

Hvordan har omverdenen vurdert senteret

Departementet

De ulike helseministrene har vært positivt interessert i Kunnskapscenteret:

Kunnskapscenteret ble åpnet av Dagfinn Høybråten, Sylvia Brustad fulgte opp med åpning av Helsebiblioteket og etablering av Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten med sekretariat i senteret, Bjarne Håkon Hanssen var kanskje litt mer på avstand – samhandlingsreformen tok hans oppmerksomhet – men Anne-Grethe Strøm-Erichsen var trofast med i flere markeringer og besøk, og Jonas Gahr Støre har fulgt godt opp, bl.a. med et besøk allerede i desember 2012. Vår nye helse- og omsorgsminister fra 2013, Bent Høie, har fulgt senterets virksomhet fra sin lederposisjon i Helse- og omsorgskomiteen på Stortinget, og vi både håper og forventer at han fortsatt vil engasjere seg i hva vi gjør, og kan gjøre.

Den administrative ledelsen i Helse- og omsorgsdepartementet, først og fremst representert ved departementsråd Anne-Kari Lande Hasle, har hele



Helseminister Sylvia Brustad, rådgiver Nina Husom og direktør John-Arne Røttingen i januar 2007. (Foto: Sigrun Espelien Aasen)



*Departementsråd
Anne-Kari Lande Hasle
og John-Arne Røttingen
i forbindelse med
lanseringen av Helse-
biblioteket i 2006.
(Foto: Sigrun Espelien
Aasen)*

tiden vist engasjement og interesse for Kunnskapssenteret, og forsvart virksomheten, godt støttet av tidligere helsedirektør, nå departementsråd, Bjørn-Inge Larsen.

Noen refleksjoner fra departementsråd **Anne-Kari Lande Hasle**:

Forutsetninger for fusjon, forventninger til fusjon?

Vi var veldig opptatt av å samle ulike kunnskapsmiljøer for å styrke arbeidet med kunnskapsoppsummeringer og metodevurderinger i helsetjenesten. Utviklingen fra kunnskap hos fremragende enkeltoverleger til oppsummert kunnskap som kunne forsvare utvikling av nasjonale retningslinjer, sto sentralt i tenkningen for omorganisering av helseforvaltning 2000–2002/2004.

Erfaringer fra oppstart, fra driften av senteret videre.

Det var både utfordrende og krevende å samle kompetansmiljøer. Det ble en vanskelig debatt om «fri forskning». Vi var opptatt av at helsetjenesten og helseforvaltningen skulle ha god tilgang på kompetente, faglig uavhengige miljøer som kunne bidra til utvikling av en kunnskapsbasert helsetjeneste. Dette ble av mange oppfattet som at Helsedepartementet og direktoratet ønsket å «styre» forskningen. Denne misforståelsen har det vært vanskelig å rydde opp i, og den dukker opp med jevne mellomrom. Men erfaringene fra hva Kunnskapssenteret leverte, var veldig gode. Selv om mange kritiserte de høye kravene til forskningsbaserte metoder, så var ikke det et problem for departementet/direktoratet.

Har departementet fått det dere ønsket?

Kunnskapscenteret har blitt mye større og fått flere oppgaver enn vi planla. Det viser at senteret har løst oppgavene på en god og grundig måte og har evnet å gi ny kunnskap og nytt grunnlag for det arbeidet forvaltningen skal gjøre.

Vi mener at Kunnskapscenteret har blitt et forbilde for andre kunnskapsintensive sektorer. Debatten om den frie forskningen og ønsket om at alle forsknings- og utviklingsmidler skal kanaliseres gjennom Forskningsrådet og universitetene, har roet seg. Argumentene for at sektorer som er avhengig av oppdatert kunnskap og forskning fra både inn- og utland, må kunne organisere dette i egne miljøer, har fått større gjennomslag.

Gode eksempler? Vanskelige eksempler?

De gode eksemplene er de rapporter som Kunnskapscenteret utarbeider både på bestilling og til Prioriteringsrådet. De vanskelige eksemplene er rapporter som har stor betydning i den politiske debatten, og hvor det kan være fristende å bruke rapporter som ledd i egen institusjons markering.

