

Kunnskap må deles og fag formidles

Michael 2008;5:7–10.

Helsetjenestens oppgave er å møte pasienter på en god måte, og å bistå dem med nyttige tiltak for å forbedre helsetilstanden. Kunnskap om hvilke tiltak som gjør mer nytte enn skade er derfor en avgjørende innsatsfaktor eller ressurs i helsetjenesten. Slik kunnskap har potensialet til å ta liv, redde liv, og til å bedre – eller forverre – folks livskvalitet.

Kunnskapsdeling

Ingen enkeltperson kan lenger holde rede på all relevant kunnskap i eget fagfelt. Det betyr at den enkelte fagutøver må greie å finne, vurdere og utnytte forskning når behovet er der. Det stiller også krav til måten vi håndterer kunnskap på, som fellesressurs i helsetjenesten. Det er imidlertid vanskelig for organisasjoner, institusjoner, fagmiljøer og andre praksisfelleskap i helsetjenesten å fange opp viktig ny kunnskap som bør påvirke arbeidet. Vi mangler bl.a. fullgode ordninger i verden for å overvåke kunnskapsutviklingen, og lokalt mangler vi strukturer, prosesser, kompetanse og kapasitet til å flytte nyttig kunnskap inn i «vår organisasjon». Teknisk sett er det fremgang; intellektuelt henger vi etter. Våre muligheter til å finne, lagre og dele overgår langt våre evner til sortere, destillere og utnytte informasjon.

I september 2004 ble eksempelvis legemiddelet rofecoxib (Vioxx) trukket fra markedet. Alt flere år tidligere burde vi ha visst (hvis vi hadde holdt oversikt) at det var ekstra fare forbundet med store doser og at pasienter som også brukte visse andre legemidler, var spesielt utsatt for alvorlige bivirkninger (1). Fortsatt er det en «privatsak» om helsepersonellet greier å følge med i slike tilfeller og i hvilken grad slik informasjon preger beslutninger i praksis. Fortsatt mangler koplingen mellom kunnskapstilfanget på den ene siden og på den andre siden; den elektroniske pasientjournalen,

kvalitetssikringssystemet, samlingen av rutiner og prosedyrer, og pasientinformasjonen.

Alle medisinske institusjoner og tjenester er kunnskapssentre. De har et ansvar for å følge, dele, formidle og utnytte den beste kunnskap som finnes. For å greie oppgaven trenger man formelle strukturer og eksplisitte prosesser som avgjør når, og hvordan, ny kunnskap skal innlemmes i «systemet». Og man trenger kompetente medarbeidere som har lært seg kunnskaps-håndtering; ingen helseprofesjon er systematisk trent i å finne, vurdere og bruke forskningsbasert informasjon. Videre må de lokale strukturene få støtte fra det nasjonale, dvs. fra Kunnskapssenteret, Helsebiblioteket og andre bindeledd mellom kunnskapsproduksjon og praksis.

Fra det gamle til det nye

Kunnskapsdeling og fagformidling er derfor like utfordrende i dag som den gang det eneste norske kunnskapssenteret lå i København. Det synliggjøres av de mange spennende tråder på kryss og tvers av dette nummeret av Michael. De knytter sammen utfordringer og løsninger, fortid og framtid, formidling til profesjonelle og pasienter, redskaper og tankekraft, papir og elektronikk. Til sammen tegnes et bilde av en kunnskapsutnyttelse i stor utvikling, i en verden som forandrer seg fort. En sterk og tydelig utfordring er den demokratiske funksjon nye former for kunnskapsdeling har. Om noen tiår vil brukere av alle typer tjenester ha like god tilgang til «den beste kunnskap» som den profesjonelle. Hva er det da å være fagutøver?

Er Norge et kunnskapssamfunn?

