



Marit K. Helgesen  
Dorothy S. Olsen  
Evelyn Dyb  
Arne Holm  
Lars Chr. Monkerud  
Rannveig Røste

# Utvikling og formidling av kunnskap i kommunal helse og omsorg

**Evaluering av Utviklingscentre for sykehjem og  
hjemmetjenester**

**NIFU**

 **NIBR**  
Norsk institutt for  
by- og regionforskning

Samarbeidsrapport NIBR/NIFU  
2015

Utvikling og formidling av  
kunnskap i kommunal helse og  
omsorg



Marit K. Helgesen  
Dorothy S. Olsen  
Evelyn Dyb  
Arne Holm  
Lars Chr. Monkerud  
Rannveig Røste

# Utvikling og formidling av kunnskap i kommunal helse og omsorg

Evaluering av Utviklingssentre for sykehjem og  
hjemmetjenester

Samarbeidsrapport  
NIBR/NIFU 2015

**Tittel:** **Utvikling og formidling av kunnskap i kommunal helse og omsorg. Evaluering av Utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester**

**Forfattere:** Marit K. Helgesen, Dorothy S. Olsen, Evelyn Dyb, Arne Holm, Lars Chr. Monkerud og Rannveig Røste

**Samarbeidsrapport:** NIBR/NIFU

**ISBN:** 978-82-8309-071-0 (trykt)  
978-82-8309-072-7 (elektronisk)

**Prosjektnummer og -navn,** (NIBR): 3408, Evaluering av «Utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester» USHT.  
(NIFU): 12820568, Evaluering av Utviklingssentrene

**Oppdragsgiver:** Helsedirektoratet

**Prosjektleder: (NIBR)** Marit K. Helgesen

**Prosjektleder: (NIFU)** Dorothy Sutherland Olsen

**Referat:** Rapporten gir en oversikt over organisering av og aktiviteter som er gjennomført ved Utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester knyttet til utvikling av tjenestene i kommunal helse og omsorg. Det er gjennomført intervjuer i alle utviklingssentre, og analyser er basert på både et kvalitativt og et kvantitativt datagrunnlag.

**Sammendrag:** Norsk og engelsk

**Dato:** September 2015

**Antall sider:** 164

**Pris:** 250,-

**Utgiver:** Norsk institutt for by- og regionforskning  
Gaustadalléen 21,  
0349 OSLO

**Vår hjemmeside:** Telefon: 22 95 88 00  
Telefaks: 22 60 77 74  
E-post: [nibr@nibr.no](mailto:nibr@nibr.no)  
<http://www.nibr.no>

Trykkeri: X-idé

Org. nr. NO 970205284  
© NIBR 2015

# Forord

Vinteren 2015 fikk Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR) i oppdrag av Helsedirektortet å evaluere Utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester. Evalueringen er gjennomført i samarbeid med Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU). Evalueringen har sett særskilt på alle 38 utviklingssentre, på deres organisering og aktiviteter, samt på samarbeid med kommuner i nedslagsfeltet.

Prosjektet har vært ledet av Marit K. Helgesen (NIBR) og Dorothy S. Olsen (NIFU). Øvrige prosjektmedarbeidere har vært Arne Holm, Evelyn Dyb og Lars Chr. Monkerud fra NIBR og Rasmveig Røste fra NIFU. Kapittel fem er i sin helhet skrevet av Lars Chr Monkerud. Til andre kapitler har hele teamet bidratt.

Det rettes en takk til alle som har bidratt med sin tid i intervjuer og utfylling av spørreskjema.

Oslo, september 2015

Hilde Lorentzen

Instituttssjef

# Innhold

Forord .....	1
Tabelloversikt.....	5
Figuroversikt .....	6
Sammendrag.....	7
Summary .....	14
1 Innledning og bakgrunn .....	21
1.1 Innledning .....	21
1.2 USHT's rolle .....	23
1.3 Nasjonale planer for å øke andelen med relevant utdanning i pleie og omsorg .....	23
1.3.1 Omsorgsplan 2015 .....	24
1.3.2 K2015.....	24
1.3.3 Fra undervisningssykehjem til utviklingssentre .....	25
1.4 Utvikling gjennom kunnskap .....	28
1.5 Det kommunale landskapet.....	33
1.5.1 Oppsummering .....	34
2 Teori og metode .....	35
2.1 Innledning .....	35
2.2 Styring og virkemiddelbruk.....	35
2.3 Læring .....	39
2.4 Metodiske inntak.....	40
2.4.1 Dokumentstudium.....	40
2.4.2 Intervjuer.....	41
2.4.3 Casestudier knyttet til utviklingssentre.....	42
2.4.4 Spørreskjemaundersøkelse til kommuner.....	43
2.5 Problemstillinger for evalueringen.....	43
3 Organisering av USHT .....	45
3.1 Innledning .....	45
3.2 Hovedobservasjoner i kapittelet .....	46
3.3 Forankring i kommunalt planverk.....	47
3.3.1 Samarbeid med vertskommuner .....	48

3.4	Økonomi og finansiering .....	50
3.4.1	Endring i tilknytningsform til vertskommuner.....	55
3.5	Oppsummering .....	57
4	Aktiviteter .....	60
4.1	Innledning .....	60
4.2	Hovedobservasjoner i kapitlet .....	62
4.3	Eksempler på prosjekter og faglige aktiviteter.....	63
4.4	Samarbeid med kommuner.....	68
4.4.1	Innledning .....	68
4.4.2	Motivering av kommuner .....	69
4.4.3	Fag- og tjenesteutvikling .....	72
4.4.4	Samarbeid om fag- og tjenesteutvikling.....	73
4.4.5	Kompetanseutvikling hos ansatte.....	80
4.4.6	Praksistilbudet for studenter, elever og lærlinger .....	80
4.5	Tilrettelegging for forskning og utvikling.....	82
4.5.1	Noen eksempler på forskningsamarbeid.....	84
4.5.2	Samarbeid med Sentrer for omsorgsforskning.....	87
4.6	Andre aktører utviklingsentre samarbeider med.....	89
4.6.1	Fylkesmannen.....	89
4.6.2	Fag- og samarbeidsrådet .....	90
4.6.3	Nasjonalt nettverk for Utviklingsentrene .....	92
4.6.4	Aktører det er mindre samarbeid med.....	92
4.7	Spredningsarbeid.....	94
4.8	Oppsummering .....	96
5	Kommunenes samarbeid med utviklingsentre for sykehjem og hjemmetjenester .....	100
5.1	Innledning .....	100
5.2	Kort om undersøkelsen og om noen generelle samarbeidsmønstre .....	101
5.3	Hva kan forklare kommunenes samarbeidsmønstre?.....	107
5.4	Oppsummering: En fornuftig organisering av USHT? .....	120
6	Oppsummering og diskusjon.....	122
6.1	Oppsummering .....	122
6.2	Pådriverrolle og samarbeid med andre kommuner..	124
6.3	Utviklingsaktivitet og kunnskap.....	128
6.4	Kultur for endrings- og utviklingsarbeid .....	135
6.5	Metoder .....	140
6.6	Forankring i vertskommuner.....	143



6.7	Samarbeidende aktørers bidrag til aktiviteter.....	145
6.8	Kommunenes nytte av USHT – er de effektive i implementering av kunnskap?.....	147
6.9	Mulige framtidige organisasjonsformer .....	148
Litteratur	.....	152
Vedlegg 1	- Spørreskjema .....	157
Vedlegg 2	- Intervjuguide .....	161

---

## Tabelloversikt

Tabell 5.1	<i>Samarbeidende kommuner fordelt på utviklingsentre</i> .....	105
Tabell 5.2	<i>Overordnede samarbeidsformer (faktoranalyse av delspørsmålene vist i figur 5.4) (N=185-277)</i> .....	109
Tabell 5.3	<i>Overordnede samarbeidsoppgaver (faktoranalyse av delspørsmålene vist i figur 5.5) (N=88-277)</i> .....	110
Tabell 5.4	<i>Deskriptiv statistikk for analysevariabler</i> .....	114
Tabell 5.5	<i>Faktorer som påvirker tendensen til deltagende samarbeid (indeks). Tobit-regresjon</i> .....	116
Tabell 5.6	<i>Faktorer som påvirker tendensen til opplærings samarbeid (indeks). Tobit-regresjon</i> .....	117
Tabell 5.7	<i>Faktorer som påvirker tendensen til informasjonssamarbeid (indeks). Tobit-regresjon</i> .....	118
Tabell 5.8	<i>Faktorer som påvirker tendensen til samarbeid om generelle og gruppefokusede oppgaver (indeks). Tobit-regresjon</i> .....	119
Tabell 5.9	<i>Faktorer som påvirker tendensen til samarbeid om kliniske og problemfokusede oppgaver (indeks). Tobit-regresjon</i> .....	120

---

## Figuroversikt

Figur 5.1	<i>Representativitet etter USHT-område (kommuner utenom Oslo) .....</i>	102
Figur 5.2	<i>Representativitet etter sentralitet (SSB) (kommuner utenom Oslo) .....</i>	103
Figur 5.3	<i>Kommuners samarbeid med USHT (N=277).....</i>	104
Figur 5.4	<i>Initiativ til samarbeid mellom USHT og kommuner (N=172).....</i>	104
Figur 5.5	<i>Samarbeidsformer: På hvilken måte samarbeider dere med US? (N=163-198).....</i>	106
Figur 5.6	<i>Samarbeidsoppgaver: Om hvilke oppgaver samarbeider dere med US? (N=88-138).....</i>	107

---

# Sammendrag

*Marit K. Helgesen, Dorothy S. Olsen, Evelyn Dyb, Arne Holm,  
Lars Chr. Monkerud og Rannveig Røste*

## **Utvikling og formidling av kunnskap i kommunal helse og omsorg. Evaluering av Utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester**

Samarbeidsrapport NIBR/NIFU 2015

### **Innledning og bakgrunn**

Utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester (USH, UST og USHT) er en fylkesvis struktur av sentre med et overordnet mål om å drive kunnskapsutvikling knyttet til primærhelsetjenestene sykehjem og hjemmetjenester i kommuner. I utgangspunktet ble sentre for sykehjem startet først som et utviklingsarbeid på 1990-tallet. Dernest ble det lyst ut midler, så sent som i 2009, slik at kommuner kunne søke også om å etablere utviklingssentre for hjemmetjenester. Da le det etablert utviklingssentre i alle fylker, i utgangspunktet som separate sentre for sykehjem og hjemmetjenester. Det er per i dag en prosess på gang der de forskjellige sentrene slås sammen til USHT, dette er fullført i fem fylker og et par er på trappene. Det er i dag 38 sentre til sammen. De har to hovedfunksjoner: de skal drive lokalt utviklingsarbeid med utgangspunkt i opplevde kommunale behov og de skal være pådrivere for at statlig politikk iverksettes i kommunene. Sentrene er en del av K2015 som er Regjeringens plan for kompetanseheving i helse og omsorg. K2015 er på sin side en del av Omsorgsplan 2015. Per 2015 finansieres hvert senter med en sum av 950 000 kroner. Midlene skal bukes til å lønne en person, samt til å medfinansiere prosjekter i kommuner i det fylkesvise nedslagsfeltet.

Utviklingssentrene oppgaver er spesifisert i et strategidokument: "Utvikling gjennom kunnskap" fra 2010. Der er det spesifisert et

hovedmål som er: Å være pådrivere for kunnskap og kvalitet i sykehjem og hjemmetjenester i fylket. Og fire delmål:

- Å være pådriver for fag- og tjenesteutvikling innen lokalt og nasjonalt definerte satsningsområder
- Å være pådriver for videreutvikling av praksistilbud til elever, lærlinger og studenter
- Å være pådriver for kompetanseutvikling hos ansatte
- Å tilrettelegge for forskning og utvikling i helse- og omsorgstjenestene

De spesifikke målene innenfor de enkelte områdene utarbeides og gjøres kjent for sentrene i de årlige tildelingsbrevene. Sentrene anbefales å ha et fag- og samarbeidsråd som skal møtes regulært og være en støtte når sentrene skal ta stilling til hvilke aktiviteter de skal gjennomføre.

### **Metode og data**

Metoder er både kvalitative og kvantitative. For det første er data samlet inn ved å gjennomføre intervjuer med alle ledere for et utviklingscenter. Intervjuguide ligger ved som vedlegg 2. I en del sentre er flere medarbeidere intervjuet. Det er også gjennomført intervjuer med kommunale ledere i fem kommuner, samt med utdanningsinstitusjoner og rådgivere hos Fylkesmenn. For det andre er det gjennomført en spørreskjemaundersøkelse til alle kommuner. Ettersom denne er en del av en større undersøkelse som det enda ikke er publisert mange resultater fra, legges kun de spørsmålene som angår USHT ved. Det er vedlegg 1.

### **Teoretisk perspektiv og problemstillinger**

Sentrene analyseres i et nettverksperspektiv der det å sette i gang prosesser lokalt er en viktig målsetting. De analyseres også i et perspektiv på lærende organisasjoner. For å komme litt nærmere spørsmålet om organisasjonskultur kan ha noe å si for i hvilken grad kommuner i nedslagsfeltet faktisk samarbeider med utviklingssentrene har vi sett litt på ulike ledelsesroller.

Problemstillingene for evalueringen er som følger:

- Hvordan ivaretar USHT rollen som pådriver for kunnskap og kvalitet i sykehjem og hjemmetjenester i kommunene i fylket?
- Hvordan bidrar de til å implementere nasjonale føringer?
- Hvilke målgrupper og tjenesteområder i kommunale helse- og omsorgstjenester er det som har fått særlig oppmerksomhet?
- Hvilke metoder har USHT tatt i bruk i sine bidrag til faglig utviklingsarbeid og spredning av dette?
- Hva har vært USHTs bidrag til erfaringsdeling i kommunene/fylkene?
- Hva har vært USHTs bidrag til å tilrettelegge for forskning og faglig utvikling i helse- og omsorgstjenestene?
- Hva har vært USHTs rolle som aktør/knyttet til utdanningsinstitusjoner innen helse- og omsorgstjenestene?

Problemstillingene belyses i tre empirikapitler: Organisering av USHT, Aktiviteter og Kommunenes samarbeid med utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester. Rapporten avsluttes med et diskusjonskapittel.

### **Organisering**

Hovedobservasjonen fra det kvalitative materialet angående sentrenes organisering er at det varierer mye hvordan vertskommuner legger til rette for sentrenes virksomhet. Det er delvis avhengig av om utviklingssentre er forankret i kommunale planer. Det varierer på hvilket nivå i vertskommunens plansystem sentrene er forankret. Det kan se ut til at det er en forskjell mellom kommuner som har ulike typer sentre. USHT kan se ut til å være oftest forankret i økonomiplanen. UHT er stort sett forankret i planer som omhandler helse og omsorg, mens USH oftest ser ut til å være forankret i virksomhetsplaner for det aktuelle sykehjemmet.

Utviklingssentrene er ofte del av et større fagmiljø i vertskommunene. Fagmiljøets størrelse varierer gjerne med kommunestørrelse. Jo større vertskommune, desto større fagmiljø knyttet til utviklingssenteret. Hvis utviklingssenterets leder deltar i

en aktuell ledergruppe kan det se ut til å ha betydning for vertskommunens satsning på fagutvikling. Tilknytningsformen sentrene har i sine vertskommuner er i endring. Mange er allerede flyttet ut av respektive sykehjem eller hjemmetjeneste og lokalisert sentralt i kommunen, oftest knyttet til administrasjon for helse og omsorg. Det er USH som i størst grad fortsatt er en del av tjensteneheter, og de er del av et sykehjem.

De fleste vertskommunene legger til egen finansiering, sentrene søker andre tilskudd fra Helsedirektoratet, de søker tilskudd fra Fylkesmannen, slike tilskudd er øremerket særlige arbeidsområder, og eventuelt fra andre aktuelle aktører som høyskoler og universiteter. Noen søker tilskudd fra frivillige organisasjoner. Dermed er det få sentre som driver sin virksomhet kun med finansieringen fra Helsedirektoratet. Finansieringsformen medfører at det er stort fokus på kilder å søke midler fra og det arbeides mye med innsøking av midler fra andre aktører. Dette kan ha som negativ konsekvens at tidsflaten det er mulig for sentrene å bruke for å holde oppmerksomhet mot et tema blir kort. Temaene skifter ofte og det kan medføre lite kontinuitet i sentrenes arbeid. Spesielt kan dette gå ut over spørsmålet om å iverksette nye arbeidsoppgaver og rutiner i kommunene.

### **Aktiviteter**

Hovedobservasjonen fra det kvalitative materialet angående utviklingssentrene aktiviteter er at de er mange og at de fleste sentrene genererer mye aktivitet. Sentrene gjennomfører aktiviteter som er knyttet både til deres varierte pådriverrolle og til deres rolle som tilrettelegger for forskning. Men aktiviteten varierer, ikke alle arbeider med alt og det prioriteres mellom ulike aktiviteter. Prioriteringer er ikke alltid gjort ut fra hva sentrene selv kunne ønske å arbeide med, men det gjøres ut fra hvilke styringssignaler som kommer fra Helsedirektoratet og Fylkesmannen, ut fra hva vertskommunen har interesse av og i tilknytning til opplevde behov i kommuner i nedslagsfeltet. Vertskommuner får legge viktige betingelser for utviklingssentrene prioriteringer.

Det er en utfordring for sentrene å motivere kommuner til å delta i virksomheten. Det er kun i to fylker at det er etablert en forpliktende kontakt mellom sentrene og kommuner i nedslagsfeltet. Fylkesmannen er en viktig aktør for utviklingssentrene og i spørsmålet om å etablere kontakt med

kommuner. Det samarbeids mye mellomutviklingsentre og Fylkesmannen om å arrangere nettverk. Hovedarbeidsformen ser i dag ut til å konsentrere seg om å arrangere diverse nettverk knyttet til forskjellige tema. De vanligste nettverkene som omtales er læringsnettverk og erfaringsnettverk. Læringsnettverk ble implementert som arbeidsform etter at Pasientsikkerhetsprogrammet ble et satsningsområde for utviklingsentrene. Det ser ut for oss som det direkte arbeidet med utviklingsprosjekter som genereres lokalt, og som har vært en vanlig arbeidsmåte særlig for USH, forlates til fordel for arbeid med nettverk og for deltakelse og medvirkning i forskning som drives først og fremst av Sentre for omsorgsforskning, men også av andre aktører.

Sentrene har en utfordring knyttet til rollen som pådriver, men det er også utfordrende for dem å drive spredningsarbeid. For det første knytter denne utfordringen seg til at sentrene selv, men også samarbeidsparter i kommunene, ofte ikke besitter kunnskap i forskningsmetodikk. Det innebærer at prosjekter som gjennomføres ikke er godt nok dokumentert til at andre kan benytte dem som inspirasjonskilde og faktisk iverksette samme prosjekt. Sentrene har også i mange tilfeller prioritert ned nettsider og å legge ut materiale på den nasjonale nettsiden. I stedet fortelles det at det er etablert facebooksider eller blogger i tilknytning til prosjekter. Disse er avgrenset til deltakere i prosjekter og det kan i visse tilfeller innebære at aktører som ikke deltar i nettverk eller er aktive i prosjekter ikke får noe informasjon om det som foregår. Det ser også ut til at mange sentre har prioritert ned rollen som pådriver for videreutvikling av praksistilbud til elever, lærlinger og studenter.

Samlet sett samarbeider sentrene med mange ulike aktører. Fylkesmannen er den viktigste samarbeidsaktøren, Sentre for omsorgsforskning er viktig for mange, samt KS, høyskoler og universiteter. Det samarbeides også med private aktører, særlig i utprøving av velferdsteknologi. Det er anbefalt at det etableres et fag- og samarbeidsråd der Fylkesmannen og Sentre for omsorgsforskning er viktige aktører. Disse har noe finansiering fra Helsedirektoratet nettopp for å følge opp sentrenes arbeid. Mange sentre opplyser at fag- og samarbeidsrådet er et viktig forum for å diskutere prioriteringer av arbeidsområder. Andre oppgir at det ikke fungerer og at det er en utfordring å finne gode



samarbeidsparter som kan delta i diskusjoner om prioriteringer samt delta i eventuelle prosjekter.

### **Kommunenes samarbeid med utviklingsentre**

Dette kapitlet er en kvantitativ analyse av ett sett spørsmål som er lagt til en survey gjennomført i forbindelse med evalueringen av K2015. Der finner vi at større kommuner i større grad enn andre kommuner er de som nyttiggjør seg et samarbeid med utviklingsentre. Dvs. at små kommuner samarbeider mindre med utviklingsentrene. Kommuner som har lang avstand til sitt utviklingsenter for sykehjem samarbeider mindre enn andre. Utviklingsentre som ligger i en vertskommune av en viss størrelse samarbeider mindre enn andre med kommuner i nedslagsfeltet. Kommuner som er i nedslagsfeltet til et utviklingsenter for sykehjem og hjemmetjenester, altså et USHT, samarbeider mer med senteret enn andre. Det tyder på at det er tydelige positive effekter av at sentrene er samlokalisert. Det kan også se ut til at de kommunene som samarbeider med utviklingsenteret angående en oppgave også samarbeider om flere. utfordringen er dermed å få i stand det første samarbeidet mellom en kommune og utviklingsenteret. Er det først kommet på plass ser det ut til at det samarbeides også i fortsettelsen.

### **Anbefaling**

På bakgrunn av diskusjoner som samler disse aspektene ved utviklingsentrenes arbeid konkluderer vi med at eksisterende struktur for utviklingsentre ikke er optimal. Den er desentralisert, trolig for å understøtte utviklingsarbeid spesielt i små kommuner, og det er disse kommunene sentrene i første omgang ikke når. Vi anbefaler derfor at strukturen reorganiseres og vi foreslår 4 alternativer:

- Å redusere strukturen fra to utviklingsentre til et USHT i hvert fylke som har ansvar tilsvarende det de har i dag
- Et USHT i hvert fylke som arbeider med å formidle kontakt mellom forskningsaktører og kommuner, og som fortsetter å ha dagens pådriverrolle for statlig politikk
- Styrking av Sentre for omsorgsforskning slik at de blir sterkere forskningsaktører. USHT's utviklings- og forskningsressurser legges hit

- Under forutsetning om at det gjennomføres en strukturreform: Etablering av regionale forskningsinstitusjoner for helse og omsorg eid av kommuner og som opererer i tett samarbeid med universiteter og høyskoler

# Summary

*Marit K. Helgesen, Dorothy S. Olsen, Evelyn Dyb, Arne Holm,  
Lars Chr. Monkerud og Rannveig Røste*

## **Development and diffusion of knowledge in municipal health and care services**

Joint Report NIBR/NIFU 2015

### **Introduction and background**

The developmental centres for municipal health and care services are to support the development of knowledge and new practises in municipal care services. They are of three types: Developmental centres for nursing institutions (USH), Developmental centres for home care (UST) and Developmental centres for nursing institutions and home care (USHT). When a specific type of centres is not referred to, they will be labelled US. They are organised according to the structure of counties, there are supposed to be one of each centre in each county, in five counties the centres have merged and USHTs are established. All together there are 38 centres.

The centres started as a project during the 1990-ties in relation to nursing institutions. In 2009 funding were made available to establish the structure as we see it today. Centres are hosted by a municipality and the host have applied to the Directorate of Health for funding to establish the centre. To establish a centre should be a strategic act from the host municipality to work with and support the development of care services in the host municipality as well as in the rest of the municipalities in the county. Host municipalities received nkr 950 000 to run the centres; that is to pay the salary of one person and use the rest to fund local projects carried out in collaboration with actors from the municipal health and care services. The centres are part of the

---

K2015, the Norwegian Government plan on levelling the competence in health and care service.

According to the developed strategy document “Development through Knowledge” from 2010 the centres have one main goal: to be a push factor for knowledge and quality in nursing homes and home care services in the county. Within this main goal four minor goals are specified:

- To be a push factor for the development of knowledge in the services according to centrally and locally defined areas of importance
- To be a push factor for the development of placements for students, pupils and apprentices within the care services
- To be a push factor to develop the competence among health and care workers
- To accommodate research and developmental activities in the municipal health and care services

The detailed goals of their activities are elaborated and made known to centres in yearly documents. The centres are recommended to establish a collaborative council that are to meet on a regular basis. The council is to discuss the priorities of developmental activities for the centres to undertake.

### **Methods and data material**

Methods in this evaluation are both quantitative and qualitative. The qualitative data is gathered by interviewing all US leaders. The interview guide is appendix 2. In some centres more employees are interviewed. In five host municipalities municipal health and care leaders are interviewed. Representatives of educational institutions at more levels are as well interviewed, as are advisers at the County Governor office. The quantitative analyses are carried out according to a couple of questions in a survey sent to Norwegian municipalities in cooperation with the evaluation of K2015. The questions analysed is presented in appendix 1.

### **Theoretical perspective and research questions**

The centres are analysed in a network perspective in which the starting up and running of local processes is important. We have also used a perspective of learning organisations.

The research questions for the evaluation are as follows:

- How does the US carry out their role as push factor for development of quality in municipal nursing homes and home care in all municipalities in the county?
- How do they contribute to implement national goals for the services?
- What target groups and services in the municipal health and care have received particular attention?
- What methods have the US used in their contributions to the developmental work and the diffusion of results?
- What has been the specific contribution to share experiences among municipalities and counties?
- What has been the US contribution to accommodate research and development according to health and care services?
- What has been the US role according to educational institutions?

The research questions are discussed in three empirical chapters: 'The organising of US, Activities and 'The municipalities` collaboration with the US`s. The last chapter discusses and concludes.

### **Organising**

The main observation from the qualitative data material according to the organisation of the centres is that how the host municipalities accommodate the activities of US is highly variegated. This can be ascribed partly to the anchoring of centres in municipal plans. The plan in which the US are anchored varies and probably according to type of centre. USHT is most often anchored in the financial plan, UHT is anchored in a plan on the

---

health and care services and the USH is anchored in the activity plans of the nursing homes that host them.

Most often the US`'s are part of a bigger specialist environment on health and care services in their host municipality. The size of these environments depends on the size and capacity of the host municipality – we find that the bigger the municipality, the bigger is the specialist environment to co-work with the US. If the leader of the US is part of a relevant executive group, this can be of importance for the way the host municipality work with development of the services. The affiliation of the US`'s with their host municipalities is currently changing. Many have already moved out of the service unit in which they first were established – a nursing home or a home care unit – and localised more centrally in the municipality, with the chief administrative executive or with an executive of health and care. USH are not as often as the other forms organised centrally in the municipality.

Most host municipalities take part in the financing of the US they host. Nevertheless, the centres apply for funding by actors like The Directorate of Health, the County Governor, universities and university colleges as well as voluntary organisations. Some take part in applications for research funding in collaboration with research actors. Only a few carry out their activities with the nkr 950 000 only, but this way of financing the centres often rapidly shift their attention towards new focus areas and have implication for the continuity in their work. The time to concentrate on task areas are short and this may impact negatively on the possibility to carry out their role as push factor towards the implementation of new knowledge in cooperating municipalities.

### **Activities**

The main observation from the qualitative data material is that the US carries out many activities. They carry out activities according to their variegated role as a push factor for development in municipalities as well as their responsibility to accommodate research and development. But activities vary. Not all centres work with all task areas and they prioritise. The priorities are not always made from what the centres wants to work with or what they see as necessary, but from what steering signals they receive from the Directorate of Health and the County Governor, from what they learn that the host municipality want them to do and from

challenges they observe in the municipalities. The host municipality is a position to decide the prioritising of task areas.

It is a challenge for the US's to motivate municipalities in the county. Of 19 counties it is only in two that a binding agreement is entered into between the US and all municipalities. The County Governor is an important collaborative actor for the US's also when it comes to establish contact with municipalities. There is an intensive collaboration between the two when it comes to arranging the diverse networks which is the US's main method of work. The most common networks are "learning networks" and "networks to share experiences". The learning networks became a main method after the USs was mandated to work with the nationally developed and established "Patient Security Campaign". We find that the locally generated project work that has been a central part of activities especially for the USH, is left to the benefit of arranging networks and collaboration in research activities. These research activities are carried out first and foremost by the regionally localised Centres for research on care, but as well other actors are involved.

The centres are challenged in their role as a push factor, and it is as well a challenge to carry out the work according to the diffusion of knowledge and results. Firstly; the US employees have little knowledge on research methodologies. Accordingly reports etc. are not written in such a way that projects can be replicated and thus be a source of inspiration for others. The centres have prioritised not to have internet pages for their written material and the nationally organised internet page have not received very many reports and other results to post. US leaders explain that instead they establish facebook groups or blogs according to actual projects. These do not have the wide audience that internet pages may have. Municipalities and other actors who are not a part of a project or a network therefore may not receive any information on the undertakings of the centres. We as well find that centres do not prioritise to accommodate for students and apprentices in a great scale.

Seen together the US's collaborate with many diverse actors. The County Governor is the most important, The Centres for research on care is important to many, as well as the municipal organisation KS, universities and university colleges. In their work with welfare

technologies centres often collaborate with private enterprises. The established council do not always function as it is supposed to and the discussion of how to prioritise task areas are not carried out.

### **The municipalities' collaboration with the US's**

This chapter is a quantitative analysis of a set of questions carried out according to the evaluation of the K2015. We find that bigger municipalities cooperate with a US more often than smaller. Those municipalities who experience a huge travelling distance to the nearest US collaborates less than others. US's that have a host municipality of a certain size collaborate less with other municipalities than US's located in smaller municipalities. Municipalities who is in the catchment area of an USHT collaborates more with their US than those in the catchment area of other types of centres. This means that there are obvious positive effects of merged centres. We find that many of the 428 Norwegian municipalities do not collaborate with an US. But we also find that municipalities who collaborate with an US about one task or project often collaborate about more tasks. The challenge is to find the task that will start the collaboration and we observe that municipalities who feel a certain need according to their experienced living conditions collaborate more often than others.

### **Recommendation**

On the back ground of discussions that see these aspects of the US' work in concert we conclude that the existing structure of US's is not the best. It is decentralised, most probably to support developmental work in small municipalities and these are the ones that do not collaborate. We recommend that the structure is reorganised and we suggest 4 alternatives:

- To reduce the structure from two centres in each county to one and leave them with the same responsibility as they have today
- One US in each county working to link municipalities and research institutions and that are a push factor to implement national policy goals locally
- To strengthen the regionally located Centres for research on care and place the US' recourses on development and research with these institutions



- Under the assumption that a structural reform of municipalities takes place: to establish regional research institutions owned by municipalities and that function in close collaboration with research actors as universities and university colleges

---

# 1 Innledning og bakgrunn

## 1.1 Innledning

Utviklingsentre for sykehjem og hjemmetjenester, USH/UHT/USHT er en fylkesvis struktur av sentre med et overordnet mål om å drive kunnskapsutvikling knyttet til primærhelseenhetene sykehjem og hjemmetjenester i kommuner. De skal bidra til å utvikle kunnskap, til utvikling i fag og tjenester, koordinering av praksisplasser for elever, lærlinger og studenter, for kompetanseutvikling hos ansatte i disse tjenestene og de skal legge til rette for forskning og utvikling. Utgangspunktet for etablering av USHT har altså vært et stort behov for å utvikle og implementere ny kunnskap i den kommunale omsorgssektoren (Prop.1 S (2014-2015)).

NOU 2011:11 pekte på at en strategi for kunnskapsutvikling i omsorgstjenestene må ha som mål og styrke arenaer for samhandling mellom produsenter og brukere av kunnskap. Det ble videre pekt på at akademiske forskningsagendaer bør bli mer relevante for tjenesteproduksjonen, samtidig som erfaringer fra praksisfeltet bidrar til utforming av forskningsspørsmål (NOU 2011:11:130). For å støtte denne strukturen av utviklingsentre er det etablert fem Sentre for omsorgsforskning som er lokalisert på landsdelsnivå og knyttet til enten universitet eller høyskoler.

Utviklingssentrenes (USHT) viktigste oppgave er å være pådriver for kunnskapsutvikling i kommunal helse- og omsorg. Videre er målsettingen med sentrene er todelt: De skal bidra til at det foregår utvikling gjennom kunnskap og den nasjonale satsningen skal understøtte gode lokale initiativ til kvalitetsforbedring. Samtidig er sentrene et virkemiddel for implementering av nasjonale føringer (Helsedirektoratet, 2010). Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, HelseOmsorg 21-

strategien og Omsorg 2020 peker alle på at USHT inngår i infrastrukturen for fagutvikling og forskning knyttet til helse og omsorg i kommuner og at de skal videreutvikles for å møte framtidens behov for forskning, innovasjon og utvikling i sektoren. Så langt har USHT vært en nasjonal satsning og de skal bidra til gode helse- og omsorgstjenester i kommunene. De har en egen overordnet strategi «Utvikling gjennom kunnskap. Utviklingsentre for sykehjem og hjemmetjenester – en nasjonal satsning»

To viktige sider ved satsningen på USHT er for det første at det skal foregå utvikling også av forpliktende samarbeid på tvers av utdanningsinstitusjoner, Fylkesmannen, utvalgte kommuner og stat. Derneft at det skal foregå erfarings- og kunnskapsdeling på tvers av kommunegrensene (Helsedirektoratet, 2010). Erfarings- og kunnskapsdeling fordrer stor grad av samarbeid mellom aktørene som er aktuelle for å delta.

Evalueringen retter derfor oppmerksomheten mot flere typer aktører for å undersøke hvordan sentrene arbeider for å nå sine målsettinger og hvilken effekt den samlede satsningen på utviklingsentre har hatt for fagutvikling i kommunene. Vi kartlegger aktører og prosjekter i utviklingsarbeidet, hvordan det samarbeides og hva som er effekten av arbeidet, spesielt for kommunene. Vi undersøker videre hvordan sentrene ivaretar sine pådriver- og tilretteleggerroller og vi har et spesielt fokus på samarbeidet med de kommunene som ikke er vertskommuner. Vi har delt inn det store prosjektet i fire tverrgående delprosjekter: Organisering og aktiviteter, Aktører og samarbeid, Resultater og Effektivitet.

På denne bakgrunn er våre hovedproblemstillinger:

- Å evaluere og lage en oversikt over hvordan de ulike utviklingsentrene gjennomfører sitt oppdrag mht. organisering og aktiviteter, samarbeidende aktører, resultater av arbeidet og effekt for kommuner evt. andre aktører av utviklingsentrenes arbeid
- Å evaluere og lage en oversikt over hvordan de organiserer sitt arbeid i tilknytning til kommuner, vertskommuner og andre, samt med andre aktører som er sentrale i utviklingsentrenes arbeid

Disse presenteres mer i detalj i kapittel tre.

## 1.2 USHTs rolle

Utviklingsentre for Sykehjem og Hjemmetjenester (USHT) er en videreføring av Undervisningssykehjemsprosjektet (USP) som ble satt i gang av det daværende Sosialdepartementet i 1996/97. I Omsorgsplan 2015, som ble beskrevet i St.meld. 25 (2005-2006) : Mestring, muligheter og mening, pekes det på at undervisningssykehjemmene skal videreføres og utvikles. Undervisningssykehjemmene ble en del av Kompetanseløftet 2015 (K2015) som er regjeringens kompetanse- og rekrutteringsplan for helse- og omsorgstjenestene, og som har som siktemål å øke andelen ansatte i pleie- og omsorgssektoren som har relevant utdanning (St.meld. nr. 25 (2005-2006) :16-17).

I dette kapittelet vil vi beskrive noe av bakgrunnen for og utviklingen av konseptet om USHT og hvordan det er utviklet som en del av Omsorgsplan 2015 og dennes underliggende planer. Deretter presenteres Helsedirektoratets strateginotat fra 2010 ”Utvikling gjennom kunnskap” som ligger til grunn for det arbeidet utviklingsentrene gjennomfører per i dag og som er programmet denne evalueringen er knyttet til (Weiss 1998). For å kunne si noe om det romlige aspektet knyttet til USHT og kommunene, som sentrene skal serve, vil vi avslutningsvis knytte noen kommentarer til det kommunale landskapet.

## 1.3 Nasjonale planer for å øke andelen med relevant utdanning i pleie og omsorg

Det er utfordringer knyttet til den demografiske utviklingen og det forventes en sterk vekst i antall eldre etter 2020 og dermed en endring i behovet for helse- og omsorgstjenester. Daværende regjeringen Stoltenberg så det derfor som ”spesielt viktig å utnytte perioden fram mot 2020 til å forberede en gradvis utbygging av tjenestetilbudet knyttet til utdanning og rekruttering av helse- og sosialpersonell” (St.meld. nr. 25 (2005-2006) :5). Den første planen for å øke kompetansen i pleie- og omsorgstjenestene var ”Rett person på rett plass” som varte fra 1998 til 2001, og som omfattet hele helse- og sosialsektoren. K2015 retter seg i stor grad mot helse- og omsorg i kommunal sektor. Utviklingsentrene er en del av K2015 som igjen er en del av Omsorgsplan 2015.

### 1.3.1 Omsorgsplan 2015

Omsorgsplan 2015 ble satt i verk i 2007. Den omfatter blant annet K2015, Demensplan, utvikling av en nasjonal standard for legetjenester i sykehjem, omsorg ved livets slutt og lindrende behandling, aktiv omsorg og større tverrfaglig bredde i omsorgstjenesten, samt en rekke andre enkelttiltak som utgjør sentrale bakgrunnsfaktorer for etableringen og utviklingen av Utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester.

Omsorgsplan 2015 vektla at behovene for omsorgstjenester ville endre seg i framtiden. Først og fremst ville andelen yngre brukere øke og det ble pekt på at yngre brukere ofte mottok omsorgstjenester i kombinasjon med andre tjenester. Samtidig pekte den på at det kan utvikles sosial ulikhet mellom grupper av eldre der en mindre gruppe sosialt, økonomisk eller helsemessig ville henge etter majoriteten. Disse ville på sin side i større grad være friskere enn tidligere, de ville ha bedre helse, bedre økonomi og høyere utdanningsnivå, og dermed ville de også bli mer kravstore og forvente å bestemme mer over eget liv. Sammen med den endrede demografien der det ville bli en større andel eldre, har dette vært den viktigste begrunnelsen for å iverksette Omsorgsplan 2015.

### 1.3.2 K2015

K2015 er regjeringens kompetanse- og rekrutteringsplan for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Den er en del av Omsorgsplan og er rettet direkte mot å øke antallet ansatte i kommunene med utdanning og relevant utdanning. Dette ble sett som en av de viktigste strategiene for å sikre kvaliteten på det kommunale tjenestetilbudet. Gode fagmiljøer ble ansett som å medvirke til å gjøre det enklere å rekruttere personell, samt å redusere fraværet. K2015 hadde derfor som målsetting å medvirke til å heve utdanningsnivået, styrke veiledningen, samt å gi rom for større faglig bredde ved å legge til rette for flere faggrupper (St.meld. nr. 25 (2005-2006)). Målene for K2015 var derfor å:

- Øke bemanningen i omsorgssektoren ut fra nivået i 2004 med 10 000 nye årsverk med relevant fagutdanning innen utgangen av 2009
- Heve det formelle utdanningsnivået i omsorgstjenestene, gjennom blant annet å legge til rette for at andelen personell med høgskoleutdanning i omsorgstjenesten økes
- Sikre bruttotilgang på helsefagarbeidere på om lag 4500 per år gjennom rekrutterings- og kvalifiseringstiltak
- Skape større faglig bredde med flere faggrupper og økt vekt på tverrfaglighet
- Styrke veiledning, internopplæring og videreutdanning

Målsettingene skulle nås gjennom på den ene siden å iverksette en rekke enkelttiltak – tiltak som blant annet desentraliserte høgskoleutdanninger, rekrutteringskampanjer og bedring av arbeidsmiljø. På den andre siden ble det iverksatt tiltak som stilte økonomiske ressurser til disposisjon og disse ble fordelt til kommuner via fylkesmannen (Tjerbo mfl. 2012).

Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester, de tidligere undervisningssykehjemmene, er i dag en del av K2015.

### 1.3.3 Fra undervisningssykehjem til utviklingssentre

Undervisningssykehjemmene ble altså videreført knyttet til Omsorgsplan 2015. Undervisningssykehjemmene var et prosjekt som startet i 1996/97 knyttet til Nasjonalt Geriatriprogram, og det var opprinnelig et mindre utviklingsprosjekt knyttet til ett eller to sykehjem i Oslo, Institutt for sykepleievitenskap (ISV) ved Universitetet i Oslo og Høgskolen for Diakoni og Sykepleie (Hagen mfl. 2002:28). Et av resultatene fra aktiviteten i geriatriprogrammet var at ISV, ved professor Marit Kirkevold, ble sentral i å utvikle en nasjonal plan for undervisningssykehjem årene 1997/98. Undervisningssykehjem ble iverksatt som et prosjekt i 1999 og det overordnede målet var å bidra til økt kvalitet i eldreomsorgen. Det skulle gjennomføres ved å:

- Heve og sikre kvalitet og kompetanse relater til gamle

- Løfte deler av geriatrisk omsorgsarbeid opp på et høyt faglig nivå
- Etablere et akademisk miljø på sykehjem for å stimulere fagutvikling og forskning
- Utvikle gode praksismiljøer for helsefaglige og medisinske studenter i grunn- og videreutdanning

(Hagen mfl. 2002:39)

Undervisningssykehjemmene skulle utvikle og tilby ulike former for praksisnær grunn- og videreutdanning, og være et ressurscenter for regionen der det var etablert, samtidig som det skulle være nærhet til universiteter, høyskoler og universitetssykehus. Hagen mfl. (2002) peker på at kunnskapsbegrepet det ble arbeidet med var vidt fordi det var et ønske om å: «... ta i bruk forskning og akademisk kunnskap, og å synliggjøre og systematisere den praksisnære kunnskapen som er utviklet gjennom arbeid i eldreomsorgen» (Hagen mfl. 2002:40). Det innebar at det skulle anerkjennes og bygges videre på den kunnskapen som helsepersonellet allerede hadde, samtidig som forskningsbasert kunnskap skulle tas i bruk på en systematisk og kritisk måte, og at en for å gjøre det hadde bruk for personell med høy kompetanse (ibid). Oppsummeringsvis i rapporten pekes det på at det har vært et «beboernært og praksisnært perspektiv i forskningen» som i stor grad var basert i sykepleievitenskapen (Hagen mfl. 2002:119).

