

Fase III: Utnyttelsen av kompetansen på nye områder

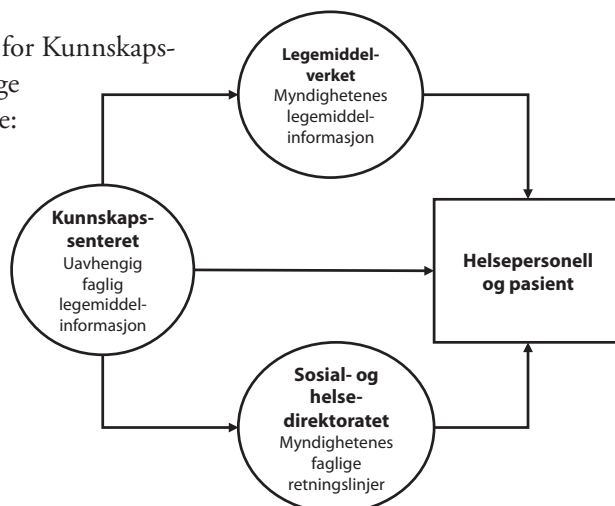
Vi har kalt den tredje fasen i Kunnskapssenterets utvikling «Utnyttelsen av kompetansen på nye områder». I det ligger at senteret fikk eller tok på seg funksjoner som ikke bare var en ekspansjon av de opprinnelige, men som utnyttet kompetansen og erfaringen fra disse, til relaterte oppgaver:

- Oppfølgingen av legemiddelmeldingen – ny seksjon for legemidler og helseøkonomi
- Helsebiblioteket, som jo var i en særstilling
- Campbell Collaboration
- Avtaler med Norad
- Global helse – Verdens helseorganisasjon (WHO)
- Gruppe for kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenesten (GRUK)
- Avtaler med Commonwealth Fund og European Observatory Health in Transition
- Formalisert rolle i Nytt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten

Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk

Etableringen av en egen Gruppe, senere *Seksjon for legemidler og helseøkonomi*, skjedde som en oppfølging av St.meld.nr 18 (2004–2005), hvor Kunnskapssenteret hadde fått en formalisert rolle i samarbeidskjeden mellom Sosial- og helsedirektoratet og Legemiddelverket om legemiddelinformasjon:

Nye utfordringer for Kunnskapssenteret: Offentlige institusjoners rolle:



Selve innholdet i vårt arbeid var ikke nytt – effektvurderinger av nye og etablerte legemidler hadde både Senter for medisinsk metodevurdering og folkehelsemiljøet foretatt, likeså helseøkonomiske utregninger og modelleringer. Og Arild Bjørndal hadde som fagdirektør utarbeidet et notat om «Å fremme god legemiddelforskrivning i Norge». Men nå ble det i Stortingetsmeldingen slått fast et behov for en samordnet offentlig legemiddelinformasjon, hvor:

«Kunnskapscenteret tildeles derfor rollen som faglig uavhengig miljø for informasjon om legemidler, basert på kunnskapsoppsummeringer på legemiddelområdet. Senteret skal levere oppsummeringer av kunnskap om effekt og kost-nytte som grunnlag for, eller supplement til, de prosesser som de andre myndighetsorganene har ansvar for.»

Denne oppgaven ble veldig viktig for senteret. Vi «måtte» bygge opp fagområdet helseøkonomi med henblikk på økonomiske evalueringer, som var lite aktivt i Norge. Vi måtte også oppdatere oss på de internasjonale prosessene rundt legemiddelbehandling, noe som ble nyttig i vår nasjonale rolle i det nye systemet for innføring av nye metoder, i utredninger for Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten, og i europeisk (EUnetHTA) og globalt (HTAi's Policy Forum) samarbeid. Og vi fikk et godt felles nasjonalt diskusjonsforum i «Kontaktpunktet» sammen med Legemiddelverket, Rikstrykdeverket og Sosial- og helsedirektoratet.

