omfatte kunnskapsformidling og metodestøtte til målgruppene. Dette innebærer at funksjonene må organiseres slik at en når fram til det store antall tjenestesteder som kommunene og de desentraliserte delene av spesialisthelsetjenestene samlet utgjør. Nettverksbygging og samarbeid med andre regionale aktører vil være en del av oppgavene. Oppdrag knyttet til anvendt, praksisnær og praksisrelevant forskning, bistand ved evalueringer og vurderinger av iverksatte tiltak, er også en del av oppgavene.

Det er viktig at behovet for kompetanse og utvikling lokalt og regionalt formidles videre til relevante aktører og beslutningstakere. Her kan sentre med regionale funksjoner ha en viktig oppgave. Nasjonale funksjoner må sørge for kunnskapsinnhenting og forskning er i tråd med lokale og regionale behov, og at kunnskapen kommer målgruppene til gode. I denne forbindelse bør det være samarbeid og dialog mellom regionale og nasjonale funksjoner.

8 Samarbeid med andre aktører. Nettverksbygging

Kunnskaps- og kompetansesentre skal inngå i samarbeidsrelasjoner med relevante aktører på tilstøtende områder, jfr. avsnittene om forskning og utdanning.

Sentrale samarbeidspartnere for sentrene foruten primærmålgruppene nevnt over, er eksempelvis regionale Bufetat, regionale helseforetak, fylkesmennene, universitet- og høyskolesektoren, instituttsektoren, brukerorganisasjoner, frivillig sektor og øvrige kunnskaps- og kompetansemiljøer.

Sentrene skal initiere og legge til rette for nettverk og arenaer for læring og kvalitetsforbedringer jf. Meld. St. 10 (2012-2013) om kvalitet og pasientsikkerhet. Kopling av ulike kunnskaps- og kompetanseaktører med praksisfelt og brukerorganisasjoner i nettverk kan bidra til læring og kunnskapsutvikling. Slike nettverk kan forankres i kunnskaps- og kompetansemiljøer med spesiell kunnskap om det aktuelle temaet. Det er særlig viktig å inkludere kommunene i byggingen av nettverk.

Det er behov for å styrke samarbeidet på tvers av sektorer. Barnevernets fagområde har mange samhandlingsflater mot helse, men har kortere fartstid med kompetansesentre og mindre ressurser enn helsesektoren til å utvikle kompetansemiljø for barnevernets tjenester. Barnevernet og familievernnet trenger medspillere som kan bidra med kompetanse og virkemidler som støtter opp om kvalitetsarbeidet det statlige barnevernet har iverksatt med Kvalitetsutviklingsprogrammet. Her står kunnskaps- og kompetansesentre sentralt.

Tjenestene har behov for faglig støtte, veiledning, formaliserte samarbeidsstrukturer og hjelp til kvalitetsutvikling. Gode samarbeidsrelasjoner mellom kunnskaps- og kompetansesentre og universiteter og høyskoler er i tråd med regjeringens mål om en tettere kobling mellom praksisfeltet, forskning og utdanning. Et slikt samspill stimulerer til økt kvalitet i tjenestene ved at utdanningene kan ta opp i seg nye og endrede behov i tjenestene. Samfunnsoppdraget tydeliggjør grensegangen mellom hva som er universitetene og høyskolenes rolle og hva som er kunnskaps- og kompetansesentres rolle, og legger samtidig vekt på at samarbeidet skal opprettholdes og styrkes.

5 Styringsmodeller

De ulike styringsmodellene som blir drøftet i dette kapittelet har ulike rammebetingelser, og legger på forskjellig vis føringer for styring og måloppnåelse knyttet til foreslått samfunnsoppdrag og de utfordringer som er beskrevet i kap 3. Organiseringen av kunnskaps- og kompetansesentre skal bidra til kvalitativt gode tjenester, sikre bedre ressursutnyttelse og gi likeverdige og samordnede tjenester til målgruppene.

I dette kapittelet blir fire teoretiske styringsmodeller presentert og drøftet i lys av hvilke premisser den enkelte styringsmodell legger for å løse samfunnsoppdraget, og til at krav om rapportering og evaluering blir ivaretatt slik forventet. De fire styringsmodellene er:

- Mangfoldig eierskap der samfunnsoppdraget løses ved tilskudd og/eller kjøp av tjenester
- Statlig enhet underlagt departement eller direktorat
- Samfunnsoppdraget løses ved tjenester utført og eid av RHF-ene
- Samfunnsoppdraget løses ved tjenester utført og eid av universitet og høyskoler

Kunnskaps- og kompetansesentrene blir i dag finansiert gjennom tilskuddsmidler og/eller ved kjøp av tjenester, i likhet med styringsmodellen som innbefatter mangfoldig eierskap. Styringsmodellen mangfoldig eierskap drøftes her som en teoretisk modell.

Den enkelte modell er drøftet ut fra i hvilken grad den ivaretar nasjonale myndigheters behov for styring og oppfølging kunnskaps- og kompetansesentrene, i hvilken grad målgruppenes behov understøttes med tanke på å være en «tjeneste-for-tjeneste» og hvordan modellen kan bidra til bedre ressursutnyttelse.

HOD har i oppdraget til Helsedir kommet med særskilte føringer for hvilke hensyn som må tas. Behov for en styringsstruktur som muliggjør løpende evaluering av kunnskaps- og kompetansesentrene slik at vi til enhver tid har de sentre som tjenestene har behov for, skal vektlegges. I denne sammenheng må det vurderes hvorvidt det er hensiktsmessig å bygge på det etablerte styringssystemet for kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten. Videre har departementet understreket at det er viktig å ivareta brukerperspektivet²².

Det er i mandatet forutsatt at minst ett av de anbefalte tiltakene kan finansieres innenfor dagens ramme. Forutsetningene for å gi en detaljert beskrivelse av de økonomiske og administrative konsekvensene av forslagene er ikke tilstede. Gjennom datagrunnlaget som har vært til rådighet, er det ikke mulig å tallfeste de økonomiske og administrative konsekvensene av forslagene. Det bør derfor initieres et oppfølgende arbeid med å beskrive, dokumentere og analysere disse forholdene nærmere. Gitt disse begrensningene drøftes modellenes økonomiske og administrative konsekvenser for staten.

²² Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet d. 29.05.2012.

5.1 Mangfoldig eierskap der samfunnsoppdraget løses ved tilskudd og kjøp av tjenester

I denne styringsmodellen vil samfunnsoppdraget løses ved at staten gir tilskudd og/eller kjøper tjenester av ulike aktører. Det innebærer at det bevilges årlige tilskuddsmidler i statsbudsjettet, og at tilskuddsforvalter gjennomfører årlige kunngjøringer og at staten foretar anskaffelser av kunnskaps- og kompetansetjenester i tråd med politiske føringer og behov. Kunnskaps- og kompetansesentre vil være tilskuddsmottaker eller leverandør, eid av private eller statlige aktører, og ha forankring i forskjellige sektorer. Dette er i all hovedsak dagens organisering av kunnskaps- og kompetansesentrene, uten at det har ligget til grunn en overordnet tenkning om en helhetlig modell (jfr kap 3).

Departementene har det overordnede ansvaret for å etablere tilskuddsordninger, og skal sørge for en effektiv og hensiktsmessig utforming og oppfølging av disse, og kan selv være tilskuddsforvalter eller velge å delegere dette til et underliggende forvaltningsorgan.²³ Departementet fastsetter regelverket for tilskuddsordningen. Tilskuddsregelverket kan gjelde over flere år, mens kunngjøringer og utbetaling av tilskuddsmidler følger de årlige budsjettprosessene. Offentlige kjøp av tjenester forstås som tilfeller der staten kjøper tjenester av en eller flere leverandører. En kontrakt kan gjelde for ett eller flere år, vanligvis ikke mer enn fire år²⁴.

Ut fra oppgave- og ansvarsdeling mellom departement og direktorat, vil det være hensiktsmessig at tilskuddsforvalterrollen legges til direktorat.

Sentrene vil ha et selvstendig ansvar for å etterleve forvaltningens krav stilt i tilskuddsbrev eller kontrakt.

Mangfoldig eierskap – tilskudd og/eller kjøp av tjenester	
Eierskap	Mangfoldig eierskap
Finansiering	Årlig tilskudd, via øremerkede midler/ via tilskuddsutlysning, eller gjennom konkurranse
Styring via	Tilskuddsforvaltning eller kjøp av tjenester (tidsbesemte anbudsavtaler)
Regelverk	Reglement for økonomistyring i staten, Bestemmelser om økonomistyring i staten eller anskaffelses- og økonomiregelverk, EØS-forskrift
Vurdering av måloppnåelse ift samfunnsoppdrag	Rapportering med vurdering av om de helhetlige målene for tilskuddsordningene er nådd, gjøres via tilskuddsforvalter til departement. Ved kjøp: oppfølging, rapportering og evaluering av kjøp av tjenester med utgangspunkt i konkurransegrunnlaget
Ivaretagelse av målgruppenes behov	Krav til samarbeid og samordning nedfelles i regelverk for tilskuddsordningen, tilskuddsbrev og kontrakt.

²³ Reglementet for økonomistyring i staten, kapittel 6. Delegeres forvaltningsansvaret til kommuner og fylkeskommuner, skal dette skje i samråd med kommunal- og moderniseringsdepartementet. Delegeres det til selskaper eller andre selvstendige rettssubjekter heleid eller delvis eid av staten må vedtaket om å overlate ansvaret godkjennes av Finansdepartementet.

²⁴ Veileder om evaluering av statlige tilskuddsordninger (SSØ, 2007) og Veileder til reglene om offentlige anskaffelser (FAD, 2013).

Koordinering og samordning	Med mange tilskuddsmottakere/leverandører må det opprettes samarbeidsfora på regionalt nivå og målgruppe- og tema orientert. Det må fremkomme i tilskuddsbrevet/kontrakt hvilke føringer for samarbeid og samordning som forventes.
Samarbeid og synergieffekt	Ved utlysning av tilskuddsmidler/kjøp av tjenester vil det kunne dras nytte av eksisterende kompetanse tilskuddsmottaker innehar, avhengig av hvem som søker midler innenfor denne tilskuddsordningen/legger inn anbud.

5.1.1 Nasjonal styring og oppfølging

Departementene har ansvar for å definere mål, tildelingskriterier og bestemmelser om oppfølging og kontroll for den enkelte tilskuddsordning.²⁵ I dette ligger ansvar for å etablere tilstrekkelig kontroll med opplysningene fra tilskuddsmottaker og for å gjennomføre regelmessige evalueringer av tilskuddsordningen. I tilskuddsbrev til sentrene må det formuleres krav og mekanismer som gjør at det vil bli mulig å vurdere graden av måloppnåelse. I kjøpstilfeller må oppdragsgiver sørge for at tilsvarende mål og kriterier formuleres i kontrakt, og at det avtales mekanismer som gir nasjonale myndigheter nødvendig informasjon som gjør det mulig å vurdere måloppnåelse, og eventuell tilgang til kontroll av opplysninger.

Å påvirke en ønsket situasjon ved å gi økonomisk tilskudd eller ved kjøp av tjenester krever god bestillerkompetanse hos oppdragsgiver og tilskuddsforvalter, tydelige målformuleringer og entydige kriterier for måloppnåelse. Regelverkene for tilskuddsordningen og konkurransegrunnlaget for anskaffelsen setter premisser for hvordan oppgaver og oppdragene utføres.

I tilskuddsbrev til sentrene må det formuleres krav som gjør at det vil bli mulig å vurdere graden av måloppnåelse. Tilskudd kan trekkes tilbake dersom midlene ikke benyttes etter forutsetningene.

I kjøpstilfeller må oppdragsgiver sørge for at tilsvarende mål og kriterier formuleres i kontrakt, og at det avtales mekanismer som gir nasjonale myndigheter nødvendig informasjon som gjør det mulig å vurdere måloppnåelse, og eventuell tilgang til kontroll av opplysninger. Ved kjøp av tjenester kan man fra oppdragsgivers side følge opp leveransen ved jevnlig møter med leverandør. Dersom partene ikke har oppfylt sine forpliktelser i henhold til inngått avtale kan en av partene bringe avtalen til opphør.

