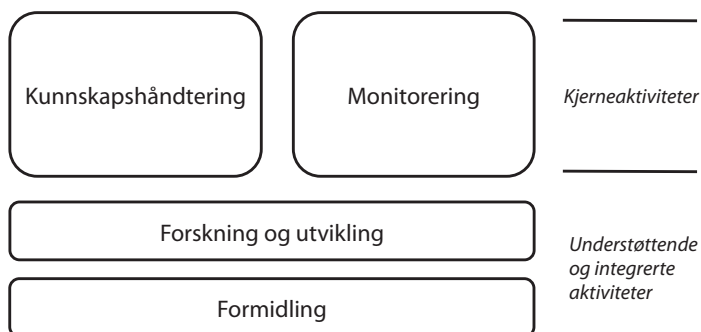


Fase II: Konsolidering og ekspansjon innenfor de opprinnelige virksomheter

Etter den første etableringsfasen, og ikke minst etter vår felles lokalisering i «nytt» hus, startet en ny fase med utforskning av hva vi hadde og hvordan vi kunne utnytte og videreutvikle dette.

Strategien

Konklusjonen på vår første strategiprosess: Strategiske utviklingsområder



Strategiprosessen i 2004 fastslo *kjerneaktiviteter* og *understøttende aktiviteter*, og dette har preget våre leveranser frem til i dag.

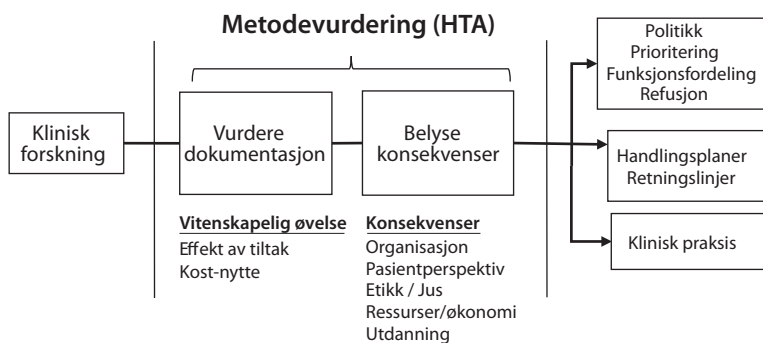
Kunnskapshåndtering (kjerneaktivitet)

Metodevurderinger og systematiske oversikter. Metodevurderinger var allment akseptert som en viktig oppgave for Kunnskapssenteret. Senter for medisinsk metodevurdering (SMM) hadde vært en liten enhet som i Kunnskapssenteret fikk selskap av kunnskapsdivisjonen fra direktoratet, som til dels hadde laget «kunnskapsoppsummeringer» for direktoratet, til dels arbeidet med Cochrane-utredninger. Dette arbeidet foregikk imidlertid uten et system med eksterne ekspertgrupper, som var SMMs arbeidsform. Forskjellig arbeidsform skapte til dels gjensidig skepsis, men bidro etter hvert også til faglig utvikling og styrking av metodevurderingene. Så selv om det etter ti

år fortsatt går noen skillelinjer her, så har nok våre organisatoriske grep vært viktige for å redusere disse.

For begge miljøene ga etableringen av Kunnskapssenteret på mange vis det «system» rundt rapportene som tidligere var etterspurt. Direktoratet var en hovedbestiller av vurderinger, men også de nye regionale helseforetakene representerte nye samarbeidspartnere. Det ble også etter hvert skapt arenaer for samarbeid med Legemiddelverket, Folkehelseinstituttet, profesjonsforeninger og frivillige organisasjoner om behov for oppsummert forskning og metodevurderinger.

Bruk av kunnskapsoppsummering – metodevurdering:



Metodevurderinger dreier seg om å identifisere, vurdere og synliggjøre forskning på klinisk effekt og kostnader, og belyse relevante konsekvenser og nytte for pasient og samfunn. Det er opp til andre å ta de helsepolitiske, administrative og kliniske beslutningene (9).

Kunnskapssenterets tre første metodevurderinger var:

1. Androgene anabole steroider og vold (forespørsel fra Justisdepartementet).
2. Effekt av fysioterapi ved kneleddsartrose.
3. Forebygging av restenose i hjertets kransårer.

Kunnskapssenteret har publisert metodevurderinger og systematiske oversikter både for å støtte vanskelige prioriteringer (kreftlegemidler, vaksiner), etisk vanskelige problemstillinger (tidlig ultralyd, kjønnslemlestelse, seksuell helse, alderstesting av asylsøkere), screeningsspørsmål (kreft, depresjon, gentesting av nyfødte), organisering av tjenester (organisering av psykisk

helsevern, volum-kvalitet problematikk) og spørsmål om kvalitet og pasientsikkerhet (tiltak for å bedre helse til etniske minoriteter, WHO-sjekkliste for trygg kirurgi med mer), men også spørsmål om berettigelse av de tjenester helsevesenet tilbyr (snorkeoperasjoner) og spørsmål om forebygging og rehabilitering.

Oversikter over oversikter

Kunnskapscenteret valgte tidlig å basere arbeidet på å utnytte internasjonale rapporter dersom det var mulig, for mer effektivt å kunne svare på spørsmål for helsetjenesten. Disse rapportene blir kalt oversikter over oversikter. Til tross for metodiske utfordringer og blandede erfaringer, er dette nyttige ressurser for oss.

Det ble innledningsvis slutført tre til Sosial- og helsedirektoratet:

- Røykeforebyggende tiltak blant barn og unge;
- Forebygging og behandling av spiseforstyrrelser;
- Kan tiltak i lokalsamfunnet og skole påvirke barn og unge til å spise mer grønt?