Helsebiblioteket.no

Helsebiblioteket.no ble et stort og viktig tilskudd til Kunnskapscenteret. Som beskrevet tidligere, var tjenesten startet og organisert under Sosial- og helsedirektoratet fra 2004, men i 2005/2006 ga direktoratet driftsansvaret til Kunnskapscenteret etter en avtale mellom de regionale helseforetakene og direktoratet. Kunnskapscenteret var dermed ikke lenger en partner, men en driftsorganisasjon for Helsebiblioteket.no. I denne prosessen ble det lagt vekt på at alle fortsatt skulle eie Helsebiblioteket.no og at det ikke skulle være en ren kunnskapscenteraktivitet.

Helsebiblioteket.no ble organisert som en redaksjon med selvstendig, uavhengig redaktør og egne vedtekter og fikk egen logo og grafisk profil, før Kunnskapscenteret hadde sin på plass. De tidligere partnerne fortsatte som medlemmer i Helsebibliotekets råd. Rådet skulle bidra til at Kunnskapscenteret drev Helsebiblioteket.no «– etter formål og vedtekter» (vedlegg 2d), og ga også råd om tilsetning av redaktør som skulle ha den overordnede faglige og administrative ledelsen av virksomheten. Selve tilsetningen ble foretatt av Kunnskapscenteret, og Helsebiblioteket.no ble inkorporert i senteret som en egen K-gruppe (se organisasjonskart under intern organisering).



Fra seminar på Sundvollen hvor (felles) kommunikasjon var tema. Direktørene John-Arne Røttingen (Kunnskapssenteret) og Magne Nylenna (Helsebiblioteket) leder allsang. (Foto: Sigrun Espelien Aasen)

Visjonen om et nettsted som skulle gi alt helsepersonell fri tilgang til relevant og pålitelig informasjon som kan bidra til informerte beslutninger om forebygging, behandling og organisering lå til grunn for etableringen av Helsebiblioteket.no. I oppstarten var det ikke helt enkelt å finne ut hvordan denne fagportalen kunne eksistere parallelt med Kunnskapssenterets egne nettsider og formidlingsstrategi. Etter noen interne runder ble både dette, betydningen av redaktørens selvstendige rolle og Helsebibliotekets rolle i driftsorganisasjonen avklart.

Helsebiblioteket har utviklet seg til å bli en stor suksess og gir i dag tilgang til en omfattende samling kunnskapskilder som oppslagsverk, tidsskrifter og databaser. I tillegg er nettsiden en delingsplattform for innhold som lages i helsetjenesten. Ved å samle retningslinjer, fagprosedyrer og pasientinformasjon i én portal, gjør Helsebiblioteket.no det enklere for helsepersonell å finne, dele og bruke oppdatert kvalitetssikret kunnskap i hverdagen. Helsebiblioteket er også ansvarlig for norsk oversettelse av National Library of Medicine's standardiserte begrepssystem for medisin og helsefag – MeSH.

Etter tre år ble Helsebiblioteket.no evaluert. Hovedkonklusjonen etter evalueringen var at ideen om lik tilgang til kvalitetssikret kunnskap for alle helseansatte ble oppfattet som et svært viktig tilbud for helsetjenesten.



Det føres statistikk over brukere på Helsebiblioteket.no, og den viser en utvikling fra et månedlig gjennomsnitt på ca. 60 000 i 2008, til ca. 130 000 i 2012. Nesten 40 % av trafikken i dag kommer fra mobile enheter, og mange av brukerne ønsker seg tilgang til innhold også når de er uten nettdækning. Helsebiblioteket har derfor de to siste årene satset på mobiltilpassede nettsider og offline apper.

