

Karl Erik Brofoss og Randi Søgne

# Regionalisering av kompetanse

*Evaluering av regionale kompetansesentre i Helse Vest*



© NIFU STEP Studier av innovasjon, forskning og utdanning  
Wergelandsveien 7, 0167 Oslo

Arbeidsnotat 35/2005  
ISSN 1504-0887

For en presentasjon av NIFU STEPs øvrige utgivelser, se [www.nifustep.no](http://www.nifustep.no)

# Forord

I 2003 vedtok styret i Helse Vest at de regionale kompetansesentrene skulle evalueres. Etter anbudskonkurranse fikk NIFU STEP i oppdrag å evaluere sentrene.

Denne rapporten omhandler evalueringen av de 7 kompetansesentrene. Vi takker kompetansesentrene som har gitt oss verdifullt grunnlagsmateriale gjennom egnevalueringer og intervjuer. Vi takker også brukerne av sentrene som har svart på spørreskjemaundersøkelsen samt administrasjonen i Helse Vest som har lagt til rette for evalueringen.

Evalueringen er utført av Karl Erik Brofoss (prosjektleder) og Randi Søggen.

Oslo, juni 2005

Petter Aasen  
Direktør



# Innhold

<b>Sammendrag - hovedkonklusjoner .....</b>	<b>5</b>
<b>1 Introduksjon .....</b>	<b>9</b>
1.1 Bakgrunn .....	9
1.2 Mandat.....	9
1.3 Om evalueringsoppdraget.....	10
1.4 Data og metode.....	11
1.5 Om rapporten.....	11
<b>2 Beskrivelse av sentrene – på tvers.....</b>	<b>13</b>
2.1 Innledning.....	13
2.2 Opprettelse og organisatorisk tilknytning .....	13
2.3 Sentrenes oppgaver.....	15
2.4 Antall årsverk og økonomi .....	16
2.5 Resultater.....	17
<b>3 Hvert senter: Beskrivelse, evaluering og anbefalinger .....</b>	<b>19</b>
3.1 Regionalt kompetansesenter for arvelig kreft .....	19
3.1.1 Beskrivelse .....	19
3.1.2 Egenevaluering .....	21
3.1.3 Brukerevaluering.....	22
3.1.4 Ekstern evaluering/anbefalinger .....	23
3.2 Regionalt kompetansesenter for genterapi .....	24
3.2.1 Beskrivelse .....	24
3.2.2 Egenevaluering .....	26
3.2.3 Brukerevaluering.....	27
3.2.4 Ekstern evaluering/anbefalinger .....	28
3.3 Senter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri .....	28
3.3.1 Beskrivelse .....	28
3.3.2 Egenevaluering .....	30
3.3.3 Brukerevaluering.....	32
3.3.4 Ekstern evaluering/anbefaling .....	33
3.4 Regionalt kompetansesenter for akuttmedisin (RAKOS) .....	35
3.4.1 Beskrivelse .....	35
3.4.2 Egenevaluering .....	37
3.4.3 Brukerevaluering.....	38
3.4.4 Ekstern evaluering/anbefalinger .....	39
3.5 Regionalt kompetansesenter for sykehushygiene.....	41
3.5.1 Beskrivelse .....	41
3.5.2 Egenevaluering .....	44
3.5.3 Brukerevaluering.....	45

3.5.4 Ekstern evaluering/anbefalinger .....	47
3.6 Regionalt kompetansesenter for lindrende behandling .....	48
3.6.1 Beskrivelse.....	48
3.6.2 Egevaluering .....	51
3.6.3 Brukerevaluering .....	52
3.6.4 Ekstern evaluering/anbefalinger .....	54
3.7 Regionalt kompetansesenter for klinisk forskning.....	56
3.7.1 Beskrivelse.....	56
3.7.2 Egevaluering .....	60
3.7.3 Brukerevaluering .....	61
3.7.4 Ekstern evaluering/anbefalinger .....	63
<b>4 Evaluering av sentrene på tvers.....</b>	<b>65</b>
4.1 Brukerevalueringene på tvers.....	65
4.2 De eksterne evalueringene/anbefalingene på tvers .....	68
<b>Vedlegg .....</b>	<b>73</b>
Liste over intervjuobjekter .....	73
Web-basert brukerundersøkelse - spørreskjema .....	73

## **Sammendrag - hovedkonklusjoner**

Kompetansesentrene i Helse Vest er tillagt en rekke oppgaver med vekt på forskning/kompetanseutvikling, nettverksbygging, rådgivning/veiledning og undervisning. Sentrene er svært ulike med hensyn til virksomhetsprofiler, antall ansatte, økonomiske rammer og hvor lenge de har eksistert som kompetansesentra. Dette gjør at det er vanskelig å trekke generelle konklusjoner annet enn på et overordnet plan. Hovedkonklusjonene vil her gi svar på de problemstillinger som er reist i mandatet. For en nærmere presentasjon og vurdering av det enkelte senter henviser vi til kapittel 3.

### **Mandatet**

Mandatet etterspør en vurdering av – vi siterer:

- ”Har senteret høy faglig kompetanse?
- Forskningsaktivitet – omfang av publikasjoner og doktorgrader. Det bes ikke om en faglig vurdering av kvaliteten på den forskning som utføres ved sentrene
- Undervisning/kompetanseformidling
  - Evnen til å spre kunnskap og informasjon til andre enheter/helseforetak i regionen
  - omfang av utdanning av helsepersonell
  - omfang av undervisning av pasienter og pårørende
  - grad av dokumentasjon av egen faglig virksomhet samt evne til å spre denne til aktuelle enheter i regionen.

Dersom senteret driver klinisk virksomhet, skal omfanget av denne vurderes i forhold til gitt kapasitet”.

### **Faglig kompetanse**

Brukerne/kontaktpersonene som har deltatt i en web-basert spørreundersøkelse gir uttrykk for at den faglige kompetansen ved sentrene gjennomgående er høy og til dels meget høy. Det er en viss forskjell i vurderingene avhengig av om respondentene sokner til Helse Bergen; de er mest positive, eller til de øvrige helseforetakene; de er noe mindre positive, men dog positive.

Det samme mønster gjør seg gjeldende i vurderingen av kvaliteten, relevansen, nytten og omfanget av de tjenester sentrene tilbyr: Sentrene får en positiv vurdering, men enkelte av sentrene har et klart forbedringspotensiale. Særlig gir brukere fra helseforetakene som ikke sokner til Helse Bergen, uttrykk for at omfanget av tjenestene ikke er tilfredsstillende nok i forhold til deres behov.

## **Forskningsaktivitet**

Sentrene viser store variasjoner med hensyn til omfanget av forskningsvirksomheten. Ved enkelte sentre er forskningsvirksomheten så godt som ikke eksisterende. I stor grad henger dette sammen med at disse sentrene er i en oppbyggingsfase – de har eksistert i kort tid – og har i denne fasen vektlagt å bygge opp nettverks- og rådgivningsfunksjonene. De aktuelle sentrene er klar over denne mangelen og vil søke å rette på dette. Etter vår oppfatning bør Kompetansesenter for klinisk forskning og Samordningsorganet mellom Helse Vest og universitetene i Bergen og Stavanger trekkes aktivt inn i dette arbeidet.

Til tross for den påpekte mangelen på forskning ved enkelte sentre, er det en positiv utvikling med hensyn til antall forskningspublikasjoner kompetansesentrene sett under ett. Den kraftige økningen i antall forsknings- og utviklingsprosjekter de to siste årene, indikerer at forskningsvirksomheten er for oppadgående og vil sannsynligvis resultere i en markant økning i antall publikasjoner i de kommende år.

Brukerundersøkelsen viser imidlertid at det er et utpreget ønske om at den regionale komponenten i forskningsvirksomheten blir mer fremtredende i form av at forskningen ikke bare finner sted ved sentrene sentralt, men at den øvrige regionen trekkes med.

Når det gjelder antall doktorgrader, er det registrert at 11 doktorgrader er avlagt i perioden fra 2000 til og med 2004 hvorav 9 ved Kompetansesenter for klinisk forskning. Det er således kun to doktorgrader som er avlagt i forbindelse med de andre sentrene. Dette gir grunn til ettertanke. En åpenbar forklaring på det lave tallet avlagte doktorgrader ved de andre sentrene er at disse har eksistert i relativt kort tid. Et doktorgradsarbeid tar minimum fire år. Man kan således ikke forvente noen stor doktorgradsproduksjon ennå. Det er imidlertid grunn til å påpeke at sentrene heller ikke rapporterer at det er særlig mange som aktivt arbeider med doktorgradsprosjekter ved sentrene. Dette bør følges opp fra overordnet myndighet. Utdanning av forskningskompetente medarbeidere innen sentrenes ansvarsområde er et helt sentralt virkemiddel i arbeidet for å styrke den faglige kompetansen i regionen. Dette virkemidlet bør ikke forbli ubrukt.

## **Undervisning/kompetanseformidling**

Undervisningsoppgaven er svært ulikt vektlagt i de ulike kompetansesentrene - fra å være en hovedoppgave til å være en nedprioritert oppgave og nesten utdefinert oppgave. Det er grunn til å trekke frem Kompetansesenter for lindrende behandling som et senter med en imponerende undervisningsvirksomhet. Til tross for en relativt beskjeden bemanning har senteret et undervisningstilbud og en evne til å nå frem til de aktuelle målgruppene som avtvinger respekt. I den andre enden finner vi RAKOS som så langt har så godt som helt sett bort fra undervisning som en viktig oppgave. Det er for så vidt forståelig gitt at senteret er meget ungt og har en meget lav bemanning og begrenset økonomi slik at senteret må foreta en hardhendt prioritering. Det er imidlertid et uttalt ønske fra brukerne om at senteret bygger opp et undervisningstilbud. Mellom de to ytterpunktene ligger de andre



sentrene som gjennomgående får et brukbart skussmål av brukerne når det gjelder undervisningsaktiviteten.

Også når det gjelder formidling av kunnskap og informasjon, er det variasjoner i vurderingene. I hovedsak gis det uttrykk for at sentrene er dyktige og til dels svært dyktige til å formidle kunnskap og informasjon, men her er det klare regionale forskjeller. De av brukerne som sokner til områder utenfor Bergensområdet, er noe mer skeptiske til sentrenes evner til å spre informasjon. Denne regionale forskjellen gjør seg også gjeldende i vurderingen av hvor lett tilgjengelig sentrene er for rådgivning og veiledning.

Etter vår vurdering rører dette ved et hovedspørsmål ved de regionale kompetansesentrene: har man lyktes å bygge opp regionale sentre som betjener hele regionen eller er de så langt en virksomhet som i hovedsak kommer det geografiske nærmiljøet til gode? Langs flere av de dimensjoner som er brukt for å beskrive sentrenes virkemåter, fremkommer det klare indikasjoner på at sentrene så langt fungerer best i forhold til det geografiske nærmiljøet. Det finnes klare unntak så som kompetansesenter for sykehus hygiene og kompetansesenter for lindrende behandling. Det som kjennetegner disse er at de har bygget opp en nettverksorganisasjon hvor den regionale oppkoplingen står sentralt. De andre sentrene har en langt mer lokal forankring, selvsagt også her med variasjoner, men det er grunnlag for at sentrene tar en systematisk drøfting av om, og på hvilken måte man kan få synliggjort og virkeliggjort den regionale dimensjonen bedre. Her bør Helse Vest spille en aktiv rolle.

Alle sentrene deltar i utdanningen av helsepersonell i det omfang man kan forvente gitt de ressurser som stilles til disposisjon. Dels skjer dette gjennom deltakelse i den formelle undervisningen som finner sted i tilknytning til utdanningen av helsepersonell, dels skjer det gjennom undervisningstilbud som rettes mot gitte målgrupper i Helseregion Vest. Det er klare variasjoner i omfanget av slik undervisning mellom sentrene, men dette skyldes i hovedsak variasjoner i sentrenes faglige profiler.

Det samme gjelder omfanget av undervisning av pasienter og pårørende. De sentre som har en pasientnær virksomhet, har gitt slik undervisning i et omfang en kan forvente, særlig tatt i betraktning av at sentrene er i en oppbyggingsfase.

Når det gjelder grad av dokumentasjon av egen faglig virksomhet samt evne til å spre denne, finner vi igjen klare variasjoner. Noen sentre, så som eksempelvis lindrende behandling, har kommet langt i så måte, mens andre, så som rettspsykiatri, har lagt mindre vekt på dette arbeidet. Til en viss grad henger dette sammen med senterets levetid, men bare til en viss grad. Senterets egne prioriteringer spiller her en avgjørende rolle.

**Oppsummerende: Kompetansesentrene i Helse Vest holder gjennomgående et høyt faglig nivå og tilbyr tjenester av god faglig kvalitet, som er relevante og oppleves som nyttige av brukerne. Det finnes imidlertid et klart utviklingspotensiale når det gjelder omfanget av tjenestene i forhold til brukernes opplevde behov.**

**Forskningsvirksomheten ved noen av sentrene er så langt for svakt utbygget. Det er behov for å utvikle operative forskningsstrategier i samråd med Kompetansesenter for klinisk forskning og Samordningsorganet. Undervisning/kompetanseformidling er rimelig godt ivaretatt av sentrene. Det kan reises spørsmål om hvor godt enkelte av sentrene er regionalt forankret. Dette blir en hovedutfordring for Helse Vest sammen med de berørte sentrene.**

**Konklusjon: Sentrene bør videreføres (vi har imidlertid stilt spørsmål ved om senter for genterapi bør videreføres som *regionalt* kompetansesenter siden det er en ren forskningsenhet som ikke er regionalt forankret). For flere av sentrene har vi att til orde for at de bør initiere en gjennomgang av virksomheten i lys av momenter som har kommet fram gjennom denne evalueringen. Helse Vest bør trekkes med i denne gjennomgangen. Sentrenes faglige virksomhet bør evalueres av eksterne fagpanel etter 7-8 års virksomhet.**

# 1 Introduksjon

## 1.1 Bakgrunn

Kompetansesentrene inngår som en del av den totale virksomheten i Helseregion Vest. Sentrene skal ivareta, bygge opp og formidle kompetanse. Et kompetansesenter skal drive klinisk arbeid eller bare forskning og kompetanseutvikling. Til forskjell fra nasjonale kompetansesentre og lands- og flerregionale funksjoner etablerer og definerer helseregionen selv regionale kompetansesentre. Helseregion Vest har hittil opprettet 7 sentre. Denne rapporten omhandler evaluering av disse sentrene. De 7 sentrene er:

- |  |                 |
|--|-----------------|
| - Akuttmedisin                             | Helse Stavanger |
| - Lindrende behandling                     | Helse Bergen    |
| - Genterapi                                | Helse Bergen    |
| - Arvelig kreft                            | Helse Bergen    |
| - Sykehushygiene                           | Helse Bergen    |
| - Sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri | Helse Bergen    |
| - Klinisk forskning                        | Helse Bergen    |

Evalueringen av sentrene bunner i følgende vedtak (styresak (Helse Vest RHF) nr 078/03 B): ”Regionale kompetansesenter bør gjennomgå en omfattende evaluering hvert 3. – 5. år”. Det heter videre at ”Godkjenning tidsbegrenses. Det foretas en evaluering som skal ligge til grunn for beslutning om eventuell videreføring”.

Evalueringsoppdraget ble lagt ut på anbud høsten 2004 og etter anbudskonkurranse ble NIFU STEP tildelt oppdraget våren 2005.

## 1.2 Mandat

Konkurransegrunnlaget etterspurte en evaluering med utgangspunkt i kriterier og mål for kompetansesentrene. En henviste til følgende spørsmål som skulle vies spesiell oppmerksomhet i evalueringen:

- ”Har senteret høy faglig kompetanse?
- Forskningsaktivitet – omfang av publikasjoner og doktorgrader. Det bes ikke om en faglig vurdering av kvaliteten på den forskning som utføres ved sentrene
- Undervisning/kompetanseformidling
  - Evnen til å spre kunnskap og informasjon til andre enheter/helseforetak i regionen
  - omfang av utdanning av helsepersonell
  - omfang av undervisning av pasienter og pårørende
  - grad av dokumentasjon av egen faglig virksomhet samt evne til å spre denne til aktuelle enheter i regionen.

Dersom senteret driver klinisk virksomhet, skal omfanget av denne vurderes i forhold til gitt kapasitet”.

### 1.3 Om evalueringsoppdraget

Som nevnt over, skal evalueringen legges til grunn for beslutning om eventuell videreføring. I evalueringsslitteraturen faller denne evalueringen i kategorien ”underveisevaluering” eller ”formativ” evaluering; en evaluering av status, med sikte på en eventuell kursendring/justering/terminering.

**Evalueringsobjektet.** Figuren under skisserer et enkelt input-output perspektiv på aktivitetene ved et kompetansesenter. Dette output/inputperspektivet vil tjene som bakteppe for evalueringen av de 7 kompetansesentrene.

Viktige knagger i evalueringen vil være å sammenholde mål med inputfaktorer, med kjennetegn ved selve virksomheten og ikke minst; med sentrale outputfaktorer.

	<b>Innsatsfaktorer</b>	<b>Virksomhet</b>	<b>Resultater</b>
	Penger	Org. struktur	Forskning
<b>Mål</b>	Kompetanse	Styring	Undervisning
	Infrastruktur	Ledelse	Spredning/nettverksb. Guidelines Klinisk v.het

*Mål* for hvert senter (og for sentrene samlet) vil være styrende på inputfaktorene. Sentrale *inputfaktorer* mht kompetansesentrene er penger, kompetanse og infrastruktur. I det input-output perspektivet som skisseres i figuren, vil *virksomheten* (jf. ”midtpartiet” i figuren) være påvirket av – i tillegg til inputfaktorer - ulike organisasjonsvariable som organisasjonsstruktur, styring og ledelse. Sentrale resultater av virksomheten – *outputfaktorer* - vil for de fleste sentres vedkommende være forskning, nettverksbygging, undervisning og spredning av resultater.

**Evalueringstemaer.** Konkurransesgrunnlaget etterspør altså en evaluering med utgangspunkt i kriterier og mål for kompetansesentrene. Forhold som skal ”vektlegges spesielt ved evaluering av kompetansesentrene” (jf. 1.2 Mandat) er knyttet dels til inputfaktorer (se figur) og dels til outputfaktorer. Dette innebærer en tradisjonell *mål-resultatevaluering* der en vurderer resultater i forhold til innsatsfaktorer og rammebetingelser som infrastruktur, finansiering og kompetanse – med utgangspunkt i overordnede mål for kompetansesentrene.

Vi vil imidlertid gå et par skritt lenger og i noen grad foreta en *årsaksevaluering*: dvs. drøfte faktorer som kan forklare *hvorfor* det aktuelle senteret har lykket/eventuelt ikke lykket - så langt i forhold til målene. Først da kan man drøfte mulige *anbefalinger* som

analysen av resultater og årsaker gir. Selv om konkurransegrunnlaget ikke etterspør dette direkte, vil ”anbefalinger” alltid være del av en underveisevaluering av denne type.

Evalueringen vil dermed omfatte følgende devalueringer:

- a) *Mål-resultat evaluering*: I hvilken grad har kompetansesentrene lyktes i å ivareta delfunksjoner som er tillagt dem?
- b) *Årsaksevaluering*: Hva har bidratt til, eventuelt hindret, kompetansesentrene i å ivareta disse oppgavene?
- c) *Anbefalinger*: I fall de ikke har lyktes – hva må til for at de i større grad kan ivareta sine funksjoner i forhold til intensjonene?

De konkrete evalueringsspørsmålene vist til under 1.2 mandat vil bli tydelig synliggjort i det samlede evalueringssopplegget (a, b og c over). Det første strekpunktet retter seg mot inputsiden, mens de to siste omhandler outputfaktorer (jf. figur).

## 1.4 Data og metode

Evalueringsarbeidet baserer seg på følgende hovedelementer:

1. *Egenevaluering*: Hvert senter har selv gjort rede for erfaringer med og synspunkter på ulike sider ved virksomheten. Egenevalueringen er to-delt: 1) En *faktadel* med fokus på personell, organisering, finansiering, forsknings- og undervisningsaktiviteter, formidlings- og spredningsstrategier med mer. 2) En *vrderingsdel* med fokus på oppfatninger av måloppnåelse, rammebetingelser, organisasjons- og ledelsesforhold, faglige ressurser og kompetanse.
2. *Annen skriftlig dokumentasjon*: Vi har gjennomgått tilgjengelige grunnlagsdokumenter fra de ulike sentrene som budsjetter, årlig rapportering om virksomheten, strategiske planer/handlingsplaner, med mer.
3. *Intervjuer og ”site visit”* på hvert av sentrene: Evalueringsteamet har besøkt hvert av sentrene og samtalen med ledelsen om sentrale aspekter ved senterets arbeidsoppgaver, rammebetingelser og resultater
4. *Brukerundersøkelse*: De fleste kompetansesentrene har formidlings- og spredningsfunksjoner i forhold til hele helseregionen. Evalueringen på dette punktet har basert seg på et kortfattet spørreskjema til 20 brukere for hvert senter. Etter anvisninger fra evalueringsteamet med hensyn til bredde, dybde og representativitet i brukerundersøkelsen, har sentrene selv framskaffet liste over brukerrepresentanter som ligger til grunn for brukerundersøkelsen.

## 1.5 Om rapporten

Så langt som mulig har vi i rapporten søkt å skille mellom følgende tre aspekter: 1) beskrivelse, 2) evaluering og 3) anbefalinger. Vi forholder oss til disse aspektene både med hensyn til hvert enkelt kompetansesenter og med hensyn til sentrene samlet.

I det førstkommende kapittel, *kap. 2* beskrives de 7 sentrene langs ulike dimensjoner som oppgaver, økonomi, rammebetingelser, m.m.

Det mest sentrale kapitlet, *kap. 3* omhandler kompetansesentrene enkeltvis; hvert senter beskrives og evalueres. I varierende grad drøfter vi også noen anbefalinger for det enkelte senter.

I *kap. 4* retter vi igjen søkelyset mot sentrene samlet. I *kap. 4* evaluerer vi sentrene på tvers med hensyn til dimensjoner som synes å være tverrgående for sentrene samlet. Sammendrag med hovedkonklusjoner følger innledningsvis i rapporten.

## 2 Beskrivelse av sentrene – på tvers

### 2.1 Innledning

I dette kapitlet vil vi gi en kortfattet beskrivelse av de syv sentrene langs følgende dimensjoner: opprettelsestidspunkt og organisatorisk tilknytning til Helse Vest, størrelse målt i antall årverk i perioden 2000 – 2004, typer oppgaver som er lagt til sentrene, og sentrenes økonomiske rammebetingelser.

### 2.2 Opprettelse og organisatorisk tilknytning

Av tabell 2.1 fremgår det at sentrene har hatt ulik lang virketid. To av sentrene har fungert siden sommeren 1999: Kompetansesenter for arvelig kreft og Kompetansesenter for klinisk forskning. To av sentrene ble opprettet i 2000: Senter for genterapi og Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri. Kompetansesenter for lindrende behandling ble opprettet i 2001, og Kompetansesenter for sykehushygiene ble opprettet i 2003.

