

Bakgrunn

I USA ble det på begynnelsen av 1970-tallet tatt en rekke initiativ for å bedre kvaliteten i helsetjenesten. Mange av de amerikanske ideene ble fra midten av 80-tallet diskutert og videreført i Europa.

En viktig organisasjon var Office of Technology Assessment (OTA) i USA, som på et tidlig tidspunkt startet arbeidet med å fremskaffe dokumentasjon på effekt og sikkerhet ved ny teknologi i samfunnet, senere også ny medisinsk teknologi Health Technology Assessment, (HTA) (1). Etter hvert startet utviklingen av Evidence based medicine (EBM) hvor *systematiske prosesser* for identifikasjon og vurdering av forskning ble en viktig kilde til kunnskapsinnhenting i medisin. Dette ble i tillegg til erfaringene fra OTA, også basis for utvikling av nasjonale sentre for medisinsk metodevurdering (HTA), og det internasjonale Cochrane-samarbeidet (etter den engelske epidemiologen Archie Cochrane (2)). Flere europeiske land startet opp nasjonale /regionale HTA-sentre etter modell av OTA – Sverige var tidlig ute med SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering), likeledes Frankrike og Spania. Det ble også etablert Cochrane-sentre i mange land og regioner, det nordiske ble lagt til København, med en norsk gren til Avdeling for samfunnsmedisin ved Statens institutt for folkehelse (SIF) på 1990-tallet.

Sosial- og helsedepartementet nedsatte i 1996 en arbeidsgruppe for å forberede et nasjonalt senter for teknologivurdering i Norge basert på internasjonale erfaringer med Health Technology Assessment. Rapporten «Et helhetlig system for nyttevurdering av medisinsk praksis» beskrev et system for teknologi/metodevurderinger, som også inkluderte økonomiske, organisatoriske og etiske analyser (3). Departementet etablerte, blant annet på bakgrunn av denne rapporten, men også ut fra et politisk engasjement, Senter for medisinsk metodevurdering (SMM) ved forskningsstiftelsen SINTEF i 1997.

En arbeidsform som av mange ble oppfattet som en slags forløper for metodevurderinger var konsensuskonferanser, utviklet ved National Institute of Health (NIH) USA. Rådet for medisinsk forskning ved Norges Allmennvitenskapelige Forskningsråd, startet etter modell av NIH, og i samarbeid med Sosial- og helsedepartementet, et program for slike konferanser i 1986. Foredragsholdere belyste et klinisk problemområde fra ulike synsvinkler med hovedvekt på kunnskapsstatus, og et bredt sammensatt panel konkluderte

deretter med en veiledende anbefaling om klinisk praksis. Den første konsensuskonferansen dreide seg om mammografi for kvinner i alderen 50–70 år. Konsensuskonferansene ble lagt ned etter etableringen av SMM, senere Kunnskapssenteret, men er sporadisk tatt opp igjen i en fornyet form bl.a. ved en konferanse i 2011, om heroinbehandling av rusmisbrukere, med støtte av en kunnskapsoppsummering fra Kunnskapssenteret.

Avedis Donebedian utarbeidet på 1960-tallet et rammeverk for forståelsen av kvalitet satt sammen av struktur, prosess og resultat basert på helsearbeideres profesjonelle standard, og definerte helsefaglig kvalitet på bakgrunn av dette. Kvalitetssikring omfattet etter hvert et eget sett av verktøy og metoder som skulle optimalisere forholdene for arbeidet i sykehusene (4). Kvalitetssikring, kvalitetsindikatorer og til og med akkreditering av institusjoner ble satt på dagsorden (USA, UK, Frankrike). I Norge (1993) startet en gruppe helsetjenesteforskere ved Stiftelse for helsetjenesteforskning (HELTEF, Sentralsykehuset i Akershus, SiA) arbeid med kliniske indikatorer, i tillegg til systematiske pasienterfaringsundersøkelser som kvalitetssikring av virksomheten ved sykehusene. De utviklet en skjemabasert metode for å vurdere pasienterfaringer. I 1994 ble det gjennomført to pilotundersøkelser hvor et spørreskjema med 37 spørsmål ble sendt til 500 pasienter utskrevet fra indremedisinsk avdeling ved Sentralsykehuset i Akershus (SiA) (5).

Det faglige utgangspunktet var dels kvalitetsbevegelsen, men også forskning fra USA som systematisk viste forskjeller i resultater mellom sykehus eller geografiske regioner. Tidlig på 1990-tallet ble det lovbestemte kvalitetsutvalg ved sykehusene i Norge.

Sosial- og helsedepartementet støttet ulike forbedrings- og utviklingsprosjekter. Sykehusene fikk, med bakgrunn i TQM (Total Quality Movement)-bevegelsen, pålegg om å ansette kvalitetsrådgivere, som ble viktige samarbeidspartnere for HELTEF.

Som en del av det strategiske arbeidet med kvalitet publiserte Institute of Medicine (IOM) i USA i 1999 den skjellsettende rapporten *To Err is Human* (6). Rapporten startet en ny måte å tenke om «unødvendige dødsfall», med en økende bevissthet om feil i helsetjenesten blant både helsepersonell og pasienter. Det oppstod «pasientsikkerhetsbevegelser» i de fleste vestlige land. Dette var bevegelser som innledningsvis omhandlet individuelle uønskede hendelser, men som også utvidet begrepet pasientsikkerhet til å styrke kvaliteten i helsetjenesten ved å støtte kunnskapsbasert praksis.

Helsedirektoratet, det senere Helsetilsynet, initierte i 1992 en utredning om temaet uheldige hendelser som grunnlag for kvalitetsforbedring. Det ble opprettet et landsomfattende meldesystem basert på en felles rapporteringsmal. Rapportene om slike negative hendelser skulle brukes til internt

forbedringsarbeid. Med bakgrunn i målsettingen om læring og forbedring, ble denne aktiviteten fra 2012 lagt til Kunnskapscenteret.

Helsedirektoratet startet også arbeidet med retningslinjer i Norge og ga ut «Retningslinjer for retningslinjer» i 1998 (7). Dette arbeidet ble videreført i et samarbeid mellom Sosial – og helsedirektoratet og Kunnskapscenteret.

I England ble det i 1999 etablert en viktig formidlingskanal for forskningsresultater og ulike tiltak i helsetjenesten; National Electronic Library for Health, ledet av den legendariske Muir Grey, som hevdet at: «*In the 21st century, knowledge is the key element to improving health*». Det ble nok også en viktig inspirator for vårt senere Helsebibliotek.

Som en illustrasjon på Kunnskapscenterets ideologiske og faglige bakgrunn har tidligere direktør John-Arne Røttingen ofte beskrevet grunnlaget for senteret ut fra ulike trender i tiden:

- Evidence Based Medicine/Practice movement
- HTA movement
- Outcomes movement
- Consumerism movement
- Quality Improvement movement
- Practice Development movement
- Patient Safety movement
- Open access movement