Campbell Collaboration

Ideologien til Campbell Collaboration, var å bruke den samme arbeidsmåten til å fremskaffe gode beslutningsgrunnlaget for offentlige og private tjenester innen sosial velferd, justis og utdanning, som Cochrane Collaboration hadde en lang tradisjon for innen helse. Arild Bjørndal var en periode styreleder for Campbell, og sekretariatet for organisasjonen ble da plassert i Kunnskapscenteret; foreløpig for to tre-årsperioder. Etter hvert ble dette arbeidet inkorporert i en egen seksjon for velferdstjenester (se senere). Fra høsten 2013 ble Campbell-kontoret skilt ut fra denne seksjonen.

Rammeavtale med Norad

Innunder Fase III i Kunnskapscenterets utvikling må vi også regne en del avtaler hvor senterets fagkompetanse lå til grunn.

Norad ønsket Kunnskapscenterets bistand til effektvurderinger og kunnskapsoppsummeringer, primært knyttet til vårt engasjement i Cochranes EPOC-gruppe for prosjekter på helsesystemer i lav og middel inntekstland (LMIC), og implementeringsforskning.

Kunnskapscenteret hadde også tidligere samarbeidet med Norad, men da under en avtale mellom Sosial- og helsedirektoratet og Norad. Det var først og fremst seksjon for forebygging og internasjonal helse som hadde ansvaret for dette. Der hadde ansatte også flere kontakter og prosjekter ved WHO som var relevante for Norad.

Global helse- Verdens helseorganisasjon (WHO)

I løpet av sine første ti år har Kunnskapssenteret i økende grad fått et samarbeid med Verdens helseorganisasjon (WHO), blant annet gjennom en rekke forsknings- og utviklingsprosjekter innen global helse. Formålet med disse aktivitetene har vært å bidra til økt bruk av forskningsbasert kunnskap i beslutninger i helsetjenesten, også i lav- og mellominntektsland. Kunnskapssenteret har bidratt til utvikling av håndbøker og praktiske hjelpemidler rettet mot byråkrater og mot forskere som ønsker å øke bruk av forskningsbasert kunnskap i sitt arbeid. Mange strategier har vært prøvd ut for å bidra til et tettere og bedre samarbeid mellom brukere og produsenter av forskning, i samarbeid med kolleger i flere andre land. WHO har vært en viktig partner i dette arbeidet.

Kunnskapssenteret har også bistått WHO direkte, spesielt med å etablere systemer for å sikre at anbefalinger som utgår fra organisasjonen er godt funderte, og er et resultat av åpne, systematiske prosesser. Forskere ved Kunnskapssenteret har bidratt både med å oppsummere aktuell forskning og med å støtte ekspertgruppene WHO har nedsatt for å utarbeide anbefalinger.

Vi har bistått WHO i deres arbeid med vurdering av medisinsk utstyr, en tilnærming lik organisasjonens for lengst etablerte «List of Essential Medicines».

Vi støtter også WHO ved vurdering av søknader til utvikling av nye innovasjoner på helsepørsmål som er viktige for lav- og mellominntektsland.

Arbeidet med kvalitet

Arbeidet med kvalitet var en del av strategidiskusjonen fra etableringen av Kunnskapssenteret, og mange møter er avholdt, mange notater skrevet i den forbindelse. Senterets mulige rolle i kvalitetsarbeidet støtte mot mer etablerte oppgaver både i Sosial- og helsedirektoratet, de regionale helseforetakene og andre forskningsinstitusjoner som SINTEF Helse.

Vi forsto at vi måtte konsentrere oss om oppgaver som hadde elementer av forskning og utvikling i seg, og hvor vi hadde en komparativ kompetanse. Vi skulle ikke primært ha rutineoppgaver og informasjonsinnhenting, men også ha løpende tilgang til data fra forvaltningen (f.eks. NPR-data).

Ut fra dette ble det lagt ned mye arbeid i *definisjon av kvalitetsbegrepet*, i forslag til *rammeverk for et nasjonalt system for kvalitetsindikatorer* (13) og implementering av dette, og i utvikling av *et nasjonalt kvalitetsystem for primærhelsetjenesten*.

Alle disse var langsiktige prosjekter hvor vi kunne fylle vår rolle i utvikling, metode og prosess, men hvor iverksettelse og ansvar lå andre steder.