Senere har senterets leveranser til direktoratet blitt betydelig utvidet, både i innhold og format.

Cochrane Collaboration Den norske armen av Cochrane-samarbeidet, «Norwegian Branch of the Nordic Cochrane Centre», var nå blitt en del av Kunnskapscenteret. Det innebar et fortsatt ansvar for å formidle informasjon om Cochrane-samarbeidet til det norske publikummet, bistå norske fagfolk som ønsker å utarbeide Cochrane-oversikter, og å være en aktiv partner i internasjonale Cochrane-aktiviteter. «The Norwegian Branch» har tatt en ledende rolle innen utvikling av formater som brukes til å presentere resultater fra Cochrane-oversikter på en mest mulig forståelig måte. Dette har blant annet ført til at alle forfattere av Cochrane-oversikter nå bes om å utarbeide en «Plain Language Summary», basert på en mal utarbeidet ved Kunnskapscenteret.

Det internasjonale Cochrane-samarbeidet er inndelt i tematiske «review groups». Forskere ved Kunnskapscenteret har vært spesielt engasjert i den delen av Cochrane-samarbeidet som utarbeider systematiske oversikter om effekt av tiltak innen organisering, finansiering, kvalitetsforbedring osv. – «Effective Practice and Organisation of Care Group (EPOC) review group». I 2006 ble det opprettet en norsk underavdeling av EPOC-gruppen ved Kunnskapscenteret – the Norwegian Satellite of the Cochrane EPOC review

group. Den norske EPOC-satellitten arbeider spesielt med tiltak som er relevante for forbedring av helsesystemer i lav- og mellominntektsland. Det innebærer blant annet å yte praktisk og redaksjonell bistand til personer og miljøer som utarbeider Cochrane-oversikter på dette området.

Hurtigoppsummering og prioriterte oppdrag. Vi etablerte et system hvor Kunnskapssenteret skulle svare på oppdraget i løpet av maksimum to uker, og nedsatte et «vakt-team» til dette.

Julen 2004 ble verden og Norge rammet av en katastrofe, en tsunami i det indiske hav. Mange ble rammet, og helsemyndighetene måtte vurdere hvilket tilbud de skulle stable på bena for å støtte de berørte og etterlatte. Kunnskapssenterets ble bedt om å lage en hurtigoppsummering om effekt av psykososiale tiltak ved katastrofer. Notatet konkluderte med at kognitiv atferdsterapi kan være et effektivt forebyggende tiltak, men at psykososiale tiltak ved katastrofer, ikke var dokumentert effektivt. Dette ble senere bekreftet i en omfattende systematisk gjennomgang av temaet.

Det kom også andre utfordringer, de fleste egentlig for store å besvare med raske utredninger. «Organisering av akuttjenestene i sykehus» var et slikt oppdrag i 2004. «Kan tyggegummi-tygging motvirke tretthet i trafikken» syntes enklere, mens «Mulige fysiologiske eller psykiske effekter av tidlig mor-barn kontakt», fra Fylkesmannen i Finnmark i forbindelse med en konkret barnevernsak, var vanskelig å besvare.

Pål Gulbrandsen: «Jeg får lyst til å nevne ønsket om en rask kunnskapsoppsummering om nytten av psykiatrisk screening av flyktninger og asylsøkere ved ankomst – direkte foranlediget av det såkalte trikkedrapet. Jeg fikk svaret, og det var utrolig frustrerende – men et produkt ble det jo. Svaret var ikke det politikeren ville ha, så det ble lagt i skuffen.»

Sistnevnte antyder at det ikke alltid var så enkelt å svare det våre oppdragsgivere ønsket seg, og raskt!

Metodevarsling. Kunnskapssenteret videreførte SMMs arbeid med tidlig vurdering av nye metoder, i nært samarbeid med internasjonale partnere innen Euroscan (se senere). Senteret har gjennomført en rekke slike metodevarsler, og erfaringen har gjennomgående vært at vi oftest er blitt bedt om å utrede nye metoder når de er en utfordring for helsetjenesten. Dermed har Kunnskapssenteret vært en pådriver for en mer systematisk tilnærming til tidlig informasjon om nye metoder slik at helsetjenesten kan være bedre forberedt. «Parathormon ved osteoporose» var den første varsling i senteret,

og skulle bli innlemmet i databasen som senere ble etablert over nye metoder. En av de store gjengangerne har vært innføring av Positron emisjon tomografi (PET) i Norge. Dette har vært utredet både som metodevurderinger, hasteoppdrag og metodevarsler. Rapportene har vært brukt i forbindelse med drøfting i departement, direktorat og Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten, om antall og om retningslinjer for bruk.

Formidling av internasjonale rapporter. Internasjonalt publiseres det om lag 11 systematiske oversikter hver dag, både gjennom våre internasjonale samarbeidspartnere og uavhengige forskergrupper. Dette er ressurser som Kunnskapssenteret kan utnytte (se oversikter over oversikter tidligere). Målet er å unngå dobbeltarbeid og å bruke forskning som andre har gjort, der det er relevant. Et arbeid med å formidle internasjonale oversikter (Cochrane- og HTA-rapporter) hadde foregått i flere av de tidligere enheter. Nå ble det samlet og satt i system med kontinuerlig overvåkning og publisering av relevante rapporter. Dette systemet bidro også til bedre innsikt i de to arbeidsformene for systematiske forskningsvurderinger: Cochrane Collaboration og Health Technology Assessment (HTA) som Kunnskapssenteret hadde «arvet». En særlig utfordring i dette arbeidet var – og er – å formidle resultatene på en måte som både er kort, konsis, og tilstrekkelig korrekt. For det formålet er det utviklet «standardsetninger», som igjen har vært gjenstand for mange diskusjoner. Det var i det hele mange utfordringer knyttet til hvordan vi best kunne bruke systematiske oversikter fra andre, og ikke minst diskusjoner om det er raskere og bedre å gjøre dette selv. Innenfor det europeiske metodevurderingssamarbeidet (EUnetHTA) er det utviklet en felles mal for metodevurdering, og verktøy for å kunne tilpasse disse til lokale forhold.