Tabell 2.1: Opprettelsestidspunkt

	Opprettet
Akuttmedisin	2003
Lindrende behandling	Vinter 2001
Genterapi	Høsten 2000
Arvelig kreft	Sommer 1999
Sykehushygiene	Sommer 2003
Sikkerhetspsykiatri	Sommer 2000
Klinisk forskning	Sommer 1999

Det er grunn til å understreke at flere av sentrene er en videreføring av virksomheter som allerede i lang tid før opprettelsen av sentrene, har vært viktige oppgaver i helseregionen. Eksempelvis har Haukeland universitetssjukehus siden 1970-tallet hatt egen legestilling knyttet til sykehushygiene. Det er således i liten grad snakk om nye virksomheter, men opprettelsen av sentrene er uttrykk for en spissing av oppmerksomheten rundt utvalgte tematiske områder. To av sentrene kan sies å representere nyskapninger: Senter for genterapi og Kompetansesenter for klinisk forskning. Heller ikke disse sentrene representerer nye virksomheter, men her er elementet av organisatorisk nyskapning størst. Senter for genterapi ved at det oppsto som et resultat av to uavhengige søknader om forskningsstøtte til Forskningsstiftelsen Innovest. Søknadene ble vurdert til å utfylle hverandre og kunne danne grunnlaget for et eget forskningsprogram i genterapi. Dette senteret atskiller seg således fra de andre kompetansesentrene ved at det primært er et forskningscenter. Kompetansesenter for klinisk forskning atskiller seg fra de andre ved at det først og fremst representerer en forskningsmessig infrastruktur for den kliniske

forskningen i regionen og har på mange måter en stabsfunksjon i forhold til dette – noe som reflekteres i senteret organisatoriske tilknytning til staben ved Helse Bergen.

Tabell 2.2: Sentrenes organisatoriske tilknytning til Helse Vest

	Helse Bergen avdeling for:	Egen enhet
Akuttmedisin	Stavanger universitetssykehus	
Lindrende behandling	Kreftbehandling	
Genterapi		X
Arvelig kreft	Med gen og molekylær med.	
Sykehushygiene	sykehushyg og avd mikrobio	
Sikkerhetspsykiatri	sikkerhet (Sandviken)	
Klinisk forskning	Stab	

Sentrene har ulike tilknytningsformer til Helse Vest. Med unntak for Akuttmedisin som er en del av Stavanger universitetssykehus, er kompetansesentrene knyttet til Helse Bergen. Senter for genterapi er en egen enhet med eget forskningsbudsjett bevilget av Forskningsstiftelsen Innovest, og gjennom stiftelsen har senteret jevnlig kontakt med Helse Bergen og Helse Vest, men er ikke underlagt noen avdeling i Helse Bergen.

De av kompetansesentrene som er en del av Helse Bergen har noe ulike tilknytningsformer. Kompetansesenteret for lindrende behandling er etablert som en egen enhet, men fra 2003 administrativt underlagt Avdeling for kreftbehandling og medisinsk fysikk. Senteret har imidlertid eget budsjett og lederen har eget personal-, budsjett- og resultatansvar.

Kompetansesenter for arvelig kreft ble opprettet som en integrert del av det nåværende Senter for medisinsk genetikk og molekylærmedisin, tidligere Avdeling for medisinsk genetikk ved Haukeland universitetssykehus.

Kompetansesenter for sykehushygiene er funksjonelt knyttet til to avdelinger ved Haukeland universitetssykehus: Avdeling for sykehushygiene og Avdeling for mikrobiologi og immunologi, og er ikke en egen administrativ enhet. I tilknytning til senteret er det opprettet en referansegruppe hvor hvert av helseforetakene i Helse Vest har en representant.

Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri har en organisatorisk tilknytning til Avdeling for sikkerhet ved Haukeland universitetssykehus.

Kompetansesenter for klinisk forskning har fra starten av vært organisert som en stabsfunksjon under administrerende direktør ved Haukeland universitetssykehus. Kompetansesenteret er i dag en seksjon i Forsknings- og utviklingsavdelingen.



## 2.3 Sentrenes oppgaver

I rundskriv I-8/2000 gjorde Sosial- og helsedepartementet rede for hvilke oppgaver som skal ivaretas av et regionalt kompetansesenter. Det skal sikre at kompetanse bygges opp og formidles til aktører innen et geografisk område. Spesielt har et senter ansvar for å drive forskning, videreutvikle fagfeltet og gi veiledning og undervisning både i grunnutdanning og videre- og etterutdanning.

En arbeidsgruppe nedsatt av Helse Vest avga i januar 2003 en innstilling/rapport hvor man presiserte nærmere hvilke oppgaver som skulle tillegges regionens kompetansesentre. Her ble det fremhevet følgende oppgaver:

- Følge nasjonal og internasjonal faglig utvikling innen fagfeltet
- Etablere nødvendige nasjonale faglige standarder
- Bidra til å delta i forskning og utviklingsarbeid innen fagfeltet
- Etablere og kvalitetssikre registre innen fagfeltet
- Sikre nasjonal kompetanseoppbygging og spredning av kompetanse
- Rådgiving og faglig støtte til andre sykehus eller andre kliniske institusjoner
- Delta i undervisning, både i grunnutdanning, videreutdanning og eventuelt etterutdanning
- Bidra til faglig støtte i forskningsaktivitet ved andre sykehus eller andre kliniske institusjoner
- Være rådgivende instans

Som det fremgår av oppstillingen, skal kompetansesentrene dekke et bredt spektrum av oppgaver. Dette reflekteres i tabell 2.3 som gir en oversikt over kompetansesentrenes oppgaver slik de fremkommer av de innsendte egevalueringene. Prioriterte oppgaver er gitt fetetyper i tabellen.

Tabell 2.3: Kompetansesentrenes arbeidsoppgaver

Oppgavetyper	Undervisning				Nettverksbygging				
	Forskning	Helsetjeneste	Akademia	Kompetanse oppbygging internt	Regionalt	Nasj/internasj	Pasient	Register	EBM
Akuttmedisin	x				<b>x</b>	<b>x</b>			
Lindrende behandling	x	<b>x</b>		<b>x</b>	<b>x</b>	(x)	x		x
Genterapi	<b>x</b>		<b>x</b>	<b>x</b>		x			
Arvelig kreft	x		x		<b>x</b>	x	<b>x</b>	x	x
Sykehushygiene	x	x	x		<b>x</b>	<b>x</b>		<b>x</b>	<b>x</b>
Sikkerhetspsykiatri	x	x	x		<b>x</b>	x	<b>x</b>		x
Klinisk forskning	<b>x</b>		x	<b>x</b>	<b>x</b>	x		<b>x</b>	x

Kompetansesentrenes oppgaveprofiler varierer sterkt fra sentre som Genterapi og Klinisk forskning som har en hovedvekt på forskning og forskningsrelaterte oppgaver til mer pasientorienterte sentre som Arvelig kreft og Sikkerhetspsykiatri.

Som en kunne forvente legger de fleste sentrene vekt på den regionale nettverksbyggingen med unntak for Senter for genterapi som har en langt sterkere orientering mot nasjonal og

ikke minst, internasjonal nettverksbygging. I det hele tatt vektlegges nettverksbygging som en prioritert oppgave for regionens kompetansesentre.

Også undervisningssiden tillegges vekt, og da særlig i forhold til grunn- og videreutdanning innenfor universitets- og til dels høgskolesystemet. Naturlig nok er det Universitetet i Bergen som trekker de største vekslene på sentrenes faglige kompetanse i denne sammenhengen.

Kompetanseoppbygging er en sentral oppgave både i forhold til regionen, men også til dels innen kompetansesentrene selv. Dette gjelder i særlig grad Senter for Genterapi og Kompetansesenter for lindrende behandling. Når Kompetansesenter for klinisk forskning også markerer at dette er en viktig oppgave, så er det ikke primært i forhold til senterets egne, men ved at senteret har korttidsstipendier som gjør at forskere har mulighet til å være ved senteret for å konsentrere seg om egen forskning avskjermet fra daglige gjøremål.

Tre av kompetansesentrene: Arvelig kreft, Sykehushygiene og til dels Klinisk forskning har nedlagt betydelig arbeid i å etablere registre i deres ansvarsområder. Kompetansesenter for klinisk forskning er igjen noe atypisk ved at sentrets register er knyttet til å registrere resultater av forskningsvirksomheten i regionen i form av publikasjoner og oversikter over prosjektporteføljen i Helse Vest. Denne registreringen er således ikke direkte pasientrelatert, noe registrene ved de to andre sentrene er.

Med unntak av Senter for genterapi er de andre sentrene involvert i utarbeidelse av ”guidelines” og ”Evidence based medicine” om enn i varierende grad.

I forhold til den omfattende liste av oppgaver som kan pålegges kompetansesentrene, ser man at omtrent samtlige oppgaver er dekket opp av de regionale kompetansesentrene i Helse Vest. Oppgave profilene for sentrene er imidlertid til dels svært ulike ved at de ulike sentrene har ulike vektlegging av oppgavene. Det er derfor vanskelig å finne en felles nevner for dem. Dette vanskeliggjør en sammenlikning på tvers av sentrene.

## 2.4 Antall årsverk og økonomi

Tabell 2.4: Antall årsverk

Antall årsverk	2000	2001	2002	2003	2004
Akuttmedisin					1,7
Lindrende behandling		3,35	6	5,8	6,2
Genterapi					17*
Arvelig kreft	3	5	7	9	10,2
Sykehushygiene				1,5	3
Sikkerhetspsykiatri	4	11	12,8	16	16
Klinisk forskning	4,25	7	7	8,5	8,75
* totalt ca 30 årsverk	11,25	26,35	32,8	40,8	45,95

I perioden 2000 til 2004 har om lag 170 årsverk vært knyttet til de regionale kompetansesentrene i Helse Vest. Tatt i betraktning at Helse Vest i oppstartsåret 2002 hadde om lag 20 000 medarbeidere, viser oversikten at de regionale kompetansesentrene rent omfangsmessig bare er en meget beskjeden del av den totale virksomheten. To av sentrene, Sykehushygiene og til dels Lindrende behandling, er så vidt små at de personalmessig er meget sårbare. Sykehushygiene er riktignok integrert i en større enhet slik at antall årsverk knyttet til senteret ikke nødvendigvis gir et helt riktig bilde av kompetansesenterets kapasitet.

*Tabell 2.5: Inntekter fordelt på kilde*

Finanskilder	2000	2001	2002	2003	2004
Statlige	6822	16147	13772	15009	23539
Helse Vest	30	2100	4840	6860	15510
Eksterne	2600	2000	2445	2900	6267
Totalt	9452	20247	21057	24769	45316*

\*Genterapi kun tall for 2004

Tabell 2.5 gir en grov oversikt over de regionale kompetansesentrenes samlede økonomiske rammebetingelser. Av tabellen fremgår det at direkte statlige midler utgjør en vesentlig del av finansieringen av sentrene (62 %). Dette gjelder i første rekke de sentrene som har fått midler over kreftplanen. Men også sikkerhetspsykiatrien har fått betydelig midler direkte uten å gå veien om Helse Vest. Fra etableringen av Helse Vest og frem til og med 2004 har foretakets andel av den totale finansieringen økt sterkt slik at foretaket i 2004 sto for 35 prosent av de totale bevilgningene. Av de samlede bevilgningene utgjorde eksterne midler om lag 14 prosent. Dette er i første rekke midler som kommer fra Norges forskningsråd og fra ideelle foreninger som Den norske kreftforening. I neste kapittel vil vi presentere nærmere det finansielle grunnlaget for det enkelte regionale kompetansesenteret.

## 2.5 Resultater

I avsnitt 2.3 fremkommer det at de regionale kompetansesentrene har til dels svært ulike oppgaveprofiler. Dette gjenspeiles i sentrenes resultatprofiler.

*Tabell 2.6: Forskningsresultater*

	2000	2001	2002	2003	2004
Vitenskapelige artikler	26	41	29	39	54
Andre publikasjoner	2	29	32	67	61
Dr.grader	0	0	3	2	6
Antall prosjekter	58	56	47	81	82

Som man kunne forvente, varierer antall vitenskapelige publikasjoner fra et år til et annet. Men gjennomgående er det en positiv utvikling med hensyn til antall vitenskapelige publikasjoner. Det karakteristiske ved fordelingen er imidlertid at den er svært skjevfordelt

mellom sentrene. To sentre peker seg ut ved at de til sammen står for brorparten av de vitenskapelige artiklene: Senter for genterapi og Kompetansesenteret for klinisk forskning. I 2004 sto de to sentrene for hele 43 av de totalt 54 vitenskapelige artiklene som ble publisert det året. På den annen side var de mer pasientnære sentrene mye mer produktive med hensyn til andre publikasjoner som i stor grad var informasjonsmateriale og veiledninger både til helsetjenesten og sykehus for øvrig. Av de 61 ”andre publikasjoner” i 2004 sto Lindrende behandling, Arvelig kreft, Sykehushygiene og Sikkerhetspsykiatri for 46.

Når det gjelder *undervisning*, er samtlige sentre svært aktive. Ikke minst er det grunn til å fremheve Kompetansesenter for lindrende behandling i en slik sammenheng. Senteret har i perioden 2001 til og med 2004 hatt 864 undervisningsoppdrag med ca. 23250 deltakere. En imponerende aktivitet ikke minst tatt i betraktning at senteret kun har hatt om lag seks årsverk til rådighet. Kompetansesenteret for arvelig kreft bør også trekkes frem i en slik sammenheng. Gjennom senterets pådrivervirksomhet har man lyktes å etablere en mastergrad i genetisk veiledning ved Universitetet i Bergen – det eneste tilbudet utenfor UK og US. Kompetansesenter for klinisk forskning har bidratt til utarbeidelsen av en forskningshåndbok i samarbeid med Ullevål universitetssykehus. Denne håndboken har ligget til grunn for en omfattende kursvirksomhet for å skolere forskerne innen Helse Vest. For øvrig viser vi til gjennomgangen av det enkelte senter i neste kapittel.

### 3 Hvert senter: Beskrivelse, evaluering og anbefalinger

Nedenfor beskrives og evalueres hvert enkelt kompetansesenter. I noen grad vil vi også drøfte mulige anbefalinger for de ulike sentrene. Utgangspunktet for fremstillingen både mht til beskrivelse og evaluering, er det enkle input-output skjemaet for virksomheten i sentrene, vist til i kap.1, der en skiller mellom *mål* for sentret, sentrale *innsatsfaktorer* (Kompetanse, penger m.m.) og *resultater* (forskning, undervisning, nettverksbygging, guidelines og klinisk virksomhet).

Omtalen av hvert senter er organisert i en 1) beskrivelse, 2) egevaluering, 3) brukerevaluering og 4) ekstern evaluering. *Beskrivelsen* av hvert senter er basert på skriftlig dokumentasjon om det enkelte senter, dets egevaluering samt samtale med ledelsen. *Egevalueringen* er utelukkende basert på det enkelte senters skriftlige egevaluering. *Brukerevalueringen* av hvert senter er basert på en brukerundersøkelse blant 20 av senterets brukere. *Ekstern evaluering* er evaluators samlede vurdering basert på intervjuer, brukerevaluering og sentrenes egevaluering.

#### 3.1 Regionalt kompetansesenter for arvelig kreft

##### 3.1.1 Beskrivelse

Senteret ble opprettet som ledd i Nasjonal kreftplan 1999-2003. I følge kreftplanen skulle det bygges opp kompetansesentra for arvelig kreft i alle regioner. Sentrene skulle styrke den genetiske utredningen og veiledningen av pasienter/familier med en arvelig sårbarhet for kreft. I tillegg skulle en bygge ut kapasiteten til gentesting av aktuelle pasienter/familier. I følge kreftplanen skulle altså sentrene bygge ut både den klinisk-genetiske service og den laboratorie-genetiske service. Kompetansesenteret ble opprettet i 2000 som en integrert del av den daværende Avdeling for medisinsk genetikk ved Haukeland Universitetssykehus (senere; Senter for medisinsk genetikk og molekylærmedisin). Denne avdelingen påtok seg dermed utvidede forpliktelser mht. pasientkontakt, gentesting, undervisning og forskning (disse oppgavene ble definert år for år i søknader til Helsedepartementet).

**Hovedmål.** Hovedmålet for dette kompetansesenteret i Helse Vest er følgende: ”å sikre innbyggerne et faglig godt tilbud som når ut til alle i regionen med mistanke om arvelig kreft (jf. egevalueringen). Et viktig delmål har vært å bygge ut muligheten til gentesting.

**Innsatsfaktorer.** Kompetansesentrene i de ulike helseregionene er organisert på ulik måte. I helseregion Vest er senteret lagt til et annet senter, Senter for medisinsk genetikk og molekylærmedisin (MGM) ved Haukeland Universitetssykehus. Sentrale data for innsatssiden i 2004 er:

- *Økonomi*: 7,0 mill (bevilget over Nasjonal kreftplan, men kanalisert gjennom Helse Vest).
- *Årsverk*: 10, 2
- *Kompetanse*: Årsverkene fordeles på lege (2,2), genetiske veiledere (3), bioingeniører (2) og kontorpersonale (3).

**Organisasjon og ledelse.** Senteret er sterkt integrert i Senter for medisinsk genetikk og molekylærmedisin (MGM). I dag er hoveddelen av kompetansesenteret organisert som en del av MGM. En avdelingsleder ved MGM er også den daglige leder for kompetansesenteret. I følge egevalueringen blir alle viktige saker vedrørende senteret behandlet i avdelingens ledergruppe. Divisjonsdirektøren ved Divisjon for medisinsk service fungerer som styringsgruppe.

**Virksomhet/Resultater.** Pasienthåndtering og gentesting er som nevnt Kompetansesenterets viktigste oppgaver (jf. hovedmål). Resultatene knytter seg primært til kliniske behandlingsresultat, gentesting samt kompetanseoppbygging i regionen. Senteret anser seg ikke som en forskningsenhet, men driver forskning i mindre skala og planlegger å trappe opp denne virksomheten i kommende år. Resultater i forhold til ulike typer virksomhet er mer konkret:

*Kompetanse- og nettverksbygging:*

- *Regionalt* har Kompetansesenteret utstrakt samarbeid med Sentralsykehuset i Rogaland både i form av veiledning, prosjektsamarbeid og gjennom opprettelse av en satellitt i 2004 som Kompetansesenteret støttet.
- Kompetansesenteret samarbeider dessuten både med andre avdelinger på Haukeland sykehus (lønner bl.a en kirurg ved Endokrinkirurgisk seksjon) og med Psykologisk fakultet, Universitetet i Bergen
- *På undervisningssiden* har Kompetansesenteret spilt en sentral rolle i opprettelsen (samt i undervisningsopplegget) av mastergradsstudiet innen genetisk veiledning ved Universitetet i Bergen. Personalet ved Kompetansesenteret holder en rekke foredrag på etter- og videreutdanningskurs for helsepersonell samt spesialforeninger (leger) og pasientforeninger.
- *Samarbeid og kompetanseoppbygging med andre helseregioner:* Senteret hadde en sentral rolle i oppbygging av det kliniske tilbudet mht arvelig kreft i helseregion Midt Norge. Senteret driver også en del genetisk veiledning overfor denne regionen. Senteret har dessuten hele tiden samarbeidet med Radiumhospitalet.
- *Guidelines:* Senteret har utarbeidet en metodebok for håndtering av pasienter med risiko for arvelig kreft, den blir benyttet i andre helseregioner. Det er også utarbeidet brosjyrer for pasienter/familier med risiko for arvelig kreft.

*Gentesting:* Kompetansesenteret har etter hvert utviklet et godt system for gentesting som også i betydelig grad oppsøkes på nasjonalt nivå: Over halvparten av pasientene som undersøkes ved senteret bor utenfor region Helse Vest.

*Pasienthåndtering:* Pr. i dag går over 2500 personer regelmessig i kontrollopplegg. Senteret har identifisert over 200 personer med genfeil i BRCA1-genet. Dessuten identifiseres stadig flere pasienter med genfeil som disponerer for andre arvelige kreftformer.

*Forskning:* Kompetansesenteret publiserte 7 artikler i 2004, herav 2 vitenskaplige med referee. Senteret har en stipendiat som etter planen skal disputere i 2007/8.

### **3.1.2 Egevaluering**

**Måloppnåelse.** I følge egevalueringen er Kompetansesenteret for arvelig kreft fornøyd med egen innsats i de fem årene senteret har eksistert. De mener å ha fulgt opp hoved- og delmålet med virksomheten (jf. 3.1.1):

1) Senteret har utviklet et pasienttilbud i hele helseregionen, og spesielt i Rogaland der hyppigheten av arvelig kreft er størst. Satellittmodellen sikrer lokal behandling, lokal kompetanseoppbygging og gjensidig utveksling av erfaring.

2) Senteret har utviklet det beste systemet for gentesting av arvelig kreft i Norge. Senteret oppsummerer slik med hensyn til grad av måloppnåelse:

”Kompetansesenteret har gitt befolkningen i vår region (og til dels andre steder i landet) et bedre tilbud innen feltet arvelig kreft. Imidlertid må vi stå på for å klare dette på en forsvarlig og god måte med høy kvalitet også i framtiden”.

Når det gjelder *forskning* påpeker senteret likevel at denne delen av virksomheten har ligget noe tilbake i forhold til den pasientrettede delen av virksomheten – ”imidlertid er vi nå i en fase der vi forventer at vi kan høste viktige forskningsresultat som vil bli publisert i årene framover”.

**Rammebetingelser.** De økonomiske rammebetingelse har vært helt nødvendige for oppbyggingen av pasienttilbudet både innen klinisk genetikk og laboratoriegenetikk, hevder senteret. ”Økonomien har tillatt oss å ansette mange medarbeidere med god bakgrunn”. Senteret påpeker at det er relativt lett å rekruttere til stillinger, men på grunn av arbeidets art benyttes betydelige ressurser på intern opplæring. I intervju med ledelsen omtales økonomien som ”tilstrekkelig”.

**Styring og ledelse.** Som nevnt er Kompetansesenteret organisert som en del av Senter for medisinsk genetikk og molekylærmedisin (SGM). Lederen for Kompetansesenteret er også avdelingsleder i SGM. Lederen for Kompetansesenteret har forståelse for at en kan stille spørsmål ved denne strukturen, men mener den har fremmet mulighetene for å nå senterets mål: ”MGMs generelle infrastruktur er helt avgjørende for at kompetansesenteret skal kunne utføre sine oppgaver”. Denne organisasjonsformen gir også senteret mulighet til å utnytte de totale ressursene fleksibelt. Kompetansesenterets videre drift og utvikling er en

viktig del av MGMs framtidsvisjon. Senteret påpeker dessuten også at denne organisasjonsformen vil påvirke forskningsvirksomheten positivt.

**Framtidsperspektiver.** Bevilgningen fra Helse Vest til Kompetansesenteret for arvelig kreft må ansees som en ”etablert funksjon”, skriver Kompetansesenteret i egenevalueringen. Senteret ser det som ønskelig å trappe opp virksomheten: Feltet arvelig kreft utvikles betydelig internasjonalt – vi sakser følgende fra egenevalueringen:

”I dag yter vi service til pasienter/familier med kreft der kreftdisposisjonen har en klar mendelsk arvegang (ca. 5% av krefttilfellene). Imidlertid er det en mye større gruppe med kreftsykdommer som viser multifaktoriell arvegang. Her har flere gener betydning i tillegg til miljøfaktorer. Det blir en betydelig utfordring å diagnostisere disse forholdene, både hva gjelder genetisk veiledning, gentesting og kontrollopplegg. Slik gentesting vil kreve høy kompetanse og kostbart utstyr”.

Kompetansesenteret legger til at god planlegging av rekruttering blir svært viktig framover for å sikre kontinuitet i tjenestene. Senteret skal derfor fremme en plan for den videre utvikling av tjenestene de tilbyr i et relativt langt tidsperspektiv.

### 3.1.3 Brukerevaluering

Kompetansesenteret ble bedt om å fremskaffe 20 brukere/kontaktpersoner som kunne vurdere senteret utenfra. Vi fikk oppgitt 14 adresser. Kun 5 personer fulgte oppfordringen til å svare på et elektronisk spørreskjema. Dette er et så lite antall respondenter at den følgende presentasjonen må kun oppfattes som i beste fall indikasjoner på brukernes syn. Følgende dimensjoner ved senteret vil bli belyst: Senterets kompetanse og kvalitet og relevans ved senterets tjenester; senterets formidling og rådgivning; senterets nettverksbygging og senterets utdanningsvirksomhet. Til slutt vil vi belyse brukernes/kontaktpersonenes vurdering av veien fremover for senteret.

