

Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og
familiedirektoratet

Gjennomgang av kunnskaps- og kompetansesentrene utenfor spesialisthelsetjenesten

Delrapport 1

06.09.13

Innhold

1	Innledning.....	3
2	Sammendrag	4
3	Bakgrunn	9
3.1	Oppdragene.....	10
3.2	Mål med oppdragene	13
4	Nærmere om oppdragene - gjennomføringen.....	14
4.1	Omfang og avgrensning av oppdragene	15
5	Beskrivelse av dagens situasjon og utfordringsbilde	19
5.1	Organisering og finansiering	21
5.2	Mandat, fagfelt og målgruppe	26
5.3	Samarbeid og samhandling	37
5.4	Sammendrag	42
6	Kunnskaps- og kompetansesentrenes samfunnsoppdrag	44
6.1	Kunnskap- og kompetansesentrenes rolle i velferdsutviklingen	45
6.2	Andre kunnskaps- og kompetanseaktører – ansvar og roller	46
6.3	Samfunnsoppdraget – «en tjeneste for tjenesten»	49
6.4	Oppsummering - samfunnsoppdraget	51
	Definisjon av begreper	55
	Referanser	58
	Faktabokser	60
	Vedlegg.....	63

1 Innledning

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 med annen forankring enn i de regionale helseforetakene. 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 en felles rapport.

Rapporten består av to leveranser til departementene hvorav dette er første delrapport som inneholder:

- Oppdragene og arbeidsgruppens mandat. Kapittel 3 og 4
- Beskrivelse av dagens situasjon og en drøfting av utfordringsbildet. Kapittel 5
- Overordnet samfunnsoppdrag for kunnskaps- og kompetansesentrene. Kapittel 6

Andre delrapport skal ferdigstilles i løpet av høsten 2013. Delrapport II vil inneholde drøftinger av ulike virkemidler for å møte utfordringene på feltet, løse samfunnsoppdraget og sikre god ressursutnyttelse, måloppnåelse og samordning. Ulike organisatoriske modeller vil bli drøftet. Delrapport II vil også inneholde direktoratenes anbefalinger for videre organisering og en vurdering av om målgruppenes kompetansebehov er dekket.

Direktoratene har valgt å legge stor 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 Fornyings-, administrasjons- og kirkedepartementets 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.* »

Kartleggingen av sentrene blir presentert i en analysetabell (se vedlegg 9).

Rapporten retter seg mot flere aktører, oppdragsgivere, berørte sentre og samarbeidspartnere. Definisjoner av sentrale begreper samt faktabokser finnes etter siste kapittel.

2 Sammendrag

Kunnskaps- og kompetansesentrene står sentralt i nasjonale myndigheters satsinger for å støtte kvalitetsutviklingen i tjenesteapparatet.

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 traumefelte. Gjennomgangene skal gi anbefalinger som styrker arbeidet med nasjonale og regionale kunnskaps- og kompetansesentre. Begge oppdragene besvares i en felles rapport som består av to delrapporter. Denne rapporten er første delrapport som inneholder en drøfting av dagens situasjon med en analyse av utfordringsbildet og direktoratenes forslag til kunnskaps- og kompetansesentrenes overordnede samfunnsoppdrag.

Helse-, omsorg- og velferdstjenestene står overfor utfordringer. En sentral utfordring i samhandlingsreformen er kommunens behov for tilgjengelig kunnskap og relevant kompetanse. I tillegg skal innsatsen på folkehelseområdet og på forebygging økes. Det er videre behov for å styrke arbeidet på tvers av sektorer. Barnevernets har mange samhandlingsflater mot helse. Det er begrenset med ressurser i de kunnskaps- og kompetansemiljøene som retter seg mot barnevernet, og det er behov for å styrke feltet. Å satse på gode tjenester til barn og unge står sentralt. Dette fordrer et godt samarbeid både med og mellom tjenester, og med og mellom kunnskaps- og kompetansesentrene.

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 annen innen allmennmedisin, omsorgstjenester, barnevern, psykisk helse og rus feltet. De retter seg både mot kommunale tjenester, spesialisthelsetjenesten og det statlige barnevernet. Nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten, som i hovedsak finansieres gjennom RHFenes ramme, er ikke inkludert i gjennomgangen.

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 kompetansemiljøene utenfor regionale helseforetak skal vurderes. Feltet skal innrettes slik at man til enhver tid har de kompetansesentra helse-, omsorgs- og velferdstjenestene har behov for.

Dagens situasjon og utfordringsbilde

Direktoratene har lagt stor vekt på å beskrive dagens situasjon og utfordringsbildet. Beskrivelsen bygger på kartlegging og samtaler (intervjuer) med det enkelte senter, innspill fra sentrene og deres samarbeidspartnere, inkludert saksbehandlere i direktoratene, og gjennomgang av relevante evalueringer.

Kunnskaps- og kompetansesentrene som omfattes av gjennomgangen er opprettet i tidsperioden 1991-2008. Utgangspunktet for etableringen av sentrene er ulike styringsdokumenter og satsinger.

Gjennomgangen så langt bekrefter de utfordringer som oppdraget skisserer. Feltet er uoversiktlig og en overordnet tenkning og god koordinering mangler. Sentrene har forskjellig forankring og organisering, og innhold og arbeidsmåter varierer. Det er ikke entydig hva som er kunnskaps- og kompetansesentres samfunnsoppdrag.

Organisering og finansiering /måloppnåelse og dynamikk

De fleste kunnskaps- og kompetansesentre er lagt til en organisasjon med et eksisterende fagmiljø som; universiteter, høyskoler, regionale helseforetak, kommuner, fylkeskommune, samt private - og ideelle organisasjoner. Noen er organisert som en stiftelse. Disse organisasjonene er sentrenes juridiske eiere og har arbeidsgiveransvar for sentrenes ansatte. De er ansvarlig for sentrenes måloppnåelse og drift. Eierne påvirker sentrenes utførelse av samfunnsoppdraget, og noen sentre opplever ulike forventninger fra eierne og direktoratene som tilskuddsforvaltere. Flere sentre rapporterer imidlertid at eiernes virksomhet gir positive synergier for senteret.

Finansiering av kunnskaps- og kompetansesentrene som omfattes av gjennomgangen er i hovedsak gjennom tilskudd fra direktoratene, hvorav ca. 550 millioner kroner kommer fra Helsedir og ca. 50 millioner kroner kommer fra Bufdir. Tilskuddsforvalters mulighet til å regulere sentrenes virksomhet er avgrenset til formulerte mål og resultatkrav som ligger i tilskuddsregelverket for den enkelte ordning. Dagens finansieringsordning gjennom tilskudd gir således myndighetene begrenset mulighet til å tilpasse eksisterende sentres virksomhet i tråd med politiske prioriteringer og nye satsningsområder. Videre bidrar tilskuddsordningene innenfor gjeldende regelverk til lav grad av forutsigbarhet og langsiktighet i finansieringen.

Kunnskap om hvordan kunnskaps- og kompetansesentrenes aktiviteter møter tjenestenes behov er begrenset.

I kunnskaps- og kompetansesenterfeltet utenfor RHFene er ikke godkjenning av nye sentre, endring og nedlegging av sentre regulert, slik det er for nasjonale tjenester innenfor RHFene.

Faglig innhold - dagens samfunnsoppdrag

Kunnskaps- og kompetansesentrenes rolle er ikke enhetlig definert og entydige kriterier for måloppnåelse og rapportering mangler. Sentrenes samfunnsoppdrag befinner seg i dag i skjæringspunktet mellom kunnskapsoppbygging, inkludert forskning, på den ene siden og kompetanseheving og kompetansespredning på den andre siden, der de nasjonale og regionale kompetansesentrene har ulik vektning av disse områdene.

Målgrupper

Kunnskaps- og kompetansesentrene i gjennomgangen har ulike mandat og retter seg mot ulike målgrupper. Myndighetene har behov for å definere hva som skal være sentrenes mandat, målgruppe og virkefelt. Virkemidler som lov og forskrift, normative pålegg og økonomiske virkemidler er ikke tilstrekkelig for å styrke kvaliteten i helse-, omsorgs- og velferdstjenestene. Tjenestene har også behov for faglig støtte og veiledning, deltakelse i formaliserte samarbeidsstrukturer og konkret hjelp til kvalitetsutvikling.

Forskning

Prosjektgruppen er gjennom oppdragene blitt bedt om å vurdere hvilken grad forskning bør være en del av kunnskaps- og kompetansesentrenes virksomhet. 10 av de 34 sentre i gjennomgangen oppgir selv at forskning er deres hovedvirksomhet. Noen av sentrene driver epidemiologisk forskning og grunnforskning, og denne finansieres ofte av andre oppdragsgivere enn gjennom tilskuddene fra direktoratene. Noen regionale sentre gir uttrykk for at forskningen ved enkelte nasjonale sentre i liten grad gjenspeiler tjenestenes behov.

Utdanning

Kunnskaps- og kompetansesentrene er viktige bidragsytere til utdanningene. De kan være en viktig kilde til praksisnær kunnskap og kompetanse for utdanningsinstitusjonene. Ved enkelte sentre har ansatte undervisningsplikt hos eier. Noen er involvert i drift av grunnutdanninger og flere sentre driver egne masterstudier. Andre sentre bistår utdanningssektoren gjennom å delta i plan- og utviklingsarbeid. Kunnskaps- og kompetansesentre i gjennomgangen som er eid av et universitet, bidrar i større grad enn de andre sentrene inn i utdanningene, og har ofte forskning som sin hovedaktivitet.