Det er imidlertid mange gjenstående utfordringer før vi kommer dit, og knapt noen som systematisk arbeider med å implementere løsningene. Det er utenkelig å drive et helseforetak uten en økonomidirektør (eller et samfunn uten en finansminister). Men fortsatt drives helsetjenesten uten en *ansvarlig* fagdirektør (2), og bedriften Norge har ingen kunnskapsminister.

Det sies av og til at vi lever i et kunnskapssamfunn. Det er i beste fall en halv sannhet. Uten tvil er skole, barnevern, politi, samferdsel og helsetjeneste mer avhengig av kunnskapsutviklingen enn av børsutviklingen. Men det er, hvis vi våger å se det, mye rot og sommel i måten vi utnytter kunnskap på. I mange av de hjelpende fag mangler vi fortsatt elementær kunnskap om måter å påvirke viktige og vanlige problemer på (3). Forskning og evaluering foregår ofte med upålitelige metoder. Fragmentert kunnskap oppsummeres og oppdateres ikke på en vederheftig måte. I den grad det finnes relevant, pålitelig, oppsummert og oppdatert kunnskap er den ikke

tilgjengelig for fagutøveren på et øyeblikk. Fortsatt preges utdanningene mer av faktapugg enn av trening i kunnskapsfornyelse.

Det er kanskje riktigere å si at vi lever i et samfunn med et ambivalent forhold til kunnskap som premiss for samfunnsforbedringen. Derav følger paradoksale trekk når det gjelder kunnskapshåndtering. Det er både for mye og for lite informasjon tilgjengelig, for mange og for få verktøy, det går for fort og for sakte, vi er kunnskapsrike og kunnskapsløse samtidig, vi gjør for mye og tenker for lite.

Erkjennelse og anerkjennelse

Kunnskap er ikke alt, heller ikke i helsetjenesten. Først og sist må folk møtes med anerkjennelse, innlevelse og kjærlighet. I tillegg er det et mål at helsepersonellet bruker forskningsbasert informasjon mer systematisk og eksplisitt i viktige beslutninger, at de opplever at det er spennende og nyttig, at de bygger kompetanse i livslang læring, og at de støttes av ledelse, organisasjoner, verktøy og strukturer som gjør det mulig å praktisere kunnskapsbasert. Slik bruk av kunnskap vil forbedre og demokratisere pasientbehandlingen. Virksomme nye tiltak vil bli tatt i bruk og uvirkosomme tiltak droppet, det vil bli mindre usystematisk variasjon i pasientbehandlingen, og pasienter vil i større grad bli trukket med i beslutninger om eget liv og egen helse basert på en bedre forståelse av fordeler og ulemper ved ulike behandlingsalternativer.

Hva kan vi vite noe om, og hvordan kommer vi til erkjennelse? Fortsatt vekker disse to grunnleggende spørsmålene debatt (4,5), flere tusen år etter de første gang, på en fri og utvungen måte, ble diskutert i greske universiteter. Det viser hvor avgjørende viktig kunnskap er som premiss, for beslutninger som angår den enkeltes muligheter til livsutfoldelse og for beslutninger som angår samfunnsutviklingen. Dette er ikke livsfjerne akademiske debatter; svarene som gis, er på en konkret og konsekvensrik måte med på å forme våre levevilkår.

Litteratur

1. Badgett R, Mulrow C. Using information technology to transfer knowledge: A medical institution steps up to the plate. *Ann Int Med* 2005; 142: 220-1.
2. Gray JAM. Where's the chief knowledge officer? *BMJ* 1998; 317: 832.
3. Bjørndal A. Nyttigere forskning. *Dagbladet* 1. februar 2008.
4. Ekeland TJ. Evidensbasert toalettrening. *Morgenbladet* 21. september 2007.
5. Bjørndal A. Alt er ikke relativt. *Morgenbladet* 18. januar 2008.

Arild Bjørndal

arb@kunnskapssenteret.no

Forsker

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Postboks 7004 St Olavs plass

0130 Oslo

og

Professor II

Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin

Universitetet i Oslo

Postboks 1130 Blindern

0318 Oslo