De første enhetene knyttet til Undervisningssykehjemsprosjektet ble lagt til Oslo, men etter ganske kort tid også til andre universitetsbyer. I løpet av prosjektperioden ble det etablert undervisningssykehjem også i andre fylker slik at det ved prosjektperiodens utløp i 2003 var 11 undervisningssykehjem lokalisert regionalt slik at alle landsdeler var dekket. I 2003 var dette omtalt som 5 lokale prosjekter med 5 aktive spredningsprosjekter. Prosjektet ble etter hvert knyttet til samarbeidsavtalene som ble laget med KS Kommunesektorens organisasjon, der oppgaver for både regjering og KS spesifiseres (Pettersen 2003: 76 og 68-69).

UPS var altså et prosjekt og det ble evaluert i 2003. Evalueringen var i stor grad positiv til arbeidet som ble gjennomført av Undervisningssykehjemmene, formuleringen som brukes knyttet til omtalen av generell måloppnåelse er «rimelig grad av

måloppnåelse» (Pettersen 2003:73). Det ble blant annet pekt på at de hadde bidratt til å sikre målet om kvalitet og kompetanse relatert til sykehjemstjenestene. Dette ble knyttet både til kompetansehevingsprogrammene, arbeidet med studentpraksis og fagutviklingen. Det var knyttet større usikkerhet til om prosjektet hadde bidratt til å heve det faglige nivået på det geriatriske omsorgsarbeidet og til å etablere akademiske miljøer på sykehjemmene. Det var kun utført et begrenset antall hovedoppgaver og få doktorgradsarbeider knyttet til kommunale sykehjem. Det ble vurdert slik at utviklingen av gode praksismiljøer var det mest vellykkede. Knyttet til så godt som alle målene, det inkluderer delmål, pekes det på at spredningsarbeidet, dvs. kommunikasjonen av resultater og arbeidsmetoder mot andre sykehjem, var kommet kort (Pettersen 2003:70-71).

Evalueringen anbefalte at undervisningssykehjemmene ble videreført for å gjennomføre systematisk kvalitetsfremmende arbeid i sykehjemsektoren (Pettersen 2003: 70). I 2005 pekes det på at det på det tidspunktet var seks sykehjem som fikk tilskudd som undervisningssykehjem over statsbudsjettet og det ble pekt på at regjeringen ville støtte og videreutvikle arbeidet ut fra et ønske om at de skulle spille en aktiv rolle i praksisnær forskning (St.meld. nr. 25 (2005-2006) :76-77). I 2008 var antallet undervisningssykehjem økt til 19, ett i hvert fylke. Det var organisert med 6 hovedundervisningssykehjem og satellitter under disse. Hovedundervisningssykehjemmene var lokalisert i Oslo, Bergen, Trondheim, Tromsø, Songdalen og Karasjok.

I 2009 gis det mulighet for kommuner å søke om å få være vertskommune for undervisningshjemmetjenester. Knyttet til Omsorgsplan 2015 ble det etablert undervisningshjemmetjenester i alle fylker og de ble etablert samtidig. Fra 2010 endret navet seg til Utviklingssentre for sykehjem (USH) og Utviklingssentre for hjemmetjenester (UHT), til sammen 38 sentre, et av hver type i hvert fylke. Det ble samtidig utviklet en strategi for sentrene «Utvikling gjennom kunnskap» som ligger til grunn for sentrenes virksomhet. I dag er det 35 sentre, av disse er seks Utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester (USHT). De er lokalisert i Rogaland, Fonna (inkluderer kommuner både i Rogaland og Hordaland), Hordaland, Sogn og Fjordane, Vestfold og Aust Agder. I Troms, Telemark og Oslo er det felles vertskommune for sentrene, men de er etablert som to sentre. Finnmark har tre og det



inkluderer ett som har ansvar rettet spesielt mot den samiske befolkningen.

Det er altså etablert utviklingsentre i alle landets fylker. Målsettingen til sentrene er å være pådrivere for kunnskap og kvalitet i omsorgstjenestene. Dette skal de gjennomføre ved å fokusere på forskning, fagutvikling og kompetanseheving, samt være pådrivere for videreutvikling av praksistilbudet til elever, lærlinger og studenter. Dette går det nærmere inn på i neste avsnitt. USH/UST og USHT skal være modeller for andre hjemmetjenester og sykehjem i fylket, og bidra til spredning av kunnskap og faglige ferdigheter. Kommuner med utviklingsentre inngår i et felles nettverk, og er knyttet opp til de regionale Sentrene for omsorgsforskning som får midler over statsbudsjettet for å følge opp utviklingsentrene i sin region (Prop. 1 S (2014-2015)).

## 1.4 Utvikling gjennom kunnskap

Evalueringen vi gjennomfører er en programevaluering, dvs. at vi tar utgangspunkt i målsettingene for Utviklingsentrene og ser om de er nådd (Weiss 1998). Det er laget et strategidokument «Utvikling gjennom kunnskap. Utviklingsentre for sykehjem og hjemmetjenester – en nasjonal satsning. Overordnet strategi 2011-2015» som vi derfor legger til grunn for evalueringen (Helsedirektoratet 2010). I følge strategidokumentet er hovedbegrunnelsen for å etablere utviklingsentre tredelt:

- Pasientene ligger kortere på sykehus enn før og kommunene har fått nye og utvidede oppgaver som resultat av en styrt oppgaveoverføring fra staten
- Sentrene skal bidra til gode pleie- og omsorgstjenester i kommunene og understøtte lokale initiativ til kvalitetsforbedring
- Sentrene skal være et virkemiddel for å implementere nasjonale føringer

Sentrene er organisert ved at kommuner med sykehjem og hjemmetjenester som har vilje og kapasitet til å ta på seg dette

ekstra ansvaret, har søkt statlige midler til etablering. Det er i all hovedsak etablert ett senter av hver type i hvert fylke, dvs. de er etablert regionalt. Det har vært ytt en fast sum hvert senter per år, i 2015 er denne på kr. 950 000. Hvis det er etablert et felles utviklingssenter, et USHT, er summen doblet. Sentrene skal drive utviklingsarbeid i egen kommune, de skal bidra til at det gjennomføres utviklingsarbeid i kommuner i nedslagsfeltet og at det etableres forpliktende samarbeid på tvers mellom aktører som utdanningsinstitusjoner, fylkesmannen, kommuner og stat. Dette vil også kunne involvere fylkeskommunen i den grad det samarbeides med videregående skoler om helsefagarbeiderutdanning og praksisplasser.

Det er den administrative ledelsen i hver kommune som er ansvarlig for utviklingssentrene. Det ble stilt krav til utviklingssentrene. Disse var:

Klar forankring i relevant kommunalt organ

- Samarbeidsavtaler med aktuelle helseforetak, utdanning- og forskningsinstitusjoner
- Kvalitetssystem som oppfyller kravene stilt i helselovgivningen
- Kompetanse og kapasitet til å veilede elever, studenter og lærlinger
- Godkjent praksissted for elever og studenter for ulike fagområder

Hvordan sentrene har vært organisert har vært opp til den enkelte kommune å bestemme. De kan være lokalisert til en tjenesteenhet, i en fagutviklingsenhet eller en forsknings- og utviklingsavdeling. Strategien peker videre på at utviklingsarbeid bør involvere bredt blant aktuelle tjenester og at utviklingsarbeid bør integreres i daglig virksomhet. Det er ledelsen ved tjenesteenhetene som er ansvarlige for at det foregår en overgang fra prosjekt til implementering og drift i egen organisasjon.

Hovedmålet for senterne er å være pådrivere for kunnskap og kvalitet i sykehjem og hjemmetjenester i fylket. De har fire delmål:

- Å være pådriver for fag- og tjenesteutvikling innen lokalt og nasjonalt definerte satsningsområder
- Å være pådriver for videreutvikling av praksistilbud til elever, lærlinger og studenter
- Å være pådriver for kompetanseutvikling hos ansatte
- Å tilrettelegge for forskning og utvikling i helse- og omsorgstjenestene

Sentrene har hatt som oppgave å være pådriver for at visjonen ble gjort kjent. Visjonen har vært «utvikling gjennom kunnskap» og er et ideal for dagens og framtidens pleie- og omsorgstjenester om at de skal være i kontinuerlig forbedring og utvikling, at de ansatte skal reflektere over praksis og omdanner konkrete praktiske erfaringer til kunnskap (Helsedirektoratet 2010:11). De skal altså være nære til praksisfeltet, hente fram kunnskapen som eksisterer i praksisfeltet og gjøre den overførbar til andre. Det pekes på at dette kan være ulike former for kunnskap: den kan utgå fra brukererfaringer og annen erfaringsbasert kunnskap, være systematisk og forskningsbasert, teoretisk kunnskap og kunnskap om etikk og verdier (ibid).

I pådriverrollen skal de videre være pådrivere for fag- og tjenesteutvikling i sitt fylke. De skal gå foran og få noe til å skje, motiverer andre og får dem med seg. Målsettingen på dette området er utdypet til at: «I 2015 har kommunene tilgang på kunnskap fra utviklingsprosjekter i pleie- og omsorgstjenesten innen lokale og nasjonale satsningsområder» (Helsedirektoratet 2010:12). I denne rollen er sentrene oppfordret til å etablere interkommunale samarbeid og fagnettverk med kommuner i eget fylke, det er ønsket at de tar initiativ til samarbeidsavtaler om felles fag-, kompetanse- og tjenesteutviklingstiltak og at de stimulerer til erfaringsdeling internt i kommuner og mellom kommuner. De bør også arbeide for at alle kommuner i fylket inkluderes, og samarbeide med Fylkesmannen om fagnettverk. De skal utvikle eller videreutvikle modeller, prosesser og systemer som skal forbedre tjenestene. Modeller defineres som beskrivelser og framstillinger av innholdet i og organiseringen av tjenester inkludert lokale retningslinjer, prosedyrer, sjekklister og annet (ibid). Sentrene skal ta initiativ til prosjekter innenfor nasjonale og

lokale satsningsområder, sikre kunnskapsnivået i prosjekter, dokumentere, samt formidle og spre prosjekter, erfaringer, resultater og modeller.

I pådriverrollen inngår også videreutvikling av praksistilbudet til elever, lærlinger og studenter og målsettingen er spesifisert til: «I 2015 har kommunene tilgang på modeller for praksistilbud i sykehjem og hjemmetjenester». Innenfor denne delen av pådriverrollen er de detaljerte målsettingene spesifisert til å prøve ut og dokumentere modeller for tverrprofesjonelle praksistilbud. Videre skal de arbeide for at sykehjem og hjemmetjenester kan bli praksissted for medisinstudenter, leger i spesialisering, turnusleger og turnusfysioterapeuter, at de kan være lærebedrifter i helsefagarbeiderutdanningen og utvikle samarbeid med andre typer utdanninger. Ernæring, idrettsfag, pedagogikk, kokkefag og musikk nevnes spesielt.

Det tredje området sentrene har en pådriverrolle på er knyttet til kompetanseutvikling hos ansatte i kommunale helse- og omsorgstjenester. I den spesifiserte målsettingen heter det: «I 2015 har kommunene tilgang på modeller for kompetanseutvikling hos ulike grupper av ansatte i sykehjem og hjemmetjenester». Dette innebærer at de skal arbeide med kartlegging av kompetansebehov og rekruttering av personell med nødvendig kompetanse og å sørge for tilstrekkelig opplæring og etterutdanning (Helsedirektoratet 2010:13). I denne rollen oppfordres sentrene blant annet til å prøve ut og dokumentere kompetanseutviklingstiltak som kurs og tverrfaglig gruppeveiledning, samt utvikle tverrprofesjonelle modeller for kompetanseutvikling. Områder der dette kan gjennomføres, spesifiseres til demensomsorg, lindrende behandling, rehabilitering og rusomsorg blant annet. Slike skal dokumenteres.

Ved siden av å innta pådriverrollen skal de legge til rette for forskning og utvikling i sitt nedslagsfelt. Målsettingen ble konkretisert til: «I 2015 har utviklingssentrene tilrettelagt og bidratt til forskning og utvikling innen helse- og omsorgstjenestene». Det påpekes at forskningsvirksomheten er lav i forhold til feltets behov og at Helsedirektoratet vil stimulere ulike forskningsprosjekter i sektoren knyttet til både å utvikle klinisk kunnskap, samt kvalitets- og tjenesteutviklingsprosjekter. Sentrene oppfordres til å samarbeide med ulike forskningsmiljøer og stimulere til samarbeid

på tvers av institusjoner og fagområder. Videre oppfordres de til å arbeide for at det blir tilrettelagt materielt for forskning i kommunen, samt arbeide for at det gjennomføres master-, doktorgrads- og andre forskningsprosjekter. Til sist oppfordres de til å bidra til at resultater gjøres kjent, og være pådriver for implementering av forskning som en naturlig del av praksis (ibid).

Sentrene oppfordres altså til å arbeide med et veldig bredt spekter av arbeidsoppgaver. Det er verdt å legge merke til at ordlyden er «oppfordres til», det innebærer at ikke alle sentre skal arbeide med alle arbeidsoppgaver. Det innebærer videre at de nasjonale målsettingene må omsettes til regional og lokal praksis.

Uansett hva de forskjellige sentrene vektlegger er samarbeid og nettverksbygging et meget sentralt element i arbeidsformen. De skal ha kontakt med en rekke ulike aktører horisontalt og vertikalt. Dette spesifiseres i anbefalingene som gis til hvilke aktører som bør være representert i fag- og samarbeidsrådet som sentrene bør etablere. Disse er:

- Leder for sykehjemmet eller hjemmetjenesten der senteret er lokalisert
- FoU-ansvarlig i enheten
- Representanter for kommuneadministrasjonen
- Fylkesmannen
- Senter for omsorgsforskning
- Høyskole/universitet
- Fagskole/videregående skole
- Arbeidstakerorganisasjoner
- Helseforetak
- Fastleger, sykehjemslege eller kommunelege

Det påpekes også at regionale og nasjonale kompetansesentra er aktuelle aktører det kan samarbeides med, og det forutsettes videre at det utvikles bindende samarbeidsavtaler der forpliktelser og rettigheter beskrives (Helsedirektoratet 2010: 21-24). Det forutsettes også at det er samarbeid mellom sentrene i hvert fylke og i tillegg har Helsedirektoratet gjort følgende nettverk og møtearenaer tilgjengelige for utviklingssentrene:

- Årlig nasjonalt seminar for alle utviklingssentrene arrangert av Helsedirektoratet
- Årlig regional samling arrangert av Sentre for omsorgsforskning
- Regionalt nettverk for utviklingssentre koordinert av utviklingssentrene selv
- Digitale læringsarenaer og nettportaler

(Helsedirektoratet 2010:20)

## 1.5 Det kommunale landskapet

Utviklingssentrene er altså aktører i strukturen for å utvikle og skape kunnskap om kommunale helse- og omsorgstjenester. De har særlig fått en rolle som pådrivere knyttet til dette overfor kommunal helse- og omsorgstjeneste. Det blir dermed relevant å gå noe nærmere inn på det kommunale landskapet de er en del av og som de skal ha en pådriverrolle overfor.

På lik linje med andre skandinaviske velferdsstater er den norske velferdsstaten desentralisert. Norge har 428 kommuner som har ansvar for å produsere og yte alle brukerrettede tjenester innbyggerne skal ha tilgang til, med unntak av spesialisthelsetjeneste. Dette gir dem en todelt rolle. På den ene siden er de statens forlengede arm og i den rollen iverksetter de statlig politikk. På den andre er de selvstendige demokratiske organer som skal prioritere egne inntekter i tråd med innbyggernes preferanser (Baldersheim og Ståhlberg 2002). Preferansene framkommer i all hovedsak via valg, men også via andre deltakelseskanaler, som for eksempel medvirkning knyttet til tjenester. Ved siden av at de er demokratiske organer og tjenesteytere er norske kommuner ansvarlige for å utvikle lokalsamfunnsunnet og de er myndighetsorganer (Vabo mfl. 2014).

Det kommunale landskapet er meget variert mht. antall innbyggere i kommuner, deres frie inntekter og demografiske utfordringer.

De siste tiårene har det vært en betydelig folketilvekst i Norge. Veksten er størst i de store kommunene, samtidig som det har vært en betydelig nedgang i folketallet i de små kommunene med under 4000 innbyggere. Samtidig lever en stadig større andel av

befolkningen i eller i nærheten av større bysentra: 44,3 prosent bor i storbyregioner, mens like under 11 prosent bor i småsenterregioner eller spredtbygde områder. Det antas at denne forskjellen i hvor folk bor vil bli tydeligere i løpet av de kommende tiårene (Vabo mfl. 2014:29).

Kommunale inntekter er tilpasset kommunestørrelsen på en slik måte at det skal skape så stor likhet mellom kommuner og mellom innbyggere i og mellom kommuner som mulig. Det består i all hovedsak av rammeoverføringer fra staten. Disse er basert i skatt som staten krever inn (35 prosent) og omfordelte midler (45 prosent). Resten består av brukerbetaling, men også av prosjektmidler som kommer som overføringer fra staten. Rammeoverføringene er basert i et system som er et tilpasset «per capita-system». Dvs. det er utformet slik at det tar hensyn til behovsstruktur og dermed til faktorer som vil påvirke etterspørselen etter tjenester. Det er forskjellige modeller for ulike tjenesteområder og helse- og omsorg vil dermed ha sin egen modell. Hver av faktorene er gitt en vekt som er basert i netto utgiftsandel for hele landet. Det betyr at inntektens avhengighet av antallet innbyggere er noe redusert, men fortsatt er det et viktig element. Kommunale inntekter ligger altså tett på det som antas å være de kommunale behovene for tjenester. Dette kan medføre to handlingsmåter i kommunene knyttet til vårt tema: den første er at kommunene har et inntektsnivå som ligger tett opp til utgiftene og at de ikke selv mener det er et økonomisk slingringsmonn til å delta i utviklings- og forbedringsarbeid. Den andre er at de deltar i utviklings- og forbedringsarbeid uansett – og muligens fordi de selv ser at dette vil de tjene på i det lange løp.

### 1.5.1 Oppsummering

Fordi kommunal inntekt er sterkt knyttet til antatt kommunal behovsstruktur kan den romlige eller territorielle dimensjonen være viktig for kommuner når de fatter sine beslutninger knyttet til USHT. Enten de søker om å få være vertskommune for et USHT eller det skal fattes beslutning om å delta i noen av de aktiviteter som USHT setter i verk i sitt nedslagsfelt.

---

## 2 Teori og metode

### 2.1 Innledning

I dette kapitlet redegjør vi for vårt teoretiske og metodiske inntak for evalueringen. Evalueringen er knyttet opp mot at USHT er et pedagogisk styringsvirkemiddel både i relasjonen mellom staten og kommunene, men også i relasjonen mellom de enkelte USHT og kommuner. Vi vil koble et slikt perspektiv med et læringsperspektiv, for å analysere de samarbeidende konstellasjonene som etableres. Spesielt vil vi fokusere på etablering av samarbeidsrelasjoner som skal ha læring som formål.

Det overordnede metodiske designet for denne evalueringen er i tråd med programevalueringer (Weiss, 1998). I slike evalueringer tas det utgangspunkt i et program, som kan være en politikk som skal iverksettes, og problemstillinger og forskningsspørsmål i evalueringen tar utgangspunkt i dette programmet. I denne evalueringen vil programmet være Helsedirektoratets strateginotat fra 2010 "Utvikling gjennom kunnskap", men også andre programmer som Kompetanseløftet, Omsorgsplan og Demensplan former problemstillinger og spørsmål som er stilt. De metodiske inntakene for å belyse problemstillingene er dokumentstudium, intervjuer og en survey. De redegjøres for nedenfor.

### 2.2 Styring og virkemiddelbruk

Utviklingssentrene er et nettverksbasert styringsvirkemiddel og er basert i en anerkjennelse av at både staten og kommunene har kunnskap som er viktig. Det anerkjennes også at beslutninger bør baseres i kunnskapsbaserte dialoger og forhandling (Hanssen mfl. 2014). I det kunnskapsbaserte paradigmet som råder knyttet til hele- og omsorgspolitikken skal sentrene forholde seg til kunnskap



på to måter: De skal være pådrivere for at allerede utviklet kunnskap kan implementeres lokalt, i et mer eller mindre top-down basert perspektiv. Men de skal også være pådrivere for at det utvikles og spres kunnskap som er lokalt basert og som hentes fram som erfaringer gjort i et variert sett av kommuner. Dvs. at det bottom-up baserte perspektivet på kunnskap også har en sentral plass i den statlige politikken som føres overfor kommunene på helse- og omsorgsfeltet.

Et nettverksbasert perspektiv på relasjonen mellom stat og kommuner omtales ofte som et «samstyringsperspektiv» (Røiseland og Vabo 2008). Det kan ses som et eksempel på at styringslogikker ligger lagvis utenpå hverandre der samstyring legges oppå den tradisjonelle styringen som foregår ved lov og reguleringer. Knyttet til helse og omsorg i kommuner er dette i all hovedsak Lov om Helse- og omsorgstjenester i kommunene, samt rammeoverføringer til kommuner som, organisert som et tilpasset per capita-system, er spesielt innrettet mot å skape likhet mellom kommuner og legge til rette for at kommuner kan produsere og levere tjenester som er like uavhengig av bosted, samt har den nødvendige kvalitet. Tradisjonelle styringsmekanismer fokuserer dermed innhold. New Public Management (NPM) inspirerte styringstiltak fokuserer i større grad resultat, de baseres i kontrakter og de er strategiske. De kan dermed medføre standardisering, krav til dokumentasjon og resultatmålinger (Sørensen og Torfing 2011). Samstyring innebærer på sin side at det er økt gjensidig avhengighet mellom styringsnivåene og at det er et fokus på lokale prosesser. Å sette i gang prosesser lokalt er en målsetting og det bygger på en forståelse av at både staten og kommunene besitter viktig kunnskap og at ikke minst den kommunale kunnskapen kan utvikles og hentes fram i lyset via nettverksbaserte prosesser (Hanssen mfl 2014). Det medfører at dialog og idéutvikling, samt iverksetting av prosjekter for å fremme gjensidig læring, blir viktige styringsmekanismer. Disse gjennomføres samtidig med at det ytes økonomiske stimuleringsmidler og annen form for understøttende virksomhet.

Samstyringsprosesser peker på at kommuner er både selvstyrte og selvstyrende enheter som oversetter styringssignaler til sin lokale situasjon (Baldersheim og Ståhlberg 2002; Gjelstrup og Sørensen 2005) og etablering av sentre krever at kommunene involverer seg i utvikling av kunnskap. Samstyringsvirkemidlene er ofte

pedagogiske virkemidler. Det er en fellesbetegnelse på ulike tiltak staten tar i bruk som ikke er av formell karakter (KRD 2012). Ved siden av å tilføre kunnskap om gitte oppgaver kommunene har ansvaret for, bidrar pedagogiske virkemidler til styring ved å argumentere for gitte løsninger samt overtale kommunale beslutningstakere om at spesifikke løsninger bør iverksettes, gi informasjon og argumentere for igangsetting av prosesser på kommunalt nivå (Helgesen og Hanssen 2014, Vedung 1998).

Samtidig er ikke disse samstyringsprosessene begrenset til å overtale kommunene til å iverksette spesifikke løsninger som bygger på kunnskap som oppfattes som god eller riktig ved at utviklingssentrene gjennomfører sin pådriverrolle. De skal gå noe lenger ved å stimulere til at det også skal foregår utvikling av kunnskap lokalt. Denne utviklingen av kunnskap blir en form for innovasjon som skal gjennomføres for å utvikle kvaliteten på tjenestene – det skal foregå en produkt- og serviceinnovasjon, så vel som en prosessinnovasjon (Sørensen og Torfing 2011:30). Det innebærer at kvaliteten på tjenestene skal bedres ved å endre tjenestenes form og innhold, samtidig som tjenestene skal kunne ytes på nye måter. Det skal skapes gode betingelser for samarbeid på tvers, det skal tilrettelegges for at aktører med forskjellige erfaringer, ideer og kompetanser møtes, og derigjennom til at de kan utvikle nye ideer og praksiser.

Nettverksbaserte innovasjonsprosesser kan deles i ulike faser: idéutvikling, idéutvelging, implementering og spredning. Ideer utvikles når ulike ideer og erfaringer ses i sammenheng. Utvelgelsen av ideer tjener på at flere aktører vurderer potensielle gevinster og risikoer. Samarbeid i denne fasen kan også styrke implementeringsprosessen fordi det medvirker til å bygge ned motstand. Implementering nødvendiggjør eierskap og villighet til å mobilisere ressurser. Å kunne delta i prosessen med å velge ut ideer bidrar til slik villighet, det kan også bidra til tillit og engasjement. Spredning av innovative tiltak foregår i nettverk som er sosiale og faglige. Eksempler er etterutdanninger, konferanser, ledernettsverk og nettverk av profesjonelle (Sørensen og Torfing 2011:31-32).

Som Sørensen og Torfing (2011) videre påpeker, skal ledere mobilisere sine medarbeidere og medarbeidere skal involvere brukere og relevante andre virksomheter og frivillige

organisasjoner for å trekke veksler også på deres ideer og ressurser. Ledelse av innovativ virksomhet baserer seg både på insitammenter, strategier og fasilitering. De to siste ses som særlig viktige for å formulere, implementere og spre kunnskap og tiltak (Kolind og Sørensen 2011). Disse kan ses som ytterpunkter på et kontinuum som rommer fire ledelsesroller. Veiviseren er nærmest den strategiske tenkingen og har sine tanker om hvordan innovasjonen kan drives framover. Deretter kommer innpiskeren, som ikke selv ser innovasjon som viktig, men som likevel forstår at fornyelse må foregå, og kulturskaperen, som medvirker til at det etablerer seg en oppfatning om at det forventes at en må involvere seg i innovasjon. Nærmest fasilitatorrollen plasserer formidleren seg, en rolle som er opptatt av å fremme kommunikasjon mellom aktører og skape forståelse. Ledelse av samarbeidsdrevet innovasjon bedrives best som en kombinasjon av disse fire (Kolind og Sørensen 2011:245-6). Etttersom alle disse rollene sjelden er å finne i en og samme person, og det heller ikke er en målsetting, kan ulike ledere spille sammen i team eller at det etableres andre former for arbeidsdeling mellom ledere avhengig av nivå og faser. I utviklingsentrene er det profesjonelle av ulike typer som skal samarbeide for å få fram forsknings- og utviklingsprosjekter, implementere og spre dem. Spesielt for ledelse av profesjonelle er det viktig med kulturskaper og formidlere, mens beslutninger om å iverksette et bestemt tiltak eller utviklingsprosjekt kan være best tjent med veivisere som ser det store bildet og som har en målsetting og en idé om hvor man vil.

Profesjonelle i utviklingsentre og hos samarbeidende aktører, spesielt kommuner, har dannet sin identitet og kultur gjennom utdanning og faglig virksomhet som gir dem kompetanse og ferdigheter på sine områder (Freidson 2001). De har utviklet strategier som handler om å ha monopol på gitte arbeidsoppgaver og faglig selvstyre på egne arbeidsområder (Abbott 1988). Slike strategier baserer seg gjerne på kollegialitet og tillit innenfor profesjonelle grupper med samme utdanning. Innovasjon og utvikling vil derfor skje gjennom videreutdanning og i fagprofesjonelle nettverk som går på tvers av organisasjoner og arbeidsområder. Profesjonene vil utvikle identitet gjennom kurs, workshops, faglige tidsskrifter, nyhetsbrev og konferanser, og innovasjon og utvikling oppstår som en kombinasjon av forskning og praksis innenfor fagfeltet.

Ettersom utviklingssentrene og deres virksomhet ligger tett opp til denne forståelsen av innovasjon kan vi anta at det ikke vil by på særlig store problemer å føre profesjonelle grupper hos ulike aktører sammen slik at innovative utviklingsprosjekter kan settes i gang. Det er derfor viktig å undersøke om både utviklingssentrene, tjenesteenhetene de er lokalisert til, deres vertskommuner og samarbeidende kommuner er lærende organisasjoner. Vi retter størstedelen av oppmerksomheten mot utviklingssentrene.

## 2.3 Læring

Måten man praktiserer helse og omsorg i Norge er påvirket av endringer i nasjonale og internasjonale standarder, lovverk og den hurtige teknologiske utviklingen. Det formidles informasjon om slike endringer og det å ta dem i bruk kan kreve tilpasning av praksis, eventuelt utvikling av ny praksis. I mange tilfeller vil endring kreve utvikling av ny kunnskap, eventuelt spredning av kunnskap til relevante personer. Organisasjoner som må tilpasse seg endringer og utvikle seg kontinuerlig blir nødt til å utvikle effektive prosesser for å tilegne seg denne kunnskapen og for å utvikle både ny kunnskap og ny praksis. Visjonen Helsedirektoratet har for USHT er "Utvikling gjennom kunnskap" (Helsedirektoratet, 2010:11) tar på mange måter hensyn til dette. Visjonen peker tydelig på at læring er et sentralt element i USHTs arbeid og at det er et sentralt element på flere nivåer i helse- og omsorgsarbeidet. Læring vil foregå på ulike typer arenaer og en sentral måte å skape og sørge for at kunnskap tilflyter kommunene er å etablere arenaer spesielt innrettet på samarbeid, for eksempel samarbeidende læringsnettverk. Slike nettverk knytter sammen aktører horisontalt og vertikalt (Sørensen og Torfing, 2005). Fokus på tverrsektorielt og flerfaglig samarbeid er også et viktig element for å ha evne til å være innovativ, det er fordelen ved samarbeid som Huxham og Vangen (2005) viser til. Samhandlingsreformen vil medføre at kommunene får nye oppgaver innen helse og omsorg og at de opplever et økende behov for at det bør foregå innovasjon og utvikling av tjenester.

Nye oppgaver kan skape en ny kommunerolle. Dette stiller krav til vertikal samhandling mellom nivåene i helsetjenesten, men det stiller også krav til koordinering horisontalt mellom forskjellige enheter i kommunehelsetjenesten, samt mellom kommuner, og

mellom kommuner og USHT. Koordinering er altså en utfordring, samtidig som koordinering er utgangspunktet for at læring kan foregå fordi det fordrer samarbeid. Dette gjelder særlig der kunnskapsutvikling og læring oppfattes å være avhengig av tverrsektorielle og flerfaglige prosesser (Huxham og Vangen 2005). Hvilke prosjekter som kan settes i verk er delvis styrt fra statlig hold gjennom nasjonale føringer, samt at det skal være styrt av behovene for kunnskap som erfares i kommuner, i de enkelte tjenester og hos profesjonelle medarbeidere i kommunene.

## 2.4 Metodiske inntak

Datatilfanget for dette prosjektet kommer fra ulike kilder:

- Dokumentstudier
- Spørreskjemaundersøkelse til kommuner
- Telefonintervjuer med alle regionale koordinatorene for utviklingssentre og noen medarbeidere ved de største USHT
- Intervjuer med ledere i et utvalg kommuner
- Intervjuer med rådgivere hos fylkesmenn, med representanter for fylkeskommunale utdanningsavdelinger, utdanningsinstitusjoner, Sentre for omsorgsforskning, kompetansesentre og med Allmenntilrettelste sentre hvis dette er relevant for det arbeidet USHT gjennomfører.

Til sammen vil data fra disse kildene gi oss et godt grunnlag til å kunne si noe om hvordan USHT har arbeidet, hva som har bidratt til positive resultater og hva som kan gjøres annerledes og bedre. Vi forventer at de ansatte i sentrene har lært fra erfaringene så langt og evalueringen vil vise til denne læringen både generelt for alle USHT slik at bredden av USHTs bidrag og utfordringer belyses, men også gå i dybden i USHT som inngår i casestudien.

### 2.4.1 Dokumentstudium

Dokumenter er sentrale kilder i denne evalueringen. Vi har studert dokumentasjon fra USHT-prosjekter, tilgjengelig informasjon på nettsider og sluttrapporter fra prosjekter som er gjennomført. Vi

har samlet inn bakgrunnsdokumenter som årsmeldinger og virksomhetsbeskrivelser og vi analyserer hva sentrene seir om hvordan de oppnår sine mål. Vi har også sett nærere på måten de er organisert på, hvem de samarbeider med og hvem de har kontakt med.

Vi har brukt sentrenes nettsider og tilgjengelig data for å finne noen resultater de har produsert. Dette gjelder antall forskningsprosjekter, produksjon av dokumentasjon i form av håndbøker, veiledninger osv. Vi har sett på hvilke kurs som har blitt utviklet og avholdt, og hva som er tilbudt via fagbiblioteket osv.

## 2.4.2 Intervjuer

Intervjuet er en datainnsamlingsmetode for som egner seg i situasjoner der man er interessert å få synspunkter fra flere grupper av respondenter og inkludere deres meninger og erfaringer. Metoden egner seg godt til å avdekke komplekse interaksjoner og skape forståelse for kontekstuelle faktorer som kan påvirke vellykkede handlinger. Beskrivelsene av problemstillinger som intervjuer danner grunnlaget for er, tolkninger av hendelser og situasjoner som oppstår i dialogen mellom intervjuer og intervjuperson (Kvale 1996). Dette er både et alternativ til, men kan også være komplementære til, strukturerte spørreundersøkelser (Cresswell 2009.). Metoden gir intervjupersoner anledning til å snakke åpent om en arbeidssituasjon og personlige erfaringer. Intervjuer egner seg derfor godt i dette prosjektet. Alle intervjuer vil bli tatt opp digital og transkribert.

Intervjuer gjennomføres i casestudiene, samt med flere grupper av informanter som ikke inngår i casestudien. Blant annet er intervjuene med ledere og enkelte medarbeidere ved de USHT som ikke inngår i casestudien gjennomført dels som personlige intervjuer og dels som telefonintervjuer. Det samme gjelder for rådgivere hos fylkesmenn og medarbeidere ved fylkeskommunens utdanningsavdeling, samt med representanter for Sentre for omsorgsforskning evt. med representanter for de Allmennmedisinske sentrene og andre kompetansesentre. For USHT har vi intervjuet representanter for alle, det samme gjelder for rådgivere hos fylkesmenn, samt Sentre for omsorgsforskning.

Angående representanter for fylkeskommunens utdanningsavdelinger har vi intervjuet i de fylkeskommunene som samarbeider med kommuner som er valgt for gjennomføring av casestudier. Vi har også gjennomført intervjuer med ansvarlige for omsorgsutdanninger ved fakulteter og institutter ved utdanningsinstitusjoner, samt med enkeltpersoner som har vært under utdanning og som USHT gir opplysninger om.

### 2.4.3 Casestudier knyttet til utviklingsentre

Vi ønsker å gå i dybden i omgivelsene knyttet til noen utviklingsentre. Dette gjør vi for å samle informasjon om meninger og erfaringer fra personer og institusjoner som arbeider i og har hatt kontakt med USHT. Et case gir mulighet til å forklare forhold knyttet til beslutninger, hendelser osv. i institusjoner og systemer på en mer helhetlig måte<sup>1</sup>. Stake (1995:237) nevner to typer casestudier; med vekt på å vise det undersøkte objektets egenverdi og instrumentelle studier. I denne evalueringen bruker vi den siste varianten, dvs. det er ikke casene i seg selv vi er mest opptatt av, men hvordan vi, ved å belyse disse casene, kan øke vår forståelse av hovedproblemstillingen. Casene gir innsikt i *hvordan* noen kommuner og andre aktører arbeider og samarbeider med USHT, både vertskommuner og andre. Vi er spesielt interessert i å studere hvordan USHT kommuniserer med kommuner, utvikling av fag og tjenester og hva de ser på som sine hovedutfordringer.

Casestudien gir oss muligheter til å se på *hvordan* andre opplever USHT og deres arbeid. Vi har gjennomført casestudier knyttet til seks USHT. Da har vi valgt tre og gjort intervjuer i deres vertskommuner, samt tre der vi har tilnærmet oss kommuner som ikke er vertskommuner. Casene er valgt ut fra resultatene fra spørreundersøkelsen som ble gjennomført i 2013. Casene er ikke representative verken for USHT eller for kommuner, men kommunene er valgt for å oppnå noe regional spredning. De

---

<sup>1</sup> Thomas (2011) definerer case study som : "Case studies are analyses of persons, events, decisions, periods, projects, policies, institutions, or other systems that are studied holistically by one or more methods. The case that is the *subject* of the inquiry will be an instance of a class of phenomena that provides an analytical frame — an *object* — within which the study is conducted and which the case illuminates and explicates."

illustrerer likevel bredden i sentrenes arbeid og generelle utfordringer de står overfor, samt eventuelle lokale løsninger.

#### 2.4.4 Spørreskjemaundersøkelse til kommuner

I K2015 gjennomfører vi spørreskjemaundersøkelse til alle norske kommuner om deres bruk av og tilfredshet med tiltakene i K2015. Den første ble gjennomført i 2013 og det var inkludert noen spørsmål om kommunenes samarbeid med USHT, den andre er gjennomført i løpet av våren 2015. Spørsmål knyttet til USHT som ble inkludert i 2013 er om kommunene samarbeider med et utviklingscenter, hva de samarbeider om formulert som konkrete aktiviteter, og et åpent spørsmål om type av forsknings- og utviklingsaktiviteter samarbeidet kan dreie seg om. I 2015 var det inkludert noen flere spørsmål som angår samarbeid med USHT der vi kan fange opp faktorer som tilrettelegger, samt som fungerer som barrierer og utfordringer for at kommuner kan delta i utviklingsprosjekter med USHT. Løsningen med å bygge videre på de spørsmålene som allerede er inkludert i surveyen har den fordelen at vi nå har data om samarbeidet mellom kommuner og USHT over tid.

### 2.5 Problemstillinger for evalueringen

På bakgrunn av dette blir problemstillingene vi skal gå nærmere inn på i evalueringen som følger:

- Hvordan ivaretar USHT rollen som pådriver for kunnskap og kvalitet i sykehjem og hjemmetjenester i kommunene i fylket?
- Hvordan bidrar de til å implementere nasjonale føringer?
- Hvilke målgrupper og tjenesteområder i kommunale helse- og omsorgstjenester er det som har fått særlig oppmerksomhet?
- Hvilke metoder har USHT tatt i bruk i sine bidrag til faglig utviklingsarbeid og spredning av dette?
- Hva har vært USHTs bidrag til erfaringsdeling i kommunene/fylkene?
- Hva har vært USHTs bidrag til å tilrettelegge for forskning og faglig utvikling i helse- og omsorgstjenestene?



- Hva har vært USHTs rolle som aktør/knyttet til utdanningsinstitusjoner innen helse- og omsorgstjenestene?

Problemstillingene belyses i fire empirikapitler. I kapittel 3 går vi nærmere inn på organisering av USHT som framstår som betingelse for hvordan de kan gjennomføre sine oppgaver. Konkret går vi inn på forankringen de har i vertskommunene, hvordan de arbeider med finansiering av aktiviteter de gjennomfører og hvordan de samarbeider med vertskommunen. I tillegg ser vi nærmere på hvordan fag- og samarbeidsrådet oppfattes å fungere. I kapittel fire ser vi nærmere på hvordan USHT arbeider med sin pådriverrolle. Vi går inn på hvilke aktører USHT samarbeider med og hvordan samarbeidet gjennomføres. I kapittel fem presenterer vi noen resultater fra spørreskjemaundersøkelsen som er sendt til kommuner. I kapittel seks går vi noe inn på kommunenes nytte av USHT og spør om de er effektive i implementeringen av kunnskap. Kapittel syv oppsummerer og diskuterer.

---

## 3 Organisering av USHT

### 3.1 Innledning

I dette kapitlet setter vi søkelyset på hvordan utviklingssentrene er organisert, en viktig bestanddel av læringskonteksten til både utviklingssentrene og kommunene i nedslagsfeltet. I kapittel 1 ble det vist til at det var noen anbefalinger og noen krav til som ble stilt til utviklingssentrenes organisering. Blant disse var at de skal ha en klar forankring i relevant kommunalt organ.

Vertskommunen velger utover dette selv hvordan de vil organisere utviklingssenteret og ved administrativ ledelse er de ansvarlige for dem. De ansetter blant annet prosjektleder og de har ansvar for personaloppfølgingen. Vertskommunen er også en av organisasjonene som bør delta i fag- og samarbeidsrådet, og den skal bidra til spredning og deling av resultater i kommunen og tilrettelegge for systematisk samarbeid med øvrige kommuner i fylket (Helsedirektoratet 2010:22). Det innebærer at utviklingssentrene skal være godt forankret i vertskommunene og at vertskommunene bør ha et bevisst forhold til hvorfor de faktisk har gått gjennom prosessen med å søke for å kunne etablere et slikt senter. I dette kapitlet ser vi nærmere på et par kriterier for forankring i vertskommunen:

- forankring i kommunalt planverk
- samarbeid mellom sentre og vertskommunen,
- økonomi og finansiering
- endringer i utviklingssentrenes tilknytning til vertskommunen

## 3.2 Hovedobservasjoner i kapittelet

- Nesten alle utviklingssentre er forankret i kommunale planer, men det varierer på hvilket nivå. Det ser ut til at USH er den senterformen som i størst grad kun er forankret i virksomhetsplanen til sykehjemmet der det er lokalisert. UHT ser i større grad ut til å være forankret i planer for hele den kommunale helse- og omsorgssektoren, ikke kun i en enkelt virksomhetsplan. Samtidig kan det se ut til at kommuner som har etablert USHT er de som i størst grad har forankret sitt senter i økonomiplanen. Det er variasjoner innenfor gruppene.
- Mange utviklingssentre, særlig USHT, men også blant de andre sentrene, ser vi at de ofte er en del av et større fagmiljø i vertskommunen og er ofte samlokalisert med en FoU- avdeling eller med fagutviklingssykepleiere, evt. at det holdes kontakt med fagutviklingssykepleiere knyttet til enheter innenfor helse og omsorg. Det kan se ut til at medlemskap for USHTs leder i en ledergruppe har sammenheng med hvordan det satses på fagutvikling i vertskommunen.
- Langt de fleste vertskommunene legger til ekstra finansiering til utviklingssentrene. Så godt som alle utviklingssentre søker inn eksterne midler fra aktører som fylkesmannen, regionale forskingsråd og andre regionale aktører som universitet og høyskoler.
- Tilknytningsform til vertskommunen er under endring og utviklingssentre flyttes fra tjenesteenheter til mer sentrale lokaliseringer, ofte knyttet til administrasjonen for helse og omsorg. Dette skaper diskusjoner knyttet til «nærhet til praksis» som av noen senterledere oppfattes som svært viktig.
- Vertskommunenes tilrettelegging for utviklingssentrenes virksomhet varierer. Dette påvirker deres mulighet til å være lærende organisasjoner og mulighet til å være pådrivere mot kommuner i fylket.