Kunnskapssenterets arbeidsform på produktene som er beskrevet ovenfor, finnes i følgende tabell i håndboka *Slik oppsummerer vi forskning* (10):

Produkt	Aktivitet
Systematisk oversikt (<i>systematic review</i>)	Systematisk oppsummering av oversikter og/eller primærforskning
Metodevurdering	Systematisk oppsummering med minst ett av følgende tillegg: helseøkonomisk evaluering, vurdering av etiske, juridiske og/eller organisatoriske og sosiale konsekvenser
Prioriterte systematiske oversikter eller metodevurderinger	Systematisk oppsummering av oversikter og/eller primærforskning
Metodevarsel (<i>early assessment</i>)	Systematisk oppsummering om ny diagnostikk og behandling med kostnadsvurderinger og opplysning om pågående forskning
Hurtigoversikt (<i>rapid review</i>)	Sammenfatning av forskningsbasert kunnskap med kort tidsfrist, mindre omfattende metode enn ved systematisk oppsummering.
Systematisk litteratursøk med sortering (<i>systematic literature search</i>)	Litteratursøking ifølge en søkestrategi og sortering av resultat i grupper
Omtale av forskningsresultater (<i>presentation of research results</i>)	Skrijving av norsk sammendrag av en publisert oversikt, eventuelt med tilleggsopplysninger om norske forhold
Cochrane – eller Campbell oversikt	Systematisk oppsummering av primærforskning

Kunnskapscenterets mest besøkte rapport:



- **Lanserte 09.06.06**
- **Over 60.000 treff pr. 31.12.06**
- **Stor interesse fra pasienter, pårørende, media og fagfolk**

Behov for forskning; Bruk av kunnskapsoppsummeringer til å identifisere kunnskapshull, ble startet som ny årlig aktivitet i 2007.

Mange års arbeid med oppsummering av foreliggende kunnskap hadde lært oss at vi svært ofte endte opp med «mer forskning er nødvendig» som konklusjon i våre rapporter. Til tross for dette kan altså et tema vekke stor interesse, jf. rapporten vist ovenfor. En rapport som for øvrig ble utarbeidet i samarbeid med forskere, klinikere og pasientorganisasjoner. For brukerne er dette sjelden et tilstrekkelig budskap, det kan være nyttig med mer spesifikk identifikasjon av de ubesvarte spørsmål. En av de første som formulerte en målsetting om å identifisere konkrete usikkerheter ved effekt av intervensjonene og kunnskapshull i dokumentasjonen, var Ian Chalmers, UK. Inspirert av MRC's *Clinical trials for tomorrow*, etablerte han en «Database of Uncertainties about the effects of Treatments». Nå har flere HTA-institusjoner dette som en fast oppgave.

Monitorering (kjerneaktivitet)

Monitoreringsfeltet var som nevnt noe uavklart. Det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet i Norge vektla kvalitetsforbedring, virksomhetsstyring, fritt behandlingsvalg og åpenhet om helsetjenestens resultater som viktige formål. Kunnskapscenterets oppmerksomhet var rettet mot prosesser og resultater, (jf. Donabedians triade: struktur, prosess og resultat (4)), herunder brukererfaringer og 30-dagers overlevelse.

Brukererfaringsundersøkelsene ble raskt akseptert som en viktig senteroppgave, hvor de regionale helseforetakene allerede var bestillere av regionale målinger fra HELTEF, og hvor det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet etterspurte standardiserte, kvalitetssikrede brukerundersøkelser. I 2004 ble det etablert et samarbeid mellom Kunnskapssenteret og de regionale helseforetakene, med formål å videreutvikle undersøkelsene og etablere en nasjonal plan for slike undersøkelser. Dette samarbeidet ble videreført i 2005 som en nasjonal referansegruppe for pasienterfaringsundersøkelser, ledet av Kunnskapssenteret.

Nasjonale brukererfaringsundersøkelser var organisert som systematisk rullerende undersøkelser, med noen få faste undersøkelser og varierende temaundersøkelser

FASTE UNDERSØKELSER	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Døgnsomatikk, voksne	▲			▲			▲		
Psykatri poliklinikk, voksne		▲			▲			▲	
Barne-/ungdpsyk, foresatte				▲		▲			▲
TEMAUNDERSØKELSER									
Døgnspsykiatri, voksne			▲						
Distriktskyk.sentre, fastleger				▲					
Somatikk barneavd, foresatte			▲						
Som.rehab/kronikere (kreft)					▲				
Temaundersøkelser, ikke avklar						▲	▲	▲	▲

Oversikt over nasjonale undersøkelser i 2003–2011

Vi leverte i 2004 en nasjonal brukererfaringsundersøkelse om somatiske poliklinikker, og en om poliklinikker for voksne i psykisk helsevern. Den nasjonale funksjonen omfattet senere også en statistikkbank, en spørreskjemabank og et servicesenter for lokale brukerundersøkelser.