Samordning og prioritering

Flere av sentrene i gjennomgangen uttrykker et ønske om at direktoratene på overordnet nivå skal samordne de føringene sentrene får. Noen sentre opplever at tilskuddsbrevene er

for detaljerte og gir lite rom for lokal tilpasning og faglige vurderinger, mens andre etterspør klarere føringer.

Direktoratene mangler et overordnet koordinerende organ for de samlede tilskuddsordningene på feltet som kan prioritere i henhold til politiske føringer og overordnede satsninger. Saksbehandlere for sentre innen psykisk helse, rus-, vold- og traumefeltet har startet et slikt arbeid. Det er heller ingen felles krav til rapportering fra sentrene og systematisk tilnærming til rapporteringen fra sentrene mangler.

Formelle samarbeidsstrukturer og koordinering mellom de ulike sentrene mangler til dels, også der hvor sentrene har overlappende oppgaver og målgrupper. Dette gjør at kunnskaps- og kompetansesentrenes ressurser ikke blir unyttet godt nok. Nasjonale og regionale sentre innen samme fagfelt mangler en avklart rolle- og ansvarsfordeling. Det er i dag uklar ansvarsfordeling mellom kunnskaps- og kompetansesentrene og universitets- og høyskolesektoren. Samarbeidet med fylkesmannen bør samordnes og utvikles.

Samfunnsoppdraget

I denne rapporten drøftes hvilket overordnet samfunnsoppdrag kunnskaps- og kompetansesenterfeltet som helhet skal ha. Kunnskaps- og kompetansesentrene er et av myndighetenes virkemiddel for å sikre gode, trygge og effektive helse-, omsorgs- og velferdstjenester. Sentrene skal være viktige aktører for fortsatt utvikling av disse tjenestene nasjonalt, regionalt og lokalt. Direktoratene anbefaler at sentrenes samfunnsoppdrag og primære oppgave skal være å støtte kvalitetsutvikling av tjenesteapparatet gjennom praksisutvikling, kompetansebygging, samordning og nettverksbygging. Sentrene skal bygge bro mellom forskning og praksis og skal bidra til at kunnskapsbaserte beslutninger tas i tjenestene og i forvaltningen. Kunnskaps- og kompetansesentrene skal gjøre kunnskap tilgjengelig ved å være pådrivere for at kunnskap oppsummeres og spres, implementeres og evalueres, og at resultater følges opp og blir en del av kvalitetsutviklingsprosessen.

Sentrene skal gjennom spredning og implementeringsstøtte bidra til at tjenestene selv tar i bruk kunnskapsbaserte og effektive tiltak og metoder for kvalitetsforbedring, og at det legges til rette for videre kvalitetsutvikling gjennom innovasjon og systematisk brukermedvirkning. Kunnskaps- og kompetansesentrene skal også bidra til å identifisere kunnskapsbehov. Sentrenes forskning skal ha som mål; stadig kvalitetsutvikling av tjenestene. Den skal være anvendt, praksisnær og foregå sammen med tjenestene. Grunnforskning skal ikke finansieres gjennom tilskuddsmidler til kunnskaps- og kompetansesentervirksomheten.

Kompetanseheving gjennom utdanninger og undervisning på kunnskapssvake eller politisk prioriterte områder, og som ikke allerede inngår i studietilbudet ved ordinære utdanningsinstitusjoner, er et virkemiddel senterne kan benytte. Sentrene skal imidlertid

ikke drive grunnutdanninger. Det må være et formalisert samarbeid mellom utdanningsinstitusjonene og kunnskaps- og kompetansesentrene med klare rollefordelinger, slik at det den kunnskapen sentrene utvikler raskt kan tas i bruk av utdanningsinstitusjonene.

- **Primærmålgruppe:** tjenestene – beslutningstakere og ansvarlige tjenesteutøvere i første- og andrelinje og offentlig forvaltning (kommunene, direktoratene, departementene osv.)
- **Sekundærmålgruppe:** befolkningen, brukerorganisasjoner, frivillige organisasjoner og media

Implikasjoner av foreslått samfunnsoppdrag

Denne delrapporten inneholder ikke forslag til organisatoriske endringer som kan møte utfordringene på feltet. Dette vil bli omtalt i neste delrapport. Samfunnsoppdraget, slik det er foreslått her, vil kunne få følgende implikasjoner for noen av de inkluderte kunnskaps- og kompetansesentrene:

Målgruppe

Noen inkluderte sentre har ikke tjenesteutøvere i helse-, omsorgs- eller velferdstjenestene som sin primære målgruppe. Derimot er rådgivning rettet direkte mot enkeltindivider eller befolkningen, gjennom telefontjenester og/eller netjtjenester, deres hovedvirksomhet.

Det foreslåtte samfunnsoppdraget innebærer at kunnskaps- og kompetansesentrene skal være en tjeneste for tjenestene og at pasienter og klienter ikke skal være kunnskaps- og kompetansesentrenes primære målgruppe. Av dette følger at noen av sentrene i gjennomgangen ikke vil få status som et kunnskaps- og kompetansesenter.

Kunnskapsbasert virksomhet

En grunnleggende forutsetning for å være et kunnskaps- og kompetansesenter er at senterets virksomhet bygger på dokumenterte metoder og kunnskap. Enkelte sentre som omfattes av gjennomgangen bygger i mindre grad sine tiltak på dokumentert kunnskap, og evaluerer ikke de tiltak de iverksetter. Dette innebærer at dersom disse sentrene skal være et kunnskaps- og kompetansesenter, så må de dreie sin virksomhet og i større grad ta i bruk dokumenterte metoder og kunnskap.

Forskning

Kunnskaps- og kompetansesentrene skal ikke benytte tilskuddsmidler de mottar til sentervirksomheten til grunnforskning. Sentrene skal arbeide med kunnskapsutvikling og kunnskapsoppbygging i tjenestene. Forskning i regi av sentrene skal være anvendt og praksisnær, og den skal foregå sammen med tjenestene. Tiltak som iverksettes skal

evalueres. Sentre som i dag benytter tilskuddsmidler til senterets virksomhet til å finansiere grunnforskning, må søke denne finansiert gjennom andre finansieringskilder.

Opplæring og undervisning

Kunnskaps- og kompetansesentrene hovedvirksomhet skal være å støtte kvalitetsutviklingen av tjenestene. Kunnskaps- og kompetansesentrene skal bidra til opplæring og undervisning (etter-, videre- og spesialistundervisning) som er koordinert med andre sentrale aktører og i tråd med målgruppens og tjenestenes behov. Kunnskaps- og kompetansesentrene skal ikke ha ansvar for grunnutdanninger. Kompetanseheving gjennom utdanning og undervisning på kunnskapssvake områder er imidlertid et virkemiddel sentrene kan ta i bruk. Dette innebærer at noen sentre i mindre grad enn i dag skal bruke sine ressurser inn i grunnutdanningen, og i større grad må rette sin innsats mot ansvarlige tjenesteutøvere i første- og andrelinjen.

3 Bakgrunn

Gjennomgangen av kunnskap- og kompetansesentrene ble varslet i Meld. St. 16 *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)*:

«Departementet vil utrede hvordan man kan styrke arbeidet med nasjonale kompetansetjenester i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det finnes en rekke nasjonale og regionale kompetansesentre som retter seg mot kommunesektoren. De fleste av disse sentrene er tilknyttet universitets- og høyskolene. Sentrene er opprettet for å styrke kunnskapssvake områder. De arbeider blant annet innen allmennmedisin, omsorgstjenester, psykisk helse og rusfeltet.»

Omtale i andre sentrale dokumenter:

I Meld. St 10 «God kvalitet – trygge tjenester» pekes det på betydningene av å «stimulere til nettverk og arenaer for læring og kvalitetsforbedring. Kompetanse- og utviklingssentre er viktige aktører som tilrettelegger for læringsnettverk. Departementet viser her til oppdraget direktoratet har fått med å gjennomgå kunnskaps- og kompetansesentrene utenfor RHFene med frist høsten 2013.

I Meld. St. 18 (2012-2012) «Lange linjer – kunnskap gir muligheter» omtales samarbeidet mellom helse- og omsorgssektoren og universiteter og høyskoler. I meldingen vises det til de regionale og nasjonale forsknings- og kompetansesentrene innenfor helse- og omsorgssektoren. Det vises til at sentrene har ulike tilknytningsformer, og at viktige oppgaver for sentrene er å bygge opp og formidler kunnskap og kompetanse gjennom forskning, veiledning og kompetansespredning til tjenestene. I meldingen fremgår at sentrene kan være et effektivt virkemiddel for å styrke kunnskapssvake områder, og at regjeringen vil vurdere organisering og forankring av flere kompetansesentre med sikte på å øke forskningssamarbeidet.

En sentral utfordring i samhandlingsreformen er kommunenes økende behov for kompetanse. Helse- og omsorgstjenesteloven legger vekt på at kommunen har ansvar for å sikre tilstrekkelig fagkompetanse i tjenestene. Folkehelseloven pålegger kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter å sette i verk tiltak og samordne sin virksomhet i folkehelsearbeidet på en forsvarlig måte.

Den forebyggende innsatsen skal økes, og gode tjenester til barn og unge er et satsningsområde. Endringer i barnevernloven i henhold til Prop. 106 L (2012-2013) vil innebære økt behov for kompetanse både i det kommunale og i det statlige barnevernet. Kvalitetsutvikling og forsvarlighet blir vanskeligere å oppnå i tiltak eller tjenester hvor tilgangen til kunnskaps- og kompetansemiljøer er begrenset. Flere rapporter støtter opp om påstanden om mangel på kompetanse i barnevernet¹. 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 kompetansesentrene sentralt.