### 3.3 Forankring i kommunalt planverk

Strategien «Utvikling gjennom kunnskap» peker på at utviklingssentrene skal forankres i kommunen, og at det skal være en «klar forankring i relevant kommunalt organ» (Helsedirektoratet 2010:19). Dette sier ikke noe om hvilket nivå i kommuneorganisasjonen senteret forankres i, heller ikke på hvilken måte det forankres. Evalueringen har en antakelse om at jo bedre utviklingssentrene er forankret i kommunene, jo enklere vil det være for dem å gjøre jobben sin, både knyttet til vertskommunen og til andre kommuner i nedslagsfeltet.

Det er kommunen som søker til Helsedirektoratet om å få tilskudd til å etablere et senter, og dermed er det fattet en beslutning om dette, men det er også uklart på hvilket nivå i kommuneorganisasjonen denne beslutningen blir fattet. Det er mulig at den fattes i en relevant tjenesteenhet, i en sektororganisasjon eller knyttet til rådmannen. Det er mulig at sentrene forankres i planverk på alle de tre nevnte nivåene og vi har inkludert spørsmål i vår intervjuguide for å finne ut av det.

Langt de fleste oppgir at USHT er forankret i kommunalt planverk. I 13 sentre oppgis det at de er forankret i vertskommunens økonomiplan. Sentre som er forankret her er også gjerne forankret i andre planer, så som en plan for hele virksomheten i helse og omsorg, som oppgis av 18 senterledere, eller virksomhetsplan for den tjenesteenheten de konkret er organisert sammen med. Dette oppgis av 9 ledere. For tre sentre er det veldig uklart om de er forankret i en plan. Ettersom mange sentre er forankret i flere planer summerer dette til 53 og ikke til 35. I noen kommuner er opprettelsen av senteret en politisk satsing knyttet til en etablert helse- og omsorgsplan. Denne har gjerne et langsiktig perspektiv. For eksempel fram til 2020, 2025 eller 2030. I flere kommuner pekes det på at virksomheten er behandlet politisk selv om USHT presenteres for politikerne som et prosjekt. Det presenteres også for grupper av politikere i ulike sammenhenger og politikere ser positivt på senteret etter hvert som resultatene blir kjent. I en kommune sa senterlederen det slik:

Politisk er vi forankret, mange av innsatsområdene er det orientert om i politiske utvalg. De får rapporter og planer, vi er med i strategiske planer

I en kommune peker intervjupersonen på at utviklingssenterets arbeidsområder har vært inkludert i de ulike planene kommunene har hatt for helse- og omsorgssektoren sin – både Eldreplanen og Helse og omsorgsplanen, og i virksomhetsplaner for egen etat. Det ble også pekt på at inkludering i plan kunne være utfordrende fordi kommunen strevde med å samordne sine planer. Det ble i den sammenheng pekt på at det var usikkert om det var en fordel at senteret var forankret i plan.

Delvis vil fag- og samarbeidsrådet kunne fungere som en forankring, vertskommunen skal være en del av det. Rådet har imidlertid vist seg å ikke fungere like godt for alle sentre over tid.

### 3.3.1 Samarbeid med vertskommuner

De fleste har et godt forhold til vertskommunen. Det påpekes av Mange at det har vært en ledelsesdrevet prosess for å søke om å bli senter, noe som i seg selv medvirker til at sentrene er godt forankret. I noen sentre henvises det også til at prosessen med å søke for å få senteret til sin kommune var forankret i flere enheter, ikke bare i helse og omsorg. Samtidig framstår senterets ledelse ofte som ildsjeler og det uttrykkes ofte en oppfatning om at de har fått til mye med små midler.

I noen kommuner er det helt tydelig lite forståelse internt i kommunen for hvilken rolle utviklingssenteret skal ha. Dette kan ikke nødvendigvis knyttes til manglende kultur for utvikling, læring og endring i vertskommunen. I to store kommuner kom utviklingssenteret helt klart i en konkurransesituasjon overfor vertskommunenes egen FoU-avdeling innenfor helse og omsorg. I den ene ble det uttrykt fra kommunens helse- og omsorgsledelse at prosjektene utviklingssenteret søkte inn kom i veien for egne FoU-prosjekter på området. Dette var også en oppfatning i andre kommuner, som var store nok til at de hadde egen FoU-avdeling på feltet, ett senter hadde gjort en erfaring som fikk lederen til å uttrykke at ansvaret vertskommuner tar på seg bør tydeliggjøres fra Helsedirektoratets side, slik at det unngås «prosesser» i kommunene i ettertid.

Samtidig opplevde andre sentre i andre kommuner å få tilført ressurser fordi kommunene la sine FoU-avdelinger eller lignende inn mot utviklingssenteret. På denne måten fasiliterer de et samarbeid som oppfattes som godt av ledere for utviklingssentre

som er intervjuet. Det ble i noen tilfeller opplyst i kommuner med flere enheter innenfor helse og omsorg, som det ble ansett naturlig at deltok i senterets arbeid, at hver enhet hadde en fagutviklingssykepleier som var ansvarlig for å holde kontakten med utviklingssenteret. Hvis andre ressurser inn mot helse og omsorg, som kreftkoordinator, demenskoordinator eller fysio- og ergoterapitjenester er samlokalisert, er det et godt potensial for utvikling av sterke fagmiljøer. Det høyeste antallet stillinger som vi fikk kjennskap til at var lagt til et utviklingssenter er 10. Ett annet hadde nesten 7. Se også neste avsnitt.

USH er oftest organisert til en tjenesteenhet i vertskommunen. Det kan for eksempel være organisert som en egen avdeling i en seksjon, avdeling eller etat som kalles sykehjem. Den administrative forankringen er i ett tilfelle at leder for senteret sitter i ledergruppa for seksjonen og rapporterer til seksjonsleder. Over seksjonsleder er helse- og omsorgssjefen, som er en del av rådmannens ledergruppe. I andre kommuner, og også knyttet til UHT og USHT, organiseres dette ved at lederen for utviklingssentret kan møte i helse og sosialsjefs ledergruppe, evt. faglig ledergruppe med andre benevnelser. Dette kan være pleie og omsorg, helse og omsorg, evt. bare helse. Det er mange som oppgir at de deltar på faste møter, ofte ukentlig med kommunalsjef. Et eksempel er at USH` leder sitter i kommunaldirektørens fag- og kompetansegruppe. Ledere for utviklingssentre kan også møte i rådmannens ledergruppe. De som oppgir at de er medlemmer av en ledergruppe inn mot sentralt nivå i kommunen, ser ut til å arbeide i kommuner som selv er aktive angående fagutvikling.

I noen kommuner er det etablert arbeidsutvalg eller styringsgrupper for utviklingssenteret. Slike grupper er da senterets kommunikasjon med kommunal ledelse. Styringsgrupper kan fungere som kvalitetsutvalg ved å holde et øye med den daglige virksomheten. Noen har også etablert det som kalles styringsråd. Styringsgrupper ser ut til å ha med deltakere fra vertskommunen, mens styringsrådet ser ut til å gå mye bredere ut og for eksempel er høyskoler og universitet nevnt som deltakere i styringsråd. I ett tilfelle kan det se ut til at arbeidsutvalg er etablert for å bote på en svak forankring både knyttet til det å ha en arena for kommunikasjon med vertskommunen og at kommunen i liten grad bidro finansielt. I et annet tilfelle skyldes etablering av

styringsgruppe at det er en reell tverrfaglig innretning for utviklingssenteret og gruppen var etablert for at ledere i involverte tjenester skulle samsnakkes om senterets drift. Andre ledere for utviklingssentre opplyser om at det er etablert styringsgrupper knyttet til prosjekter. Dette gjøres dels for å forplikte deltakere til å arbeide for prosjektets gjennomføring. Se også neste kapittel.

Mange utviklingssentre opplyser at de blir bedt om å gjennomføre prosjekter for vertskommunen. Dette ses på som helt naturlig og som et springbrett til å gjennomføre prosjekter også overfor andre kommuner i nedslagsfeltet. Det som blir vellykket i vertskommunen kan spres til andre kommuner på et senere tidspunkt. På denne måten, blir vertskommunen pilot for ny praksis. Den andre siden av denne medaljen er at svært mange sentre var lite opptatt av pådriverrollen de skulle ha overfor andre kommuner i nedslagsfeltet. Se neste kapittel om dette.

Det var flere utviklingssentrene som rapporterte samarbeidsproblemer etter at sentrene ble etablert. Dette dreide seg om samarbeid med de enhetene i kommunal helse og omsorg som ikke selv ble arena for senteret. De fleste rapporterte at den situasjonen hadde blitt bedre over tid. Det var fortsatt noen som rapporterte samarbeidsproblemer av forskjellige typer, dette dreide seg gjerne om samarbeid med kommuneadministrasjonen. Dette stemmer med tilbakemeldinger fra Sentre for omsorgsforskning, som rapporterte at noen vertskommuner har lite forståelse for at Utviklingssentrene har ansvar for utvikling i helse- og omsorgstjenesten i hele fylket. Fordi kommunene er presset på mange områder, ikke minst økonomisk, ser de ikke poenget i at de skal fristille personell til å arbeide opp mot andre kommuner.

### 3.4 Økonomi og finansiering

Knyttet til dette aspektet ved sentrenes virksomhet ser det ut til at det er store forskjeller. Det er 6 vertskommuner som har færre enn 11 000 innbyggere og to har om lag det. Det betyr at de fleste kommunene som har et utviklingssenter er det som i norsk sammenheng må sies å være store kommuner. Av de seks er det et kommunesamarbeid på tre kommuner som er vertskommune. Det ser ikke ut til i materialet at det er små kommuner som legger færrest ressurser inntil et utviklingssenter. Det er både små og store kommuner blant dem som har en stillingsressurs på under

100 prosent knyttet til senteret. Der er det meste av aktiviteten finansiert over tilskuddet fra Helsedirektoratet fordi det hverken er kapasitet eller kompetanse til å søke midler fra andre aktører.

Det kan likevel se ut til at det er bedre vilkår for å drive FoU-arbeid i større enn i mindre kommuner. Større kommuner ser ut til å ha en sterk egeninteresse i slikt arbeid og etablerer egne FoU-avdelinger eller fagutviklingsavdelinger som sentrene knyttes opp mot. Det skaper større fagmiljøer og virksomheten blir ikke så avhengig av ekstern finansiering. Det kan også se ut til at det er større muligheter for at store kommuner har en ansettelsespolitikk knyttet til utviklingssentrene, der medarbeidere får fast ansettelse selv om utviklingssenteret er organisert som prosjekt og har usikker finansiering. Det er likevel ikke noe entydig bilde av at sentre som er lokalisert til større kommuner arbeider bedre med sine oppgaver enn andre.

Alle vertskommuner skal holde sentrene med lokaler og merkantilt, det er stilt som et krav for å søke om utviklingssenter. Utover det varierer det økonomiske handlingsrommet mye mellom utviklingssentrene. Tilskuddene sentrene får fra vertskommunen varierer fra kr 2,47 millioner via 1,5 millioner som de to høyeste summene vi har fått oppgitt, til ingenting. For fire sentre er det ingen informasjon om dette. Sentre i 12 fylker opplyser at kommunen legger til så mye finansiering at sentrene har mer enn to hele stillinger knyttet til seg. For sentrene som har best ekstern finansiering fra vertskommuner er antallet stillinger høyere enn dette. I to fylker er den eksterne finansieringen fra vertskommunen på et slikt nivå at det er nærmere to hele stillinger knyttet til senteret, og i to fylker er det senter i hver som kommer i denne kategorien. Fire sentre har under en hel stilling knyttet til seg. Mange kommuner opplyser i tillegg at de bruker av kommunale midler til prosjektstillinger som lever i perioder. Da har de ikke en fast sum som bevilges hvert år, men det brukes av driftsmidler til helse og omsorg for å frikjøpe prosjektledere. Langt de fleste vertskommunene legger altså til egne midler til de midlene som kommer fra Helsedirektoratet.

I noen sentre ble det likevel pekt på at det ikke var knyttet en hel stilling til utviklingssenteret og at det kun var Helsedirektoratets finansiering på kr 950 000 som ble brukt. Det ble heller ikke søkt inn andre eksterne midler. I slike sentre blir virksomheten sterkt



avgrenset av et utfordrende økonomisk handlingsrom, også fordi det økonomiske handlingsrommet kan påvirke muligheten til å ha høy faglig kompetanse i utviklingssenteret. Begge deler påvirker i sterk grad kapasiteten til å søke inn eksterne midler. I et senter ble det pekt på at senteret er organisert som en del av en fagutviklingsavdeling i kommunen og at kommunen dekker kostnader til lokaler. Likevel arbeider senterleder bare 50 prosent for senteret og har en 50 prosent stilling i kommunen. Senterlederen mente dette skapte en alt for begrenset situasjon og sa opp jobben sin pga. det som ble oppfattet som manglende prioritering av senterets arbeid. Et annet senter hadde også 50 prosent stilling som leder og den resterende 50 prosent stillingen hadde vedkommende i sykehjemmet som utviklingssenteret var lokalisert til. Her var det hele organisert så løselig at vedkommende i perioder arbeidet kun for utviklingssenteret, mens det i andre perioder ble arbeidet kun for sykehjemmet. De resterende midlene ble her brukt til såkalte «frie midler» til kommuner.

I en større kommune vil slike faktorer fortone seg annerledes, og for eksempel er det flere ansatte og gode betingelser for å rekruttere prosjektledere til innsøkte eksterne midler. I en stor kommune ble det uttrykt slik:

Vi henter inn kompetanse. Det tjener hjemmetjenesten på i det lange løp. Vi rekrutterer derfra til store prosjekter med 100 % stillinger. Da lyser vi ut stillingene. Men vi rekrutterer ikke bare fra hjemmetjenesten vi har et bredt spekter av ansatte her. 6,8 årsverk 11 ansatte, 6 av dem er sykepleiere. 1 fysioterapeut, en ergoterapeut, en farmasøyt og en infokonsulent. En vernepleier.

Når det var søkt inn eksterne midler ble det altså hentet inn prosjektledere fra tjenesten. Dette var en strategi benyttet av de fleste sentrene, og nok tenkt som en del av pådriverrollen. Det vanligste var at prosjektlederstillinger var små, 20 prosent var det vanligste. Noen rapporterte også om så små stillinger som ned i ti prosent og noen hadde 40 og 50 prosent stillinger. Inntrykket er også at stillingsprosenten kunne variere etter størrelsen på prosjektmidlene som ble søkt inn. I en annen stor kommune ble stillinger og prosjektstillinger omtalt på følgende måte og det pekes også på at det har vært endringer:

Det er meg i 100 prosent, Alert har prosjektleder i 40 prosent, Ferdig rehabilitert i 100 prosent, Etikk 50 prosent. Vårt mål var at ansatte i tjenestene skulle få mulighet til å være prosjektledere for lokale prosjekter. Det er mange gode fagfolk her som har lyst til å ta en utfordring. I starten, de to første årene gikk det bra. Så ble det strammere økonomiske rammer og det tok slutt. Vi har ikke en stor organisasjon vi merker det godt når rammene blir strammere. Vi trenger og at andre kommer inn og er prosjektledere, de gikk ut og inn her.

Det pekes på at å hente inn prosjektledere fra den kommunale helse- og omsorgsvirksomheten til å arbeide i utviklingssentret er en måte å styrke kompetansen i tjenestene, men det er en strategi som i all hovedsak er rettet mot egen kommune eller eget sykehjem. Sitatet viser også til at det er et lappeteppe av finansieringsformer for å få det hele til å gå i hop når senteret har noen ambisjoner.

Det meste av midlene sentrene får fra Helsedirektoratet brukes til å utbetale lønn, men noen peker på at de tar i bruk noe av midlene til såkalte «frie midler» som kommuner kan søke på for å arbeide med prosjekter, samt at de bruker av bevilgningen til arrangementer som avholdes for kommuner i nedslagsfeltet. Erfaringene med å la andre kommuner søke på frie midler er varierende.

De fleste peker på at de søker inn eksterne midler. Oftest er det Helsedirektoratet og Fylkesmannen som nevnes som eksterne finansieringskilder, men også universitet og høyskoler søkes det midler fra for å bidra i deres forskning- og utprøvningsvirksomhet. Det opplyses også av noen at det søkes inn midler fra regionalt forskningsfond og Norges forskningsråd nasjonalt. Det er bare ett utviklingscenter som opplyser at de har stått som hovedaktør i slike søkeprosesser, og som har fått midler, men det er en del som nevner at de deltar og at andre aktører er hovedsøker. Hovedsøker kan være både Sentre for omsorgsforskning, universiteter og høyskoler. Slike prosjektmidler er øremerket spesielle forskningsprosjekter og utviklingssentrene er ofte formidlende ledd til kommuner og andre aktører som også skal delta i forskningen. Se også neste kapittel.

Hvilke prosjekter det ble arbeidet med varierte også. Det kan se ut til at noen utviklingsentre er mer i fronten og setter i gang prosjekter tidligere enn andre. De fleste nevnte at det ble søkt inn eksterne midler fra Pasientsikkerhetsprogrammet som ble brukt til å etablere læringsnettverk i legemiddelgjennomgang. Andre nevnte K2015 og at det ble søkt om midler gjennom dette ble brukt til kompetanseheving i kommuner. Andre igjen nevner at de deltar i arbeid med velferdsteknologi og at det til slikt arbeid kan komme midler både fra et statlig program, samt universiteter og høyskoler.

Summer som omtales som å være søkt inn eksternt når det ikke dreier seg om forskningsprosjekter, ligger ofte mellom 150 000 og 300 000 kroner. I en kommune nevnes ikke summer, men det pekes på hvilke prosjekter det søkes inn midler fra og noe om hva de brukes til:

Har søket midler til prosjekter innenfor satsningsområder flere ganger. Ernæring, etikk, er prosjekter vi har søkt ekstra midler til, fra fylkesmannen får vi kompetansemidler og tilskudd.

Det kan se ut til at det har vært en endring der det i mange utviklingsentre er slutt på å ha mindre prosjekter med små stillinger som prosjektledere, og at det etableres større prosjekter der prosjektledere kan ha større stillingsandeler. Det er likevel fortsatt et lappeteppesom skal settes sammen med mindre finansieringsbiter fra forskjellige aktører. Senterledere oppfatter at det brukes mye ressurser på innsøking av midler.

Økonomien i sentrene kan i det store beskrives som knapp. Det er flere sentre som peker på at de har forsøkt å bruke frie midler opp mot kommuner, men at økonomien etter hvert ble for knapp til det. Ett senter nevner at det er utviklet en modell der det tas betaling fra kommuner for deltakelse i forskjellige prosjekter, men denne modellen var ikke utviklet for betaling knyttet til utviklingssenteret. Utviklingssenteret er involvert i et samarbeid som knytter sammen kommuner og helseforetak. For å få kommuner til å forplikte seg og ha eierskap til prosjekter som gjennomføres innenfor rammen av samarbeidet, ble det operert med en kostnad for kommunene på kr 5 per innbygger.

Det utviklingssenteret som hadde deltatt i å utvikle denne betalingsmodellen så positivt på den og mente dette er veien å gå,

mens representanter for kommuner på sin side mente at det burde opereres med et gratisprinsipp for deltakelse i nettverk etc. i utviklingssentrene regi. Ett senter har for så vidt lagt til rette for å kunne ta betalt fra kommuner for deltakelse i nettverk og lignende. Der utvikles det «dagpakker» for deltakelse i fag- og læringsnettverk, samt andre arrangementer, som så prises. En dagpakke inneholder materiell og lunsj, og er prissatt til mellom 350-400 kroner. Med denne prismodellen har senteret en kostnad på mellom 30 000 og 40 000 per arrangement. Deltakere betaler fortsatt ikke noe for deltakelsen.

### 3.4.1 Endring i tilknytningsform til vertskommuner

Som vi har sett over er USHT satt sammen av utviklingssentre for sykehjem (USH) og utviklingssentre for hjemmetjenester (UST). USH er alle samlokalisert med en institusjon, men de kan tilhøre en FoU-avdeling ved institusjonen. USH er en videreføring av det tidligere undervisningssykehjemsprosjektet og har lengst tradisjon. Se avsnitt 1.2.3. UST er i en del tilfeller lagt til en enhet for hjemmetjenester, da i et distrikt for de kommuner som har distriktsorganisert sine hjemmetjenester. Ved vår intervjurunde var det større sjanse for at UST var organisert til en kommunal FoU-avdeling for helse- og omsorgstjenester enn at en USH var det. USH kunne være en stabsfunksjon under institusjonsleder, eller hvis sykehjemmet var stort, kunne USH være en del av en allerede etablert FoU-avdeling ved sykehjemmet. Sammenslåtte sentre, USHT, var oftest lokalisert til en FoU- eller fagutviklingsavdeling som var lokalisert mer sentralt i kommunen. To var samlokalisert med rådmannens stab, andre var samlokalisert med administrasjoner knyttet til helse og omsorg. Det kunne bli påpekt at dette var nokså nytt. Som en intervjuet leder av et USHT ordla seg:

Vi ble en del av Helsehuset i fjor i januar. Tidligere var jeg på et helse- og sosialdistrikt og lederen for utviklingssenteret var på sykehjemmet. Nå er vi en del av kunnskaps- og kompetansesenteret i Helsehuset.

I ett tilfelle var lederen for utviklingssenteret, USHT, også leder for kommunens fagutviklingsavdeling for helse- og omsorgstjenester og i ett tilfelle er USHT en del av et større omsorgssenter.

I en del vertskommuner hadde det vært reorganisering, dette gjelder spesielt for dem som har etablert et USHT. Også andre hadde lagt sine UHT inn til et sentralt nivå i kommunene og atter andre stod overfor å skulle endre sitt utviklingscenter i denne retningen. Slike endringer medførte at det i våre intervjuer ble holdt fokus på såkalt «nærhet til praksis».

Praksisfeltet er helse- og omsorgsvirksomheten slik den drives i sykehjem og hjemmetjenester. Å ha tett tilknytning til praksisfeltet oppfattes som viktig både på grunn av strategiens ideal om «kunnskapsbaserte tjenester i kontinuerlig forbedring og utvikling» (Helsedirektoratet 2010:11), og pådriverrollen knyttet spesielt til fag- og tjenesteutvikling og kompetanseutvikling hos ansatte. For de sentrene som var tilknyttet en tjenesteenhets ble selve den tette tilknytningen påpekt som sentral, mens for dem som ikke var tilknyttet en tjenesteenhets ble det påpekt at det likevel var mulig å holde kontakt med praksisfeltet. En leder uttrykte det på denne måten:

Vi har fått gode vilkår. Men vi har ikke brukere, men bare ansatte. Vi var mer praksisnære før, nå må praksis komme til oss. Vi arrangerer nettverk. Det er folk i praksis som kommer.

I en kommune som står overfor reorganisering fra tett tilknytning til enheter til en kommunal fagutviklingsavdeling, opplevde både leder og ansatte ved senteret at det var vanskelig å skulle bli flyttet på fordi det ville innebære at senteret ble flyttet ut av praksis. Konkret knyttet bekymringen seg til at det skulle bli mer fokus på forskning og planlegging og mindre på praksis, og at hva som ville tilfalle tjenestene ute av kunnskap og kompetanse ble uklart. De tolket endringen dit hen at det i framtiden måtte gjøres avtaler med hjemmetjenestene og at de måtte stole på oppdateringer de fikk i stedet for å være til stede og observere selv. I den nye situasjonen, ble det hevdet, ville samarbeid kreve mer av tjenesteenhetsene som måtte investere mer i det enn hva de gjorde under den nåværende organiseringen.

Samtidig kan se ut til at det er gjort erfaringer mange steder, med at virksomheten ble for konsentrert til den tjenesteenhets som var vert for senteret før reorganisering fant sted. En senterleder

pekte på at det var reaksjoner i kommunen på at mye av innsatsen da ble konsentrert til det sykehjemmet utviklingssentret var lagt til. For å få andre sykehjem på banen var det nødvendig å finne en mer nøytral plassering for utviklingscenteret. Baksiden er at de nå ikke lenger har elever og lærlinger og heller ikke legger til rette for det på andre måter. I en annen kommune ble dette omtalt slik:

Vi opplevde en del jantelov når vi var organisert som en FoU-avdeling og var ett av flere sykehjem. Jeg vil si at det er mye lettere nå når vi er organisert inn i rådmannens stab.

Det blir påpekt at slike konflikter har eksistert, men at det har roet seg ned etterhvert som senteret har blitt kjent og fått en posisjon både innad i egen kommune og utad mot andre kommuner. Se også omtale av slike prosesser i neste kapittel.

### 3.5 Oppsummering

Kapittelet har vist at det er store forskjeller mellom utviklingsentre og deres relasjon til sin vertskommune. Forskjellene går hovedsakelig langs faktorer som integrering i planverk og tilføring av ressurser, samt organisatorisk tilknytning. Ytterpunktene i den organisatoriske tilknytningen er lokalisering i en tjenesteenhet på den ene siden og lokalisering i rådmannens stab på den andre. Organisatorisk tilknytning kan være en indikator på hvor integrert utviklingsentrene er i vertskommunens strategiske aktiviteter på helse- og omsorgsfeltet. Trolig har tilknytningen betydning for spørsmålet om ledelse av senteret og ledelse for å knytte sentrenes virksomhet til den bredere kommunale virksomheten på området i vertskommunen og mot andre kommuner i nedslagsfeltet. Å være organisatorisk tilknyttet praksis i en enhet eller en FoU-avdeling versus å være organisatorisk tilknyttet via rådmannens stab indikerer også om utviklingscenteret er løftet opp på systemnivå i kommunen. Slik Sørensen og Torfing (2011) viser til at kvalitet på tjenester endres ved å endre tjenestenes form og innhold, og måten de ytes på. Dette gjøres ved å skape gode betingelser for samarbeid på tvers, det skal tilrettelegges for at aktører med forskjellige erfaringer, ideer og kompetanse møtes. Dette kan skape nettverksbaserte innovasjonsprosesser. Selv om aktørene i slike prosesser er gjensidig avhengig av hverandre er det gjerne en drivende aktør og

denne bør ha et autoritativt ståsted og et ståsted der det er mulig å skaffe seg oversikt over helheten i virksomheten. Rådmannsnivået kan vær et slikt ståsted. Alternativt kan ledelsen av helse- og omsorgssektoren være et slikt ståsted.

Dette er faktorer som skaper forskjeller mellom kommunene som er vertskommuner og hvordan de legger til rette for at utviklingssentrene kan gjennomføre sine aktiviteter. Vertskommunen er utviklingssenterets viktige kontekst og de fleste utviklingssentrene, uavhengig av organisatorisk tilknytning, har et godt forhold til vertskommunen som også tilrettelegger godt for senterets virksomhet. Noen rapporterer at vertskommunen har lite forståelse for at sentrene hadde ansvar for hele fylket, men det var likevel kun to sentre som rapporterte at det var det som kan kalles en konflikt mellom senteret og vertskommunen. Ingen rapporterte at det var konflikter mellom de oppgavene sentrene gjennomførte for vertskommunene og deres arbeid for utviklingssenteret.

Det kan knyttes fler forskjeller til kommunestørrelse. Det kan være en utfordring for utviklingssentre å ha store vertskommuner fordi store kommuner har et større hierarki og utviklingssentrene kan «forsvinne» fordi de er organisert langt ned i hierarkiet, for eksempel knyttet til en tjenesteenhet. Utviklingssentre i store kommuner kan også komme i konkurranse med kommunenes egne FoU-avdelinger, samt at de kan bli opptatt av egen kommune og rette seg lite mot andre. Dette var likevel en utfordring knyttet til få kommuner. Noen senterledere mener at små vertskommuner er en fordel fordi de er ubyråkratiske. Samtidig kan det se ut til at små vertskommuner ikke kan tilby store nok fagmiljøer til at det skapes mangfoldige lærings situasjoner, hverken for vertskommunen eller for andre kommuner i nedslagsfeltet. Samtidig ser vi at utviklingssentre i små kommuner i større grad må være utadrettet for å kunne gjennomføre aktiviteter. Sentre i små kommuner har likevel ofte færre ansatte og mindre kompetanse, og de har også dermed færre muligheter til å søke inn eksterne midler enn sentre som er lokalisert til kommuner der fagmiljøene er større. Vertskommunens størrelse ser ut til å påvirke i hvilken grad utviklingssentrene er i stand til å etablere et sterkt fagmiljø som også inkluderer fast ansatte.

Dette kan ha betydning fordi etableringen av utviklingssentrene bygger på ideen om at man lærer av erfaring. De som utsettes for

---

flere situasjoner har flere muligheter til å lære. Dette betyr at større enheter, eller enheter med større mangfold i aktiviteter, får større muligheter for læring og store forskjeller i for eksempel tilgang til eksperter, teknologi og forventninger fra ansatte, pasienter, publikum eller medarbeidere, skaper forskjellige læringsmuligheter (Nicolini 2015). Dette betyr ikke nødvendigvis at størst er best, men hvis organisasjoner skal være lærende bør de ha varierte oppgaver. Noen sentre i mindre kommuner har også en rik og variert erfaring fordi de har blitt gode på å bygge relasjoner med kommuner utenfor vertskommunen og samarbeide med andre.

Forskjellige oppgaver og variert tilgang til ressurser betyr også at ulike geografisk områder utvikler ulik kunnskap. Utviklingssentrene finnes i by og land, de samarbeider på forskjellige måter, med forskjellige partnere. Dette kan resultere i utfordringer med overføring av gode løsninger til andre utviklingssentre og evt. andre typer organisasjoner som kommuner. Denne situasjonen gir også fordeler i at kunnskapsmangfoldet blir større og det blir mange alternative løsninger å velge fra, men det krever gode rutiner og infrastruktur for å fange opp de gode løsningene og sørge for at de blir videreformidlet.



## 4 Aktiviteter

### 4.1 Innledning

Et av målene med opprettelse av utviklingssentrene var at de ansatte innen helse og omsorg, skulle dra bedre nytte av forskningsresultater, av utprøvde løsninger og dokumenterte funn fra andre. I de siste årene har det blitt forsket en del på dette innen helsesektoren. Lahn & Jensen (2006) observerte at en kombinasjon av praksisbasert læring og bruk av formell kunnskap i form av ”epistemic tools” gir mulighet for fornyelse og videreutvikling av praksis. I tillegg konkluderte de med at et bevisst forhold til teoretisk kunnskap har blitt viktigere for å opprettholde kvalitet og profesjonsverdier i situasjoner hvor individer ikke er samlokalisert (Jensen & Lahn 2005). Det er en utfordring å formidle ny teori eller forskningsresultater til mange personer som allerede har dagen full av praktiske oppgaver. En måte å støtte de ansatte i å ta i bruk formell kunnskap, er å utvikle et godt nettverk som inkluderer eksperter. Dvs. der det ikke er mulig å kunne alt selv, så bør man vite hvem man kan snakke med (Edwards 2005). Viktigheten av relasjoner har blitt fremhevet i lærende organisasjoner og det er viktig at det planlegges med tid til å bygge og pleie disse relasjonene.

I dette kapitlet fokuserer vi på aktivitetene utviklingssentrene gjennomfører og hvordan de nedfeller seg i utforming av pådriver- og tilretteleggerrollene sentrene skal ha. Vi ser først på hvilke aktiviteter i form av prosjekter dette resulterer i at de gjennomfører, samt hvilke aktører de inngår i samarbeid med. Vi ser også på hvordan både utviklingssentrene og andre aktører oppfatter at samarbeidet forløper. Nærmere bestemt skal vi gå inn på:

- Prosjekter i utviklingssentrene
- Aktører utviklingssentrene samarbeider med
- Fag- og tjenesteutvikling, videreutvikling av praksistilbudet til elever, lærlinger og studenter, samt kompetanseutvikling hos ansatte, herunder kompetanse og kapasitet til å veilede elever, lærlinger og studenter
- Metoder utviklingssentrene har tatt i bruk i sine bidrag til faglig utviklingsarbeid og spredning, herunder om de har prøvd ut og dokumentert modeller for tverrprofesjonelle praksistilbud i pleie- og omsorgstjenesten
- Tilrettelegging for forskning og utvikling
- Oppfatninger utviklingssentrene har om hvordan de kan utforme sitt bidrag til å skaffe fram praksisnær kunnskap om helse- og omsorgstjenester
- Aktivitet knyttet til systematisering av kunnskap
- Variasjon knyttet til arbeidet som gjøres med kvalitetsutvikling
- Spredning av resultater
- Utforming av pådriver- og tilretteleggerroller

Vi har kartlagt hvordan USHT og deres aktiviteter inngår i infrastrukturen for forskning og utvikling, erfaringsutveksling og læring. Denne strukturen består av utdanningsinstitusjoner og tilknyttede Sentre for omsorgsforskning. Sentre for omsorgsforskning har som oppgave å bidra til praksisnær forskning og utvikling, drive forskningsformidling og kompetanseheving overfor kommunene, samt at de skal ha en støttefunksjon for utviklingssentrene. Sentrene for omsorgsforskning er landsdelsbasert, mens utviklingssentrene er lokalisert fylkesvis (Meld. St. 29 (2012-2013):92).

## 4.2 Hovedobservasjoner i kapittelet

- Det er stor variasjon i prosjektene utviklingssentrene arbeider med
- Fag- og samarbeidsrådene fungerer i mange tilfeller ikke optimalt
- Fylkesmannen er utviklingssentrenes viktigste samarbeidspartner. Det samarbeides om å avholde nettverk etc. der kommunene i fylket deltar
- Det faglige samarbeidet i fylket er konsentrert rundt nettverk av ulike typer – læringsnettverk, erfaringsnettverk, fagnettverk, fagdager.
- Utviklingssentrene har utfordringer knyttet til å motivere egen og andre kommuners helse- og omsorgsenheter til deltakelse i sine aktiviteter. Metoden med å lyse ut frie midler for å motivere kommuner til og delta er i stor grad avvirket.
- Så godt som alle arbeider med å tilrettelegge praksistilbudet for elever, lærlinger og studenter, men det varierer hvor sterkt trykk de har på det. Fler begrenser seg til egen tjenesteenhet eller kommune. Noen har prosjekter på å legge til rette for andre faggrupper enn sykepleiestudenter.
- Utviklingssentre har utfordringer knyttet til spredningsarbeid. Mange har prioritert ned nettsider og det er ofte lite kompetanse på å skrive metodisk gode rapporter fra gjennomførte prosjekter.
- De fleste sentrene deltar enten i forskning eller de medvirker til å tilrettelegge for forskning. Det er både knyttet til aktører fra universitetet og høyskoler som er uavhengige av Sentre for omsorgsforskning, men også til disse sentrene.
- Rollene som pådriver for fag- og tjenesteutvikling, videreutvikling av praksistilbud til elever, lærlinger og studenter, samt kompetanseutvikling hos ansatte framstår som utfordrende for sentrene i den grad det krever at de tilnærmer seg andre kommuner enn vertskommunen.

- Rollen som tilrettelegger for forskning og utvikling i helse- og omsorgstjenesten framstår som enklere.

### 4.3 Eksempler på prosjekter og faglige aktiviteter

Aktivitetene sentrene gjennomfører er knyttet til ett sett av prosjekter som presenteres på [www.utviklingsentre.no](http://www.utviklingsentre.no).<sup>2</sup>

Prosjektene som gjennomføres dokumenteres og dokumentasjonen og annet skriftlig materiale skal ideelt legges ut på den nasjonale nettsiden som driftes av Utviklingssenteret for sykehjem i Oslo og på hvert utviklingssenters egen nettside. Det er stort spenn i prosjekter og noen eksempler er:

- ALERT – sammen om kompetanseheving (5 sentre omtaler dette)
- Demensnettverk (8 sentre omtaler dette, andre prosjekter omhandler utvikling av kunnskap om demens. 19 sentre omtaler at de arbeider enten med prosjekter om demensomsorg eller med spredning av Demensomsorgens ABC)
- Den intelligente trygghetssensor (1 senter nevner akkurat dette, 23 sentre nevner at de arbeider med ulike typer velferdsteknologi)
- God dokumentasjon – hvorfor og hvordan (dreier seg om dokumentasjon knyttet til pasienten, av helsehjelp og dokumentasjon knyttet til elektronisk pasientjournal, nevnes som arbeidsområde av 11 sentre)
- Grunnleggende kompetanse i lindrende behandling (i varierende former er dette et tema mange sentre har arbeidet med over tid, noen har avholdt læringsnettverk, et fåtall har utviklet en tiltakspakke som spres til kommuner i nedslagsfeltet, mange samarbeider med kompetansemiljøer eller er i nettverk om temaet, en aktør i et samarbeids-USH

---

<sup>2</sup> Disse er aktiv omsorg, demens, elever, lærlinger og studenter, behandling, ernæring og tannhelse, etikk, juss og dokumentasjon, kompetanseutvikling, forebygging, legemiddelbehandling, lindrende behandling, organisering, utvikling og teknologi, psykisk helse og rusavhengighet, pårørende og frivillige og andre diagnoser.

er selv en lindrende enhet, andre har lindrende enheter, 19 sentre nevner at de har et prosjekt som omhandler lindrende behandling, noen knytter det eksplisitt til Liverpool Care Pathway. Ett senter omtaler lindrende behandling i barnebolig)

- Kartlegging og samhandling om tros- og livssyn (1 senter nevner dette eksplisitt. Dette er et element i etikkspørsmålet og etikk nevnes som prosjekttema av 11 sentre)
- Læringsarena 2 (dette handler om tilrettelegging for studenter, elever og lærlinger. Begrepet knyttes til både hjemmetjenesten, sykehjem og kommunehelsetjenesten som helhet (1 senter). 6 sentre nevner at de arbeider med dette nå, andre snakker om tilrettelegging for studenter etc)
- Lindrende behandling til sykehjemspasienter ved livets slutt, utvikling og spredning av tiltakspakke (se over – to sentre har tiltakspakke)
- Mobilt talejenkjenningsverktøy for pasientdokumentasjon (1 senter, se over om teknologi)
- Sirkulasjonsprosjektet FlowOx (1. senter, se over om teknologi)
- Teknologistøtte i sykehjem (1. senter, se over om teknologi)
- Pasientsikkerhetsprogrammet (dette snakkes det om på mange måter, for eksempel som legemiddelhåndtering, sikker legemiddelbruk eller prosjektet er gitt et egennavn som «I trygge hender». Det er 17 sentre som omtaler at de arbeider med pasientsikkerhet, en del peker på at det involverer fallforebygging )

Stikkordene er hentet fra virksomheten til ett utviklingscenter. Som det vises til arbeider også andre sentre med mange av prosjekttemaene. Innenfor velferdsteknologi er det for eksempel to sentre som peker på at de bidrar til visningsrom der det vises fram enkel teknologi som kan brukes i helse- og omsorgstjenestene. Fler opplyser at de bidrar med å rekruttere kommuner og tjenesteenheter til å være med på utprøving av velferdsteknologi og

bidra i spredning av resultater og en del nevner at de har innført nettbrett i en eller annen form.

Demens er et tema mange holder i, enten ved at de deltar i spredningen av demensomsorgens ABC eller de arbeider med utvikling og dokumentasjon av kunnskap. «Forsterket demensomsorg» nevnes som prosjekt. Det arbeides også med å utvikle aktiviteter for pasienter med demens, fysisk aktivitet, «sane hager» og sang og musikk nevnes, mat er også en del av dette arbeidet. Et senter nevner at det arbeides med et aktivitetstilbud til yngre personer med demens. Et annet nevner at de «fikk i hovedansvar å utvikle «Dementia Care Mapping», men sier ikke noe mer om hva det inneholder eller om hvor oppdraget kom fra. Formuleringene kan imidlertid tyde på at det var fra regionale eller lokale aktører. Ved et annet snakkes det om «dyre- og robotassisterte intervensjoner som helsefremmende tiltak for eldre med demens – dyrebar omsorg».

Demensomsorgens ABC er et tiltak innenfor K2015 og kommuner kan søke Fylkesmannen om midler til å arbeide med dette, det er derfor en del sentre som nevner at denne ABC-en arbeider de ikke med. Det er mange prosjekter som handler om demensomsorg og det omtales av noen senterledere som et «hjertebarn».

Andre sentre arbeider med tannhelse (3) og alle ser det i sammenheng med ernæring. Ernæring nevnes av 20 sentre som prosjekt de arbeider med. Det omtales også av noen ganske enkelt som at de holder «kurs i kosthold». Innenfor ernæring ser det ut til at det har vært arbeidet med temaer som tradisjonsmat og presentasjon av mat. Det ser likevel ut til at slike prosjekter er i ferd med å avvikes og at det nå er sterkere fokus på underernæring og kosthold. For eksempel er det et senter som peker på at de har deltatt i å utvikle et E-læringskurs om ernæring. Et annet nevner at de har vært involvert i utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer for ernæring og legemiddelgjennomgang. Et annet nevner at de arbeider med å utvikle en lommeordbok for ernæring som skal komme i løpet av 2015.

I en del sentre har det etablert seg en særlig arbeidsform som kombinerer kartlegging av pasienters ernæringsmessige status og studentpraksis. Der det er beskrevet nøye går det ut på at en bestemt dag, på et tidspunkt da det er det er mange studenter, elever eller lærlinger i praksis, gjennomføres det som kalles en

ernæringskartlegging. Det ble undersøkt måltider, hva de eldre spiste og hvorfor ved å samtale med pasienter. Resultatet ble omtalt på denne måten av en intervjuperson:

Interessant og artig samarbeid. Det er viktig å trekke inn skoler når man har mulighet. Studentene liker det.

I ett senter ble det pekt på at det var vgs-elever som ble involvert i dette.

Andre aktiviteter dokumentstudiet og intervjuene viser at utviklingssentrene har presenteres nedenfor i ikke-prioritert rekkefølge:

#### Hukommelsesteam

- Kurs for sykepleiere med utenlandsk bakgrunn
- Fallforebygging i sykehjem
- Forebyggende hjemmebesøk
- «Ungdom – en ressurs i eldreomsorg»
- Bidra til kommunale søknader om midler
- Delta i søknader om forskningsmidler
- Traineeprosjekt for sykepleiere
- «Når øyeblikket er viktig»
- «Brukersamtale trinn for trinn»
- «Lær, reflekter og praktiser»
- Aktivitetstilbud til yngre personer med demens
- Helsetilbud til personer med nevrologiske lidelser
- Kompetanseprogram – Utfordrende atferd i sykehjem
- Livsglede på sykehjem
- Tverrfaglig veilederteam i sykehjem
- Underveis – et helhetlig tilbud til pårørende med krevende omsorgsoppgaver
- Kunnskapsbasert praksis
- Brukermedvirkning

Mange av disse prosjektene kretser rundt de samme temaene som er nevnt over, men noen tar også opp andre typer problemstillinger, for eksempel kunnskapsbasert praksis. Dette er det spesielt et par utviklingssentre med mange medarbeidere som viser til at de arbeider med. Metodikken er å lære kommunalt ansatte, fortrinnsvis i egen kommune, hvordan det gjennomføres systematiske biblioteksøk for å finne relevante tidsskriftartikler og hvordan artiklene skal leses for å ha utbytte av dem. Dette krever tilgang til bibliotek med kompetent bibliotekar. Et annet senter viser til at de samarbeider med andre aktører som har relevant kunnskap.