Fremtidige ønsker?

Kunnskapscenteret har de siste årene fått flere oppgaver av myndighets- og forvaltningskarakter. Dette kan være innsamlet informasjon fra helsetjenesten som myndighetene ønsker skal behandles i faglig gode og uavhengige miljøer, men som kan skape konflikter i tolkning og bruk.

Det bør bli en debatt om balansen mellom kunnskapsoppsummeringer og metodevurderinger og myndighetsoppgaver. Vi heller i retning av at hovedtyngden bør være kunnskapsoppsummeringer og metodevurderinger, myndighetsoppgavene kan til enhver tid vurderes overført til direktoratet.

For øvrig bør Helsebibliotekets rolle i kunnskapsutvikling i helsetjenesten være en sentral del av Kunnskapscenterets virksomhet.

Dette svaret er utarbeidet i samråd med departementsråd Bjørn-Inge Larsen.

Bjørn-Inge Larsen var den viktigste pådriveren i etablering av Kunnskapscenteret. Han har både innehatt den formelle ledelsen av etatsstyringen av senteret, og har vist en genuin interesse for senterets arbeid i hele denne tiden.

Vi har også stilt noen spørsmål til **Bjørn-Inge Larsen:**

Hvilke tanker lå bak etableringen av Kunnskapscenteret:

Overordnet sett var det to refleksjoner som lå bak:

- 1. Medisin var i ferd med å endres; hva som var bra /ikke bra var ikke lenger bare styrt av hver enkelt overleges syn på god kunnskap, (noe som hadde gitt store variasjoner i praksis). Med begrepet evidens basert medisin (EBM) hadde verden fått et annet verktøy for hva som samlet sett var den beste kunnskap. Men det var stor motstand til dette, og en intensjon med opprettelsen av Kunnskapscenteret var derfor å samle og styrke de miljøene vi hadde, som kunne gjennomføre en holdningsendring til bruk av oppsummert kunnskap/ metodevurderinger som basis for beslutninger.*
- 2. Helsedirektoratet og dets leder var en del av ledelsen av en virksomhet – helsetjenesten – som omsatte for milliardbeløp årlig. Neppe noen annen virksomhet ville fungere slik uten god støtte fra forskning og god kunnskap. Ledelsen av helsetjenesten hadde ikke selv nok kompetanse til å rådgi helsetjenesten, f.eks. om organisering av tjenesten.*

Larsen ønsket primært et Kunnskapscenter internt i Sosial- og helsedirektoratet, men har også sans for de argumenter som ble ført for et eksternt uavhengig senter.

Erfaringer (positive og negative) fra disse 10 årene?

Det store bildet er positivt! Aksent Kunnskapscenteret – Helsedirektoratet – Helse- og omsorgsdepartementet har gitt bedre støtte til kunnskapsbasert politikk enn noe annet departement har tilgjengelig. Oppsummert kunnskap er blitt interessant for «alle». En mulig negativ betenkning er at senteret er blitt litt for likt direktoratet, dvs. har påtatt seg oppgaver som ligner myndighetsutøvelse.

Tanker for fremtiden?



Her står Bjorn-Inge Larsen sammen med Bjorn Guldvog, noe som i og for seg er svært relevant; de har begge vært viktige for etablering og utvikling av Kunnskapscenteret.

Bjørn-Inge Larsen ser heller for seg en utvikling av senteret i retning forskning enn inn mot myndighetsutøvelse. Samtidig vil det ikke lenger være noe monopol for kunnskapsoppsummeringer som metode i senteret, også andre fagmiljøer som gir råd til myndighetene bør bruke dette innenfor sine felt.

Stortinget

Stortinget var positive og viktige i etableringen av senteret, som frittstående og utenfor forvaltningen. Senteret har også hatt flere besøk av Helse- og omsorgskomiteen, fra et første møte i 2007, hvor alle avdelinger og tiltak ble behørig presentert og diskutert.