Oppdragsgiver har et ansvar for å følge opp og forvalte kontrakter som er inngått med leverandører, men det er ikke stilt tilsvarende krav som i økonomireglementet at det skal gjennomføres systematiske evalueringer av kjøpene. I hvilken grad oppdragsgiver gjennomfører slike evalueringer er avhengig av hvordan innkjøpsfunksjonen er organisert og krav stilt av ledelsen.

Endring, opprettelse eller avvikling av sentre

For tilskudd vil det enkelte departements fleksibilitet til å opprette, endre og avvikle sentre etter behov, være knyttet til muligheten til å tildele eller trekke tilbake tilskuddsmidler fra det aktuelle

²⁵ Økonomireglementet § 8.

senteret. Å trekke tilbake tilskuddsmidler kan være effektivt når det gjelder å bidra til avvikling, men tilskuddsmidler kan være mindre egnet raskt til å opprette sentre eller endre aktiviteter for å dekke målgruppens behov. Ved kjøp kan oppdragsgiver heve kjøpet og/ eller gjennomføre ny anskaffelse for å dekke behov og møte endrede behov. Muligheten til å opprette nye tilskuddsordninger, eller avvikle dem, eller å kjøpe tjenester er virkemidlene som kan imøtekomme skiftende politiske satsninger og endringer i målgruppens behov.

5.1.2 Koordinering, samarbeid og samordning

Ut fra virkemidlene i denne modellen (tilskudd og kjøp) kan staten stille krav til samarbeid mellom aktørene i regelverk, tilskuddsbrev og/eller i kontrakt. Tilskuddsgiver og /eller oppdragsgiver kan legge føringer for samordning og samarbeid nasjonalt, regionalt, på tvers av fagområder og mellom nasjonale og regionale funksjoner.

Hvem som er tilskuddsmottakere og/eller leverandører av kunnskaps- og kompetansetjenester kan variere, noe som kan bety at nye samarbeidsrelasjoner må etableres avhengig av hvem som tilbyr tjenestene.

Faglig legitimitet og faglig uavhengighet er viktige forutsetninger for forskning, kompetanseheving og innovasjon i tjenestene. Eieren av sentrene er ansvarlig for å sikre faglig uavhengighet. Søknader om tilskudd eller leveranser tilpasses de aktiviteter som søker har kompetanse innen, og kan således bygge på allerede opparbeidet kompetanse, der søknaden eller leveransen rettes inn mot samfunnsoppdraget. Avtaleperioden er begrenset, og ved bytte av tilskuddsmottaker eller leverandør er det fare for å miste kompetanse, erfaring og kjennskap til målgruppene. Tilskuddsforvalter eller oppdragsgiver avgjør om tilskudd eller kontrakt skal videreføres, og tilskuddsmottaker eller leverandør er avhengig av at tilskuddsforvalter eller oppdragsgiver vurderer at oppgavene er løst slik de har forutsatt.

5.1.3 Ivaretagelse av målgruppenees behov

En styringsmodell med mangfoldig eierskap, impliserer at målgruppene har flere aktører som tilbyr kompetansehevende tiltak/strategier innen fagområdene. Dersom kunnskaps- og kompetansetjenestene ikke er tilstrekkelig samordnet er det fare for at sentre, uavhengig av hverandre, tilbyr tilsvarende eller konkurrerende tjenester.

Eier av sentre som tilbyr kunnskaps- og kompetansetjenester har ansvar for å gi informasjon om det tilbudet de gir målgruppene. Felles kommunikasjonsstrategi og informasjon om det samlede tjenestetilbudet til kunnskaps- og kompetansesentrene, kan på grunn av mangfoldig eierskap være vanskelig å etablere.

For målgruppene kan skifte av tilskuddsmottaker og leverandører, bety at det vil være mange sentre å holde oversikt over, for å ha kjennskap til hvem som til enhver tid kan bidra innenfor ulike fagområder. Videre vil nye samarbeidsrelasjoner måtte opprettes når nye tilskuddsmottakere og/eller leverandører skal tilby sine tjenester.

For å evaluere i hvilken grad tilskuddsordninger og tjenestene tilbudt av leverandører imøtekommer målgruppens behov, kan tilskuddsforvalter og oppdragsgiver avtale at tilskuddsmottakere og

leverandører gjennomfører brukerundersøkelser, eller at forvalter eller oppdragsgiver selv initieres en slik kartlegging.

5.1.4 Økonomiske og administrative konsekvenser

Det viktigste strukturelle grepet i modellen er styrking av kompetansen på tilskuddsforvaltning og rapportering, samt oppbygging av solid bestillerkompetanse. Modellen forutsetter også en forsterket nasjonal styring og oppfølging, samt bedre samarbeid og samordning på tvers. Dette vil gi økte kostnader knyttet til organisasjonsutvikling og kompetansebygging på kort sikt.

De viktigste økonomiske fordelene ved forslaget vil være:

- Mer effektiv forvaltning av tilskudd- og anskaffelser på grunn av bedre styringssystemer for oppfølging av budsjetterte midler.
- Bedre samordning og samarbeid mellom og internt i direktoratene som gir bedre ressursutnyttelse. Lave omstillingskostnader.
- Ingen vesentlige endringer i driftskostnadene.

De viktigste økonomiske ulempene ved modellen vil være:

- Utfordrende å få til et tverrfaglig samarbeid som kan gi dårlig ressursutnyttelse.
- Kompleks organisering og styring kan gi mer administrasjon og økte kostnader.

5.2 Statlig enhet underlagt departement eller direktorat

Denne styringsmodellen innebærer etablering av en enhet med ansvar for gjennomføring av samfunnsoppdraget. En statlig enhet vil være innlemmet i statsforvaltningen, og således underlagt departementenes instruksjonsmyndighet. Etatsstyring omfatter styring og oppfølging av underliggende statlige virksomheter som er en del av statsforvaltningen. Det kan være aktiviteter av faglig og administrativ karakter for å påvirke og følge opp resultatene og oppgaveløsningen i underliggende virksomhet.

Statlig eierskap i tilknytning til departement eller direktorat	
Eierskap	Egen underliggende enhet
Finansiering	Årlige tildelingsbrev fra departementene
Styring via	Etatsstyring
Regelverk	Reglement for økonomistyring i staten, Bestemmelser om økonomistyring i staten
Vurdering av måloppnåelse ift samfunnsoppdrag	Gjennom enhetlig rapporteringssystem med utgangspunkt i mål- og resultatstyring og styringsdialog
Ivaretagelse av målgruppens behov	Innsats kan rettes mot endrede behov eller prioriterte områder på bakgrunn av styringsdialog
Koordinering og samordning	Føringer for koordinering og samordning legges i tildelingsbrevet, og vurderes på bakgrunn av mål- og resultatkrav. Det vil være mulig å opprette og samordne prioriterte fagområder, og påse likeverdig tilbud

	uavhengig av geografi
Samarbeid og synergieffekt	Ved opprettelse av egen enhet må samarbeid med andre fagmiljøer etableres, og man vil ikke kunne forvente synergieffekter slik man bør kunne forvente dersom virksomheten har andre eiere.

5.1.1 Nasjonal styring og oppfølging

Etablering av en egen enhet vil gi mulighet til nasjonal styring og oppfølging av kunnskaps- og kompetansesentre, og gir departementene og direktoratene mulighet til å sikre at sentrene innretter aktiviteter i tråd med nasjonale målsettinger og prioriteringer. Nasjonale myndigheter vil også kunne ha en mer langsiktighet i politikken og finansieringen, og sikre at sentrenes virksomhet innrettes mot nye behov og satsningsområder.

Organisering gjennom en statlig enhet kan bidra til et enhetlig styrings- og rapporteringssystem, som gir styringsinformasjon til nasjonale myndigheter om måloppnåelse. Gjennom mål- og resultatstyring kan man innhente styringsinformasjon løpende og evaluere om målene nås underveis.

Virksomheten kan tenkes underlagt departement eller direktorat. Ut fra vanlig rollebeskrivelse vil det være mindre aktuelt å foreslå en slik virksomhet lagt direkte under et departement.

Enheten vil ha et selvstendig ansvar for å gjennomføre aktiviteter og nå målene som er beskrevet i samfunnsoppdraget. Enheten må definere og utforme sin utførerrolle slik at den opptrer lojalt mot myndighetenes faglige anbefalinger, politiske beslutninger og gir departementet innspill til den faglige utviklingen av sektoren og virksomheten.

Enheten kan bidra til informasjon om kunnskapsbehov hos målgruppene, regionale og lokale utfordring samt, tilrettelegge for samordning eller samarbeid av tilbud til målgruppene, på tvers av fagområder.

Regulering ved endring, opprettelse eller avvikling

Ved innlemming av sentre i statsforvaltningen som en egen enhet, har departementene instruksjonsrett overfor virksomheten, og kan omstille virksomheten etter behov, inkludert endre, opprette og avvikle aktivitet.

5.2.2 Koordinering, samarbeid og samordning

Departementene kan gjennom styringsdialogen sørge for at etablerte samordningsrutiner mellom enheten og direktoratene ivaretar koordinering av virksomheten på et overordnet nivå, der begge departementers oppgaveporteføljer ivaretas.

Føringer for samarbeid mellom statlige aktører og kunnskaps- og kompetansesentrene kan legges i embetsoppdrag/tildelingsbrevet for hver av aktørene, der rolle og oppgavefordeling beskrives. Regionalt og lokalt samarbeid med eksisterende fagmiljøer og statlige myndigheter i regionen, kan bidra til at målgruppene får et helhetlig og planmessig tilbud.

En statlig enhet kan bidra til en tydeligere rollefordeling mellom kunnskap- og kompetansesentrene og universitets- og høyskolesektoren. Samarbeid med universiteter- og høyskoler og spesialisthelsetjenesten må etableres.

Gjennom etatsstyring kan rammer for faglig uavhengighet legges.

5.2.3 Ivaretagelse av målgruppenes behov

Statlige myndigheter kan legge føringer for at tjenestetilbudet den enkelte målgruppe tilbys er samordnet, planmessig og helhetlig. Myndighetene kan legge til rette for et likeverdig tilbud uavhengig av fagområde, geografi og regionale og lokale utfordringer gjennom kartlegging av behov og evaluering av tilbud

En samlet enhet vil kunne gi målgruppene «*en-vei-inn*» til kunnskaps- og kompetanse tjenester, på tvers av fagområder og der man kan få informasjon om lokale og regionale tilbud. Med en sentral aktør vil det kunne tydeligere for målgruppene hvem de skal forholde seg til og dette kan framstå som et mer helhetlig tjenestetilbud.

Organisering i en statlig etat kan bety mer langsiktig finansiering og kan bidra til kontinuitet i planlegging av tjenestetilbud overfor målgruppene. Regionskontorer med et bredt faglig tilbud og med nærhet til praksisfeltet vil trolig kunne samle informasjon om behov og endringer i praksisfeltet. Erfaringer fra og kunnskap om lokale og regionale utfordringer og nødvendig nærhet til tjenestene kan bidra med nyttig informasjon, både for å sikre et godt faglig tilbud regionale/lokalt men også for å gi innspill til nasjonale prioriteringer og satsinger.

Gjennom etatsstyring kan myndighetene legge til rette for evaluering og informasjonsinnhenting for å motta informasjon om *hvordan* kunnskaps- og kompetansesentrenes aktiviteter møter tjenestenes behov.

5.2.4 Økonomiske og administrative konsekvenser

Kjernen i denne modellen er etablering av en statlig enhet underlagt direktorat eller departement. Forventede kostnadsvirkninger ved omstillingen vil påvirkes av hvordan modellen konkretiseres, for eksempel antall enheter og fordeling av regionale og nasjonale funksjoner. Dette vil måtte utredes nærmere på et senere tidspunkt om organiseringen gjennomføres.

Det må påberegnes investerings- og omstillingskostnader ved opprettelsen av en ny statlig enhet, eksempelvis til planlegging og gjennomføring av omstilling, men også til organisasjonsutvikling, rekruttering og opplæring, samt til endring/etablering av administrative og økonomiske systemer.

Det er vanskelig å vurdere om forslaget har positive eller negative kostnadsvirkninger for Bufdir og Helsedir, sammenlignet med deres rolle og oppgaver i dag. Dette vil være avhengig av oppgavefordelingen mellom direktoratene og den nye enheten.

