

Fra idé til etablering

Ideer og utfordringer

I 2001–2002 foregikk det en omorganisering av den sentrale helseforvaltning i Norge. Sosial- og helsedepartementet ble delt i et Sosialdepartement og et Helsedepartement. Flere mindre enheter under departementet ble samlet i større. Det ble opprettet et større Nasjonalt folkehelseinstitutt og et eget tilsynsorgan for helsetjenesten (Statens helsetilsyn). Et viktig tiltak var opprettelsen av et større Sosial- og helsedirektorat med overføring av oppgaver og personell fra det tidligere Helsedirektorat (Helsetilsynet) og departementet. Sosial- og helsedirektoratet skulle omsette helsepolitikk i konkrete handlinger og således ha en normerende rolle overfor helse- og sosialtjenesten.

Direktoratet – et «forvaltnings- og kompetanseorgan» – skulle få ansvar for forvaltning, rådgivning og kvalitetsutvikling, og skulle derfor inneha utrederkompetanse, bestillerkompetanse overfor eksterne forskningsmiljøer og kompetanse til å oppsummere forskning som foregikk andre steder. HELTEF hadde i sitt høringsinnspill til omorganiseringen av sosial- og helseforvaltningen våren 2001 tatt til orde for etablering av et selvstendig Nasjonalt helsetjenesteinstitutt (*se vedlegg 1a*). Instituttet var tenkt som en parallell til forslaget om å etablere et Nasjonalt folkehelseinstitutt som skulle kartlegge og overvåke befolkningens helsetilstand, til et samlet miljø for vurdering av helsetjenesten. Man foreslo dette instituttet som en fjerde etat, på nivå med de tre store nye etater; direktoratet, Helsetilsynet og Folkehelseinstituttet. Høringsuttalelsen beskriver et bredt samlet kompetansemiljø satt sammen ut fra flere perspektiver: effektvurderinger av tiltak, resultat-/kvalitetsvurderinger, prioritering, aktivitetsvurderinger. Sosial- og helsedepartementet ønsket imidlertid primært å etablere et miljø for metode- og kunnskapsvurdering *innenfor* den nye helse- og sosialforvaltningen (8). Man så at det nyetablerte direktoratet med alle sine nye oppgaver ville ha behov for et miljø med denne kompetansen. Det ble høsten 2001 foreslått at dette miljøet først og fremst skulle utgjøres av Senter for medisinsk metodevurdering (SMM) og deler av helsetjenesteforskningen fra Folkehelseinstituttet. I forslag til organisasjonskart for det nye Sosial- og helsedirektoratet, var en egen Forsknings – og utviklingsdivisjon skissert som en av fire divisjoner, med flere avdelinger hvorav Medisinsk metodevurdering var én.

Departementets forslag var kontroversielt. Ikke minst mente flere instanser, bl.a. Legeforeningen og de medisinske fakultetene ved universitetene, at en slik organisering ville knytte disse miljøene for tett på forvaltningen, og at det var behov for en uavhengig organisering av et slikt forsknings- og utredningsmiljø, slik at det var et klart skille mellom faglige vurderinger og beslutningsinstansene. Dette engasjementet var særlig knyttet opp mot ønsket om å ivareta Senter for medisinsk metodevurdering (SMM) som et uavhengig faglig organ som ikke kunne mistenkes for påvirkning fra noen parter.

Helseminister Dagfinn Høybråten ønsket å se nærmere på problemstillingen, og videreførte derfor inntil videre SMMs plassering ved SINTEF. Han skrev i et brev gjengitt i B. innst.S.nr.11 (2001–2002): – «Jeg legger opp til at SMM ikke skal samorganiseres med direktoratet fra 1. januar 2002. Jeg vil komme tilbake til eventuelle endringer i dette opplegget i budsjettproposisjonen for 2003.» I det samme brevet skriver helseministeren også at «Sosial- og helsedirektoratet skal ikke ha forskningsaktiviteter som forutsettes å ha en fri og uavhengig stilling».

SMM var blitt evaluert etter de første tre årene. Evalueringen var positiv, men påpekte at det var lite felles utnyttelse av beslektede miljøer i Norge, f. eks. mellom SMM og Cochrane- virksomheten ved Folkehelseinstituttet, den gang SIFF. Parallelt med utredningene i departementet om et samlet kompetansemiljø, ble det i oktober 2001 derfor tatt uformelle initiativ fra enkeltpersoner til en mulig sammenslåing mellom SMM, Seksjon for helsetjenesteforskning ved Folkehelseinstituttet og HELTEF ved Akershus universitetssykehus til et uavhengig senter / institutt. Initiativet ble beskrevet i et brev til Sosial- og helsedepartementet (*se vedlegg 1b*). Initiativet strandet da, men diskusjonen og modellen ble viktige i den videre prosessen.