*Kompetanse og kvalitet på tjenestene:* Vi har bedt respondentene vurdere senterets kompetanse, tjenestenes faglige kvalitet, relevansen for deres virksomhet av de tjenester de mottar, nytteverdien av tjenestene, og omfanget av tjenestene i forhold til respondentens behov.

Antall respondenter	Senterets	Tjenestenes			
		Kompetanse	Kvalitet	Relevans	Nytte
Vurdering					
Meget lav/liten/lite					
2					1
3	1	2			
4	1	2	1	3	2
Meget høy/stor/godt	3	1	4	2	2
Antall	5	5	5	5	5



Tabellen indikerer at brukerne/kontaktpersonene synes at senteret har en rimelig god kompetanse og at relevansen på de tjenester som tilbys er god og nyttig. Respondentene er noe mer tilbakeholdende når det gjelder tjenestenes kvalitet.

*Rådgivning:* Senteret er rimelig godt til å spre kunnskap om informasjon og det er lett å få tilgang til senteret for å få råd og veiledning.

*Nettverksbygging:* Alle respondentene oppgir at de deltar i nettverk hvor senteret er involvert, men at nytten av dette er varierende avhengig av eget utgangspunkt kompetansemessig.

*Undervisning:* Da kun en respondent har deltatt i senterets undervisningstiltak, har vi ikke noe grunnlag for si noe om dette.

*Den videre utviklingen:* Senteret treffer godt målgruppen for dets virksomhet: pasienter med arvelig kreft og anlegg for slik kreft. Det er et behov for å styrke innsatsen og da særlig på personellsiden. Senteret oppfordres også til å samarbeide mer med andre miljøer når det gjelder forskning på feltet.

### **3.1.4 Ekstern evaluering/anbefalinger**

I kapittel 2.3 listet vi opp de oppgaver som er tiltenkt et regionalt senter. Oppgavene stiller krav til både regional, nasjonal og internasjonal forankring. Oppgavene for et senter skal dekke både forskning, nettverksbygging, undervisning og veiledning samt pasienthåndtering og ”guidelines”.

I forhold til de ni oppgavene som det ble referert til i kap.2.1, dekker Regionalt kompetansesenter for genterapi alle oppgavene, i større og mindre grad. Først og fremst er senteret svært godt forankret *regionalt* – som et regionalt kompetansesenter skal være. Senteret har nå opparbeidet et faglig virksomhet og et klinisk system som omfatter hele regionen. Senteret er ”reisende” i medisinsk genetikk og genetiske veiledning til større sykehus i regionen. Senteret har også bidratt til å bygge opp kontrollkapasiteten ved sykehus der belastningen av pasienter med arvelig kreft er stor. Senteret kan etter vår vurdering også vise til gode resultater både når det gjelder kompetansebygging i regionen, kliniske behandlingsresultat og ”guidelines” (jf. 3.1.1).

Også *nasjonalt* fyller senteret sin oppgave: Det har godt samarbeid med det tilsvarende kompetansesenter i region Midt-Norge (primært som rådgiver) og Seksjon for genetisk veiledning ved Radiumhospitalet. Nasjonalt framstår senteret også som en spydspiss innenfor genteresting. På undervisningssiden har senteret bidratt sterkt til å etablere en mastergradsutdanning innenfor genetisk veiledning som den eneste i Skandinavia.

For å fungere faglig tilfredsstillende regionalt og nasjonalt, må et kompetansesenter også delta aktivt i *internasjonalt*. I følge egnevalueringen deltar senteret i forsknings- og

utviklingsarbeid med ledende europeiske sentra samt i internasjonale fora der det arbeides retningslinjer for hvordan pasienter og risikopersoner bør behandles/kontrolleres.

Senteret nevner selv at de ligger etter på *forskningssiden*. Det er nå en viktig utfordring for senteret å få kanalisert all datainnsamling inn i forskning/publikasjoner. Senteret har en del pågående forskning som det i nær framtid bør kunne høste fruktene av. Som et mer profilert forskningsmiljø vil senteret også få en mer synlig posisjon internasjonalt.

*Organisatorisk* er kompetansesenteret sterkt integrert i Senter for medisinsk genetikk og molekylærmedisin (MGM). Ledelsen av senteret mener dette har vært en god modell med gjensidige synergieffekter for både "hovedsenteret" (MGM) og kompetansesenteret. Vi ser klart de positive sidene ved denne modellen, men vil samtidig påpeke at det er en personavhengig og sårbar modell. Det er derfor viktig at ledelsen av senteret er seg dette bevisst og så langt som mulig skiller mellom senterets egenidentitet/ressurser/kompetanse etc og hovedsenterets. Det vil kunne lette en eventuell situasjon med lederskifte enten på MGM eller kompetansesenteret, eller eventuelle (eksternt initierte) reorganiseringer som berører MGM eller kompetansesenteret.

I følge *brukerevalueringen* blir senteret rimelig godt mottatt av brukerne. Nå er det imidlertid så få som besvare spørreskjemaet at denne undersøkelsen i beste fall bare gir en indikasjon på brukernes oppfatninger.

**Oppsummerende: På bakgrunn av våre opplysninger om Kompetansesenteret for genterapi, har senteret fullt ut fylt intensjonene som kompetansesenter. Innenfor budsjetttrammene har senteret opparbeidet en imponerende faglig virksomhet og et velutviklet klinisk system siden opprettelsen i 2000. Brukerne av senteret, de få som svarte på undersøkelsen, er relativt fornøyd med senterets tjenester. Senteret er selv klar over at den pasientnære virksomheten har gått på bekostning av forskningsaktiviteten, men har planer for å rette på dette. Organisasjonsmodellen med en noe diffus senteridentitet har fungert hensiktsmessig, men er en sårbar og personavhengig modell. Senteret må være seg denne situasjonen bevisst.**

## 3.2 Regionalt kompetansesenter for genterapi

### 3.2.1 Beskrivelse

Kompetansesenteret ble opprettet i 2000. Senteret har en ren forskningsmessig bakgrunn: To søknader ved Rolf Bjerkvig og Per Eystein Lønning til Forskningsstiftelsen Innovest (eies av Helse Bergen og Unifob). Innovest mente at forskningsstrategiene som ble lansert i de to søknadene kunne – hvis de ble koblet - danne grunnlaget for et genterapiprogram ved Haukelands universitetssykehus. En fellessøknad ble utarbeidet som så fikk midler gjennom Innovests Spisskompetanseprogram. I tillegg fikk en midler fra en nasjonal genterapisatsing fra Sosial- og helsedirektoratet.

**Hovedmål.** Det overordnede målet for senteret er i følge egevalueringen å ...” videreutvikle forskningsstrategiene til Rolf Bjerkvig og Per Eystein Lønnings grupper med tanke på målretting inn mot genterapi ved kreft”. I første fase innebar dette å bygge opp basalkompetanse, spesielt innen vektor-teknologi, samt å styrke eksisterende forskningsaktiviteter med tanke på å identifisere mulige terapeutiske mål. Mer konkret arbeides det i forhold til to biologiske mål: 1) reparasjon av defekter i apoptosegenet og hemming av angiogenese og 2) transeksjonstrategi med tanke på effektiv genimplantasjon.

**Innsatsfaktorer.** Sentrale data for innsatssiden i 2004 er:

- *Økonomi:* 13,3 mill kr., herav 2,4 mill kr. fra Helse Vest, 1 mill kr. fra Helse Bergen og nær 10 mill kr fra eksterne kilder (herav 8,5 mill kr. fra Helse- og Sosialdirektoratet som den klart største bidragsyteren, dernest Kreftforeningen og Forskningsrådet).
- *Årsverk:* 16 (utenom teknisk personale)
- *Kompetanse:* Årsverkene for det faglige personalet fordeles på professorer (2), stipendiater (11), forskere (1), post.doc (2).

**Organisasjon og ledelse.** Kompetansesenteret bygger på forskningsgruppene til Per Eystein Lønning (kjemoresistens) og Rolf Bjerkvig (angiogenese). Som en fellesfunksjon har en bygget opp forskningsprogrammet for transeksjonsstrategi. P. E. Lønning er overordnet ansvarlig for kompetansesenteret.

Senteret er delt inn i følgende grupper:

- Gruppen for studie av endokrin virkningsmekanismer samt resistens (leder Per Eystein Lønning)
- Gruppen for studie av angiogenese (leder Rolf Bjerkvig)
- Gruppen for utvikling av cellebasert terapi (leder Rolf Bjerkvig)
- Gruppen for studie av basalregulering av viral transeksjon (leder Stig Ove Bøe).

Senteret har ingen ekstern styrings- eller referansegruppe knyttet til seg, det har heller ingen formell styringsdialog med Helse Vest eller Helse Bergen, utover kontakt med forskningsstiftelsen Innovest.

**Virksomhet/Resultater.** Forskning er senterets viktigste oppgave. De andre oppgavene som også er tillagt regionale kompetansesentre som nettverksbygging, undervisning, rådgivning og spredning samt kompetansebygging i regionen, utføres i liten grad.

*Kompetanse- og nettverksbygging:* Senteret har ikke satset spesielt på nettverksbygging i regionen. Men nasjonalt har senteret ledet flere studier om brystkreft. I tillegg har senteret hatt et utstrakt samarbeid med Professor Anne-Lise Børresen-Dales forskningsgruppe ved Det Norske Radiumhospital, spesielt innen micorarray-teknologi. Internasjonalt har man gjennom Professor Anne-Lise Børresen-Dale samarbeidet med blant annet Stanford

University. På endokrinsiden har senteret hatt et utstrakt samarbeid med Royal Marsden Hospital, London.

Intensjonene med de ulike typene samarbeid har hele veien vært ”komplimenterende kompetanse og metodologi”, påpeker senteret i egenevalueringen.

Et viktig nettverksbyggende prosjekt internasjonalt er følgende: Rolf Bjerkvigs gruppe fikk i 2004 gjennomslag for et Integrert EU prosjekt "Targeting Tumour Vascular Matrix Interactions" - Angiotargeting. Dette er det eneste integrerte prosjektet i Norge innenfor ”Life Sciences” med norsk koordinator. Integrerte prosjekter som Angiotargeting, representerer de største forskningsprogrammene innenfor EU systemet og har en kostnadsramme på 6 millioner € Blant andre deltar både Karloinska instituttet og Universitetet i Oxford i ”Angiotargeting”.

*Undervisning /rådgivning / spredning:* Som et rent forskningssenter driver ikke dette kompetansesenteret med noen form for regional rådgivning/spredning. Rådgivning og spredning av kunnskap skjer gjennom nasjonalt og internasjonalt forskningssamarbeid. Når det gjelder *undervisning*, driver senteret lite med det (utover det en kan forvente av universitetsprofessorer). Her må det likevel nevnes at de to hovedansvarlige for kompetansesenteret har fått gjennomslag for en forskerskole (knyttet til Universitetet i Bergen) innenfor translasjonell medisin.

*Pasienthåndtering:* Gruppens virksomhet har primært vært rettet mot laboratorievirksomhet, men siden senteret driver med translasjonell forskning, har det også benyttet pasientmateriale i flere kliniske studier.

*Forskning:* Fullstendige publikasjonslister for Per Eystein Lønning og Rolf Bjerkvig fra og med år 2000 inkludert publikasjoner for 2005 ”accepted”, fulgte som vedlegg til egenevalueringen, men kan ikke gjengis her. Men egenevalueringen oppsummerer følgende: Antall vitenskapelige artikler med referee utgjør her samlet 88 (altså fra år 2000), I tillegg kommer øvrige forskningspublikasjoner (19). Per Eystein Lønning har hatt to dr.grads kandidater (fullført), og har i øyeblikket 6 kandidater under veiledning. Rolf Bjerkvig har veiledet 11 dr.grads kandidater.

### **3.2.2 Egenevaluering**

**Måloppnåelse.** I følge egenvalueringen og samtale med ledelsen er Kompetansesenteret for genterapi i all hovedsak fornøyd med utviklingen av senteret siden oppstart i 2000. Mer konkret oppsummerer egenevalueringen resultatene slik:

*Forskning:* ”Publikasjonsvirksomheten fra år 2000 og utover er etter vår oppfatning vært tilfredsstillende på de felt som var etablert før år 2000, men det har vært et naturlig ”etterslep” på de nyoppbygde funksjoner (vektor-teknologi). Med tanke på den interne

kompetanseoppbygging som her har funnet sted vil dette forventningsmessig medføre betydelig økning i publikasjonsvirksomheten på dette felt i de nærmeste par år”.

Når det gjelder *nettverksbygging og veiledningsvirksomhet* påpeker senteret at: ”Et overordnet mål for vår nettverksbygging har vært faglig og ikke politisk i det vi konsekvent har søkt samarbeid med grupper som har hatt komplementær forskningsvirksomhet”.

Andre typer virksomhet som er viktig for flere av de andre regionale kompetansesentrene i Helse Vest, *undervisning, pasientresultat og guidelines/EBM*, har ikke hatt noen sentral plass ved Kompetansesenteret for genterapi.

**Rammebetingelser.** I følge Egenevalueringen har økonomien ikke vært noe problem eller begrensning for Kompetansesenteret med hensyn til oppbygging av de aktuelle programmene. Men som nevnt i den beskrivende delen foran, har senteret hatt et kompetanseproblem på mellomnivå (altså tilgang på post. docs). Senteret arbeider med saken og regner med å løse problemet gjennom systematisk opplæring og utdanning av yngre personale på dr.grads nivå.

**Styring og ledelse.** Senteret mener at dagens organisering er hensiktsmessig i forhold til målene for senteret. Strategisk planlegging foregår gjennom de aktuelle forskningsprogrammene. Når det gjelder ekstern styringskontakt med Helseforetaket, mener senteret at også denne har fungert utmerket gjennom Innovest.

**Framtidsperspektiver.** Senteret framhever at den samlede bevilgning det i dag får fra ulike kilder er helt avgjørende for å kunne fortsette på dagens nivå. Senteret skriver videre i egenevalueringen at: ” Det er investert betydelig i opplæring av yngre medarbeidere samt anleggelse av ny plattform for vektor-teknologi foruten styrking av tidligere eksisterende funksjoner. Selv om dette har gitt avkastning i en betydelig publikasjonsvirksomhet fra 2000-2005, forventes det at denne i årene som kommer med dagens totale bevilgningsramme vil øke både med tanke på kvantitet og kvalitet. Forventningene har bakgrunn i så vel den økte kompetanseoppbygging blant medarbeidere samt det forhold at man har en rekke tyngre delprosjekter under utførelse/oppstart, som forhåpentligvis vil gi betydelig uttelling i årene som kommer. På den andre siden vil en nedtrapping bety at man ikke vil få full forrentning av de investeringer som er gjort til nå” (jf. egenevalueringen).

### 3.2.3 Brukerevaluering

Det er ikke gjennomført noen brukerevaluering for dette senteret. Som et rent forskningssenter og med den type forskning som dette senteret driver, er det ikke aktuelt med en brukerevaluering. Senteret selv er inneforstått med og enig i denne vurderingen.

### 3.2.4 Ekstern evaluering/anbefalinger

I kapittel 2.3 listet vi opp de oppgaver som er tiltenkt et regionalt senter. Oppgavene stiller krav til både regional, nasjonal og internasjonal forankring. Oppgavene for et senter skal dekke både forskning, nettverksbygging, undervisning og veiledning samt pasienthåndtering og ”guidelines”.

Som nevnt er Kompetansesenteret for genterapi et rent forskningssenter og må vurderes og evalueres som det. Regional nettverksbygging, undervisning og veiledning drives i svært begrenset grad. Senteret har heller ikke hatt eller vil ha noen intensjoner om å drive denne typen aktiviteter. Det er derfor ikke aktuelt å vurdere dette senteret som er *regionalt kompetansesenter* med de mål og intensjoner som er tillagt denne typen institusjoner.

Selv om senteret ikke er regionalt forankret i tråd med intensjonen for et regionalt kompetansesenter er det på forskningssiden godt forankret nasjonalt og ikke minst internasjonalt. I følge vår tilgang på informasjon om senterets forskningsvirksomhet samarbeider det med de fremste i verden på sitt felt. Det viser blant annet publiseringsdata om samforfatterskap. Senterledelsen ved Bjerkvik og Lønning har også høy produktivitet, de publiserer også i høyt rangerte tidsskrifter. På sitt felt driver de forskning i internasjonal toppklasse.

**Oppsummerende: Kompetansesenteret for genterapi kan ikke betraktes som et regionalt kompetansesenter og kan heller ikke evalueres som det. Som et rent forskningssenter vil vi imidlertid – basert på vår kjennskap til senteret - gi det et godt skussmål: Senteret leverer forskning av høy internasjonal kvalitet. Evaluerer har imidlertid ikke kompetanse til å evaluere den faglige kvaliteten på forskningsproduksjonen i senteret, men baserer vurderingen på senterets egnevaluering, publikasjonsliste og tilgang til internasjonale databaser for publisering. Det faktum at senteret ikke kan betraktes som kompetansesenter, leder selvsagt til spørsmålet om dette senteret *bør* ha status som regionalt kompetansesenter. Et nærliggende anbefaling til Helse Vest er å vurdere senterets status som regionalt forankret organ.**

## 3.3 Senter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri

### 3.3.1 Beskrivelse

Senteret ble formelt etablert i 2000 og har sin bakgrunn i St.meld. nr. 25 (1996-97) Åpenhet og helhet og St. prp. nr. 63. Her ble det tatt til orde for å etablere tre kompetansesentre i tilknytning til de regionale sikkerhetsavdelingene. Men selve virksomheten ved senteret strekker seg tilbake til 1989. De to andre kompetansesentrene i Norge befinner seg i Oslo og Trondheim. I følge ledelsen er senteret i Bergen det mest akademisk orienterte av de tre. ”Men det er også svært viktig for senteret å være nær den kliniske virksomheten” (jf. intervju med ledelsen).

**Hovedmål:** Kompetansesenteret skal tjene som knutepunkt i de faglige nettverk av helse-, sosial- og fengselspersonell i regionen.

Virksomheten skal dekke tre likeverdige hovedområder:

1. Sikkerhetspsykiatri
2. Fengselspsykiatri
3. Rettspsykiatri

Hvert av de tre hovedområdene har sine mål:

*1. Sikkerhetspsykiatri:* Dette området skal vurdere og utvikle behandlingsmetoder/-modeller for voldelige og alvorlig sinnslidende og seksuelle overgrepere, utvikle ny kunnskap samt regelmessig formidle eksisterende og ny kunnskap.

*2. Fengselspsykiatri:* Dette området skal fungere som knutepunkt i det faglige nettverk av helse-, sosial- og fengselspersonell, gi undervisning/veiledning til fagfolk som har ansvar for tilbud i den ordinære spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern i fengslene i tillegg til forskjellige typer gruppebehandling.

*3. Rettspsykiatri:* Her skal senteret utvikle fagområdet rettspsykiatri/ rettspsykologi, utvikle spisskompetanse som inneholder vurdering av risiko for farlighet og kvalitetsheving av strafferettslig sakkyndighetsarbeid.

**Innsatsfaktorer.** Sentrale data for innsatssiden i 2004 er:

- *Økonomi:* 10,5 mill kr i 2004, herav 6 mill øremerkede midler fra Helse Vest og det resterende fra Helse- og Sosialdirektoratet.
- *Årsverk:* 16
- *Kompetanse:* Årsverkene fordeles på: Professor (0,6), forskere (12,4 primært lege, psykiater, psykolog), stipendiater (1) og post.doc (1).

**Organisasjon og ledelse:** Kompetansesenteret har organisatorisk tilknytning til Avdeling for sikkerhet (Sandviken) ved Haukeland Universitetssykehus og en faglig tilknytning til Universitetet i Bergen (juridisk, psykologisk og medisinsk fakultet). Senteret rapporterer til Psykiatrisk Divisjon (Haukeland Sykehus, Helse Bergen). Når det gjelder midlene fra Helse- og sosialdirektoratet rapporterer senteret til direktoratet for disse.

Programvirksomheten ved Bergen fengsel er organisert under kompetansesenteret og består av diverse behandlingsprogram for innsatte. Senteret har nær kontakt med Helse- og omsorgsdepartementet og Sosial- og Helsedirektoratet.

**Virksomhet/resultater:** De viktigste oppgavene i senteret (som gjelder spesielt to av de tre hovedområdene; sikkerhetspsykiatri og fengselspsykiatri) er knyttet til 1) undervisning

og veiledning 2) ulike typer fagutviklingsprosjekter og 3) forskning. Mer konkret kjennetegnes aktivitetene av følgende:

*Forskning:* Ved senteret foregår flere forskjellige forskningsprosjekt knyttet til sikkerhets- og fengselspsykiatri. Flere av disse er i samarbeid med andre myndigheter/institusjoner, for eksempel Kriminalomsorgen (region Vest), Justisdepartementet (straffegjennomføringsavdelingen) og Regionsenteret for barne- og ungdomspsykiatri.

*Nettverksbygging:* Kompetansesenteret holder kontakt med avdelinger i regionen som naturlig skulle ha behov for senterets tjenester.

*Veiledning:* På anmodning gis veiledning i risikovurdering/farlighetsvurdering til avdelinger/institusjoner innen regionen. I forbindelse med innlegging/utskrivning av pasienter fra andre avdelinger i regionen gjennomføres alltid et forvernsbesøk, og det gjennomføres flere møter angående pasienten i løpet av oppholdet. Dessuten: Fra sentrale helsemyndigheter er det kommet et ønske om at rettspsykiatriske erklæringer i stor grad gjøres av personer knyttet til de tre kompetansesentrene. To av senterets ansatte driver en del med slikt arbeid.

*Undervisning:* Senteret har nå utarbeidet et studieopplegg: Videreutdanning i aggresjonsproblematikk, i samarbeid med Høgskolen i Bergen, oppstart: 2005. Fagfolk fra senteret har deltatt/deltar som forelesere ved de såkalte C-kursene (kurs pålagt av Sosial- og helsedirektoratet, som er grunnkurs i risikovurdering for rettsmedisinske sakkyndige, herunder psykiatere og psykologer). Kursene foregår på omgang ved kompetansesentrene i Oslo, Trondheim og Bergen. De samme fagfolkene foreleser også for miljøpersonale i aggresjonsproblematikk og risikovurdering, i regi av Høgskolen i Molde.

*Pasientbehandling:* Kompetansesenteret er formelt knyttet opp mot den regionale sikkerhetsavdelingen, som har 10 sengeplasser. Organisatorisk, under samme paraply, ligger også en lokal sikkerhetsenhet med 10 sengeplasser. I 2004 var det for en stor del overbelegg på begge enheter.

*Guidelines/EBM:* Avdelingen arbeider kontinuerlig med å strukturere pasientarbeidet. Senteret har for tiden innrettet rapportering/behandlingsplaner etter strukturen som fremgår av HCR-20, et kartleggingsverktøy for risiko-/farlighetsvurdering.

### **3.3.2 Egenevaluering**

**Måloppnåelse:** Senteret er fornøyd med den faglige utviklingen de siste årene. Ved oppstart ble det utarbeidet et plandokument for senteret, dette dokumentet har vist seg å være svært levedyktig, påpeker senteret, ”ved at vi anser at mange av ideene/føringene i planen har ført frem til et ønsket resultat, at vi ser det riktig å følge disse ideer fortsatt” (jf. egenevalueringen).