De viktigste økonomiske fordelene ved etablering av en enhet vil være:

- Lavere grad av organisatorisk kompleksitet gir sannsynligvis bedre ressursutnyttelse og mindre administrative kostnader.

- Tverrfaglig samarbeid og samordning kan være enklere å få til og kan gi lavere driftskostnader.
- Ingen vesentlige endringer i driftskostnadene, da disse allerede er dekket med tilskuddsmidler – men kostnadene blir mer synlige.

De viktigste økonomiske ulempene ved dette forslaget vil være:

- En omstilling til felles enhet kan gi noen utfordringer og kostnader
- Omstillingskostnader knyttet til implementering av styringsmodellen

5.3 Samfunnsoppdraget løses ved tjenester utført og eid av RHF-ene

En styringsmodell hvor kunnskaps- og kompetansesentrene eies og utføres av RHF-ene er uaktuell for Bufdir. Presentasjon og drøfting av denne styringsmodellen er i tråd med hovedoppdrag gitt til Helsedir.

En styringsmodell der ansvaret for å løse samfunnsoppdraget er underlagt de regionale helseforetakene vil medføre en endring av departementets nåværende styring og virkemiddelbruk på området, samt påvirke ansvar- og oppgavedelingen mellom statlige virksomheter. Departementet kan legge føringer for hvordan kompetansetjenester utenfor spesialisthelsetjenesten skal organiseres og hvilke oppgaver de skal ha enten i foretaksmøte (§16) eller i oppdragsdokument (§16a). De regionale helseforetakene har et selvstendig ansvar for å styre og følge opp at underliggende virksomheter når de målene som er fastsatt av departementet.²⁶ Rapportering fra RHF-ene til departementet skjer i henhold til helseforetaksloven § 34.

Organisert innenfor de regionale helseforetakene	
Eierskap	De regionale helseforetakene
Finansiering	Bevilgning til de regionale helseforetakene
Styring via	Foretaksmøte eller oppdragsbrev
Regelverk	Helseforetaksloven
Vurdering av måloppnåelse ift samfunnsoppdrag	Vurdering av om samfunnsoppdraget nås må gjøres gjennom eierstyring HOD – RHF. Samordning mellom departement vil være avgjørende for et helhetlig tilbud og god ressursutnyttelse
Ivaretagelse av målgruppenes behov	Hovedtyngden av målgruppe i foreslått samfunnsoppdraget, er utenfor eiers ordinære tjenestetilbud.
Koordinering og samordning	Koordinering av de tjenester som skal utføres gjøres innen RHF. I tildelingsbrevet må føringer for samarbeid og samordning av tjenestene beskrives, samt føringer for samarbeid med andre relevante aktører.
Samarbeid og synergieffekt	Sterke fagmiljøer innen spesialisthelsetjenesten knyttet til fagutvikling innen spesialiserte tjenester kan gi synergieffekt. Samtidig er målgruppe og samfunnsoppdrag i forskjellig fra RHFes ordinære oppgaveportefølje, og nye samarbeidsrelasjoner må etableres.

²⁶ Jf. helseforetaksloven §§ 20-27.

5.3.1 Nasjonal styring og oppfølging

Innen denne styringsmodellen vil RHF ha ansvar for å følge samfunnsoppdraget for kunnskaps- kompetansetjenestene utenfor spesialisthelsetjenesten. RHF har ikke i nåværende mandat ansvar for den kommunale helse- og omsorgstjenesten, men har samarbeids- og veiledningsplikt over kommunene²⁷. Samfunnsoppdraget for kunnskaps- og kompetansesentre utenfor RHF, ligger ikke til spesialisthelsetjenestens ansvarsområder.

Forslaget betyr at styringsmulighet begrenses ved at fagområder og oppgaver delegeres utenfor egne styringslinjer, dermed må påvirkning og styring skje via samarbeid og samordning med departement som styrer i eierlinjen.

Regulering ved endring, opprettelse eller avvikling

I 2011 ble det etablert et nytt styringssystem for nasjonale behandlingstjenester og nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten.²⁸ Forskriften er hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven, og gir departementet rett til å beslutte avvikling av godkjente nasjonale tjenester dersom ett eller flere vilkår som ligger til grunn for godkjenningen ikke lenger er tilfredsstillt, eller det ikke lenger er behov for å opprettholde den nasjonale tjenesten.²⁹ Det står også beskrevet hvilke oppgaver et slikt nasjonalt senter skal ha og krav til rapportering.

Etter direktoratenes vurdering kan ikke kunnskaps- og kompetansesentrene som i hovedsak er rettet mot bedre tjenestekvalitet i kommunene inngå i eksisterende styringssystem som gjelder spesialisthelsetjenesten. Det skyldes først og fremst at kommuner og helseforetak har ulike lovpålagte oppgaver og kompetansebehov.

Om det skal utarbeides en tilsvarende forskrift for nasjonale kompetansesentre utenfor spesialisthelsetjenesten, er det nødvendig å gjennomgå relevant lovverk på området for å se hvilken lovhjemmel en slik forskrift bør og evt. kan hjemles i. Dersom det ikke i dag eksisterer en egnet hjemmel i eksisterende lovverk, må departementet vurdere regelverksendring på området ved å foreslå en egen lov som regulerer opprettelse, avvikling og godkjenning av kompetansetjenester utenfor spesialisthelsetjenesten. Behovet for lovregulering må også ses i sammenheng med hvilken styringsstruktur og virkemiddelbruk departementet ønsker å gjennomføre på området for øvrig.

5.3.2 Koordinering, samarbeid og samordning

Eierstrukturen og styringslinjene innenfor en slik modell stiller tydelige samarbeids- og samordningskrav til departementene. Hvert departement vil ha det overordnede ansvaret for kunnskaps- og kompetansetjenester innenfor egne ansvarsområder. Departementene må avklare og avtale hvilke oppgaver som kan delegeres og er hensiktsmessig å overlate til spesialisthelsetjenesten.

Departementene må sørge for at det skjer en samordning på tvers av fagområder for å sikre et helhetlig og planmessig tilbud til målgruppene.

²⁷ Jf. Spesialisthelsetjenesteloven §§ 2-1e og 6-3

²⁸ Jf. FOR-2010-12-17-1706 Forskrift om godkjenning av sykehus, bruk av betegnelsen universitetssykehus og nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten, hjemlet i lov om spesialisthelsetjenester

²⁹ Jf. FOR-2010-12-17-1706 §§ 4-1, 4-5 og 4-6.

5.3.3 Ivaretagelse av målgruppenes behov

Det er usikkert i hvilken grad målgruppenes behov vil sikres gjennom en organisering der RHF-ene har eierskapet og ansvaret for å løse samfunnsoppdraget. RHF har annen målgruppe og andre ansvarsområder i sitt mandat, enn det samfunnsoppdraget for kunnskaps- og kompetansetjenester tilsier.

Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1, 4. ledd at de kommunale tjenestene er forskjellig fra de statlige tjenestene organisert i RHFene. Kompetansetjenestene i spesialisthelsetjenesten baserer seg i hovedsak på den mest spesialiserte delen av spesialisthelsetjenestene (spisskompetanse). Dette innebærer at kunnskapsgrunnlaget både prinsipielt og formelt, og dessuten i praksis er forskjellig fra den overveiende delen av grunnlaget for de kommunale tjenestene.

5.3.4 Økonomiske og administrative konsekvenser

Den viktigste strukturelle endringen i denne modellen er at ansvaret for kunnskaps- og kompetansetjenestene innenfor helse-, omsorgs- og velferdstjenestene flyttes fra direktorat, til de regionale helseforetakene. Flertallet av de regionale helseforetakene vil derfor få en større oppgaveportefølje enn det de har i dag, noe som kan bety økte driftskostnader.

Det må påberegnes omstilling- og investeringskostnader til planlegging av overføring av oppgaver og ansvar. Det gjelder både for departementene, direktoratene, RHF-ene. Kostnadene kan blant annet knyttes til endring av økonomiske og administrative systemer, etablering av nye samordnings- og samarbeidsrutiner, og annen type organisasjonsutvikling.

De viktigste økonomiske fordelene ved tilknytning til spesialisthelsetjenesten vil være:

- Tverrfaglig samarbeid og samordning vil være enklere å få til og gi lavere driftskostnader.
- Ingen vesentlige endringer i driftskostnadene, da disse allerede er dekket med tilskuddsmidler.

De viktigste økonomiske ulempene ved en slik tilknytning vil være:

- Økte koordinerings- og samarbeidskostnader for direktorat
- Vesentlige opplærings- og rekrutteringskostnader for RHF-ene.
- Visse omstillings- og investeringskostnader knyttet til implementering av modellen.

5.4 Samfunnsoppdraget løses ved tjenester utført og eid av universiteter og høyskoler

Dersom kunnskaps- og kompetansetjenestene er forankret og har tilhørighet til universitets- og høyskolesektoren, vil oppfølgingsansvaret for tjenestene delegeres fra HOD og BLD til KD. KD vil i sine årlige tildelingsbrev og i styringsdialogen kunne påvirke sentrenes aktiviteter og prioriteringer.

Sentrene kan være organisert som egne enheter, innenfor institutt, fakultet eller som randsonevirksomheter ved universitetene og/eller høyskolene. Virksomheten vil reguleres av de lover, forskrifter og retningslinjer som gjelder for universitet og høyskoler.

Samfunnsoppdragets oppgaver kan legges til randsonevirksomhet. Denne virksomheten er opprettet for å koordinere og tilrettelegge virksomhet som faller innenfor universitetets formål, men som ikke hører inn under universitetets kjernevirksomhet og derfor organiseres som eget rettssubjekt eller

selvstendig prosjekt i universitetets randsone. Virksomheten er hovedsakelig eksternt finansiert og hovedtyngden av oppgaver er ikke innen grunnforskning og ordinær undervisning. Det er en forutsetning for randsonevirksomhet at den har en viss relevans for universitetets ordinære oppgaver eller forpliktelser og støtter opp under disse.

Samfunnsoppdraget har en annen karakter med annen faglig innretning og målgrupper, enn ordinære og lovpålagte oppgaver til universitet og høyskoler.

Statlig eid og organisert innenfor universitet/høyskoler	
Eierskap	Eies av ett eller flere universitet/høyskoler, evt som randsonevirksomhet
Finansiering	Bevilgninger fra HOD via KD til høyskoler/universitet
Styring via	Styres via KD, etatsstyring
Regelverk	Lov om universiteter og høyskoler
Vurdering av måloppnåelse ift samfunnsoppdrag	Man kan opprette et felles rapporteringssystem med klare krav til måloppnåelse, der rapportering går fra universitetet/høyskole via KD til HOD/BLD
Ivaretagelse av målgruppenes behov	Oppgavene til kunnskaps- og kompetansesentrene vil være forskjellig fra de ordinære oppgavene til universiteter/høyskoler og rettes mot andre målgrupper.
Koordinering og samordning	Koordineres innen universitet eller høyskolesystemet, der HOD/BLD gjennom KD må påse koordinering og samordning av tjenestetilbudet. Samordning av fagområder kan ivaretas ved å etablere fagråd mellom universiteter og/eller høyskoler.
Samarbeid og synergieffekt	Sterke fagmiljøer innen universitet- og høyskolesystemet, særlig med tanke på oppgaver knyttet til forskning, metodestøtte og utdanningstilbud vil gi synergieffekt. Målgruppe og samfunnsoppdrag er utenfor UoH ordinære oppgaveportefølje, og nye samarbeidsrelasjoner må etableres.

5.4.1 Nasjonal styring og oppfølging

KD må følge opp og styre kunnskaps- og kompetansesentrene i den formelle eierstyringslinjen til universitet og høyskolene. Styret ved universitetet/høyskoler har beslutningsmyndighet for strategiske valg, forskningsvirksomhet og faglig utvikling. Sentrene vil rapportere til KD som en del av universitetenes og/eller høyskolenes etablerte rapporteringsrutiner.

Det må etableres et rapporteringssystem som ivaretar nødvendig prioritering og samordning, slik at man sikrer måloppnåelse og ressursutnyttelse. For å sikre at tjenestene som primært skal rettes mot kommuner blir prioritert, må KD utforme og stille tydelige mål- og rapporteringskrav i styringsdialogen. Det vil være viktig at målene er i tråd med helse- og velferdspolitiske føringer på

området, og at KD samordner seg med HOD og BLD i utformingen av mål- og rapporteringskrav til universitet og høyskolene / sentrene.