Det var etter hvert også et ønske om å bidra til metoder og målinger i kommunehelsetjenesten, og det ble etablert utviklingsprosjekter både på legevaktfeltet, i samarbeid med Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, og på fastlegeområdet, i samarbeid med Allmennt medisinsk forskningsenhet (AFE) ved Universitet i Bergen.

Kunnskapssenteret fikk også ansvar for en annen spørreskjemabasert kvalitetsindikator tett opp mot samhandlingsområdet, nemlig fastlegers vurderinger av distriktskykiatriske sentre. Etter å ha utviklet og validert instrumentet, har undersøkelsen blitt en del av det nasjonale brukererfaringsystemet med målinger i 2006, 2008 og 2011.

Dramatisk forskjell på dødsrisiko



Kvalitetsmåling, ut fra administrative registre og registerbasert forskning, omfattet ved HELTEF studier av 30 dagers dødelighet etter behandling for hjerteinfarkt, hjerneslag og lårhalsbrudd, og mulig utvikling av disse som medisinske indikatorer i sykehus. Kunnskapssenteret sammenstilte her senterets egne personentydige datasett fra sykehusene med andre registre og dødsårsaksregisteret fra Statistisk sentralbyrå. Den første ferdigstilling av rapporten *30 dagers overlevelse* reiste diskusjoner både internt og særlig i Vitenskapelig råd. Den ble presentert som et forskningsprosjekt (metodeutvikling), og ikke som intern kvalitetsindikator eller verktøy for sammenligning mellom sykehus. Dette ble sterkt understreket og støttet av VR, selv om noen av forskerne bak prosjektet ønsket å ta det videre i praktisk retning. Også dette er blitt en diskusjon som har dukket opp med jevne mellomrom i senteret, særlig når slike studier, og ikke minst offentliggjøringen av resultatene per sykehus, vekker stor interesse i media og debatt i fagmiljøene.

Hvordan ble leveransene benyttet

Begge hovedaktivitetene til Kunnskapssenteret var avhengige av at noen tok dem videre, at de virkelig ble benyttet som «faglige beslutningsgrunnlag for helsetjenesten og forvaltningen», slik Stortinget hadde ønsket.

Innenfor området kunnskapshåndtering hadde vi klare bestillere til de fleste produktene: kunnskapsoppsummeringer, hasteoppdrag, metodevurderinger. Det var et økende behov for dette til utarbeidelse av prosedyrer, retningslinjer og handlingsplaner for klinisk praksis, først og fremst fra direktoratet og de regionale helseforetakene. Men et gryende samarbeid startet også med Statens legemiddelverk om håndtering av legemidler, og etter at sekretariatet for Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse-

tjenesten var blitt plassert ved senteret i 2007, var de aktive i å benytte senterets produkter.

Innenfor monitoreringsområdet besto samarbeidet med de regionale helseforetakene i at produktene fra brukererfaringsundersøkelsene skulle tas inn i regionale og lokale forbedringsprosesser. Det ble gjennomført en oppfølgingsundersøkelse blant et utvalg ansatte ved somatiske barneavdelinger om kjennskapen til og bruken av en nasjonal brukererfaringsundersøkelse som Kunnskapscenteret hadde gjennomført ved avdelingene. 56 % av de spurte rapporterte at konkrete forbedringstiltak var blitt iverksatt for å rette opp utfordringer som undersøkelsen hadde identifisert (11). Etter hvert håpet vi at disse undersøkelsene, sammen med vårt arbeid med andre indikatorer, skulle få betydning innenfor tiltaket Fritt sykehusvalg.

I tillegg til klare nasjonale brukere av produktene, var det en viktig oppgave å bidra inn i internasjonalt samarbeid: Cochrane og Cambell- Collaborations, INAHTA, Euroscan, EUNetHTA, Nordisk samarbeid, OECD (*Se definisjoner i vedlagte ordliste*).

Forskning og utvikling (understøttende aktivitet)

Som tidligere nevnt hadde senterets (helsetjeneste-)forskning klare arbeidsområder: Å utnytte rutinedata generert i helsetjenesten og drive registerbasert forskning, samt drive forskning på brukererfaring. Dette var aktiviteter hvor HELTEF hadde en historie. Nå kom i tillegg helsetjenesteforskning slik avdelingen ved Folkehelse hadde definert den, med særlig vekt på implementeringsforskning – eksperimentelle studier av tiltak for kvalitetsforbedring i helsetjenesten – og metodeutvikling, både for primærforskning og oppsummering av forskning. Fra SMM kom helseøkonomi med sin modellutvikling.

Primærforskning skulle i Kunnskapscenteret drives for å skape ny kunnskap som er nødvendig for å ivareta og utvikle kjerneoppgavene, bygge kompetanse hos personalet, rekruttere og beholde forskningskompetent personale og ha legitimitet overfor målgruppene.

Både innhold og omfang av forskning i Kunnskapscenteret ble diskutert, og diskuteres fortsatt.

- *Utvikling og utprøving av tiltak for å fremme bruk av forskningsbasert kunnskap* har vært et stort felt for Kunnskapscenteret. Dette har omfattet både primærforskning gjennom eksternt finansierte prosjekter, f.eks. «Practich» (pragmatiske RCTer i Low Middle Income Countries) og «SURE» («Supporting the use of research evidence in African health systems»), og systematiske oversikter utviklet under EPOC-paraplyen,

f. eks. om virkningene av «Audit og feedback» som verktøy for kvalitetsforbedring.