GRUK

En mer konkret og direkte funksjon for kvalitet i helsetjenesten fikk senteret imidlertid ved overføring av Gruppe for kvalitetsutvikling i sosial – og helsetjenesten (GRUK). GRUK var etablert i 1999 som en stiftelse initiert av Legeforeningen, Sykepleierforbundet, Kommunenes Sentralforbund (KS) og Telemark fylkeskommune. Gruppen ble overført til Kunnskapssenteret fra 1. januar 2007. Gruppens arbeidsform var prinsipielt ganske ulik senterets, så dette ble oppfattet som et nytt felt. GRUKs ansatte hadde jobbet praktisk med kvalitetsforbedringsprosesser ved sykehus og helseinstitusjoner i Skiensområdet ved å drive praktisk opplæring og veiledning for helsepersonell. I Kunnskapssenteret ble det i tillegg en hovedoppgave å bidra til implementeringen av direktoratets nye kvalitetsstrategi «... og bedre skal det bli».

GRUKs arbeid hadde vært oppdragsfinansiert, og gruppen ble sårbar i konkurranse med større konsulentselskaper. Man erfarte at det ikke var mulig å drive forsvarlig med dagens tilfang av oppgaver. Det hadde vært diskutert å innlemme GRUK ved oppstarten av Kunnskapssenteret, men det var da vanskelig politisk. I 2007 var situasjonen annerledes og Sosial- og helsedirektoratet var, som etatsstyrer, aktiv i å plassere GRUK i Kunnskapssenteret.

Vekslingsfeltet mellom Kunnskapssenteret og GRUK ble at Kunnskapssenteret frembrakte forskningsbasert kunnskap, og GRUK hadde kompetanse og erfaring på implementeringen av slik kunnskap i praksis. GRUK forble geografisk lokalisert i Skien, som en egen seksjon, men enkeltpersoner i GRUK er i økende grad blitt trukket inn i Kunnskapssenterets store kvalitetsprosjekter.

Commonwealth Fund

Noen internasjonale oppgaver ble aktuelle for Kunnskapssenteret som en følge av vår økende erfaring og faglige kompetanse innen kvalitet og monitorering (inkludert brukererfaringsundersøkelsene).

Commonwealth Fund er en uavhengig privat stiftelse med hovedsete i USA. Den støtter forskning, særlig om helsepørsmål og helsesystemer, og den tildeler Harkness-stipend⁴. Kunnskapssenteret besluttet i 2009 å delta i de internasjonale helsetjenestesystemundersøkelsene til Commonwealth Fund. Den første undersøkelsen var en studie om allmennlegers synspunkter på helsetjenestesystemet og egen praksis i 11 land. Det ble en viktig

⁴ Harkness fellowships drives og finansieres av Commonwealth Fund (Harkness etter navnet på initiativtakeren). Stipendiatene får et år ved en prestisjetung amerikansk forsknings institusjon. I Norge foreslås kandidatene i samarbeid mellom Kunnskapssenteret og Forskningsrådet.

studie fordi den avdekket en del forhold man ikke tidligere hadde vært oppmerksom på. Norge skåret lavt på tilgjengelighet, aktiv oppfølging av pasientene, aktiv innkalling ut fra pasientlister, og kvalitetsmåling av egen praksis. Det kom kritikk mot studien i Norge, spesielt til relevansen og validiteten til noen av spørsmålene.

Senere har Norge ved Kunnskapssenteret deltatt i Commonwealth Fund's internasjonale helsetjenestesystemundersøkelser hvert år, hvor populasjonene allmennleger, generell befolkning og kronikergrupper varierer i en 3-årig syklus. Et hovedfunn i undersøkelsene har vært at Norge skårer noe dårligere enn snittet av de andre landene når det gjelder brukerorientering. Forøvrig arbeider Kunnskapssenteret for å øke bevisstheten om viktigheten av robuste måleinstrumenter, bl.a. gjennom å gjøre kritiske studier av datakvaliteten.