Senteret er spesielt fornøyd med deres engasjement innenfor psykopati ("Bergen skal bli gode på psykopati") samt fengselsprogrammene som de har utviklet (men som de ikke har undersøkt effekten av). Ellers har senteret opparbeidet mye kompetanse gjennom arbeidet i sikkerhetsavdelingen, senteret får nå mange forespørsler når det gjelder farlighetsvurdering.

Senteret er også svært tilfreds med at det har tilgang på god utenlandsk ekspertise og som representerer forskningsfronten i dag. "Vi har knyttet til oss "topper" i faget som ansatte hos oss via adjungerte professorater". Det har virket positivt på, flere måter (fra egenevalueringen).

**Rammebetingelser:** Senteret har opplevd de økonomiske betingelser som gode til nå. Det samme gjelder tilgangen på kompetanse. Infrastrukturen er god, med god kommunikasjon innad i senteret og til eksterne samarbeidspartnere. Senteret mener det er nødvendig å ha tilknytning til ulike universitetsmiljø, primært Universitetet i Bergen. Senteret har hatt formell tilknytning til tre fakulteter ved UiB, det medisinske, det juridiske og det psykologiske fakultet. Ved det psykologiske fakultet har senteret undertegnet en intensjonsavtale (senteret har også knyttet til seg tre II-stillinger på dette fakultetet). Senteret har generelt hatt stor frihet mht virksomheten (jf. samtale med ledelsen).

**Styring og ledelse:** Dagens organisering er hensiktsmessig ifølge senteret. Når det gjelder forholdet til Helse Vest, oppleves kontakten som positiv og støttende, men det har ikke vært veldig mye kontakt, men senteret føler seg absolutt "sett" av Psykiatrisk divisjon i Helse Vest. Ellers er ingen ny strategiplan under utarbeidelse: Strategien ligger i plandokumentet som ble skrevet før oppstart (jf. egenevalueringen).

**Framtidsperspektiver:** Senteret ønsker å utvide virksomheten på alle de tre hovedområdene: sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri. For fengselspsykiatrifeltet ønsker senteret å få "fulltidsforskning" på doktorgrads-/postdoc-nivå innenfor evaluering av effekten av programvirksomheten, på de tre områdene; vold, rus og sedelighet. En annen utfordring er knyttet til følgende: Kompetansesenteret får fra tid til annen oppdrag fra sentrale helsemyndigheter. Et aktuelt eksempel er en forespørsel fra Sosial- og helsedirektoratet om å foreta en utredning av personer som representerer utfordringer med hensyn til farlighet og utagerende atferd. Utfordringen for senteret er bemanning slik at det kan gjennomføre slike undersøkelser/oppdrag. Dette har gått bra hittil. Senteret ønsker å fremstå "slik at vi blir anerkjent som ekspert på vårt fagområde". I egenevalueringen skriver senteret videre: "Det blir svært viktig at vi kan knytte til oss dyktige stipendiater, som kan gjennomføre forskningsprosjekt, under veiledning på akademisk nivå innen våre tre hovedområder. For å opprettholde en god faglig standard, ønsker vi en vekst i fagstaben ved flere prof. II-stillinger. Det har vært et ønske å knytte til oss en professor i full stilling ved senteret, dette har til nå ikke vist seg mulig".

### 3.3.3 Brukerevaluering

Kompetansesenteret ble bedt om å fremskaffe 20 brukere/kontaktpersoner som kunne vurdere senteret utenfra. 13 personer fulgte oppfordringen til å svare på et elektronisk spørreskjema. Følgende dimensjoner ved senteret vil bli belyst: Senterets kompetanse og kvalitet og relevans ved senterets tjenester; senterets formidling og rådgivning; senterets nettverksbygging og senterets utdanningsvirksomhet. Til slutt vil vi belyse brukernes/kontaktpersonenes vurdering av veien fremover for senteret.

*Kompetanse og kvalitet på tjenestene:* Vi har bedt respondentene vurdere senterets kompetanse, tjenestenes faglige kvalitet, relevansen for deres virksomhet av de tjenester de mottar, nytteverdien av tjenestene, og omfanget av tjenestene i forhold til respondentens behov.

Antall respondenter	Senterets				
	Kompetanse	Kvalitet	Relevans	Nytte	Omfang
Meget lav/liten/lite	1	1	1	1	1
2		1	1	2	2
3	4	2	2	1	4
4	2	5	4	3	4
Meget høy/stor/godt	6	4	5	6	2
Antall	13	13	13	13	13

Flertallet av respondentene synes senterets kompetanse er høy eller meget høy. Vi skal imidlertid merke oss at fem av dem er mer reservert i sin vurdering av senterets kompetanse. Største delen av respondenten har også et godt inntrykk av de tjenester senteret tilbyr, men også her er det noen som stiller et spørsmålstegn ved både kvalitet, relevans, nytte og omfang av senterets tjenester. Når vi kontrollerer for hvilket helseforetak respondentene sokner til, finner vi at de mest fornøyde sokner til Helse Bergen mens respondenter fra de andre regionene er langt mer kritiske.

*Rådgivning:* Respondentene deler seg i omtrent to like deler i deres vurdering av senterets evne til å spre kunnskap og informasjon. Den ene halvparten er godt fornøyd med senteret i så henseende mens den andre delen er langt mer kritisk. Også her er det en klar regional dimensjon med respondenter som sokner til Helse Bergen som de mest fornøyde. Den samme regionale forskjellen finner vi igjen i respondentenes vurdering av hvor lett det er å få råd og veiledning fra senteret når de har behov for det. Senterets geografiske nærmiljø er de mest positive. Dette gir seg også utslag i hvor hyppig respondentene har brukt senterets rådgivnings og veiledningstjeneste. Respondenter fra Bergensområdet bruker senteret hyppigere enn de som sokner til andre deler av Helse Vest.

*Nettverksbygging:* En hovedoppgave for alle kompetansesentrene er å bygge opp solide nettverk for å sikre at hele helseregionen trekkes med i sentrenes virksomhet. Senteret har derfor nedlagt et omfattende arbeid for å nå denne målsettingen. Til tross for dette svarer et flertall av respondentene at de ikke deltar i noen av senterets nettverk, men de som deltar

har hatt et godt utbytte av deltakelsen. I forhold til nettverksbyggingen finner vi ingen regionale forskjeller verken i deltakelse eller i vurderingen av utbytte av deltakelsen.

*Undervisning:* Halvparten av respondentene har deltatt i senterets undervisningstiltak i hovedsak i etterutdanningstiltak. De som har deltatt i undervisningen er godt fornøyd med denne og synes at tiltakene har truffet godt de målgrupper undervisningen har vært rettet mot.

*Den videre utviklingen:* Det er svært ulike vurderinger av hva som er senterets sterkeste side. Dette summerer seg opp til at det er like mange som hevder at forskning er senterets sterkeste side som det er respondenter som mener at nettverksbygging, rådgivning og undervisning er senterets sterkeste side. Dette gjenspeiler seg da også i vurderingen av hva som bør styrkes i tiden fremover, men det er en viss overvekt av de som legger størst vekt på å styrke forskningen. I den sammenheng burde man satse på prosjekter som kunne trekke med seg forskere også utenfor Sandvikenmiljøet. Det pekes også på at det er behov for flere ansatte ved senteret som har 100-prosent stilling. Nå er det for mange som kun har bistillinger, noe som fører til manglende kontinuitet i arbeidet.

Den forskjellen i vurderinger som vi har gjort rede for langs en regional dimensjon, finner vi igjen i forslag til forbedringer. Her fremheves det betydningen av å lage en helhetlig plan for virksomheten som burde drøftes med hele regionen. Det understrekes at det blir viktig for senteret å komme seg utenfor Sandviken for å informere om hva senteret kan bidra med. Målet må være å styrke kompetansen i hele regionen og ikke bare bygge opp egen kompetanse.

### **3.3.4 Ekstern evaluering/anbefaling**

I kapittel 2.3 listet vi opp de oppgaver som er tiltenkt et regionalt senter. Oppgavene stiller krav til både regional, nasjonal og internasjonal forankring. Oppgavene for et senter skal dekke både forskning, nettverksbygging, undervisning og veiledning samt pasienthåndtering og ”guidelines”.

I forhold til de ni oppgavene som det ble referert til i kap. 2.1, dekker Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og sikkerhetspsykiatri de aller fleste. Samlet sett synes senteret langt på vei å fylle intensjonene både med hensyn til regional, nasjonal og internasjonal forankring.

*Regionalt* skal senteret fungere som et knutepunkt i nettverket mellom helse- sosial- og fengselspersonell i Helse Vest regionen. Senteret er utviklingsorientert og har utviklet flere programmer innenfor områdene rus-, volds- og sedelighetsproblematikk. Det er også initiert flere forskningsprosjekter innenfor fengsels- og sikkerhetspsykiatri. Senteret er godt forankret på Universitetet i Bergen, særlig Psykologisk fakultet. I 2004 utarbeidet sentret også et studieopplegg, en videreutdanning innenfor aggresjonsproblematikk.

Senteret har altså gjennomgått en aktiv etableringsfase siden oppstarten i 2000. Denne evalueringen har imidlertid ikke gitt rom for å gå nærmere inn på innholdet i, kvaliteten på og effekten av de ulike tiltakene. Når det gjelder den regionale dimensjonen har vi imidlertid merket oss at brukerne i Helse Bergen er mest fornøyd med ulike sider ved virksomheten (jf. 3.3.2). Respondenter fra de andre helseforetakene er langt mer kritiske.

Senteret er godt forankret *nasjonalt* og samarbeider med de andre regionale kompetansesentrene. I følge egevalueringen får senteret en rekke forespørslers om veiledningsoppdrag, ikke bare regionalt, men også nasjonalt. Nasjonale forespørslers knytter seg også til utredningsoppdrag. Senteret selv sier at disse forespørslene samlet sett skaper et bemanningsproblem. Det har vi forståelse for. Her er det verdt å nevne at senteret får ikke ubetydelige midler fra Helse- og sosialdirektoratet årlig som tilsier at senteret også må håndtere nasjonale forespørslers. Balansen mellom ressurser på den ene siden og spekteret av oppgaver: rådgivning, utviklingsarbeid og anvendte forskningsprosjekter er en klar utfordring for et kompetansesenter med både regionale og nasjonale finansiører og de forventninger som følger med pengene.

Senteret har et godt rotfeste *internasjonalt*. Senteret har hele tiden lagt vekt på å trekke på gode internasjonale fagfolk og har lyktes med det. I 2004 var kompetansesenteret vertskap for en stor internasjonal konferanse innenfor psykopati med 250 deltakere.

**Oppsummerende: Senteret har gjennomgått en aktiv utviklingsfase siden oppstarten. Det har bygget opp en betydelig virksomhet og i følge egevalueringen; et velfungerende nettverk innenfor sitt felt siden oppstarten. Brukerevalueringen peker imidlertid på at senteret ikke når godt nok ut til helseforetakene utenom Helse Bergen. Virksomheten synes imidlertid å være godt forankret i internasjonal erfaring og ekspertise. Som regionalt kompetansesenter, har senteret langt på veg oppfylt intensjonene så langt. De økonomiske betingelsene har vært gode. Vi noterer imidlertid at oppgavene presser på - henvendelsene øker både regionalt og ikke minst nasjonalt. Selv ønsker senteret å utvide alle de tre fagområdene; sikkerhets- fengsels- og rettspsykiatri. Etter 5-års drift kan imidlertid være et gunstig tidspunkt å vurdere - eventuelt *evaluere* - programdrift, forskingsportefølje/forskningskvalitet og andre sider ved virksomheten samt legge grunnlaget for en ny strategiplan: Hva bør justeres, endres, bygges opp/tones ned? Hvilke kompetanse- og ressursbehov kreves? Ikke minst er det viktig å vurdere balansen mellom forskning, utviklings- og utredningstiltak og rådgivning. Senteret kan ikke vokse i alle retninger. Ambisjonene internt er store og trykket eksternt øker – og det er ingen grunn til å tro at midlene vil øke vesentlig – selv om feltet er i medvind og politisk prioritert. Opptrappingsfasen ebber ut. Vår anbefaling er: Gå i tenkeboksen og stak ut en konsolideringsfase basert på den kompetanse og de nettverk som senteret har opparbeidet seg og ikke minst trekke de andre helseforetakene med. De kritiske merknadene i brukerevalueringen bør være en del av denne drøftingen.**

## 3.4 Regionalt kompetansesenter for akuttmedisin (RAKOS)

### 3.4.1 Beskrivelse

Styret i Helse Vest vedtok i 2002 å etablere et regionalt kompetansesenter i akuttmedisin. Senteret dekker fagområdene

- Ambulanse
- Luftambulanse
- Medisinsk nødmeldetjeneste

Kompetansesenteret ble lagt til Helse Stavanger ved Sentralsjukehuset i Rogaland. Virksomheten i senteret har imidlertid tråder tilbake til 1960-tallet. Sentralsjukehuset i Rogaland har lange tradisjoner innenfor akuttmedisin. Sykehuset har hatt en egen avdeling for prehospitalet medisin siden 1988.

RAKOS er en nettverksorganisasjon med hovedforankring i Stavanger. RAKOS binder sammen den prehospitale virksomheten i de fire foretakene i Helse Vest. Hvert foretak driver imidlertid sine prehospitale tjenester som integrert del i foretakets øvrige virksomhet.

**Hovedmål.** RAKOS har som hovedmål å etablere og utvikle et levende og tett nettverk innenfor ambulanse, luftambulanse og medisinsk nødmeldetjeneste for alle de fire foretakene i Helse Vest. Senteret skal medvirke til samordning og faglig samarbeid innen disse fagområdene. Det skal sikre kompetanseoppbygging og formidling innen sitt geografiske område. Senteret skal arbeide i nært samarbeid med tilsvarende kompetansesentre på nasjonalt nivå.

**Innsatsfaktorer.** Sentrale data for innsatssiden i 2004 er:

- *Økonomi:* 1,95 mill kr. (herav 1,7 mill kr. fra Helse Vest og 250 000 kr. fra Stiftelsen Norsk Luftambulanse).
- *Årsverk:* 1,7
- *Kompetanse:* Årsverkene fordeles på: Lege (3), sykepleier (1), ambulansepersonell (2) og siv.ing. (1). Alle stillingene er deltidsstillinger. I forbindelse med etableringen av RAKOS vedtok styret i Helse Vest å finansiere et professorat (II-stilling) i 5 år (som er inkludert i årsverkene over).

**Organisering og ledelse.** RAKOS er administrativt organisert under Akuttklinikken ved Sentralsjukehuset i Rogaland. Senteret er faglig uavhengig av Sentralsykehuset, men rapporterer til sykehuset i administrative saker. I faglige spørsmål rapporterer senteret til Helse Vest. Et nettverksforum er det styrende organet i RAKOS. Nettverksforumet består av personer innenfor hvert helseforetak som har et økonomisk og administrativt ansvar for

ambulans/nødmeldetjenesten. Nettverksforumet vedtar de overordnede prioriteringer for kompetansesenterets virksomhet.

Sekretariatet i Stavanger har to ansatte. Fire fagkoordinatorer i deltidsstillinger leder følgende områder:

- Ambulans (bil/båt)
- Luftambulans
- Medisinsk nødmeldetjeneste/kommunikasjonsberedskap
- Beredskap

Fagkoordinatorernes viktigste oppgave er nettverksbygging, styrke det faglige samarbeidet på sitt felt i regionen samt initiere fagprosjekter.

**Virksomhet og resultater.** De viktigste oppgavene i senteret er knyttet til nettverksbygging. Innenfor de ulike fagfeltene som senteret dekker er initiering av ulike typer prosjekter en svært viktig oppgave. Forskning står også på dagsorden, men gjennomføres i begrenset grad. Senteret driver lite eller nærmest ingen undervisning, senteret har heller ikke definert det som et mål for virksomheten.

*Nettverksbygging:* Nettverksbygging mellom ledelsen i foretakene prioriteres svært høyt, senteret avholder regelmessige nettverksmøter. I tillegg kommer uformell nettverksbygging og ikke minst all den nettverksbygging som foregår i regi av fagkoordinatorerne innenfor de ulike fagfeltene som RAKOS dekker.

*Forskning:* Den akademiske aktiviteten er knyttet til et professorat i akuttmedisin, en forskningskoordinator og et forskningsutvalg. RAKOS har bidratt til flere forskningsprosjekter i samarbeid med andre finansieringskilder (Sosial- og helsedirektoratet, Norsk Luftambulans og Lærdals fond for akuttmedisin). I 2003 (har ikke tall for 2004) var RAKOS involvert i 9 ulike forskningsarbeid. Forskningsaktiviteten er imidlertid i en oppstartfase; nå er det sentrale å knytte kontakter med samarbeidspartnere i regionen som Universitetet i Bergen, Universitetet i Stavanger og Lærdals fond. Nasjonalt samarbeider senteret med KOKOM (Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap) og NAKOS (Nasjonalt akuttmedisinsk kompetansesenter). Ellers arbeider senteret med å etablere kontakter til internasjonale forskningssentre.

*Andre typer prosjekter:* En viktig del av virksomheten er å oppmuntre til og å etablere ulike typer prosjekter innen prehospitall akuttmedisin. Mange av disse prosjektene er praktisk rettede for bedre sikkerhet innen ambulans- og luftambulansetjenesten, faglige evalueringsprosjekter, prosjekter med sikte på felles retningslinjer etc.

*Rådgivning/spredning:* I regionen finner rådgivning/spredning sted gjennom nettverket og web-sider. Nasjonalt skjer det på samme vis gjennom nasjonale samarbeidspartnere og web-sider.

*Undervisning:* Senteret viser her til ett kurs, i bruk av programvare til forskning.

### **3.4.2 Egevaluering**

**Måloppnåelse:** Senteret er foreløpig en svært ung institusjon, men er på rett vei hevder ledelsen for senteret. Senteret har målsettinger for aktiviteten innenfor nettverksbygging og forskning. I motsetning til de fleste andre regionale kompetansesentre i Helse Vest har senteret lite eller ingen aktivitet knyttet til undervisning/rådgivning, pasientresultat eller guidelines/EBM. Mer konkret viser egevalueringen til følgende resultater:

*Nettverksbygging:* Senteret er på god vei i samsvar med planene, senteret lykkes svært godt og kan vise til konkrete resultater (jf. egevalueringen).

*Forskning:* Her er senteret noe forsinket i forhold til planen. Det skyldes primært manglende finansiering, hevder senteret: Det får ingen ”grunnbevilgning” fra Helse Vest til forskning, men senteret kan selvsagt søke ulike kilder om forskningsmidler til enkeltprosjekter i konkurranse med andre. I 2003 (som vi har tall for) var senteret involvert i 9 forskningsprosjekter innenfor akuttmedisin. Med finansiering fra RAKOS og andre kilder ble det i 2003 engasjert 8 stipendiater (derav tre er doktorgradsprosjekt).

*Andre typer prosjekter:* I 2003 ble det initiert 25 prosjekter av ulike typer primært innenfor ”økt sikkerhet”, evaluering av tiltak og felles retningslinjer.

**Rammebetingelser:** De økonomiske rammebetingelsene er tilstrekkelige, men likevel helt avgjørende for virksomheten. Midlene gir senteret anledning til å støtte fagutviklingsprosjekter som er svært viktige for aktiviteten. Selve nettverksaktiviteten koster lite, men er avhengig av de kronene som settes av til den. Ellers er både høg kompetanse som er oppdatert på utviklingen, og en hensiktsmessig infrastruktur med midler til reiser og annen faglig oppdatering samt kontordrift, nødvendig for senteret (jf. egevalueringen).

**Styring og ledelse.** Senteret mener at dagens organisering er hensiktsmessig. Senteret legger opp til relativ stor individuell frihet innenfor felles mål og rammer. Hvert av de tre fagfeltene har en felles strategi samt en fellesstrategi for infrastrukturen (jf. egevalueringen). I egevalueringen påpekes det også at senteret har et godt forhold til overordnede myndigheter i Helse Vest.

**Framtidsperspektiver.** I egevalueringen påpeker senteret at det nå er i ferd med å slutføre en etableringsfase og opplever dagens drift som hensiktsmessig. Men dagens høye

aktivitetsnivå, gode resultater av nettverksvirksomheten samt mulige nye aktuelle oppgaver, tilsier at økt aktivitet bør vurderes.

### 3.4.3 Brukerevaluering

Kompetansesenteret ble bedt om å fremskaffe 20 brukere/kontaktpersoner som kunne vurdere senteret utenfra. 13 personer fulgte oppfordringen til å svare på et elektronisk spørreskjema. Følgende dimensjoner ved senteret vil bli belyst: Senterets kompetanse og kvalitet og relevans ved senterets tjenester; senterets formidling og rådgivning; senterets nettverksbygging og senterets utdanningsvirksomhet. Til slutt vil vi belyse brukernes/kontaktpersonenes vurdering av veien fremover for senteret.

*Kompetanse og kvalitet på tjenestene:* Vi har bedt respondentene vurdere senterets kompetanse, tjenestenes faglige kvalitet, relevansen for deres virksomhet av de tjenester de mottar, nytteverdien av tjenestene, og omfanget av tjenestene i forhold til respondentens behov.

Antall respondenter	Senterets	Tjenestenes			
		Kompetanse	Kvalitet	Relevans	Nytte
Meget lav/liten/lite	1	1	3	2	2
2		2		1	1
3	5	5	3	5	5
4	4	3	4	2	3
Meget høy/stor/godt	2	1	2	2	1
Antall	12	12	12	12	12

Tabellen viser at respondentene gjennomgående synes at senteret har en rimelig god kompetanse, men at det er et klart rom for en kompetanseheving. Det samme bildet avtegner seg når det gjelder tjenestenes kvalitet, relevans, nytte og omfang. Når vi kontrollerer for hvilket helseforetak de sokner til, og hvilken stilling respondentene har, fremtrer ikke noe entydig bilde. Det er således variasjoner både innen helseforetakene og innen stillingsgruppene med hensyn til hvordan de vurderer senterets kompetanse og tjenestenes kvalitet, relevans og nytte.

*Rådgivning:* Etter respondentenes vurdering har senteret mye å vinne ved å styrke arbeidet med å spre kunnskap og informasjon. Et meget klart flertall av respondentene synes at senteret er lite eller nokså lite dyktige i en slik sammenheng. Etter deres syn er det heller ikke lett å få bistand fra senteret når det gjelder å få råd og veiledning. Dette fører til at senteret ikke brukes i så stort omfang som det ellers kunne ha blitt.

*Nettverksbygging:* Når det gjelder deltakelse i senterets nettverk, så har så godt som alle respondentene deltatt i disse, men med et varierende utbytte. Flertallet av dem oppgir således at de har hatt et begrenset utbytte av nettverkene så langt.



*Undervisning:* Det er de færreste som har deltatt i senterets undervisningstilbud noe som nok har sammenheng med at senteret nesten ikke har hatt noen aktiviteter knyttet til undervisning/etterutdanning (men som nevnt har senteret ikke definert utdanningstiltak som et mål for virksomheten).

*Den videre utviklingen:* Det er et klart flertall som mener at senteret bør trappe opp virksomheten fra dagens nivå som de finner utilstrekkelig. De fleste mener at senterets styrke så langt har vært nettverksbyggingen, men at forskning, rådgivning og undervisning ikke har inntatt den plass i senterets virksomhet det burde. Respondentene anbefaler derfor at dette bør styrkes og da særlig forskningsvirksomheten. Senteret oppfordres til aktivt å signalisere at forskning er noe senteret ønsker å satse på. Dette bør følges opp ved å øremerke midler til forskning og invitere til samarbeid om dette. Det fremheves at det er viktig at hele Helseregion Vest trekkes med slik at det ikke blir en aktivitet knyttet til Stavanger universitetssykehus alene.