- *Forbedring av forskningsmetoder* har også vært et viktig tema, blant annet gjennom arbeidet i Cochranesamarbeidets metodegruppe og engasjement i debatt om forskningsmetodikk i de medisinske miljøene.
- *GRADE* (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation). Helt siden Kunnskapssenteret ble etablert har flere av forskerne ved senteret vært sentrale medlemmer av GRADE Working Group, en gruppe som har utviklet et system for gradering av kvalitet på dokumentasjon, og for gradering av styrke på anbefalinger. GRADE brukes nå av en rekke organisasjoner, blant annet Verdens helseorganisasjon (WHO), National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), Kaiser Permanente, BMJ Clinical Evidence, UpTo Date og Helsedirektoratet – i tillegg til Kunnskapssenteret selv, naturligvis.
- På lokalt nivå, først og fremst ved Ahus, ble senterets epidemiologiske kompetanse og registerkunnskap benyttet til støtte i *kliniske forskningsprosjekter*.
- *Brukererfaringsundersøkelsene* ble i økende grad gjenstand for forskning som understøttet denne oppgaven. Som leder av virksomheten, Øyvind Andresen Bjertnæs sa det: «Vi gjør jo egentlig det samme som før (ved HELTEF), men nå kan vi underbygge og systematisere med egne forskningsprosjekter».
- *Sosial ulikhet i helse* var et overordnet forskningstema, hvor *Helseprofiler* for barn og unge i Akershus ble slutført og eventuell videreføring diskutert med Sosial- og helsedirektoratet. Denne forskningen forsvant fra Kunnskapssenteret da forskerne valgte å flytte til Folkehelseinstituttet.
- *Helseøkonomi/økonomisk modellering* ble en egen forskningsaktivitet som etter hvert kom godt til nytte i HTA-rapportene og samarbeidet med Legemiddelverket. Det ble innledet samarbeid med enkeltforskere ved universitetene i Oslo, Trondheim og Tromsø (Ivar Sønbo Kristiansen, Jon Magnusson og Jan Abel Olsen), både til faglig bistand i prosjekter og veiledning av ansatte i Kunnskapssenteret.

- *Comparative Effectiveness Research (CER)*. Kunnskapscenteret ble involvert i et internasjonalt prosjekt som en oppfølging av OECD Global Science Forums initiativ til å styrke internasjonalt samarbeid om produsent uavhengige studier. Det er seks arbeidsgrupper og Kunnskapscenteret har sekretariatsfunksjon for en arbeidsgruppe på Comparative Effectiveness Research.
- *Avtale med Harvard*. Det ble etablert en forskningsavtale med Harvard School of Public Health om «Knowledge translation», forstått som bruk av forskningsbasert kunnskap i fagutøvelse og politikk. Hittil har vi ikke greid å utnytte denne avtalen. Men kanskje kan senterets forberedelse til HTAi-konferansen 2015, med tittelen «Global Efforts in Knowledge Transfer: From HTA to health policy and practice» bidra til en bedre utnyttelse.

Formidling og undervisning (understøttende aktivitet)

I tillegg til vår *formidling* av rapportene på www.kunnskapscenteret.no, egne lanseringsseminar og publisering av artikler i vitenskapelige tidsskrift, har senterets ansatte en meget stor foredragsaktivitet; det første året ut fra behovet om å fortelle om denne nye tilveksten til det norske forvaltnings- og forskningslandskapet. Senere har foredragsvirksomheten bare økt på (se oversikt fra Årsrapporter senere).

– Vi etablerte et eget *formidlingsprosjekt* basert på internasjonale rapporter. Dessuten ble det utviklet noen mer aktive formidlingsaktiviteter, som www.rygginfo.no, som hjelp til velinformerte beslutninger om ryggproblemer. Og vi fikk i stand samarbeid med NRK med programmet «Forskningspuls», som folkeopplysning om randomiserte kliniske studier.

Helsebiblioteket ble en stor og meget viktig satsing på formidling fra senteret. Det var opprinnelig en felles informasjonskanal og et samarbeidsprosjekt mellom Sosial- og helsedirektoratet, de fem regionale helseforetakene og Kunnskapscenteret, etablert i 2004, med base i direktoratet, og med mye metodologisk støtte fra Kunnskapscenteret. Helsebiblioteket ble en egen enhet i Kunnskapscenteret fra 1.januar 2006, se senere.

Formidling har fått en økende plass og betydning. I 2008 fikk vi en egen kommunikasjonsstrategi som skisserte målene og de viktigste virkemidlene for Kunnskapscenterets formidling. Den ble fulgt opp med to populære tiltak:

- En egen nettside, www.kunnskapssenteret.no, oppdatert med de viktigste nyhetene fra Kunnskapssenteret, hvor en statistikk over unike brukere viser ca. 150 000 brukere i gjennomsnitt for et år, og
- Kunnskapsfrokosten som er blitt en veldig viktig intern møteplass hver mandag morgen, med tilbud om frokost, relevante faglige innlegg gitt av både interne og eksterne foredragsholdere, markering av positive hendelser i senteret, og en oversikt over kommende ukes utfordringer. Hitil har ingen sagt nei takk til å holde foredrag, selv om innsatsen ikke belønnes med annet enn en ostehøvel eller en paraply.

Som alle moderne institusjoner, ble også Kunnskapssenteret en aktør på sosiale medier.