Regulering ved endring, opprettelse eller avvikling

Det vil være begrenset mulighet for HOD/BLD som oppdragsgiver å beslutte endring, opprettelse og avvikling, i og med at styring av sentrene er via KD. Det bør vurderes om det er behov for regulering for oppretting, avvikling og endring innenfor denne modellen.

Dersom det skal utarbeides en forskrift er det nødvendig å vurdere om universitets- og høyskolelovgivningen er tilstrekkelig til å hjemle den aktuelle reguleringen, eller om det er nødvendig med ny lovgivning som kan regulere denne type tjenester på tvers av fagområder og sektorer.

5.4.2 Koordinering, samarbeid og samordning

Forslaget innebærer at HOD og BLDs styringsmulighet til å påvirke sentrenes prioriteringer innenfor fagområder og forskningsaktivitet begrenses.

Samarbeid med nasjonale og regionale fagmiljøer, forvaltning og andre relevante samarbeidspartnere må legges inn i føringene for tildeling av midlene. Samtidig er virksomhet knyttet til samfunnsoppdraget ikke en del av universitetenes og høyskolenes kjernevirksomhet. Sentrene vil gjennomgående være avhengig av universitetsledelsens og høyskoleledelsens prioriteringer. Universitet og høyskoler har i varierende grad samarbeid med sentrale samarbeidspartnere innen fagfeltet og innen offentlig forvaltning. Eksisterende samarbeid videreføres, men i noen grad må samarbeid etableres.

En forankring i UoH-sektoren vil gi kunnskaps- og kompetansesentrene faglig uavhengighet, metodestøtte og nærhet til forskningsmiljøer. Dette vil kunne gi sentrene legitimitet hos både samarbeidspartnere og målgruppene.

5.4.3 Ivaretagelse av målgruppenes behov

Kommune- og praksisnært arbeid knyttet til implementering av kunnskapsbaserte tiltak/strategier og metodestøtte vil kreve en annen kompetanse og tilnærming. Oppgaver i samfunnsoppdraget som retter seg mot forskning og metodestøtte vil kunne dra nytte av etablerte fagmiljøer innen UoH sektoren, men det er fare for at praksisnært implementeringsarbeid og kompetansestøtte overfor kommunene ikke får tilstrekkelig prioritet. I og med at samfunnsoppdraget er av annen karakter enn de ordinære oppgavene til universitet og høyskoler, vil ny kompetanse måtte bygges opp.

Universitetene og høyskolene er opptatt av å styrke utdanning og forskning på det helse- og sosialfaglige området med utgangspunkt i befolkningens behov. Kunnskaps- og kompetansesentrene kan være en fruktbar måte for universiteter og høyskoler å få videreformidlet kunnskap og realisere universitetenes strategier om bred samfunnskontakt.

5.4.4 Økonomiske og administrative konsekvenser

Forslagets viktigste strukturelle endring er overføring av ansvar for kunnskaps- og kompetansetjenestene til UoH-sektoren. KD, og universitetene og høyskolene vil få både et større

ansvar og en utvidelse av oppgaveporteføljen sammenlignet med i dag. Det kan bety økte driftskostnader for denne sektoren. Noen av disse kostnadene vil dekkes ved omfordeling av midler på statsbudsjettet.

Modellen vil kreve noen omstillings- og investeringskostnader. Det gjelder både for departementene, direktoratene, universitet og høyskolene. Kostnadene vil blant annet være knyttet til endring av økonomiske og administrative systemer, etablering av nye samordnings- og samarbeidsrutiner, og annen type organisasjonsutvikling.

Flere av dagens kunnskaps- og kompetansesentre driver i dag med forskning, og er allerede forankret i universitets- og høyskolesektoren. Samfunnsoppdraget forutsetter imidlertid andre typer oppgaver som kunnskapsbygging i praksisfeltet. Dette innebærer at universitet og høyskoler også må opparbeide seg annen type kompetanse i tillegg til den de har i dag.

De viktigste økonomiske fordelene ved tilknytning til universitet og høyskoler vil være:

- Noe lavere organisatorisk kompleksitet som gir bedre ressursutnyttelse og lavere administrative kostnader for staten.
- Ingen vesentlige endringer i driftskostnadene, da disse allerede er dekket med tilskuddsmidler.

De viktigste økonomiske ulempene ved tilknytning til universitet og høyskoler vil være:

- Svekket styring og oppfølging for departementene, noe som gir økte oppfølgingskostnader.
- Økte koordinerings- og samarbeidskostnader for direktoratene.
- KD må bygge opp kompetanse og følge opp området, noe som gir økte kostnader for dette departementet.
- Vesentlige opplærings- og rekrutteringskostnader for universitet og høyskolene.
- Visse omstillingskostnader knyttet til implementering av modellen.

5.5 Kombinasjon av modeller som styringsmodell

De fire modellene som er beskrevet tidligere i dette kapitlet representerer modeller i en rendyrket form. Hver av disse modellene kan ha ulike fordeler, eventuelt komparative fortrinn, og ulike ulemper. Dette kommer til uttrykk i gjennomgangen av den enkelte modellen som er beskrevet i dette kapitlet. For hver enkelt modell vil dessuten gjennomførbarheten og hvor kostnadskrevende en eventuell realisering vil være, også måtte inngå i vurderingene som ligger til grunn for valg av modell.

Muligheten for en løsning der elementer fra to eller flere modeller kombineres bør vurderes. I den grad dette kan gjøres, vil vi lettere kunne maksimere fordeler ved ulike modeller, og tilsvarende, minimere ulempene. I en slik kombinasjonsløsning vil en dessuten ha større muligheter til sterkere vektlegging av gjennomførbarheten av den valgte modellen.

En slik løsning er tatt med i vurderingene i kapittel 7. Eventuell detaljutforming og vektning av elementer fra flere modeller vil i tilfelle måtte foretas i gjennomgangen av det enkelte senter i delrapport 3.

6 Systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid i kommunenes helse- og omsorgstjenester

I august 2013 fikk Helsedir i oppdrag av HOD å vurdere etablering av et kompetansesenter for å styrke det systematiske kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid i kommunenes helse- og omsorgstjenester³⁰. I denne vurderingen skal Seksjon for kvalitetsutvikling i Kunnskapssenteret inngå. Tilleggsoppdraget skal løses med utgangspunkt i gjennomgangen av kunnskaps- og kompetansesentre utenfor RHF.

Krav til forsvarlighet, kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenester følger av helse- og omsorgstjenesteloven, forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten og forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. HOD legger vekt på at kvalitetsarbeid bør skje tverrfaglig og støtte kommunens sørge- for ansvar. Kompetansen som bygges opp skal være profesjons-uavhengig og krever praksisnærhet.

Helsedir har valgt å løse oppdraget ved å etablere en prosjektgruppe for å utrede tilleggsoppdraget. Prosjektgruppen har kommet med forslag til løsninger for hvordan kompetansestøtte kan gis kommunenes helse- og omsorgstjenester i deres systematiske kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid.

I denne rapporten vil overordnede forslag knyttet til behov presenteres. Delrapport 3 vil drøfte og vurdere konkrete forslag for hvordan ivaretagelse av behov for kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid kan organiseres.

Nasjonale føringer

Oppdraget er forankret i stortingsmeldinger, nasjonale strategier og planer. Målet med samhandlingsreformen er å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre. Pasienter og brukere skal få tidlig og god hjelp når de trenger det, nærmest mulig der de bor. De skal få rett behandling til rett tid på rett sted av de rette fagpersonene hver for seg og sammen, gjennom et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstilbud. Kvaliteten på tjenestene må være god. I helse- og omsorgstjenesteloven heter det om kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet at:

«Enhver som yter helse- og omsorgstjeneste etter loven her skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om plikten etter første ledd, herunder krav til politisk behandling av kvalitetskrav i kommunestyret eller annet folkevalgt organ.»

Det foreligger en omfattende dokumentasjon om metoder, verktøy og organisering av kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid, - kvalitetsforbedringsarbeid. Utfordringen er å få omsatt teoretisk kunnskap til praktisk kvalitetsforbedringsarbeid slik at brukerne av helse- og omsorgstjenestene, deres pårørende og tjenesteyterne opplever direkte nytte av dette i sitt daglige arbeid. For å lykkes, bør kvalitetsforbedringsarbeidet forankres i ledelsen og settes i system. Resultatene av kvalitetsforbedringsarbeidet bør etterspørres på alle nivå og brukes aktivt i læringsøymed og videreutvikling. Derfor er det viktig at kommuner og helseforetak samarbeider på en systematisk måte i kvalitetsforbedringsarbeidet, og at organisering og finansiering tilrettelegger for dette

³⁰ Jfr vedlegg 3

6.1 Overordnet forslag

Helsedir mener det er behov for kompetanse- og kunnskapsstøtte til kommunene på området, og at tilbudet favner metoder for systematisk kvalitetsarbeid og hjelp i det praktiske kvalitetsforbedrings- og pasientsikkerhetsarbeidet. Tilbudet bør ikke bare omfatte kompetansestøtte til kvalitetsforbedring av pasientforløp innen kommunen men også fra kommune, gjennom foretak og tilbake til kommunen. Behovet for kompetansestøtte til systematisk kvalitetsforbedring vil med stor sannsynlighet være betydelig i lang tid fremover.

Helsedir vil understreke behov for praksisnærhet og tverrfaglighet. Målet bør være å bidra til at kommunen får et system der tjenestene i kommunene kan hente kompetanse de trenger til sitt systematiske kvalitetsforbedringsarbeid på en effektiv måte og slik at kompetansen i systematisk kvalitetsforbedringsarbeid samtidig bygges opp lokalt.

Samfunnsoppdrag og målgruppe for en dette tjenestetilbudet er i samsvar med forlag til samfunnsoppdrag for kunnskaps- og kompetansesentrene utenfor RHF.

Helsedir anbefaler ikke opprettelse av et nytt kompetansesenter for kvalitetsforbedringsarbeid. Snarere vurderes det som hensiktsmessig å bygge på eksisterende fagmiljøer og heller vurdere behov for utvidelse og videreutvikling av deres mandat, kompetanse, erfaring og struktur.

Kunnskapssenteret har nedlagt et betydelig arbeid i å utvikle og betjene både spesialisthelsetjeneste og kommunene med tjenester for å fremme kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Vi anbefaler at Kunnskapssenterets rolle i dette arbeidet utredes nærmere i forhold til opplæring i systematisk kvalitetsforbedringsarbeid og metoder, læringsnettverksarbeid og metode samt bidrag til å knytte kvalitetslinjearbeidet sammen på de ulike nivåene, innen de ulike fagdisiplinene og mellom nivåene.

Helsedir foreslår at USHT sentrene, kunnskaps- og kompetansesentrene, omsorgsforskningssentrene, de primærmedisinske forskningsmiljøene, de odontologiske kompetansesentrene og NOKLUS trekkes inn som helse- og omsorgsfaglige ressurser, der roller, oppgaver og samarbeid knyttet til kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid utredes nærmere.

7 Direktoratenes vurdering og anbefaling

For å påse styring og god ressursutnyttelse samt samordnede tjenester for å løse samfunnsoppdraget, er det avgjørende at myndighetene velger styringsmodell som ivaretar god måloppnåelse, hensiktsmessige styringslinjer, praksisnærhet og faglig uavhengig.

I kap 5 ble fire styringsmodeller presentert. Modellene skiller seg fra hverandre i forhold til eierskap, finansieringsform og styringslinjer. Modellenes egnethet avhenger av sentrenes tjenesteområde og myndighetenes styringsbehov. Modell 1 «Mangfoldig eierskap» legger til grunn at sentrene og deres virksomhet finansieres med statlige midler i form av tilskudd og/eller kjøp av tjenester. Sentrene eies av virksomheter med faglig relatert aktivitet. Dette vil være en videreutvikling av dagens finansiering og organisering. Modell 2 «Statlig enhet underlagt departement eller direktorat» legger til grunn at sentrene eies, finansieres og styres via tildelingsbrev fra statlig etat på nasjonalt nivå. I modell 3, «RHF modellen», legges sentrene under et RHF og styres og finansieres via RHFet, mens i modell 4 «Universitets- og høyskolemodellen» legges eierskapet til utdanningssektoren ved universitet og høyskoler. Modellen forutsetter at Kunnskapsdepartementet bevilger midler til sentrene.