Det oppfordres til at senteret på et overordnet nivå foretar en kartlegging av nivå på og behov for akuttmedisin i helseforetakene, og at det på det grunnlag definerer problem- og satsingsområder som kan munne ut i en handlingsplan.

På utdanningssiden etterlyses det en systematisk utdanning av ”hoved- og underinstruktører” i akuttmedisin som kan formidle kunnskapen i de ulike helseforetakene

#### **3.4.4 Ekstern evaluering/anbefalinger**

I kapittel 2.3 listet vi opp de oppgaver som er tiltenkt et regionalt senter. Oppgavene stiller krav til både regional, nasjonal og internasjonal forankring. Oppgavene for et senter skal dekke både forskning, nettverksbygging, undervisning og veiledning samt pasienthåndtering og ”guidelines”.

Virksomheten i Regionalt kompetansesenter for akuttmedisin er først og fremst knyttet til *nettverksbygging i regionen*. Senteret har noe aktivitet i forhold til forskning og lite eller ingenting med hensyn til undervisning/veiledning. Slik sett dekker det bare i begrenset grad hovedoppgavene som er tillagt et regionalt kompetansesenter. RAKOS har heller ikke selv mål med hensyn til aktivitet knyttet til undervisning/etterutdanning/veiledning.

Det er imidlertid viktig å huske på at senteret er en svært ung organisasjon, med knapt tre virkeår og må vurderes/evalueres i forhold til det. Det er også det minste av de syv kompetansesentrene i Helse Vest med kun 1,7 årsverk som så er fordelt på en rekke deltidsstillinger. De to oppstartsårene har vært preget av relativt høy aktivitet (i forhold til budsjett) knyttet til oppstart av en rekke prosjekter samt organisatorisk forankring og utbygging av *nettverksorganisasjonen RAKOS*.

Senterledelsen selv er godt fornøyd med virksomheten og *organisasjonsformen*. Imidlertid viser brukerundersøkelsen at brukerne ser en del svakheter både ved måten senteret er

organisert på og ved nettverksvirksomheten (jf. 3.4.3). Svarene i brukerundersøkelsen peker på at senteret bør vurdere informasjonsbehovet ute i regionen og sikre seg informasjon om i hvilken grad det faktisk når fram. Nettverksorganisering er generelt en krevende organisasjonsform som setter store krav til kommunikasjons- og informasjonsflyt og ikke minst til noden(e) i nettverket, i dette tilfellet hovedkontoret i Stavanger. Som ekstern kan en spørre seg om 1,7 årsverk er tilstrekkelig til å drifte en krevende organisasjonsform på et felt som krever høg kompetanse og der den faglige utvikling skjer fort. Disse 1,7 årsverkene er i tillegg splittet opp på en rekke stillinger. Det er beundringsverdig hvor mye man har fått ut av disse 1,7 årsverkene hittil – men er det nok? Og skaper oppsplittingen i deltidsstillinger tilstrekkelig sammenheng og kontinuitet i arbeidet?

Et av senterets mål er også å drive *forskning*. Her er det finansieringsproblemer. Senteret har riktig nok bidratt til oppstart av flere forskningsprosjekter og hadde håpet på øremerkede midler fra Samarbeidsorganet i Helse Vest, men har ikke fått det. For oss ser det ut som senteret har en for svak forskningsbase og plan for en slik virksomhet. Skal senteret bygge seg opp på forskningssiden – er det ikke nok å basere seg på enkeltprosjekter som nå viser seg vanskelig å finansiere. Vi vil anbefale at forskingsutvalget i RAKOS utarbeider en plan for forskningsvirksomheten der det drøfter: Hvor omfattende skal forskningsvirksomheten være? Hvilke kunnskapsbehov står en overfor og hvilken type forskning kreves? Hvilke miljøer bør en knytte seg til nasjonalt og internasjonalt og hvilke finansieringsmuligheter fins? Vi vil dessuten anbefale at RAKOS og forskingsutvalget trekker veksler på Kompetansesenter for klinisk forskning og Samordningsorganet mellom Helse Vest og universitetene i Bergen og Stavanger i arbeidet med å utvikle en strategi for senterets forskningsvirksomhet.

Vi ser også at brukerundersøkelsen etterlyser større grad av *veiledning og etterutdanningstiltak*. Det er dermed flere momenter som senteret nå etter snart tre års drift bør vurdere. Kommer en til at både veilednings- og undervisningssiden må bygges ut i tillegg til satsing på forskning, krever det mer ressurser både finansielt og i forhold til bemanning.

**Oppsummerende: I følge egevalueringen og samtale med ledelsen har RAKOS gjennomgått en aktiv utbyggingsfase siden oppstarten i 2003. Senteret har åpenbart fått iverksatt en rekke tiltak og prosjekter innenfor beskjedne rammer. Men brukerevalueringen samt opplysninger i egevalueringen tilsier at senteret nå bør vurdere - og så langt som mulig evaluere – virksomheten: Når senteret godt nok ut i regionen? Bør det iverksette veilednings- og etterutdanningstiltak som de fleste andre regionale kompetansesentre driver i utstrakt grad? Hvilken rolle skal forskningen spille i senterets aktiviteter? Etter tre års drift er det rimelig at enhver organisasjon går seg selv i sømmene og spør hva som fungerer og ikke fungerer. I dialog med Helse Vest bør så senteret legge grunnlaget for en konsolidering og videreutvikling av virksomheten der alle sentrale aspekter gjennomgås med hensyn til både**

**organisasjonsform og innhold. Det er ingen tvil om at senteret driver en viktig virksomhet som regionen har behov for.**

## **3.5 Regionalt kompetansesenter for sykehushygiene**

### **3.5.1 Beskrivelse<sup>1</sup>**

Forskrift om smittevern i helseinstitusjoner fra 1995 påla regionsykehus å ha en enhet for sykehushygiene som kunne fungere som et kompetansesenter for regionen. I 1996 ble en slik enhet opprettet ved Haukeland sjukehus bemannet med en sykehushygieniker og tre hygiesykepleiere. Fra 1.juli 2003 fikk senteret en egen finansiering fra Helse Vest. Senteret skulle sette i verk kjente smitteverntiltak, utvikle ny kunnskap om årsaker og forebyggende tiltak. I forskriften ble det påpekt at det var et behov for å overføre kompetanse om sykehusinfeksjoner og infeksjonsforebyggende tiltak til helsepersonell i regionen.

**Hovedmål.** Fra Forskrift om smittevern i helseinstitusjoner § 3-2 siteres: ” Enheten skal yte sakkyndig bistand til og samarbeide med andre institusjoner i regionen, herunder i forbindelse med sykehushygienisk rådgivning, registrering, utdanning av personell, forskningsoppgaver og oppklaring av utbrudd i samarbeid med Nasjonalt folkehelseinstitutt.”

Fra Smittevernplan for Helse Vest 2003 siteres: "I tillegg til etablerte og forskriftspålagte oppgaver er det naturlig at senteret også forvalter enkelte fellesoppgaver for sykehusene i Helse Vest. Slike oppgaver kan være;

- Drift av datasystem for infeksjonsregistrering,
- Etablering og vedlikehold av felles dokumentasjonssystem
- Innsamling og tilrettelegging av tilstandsrapporter for smittevernet for Helse Vest
- Saksbehandling og sakkyndig rådgivning for Helse Vest "

Kompetansesenteret fikk også i oppdrag å styrke tilbudet om ressurskrevende mikrobiologiske spesialundersøkelser, som for eksempel genetiske typeundersøkelser av antibiotikaresistente bakterier.

**Innsatsfaktorer:** Sentrale data for innsatssiden i 2004 er:

*Økonomi:* 2 mill kroner hvorav 1,5 mill. kroner fra Helse Vest og 0,5 mill. kroner fra eget helseforetak.

*Årsverk:* 4,1

---

<sup>1</sup> Beskrivelsen er hentet fra Kompetansesenterets egnevaluering.

### *Kompetanse:*

0,2 overlege i bist., prof I ved UiB, 1 overlege i hovedst, prof. II ved UiB	1 Spes.bioing./cand. scient 0,5 Statistiker/cand. scient 0,6 Legespesialist	0,8 spesialsykepleier
---	---	-----------------------

**Organisasjon og ledelse.** Senteret er knyttet til to avdelinger ved Haukeland universitetssjukehus: Avdeling for sykehushygiene og avdeling for mikrobiologi og immunologi. Senteret er ikke en egen administrativ enhet, men har eget budsjett. Det er ved begge avdelingene et mindre skarpt skille mellom senterets virksomhet og avdelingenes ordinære drift.

Det er oppnevnt en referansegruppe med ett medlem og ett varamedlem fra hvert av helseforetakene i Helse Vest. Dette for å knytte helseforetakene til senteret. Senteret er formelt knyttet til Helse Bergen, og følgelig rapporterer senteret til ledelsen for Helse Bergen. Det er videre en direkte kontakt til fagavdelingen ved Helse Vest.

**Virksomhet/resultater.** Oppgavene i senteret er knyttet til:

*Forskning:* Forskningsvirksomheten er foreløpig av et relativt begrenset omfang. I årene 2003 og 2004 hadde senteret henholdsvis 6 og 7 forskningsprosjekter. Senteret har etablert et forskningssamarbeid med Indremedisinsk Institutt (professor Nina Langeland). Senteret publiserte i 2003 3 vitenskapelige artikler og 3 andre publikasjoner. I 2004 publiserte senteret 4 vitenskapelige artikler og 7 andre publikasjoner. I det året ble det avlagt 1 doktorgrad. Dette arbeidet startet imidlertid opp før senteret ble etablert.

*Kompetanse- og nettverksbygging:* *Regionalt* har Kompetansesenteret etablert et formelt nettverk i regionen der alle som arbeider med sykehushygiene samles 2 ganger i året og ellers har kontakt ved behov. Dette nettverket arbeider for det meste med faglige retningslinjer og felles kompetanseutvikling. Senteret driver gjennom dette nettverket et felles infeksjonsregistreringssystem for alle sykehusene i Helse Vest og samarbeidende sykehus. Det har vært kontakt med Lokus for registerepidemiologi ved UiB med tanke på å søke om opptak i dette.

Kompetansesenteret har løpende kontakt med smittevernteamene i de fire andre foretakene gjennom smittevernkoordinerende leger eller ledende hygienesykepleier.

*Nasjonalt* deltar senteret i et nettverk i regi av norsk forum for sykehushygiene (senterets leder er formann). Dette nettverket er organisert som en forening som årlig avholder landskonferanse med faglig program over 3 dager. Deltakelse i nettverket gir grunnlag for uformelle kontakter med kompetansepersoner over hele landet. Dette nettverket er for tiden lite utnyttet til forskningssamarbeid og vurderes av senteret som mest verdifullt i forhold til rådgivning og kompetansespredning.

Senteret er også knyttet formelt til et nasjonalt nettverk som koordineres av Folkehelseinstituttet ved at en representant for hvert av de regionale kompetansesentrene

møtes årlig. Lederen ved kompetansesenteret i Bergen innehar for tiden også en bistilling ved Folkehelseinstituttet. Konkret samarbeides det om etablering av et nasjonalt register for infeksjoner i helsetjenesten og forskningsprosjekt om infeksjoner i sykehjem og tiltak for å hindre utvikling og spredning av resistente bakterier i helsetjenesten.

*Internasjonalt* er Senteret representert i en nordisk forskningsgruppe om meticillinresistente gule stafylokokker (MRSA) og deltar i flere europeiske forskningsnettverk om sykehusinfeksjoner (ARPAC og flere nettverk innen Den europeiske mikrobiologi og infeksjonsforeningen (ESCMID)).

*Rådgivning/formidling:* Kompetansesenteret mottar regelmessig henvendelser fra andre sykehus i og utenfor regionen med spørsmål om råd vedrørende enkeltpasienter og i forbindelse med utarbeidelse av prosedyrer for smittevern. Senteret har bl.a. mottatt henvendelser fra flere andre sykehus med spørsmål i forbindelse med kompliserte luftsmitteisolater, om metoder for infeksjonsregistrering og om tiltak mot spredning av MRSA.

Senteret søker i stor grad å koble sine råd og øvrig virksomhet opp mot anbefalinger gitt i internasjonale og nasjonale paneler for vurdering av evidensgrunnlaget i sykehushygiene. En sentral kilde for slik informasjon er ulike guidelines utgitt av Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, USA.

*Undervisning:* Senteret har undervisning i sykehushygiene i grunnutdanning for legestudenter, sykepleiere, fysioterapeuter og vernepleiere. Bidrar i 6 videreutdanningskurs for leger (gjentas årlig eller hvert andre år). Bidrar med undervisning i videreutdanning av spesialsykepleiere og spesialfysioterapeuter, Uroterapeuter (hvert år).

Senteret har holdt flere interne kurs for helsepersonell: 4 eksterne kurs for pleiepersonell i kommunehelsetjenesten. 4 regionmøter i sykehushygiene. 12 forelesninger på nasjonalt nivå i ulike kurs eller konferanser.

*Guidelines:* Senteret har bidratt til arbeidet med flere nasjonale retningslinjer innen smittevern: Retningslinjer mot spredning av MRSA, Retningslinjer for tuberkulose, Regionale retningslinjer om vaksinasjon av helsepersonell og regionale retningslinjer om antibiotikabehandling.

*Registre:* Senteret har lagt mye arbeid i tilpasse et kommersielt tilgjengelig dataregistreringssystem for sykehusinfeksjoner til den kliniske hverdag og eksisterende rutiner i sykehus. Alle sykehus i regionen deltar og er koblet opp online. Dette er det første tverrgående system for pasientdata i regionen. Data fra hvert foretak holdes atskilt, men det

er mulig å produsere anonyme ekstrakter for forskningsformål og levere data til et nasjonalt register som er under oppretting.

Ved laboratoreidelen er det opprettet et dataregister for genprofiler fra antibiotikaresistente bakterier, først og fremst MRSA. Dette registeret gjør det mulig å følge spredningen av MRSA i regionen.

### **3.5.2 Egevaluering**

*Forskning:* Begge de professorkompetente legene ved senteret veileder hovedfagsstudenter og doktorgradskandidater. Senteret er forholdsvis nytt og har ikke rukket å publisere forskningsresultater som direkte kan tilskrives at senteret ble opprettet. De resultatene en har hatt til nå er kommet som følge av satsing før 2003, blant annet doktoravhandlingen til Roland Jureen. Senteret samler mye data om forekomst av og risikofaktorer for sykehusinfeksjoner og resistente bakterier og vil kunne benytte dette som utgangspunkt for forskning. Det er også i gang samarbeid med Folkehelseinstituttet om forskning på infeksjoner i sykehjem. I planene for senteret er det ikke i tilstrekkelig grad tatt høyde for behovet for ressurser til forskning. Dette representerer en utfordring.

*Nettverksbygning:* På dette området har en nådd langt i det alt hygienepersonell i Helse Vest og samarbeidende sykehus samles to ganger årlig til regionmøte for drøfting av faglige spørsmål. Deltakelsen er ca 30 personer og nettverket er tverrfaglig. Det foregår løpende kontakt mellom senteret og personell ved alle foretakene i regionen.

Senteret er også i høy grad involvert i nasjonale nettverk i samhandling med Sykehushygienisk enhet ved Folkehelseinstituttet og sykehushygieniske miljøer i de andre helseregionene. Kompetansesenteret har vært involvert i rådgivning i 3 andre regioner om utvikling av regionale smittevernplaner og i det siste også om opprettelse av kompetansesentra i alle disse regionene og dessuten ved lederverv i Norsk forum for sykehushygiene.

Det er vår oppfatning at deltakelse i nettverk er vår sterkeste side og at vi lykkes godt med dette.

*guidelines/EBM:* Senteret har gitt vesentlige bidrag til dette området i regional og nasjonal sammenheng og synes at vår innsats på dette området må vurderes som meget tilfredsstillende, selv om slikt arbeid tar tid og at det alltid vil være behov for oppdateringer. I forbindelse med arbeidet med regional veileder i bruk av antibiotika, synes vi at selve prosessen var både god og lærerik og involverte ulike legespesialister fra alle foretakene i regionen.

Det er vår oppfatning at vi er sterke på dette området.

*Veiledning (eks. forskningsveiledning):* Senteret bruker mye tid på løpende rådgiving og veiledning av helsepersonell om spørsmål innen infeksjonskontroll i helseinstitusjoner. Veiledning skjer som respons på enkelthenvendelser i telefon og mail. Rådgiving og veiledning er tidkrevende og fagområdets natur der det uten forvarsel dukker opp infeksjonsproblemer som må håndteres umiddelbart medfører at det ikke er lett å planlegge denne virksomheten. Et eksempel er utbrudd av meticillinresistente gule stafylokokker i sykehjem i Hordaland der lege og hygienesykepleier har brukt mer enn 200 timer i veiledning de siste 1,5 årene. Vurderingen er at denne delen av virksomheten møter et stort behov i helsetjenesten og at vår aktivitet får gode tilbakemeldinger.

Systematisk veiledning gis innen utvikling av infeksjonskontrollprogram for institusjoner i kommunehelsetjenesten og en arbeider med utvikling av et program for infeksjonskontroll i psykiatriske institusjoner. Ny forskrift om smittevern i helsetjenesten sommeren 2005 og en betydelig økning i MRSA forekomsten i de nordiske land, tilsier at det vil være et økende behov for veiledning innen smittevern de nærmeste årene.

Det er vår oppfatning at vi lykkes godt med veiledningsarbeid.

*Undervisning:* Ved siden av rådgiving og veiledning er undervisning den volummessig største delen av vår virksomhet. Vi gir et spredt utvalg av undervisning til ulike målgrupper av helsepersonell på alle nivåer. Flere av personene knyttet til senteret er attraktive forelesere også i nasjonale møter. Vi lykkes godt med denne delen av vårt arbeid. I samarbeid med andre regionale kompetansesentra og Folkehelseinstituttet bør vi forsøke å samordne tilbudet på nasjonalt plan slik at det blir mulig å bygge opp et mer helhetlig videre og etterutdanningstilbud til leger som arbeider med smittevern ved landets sykehus.

Det er vår oppfatning at vi i stor grad oppfyller målsetningene som gjelder undervisning, men vi kunne i større grad nå frem til leger.

*Pasientresultat:* Senteret har ingen direkte behandlingsresultater, men ved studier av eksisterende data om sykehusinfeksjoner innsamlet av Avdeling for sykehushygiene kan dokumentere effekten av infeksjonsforebyggende arbeid. Vi har påvist at Haukeland universitetssykehus ved en systematisk satsing på sykehushygiene de siste 10 årene har klart å redusere forekomsten av sykehusinfeksjoner fra ca 9 % til ca 6,5% av pasientene.

Det er vår oppfatning at senteret på sikt vil kunne bidra til å dokumentere effekten av sykehushygienisk arbeid i regionen.

### **3.5.3 Brukerevaluering**

Av de 20 brukerne/kontaktpersonene som fikk tilsendt skjemaet har 10 returnert det i utfylt stand. Følgende dimensjoner vil bli belyst: Senterets kompetanse og tjenestenes kvalitet og relevans; senterets formidling og rådgiving; senterets nettverksbygging og senterets

utdanningsvirksomhet. Til slutt vil vi belyse brukernes/kontaktpersonenes vurdering av veien fremover for senteret.

*Kompetanse og kvalitet på tjenestene:* Vi har bedt respondentene vurdere senterets kompetanse tjenestenes faglige kvalitet, relevansen for deres virksomhet av de tjenester de mottar, nytteverdien av tjenestene, og omfanget av tjenestene i forhold til respondentens behov.

Antall respondenter	Senterets	Tjenestenes			
		Kompetanse	Kvalitet	Relevans	Nytte
Vurdering					
Meget lav/liten/lite					
2			1		
3	2	2	2	3	3
4	3	4	2	3	4
Meget høy/stor/godt	5	4	5	4	3
Antall	10	10	10	10	10

Av de ti respondentene som har besvart skjemaet, er åtte av dem av den oppfatning at senteret har en høy eller meget høy kompetanse. Hovedinntrykket av de tjenester senteret gir til omverden, er at brukerne er svært godt fornøyd med disse med hensyn til kvalitet, nytte og omfanget av tjenestene i forhold til deres behov for tjenester. Hovedinntrykket er også positivt når det gjelder relevansen av tjenestene, men her er det litt større spredning i vurderingene. Det er svært små tall vi opererer med her, men det er muligens grunnlag for senteret til å gå nærmere inn på dette for å undersøke om det faktisk kan være et forbedringspotensiale langs relevansdimensjonen.

*Rådgivning:* Senteret har en svært viktig oppgave i å spre kunnskap i regionen om blant annet smitteverntiltak. Det er derfor noe foruroligende at fire av de ti respondentene gir uttrykk for at senteret er mindre dyktige i å spre kunnskap og informasjon. Selv om det er små tall, så peker disse i retning av at respondenter som sokner til Helse Bergen er mer fornøyd enn de som kommer utenfor den regionen. Dette kan tyde på at senteret også har et forbedringspotensiale. Senteret bør i hvert fall ha sin oppmerksomhet mot denne problemstillingen.

På den andre siden er senteret lett tilgjengelig for dem som søker råd og veiledning. Åtte av ti sier det er lett eller meget lett å få kontakt med senteret ved behov slik at tilgjengeligheten av senteret er meget god.

*Nettverksbygging:* Senteret har satset sterkt på å bygge opp nettverk i regionen for å etablere faglige retningslinjer og en felles kompetanseutvikling på området. Dette ser det ut som om senteret har lykkes godt med da respondenten her melder tilbake at de deltar i senterets nettverk og at de har et godt utbytte av deltakelsen og det uavhengig av hvilket helseforetak respondenten sokner til. Når vi ser den kritikk som rettes mot senterets noe begrensede evne til å spre informasjon i sammenheng med at senteret lykkes godt med



bygge nettverk, ser vi at senteret naturlig nok retter seg inn mot helsepersonellet i form av sykepleiere og leger og lykkes med det, men senteret når ikke ut til de administrative nivåer i samme grad. Igjen vil vi understreke at tallgrunnlaget er svakt, men det er grunn for senteret til å følge dette opp.

*Undervisning:* Tre av respondentene har deltatt i etterutdanningstiltak som senteret har gitt og var godt fornøyd med undervisningsopplegget. Utover dette gir tallmaterialet ikke grunnlag for videre analyse.

*Den videre utvikling:* Hovedbudskapet fra brukerne er at virksomheten bør fortsette på samme nivå som nå, men at man bør trappe opp virksomheten på enkelte områder. De fremhever at nettverksbygging og rådgivning er senterets to sterkeste sider hvor særlig nettverksbyggingen er et viktig hjelpemiddel for å ivareta både rådgivnings- og undervisningsfunksjonen. Nettverket kunne imidlertid også brukes i en forskningssammenheng slik at man ikke bare får et lokalt samarbeid ved Haukeland universitetssjukehus som nå, men kunne trekke inn også de andre helseforetakene.

Senteret roses for det samordningsarbeid som utføres på senteret. Det påpekes at sykehushygiene har vært et forsømt felt fagområde i mange sykehus. Det er derfor behov for å samle og spre kunnskap ved mange av virksomhetene. En av respondentene ønsker seg at senterets virksomhetsområde skulle utvides til også å omfatte andre tilgrensende forhold som komplikasjonsregistrering av andre hendelser.

### **3.5.4 Ekstern evaluering/anbefalinger**

Senteret er organisatorisk knyttet til to avdelinger ved Haukeland universitetssjukehus: Avdeling for sykehushygiene og Avdeling for mikrobiologi og immunologi. Senteret er således ikke en egen administrativ enhet, men har eget budsjett. Denne strukturen har sine klare fordeler, men innebærer også noen ulemper. Den største fordelen er at senteret kan trekke på de ressurser de to avdelingene rår over både på utstyrssiden, og ikke minst når det gjelder tilgang på kompetanse. Forholdene ligger således godt til rette for å oppnå synergieffekter. Denne muligheten utnyttes godt. Den største ulempen med den nære tilknytningen til de to avdelingene er at senteret lett kan bli noe "usynlig" i forhold til omverdenen – hva er senteret og hva er de to avdelingene?