I Kunnskapssenterets jubileumsår er det selvsagt å benytte sosiale medier som kommunikasjonskanaler. Kunnskapssenteret har benyttet Twitter og Facebook siden 2011, og har de siste par årene intensivert og målrettet innsatsen for å synliggjøre Kunnskapssenterets produkter i disse kanalene. Ved inngangen til jubileumsrådet hadde Kunnskapssenteret drøyt 3000 følgere på Twitter og 1300 venner på Facebook.

Kunnskapssenteret hadde fått en viktig formell plass og mulighet til å gi innspill til offentlige dokumenter på høring, bl.a. innspill til kommende legemiddelmelding, nasjonale helseplaner, forskningsmelding, kvalitet og prioritering.

Undervisningsaktiviteter foregikk i alle avdelinger, men størst aktivitet hadde kunnskapshåndteringsavdelingene, delvis som kurs i kunnskapshåndtering, som forelesninger og ved deltagelse i senterets ekspertgrupper. Vår første organisasjonsplan omfattet også undervisning som et eget faglig område, ledet av Gro Jamtvedt. I tilknytning til det ble det også laget en egen plan for undervisningsaktiviteter.

Som i det overordnede strategiarbeidet ble det en utfordring å samle og prioritere blant alle undervisningstiltakene: kurs i kunnskapsbasert praksis, kritisk vurdering, hvordan bruke og hvordan skrive systematiske oversikter, først og fremst blant profesjoner ved høyskolene, forelesninger ved Universitetet i Oslo, masterutdanning ved Universitetet i Tromsø, kurs for forvaltningen, metodeopplæring for medlemmer i ekspertgrupper, herunder også spesialistutdanning, og for helsepersonell på sykehus. Til flere av undervisningsaktivitetene utviklet vi ulike pedagogiske hjelpemidler, blant annet sjekklister for kritisk vurdering av ulike forskningsdesign, og nettkurset i kunnskapsbasert praksis, www.kunnskapsbasertpraksis.no, som er utviklet i samarbeid med Høgskolen i Bergen.

Noen grupper var det mulig å samle i et tilbud med økende popularitet, nemlig «*Forskning ved fjæra*». Dette var en videreføring av det praktiske kurset i EBHC (Nordic workshop i Evidence Based Health Care) som hadde startet opp ved Folkehelseinstituttet, og hvor internasjonale kapasiteter gjerne tilbrakte en uke i Norge som tutorer. Nå gis kurset i veldig hyggelige omgivelser, først i fjæra ved Hankø Fjordhotell, senere ved Quality Spa & Resort Holmsbu, men fortsatt med engasjerte internasjonale og egne kref-ter som veiledere og inspiratorer. Workshop-en samler årlig ca.100 deltakere.

Metodebok. Både SMM og Avdeling for kunnskapsstøtte i direktoratet hadde utarbeidet egne metodeveiledere for sitt arbeid. Det ble derfor startet et eget prosjekt for en felles metodebok, ferdigstilt i 2006 som «*Slik oppsummerer vi forskning*». Metodeboken er senere blitt utvidet og oppdatert som en håndbok for hvordan vi finner, vurderer og oppsummerer forskning. Målgruppen er både interne medarbeidere som arbeider med oppsummering, og eksterne oppdragsgivere, medarbeidere og studenter som skriver litteraturstudier (10).

Seminarer og konferanser er mer og mer blitt en kombinasjon av formidling og undervisning. Vi arrangerer seminarer i forbindelse med offentliggjøring av enkelte rapporter, særlig der temaene har vært kontroversielle, som f.eks. fysioterapi ved kneartrose, yrkesskader av amalgam, psykisk helsevern og seksuell helse. Ettersom foreleserne gjerne benytter anledningen til å beskrive senterets metodologi, blir det samtidig en opplæring for de involverte. Det har stadig vist seg at systematisk kunnskapsoppsummering eller metodevurdering på egne fagområder er en undervisningsform som egner seg for å gi økt forståelse. I tillegg til egne rapporter spenner temaene for konferanser arrangert ved Kunnskapscenteret stadig videre – faglig, metodologisk og helsepolitisk.

I tråd med klare råd i evalueringsrapporten (se senere) om sterkere regional forankring av senterets arbeid, startet vi opp med Årskonferanser avholdt på rundgang ved de fire universitetene med medisinske fakulteter, i samarbeid med lokale arrangører (Universitet og høyskolesektor). Den første ble arrangert i samarbeid med St Olavs Hospital, NTNU og Helse Midt-Norge i 2007, den siste så langt var i Bergen 2013 med tema «Fra kunnskapskilder til klinisk praksis».³

3 Årskonferansen 2014, som vil være en markering av de første 10 år, har fått overskriften Er kunnskap makt?

Utvikling av forvaltningsrollen: mellom barken og veden

I følge vedtektene var Kunnskapssenteret organisert som et faglig uavhengig ordinært forvaltningsorgan uten myndighetsfunksjoner, og underlagt direktoratet. Det innebar at administrative og økonomiske spørsmål, inkludert oppgavebeskrivelse, skulle avklares via etatsstyringen. Etatsstyringen ble derfor en prosess som engasjerte ledelsen i begge organisasjoner. For Kunnskapssenteret ble det en hovedoppgave å få synliggjort vår faglige autonomi. Den ferdigstilte strategiplanen var nyttig, samtidig som alle så at dialogen med etatsstyrer og tildelingsbrev kom i tillegg. Det ble i den sammenheng også viktig å synliggjøre forskjellen mellom Sosial- og helsedirektoratet som etatsstyrer og som bestiller av enkeltrapper.

