

Kompetansesentre til begjær

Skogen av kompetansesentre i Helse-Norge vokser stadig tettere, men tynning kan bli resultatet av en pågående gjennomgang av landets nasjonale medisinske kompetansesentre.

Hvor mange kompetansesentre trenger en befolkning på 4,5 millioner? Hvor kompetente er de egentlig og hvem fører kontroll med dem? Spørsmålene forblir helst ubesvarte, og fenomenet kompetansesenter fortøner seg som en ugjennomtrengelig tråd-vase for den som prøver å nøste.

Ingen oversikt

Sannheten er at det finnes ingen total oversikt, skal vi tro avdelingsdirektør Heidi Langaas i Helsedepartementet. Hvem som helst kan smykke døren sin med kompetansesenter, dette er ingen beskyttet og høythengende betegnelse som først kan etableres når et knippe kriterier er oppfylt. Mange er opprettet i regi av organisasjoner, ildsjeler og entusiaster, i tillegg til universiteter, fylkeskommuner, sykehus. Noen har nasjonal funksjon, andre regional. Noen er medisinske, andre har naturlig plass i helse-tjenesten og i overlapping til sosialtjenesten, men er mer sosialpedagogisk innrettet, som for eksempel Statlig kompetansesystem for døvblinde og Nasjonalt kompetansenettverk for autisme, eller tverrfaglige.

– Innen Helse-Norge er bruken av begrepet likevel ryddig, mener Langaas, og peker på at det finnes forskrifter og godkjenningsordning for de nasjonale medisinske kompetansesentrene (1).

Rydder opp

Forskriftene gir en viss orden i rekkene, men heller ikke de inneholder spesifikke kriterier for opprettelse. Forskriftene forutsetter hva nasjonale medisinske kompetansesentre skal drive med; de skal sikre ivaretagelse, oppbygging og formidling av kompetanse innen et særskilt område. Sentrene har et særlig ansvar for å drive forskning, videreutvikling av fagfeltet og veiledning. I hovedsak er kompetansesentrene lagt til en universitetsklinikk, men de skal ikke drive pasientbehandling.

Per i dag finnes det 36 nasjonale medisinske kompetansesentre i Norge, og nye søknader strømmer jevnt og trutt til. Fagrådet for høyspesialiserte tjenester vurderer søknader om tildeling av kompetansesenter, og gir råd om opprettelse eller ei til Helsedepartementet. – Fagrådet sier stadig nei til opprettelse av nye, fordi vi mener det ikke er behov eller at kravene som stilles for å være kompetansesenter ikke fylles, opplyser rådets sekretær Dag Bratlid.

Fremveksten av kompetansesentre har medført behov for å gjøre opp status, og Sosial- og helsedirektoratet gjennomgår nå alle høyspesialiserte funksjoner, deriblant kompe-

tansesentrene. Man ønsker blant annet å få oversikt over hvordan funksjonene drives, hvorvidt virksomheten er forenlig med det å være nasjonalt kompetansesenter og om alle sentrene bør videreføres i sin nåværende form.

Evalueringen skal være ferdig i løpet av høsten 2002.

De nasjonale kompetansesentrene ble sist evaluert i 1997, men ifølge Bratlid har man dårlig med data på bruk og nytte av sentrene.

Nasjonale medisinske kompetansesentre får årlig bevilgning over statsbudsjettet, men finansiering av sentrene er likevel høyst varierende, og det er en gjengs oppfatning at det er tilfeldig hvordan sentrene blir finansiert.

– 21 av de 36 sentrene har ikke statlig finansiering. Det bør følge penger med når staten oppretter en nasjonal funksjon. Finansieringen er også under vurdering nå, opplyser Bratlid.

– Hvorfor er det så gjevt å bli kompetansesenter?

– Man skal ikke undervurdere at skiltet på veggen er en merkelapp som kanskje gir fortrinn i søkning om forskningsmidler, svarer Bratlid.

– Er det et dilemma at det nærmest er gått inflasjon i bruken av begrepet kompetansesenter?

– Ja, det forvirrer bildet noe når man i tillegg til de nasjonale kompetansesentrene også har regionale og lokale sentre, og det kan føre til uttanning av begrepet. Vi regner med at resultatet av gjennomgangen kan føre til en bedre og mer oversiktlig struktur. Jeg ser ikke bort fra en viss slanking, sier Bratlid.

Sjeldne funksjonshemninger

Oppryddingsarbeid er også i gang blant kompetansesentre som ikke er nasjonale medisinske. En samlet plan for organisering av kompetansesentre med ansvar for sjeldne funksjonshemninger er på høring fra Sosial- og helsedirektoratet.

– Noen av disse er nasjonale medisinske. En rekke andre er spesialpedagogisk innrettet, mens andre er tverrfaglige kompetansesentre. I dag har disse tre formene ulik organisering. Ved samordning av sentrenes virksomhet og ved å plassere diagnosegrupper som likner hverandre sammen, vil vi forhåpentligvis nå flere og få mer rasjonell utnyttelse av ressursene, sier avdelingsdirektør Lisbeth Nilsen i direktoratet.

– *Ingrid M. Hoie, Tidsskriftet ingrid.hoie@legeforeningen.no*

Litteratur

1. Sosial- og helsedepartementet. Landsfunksjoner, flerregionale funksjoner, regionfunksjoner og kompetansesentra innen helsevesenet. Retningslinjer for oppgaver, rapportering og styring. Rundskriv av 9.11.1999. I-36/99.

Dobbel kompetanse i øst og vest

Trenger du akuttmedisinsk kompetanse, kan du få bistand fra Norsk Akuttmedisinsk Kompetansesenter i Oslo, eller ved det nyetablerte regionale kompetansesenter for akuttmedisin ved Sentralsjukehuset i Rogaland.

Norsk Akuttmedisinsk Kompetansesenter (NAKOS) er resultat av privat initiativ fra fagpersoner i det norske akuttmedisinske miljøet, geografisk plassert i sykehus- og universitetsmiljø i Oslo-området, men med støtte fra fagmiljøene i landet for øvrig. Man ønsket å være på banen før sentrale helsemyndigheter oppretter et nasjonalt akuttmedisinsk kompetansesenter. For NAKOS ønsker seg den nasjonale funksjonen.

– NAKOS skal være en ressurs for samfunnet for å gjennomføre og utrede viktige milepæler for akuttmedisinsk miljø, sier daglig leder Lars Wik. – Vår oppgave er å se på akuttmedisinen fra et overordnet nivå, vurdere forbedringspotensial, arbeide for bedre utnyttelse av

ressursene på området og være en nøkkel i nettverk og samarbeid med fagdisipliner og profesjoner innen akuttmedisin, fortsetter han.

Kompetansesenteret blir finansiert av Norsk Luftambulans som et treårig prosjekt.

Wik stiller seg positiv til at man nylig har opprettet et kompetansesenter for akuttmedisin ved Sentralsjukehuset i Rogaland. – Jeg er ikke redd for at man taper hverandre for ressurser og opptrer som konkurrerende miljøer, men det er viktig at man får en nasjonal forståelse for at de regionale sentrene ikke skal drive med det samme som de nasjonale, at man snakker sammen og avtaler hva man skal drive med. Man må ikke spre kompetansen, men spre kunnskapen, sier han.

Wik anslår at det akuttmedisinske fagmiljøet i Norge teller under 200 hoder; 15–20 på det administrative plan, 100–150 i klinisk hverdag. – Vi må heller ikke glemme allmennlegene, som er en ressurs på kommunalt nivå, men som ofte ikke blir invitert når akuttmedisin diskuteres, sier Wik.