Senteret er lite, kun 4,1 årsverk i 2004. Dette gjør lett senteret personavhengig og sårbart for personellutskiftninger. På den annen side vil senteret kunne trekke på de to avdelingene slik at senteret er noe mindre sårbart enn det ellers ville vært. Til tross for det er det vår vurdering at senteret har behov for en styrking av bemanningen.

Både senteret selv og brukerne er av den oppfatning at nettverksbygging og rådgivning er senterets viktigste og sterkeste sider. Dette er en vurdering vi deler. Senteret har gjennom oppbyggingen av formaliserte nettverk med en klar regional forankring lagt grunnlaget for en god samordning av smittevernarbeidet i regionen. Med den vekt det legges på

informasjonsvirksomhet og undervisning gjennom nettverket, har senteret bidratt til at smittevernarbeidet i regionen holder et faglig høyt nivå.

En viktig oppgave for senteret er den løpende rådgivningsvirksomheten. Brukerne synes at senteret fungerer godt i en slik sammenheng. Det er lett tilgjengelig og gir faglig oppdaterte råd som bygger på internasjonale og nasjonale retningslinjer for sykehushygiene.

En aktiv rådgivningsvirksomhet er imidlertid ressurskrevende. Det er derfor et spørsmål om ikke denne virksomheten binder opp så mye av ressursene at senteret ikke er i stand til å ivareta den forskningsvirksomhet det er pålagt å drive. Omfanget av forskningen er langt mindre enn ønskelig. Senteret er selv klar over dette og påpeker at forskningsvirksomheten ikke har fått den plass i senterets planer den burde ha. Dette er en vurdering vi fullt ut deler. Senteret står her overfor en betydelig utfordring. Senteret bør derfor søke bistand fra kompetansesenteret for klinisk forskning for å utvikle operasjonelle forskningsplaner. Dette kan imidlertid ikke ses uavhengig av vår tidligere påpekning av at senteret har en for knapp bemanning i forhold til de oppgaver det er pålagt.

Senteret har lagt et betydelig arbeid i å utvikle et registersystem for sykehusinfeksjoner hvor alle sykehusene i regionen er involvert. Denne databanken har et stort forskningspotensiale, ikke minst fordi det er mulig å knytte sammen anonymisert pasientinformasjon til strukturelle og prosessuelle data fra behandlende institusjon. Dette gir etter vår vurdering et meget godt utgangspunkt for å utvikle konkrete forskningsplaner og prosjekter. Denne muligheten bør senteret utnytte snarest mulig for å styrke forskningsvirksomheten ved senteret.

**Oppsummerende: Kompetansesenteret for sykehushygiene ivaretar nettverkbygingsoppgavene og rådgivningsfunksjonen på en utmerket måte. Senteret har en langt svakere forskningsprofil enn ønskelig. Senteret har imidlertid et stort forskningspotensiale i registersystemet for sykehusinfeksjoner som bør legges til grunn for å utvikle konkrete forskningsprosjekter og planer. Senteret bør trekke veksler på Kompetansesenteret for klinisk forskning i dette arbeidet.**

## **3.6 Regionalt kompetansesenter for lindrende behandling**

### **3.6.1 Beskrivelse<sup>2</sup>**

Senteret ble opprettet 01.01.2001 som ledd i Nasjonal Kreftplan for å bedre det totale behandlings- og omsorgstilbudet for kreftpasienter.

**Hovedmål.** Kompetansesenteret skal støtte helsetjenesten i regionen i arbeidet for pasienter med kort forventet levetid.

---

<sup>2</sup> Beskrivelsen er hentet fra Kompetansesenterets egnevaluering

- Kunnskapen skal kunne anvendes i hele sykdomsforløpet
- Det skal bygges opp kunnskap om de pårørendes situasjon
- Det skal bygges opp kunnskap om de som arbeider i lindrende behandling og den belastning arbeidet kan gi

Forskning og undervising er viktige virkemidler for å nå målene.

**Innsatsfaktorer.** Sentrale data for innsatssiden i 2004 er:

*Økonomi:* Helse Vest bevilget 3,130 millioner kroner til senteret for 2004. Andre inntekter utgjorde 260.000 kroner hvorav 108.000 kom fra undervisningsvirksomhet.

*Årsverk:* 6,2 hvorav om lag 2 ved senteret sentralt og ett årsverk ved hvert av de fire helseforetakene.

*Kompetanse:* En lege i 80% stilling (leder), tre leger i 20% stilling, en lege i 10% stilling, en undervisningssykepleier i 60% stilling, fire sykepleiere i 20% stilling, en sykepleier i 10% stilling, fem kreftsykepleiere i 20% stilling, en kreftsykepleier i 40% stilling, en sekretær i 80% stilling, en fysioterapeut i 40% stilling og en sosionom i 20% stilling. Senteret har ingen direkte tilknytning til universitetet, men gjennom et samarbeid med Sunniva Hospice har senteret en indirekte tilknytning til Universitetet i Bergen.

**Organisasjon og ledelse.** Senteret er bygget opp som en nettverksorganisasjon med en sentralenhet ved universitetssykehuset i Bergen med et tverrfaglig nettverk av kliniske medarbeidere i deltidstillinger i hele Helseregion Vest. Kompetansesenteret er en egen enhet, men administrativt underlagt Avdeling for kreftbehandling og medisinsk fysikk. Senteret har eget budsjett og leder har eget personal-, budsjett- og resultatansvar.

Kompetansesenteret har en egen styringsgruppe og en faglig rådgivningsgruppe som begge er regionalt sammensatt med representanter fra de fire helseforetakene, universitetet i Bergen, primærhelsetjenesten, høyskolene og Haraldsplass Diakonale Sykehus. Kreftforeningen er representert i den faglige rådgivningsgruppen.

**Virksomheter/resultater.** De viktigste aktivitetene i senteret er:

*Forskning:* Senteret har relativt begrenset forskningsvirksomhet. I løpet av perioden 2001 til og med 2004 har senteret publisert fire vitenskapelige artikler. På den annen side har senteret i samme periode sekstifire andre faglige publikasjoner. I 2004 hadde senteret 16 forsknings- og faglige utviklingsprosjekter.

*Kompetanse- og nettverksbygging - regionalt:* Senteret har et meget stort uformelt nettverk. Senteret har kontakt med alle som arbeider med palliasjon i Helseregion Vest. Senteret har initiert eller deltar i en rekke formelle nettverk:

- Senterets eget nettverk av regionale, kliniske medarbeidere (nettverksmodell)

- kompetansenettverk av ressurspsykepleiere i kommunene i de fire helseforetakene (samarbeid mellom helseforetakene, Kreftforeningen og KLB)
- nettverk av kreftpsykepleiere på flere av de større sykehusene i regionen
- tverretattlig nettverk for palliasjon i Bergensområdet
- nettverk av fysioterapeuter i palliasjon

Senteret deltar i et interkommunalt prosjektsamarbeid med fokus på lindrende behandling i primærhelsetjenesten. Det har videre prosjektsamarbeid med Sunniva Hospice, Betanien Diakonale Høyskole, andre avdelinger i Helse Bergen, Universitetet i Bergen og Bergen kommune og undervisningssykehjemmet.

*Nasjonalt:* Senteret inngår i et nasjonalt samarbeidsforum med de kompetansesentrene i lindrende behandling i de fem helseregionene. Videre deltar senteret i et nasjonalt fysioterapinettverk i palliasjon og i Norsk forening for palliativ medisin.

Senteret har prosjektsamarbeid med de andre regionale sentrene, med NTNU og Radiumhospitalet og det deltar i nasjonale prosjektgrupper.

*Internasjonalt:*

- Nordisk spesialistkurs i palliativ medisin, der KLBs leder er medlem av styringsgruppen
- Samarbeid med Finland, Sverige og de baltiske stater om prosjektsøknad til Nordplus Nabo-programmet i NFR
- Deltakelse i nettverksgruppe for organisering av palliasjon i Norden i regi av Nordisk forening for palliativ vård
- Samarbeid med foreningene for palliativ medisin i de andre nordiske land: publikasjoner, refereepgaver, samarbeidsprosjekt
- Doktorgradsprosjekt med veileder i Finland og samarbeidspartnere i Finland, Norge og Storbritannia.

Senteret har iverksatt en rekke kompetansecfremmende tiltak:

- ESAS symptomregistrering er innført på 14 prosjektsteder i regionen, samt på en rekke sykehjem og i pleie og omsorg. En evaluering blant 150 behandlere/pleiere viser at dette er et nyttig redskap for å oppnå bedre symptomlindring for pasientene
- I en rekke kommuner er det oppnevnt ressurspersoner/ressursgrupper for lindrende behandling. Flere kommuner har sendt helsepersonell på videreutdanning.
- Sju kommuner i regionen har fått statlige midler til prosjekter innenfor lindrende behandling. Prosjektene dreier seg om samarbeid, samhandling, kompetanseheving, ansettelse av ressurspsykepleier og oppbygging av palliative enheter/senger på sykehjem.
- Antall henvendelser til KLB har økt betraktelig for hvert år. Det er også registrert et økende antall henvendelser til institusjoner/tiltak for lindrende behandling i regionen, f eks smerteklinikkene. Vi har fått mange tilbakemeldinger om at terskelen for å ta kontakt med spesialisthelsetjenesten har blitt lavere i mange kommuner.

- I flere kommuner er rutiner for lindrende behandling utarbeidet/kvalitetssikret

*Rådgivning/formidling:* Senteret besvarer løpende henvendelser fra hele regionen når det gjelder palliasjon særlig med hensyn til kliniske spørsmål og henvendelser om litteratur. Senteret driver en oppsøkende virksomhet med besøk på sykehus og i kommunene. Senteret har bistått i planarbeidet i alle foretaksområdene i regionen samt på nasjonalt nivå.

*Undervisning:* I perioden 2001 til og med 2004 har senteret hatt hele 864 undervisningsoppdrag med til sammen 19450 deltakere. Dette inkluderer undervisning ved videreutdanning i kreftsykepleie, lungesykepleie og stråleterapi, klinisk stige, tverrfaglig videreutdanning i palliativ omsorg, grunnutdanning i sykepleie, legers videre- og etterutdanningskurs, internundervisning, fagdager, seminarer og kurs for helsepersonell på sykehus og i primærhelsetjenesten. Senteret har også hatt noe informasjons- og undervisningsvirksomhet for pasienter, pårørende og publikum.

Kursarrangør/samarbeidspartnere ved kurs har ellers vært Den norske lægeforening, Universitetet i Bergen, sykehusenes internundervisning/opplæringsavdelinger, kontaktsykepleiere i utadrettet virksomhet, Kreftforeningen, høyskoler, palliative tiltak i kommuner i regionen.

*Guidelines:* Senteret har deltatt i følgende aktiviteter:

- Lege fra senteret var leder av arbeidsgruppen som utarbeidet Retningslinjer for smertebehandling i Norge (Den norske lægeforening, 2004).
- Leder for senteret var medlem av og sekretær for arbeidsgruppen som utarbeidet Standard for palliasjon (Norsk forening for palliativ medisin / Den norske lægeforening, 2004).
- Lege fra senteret er med i ekspertgruppen som i regi av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten utarbeider en EBM rapport om smertebehandling ved langtkommen kreft.
- Professor Jan Henrik Rosland er leder av en nasjonal arbeidsgruppe som er i ferd med å utarbeide EBM retningslinjer for symptomlindrende behandling.

### **3.6.2 Egenevaluering**

KLB styringsgruppe og referansegruppe har hele tiden kommet med gode tilbakemeldinger om arbeidet. KLB har drevet utstrakt formell og uformell nettverksbygging i regionen. Vi har en utstrakt undervisningsvirksomhet, på alle nivå. Antall henvendelser har økt jevnt, likeså antall prosjekter og publikasjoner. Styringsgruppen har vært spesielt fornøyd med bredden i virksomheten. KLB har blitt en sentral aktør innenfor palliasjon i regionen.

Senteret vil fremheve som spesielt viktig den rolle KLB har spilt for å *videreutvikle det palliative tilbudet i regionen*. KLB var helt sentral for å få opprettet en regional palliativ sengepost på Sunniva Hospice. Vi har også deltatt aktivt i planarbeid for å få opprettet palliative team i alle helseforetak i regionen. Dette er nå realisert i Helse Stavanger, og det er planer klare i Helse Fonna og Helse Førde (så langt ikke realisert pga manglende

finansiering). I Bergen har KLB ledet et utredningsarbeid om bedre pasientflyt for palliative pasienter, med viktige implikasjoner.

Når det gjelder guidelines/EBM, har KLB vært med på alle viktige nasjonale prosjekter og utredninger.

Når det gjelder publisitet, har antall medieoppslag om eller med relasjon til KLB økt jevnt, med 25 oppslag i 2004. Vi har informasjonsmateriell og nettsider som jevnlig oppdateres. Vi tror KLB har "fått et navn" og blir regnet med blant alle dem som driver med palliasjon og kreftbehandling i regionen. Men det gjenstår nok litt før vi er kjent generelt i andre deler av helsevesenet.

Undertegnede vil betegne forskning som det svakeste punktet. Dette har i oppbyggingsfasen av senteret dels vært et bevisst valg, fordi KLB har hatt så mange oppgaver i et felt som er i sterk utvikling klinisk og organisasjonsmessig, og vi har valgt å ha en sterk regional profil. I tillegg er det viktig for oss at alle medarbeiderne har en fot i klinikken, fordi feltet er så praksisnært. Dette har gjort at det har vært begrenset tid og anledning til forskning.

Samtidig er vi svært bevisst på at forskning er en viktig del av vårt arbeid. Vi har en doktorgradsstipendiat og er også knyttet til en rekke andre forskningsprosjekter. Her er det tilgangen på vitenskapelig personale som er en begrensende faktor. Dette henger sammen med at det kun er en 2-er stilling i palliativ medisin ved Universitetet i Bergen, som gjør det vanskelig å bygge opp et slagkraftig forskningsmiljø. For å kompensere for dette samarbeider vi med de andre KLB, som til dels har en sterkere forskningsprofil (men svakere regional profil). Undertegnede har et sterkt ønske om at UiB får en hovedstilling i palliativ medisin, og at KLB kan knyttes sterkere til dette miljøet.

KLB deltar aktivt på nasjonale og internasjonale møter og konferanser. På den europeiske kongressen i palliasjon i april i år deltar vi med to postere og fire foredrag.

### **3.6.3 Brukerevaluering**

Kompetansesenteret ble bedt om å fremskaffe 20 brukere/kontaktpersoner som kunne vurdere senteret utenfra. 20 personer fulgte oppfordringen til å svare på et elektronisk spørreskjema. Følgende dimensjoner ved senteret vil bli belyst: Senterets kompetanse og kvalitet og relevans ved senterets tjenester; senterets formidling og rådgivning; senterets nettverksbygging og senterets utdanningsvirksomhet. Til slutt vil vi belyse brukernes/kontaktpersonenes vurdering av veien fremover for senteret.

*Kompetanse og kvalitet på tjenestene:* Vi har bedt respondentene vurdere senterets kompetanse tjenestenes faglige kvalitet, relevansen for deres virksomhet av de tjenester de mottar, nytteverdien av tjenestene, og omfanget av tjenestene i forhold til respondentens behov.

Antall respondenter	Senterets	Tjenestenes			
		Kvalitet	Relevanse	Nytte	Omfang
Vurdering	Kompetanse				
Meget lav/liten/lite					
2			1		2
3	1	1		1	3
4	4	7	9	7	5
Meget høy/stor/godt	15	12	10	12	10
Antall	20	20	20	20	20

Av tabellen fremgår det at senteret vurderes av respondentene som å ha en meget høy faglig kompetanse og at de tjenestene senteret yter er av høy faglig kvalitet, har høy relevans og er til stor nytte for brukerne. I hovedsak er brukerne også fornøyd med omfanget av tjenestene som ytes i forhold til deres behov, men det er klart at enkelte brukere kunne ønske at omfanget kunne øke vesentlig.

*Rådgivning:* En viktig oppgave for senteret er å gi råd og spre informasjon og kunnskap i forbindelse med lindrende behandling. I en slik sammenheng er det viktig at senteret oppleves som tilgjengelig for brukerne. I så måte har senteret lyktes godt. Hele 17 av de 20 respondentene opplever senteret som lett tilgjengelig hvis de trenger råd eller veiledning.. Der i mot er de noe mer reservert når det gjelder vurderingen av senterets evne til å spre informasjon og kunnskap. Riktignok mener 14 av dem at senteret er dyktig eller meget dyktig i dette arbeidet, men 6 av dem mener at det her er et forbedringspotensiale. Interessant nok er dette synspunkter som er mest fremtredende hos respondenter som sokner til Helse Bergen. En mulig forklaring er at dette senteret er bygget opp som en nettverksorganisasjon hvor nettverkets senter er plassert i Helse Bergen. Dette senteret har nedlagt et betydelig arbeid i å bygge opp nettverket og til å få de desentraliserte enhetene til å fungere i forhold til de oppgaver de er pålagt. I en oppbyggingsfase som senteret har vært inne i, er det lett for at oppbyggingen i seg selv tar mesteparten av ledelsens krefter og at man derfor må nedtone noe av den andre virksomheten.

*Nettverksbygging:* Kompetansesenter for lindrende behandling er en nettverksorganisasjon med senterets node plassert ved Haukeland universitetssjukehus. Senteret har lagt stor vekt på å bygge opp formelle som uformelle nettverk med personer i helseregion Vest. Det er derfor ikke til å undres over at to tredjedeler av respondentene oppgir at de deltar i senterets nettverk. En indikasjon på at man har lyktes med nettverksstrategien er at deltakelsen i nettverkene er jevnt spredd ut over i regionen. Det er faktisk slik at det er respondentene fra Helse Bergen som relativt sett har den laveste deltakelsesfrekvensen i senterets nettverk.

*Undervisning:* Som det fremgår av beskrivningen av senterets virksomhet, har det satset store ressurser på å bygge opp et omfattende undervisningstilbud i palliasjon. To tredjedeler av respondentene oppgir at de har gjort seg nytte av disse undervisningstilbudene enten som ledd i en videreutdanning eller etterutdanning. Når det

gjelder tilbudenes innhold, får senteret et enstemmig godt skussmål. Senteret har etter respondentenes oppfatninger lykkes svært godt å treffe de målgrupper senteret har siktet seg inn på å betjene.

*Den videre utvikling:* Et flertall av respondentene gir uttrykk for at senteret bør trappe ytterligere opp virksomheten på de to områdene som oppleves av respondentene som senterets kjerneområder: nettverksbygging og undervisning. Det påpekes imidlertid at dette blir vanskelig hvis senteret ikke tilføres mer ressurser. De gir uttrykk for at det allerede nå er for få ressurser i forhold til de arbeidsoppgaver senteret har. I den sammenheng pekes det på at de ansatte burde ha en større stillingsandel knyttet til senterets virksomhet.

På undervisningssiden etterlyses det kurs rettet mot ansatte i den kommunale helsetjenesten. Det understrekes at disse kursene bør være så desentralisert som mulig slik at flest mulig kan ha anledning til å delta. Det pekes også på at det er et behov for å arrangere kurs med faste intervaller slik at man kan planlegge ut i fra dette.

I tråd med senterets egen vurdering er det et ønske blant respondentene at senteret styrker dets forskningsprofil. Man ser at dette vanskelig kan skje uten at senteret knytter nærmere kontakter med etablerte forskningssentra og inngår i fellesprosjekter med disse. Det er også et ønske om at senteret utnytter det potensialet som ligger i nettverksmodellen også i en forskningssammenheng. På den måten vil nettverksmodellen ytterligere styrkes.

#### **3.6.4 Ekstern evaluering/anbefalinger**

Senteret har funnet en hensiktsmessig organisatorisk forankring og struktur. De finansielle rammebetingelsene er tilfredsstillende. Etter at senteret i de første årene måtte leve med en viss finansiell usikkerhet, har senteret nå en klar forankring i Helse Vest noe som har gjort det lettere for senteret å planlegge senterets virksomhet. Denne forutsigbarheten er av helt avgjørende betydning for senterets videre virksomhet.

Den valgte nettverksmodellen har sterkt bidratt til at hele regionen føler et eierskap til senterets virksomhet. Senteret har bevisst satset på tidsbegrensede stillinger for på den måten trekke flest mulig inn i senterets virksomhet. De personer som har gått ut av stillingene knyttet til senteret, har senere vært aktive deltakere i senterets nettverk. Denne nettverksorganiseringen har vært en klar styrke for senterets virksomhet, og bør videreføres.

Det har også vært en styrke for senteret at man har hatt en regionalt sammensatt styringsgruppe og referansegruppe. Dette har ytterligere bidratt til senterets gode regionale profil og forankring, og bør videreføres.

Ved siden av senterets aktive nettverksbygging er det grunn til positivt å fremheve senterets undervisningsvirksomhet. I perioden 2001 til og med 2004 har senteret hatt 864 undervisningstiltak. Dette er et imponerende høyt tall, ikke minst tatt i betraktning de



relativt begrensede personellmessige ressurser senteret har hatt til disposisjon. Senteret har søkt å rette oppmerksomheten mot flest mulige ulike målgrupper i sitt undervisningstilbud. Dette har senteret lyktes godt med. Til tross for dette fremkommer det ønsker om en mer målrettet undervisningssatsing overfor det kommunale helsevesen. Et slikt undervisningsopplegg bør desentraliseres mest mulig og holdes med faste intervaller slik at flest mulig kan få mulighet til å delta.

Senterets klart svakeste punkt er dets forskningsvirksomhet. Strengt tatt er den så godt som ikke eksisterende. Senteret er selv klar over dette og ønsker å styrke denne virksomheten. Her er det helt nødvendig at senteret utvikler en egen forskningsstrategi som klart viser hvordan senteret vil gå frem for å styrke denne virksomheten. En slik strategi foreligger ikke i dag. Her har senteret, styringsgruppen og referansegruppen en utfordring.

Etter vår vurdering er det nødvendig å styrke senteret forskningsmessige kompetanse ved at senterets ansatte får mulighet til å ta doktorgrader. Slik det er i dag har senteret selv ikke den nødvendige kompetanse til på egen hånd å styrke forskningsvirksomheten. Senteret har søkt å etablere forskningssamarbeid med andre kompetansesentre for lindrende behandling i de andre helseregionene som står sterke rent forskningsmessig. Etter vår vurdering er dette et meget godt grep og bør absolutt videreutvikles.

Senteret har utviklet en meget vellykket nettverksorganisasjon. Denne bør også utnyttes når senteret skal bygge opp forskningskompetansen og forskningsvirksomheten. I den grad det er mulig bør senteret satse på forskningsprosjekter som trekker med seg ikke bare senterledelsen, men som også engasjerer de regionale medarbeiderne.

Vi vil sterkt anbefale at senteret trekker veksler på Kompetansesenter for klinisk forskning og Samordningsorganet mellom Helse Vest og universitetene i Bergen og Stavanger i arbeidet med å utvikle en strategi for senterets forskningsvirksomhet.