De regionale og nasjonale kunnskaps- og kompetansesentrene har vært og vil være en sentral del av nasjonale myndigheters satsning for å styrke kompetansen i kommunesektoren på politisk prioriterte områder og på tvers av tjenesteområder. Sentrene har vært etablert på kunnskapssvake områder og deres formål har vært og er å sikre at kompetanse utvikles og spres i helse-, velferds- og omsorgssektoren.

I 2011 ble det etablert et nytt styringssystem for alle nasjonale tjenester (nasjonale behandlingstjenester og nasjonale kompetansetjenester) i spesialisthelsetjenesten. Erfaringer fra dette arbeidet blir brukt i gjennomgangen av kunnskaps- og kompetansesentrene utenfor spesialisthelsetjenesten.

3.1 Oppdragene

Gjennomgangen av kunnskaps- og kompetansesentrene er gitt Helsedir og Bufdir gjennom to oppdrag – et hovedoppdrag og et deloppdrag. Helsedir har også fått et tilleggsoppdrag som delvis blir besvart gjennom denne leveransen. Oppdragene blir presentert nedenfor.

¹ Helsetilsynet har pekt på at utsatte barn ikke får de tjenester de har behov for og Fylkesmennene har avdekket lovbrudd eller forbedringsområder i 40 av 44 kommuner (Helsetilsynet, 2012). En undersøkelse foretatt av Riksrevisjonen (Riksrevisjonen, 2012) peker på behovet for å styrke fagmiljøene og øke kvaliteten i det kommunale barnevernet. Fire evalueringer av det statlige barnevernet etter forvaltningsreformen i 2004 (Deloitte, 2011) (Fafo og NOVA, 2011) (NIBR, 2011) (Rambøll, 2012) viser at det er behov for forbedringer. For å sikre bedre ressursbruk og faglig kvalitet i tjenestene iverksatte Bufetat kvalitetsutviklingsprogrammet i 2011, hvor blant annet kompetansebygging og samarbeid ble vektlagt. Evalueringsrapportene nevnt over peker på at dette arbeidet må fortsette.

Hovedoppdraget

Gjennomgangen ble varslet i Helsedirs tildelingsbrev for 2011. Oppdraget ble spesifisert i oppdragsbrev fra HOD datert 29. mai 2012: *Tillegg til tildelingsbrev for 2012 – en gjennomgang av regionale og nasjonale kompetansesentre utenfor de regionale helseforetakene* (jf. vedlegg 1).

I oppdraget blir Helsedir bedt om:

- *Å gi en oversikt over hvilke sentre, kompetansenettverk, og lignende, som skal omfattes av gjennomgangen.*
- *Å foreslå entydige felles krav/mål for kompetansesentrene som disse senere kan evalueres mot, samt kartlegge hvor mange av sentrene som oppfyller disse målene i dag.*
- *En vurdering av om dagens kompetansesenterstruktur er formålstjenlig sett i forhold til å utnytte og utvikle ressursene best mulig.*
- *En vurdering og forslag til styringsstruktur som bidrar til løpende evaluering av eksisterende virksomheter, og at man til en hver tid har de kompetansesentra tjenesten har behov for.*
- *Å vurdere i hvilken grad vi har de kompetansesentrene helse- og omsorgstjenestens kompetansebehov tilsier. Er det behov for nye sentre? Kan/bør noen avvikes?*
- *Vurdere hvordan brukerperspektivet best kan ivaretas da det har betydning for tilgjengelighet og implementering av kompetanse i tjenestene.*

«Det er i gjennomgangen viktig med et bredt anlagt metodisk perspektiv.

Differensiering mellom regionale og nasjonale sentre vil være et særskilt tema for denne gjennomgangen. Finansieringen av disse sentrene er også annerledes enn de nasjonale kompetansetjenestene i spesialisthelsetjenesten. Flere av sentrene mottar bevilgning fra flere departement og det er viktig at dette tas hensyn til i gjennomgangen.

Direktoratet skal også beskrive sin rolle når det gjelder styring av kompetansesentrene, tildeling av midler, organisering av arbeidet samt hvilke rolle(r) direktoratet har i denne sammenhengen.»

Deloppdraget

Innenfor helsesektoren er det startet et arbeid for å tydeliggjøre samfunnsoppdragene for kompetansemiljøene for at disse i større grad kan understøtte tjenesteytingen. Det er særlig 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. Departementene deler direktoratenes vurdering av at det er viktig å se kompetansemiljøene som blant annet

har i oppgave å gi kunnskapsstøtte innenfor psykisk helse, barnevern, familievern, vold og rus i sammenheng.

Det vises til oppdrag datert 23. august 2012 fra HOD til Helsedir og oppdrag datert 31. august 2012 fra BLD til Bufdir. Oppdragene er identiske og som følger: *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* (jf. vedlegg 2).

I oppdraget over vises det til brev datert 30. april 2012 fra Bufdir og Helsedir til BLD og HOD (jf. vedlegg 5). Her skisseres arbeidsgruppens mandat:

1. *Gi en oversikt over dagens organisering med hensyn til mandat, rolle, organisering, styring og finansiering for alle kunnskaps- og kompetansemiljøer som har vesentlige oppgaver på feltet barnevern, familievern, psykisk helse, vold og rus, og som har sin vesentlige finansiering fra HOD/Helsedir eller BLD/Bufdir.*
2. *Beskrive hvilke roller miljøene kan ha for å bidra til*
 - a. *Kvalitetsutvikling av tjenestene på lokalnivå og på systemnivå*
 - b. *Praksisutvikling og kompetansebygging for tjenesteutøvere*
 - c. *Kunnskapsstøtte for beslutningstakere*
3. *Foreslå en eller flere modeller for organisering som bidrar til å utvikle og gi bedre utnyttelse av kunnskapsmiljøene og styrke deres rolle (jf. pkt. 2), samt beskrive synergier og utfordringer ved modellen(e).*

I dette oppdraget blir direktoratene i første omgang bedt om å se på sentrene i region sør - øst. Departementene angir i oppdragsbrevet at oppdraget er en delprosess, og at premissene for oppdraget er gitt i hovedoppdraget. Oppdraget skal inngå i den samlede gjennomgangen av kunnskaps- og kompetansesentrene.

Oppdragsbrevene gir følgende føringer for hoved- og deloppdraget:

- Gjennomgangen av alle kompetansesentrene utenfor spesialisthelsetjenesten skal sees i sammenheng
- Nasjonalt styringssystem for kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten etablert i 2011 skal være sentralt i gjennomgangen.
- Gjennomgangen skal se hen til de prosesser, evalueringer og vurderinger som direktoratene allerede er i gang med knyttet til flere av disse sentrene.
- Gjennomgangen skal være et samarbeid mellom Bufdir, Helsedir og kompetansesentrene
- Frist for begge oppdragene er høst 2013.

Tilleggsoppdrag

2. mai 2013 fikk Helsedir følgende oppdrag fra HOD: *Oppfølging av stortingsmelding om kvalitet og pasientsikkerhet -kommunene og fylkeskommunenes helse- og omsorgstjenester*
Det vises i oppdraget til Meld. St. 10 God kvalitet — trygge tjenester (jf. vedlegg 3).

Dette tilleggsoppdraget inneholder et deloppdrag som skal besvares i delrapport II:

«Stimulere til nettverk og arenaer for læring og kvalitetsforbedring.....Kompetanse- og utviklingssentre er viktige aktører som tilretteleggere for læringsnettverk. Arbeidet skal ses i sammenheng med kompetansesentrenes rolle/samfunnsoppdrag. Departementet viser her til oppdraget direktoratet har fått med å gjennomgå kompetansesentre utenfor RHFene med frist høsten 2013».

I brev av 12. august 2013 fikk Helsedir et oppdrag fra HOD knyttet til «Kvalitets- og pasientsikkerhetsmeldingen (Meld. St. 10). Oppdraget er formulert slik;

«Med utgangspunkt i direktoratets gjennomgang ber vi om at det vurderes å etablere et eget kompetansesenter for å styrke kompetansen i systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid i kommunenes helse- og omsorgstjenester. I denne vurderingen skal også seksjonen for kvalitetsutvikling i Kunnskapssenteret inngå».

Dette oppdraget vil bli besvart i delrapport II.

3.2 Mål med oppdragene

Målet med oppdragene er å gi anbefalinger som styrker arbeidet med de regionale og nasjonale kunnskaps- og kompetansesentrene utenfor spesialisthelsetjenesten. Bedre ressursutnyttelse, mer helhetlig og tettere samhandling, tydeligere samfunnsoppdrag og avklarte roller skal stå sentralt i gjennomgangen. Det skal lages et nasjonalt system som kan bidra til løpende evaluering av eksisterende virksomheter og som kan bidra til at man til enhver tid har de kunnskaps- og kompetansesentre tjenestene har behov for. Ny organisering og finansiering av kunnskaps- og kompetansemiljøene utenfor regionale helseforetak skal vurderes.

Direktoratene skal presentere et beslutningsgrunnlag for departementene der ulike modeller for organisering drøftes.

4 Nærmere om oppdragene - gjennomføringen

Dette kapittelet beskrives hvordan direktoratene har valgt å løse oppdragene.

Det ble dannet to prosjektgrupper - hovedprosjektet og delprosjektet.

Hovedprosjektet startet sitt arbeid høsten 2011. Helsedir etablerte en intern prosjektgruppe bestående av representanter fra forskjellige divisjoner. Prosjektets styringsgruppe var Helsedirs ledergruppe.