Modellene som er presentert kan kombineres. Potensialet ved kombinerte løsninger er å dra nytte av de fordeler som ligger i modellene samlet sett.

I dette kapittelet vil hver av styringsmodellene bli vurdert, før vi avslutningsvis gir direktoratenes anbefaling til videre organisering.

7.1 Direktoratenes vurdering

Vi har valgt å vurdere hver av styringsmodellene ved hjelp av en figur med fargekoder³¹, med utgangspunkt i følgende komponenter; nasjonal styring for å sikre måloppnåelse, ivaretagelse av målgruppens behov, samordning og synergi knyttet til utdanning/kompetanseheving og forskningsaktivitet, samarbeid med forvaltning samt sikre faglig uavhengighet. Fargekodene indikerer hvor godt direktoratene vurderer at hver av modellene vil være for å løse samfunnsoppdraget.

7.1.1 Mangfoldig eierskap der samfunnsoppdraget løses ved tilskudd og/eller kjøp av tjenester

Direktoratene vurderer at mangfoldig eierskap der samfunnsoppdraget løses ved tilskudd og/eller kjøp av tjenester, er krevende og delvis egnet for gjennomføring av samfunnsoppdraget.

Til grunn for vurderingen ligger at mangfoldig eierskap gjør samordningen for å gi et helhetlig og likeverdig tjenestetilbud krevende og øker sannsynligheten for dupliserende og overlappende tjenester. Slik direktoratene vurderer det kan imidlertid mangfoldig eierskap i noen grad ivareta behovet for bedre ressursutnyttelse, enhetlig, likeverdig og koordinert innsats for å løse samfunnsoppdraget.

³¹ Grønn = godt egnet for å løse samfunnsoppdraget, Gul = delvis egnet for å løse samfunnsoppdraget, Rød = ikke egnet for å løse samfunnsoppdraget

Nasjonal styring for å sikre måloppnåelse	Ivaretagelse av målgruppens behov	Samordning og synergi knyttet til utdanning og kompetanseheving	Samordning og synergi knyttet til forskningsaktivitet	Samarbeid med forvaltning (FM/FK/statlig barnevern)	Sikre faglig uavhengighet
Styring via prop 1 tilskuddsbrev/ kontrakt. Kan bidra til segmenterte tjenester, dupliserende tilbud og korte kontraktsperioder. Endring og avvikling av sentre kan knyttes til opphør av tilskudd/ avslutning av kontrakt	Nærheten til praksisfeltet er avhengig av oppdragsforståelse og eierskap. Praksisfeltet må forholde seg til flere tjenesteutøvere/ eiere, og disse kan variere over tid. Vanskelig å etablere en samlet tjeneste for målgruppene	Krevende å samordne tjenestene. Samarbeid med UH sektor vil variere avhengig av eierskap.	Avhengig av eierskap vil enkelte sentre dra nytte av eksisterende fagkompetanse, mens andre må etablere samarbeid med etablerte miljøer.	Samarbeid må etableres og sikres gjennom presiseringer i tilskuddsregelverk, tilskuddsbrev og kontrakter, og dette må følges opp i rapportering. Når nye eiere får oppdrag må nye samarbeids-relasjoner etableres.	Kontrakt og tilskudd kan opphøre dersom oppdrag ikke blir tilfredsstillende løst. Dette kan være med å legge føringer for i hvilken grad eierne opplever mulighet til faglig uavhengighet.

Fig 7:Vurdering av mangfoldig eierskap der samfunnsoppdraget løses ved tilskudd og/eller kjøp av tjenester.

Nasjonal styring

For myndighetene vil man ved tilskudd og/eller kjøp av tjenester ha mulighet til å rette innsatsen mot prioriterte områder gjennom regelverk og kontraktsinngåelse, men kun innenfor gjeldende regelverk. Tilskuddsgiver eller oppdragsgiver kan i noen grad gi føringer for hvordan oppdraget rent faktisk skal utføres, men dette må i så fall nedfelles i rammene og målformuleringene. Det betyr at ved tilskuddsforvaltning og kjøp av tjenester, vil man bare i noen grad ha mulighet til å ha fleksibilitet til å endre oppdraget eller tilskuddsregelverket i avtaleperioden. Dette kan føre til redusert fleksibilitet til endring og paratkompetanse. I tilfeller hvor eier og tilskuddsforvalter har ulike interesser kan to styringslinjer medføre prioriteringsutfordringer.

Til tross for at mangfoldig eierskap kan være en krevende måte å organisere tilbudet på, kan en del av utfordringene som knyttes til utfordringsbilde ivaretas med en mer samordnet enhet for tilskuddsforvaltning og/eller anskaffelser. Felles rapportering, rammer for regulering og rutiner for evaluering av tjenestene må etableres, og kan således påse mer helhetlige tjenester.

Modellens styrke ligger i potensielle synergieffekter som følge av tilknytning til et relevant fagmiljø og mulighetene for benyttelse av virksomhetens eksisterende infrastruktur og kompetanse. Svakheten knyttes til begrensningene i myndighetens styringsmuligheter, som reduserer myndighetenes muligheter for å sikre effektiv ressursutnyttelse av sentrene totale virksomheter, herunder målrette, samordne og sikre likeverdige tjenester til målgruppene.

Ivaretagelse av målgruppens behov

Målgruppene må forholde seg til flere sentre, og tjenestetilbydere kan variere over tid. Ved at staten har ettårs prinsipp for alle budsjettprosesser, kan ikke eierne loves langsiktighet i finansieringen ved tilskuddsordning, og kun for avtaleperioden ved kjøp av tjenester. Dette kan få konsekvenser for opparbeidelse av kompetanse og utfordringer med å beholde og utvikle relevant kompetanse. Videre

kan det få konsekvenser for samarbeid med målgruppene som ofte vil ha behov for kompetansehevende tiltak og/eller støtte til implementering av tiltak over tid.

Styringsmodell som impliserer mange eiere, kan skape utfordringer for målgruppene ved at man ikke har «*en felles vei inn*» for tjenestene. For målgruppene kan dette bety at det kan være vanskelig å holde oversikt over hvem som til enhver tid kan bidra innenfor ulike fagområder, og målgruppene kan oppleve at aktører de har samarbeidet med ikke lenger skal tilby de tjenestene de tidligere bisto med. Videre er det fare for at målgruppene kan oppleve at kunnskaps- og kompetansesentrene, uavhengig av hverandre tilbyr tjenester uten at disse tilbudene er samordnet.

Målgruppene skal få et likeverdig tilbud uavhengig av geografi og befolkningsstørrelse. Hvor og til hvem tjenestene skal gis, reguleres i tilskuddregelverket og kravspesifikasjonen. Man er dermed avhengig av at potensielle tilskuddsmottagere og/eller leverandører har mulighet til å tilby likeverdige tjenester ut fra regionale og lokale hensyn og kjennskap.

Samfunnsoppdraget skisserer at praksisnær- og anvendt forskning skal være en del av kunnskaps- og kompetansesentres virksomhet. Kompetanse og erfaring med anvendt forskning, vil være avhengig av eiers faglige innretning og erfaring. Gjennom tilskuddsregelverk og konkurransegrunnlag kan myndighetene stille krav til forskningskompetanse.

Samarbeid og synergi

Modellen legger til rette for at sentrene kan etableres og eies av et faglig relevant miljø som gir gode faglige samarbeidsflater, synergieffekter, nettverk og utviklingsmuligheter. God samhandling og hensiktsmessig arbeidsdeling mellom ulike aktører krever tid for å etableres, og manglende kontinuitet og langsiktighet i finansiering kan skape endrede vilkår for samhandling. Det kan bli utfordrende for samarbeidspartnere ha oversikt over, samt etablere dialog og hensiktsmessig samarbeid med kunnskaps- og kompetansemiljøer, dersom tilskuddsmottaker/leverandør jevnlig skiftes ut.

Eksisterende fagmiljøer som får tilskudd eller inngår kontrakt kan videreføre sitt arbeid, men det kan også bety at enkelte sentre faller utenfor tilskuddsregelverkets eller anskaffelsens rammer.

Faglig uavhengighet

Kunnskaps- og kompetansesentrene vil ha faglig uavhengighet og frihet da de er eid av ulike aktører. Søknader om tilskudd eller tilbud til leveranser tilpasses de aktiviteter som søker har kompetanse innen, og kan således bygge på allerede opparbeidet kompetanse, der søknaden rettes inn mot samfunnsoppdraget. Avtaleperioden er begrenset, og ved bytte av tilskuddsmottaker eller leverandør er det fare for å miste kompetanse, erfaring og kjennskap til målgruppene. Tilskuddsforvalter eller oppdragsgiver avgjør om tilskudd eller kontrakt skal videreføres, og faglig uavhengighet er knyttet til tilskuddsforvalter/oppdragsgiver vurdering av innsatsen og frihetsgrad formulert i regelverk for tilskuddsordning og kontrakt.

Samarbeid og koordinering innen psykisk helse, vold, rus, barnevern og familievern

Det er behov for å se psykisk helse, vold og rus i en sammenheng med barnevern og familievern. Det er behov for å styrke barne- og ungdomsområdet generelt og barnevernområdet spesielt.

Tilskuddsgiver/oppdragsgiver kan samordne og prioritere tilskudd og kjøp av tjenester innen fagområder. Kunnskapsstøtte innenfor psykisk helse, barnevern, familievern, vold og rus skal være et prioritert område. Det kan være fare for at styringsmodellen medfører fragmentert tilbud, fordi det kan være vanskelig å se hele innsatsen i sammenheng og samordne mange virksomheter med ulike eiere. At målgruppene får et helhetlig og kvalitativt godt tilbud, er avhengig av at man har tilstrekkelig og søkere til tilskudd eller tilbydere av tjenester.

7.1.2 Statlig eierskap i tilknytning til departement eller direktorat

Direktoratene vurderer at en statlig enhet vil være velegnet for å løse samfunnsoppdraget. Dette gjelder særlig muligheten for nasjonal styring for å sikre måloppnåelse, god ressursutnyttelse og ivaretagelse av målgruppens behov for et enhetlig og samordnet tjenestetilbud. Avklaring av roller og samordning med forvaltning, og det å sikre faglig uavhengighet, vurderes å ivaretas på en god måte innenfor denne modellen.

Nasjonal styring for å sikre måloppnåelse	Ivaretagelse av målgruppens behov	Samordning og synergi knyttet til utdanning og kompetanseheving	Samordning og synergi knyttet til forskningsaktivitet	Samarbeid med forvaltning (FM/FK/statlig barnevern)	Sikre faglig uavhengighet
Regulering og oppfølging skjer gjennom etatsstyring, der oppdragsgiver har ansvar for omprioritering og langsiktig styring	Krav til praksisnærhet ligger i oppdraget, og enhetlig rapportering og regulering påser at tilbudet er i tråd med målgruppens behov.	Det forutsettes at det etableres samarbeid med UoH sektor, med kommunikasjon om utdanningsbehov og mål om god synergi og oppgavefordeling. Etablerte samarbeids-strukturer kan benyttes	Det må etableres dialog og samarbeid med forsknings-miljøer, for å sikre formidling og drøfting av forsknings-resultater og forskningsbehov.	Etatsstyring tilsier at samarbeid opprettes og grenseganger i oppdrag drøftes og sikres gjennom oppdragsbrev og etatsstyring.	Etatsstyring danner rammen for faglig uavhengighet, men dette gir tett kobling, og faglig uavhengighet kan utfordres.

Fig 8 Vurdering av statlig eierskap i tilknytning til departement eller direktorat

Nasjonal styring

Gjennom etatsstyring vil oppgaver prioriteres slik tildelingsbrev og styringsdialog tilsier, og departement kan styre sentrene slik at behov for paratkompetanse ivaretas, eller at endringer på bakgrunn av nye behov eller politiske føringer raskt kan ivaretas. Rutiner og krav til rapportering kan følge etablerte systemer, og det kan dannes rutiner for målrettet innsamling av informasjon om kompetansebehov og regionale/lokale utfordringer, for å være med å påvirke nasjonale prioriteringer.