**Oppsummerende: senteret har etablert en vellykket nettverksorganisasjon som har bidratt til at senteret har en meget god og sterk regional forankring. Nettverksbygging og undervisning har vært senterets sterke sider. Disse virksomhetene bør videreføres. Forskningsvirksomheten ved senteret er svakt utbygget. Dette bør endres. Senteret bør utarbeide en egen forskningsstrategi i samarbeid med Regionalt kompetansesenter for klinisk forskning og samordningsorganet mellom Helse Vest og universitetene i Bergen og Stavanger.**

## 3.7 Regionalt kompetansesenter for klinisk forskning

### 3.7.1 Beskrivelse<sup>3</sup>

Senteret ble formelt opprettet i august 1999, men kom i regulær drift fra april 2000. Senteret ble opprettet som et ledd i en strategi for å fremme omfang og kvalitet på klinisk forskning ved norske universitetssykehus.

**Hovedmål.** Kompetansesenteret skal bidra til at foretakene i Helse Vest oppnår sin forskningsstrategiske målsetning ved å synliggjøre og bedre rammebetingelsene for forskning som en integrert del av den kliniske virksomheten samt gi veiledning til kliniske forskere i Helse Vest.

#### Delmål

- Legge til rette for økt kvalitet og kvantitet av klinisk forskning i Helse Vest slik at helsetjenesten kan gi et bedre tilbud til befolkningen på en kostnadseffektiv måte.
- Aktivt delta i utarbeidelse av forskningsstrategi og arbeidet med å bedre rammebetingelsene for forskning i helseforetakene.
- Synliggjøring av forskningsaktivitet og bygging av forskningsnettverk.

**Innsatsfaktorer.** Sentrale data for innsatssiden i 2004 er:

*Økonomi:* I oppstartingsfasen var Norges forskningsråd hovedfinansør av senteret, men fra 2002 har Helse Vest og Helse Bergen stått for finansieringen. I 2004 fikk senteret bevilget 6,5 millioner kroner hvorav 4,4 millioner kom fra Helse Vest og 2,1 millioner kom fra Helse Bergen. I tillegg har senteret mottatt ekstern finansiering i form av prosjektbevilgninger bl.a. fra Norges forskningsråd, Universitetet i Bergen og EUs femte rammeprogram.

*Årsverk:* 8,75 hvorav 1,75 er frikjøpte forskere/stipendiater.

*Kompetanse:* Professor II/I. amanuensis II: 2, Seniorforskere: 3, juniorforskere 1, stipendiater 7, Samfunnsvitere med hovedfag 2.

**Organisasjon og ledelse.** KKF har fra starten av vært organisert som en stabfunksjon under administrerende direktør ved Haukeland sykehus, senere Haukeland Universitetssykehus og nå Helse Bergen HF. Frem til 2003 rapporterte forskningslederen direkte til administrerende direktør, men i forbindelse med foretaksreformen ble stabene omorganisert i større enheter. Kompetansesenteret inngår i dag som en seksjon i Forsknings- og utviklingsavdelingen (stabsavdeling).

KKF har hatt en ekstern referansegruppe fra år 2000. Funksjonen og arbeidet i gruppen var mest omfattende de tre første årene.

---

<sup>3</sup> Beskrivelsen er hentet fra Kompetansesentrets egnevaluering

**Virksomheter/resultater.** Virksomheten knytter seg til:

*Forskning:* En sentral oppgave for senteret er å legge til rette for forskning og veilede kliniske forskere i regionene. Dette gjenspeiles i at det i 2004 var 35 forskningsprosjekter knyttet til senteret. I tillegg har senteret også gitt forskerne muligheter til å få arbeidsplass ved senteret i kortere perioder og ved at senteret har stipendordninger som muliggjør frikjøp fra daglige oppgaver.

Senteret har en høy publiseringsprofil sammenliknet med flere av de andre kompetansesentrene. I 2004 publiserte senteret eksempelvis 25 vitenskapelige artikler. Her bør man imidlertid huske at senteret er ment å representere en effektiv infrastruktur for kliniske forskere i regionen. Det betyr således ikke nødvendigvis at senterets faste forskere står bak alle publikasjonene, men at de er tilretteleggerne og veilederne for forskningen.

**Kompetanse- og nettverksbygging.** *Regionalt:* Kompetansesenter for klinisk forskning har systematisk bygget opp et regionalt nettverk av aktive forskere ved at senteret i forbindelse med tildeling av stipendier har tilbudt stipendiatene arbeidsplass ved senteret. Hensikten med dette har vært todelt: For det første har det gjort det mulig for senteret i å ivareta veiledningsfunksjonen. For det andre har det bidratt til at senteret har fått personlig kontakt med aktive forskere spredt rundt om i de ulike helseforetak og på den måten bygget opp et fungerende nettverk. I alt har 38 forskere hatt slike korttidsstipend.

Det regionale samarbeidsorganet mellom Helse Vest og Universitetet i Bergen har siden 2004 arrangert årlige forskningskonferanser. I det arbeidet har Kompetansesenteret for klinisk forskning hatt en meget aktiv rolle både som pådriver og som arrangør. Disse konferansene er ment å skulle være møtesteder for ledere i helseforetakene og universitet og høyskolene.

Kompetansesenteret har tatt initiativ til og være arrangør for todagens forskningsseminarer i samtlige helseforetak i regionen samt for de private ideelle aktørene med avtale med Helse Vest. Forskningsseminarene ble første gang avholdt i 2004 (seminarserie I) og videreføres som en årlig aktivitet med påbyggende seminarserier. Programmet for forskningsseminarene i 2004 (seminarserie I) var av en generell karakter med fokus på forskerutdanning, forskningens organisering, utarbeidelse av forskningsprotokoll, forskningsmetode og søking av forskningsmidler. Forskningsseminarene hadde også en individuell del hvor prosjektledere og forskergrupper fikk veiledning til konkrete problemstillinger.

For å skaffe en oversikt over hvilke prosjekter som til enhver tid pågår i regionen finansiert av Helse Vest, har senteret laget en kompetansekatalog slik at forskere lettere kan ta kontakt med hverandre og på den måten etablere forskningsnettverk.

*Nasjonalt:* Forskningslederen ved senteret har deltatt i utformingen av et nasjonalt målesystem for forskningsvirksomheten i helseforetakene. Senteret har fått en regional koordinerende oppgave og rådgivningsoppgaver overfor de andre foretakene i Helse Vest når det gjelder håndtering, strategi og kvalitetssikring av målingene.

Medarbeiderne ved senteret deltar i nasjonale nettverk og faglige organisasjoner. Forskningssykepleieren deltar i Landsgruppen av kardiologiske sykepleiere i Norsk Sykepleieforbund og er medlem av Norsk selskap for sykepleieforskning. Statistikerne ved senteret har nettverk og samarbeidsprosjekt på nasjonalt nivå, blant annet til professor Sven Ove Samuelsen, Matematisk institutt, UiO og professor Odd Aalen, Avdelings for biostatistikk, UiO. Biostatistiker Geir Egil Eide har vært leder av Norsk statistisk forening 2000-2002 og statistiker Tore Wentzel-Larsen har vært styremedlem fra 2003. Ernst Omenaas var leder av Norsk forening for lungemedisin frem til 2002.

*Internasjonalt:* Forskningslederen deltar i internasjonale forskningsnettverk, primært knyttet til eget fagområde indremedisin og lungesykdommer. Dette er til dels et nordisk nettverk (Respiratory Health in northern Europe (RHINE)) og internasjonale nettverk med støtte fra EU's fjerde og femte rammeprogram (European Community Respiratory Health Survey (ECRHS)). Senteret er nå i ferd med å bli partner i fortsettelsen av dette programmet gjennom GA<sup>2</sup>LEN i EU's sjette rammeprogram.

Forskningssykepleieren deltar i Scholar of the European Academy of Nursing Science. Nettverk består av ca. 20 scholars etablert i 2000 med deltakelse fra 10-15 europeiske universitet. Det arrangeres årlige møter og 3 årige doktorgradskurs.

Biostatistiker Geir Egil Eide har hatt forskningssamarbeid med professor Olav Gefeller, Tyskland om epidemiologisk og statistisk metodeutvikling gjennom flere år, fortrinnsvis når det gjelder tilskrivbare andeler.

*Rådgivning/formidling:* Rådgivning i alle faser av et forskningsprosjekt fra initiering, via databearbeidelse og statistisk analyse til publisering er en av kompetansesenterets kjerneoppgaver. Kompetansesenteret behandler alle innkomne henvendelser på sitt ukentlige stabsmøte. Henvendelser som blir akseptert får avsatt 1 time til å gjennomgå prosjektet og ulike behov i forhold til hva kompetansesenteret kan bidra. Forskningsleder og en av statistikerne deltar på nesten alle initierende møter. Deretter avtales det, om nødvendig oppfølgingsmøte eller oppgaver. Omfanget av nye prosjekthenvendelser er i størrelsesorden ca 35-50 pr. år.

Senteret har aktivt deltatt i utarbeidelsen av en forskningshåndbok i samarbeid med Ullevål universitetssykehus. Senteret har hatt to rekker av forskningsseminar i helseforetakene knyttet til forskningshåndboken. Seminarrekke I omfatter alle helsefagansatte og ble gjennomført i alle helseforetakene i 2004. Seminarrekke II tilbys til de mindre foretakene,

inkludert de private ideelle virksomheter med avtale med Helse Vest. Seminarrekken II for tiden er under gjennomføring.

Senteret har sammen med Informasjonsavdelingen i Helse Bergen bidratt til innspill, skoleprosjekter, foredrag, aviskronikker og utstillinger inkludert aktiviteter ved de årlige Forskningsdagene.

For å gi informasjon om oppnådde forskningsresultater til befolkningen publiserer kompetansesenteret hver mandag en presentasjon av et utvalgt forskningsprosjekt på senterets nettsider.

*Undervisning:* Senteret underviser i grunnutdanningen av leger i et omfang av 2-3 timer per uke. Videre er senteret sterkt involvert i et 2 ukers grunnkurs i medisinsk og helsefaglig forskning som er obligatorisk for alle som skal avlegge doktorgrad innen disse områdene. Senteret bidrar også i et videreutdanningskurs i kardiologisk sykepleie. Det bidrar også i etterutdanningen av leger, ca 30 timer årlig.

*Guidelines:* Senteret har utviklet et program for EBM i helsefag.

*Registre:* Senteret har arbeidet på to nivå når det gjelder registre. For det første har vi bidratt med verktøy innen databaseteknologi / informasjonsteknologi til at regionale eller nasjonale kompetansesentre og funksjoner skal bygge pasient og forskningsregistre. Dernest har senteret bidratt til rådgiving og informasjon slik at disse registrene skal ivareta personvern og informasjonssikkerhet på en tilfredsstillende måte.

Kompetansesenter for klinisk forskning har utviklet et regionalt forskningsregister. Forskningsregisteret er et viktig ledd i prosjektet ”Elektronisk forskningsrapportering”. Forskningsregisteret inneholder presentasjoner, herunder beskrivelse av forskningsprosjekter og oppnådde forskningsresultater. For hvert prosjekt er det oppført relaterte vitenskapelige artikler med direkte kobling til PubMed, hvor man også får direkte tilgang til artiklene i fulltekst for de fleste artikler.

*Andre viktige oppgaver:* Senteret har sekretariatsfunksjonen for samarbeidsorganet Helse Vest og Universitetene i Bergen og Stavanger. Dette innebærer blant annet:

- Sekretariatsfunksjon for Samarbeidsorganet – med saksforberedelse, gjennomføring og oppfølging av vedtak
- Strategisk arbeid – blant annet utarbeidelse og prosess i forbindelse med felles forskningsstrategi og tematiske satsinger i Helse Vest / Universitetet i Bergen
- Forskningsmidler – utlysning, håndtering av søknader, deltakelse i vurderingsgrupper, saksbehandling og tildeling av forskningsmidler
- Rapportering – rapportering av forskningsmidler og midler anvendt til landsfunksjoner og kompetansesenter.

### 3.7.2 Egevaluering

Gjennomgående er vår oppfatning at vi i stor grad har lyktes å oppnå våre mål på mange områder. Senteret og dets medarbeidere har systematisk bygget egen kompetanse og tilbudt denne til forskere og ledere i regionen. Oppgavene har gradvis økt, likeså har ressurstilgangen og medarbeidere gjennom disse første fem årene vokst. Vi har blitt tiltrodd stadig nye oppgaver og i økende omfang – noe vi tolker som tillit og tro på resultater fra våre oppdragsgivere.

*Forskning:* Forskerne ved senteret bidrar til rapporter fra mange forskningsprosjekter innen medisin og helsefag knyttet opp mot foretakene. Antall publikasjoner og etter hvert gjennomførte doktorgrader øker stadig. Et eksempel på dette er at en av våre statistikere er blant topp tre forskere i antall publikasjoner som er generert fra Helse Vest tildelte forskningsmidler. Også vår andre statistiker hadde en meget god forskningsproduksjon (målt i medforfatterskap).

*Nettverksbygning:* Senteret har gjennom sitt arbeid bidratt til nettverksbygging mellom ledere og forskere tilknyttet helseforetak, universitet og høyskoler i vest. Dernest har senteret bidratt til bygging av fagspesifikke nettverk. Til slutt har senteret lagt til rette for bygging av nye nettverk gjennom Forskningsdagene, forskningsseminar, forskningskonferanser, informasjon og muligheter som ligger i det etablerte forskningsregisteret. Det forskningsadministrative arbeidet som forskningsrådgiver, senterkoordinator og forskningslederen driver med utgangspunkt i oppgaver for Samarbeidsorganet Helse Vest / universitetene i Bergen og Stavanger gir det beste grunnlaget for å oppnå resultater i nettverksbygging.

Innpass og arbeid i utvalg, råd og arbeidsgrupper og resultat av deres virksomhet er viktig. Dette omfatter Helse Vest, Universitetet i Bergen, Norges forskningsråd og Helse- og omsorgsdepartementet samt andre. Disse oppgavene gir mulighet for bygging av nasjonale nettverk innen forskningsledelse og forskning. Senteret har også et internasjonalt forskernettverk som er aktivt og konkurransedyktig. Det er vår oppfatning at deltakelse i nettverk er en av våre sterke sider og at vi lykkes godt med det.

*Veiledning:* Senteret bruker mye tid på løpende rådgiving og veiledning av helsepersonell om spørsmål knyttet til forskning og forskningsvirksomhet. Senteret har utviklet gode rutiner for mottak av henvendelser, behandling av disse og videre oppfølging. Våre samarbeidspartnere har gitt meget gode tilbakemeldinger på hvordan de blir mottatt og håndtert samt den konkrete faglige veiledningen som er gjort. Vi har ganske sikkert hjulpet forskere som pga tid og prioritet har fått fremdriftsvansker i sine prosjekt både med forskningsstipend samt bidrag til avslutning av prosjekt og doktorgrad. Rådgiving og veiledning er tidkrevende og arbeidsoppgavene for alle som driver veiledning er svært godt utnyttet. Vi vurderer hele tiden tiltak som kan bidra til veiledning i form av opplæring av grupper av forskere som kan avlaste noe av den individuelle veiledningen. Sett på

bakgrunn av ressurser senteret har hatt synes vi å ha lyktes med våre ambisjoner og mål i stor grad.

*Undervisning:* Ved siden av rådgivning og veiledning er undervisning en av hovedoppgavene for vår virksomhet. Vi gir undervisning til legestudenter, også forskerlinjestudentene. Vi gir mye av den obligatoriske undervisningen for medisinere og helsefagstudenter på doktorgradsnivå. Det medfører at flere av medarbeiderne knyttet til senteret systematisk får personlig kjennskap til nye forskere knyttet både mot universitet og foretak i vest. På samme måte får disse informasjon og innsikt i det arbeidet som senteret gjør og hvilke tjenester som kan tilbys. Vi har også spesifikke oppgaver knyttet til videre- og etterutdanning samt undervisning av et bredt register av helsepersonell knyttet til foretakene. Dette omhandler spesielt forskning og forskningsmetode. Vi har generelt fått gode tilbakemeldinger på undervisningsarbeidet, blant annet har forskningslederen ved flere anledninger fått honnør som god foreleser ved legestudentens studieavslutning. Det er vår oppfatning at vi lykkes godt med undervisningsarbeidet.

*Guidelines/EBM:* Senteret har gitt bidrag til faglige retningslinjer når det gjelder forskning først og fremst gjennom Forskningshåndboken og spesifikke kommentarer som der er gitt. Som kontakt for personvernombudet og rådgivere for viseadm. direktør i Helse Bergen når det gjelder personvern, håndtering av forskningsdata i helseforetaket har dette bidratt til økt kompetanse på ved senteret og tilbud om service innenfor dette området.

Senteret har også utviklet kompetanse i EBM gjennom samarbeid med Kunnskapscenteret, Oslo og lokalt og nasjonalt arbeid.

Det er vår oppfatning at vi også på dette området har ervervet oss kompetanse og lykkes bra innenfor de noe mer begrensede målsettinger vi initialt hadde på dette området.

### **3.7.3 Brukerevaluering**

Kompetansesenteret ble bedt om å fremskaffe 20 brukere/kontaktpersoner som kunne vurdere senteret utenfra. 15 personer fulgte oppfordringen til å svare på et elektronisk spørreskjema. Følgende dimensjoner ved senteret vil bli belyst: Senterets kompetanse og kvalitet og relevans ved senterets tjenester; senterets formidling og rådgivning; senterets nettverksbygging og senterets utdanningsvirksomhet. Til slutt vil vi belyse brukernes/kontaktpersonenes vurdering av veien fremover for senteret.

*Kompetanse og kvalitet på tjenestene:* Vi har bedt respondentene vurdere senterets kompetanse tjenestenes faglige kvalitet, relevansen for deres virksomhet av de tjenester de mottar, nytteverdien av tjenestene, og omfanget av tjenestene i forhold til respondentens behov.

Antall respondenter	Senterets	Tjenestenes			
		Kompetanse	Kvalitet	Relevans	Nytte
Meget lav/liten/lite					
2	1	1		1	1
3	1		1		2
4	5	6	2	5	8
Meget høy/stor/godt	8	8	12	8	4
Antall	15	15	15	14	15

Gjennomgående får senteret et meget godt skussmål av respondentene da flertallet av dem vurderer senterets kompetanse høyt eller meget høyt, kvaliteten på tjenestene er likeledes høy og tjenestene er av meget høy relevans for respondentene. Når vi så legger til at de også oppfatter nytteverdien av tjenestene som meget stor og at omfanget av tjenestene dekker godt det behov respondentenes virksomheter har for tjenestene, så fremstår senteret som svært vellykket langs denne dimensjonen.

*Rådgivning:* Rådgivning i forbindelse med igangsetting og gjennomføring av forskningsprosjekter er en sentral virksomhet for senteret. 13 av respondenten oppgir at de har vært relativt hyppige brukere av senterets tjenester og at senteret har vært dyktige og til dels meget dyktige til å spre kunnskap og informasjon i forbindelse med prosedyrer for oppstart og gjennomføring av forskningsprosjekter. Her fremheves det arbeid senteret har nedlagt i forbindelse med forskningshåndboken og det systematiske spredningsarbeid som har blitt foretatt i den forbindelse. Det er blant annet avholdt seminarer knyttet til boken ved samtlige helseforetak i regionen inkludert de private sykehusene/hjemmene som har en avtale med Helse Vest. Det er også slik at respondenten finner at det er lett å søke kontakt med senteret for å få veiledning knyttet til den enkeltes prosjekt.

*Nettverksbygging:* Senteret har nedlagt en omfattende innsats i å bygge opp forskningsinfrastruktur i regionen. Det er derfor noe overraskende at det kun er to av respondentene som oppgir at de deltar i senterets nettverk. En mulig forklaring på dette er at senteret har lagt vekt på å etablere kontaktpunkter rundt om i regionen i form av kontakt med de personer som har hatt arbeidsplass ved senteret i tilknytning til egne prosjekter. Dette oppfattes muligens ikke som et nettverk. Likeledes har senteret en aktiv rolle i forbindelse med den årlige forskningskonferansen hvor sentrale aktører i regionen møtes for å diskutere forskningsspørsmål som angår regionen. Også dette er viktig nettverksbyggingsarbeid, men disse konferansene arrangeres av Samarbeidsorganet mellom Helse Vest og universitetene i Bergen og Stavanger slik at senterets rolle ikke er så godt synlig.

*Undervisning:* Som beskrevet i tidligere avsnitt, har kursing i forbindelse med forskningshåndboken vært en viktig oppgave for senteret, men dette fanges heller ikke opp av denne undersøkelsen da kun tre personer oppgir at de har deltatt i undervisningstilbud gitt av senteret. Ei heller ikke senterets deltakelse i videre- og etterutdanningsundervisning



fanges i noen særlig grad opp av undersøkelsen. Men det overveiende flertall av respondentene oppfatter at senteret generelt treffer senterets målgruppe.

*Den videre utvikling:* Når det gjelder den videre utviklingen av senteret, er det stor enighet om at rådgivningsarbeidet er senterets sterkeste side og at det ikke er behov for en styrking av denne virksomheten. Der i mot peker de på at det er behov for en opprusting av nettverksbyggingen og i større grad invitere til nettverkssamarbeid slik at virksomheten får en mer regional karakter enn den, etter noen av respondentenes oppfatning, har i dag.

Det pekes også på at det er behov for å gjøre den kliniske forskningsvirksomheten i regionen mer synlig internt i helseforetakene. Det er ikke tilstrekkelig at senteret oppretter databaser hvor man kan søke etter informasjon. Det må en mer aktiv promovering til.

Det fremkommer også synspunkter på bemanningen ved senteret som enkelte mener er for knapp i forhold til de oppgaver senteret har. Et forslag går ut på at senteret burde knytte til seg flere post-postdoc medarbeidere som kan fungere på samme måte som dagens leder. Det foreslås også en viss omorganisering av arbeidsdelingen internt i senteret slik at man kan frigjøre enkelte administrative oppgaver til fordel for en styrking av IT- og statistikkarbeidet.

#### **3.7.4 Ekstern evaluering/anbefalinger**

Senteret har på en utmerket måte ivaretatt de oppgaver det er pålagt. Senteret er pålagt å synliggjøre og bedre rammebetingelsene for den kliniske forskningen i Helse Vest. Senterets oppgave som sekretariat for Samordningsorganet mellom Helse Vest og universitetene i Bergen og Stavanger bidrar i høy grad til dette. Senteret har bidratt aktivt til å utvikle en forskningsstrategi for Helse Vest og gjennom å opprette en prosjektdatabase med tilhørende rapporteringssystem har senteret synliggjort forskningsinnsatsen i Helse Vest. Det kanskje viktigste bidraget rent operativt til å fremme forskningen i regionen har vært senterets rådgivningsoppgave som veileder for individuelle forskeres prosjektarbeid. Dette har utvilsomt bidratt til den økning i forskningsaktivitet man har kunnet registrere i de senere år.

Når det gjelder nettverksbygging, har senteret i en viss utstrekning basert seg på å etablere brohoder ved helseforetakene gjennom å bruke tidligere stipendiater som dette. Det er for så vidt et prisverdig tiltak, men det er et åpent spørsmål om det er tilstrekkelig. I følge brukerundersøkelsen savnes det en mer aktiv rolle fra senterets side for å bygge opp mer formaliserte forskernettverk som ikke minst kan bidra til å trekke med de mer forskningssvake helseforetakene. Dette er selvsagt ikke senterets eneansvar, men her burde senteret utvikle, i samarbeid med Samordningsorganet, en samlet strategi med fokus på denne problemstillingen.

Den organisatoriske nærheten til foretaksledelsen er åpenbart en styrke for de oppgaver senteret er tillagt. Tilgangen til ledelsen er tett og god, men det kan også representere en

svakhet. Nettopp fordi senteret og ikke minst dets leders suksess i å ivareta senterets oppgaver, innebærer det en viss fare for at senteret blir pålagt stadig nye oppgaver uten at det følger ressurser med til dette. Etter vår vurdering er senteret nå ved en smertegrense hvor det bør være meget tilbakeholdende med å påta seg nye oppgaver. En økt oppgavebyrde vil kunne gå på bekostning av eksisterende oppgaver – noe ingen er tjent med.