Delprosjektet er et samarbeid mellom Bufdir og Helsedir. Arbeidet startet høsten 2012 og har vært ledet av Helsedir med nestleder fra Bufdir. Begge direktoratene har deltatt i arbeids- og prosjektgruppen. Styringsgruppen består av direktørene i de to direktoratene. Delprosjektet opprettet en ekstern arbeidsgruppe bestående av representanter for de 11 inkluderte sentrene i delprosjektet.

Koordineringen av prosjektene internt i Helsedir er ivaretatt av et koordineringsråd. Prosjektlederne deltok i begge prosjekters arbeid i den grad det var hensiktsmessig.

Sammenslåing av prosjektene i Helsedirektoratet

Helsedirektoratet valgte i april 2013 å slå hoved- og delprosjekt sammen til ett prosjekt. Delprosjektets prosjektleder fortsatte som prosjektleder for den samlede gjennomgangen. Helsedirs ledergruppe er styringsgruppe for den samlede gjennomgangen. Delprosjektets arbeid er videreført i samarbeid med Bufdir som tidligere og med samme styringsgruppe. Føringer fra departementene er at de to gjennomgangene skal sees i sammenheng. Direktoratene har derfor valgt å lage en felles rapport, men vil omtale sentrene og fagområdet som inngår i delprosjektets spesielt, der det er hensiktsmessig.

Gjennomgangen av kunnskaps- og kompetansesentrene utenfor spesialisthelsetjenesten har følgende hovedtema:

- Gi en oversikt over dagens organisering med hensyn til mandat, rolle, organisering, styring og finansiering for alle kunnskaps- og kompetansemiljøer som har sin vesentlige finansiering fra HOD/Helsedir eller BLD/Bufdir
- Beskrive hvilket samfunnsoppdrag sentrene kan ha
- Foreslå flere modeller for organisering som bidrar til å utvikle og gi bedre utnyttelse av kunnskapsmiljøene og styrke deres rolle, samt beskrive synergier og utfordringer ved modellen(e)
 - Foreslå entydige felles krav/mål som sentrene senere kan evalueres mot
 - Foreslå en styringsstruktur som bidrar til løpende evaluering av eksisterende virksomheter og at man til enhver tid har de kompetansesentra tjenesten har behov for

- Beskrive hvilke roller direktoratene kan ha når det gjelder tildeling av midler og styring av kompetansesentrene
- Kartlegge hvor mange av disse senterne som oppfyller målene
- Vurdere i hvilken grad vi har de kompetansesentrene helse- og omsorgstjenestenes kompetansebehov tilsier
- Vurdere hvordan brukerperspektivet best kan ivaretas

4.1 Omfang og avgrensning av oppdragene

Oppdraget dreier seg kun om den delen av kunnskaps- og kompetansesentrenes virksomhet som finansieres gjennomtilskudd 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/ Bufdir². Dette innbefatter regionale og nasjonale kunnskaps- og kompetansesentre som er opprettet for å styrke kunnskapssvake områder og som blant annet 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 finnes 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.

² Flere av kunnskaps- og kompetansesentrene er medfinansiert av andre departementer, der både Justis- og beredskapsdepartementet, Forsvarsdepartementet, Fornyings-, administrasjons- og kirkedepartementet bidrar.

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 en 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.

Avgrensning

I hovedprosjektet har det vært dialog mellom Helsedir og HOD om hvilke kunnskaps- og kompetansesentre som skulle inkluderes i gjennomgangen (jf. blant annet brev fra HOD til Helsedir, november 2012).

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

Gjennomgangen av kunnskaps- og kompetansesentrene omfatter 34 nasjonale og regionale sentre. I tillegg er 40 utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjeneste (USHT) inkludert (jf. vedlegg 6).

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 fylt inn opplysninger om mandat, organisering/tilknytning, gjennomføring av oppdrag, samarbeid, informasjon og foreliggende evalueringer ³(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 sentre⁴. 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 resultatene bør derfor tolkes med forsiktighet. 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.

³ 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.

⁴ 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 Klinikken for seksuell opplysning i 2008.

Alle inkluderte sentre er informert om arbeidet og fremdriften i gjennomgangen via flere informasjonsbrev.

Involvering av kunnskaps- og kompetansesentrene 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, Omsorgsforskningssenterne, SERAF og Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ble alle tilbudt å møte med en til to representanter.

KS, Fylkesmennenes arbeidsutvalg, fagrådet i RHFene og Universitets- og høyskolerådet har blitt informert om gjennomgangen. Alle unntatt RHFene er bedt om å gi innspill til prosjektets arbeid. RHFenes rapport om Nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten er gjennomgått.

Dialog med oppdragsgiver

Helsedir orienterte HOD om arbeidet med gjennomgangen i et møte 8. mars 2013. Arbeidet med gjennomgangen av kunnskaps- og kompetansesentrene ble videre diskutert i et møte 4. april 2013 der HOD, BLD, Forsvarsdepartementet (FD), Kunnskapsdepartementet (KD), Bufdir og Helsedir var representert. I møtet ble det fastslått at prosjektets rapport skulle bestå av to delrapporter. Første delrapport skal beskrive organiseringen av dagens kunnskaps- og kompetansesentre med hensyn til mandat, rolle, organisering, styring og finansiering. Delrapporten skal videre beskrive hvilken rolle sentrene kan ha for å bidra til kvalitetsutvikling av tjenester på lokalt nivå og systemnivå, praksisutvikling og kompetansebygging for tjenesteutøvere og bidra med kunnskapsstøtte til beslutningstakere. Denne rapporten skal sendes på høring til inkluderte kunnskaps- og kompetansesentre, deres eiere og samarbeidspartnere.

5 Beskrivelse av 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 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.

Det er behov for at direktoratene samordner og legger klarere føringer for satsingsområder og samarbeid. Videre må direktoratene lage rutiner for oppfølging med tydelige rapporteringskrav for å sikre måloppnåelse på prioriterte områder.

Kunnskaps- og kompetansesentrene bør organiseres slik at målgruppen får et likeverdig tilbud uavhengig av geografi. I dette henseende bør vekting av nasjonale og regionale funksjoner vurderes.

Kunnskaps- og kompetansesentrene bør ha 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 sammenfattet 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

5.1 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	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).

Som det fremkommer i kap 3 er 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, 14 er helt eller delvis eid av universiteter og høyskoler, 4 er organisert i en stiftelse, 2 er privat eid AS, 2 eies av Oslo kommune, 1 av en fylkeskommune og 4 av ideelle/private organisasjoner⁵.

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

Ved opprettelsen har myndighetene i de fleste tilfellene lagt kunnskaps- og kompetansesentre til eksisterende fagmiljøer eller organisasjoner⁶. 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 gjennomsnittsstilling (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 løst 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 nasjonale føringer, utredninger, opptrappingsplaner eller Stortingsmeldinger.

⁶ 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.

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 og andre departementer, og hvilke som er finansiert på annen måte. 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, Allmenntilleggsfond, Helse Bergen, Stiftelsen Norsk Luftambulans, Norsk forening for allmenntilleggsmedisin, 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, men understreker at dette ikke må medføre økt byråkrati. Begrunnelsen de gir for dette 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.

Nasjonalt styringssystem for nasjonale kompetansetjenester innenfor RHFene er opprettet for å ivareta en helhetlig nasjonal prioritering av sentrenes virksomhet og en rasjonell ressursutnyttelse. Systemet skal legge til rette for likeverdig tilgang til kompetanse. Rammen for tjenestenes virksomhet er regulert gjennom forskrift. Godkjenning av nye, endring og nedleggelse av sentre er regulert gjennom styringssystemet. I dag finnes ikke et tilsvarende system for kunnskaps og kompetansesentrene utenfor spesialisthelsetjenesten.

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 en prosess med å utarbeide en felles del i tilskuddsbrevet til 18 sentre på feltet psykisk helse, rus og vold og traume⁷ som skal angi felles mål og føringer for sentrene. Målet med denne prosessen er å få bedre samordning og ressursutnyttelse mellom sentrene. Når det gjelder tilskuddsbrev til RKBUEne utarbeider Helsedir og Bufdir et felles brev. I hvilken grad dette har ført til tydeligere ansvarsfordeling og bedre samarbeid er så langt ikke undersøkt. Det er ikke gjort tilsvarende arbeid for de øvrige sentrene i gjennomgangen.

Når det gjelder rapportering opplever enkelte kunnskaps- og kompetansesentre 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

⁷ Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene (NAPHA), Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS), Nasjonalt senter for selvmordsforskning og – forebygging (NSFF), Regionale kompetansesentre – Rus (KORUS), Regionale kunnskapssentre for barn og unges psykisk helse og barnevern (RKBUE) og Regionsenter for barn og unge psykiske helse (RBUP), Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS)

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 disse 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. I dag gjøres dette årlig for ca. 1 % av ordningene. Hvor ofte det skjer interne evalueringer i direktoratene er ikke kartlagt.

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 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.

5.2 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 oppgitt⁸. 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 kompetansesentre som er kategorisert under «kompetansehevende tiltak overfor tjenesteutøvere» rapporterer at evaluering, og i noen grad forskningsarbeid, er en del av virksomheten, men at hovedtyngden faller innenfor kompetansehevende tiltak overfor tjenesteutøverne.

⁸ Utfyllende beskrivelse av det enkelte senter finnes i vedlegg 9.

	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 for 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 kunnskapssenter 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 for 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 kompetansesenter 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 forskningscenter innen komplementær og alternativ medisin (NAFKAM), Nasjonalt kunnskapssenter om vold og

traumatisk stress (NKVTS), Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM), Nasjonalt senter for legevaksmedisin (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 doktorgradstillinger.