Flere så imidlertid også positive muligheter ved en tettere tilknytning til helseforvaltningen, noe som ble klart uttrykt fra Seksjon for helsetjenesteforskning ved Folkehelseinstituttet. Den ble derfor innlemmet i Sosial- og helsedirektoratet fra starten 1. januar 2002, hvor den utgjorde Divisjon for kunnskapshåndtering. Divisjonen ble ledet av samfunnsmedisineren Arild Bjørndal, som sammen med medisineren Andy Oxman fra USA, lenge hadde vært pådrivere for evidence based medicine i Norge. Egen forskning hadde imidlertid vært en vesentlig del av denne virksomheten. Dette var vanskelig å forsvare i henhold til utsagn fra helsestatsråden og Sosialkomiteen i Stortinget (til Statsbudsjettet 2001–2002) om at det ikke burde bygges opp noe eget forskningsmiljø som forutsetter å ha en fri og uavhengig stilling i direktoratet. I regi av departementet ble det foretatt en evaluering av spørsmålet om forskningsvirksomhet som en del av Sosial- og helse-

direktoratet, første kvartal 2003. Evalueringen, utført av professor Kaare Norum, var positiv til forskningen, men konkluderte med at selvstendig, uavhengig forskning ikke hadde noen plass i et direktorat. Virksomheten ble foreslått lagt til Folkehelseinstituttet, som en egen Divisjon for effekt-forskning og metodevurdering, eller i en ny organisasjon (et Nasjonalt helse- og sosialtjenesteinstitutt).

Et forslag om også å få HELTEF inn i folden bød på spesielle utfordringer. HELTEF sorterte nemlig under Utdannings- og forskningsdepartementet, som en egen stiftelse. Skulle HELTEF fusjoneres med de øvrige enheter forutsatte dette at styret for HELTEF vedtok å avvike stiftelsen. I dette styret satt representanter med sterk lokal og faglig forankring, og et slikt vedtak var langt fra opplagt. HELTEF hadde hatt en spesiell rolle i reetableringen av universitetsfunksjoner ved Sentralsykehuset i Akershus (senere Akershus universitetssykehus (Ahus), og hadde drevet forskning av stor interesse for myndighetene. Riktignok hadde en evaluering påpekt for svak kontakt med øvrige helsetjenesteforskningsmiljøer og sårbarhet på grunn av et lite miljø, men betydningen lokalt var stor, noe som også samsvarte med at lokaliseringen av HELTEF i sin tid var en kompensasjon for tapet av universitetsfunksjoner ved Ahus (den gang SiA) i 1987. Helsedepartementets maktmidler var imidlertid sterke. Selv om miljøet sorterte under et annet departement, kom finansieringen i all hovedsak fra Helsedepartementet, og det ble ikke lagt skjul på at tilførselen ville strupes om HELTEF ikke tok imot invitasjonen til en fusjon. Ledelsen ved HELTEF var realistisk nok til å gå inn i dette, under forutsetning av at man fortsatt skulle spille en faglig rolle ved Ahus, i en fri og uavhengig posisjon. Fortsatt lokalisering av miljøet ved Ahus var også en forutsetning for at styret etter hvert ga sin tilslutning til avviklingen.

Helsedepartementet uttrykte altså fortsatt behov for å styrke kunnskapsgrunnlaget for faglige beslutninger i helsetjeneste og forvaltning. Man ønsket å styrke det nasjonale arbeidet med kunnskapsopsummeringer, metodevurderinger og måling av kvalitet og resultat i helsetjenesten gjennom å koordinere og samle kunnskaps- og FOU-ressurser på dette feltet. Etter såpass mange og klare meldinger om at selvstendig forskning ikke hadde noen plass i et direktorat, ble tidligere diskusjoner om en egen faglig enhet, et forskningsinstitutt med hovedtema helsetjenesteforskning etablert utenom forvaltningen, gjenopptatt våren 2003. Instituttet skulle kunne omfatte enhetene Kunnskapsdivisjonen i Sosial- og helsedirektoratet (tidligere Folkehelseinstituttets Cochrane miljø), SMM og HELTEF. Det var også ideer om å la dette omfatte Norsk pasientregister (NPR), Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren (KITH) og SINTEF Unimed Pasientklassi-

fisering og finansiering (Pafi), men det ble sannsynligvis for omfattende prosesser å iverksette i første omgang.

Sannsynligvis var det også allerede da en idé om å plassere GRUK (Gruppe for kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenesten) inn i dette nye senteret, men også den ideen ble forlatt på dette tidspunkt.