Langsiktig styring gir oppdragsgiver mulighet for prioriteringer, paratkompetanse og oppbygging av kompetanse for å sikre et likeverdig tjenestetilbud uavhengig av geografi. Det kan stilles krav om samarbeid og samlokalisering etter behov. Sentrenes lokalisering foretas ut fra sentrenes aktivitet og målgruppe, og i tråd med samfunnsoppdraget og de oppgaver som skal løses.

Opprettelse av egen enhet kan gi økt risiko for tap av kompetanse innovasjon og utvikling og/eller produktivitet i en periode. I dag har flere av kunnskaps- og kompetansemiljøene en sterk forankring i

for eksempel spesialisthelsetjenesten og universitets- og høyskolesektoren, samt private stiftelser. I hvilken grad disse miljøene ønsker å innlemmes i en statlig enhet, er ikke utredet. En kan risikere at små og smale fagområder eller fagutviklingsprosjekter kan få mindre fokus, og dette kan være en utfordring for innovasjon og nytenkning.

Modellens styrke ligger i styringsstrukturen, som legger til rette for at myndighetene kan styre og understøtte at kunnskaps- og kompetansesentrene bistår og støtter kvalitetsutviklingen for likeverdige tjenester i hele landet. Etablering av en ny enhet vil ta noe tid, kreve utredningsarbeid og økte kostnader i omstillingsperioden. På den annen side er det grunn til å anta at modellen på sikt vil kunne bidra til bedre ressursutnyttelse og reduserte kostnader. Det kan være hensiktsmessig å foreta en trinnvis omstilling, for eksempel innenfor fagområder hvor behovet for styrking og kvalitetsutvikling er stort, dette vil drøftes nærmere i delleveranse 3.

Ivaretagelse av målgruppenes behov

Et samlet miljø kan utgjøre et tverrfaglig sammensatt fagmiljø med god metodekompetanse og således gi mulighet for et helhetlig og koordinert tjenestetilbud til målgruppene. Som samfunnsoppdraget tilsier skal praksisnær- og anvendt forskning være en del av sentres virksomhet. Ved opprettelse av egen enhet kan et robust fagmiljø bygges opp. Det forutsettes god dialog mellom regionale og nasjonale funksjoner, slik at relevante utfordringer og problemstillinger som fremkommer i praksisfeltet blir formidlet, og at forskningsresultater blir formidlet til praksisfeltet. En samordnet enhet vil kunne ivareta dette behovet.

Målgruppene vil ha «*en-felles-vei-inn*» til kunnskaps- og kompetansetjenestenes tilbud, og slik lett finne informasjon og kunnskap om fagområdene, hvilke kompetansehevende tiltak som kan implementeres og hva og hvordan de kan få bistand fra kunnskaps- og kompetansesentrene. Myndigheten kan gjennom etatsstyring legge til rette for god balanse mellom regionale og nasjonale funksjoner, slik at målgruppene får et likeverdig tilbud uavhengig av geografisk og befolkningsmessig sammensetning.

Samarbeid og synergi

For samarbeidspartnere kan samarbeidslinjene forenkles når aktører med utføreransvar er samlet i en enhet. Ved at oppgavene knyttet til samfunnsoppdraget er samlet, er det organisasjonens evne til samarbeid og samordning internt og mot eksterne samarbeidsparter som avgjør i hvilken grad man lykkes.

En samordnet enhet, med klare samarbeidsavtaler til forvaltning, Fylkesmann, UoH-sektor og RHF, kan mer målrettet sammenholde kompetansehevende tiltak og således påse at målgruppene tilbys et likeverdig og helhetlig tilbud. Etablering av ny enhet vil bety at det må etableres samarbeid knyttet til utdannings- og kompetansehevingstilbud samt forskningsaktivitet med relevante aktører. Dette kan sikres gjennom samarbeidsavtaler, men i en del tilfeller vil nye samarbeidsstrukturer måtte etableres. Nærheten som enkelte av sentrene har til UoH-sektoren, knyttet til eierskap vil ikke kunne videreføres.

Slik direktoratene vurderer det vil statlig eierskap i stor grad ivareta behovet for koordinert og samordnet tjenestetilbud. Opprettelsen kan imidlertid medføre at nye samarbeidsstrukturer må opprettes, og nærhet for enkelte av sentrene til etablerte forskningsmiljøer og samarbeidende

aktører må etableres. Ved å opprette en ny enhet må det påregnes endringer i eksisterende organisasjonsstruktur, med fare for at eksisterende kunnskap og erfaring ikke følger med over i en ny statlig enhet.

Faglig uavhengighet

Gjennom etatsstyring kan rammer for faglig uavhengighet legges. Etatsstyring gir tett kobling gjennom styring, og kan utfordre samarbeidende aktører og målgruppens syn på faglig legitimitet hos enheten samt enhetens egen opplevelse av faglig uavhengighet.

Samarbeid og koordinering innen psykisk helse, vold, rus, barnevern og familievern

Det er behov for å se psykisk helse, vold og rus i en sammenheng med barnevern og familievern. Det er behov for å styrke barne- og ungdomsområdet generelt og barnevernområdet spesielt. Etatsstyring vil være godt egnet til å styre sentrene inn mot faglig prioriterte områder innen feltet, og til å få til den ønskede samordningen og kvalitetsutviklingen av fagområder innen psykisk helse, barnevern, familievern, vold og rus. Staten kan velge å samle fagområder som bør samordnes, i en felles enhet. Innenfor fagområdet har enkelte sentre startet arbeidet med å samordne sine tjenester. I felles høringsuttalelse fra RKBU/RBUP fremkommer dette, og det pekes på et ytterligere behov for prioritering av fagområdet og samordning av oppgaver og tjenester.

7.1.3 Samfunnsoppdraget løses ved tjenester utført og eid av RHF

Styringsmodellen der samfunnsoppdraget blir løst ved tjenester utført og eid av RHF, vurderes som lite egnet for nasjonal styring for å sikre måloppnåelse, for ivaretagelse av målgruppens behov samt for samarbeid med forvaltning.

Nasjonal styring for å sikre måloppnåelse	Ivaretagelse av målgruppens behov	Samordning og synergi knyttet til utdanning og kompetanseheving	Samordning og synergi knyttet til forskningsaktivitet	Samarbeid med forvaltning (FM/FK/statlig barnevern)	Sikre faglig uavhengighet
Eierstyring gjennom HOD og RHF. Samordning mellom departement og direktorat avgjørende for å sikre helhetlig oppnåelse av samfunnsoppdrag	Samfunnsoppdraget og målgruppe er utenfor RHF ordinære tilbud. Faglig tilnærming må utformes, og samarbeid og tilnærming for ivaretagelse av målgruppens behov må opprettes	Det må etableres samarbeid med UH sektor, med mål kommunikasjon om utdanningsbehov og god synergi og oppgavefordeling	Eksisterende forskning i RHF stiller forsknings-spørsmål med i hovedsak annen innretning enn samfunnsoppdraget tilsier. Eksisterende kompetanse kan benyttes, men må tilpasses oppdraget.	Samarbeid må opprettes med andre aktører enn RHF's nåværende oppgaveportefølje forutsetter.	Faglig uavhengighet kan sikres gjennom etatsstyring via HOD og RHF.

Fig 9: Vurdering av at samfunnsoppdraget løses ved tjenester utført og eid av RHF

Nasjonal styring

Grunnlaget for vurderingen ligger i at målgruppene og innretning for tjenestetilbud som skal ivaretas gjennom samfunnsoppdraget, ligger utenfor RHF sitt nåværende samfunnsoppdrag og utenfor RHF's lovpålagte oppgaver og dermed kunnskapsgrunnlaget for disse tjenestene (jfr Lov om spesialisthelsetjenesten). Eierstyring må gå gjennom HOD og RHF, noe som betyr at sektoransvar ikke kan ivaretas i direkte linje.

Direktoratene anbefaler ikke denne styringsmodellen. Begrunnelsen for dette er både knyttet til eierstruktur og til at sektoransvaret de har for kommunale tjenester for barn, unge og familier ikke vil ivaretas innen denne styringsmodellen. Det samme vil også være gjeldende for å utøve et ansvar for de kommunale helsetjenestene.

Ivaretagelse av målgruppenes behov

Nærhet til praksisfeltet er avgjørende for å løse samfunnsoppdraget som forutsatt, noe som vil være utfordrende dersom eierskapet knyttes til spesialisthelsetjenesten. Utvikling av behandlings- og tjenestetilbud og forskning om behandlingsmetoder innen spesialisthelsetjenesten er grunnsteinen RHF's fagområder, mens kunnskap og metoder som skal implementeres i det kommunale helse-, omsorgs- og velferdstjenestene har et annet innhold og det er behov for annen innretning.

Det er behov for samarbeid og samordning mellom spesialisthelsetjenesten og det kommunale tjenestetilbudet (jfr samhandlingsreformen) men lovgrunnlaget og innretningen på tjenestene er forskjelligartet og krever dermed ulik tilnærming.

Samarbeid og synergi

RHF har etablert samarbeid med UoH-sektoren, og det er sannsynlig at oppgaver knyttet kunnskaps- og kompetansetjenester mot helse-, omsorgs- og velferdstjenester kan dra nytte av eksisterende samarbeid.

Dersom man velger denne modellen for å løse samfunnsoppdraget, kan sannsynligvis sentre som i dag eies av RHF videreføre sitt arbeid. Det vil imidlertid bli behov for å bygge opp kompetanse og erfaring for oppgaver som i dag utføres av sentre som ikke er eid av RHF. Nye samarbeidsrelasjoner må etableres, særlig innenfor forvaltning.

Faglig uavhengighet

Faglig uavhengighet sikres gjennom etatsstyring av RHF.

Samarbeid og koordinering innen psykisk helse, vold, rus, barnevern og familievern

Bufdir vurderer denne modellen for å være uaktuell. Det er risiko for at fagområder innen psykisk helse, barnevern, rus og vold ikke blir tilstrekkelig styrket dersom ansvaret for å løse det foreslåtte samfunnsoppdraget legges til de regionale helseforetakene. Risikoen knytter seg blant annet til RHF-enes lovpålagte oppgaver og at samfunnsoppdraget slik det foreligger må løses med utgangspunkt i annen kompetanse og andre virkemidler enn innenfor dagens oppgaveportefølje.

Evalueringen av RBUP (Nordlandsforskning, 2004) viste at RHF-ene og HF-ene hadde lite kunnskap og oppmerksomhet om psykisk helsevern for barn og unge, og vi frykter at barn- og unge feltet vil bli betraktet som et lite område og få lite oppmerksomhet.

Innenfor en struktur der de regionale helseforetakene er utfører av kompetansetjenestene vil dette kunne bli en utfordring, særlig når det gjelder barnevernstjenestene. De regionale helseforetakenes lovpålagte ansvarsområder inkluderer ikke barnevern, og deres kjernekompetanse er derfor ikke innrettet dette fagområdet.

7.1.4 Samfunnsoppdraget løses ved tjenester utført og eid av universitet/høyskole

Styringsmodellen der samfunnsoppdraget løses ved tjenester utført og eid av universitet og/eller høyskoler, vurderes som lite egnet for å løse samfunnsoppdraget.

Nasjonal styring for å sikre måloppnåelse	Ivaretagelse av målgruppenes behov	Samordning og synergi knyttet til utdanning og kompetanseheving	Samordning og synergi knyttet til forsknings-aktivitet	Samarbeid med forvaltning (FM/FK/statlig barnevern)	Sikre faglig uavhengighet
Styring via KD, der oppdraget utformes og følges opp gjennom etablerte rapporterings-systemer for UH sektor.	Samfunnsoppdraget og målgruppe er utenfor UH's ordinære tilbud. Faglig tilnærming må utformes, og samarbeid med målgruppenes opprettes	Sammenheng mellom utdanningstilbud, praksisbehov og behov for kompetansehevinge tilbud vil ivaretas av UH sektor. Innretning for oppdraget er imidlertid forskjellig fra UH-sektors ordinære tilbud.	Forskning faller innenfor UH's eksisterende oppdrag, og etablerte fagmiljøer kan gi faglig støtte. Fare for dreining av forskning i retning av UH sektorens etablerte oppgaver	Samarbeid må opprettes med andre aktører enn nåværende samfunnsoppdrag tilsier. HOD og BLD må legge føringer for samarbeid og oppdrag via KD, noe som gir begrenset mulighet for styring.	Faglig uavhengighet sikres gjennom lov om universiteter og høyskoler.