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 målgruppene⁹.

⁹ 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.

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.

Kompetansehevende tiltak, rådgivning, informasjon og kunnskapsutvikling

Som det fremkommer av figur 4 har kunnskaps- og kompetansesentrene innenfor denne gruppen har 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 målgruppene¹⁰.

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

¹⁰ 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.

barneverntjenesten, lærere, psykologer, fastleger og ansatte innen frivillige virksomhet med videre. I samtaler 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 kompetansehevede 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.

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 kompetansehevede tiltak og implementeringsstøtte til tjenestuteøvere som sitt arbeidsfelt.

Forskning, kunnskapsutvikling samt i varierende grad kompetansehevede tiltak	Rettet mot befolkning	Rettet mot kommuner	Rettet mot spesialisthelsetjenesten og statlig barnevern	Eier
Atferdssenteret		+++	++	Universitet/Unirand
NAFKAM	++	++	+	Universitet
NSDM		++++	+	Universitet
NKLM		++++	+	Universitet, UniHelse
NKVTS		++	+++	Universitet/Unirand
NSSF		+	++++	Universitet
RKBU (Nord, Midt, Vest)		+++	++	Universitet/ UniHelse
RBUP Øst og Sør				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 målgruppene¹¹.

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 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 kompetansehevende 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

¹¹ 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.

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 akutfase. Kun NKVTS har en formalisert rolle som rådgiver for myndighetene, i tråd med Nasjonal Helse- og beredskapsplan fra juli 2012. Planen er under revidering.

¹² 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
Barnevern og psykisk helse- barn og unge*	RKBU; Nord, Midt, Vest og RBUP Øst og Sør	Atferdssenteret
Erfaringskompetanse og selvhjelp		Erfaringskompetanse Selvhjelp Norge
Medisin, inkl allmennmedisin, legevaktmedisin, alternativ medisin og samisk helse		ASP NAFKAM NKLM NSDM Samisk helseforskning
Prostitusjon		PRO senteret
Psykisk helse – voksne*		NAPHA
Rus og rusforebyggende arbeid*	KoRus; Nord, Midt, Vest-Bergen, Vest-Stavanger, Sør, Øst og Oslo	
Rådgiving og informasjon om helse og seksualitet		Klara klok SUSS Sex og samfunn
Utviklingshemming		NAKU
Vold, traumatisk stress, selvmord og flyktningehelse og tvungen migrasjon*	RVTS; Nord, Midt, Vest, Sør og Øst	NAKMI NKVTS NSSF SfK

Fig 6 Fagområder og vekting mellom regionale og nasjonale funksjoner. Fagområder markert med * er de som 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 RKBU/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 fagområder¹³. 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 kompetansesentre¹⁴. De fem regionale RVTS ble opprettet for å bistå det utøvende tjenesteapparatet i regionene, mens de 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 RKBUP/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.

¹³ 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.

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 direktoratet 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.

5.3 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 har ansvar for å ha oversikt over kompetansebehov og utfordringer i egen region. 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 kompetansehevede 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. Kontakten i kommunene går ikke alltid gjennom vanlige styringslinjer, og noen ganger er det kjennskap til personer 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 uklarheter 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 ansvar overfor målgruppen, både overfor kommuner, spesialisthelsetjeneste og statlig barnevern. Om sammenslåingen har hatt ønsket effekt, er ikke evaluert.

Evalueringsrapportene i forhold til regionale kunnskaps- og kompetansesentre viser at det enkelte senter ikke er kjent blant hele målgruppen. 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 kompetansehevede 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 netjtjenester, 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 videreutdanninger. 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 kompetansesentrene 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 tilskuddsbrevet.

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 tilskuddsbrevet 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- og 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.

5.4 Sammendrag

Departementets mål for gjennomgangen er styrking av kunnskaps- og kompetansesentrene som retter seg mot de kommunale helse-, velferds- og omsorgstjenestene. 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 mangefasettert 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.

Utfordringsbilde 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 målgruppen 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 målgruppens behov

6 Kunnskaps- og kompetansesentrenes samfunnsoppdrag

Sammendrag – samfunnsoppdraget

En tjeneste for tjenesten.

Mål: Gode, trygge og effektive helse-, omsorgs- og velferdstjenester

Kunnskaps- og kompetansesentrene skal være viktige aktører for fortsatt utvikling av helse-, omsorgs- og velferdstjenester nasjonalt, regionalt og lokalt. Sentrenes samfunnsoppdrag og primære oppgave skal være å støtte kvalitetsutvikling av tjenesteapparatet gjennom praksisutvikling, kompetansebygging, samordning og nettverksbygging. Sentrene skal bygge bro mellom forskning og praksis, og skal bidra til at kunnskapsbaserte beslutninger tas i tjenestene og i forvaltningen. Kunnskaps- og kompetansesentrene skal gjøre kunnskap tilgjengelig ved å være pådrivere for at kunnskap oppsummeres og spres, implementeres og evalueres, at resultater følges opp og blir en del av kvalitetsutviklingsprosessen.

Sentrene skal gjennom spredning og implementeringsstøtte bidra til at tjenestene selv tar i bruk kunnskapsbaserte og effektive tiltak og metoder for kvalitetsforbedring, og at det legges til rette for videre kvalitetsutvikling gjennom innovasjon og systematisk brukermedvirkning. Kunnskaps- og kompetansesentrene skal også bidra til å identifisere kunnskapsbehov. Sentrenes forskning skal ha som mål; stadig kvalitetsutvikling av tjenestene. Den skal være anvendt, praksisnær og foregå sammen med tjenestene.

Kompetanseheving gjennom utdanninger og undervisning på kunnskapssvake eller politisk prioriterte områder, og som ikke allerede inngår i studietilbudet ved ordinære utdanningsinstitusjoner, er et virkemiddel senterne kan benytte. Sentrene skal imidlertid ikke ha ansvaret for grunnutdanninger. Det må være et formalisert samarbeid mellom utdanningsinstitusjonene og kunnskaps- og kompetansesentrene med klare rollefordelinger, slik at den kunnskapen sentrene utvikler raskt kan tas i bruk av utdanningsinstitusjonene.

Dette kapitlet beskriver hva direktoratene anbefaler skal være kunnskaps- og kompetansesentrenes samfunnsoppdrag, her i blant sentrenes roller og oppgaver, mål og virkemidler.

Det finnes ingen felles forståelse av samfunnsoppdraget eller en omforent oppgaveportefølje for sentrene som inngår i gjennomgangen. Den følgende beskrivelsen av samfunnsoppdraget representerer det direktoratene anbefaler blir kunnskaps- og kompetansesentrenes framtidige samfunnsoppdrag. Det medfører at enkelte sentre per i dag ikke fyller de kravene som her settes.

6.1 Kunnskap- og kompetansesentrenes rolle i velferdsutviklingen

Offentlig forvaltning har et sentralt ansvar for den fremtidige velferdsutviklingen og for å yte gode, trygge og effektive helse-, omsorgs- og velferdstjenester.

En rekke dokumenter og meldinger peker på at velferdstjenestene står overfor store utfordringer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Utfordringer relatert til kunnskap og kompetanse finnes på flere områder, men en sentral utfordring og faktor med stor betydning er landets demografi. Tall fra SSB for 2011 viser at av landets 429 kommuner har hele 319 kommuner under 10 000 innbyggere. Det er nærliggende å anta at de minste kommunene har utfordringer med hensyn til å rekruttere og beholde, bygge og spre kompetanse. Det er videre nærliggende å anta at små fagmiljøer med forholdsvis knappe ressurser, som for eksempel helsestasjon og barnevern, står overfor særlige utfordringer. Samhandlingsreformen trådte i kraft 1. januar 2012 med to nye lover, Helse og omsorgstjenesteloven og Folkehelseloven, og en rekke økonomiske og faglige virkemidler. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten skal utvikles i tråd med målene med samhandlingsreformen. En større del av veksten i helsebudsjettene fremover skal forvaltes av kommunene. Endringer i barnevernloven, Prop. 106 L (2012-2013), (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2013) medfører at Bufdir gis et ansvar for fagligutviklingen på hele barnevernområdet.

Det er viktig at statlige myndigheter har virkemidler som kan bidra til at tjenesteutøvere og beslutningstakere på ulike nivå får tilgang til nødvendig kunnskap og kompetanse, slik at krav til rettssikkerhet, likeverd og god kvalitet i tjenestene kan ivaretas. Et sentralt spørsmål er hvordan samfunnet både nå og i framtiden må innrettes for å opprettholde et velfungerende velferdssamfunn med tjenester som bidrar til høy leve- og livsstandard, høy grad av utjevning mellom befolkning og landsdeler og med trygghet for alle. Tjenestene må bygge på best mulig og tilgjengelig kunnskap og kompetanse slik at kvalitet og forsvarlighet sikres. Beslutningstakere er avhengig av å ha gode virkemidler og funksjonelle strukturer slik at utfordringer kanaliseres og viktige grep kan tas. Helsedirs og Bufdirs kvalitetskriterier for tjenestene¹⁵ framhever at tjenestene skal:

- være virkningsfulle
- være trygge og sikre
- involvere brukerne og gi dem innflytelse
- være samordnet og preget av kontinuitet
- utnytter ressursene på en god måte
- være tilgjengelig og rettferdig fordelt

¹⁵ Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (- 2015)

Kunnskaps- og kompetansesentrene samfunnsoppdrag må bidra til å understøtte de seks kvalitetsdimensjonene.