Å bidra til kommuners innsøking av eksterne midler kan grense mot flere typer problemstillinger. For det første at kommuner ikke har nødvendige ressurser til å gjøre dette selv. Det kan inkludere faglig kompetanse til faktisk å søke inn midler eller at de som sitter i posisjon til å søke ikke har den nødvendige kompetansen til å fatte beslutning om at det skal søkes inn midler. Det første kan ha sammenheng med kommunestørrelse og sentralitet, altså avstand til nærmeste senter. Dette er faktorer som spiller inn for muligheten til å rekruttere kompetent personell og små og usentralt beliggende kommuner har oftere enn andre kommuner personell uten relevant utdanning (Kvinge mfl. 2015). Det andre har sammenheng med kommunal organisering og hvordan myndighet er fordelt i organisasjonen.

Det interessante med å studere prosjektkatalogen for de ulike sentrene er at det er tydelig at det foregår lokal tilpasning av prosjekter. Prosjekter kan være forholdsvis like og ha den samme «grunnstammen», som vi for eksempel ser i Pasientsikkerhetskampanjen, Demensfyrtårn, Lindrende behandling og ernæringsprosjekter, og selv om sentre lærer av hverandre, som jo er en viktig målsetting med virksomheten, så skinner den lokale tilpasningen gjennom. Det kan dreie seg om navnet prosjektet får, Utviklingssentret i Åfjord ser for eksempel ut til å ha etablert en praksis der prosjekter får egennavn, eller om hvem som anses som viktige aktører, og ikke minst i måten prosjektene omtales. Vertskommunens størrelse er et aspekt ved dette og sentre lokalisert i de minste kommunene har færre prosjekter enn sentre lokalisert i større.



## 4.4 Samarbeid med kommuner

### 4.4.1 Innledning

Som nevnt innledningsvis skal utviklingssentrene være pådrivere overfor egen og andre kommuner på tre områder: For fag- og tjenesteutvikling, for videreutvikling av praksistilbud til elever, lærlinger og studenter og for kompetanseutvikling hos ansatte. Dette krever samarbeid med kommuner som ikke er vertskommuner og slikt samarbeid er utfordrende både for utviklingssentrene og vertskommunene deres. Som pådrivere vil utviklingssentrene bruke midler og ressurser og rette dem ut av vertskommunen, noe det ser ut til at en del vertskommuner ikke har tatt med i beregning da det ble søkt om å etablere senter.

Begrepet om lærende organisasjoner er utviklet for å koble den enkeltes kompetanse med de behovene som organisasjonen som helhet har og det refererer til at det foregår læring sammen med andre, i grupper eller i større enheter (Agyris og Schön 1978). Organisasjonslæring kan bibringes gjennom flere kunnskapstyper. Forskning og kunnskapsutvikling er et nærliggende eksempel, det er også det som kalles «learning by doing». Læring i prosjekter kan representere begge disse formene og kan være egnet til utvikling av både nye produkter, tjenester og arbeidsprosesser. Det er to utfordringer:

- Deling av kunnskap mellom deltakerne i prosjektet
- Hva som skjer med kunnskapen etter at prosjektet er avsluttet

Den første utfordringen er kalt kunnskapsintegrasjon (Grant 2001, Carlile 2004). Det er lagt vekt på å finne samarbeidsformer og mekanismer som bidrar til kunnskapsintegrasjon:

- Etablering av felles mål og regler
- Detaljert planlegging av rekkefølgen på oppgaver
- Etablering av rutiner på tvers av organisasjonen
- Samarbeid om feilløsninger og diskusjoner om svakheter og forbedringer

(Grant 2001)

I tillegg til dette er det viktig å ha en plan for hvordan man tar vare på kunnskapen. Deler av dette finner vi spesielt i læringsnettverkene slik de er omtalt, og trolig er det også knyttet kjennetegn til andre nettverks- og prosjektsamarbeid som legger seg opp mot dette. Det bør også utvikles rutiner som medfører at erfaringer og nye forståelser som er utviklet i prosjekter ikke blir avhengig av enkeltpersoner, men at det legges til rette for gjenbruk.

Organisasjonslæring bygger på ideene om kontinuerlig forbedring, det er utviklingsprosesser og gradvis forbedring som foregår over tid, og kunnskapsoppgradering som foregår i et kortere tidsperspektiv fordi organisasjonen skal ta i bruk ny teknologi eller lignende.

Arbeidsformen som er valg for kontinuerlig forbedring her er de ulike nettverkene utviklingssentrene arbeider med. Disse skal ha kommuner som medlemmer og de er en del av sentrenes pådriverrolle. Som vi skal se under er dette en utfordring for mange sentre. Her skal vi se på utforming av noen nettverk.

#### 4.4.2 Motivering av kommuner

Ideelt ønsker utviklingssentrene nå ut til alle kommuner i nedslagsfeltet. Dette er det bare to sentre som så langt rapporterer om at de har klart å få til. Det ene er utviklingssenteret i Vestfold som organiserer dette ved at utviklingssenterets leder møter som fast medlem i et kommunenettverk av kommunalsjefer som er organisert av Fylkesmannen. Av andre senterledere ble dette pekt på som en god modell de gjerne selv skulle kunne arbeide innenfor. Det andre er de to sentrene i Vest-Agder der det i samarbeid er inngått forpliktende samarbeidsavtaler med alle kommunene i fylket. Dette er fylker som har en åpenbar fordel som er at de har få kommuner. Vestfold har 14 og Vest-Agder har 15. Det lave antallet kommuner gjør dette til en overkommelig arbeidsmodell også hvis situasjonen er slik at det må brukes tid og krefter på å motivere kommuner til deltakelse.

I mange tilfeller samarbeider utviklingssenteret med Fylkesmann og når Fylkesmann inviterer ledere innenfor helse og omsorg til et møte, blir utviklingssenteret med. Utviklingssentrene kan på den måten benytte allerede eksisterende nettverk av kommuner og behøver ikke etablere sine egne. Ofte er det utviklingssentrene som tar ansvar for organisering av disse nettverksmøtene for

Fylkesmannen. Dette er et nettverk som typisk møtes to ganger i året. Det ble omtalt slik av en leder for et utviklingscenter:

Avdelingsledere og fagledere innen helse og omsorg fra alle kommuner er med på disse to møtene. Vi sørger for at de får faglig påfyll og informerer om våre prosjekter. Vi prøver å hente inn ideer fra disse lederne. Vi pleier å ha gruppeoppgaver.

I noen fylker er det utfordrende å samle folk pga. lange avstander og der er møtene sjeldnere. I ett fylke bruker fylkesmannen nettverksmøtene til å informere om nasjonale satsinger og lokale planer. Ellers inkluderer møtene faglig innslag på samme måte som i andre fylker, og det gis presentasjoner av gjennomførte prosjekter.

Noen sentre tilnærmer seg kommunene via etablerte interkommunale samarbeid. For eksempel ser vi at Nordland har delt inn kommunene i tre grupper for å redusere behov for reising. Også i Finnmark, Nord-Trøndelag, Sør-Trøndelag og Møre og Romsdal opplyses det at kommunene er delt inn i flere geografiske grupper som senteret konsentrerer sin virksomhet mot. Intervjuede senterledere har snakket om de kommunene de har mest kontakt med, som grupper, for eksempel det interkommunale samarbeidet av Hald-kommuner i Nordland, eller Hallingkommuner i Buskerud. I Aust- og Vest Agder, finner vi at begge fylkene ofte refererer til "Agder kommunene" og inkluderer kommuner i begge fylker i samlinger og samarbeidsprosjekter.

I intervjuene kom det frem at det er store forskjeller i hvor mye kontakt noen utviklingssentre har med andre kommuner utenom vertskommunen. Andre kommuners deltakelse på samlinger varierer og det er sjelden at alle kommunene er representert. Det kan se ut som om det er flere grunner til dette. Noen kommuner er så små at de har utfordringer med å finne ressurser til at en sykepleier kan være borte i to dager på en samling. Noen ledere i utviklingssentrene rapporterte at lister med kontakter i kommunene ikke blir oppdatert når folk slutter og at noen kommunalsjefer ikke videresender mail til de rette personene. Det ble også sagt at noen av de ansatte har begrenset tilgang til mail og finner det vanskelig å følge med. Vi kan ikke si at små kommuner har problemer med å delta aktivt. For eksempel ser vi at Nore og Uvdal med 2 500 innbyggere deltar på nettverkssamlinger og har

vært aktiv i etablering av samarbeid, men som vi skal se i kapittel 5, er det større sannsynlighet for at kommunen samarbeider med et utviklingscenter hvis det er en stor kommune.

Det er også påpekt i intervjuer at noen sentre samarbeider tettere med kommuner på andre siden av fylkesgrensen. Andre prioriterer samarbeid med forskningscentre og noen ser ikke behov for denne type samarbeid med kommuner fordi de driver utviklingsarbeid selv. Forklaringen kan altså være at de mener de ikke har behov for det tilskuddet til fag og utvikling som utviklingscenteret kan bidra med. Så vet vi fra surveyen vi har sendt til kommuner at 211 kommuner oppgir at de samarbeider med et utviklingscenter og av disse har 102 også satt av midler til å gjennomføre samarbeidet. Dette er interessant og kan være et grunnlag for å forplikte kommuner økonomisk knyttet til samarbeid med utviklingscentre.

Det er flere meninger i utviklingscentre om hvordan det kan være mulig å mobilisere kommuner for samarbeid og hvordan de skal lykkes med å samle kommuner i nettverk. Det ene er tvang og noen senterledere mener at utviklingscentrene bør ha fullmakt til å pålegge kommunene å delta. Det andre er fortsatt frivillighet, men med så god kvalitet på tilbudene utviklingscentrene har at nettverksmøtene blir sett på som så verdifulle at kommune ikke hadde lyst til å gå glipp av dem.

At utviklingscentrene skal være pådrivere er utfordrende for vertskommuner både ressursmessig og faglig. Den vanligste strategien sentrene tar i bruk for å utøve denne rollen er beskrevet over. Det er å etablere nettverk, men også prosjekter, som de går bredt ut for å invitere kommuner til å delta i. Alle kommuner i nedslagsfeltet får invitasjon. Så observeres det at det alltid er noen som ikke deltar og det er ofte de samme hver gang. Dette har dels med geografi å gjøre, det er de kommunene som er lokalisert lengst vekk som ikke deltar. Samtidig observeres det en del strukturelle faktorer som også er beskrevet over, at det skiftes kontaktpersoner ofte uten at sentrene får beskjed, invitasjoner sendes til en person på sjefsnivå som ikke videresender til rett vedkommende, eller postmottaket vet ikke hvem som er rett adressat hvis invitasjoner sendes via dem.

Intervjuede senterledere opplyser oss om at de forsøker å ta direkte kontakt med aktuelle personer i kommuner som sjelden deltar og at de på andre måter forsøker å følge det opp. I

geografisk utfordrende fylker, så som Nordland, hadde senteret etablert en strategi med å legge nettverksmøter og andre aktiviteter til et sted som medførte at alle fikk like lang reisevei. Andre strategier er, som også bel beskrevet over, å tilnærme seg grupper av kommuner som er lokalisert i nærheten av hverandre, enten i etablerte interkommunale samarbeid eller i kommunegrupper etablert for formålet.

#### 4.4.3 Fag- og tjenesteutvikling

På samme måten som prosjektene tilpasses lokalt, ser det altså ut til at pådriverrollene utvikles ulikt avhengig av geografi og ressurser. Ordningen med såkalte «frie midler» ligger dels i strategien «Utvikling gjennom kunnskap» der utviklingssentre oppfordres til å bruke dette som et virkemiddel overfor kommuner. Trolig er det knyttet til pådriverrollen overfor fag- og tjenesteutvikling, der det kan være en måte å skape interesse og eierskap til prosjekter i kommunene.

Det ble anført av de av våre intervjupersoner som hadde forsøkt å benytte det, at dette var en vanskelig måte å arbeide på. Det var det blant annet fordi midlene hver kommune kunne få ofte var små, og kommunene hadde problemer med å finne bruksområder for dem. En annen årsak som ble nevnt var at hvis de ble lyst ut som en form for strategiske midler og kommunene måtte søke, så var det få som gjorde det, og det ble mye byråkrati fordi det skulle søkes og rapporteres på summer så små som ned til 20 000 kroner. I en av de store kommunene var det gjort forsøk med å lyse ut frie midler på kr 100 000 til hver samarbeidende kommune, uten at størrelsen på midlene fikk alle til å søke.

Også fordi det ble trangere rent økonomisk var dette derfor en strategi de fleste utviklingssentrene har forlatt. Det er kun for fire fylker vi har informasjon om at ett eller begge sentrene fortsatt arbeider på denne måten.

Fag- og tjenesteutvikling drives likevel gjennom den prosjektbaserte virksomheten og de ulike nettverkene som etableres. Frie midler har vært brukt på den måten at helse- og omsorgsenheter i kommuner eller medarbeidere i kommunal helse og omsorg har kunnet søke midler fra utviklingssenteret til å gjennomføre et prosjekt. Det påpekes fra Senter for omsorgsforskning at slike prosjekter ofte blir små, at de har veldig

begrenset overføringsverdi og at de kan tendere mot å bli «private», dvs. at det kun er den eller de medarbeiderne som arbeider med selve prosjektet som får en læringseffekt av det. De resulterer også sjelden i dokumentasjon som kan benyttes av andre.

Prosjektene som vi har vist til over at det arbeides med i nettverk ser ut til å være ferdige «pakker» sentrene kan understøtte egen og andre kommuner i å arbeide med. Eksempler vi har vist til er Pasientsikkerhetsprogrammet og demensprosjekter. Da etableres det nettverk som beskrevet over, og det arbeides med å spre kjent kunnskap. Slike prosjekter, og nettverket som arbeidsform, vil derfor ha overføringsverdi for eksempel mellom kommuner. Slike prosjekter er også ofte dokumentert, blant annet fordi de kan være resultat av forskning.

En tredje form for arbeid med prosjekter er såkalte piloter. Piloter kan være et resultat av utviklingsprosjekter som settes i gang lokalt som resultat av initiativer som tas på utviklingssenter, i samarbeid med vertskommunen eller i samarbeid med andre aktører. Arbeidet med Liverpool Care Plan, som beskrives under, er av denne typen og der det ble arbeidet med å utdanne såkalte «superbrukere» som så hadde ansvaret for å lære opp andre i sin kommune. De fleste beskrevne prosjektene om velferdsteknologi er også utarbeidet som piloter. Disse er noe annerledes igjen ettersom det her dreier seg om en teknologi som er utviklet som et fysisk redskap som skal tas i bruk i pasientbehandlingen og det anføres av intervjupersoner at det derfor må arbeides mye med dem i piloten før de kan eksporteres til andre enheter både i egen kommune og andre kommuner i nedslagsfeltet. Det er utviklingssentre lokalisert i store kommuner som er sentralt beliggende, som i hovedsak rapporterer at de arbeider med velferdsteknologi og at de har piloter på dette tema.

#### 4.4.4 Samarbeid om fag- og tjenesteutvikling

I figuren under ser man utdrag fra et nyhetsbrev, sendt ut av UHT i Buskerud. Her ser man bredden i temaene og formen for nettverkssamling. Programmet består av faglig innlegg fra eksterne eksperter, med linker til presentasjoner og anbefalt lesestoff sammen med presentasjoner fra de ansatte. Det er lagt opp til overnatting og tid til å snakke sammen. Nyhetsbrevet er lagt ut på senterets webside og på egen Facebook gruppe.

(Kilde: Nyhetsbrev UHT Buskerud. Utgave 1, April 2015)

### **Nettverkssamling – Sole hotell, mars 2015**

Et fantastisk vær møtte oss da tiden endelig var inne for å samle USHT Buskeruds nettverkskontakter, ledere og HSO ansatte på Sole Hotell i Noresund.

Finn Nortvedt (dosent, HIOA) var første foreleser ut, med sin personlige erfaring og subjektive fortelling om det å være pasient. Med hans metaforiske og nære fortellerevne fikk han oss til å forstå at god sykepleie er i det lille. Vi fikk høre om viktigheten av å bruke hender som verktøy i pleien, samt hvordan stell kan føre til forankring av kroppen etter kritisk sykdom. Her er en link til Finns essay; [Når sykepleie redder liv.](#)

#### **Bokanbefaling: [Sjuepleiertenkning – Ingunn Elstad](#)**

Etter lunsj fortalte Ellen K. Grov (professor v/HIOA) oss om framtidsperspektiver for sykepleiere i kommunehelsetjenesten; -klinisk kompetanse. Her er noen stikkord fra foredraget:

- Livshistoriearbeid – vær interessert i pasientens liv!
- Hold deg faglig oppdatert, e-læring
- Observer og kartlegg endringer ved bruk av skjemaer
- Kamouflerende sykdommer
- Sykdommer lag på lag, sykdomsknippe
- Bruk sansene. Kjenne, lytte og se etter symptomer
- Kartlegg ernæring (MNA) (MUST)
- Pårørendes situasjon (CRA-N)

**Ellens presentasjon: [Klinisk kompetanse](#)**

**Bokanbefaling: [En helstøpt mann – Tom Wolfe](#)**

**Linker til E-læring: [Kompetanseportalen](#)**

Minnekort og minnebok var det neste på agendaen. Live og Inger Berit fortalte oss om erfaringen rundt bruk av minnekort som hjelpemiddel til gode samtaler med personer med demens. Deretter fikk vi høre om Fjell sin erfaring ved innføring av minnebok, som er et verktøy for å bli bedre kjent med mennesket bak pasienten.

**Presentasjon: [Minnekort](#)**

**Presentasjon: [Primærpasienter - minnebok](#)**

Vi avrundet torsdagens program med filmen helhetlig demensomsorg, en film med mål om å vise hvordan helhetlig demensomsorg kan fungere i praksis. Ønsker du et gratis eksemplar av filmen? Ta kontakt med utviklingskoordinator Une Hallem på tlf: 413 26 724

Torsdag kveld var det tid for sosialt samvær og lagkonkurransse.

*Råtassene* og *Smartisene* var imponerende brobyggere, men laget *Hurpene* vant overlegent med seier i skyting, båltenning og på tandemski.

Fredag morgen holdt fysioterapeut Christian Sommer-Larsen en presentasjon om fallforebyggende arbeid. Han fortalte om gode erfaringer og økt bevissthet rundt temaet ved å internundervise HSO- personale i kommunen.

Kartlegging av funksjonssvikt og registrering av fall er et nødvendig forarbeide for å kunne drive forebyggende arbeid.

Christian oppfordret oss til å bruke skjemaer, og at de bør ligge som en mal i pasientsystemet.

**Christians presentasjon:** [Fallforebygging](#)

12 sykepleiere i Ål kommune deltok på studiet for vurderingskompetanse. Studiet gikk over 3 semester, og alle deltagerne bestod! Vigdis, Hilde og Marit presenterte erfaringene fra studiet. Målet med studiet var å gjøre helsepersonell med høgskolekompetanse bedre i stand til å vurdere behov for, og medvirke til at multisyke eldre får nødvendig helsehjelp.

**Presentasjonen i sin helhet:** [Vurderingskompetanse](#)

Vi avsluttet samlingen med erfaringsdeling og forslag til tiltak for å øke deltagelsen på våre samlinger. Vi fikk mange nyttige innspill som vi vil jobbe videre med for å spre informasjon om USHT Buskerud sitt arbeide.

Vi takker så mye for oppmøte, og en spesiell takk til alle foredragsholdere og presentasjoner som bidro til økt kunnskap!

**Her er en link til alle presentasjonene (i pdf) som ble vist under samlingen:** [Presentasjoner.](#)



De fleste aktivitetene utviklingssentrene gjennomfører er knyttet til spesifikke nettverk. Det er mange typer nettverk som omtales og ut fra ideen om lærende organisasjoner har vi gruppert dem som følger:

*Læringsnettverk* består av en gruppe deltakere som møtes flere ganger og der det skal gjennomføres oppgaver i tiden mellom møtene. I læringsnettverk kan det hentes inn ekspertise som holder foredrag etc., men det er oppgaver og diskusjon av case som har prioritet. Slike nettverk tas i bruk når ny kunnskap, rutiner etc. skal etableres i en organisasjon. Læringsnettverk er tatt i bruk først og fremst knyttet til Pasientsikkerhetsprogrammet eller prosjekter om legemiddelhåndtering. Det er ikke alle som bruker denne metoden, mens andre sentre peker på at de tar den i bruk på flere områder.

*Erfaringsnettverk* er nettverk der det redegjøres fra erfaringer som gjøres i prosjekter, og det redegjøres ofte i form av foredrag. Tanken med slike nettverk er at andre skal få ideer og inspirasjon til å gjennomføre tilsvarende prosjekter. Det foregår dermed diffusjon eller imitasjon. Foredrag bør dermed være nokså detaljerte i beskrivelser av metoder for prosjektgjennomføring. De bør også ledsages av rapporter der prosjektgjennomføringen er beskrevet mer i detalj.

*Fagnettverk* er nettverk der en benytter ekspertise av ulikt slag som kan holde foredrag eller annet. Det hentes inn mye ulik ekspertise til fagnettverk som utviklingssentrene arbeider med, og både universitet, høyskoler, Sentre for omsorgsforskning og kompetansesentre er aktører som nevnes. Noen av nettverkene er rettet mot kompetanseheving generelt og andre er rettet mot bestemte temaer som for eksempel Demensnett, Legemiddelnett osv. Nasjonale føringer er synlige i temaer for disse faglige nettverkene, imidlertid er det viktig å påpeke at utviklingssentrene også har egne prioriteringer.

*Fagdager* - noen sentre har opprettet et arrangement som samler alle som har mottatte midler (Fra utlysninger Helsedirektoratet har eller fra Kunnskapsløftet via Fylkesmannen, Norges forskningsråd, Regionalt forskningsfond osv). Det er forventet at prosjektledere skal presentere resultater og dele erfaringer. Mange senterledere rapporterte at de bruker slike samlinger ikke bare for informasjonsformidling og nettverksbygging, men også for å følge opp fremdrift i prosjektene. Dette har sterke likehetstrekk til

---

erfaringsnettverk, men er mer målrettet og har altså i tillegg en målsetting om å drive prosjektoppfølgning.

Noen sentre brukte også betegnelsen fagdag knyttet til møter som tar opp et prioritert tema. I disse tilfeller er fagdagene åpne for alle ansatte inne helse og omsorg og formidlingsformen er presentasjoner av prosjekter og relevant forskning innenfor temaet.

Intervjupersonene mente at faglige nettverk bidrar til utvikling av både praksis og kunnskap. Noen nettverk er rettet mot utvikling, mens andre er mer rettet mot oppfølging. Eksempler på mål for faglig nettverk:

- Kompetanseheving
- Testing av ny teknologi eller nye rutiner
- Implementering av nye arbeidspraksis eller teknologi
- Oppfølging og videreutvikling av etablerte rutiner

Mange av disse nettverkene ble etablert som en del av et prosjekt eller satsing rettet mot kompetanseheving. I disse eksemplene var det typisk at utviklingssenteret, sammen med andre prosjektdeltakere utviklet, eller tilpasset en undervisningsmodell innen et bestemt fagområde. Utviklingssentrene arrangerer en samling hvor de presenterer temaet og programmet, og sørger for at alle er informert. Utviklingssenteret dekker reisekostnader for deltakerne, som regel. Noen opererer med sentral opplæring av en slags ”lærerkorps” eller superbrukere som skal videreformidle kunnskap i egen kommune. Se også avsnittet om Liverpool Care Plan for en nærmere beskrivelse av dette.

Noen eksempler på hva utviklingssentre gjør i forbindelse med etablering av slike nettverk:

- lage presentasjonsmateriell
- designe kurs
- utvikle hjelpemidler for refleksjonsgrupper
- opprette websider eller Facebook-grupper
- etablere støtteapparat

I tillegg til presentasjoner, består samlinger i fagnettverk av gruppearbeid og tid til refleksjon. I forbindelse med implementering av ny praksis, er det læringsnettverk som tas i bruk. Vi så over at der er det flere samlinger og at deltakerne har praktiske oppgaver mellom samlingene.

Eksempler på slike nettverk er:

**Lindring i Nord** – er et fagnettverk for ressurspsykepleiere innen kreft og lindrende behandling. Ressurspsykepleierne arbeider både i hjemmesykepleien, på sykehjem og i sykehus. Nettverkene er sentrale for å ivareta kontinuiteten i pleie- og omsorgstilbudet, og for å spre kompetanse om palliasjon i hele foretaksområdet.

Fagnettverkene drives som et samarbeid mellom Kompetansesenter for lindrende behandling Nord Norge "Lindring i nord" og Kreftforeningen, Nord Norge. Det arrangeres 1 - 2 årlige møter i hvert av fagnettverkene.

Aktørene har definert følgende mål:

- Bidra til kompetanseheving gjennom undervisning og erfaringsutveksling
- Bidra til fagutvikling og kvalitetsarbeid, et eksempel er utarbeidelse av prosedyrer, kreft- og lindrings planer for kommunen etc.
- Bidra til samhandling på tvers av kommunegrensene og samhandling mellom kommuner og lokalsykehus
- Bidra til gjensidig støtte i de daglige utfordringer innen kreft og lindrende behandling
- Kompetansesenteret sender fortløpende ut informasjon til ressurspsykepleierne om nytt på området. De er alltid tilgjengelig for spørsmål og hjelp etter behov.

**§ 4A Pasient og brukerrettighetsloven** - Det finnes flere nettverk basert på dette temaet. Målet med nettverket er å øke forståelse blant de ansatte for innhold i regelverket og en bevisstgjøring av deres praksis knyttet til pasientrettigheter. De fleste nettverk er basert på en person med ekspertise, som

videreformidler dette til en person i hver kommune. Undervisningsmetodene varierer og vi har hørt om eksempler hvor kursmateriell er utviklet i form av powerpoint-presentasjoner, gruppeoppgaver, refleksjoner, film og kort.

I slike nettverk er det vanlig at utviklingssentrene dekker kostnader til reise og opphold, samt ordner med kurslokaler. Som regel finnes det ikke noen ressurser til frikjøp av timer eller til å dekke vikarkostnader.

**Demensnettverk** – Det finnes mange forskjellige demensnettverk, men som en senterleder beskrev det:

Vårt mål er faglig utvikling, samarbeid og erfaringsutveksling. Vi har tre møter i året, vi har faste medlemmer, 2 – 6 fra hver kommune. Fylkesmannen og Alderpsykiatrisk deltar også. Veldig vellykket.

**Nettverk for implementering av Liverpool Care Plan.** Det finnes også eksempler hvor Utviklingssenteret kjører en pilot på ny teknologi, eller ny praksis. Dette gjøres vanligvis i vertskommunen. Når den nye løsningen har blitt godkjent, så rulles det ut i de andre kommunene. Dette skjer ofte i to trinn. Utviklingssenteret tar ansvar for å støtte et mindre nettverk av kontakter, som blir eksperter, eller superbrukere på den nye løsningen. Det er disse superbrukerne som tar det videre ut til andre enheter. Et eksempel på dette er Liverpool Care Plan som har blitt implementert knyttet til flere sentre. Det var høyskolene som informerte utviklingssentrene om denne modellen for systematisering av behandling av personer mot livets slutt. Det består av en modell som har blitt testet i flere land, blant annet i Storbritannia, Sverige og Nederland, og et dokumentasjonssystem. Flere utviklingssentre hørte om dette og modellen ble tilpasset til lokale forhold, og en plan for implementering ble utarbeidet. Deretter har de fleste arbeidet med en gradvis introduksjon til andre enheter i fylket.

Det finnes også fagnettverk som strekker seg over fylkesgrenser, som for eksempel Forebygging av fall i Buskerud og Telemark. Nettverket består av fem kommuner i Buskerud og flere i Telemark, sammen med fire utviklingssentre.

#### 4.4.5 Kompetanseutvikling hos ansatte

Det er ikke uten videre opplagt hvordan fag- og tjenesteutvikling og kompetanseutvikling hos ansatte kan skilles fra hverandre som aktiviteter sentrene bedriver overfor kommuner i nedslagsfeltet. Gjennomføres det første vil trolig også det siste komme som resultat. Samtidig vil fag- og tjenesteutvikling trolig kreve at det foregår systematisk læring i organisasjonen som ønsker å utvikle seg, og at denne læringen må resultere i endret praksis, mens kompetanseutvikling hos ansatte kan gjennomføres ved at den enkelte deltar i ulike former for nettverk, kurs, samt videre- og etterutdanning, også knyttet opp mot de tiltakene kommuner iverksetter som følge av at de søker midler fra K2015. Det er altså både en prosess og et resultat som kan individualiseres, mens fag- og tjenesteutvikling i større grad refererer til at det er større deler av organisasjonen som lærer.

#### 4.4.6 Praksistilbudet for studenter, elever og lærlinger

Utviklingssentrene har et mål om å samarbeide med utdanningsinstitusjoner om elever, lærlinger og studenter. Det dreier seg om å tilrettelegge for praksisplasser for gruppene, eller å tilrettelegge for dem som ønsker å finne en case for masteroppgaver og doktoravhandlinger. De fleste hadde eksempler på samarbeid både med lokale videregående skoler og høyskoler. Det er kun i fem sentre at vi får opplyst at dette arbeider de lite med. I noen tilfeller, er det andre personer i vertskommunen som hadde ansvaret for å finne praksisplasser og lærlingplasser. En del sentre la til rette ved å ha innledende undervisning om praksisperioden. I den undervisningen var det noen senterledere som deltok og mange holder også foredrag for studenter om lokale aktiviteter og jobbmuligheter.

Det er mulig å være koordinator for elev-, lærling- og studentplasser selv om senteret ikke er lokalisert i en kommune med høyskole eller universitet. Elever og lærlinger er på videregående skolenivå. Med tanke på å overbevise ungdom om å ta en utdanning innenfor helsesektoren og deretter rekruttering av helsefagarbeidere, men også medarbeidere med utdanning på høyskolenivå, var en del sentre begynt å orientere seg mot ungdomsskolene. Der er det en praksisperiode i 10 klasse som

noen påpekte at de var opptatt av å legge til rette for at elever kunne gjennomføre i helsesektoren.

Hvor mye arbeid det er med tilrettelegging ser ut til å være helt avhengig av sentralitet og nærhet til utdanningsinstitusjoner. Et senter i en stor kommune med mange høyskoler i nærheten omtalte det slik:

Nå ser vi at vi koordinerer mottak av 500 studenter i løpet av et år. Høyskoler er ute etter praksisplasser innenfor fag, ernæring, kunnskapsbasert praksis. Vi jobber fortsatt med at miljøarbeidertjenesten [...] vi har et samarbeidsprosjekt med høyskole, at vi organiserer praksisstudier for vernepleiere. 5 år har det tatt. [...]. Det finnes noen midler for å finansiere samarbeid mellom kommuner og høyskoler. Jeg er med og vurderer de søknadene. Tidligere var det midler som kommunene fikk for veiledning, nå etter høyskolestatus og etter at sykepleieskolene kom inn i høyskolesystemer heter midlene samarbeidsmidler. Nå samarbeider vi mer reelt med kommuner og helseforetak. Da ble det bestemt at det blir satt av samarbeidsmidler som vi kan søke på.

Ved dette senteret er de nødt til å henvende seg ut av egen kommune for å sikre praksisplass til alle, mens andre er opptatt av at de legger til rette for egen kommune og til og med egen tjenesteenhet. I et senter ble det pekt på at koordinatorfunksjonen lå til lederen av utviklingssenteret, men at funksjonene ble forsøkt skilt ad. I et annet pekte lederen på at slikt arbeid ble nedprioritert fordi det ikke hadde nasjonal overføringsverdi.

Som det ble vist til over er det likevel en del sentre som arbeider systematisk med studenter og praksis. Ernæringsprosjektet er nevnt, men også knyttet til legemiddelgjennomgang er det sentre som involverer studenter for å øke deres bevissthet omkring den typen spørsmål.

Et utviklingssenter for hjemmetjenester var opptatt av at studenter hadde behov for spesiell oppmerksomhet knyttet til hjemmetjenesten. Utdanningene, mente de, er rettet inn mot sykehus og prosedyretrening. I hjemmetjenestene må ansatte tenke

selv og fatte raske beslutninger og det kan være utfordrende, men samtidig morsomt:

I hjemmetjenesten er det mer komplekst, og det er mange fagområder man kommer innom, en må være mer trygg på seg selv for å gjøre den jobben. Er spennende i hjemmetjenesten, vi kommer innom mange ting. Vi kan hjelpe de ansatte til å bli bedre i det de gjør. Vi kan være med å forme hjemmetjenesten, det er gøy.

Samtidig som det ser ut til at de fleste sentrene arbeider med å tilrettelegge for elever og studenter, var dette et av de temaene som ble løftet fram i bekymringen over å bli fjernet fra praksis ved organisasjonsendringer. Tanken var da at det ville bli vanskeligere å legge til rette fordi det måtte skje i tilknytning til tjenesteenheter medarbeiderne ikke kjente like godt.

#### 4.5 Tilrettelegging for forskning og utvikling

Tilrettelegging for forskning og utvikling er en sentral del av utviklingssentrenes arbeid. I intervjuene kommer det fram at alle utviklingssentrene på en eller annen måte bidrar til forskning. 18 enten var eller hadde nylig vært aktivt involvert i ett eller flere forskningsprosjekter (av disse var 8 utviklingssenter for sykehjem, mens 5 var utviklingssentre for hjemmetjenester, mens alle 5 kombinerte sentrene arbeidet med forskning). 15 utviklingssentre la til rette for forskning, dvs. formidlet mellom forskningsinstitusjoner og deltakende kommuner og tjenesteenheter, mens 2 ikke arbeidet med forskning i det hele.

Det var veldig delte meninger om utviklingssentrene burde delta i forskning blant våre intervjupersoner i sentrene. For de sentrene som engasjerer seg i utvikling av ny kunnskap ved å være pilotsted for ny praksis eller for en ny teknologi innebar dette mye arbeid. Deltakelse i pilotstudier, som dette også er definert som, krever ganske mye av enheter og kommuner, men utviklingssentrene rapporterer at engasjementet er stort og at slike prosjekter gir en unik mulighet for å lære sammen med forskere. Som vist til over var det kun et fåtall sentre som selv stod som eiere av prosjekter det ble søkt midler til fra NFR eller regional forskningsfond, men det var noen som pekte på at de var medsøkere.

Der det ble tilrettelagt for forskning var holdningen at det var det sentrene skulle gjøre, formidle mellom forskningsinstitusjoner og kommuner evt. kommunale tjenesteenheter. I ett senter ble det pekt på at skillet mellom forskning og utvikling var vanskelig og lederen sa det på denne måten:

Grenseoppgangen er litt vanskelig, vi skal ikke være et forskningscenter. Vi skal ikke sende søknader til forskningsprosjekt herfra. Hvis vi var et forskningscenter måtte vi søkt på midler, det gjør vi ikke. Vi legger til rette for forskning. Driver det på den måten selv om vi ikke eier forskningen. Vi skal formidle mellom universitet og høyskole og kommune.

Denne meningen ble uttrykt av sentrets leder, men senteret hadde tilknyttede doktorgradsstudenter, samt at det var en del studenter som skrev sine masteroppgaver ved senteret, og det la til rette for at eksterne forskere kunne komme og gjennomføre prosjekter enten i enheten det var tilknyttet eller det formidlet forskeren til andre enheter.

Høgskolene og noen universiteter informerer utviklingssentrene om relevant forskning og om relevant utlysninger. De bidrar også med sine erfaringer om søknadsskriving og prosjektledelse. Vi fant også eksempler på mye tettere samarbeid hvor høgskolene ble brukt som uformelle rådgivere og hvor flere prosjektlederstillinger i utviklingssentre ble dekket av personer fra høyskole og universitet.

I et utviklingssenter medførte deltakelse i et forskningsprosjekt at lederen deltok i et program for å skolere enheter som var trukket ut til å delta. Vedkommende ble godt kjent med enhetene og selve prosjektet resulterte i at senterlederen var medforfatter på en vitenskapelig artikkel som skulle sendes til tidsskrift om lag på tidspunktet for vårt intervju. Dette ble bekreftet av representanten for det regionale Senteret for omsorgsforskning som vi intervjuet.

Velferdsteknologi er et «hett» område både i utdannings- og forskningsinstitusjoner, bedrifter og utviklingssentrene. Som vist til over er det mange som mener at de på en eller annen måte arbeider med dette temaet. Det var likevel ikke så mange som var kommet dit hen at de kunne pilotere velferdsteknologiske



prosjekter eller for så vidt rekruttere andre kommuner og andre enheter i egen kommune til å delta som utprøvingsarena for slike prosjekter. Det var fire som nevnte dette eksplisitt. To kommuner var involvert i samarbeid med private bedrifter, en med sitt regionale universitet og en med et forskningsinstitutt. Alle hadde stillinger som var knyttet opp mot prosjekter innenfor velferdsteknologi.

Det var derimot flere som uttrykte skepsis til at sentrene skulle involvere seg for mye i velferdsteknologi, og en leder sa det på denne måten:

Velferdsteknologi berører oss alle sammen. Redd for mye dobbeltarbeid. Hvor mange forskjellige måter kan man gjøre ting på?

Dette er trolig en sunn skepsis knyttet til at det innenfor noen segmenter av den velferdsteknologiske utviklingen er mange private aktører. Det kan også tyde på at sentrene bør ha kunnskap og være selektive mht. hvilken type teknologi de involverer seg i utprøvingen av. Det ble også pekt på at det var eksempler på det som ble kalt «mislykket» involvering fra sentres side i velferdsteknologiprojekter. Konklusjonen var at teknologi som ikke er kommet langt nok ikke bør prøves ut i praksis i kommuner.

Noen utviklingssentre pekte på at det er bedre for de master- og doktorgradsstudenter sentrene la til rette for, og også tiltrakk seg, at det var en FoU-avdeling i kommunen, enn at utviklingssentrene skulle drive med forskning. Langt de fleste som omtalte forskning mente likevel at det var viktig for utviklingscenteret å ha kompetanse om forskning. Noen nærmet seg dette ved å ha prosjekter om kunnskapsbasert praksis. Dette ble også tatt så langt at det ble arrangert kurs i artikkelsøk der bibliotekarer var ekspertene. Ved ett utviklingscenter var det en medarbeider som var medforfatter på en vitenskapelig artikkel om kunnskapsbasert praksis.

#### 4.5.1 Noen eksempler på forskningssamarbeid

**Utviklingscenter for sykehjem i Buskerud** har utviklet et tett samarbeid med Høgskolen i Buskerud og Vestfold. Når kommunen sendte søknad om å få opprettet Utviklingscenter, var de klare over at de manglet forskningskompetanse og hadde lite

kontakt med forskningsmiljøer. Senteret henvendte seg til dekan i helsefag på høgsolen og spurte om hun var interessert i et samarbeid. Det ble utarbeidet en avtale for å regulere samarbeidet, som inkluderer 2 ansatte fra høgsolen, som har doktorgrad innen helse og omsorg. Disse to personer har fått deltidsstillinger i Ål kommune og er der 3 dager i måneden. (Til sammen utgjør de en 100% stilling). De fungerer som prosjektledere i utviklingsprosjekter, leder noen kompetansenettverk, fungerer som rådgivere for Utviklingssenter, skriver søknader om tilskuddsmidler og forskningsmidler, skriver rapporter og artikler i internasjonale tidsskrifter. Dekanen fungerer som uformell rådgiver for kommunen og for Utviklingssenteret, og holder kommunen oppdatert om nye trender innen utvikling.

Utviklingssenteret og vertskommunen er veldig fornøyd med dette samarbeidet. Forskerne fra høgsolen har studert praksis i kommunen samtidig som de driver systematisk forbedring av praksis. De praktiserer aksjonsforskning og bruker eksempler fra Buskerud i undervisning på høgsolen. Det har blitt publisert mange rapporter og flere utenlandske forskere har interessert seg for dette arbeidet, spesielt det regionale perspektivet. Ifølge de ansatte på høgsolen, har de hatt mulighet til å se på kommunens arbeidsrutiner fra et annet synspunkt. De er nøytrale og er ikke ansatt i kommunen, dette gjør det lettere for dem å identifisere dårlige vaner som har utviklet seg over tid. Dette sammen med bruk av systematisk forskningsmetoder har gjort det mulig å støtte Ål kommune på en måte som aldri ville ha vært mulig med kommunenes egne ressurser.

I tillegg til deres bidrag til kommunen, har de ansatte på høgsolen også fått en bedre oversikt over behov for utdanning. De har utviklet en modul på masternivå om smerte hos demenspasienter. Dette er basert på et behov de identifisert i Ål.

**Samarbeid med Smart Care Cluster (NSCC)** – dette er et samarbeidsprosjekt mellom teknologibedrifter. Utviklingssenteret i Rogaland ble invitert til å delta og senteret fungerer som bindeledd mellom bedriftene og hjemmetjenester. De deltar i workshops for å lære om fremtidige teknologier og bidrar til diskusjoner om morgendagens hjemmesykepleie og etikk. Konsulenter fra et designfirma følger hjemmesykepleiere på en vanlig arbeidsdag og diskutere potensielle forbedringer ved bruk av teknologi.

Utviklingssenteret har fått midler fra Norsk Designråd for å delta i gjennomføringen av dette.

Utviklingssentret for sykehjem i Akershus samarbeider med SINTEF om et prosjekt om teknologi på sykehjem. Det er en samhandlingsportal som i praksis er en stor touchskjerm som i sanntid skal vise oversikt over pasienter og det som foregår på sykehjemmet – det sikrer pasientflyt.

Noen sentrer tar en mer sentral rolle og leder forskningsprosjekter. Et av utviklingssentrene i Nord-Trøndelag er prosjektansvarlig for et prosjekt om legemiddelbruk i sykehjem og hjemmetjenesten, finansiert av Regionalt forskningsfond. De samarbeider med NTNU, HiNT, Utviklingssenteret i Stjørdal og Senter for omsorgsforskning. Ansatte i Utviklingssentrene intervjuer pasienter og deltar i rapportskriving.