Vitenskapelig råd – Fagrådet

Som beskrevet tidligere bestemte Kunnskapssenterets ledelse fra begynnelsen av å ha et faglig råd, noe som også var støttet av Sosial- og helsedirektoratet. Medlemmer av Fagrådet ble valgt etter forslag fra universitets- og høyskolesektoren og fra de regionale helseforetakene. Dette ga et rådgivende organ med god innsikt i miljøene til de ulike samarbeidspartnerne og brukerne som Kunnskapssenteret skulle dekke. Dessuten hadde Fagrådet samlet sett en bred faglig kompetanse som har vist seg svært nyttig for senteret, også som interne føringer.

Samtidig var rådsmedlemmene også en del av omverdenen som fungerte som Kunnskapssenterets «konkurrenter» om spesifikke oppgaver. Dette var mest tydelig i starten av senterets virksomhet, og mest tydelig knyttet til oppgaver innenfor kvalitetsmålinger. Dessuten har det vært en fortløpende diskusjon om kunnskapsbegrepet, generelt og innenfor medisin, særlig blant allmennmedisinere.

Men det overordnede inntrykk har vært at Fagrådet har gitt oss mange nyttige korrektiver, på kvalitetsmålinger, pasientsikkerhet og meldesystemer, kontakt med direktoratet, balanse mellom metodevurderinger og andre aktiviteter, egeninitierte prosjekter, forskning, undervisning og støtte, og oppfølging av Evalueringen, se nedenfor.

Den første leder av Fagrådet var professor Olav Helge Førde fra Universitetet i Tromsø, deretter fulgte etikkprofessor Reidun Førde, Universitetet i Oslo, og professor Rune Wiseth fra St. Olavs Hospital og NTNU.⁵ Alle tre er blitt utfordret om sine perspektiv og erfaringer fra Fagrådet.

5 Fra og med 2014 er Direktør i Helse Nord RHF, Finn Henry Hansen, ny leder av Fagrådet

Olav Helge Førde har først og fremst sett oppstarten av Kunnskapssenteret i et SMM/ HTA- perspektiv, og har ikke fulgt senteret like tett etter hvert i sine «Tankar til 10 årsjubileet»:

Kontakten til fagmiljøa

I mi vurdering av dei første ti åra av Kunnskapssenteret tek eg utgangspunkt i dei målsettingane og arbeidsmåtane vi starta med i SMM. Vi fekk ansvaret for eit nybrottsarbeid innan kunnskapshandtering, trass i at vi alt hadde ei nasjonal Cochrane-gruppe. Vi måtte i stor grad bygge opp vår eigen kompetanse og måtte også drive «folkeopplysning» i fagmiljøa som vi som prinsipp baserte arbeidet vårt på. Å etablere tette band til fagmiljøa var ein bevisst og prioritert strategi. Vi etablerte fagnettverk og var opptekne av å få med dei tunge opinionsleiarane i fagmiljøa med i gruppene våre.

Då SMM vart innlemma i Kunnskapssenteret ønskte vi at denne arbeidsmåten måtte få tilsvarande prioritet i den nye eininga. Sjølv om denne strategien vart etterlyst i «Vitskapeleg Råd» mange gonger vart det knapt slik. Sjølv om vi har sett unntak, er distansen frå fagmiljøa til Kunnskapssenteret og sentral helseforvaltning snarare auka slik eg ser det. Dette er ein stor utfordring i den norske helsetenesta.

Uavhengighet

Diskusjonane rundt plasseringa av Kunnskapssenteret hadde høg temperatur, men dei av oss som kom frå SMM og som var opptekne av å halde på uavhengigheten lukkast i å halde Kunnskapssenteret utanfor forvaltninga, i alle høve formelt og eit langt stykke også reelt. Men samrøret med forvaltninga, vart likevel ei utfordring og kulminerte nok då senteret fekk ansvaret for sekretariatet for Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering, som er eit organ for politikkutforming. Sett innanfrå er truleg dette ikkje eit påtrengande problem, men utanfrå kan Kunnskapssenteret fort bli sett som ein del av forvaltninga.