De regionale og nasjonale kunnskaps- og kompetansesentrene er en sentral del av nasjonale myndigheters satsning på å styrke kompetansen på politisk prioriterte og kunnskapssvake områder, i tjenestene og på tvers av tjenesteområder. Sentrene kan være viktige kanaler for statlige myndigheters iverksetting av politiske mål. Det er spesielt behov for å styrke kunnskaps- og kompetansemiljøer som retter seg mot den kommunale helse- og omsorgstjenesten, barneverntjenestene og det tverrsektorielle folkehelsearbeidet.

6.2 Andre kunnskaps- og kompetanseaktører – ansvar og roller

I det følgende gis en kort redegjørelse av offentlig forvaltnings ansvar for finansiering, fagutvikling og kompetanseutvikling på ulike nivåer og overfor ulike sektorer. Deretter gis en kort redegjørelse for andre aktører med tilstøtende roller, mål og oppgaver som det kunnskaps- og kompetansesentrene har og samarbeidet med disse. Det er behov for å avklare kunnskaps- og kompetansesentrenes rolle og oppgaver i forhold til andre kunnskaps- og kompetanseprodusenter.

Departementene og direktoratene har ansvar for ulike fagområder og finansiering av målrettet kompetansebygging i egen sektor, og som forvalter har direktoratene ansvar for å anvende og fortolke de lover og det regelverket som de gis myndighet til å forvalte av departementet.

Departementenes brede sektoransvar omfatter forskning ”på vegne av sektoren” og kan kalles et ”sørge for” ansvar. Det omfatter videre et ansvar for forskning, både langsiktig og anvendt, på vegne av sektoren. Dette er forskning som ikke brukes direkte inn i politikkutforming eller forvaltning, men som danner viktig grunnlag for utvikling av sektoren og for å nå målene i sektorpolitikken (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2004).

Kunnskapsdepartementet (KD) har det overordnede ansvaret for forskning og utdanning, mens øvrige departementer har ansvar for forskning som understøtter kunnskapsbehovet innenfor eget ansvarsområde (sektoransvaret). KD har hovedansvar for basisbevilgningen til universiteter og høyskoler, den langsiktige kompetansebyggingen i disse institusjonene og finansiering av grunnforskning.

I rapporten til Direktoratet for forvaltning og IKT framgår det at **direktoratenes faglige rolle** kan deles i en rolle som faglig rådgiver for departementet og som kompetanseorgan utad overfor sektoren, andre offentlige organer og allmennheten (Direktoratet for forvaltning og IKT, 2008). Denne rollen ivaretas blant annet gjennom å utarbeide kunnskapsgrunnlag for politikkutforming og utvikling av etaten, men også gjennom virkemidler som informasjon,

veiledere og retningslinjer. Direktoratene har i tillegg en iverksetterrolle og rolle som etatsleder. Iverksetterrolle omfatter myndighetsutøvelse, herunder forvaltning av regelverk og tilskudd, løpende iverksetting av vedtatt politikk og tjenesteyting. Overfor kommunene opptrer direktoratene både i rollen som iverksetter og i rollen som faglig organ.

Helsedir opptrer normerende overfor utøvende helse- og omsorgstjeneste med retningslinjer som vesentlig virkemiddel. Vedtatte endringer i barnevernloven i 2013 gir Bufdir ansvar for faglig utvikling på hele barnevernområdet, hvor direktoratets mandat blir utvidet til også å gjelde kunnskaps- og tiltaksutvikling innenfor det kommunale barnevernet. Direktoratene utøver ikke selv forskning, men gjennom å disponere midler til FoU-virksomhet, sammenstille kunnskap på utvalgte områder, delta i forskningsprosjekter, eller på annen måte medvirke til eller legger til rette for forskning, er også de kunnskapsprodusenter.

Fylkesmannen er et viktig bindeledd mellom kommunene og sentrale myndigheter. Fylkesmannen utfører ulike forvaltningsoppgaver på vegne av departementene, kontrollerer kommunenes virksomhet og er klageinstans for kommunale vedtak. Fylkesmannen samordner statlige virksomheter og deres arbeid mot kommunene. Fylkesmannen er sektormyndighet på en rekke viktige politikkområder, har fagkunnskap på en rekke overordnede samfunnsområder og besitter viktig lokalkunnskap. Fylkesmannen skal videre holde sentrale myndigheter orientert om viktige spørsmål i fylket og formidle relevant informasjon til kommunale, fylkeskommunale og statlige organer. Fylkesmannen driver også kurs og opplæring og veiledning overfor kommunene, og har tilgrensende oppgaver til kompetansesentrene, og må være en viktig samarbeidspartner for sentrene.

Kommunene har ansvar for en rekke viktige samfunnstjenester. **Kommunene og fylkeskommunene** er derfor viktige målgrupper og samarbeidspartnere for kunnskaps- og kompetansesentrene. Både kommuner og fylkeskommuner driver informasjonsvirksomhet, opplæring og kompetansebygging overfor eget tjenesteapparat. Verken kommunene, fylkeskommunene eller den enkelte praksis er forpliktet til å drive med forskning og innovasjon innenfor sine fagområder. I følge Helse- og omsorgstjenesteloven skal imidlertid kommunene medvirke til og tilrettelegge for forskning. Videre er det innen allmennmedisin og tannhelsetjenesten under etablering forskningsnettverk som skal understøtte praksisnær forskning i kommunene/fylkeskommunene.

De regionale helseforetakene (RHF) har ansvar for spesialisthelsetjenestene i en region og hovedoppgavene er pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende. Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten framgår blant annet av Rundskriv 1-3/2013. Det er en rekke kompetansesentre i RHFene som i hovedsak finansieres gjennom RHFenes ramme. Disse omfattes av styringssystem for nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten, og er regulert gjennom forskrift nr 1706 av 17. desember 2010 om godkjenning av sykehus, bruk av

betegnelsen universitetssykehus og nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten (jf. faktaboks). Målet med det etablerte styringssystemet er å ivareta en helhetlig nasjonal prioritering av sentrenes virksomhet og en rasjonell ressursutnyttelse. Systemet skal legge til rette for likeverdig tilgang til kompetanse og høyspesialisert behandling. Ved opprettelse stilles det krav til at senteret skal gi en helsemessig tilleggsgevinst, føre til økt kvalitet og kompetanse og gi bedre kostnadseffektivitet. Senteret skal utarbeide resultatmål for sin aktivitet og skal rapportere årlig etter fastsatte kriterier. Erfaringene fra styringssystemet for nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten har betydelig overføringsverdi for arbeidet med gjennomgangen av kunnskaps- og kompetansesentre utenfor spesialisthelsetjenesten, og vil bli drøftet i delrapport II.

Utdanningsinstitusjoner driver med forskning og opplæring som skal forsyne tjenestene med kompetanse. St meld nr 13 (2011-2012) *Utdanning for velferd* omhandler blant annet behovet for endringer i de helse- og sosialfaglige utdanningene på alle nivåer i utdanningssystemet, samt helse- og sosialfaglig forskning og utviklingsarbeid. Meldingen drøfter sammenhengen mellom forskning, utdanning og arbeidsliv/tjenesteutøvelse/praksis, og setter søkelys på de høyere utdanningsinstitusjonenes rolle i forhold til at utdanningene skal være forskningsbasert og skal produsere forskning og kunnskap som er relevant for tjenesten. Målet er at utdanningene skal svare bedre på framtidens kompetansebehov og bidra til tjenester av høy kvalitet. Forskningen som foregår skal være uavhengig, men høgskoler og universiteter skal bidra til at resultater fra forskning blir spredt og formidlet. For å styrke praksisnær forskning og utvikling, og samspill mellom profesjonsutdanningene og de kommunale omsorgstjenestene, er det i perioden 2006-2008 etablert fem nye sentra for omsorgsforskning i tilknytning til høgskoler og universiteter som utdanner helse- og sosialpersonell.

Instituttsektoren er en egen FoU-utførende sektor ved siden av universitet- og høgskolesektoren, næringslivet og helseforetakene. Instituttsektoren består av forskningsenheter som utfører forskning og utviklingsarbeid (FoU) på et ikke-kommersielt grunnlag, og som organisatorisk ikke sorterer direkte under et lærested eller et helseforetak. Instituttene har vokst fram på ulike tidspunkter, med ulike begrunnelse og organisering. De fleste instituttene er etablert etter offentlig initiativ fra Forskningsrådet, departementene eller regionale myndigheter, eller UH-institusjoner. I St.meld. nr. 18 (2012–2013) *Lange linjer- kunnskap gir muligheter*, pekes det på at sterke og levedyktige forskningsinstitutter som kan betjene næringsliv og offentlig sektor, er et overordnet mål i forskningspolitikken.

Norges forskningsråd (NFR) har både en operativ rolle gjennom forvaltning av midler til forskning, en rådgiverrolle i forskningspolitikken og er en sentral aktør for å skape møteplasser mellom forskere og brukere av forskning og de som finansierer forskning, og å medvirke til internasjonalisering av norsk forskning.

Forskningsrådets viktigste funksjon er å være en nasjonal konkurransearena og sikre kvalitet i forskningen, i tillegg til å bidra til forskning på områder som departementene har prioritert.

Kanaliserings av forskningsmidler til Forskningsrådet bidrar til å skape distanse, nødvendig uavhengighet og langsiktighet og koordinering mellom departementene.

Ordningen med **regionale forskningsfond** ble iverksatt i 2010 og har som mål å styrke forskning for regional innovasjon og utvikling, og mobilisere til økt forskningsinnsats i regionene.