I løpet av Kunnskapssenterets tiårige historie er det blitt utformet tre utgaver av vedtekter. Den første i forbindelse med etableringen i 2004, den andre i 2010, og den siste ble ferdigstilt i 2013 (*vedlegg 2 a, b, c*). De siste vedtektene gir oss noe større handlingsrom til å organisere virksomheten. Vi kan selv bestemme hvilke rådgivende organer vi vil opprette og deres mandat, finansieringsmulighetene av senteret blir også større. Men vedtektene formaliserer praksisen med at «offentliggjøring av rapporter og dokumenter som er svar på bestilling fra direktoratet, skal avklares med direktoratet.» Antall vedtektsutgaver sier noe om at aktiviteten, og særlig forholdet til henholdsvis departement og direktorat, har vært under stadig diskusjon, og behovet for å konsolidere relasjonene. Det er først og fremst Kunnskapssenterets uavhengige faglige stilling som står sentralt for oss, ved siden av rett til å drive egen forskning som understøtter vår levering av beslutningsgrunnlag.

Bestillinger

En viktig styringsdiskusjon gikk på valg av prosjekter i Kunnskapssenteret. I det første tildelingsbrev fra Helsedepartementet til direktoratet, sto det at alle bestillinger til Kunnskapssenteret fra departementet skulle gå gjennom direktoratet, og at direktoratet skulle utarbeide rutiner for alle bestillinger til senteret, med eller uten medfølgende midler. Avdeling for retningslinjer og prioritering (TRP) i direktoratet fikk ansvar for å prioritere hvilke prosjekter direktoratet ønsket at Kunnskapssenteret skulle påta seg. Det ble klart for oss at Kunnskapssenteret selv burde være mer på offensiven og innføre interne rutiner for håndtering av bestillinger, inkludert kriterier for relevante prosjekter. Dette gjaldt først og fremst prosjekter innen kunnskapsoppsummering/metodevurdering. Etableringsprosjektet hadde slått fast at ledelsen i senteret med råd fra Vitenskapelig råd, skulle stå for be-

slutninger om hvilke prosjekter som skulle prioriteres, ut over de bestillingene som kom med Tildelingsbrevet i etastyringen.

Man vedtok å bygge videre på SMMs kriterier for valg av prosjekter:

- Uenighet om metodevalg – variasjon i praksis
- Usikker effekt
- Angår mange pasienter
- Tilstand med høy sykkelighet/dødelighet /komplikasjoner
- Konsekvenser for ressursbruk
- Stor allmenn interesse

I 2005 ble det også startet opp et arbeid med eget *Bestillerforum*, hvor de viktigste oppdragsgivere for senteret fikk plass: Direktoratet, Legemiddelverket, de regionale helseforetakene, fylkeslegene, KS, profesjonsforeninger, brukerrepresentanter. Medlemmene i forumet fikk Kunnskapssenterets årlige prosjektbestillinger til samlet vurdering, etter at senteret hadde foretatt en innledende sjekkrunde etter foreliggende dokumentasjon og relevans. Direktoratet og Vitenskapelig råd ble orientert om prioriteringene av nye prosjekter, før endelig beslutning ble fattet av senterets ledelse.

«Gråsonen»

Etableringsprosjektet hadde gjennomført en rekke delprosjekter, hvorav flere gikk på beskrivelse av grenseflatene mellom senteret og direktoratet og en avklaring av rolle- og ansvarsområder. Ansvarsdelingen mellom Kunnskapssenteret og direktoratet hadde i stor grad bygget på konklusjonene fra disse delprosjektene. Samtidig hadde vi de første årene hatt en utvikling i begge organisasjoner og konkrete erfaringer med samarbeidet. Enkelte grenseflater var vel heller aldri helt omforente etter etableringsprosjektet. Kunnskapssenteret ønsket derfor, i 2008, at man så på noen av problemstillingene på nytt, noe Helsedirektoratet sluttet seg til. Det ble etablert et felles «Gråsoneprojekt», med flere arbeidsgrupper som i hovedsak arbeidet med følgende problemstillinger, her i kortversjon:

- Kunnskapssyn
- Kvalitetsindikatorer og styringsinformasjon
- Kvalitetsstrategien/ kvalitetsbegrepet
- Retningslinjer og anbefalinger

Igjen erfarte vi at denne type diskusjoner avdekket uklarheter og uenigheter, også internt i Kunnskapssenteret. Egne grupper satt sammen av folk fra

begge institusjoner arbeidet med de enkelte punktene. Ettersom utgangspunktet hadde vært samarbeid og ryddig arbeidsdeling mellom direktoratet og Kunnskapscenteret, ble utfallet fra arbeidsgruppene konkretisert til dette formålet. F.eks. ble problemet «kunnskapssyn» løst ved anbefaling om at direktoratets ansatte måtte få økt metodekompetanse. Kunnskapscenteret skulle veilede bedre om hva som egnet seg for kunnskapsoppsummeringer, og måtte samtidig innse at direktoratet «viste veien fra forskning til anbefaling og føring». Dette gjaldt også for retningslinjer: direktoratet hadde myndighetsrolle for nasjonale retningslinjer, Kunnskapscenteret skulle bistå med metodestøtte og Helsebiblioteket utgjøre et nettsted for alle retningslinjer. På feltene kvalitet og styringsinformasjon kom man ikke lenger enn at Kunnskapscenteret fortsatt måtte få tildelt oppdrag og rolle i årlige tildelingsbrev.