Fig10: Vurdering av at samfunnsoppdraget løses ved tjenester utført og eid av universitet/høyskole

Nasjonal styring

Styring vil gå gjennom KD og oppdraget utformes og følges opp gjennom etablerte rapporteringssystemer for UH-sektoren. Både HOD/Helsedir og BLD/Bufdir vil måtte ivareta sitt sektoransvar gjennom KD, noe som vil svekke mulighet for styring og oppfølging.

Samfunnsoppdraget har en annen karakter enn de ordinære oppgaver som ligger til universitet og høyskoler. Dette kan bety at ny kompetanse må erverves der faglig og metodisk innretning vil være forskjellig fra universitetene og høyskolene vanligvis utfører.

Ivaretagelse av målgruppenes behov

Samfunnsoppdraget og målgruppene er utenfor UH-sektorens ordinære tjenestetilbud (jfr Lov om universiteter og høyskoler). Nærhet til praksisfeltet er avgjørende for å løse samfunnsoppdraget. I og med at samfunnsoppdraget gir retning mot praksisnær- og anvendt forskning, er dette en annen innretning enn UoH sektoren tradisjonelt har. Det er fare for at skille mellom grunnforskning og

anvendt forskning blir utvasket, og at virksomheten ikke i tilstrekkelig grad prioriterer anvendt forskning.

Dersom UH-sektoren skal eie sentrene og med dette bidra til implementering av kunnskapsbaserte metoder og strategier i kommunale helse-, omsorgs- og velferdstjenester, vil dette betinge ny og annen innretning enn det som er rammer for UH-sektorens arbeid i dag.

Samarbeid og synergi

For å løse samfunnsoppdraget, vil man innenfor et slikt eierskap kunne dra nytte av etablerte forskningsmiljøer på universitet/høgskoler, der faglig uavhengighet er sikret gjennom lov om universitet og høgskoler. Vektingen av anvendt forskning som tilligger samfunnsoppdraget, er en noe annen vekting enn universitet og høgskoler tradisjonelt vektlegger. Til tross for mulig synergi-effekt, kan det være fare for at innretning på forskning og undervisning dreies i retning av UH-sektorens ordinære oppgaver.

Universitetene og høgskolene skal styrke utdanning og forskning på det helse- og sosialfaglige området med utgangspunkt i befolkningens behov. Kunnskaps- og kompetansesentrene kan være en fruktbar måte for universiteter og høgskoler å få videreformidlet kunnskap og realisere universitetenes strategier om bred samfunnskontakt.

Faglig uavhengighet

Forankring i universitets- og høgskolemiljøet kan være positivt, blant annet i forhold til metodestøtte, faglig uavhengighet og legitimitet og for å sikre lokal medvirkning på oppgaver løst av universitet og høgskoler

Samarbeid og koordinering innen psykisk helse, vold, rus, barnevern og familievern

Dersom samarbeidet og koordineringen innen fagområdet psykisk helse, barnevern, familievern, rus og vold styrkes, er det nødvendig at KD stiller krav om dette i styringsdialogen med universitetene og høgskolene og at det videreføres til sentrene. Hvis sentrene er organisert som randsoner virksomheter vil kravene måtte innarbeides i samarbeidsavtalen med universitetet eller høgskolen. I utformingen av kravene og oppfølgingen av disse, må KD samarbeide og samordne med departement og direktorat.

7.1.5 Oppsummering

Direktoratene er bedt om å vurdere modeller for organisering av kunnskaps- og kompetansemiljøene ut fra et styringsperspektiv, et faglig perspektiv og et økonomisk og administrativt perspektiv. Det er tatt utgangspunkt i dagens utfordringer knyttet til organisering og rolleforståelse, og om organiseringen er hensiktsmessig for at virksomhetene skal kunne nå sine mål.

Overordnet mål med organisering av kunnskaps- og kompetansesentrene er:

- Ivareta myndighetenes mulighet til å iverksette vedtatt politikk og foreta nødvendige prioriteringer
- Likeverdig tilgang for målgruppene til kunnskaps- og kompetansesentrenes tjenester

- God samordning og rolleforståelse mellom forskjellige kunnskaps- og kompetansesentre og deres samarbeidspartnere
- God samordning av oppdrag og leveranser i tråd med målgruppens behov
- Kunnskaps og kompetansesentre med attraktive fagmiljø med høy kompetanse

Direktoratene har forsøkt å peke ut de vesentligste fordelene og ulempene ved de to anbefalte organisatoriske modellene. Vi gjør oppmerksom på at listen over fordeler og ulemper ikke er uttømmende. Om modellene kan sies å være formåls effektive, kostnadseffektive, gir klarhet i roller, er styrbare, gir fleksibilitet og er brukervennlige er blant de elementene som har inngått i vurderingene, og som videre drøftet i kapittel 7.

Mangfoldig eierskap

De vesentligste fordelene kan sies å være:

- Forholdsvis stor grad av fleksibilitet (innenfor rammen av regelverk), forholdsvis kort tid fra behov identifiseres til tiltak kan iverksettes, og forholdsvis gode betingelser for faglig mangfold og innovasjon
- Binder ikke opp økonomiske midler for mer enn ett år av gangen
- Stor grad av organisatorisk, økonomisk og faglig frihet for kunnskaps- og kompetansemiljøer

De vesentligste ulempene kan sies å være:

- Mindre grad av langsiktighet, stabilitet, forutsigbarhet og oversikt, særlig for målgruppene, og mulighetene for paratkompetanse er redusert
- Fare for uklare og i enkelte tilfeller doble styringslinjer
- Avhengig av at det finnes kunnskaps- og kompetansesentre og aktører med etterspurt kompetanse, og som søker om tilskuddsmidler og/eller gir tilbud på konkurranseutsatte tjenester, usikkert om vi til enhver tid klarer å møte målgruppens behov

Statlig eierskap

De vesentligste fordelene kan sies å være:

- Sannsynligvis et mer stabilt, forutsigbart og oversiktlig kunnskaps- og kompetansesenterfelt, særlig for målgruppene, muligheten for omstilling og paratkompetanse styrkes, kan bidra til sterke og robuste fagmiljøer med høy kompetanse
- En styringslinje, og mulighet for en helhetlig, langsiktig og mer forutsigbar kompetansesenterpolitikk
- Stordriftsfordeler og mer likhet (administrative funksjoner og støttesystemer mv.)

De vesentligste ulempene kan sies å være:

- Fare for økt byråkratisering og svekkelse av faglig uavhengighet
- Kan bidra til konservering av fagområder, mindre mangfold og variasjon, lite innovasjon og fagutvikling, og at smale fagområder forsvinner

7.2 Direktoratenes anbefaling

Ut fra ovenstående vurdering vil direktoratene anbefale opprettelse av en statlig enhet, der dette kombineres med tilskudd og/eller kjøp av tjenester. Subsidiær anbefaling er at samfunnsoppdraget løses ved mangfoldig eierskap gjennom tilskudd og/eller kjøp av tjenester alene. De øvrige to styringsmodellene anbefales ikke.

Opprettelse av statlig enhet der tilskudd og/eller kjøp av tjenester kan benyttes som virkemiddel for deler av tjenesten, vil samlet sett dekke helheten av tilbudet kunnskaps- og kompetansetjenestene skal bidra med for å løse samfunnsoppdraget. Tilskudd og/eller kjøp av tjenester kan benyttes for å styrke fagområde, ivareta nye eller endrede prioriteringer eller innenfor kunnskapssvake områder der kompetanse må bygges opp.

For å sikre god ressursutnyttelse, helhetlige og samordnede tjenester bør dagens inkluderte sentres fagområder samles i «fag-cluster». Det er verdt å merke seg at det innenfor enkelte fagområder er det fra sentrene selv tatt initiativ til et slikt samarbeid.

Gjennom deloppdraget ble direktoratene bedt om å se fagområdene innenfor psykisk helse, barnevern, familievern, vold og rus i sammenheng. Direktoratene anbefaler at dette sees på som et «fag-cluster» og mener dette vil være med å sikre bedre ressursutnyttelse, samordning og god fagutvikling av tjenestene.

Et annet område som kan være aktuelt å samle er innen allmennmedisin, legevakt- og distriktsmedisin, alternativ medisin og minoritetshelse. Delrapport 3 vil på bakgrunn av valg av styringsmodell drøfte og vurdere aktuelle fagområder, kunnskapsbehov, vekting av regionale og nasjonale ressurser samt ha en gjennomgang av det enkelte inkluderte senter.

Subsidiær anbefaling er at samfunnsoppdraget løses ved mangfoldig eierskap gjennom tilskudd og/eller kjøp av tjenester alene. For at denne modellen skal imøtekomme samfunnsoppdraget slik forutsatt, må følgende sikres:

- Helhetlig forvaltning av tilskudd og/eller kjøp av tjenester
- For å sikre måloppnåelse må regelverket for tilskuddsordningene gjennomgås, og blant annet må prioriteringer, krav til samarbeid og krav til rapportering presiseres
- For å sikre måloppnåelse ved kjøp må blant annet prioriteringer, krav til samarbeid og krav til rapportering presiseres i utlysning og kontrakt
- Sikre at tjenestene møter målgruppenes behov, for eksempel gjennom brukerundersøkelser

Direktoratenes anbefalinger inkluderer at tilskudd og/eller kjøp av tjenester henholdsvis skal benyttes for deler, subsidiært for hele oppgaveporteføljen til kunnskaps- og kompetansesentrene. Som beskrevet i kap 3 – Utfordringsbilde, er det utfordringer knyttet til tilskudd og kjøp av tjenester ved dagens ordning. Som vurderingene i kap 7 synliggjør, kan en del av disse utfordringene imøtekommes, men vil ikke i tilstrekkelig grad gi ønsket styring, samordning og fleksibilitet.

7.2.1 Avsluttende bemerkninger

Uavhengig av modell for organisering er det etter direktoratenes vurdering noen sentrale og overordnede utfordringer som må finne sin løsning. Det gjelder:

- Etablering av strukturer for formalisert samarbeid
- Kriterier for måloppnåelse og et system for enhetlig rapportering som er sammenliknbar
- Metoder for systematisk innhenting av målgruppens behov (eksempelvis systematiske brukerundersøkelser)

Videre har vi i gjennomgangen sett behov for opprettelse av fagråd, behov for felles rapportering og evaluering og behov for felles navn og kommunikasjonsstrategi.

Fagråd

For å sikre gode ressursutnyttelse og hensiktsmessige tjenester kan det være hensiktsmessig å opprette fagråd som rådgivende organ i spørsmål av faglig art med relevans for tjenester på tvers av forvaltningsnivåer, fagområder og sektorer, med særlig fokus på målgruppens behov. Fagråd bør bestå av samarbeidende aktører, målgruppe og brukerorganisasjoner, og kan gi råd om viktige faglige og strategiske veivalg for kunnskaps- og kompetansetjenesten, og sette relevante saker på dagsorden med utgangspunkt i nasjonale og regionale planer og vedtak. Fagråd bør også være samlende for øvrige regionale nettverk innenfor fagområdene og kommunale tjenester. Fagråd bør ha særlig oppmerksomhet på at brukerperspektivet blir ivaretatt.

Felles rapportering og evaluering

For å sikre at vi til enhver tid har de tjenestene det er behov for vil vi anbefale at det opprettes et felles system for rapportering og evaluering. Rapporteringen kan gi svar på sentres arbeidsmetodikk og måloppnåelse mens evaluering først og fremst bør knyttes til målgruppene, deres vurdering av tjenestetilbudet de får, hvilke behov de har og dermed eventuelt fange opp endrede behov.

Felles navn og kommunikasjonsstrategi

Det er behov for at kunnskaps- og kompetansesentres tjenestetilbud blir kommunisert ut til målgruppene, samlet. Det er tidligere i dokumentet vist til evalueringer der kjennskap til dagens sentre er variable blant målgruppene. Et godt grep kan være å ha et felles navn for kunnskaps og kompetansetjenestene, samt ha en felles kommunikasjonsstrategi som inkluderer informasjon om tjenestetilbud og kunnskapsbase der for eksempel kunnskapsgrunnlag, kunnskapsbaserte tiltak/strategier, praktiske eksempler etc blir presentert.