I St meld nr. 20 (2004-2005) Vilje til forskning legges det til grunn at mindre forskningsprosjekter skal finansieres av institusjoner som universiteter, høyskoler og RHFene. Større forskningsprosjekter skal finansieres av Forskningsrådet.

Mens den forskningen som foregår innenfor eksempelvis Forskningsrådet, Folkehelseinstituttet og de regionale helseforetakene er av langsiktig karakter, er den oppdragsfinansierte forskningen finansiert av det enkelte departement mer av kortsiktig karakter (evalueringsoppdrag, kunnskapsgrunnlag og kunnskap på strategiske områder).

6.3 Samfunnsoppdraget – «en tjeneste for tjenesten»

Lov og forskrift, normative pålegg og økonomiske virkemidler er ikke tilstrekkelig for å styrke kvaliteten i helse-, omsorgs- og velferdstjenestene. Tjenestene har behov for faglig støtte, veiledning, formaliserte samarbeidsstrukturer og hjelp til kvalitetsutvikling.

Kunnskaps- og kompetansesentrene skal ha et annet samfunnsoppdrag, og andre mål og oppgaver, enn forvaltningen, helseforetakene, universiteter og høyskoler og forskningsinstitutter. Kunnskaps- og kompetansesentrenes samfunnsoppdrag, rolle og oppgaver skal ses opp mot:

- behovet for å løse utfordringer på helse-, omsorgs- og velferdsområdet på kort og lang sikt
- andre sentrale kunnskaps- og kompetanseprodusenters rolle og oppgaver

Det er behov for en differensiering og spesifisering av samfunnsoppdrag, målgruppe, roller og oppgaver for regionale versus nasjonale kunnskaps- og kompetansesentre, og hvilke funksjoner disse skal ha.

Kunnskaps- og kompetansesentrenes oppgaver skal være å 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. Deres primære oppgave er å bistå tjenestene slik at tjenestene selv tar i bruk og implementerer kunnskapsbaserte tiltak og strategier.

Kunnskaps- og kompetansesentrene skal ikke være et forvaltningsorgan. De skal ikke fungere som faglig normerende eller ha ansvar for prioriteringer på feltet.

Målgruppe for sentrenes virksomhet er:

- 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 sluttbruker av tjenestene.

Private aktører kan inngå i målgruppen. Det bør vurderes om tjenester som utføres for private aktører skal prissettes.

Kunnskaps- og kompetansesentrene skal inngå i samarbeidsrelasjoner med relevante aktører på tilstøtende områder. Sentrale samarbeidspartnere for sentrene, foruten primærmålgruppene nevnt over, er eksempelvis regionale Bufetat, regionale helseforetak, Fylkesmannen, universitet- og høyskolesektoren, instituttsektoren, brukerorganisasjoner, frivillig sektor og øvrige kunnskaps- og kompetansemiljøer. Sentrene skal inngå og drifte i nettverk og arenaer for læring og kvalitetsforbedringer jf. Stortingsmelding 10 om kvalitet og pasientsikkerhet.

Regionale og nasjonale funksjoner

Roller og oppgaver til sentre med regionale versus nasjonale funksjoner vil være forskjellige. Nasjonale kompetansesentre kan ha regionale funksjoner og regionale kompetansesentre kan ha nasjonale funksjoner.

Nasjonale funksjoner skal ha et overordnet ansvar for 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 nasjonal funksjon vil inngå i samarbeidsstrukturer med andre kunnskaps- og kompetanseaktører på nasjonalt nivå og bør inngå i nettverk med andre nasjonale kompetanseenheter, for å sikre samordning mellom fagmiljøer og hindre duplisering.

Regionale funksjoner skal sikre nærhet til tjenestene og praksisfeltet. 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. Regional funksjon innebærer overordnet ansvar for implementering og metodestøtte til målgruppene. Det kan også innebære oppdrag knyttet til anvendt, praksisnær forskning, der sentrene kan bistå i evalueringer og vurderinger av iverksatte tiltak, og hvor siktemålet er kvalitetsutvikling.

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.

Kunnskaps og kompetansesentrenes rolle i beredskapssituasjoner

Det er behov for å avklare kunnskaps- og kompetansesentrenes rolle i beredskapsarbeid. Kunnskaps og kompetansesentrene skal bidra i helsesektorens beredskapsarbeid. I akutt fase skal sentrene gi råd til myndighetene. På oppdrag fra myndighetene skal de gi råd og formidle informasjon til befolkningen, tjenestene og andre aktører som medier. I oppfølgingsfasen skal sentrene bygge opp kunnskap gjennom forskning og utviklingsarbeid på området vold, traumer og sorgprosesser. De skal formidle kunnskap og bygge opp kompetansen på fagfeltet hos senterets målgrupper. Etablering og vedlikehold av faglige nettverk er verktøy kan benyttes. Etter avtale skal sentrene bistå myndighetene i deres arbeid med psykososial oppfølging av de rammede.

6.4 Oppsummering - samfunnsoppdraget

Kunnskaps- og kompetansesentrenes samfunnsoppdrag, primære rolle og oppgave, skal være å støtte kvalitetsutvikling av tjenestene gjennom kompetansebygging og praksisutvikling. Sentrene skal bygge bro mellom forskning og praksis og bidra til mer kunnskapsbaserte beslutninger både i tjenestene og i offentlig forvaltning. Kunnskaps- og kompetansesentrene skal være pådrivere for at kunnskap spres, resultater følges opp og ny kunnskap skapes med støtte i oppfølgingen. Forskning i regi av sentrene, finansiert gjennom tilskudd og midler fra departementer og direktorater, skal være anvendt og praksisnær forskning i tillegg til forskningsbaserte evalueringer/følgforskning av iverksatte tiltak samt kunnskapsoppsummeringer/sammenstillinger. Dette bør foregå sammen med tjenestene med forankring i tjenestenes ledelse. 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. Kunnskaps- og kompetansesentrene bør også ha en viktig oppgave med å identifisere kunnskapsbehov og kunnskapsutfordringer. Annen forskning (grunnforskning) bør søkes finansiert gjennom andre finansieringskilder, som for eksempel NFR og regionale forskningsfond.

Etter direktoratenes vurdering bør ikke sentrene drive grunnutdanninger. Det kan imidlertid være nødvendig at sentrene driver eller bidrar til utdanning på kunnskapssvake områder, der sentrene besitter spesialistkompetanse, som ikke inngår i det ordinære utdanningstilbudet (for eksempel skjulte, tabuiserte, politiserte temaer, eller midlertidige tverrfaglige tema). Det må imidlertid finnes et formalisert samarbeid mellom utdanningsinstitusjonene, forskningsmiljøer og kompetansesentre slik at roller og ansvar, på kort og lang sikt, kan tydeliggjøres og utdanningene kan innrettes mer mot behovene i praksis. Sentrenes kunnskap må raskt kunne tas i bruk av utdanningsinstitusjonene. Både Arbeids- og velferdsdirektoratet (AVdir) og Bufdir har opprettet samarbeidsorgan mellom universitet- og

høgskolesektorene og praksisfeltet for å bedre utdanningene, og liknende initiativ er tatt overfor Helsedir.

Sentrenes samfunnsoppdrag og rolle basert på drøftingene over:

- Kunnskapsutvikling og kunnskapsoppbygging (både overfor tjeneste og offentlig forvaltning)
- Brobygger mellom forskning og praksis
 - Bidra til å implementere kunnskapsbaserte tiltak og beslutninger både i tjeneste og offentlig forvaltning
 - Bidra til at praksis formidler kunnskaps- og forskningsbehov
 - Bistå praksisfeltet med evaluering og kvalitetssikring av tjenester
- Støtte kvalitetsutvikling og innovasjon i tjenestene
 - Kompetansebygging
 - Praksis- og tjenesteutvikling
 - Samordning og nettverksbygging
- Identifisere kunnskapsbehov og forskningsbehov

Dette kan gjøres gjennom bruk av følgende virkemidler:

Utvikling og implementeringsstøtte:

- **Metodeutvikling/modellutvikling/tjenesteutvikling med systematisk brukermedvirkning**, (implementering og spredning, bistå ved utprøving og bistå ved nasjonal normering av tjenester)
- **Kartlegge kunnskapsbehov i og gi kunnskapsstøtte** til målgruppene
- **Tverrfaglig og tverretatlig samarbeid og nettverksbygging**
- **Opplæring og undervisning** (etter-, videre- og spesialistutdanning) – koordinert med andre sentrale aktører (eksempelvis andre kunnskapssentre og/eller utdanningsinstitusjoner) og i tråd med målgruppen(es) behov
- **Veiledning/rådgivning** til målgruppene
- **Bistå målgruppene med implementering av nasjonale faglige retningslinjer og veiledere**

Formidling:

- **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.

Forskning:

- **Anvendt forskning** (praksisnær forskning og evalueringsforskning koordinert med andre sentrale aktører (eksempelvis forskningsmiljøer) og i tråd med målgruppenes behov)
- **Evaluering av praksis og metoder** (pilottesting, modeller for tjenesteutøvelse)
- **Kunnskapssammenstilling, oppsummering av praksis** (bør drøftes opp mot og være forskjellig fra kunnskapsoppsummeringer i regi av Kunnskapssenteret)

Implikasjoner av foreslått samfunnsoppdrag

Enkelte kunnskaps- og kompetansesentres virksomhet ligger i dag delvis utenfor samfunnsoppdraget slik det er foreslått i denne rapporten. Forslag til organisatoriske endringer og anbefalinger for den enkelte virksomhet vil bli drøftet i neste leveranse, delrapport II. Her peker vi på noen implikasjoner det foreslåtte samfunnsoppdraget får for sentre som er inkludert i gjennomgangen.