Etableringsprosjektet

Sommeren 2003 nedsatte direktør for Sosial- og helsedirektoratet, Bjørn-Inge Larsen, en prosjektgruppe med mandat til «å skissere et nasjonalt senter/ institutt for metode- og kunnskapsvurdering på sosial- og helsefeltet, ved om mulig å slå disse miljøene sammen». Prosjektgruppen besto av Arild Bjørndal fra Divisjon for kunnskapshåndtering i direktoratet, Berit Mørland fra Senter for medisinsk metodevurdering (SMM) og Pål Gulbrandsen fra Stiftelse for helsetjenesteforskning (HELTEF). Gruppen hadde ekstern prosjektleder John-Arne Røttingen fra UiO, som var engasjert for 6 måneder for formålet. Prosjektgruppen skulle ivareta:

- Senterets faglige innretning (forslag til vedtekter)
- Ekstern styring (oppgaver, finansiering)
- Faglig styring, organisering, stillingsstruktur, personalpolitikk
- Samarbeid med UoH sektor (undervisning)

Initiativet kom fra Helsedepartementet og Sosialdepartementet, som ga oppgaven som et oppdrag til Sosial- og helsedirektoratet. Senteret skulle være selvstendig og faglig uavhengig, men med klare forutsetninger om å forsyne helsetjenesten med gode beslutningsgrunnlag. Det skulle tas høyde for at senteret i utgangspunktet skulle videreføre arbeidsform og virksomhet ved de tre miljøene.

Skissen til et nasjonalt senter omfattet følgende organisasjoner:

- Avdelingene for kunnskapsstøtte og helsetjenesteforskning, Divisjon for kunnskapshåndtering, Sosial- og helsedirektoratet 32 personer, 30 årsverk
- Stiftelse for helsetjenesteforskning (HELTEF), 31 personer, 25 årsverk
- Senter for medisinsk metodevurdering (SMM), 17 personer, 14 årsverk
- I alt 80 personer/ 69 årsverk

Den underliggende forutsetning var at en politisk beslutning ville bli tatt i september 2003, og forslag fremmet i budsjettproposisjonen for 2004. Så selv om etableringsprosjektets mandat fra juni hadde vært å utrede en skisse for *om mulig* å slå sammen de aktuelle organisasjoner, ble det raskt klart at hovedproblemstillingen var *hvordan*.

Under prosjektgruppen ble det etablert i alt 11 egne arbeidsgrupper. Mange av de fremtidige ansatte var engasjert i en eller flere av disse. Arbeidsgruppene delprosjekter omfattet både faglige og administrative spørsmål, som f.eks. forholdet mellom primærforskning og metodevurderinger, prioriteringer og retningslinjer, og økonomiforvaltning, IKT, arkiv og informasjon. Arbeidet i etableringsprosjektet pågikk hele høsten 2003.

I november denne høsten hadde vi¹ et felles «get together» seminar med gruppearbeid på Soria Moria. En noe anspent stemning ble heldigvis løst opp med sang, hvor hver organisasjon presenterte seg med selvskrevne sanger:

(se vedlegg 3):

- Vi vandrar saman (til sent'ret der vi bur)
- SMM RAP
- Tverr faglig vise

Konklusjonen på prosjektgruppens drøfting av oppgaver for Kunnskaps-senteret ble at: «Senteret skulle være et kunnskaps – og forskningsmiljø med rådgivning, utredning, forskning og utvikling og formidling innen sitt an-svarsområde som hovedoppgaver.»

Senterets fremtidige oppgaver

Senteret skulle:

- Utarbeide systematiske oversikter, kunnskapsoppssummeringer og metodevurderinger av
 - helsefremmende, forebyggende og behandlende tiltak rettet mot befolkning og pasienter
 - organisatoriske, styrende eller informative tiltak rettet mot tjenesten og dens utøvere
- vurdere fremtidig behov for tjenester basert på forskningsbasert kunnskap om bruk av helsetjenester, trender og nye metoder
- måle kvaliteten i og resultatene av tjenesten gjennom utvikling og analyse av indikatorer og andre mål for kvalitet
- støtte tjenestene på utøvende nivå i å etablere kvalitetsregistre, koordinere slike registre og gi disse metodestøtte
- støtte kvalitetsutvikling gjennom å
 - fremskaffe forskningsbasert kunnskap om effekten av og bidra til utvikling av tiltak som kan fremme kvalitetsutvikling i nært samarbeid med helsetjenesten

1 Fra og med dette tidspunkt er det i denne historiebeskrivelsen naturlig å bruke betegnelsen «vi»; vi var i praksis blitt Kunnskapssenteret

- støtte målgrupper ved å gjøre relevant, pålitelig, oppdatert og oppsummert forskningsbasert kunnskap tilgjengelig
- støtte Sosial-og helsedirektoratet og andre forvaltningsorganer, helseforetakene og helsetjenesten for øvrig i å være kunnskapsbaserte i sin virksomhet
- støtte helseforvaltningen med kunnskap knyttet til det internasjonale arbeidet i bl.a. WHO, og bistandsforvaltningen med forskningsbasert kunnskap på helseområdet
- drive primærforskning – helsetjeneste forskning og annen forskning og utvikling – som er i tråd med formålet og understøtter hovedoppgavene
- bidra til grunn-, videre-, og etterutdanning av helsepersonell innenfor senterets sine områder
- ha en nasjonal rolle på sine hovedområder og bidra til koordinering gjennom samarbeid og dialog med andre FoU-miljøer på feltet

Dette var en instrumentell liste som samtidig var preget av at mange hensyn skulle tas. Listen ble for øvrig i samme form ført inn i de første formelle vedtekter for senteret (*se vedlegg 2a*).