Oppgåveportefølje

Ved danninga hadde Kunnskapssenteret alt ein relativt brei funksjon gjennom dei miljøa og den kompetansen som vart innlemma i senteret. Seinare har nye oppgåver, som sekretariatet for prioriteringsutvalet og Helsebiblioteket, kome til. Uavhengig av kor naturleg ulike funksjonar høver inn under ein hatt, gjev dette utfordringar med omsyn til å prioritere det som for enkelte av oss ville defnere som kjernefunksjonane for senteret: litteratursamanstillingar og teknologivurdering. Både med omsyn til kvalitet og volum hadde desse funksjonane eit forbettringspotensiale då SMM vart ein del av Kunnskapssenteret. Tvillaust er ein del av dette potensialet henta inn. Talet på samanstillingar ar auka,

eigenkompetansen er styrka og Kunnskapssenteret har gjort ein flott jobb med å få kunnskapshandtering inn i helsefagutdanningane. Men kjernefunksjonane må skjermast og prioriterast. Desse er det berre Kunnskapssenteret som kan ivareta.

Kva manglar vi i norsk helseteneste?

I SMM-tida etterlyste vi eit system for retningslinjeutforming og implementasjon. Metodevurderingar som ikkje blir følgt opp, er så godt som verdlause. Helsedirektoratet sitt arbeid med nasjonale retningslinjer er prisverdig, men vil aldri kunne bli «heildekkande». Spesialistforeningane som tidlegare var sentrale i utforming av retningslinjer, er passivisert, og mange lokale og regionale fagnettverk forvitrar. Enten må vi få eit norsk «NICE» eller vi må få ei vitalisering av fagnettverk som har oppdatert kompetanse i kunnskapshandtering, men helst begge deler.

Er tiåringen vellukka?

Ti år er kort når ein skal fylle ei så sentral rolle som å legge til rette for kunnskapsbasert praksis i helsetenesta. Om ikkje alle deler av Kunnskapssenteret sine funksjonar har vore like vellukka, må ein kunne sei at tiåringen er eit vitalt og verdfullt tilskot til norsk helseteneste og norsk samfunnsmedisin.

Reidun Førde:

Arbeidet i Fagrådet for Kunnskapssenteret var ei lærerik og interessant tid for meg. Identiteten til Kunnskapssenteret var enno ikkje fasttømra. Sentrale spørsmål for Fagrådet var til dømes kor vidt skal senteret famne, kva slags type oppdrag skal Kunnskapssenteret ta på seg, og korleis skilje ut dei oppdraga som er relevante og framfor alt løyselege. Ei bekymring var at ikkje alt for mange av bestillingar skulle komme frå helseforvaltninga sjølv, men at helsetenesta der ute skulle gi fleire meningsfulle oppdrag til Kunnskapssenteret. I nær samanheng med dette var også spørsmålet om korleis den faglege uavhengigheita skulle vernast om, og korleis kvaliteten på oppsummeringane skulle sikrast. Desse spørsmåla var ikkje minst viktige, sett frå Fagrådet si side, for å skape nødvendig kontakt med, og tillit frå, fagmiljøa. Når ein i dag studerer nettsidene til Kunnskapssenteret synest det som om desse spørsmåla framleis er aktuelle.

Fleire kunnskapsoppsummeringar, t.d. ultralyd i svangerskapet, demonstrerte korleis kunnskapsgrunnlaget er ein sentral del av etiske spørsmål.

Å få aksept i fagmiljøa for at gode kunnskapsoppsummeringar er ein viktig del av fagutviklinga var, og er framleis, ei stor utfordring. I mi tid i Fagrådet blei Helsebiblioteket del av Kunnskapssenteret, ein tilvekst av stor betydning, og noko eg sjølv nær dagleg har glede av som forskar og førelesar.

Rune Wiseth:

Gjennom flere år som medlem, og leder, av Fagrådet har jeg hatt anledning til å følge Kunnskapscenteret i så å si hele dets historie. Fagrådet har ved flere anledninger presisert at senteret må arbeide med avgrensninger i forhold til hva de skal ta på seg, og Fagrådet har flere ganger advart mot for stor spredning i aktivitetene.