Målgruppe

Noen inkluderte sentre har ikke tjenesteutøvere innen helse-, omsorgs- eller velferdstjenestene som sin primære målgruppe. Derimot er rådgivning rettet direkte mot enkeltindivider eller befolkningen gjennom telefontjenester og/eller netttjenester deres hovedvirksomhet. Det foreslåtte samfunnsoppdraget innebærer at kunnskaps- og kompetansesentrene skal være en tjeneste for tjenestene og at pasienter og klienter ikke skal være kompetansesentrenes primære målgruppe. Av dette følger at noen av sentrene i gjennomgangen ikke vil få status som et kunnskaps- og kompetansesenter.

Kunnskapsbasert virksomhet

Det er en grunnleggende forutsetning for å være et kunnskaps- og kompetansesenter at senterets virksomhet bygger på dokumenterte metoder og kunnskap. Enkelte sentre som omfattes av gjennomgangen bygger i mindre grad sine tiltak på dokumentert kunnskap, og evaluerer ikke de tiltak de iverksetter. Dette innebærer at dersom disse sentrene skal være et kunnskaps- og kompetansesenter, må de dreie sin virksomhet og i større grad ta i bruk dokumenterte metoder og kunnskap.

Forskning

Kunnskaps- og kompetansesentrene skal ikke benytte tilskuddsmidler de mottar til sentervirksomheten til grunnforskning. Sentrene skal arbeide med kunnskapsutvikling og kunnskapsoppbygging. Forskning i regi av sentrene skal være anvendt og praksisnær forskning, og skal foregå sammen med tjenestene. Tiltak som iverksettes skal evalueres. Sentre som i dag benytter tilskuddsmidler til grunnforskning, må søke denne forskningen finansiert gjennom andre kilder.

Opplæring og undervisning

Kunnskaps- og kompetansesentrenes hovedvirksomhet skal være å støtte kvalitetsutviklingen av tjenestene. Kunnskaps- og kompetansesentrene skal bidra til opplæring og undervisning (etter-, videre- og spesialistundervisning) koordinert med andre sentrale aktører og i tråd med målgruppene/ tjenestenes behov. Kunnskaps- og kompetansesentrene skal ikke ha ansvar for grunnutdanninger, men kompetanseheving gjennom utdanning og undervisning på kunnskapssvake områder er et virkemiddel sentrene kan benytte. Dette innebærer at noen sentre i mindre grad enn i dag skal bruke sine resurser inn i grunnutdanningen, men i større grad skal rette sin innsats mot ansvarlige tjenesteutøvere i første- og andrelinjen.

Definisjon av begreper

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.

Ressursentrene 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.

Styring

Brukes her om aktiviteter av faglig og administrativ karakter for å påvirke og følge opp resultatene og oppgaveløsningen i kunnskaps- og kompetansesentrene.

Helse-, omsorgs- og velferdstjenester

I denne rapporten benyttes helse-, omsorgs og velferdstjenester om alle de tjenester som kunnskaps- og kompetansesentrenes virksomheter rettes mot. Målgruppen 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)¹⁶ 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

¹⁶ Utdrag fra OECDs "Frascati manual" i norsk oversettelse, NIFU (2004).

- 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 innovasjonsaktiviteten¹⁷.

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).

¹⁷ 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). Rapport 2008:14 Direktoratenes faglige rolle - En rolle under økende press?

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

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.

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

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

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.

Deloitte. (2011). *Evaluering av faglig og økonomisk styring i det statlige barnevernet*.

Fafo og NOVA. (2011). *Institusjonsplassering - siste utvei? Betydning av barnevernsreformen fra 2004 for institusjonstilbudet*.

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*.

Gulbrandsson, K. (2007). *Från nyhet til vardagsnytta - Om implementeringens mödosamma konst*. Statens Folkhälsoinstitut.

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

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

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.

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.*

Faktabokser

Nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten

I januar 2011 trådte forskrift av 17. desember 2010 om godkjenning av sykehus, bruk av betegnelsen universitetssykehus og nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten i kraft. Forskriftens kap. 4 med tilhørende veileder omhandler krav til godkjenning av nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten. Nasjonale tjenester er en felles begrep for nasjonale behandlingstjenester, flerregionale behandlingstjenester og nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten

Nasjonale kompetansetjenester skal sikre nasjonal kompetanseoppbygging og kompetansespredning innenfor sitt spesifiserte fagområde og bidra aktivt til kompetanseoppbygging og rettleiding innenfor dette fagområdet i hele helsetjenesten og til brukere og befolkningen ellers. Enkelte nasjonale kompetansetjenester omfatter kompetanseoppbygging på fagfelt som er like relevante for både den kommunale helse -og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Oppgaver for nasjonale kompetansetjenester er:

- Bygge opp og formidle kompetanse.
- Overvåke og formidle behandlingsresultater.
- Delta i forskning og etablering av forskernettverk.
- Bidra i relevant undervisning.
- Sørge for veiledning, kunnskaps- og kompetansespredning til helsetjenesten, andre tjenesteytere og brukere.
- Iverksette tiltak for å sikre likeverdig tilgang til nasjonale kompetansetjenester.
- Bidra til utvikling og implementering av nasjonale retningslinjer og kunnskapsbasert praksis.
- Etablere faglige referansegrupper.

Nasjonale og flerregionale behandlingstjenester har de samme oppgavene som de nasjonale kompetansesentrene. I tillegg skal de:

- Yte helsehjelp til alle pasienter som har behov for den aktuelle høyspesialiserte

behandlingen.

Roller og ansvar

Formålet med ny regulering av nasjonale tjenester er å etablere et mer helhetlig og dynamisk styringssystem. Regelverket regulerer opprettelse, endring og nedleggelse av de nasjonale tjenestene, samtidig som det stilles økte krav til oppgaver og rapportering fra tjenestene.

De regionale helseforetak har ansvaret for å etablere og drifte nasjonale tjenester, og skal sørge for at godkjente tjenester oppfyller forskriftens krav og intensjoner.

Det er **departementet** som godkjenner nye og beslutter nedleggelse av etablerte nasjonale tjenester. De nasjonale tjenestene rapporterer elektronisk innen fastsatte frister årlig.

Direktoratet evaluerer tjenestene på bakgrunn av denne rapporteringen og gir råd til departementet om etablering, endring og avvikling av tjenester.

Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering skal vurdere søknader om fordeling og bruk av nasjonale tjenester når disse innebærer spørsmål av prinsipiell karakter. Det er opprettet **referansegrupper** for den enkelte tjeneste. Disse skal ha representasjon fra alle regionale helseforetak og fra brukerorganisasjoner. Deltakelse fra andre aktører herunder den kommunale helse- og omsorgstjenesten og eventuelt andre relevante sektorer skal vurderes. Referansegruppene oppgaver:

- Sikre forankring og lik tilgang til tjenesten
- Sikre at det etableres behandlingskjeder som dekker hele sykdomsforløpet
- Bidra til at tjenesten drives i tråd med vedtatte målsetninger, resultatmål og krav stilt i forskriften
- Godkjenne årlig rapportering

Eier

- Eier står oppført i Brønnøysundregisteret som juridisk eier
- Eier har ansvar for den totale driften av enheten
- Eier har tilsettings- og arbeidsgiveransvar for de ansatte

Tilskudd

- Bevilgninger gitt av Stortinget til mottakere utenfor statsforvaltningen under postnummer 60-89, som støtte til det arbeidet de gjør, til prosjekter eller for å påvirke en ønsket utvikling

Tilskuddsordning

- Tilskudd beskrives i statens økonomiregelverk
- Stortinget bevilger midler på bl.a. 70-poster (mest aktuelt i denne sammenheng) til tilskuddsordninger. Det kan være flere tilskuddsordninger på samme kapittel og post
- Direktoratet foreslår regelverk for ordningen – som departementet endelig godkjenner.

Først da er ordningen formelt sett opprettet

- Tilskuddsregelverket inneholder mål for ordningen, evt. hvem som kan søke på ordningen og rapporteringskrav

Drift av tilskuddsordninger

- I mange tilfeller er det direktoratet som er driftsansvarlig for tilskuddsordninger
- Hver ordning skal kunngjøres slik at aktuelle søkere kan søke om midler. Unntak, se øremerkede midler
- Tilskuddsforvalter vurderer søknadene og fordeler tilskudd til søkerne
- Søkerne som blir tildelt midler får tilskuddsbrev med beløp og forutsetninger for tildeling
- Tilskuddsmottakerne rapporterer slik tilskuddsbrevet krever
- Tilskuddsforvalter bruker rapporteringene som grunnlag for neste års tildelinger og til vurdering/evaluering av måloppnåelse for tilskuddsordningen

Øremerkede midler

- Unntak for kunngjøring av tilskuddsordninger kan gjøres hvis Stortinget i budsjettvedtaket øremerker midler. Dette gjøres ved å nevne både beløp og mottaker.

Kjøp av tjenester

- Budsjett plasseres på 01- eller 21-poster
- Anskaffelsesregelverket kommer til anvendelse
- Kjøp av varer og tjenester over kr 100 000 må kunngjøres
- Kjøp av varer og tjenester over kr 500 000 må også kunngjøres i EØS-området
- Aktuelle tilbydere konkurrerer om oppdrag

Overhead

- Overhead er et beregnet beløp som går til å dekke kostnader som oppstår ut over lønn og sosiale kostnader. Overhead dekker husleie, energi, renhold, rekvisita, IT-drift, administrativ støtte etc.

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