Kreftbehandlingsplanene

Ut over 2005 ble det med utgangspunkt i Kreftstrategien, tatt initiativ til at Sosial- og helsedirektoratet skulle «overta» de onkologiske faggrupper som dels hadde vært finansiert fra Kreftforeningen, for å lage nye eller oppdatere tidligere handlingsplaner/veiledere innenfor de viktigste kreftområdene. Kunnskapscenteret fikk utfordringen med å levere kunnskapsgrunnlaget, i nært samarbeid med faggruppene. Dette prosjektet ble en god prøvestein på samarbeidet mellom de to partene og på Kunnskapscenterets rolle som metodestøtter. Det ble en viktig og morsom rolle for oss, med godt samarbeid med strategidirektøren Stein Kaasa i direktoratet, og de fleste faggruppene. Vi fikk også en bred erfaring som kom til nytte i den nye leveransen «Støtte til retningslinjearbeid».

System for tidlig varsling ved innføring av ny teknologi i helsetjenesten

Allerede i 2006-budsjettet (St prp nr. 1 (2005–2006)), ble følgende oppgave skissert:

«Kunnskapscenteret skal, i dialog med SHdir, SLV og RHF, etablere et system for å vurdere ny teknologi (legemidler, diagnostikk, utstyr og prosedyrer) før teknologien innføres i helsevesenet».

Dette var et tema som allerede SMM hadde vært engasjert i, både prinsipielt, i innledende dialoger med Legemiddelverket, og ved å etablere prosesser som Metodevarslinger og mini-metodevurderinger. Kunnskapscenteret hadde videreført disse aktivitetene, først og fremst som et pilotprosjekt etter initiativ fra og i samarbeid med Helse-Vest RHF. Etter erfaringene fra dette pilotprosjektet etablerte Helsedepartementet et overordnet prosjekt i

Helsedirektoratet, hvor Kunnskapssenteret deltok i styringsgruppe og arbeidsgruppe. Prosjektet har tatt sin tid, men i 2013 ble det satt ut i livet som et helhetlig system i samarbeid mellom ulike helsemyndigheter, og med de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet som sentrale oppdragsgivere (12). Kunnskapssenteret fikk en sentral rolle som metodestøtter på alle nivåer:

1. Lokalt med støtte til sykehusenes egne mini-metodevurderinger og oppbygging av database
2. Regionalt ved behov for metodevurderinger
3. Nasjonalt med hurtig- og fullstendige metodevurderinger ved spesifikke teknologier
4. Etablering av nasjonalt system for tidlig varsling av nye metoder

Internasjonalt samarbeid

Internasjonalt samarbeid med organisasjoner og enkeltpersoner preger mye av Kunnskapssenterets arbeid og hverdag. De tre opprinnelige organisasjonene hadde hver for seg sine hovedkontakter: Folkehelsemiljøet til Cochrane- og Campbell Collaborations og WHO, HELTEF til Nordisk Ministerråd og OECD, SMM til INAHTA, HTAi, Euroscan, Nordisk nettverk og europeiske forskningsprosjekter som munnet ut i EUnetHTA.

Alt var samarbeid som i oppstarten først og fremst ga oss nyttig lærdom og bidro til utviklingen av våre arbeidsformer. Etter etableringen av Kunnskapssenteret fortsatte samarbeidet, kanskje enda mer aktivt ved at vi nå også i større grad kunne bidra til *andres* arbeid og våre felles nettverk. Kunnskapssenteret var blitt en organisasjon av en såpass størrelse og bredde i aktiviteter, at vi ble interessante for andre. Andre organisasjoner under etablering kom til oss for å lære, det gjaldt f. eks. land i Øst-Europa. Organisasjoner med tradisjonelt spisse funksjoner, som NICE i England, fikk gradvis utvidet sin portefølje mer lik den Kunnskapssenteret hadde. Vi ble også en aktiv bidragsyter til WHO.

Kunnskapssenterets synlighet internasjonalt nådde nye områder etter at Helsebiblioteket.no var blitt en del av senteret. Helsebiblioteket.no var i utgangspunktet utadrettet, og brakte også med seg medlemskap i bibliotekorganisasjoner og Guidelines International Network (GIN).

Pasientsikkerhetsarbeidet førte oss inn i EU-samarbeid på Patient Safety (Working Group og Joint Action), og egne organisasjoner knyttet til hemovigilans.

Det internasjonale samarbeidet var av største viktighet for våre *nasjonale* oppgaver og er blitt godt utnyttet i helseforvaltningen. Vi har «hentet» rap-



Fra HTAi møtet i Krakow, Polen, juni 2004. En gjeng fra Kunnskapscenteret med visepresident i HTAi, Berit Mørland, møter tidligere president Lech Walensa

porter og utredninger, vi lærte mye av å sammenligne helsesystemene, og vi lærte også av at vi av og til trakk ulike konklusjoner ut fra samme grunnlagsmateriale. Det har også vært en positiv erfaring å kunne åpne nye nettverk for kollegaer fra norsk klinikk og forvaltning. Dette har skjedd individuelt, og ved samarbeid om konferanser. Kunnskapscenteret har hatt ære og glede av å arrangere en Campbellkonferanse, og nå er senteret sammen med våre nordiske HTA-kollegaer, tildelt oppgaven med å arrangere Annual Meeting HTAi 2015.

Det organiserte internasjonale samarbeidet har gitt store muligheter for interessante oppgaver for enkeltpersoner i Kunnskapscenteret. Mange er blitt valgt inn i styre og råd, mange fikk faglige spesialoppgaver og svært mange har fått gode venner i det internasjonale forskningsnettverket. Det har for mange av oss representert et stort tilleggsgode ved å arbeide i Kunnskapscenteret.