Begrepsavklaring og definisjoner

Kunnskaps- og kompetansesentre

I gjennomgangen er både kunnskaps-, kompetanse, utviklings-, forskning- og ressursentre representert. Vi har ikke funnet offentlige dokumenter der benevnelsene på sentrene defineres, og benytter oss derfor av definisjoner av begrepene kompetanse og kunnskap.

«Kompetanse er de samlede kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger som gjør det mulig å utføre aktuelle funksjoner og oppgaver i tråd med definerte krav og mål» (Lai, 2004).

«Kunnskap er informasjon kombinert med erfaring, kontekst, interpretasjon og refleksjon.» (Petter Gottschalk)

I mandatene fremgår det at **kunnskapssentrene** har en viktig rolle som tilrettelegger og formidler av forskningsbasert kunnskap og å oppsummere relevant forskning om effekten av tiltak og/eller behandling gir som kan gi bedre grunnlag for gode beslutninger.

Kompetansesentrene har i hovedsak likelydende oppdrag, der implementering av kunnskapsbaserte tiltak og kompetanseutvikling er en del av mandat og oppgaver.

Utviklingssentrene beskrives som sentre som skal være pådrivere for kunnskap og kvalitet. De skal bistå i fag- og tjenesteutvikling, kompetanseutvikling samt forskning. De skal skape nettverk og samarbeidsarenaer for erfaringsutveksling og kunnskapsdeling.

Forskningssentrene som er representert i gjennomgangen har mandat og oppgaver knyttet til forskning, og de tilrettelegger og medvirker samt utfører egen forskning.

Ressurssentrene har som mandat å bidra til kompetanseheving gjennom undervisning, veiledning, konsultasjon og nettverksarbeid på tvers av sektorer, etater og forvaltningsnivåer.

Det kan være noe vanskelig å se klare distinksjoner ut fra hvilket navn de ulike sentrene har, og dette gjenspeiler sannsynligvis at opprettelsen av sentrene har foregått på ulike tidspunkter og vært begrunnet gjennom ulike statlige satsinger.

I det videre vil vi benytte betegnelsen kunnskaps- og kompetansesentre om alle de inkluderte sentrene.

Helse-, omsorgs- og velferdstjenester

I denne rapporten benyttes helse-, omsorgs og velferdstjenester om alle de tjenester som kunnskaps- og kompetansesentrenes virksomheter rettes mot. Målgruppene for virksomhetene er vid, og omfatter ansatte på alle forvaltningsnivå innenfor statlig virksomhet, kommunal virksomhet, private aktører og innen spesialisthelsetjenesten.

Kunnskapsbaserte tjenester

Fagutøvelse basert på tilgjengelig forskningsbasert kunnskap, sammen med utøverens erfaringer, kritiske og etiske vurderinger, brukernes preferanser og kontekstuelle hensyn.

Kunnskapsbasert praksis innebærer å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukernes ønske og behov i den gitte situasjonen (Kunnskapssenteret, 2008).

Implementering

Implementering kan defineres på flere måter, og det finnes ingen entydig definisjon. Implementering handler om å innføre og ta i bruk nye ideer, sette opp og anvende metoden i praksis, og å realisere, anvende eller sette i verk planer, ideer, modeller, normer eller policy (Gulbrandsson, 2007). Fixsen med flere (Fixsen, Naoom, Blase, Friedman, & Wallace, 2005) har laget en oversikt over implementeringsforskning hvor implementering defineres som: en sammensetting av spesifikke aktiviteter som har som formål å få en ny metode eller et nytt program med kjente aspekter til å bedrives i ordinær virksomhet.

Vi forholder oss til definisjonene fra Norsk institutt for studier av forskning og høyere utdanning (NIFU)³² gjengitt for FoU, grunnforskning, anvendt forskning og utviklingsarbeid nevnt nedenfor.

Forskning og utviklingsarbeid (FoU)

Er kreativ virksomhet som utføres systematisk for å oppnå økt kunnskap – herunder kunnskap om mennesket, kultur og samfunn – og omfatter også bruken av denne kunnskapen for å finne nye anvendelse. FoU virksomhet omfatter grunnforskning, anvendt forskning og utviklingsarbeid;

Grunnforskning

Er eksperimentell eller teoretisk virksomhet som primært utføres for å skaffe til veie ny kunnskap om det underliggende grunnlag for fenomener og observerbare fakta, uten sikte på spesiell anvendelse eller bruk.

Anvendt forskning

Er også virksomhet av original karakter som utføres for å skaffe til veie ny kunnskap. Anvendt forskning er imidlertid primært rettet mot bestemte praktiske mål eller anvendelser.

Utviklingsarbeid

Er systematisk virksomhet som anvender kunnskap fra forskning og praktisk erfaring, og som er rettet mot:

- det å framstille nye eller vesentlig forbedrede materialer, produkter eller innretninger, eller
- å innføre nye eller vesentlig forbedrede prosesser, systemer og tjenester.

Innovasjon

Innovasjon dreier seg både om å identifisere innovative produkter og prosesser, og om å måle blant annet innsatsfaktorer, samarbeidsrelasjoner og kunnskapskilder som inngår i innovasjonsaktiviteten³³. Innovasjon omhandler altså det å ta i bruk kunnskap for å finne nye eller forbedrede løsninger for varer og tjenester, prosesser eller organisasjonsformer – i offentlig eller privat sektor (Søgnen & Brofoss, 2012).

³² Utdrag fra OECDs "Frascati manual" i norsk oversettelse, NIFU (2004).

³³ Kilde: FoU-begrepet under press, Søgnen & Brofoss (red), 2012

Referanser

Agenda Utredning & Utvikling AS 2008: «Evaluering av Klinikk for seksuell opplysning». På oppdrag fra Helsedirektoratet

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. 2013. Prop. 106 L (2012-2013): «Proposisjon til Stortinget» (forslag til lovvedtak). Endringer i barnevernloven.

Blystad, M., Sundnes, S. L., Aksnes, D. W., & Solberg, E 2013 «Velferdsforskningen i Norge 2011» (Rapport 15/2013). NIFU.

Deloitte 2011 «Evaluering av faglig og økonomisk styring i det statlige barnevernet.»

Direktoratet for forvaltning og IKT (DIFI)2008 Direktoratenes faglige rolle - En rolle under økende press?» Rapport 2008:14

Fafo og NOVA 2011 «Institusjonsplassering - siste utvei? Betydning av barnevernsreformen fra 2004 for institusjonstilbudet».

Finansdepartementet 2011: «Veileder I etatsstyring»

Finansdepartementet 2008: «Om etablering og forvaltning av tilskuddsordninger I staten»

Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. 2005 «Implementation Research: A Synthesis of the Literature» Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida, Mental Health Institute, The National Implementation Research Network.

Fornyings-, administrasjons- og kirkedepartementet 2012: «Organisering av statlig virksomhet». Høringsutkast januar 2012.

Fornyings- og administrasjonsdepartementet 2013: «Veileder til reglene om offentlige anskaffelser»

Gulbrandsson, K 2007 «Från nyhet til vardagsnytta - Om implementeringens mödosamma konst» Statens Folkhälsoinstitut.

Gundersen, T og Winsvold, A 2011: «Klara klok, en helsenettjeneste for ungdom». Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA)

Helse- og omsorgsdepartementet (2013). Meld. St. 29 (2012-2013) Melding til Stortinget. «*Morgendagens omsorg*»

Helse- og omsorgsdepartementet: Meld. St. 10 Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015): «*God kvalitet – trygge tjenester*»

Helse- og omsorgsdepartementet: Med. St. 34 Folkehelsemeldingen (2012-2013): «*God helse – felles ansvar*»

Helse sør-Øst, Helse Midt-Norge, Helse Vest og Helse Nord 2009: «Nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten». På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse sør-Øst, Helse Midt-Norge, Helse Vest og Helse Nord 2009: «Nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten». På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Helsetilsynet. (2012). Rapport 2/2012: «Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2011 med kommunalt barnevern - undersøkelse og evaluering».

IS-1858 Utvikling gjennom kunnskap. «*Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester en nasjonal satsing*». Overordnet strategi 2011-2015.

Kunnskapsdepartementet; Meld. St. 18 (2012-2012) «*Lange linjer – kunnskap gir muligheter*»

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin (NKLM) 2011: «Evaluering av tilknytning til Uni Research og Uni Helse». Internrapport

Nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten 2009. Rapport Helse Sør-Øst, Helse Midt- Norge, Helse Vest og Helse Nord.

NIBR. (2011). «Den vanskelige samhandlingen. Evaluering av forvaltningsreformen i barnevernet» (2011:2).

NIFU STEP 2007: «Faglig utbytte og organisering av eksternt finansiert virksomhet i UoH-randsome» Rapport 28/2007

Oxford research 2013: «Fra minefelt til etablert forskningsområde». Evaluering av Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin. På oppdrag fra Helsedirektoratet

Rambøll 2011: «Evaluering av de regionale kompetansesentre rus». På oppdrag fra Helsedirektoratet

Rambøll 2010: Evaluering av forankringen av de regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging». På oppdrag fra Helsedirektoratet

Rambøll 2008a: «Evaluering av Nasjonal Plan for selvhjelp». På oppdrag fra Helsedirektoratet

Rambøll 2008b: «Evaluering av regionsentre for barn og unges psykiske helse (RBUP)» På oppdrag fra Helsedirektoratet

Rambøll 2007: «Evaluering av Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS)». På oppdrag fra Helsedirektoratet

Rambøll 2012: «Forvaltningsreformen» Deloppdrag E.

Riksrevisjonen 2012 Dokument 3:15 (2011-2012) "Riksrevisjonens undersøkelse om det kommunale barnevernet og bruken av statlige midler".

Statistisk Sentralbyrå 1992 *Rapport 92/13 Offentlig forvaltning i Norge*. Oslo - Kongsvinger: Statistisk Sentralbyrå.

Senter for statlig økonomistyring 2007: «Evaluering av statlige tilskuddsordninger»

Senter for statlig økonomistyring 2010: «Resultatmåling»

St meld nr. 20 2004-2005: «Vilje til forskning»

Synovate2009: «Undersøkelse om NAKU». På oppdrag fra Helsedirektoratet

Universitetet i Tromsø, Institutt for samfunnsmedisin 2007: «Senter for samisk helseforskning». Internrapport

Utdannings- og forskningsdepartementet. (2004). *Rapport 2004 Departementenes sektoransvar for forskning - Sluttrapport fra et arbeid utført av utdannings- og forskningsdepartementet.*

Vedlegg

Vedlegg 1 Oppdragsbrev hovedprosjekt

Oppdragsbrev fra Helse og omsorgsdepartementet (HOD) datert 29.mai. 2012: *Tillegg til tildelingsbrev for 2012 – en gjennomgang av regionale og nasjonale kompetansesentre utenfor de regionale helseforetakene.*

Vedlegg 2 Oppdragsbrev delprosjekt

Oppdrag datert 23.august 2012 fra Helse og omsorgsdepartementet (HOD) til Helsedirektoratet og oppdrag datert 31.august 2012 fra Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (BLD) til Barne- ungdoms og familiedirektoratet (Bufdir). Oppdragene er identiske: *Oppdrag - utrede mulighetene for et tettere og bedre samarbeid mellom miljø som bedriver kunnskapsstøtte innenfor psykisk helse, barnevern og andre relevante miljø - del av oppdrag om å styrke kompetansesentre utenfor spesialisthelsetjenesten.*

Vedlegg 3 Oppdrag om oppfølging av stortingsmelding om kvalitet og pasientsikkerhet – kommunene og fylkeskommunenes helse- og omsorgstjenester

Oppdrag datert 2. mai 2013 Helse og omsorgsdepartementet (HOD) til Helsedirektoratet

Vedlegg 4 Tillegg til oppdraget om en gjennomgang av kompetansesentre utenfor de regionale helseforetakene

Oppdrag datert 12. august 2013 Helse og omsorgsdepartementet (HOD) til Helsedirektoratet

Vedlegg 5

Brev datert 30.04.12 fra Bufdir og Helsedir til HOD og BLD. Med forslag til mandat for arbeidsgruppen i delprosjektet.

Vedlegg 6

Inkluderte sentre hovedprosjekt (Alle)

Vedlegg 7

Inkluderte sentre delprosjekt

Vedlegg 8

Kartleggingsmal

Vedlegg 9

Analysetabell