Det finnes også eksempler hvor utviklingssentrene deltar i nasjonale prosjekter i regi av Helsedirektoratet.

Forskningssamarbeid og tilgang til forskningsmidler har skapt store muligheter for de kommunene som har vært villige til å investert tid i dette. Som Utviklingssenteret i Hordaland, sa når de fikk mobilitetsstipend for noen av de ansatte:

Dette er jo en gavepakke. Vi hadde aldri hatt midler til å sende folk til europeiske land for å se på hvordan de har fått det til med bruk av velferdsteknologi eller ”frihetsteknologi” som det kaller det. Et begrep vi liker.

Utviklingssenteret i Hordaland arbeidet også generelt tett med sitt Senter for omsorgsforskning om forskningssamarbeid.

Noen utviklingssentre rapporterer at de ikke er så aktive innen forskning og dette ble bekreftet av Sentrene for omsorgsforskning. Begrunnelsen for dette kan være at noen senterledere har for lite erfaring med forskning og mangler kompetanse til å se mulighetene. Som en leder på et utviklingssenter sa:

Det kreves en spesiell type kompetanse for å kunne skrive en god søknad, man bør egentlig ha forskerkompetanse. Dette er også noe som står i vår visjon at vi skal tilrettelegge for forskning. Jeg mener

at mange kommuner kommer til kort her. Jeg mener at man bør ha forskerkompetanse selv, man bør ha et begrepsapparat for å kunne gå i dialog med forskere. Man skal vite hvordan man skal forholde seg til forskningsdata og forskningsplanlegging. Hva skal man gjøre med forskningsdata, hva med systematikk som skal til for å utvikle gode data. Dette er noe jeg mener kommunene bør ta mer alvorlig.

En høyskoleansatt, som også arbeider som prosjektleder for et utviklingscenter, ser det på en annen måte. Hun mener at det er vanskelig å overføre forskningsresultater til kommunene på en måte som blir meningsfylt for de ansatte i kommunen. En løsning er at forskerne kommer ut til kommunene og jobber tettere sammen med de ansatte om problemstillinger som de ansatte opplever til daglig. Ved å gjennomføre aksjonsforskning, mener prosjektlederen at daglig praksis kan være en nyttig kilde for forskere, samtidig som de kan utvikle og teste nye løsninger sammen med de ansatte.

#### 4.5.2 Samarbeid med Sentrer for omsorgsforskning

Det er etablert fem regionale sentre for omsorgsforskning. De er knyttet Universitetet i Agder, Høgskolen i Bergen, Høgskolen i Gjøvik, Høgskolen i Nord-Trøndelag og Universitetet i Tromsø. Et av målene for de regionale sentrene for omsorgsforskning, er å veilede de ansatte i utviklingssentrene, bidra til utvidet bruk av forskningsmetoder og stimulere til økt deltakelse i forskning på fagfeltet. For å gjennomføre dette får Sentrene for omsorgsforskning 600 000 fra Helsedirektoratet som er øremerket formålet.

Som en del av denne evalueringen har vi samlet spurt ledere av utviklingssentre om samarbeid med Sentrene for omsorgsforskning. I tillegg til dette har vi intervjuet utviklingssentrenes kontaktpersoner i Sentre for omsorgsforskning og samlet inn tilgjengelig informasjon i offentlige rapporter og på websider osv. Sentrene for omsorgsforskning varierer i størrelse, men de fleste arrangerer årlige nettverkssamling for utviklingssentre for hjemmetjenester og sykehjem i sin region. Noen har flere samlinger i løpet av året. Målet med samlingene er erfaringsutveksling og kunnskapsspredning. De fleste ledere for

Utviklingssentrene var fornøyd med deltakelse på disse samlingene og flere rapporterte at det var etablert samarbeid knyttet til alt fra søknadsskriving til langvarig forskningssamarbeid. Det er vanlig at en representant fra et senter for omsorgsforskning sitter i Fag- og samarbeidsråd i sentrene i regionen. De er derfor med å drøfte virksomhetsplan og strategi for sentrene. Sentrene for omsorgsforskning bruker Utviklingssentrene for å få tak i informanter og case til forskningsprosjekter. Det rapporteres også

Ifølge utviklingssentrene, veiledes de fra Senter for omsorgsforskning til å skrive prosjektrapporter og søknader. Selv om de fleste utviklingssentrene var positive til samarbeidet med Sentrene for omsorgsforskning, var det noen som mente at de fikk mer ut av samarbeidet med høyskoler, og noen som mente at det var lite behov for denne type kontakt. Noen Sentre for omsorgsforskning rapporterte at utviklingssentrene har forskjellige oppfatning om veiledning og noen mener at det er en slags tilsyn, eller kvalitetssikring. Sentrene for omsorgsforskning mener at de kan gjøre mye mer for noen utviklingssentre, spesielt i tidlige faser med formulering av problemstillinger og med bakgrunns litteratur. Noen av Sentrene for omsorgsforskning ga også uttrykk for at utviklingssentre og kommuner mangler en forskningsstrategi eller et langsiktig mål med å delta i forskning. Det ble stilt spørsmål om man skal forske for å løse enkelte problemer, eller om man skal forske for å nå det langsiktige målet om å heve kompetansen på et bestemt fagområde.

Det er en del utviklingssentre som oppgir at de har lite kontakt med Senteret for omsorgsforskning, samtidig som andre oppgir mye kontakt. Dette kan skyldes regionale forskjeller i organisering og arbeidsdeling i Sentre for omsorgsforskning. Fra vårt ståsted ser det ut til at utviklingssentre har mest kontakt med Sentre for omsorgsforskning der denne kontakten er samlet i en stilling. Der ansvaret for å holde kontakt deles opp på flere stillinger, ser det ut til at dette fragmenteres på en måte som er uheldig for utviklingssentrene. Noen påpeker at de veiledes i 10 prosent stillinger. Denne veiledningen ser ut til å gis konkret knyttet til prosjekter og vedkommende som gir veiledningen kjenner ikke til andre aspekter ved utviklingssentrene. I de tilfellene det ikke er prosjekter som det er naturlig å samarbeide med Senter for omsorgsforskning om, faller da kontakten bort.

Sentrene for omsorgsforskning registrerer at det er store forskjeller mellom utviklingssentrene, når det gjelder deres interesser og evner til utviklings- og forskningssamarbeid.

## 4.6 Andre aktører utviklingssentre samarbeider med

Utviklingssentrene samarbeider med et bredt spekter av aktører. Det inkluderer offentlig administrasjon på kommune- fylkes og statlig nivå, utdanningsinstitusjoner dvs. høyskoler, universiteter og videregående skoler, samt at de samarbeider med sykehus og kommuneleger, med apotek og med private produsenter av hjelpemidler og velferdsteknologi. I tillegg til vertskommunen utgjør samarbeidende aktører, og ikke minst samarbeidende kommuner, konteksten for læring. Flere samarbeidsprosjekter streker seg langt over fylkesgrenser og noen eksempler på internasjonal samarbeid ble også registret.

### 4.6.1 Fylkesmannen

Fylkesmannen er medlem i fag- og samarbeidsrådet og vedkommende framheves av mange ledere som den viktigste samarbeidspartneren utviklingssenteret har. Fylkesmannen har det som del av sitt embetsoppdrag å: « Bistå Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester i rollen som pådriver for kunnskap og kvalitet i sykehjem og hjemmetjenester i fylket blant annet med fokus på prosjekter vedrørende velferdsteknologi og tjenesteinnovasjon» (Embetsoppdrag 2015:30). Å bistå sentrene har vært en del av embetsoppdraget noen år og hva som er fokusområde varierer mellom år. Det har f.eks. også vært en del av embetsoppdraget å bistå med iverksetting av «Pasientsikkerhetskampanjen». Av en rådgiver får vi vite at Fylkesmannen har vært i styringsgrupper, i læringsnettverk, ytt finansiell støtte og er nå i fag- og samarbeidsrådet. Fylkesmannen er altså forholdsvis tungt inne og støtter utviklingssentrene i deres arbeid.

I 14 fylker oppgis det at det samarbeides med Fylkesmannen om nettverk for å nå ut til kommuner. Det samarbeides videre med Fylkesmannen om innsøking av prosjektmidler fra K2015 og annet. Det er kun ett senter i ett fylke som oppgir at det ikke

samarbeides med Fylkesmannen angående finansiering av prosjekter. Se også avsnitt 3.4. Mange oppgir også at det samarbeides med Fylkesmannen om konkrete prosjekter som demens, etikk, ernæring og annet. Det kan omtales som at «fylkesmannen eier nettverk», men at utviklingssenteret kan ta det i bruk til sitt formål.

Det kan tenkes at det er fylker med store geografiske avstander som samarbeider mest med Fylkesmannen, spesielt om å etablere nettverk med kommuner. Slik ser det imidlertid ikke ut til å være, det samarbeides uansett geografiske avstander. I noen tilfeller nevnes det likevel fra Senter for omsorgsforskning og Fylkesmannens representanter at Fylkesmannen også har vært pådriver for at utviklingssenteret skal innrette sitt arbeid mot andre kommuner enn vertskommunen. Ved et senter ble det påpekt at samarbeidet med fylkesmannen tok en retning der senteret samhandlet med kommuner etter at Fylkesmannen hadde gjennomført tilsyn. Da kunne senteret drive rådgivning på de aktuelle temaene som tilsynet hadde tatt opp knyttet til omsorgen for eldre.

#### 4.6.2 Fag- og samarbeidsrådet

De fleste sentre har etablert et Fag- og Samarbeidsråd, som består av nøkkelpersoner i fylket. Det er oftest satt sammen slik som anbefalt i strategien. En typisk sammensetning av Fag- og Samarbeidsrådet er:

- Fylkesmann
- Kommunal helse og omsorg på ledelsesnivå
- Fagutviklingssykepleier
- Hovedtillitsvalgte fra aktuelle fagorganisasjoner
- Utviklingssenterets leder
- Høgskole og/eller universitet
- Videregående skole eller fylkeskommunens utdanningsavdeling
- Helseforetaket
- Kommunens eldreråd
- Senter for omsorgsforskning

- KS

De fleste Fag- og Samarbeidsråd møtes to ganger i året og de fungerer som arena for informasjon og diskusjon om nasjonale satsinger i en lokal sammenheng og veiledning om prioriteringer. I 7 fylker ble det påpekt at Fag- og samarbeidsrådet fungerer dårlig eller ikke det hele tatt, i 7 andre ble dette omtalt som uklart for begge sentrene eller det felles senteret. I resten varierte det, og noen av dem påpekte at Fag- og samarbeidsrådet fungerte godt og etter hensikten i strategien. At rådene ikke oppfattes som å fungere ble forklart ved at det var vanskelig å rekruttere de rette personene til rådet. For eksempel ser vi at istedenfor å ha en dekan med i gruppen, ble det sendt en midlertidig ansatt på høgsolen; lederne eller personer med fullmakt til å fatte beslutninger deltar sjelden på møter, men det ble sendt stedfortredere. I en del fylker der det fortsatt er to råd fordi det er to sentre, ble det pekt på at det var på trappene å slå fag- og samarbeidsrådene sammen. Dette kan være et tegn på at de ikke fungerer som forventet, men det kan også være en praktisk ordning som retter seg etter de siste signalene som er gitt fra Helsedirektoratet.

Noen nevner at Fag- og samarbeidsrådet var veldig aktivt i etableringsfasen og bidro til prioritering av oppgaver, men når senteret ble bedre etablert, fikk Fag- og samarbeidsråd en rådgivende funksjon og ble ikke lenger involvert direkte i prioriteringsprosessen. Noen har opplevd at deltakerne i Rådet har agendaer for utviklingssenteret som er noe uforenlig med utviklingsstrategien. Dette gjelder for eksempel politikere, der de er medlemmer. Flere ledere har også nevnt at det er stor variasjon i hvor godt forberedt deltakerne er til møtene som avholdes. Det er kun to sentre som peker på at deres Fag- og Samarbeidsråd deltar aktivt i prioriteringer av senterets satsningsområder.

Sett under ett, kan vi si at mange sentre ikke har et godt fungerende Fag- og Samarbeidsråd, men det kan se ut som om det er forskjellige forventninger til det. Noen forventer at Fag- og samarbeidsrådet skal spille en større rolle i avgjørelser om hva utviklingssentrene skal arbeide med enn hva det faktisk gjør, mens andre forventer at de skal følge opp prosjekter og fungere som en slags styringsgruppe. Uansett hvilke forventninger utviklingssentrenes ledere har til Fag- og samarbeidsrådet fungerer



det trolig som et utgangspunkt for å etablere nettverk og finne samarbeidende aktører innenfor en del områder.

#### 4.6.3 Nasjonalt nettverk for Utviklingssentrene

Dette er et nettverk som ble opprettet og administreres av Helsedirektoratet. Alle ledere for utviklingssentrene blir invitert til å møtes en gang i året. Utvalgte prosjekter og eksempler på utvikling blir presentert. Alle som ble intervjuet var veldig fornøyd med disse samlinger og mente at de var viktig for å opprettholde et nasjonalt perspektiv og viktig for deling av ideer og erfaringer. Det som ble fremhevet var anledningen til å knytte kontakter med andre og bygge samarbeidskonstellasjoner for å søke om prosjektmidler i fremtiden. Det ble nevnt at flere samarbeidsprosjekter hadde oppstått etter slike samlinger. Som en intervjukandidat kommentert:

Vi hadde tenkt på det lenge, men trodde at prosjektet ville være for vanskelig for oss. Når vi hørte presentasjonen til en annen, så tenkte vi – dette kan vi gjøre.

#### 4.6.4 Aktører det er mindre samarbeid med

Det finnes noen andre aktører som flere Utviklingssentre har etablert et varig samarbeid med. For eksempel ekspertstøtte til informasjonsformidling og opplæring av frivillige. Flere intervjukandidater nevnte et økende behov for opplæring av denne gruppen. En annen gruppe er pårørende, som det ofte etableres nettverk med, slike nettverk har faste møter og felles aktiviteter. Det finnes andre lokale nettverk og grupper som fungerer på denne måten. Som regel er det ikke Utviklingscenteret som har ansvar for operativ drift av slike nettverk, men sentrene bidrar i etablering av disse.

Noen samarbeidspartnere blir trukket inn i prosjekter, noen eksempler som vi har kommet over er:

- Alderspsykiatrisk forskningssenteret (få nevner dette)
- NAV (også få som nevner)
- Sintef (flere sentre nevner Sintef, de er spredt geografisk)

- KS Kommunesektorens organisasjon (nevnes eksplisitt av 10 sentre, men er anbefalt som medlem i fag- og samarbeidsrådet og ut fra det er det en forventning om at de samarbeider)
- Høgskoler
- Universiteter
- Lokale seniorråd
- Pårørendesentre
- Kommunale ressursentre for demens
- Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse
- Nasjonalt kompetansesenter for utviklingshemming (NAKU)
- Helseforetak
- Lokale sykehus
- Norsk Designråd
- Bedrifter som utvikler velferdsteknologi
- Datatilsynet

Av disse aktørene er det verdt å nevne KS fordi de er sterkt ønsket som samarbeidsparter av utviklingssentrene regionalt. Beslutninger om eventuelt samarbeid ser det ut til at KS egne regionalkontor fatter og at samarbeidet derfor varierer. KS er av den oppfatning at kommuner bør delta mer i forsknings- og utviklingsarbeid knyttet til helse- og omsorgstjenestene og at kompetanse- og utviklingssentra må få sterkere lokal forankring i en ny kommunemodell, dvs. i forbindelse med strukturreformen som er på trappene. For og nå en målsetting om sterkere kommunalt eierskap og kobling til forskningsmiljøer anbefaler KS at det etableres regionale sentra for forskning og innovasjon i helse og velferd som eies av kommunesektoren. Det er deres mening at Sentrene for omsorgsforskning og utviklingssentrene bør inngå i en slik regional struktur for forskning på helse og velferd (Hovedstyresak 14/79, 12.12.14). Dette er KS` offisielle holdning til utviklingssentrene, og begrunnes blant annet med at det er Fylkesmannen som gjennomfører oppfølging av sentrene. Dermed inngår de i en statlig struktur for iverksetting av velferdspolitikken.

Det uttrykkes samtidig at sentrenes arbeid er positivt og at det kommer fram gode resultater.

## 4.7 Spredningsarbeid

Utviklingssentrene skal spre resultater av utviklingsarbeidet som gjennomføres og dette er en del av å være pådriver overfor andre kommuner. Dette gjennomføres til dels gjennom det nettverksarbeidet som er vist til over. Det er ikke helt enkelt for sentrene å tilnærme seg kommunene og dermed å utøve sin pådriverrolle. Vi så over at sentre i 14 fylker tilnærmet seg kommuner via Fylkesmannen og at det etterlyses en form på kommunal forpliktelse. Det er kun Vest-Agder som peker på at det er etablert bindende samarbeidsavtaler med alle kommuner i nedslagsfeltet.

En del sentre har brukt ressurser på å komme til rette med pådriverrollen:

Det var vanskelig under etablering dette med at vi også hadde en pådriverrolle for andre kommuner. Vi arbeidet en del med hvordan vi skulle få det til. Vi kikket på flere varianter av typene nettverk og samlinger. Nå har vi etablert samarbeid med fm, nå er det svart på hvitt. Vi har et godt samarbeid. Pådriverrollen blir mer strukturert og ordentlig nå. Etter møte med en del kommuner erfarer vi at de gjerne vil ha faglige nettverk. Demens nå først.

Det kan tenkes at pådriverrollen for fag- og tjenesteutvikling blir enklere hvis det satses på færre store prosjekter som varer en stund. Det vil gi kommunale representanter en mulighet til å fange opp at prosjektene er pågående og det kan dermed tenkes at de vil være mer villig til å la egen kommune delta. Det ser også ut til at dette er i ferd med å utvikle seg i og med at bruken av frie midler er på tilbakegang. Det er kun i Rogaland at det pekes på at det systematisk er hentet inn synspunkter fra kommuner på hvilke tema de kunne tenke seg at det ble etablert nettverk på, mens en del andre peker på at de får tilbakemelding fra kommuner om at de ønsker nettverk, men uten at de hentes inn systematisk.

Nettverk, læringsnettverk, artikkelskriving, og det finnes andre som fagringer, faglunsjer, erfaringskonferanser etc. Alt dette er spredningsvirkemidler som gjennomføres innenfor rammen av konferanse- eller møteformatet og konkret er det foredrag, diskusjon og samtale som er virkemidlene. Før man kommer så langt bør imidlertid prosjekter og annet utviklingsarbeid dokumenteres og det foregår gjerne i rapportform.

Ved sentrene for omsorgsforskning ble det pekt på at de lærte representanter for utviklingssentrene å skrive, også rapporter. Det kunne være en utfordring for noen sentre å dokumentere og slutføre prosjekter. Det henvises til at dette er kompetanse medarbeidere i utviklingssentrene og kommuner ikke har i tilstrekkelig grad. Prosjektene var ofte små, de involverte ikke så mange aktører i aktuelle kommuner og det skrevne resultatet ble karakterisert som for dårlig til at det kunne ha overføringsverdi til andre. Dette ble det i noen sentre tatt tak i og det ble gitt veiledning i skriving av rapporter og artikler:

Vi veileder også i siste fase av prosjekter. Rapportering og dokumentasjon. Hvordan skrive rapporter. Det er egentlig en stor sak og vi har drevet kompetanseheving ved å arrangere skriveverksteder. Vi hadde en rekke på fem samlinger. Der alle fire var representert. 15 deltakere på fem samlinger. I fjor vår. For å øke kompetansen på det å skrive, rapportere og dokumentere fra prosjekter.

Rapportene som ble skrevet fra prosjekter ble karakterisert som å være for dårlige metodisk – altså i beskrivelsen av hva som faktisk er gjennomført i prosjektene, til at det ville være mulig for andre å gjenta prosjektet. Det betyr at de som skriver rapportene ikke har den nødvendige kompetansen på forskningsmetode og ansatte i utviklingssentrene, men også de som skal arbeide med prosjekter, bør ha minimum en mastergrad.

Ved å sammenholde dokumentstudiet og intervjumaterialet ble vi oppmerksom på at det er mye aktivitet i utviklingssentrene som ikke rapporteres i skrevet form. Vi så også at mange av ulike grunner ikke har aktive nettsider. En mye brukt forklaring på dette er at vertskommuner er i ferd med å legge om sine nettsider, men andre var klare på at dette er aktivitet som ikke prioriteres. Blant annet prioriteres det ikke fordi det er en oppfatning av at

medarbeidere i kommuner ikke bruker tid på å søke på nettet etter informasjon. Kommunene selv oppgir i figur 5.1 at de i liten grad bruker sentrene nettsider. Utviklingsentre brukte derfor ressurser på å etablere facebookgrupper og blogger der det er mulig å kommunisere mer direkte med interesserte enkeltpersoner.

Samtidig hadde mange sentre både stipendiater, masterstudenter, og bachelorstudenter knyttet til virksomheten. De skal alle skrive oppgaver eller avhandlinger, også i form av artikler, og dette må anses som en viktig rapporterings- og spredningsvirksomhet som sentrene driver. Mange har også informasjonsaviser, men på samme måte som for nettsidene er det mange kommuner som ikke bruker disse aktivt. Se neste kapittel. Det kan se ut til at det er de samme problemene knyttet til disse som det er til de generelle i invitasjonene til å delta på arrangementer: lederne ved utviklingsentrene trodde ikke de kom fram til rette vedkommende når de ble sendt til kommunene.

## 4.8 Oppsummering

I det store og hele ser utviklingsentrene ut til å være lærende organisasjoner og de gjennomfører både kontinuerlig og kortsiktig forbedringsarbeid knyttet til egen organisasjon og knyttet til samarbeidet med andre. De er også innovative og har evnen til å endre seg relativt fort og tilpasse seg nye situasjoner, dvs. de kan håndtere uventede hendelser. Dette kan være endringer i statlige føringer eller forespørsler om å delta i forskning evt. i annet utviklingsarbeid.

Intensjonene med utviklingsentrene var at de skulle drive utviklingsarbeid og knytte sammen tjenesteenheter og ressurser i kommunal helse og omsorg både innenfor eget fylke, og mellom utviklingsentre, med forsknings- og utdanningsmiljøer. Dette har de fleste gjort. Noen har fått til store prosjekter, noen har klart å finansiere ekstra stillinger og noen har til og med fått internasjonal oppmerksomhet omkring sine prosjekter.

Samarbeid med Fylkesmannen ser ut til å være viktig for de sentrene som har skapt stor aktivitet. Ved å samarbeide med Fylkesmannen finner Utviklingsentrene at det er lettere å motivere representanter fra kommunene til å delta i interkommunale samlinger. I de tilfellene hvor Fylkesmannen var

mindre engasjert i Utviklingssentrenes arbeid eller hvor det var dårlig kommunikasjon, var det lavere aktivitetsnivå i sentrene.

Kun to utviklingssentre har utarbeidet bindende samarbeidsformer med kommunene i nedslagsfeltet sitt. Mange sentre har etablert samarbeid med flere kommuner og har møter minst en gang året. Mange har møter flere ganger. De få som ikke har slike møter, oppgir geografiske avstander som årsaken. I våre intervjuer har vi spurt om hvorfor noen kommuner velger og ikke delta i slike samlinger og det kan se ut som det er flere grunner. For det første er det ikke mulig å si at små kommunene har problemer med å delta aktivt. Nore og Uvdal med 2 500 innbyggere er et eksempel på en liten kommune som er aktiv. For det andre kan vi sette fram en antakelse om at vertskommunens størrelse har betydning – desto større vertskommune desto mindre er samarbeidet utad.

For det tredje kan det se ut til at det er noen forskjeller mellom fylker, der det i noen systematisk er de mindre og mer usentralt beliggende kommunene som samarbeider lite med utviklingssenteret. Samtidig observerer vi at det også er store kommuner som ikke samarbeider med utviklingssenteret. Vi kan heller ikke hekte mangelen på samarbeid på en oppfatning om at de kommunene som ikke deltar i samarbeid er mindre innovative, utviklingsorienterte eller har en dårligere kultur for læring i sin organisasjon enn de som samarbeider. Ledere for utviklingssentre oppfattet det dit hen at kommuner som ikke deltok i nettverkene de organiserte, hadde eget utviklingsarbeid.

Det er noen nyanser i dette som diskuteres nærmere i kapitlene 5 og 6. Uansett ser det ut til at det er rom for forbedringer i spørsmålet om samarbeid med andre kommuner enn vertskommunen også fra utviklingssentrenes side.

De fleste senterlederne var veldig entusiastiske og fortalte om suksess med nettverk, både fagnettverk og læringsnettverk på ulike tema. Det kan se ut som nettverksarbeid over tid er definert som kjernen i utviklingssentrenes oppgaver, noen ganger til fordel for utviklingsarbeid. I tillegg til formidling av kompetanse og ny praksis, er det ofte når senterlederne arbeider i fagnettverk at de fanger opp ideer og behov for fremtidige prosjekter. Det kan diskuteres om arbeidet i disse fagnettverkene bør dokumenteres bedre. Noen har rapportert at det er vanskelig å kopiere hva andre

har gjort basert på korte beskrivelser av resultater. Samtidig sier de fleste at de alltid må gjøre lokale tilpasninger av prosjekter, noe som gjør detaljerte skriftlige beskrivelser mindre nyttig. Det kan tenkes at sentrene trenger mer støtte til å skrive sluttrapporter fra prosjekter eller at arbeidet med prosjekter skal endres. Dersom sentrene skal lære av hverandre, bør det også være mulig å lære av hverandres feil. For å få til dette, bør det være aksept for mindre vellykkete tiltak og en mulighet til å presentere disse på nettverkssamlinger, helst med diskusjoner.

Dette er et trekk ved lærende organisasjoner, at de har en kultur som belønner prøving og feiling, eller en kultur som legger mer vekt på problemløsning enn stillingsinstrukser. Vi har sett over at dette til en viss grad gjøres når det kommer til det faglige eller kliniske innholdet i kommunalt helse- og omsorgsarbeid, men det kan tenkes at det skal utvides til å omfatte organisasjonskultur som begrep og fenomen. De fleste organisasjoner har en kultur, uten at de har tenkt noe særlig over hva slags kultur det er. Kommuner kan bli bevisst sin organisasjonskultur – er den positiv eller negativ til endring – og endre denne over tid. Det er mulig. Det er også mulig å utvikle bestemte lederroller eller forsteke en lærende kultur i de aller fleste organisasjoner, og det kan tenkes at dette er et aspekt ved utviklingssentrene arbeid det eventuelt skal legges mer vekt på. Dersom en organisasjon har en lærende kultur, er det mye større sjanser for at de ansatte tar gode avgjørelser, også i nye situasjoner som de aldri har fått opplæring i.

At utviklingssentrene har en lærende kultur kommer klart frem i alle tiltakene de gjennomfører i løpet av et år. De finner kreative måter å skape resultater med ofte beskjedne midler og langt de fleste utviklingssentrene skaper ekstra verdier for Helsedirektoratets midler. Kapitlene tre og fire har vist at det, i tillegg til praktisk arbeid, er mange administrative rutiner og regler sentrene må forholde seg til, og det er tvilsomt om dette kan gjøres med mindre enn en hel stilling ved senteret. Vi har sett at mange sentre har stor nytte av å være del av et større fagmiljø, enten ved at senteret har mange ansatte eller at de er lokalisert sammen med andre fagpersoner i kommunen. Det bør tas hensyn til verdien av sterke fagmiljøer i fremtidig organisering av utviklingssentrene.

Alle utviklingssentrene deltar i samarbeid, både for å bestemme prioritering og for å utvikle ny kunnskap og ny praksis. Alle

sentrene har mange og varierte samarbeidspartnere, og det ser ut til at praksis og kunnskap er under kontinuerlig utvikling. Dette er ikke mye diskutert i kapitlene, men det er en risiko for at et sterkt fokus på utnyttelse av årets midler, samtidig som man ønsker å imøtekomme de ansattes behov, kan lede til en mindre strategisk utvikling av kunnskap. Det bør også vurderes om prosjekter kan dokumenteres på en mer systematisk måte. Noen sentre har lite kontakt med forskningsmiljøer og det bør vurderes om noen tiltak kan iverksettes for å styrke kontakten mellom disse sentrene og aktive forskningsmiljøer.

Med tanke på fremtiden, kan det være et økende behov for sentrene å inkludere frivillige og pårørende i større grad enn de gjør i dag, samt utvide sitt fokus mot andre brukergrupper enn eldre. En annen trend som vi forventer å se mer av i fremtiden, er behov for tverrfaglig samarbeid. Mange sentre er allerede kjent med begrepet, men vi fant at bare to sentre fokuserte på dette. Det vil kanskje være nødvendig å finne mer systematiske metoder for tverrfaglig samarbeid. Når det gjelder kontakt med studenter, kom det frem at sentrene har god kontakt med sykepleieundervisning, men at kontakten med studenter innen de andre treårige velferdsfagene var dårligere. I sammenheng med et fokus på tverrsektorielt arbeid vil det også være mulig å rette seg mot andre utdanningsgrupper, for eksempel ergo- og fysioterapi, men også vernepleie og barnevernspedagogikk er nevnt.



## 5 Kommunenes samarbeid med utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester

### 5.1 Innledning

I dette kapitlet ser vi på enkeltkommunenes samarbeid med utviklingssentrene i deres respektive områder. Vi benytter oss av data (N=277) fra spørsmålene i vår undersøkelse som rettet seg mot kommunenes forhold til utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) – med spørsmål både om hvilke *typer samarbeid* man innleder med sine utviklingssentre og om *hvilke oppgaver* man eventuelt samarbeider om. Vi gir først en kort oversikt over datamaterialet (svarprosent og representativitet), og viser deretter hvordan samarbeidet kan karakteriseres med henblikk på noen overordnede *geografiske forskjeller i samarbeidsomfang* og med henblikk på hvilke *former for samarbeid* som kommunene har med utviklingssentre i sitt område.

I en neste del av analysene spør vi hva som kan påvirke den enkelte kommunens samarbeid med et utviklingscenter (US).<sup>3</sup> Eksempelvis kan man tenke seg at *avstanden* til kommunen som er vert for det relevante US spiller en rolle – jo større fysisk avstand, desto vanskeligere blir det for eksempel for medarbeidere i en kommune å delta på aktiviteter arrangert av US. Og en kan tenke seg at «problemene» som vertskommunen tar med seg inn i «sitt eget» US vil ligne mindre på problemene en selv er opptatt av når US på denne måten ligger «langt unna». I analysene tester vi en slik

---

<sup>3</sup> Vi vil bruke USHT og US om hverandre om sentre som arbeider med kun ett eller begge områder – selv om USHT kan antyde at det aktuelle senteret arbeider *både* med sykehjems- (SH) og hjemmetjenestedelen (HT). Der det er tvil om det arbeides med ett eller begge områder vil det fremgå av omtalen ellers.

«avstandshypotese», og vi ser blant annet også på om kommuner av ulik størrelse får mer eller mindre ut av et samarbeid med et US, samt om vertskommunens befolkningsstørrelse også har betydning for samarbeidsomfanget.

I korte trekk kan slike analyser vise noe om en *fornuftig organisering av utviklingsentre*. Tre viktige funn i analysene er nettopp at

- mindre kommuner,
- kommuner med stor avstand til et US og
- kommuner som sogner til US der vertskommunen er av en viss størrelse
- kommuner som sogner til områder der sentrene er delt inn i et for sykehjem og et for hjemmetjenester

alle rapporterer om et *mindre samarbeidsomfang* enn andre kommuner, og vi diskuterer oppsummeringsvis disse funnene i lys av mulige fremtidige organisering av kommunenes utviklingsarbeid på sykehjems- og hjemmetjenesteområdet.

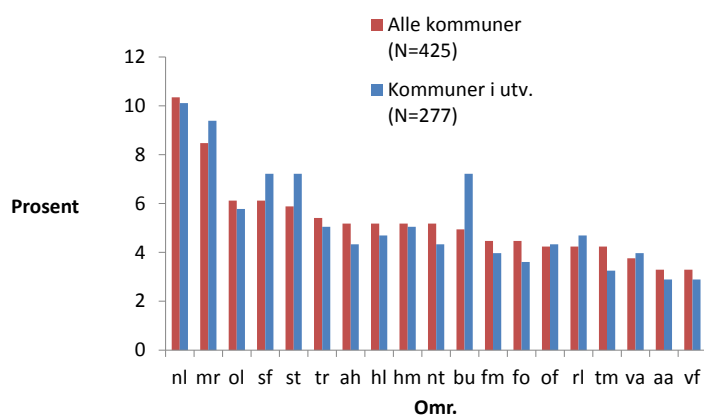
## 5.2 Kort om undersøkelsen og om noen generelle samarbeidsmønstre

Spørreskjemaundersøkelsen om kommunenes samarbeid med USene hadde fire hovedspørsmål (med underspørsmål) – et spørsmål om *hvorvidt* samarbeid i det hele tatt forekommer, et om *hvordan* det samarbeides, et om *hva* det samarbeides om og et om hvem som tar *initiativ* til samarbeid (se spørreskjema i vedlegg 1). Etter fire purrerunder hadde til sammen 277 kommuner svart på disse spørsmålene, hvilket altså gir en svarprosent på  $277/427\%=65\%$ , som kan være noe lavt, men som er «akseptabel» og ikke uvanlig for denne typen undersøkelser.

Ser en for eksempel på hvor svarene kommer fra, ser det ikke ut til at visse kommunetyper er svært over- eller underrepresentert i våre data: Det ser ut til at de fleste typer forekommer i like stor grad i våre data som i «kommune-Norge» ellers, og dette gjelder både når

kommunene grupperes etter USHT-område, jf. figur 5.1, og etter sentralitet (SSB), jf. figur 5.2.<sup>4</sup>

Figur 5.1 *Representativitet etter USHT-område (kommuner utenom Oslo)*



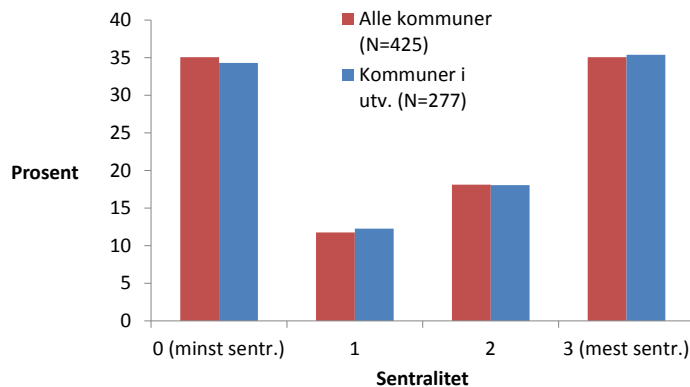
*Forklaring:* nl=Nordland, mr=Møre og Romsdal, ol=Oppland, sf=Sogn og Fjordane, tr=Troms, ah=Akershus, hl=Hordaland, hm=Hedmark, nt=Nord-Trøndelag, bu=Buskerud, fm=Finnmark, fo=Fonna, of=Østfold, rl=Rogaland, tm=Telemark, va=Vest-Agder, aa=Aust-Agder, vf=Vestfold.

Også når det gjelder befolkningsstørrelse ser det ut til at forskjellige typer kommuner er godt representert: Mens gjennomsnittlig befolkningsstørrelse blant kommuner (utenom Oslo) i Norge ligger på  $m=10\,455$ , er gjennomsnittsverdien i våre data ( $N=277$ ) kun noe større,  $m=12\,103$ .<sup>5</sup> Vi finner altså ikke noen umiddelbar grunn til å anta at våre data ikke er representative for «kommune-Norge» ellers og vi går derfor videre med analysene.

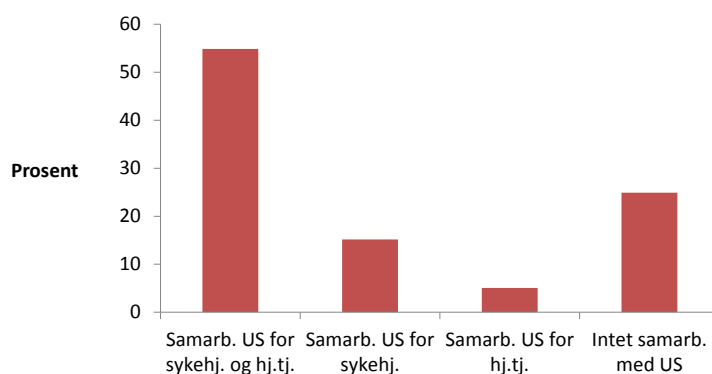
<sup>4</sup> Selv om overrepresentasjonen ser ut til å være konsentrert noe i Sogn og Fjordane, Sør-Trøndelag og Buskerud i vårt utvalg. USHT-områdene følger stort sett fylkesgrensene, bortsett fra i deler av Hordaland og Rogaland, der ett område, Fonna, dekker kommuner fra de to nevnte fylkene. Her, og for befolkningsstørrelse som diskuteres nedenfor, legges til grunn mål for kommunene (utenom Oslo) som har tilgjengelige opplysninger for 2014.

<sup>5</sup> Til gjengjeld er spredningen i befolkningsstørrelse større i våre data, med standardavvik  $s=24\,783$ , mot  $m=21\,018$  blant alle kommuner utenom Oslo.

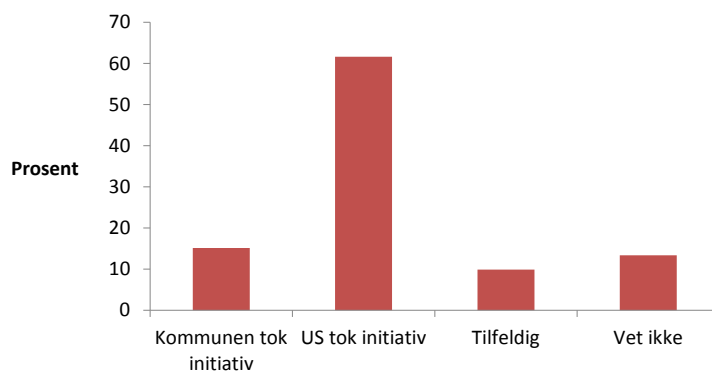
Figur 5.2 *Representativitet etter sentralitet (SSB) (kommuner utenom Oslo)*



Ser vi først på tendensen til å ha et samarbeid med et US viser figur 5.3 at de fleste kommuner oppgir å ha et samarbeid med et US. Og de aller fleste, ca. 55 prosent, oppgir å samarbeide både med sykehjems- (SH) og hjemmetjenestedelene (HT), mens ca. 15 prosent oppgir samarbeid med kun SH-delen, og ca. 5 prosent oppgir samarbeid med kun HT-delen. Dette er sammenlignbart med resultatet av spørreskjemaundersøkelsen som ble sendt alle kommuner i 2013 i regi av evalueringen av K2015, der vi fant at 179 kommuner, av 244 som svarte på spørsmålet, samarbeider med et utviklingssenter (K2015, upubliserte resultater). Likevel er det en betydelig andel, ca. 25 prosent, som ikke samarbeider med et US i det hele tatt.

Figur 5.3 *Kommuners samarbeid med USHT (N=277)*

Figur 5.4 under viser videre at det i stor grad er utviklingssentrene som tar initiativ til samarbeid, men at ca. 15 prosent av kommunene viser til at de selv har tatt initiativ til et eventuelt samarbeid. Intervjuene i utviklingssentrene (se kapittel 4) viser det samme mønsteret mht. samarbeid; det er som regel sentrene som tar kontakt med kommuner for å sette i gang prosjekter eller rekruttere kommuner til forsknings- og utviklingsarbeid. Samtidig tar kommuner kontakt for å få bidrag til sin internundervisning eller for å få mulighet til å hospitere ved utviklingsentre.

Figur 5.4 *Initiativ til samarbeid mellom USHT og kommuner (N=172)*

Samarbeidsmønsteret varierer også betydelig etter US-område, der samarbeid (med SH- og/eller HT-delen) er mest utbredt i Vest-Agder, Aust-Agder og Vestfold (der alle kommuner i utvalget oppgir samarbeid) og minst blant Akershuskommunene – se tabell 5.1. I kapittel 4 viste vi til at Vest-Agder er et av fylkene der det er inngått bindende avtaler mellom utviklingsentrene og kommuner i nedslagsfeltet – og en slik «forpliktelse» kan være en grunn til et betydelig samarbeidsomfang i dette området.

Tabell 5.1 *Samarbeidende kommuner fordelt på utviklingsentre*

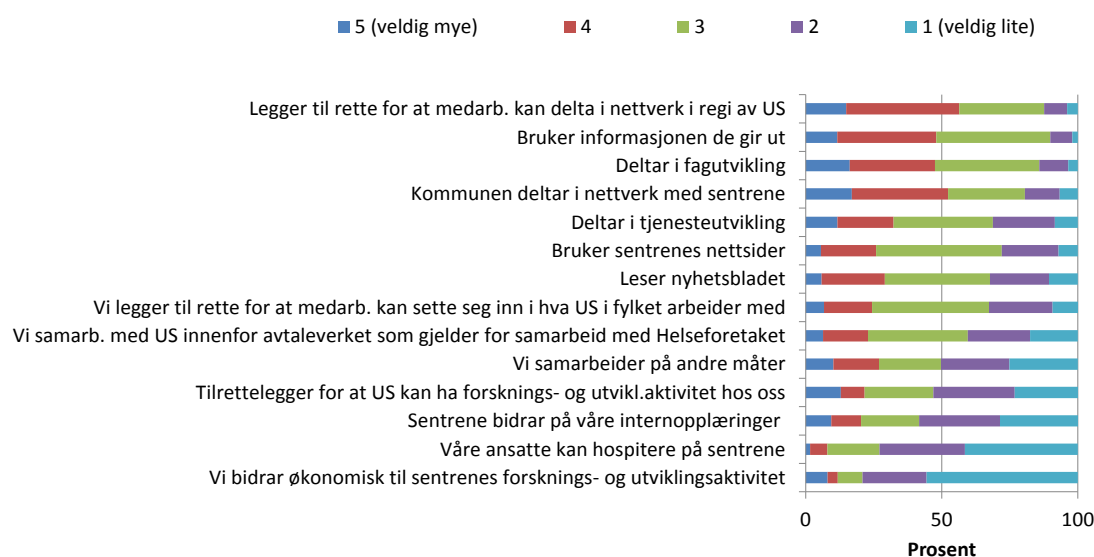
	<b>N</b>	<b>Andel kommuner som samarbeider med US</b>	<b>Andel kommuner som oppgir eget initiativ til samarbeid med US</b>
Vest-Agder (va)	11	1,00	0,00
Aust-Agder (aa)	8	1,00	0,00
Vestfold (vf)	8	1,00	0,13
Østfold (of)	12	0,92	0,25
Fonna (fo)	10	0,90	0,00
Sogn og Fjordane (sf)	20	0,85	0,05
Rogaland (rl)	13	0,85	0,08
Oppland (ol)	16	0,81	0,13
Buskerud (bu)	20	0,80	0,15
Telemark (tm)	9	0,78	0,33
Hordaland (hl)	13	0,77	0,08
Finnmark (fm)	11	0,73	0,09
Hedmark (hm)	14	0,71	0,07
Møre og Romsdal (mr)	26	0,69	0,12
Troms (tr)	14	0,64	0,14
Nordland (nl)	28	0,61	0,07
Sør-Trøndelag (st)	20	0,60	0,05
Nord-Trøndelag (nt)	12	0,58	0,08
Akershus (ah)	12	0,50	0,00
Totalt	277	0,75	0,09

En ser også «trykket» fra enkeltkommuner for å etablere samarbeid varierer geografisk – målt ved andelen initiativtagere pr. US-

område (siste kolonne i tabell 5.1). Mens 33 prosent av kommunene i Telemark (tre kommuner) oppgir å ha tatt initiativ til et samarbeid, er det i flere områder ingen eller kun en til to kommuner som tar et slikt initiativ.