Bedre kontakt med de kliniske fagmiljøer har vært et tema, og her kommer en ikke bort fra at det har vært utfordringer. Kunnskapscenteret er i noen grad blitt møtt med skepsis. Det er imidlertid også eksempler på at Kunnskapscenteret på kort tid har greid å utarbeide gode rapporter for vurdering av ny teknologi hvor det er benyttet eksterne fagpersoner, og dette har resultert i flere anerkjente produkter. Jeg tror at det er gjennom denne type arbeid senteret kan styrke sin posisjon overfor fagmiljøene. Helsebiblioteket har vært en suksess og prosedyreprosjektet er også en viktig satsning for å styrke Kunnskapscenterets legitimitet i fagmiljøene.

Når det gjelder Fagrådets rolle er det viktigste ærlige innspill, og de har det vært mange av. Fagrådet er bredt sammensatt med representanter fra ulike sektorer og det er en betydelig klinisk kompetanse i rådet. Dette tror jeg er viktig, ikke minst i forhold til arbeidet med å styrke kontakten med de kliniske miljøene ytterligere.

I forhold til Kunnskapscenteret og fremtid tror jeg det fortsatt vil være viktig å ha fokus på «hva skal vi gjøre og hva skal vi ikke gjøre». Tett samarbeid med søsterorganisasjoner er viktig og spesielt vil jeg fremheve NICE, som faktisk har en høy status også i kliniske miljøer. Kanskje kan mitt beste råd for Kunnskapscenteret i fremtiden være å strekke seg etter NICE.

Det er interessant å registrere at både Olav Helge Førde og Rune Wiseth refererer til NICE i UK som noe å strekke seg etter.

En formell evaluering

Etter de tre første årene av Kunnskapscenterets virksomhet, ønsket etatsstyresen eksternt evaluering av senterets arbeid og produkter. Evalueringen skulle danne grunnlaget for den neste strategiplan for senteret. Direktoratet ønsket en internasjonal evaluering, men av praktiske årsaker ble dette til en skandinavisk gruppe hvor medlemmene til dels ble valgt ut fra forslag fra senteret selv.

Evalueringsgruppen bestod av følgende personer:

- Johan Calltorp, Sosialdepartementet, Sverige; leder av gruppen
- Nina Rehnqvist, styreleder i SBU, Sverige

- Stig Slørdahl, dekanus, Det medisinske fakultet, NTNU, Trondheim
- Ragna Valen, fakultetsdirektør, Det psykologiske fakultet, UiB
- Hans Erik Heier, overlege Ullevål sykehus, UiO (erfaring som medlem av en metodevurderingsgruppe)
- Sekretær Barbra Noodt, seniorrådgiver, SHdir.

Gruppen fikk et bredt mandat hvor de bl.a. skulle vurdere

- Om senterets virksomhet hadde vært i tråd med etablering og styring,
- Om arbeidsområdet var tilstrekkelig avklart
- Kvaliteten og relevansen på produktene
- Brukernes erfaringer
- Samhandling med oppdragsgivere
- Senterets nasjonale rolle
- Senteret sett i internasjonal sammenheng

Evalueringsgruppen valgte en arbeidsform med mange høringsmøter med relevante aktører (brukere). Den foregikk fra april til oktober 2007.

En viktig del av evalueringen var også vår egnevaluering, hvor vi utarbeidet SWOT (Strength, Weakness, Opportunity, Threat) analyser fra alle gruppene i senteret. Noen hovedtrekk fra disse analysene var at vi har en styrke i vår uavhengige nasjonale monopol situasjon for mange oppgaver, god ressurstilgang og sterk metodekompetanse. Det er en fordel for oss at det nå stilles økte krav til styring og krav til dokumentasjon på stadig flere områder i helsetjenesten. Vi har et godt formelt og uformelt internasjonalt nettverk.

Vi har lidd under at etableringen har tatt tid, med tre omorganiseringer på tre år, og interne metodeuenigheter. Stor ekspansjon har vært koplet til ikke fullgod kvalitetssikring og til dels dårlig tid på produktene. Vi når ikke nok ut i helsetjenestens kliniske virksomhet, og vi har også erfart at helse-tjenesten selv ønsker å være egenleverandør på noen av «våre» produkter.