European Observatory

En annen internasjonal oppgave er norsk oppdatering av European Observatory's HIT (Health in Transition) rapport. European Observatory on Health Systems and Policies foretar en jevnlig vitenskapelig analyse av utviklingen i de europeiske landenes helsesystemer. Helse- og omsorgsdepartementet utpekte i 2010 Kunnskapssenteret som «lead institute» for å samarbeide med observatoriets stab om en HIT profil for Norge. Det er et omfattende arbeid med analyse av ressurser, organisering, planer osv. Oppgaven ble sett på som en god markering av Kunnskapssenteret og er lagt til avdeling for kvalitet og pasientsikkerhet. Den første rapporten ble publisert i 2013 (14).

Nytt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten

I 2013 fikk Kunnskapssenteret en formalisert rolle i dette systemet som bygger på at rutinemessige metodevurderinger av nye legemidler, utstyr og prosedyrer skal foreligge før de tas i bruk i tjenesten (12), noe som hadde vært en del av kvalitetsstrategien for pilotområdet i Helse Vest. Vi hadde som beskrevet tidligere, et godt erfaringsgrunnlag for denne oppgaven, men vi lærte at ting tar tid, og tålmodighet er nødvendig for slike avtaler. Men i 2013 kom System for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten på plass, et viktig gjennombrudd både i Norge og i internasjonal sammenheng. Gjennom dette systemet er metodevurdering tilpasset ulike beslutningsnivå blitt et sentralt verktøy, med mini-metodevurdering for lokale beslutninger og hurtig og fullstendig metodevurdering for nasjonale beslutninger. Det er etablert et forum for samarbeid mellom de involverte aktørene – Helsedirektoratet, de regionale helseforetakene, Legemiddelverket og

Kunnskapssenteret – for å sikre god utveksling av informasjon og koordinering av aktivitetene. I oktober 2013 hadde partene sitt første møte for å prioritere i alt 23 innkomne forslag til nasjonale metodevurderinger.

Som sagt innledningsvis under dette kapitel har vi oppfattet den tredje fase i Kunnskapssenterets historie som en fortsatt ekspansjon, ut over de opprinnelige aktiviteter, men fortsatt godt forankret i disse.

Det var imidlertid også noen oppgaver som vi mente fylte disse kravene, som vi gjerne ville tatt på oss; men som vi ikke fikk: nemlig Norsk pasientregister (NPR), Pasientklassifisering og finansiering (Pafi) og arbeidet med SAMDATA. NPR og Pafi var vedtatt å skulle håndteres innenfor den statlige helseforvaltning og flyttes fra SINTEF. Kunnskapssenteret mente NPR i større grad måtte utnyttes til å følge med på og evaluere helsetjenesten, ut over det å være et administrativt verktøy for finansiering av tjenesten, som Sosial- og helsedirektoratet primært hadde ønske om. En plassering av databehandlerfunksjonen for NPR og Pafi i Kunnskapssenteret ville gi tilgang på data til analyse og læring, og signal om bedre utnyttelse av registerdataene, også opp mot fremtidige kvalitetsregistre. Det hadde lenge vært en prosess rundt kvalitetsregistre i Norge, hvor konklusjonen var at de regionale helseforetakene skulle ha dataansvar, mens databehandlerfunksjonen kunne fordeles til henholdsvis Kreftregisteret, Folkehelseinstituttet og Kunnskapssenteret. En plassering av databehandlingen for NPR til Kunnskapssenteret ville passe godt inn i denne tankegangen og gi Kunnskapssenteret et ansvar for helsetjenesteregistre, mens Folkehelseinstituttet hadde ansvaret for helseregistre. Som vi vet, endte både NPR og Pafi i Helsedirektoratet, og et nytt utredningsprosjekt startet i Helse- og omsorgsdepartementet på alle fremtidige registerfunksjoner (Nasjonalt helseregisterprosjekt).