Figur 5.4 og 5.5 viser svarene på spørsmålene om samarbeid med US når det gjelder henholdsvis *hvordan* det samarbeides og *hva* det samarbeides om.<sup>6</sup>

Figur 5.5 *Samarbeidsformer: På hvilken måte samarbeider dere med US?*  
(N=163-198)



Her ser en at typiske «deltagende» måter å samarbeide på (for eksempel at man deltar i «fagutvikling» og «tjenesteutvikling») oppgis som noe man til dels gjør relativt «mye» av, men også at andre samarbeidsmåter, slike som å hente inn informasjon (bruk av «informasjon», bruk av nettsider mv.) oppgis å forekomme relativt mye (se figur 5.4).

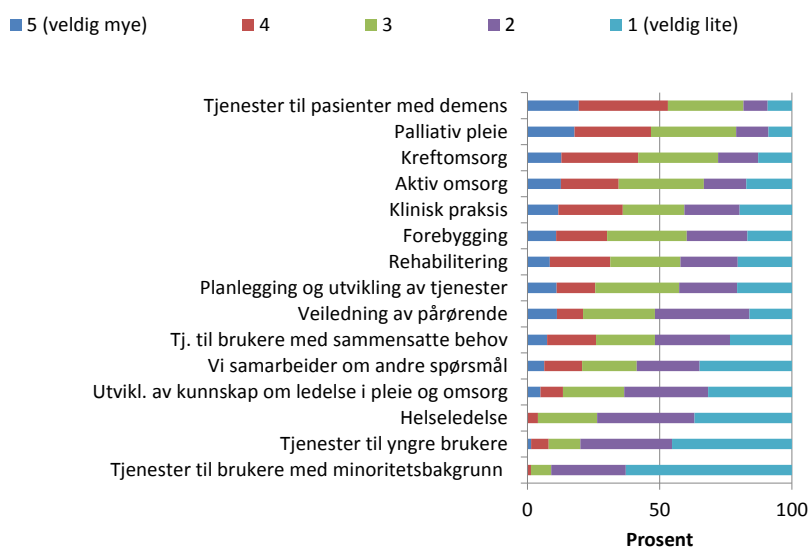
Når det gjelder *hva* det samarbeides om ser en at det som i snitt oppgis som å forekomme relativt «mest» er samarbeid om oppgaver som dreier seg om tilstander hos pasienter eller kliniske oppgaver («palliativ pleie», kreftomsorg» mv.), mens samarbeid

<sup>6</sup> Der spørsmålene er rangert etter gjennomsnittsskåre der 1=«veldig lite» til 5=«veldig mye».

som konsentrerer seg om ulike grupper (om for eksempel «yngre brukere») oppgis å forekomme noe sjeldnere (se figur 5.5).

Figur 5.6 *Samarbeidsoppgaver: Om hvilke oppgaver samarbeider dere med US? (N=88-138)*

Her er det vist til hvordan kommuner og US *typisk* samarbeider og



hva de *typisk* samarbeider om. Det er også interessant å se hva som kan forklare *variasjoner* i slike samarbeidsformer og -oppgaver. Er det slik at enkelte kommunetyper, for eksempel store eller små kommuner, mer enn andre har tett samarbeid der man deltar aktivt? Eller har enkelte kommunetyper mer enn andre en tendens til å legge vekt på visse oppgaver i samarbeidet med et US? Vi undersøker slike tendenser nærmere i neste del av analysen.

### 5.3 Hva kan forklare kommunenes samarbeidsmønstre?

For å lette analysen, og også for å komme frem til sikrere mål for ulike typer samarbeid, konstruerer vi *indekser* for slike basert på svar fra flere enkeltspørsmål: Slik kan man både samle informasjon i ett mål (en indeks) som omhandler en «type» samarbeid, der ulike delsvær (på enkeltspørsmål) understøtter hverandre, og man unngår en situasjon der for eksempel lav svarprosent på ett enkelt delspørsmål gjør en analyse svært usikker.



Vi begynner med en *eksplorativ faktoranalyse* (se for eksempel Gorush 1983, Kim og Mueller 1978a, Kim og Mueller 1978b) av delspørsmålene vi presenterte i figurene 5.4 og 5.5 ovenfor.<sup>7</sup>

Her ser vi altså på *sammenhengen* mellom svarene på delspørsmålene vi har stilt kommunene. Vi har en forventning om at spørsmål som måler den samme typen samarbeid (formen eller oppgavetyper det dreier seg om) vil korrelere sterkt. For eksempel vil en kommune som oppgir å «bruke senterets nettsider» «veldig mye» trolig også svare at man i stor grad «bruker informasjonen de gir ut». Faktoranalysen bør altså kunne fange opp eventuelle mønstre der visse spørsmål «klumper seg sammen» (korrelerer) innenfor noenlunde meningsfylte klasser (*faktorer*) av samarbeidsformer og -typer. I forrige avsnitt viste vi til hvilke oppgaver kommunene oppfatter at de samarbeider med utviklingssentrene om. Flere av spørsmålene vi stilte der bør også kunne sammenlignes med aspektene ved ulike samarbeidsformer og oppgavetyper som måles i de kvantitative data (delspørsmålene) vi analyserer her.

Resultatene av faktoranalysene presenteres i tabellene 5.2 og 5.3 nedenfor. For å undersøke om tendensen til samarbeid langs ulike dimensjoner (former og oppgavetyper) har sammenheng med en tendens til at det fokuseres på *både* SH- og HT-området inkluderes indikatorer for dette (se figur 5.3) også i analysene.

---

<sup>7</sup> Dvs. blant dem som oppgir et samarbeid med US i det hele tatt. Siden svarene på delspørsmålene er kategoriske og med relativt få kategorier (dvs. 5 kategorier fra 1 til 5) legger vi til grunn såkalte *polykoriske* korrelasjoner i faktoranalysene: Ved bruk av sedvanlige *Pearsons* korrelasjoner underestimeres ofte sammenhengen mellom de enkelte indikatorene (delspørsmålene) (se for eksempel Nunnally og Bernstein 1994).

Tabell 5.2 *Overordnede samarbeidsformer (faktoranalyse av delspørsmålene vist i figur 5.4) (N=185-277)*

Delspørsmål	Faktor			
	1	2	3	4
Legger til rette for at medarb. kan delta i nettverk i regi av US	0,87	-0,11	0,09	0,11
Deltar i fagutvikling	0,84	0,05	0,09	-0,06
Deltar i tjenesteutvikling	0,83	0,08	0,05	-0,16
Kommunen deltar i nettverk med sentrene	0,67	0,06	0,15	0,16
Vi bidrar økonomisk til sentrenes forsknings- og utviklingsaktivitet	0,11	0,85	-0,07	-0,05
Våre ansatte kan hospitere på sentrene	-0,27	0,85	0,15	-0,05
Sentrene bidrar på våre internopplæringer	0,12	0,69	0,16	-0,03
Tilrettelegger for at US kan ha forsknings- og utvikl.aktivitet hos oss	0,40	0,58	-0,17	0,07
Vi samarbeider på andre måter	0,36	0,52	0,00	0,16
Vi samarb. med US innenfor avtaleverket som gjelder for samarb. med HF	0,36	0,38	0,19	-0,02
Vi legger til rette for at medarb. kan sette seg inn i hva US i fylket arbeider med	0,38	0,37	0,20	0,07
Leser nyhetsbladet	0,06	-0,09	0,90	-0,05
Bruker sentrenes nettsider	0,01	0,22	0,75	0,11
Bruker informasjonen de gir ut	0,34	0,10	0,60	0,10
Samarbeider med US på HT-området (=1)	-0,04	-0,01	-0,11	0,97
Samarbeider med US på SH-området (=1)	-0,03	-0,05	0,14	0,93
Korrelasjon mellom faktorer:	Faktor 2	0,47	-	-
	Faktor 3	0,45	0,39	-
	Faktor 4	0,21	0,03	0,17

Faktor 1: Deltagende samarbeid

Faktor 2: Opplæringssamarbeid

Faktor 3: Informasjonssamarbeid

Faktor 4: Samarbeid på både SH- og HT-området

*Forklaring: Principal components med Oblimin-rotasjon basert på polykoriske korrelasjoner. Faktorer med eigenvalue>1. Faktorladninger>0,5 markert.*

Tabell 5.3 *Overordnede samarbeidsoppgaver (faktoranalyse av delspørsmålene vist i figur 5.5) (N=88-277)*

Delspørsmål	Faktor		
	1	2	3
Tjenester til brukere med minoritetsbakgrunn	0,88	-0,21	-0,15
Tjenester til pasienter med demens	0,88	-0,12	0,07
Utvikling av kunnskap om ledelse i pleie og omsorg	0,87	-0,01	0,02
Tjenester til brukere med sammensatte behov	0,81	0,05	0,01
Tjenester til yngre brukere	0,76	0,12	-0,09
Helseledelse	0,73	-0,05	0,04
Rehabilitering	0,71	0,32	0,09
Planlegging og utvikling av tjenester	0,70	0,20	0,22
Forebygging	0,62	0,34	0,01
Aktiv omsorg	0,61	0,37	0,02
Veiledning av pårørende	0,59	0,30	0,15
Vi samarbeider om andre spørsmål	-0,01	0,79	0,19
Palliativ pleie	0,41	0,64	-0,18
Klinisk praksis	0,46	0,55	0,00
Kreftomsorg	0,49	0,52	-0,32
Samarbeider med US på SH-området (=1)	0,35	-0,21	0,98
Samarbeider med US på HT-området (=1)	-0,23	0,28	0,87
Korrelasjon mellom faktorer:	Faktor 2	0,46	-
	Faktor 3	0,02	0,12

Faktor 1: Samarbeid om generelle og gruppefokuserede oppgaver  
 Faktor 2: Samarbeid om kliniske og problemfokuserede oppgaver  
 Faktor 3: Samarbeid på både SH- og HT-området

*Principal components* med *Oblimin*-rotasjon basert på polykoriske korrelasjoner. Faktorer med eigenvalue>1. Faktorladninger>0,5 markert.

Det framstår tre hovedtyper av *samarbeidsformer*: «deltakende samarbeid», «opplæringssamarbeid», «informasjonssamarbeid», og to typer *oppgaver det samarbeides om*: samarbeid om henholdsvis «kliniske og problemfokuserede oppgaver» og om «generelle og gruppefokuserede oppgaver». Betegnelsene her samsvarer noenlunde med dem vi benyttet i omtalen av enkeltspørsmålene (under omtalen av figurene 5.4 og 5.5 over). Vi ser også at

analysene i begge tilfeller fanger opp en faktor som viser sammenheng mellom SH-delsamarbeid og HT-delsamarbeid – noe som er rimelig: Kommuner som samarbeider mye om den ene delen vil mest sannsynlig også ha et omfattende samarbeid på det andre området. En merker seg uansett at en slik tendens *ikke* ser ut til å ha sammenheng med de andre faktorene: Korrelasjonen mellom denne faktoren og de andre faktorene (som går på former og oppgavetyper) er ikke betydelig (korrelasjonen her er alltid mindre enn korrelasjonene mellom de andre faktorene, og stort sett liten i seg selv, dvs.  $<0,21$ ).

Med andre ord, ser det *ikke* ut til at tendensen til ulike samarbeidsformer eller samarbeid om ulike oppgavetyper er avhengig av at det samarbeides med både SH- og HT-delen. På den annen side ser det ut til at det er noe sammenheng mellom ulike samarbeidsformer og samarbeid om ulike oppgavetyper, dvs. en tendens til at kommuner som har et omfattende «deltagende samarbeid» også har et omfattende «informasjonssamarbeid» eller at kommuner som samarbeider mye om «generelle og gruppefokuserede oppgaver» også samarbeider om «kliniske og problemfokuserede oppgaver». Dette tyder altså på at det går et viktig skille mellom grader av samarbeid *per se*. I den videre analysen konstruerer vi uansett *additive indekser* – dvs. et gjennomsnitt av skårene for de delspørsmålene som inngår i indeksen (0=ikke samarbeid med US eller 1 til 5 på delspørsmålet) – for de tre samarbeidsformene og de to oppgavetyperne det her er snakk om: Når vi skal se på variasjonen i samarbeidet med US kan det tenkes at enkelte typer samarbeid i større eller mindre grad kan forklares av de ulike forklaringsfaktorene.

Vi gjennomfører i det videre multiple regresjonsanalyser der vi vil se på ulike faktorer som kan forklare samarbeidsgrader langs de dimensjonene vi har funnet.

En hypotese er at små kommuner har et stort *potensial* for utvikling i en liten, og kanskje mindre profesjonell organisasjon og dermed søker et tettere samarbeid med US enn større kommuner. På den annen side vil mindre kommuner også ha større kapasitetsproblemer enn store kommuner, og slik sett ha vanskeligere for å sette av ressurser for et omfattende US-samarbeid (slik vi fant holdepunkter for i kapittel 4). Slik sett kan det teoretisk være et åpent spørsmål om *kommunestørrelse*, som

inkluderes i analysene som forklaringsvariabel, har en positiv eller negativ effekt på samarbeidsomfanget. I tillegg inkluderer vi mål for den enkelte kommunens *sentralitet* (SSB), for å ta høyde for at samarbeid også for eksempel kan dreie seg om et senter-periferi-fenomen, og vi tar hensyn til at enkelte av kommunene i vårt materiale selv er *vertskap for et US*, og dermed, rimeligvis, vil ha et større samarbeidsomfang enn ellers gjennom en slik rolle.

Derneft kan man tenke seg at kommunens *behov* for utvikling og dermed et samarbeid med et US vil være avgjørende. En hypotese er altså at kommuner med større behov oppgir et større samarbeidsomfang (gitt ved verdien på en aktuell indeks). Her inkluderer vi et mål for den enkelte kommunens levekår, nemlig SSBs *levetårindeks*, som har verdier fra 1=små levetårproblemer til 10=store levetårproblemer.<sup>8</sup> I tillegg inkluderer en indikator for hvorvidt *kommunen selv har tatt initiativ* til et samarbeid (se figur 5.4) som en indikasjon på at kommunen nettopp opplever et behov for et US-samarbeid.

Analysene inneholder videre et mål for *avstanden* (i mil) mellom den enkelte kommunen og det aktuelle senteret – eller *avstander* der man har et US for HT og et for SH i områder der ansvaret for disse ikke er samlet under ett tak.<sup>9</sup> En hypotese er som nevnt at kommuner med lang avstand til et senter i mindre grad vil oppgi et omfattende samarbeid (til det vil reiseavstander mv. gjøre et tett samarbeid vanskelig).

En kan også tenke seg at egenskaper ved vertskommunen for US har betydning for hvordan andre kommuner opplever sitt samarbeid. For eksempel kan det tenkes at større vertskommuner, i kraft av sin byråkratiske tyngde, i større grad enn andre vil sette sitt preg på aktiviteten i US, slik at samarbeidende kommuner vil oppleve dette problematisk – mens et samarbeid med et US i en mindre vertskommune mer kan oppleves som et samarbeid i en

---

<sup>8</sup> Indeksen sammenfatter ulike indikatorer (bla. arbeidsledighet, voldstilfeller mv.), og vi legger her til grunn en snittverdi over årene 2005-2008. Se for eksempel [www.ssb.no/a/kortnavn/hjulet/2008-10-17-04.html](http://www.ssb.no/a/kortnavn/hjulet/2008-10-17-04.html).

<sup>9</sup> Målene er basert på avstander beregnet mellom koordinater for kommunesentre samlet inn av Erik Bolstad, se <http://www.erikbolstad.no/geo/skandinavia/norske-kommunesenter/>. En ulempe kan være at disse ikke måler avstander mellom aktuelle kommuner og US-sentre (selv om USer nok ofte vil ligge i sentrum av vertskommunen).

mer «nøytral arena». Analysene inkluderer derfor også mål for *vertskommunenes befolkningsstørrelse*.

Til sist legger vi også til et mål for US-området den enkelte kommune befinner seg i har *samlet SH- og HT-delene i ett senter*. Hypotesen her er at en slikt grep kan gi visse synergier som gjør et samarbeid mer attraktivt og omfattende. Vi inkluderer også et mål for *antallet kommuner i et aktuelt US-området som oppgir å ta initiativ til et US-samarbeid*, som en indikator for om området dreier seg om er spesielt «på hugget» når det gjelder US-aktiviteter.

Tabell 5.4 nedenfor viser deskriptiv statistikk for analysevariablene. Her ser en blant annet at samarbeidsformen «opplæringssamarbeid» oppgis å forekomme noe mindre enn de to andre, og at samarbeid om «kliniske og problemfokusert» oppgaver forekommer noe mer enn samarbeid om «generelle og gruppefokuserte» oppgaver (som også antydte i figurene 5.4 og 5.5). En legger også merke til at befolkningsstørrelsen til vertskommunen for samlede SH- og HT-sentre er noe større enn tilsvarende for vertskommuner med ansvar kun for ett av områdene (i snitt 90 000 innb.), og avstanden til vertskommunen er mindre i førstnevnte (dette dreier seg altså om områdene Aust-Agder, Fonna, Hordaland, Rogaland, Sogn og Fjordane og Vestfold).

Siden et stort antall kommuner må gis en minimumsverdi=0 på de aktuelle samarbeidsindeksene – siden ca. 25 % oppgir ikke å ha noe samarbeid med US i det hele tatt (jf. figur 5.3), og siden skårene på delspørsmålene også har et «målelogisk» maksimum (dvs. verdien 5) – vil de avhengige variablene være bundet mellom verdier angitt av selve måleprosedyren.

Tabell 5.4 *Deskriptiv statistikk for analysevariabler.*

Variabel	Min.	Gjn. snitt	Maks.	Std. avv.	N
Deltagende samarbeid <sup>a)</sup>	0,00	2,53	5,00	1,68	268
Opplæringsamarbeid <sup>a)</sup>	0,00	1,71	5,00	1,32	262
Informasjonssamarbeid <sup>a)</sup>	0,00	2,33	5,00	1,56	267
Samarb.: Gen. gruppefokusererte oppg. <sup>a)</sup>	0,00	1,77	5,00	1,49	212
Samarb.: Kliniske/probl.fokusererte oppg. <sup>a)</sup>	0,00	1,96	5,00	1,66	210
Befolkningsstørrelse (1000 innb.)	0,2	12,1	272,0	24,8	277
Sentralitet 0 (=1) <sup>b)</sup>	0	0,34	1	-	277
Sentralitet 1 (=1) <sup>b)</sup>	0	0,12	1	-	277
Sentralitet 2 (=1) <sup>b)</sup>	0	0,18	1	-	277
Levekårsindeks (snitt 2005-2008) <sup>c)</sup>	1,60	5,43	9,43	1,82	277
Har tatt initiativ til samarb. (=1)	0	0,09	1	-	277
Vert for senter for SH (=1)	0	0,04	1	-	277
Vert for senter for HT (=1)	0	0,04	1	-	277
Vert for senter for SH og HT (=1)	0	0,02	1	-	277
Avstand til senter for SH (mil)	0,60	8,81	39,43	7,28	193
Avstand til senter for HT (mil)	0,33	8,62	32,13	6,70	193
Avstand til senter for SH og HT (mil)	0,73	4,45	13,41	2,67	66
Bef.strl. i senterkomm. for SH	4,7	41,2	182,0	51,1	193
Bef.strl. i senterkomm. for HT	3,2	36,7	118,6	32,7	193
Bef.strl. i senterkomm. for SH og HT	12,7	88,9	272,0	96,4	66
Omr. har ett senter for SH og HT (=1)	0	0,26	1	-	277
Ant. komm. i omr. med initiativ til samarb.	0	1,55	3	1,02	277

*Forklaring:* a) Indekser basert på gjn.sn. skårer på enkeltsprøsmålene gruppert etter faktorstrukturen i tabell 5.2 og 5.3. b) Rreferansekategori er sentralitet 3 (mest sentrale kommuner. c) Levekårsindeksen (SSB) har verdier fra 1=små levekårsproblemer til 10=store levekårsproblemer.

Vi benytter oss derfor av *Tobit*-regresjon, som tar hensyn til at slike forhold – dvs. at tilbøyeligheten til å samarbeide ikke kan «måles» lavere enn at man «ikke samarbeider» og heller ikke kan måles som høyere enn ved en «høyeste tillatte verdi» (se for eksempel

Wooldridge 2009: 588-595 om *Tobit*-regresjon).<sup>10</sup> Siden både avstandsmålene og målene som angir befolkningsstørrelse hos vertskommuner kun er relevante for kommuner som *ikke* er den aktuelle vertskommunen (jf. N for disse i tabell 5.4), gis sistnevnte verdien (altså den aktuelle vertskommunen) verdien null på disse variablene i regresjonsanalysen. Videre sentreres verdien på disse variablene rundt verdien null blant de «relevante» kommunene.<sup>11</sup>

Resultatene fra regresjonsanalysene vises i tabellene 5.5-5.9, og inntrykket er at hovedmønsteret for hvordan de ulike faktorene forklarer variasjonen i de ulike samarbeidstypene (gitt ved former og oppgaver det samarbeides om) er ganske stabilt: For det første ser det ut til at modellene – altså forklaringsvariablene – forklarer mellom 5 og 12 % av variasjonen i de ulike samarbeidstypene: Det kan altså være mye annet enn det som måles her som kan virke inn på samarbeidsomfanget. Uansett ser det ut til at de faktorene vi legger til grunn *systematisk* kan forklare en del av samarbeidsomfanget kommunene har med sine US.

Et gjennomgående trekk er at de enkelte kommunenes størrelse alltid har positiv og statistisk signifikant effekt (så langt nær som i tilfellet «deltagende samarbeid», der befolkningsstørrelse ikke har svært insignifikant effekt). En hypotese om at det er de små kommunene – med et presumtvt stort utviklingspotensial – vinner altså ikke støtte. Heller er det slik at *det er de store kommunene som drar nytte av et større samarbeidsomfang, langs de fleste dimensjoner*.<sup>12</sup>

En ser også at behov, her målt ved kommunens levekår og dens initiativtagen til samarbeid nærmest alltid slår ut positivt og signifikant. *Jo større behov kommunene har for et US-samarbeid – eksempelvis målt som store levekårsproblemer – desto mer samarbeides det altså med et US*. Et unntak er levekårsproblematikkens betydning for samarbeid om «kliniske og problemfokuserede oppgaver» og

<sup>10</sup> For å få mest mulig korrekte signifikanstester clustrer vi i tillegg standardfeilen på US-område, siden samarbeidsomfanget til kommuner innenfor det enkelte område mest sannsynlig vil være korrelerte.

<sup>11</sup> Dette betyr at effekter av vertskap sammenligner verter med ikke-verter med gjennomsnittlige avstander til en vertskommune og med gjennomsnittlige befolkningsstørrelser i vertskommunen.

<sup>12</sup> Mens sentralitet ikke ser ut til å forklare mye av variasjonen, jf. insignifikante effekter i alle analyser.



«informasjonssamarbeid», der effekten er noe svakere (men ikke svært insignifikant).

Tabell 5.5 *Faktorer som påvirker tendensen til deltagende samarbeid (indeks). Tobit-regresjon.*

Variabel	Estimat	St.feil	Sign.
Bef.strl. (log)	0,243	0,179	
Sentralitet 0 (=1) <sup>a)</sup>	0,046	0,500	
Sentralitet 1 (=1) <sup>a)</sup>	-0,172	0,548	
Sentralitet 2 (=1) <sup>a)</sup>	0,147	0,291	
Levekårsindeks (gjn.sn. 2005-2008) <sup>b)</sup>	0,150	0,066	**
Har tatt initiativ til samarb. (=1)	1,296	0,352	***
Vert for senter for SH (=1)	0,903	0,810	
Vert for senter for HT (=1)	2,318	0,850	***
Vert for senter for SH og HT (=1)	2,007	0,925	**
Avstand til senter for SH (mil)	-0,077	0,029	***
Avstand til senter for HT (mil)	-0,001	0,040	
Avstand til senter for SH og HT (mil)	0,030	0,100	
Bef.strl. (log) i senterkommunen for SH (=1)	-0,467	0,180	**
Bef.strl. (log) i senterkommunen for HT (=1)	-0,167	0,162	
Bef.strl. (log) i senterkommunen for SH og HT (=1)	-0,235	0,137	*
Området har ett senter for SH og HT (=1)	1,350	0,370	***
Ant. komm. i omr. som tar initiativ til samarb.	0,140	0,222	
N	268		
Pseudo-R <sup>2</sup>	0,076		

a) Rreferansekategori er sentralitet 3 (mest sentrale kommuner. b) Levekårsindeksen har verdier fra 1=små levekårsproblemer til 10=store levekårsproblemer. \*p<0,10, \*\* p<0,05, \*\*\* p<0,01, effekter med p<0,10 markert i mørkt. Robuste standardfeil *clustret* på område.

Videre ser det ut til at *vertskep* for et US-senter betyr en del for kommunens samarbeidsomfang – gitt andre faktorer innvirkning – om enn i noe mindre grad for «informasjonssamarbeid». Dette siste er kanskje rimelig, siden denne typen samarbeid kan være mindre ressurskrevende enn andre typer og former (dvs. at den ikke krever en investering i fysiske eller intellektuelle strukturer slik som andre samarbeidsformer og -typer).

Tabell 5.6 *Faktorer som påvirker tendensen til opplærings-samarbeid (indeks). Tobit-regresjon.*

Variabel	Estimat	St.feil	Sign.
Bef.strl. (log)	0,210	0,113	*
Sentralitet 0 (=1) <sup>a)</sup>	0,383	0,307	
Sentralitet 1 (=1) <sup>a)</sup>	-0,077	0,283	
Sentralitet 2 (=1) <sup>a)</sup>	0,156	0,154	
Levekårsindeks (gj.n.sn. 2005-2008) <sup>b)</sup>	0,078	0,037	**
Har tatt initiativ til samarb. (=1)	1,286	0,242	***
Vert for senter for SH (=1)	1,259	0,592	**
Vert for senter for HT (=1)	1,797	0,554	***
Vert for senter for SH og HT (=1)	1,625	0,515	***
Avstand til senter for SH (mil)	-0,051	0,016	***
Avstand til senter for HT (mil)	-0,012	0,025	
Avstand til senter for SH og HT (mil)	-0,030	0,070	
Bef.strl. (log) i senterkommunen for SH (=1)	-0,295	0,103	***
Bef.strl. (log) i senterkommunen for HT (=1)	-0,107	0,116	
Bef.strl. (log) i senterkommunen for SH og HT (=1)	-0,110	0,082	
Området har ett senter for SH og HT (=1)	0,683	0,196	***
Ant. komm. i omr. som tar initiativ til samarb.	-0,007	0,109	
N	262		
Pseudo-R <sup>2</sup>	0,117		

a) Referansekategori er sentralitet 3 (mest sentrale kommuner. b) Levekårsindeksen har verdier fra 1=små levekårsproblemer til 10=store levekårsproblemer. \* $p < 0,10$ , \*\*  $p < 0,05$ , \*\*\*  $p < 0,01$ , effekter med  $p < 0,10$  markert i mørkt. Robuste standardfeil *clustret* på område.

Et meget interessant mønster er at avstanden til vertskommunen for SH-delen alltid har negativ effekt (mens avstanden til en HT-del eller en samlet SH- og HT-del ser ut til å spille mindre rolle). Dette betyr at særlig *samarbeidet om SH-delen ser ut til å være avhengig av en viss «nærhet»*. Dette kan sammenholdes med trekkene vi fant i kapittel 4, der samarbeidet med en SH-del, gjerne lokalisert til et bestemt sykehjem, oppleves som vanskelig for «utenforstående», og kanskje da de mest «utenforstående» eller «langveisfarende».

Tabell 5.7 *Faktorer som påvirker tendensen til informasjonssamarbeid (indeks). Tobit-regresjon.*

Variabel	Estimat	St.feil	Sign.
Bef.strl. (log)	0,303	0,161	*
Sentralitet 0 (=1) <sup>a)</sup>	0,512	0,410	
Sentralitet 1 (=1) <sup>a)</sup>	-0,042	0,424	
Sentralitet 2 (=1) <sup>a)</sup>	0,185	0,229	
Levekårsindeks (gjn.sn. 2005-2008) <sup>b)</sup>	0,080	0,050	
Har tatt initiativ til samarb. (=1)	1,398	0,284	***
Vert for senter for SH (=1)	1,434	0,714	**
Vert for senter for HT (=1)	1,035	0,722	
Vert for senter for SH og HT (=1)	0,595	0,562	
Avstand til senter for SH (mil)	-0,072	0,027	***
Avstand til senter for HT (mil)	-0,006	0,037	
Avstand til senter for SH og HT (mil)	-0,035	0,082	
Bef.strl. (log) i senterkommunen for SH (=1)	-0,353	0,166	**
Bef.strl. (log) i senterkommunen for HT (=1)	-0,084	0,185	
Bef.strl. (log) i senterkommunen for SH og HT (=1)	-0,035	0,114	
Området har ett senter for SH og HT (=1)	1,123	0,354	***
Ant. komm. i omr. som tar initiativ til samarb.	0,136	0,187	
N	267		
Pseudo-R <sup>2</sup>	0,070		

a) Rreferansekategori er sentralitet 3 (mest sentrale kommuner. b) Levekårsindeksen har verdier fra 1=små levekårsproblemer til 10=store levekårsproblemer. \* $p < 0,10$ , \*\*  $p < 0,05$ , \*\*\*  $p < 0,01$ , effekter med  $p < 0,10$  markert i mørkt. Robuste standardfeil *clustret* på område.

Også vertkommunens størrelse ser ut til å spille en rolle.

Effekten av vertskommunen for SH-delen er alltid negativ og signifikant (og tidvis er også effektene for en samlet SH- og HT-del negative og signifikante, jf. tabellene 5.5 og 5.9). Igjen ser det altså ut til at SH-delen i et US kan være spesielt *vanskelig* å samarbeide om for «utenforstående», og *særlig når vertskommunen er stor*. Og dette er altså i tråd med en hypotese om at «store organisasjoner» (kommuner) til en viss grad kan «kuppe» innholdet i et samarbeidsprosjekt.

Tabell 5.8 *Faktorer som påvirker tendensen til samarbeid om generelle og gruppefokusede oppgaver (indeks). Tobit-regresjon.*

Variabel	Estimat	St.feil	Sign.
Bef.strl. (log)	0,338	0,187	*
Sentralitet 0 (=1) <sup>a)</sup>	0,439	0,523	
Sentralitet 1 (=1) <sup>a)</sup>	-0,072	0,573	
Sentralitet 2 (=1) <sup>a)</sup>	0,287	0,407	
Levekårsindeks (gj.n.sn. 2005-2008) <sup>b)</sup>	0,204	0,080	**
Har tatt initiativ til samarb. (=1)	1,221	0,336	***
Vert for senter for SH (=1)	1,052	0,665	
Vert for senter for HT (=1)	1,729	0,804	**
Vert for senter for SH og HT (=1)	1,050	0,497	**
Avstand til senter for SH (mil)	-0,051	0,023	**
Avstand til senter for HT (mil)	-0,028	0,033	
Avstand til senter for SH og HT (mil)	-0,023	0,090	
Bef.strl. (log) i senterkommunen for SH (=1)	-0,485	0,228	**
Bef.strl. (log) i senterkommunen for HT (=1)	-0,019	0,286	
Bef.strl. (log) i senterkommunen for SH og HT (=1)	-0,244	0,149	
Området har ett senter for SH og HT (=1)	1,324	0,509	**
Ant. komm. i omr. som tar initiativ til samarb.	0,012	0,230	
N	212		
Pseudo-R <sup>2</sup>	0,107		

a) Rreferansekategori er sentralitet 3 (mest sentrale kommuner. b) Levekårsindeksen har verdier fra 1=små levekårsproblemer til 10=store levekårsproblemer. \*p<0,10, \*\* p<0,05, \*\*\* p<0,01, effekter med p<0,10 markert i mørkt. Robuste standardfeil *clustret* på område.

Til sist ser en at effekten av å ha et samlet US for SH- og HT-delen alltid er positiv (og signifikant). Det kan altså se ut til at det ligger en viss *gevinst i å samle disse områdene innenfor US*.<sup>13</sup>

<sup>13</sup> Mens effekten av antall kommuner med samarbeidsinitiativ ikke ser ut til å ha noen effekt.

Tabell 5.9 *Faktorer som påvirker tendensen til samarbeid om kliniske og problemfokusede oppgaver (indeks). Tobit-regresjon.*

Variabel	Estimat	St.feil	Sign.
Bef.strl. (log)	0,352	0,191	*
Sentralitet 0 (=1) <sup>a)</sup>	0,410	0,514	
Sentralitet 1 (=1) <sup>a)</sup>	-0,553	0,511	
Sentralitet 2 (=1) <sup>a)</sup>	0,039	0,382	
Levekårsindeks (gjn.sn. 2005-2008) <sup>b)</sup>	0,103	0,082	
Har tatt initiativ til samarb. (=1)	1,422	0,488	***
Vert for senter for SH (=1)	1,121	0,781	
Vert for senter for HT (=1)	1,655	0,900	*
Vert for senter for SH og HT (=1)	1,673	0,534	***
Avstand til senter for SH (mil)	-0,059	0,028	**
Avstand til senter for HT (mil)	-0,011	0,045	
Avstand til senter for SH og HT (mil)	-0,128	0,091	
Bef.strl. (log) i senterkommunen for SH (=1)	-0,578	0,177	***
Bef.strl. (log) i senterkommunen for HT (=1)	0,023	0,247	
Bef.strl. (log) i senterkommunen for SH og HT (=1)	-0,360	0,156	**
Området har ett senter for SH og HT (=1)	1,199	0,430	**
Ant. komm. i omr. som tar initiativ til samarb.	0,122	0,199	
N	210		
Pseudo-R <sup>2</sup>	0,094		

a) Referansekategori er sentralitet 3 (mest sentrale kommuner). b) Levekårsindeksen har verdier fra 1=små levekårsproblemer til 10=store levekårsproblemer. \*p<0,10, \*\* p<0,05, \*\*\* p<0,01, effekter med p<0,10 markert i mørkt. Robuste standardfeil *clustret* på område.

## 5.4 Oppsummering: En fornuftig organisering av USHT?

I dette kapittelet har vi sett på hvordan kommunene samarbeider med et Utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) i deres respektive områder. De aller fleste kommuner (25 prosent) har pågående samarbeid med sine utviklingssentre (US), men en betydelig del oppgir også at de ikke har noe samarbeid på gang.

I analyser av forskjellige samarbeidsformer («deltagende samarbeid», «opplærings samarbeid», «informasjonssamarbeid») og av ulike typer oppgaver det samarbeides om (om «generelle og gruppefokuserede oppgaver», om «kliniske og problemfokuserede oppgaver») finner vi enkelte hovedmønstre som kan si noe om hvordan en fornuftig organisering av kommunenes forsknings- og utviklingsarbeid kan organiseres. Oppsummeringsvis kan følgende funn og anbefalinger fremsettes:

- For det første viser analysene at *større kommuner i større grad enn andre nyttiggjør seg et samarbeid med et USHT*. Dette kan bety at US-samarbeid, dersom det oppleves som fornuftig, er et verktøy som er av relativ mindre betydning i en kommunestruktur med mange små kommuner.
- For det andre opplever kommuner med *stor (fysisk) avstand til et US som organiserer sykehjemsdelen (SH) et mindre samarbeidsomfang enn andre*. Dette betyr at det kan være *fornuftig å desentralisere US* og at dette kan være *særlig heldig med hensyn til en god organisering av SH-delen*.<sup>14</sup>
- For det tredje opplever kommuner som sogner til US der *vertskommunen er av en viss størrelse et mindre samarbeidsomfang enn andre*. Dette kan bety at US kan være offer for *vertskommunens «organisasjonsmessige tyngde» og at vertskommunestørrelse og/eller andre aspekter ved (verts)organiseringen av fremtidige US bør vurderes*.
- Kommuner i områder der US organiserer *både sykehjem (SH) og hjemmetjenestedelen (HT)*, altså der det er et USHT, opplever *større samarbeidsomfang enn andre*. Dette tyder på at det er positive effekter av at utviklingsentre er samlokaliserte i fylket.

---

<sup>14</sup> Slik vi også fant i kapittel 4.

## 6 Oppsummering og diskusjon

### 6.1 Oppsummering

I kapitlene over har vi presentert utviklingssentrene, deres tilknytning til vertskommunene og arbeidsmåter, samt samarbeid med andre kommuner i nedslagsfeltet. Både kapitlene 3 og 4 viser til at utviklingssentrene genererer mye aktivitet og at det samarbeides bredt. Nesten alle vertskommuner legger til ekstra finansiering, noen ganske mye, og det er en del utviklingssentre som er blitt ganske store fagmiljøer. Så godt som alle sentrene søker også midler fra Fylkesmannen. Størrelsen på fagmiljøet som er etablert varierer naturlig nok med vertskommunes størrelse, og de største miljøene finner vi i de største kommunene. Ellers varierer størrelsen på fagmiljøene gjerne med hvilke prosjekter som er i gang i de forskjellige sentrene, og noen prosjekter har rikelig finansiering og tillater at det rekrutteres prosjektledere- og medarbeidere. Dette gjøres som regel fra vertskommunen.

Størrelse, både på vertskommunen og på samarbeidende kommuner ser ut til å ha betydning. Utviklingssentre som er lokalisert i store kommuner samarbeider mindre med andre kommuner enn sentre som er lokalisert i mindre kommuner. Dette er observasjoner som gjøres både i det kvalitative og det kvantitative materialet. Samtidig ser vi at store kommuner har en større tendens enn mindre kommuner til å samarbeide med et utviklingssenter. Dette er en noe uventet observasjon ettersom små kommuner gjerne har en mindre og mer sårbar kompetanse, og at det derfor er antatt at de har et større behov for samarbeid med et utviklingssenter.

Videre ser vi at kommuner i liten grad tar initiativ til samarbeid med utviklingssentre, men det ser ut til de samarbeider ved behov. Kommuner tar initiativ til at utviklingssentrene deltar på deres internundervisning eller de tar initiativ til hospitering. Samarbeidet

mellom utviklingsentre og kommuner ser også ut til å være avgrenset til det vi kan kalle klassisk «eldreomsorgsproblematikk», dvs. at det er kliniske og problemfokuserede oppgaver det samarbeides mest om. Disse er definert som palliativ pleie, klinisk praksis, kreftomsorg og andre spørsmål. Men det begrepet vil også omfatte tjenester til pasienter med demens, som tilhører gruppen av generelle og gruppefokuserede oppgaver. Det er tjenester til pasienter med demens flest av dem som sier at de deltar i utviklingsarbeid faktisk samarbeider med et utviklingscenter om.

Videre har vi vist at det er etablert nettverksbaserte arenaer og at det gjennomføres aktiviteter som peker mot at det foregår mye læring i de kommunene som samarbeider og deltar. Det er variasjon i det, men det kan se ut til at aktiviteten er noe endret fra å være gjennomføring av prosjekter i kommunale pleie- og omsorgstjenester, med dertil hørende prosjektrapporter, til gjennomføring av nettverk knyttet til større nasjonale prosjekter. Det kan altså peke mot at metodene sentrene tar i bruk er i endring. Pasientsikkerhetsprogrammet og velferdsteknologi er to eksempler på dette. Det hører likevel fortsatt til sentrenes oppgaver å være pådriver for fag- og tjenesteutvikling i kommunene som kan innebære å sette i gang prosjekter lokalt.

Pådriverrollen omfatter i tillegg å legge til rette for praksisplasser for elver og lærlinger, samt for kompetanseutvikling hos ansatte. Pådriverrollene for fag- og tjenesteutvikling, samt for kompetanseutvikling kan være tett sammenvevd og ikke egentlig mulig å skille fra hverandre, og det kan tenkes at disse ivaretas best knyttet til ulike nettverk for spredning av kunnskap. Mange vertskommuner har noen utfordringer knyttet til pådriverrollen overfor andre kommuner og har en tendens til å gi «sitt» utviklingscenter mange arbeidsoppgaver knyttet til egen kommune eller tjenesteenhet. Dette er særlig knyttet til utviklingsentre for sykehjem og kan ha en historisk forklaring i og med at disse ble etablert tidligere og ble tett knyttet til et sykehjem i vertskommunene. Det kan også se ut til at fysisk avstand spiller en større rolle for kommunenes samarbeid med USH enn for deres samarbeid med andre utviklingsentre, særlig for USHT, altså de som ivaretar begge funksjonene.

I de videre avsnittene i kapittelet vil vi diskutere noen av disse faktorene noe nærmere.



## 6.2 Pådriverrolle og samarbeid med andre kommuner

Pådriverrollen er utfordrende for mange utviklingsentre. I denne rollen skal de ha et spesielt fokus på fag- og tjenesteutvikling og kompetanseutvikling hos ansatte, samt være pådrivere for å videreutvikle praksistilbudet til elever, lærlinger og studenter. For å gjennomføre dette er de ikke bare avhengig av egen innsats, men de er i tillegg avhengige av potensielt samarbeidende kommuner, andre aktører og sin egen vertskommune. I dette avsnittet behandles den faktiske arbeidsformen utviklingsentrene benytter for å komme i inngrep med andre kommuner for å kunne utøve pådriverrollen. Innholdet i pådriverrollen diskuteres i påfølgende avsnitt.