Senteret har vært engasjert i undervisningsarbeid på mange nivåer, og ikke minst gjennom seminarne knyttet til forskningshåndboken. Det er en viktig oppgave å fremme god forskning ved å øke den individuelle kompetansen i godt forskningshåndverk. Dette har senteret arbeidet godt og systematisk med. Senteret har imidlertid begrensede personellmessige ressurser. En mulighet her er at senteret knytter til seg flere kompetente personer i et desentralisert nettverk av veiledningsbrohoder som til dels kan overta noen av veiledningsoppgavene i det enkelte helseforetak og dels vil kunne fungere som senterets forlengede arm som pådrivere for å øke forskningsaktiviteten ved det enkelte helseforetak.

Senteret er sårbart fordi det i stor grad er bygget opp og rundt en person. Hvis denne personen av en eller annen grunn slutter, er senterets videre skjebne ganske uviss – det er ingen naturlig arvtaker. Denne sårbarheten kan til en viss grad motvirkes ved å utvikle en mer desentralisert struktur, men langt fra fjerne den. Etter vår vurdering ville det være en klar fordel om Helse Vest styrket ledelsen av senteret ved å knytte til seg en avlaster for den nåværende leder. Dette ville sikre en kontinuitet i senterets virksomhet.

**Oppsummerende: senteret er en vellykket konstruksjon som på en utmerket måte ivaretar de oppgaver det er pålagt. Senteret bør videreføres. Svakheten ved senteret er at det er meget sårbart rent personellmessig. Vi vil derfor anbefale at det ansettes en person som kan avlaste lederen og sikrer kontinuitet. Vi vil videre anbefale at Helse Vest og senteret drøfter fruktbarheten av å videreutvikle senteret i retning av en mer desentralisert organisasjon, dog med senteret slik det er i dag som en kjerne. Til slutt en advarsel: ikke øk oppgavemengden uten en tilsvarende ressurstilførsel.**

## 4 Evaluering av sentrene på tvers

I dette kapitlet ser vi nærmere på brukerevalueringene og de eksterne evalueringene/anbefalingene for hvert senter, trekker dem sammen og ser hvilke hovedmønstre som avtegner seg. Først vurderer vi brukerevalueringene ”på tvers”, deretter de eksterne evalueringene/anbefalingene. Dette kapitlet baserer seg i all hovedsak på informasjonen i kapittel tre

### 4.1 Brukerevalueringene på tvers

Kompetansesentrene ble hver bedt om å skaffe tilveie 20 brukere/kontaktpersoner som NIFU STEP kunne henvende seg til for en vurdering sett i et bruker/kontaktperson perspektiv. Kompetansesenter for genterapi ble holdt utenfor i samråd med senteret da dette er et rent forskningscenter. Undersøkelsen var web-basert og av de 125 utsendte skjemaene ble 91 returnert helt eller delvis utfylt, 27 var ubesvart og 7 hadde feil adresse eller ønsket ikke å delta.

Følgende dimensjoner ved sentrene vil bli belyst: Sentrenes kompetanse og kvalitet og relevans ved sentrenes tjenester; sentrenes formidling og rådgivning; sentrenes nettverksbygging og sentrenes utdanningsvirksomhet. Til slutt vil vi belyse brukernes/kontaktpersonenes vurdering av veien fremover for sentrene.

Et hovedformål ved et regionalt kompetansesenter er at det skal nettopp være regionalt og betjene hele regionen. Under gjennomgangen av det enkelte senter har det fremkommet at den regionale forankringen enkelte ganger kan være svakere enn ønskelig. Vi vil derfor i dette avsnittet undersøke nærmere om sentrene kan sies å være regionale i denne forstand. Sentrene er med ett unntak forankret i Helse Bergen. En antagelse vil derfor kunne være at brukerne som sokner til dette helseforetaket i større grad gjør seg nytte av sentrenes tjenester etc. enn brukere som geografisk er fjernere. For å undersøke denne geografiske dimensjonen nærmere har vi delt respondentene inn i to grupper: de som sokner til Bergen helseforetak og de som sokner til de øvrige helseforetakene.

#### **Kompetanse og kvalitet på tjenestene**

Vi har bedt respondentene vurdere senterets kompetanse tjenestenes faglige kvalitet, relevansen for deres virksomhet av de tjenester de mottar, nytteverdien av tjenestene, og omfanget av tjenestene i forhold til respondentens behov.

Prosent	Sentrenes kompetanse		Tjenestenes							
			Kvalitet		Relevans		Nytte		Omfang	
	Helse Bergen	Resten	Bergen	Resten	Bergen	Resten	Bergen	Resten	Bergen	Resten
Meget lav/liten/lite		4		4	3	8	3	4	3	4
2			5	4	3	8	3	15	8	11
3	15	31	8	31	10	19	10	23	13	31
4	21	27	36	31	26	31	23	23	46	27
Meget høy/stor/godt	64	39	51	31	59	35	54	35	31	27
Antall	39	26	39	26	39	26	39	26	39	26

Tabellen viser at respondentene gir uttrykk for at sentrene har en høy og til dels meget høy faglig kompetanse og at det klart kommer til uttrykk blant respondentene som sokner til Helse Bergen. Respondentene som sokner til de øvrige helseforetakene deler til en viss grad dette synet, men er noe mer tilbakeholdne i deres vurderinger av sentrenes kompetanse. Tjenestenes kvalitet, relevans, nytte og omfang vurderes også gjennomgående som god. Også her ser vi at det er forskjeller i vurderingene avhengig av respondentene sokner til Helse Bergen eller de øvrige helseforetakene. Jevnt over er respondenten fra Bergensområde mer positive i vurderingene enn de øvrige. Dette er særlig markant i vurderingene av tjenestenes nytte for dem og omfanget av de tjenester som tilbys i forhold til det behov brukerne har.

**Rådgivning:** En viktig oppgave for sentrene er å formidle kunnskap og informasjon om de ansvarsområder sentrene har. Tabellen under gir et inntrykk av hvor dyktige sentrene er til å spre kunnskap og hvor tilgjengelige de oppfattes å være i en veilednings- og rådgivningssammenheng.

Prosent	Formidling		Tilgjengelighet	
	Helse Bergen	Resten	Bergen	Resten
Lite dyktig/tilgjengelige		8	3	4
2	8	19	8	12
3	18	15	8	23
4	49	46	31	27
Meget dyktig/tilgjengelige	26	12	51	35
Antall	39	26	39	26

Selv om et klart flertall synes sentrene er dyktige/meget dyktige til å formidle kunnskap og informasjon, ser vi at det er klare regionale forskjeller. Igjen er det respondentene fra Bergensområde som er de mest positive, mens de øvrige hevder at sentrene har et klart forbedringspotensiale i så henseende. En tilsvarende regional forskjell finner vi i respondentenes vurdering av sentrenes tilgjengelighet. Respondentene fra de øvrige helseforetakene finner sentrene langt mindre tilgjengelige enn respondenter som sokner til Helse Bergen.

## Nettverksbygging

Om lag halvparten av respondentene har deltatt i sentrenes nettverk og ca. 70 prosent av dem har funnet dette nyttig eller meget nyttig. Når vi kontrollerer for regional tilhørighet, fremkommer følgende bilde:

Prosent	Utbytte av nettverk	
	Helse Bergen	Resten
Lite nyttig		
2	20	
3	7	29
4	53	29
Meget nyttig	20	42
Antall	15	17

Her ser vi at det ikke er store forskjellen mellom de to gruppene, men vektleggingen av hvor stort utbytte man har hatt av deltakelsen, er noe ulik. Et flertall av de som har deltatt i nettverkene fra Bergensområde, finner dette nyttig, mens deltakerne fra de øvrige helseforetakene sier at deltakelsen har vært meget nyttig. Dette indikerer at sentrenes nettverksbygging er et særdeles viktig verktøy for et regionalt kompetansesenter og at dette oppleves slik for dem som ikke befinner seg i en geografisk umiddelbar nærhet til sentrene.

## Undervisning

Drøyt 40 prosent av respondentene har deltatt i undervisningstiltak gitt av sentrene. Dette har respondentene utenfor Bergensområde i størst utstrekning gjort seg bruk av (58 prosent mot 42 prosent) og da særlig i etterutdanningsøyemed. Respondentene er godt fornøyd med det faglige innholdet i de undervisningstiltakene som blir gitt og hevder at tiltakene treffer godt de målgruppene de er siktet inn mot.

## Den videre utviklingen

De ulike sentrene har til dels svært ulike virksomhetsprofiler. Det er derfor naturlig at dette reflekteres i brukernes vurdering av hva som er sentrenes sterkeste sider. Alle sentrene har nedlagt et betydelig arbeid i nettverksbygging. Det er da også den virksomheten som fremheves av flest respondenter som sentrenes sterkeste side. På den annen side er det kun 12 prosent som sier at sentrenes sterkeste side er forskningsvirksomheten. Og det er nettopp dette de griper fatt i når de skal angi hvor sentrene har størst behov for å styrke sin virksomhet. Forskingen bør settes høyere på sentrenes dagsorden.

Når det gjelder konkrete tiltak for å styrke virksomheten ved sentrene henviser vi til avsnittet under hvert enkelt senter.

**Oppsummerende: sentrene vurderes av respondentene til å ha en høy kompetanse, tjenestene de tilbyr er av høy, kvalitet, relevante og nyttige. Omfanget av tjenestetilbudet er mindre enn det er behov for. Det er en klar regionaldimensjon i svarmønstrene slik at respondenter utenfor Helse Bergen er mindre fornøyd enn de som har en geografisk nærhet til sentrene. Dette indikerer klart at selv om man har**

**kommet et stykke på vei i å trekke med seg hele helseregionen, er det åpenbart et stykke vei igjen før man kan si at sentrene er regionale kompetansesentre hvor hele regionen er trukket inn på lik linje. Dette er hovedutfordringen sentrene står overfor hvor Helse Vest må ha et overordnet ansvar for å sikre en slik utvikling. I en slik sammenheng vil det videre arbeid med nettverksbygging, styrket formidling av kunnskap og informasjon om sentrenes virksomhet og tilbud, samt tiltak for en økt tilgjengelighet være viktige satsingsområder.**

## **4.2 De eksterne evalueringene/anbefalingene på tvers**

### **Resultater: Varierende grad av måloppfyllelse**

Et regionalt senter er tiltenkt en rekke funksjoner. Myndighetene stiller krav til både regional, nasjonal og internasjonal forankring. Oppgavene for et senter skal dekke både forskning, nettverksbygging, undervisning og veiledning samt pasienthåndtering og ”guidelines”. En arbeidsgruppe i regi av Helse Vest tilla sentrene hele ni oppgaver (jf. 2.3). I tillegg har hvert senter sine egne mål for virksomheten, men som i all hovedsak faller innenfor det spekteret av oppgaver som de er tiltenkt fra overordnede myndigheter (Helsedepartementet og Helse Vest).

Flere sentre dekker de tre hovedoppgavene: forskning, nettverksbygging og undervisning /veiledning, i alle fall har de målsettinger om å gjøre det. De gjelder for eksempel Arvelig kreft, Rettspsykiatri, Lindrende behandling, Sykehushygiene og Klinisk forskning. Disse sentrene driver også i noen grad med pasientbehandling og/eller ”guidelines”. RAKOS skiller seg ut og driver ikke undervisning/veiledning/etterutdanning. Det samme gjelder Genterapi som kun driver med forskning.

Tre (fire) av sentrene ser nettverksbygging i regionen som en svært viktig oppgave. Nettverksbygging er en ressurskrevende virksomhet og sentrene som har satset sterkt på denne virksomheten, stiller langt svakere med hensyn til forskningsoppgaven. Det gjelder Lindrende behandling, RAKOS og i noen grad Arvelig kreft. Disse sentrene (med unntak av Arvelig kreft som er ”på god vei”) har vi anbefalt å kontakte Kompetansesenter for klinisk forskning for hjelp og veiledning når det gjelder å bygge opp forskningsvirksomheten. Dette kompetansesenteret har nettopp som hovedoppgave å synliggjøre og bedre rammebetingelsene for klinisk forskning i Helse Vest. Med all sannsynlighet har det vært en riktig strategi å prioritere nettverksbygging og undervisning/veiledning i startfasen. Men etter noen års drift - og gitt at sentrene dette gjelder faktisk ønsker å drive forskning (og som kompetansesentre bør de det i noen grad) - bør de nå avsette tid og resurser til denne oppgaven.

Senter for Genterapi skiller seg ut som nevnt ved bare å drive forskning. Senteret ivaretar forskningsvirksomheten på en svært god måte – men fyller i liten grad de øvrige intensjonene som er tillagt et kompetansesenter. Senteret har heller ikke planer om å gjøre det. I den eksterne evalueringen for dette senteret i kap.3, stiller vi derfor spørsmålet om dette senteret bør ha status som *regionalt kompetansesenter*.

### **Rammebetingelser: God økonomi – stor frihet**

Overraskende nok melder alle sentrene at de *økonomiske* rammebetingelsene enten er ”gode” eller ”tilstrekkelige”. I intervjuene våre på flere av sentrene fikk vi høre at ”penger er ikke noe problem”. Dette er selvsagt en positiv observasjon: Med den arbeidsinnsats og entusiasme som ledelsen ved sentrene har lagt for dagen, ville det vært uheldig om manglende finansiering hadde måttet stoppe dem. Alle sentrene påpekte i intervjuene at de har hatt relativt stor frihet i bruken av disse midlene. Flere har hatt liten eller nærmest ingen kontakt med overordnede myndigheter i Helse Vest, selv om nivået for kontakt har variert noe senter for senter. Klinisk forskning skiller seg ut med en tett kobling til foretaksledelsen. For flere av sentrene i kap. 3 har vi tatt til orde for at de i større grad bør gå i dialog med foretaks- og regionledelsen i Helse Vest. Og her tenker vi ikke i første rekke på myndighetenes behov for kontroll av sentrenes virksomhet, men behovet for innsyn i og delaktighet i sentrenes *faglige* utvikling. Når vi i kap. 3 har oppfordret flere av sentrene til evaluering og strategiutvikling, bør finansierende myndigheter ta del i denne, bl. a for å sikre at regionale behov blir ivaretatt og at alle helseforetakene blir trukket med. Helse Vest bør også vurdere om rapporteringskravene er hensiktsmessige og om de gir tilstrekkelig innsikt i og grunnlag for dialog om den faglige virksomheten i de ulike sentrene.

*Kompetanse* er en annen innsatsfaktor. Omtrent alle sentrene har (i større og mindre grad) satset på å utvikle ”egne folk” – enten gjennom forskerutdanningstiltak eller undervisning og etterutdanning. Flere har etablert egne undervisningsopplegg i tilknytning til høyskole eller universitet. Flere av sentrene rapporterer at dette har vært helt nødvendig for å bygge opp virksomheten. Dette er prisverdige tiltak som om ikke annet tilsier at en bør være varsomme med å kutte i tiltak som gjør at en ikke kan høste fruktene av slike investeringer.

### **Organisering: Deltidsstillinger og sårbar ledelse**

Et fellestrekk ved organiseringen av sentrene, er at alle er forankret ved et sykehus, enten i Stavanger (1) eller i Bergen (6). Med hensyn til RAKOS vet vi at det i sin tid var delte meninger hvorvidt dette senteret skulle integreres såpass sterkt i et sykehusmiljø. Men alle sentrene (også RAKOS) har hatt sine forløpere i de to sykehusmiljøene. Helse Vest har ikke stilt noen krav til organisasjonsform. De ulike sentrene har vokst fram organisk, flere er svært tett koblet til sin sykehusavdeling/opphavs enhet, og det kan synes vanskelig å skille ut senterets egenidentitet. Denne organisasjonsformen har gitt fruktbare synergieffekter og god ressursutnyttelse ifølge sentrene selv. På de fleste sentre har ledelsen - og på noen sentre hele staben (f.eks RAKOS) – deltidsstilling på kompetansesenteret. Selv om en slik organisasjonsløsning kan synes rasjonell for dagens

organisasjon, kan sentrenes diffuse ytre grenser og arsenalet av deltidsstillinger gi en sårbar organisasjon på sikt. For flere av sentrene har vi påpekt dette aspektet i den eksterne evalueringen for hvert senter i kap. 3.

Et annet sårbart aspekt knytter seg til ledelsen: Som påpekt tidligere, har alle sentrene så langt vi har erfart en engasjert og arbeidsintensiv ledelse som kan synes vanskelig å erstatte hvis den av en eller annen grunn skulle slutte. Dette er et vanlig problem i unge, små organisasjoner på nisjeområder. Senterledelsen bør derfor være seg dette bevisst. En løsning kan være å sørge for avlastning i noen grad, eventuelt for større grad av delegasjon, slik at organisasjonen er bedre skodd for eventualiteter som reorganiseringer, lederskifte, etc.

### **Hovedanbefaling: Tid for konsolidering**

Kompetansesentrene har nå virket i rundt tre år innenfor Helse Vest. Noen ble opprettet som del av sykehusreformen. Andre har hatt status som kompetansesenter før den tid. Noen har forløpene tilbake til 1980-tallet som f.eks RAKOS. Men som kompetansesenter er alle relativt unge organisasjoner. Stort engasjement og entusiasme kjennetegner alle sentrene. De er alle preget av at en oppbyggingsfase nå ebber ut. Noen har nådd smertegrensen for hva senteret makter innenfor dagens rammebetingelser som f.eks Klinisk forskning. Vi har konkludert at alle sentrene har hatt stor aktivitet de siste årene og det har ikke manglet på ambisjoner for virksomheten. Det er ikke her problemet ligger – utfordringen knytter seg nå mer til gjennomtenkning og konsolidering enn umiddelbar ytterligere oppbygging. I kapittel 3 har vi anbefalt for flere av sentrene at de vurderer/evaluerer egen virksomhet: Hvor går man og hva er kvaliteten på og effekten av de ulike aktivitetene hittil? Noen sentre trenger å stimulere forskningsvirksomheten, som f.eks Lindrende behandling. Andre trenger å vurdere organisasjonsform og brukerrelevans som f.eks RAKOS: Når de ut i tilstrekkelig grad til brukerne? Trekket de mindre helseforetakene med i tilstrekkelig grad? Alle sentrene (med unntak av Genterapi (som knapt bør kalles et regionalt kompetansesenter) trenger også å vurdere *balansen* mellom de ulike oppgaver de er tillagt: nettverksbygging, undervisning /veiledning og forskning: hvilke oppgaver skal prioriteres? Hvilken rolle skal forskningen ha? For flere av sentrene har vi derfor anbefalt at de drøfter status og utarbeider en strategi for virksomheten framover. Helse Vest bør trekkes med i denne gjennomgangen.

**Oppsummerende. Alle de regionale kompetansesentrene i Helse Vest har gjennomgått en aktiv etableringsfase. Majoritetene av sentrene fyller de hovedoppgavene de var tiltenkt: Nettverksbygging, veiledning og undervisning og forskning. De fleste sentrene driver også med pasientbehandling og /eller ”guidelines”. Innenfor rammen av denne evalueringen har vi ikke kunnet måle kvaliteten på og effekten av disse aktivitetene, men har registrert at de fleste sentrene fyller intensjonene mht oppgaver de er tiltenkt. Forskning ligger imidlertid noe tilbake på flere av sentrene og vi har tatt til orde for at denne virksomheten bør styrkes. Sentrene melder selv om god økonomi og stor frihet. Det er imidlertid trekk**



**ved både organisasjonsløsningen ved sentrene, balansen mellom oppgavene de har samt informasjon fra brukerne til sentrene som tilsier at de bør gå seg selv i sømmene på enkelte punkt. Helse Vest som har vært en relativ tilbaketrukket overordnet myndighet i forhold til kompetansesentrene, bør trekkes med i den evaluering og strategiutvikling som de fleste sentrene nå oppfordres til å gjennomføre.**



# Vedlegg

## Liste over intervjuobjekter

### **Kompetansesenter for arvelig kreft**

- Lars Fredrik Engebretsen
- Jaran Apold

### **Kompetansesenter for genterapi**

- Per Eystein lønning
- Rolf Bjerkvik

### **Kompetansesenter for klinisk forskning**

- Ernst Omenaas

### **Kompetansesenter for lindrende behandling**

- Dagny Faksvåg Haugen

### **Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri**

- Siri Nome
- Britt Moe Blåsternes

### **Kompetansesenter for sykehus hygiene**

- Stig Harthug
- Harald Wiker

### **Regionalt akuttmedisinsk kompetansesenter (RAKOS)**

- Olav Eielsen

## Web-basert brukerundersøkelse - spørreskjema

I forbindelsen med evalueringen av de regionale kompetansesentrene ble det gjennomført en web-basert brukerundersøkelse. Under følger spørsmålene som ble stilt. Vi gjør oppmerksom på at layout i selve undersøkelsen ser helt annerledes ut da spørsmålene ble formatert i et elektronisk skjema.

- 1) Vi ber om din vurdering av senterets *kompetanse*.  
Skala: meget svak kompetanse 1 2 3 4 meget høy kompetanse 5.
- 2) Vi ber om din vurdering av den *faglige kvaliteten* på de tjenester dere mottar.  
Skala: svak kvalitet 1 2 3 4 meget høy kvalitet 5.
- 3) Vi ber om din vurdering av *omfanget* av senterets tjenester i forhold til din virksomhets behov.  
Skala: lite dekkende 1 2 3 4 meget godt dekkende 5.
- 4) Vi ber om din vurdering av *relevansen* av de tjenester dere mottar for din virksomhet.  
Skala: svak relevans 1 2 3 4 meget høy relevans 5
- 5) Vi ber om din vurdering av *nytteverdien* av de tjenester dere mottar.  
Skala: liten nytte 1 2 3 4 meget stor nytte 5.
- 6) Vi ber om din vurdering av senterets *evne til å spre kunnskap og informasjon*.  
Skala: lite dyktige 1 2 3 4 meget dyktige 5
- 7) Hvis du trenger *råd/veiledning*, hvor lett er det å få slik bistand fra senteret?  
Skala: vanskelig 1 2 3 4 meget lett 5
- 8) Hvor *ofte* har du søkt slik bistand?  
Skala: sjelden 1 2 3 4 meget ofte 5
- 9) Deltar du i noen av *senterets nettverk*?  
Ja 1 Nei 0
- 10) Hvis ja, hvilket *utbytte* har du av dette?  
Skala lite nyttig 1 2 3 4 meget nyttig 5
- 11) Hvis ja, hva er det *viktigste utbyttet* du får av deltakelsen? Åpent svar
- 12) Hvis nei, hvorfor deltar du ikke? Åpent svar
- 13) Har du deltatt i noen av *senterets undervisningstiltak*? Ja 1 Nei 0
- 14) Hvis ja, hva slags *undervisningstiltak* var dette?  
Grunnutdanning 1, videreutdanning 2, etterutdanning 3
- 15) Vi ber om din vurdering av det *faglige innholdet generelt*.  
For elementært 1, traff målgruppen 2, for avansert 3
- 16) Bør senteret fortsette sin virksomhet: på nåværende nivå 1, trappe opp virksomheten 2, trappe ned virksomheten 3, terminere virksomheten 4
- 17) Når det gjelder senterets oppgaver som forskning, nettverksbygging, rådgivning og undervisning, hva er senterets sterkeste side?  
Forskning 1, nettverksbygging 2, rådgivning 3, undervisning 4
- 18) Når det gjelder senterets oppgaver som forskning, nettverksbygging, rådgivning og undervisning, hva har senteret størst behov for å styrke?  
Forskning 1, nettverksbygging 2, rådgivning 3, undervisning 4. flere svar mulig
- 19) Hva bør senteret gjøre for å styrke denne/disse virksomhetene? Åpent svar