Diskusjonene fortsetter

Ettertiden har vist at mange av de diskusjoner og konklusjoner som ble ført i etableringsprosjektet, ble førende for Kunnskapscenterets virksomhet de etterfølgende år. Det gjelder mange områder hvor det var helt nødvendig å utforme senterets egen politikk og regelverk; som personalpolitikk, lønnspolitikk og økonomistyring.

Andre diskusjoner fikk ingen endelig klar omforent utgang. Det dreide seg bl. a. om organisering i avdelinger, hvor prosjektgruppen samlet seg om prinsippet at avdelinger skulle organiseres etter produkter/ hovedoppgaver, og ikke etter målgruppe i helsetjenesten – primær, spesialisthelsetjeneste osv. Dette medførte at SMM-miljøet ble slått sammen med avdeling for kunnskapsstøtte fra direktoratet til avdeling for kunnskapsoppsummering og metodevurdering. Denne løsningen var ikke ønsket av alle. Forskjeller i kultur og arbeidsform, først og fremst i bruk av eksterne fagmiljøer, og undervisningsaktivitet, ble oppfattet som en vesentlig hindring for arbeidet i den nye avdelingen.

Vi startet en diskusjon om primærforskning i senteret; hvor mye, i hvilken grad kunne den være egeninitiert osv. Flere av senterets forskere ønsket en fri stilling her. Det var imidlertid klart fra oppdragsgiverne, departementet og direktoratet, at det ikke skulle etableres et nytt uavhengig primærforskningsinstitutt, men at eventuelle forskningsaktiviteter temamessig måtte ha

relasjon til senterets hovedoppgaver. Formuleringen i de endelige vedtektene ble at Kunnskapssenteret skal «*drive primærforskning som er i tråd med formålet og understøtte hovedoppgavene*». Dette er noe som de fleste av senterets ansatte tilsynelatende har levd vel med, selv om det innledningsvis også medførte tap av viktig forskerkompetanse ved at flere, særlig fra HELTEF, takket for seg og valgte å fortsette ved Ahus dels finansiert av sykehuset og dels fra Helse Øst.

Vårt engasjement innenfor støtte til lav- og mellominntektsland var også noe uklart, men ble bevisst skjøvet til fremtidige diskusjoner med helse- og bistandsforvaltningen.

Andre krevende diskusjoner var om «gråsoner» mellom Kunnskapssenteret og Sosial- og helsedirektoratet, dvs. oppgaver hvor det utøvende ansvaret ikke var avklart:

- Hvem skulle bestemme hvilke oppdrag senteret skulle påta seg; en viktig diskusjon som allerede da initierte tanken om et bruker/ bestillerforum.
- Hvem skulle ha ansvar for prosesser knyttet til retningslinjer; direktoratet hadde en nasjonal normerende rolle, som Kunnskapssenteret verken hadde ønsket eller fått. Det var aksept for at kunnskapsoppsummeringer var Kunnskapssenterets oppgave. Men overgangen mellom senterets oppsummering av dokumentasjon, ofte i form av metodevurderinger med eksterne faggrupper, og direktoratets retningslinjegrupper med nye eksterne fagfolk, var en vanskelig prosess.
- Ulike sider av monitoreringsfeltet var også gjenstand for uklarhet. Direktoratet hadde hatt sin egen gruppe rundt arbeid med kvalitetsindikatorer og -registre, og var ikke så interessert i at Kunnskapssenteret skulle ha en sentral rolle på dette området, selv om dette var hovedoppgaven og interessen for miljøet som kom fra HELTEF, som selvsagt ønsket å fortsette med kvalitetsmålinger.
- Kvalitetsregistrene ble for øvrig også oppfattet som et hovedansvar for de regionale helseforetakene, som mente kompetansen lå og fortsatt burde ligge på regionalt nivå.

Viktige underliggende temaer, som egentlig aldri ble realitetsdrøftet var synet på kunnskap. Senteret hadde fått et forpliktende navn, var det dermed gitt monopol på å definere kunnskap? Og var vi internt enige om dette?

Kvalitetsbegrepet og måling av kvalitet var et annet område hvor vi internt heller ikke hadde et avklart og omforent syn.