Knyttet til alle pådriveraktivitetene, foruten faglunsjer, går invitasjoner til å delta i all hovedsak til alle kommuner i nedslagsfeltet. Noen utviklingsentre gjør en innsats for å få kontaktpersoner i kommuner, mens andre benytter postmottaket ved kontakt. I ett fylke opplyses det at det er kontaktpersoner i alle kommuner, i et annet at det er inngått formelle avtaler med kommuner om deres deltakelse i aktiviteter knyttet til utviklingsentrene. En stor gruppe sentre benytter seg av fylkesmannens nettverk for å komme i kontakt med kommuner og for å få dem til å delta i sine arrangementer, og noen arrangerer nettverksmøter i samarbeid med fylkesmannen knyttet til sine tema. Fylkesmannen har det som del av sitt embetsoppdrag at de skal støtte utviklingsentrene i deres arbeid.

Utformingen av pådriverrollen, det vil si hvordan ulike tema skal vinkles etc., diskuteres i en del tilfeller spesielt med Fylkesmannen. Noen oppgir at de gjør dette for å finne de rette kommunene å samarbeide med om særskilte tema. Det dreier seg da om tema Fylkesmannen oppfatter at disse kommunene har et særskilt behov for å arbeide mer med. Fylkesmannen har også i mange tilfeller vært aktiv for å vende utviklingsentrenes oppmerksomhet mot at pådriverrollen omfatter flere kommuner enn vertskommunen.

Flere sentre gir også uttrykk for at utviklingen av tema foregår i en dynamikk med kommunene og andre sentrale aktører innenfor kompetansebygging og fagutvikling på området helse og omsorg. Sentrene oppfatter at de er lydhøre for kommunenes behov og

søker å fange dem opp gjennom de ulike kontaktarenaene som er etablert mellom utviklingssentrene og kommunene. Dvs. de fanger opp på hvilke områder kommunene har behov for fag- og tjenesteutvikling og hvor det allerede drives kompetanseoppbygging, for eksempel gjennom prosjektarbeid eller annet. I den grad et tema er godt dekket av et annet fagmiljø velger ofte utviklingssenteret ikke å etablere et konkurrerende tilbud. De vil da i stedet støtte opp under det arbeidet som allerede gjøres. Det inngås altså en form for arbeidsdeling der utviklingssentrene ikke bruker mye tid på tema og tiltak som ivaretas på en god måte av andre. Utviklingssentrene ønsker i stor grad å bruke tid der det er udekkede behov knyttet til kommunenes egne tilbakemeldinger.

Slike grenseoppganger har også betydning for den konkrete etableringen av nettverk, som er utviklingssentrene fremste og viktigste arbeidsmetodikk. Utviklingssentrene har ikke noe ønske om å etablere nettverk der kommuner bør delta, hvis det er etablert relevante nettverk fra før. Det oppleves som viktig for en del sentre at de, før de gir seg i kast med noe, undersøker hva som allerede foreligger knyttet til temaet i deres geografiske område. Her er Fylkesmannen sentral fordi denne kjenner kommunene godt, samt det arbeidet som drives i ulike kompetansesentra, for eksempel for lindrende omsorg.

Samme typer argumenter benyttes også der sentrene ikke ønsker å komme i konkurranse med andre aktører, det være seg i kommuner, kompetansesentre, høyskoler eller universiteter. I de tilfellene der sentre er lokalisert i eller i tilknytning til kommunale FoU-avdelinger eller fagutviklingsavdelinger blir dette forholdsvis framtreddende, men det er bare i to sentre en opplevde at vertskommunen ikke så det som en fordel å kunne samarbeide på alle områdene av sentrenes virksomhet. Ett eksempel på en manøver for å unngå konkurranse med et alternativt nettverk mellom helseforetak og de samme kommunene som er i opptaksområdet til det aktuelle senteret, er at senterlederen inngikk i en 30 prosent stilling i det andre nettverket. Dette ble opplevd som en god løsning.

Slike faktorer speiles også i utviklingssentrenes kommunikasjon med kommunene når det kommer til behov for kunnskap og tjenesteutvikling. Flere utviklingssentre gir uttrykk for at de i sin kontakt med kommunene i særlig grad ønsker å fange opp de

kunnskapsbehov kommunene opplever, og knytte kommunale behov til nasjonale føringer. I sin kontakt med kommuner søker sentrene å fange opp relevante behov, og yte støtte til de kommunene som er interessert i å jobbe med fag- og tjenesteutvikling. Samtidig oppleves det som viktig når de fanger opp og tilnærmer seg behov som formidles fra kommuner i nedslagsfeltet, at det har en forankring hos disse kommunenes virksomhetsledere og mellomledere. De ansatte må også ønske å arbeide med fagutvikling. Uten forankring på alle nivåer i samarbeidende kommuner blir arbeidet med utvikling og kompetanseheving en utfordring. Spesielt vanskelig kan det bli i dokumentasjons- og rapporteringsfaser av eventuelle prosjekter. Forankring i kommunene er også svært viktig for å sikre at resultater fra prosjektene blir implementert i kommunene.

Dette handler også om hva det er som motiverer kommunene til å delta i samarbeid med sentrene. Forankring eller manglende forankring kan tyde på at ledelsen i potensielt samarbeidende kommuner ikke i tilstrekkelig grad er endringsorientert – den tar ikke på seg noen av de fire rollene det ble vist til innledningsvis, som veiviser, innpisker, kulturskaper eller formidler. På den annen side kan det tenkes at spørsmålet om forankring er ganske nytt, at det tidligere har vært kommunisert med enkelte medarbeidere i kommunale tjenesteenheter og at det har vært betraktet som tilstrekkelig. De «frie midlene» som særlig ble benyttet tidligere er et eksempel på det, og en del sentre peker nettopp på at de har benyttet slike for å få i stand utviklingsarbeid i kommuner. De som har benyttet seg av dette, og som har ambisjoner om at prosjekter skal fungere som en læringsarena, opplevde imidlertid at små midler til kommuner ikke har den nødvendige effekt. Prosjekter får ikke en bredere forankring lokalt og mange viste seg å være forankret i den enkeltpersonen som søkte dem inn, muligens i den avdelingen i tjenesteenheten der vedkommende arbeidet. Dette er en snever forankring, prosjektene sikres ikke spredning og skaper få muligheter for læring eller implementering av prosjekter. Frie midler kan likevel ha den fordelen at de er en form for partnerskap som inngås mellom utviklingssenteret og samarbeidende kommune, og partnerskapet er en bindende form for samarbeid. Bindingen vil likevel vanligvis opphøre når prosjektet avsluttes. Slike prosjekter vil ha begrenset overføringsverdi til andre enheter i

samme kommune og til andre kommuner. Dette kommer vi tilbake til nedenfor.

Ved etablering av nettverk går utviklingssentrene mer generelt ut for å få kommuner til å delta, og de kan da utøve en aktiv pådriverrolle knyttet til de tema nettverket tar opp. Dette er trolig en enklere måte å motivere kommuner til deltakelsen fordi det ikke er like krevende som det er å gjennomføre prosjekter og lage rapporter. Likevel vil kommuner ikke motiveres til å delta med mindre temaet er interessant og relevant for den situasjonen kommunene opplever at de er i med hensyn til kompetanse og tjenesteutvikling.

Mange sentre, særlig USH, arbeider tett på vertskommunen. Vertskommunene har søkt om å få et senter til sin kommune og de har forankret senteret i planer og budsjetter, noe som betyr at det er gjort en innsats på ledelsesnivå. Det kan tenkes at ledere i slike kommuner er veivisere – at de tenker og handler strategisk for å drive utvikling på et område der de mener det er nødvendig. Vi har sett at vertskommuner i mange tilfeller opplever senteret som «sitt» og det tyder på at kultur for endring kan utvikles i egen kommune og at det der også foregår formidling av utvikling og nyskaping er viktig, men at det avgrenses til egen kommune. I ett tilfelle så vi at Fylkesmannen har tatt initiativ til å få sentre i fylket til å samarbeide og mange Fylkesmenn motiverer sentre i sine fylker til å få begge til å arbeide opp mot alle kommuner i nedslagsfeltet, ikke bare egen kommune. I andre tilfeller har Sentrene for omsorgsforskning tatt dette initiativet overfor utviklingssentrene. Det er fortsatt et inntrykk også i noen Sentre for omsorgsforskning, at egen kommune får mest oppmerksomhet, dernest nabokommuner og evt. etablerte nettverk av kommuner. Fortsatt er nærhet til kommunene en utfordring også fordi en del kommuner har liten forståelse for delingselementet som ligger innebygget i utviklingssentrenes pådriverrolle. Dette er en arbeidsform som må utfordres fra utsiden, noe Fylkesmannen har tatt på seg å gjøre. Den utfordres også til dels ved at sentrene tar initiativer overfor kommuner om å delta i forskning. Dette behandles senere.

Knyttet til samarbeid med kommuner ser vi generelt i spørreskjemaundersøkelsen til kommunene at i fylker eller områder med USHT er det mer samarbeid med kommuner enn

det er i fylker der funksjonen er delt mellom USH og UHT. USH har størst utfordringer knyttet til utadrettet samarbeid med kommuner, dette ser vi i både det kvantitative og det kvalitative datamaterialet. Som nevnt over kan dette ha historiske forklaringer.

### 6.3 Utviklingsaktivitet og kunnskap

Sett i sammenheng arbeider utviklingssentrene med veldig mange ulike typer prosjekter. Det er likevel et generelt inntrykk at det gjøres prioriteringer. Først og fremst ser det ut til at det prioriteres innenfor pådriveroppgavene, der det i særlig grad er oppgaven knyttet til videreutvikling av praksistilbudet til elever, lærlinger og studenter som velges vekk.

Sentre som jobber studentrettet, fokuserer i stor grad på egen enhet og i mindre grad på tilrettelegging for flere tjenesteenheter i den aktuelle kommunen eller knyttet til flere kommuner. Det er få utviklingssentre som har snakket mye om tilrettelegging for studenter etc. på generelt nivå der det arbeides bredt med tilrettelegging, for eksempel i form av retningslinjer og systematisering av veiledning. Dette er UHT eller UHST. Dette er et område der diffusjon, altså at tiltak imiteres, er forholdsvis enkelt, og det påpekes av det ene senteret at dette er formen de har lagt seg på. Dermed kunne det vært forventet at også flere hadde arbeidet på bred front med tilrettelegging for studenter etc. Trolig kan årsaken dels finnes i at UHT i noen tilfeller er et ansvar lagt til forholdsvis små kommuner som er usentralt lokalisert. Om de har en høyskole tilknyttet egen kommune eller regionen er det også uklart om det er samarbeid. Studenter ved høyskoler som er lokalisert usentralt kan også velge andre kommuner for sin praksis, for eksempel hjemkommunen. For noen utviklingssentre kan dette arbeidet altså bli nedprioritert grunnet geografiske forhold. De som utvikler praksistilbud har i stor grad sykepleiestudenter i tankene, det er mindre rettet mot andre fag.

Det er en noen sentre som viser til at de har kontakt med videregående skoler for å samarbeide om elevplasser. Der det snakkes om det, vises det til at det generelt er liten interesse fra fylkeskommunen som er skoleeier. Det er et unntak, og kontakten er derfor direkte med enkelte skoler, noen ganger skoleleder, oftest enkelte lærere. Denne kontakten omtales også som vanskelig fordi

lærere ved videregående skoler sjelden selv er i praksis, og dermed vet de lite om hva som foregår. Det er da også vanskelig å standardisere informasjonen om praksis. Å være i praksis er mye vanligere for undervisningsmedarbeidere i høyskoler, altså de som utdanner bachelorer og mastere i ulike helse- og velferdsfag.

Mange informanter gir uttrykk for at det er kommunale behov som ligger til grunn for de utviklingsoppgaver utviklingssentrene velger å arbeide med. Dette er i stor grad knyttet til vertskommunens behov, selv om sentrene gjennom nettverk og annet har etablert arenaer for å fange opp behov også andre kommuner i nedslagsfeltet opplever å ha. Som det er vist til i forrige avsnitt ønsker vertskommunene ofte at det gjøres prosjekter for dem. Slike oppdrag er i stor grad knyttet til nasjonale programmer som ernæring, Pasientsikkerhetsprogrammet og legemiddelhåndtering, samt til teknologi og noen nevner også tannhelse. Alle disse temaområdene faller innenfor sentrenes pådriverrolle og mange er eksplisitt nevnt i Fylkesmannens embetsoppdrag som tema der de skal støtte utviklingssentrene. Det ble også vist at en del utviklingssentre har en tendens til å ha spesiell oppmerksomhet rettet mot vertskommunen.

Mange sentre, særlig de som er USH, samt et eller to sentre som arbeider en del med utvikling av individsentrert teknologi, opplyser at de har benyttet en arbeidsform som de kaller å ha piloter. Dette innebærer at de prøver ut prosjekter i lite format, oftest på en avdeling på sykehjemmet, så tar de det ut til hele sykehjemmet og dernest rulles det ut til andre enheter i egen kommune, og eller alternativt, til andre kommuner. Det er et USHT som snakker om denne arbeidsformen. Dette er trolig en arbeidsform som ble etablert på den tiden det var undervisningssykehjem og oppmerksomheten ble rettet mot praksis og det som ble opplevd som utfordrende i den praktiske arbeidshverdagen.

Det er ikke mange som snakker om piloter lenger og flere informanter gir uttrykk for at sentrenes arbeid har endret seg. Mens arbeidet tidligere i stor grad ble knyttet til at prosjekter ble gjennomført som piloter i det enkelte sykehjem eller hjemmetjeneste og at det ble rapportert fra gjennomføringen av dem disse, legges det nå i større grad nasjonale føringer på det arbeidet som gjøres i sentrene. Pådriverrollen legger premissene for et langt mer utadrettet arbeid, mot andre kommuner, og utover

den enkelte vertskommune, det enkelte sykehjem og hjemmetjeneste. Det ble vist til at den utadrettede virksomheten mot alle kommuner i nedslagsfeltet kunne være utfordrende for vertskommuner. Samarbeidet som gjennomføres med andre kommuner er smalet i tre hovedformer. Det er deltakende-, opplærings- og informasjonssamarbeid (Tabell 5.2). Av disse vil vi tro at informasjonssamarbeid er det minst forpliktende, det dreier seg i all hovedsak om å benytte seg av informasjonsmateriell – lese nyhetsblader, bruke nettsider og ellers bruke informasjonen sentrene gir ut. Etersom mange sentre ikke hadde operative nettsider, og det å legge ut informasjon på den nasjonale nettsiden ser ut til å være nedprioritert, kan informasjonssamarbeidet også dreie seg om å delta i en facebookgruppe eller lese en blogg. Vi fikk opplyst i intervjuer at slike virkemidler i stor grad overtok for nettsider.

Deltakende- og opplæringssamarbeid vil trolig være mer arbeidskrevende. Deltakende samarbeid er satt sammen av de fire aktivitetene «legger til rette for at medarbeidere kan delta i nettverk i regi av utviklingssentre, deltar i fagutvikling, deltar i tjenesteutvikling og at kommunen deltar i nettverk med sentrene». Av disse er det den første aktiviteten som hyppigst nevnes som deltakelsesform og vi så i kapittel 4 at mange kommuner jo deltok i nettverk som kunne være av varierende typer, og at mange ikke deltok. Det er noe færre som oppgir at de deltar i fag- og tjenesteutvikling, men også disse deltakelsesformene nevnes forholdsvis hyppig.

Opplæringssamarbeid består av aktivitetene «bidra økonomisk til sentrenes forsknings- og utviklingsarbeid, ansatte kan hospitere, sentrene bidrar på våre internopplæringer, tilrettelegging for at sentre kan ha forsknings- og utviklingsaktivitet i kommunen og samarbeid på andre måter». Av disse er det økonomisk bidrag som skårer høgest. Vi så også i kapittel 4 at det var 102 kommuner som oppga at de satte av midler til samarbeid med sentrene. Det var ikke like mange som selv mente at de tilrettela for forsknings- og utviklingsaktiviteter for sentrene, men vi så i kapittel 4 at det ble poengtert fra både utviklingssenter og Sentre for omsorgsforskning at kommuner bidro til forskning ved å tilrettelegge. Opplæringssamarbeid burde også hatt en kategori om tilrettelegging for elever og lærlinger slik at vi kunne fått et mer nyansert bilde også av denne formen for samarbeid. Det har

spørsmålet dessverre ikke, og vi må stole mer på de kvalitative data som peker på at dette er nedprioritert.

Kommunene samarbeider med utviklingssentrene om oppgaver vi samler i kategorien «kliniske- og problemfokuserede oppgaver» og «generelle og gruppefokuserede oppgaver». Den første kategorien består av 4 aktiviteter som er andre spørsmål, palliativ pleie, klinisk praksis og kreftomsorg. Den andre består av 11 oppgaver som er tjenester til brukere med minoritetsbakgrunn, til pasienter med demens, kunnskap om ledelse i pleie og omsorg, tjenester til pasienter med sammensatte behov, til yngre brukere, helseledelse, rehabilitering, planlegging og utvikling av tjenester, forebygging, aktiv omsorg og veiledning av pårørende. Variasjonen av samarbeid, for de kommunene som samarbeider på forskjellige måter, er ikke stor (Tabeller 5.4-5.9). Det forklares noe av vertskommunenes størrelse, av behov knyttet til levekår, om kommunen selv har tatt initiativ til samarbeid og om kommunen er vertskommune. Vertskommunens størrelse slår negativt ut i den forstand at andre kommuner i nedslagsfeltet samarbeider mindre med sentre som er lokalisert i store vertskommuner. Vertskommunen kan ha en organisasjonsmessig tyngde som spiller en rolle, dvs. at den kan ha mange sykehjem og hjemmetjenestedistrikter eller annet som medvirker til at det er mange som kan være villig til å samarbeide og delta i aktiviteter i vertskommunen. Det er altså ikke nødvendig for utviklingssenteret å rette sin oppmerksomhet ut av vertskommunen for å få samarbeidspartnere. De andre forklaringsvariablene slår positivt ut og oppfatning av behov knyttet til levekår påvirker trolig kommuner til å samarbeide med utviklingssentre. At kommuner samarbeider mer når de selv har tatt initiativet eller er vertskommuner er ikke overraskende.

Det er interessant at typen utviklingssenter, om det er et kombinert senter (USHT), for sykehjem (USH) eller for hjemmetjenester (UHT) slår ut for samarbeid med kommuner. Ikke uventet er det USHT kommunene samarbeider mest med. Det kan framstå som enklere for dem i og med at begge funksjonene er i ett senter, og det kan trolig også forklares i at USHT har en større økonomisk slagkraft fordi de får to ganger tilskuddet på 950 000 kroner. Det er ikke utenkelig at det påvirker sentrenes rekkevidde geografisk. Av de to andre sentrene er det UHT kommuner samarbeider mest med, mens det er minst samarbeid med rene USH.



Det tilkommer kostnader for de kommunene som samarbeider med utviklingssentrene. Tilrettelegging for forskning betyr frigjøring av arbeidstid for medarbeidere som er aktive i forskningsprosjektet. Slikt arbeid kan dreie seg om implementering av nye rutiner, men kan også dreie seg om å ta prøver eller prøve ut teknologi, noe som krever at det dokumenteres ekstra og at det blir mer rapporteringsarbeid. Prosjektarbeid har kostnader knyttet til innsøking av midler, opplæring i å drive prosjekter, etablering og drift av prosjekter, samt evaluering og rapportering. Både i form av rapporter til nettet, som andre skal kunne lese og eventuelt benytte seg av, og i form av rapportering til den instans som har gitt prosjektmidlene. Også deltaking i nettverk og faglige fora av diverse typer, har kostnader knyttet til seg i form av tapt arbeidstid. For medarbeidere som er borte for å delta i nettverk etc. mener mange det bør tas inn vikar. Dermed er kostnadene ganske store hvis en kommune sender tre eller fire deltakere for eksempel til et læringsnettverk som har minimum tre samlinger, noen ganger med overnatting. Det kan tenkes det er slike utgifter kommunene tenker på når de setter av midler til samarbeid med sentrene. En del utviklingssentre opplever at det er motstand mot slike kostnader i samarbeidende kommuner og derfor opererer de selv med det de kaller «gratisprinsippet». Med det mener de at selve deltakelsen skal ikke medføre andre kostnader enn det det eventuelt koster med reise- og overnatting.

Slike konsekvenser av deltakelse kan være medvirkende årsaker til at det har utviklet seg en arbeidsmetodikk der prosjektarbeid i kommuner i stor grad forlates til fordel for forskningssamarbeid og tilrettelegging for forskning, det vil si etablering av kontakt mellom forskningsmiljøer og kommuner. Også størrelsen på prosjektene, at de har vært, og fortsatt er svært små for dem som fortsatt benytter seg av det, utfordringene med å dokumentere dem på en god nok måte og inntrykket av at det er «private» prosjekter, er medvirkende årsaker til at arbeidsformen forlates. Flere sentere pekte på at de ikke lenger benytter seg av såkalte frie midler som kommuner kan søke på for å fremme kommunal deltakelse i prosjekter.

Noen informanter gir uttrykk for at en for tett kobling på et bestemt tjenestested gir for lite potensial for utvikling. Skal en prøve ut modeller, vil det være mest formålstjenlig å prøve ut disse der behovene er størst. Dette er ikke nødvendigvis

vertssykehjemmet eller hjemmetjenesteenheter i vertskommunen. Det kan også oppstå en viss tretthet i organisasjonen, om en og samme enhet skal være arena for utprøving over lengre tid. Samtidig er det flere som understreker at nærhet til kjernevirksomheten er viktig. De kan få innspill direkte fra de som jobber i den daglige driften og som står i utfordringene i det daglige. Dette kan også, i følge en av informantene, lette implementeringen av kunnskap. Man er tett på og snakker samme språk.

Ettersom pådriveroppgavene er mange kommer det altså fram at setrene enten prioriterer bort noen oppgaver, eller at det er en utfordring generelt for sentrene å prioritere, og mange sliter med å jobbe systematisk. En årsak til at det er utfordrende å jobbe systematisk er at det kommer nye nasjonale oppgaver og finansieringer som de må starte arbeidet med før forrige satsning oppfattes som «ferdig». Ekstern finansiering medfører i tillegg at det må arbeides mye med søknader og på den måten skifter sentrene mellom arbeidsoppgaver og finansieringsformer i et tempo de ikke selv har kontroll over og arbeidet får lite kontinuitet og systematikk. Det er poengtert fra senterledere at retningslinjer og lignende fra Helsedirektoratet er gode, men at de kommer på tidspunkter på året som gjør det vanskelig for dem å planlegge nye tiltak for inneværende år. Det kan innebære at de må avvike fra sin plan og endre retning på sitt arbeid i løpet av året.

Arbeid i nettverk foregår langs flere linjer – idéutvikling, idéutvelging, implementering og spredning. Her kan vi legge til et punkt om fagutvikling mellom idéutvikling og implementering. Det er også krevende både for utviklingssentrene, som skal organisere og drive det, samt for deltakere, spesielt de kommunale. De fleste sentrene holder enten i gang nettverk på hvert av områdene de arbeider med, eller de følger opp nettverk som samarbeidende aktører, dvs. Fylkesmannen, har i gang. Flere nettverk løper samtidig og tendensen er at jo større sentre, som viser til antall personell og som regel til størrelsen på vertskommunen, desto flere nettverk arbeider utviklingssenteret med.

Det kan se ut til at de oftest etablerte nettverkene er innenfor Pasientsikkerhetsprogrammet og legemiddelhåndtering. Dette er læringsnettverk som omtales under. Dernest er det lindrende pleie

som omtales, samt palliasjon og kreftomsorg. Det er færre som omtaler demens, ernæring og tannhelse. At demens omtales av for så vidt få sentre kan ha sin forklaring i det vi over viste til om at utviklingssentre ikke setter i gang arbeid med et tema hvis det oppfattes slik at andre allerede arbeider med det. Demens er da et av de temaene som blir offer for vertskommunens organisatorisk tyngde, og vi har sett i det kvalitative datamaterialet at store vertskommuner driver sitt utviklingsarbeid knyttet til demens selv, det overlates ikke til utviklingssenteret. Vi vil da også tro at andre store kommuner driver dette arbeidet selv. For eksempel arrangerer Demensomsorgens ABC eller har utvikling av tjenester rettet mot demente pasienter. Arbeidet med ernæring framstår per i dag som et kartleggingstiltak som gjennomføres i sykehjemshenheter eller hjemmetjenester i løpet av en dag, gjerne som en tilrettelagt studentoppgave. Dette er også noe vi har hørt om stort sett i utviklingssentre som er lokalisert i større vertskommuner.

Det er ikke mange sentre som selv har vært aktive knyttet til forskning. Det er i hovedsak fem sentre som omtaler at de har vært aktive i forskningsarbeid ved at medarbeidere har hatt roller som medforskere. Det er flere som medvirker til å bistå forskningsaktivitetene, blant annet ved å være formidler mellom forskningsinstitusjoner ved universiteter og høyskoler, Sentre for omsorgsforskning og private aktører. Sentrene for omsorgsforskning tilbyr også skrivekurs, først og fremst for å gi et innblikk i rapportering, men også for å gi muligheter for skriving av vitenskapelig artikler. I vårt materiale er det fire utviklingssentre som har medarbeidere som er medforfattere på vitenskapelige artikler sammen med forskere fra disse to Sentrene for omsorgsforskning. Andre arbeider sammen med universiteter eller høyskoler uten Senter for omsorgsforskning.

Andre sentre gir inntrykk av at de er litt passive når det gjelder samarbeid med forskningsinstitusjoner. Det er en oppfatning om at "forskning er ikke noe for oss" eller vi "vet ikke hvem vi kunne samarbeide med" osv. Det kan være mange årsaker til dette, men det høres ut som det er litt usikkerhet om hvordan en skal komme i gang. Mange mener at de mangler forskningskompetanse og det er det enighet om i Sentre for omsorgsforskning. Det er også mangel på kunnskap om å skrive søknader, samt på generell kunnskap om å drive fram en forskningsprosess. Dette kan

imidlertid læres og da er det spesielt to Sentre for omsorgsforskning som ser ut til å ta på seg denne oppgaven. Samtidig er det også utviklingsentre som har både masterstudenter og doktorgradsstudenter lokalisert hos seg, men som ikke ser seg som å være aktive knyttet til forskning.

Sentrene som ser at de har en rolle i forskning søker inn og lykkes med å få midler fra både regionale forskingsfond og fra Norges forskningsråd i samarbeid med andre aktører. Da er de ikke bare tilretteleggere og formidlere ut til kommuner, de er aktive partnere.

Utviklingsentrene ser at forskning har omkostninger i kommuner og flere påpeker at det ved forskningssamarbeid bør legges inn finansiering til betaling til kommuner for ekstraarbeid forskningen medfører for dem. Samtidig pekes det på at kommuner lærer ved å være delaktige i forskningsprosjekter og at dette er en god måte å sikre implementering av ny kunnskap i kommunale helse- og omsorgstjenester. Det er også en sikkerhet ved denne måten å arbeide med prosjekter i at den er forskningsledet, det vil si at den i større grad enn ved andre typer prosjekter ivaretar en del sentrale krav til teori, metode og dokumentasjon. Den ivaretar også kommunenes behov for opplæring i prosjektarbeid.

## 6.4 Kultur for endrings- og utviklingsarbeid

Lærende organisasjoner kjennetegnes av at de har etablert kollektive systemer for læring, det foregår i grupper og sammen med andre, gjerne i større enheter. Læring er også en kontinuerlig og systematisk prosess som ofte er basert på praksis, det vil si at det handler om å løfte fram kunnskap som ellers beskrives som «taus». Prosjektmetodikken, som kort beskrevet over, egner seg godt til dette og for at den skal bidra til kunnskapsdeling er det sentralt å etablere felles mål og regler, planlegge rekkefølgen på oppgaver, etablere rutiner på tvers av organisasjonen og samarbeide om feilløsning og diskusjoner om svakheter og hva som kan forbedres. Dette er å etablere arenaer for læring.

Som vist til over forholder utviklingsentrene seg til disse elementene i sitt nettverksarbeid og de kan karakteriseres som lærende organisasjoner. Utfordringen er om deres vertskommuner og samarbeidende kommuner også kan kalles lærende organisasjoner – om de har kulturer for å drive endrings- og

utviklingsarbeid. Til en viss grad viser deler av analysen i kapittel 5 at kommuner er interessert i kunnskap og utvikling, og at de samarbeider med utviklingssentre på ulike måter. Vi har tidligere vist til ulike former for ledelse for å drive fram samarbeidsdrevet innovasjon, som jo arbeidet i utviklingssentrene må sies å være. For at kommuner skal gå inn i slike prosesser må der være til stede en forståelse av at det faktisk er nødvendig. Det er ikke tilstrekkelig å oppfatte at det er et visst behov i egen tjeneste knyttet til levekårsforhold, det er også nødvendig å ha en meny av strategier å iverksette for faktisk og nå et mål om å drive innovasjon i tjenesteutviklingen. Den viktigste strategien er da å samarbeide for å fremme utvikling og i vår sammenheng er den viktigste samarbeidsaktøren et utviklingssenter. Slik data foreligger, kan vi ikke si så mye om forskjeller i ledelsesstil mellom kommuner og om det spiller inn, men vi kan se litt til samarbeidstypene det ble vist til i forrige avsnitt og vi kan se litt til arbeidsoppgavene og trekke noen linjer derfra til ledelse. Det som er synd er at vi ikke kan si noe som helst om kommuner som ikke har svart på surveyen, der er ikke utenkelig at utfordringene for ledelsesnivået er store i de kommunene.

Kolind og Sørensen (2011) deler innovasjonsprosesser i fire faser: Idéfasen, beslutningsfasen, implementeringsfasen og spredningsfasen og de ulike ledelsestypene som ble presentert over spiller ulike roller i de ulike fasene. Mens veiviseren i idéfasen designer rammer og fastsetter strategiske mål for samarbeidet, vil innpiskeren skape insitamenter som belønner kreativitet og vilje til samarbeid. Kulturskaperen vil være opptatt av det må være normer om at det er verdifullt å lære av andre, tenke nytt og gjøre det sammen med andre, gjerne de som ikke tenker på sammen måte som en selv. Formidleren gjør nettopp det, formidler mellom aktører med forskjellige perspektiver. Utviklingssentrene fanger opp ideer som vokser fram i kommuner, men ettersom vi finner at kommuner sjelden selv opplever at de tar initiativ til samarbeid har de antakelig overlatt idéfasen til utviklingssentrene. Hvis de inngår i samarbeid er trolig dette en respons på initiativer sentrene har tatt. Dette gjelder så vel for deltakelse i nettverk, utviklingsprosjekter og forskning. Kommuner tar initiativer til at sentrene bidrar på internundervisning.

I beslutningsfasen, altså når det fattes beslutning om hvilke innovasjoner som skal iverksettes, vil veiviseren holde fast på sine

overordnede mål og strategier. Innpiskeren vil at det skal prioriteres mellom innovasjoner, mens kulturskaperen vil vise handlekraft og vil gå foran som en nødvendighet for å oppnå suksess. Formidleren vil skape et grunnlag for at beslutningstakerne kan fatte informerte beslutninger på best mulig grunnlag. Det er en del kommuner som blir spurt om å delta både i forskning og utvikling, særlig knyttet til velferdsteknologi. Dette gjør kommunene både i samarbeid med utviklingssentre, men også i samarbeid med andre aktører. Velferdsteknologi, men også mer fagrettet forskning er ukjent land for mange og kan involvere en del usikkerhet, og det kan tenkes at ledere i kommuner som inngår i slike prosjekter er kulturskapere. I så tilfelle vil disse kommunene med stor sannsynlighet også samarbeide med utviklingssentrene, og andre aktører, også på andre områder innenfor fag- og kompetanseutvikling.

Vi har sett i kapittel 4 at det drives en del utviklingsarbeid, men at det er mindre fokus på implementering av nye rutiner etc. I implementeringsfasen vil veiviseren fortsatt holde fast på innovasjonens mål og idé. Innpiskeren vil lage insitamenter som peker på at det er en sammenheng mellom beslutning og implementering, mens kulturskaperen vil skape eierskap til innovasjonen ved å snakke om at implementering er viktig og at det er en del av selve innovasjonen. Formidleren vil holde i gang en løpende dialog mellom utviklerne og iverksetterne. Det er enkelt å tenke seg at hvis det dreier seg om velferdsteknologi er alle disse ledertypene sentrale. Vi har imidlertid indikasjoner på at formidleroppgaven ikke alltid tas like alvorlig. Også kulturskaperen kan trekkes fram – i alle implementeringsprosesser vil det oppstå en form for slitasje hvis det for eksempel er vanskelig å se resultater eller hvis det blir mye dokumentasjon, spesielt hvis den ikke kompenseres for, og i slike situasjoner vil det være nødvendig å hele tiden omtale implementering som en integrert del av en utviklingsprosess.

Vi har sett i kapittel 4 at utviklingssentre har utfordringer knyttet til spredning av resultater. Dette kan dels forklares med at kommuner ikke deltar i aktiviteter og at hvis de gjør det, er det ofte i de noe mer passive nettverkene enn i aktivt utviklingsarbeid. I spredningsfasen vil veiviseren ta i bruk nettverk for å spre kunnskap om hva som er fordeler og bakdeler med å delta i samarbeidsdrevet innovasjon. Innpiskeren vil tilrettelegge for

evaluering, mens kulturskaperen vil sørge for at det blir et bredt eierskap til innovasjonene. Formidleren vil organisere fora som synliggjør og formidler innovative prosesser på måter som gir andre lyst til å prøve det samme. I denne siste rollen kjennes mange av utviklingssentrene igjen, dette er nettopp et viktig aspekt ved deres eksistens. I den grad kommuner gjennomfører prosjekter som de rapporterer fra enten skriftlig eller muntlig, kan også ledere eller medarbeidere inngå i denne rollen. Å sørge for at det blir et så bredt eierskap som mulig til innovasjonene er noe av det samme, og handler om å finne den gode måten å formidle på for å anspore andre.

Samtidig kan vi bruke dette begrepsapparatet for å se på noen av de oppgavene det ble inngått samarbeid om. Mange av oppgavene er tidligere karakterisert som å være klassiske eldreomsorgsoppgaver, noe som kan tyde på at ledelse i kommunene ikke innebærer å implementere tiltak for nye grupper eller nye måter å gjennomføre det på eventuelt rutiner for arbeidet. Men at det dreier seg om å tilføre kunnskap knyttet til utfordringer kommuner oppfatter at de har mye av eller som man ser kommer. Samtidig er de kommunene som samarbeider med et utviklingssenter også opptatt av å lære om det vi kan kalle nye arbeidsmåter. Aktiv omsorg skårer ganske høgt, det samme gjør palliativ pleie og kreftomsorg. Veiledning av pårørende og helseledelse skårer lavt blant de utviklingsoppgavene kommunene samarbeider med utviklingssentrene om.

En annen operasjonalisering av vilje til læring kan være kommunestørrelse. Da antas det at større kommuner har mer økonomisk armslag for å være opptatt av utvikling og at de vil være mer i kontakt med utviklingssentre enn mindre kommuner. Dette er kommentert tidligere og vi har pekt på at dette stemmer i det store bildet. Men vi ser også samtidig at det ikke nødvendigvis er de kommunene som har mest behov for det utviklingssentrene kan tilby, fordi de har muligheter til å gjennomføre eget utviklingsarbeid. Det er også i de største kommunene vi ser at utviklingssentrene legges til egne fagutviklingsavdelinger, eller at relativt store fagutviklingsressurser legges til utviklingssenteret. Vi ser både at det er et vellykket samspill mellom kommunenes fagutviklingsavdelinger og utviklingssentrene, men vi ser også at det ikke er så vellykket. Der det er vellykket kan kommunene sies å være lærende organisasjoner – de har tydelig interesse av å drive

utvikling og av at dette skal komme hele kommunen til gode. Men det er ikke mulig å si at kommuner der samspillet ikke framstår som like vellykket ikke er lærende organisasjoner eller ikke har en ledelse som er opptatt av å skape kultur for læring, nettopp fordi vårt datamateriale ikke tillater det.

Spørsmålet om kultur er udefinerbart, men likefullt viktig. Det er viktig at kanskje det aller meste av det fag- og tjenesteutviklingsarbeidet utviklingssentrene driver, først får reell verdi når det resulterer i faktisk kunnskaps- og praksisutvikling i kommunene. Fag- og tjenesteutvikling som funksjon av utviklingssentrenes virksomhet realiseres først og fremst i deres dialog med kommunene og de relevante enheter og etater i disse. Utviklingssentrene er derfor helt avhengig av at prosjekter og resultater kan forankres på en adekvat måte i kommunene. Forankring i denne sammenhengen favner mer enn at det defineres en kontaktperson, selv om det også er svært viktig at det etableres en formell forankring for fag- og tjenesteutvikling innenfor pleie- og omsorg i kommunene. Som det er vist til over må det også være en kulturell forankring, en kultur for fag- og tjenesteutvikling i kommunene, som gjør dem mottakelige for den kunnskap som produseres i utviklingssentrenes virksomhet. Utviklingssentrene kan være pådrivere overfor kommunene, de kan informere, oppfordre til deltakelse i nettverk og prosjektarbeid, og mye annet, men skal arbeidet nå frem, må kommunene også være fysisk og kulturelt mottakelige for det sentrene formidler. Selve etableringen av kunnskapsbaserte rutiner i sykehjem eller hjemmetjenesten må kommunene til syvende og sist ta regien på selv.

Små kommuner kan oppfatte at de ikke har kapasitet til å drive utviklingsarbeid. Kapasitet i denne forståelsen er både økonomi og andelen utdannete og kompetente medarbeidere. Det kan være et paradoks at de som har få kompetente medarbeidere, og som dermed har behov for utviklingssentrenes tilbud, også er de som ikke har medarbeidere å avse til å delta i et læringsnettverk der de må være borte fra jobben knyttet til tre samlinger over en periode. Dette kan ha med tilgang på personell å gjøre: Mange kommuner i Norge er usentralt beliggende og de tilhører en avgrenset bo- og arbeidsmarkedsregion som gjør at tilgangen til personell er vanskelig. Dette har sammenheng med geografi og reiseavstander – desto lengre det er å reise desto sjeldnere observerer



utviklingssentrene at det kommer representanter fra kommuner på nettverk og andre arrangementer. Dette ser vi også i det kvantitative materialet; at kommuner som ligger langt unna i mindre grad samarbeider med et utviklingssenter enn andre. Usentralt beliggende kommuner er også ofte små og i mange mindre kommuner blir altså fagmiljøene for små, til at det blir tilstrekkelig rom for å drive fagutvikling.

I den grad det eksisterer et samarbeid kommuner imellom, som har et felles kontaktnett utad, kan dette legge til rette samarbeidet med utviklingssentrene. Et eksempel er 8 kommuner som har etablert en interkommunal samarbeidsenhet innenfor pleie- og omsorgstjenester i 2008. Samarbeidet har en daglig leder i 100 prosents stilling. Et slikt etablert samarbeid gjør det lettere for utviklingssentre å nå ut til kommunene. I spredtbygde fylker, med mange mindre kommuner, hevder en av våre informanter at utviklingssentrene nesten tvinges til å tenke regionvis når de skal nå ut til kommunene.

Betingelsene for endringsarbeid varierer også mellom kommuner. Dårlig økonomi, som det er i mange kommuner, medfører at oppmerksomheten rettes mot drift. Samtidig observeres det at kommuner som har en kommunal organisasjon innenfor helse og omsorg som er basert i prinsipper hentet fra den såkalte New Public Management-skolen, blir opptatt av økonomi i relasjonen mellom enhetsledere og rådmannsnivået og at fag, i form av fag- og tjenesteutvikling, utdanning og videreutdanning, prioriteres ned. Når dette er sagt observerer vi i evalueringen av K2015 at, med unntak av to kommuner, har alle norske kommuner søkt en eller flere ganger om midler knyttet til K2015 (Kvinge 2015). Dette tyder på at det på et eller annet nivå i de kommunale organisasjonene er det noen som er interessert i å bygge faglig kapasitet. Dette behøver imidlertid ikke bety at det er forankret i den kommunale ledelsen eller at økt kompetanse nedfelles som endring og utvikling.

## 6.5 Metoder

Det kan se ut til at metodene det arbeides med i utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester har et noe ulikt fokus. Utviklingssentre for sykehjem opplyser i stor grad at de arbeider med såkalte piloter som de iverksetter i egen institusjon før det kan

bli et prosjekt eller et tiltak de kan anbefale at andre også arbeider med. Dette er ikke like fremtredende i utviklingssentrene for hjemmetjenester, eller i de sammenslåtte sentrene, men det er et USHT som peker på at dette er en mye brukt arbeidsform og at den ligger til grunn for læringsnettverkene de setter i gang.

Mange utviklingssentre opplyser om at de har forsøkt å lyse ut såkalte frie midler, som er en sum på mellom 20 – 100 000 kroner for å få kommuner til å delta i prosjekter. Dette har i liten grad vært vellykket fordi summen har vært av en størrelse som medførte at det er vanskelig for kommuner å finne områder innenfor prosjekter den kunne benyttes til. Samtidig er dette en form for kompensasjon til kommuner for å arbeide med prosjekter og det er et par sentre som opplyser at dette er en arbeidsform som tas i bruk for å motivere kommuner til å delta i utviklingssenterets arbeid.

Ved innsøking av eksterne midler legges det inn små prosjektlederstillinger. Andelen som oftest nevnes er 20 prosent. Det er noen sentre som opplyser at de har forsøkt å rekruttere prosjektledere fra andre kommuner enn vertskommunen, men at det er vanskelig. Hvis det hadde vært mulig ville også dette kunne fungert som en form for kompensasjon til kommuner for det merarbeidet utviklingsarbeid medfører. Utfordringer for samarbeid med kommuner på dette nivået er knyttet til geografiske avstander, også korte strekninger kan være vanskelig knyttet til prosjektsamarbeid. Utfordringer knyttes også til at andre kommuner i mindre grad enn vertskommuner har forståelse for prosjektmetodikken, jfr. over. Dette knyttes både til kommuner sentralt og til enhetsledere i aktuelle enheter. Det opplyses også om at det har vært utfordrende å rekruttere prosjektledere og deltakere til prosjekter fra vertskommunen. Når dette begrunnes brukes uttrykk som «jantelov» og «sjalusi» og det kommer tydelig til syne at det er en holdning der de som ikke er vertsenhet for et utviklingssenter i en kommune beskytter sitt «domene» for utviklingssenterets innflytelse. Dette er også noen steder en holdning sentrene observerer fra kommuner i fylket når de tilnærmer seg for å rekruttere til forskning, prosjekter, læringsnettverk og andre nettverk. Slike beskyttelsesstrategier kan være et vikarierende argument for liten interesse for endrings- og utviklingsarbeid.

I pådriverrollen mot andre kommuner knyttet til nasjonale føringer benyttes læringsnettverk. Dette er samlinger over tid, 7 til 10 måneder nevnes, med de samme deltakende kommuner, tre samlinger ser ut til å være vanlig. Der skal det gjennomføres arbeidsoppgaver mellom samlinger, det gjennomføres diskusjoner og noen ganger arbeides det med case. Så godt som alle utviklingsentre opplyser til oss at de arbeider på denne måten med ett eller to tema. Oftest Pasientsikkerhetskampanjen og legemiddelbruk, som ser ut til å ha vært et utgangspunkt for å ta i bruk læringsnettverk, dernest fallforebygging (disse henger sammen, men det snakkes ofte om dem som separate prosjekter).

I pådriverrollen mot andre kommuner, som ikke nødvendigvis er knyttet til nasjonale føringer, benyttes i stor grad fagnettverk eller fagdager, evt. erfaringsnettverk. I fagnettverkene ble det invitert inn eksperter på et tema, i erfaringsnettverkene deler kommuner som har gjennomført prosjekter sine erfaringer med hverandre. Kommuner som ønsker å høre om prosjekter deltar for å bli informert.

Faglunsjer holdes internt i egen kommune eventuelt i egen institusjon.

Implementering av ny kunnskap eller nye rutiner er krevende. Hvis det er resultater fra prosjekter som skal implementeres må det settes av penger til det og det må integreres tydeligere i prosjektene. Et senter gav klart uttrykk for at de regnet implementering som en del av prosjektet, på den måten at det i selve prosjektet også ble lagt en plan for implementering. Ingen andre snakket om det på denne måten. Ellers er det læringsnettverk som er metoden som tas i bruk når det er snakk om implementering i kommuner.

Implementering handler imidlertid ikke bare om at implementeringsstrategier inngår i prosjektarbeidet, men også om hvordan kommunene faktisk er organisert i knyttet til fag- og tjenesteutvikling. Flere informanter understreket at resultatene av deres virksomhet ikke bare avhenger av hva sentrene selv utretter, men også av at kommunene er i stand til å motta og nyttiggjøre seg kunnskapsutvikling innenfor de relevante fagområdene av pleie, helse og omsorgsarbeidet (at de har en kultur for endrings- og utviklingsarbeid).

Hvordan dette arbeidet kan styrkes i kommunene, går utover hva våre informanter har meninger om, men det antydes to mulige modeller. Den ene understreker viktigheten av at fag- og tjenesteutviklingen forankres på etatsledernivå, eller høyere, slik at resultater fra kunnskapsarbeidet lar seg implementere fra toppen. En alternativ strategi som nevnes er at det etableres egne kontaktpersoner for fag- og tjenesteutvikling i kommunene. Som vist til over er det noen sentre som har fått til dette.

## 6.6 Forankring i vertskommuner

Det kan være flere indikatorer på forankringen utviklingssentrene har i vertskommunen. Vi har i hovedsak brukt to i vår intervjuundersøkelse: Om kommuner bidrar med ekstra finansiering til stillingsressurser og om senteret er inkludert i og forankret i kommunal planer.

Som nevnt over ser vi at store kommuner har en tydelig strategi med å søke status som vertskommune for utviklingssenteret. Der er det oftest en fag- og utviklingsavdeling som senteret kan legges inntil og disse kan da gjensidig berike hverandre ved å delta i hverandres arbeid. I to av de store kommunene kom imidlertid utviklingssenteret i konkurranse med kommunens eget fagutviklingssenter og dette så på tidspunktet ut til å være litt uløselige floker som resulterte i forholdsvis kraftige domenekonflikter. De kommunene som legger til mest ressurser legger til 2, 47 og 1,5 mill. og lar utviklingssenteret disponere midlene, andre legger til mindre og det kommer i form av deltidsstillinger. 10 – 50 prosent er nevnt.

I mindre kommuner har de gjerne ingen utviklingsavdeling og dermed ingen ressurser å legge inntil utviklingssenteret når det er søkt inn. I de tilfellene der det benyttes frie midler kommuner kan søke på vil det si at det ofte er en person i stillingen som leder ved utviklingssentret og at denne er 50 prosent. Medarbeidere blir da stående alene i en liten stilling og skal klare av pådriverrollen på alle områdene både overfor egen kommune og overfor andre kommuner i fylket. I et sammenlignende perspektiv framstår dette ikke som bærekraftig.

De fleste utviklingssentrene oppfattet at de var godt forankret i kommunal virksomhet og kommunale planer. Alle kunne likevel

ikke redegjøre for hvilke planer og i dette spørsmålet kom det fram en nokså tydelig forskjell i forankring i vertskommuner mellom typer utviklingsentre. Sentre for sykehjem framstår som regel forankret i en avdeling ved et sykehjem, evt. i hele sykehjemmet. I disse vertskommunene kan det se ut til at den kommunale organisasjonen i forståelsen helse og omsorg, er mindre involvert enn i kommuner som er vertskommuner for utviklingsentre for hjemmetjenester. I disse kommunene ligger ofte utviklingsenteret i en FoU- eller fagutviklingsavdeling hvis kommunen er stor nok, eller det er tilknyttet en stabsfunksjon. Sentrene som ser ut til å være best forankret er de sammenslåtte, de som har begge funksjonene og er USHT. Disse ligger også som regel til en FoU- eller fagutviklingsavdeling og de er organisert ut av praksis.

Disse sentrene oppfatter seg som en pådriver for kompetanse- og tjenesteutvikling, og da ønsker de ikke å være en del av den daglige driften. Dette taler for å organisere dem med avstand til bestemte tjenesteenheter. Det kan også se ut til at et sterkt fokus på å ha nærhet til praksis blir en utfordring knyttet til å utforme en pådriverrolle overfor andre enheter i egen kommune, og overfor andre kommuner. Å beholde dette fokuset med nærhet til praksis kan være en arv fra perioden USH var et undervisningssykehjem. Vi så dette veldig tydelig knyttet til fylke 3 der en reorganisering er forestående og der denne ble sett på med uvilje fra både USH og UHT. Men også i andre fylker der reorganisering ikke var forestående, men kun diskutert.

Men dette var også et tema for sentre som allerede var reorganisert. Av disse ble det omtalt og kommentert som noe det hadde vært uvilje mot å gjennomføre, men i ettertid sett på med positive øyne. Det hadde gitt flere muskler, først og fremst knyttet til pådriverrollen, men også til at medarbeidere hadde god kompetanse, gjerne forskningskompetanse

Ved noen sentre ble det etterlyst en tettere tilknytning oppover i systemet, til det strategiske nivået i kommunen og til ledere på etatsnivå. Slik tilknytning kan gjøre arbeidet lettere i mange ulike faser av prosessen, både når det gjelder å fange opp behov, skaffe gode enheter for utprøving og implementere resultater. Er en for tett knyttet til enheter som sykehjem eller hjemmetjenester, vil det være mer utfordrende å fange opp relevante behov, prøvd ut

modeller der det var mest egnet, utvide målgruppene og ikke minst, formidle resultater ut til andre enheter.

Det kan også se ut til at UHT og USHT i større grad enn USH klarte å inkorporere andre målgrupper i sin virksomhet enn de som sentrene opprinnelig var etablert for å utvikle kunnskap knyttet til. Særlig to sentre utmerket seg i den forbindelse, vi så det også litt i noen andre fylker, men ikke langt fra så uttalt.

## 6.7 Samarbeidende aktørers bidrag til aktiviteter

De fleste sentrene hadde etablert fag- og samarbeidsråd som anbefalt. Vi har imidlertid observert at disse rådene ikke nødvendigvis fungerer etter hensikten. Dette varierer mye mellom sentre og noen påpeker at rådene i fylket skal slås sammen for å få dem til å fungere bedre. Andre peker på at det er møter, men at rådene ikke involveres i beslutninger (mange). I to fylker pekes det bare på at rådene ikke fungerer. Så er det en siste gruppe med sentre som viser til at fag- og samarbeidsrådet har en viktig rolle i arbeidet med å definere og fortolke nasjonale føringer, hvordan sentrene skal arbeide med disse og hvilke kommuner senteret kan henvende seg til knyttet til forskjellige føringer.

I et fylke var det veldig tydelig at de ikke får så mye ut av rådet. Det er et spredt befolket område og et av fylkene i Norge med færrest innbyggere. Samtidig er fag- og samarbeidsrådet slått sammen. Det betyr at de samme aktørene møter og diskuterer tilsvarende spørsmål knyttet til flere sentre. Dette er en av indikatorene for at det kanskje skal tenkes litt annerledes omkring utviklingssentrene. Spesielt i områder med spredt og lav befolkning. De har trolig størst behov for det arbeidet utviklingscenteret gjennomfører, samtidig som de har færrest forutsetninger for å nyttiggjøre seg det.

Fylkesmannen oppfattes som en god samarbeidspartner av så godt som alle utviklingssentrene. Noen er ikke like begeistret for den rollen Fylkesmannen tar overfor dem og mener at de knyttes for tett til iverksettingen av K2015. Ett senter pekte på at det fikk en rolle knyttet til fylkesmannens tilsyn, der de reiste til kommuner og tok på seg en oppfølgerrolle. Det vil si at senteret hjalp kommuner

med etterarbeidet etter tilsyn, for eksempel ved å diskutere avvik og definere arbeidsoppgave etc. som tilsynet resulterte i.

En del sentre har et samarbeid med KS som de er godt fornøyde med, andre uttrykker at de kunne ønske seg et tettere samarbeid med KS, for eksempel samarbeid om læringsnettverk innenfor helse og omsorg. Det uttrykkes ønske om samarbeid med leger som kan knyttes til prosjekter, mange prosjekter fordrer også dette. Det observeres fra utviklingssentre at sykehus driver mye med innovasjon uten at kommuner involveres. Faste samarbeidsformer med helseforetak er ønskelig. Ett senter rapporterer om involvering knyttet til partnerskap mellom helseforetak og kommuner i foretakets opptaksområde. Dette oppfattes som positivt.

Det varierer i hvilken grad sentrene samarbeider med det regionale Senteret for omsorgsforskning. En del påpeker at det ligger for langt unna og at det er mer naturlig å ha kontakt med miljøer på nærmeste høyskole eller universitet. Det er et unntak for Senter for omsorgsforskning Vest, der avstand påpekes av senteret, men der de ulike USHT senteret har kontakt med ikke er opptatt av avstanden. Det er også et unntak for Senter for omsorgsforskning Sør, som har god kontakt med alle utviklingssentre i nedslagsfeltet selv om de ikke samarbeider like tett med alle.

Til alle sentre i sin region knytter to Sentre for omsorgsforskning en kommentar om at skrivekunnskapen ikke er god nok i USHT. Dette er spesielt knyttet til forskningsmessig dokumentasjon knyttet til rapporter etc. som skrives på en slik måte at det ikke er mulig for andre å replikere prosjekter. Dette kan også ses i det bredere perspektivet der alle typer rapporter som skrives knyttet til alle typer prosjekter inkluderes.

Det pekes altså på at den kunnskapen om forskningsmetodikk ikke er tilstrekkelig i USHT. Dette knytter an til begrepene om reliabilitet og validitet spesielt, men også til det mer generelle som å beskrive metodiske grep på en slik måte at de er forståelige for andre. Hvis prosjektrapporter skal ta hensyn til dette trengs det innsikt i vitenskapelige metoder og teorier, noe som kan tilføres ved utdanning og trening. Det krever at ansatte har minimum mastergrad der det læres om metoder og teorier. Hvis slike faktorer ikke tas hensyn til i tilstrekkelig grad, gir rapportene dermed ikke veiledning som er god nok til at andre kan gjenta

prosjektet, altså replikere det og bruke en prosjektrapport som inspirasjon eller veiledning. Kunnskapen utviklingssentrene har i vitenskapelig skriving holder til årsrapporter, men altså ikke til prosjektrapporter. Det tas ikke med nok stoff knyttet til gjennomføring av prosjektene. Sentrene holder derfor skrivekurs. Disse tas også et steg videre der deltakerne lærer å ta stoffet sitt fra rapport til artikkel, og det er en del intervjupersoner i utviklingssentre som er medforfattere på vitenskapelige artikler.

Det oppleves også at det generelt sett ikke er kunnskap god nok i utviklingssentre til å drive eller fasilitere forskning, også medforskerrollen kan bli vanskelig på grunn av lite forskerkompetanse.

## 6.8 Kommunenes nytte av USHT – er de effektive i implementering av kunnskap?

På den ene siden er det nokså opplagt at vi skal svare nei på dette spørsmålet. Det er til sammen 172 kommuner som svarer at de har en eller annen form for samarbeid med et utviklingssenter, det er under halvparten av kommunene i Norge. Det er få kommuner, om lag  $\frac{1}{4}$ , som svarer at de samarbeider knyttet til de forskjellige spørsmålene vi har stilt om hva de samarbeider om og hvordan de eventuelt samarbeider. Små kommuner samarbeider mindre enn andre kommuner, og det er mange små kommuner i Norge. Vi ser også at utviklingssentre som ligger i store vertskommuner ikke i stor grad samarbeider med andre kommuner i sitt nedslagsfelt. Dette er altså forholdsvis nedslående resultater for utviklingssentrene.

Når det nyanseres kommer det likevel fram at for de kommunene som inngår i samarbeid så samarbeides det om flere typer oppgaver og på flere måter. Samarbeid avler altså nytt samarbeid. Det kan derfor se ut til at det springende punktet er å få i gang det første samarbeidet. De kan også tenkes at sentrene bør reorganiseres og at arbeidsformen bør endres noe for å få i gang et godt samarbeid med kommuner. Et av våre funn, som er at det er større sannsynlighet for at sentrene samarbeider med kommuner hvis senteret er et USHT enn hvis det bare har en av funksjonene, tyder på at reorganisering kan være et grep.



## 6.9 Mulige framtidige organisasjonsformer

Utviklingsentrene eksisterer i spenningsfeltet mellom statlig styring og lokal utvikling. På den ene siden inngår de i styringsstrukturen som et pedagogisk styringsvirkemiddel som har redskaper de kan ta i bruk for å være en støttefunksjon for kommuner som skal iverksette statlig politikk og tiltak, som Pasientsikkerhetsprogrammet. Oppgaven er å få i gang prosesser lokalt og dette gjennomføres ved å ha nettverk som viktigste arbeidsmetode. De har et tett samarbeid med Fylkesmannen, særlig om organisering av diverse former for nettverk, noe som også peker i retning av at de er en del av den statlige styringen på området. Som det ble vist til i kapittel 4 er det også ett senter som tar denne rollen svært alvorlig og opptrer i en støttefunksjon for Fylkesmannen i tilsynsrollen. Ved direkte spørsmål var det flere senterledere som svarte ja på at de kunne oppfattes som en form for prosessstøtte for kommuner i spørsmål om å iverksette statlig politikk.

Sentrene arbeider også med lokal utvikling. De tar alvorlig oppgaven med å fange opp hva kommunene i nedslagsfeltet oppfatter som utfordringer og søker å iverksette prosjekter knyttet til slike utfordringer. Fordi mange kommuner velger å ikke knytte seg an til utviklingssentrenes arbeid faller likevel dette som eksistensberettigelse for sentrene. Å bruke dette som argument for at sentrene skal fortsette sin virksomhet som i dag faller også fordi det er klare endringer mot at lokale utfordringer ikke lenger blir omsatt til prosjekter, men at det blir tatt opp og behandlet i et nettverk. Samtidig så vi også at lokale prosjekter, i den grad de fortsatt blir gjennomført, ikke alltid dokumenteres å en måte som er god nok til at andre kan gjenta dem. Det var svakheter knyttet både til metode generelt, men også til de eventuelle vitenskapelige elementene som det er nødvendig at tas i bruk for å beskrive hvordan et prosjekt gjennomføres. Dette varierer mellom sentre og vi har fått et klart inntrykk av at noen, særlig USHT, ikke har store problemer knyttet til slike faktorer. Også andre sentre med større fagmiljøer er i stand til å gjennomføre gode prosjekter og dokumentere disse.

Det kan likevel tenkes at i spenningsfeltet mellom å være et styringsredskap og fange opp behov for lokal utvikling, så er tendensen nå sterkere mot det første enn mot det siste. De inngår

som et formidlende ledd i en samstyringsrelasjon mellom statlig nivå representert ved Helsedirektoratet og kommunene på helse- og omsorgsfeltet.

Vi så også at små kommuner i mindre grad enn andre hadde samarbeid med et utviklingscenter og at sentre som er lokalisert i store kommuner har en tendens til å konsentrere arbeidet om egen kommune – sentre i store kommuner er offer for vertskommunens organisasjonsmessige tyngde. I tillegg slår fysisk avstand ut for samarbeid, og spesielt for utviklingscentre for sykehjem som samarbeider mindre med kommuner i nedslagsfeltet enn andre. De kommunene som sentrene kunne vært viktige for, er altså de kommunene som i det store bildet ikke benytter seg av deres kompetanse. I en kommunestruktur som den vi har nå, med mange små kommuner, tolker vi det altså dithen at dagens struktur av utviklingscentre ikke er den beste. Dette kan endres hvis den kommende strukturreformen er gjennomgripende og kommuner generelt blir større, det kan ha positive virkninger for lokale kompetansemiljøer som kan bli sterkere. At kompetansemiljøer har positiv betydning ser vi knyttet til USHT, som det er 5 av. De samarbeider mer med kommunene i sitt nedslagsfelt enn andre utviklingscentre.

På bakgrunn av disse observasjonene, som vi gjør i både det kvantitative og det kvalitative materialet, anbefaler vi at strukturen av utviklingscentre reorganiseres.

Som et minimum bør sentre i fylker slås sammen slik at alle blir USHT. Dette anbefales også på bakgrunn av at det vil lette den oversikten over og forankringen av samarbeid som er nødvendig at foregår i kommunene i nedslagsfeltet hvis samarbeid skal være vellykket. Strukturen med to ulike sentre for en tjeneste som ses som en helhet i kommuner medvirker til at det sementeres en fragmentering av kommunale helse- og omsorgstjenester. Politikken knyttet til Samhandlingsreformen framhever at kommunale helse- og omsorgstjenester ses helhetlig, dette er spesielt nødvendig knyttet til forhandlinger som gjennomføres med helseforetakene.

En slik sammenslåing vil gjøre fagmiljøet sterkere og det vil være mulig å kreve at medarbeidere ved sentrene skal ha forskningskompetanse. Da kan de bidra tydeligere i forskningsarbeidet enn de kan i dag. En tanke er da å slå

utviklingssentre sammen med Sentre for omsorgsforskning. Det kan gi sentre to ulike roller: For det første kan de bli en tydeligere og mer selvstendig del av forskningsinfrastrukturen for kommunale helse- og omsorgstjenester. Det vil innebære at de tar selvstendig ansvar for forskning i samarbeid med kommuner. Det må da eventuelt tas stilling til om det er riktig at de fortsetter å ha den statlige pådriverrollen. For det andre kan alt forskningsansvar legges til Sentre for omsorgsforskning slik at utviklingssentrene får en rolle der de kun fungerer som en lokal arm som strekkes mot kommuner på samme måte som i dag. Men at deres funksjoner og kompetanse knyttet til forskning spesialiseres mot å være kun formidlende ledd mellom forskningsmiljøer og kommuner. Da vil sentrene kunne beholde sin pådriverrolle for statlig politikk.

Samtidig er det slik at hvis det skal kunne utvikles og bygges god kunnskap om kommunale utfordringer knyttet til helse og omsorg må kommuner delta tydeligere i forskningsarbeidet og de bør innta et eierskap til forskningen. I framtiden er det dette kommuner må motiveres til uansett ny kommunestruktur. Hvis strukturreformen blir gjennomgripende og kommuner blir store nok til å få flere nye oppgaver knyttet til helse og omsorg vil det være naturlig at de også får et mer aktivt ansvar for forskning enn den plikten de i dag har til å delta. Dermed kan det tenkes at ansvaret for forskningsorganisasjoner bør delegeres til kommuner som kan inngå i samarbeid med hverandre og med andre aktører om å etablere og drifte forskningsorganisasjoner. Disse kan også samorganiseres med Sentre for omsorgsforskning på regionalt nivå eller de kan etableres som nye regionale forskningsinstitusjoner. Fortrinnsvis i samarbeid med universiteter eller høyskoler ettersom disse utvikler stadig større fagmiljøer knyttet til utvikling av helse- og omsorgstjenester. Spesielt med tanke på arbeidet som nå knyttes til utvikling av velferdsteknologi, vil større og mer slagkraftige forskningsinstitusjoner som har kommunale behov langt framme i sin bevissthet være en fordel.

Fire nye organisasjonsformer er derfor tenkelig for en ny struktur av USHT:

- Å redusere strukturen fra to utviklingssentre til et USHT i hvert fylke som har ansvar tilsvarende det de har i dag

- Et USHT i hvert fylke som arbeider med å formidle kontakt mellom forskningsaktører og kommuner, og som fortsetter å ha dagens pådriverrolle for statlig politikk
- Styrking av Sentre for omsorgsforskning slik at de blir sterkere forskningsaktører. USHT's utviklings- og forskningsressurser legges hit
- Under forutsetning om at det gjennomføres en strukturreform: Etablering av regionale forskningsinstitusjoner for helse og omsorg eid av kommuner og som opererer i tett samarbeid med universiteter og høyskoler

## Litteratur

- Abbott, A. (1988): *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labour*. Chicago og London: The University of Chicago Press
- Argyris, C. og D.A. Schön (1978): *Organizational Learning: A theory of action perspective*. Reading WA, MA.: Addison-Wesley.
- Baldersheim, K og K. Ståhlberg. (2002): "From Guided Democracy to Multi-Level Governance: Trends in Central-Local Relations in the Nordic Countries". *Local Government Studies*, 28 (3): 74-90
- Carlile, P. R. (2004): "Transferring, Translating and Transforming: An Integrative Framework for Managing Knowledge Across Boundaries". *Organization Science*, 15(5) 555-567.
- Cresswell, J. W. (2009): *Research design: qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. 3<sup>rd</sup> ed. London: Sage Publications
- Eckhoff, T. (1983): *Statens styringsmuligheter, særlig i ressurs- og miljøspørsmål*. Oslo: Tanum - Norli
- Edwards, A. (2005): "Relational agency: Learning to be a resourceful practitioner". *International Journal of Educational Research*, 43(3): 168-182.
- Embetsoppdrag (2015): *Embetsoppdrag til fylkesmennene*. Helsedirektoratet 2015
- Freidson, E. (2001): *Professionalism, the third logic; On the practice of knowledge*. Chicago: University of Chicago Press
- Gorush, R.L. (1983): *Factor analysis*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates

- Grant, R. M. (2001): "Knowledge and Organization". I: Nonaka, I. og D. Teece (red.) *Managing Industrial Knowledge: creation, transfer and utilization*. 145-169. Sage: London.
- Hagen, A., J. S. Borgen og L. E. Moland (2002): *Undervisningssykehjemsprosjektet. En underveisevaluering*. Oslo: Forskningsstiftelsen Fafo. (Fafo-rapport 383)
- Hanssen, G. S., M. K. Helgesen, og A. K. T. Holmen (2014): "Den forhandlende kommune i samhandlingsreformen – forhandlingspraksis og lederegenskaper". *Norsk statsvitenskapelig tidskrift*, 30 (2): 108-130
- Helgesen, M. K. og G. S. Hanssen (2014): "Kommunalt handlingsrom etter Samhandlingsreformen". *Tidsskrift for velferdsforskning*, 17(3): 41-53
- Helsedirektoratet (udatert): *Årsrapport 2012, Omsorgsplan 2015*, IS 2159, Oslo
- Helsedirektoratet (2010): *Utvikling gjennom kunnskap. Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester – en nasjonal satsing. Overordnet strategi 2011–2015*. IS-1858, Oslo
- HelseOmsorg21 (2014): Nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi for helse og omsorg. Et kunnskapssystem for bedre folkehelse. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. (Rapport 2014)
- Hovedstyresak 14/79 Kommunesektorens Organisasjon, KS
- Huxham, C. og S. Vangen (2005): *Managing to Collaborate. The theory and practice of collaborative advantage*. Routledge, New York
- Jensen, K. og L. Lahn (2005): "The binding role of knowledge: An analysis of nursing students knowledge ties". *Journal of Education and Work*, 18(3): 305-320.
- Kim, J.-o. og C. W. Mueller (1978a): *Factor analysis: Statistical Methods and Practical Issues*. Beverly Hills, Calif.: Sage Publications.
- Kim, J.-o. og C. W. Mueller (1978b): *Introduction to Factor analysis: What It Is and How To Do It*. Beverly Hills, Calif.: Sage Publications.



- Kommunal- og regionaldepartementet (2012): *Statlig styring av kommuner og fylkeskommuner med retningslinjer for utforming av lover og forskrifter rettet mot kommunesektoren*. Oslo
- Kolind, H. og E. Sørensen (2011): "Når offentlige ledere skal lede samarbeidsdrevne innovasjonsprosesser" I: Sørensen og Torfing (red): *Samarbeidsdrevet innovation i offentlig sektor*. København: Jurist- og økonomiforbundets Forlag
- Kvale, S. (1996): *InterViews: An introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Kvinge, T. (2015): *Kompetanseløftet 2015 – Konsekvenser i kommunene?* Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning. (NIBR-notat 2015: 102)
- Kvinge, T., M. K. Helgesen, L. Chr. Munkerud og T. Tjerbo (2015): "Qualifications in primary health and care services; responses and strategies in Norwegian municipalities". Paper delivered at the 2. International conference on public policy, Milan 1-4 July 2015
- Lahn, L. og K. Jensen, (2006): "Models of Professional Learning: Exploring the epistemic tool perspective". *Knowledge, work & society*, 4(3).
- Meld. St. 26 (2014-2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Meld. St. 29 (2012-2013): *Morgendagens omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Meld. St. 10 (2012-2013): *God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Nicolini, D. (2015): "Understanding expertise as practice". Paper presentert på International conference on learning outside the formal education system. Oslo June 1-3 2015.
- Norges offentlige utredninger (NOU) 2011:11: *Innovasjon i omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Nunnally, J. C. og I. H. Bernstein (1994): *Psychometric Theory*. New York: McGraw-Hill.
- Omsorg 2020 (2015): *Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

- Pettersen, I. (2003): Sluttevaluering av Undervisningsgjessprosjektet. Ingar Pettersen & Co as
- Prop. 1 S (2014-2015) Utgiftskapitler: 700–783 og 2711–2790  
Inntektskapitler: 3710–3750, 5572 og 5631. Oslo: helse- og omsorgsdepartementet
- Røiseland, A. og S. I. Vabo (2008): ”Governance på norsk. Samstyring som empirisk og analytisk fenomen”. *Norsk Statsvitenskapelig Tidsskrift*, 24(1-2):86-107
- Senge P.M. (1990): *The Fifth Discipline: The art and practice of the learning organization*. London: Century Business
- Solberg, E., P. Børing, A. Glensvik, K.A. Larsen og D.S. Olsen (2013): *Bedriftskultur for læring: En studie av videreutdanning og opplæring i norske små og mellomstore bedrifter*. Oslo: Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU Rapport, 2013/27).
- Stake, R.E. (1995): *The Art of Case Study Research*. Thousand Oaks: Sage
- St.meld. nr. 47 (2008-2009): *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- St.meld. nr. 25 (2005-2006): *Mestring, muligheter og mening. Framtidens omsorgsutfordringer*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Sørensen, E. og J. Torfing (2011): Introduktion. I: Sørensen og Torfing (red): *Samarbejdsdrevet innovation i offentlig sektor*. København: Jurist- og økonomiforbundets Forlag
- Sørensen, E. og J. Torfing (2005): “The Democratic Anchorage of Governance Networks”. *Scandinavian Political Studies*, 28(3): 195-218
- Thomas G. (2011): “A typology for the case study in social science following a review of definition, discourse and structure.” *Qualitative Inquiry*, 17(6): 511-521
- Tjerbo, T., P. O. Aamodt, I. M. Stigen, M. Helgesen, T. Næss, C. Å. Arnesen, H. Høst og N. Frølich (2012): *Bemanning av pleie- og omsorgssektoren: Handlingsplan og iverksetting. Sluttrapport fra evaluering av Kompetanseløftet 2015*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR-rapport 2012:3)



- Vabo, S.I. mfl. (2014): *Kriterier for god kommunestruktur. Delrapport fra ekspertutvalg*. Oslo: Kommunal- og moderniseringsdepartementet
- Vabo, S. I. (2012): "Tiltakende styring av kommunesektoren – også på eldreområdet"? I: Reitan, M., J. Saglie og E. Smith (red): *Det norske flernivådemokratiet*. Oslo: Abstrakt forlag
- Vedung, E. (1998): "Policy Instruments: Typologies and Theories". I: Bemelmans-Videc, M. L., R. C. Rist og E. Vedung: *Carrots, Sticks & Sermons. Policy Instruments and Their Evaluation*. New Brunswick: Transaction Publishers
- Weiss, C. (1998): *Evaluation. Second edition*. Upper Saddle River, N.J.: New Prentice-Hall Inc.
- Wooldridge, J. M. (2009): *Introductory Econometrics. A modern Approach*. Mason, OH: South-Western Cengage Learning.

# Vedlegg 1 - Spørreskjema



## Samarbeid med utviklingssenter og sykehjem

Grunnet større utfordringer for kommunale helse- og omsorgstjenester har Helsedirektoratet gitt tilskudd til etablering av utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester i hvert fylke. Den viktigste oppgaven til disse sentrene er å arbeide for å øke kvaliteten i tjenestene, og dette skal gjøres ved å utvikle kunnskap. Helsedirektoratet har gitt støtte til interesserte kommuner som har tatt på seg rollen som pådriver for kunnskap og kvalitet i sitt fylke. I pådriverrollen ligger det at de skal gå foran og arbeide for å få med seg andre - for å kunne gjennomføre målsetningene sine må de altså samarbeide med helse- og omsorgstjenestene i andre kommuner i fylket. Vi er interessert i dine synspunkter på samarbeid med senteret i ditt fylke.

Spørsmål 10: Samarbeider din kommune med ett eller flere utviklingssentre i fylket?

Ja, vi samarbeider med utviklingssentre både for sykehjem og hjemmetjenester

Ja, vi samarbeider med utviklingssentre for sykehjem

Ja, vi samarbeider med utviklingssentre for hjemmetjenester

Nei, vi samarbeider ikke med et slikt senter



Spørsmål 11: På hvilken måte samarbeider dere med utviklingssenteret?

	Veldig mye	Mye	Passe	Lite	Veldig lite
Bruker informasjonen de gir ut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruker sentrenes nettsider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leser nyhetsbladet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deltar i fagutvikling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deltar i tjenesteutvikling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Legger til rette for at våre medarbeidere kan delta i nettverk i regi av utviklingssentre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tilrettelegger for at sentrene kan ha forsknings- og utviklingsaktivitet hos oss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi bidrar økonomisk til sentrenes forsknings- og utviklingsaktivitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Våre ansatte kan hospitere på sentrene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentrene bidrar på våre internopplæringer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunen deltar i nettverk med sentrene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi legger til rette for at våre medarbeidere kan sette seg inn i hva sentrene i vårt fylke arbeider med	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi samarbeider med sentrene innenfor avtaleverket som gjelder for samarbeid med Helseforetaket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi samarbeider på andre måter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis du har svart andre former for samarbeid på spørsmål 11 er det fint om du utdyper et her



Spørsmål 12: Hvis dere samarbeider om forskning og utvikling, hvilke forsknings- og utviklingsaktiviteter dreier det seg om?

	Veldig mye	Mye	Passe	Lite	Veldig lite
Tjenester til yngre brukere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tjenester til pasienter med demens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tjenester til brukere med sammensatte behov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tjenester til brukere med minoritetsbakgrunn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utvikling av kunnskap om ledelse i pleie og omsorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klinisk praksis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aktiv omsorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forebygging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rehabilitering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palliativ pleie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreftomsorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veiledning av pårørende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planlegging og utvikling av tjenester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Helseledelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi samarbeider om andre spørsmål	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis du har svart vi samarbeider om andre spørsmål på spørsmål 12 er det fint om du utdyper det her



Spørsmål 13: Hvem tok initiativet til samarbeid?

- Vi tok initiativet
- Utvikingscenteret tok initiativet
- Det var tilfeldig
- Vet ikke

Spørsmål 14: Kan du nevne tre barrierer for at din kommunes samarbeid med Utvikingssentrene for sykehjem og hjemmetjenster kan bli bedre?

---

## Vedlegg 2 - Intervjuguide

### **Intervjuguide til ledere i Utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester.**

Gjennomføres dels som intervjuer ansikt til ansikt og dels som telefonintervjuer. De gjennomføres med ledere og med sentrale medarbeidere i sentre, i samarbeidende undervisningsinstitusjoner og omsorgssentre. Vi har ikke tilstrekkelig informasjon og kunnskap til å utforme dem på nåværende tidspunkt. Vedlagt informasjonsbrev vil tilpasses til institusjon og blir enten sendt eller meddelt muntlig ved kontakt.

### **Lokalisering**

Hvilket fylke og kommune – sykehjem eller hjemmetjenester, evt. samordnet

### **Hovedmål**

Hva er hovedoppgaven til senteret slik du vurderer det?  
Hva er deres kjernekompetanse? (særegenhet)

### **Etablering og Forankring**

Var du med og etablerte utdanningssenteret?  
Hvem tok initiativ til opprettelse av utdanningssenteret?  
Er etableringen forankret i politiske planer i vertskommunen?  
(holistisk, sektorielt)  
Er virksomheten ved senteret inkludert i kommunale planer  
(virksomhetsplan, temaplan, kommuneplanenes samfunnsdel, økonomiplan)

### **Samarbeid kommuner**

Deltar senteret i det strategiske arbeidet i vertskommunen for å utdanne og rekruttere medarbeidere til helse og omsorg? I andre kommuner, (alternativt: gir innspill til)

Samarbeides det med andre kommuner? Hvor mange? Hvem? Hva er årsaken til at dere samarbeider dere med disse kommunene og ikke de andre i fylket?

(stikkord: geografisk perspektiv: nærhet, vidstrakte fylker, størrelse, aktive kommuner)

Hvordan er samarbeidet organisert?

### **Nettverk og samarbeidsråd**

Inngår senteret i et nettverk? Hvilke andre aktører deltar evt.

Er det etablert et fag- og samarbeidsråd? Hvem er aktørene der?

### **Samarbeid i kompetanse- og kvalitetsutviklingen**

Samarbeider dere med høyskoler eller universitet? Evt. hvilke? Har dere enkelte kontaktpersoner?

Samarbeider dere med et Senter for omsorgsforskning? Evt. hvilket og om hva?

Hvordan bidrar andre kommuner enn vertskommunen til fagutviklingen?

Hvordan bidrar Fylkesmannen?

Hvilke andre aktører bidrar?

### **Hovedmål, satsinger og aktiviteter**

Hvordan arbeider utviklingssenteret med hovedmålet? Hva er de viktigste faglige aktivitetene som gjennomføres?

Har utviklingssenterets aktiviteter gjennomgått store faglige/tematiske endringer over tid? Hva er evt årsaken til endringen i innretning?

Nettsiden viser en liste over prosjekter, er denne listen komplett?

Er prosjektene innrettet mot spesielle tema/satsinger i utviklingssenteret?

Hvordan oppstår prosjektene? (Ligger initiativet hos enkeltpersoner i utviklingssenteret? Planer i utviklingssenteret?)

Hvordan utformes samarbeidet med kommuner? Stikkord:

Bidrar dere med foredrag og undervisningsopplegg i kommuner i forbindelse med deres internopplæring

Kommunalt ansatte kan hospitere hos oss. Hvordan oppstår hospiteringen? (Ligger initiativet i utviklingssenteret eller hos leder i kommunal enhet, enkeltansatte som ønsker å hospitere, etatsnivå i kommunen)

Bidrar i videreutvikling av praksistilbud til elever, lærlinger og studenter

Kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenestene til alle kommunene i fylket, generelt og knyttet til prosjekter for fagutvikling  
Involverer kommuner i utviklingsprosjekter, evt. i forskningsprosjekter  
Legger til rette for spredning av informasjon

**Hvordan arbeides det med nasjonale føringer (stikkord):**

Arbeider med noen konkrete nasjonale føringer?  
Hvorfor har dere valgt å arbeide med akkurat disse føringene?

Kapasitet og kompetanseheving  
Samhandling  
Medisinsk oppfølging  
Aktiv omsorg  
Partnerskap med familie og lokalsamfunn  
Kvalitet  
Pasientforløp  
Bruk av andre kliniske retningslinjer  
Styrking av klinisk kunnskap generelt  
Kunnskapsbasert praksis  
Samhandling mellom kommuner og helseforetak  
Aktiv omsorg  
Systematiserer medarbeideres erfaringer  
Brukermedvirkning og systematisering av brukeres erfaringer  
Planlegging (kompetanse)  
Ledelse i helse og omsorg  
Koordinering av tjenester  
Arbeid med lærings- og mestringstilbud  
Arbeid med forebygging, lavterskeltilbud og tidlig intervensjon ved rus og psykisk helse  
Arbeid med forsterkede bo- og tjenestetilbud ved psykiske lidelser  
Samarbeider med kommuner om frisklivssentral

**Formidling av resultater fra fagutvikling (stikkord)**

Skriver prosjektrapporter  
Bidrar i kommunale kurs og internopplæring  
Formidler på nettside  
Formidler populærvitenskapelig  
I lokalavisen  
Bidrar med foredrag



Bidrar i undervisning  
Skriver forskningsbaserte artikler til anerkjente tidsskrifter  
Skriver fagbøker og lærebøker

### **Rammebetingelser, Økonomi og ressurser:**

Sentrene får en grunnbevilgning på kr. 950 000 fra  
Helsedirektoratet: Hvordan benyttes denne bevilgningen?  
Stikkord: vi betaler lønn, vi har midler kommuner kan søke på.  
Søkes det andre støtteordninger fra Helsedirektoratet?  
Søkes det om andre former for tilskudd fra stat eller fylkesmann?  
Evt. fra hvilke aktører.  
Bidrar samarbeidende kommuner med finansiering?  
Bidrar samarbeidende kommuner med andre typer ressurser?  
Hvilke evt?  
Benytter kommunene i fylket frie midler til utviklingssentrene?  
Hvor mange stillingsressurser har selve senteret? Hvilke  
utdanninger og nivåer dreier det seg om?  
Er utviklingsvirksomheten inkludert som egen post i det  
kommunale budsjettet?

### **Læring og Internkontroll**

Har dere rutiner for internkontroll i forhold til eks  
avvikshåndtering ?  
Hvordan behandles avvikene? (stikkord: registreres elektronisk,  
diskuteres i personalmøte, identifisering av tiltak for læring)  
informasjonsflyt i organisasjonen (rapport, elektronisk  
kommunikasjon)  
fora for etisk refleksjon  
Hvordan brukes prosjektrapportene etter avsluttede prosjekter?  
Implementeres forslag fra rapportene?  
Har dere noen metoder for læring fra prosjektene?

### **Fremtiden**

Til slutt lurer vi på hva du tenker om den videre drift av  
utviklingssenteret: Er det noen spesielle forhold du vil fremheve  
som spesielt positive, som sentrale drivkrefter for ditt senter?  
Noen spesielt hemmende?  
Hva ville du gjort hvis du fikk frie rammer for utvikle senterets  
arbeid videre i fremtiden?

**Norsk institutt for by- og region-forskning (NIBR)** er et uavhengig, samfunnsvitenskapelig forskningsinstitutt som utvikler og formidler forskningsbasert kunnskap til nytte for beslutningstakere og samfunnsborgere.

**NIBR** tilbyr handlingsorientert og beslutningsrelevant forskning og utredning for oppdragsgivere i offentlig og privat sektor og konkurrerer om oppdrag nasjonalt og internasjonalt. Instituttet legger vekt på å være en konkurransedyktig bidragsyter til programforskningen i Norges forskningsråd og til internasjonale forskningsprogrammer, bl.a. i regi av EU. NIBR er en frittstående stiftelse, og realisering av instituttets forskningsmål forutsetter at driften går med økonomisk overskudd. Alt overskudd tilbakeføres til NIBR og brukes i tråd med instituttets formål.

**NIBRs** kjernekompetanse er by- og regionforskning. Dette er et bredt tverrfaglig og flerfaglig samfunnsvitenskapelig forskningsfelt som bl.a. omfatter: analyser av samfunnsforhold og samfunnsendring i urbane og rurale samfunn og på tvers av regioner, sektorer og nivåer, analyser av regional utvikling og verdiskaping, areal- og boligplanlegging, forvaltning, demokrati og velferdsutvikling innenfor og på tvers av lokale samfunn, territorielle samfunnsanalyser koplet til studier av bærekraftig utvikling.

By- og regionforskning er et internasjonalt forskningsfelt, og NIBR engasjerer seg aktivt i internasjonal forskning på instituttets satsingsområder.

**NIBR** har 65 forskere med samfunnsfaglig og planfaglig bakgrunn. Staben omfatter sosiologer, statsvitere, økonomer, demografer, antropologer, geografer, arkitekter og sivilingeniører.

#### **Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR)**

Gaustadalléen 21  
0349 OSLO  
Telefon: 22 95 88 00  
Telefaks: 22 60 77 74  
E-post: [nibr@nibr.no](mailto:nibr@nibr.no)  
[www.nibr.no](http://www.nibr.no)

#### **NIBR er en del av CIENS**

CIENS er et strategisk forskningssamarbeid mellom uavhengige forskningsinstitutter og Universitetet i Oslo. CIENS er et nasjonalt og internasjonalt senter for tverr- og flerfaglig forskning om miljø og samfunn. Senteret er basert på felles faglige strategier og forskningsprogram, og samarbeider om forsknings- og formidlingsoppgaver. Gjennom CIENS er rundt 500 forskere samlokalisert i Forskningsparken.

Rapporten gir en oversikt over organisering av og aktiviteter som er gjennomført ved Utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester knyttet til utvikling av tjenestene i kommunal helse og omsorg. Det er gjennomført intervjuer i alle utviklingssentre, og analyser er basert på både et kvalitativt og et kvantitativt datagrunnlag.