Sluttrapporten fra evalueringsgruppen (15) ble selsags kommentert, både uformelt og formelt, internt i Kunnskapssenteret. Vi var i hovedsak positive til rapporten, men syntes samtidig at gruppen hadde vært noe ensidig ved at de brukte mye plass til Kunnskapssenteret som et HTA-senter. Det var muligens ikke så overraskende, gitt valget av gruppens medlemmer. Når det var sagt, så var evalueringen av dette området en god analyse av denne delen av virksomheten.

Vi reagerte også noe på evalueringsformen hvor gruppen baserte seg mye på informasjon gitt i høringsmøter med eksterne «målgrupper», uten at påstander derfra ble sett i tilstrekkelig sammenheng med egen dokumenta-

sjon fra senteret, som de også hadde bedt om, eller i bredere nasjonal/internasjonalt sammenheng. Men dette kunne selvsagt også ses på som et selvforsvar fra vår side.

Hva var så de viktigste konklusjonene fra den eksterne evalueringen av Kunnskapssenteret etter de tre første årene (15):

Evalueringskomiteen var opptatt av viktigheten av senterets faglige uavhengighet.

Hovedbudskapet når det gjaldt senterets legitimitet og uavhengighet av myndighetene, var at den syntes ivaretatt på en forsvarlig måte, men krevde fortsatt oppmerksomhet, særlig i forbindelse med at sekretariatet for Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering var lagt til Kunnskapssenteret. Senteret hadde vært en overveiende vellykket satsing, men

1. Det ble advart mot en for stor bredde i aktivitetene, vi hadde en uklart profil
2. Det ble anbefalt bedre samarbeid, avgrensning av funksjoner og arbeidsdeling med andre aktører, særlig på regionalt nivå; en regional nettverksstrategi
3. Dette kunne øke senterets synlighet og anvendelse, noe som var mangelfullt i flere målgrupper

Hovedbudskapet når det gjaldt produktene var at disse hadde en gjennomgående høy kvalitet og relevans, men vi burde

- synliggjøre valget av bestillere og produkter bedre (utvikle Bestillerforum)
- benytte eksterne fagpersoner, både i utredningsgrupper og i fagfelleprosesser (og disse burde følge en eventuell retningslinje i Sosial- og helsedirektoratet videre, jf. våre «Gråsoner diskusjoner»)
- klargjøre de interne faglige prosesser knyttet til produktene, ikke bare stole på intern godkjenning av produktene
- i størst mulig grad benytte internasjonale utredninger som basis, dermed bidra til raskere leveranser, og selv i større grad bidra til disse

Hovedbudskapet når det gjaldt oppfølging av medisinsk resultat og kvalitet (monitorering), var at Norge generelt lå etter på disse områdene.

Brukererfaringsundersøkelsene hadde vært lite kjent blant evalueringsgruppens høringsinstanser, og ikke oppfattet som spesielt nyttige. Evalueringsgruppen var imidlertid kjent med at de i nordisk sammenheng ble ansett for å ha høy kvalitet.

Kvalitetsregistre burde imidlertid ikke være en del av Kunnskapssenterets portefølje. Kunnskapssenteret burde ha en understøttende funksjon

i den videre utvikling, ved analyser, sammenstillinger på aggregert nivå og utvikling av kvalitetsindikatorer, men selve innsamlingen og drift av data burde ligge nær den kliniske virksomhet, og *ikke* i senteret.

Hvilke konkrete tiltak foretok vi så i oppfølgingen av evalueringsrapporten?

Et tema som gikk igjen i flere områder av rapporten, var arbeidsdeling knyttet til regionalt samarbeid, både med universitets- og høyskolesektoren og de regionale helseforetakene. Vi hadde fått lignende innspill fra vår første Årskonferanse i Trondheim. Evalueringsgruppen hadde anbefalt oss å sette ut ansvaret for metodevurderinger, f.eks. til universitetsmiljøer. Dette gjøres i enkelte andre land, men det var et faktum at slike fagmiljøer ikke fantes i de norske universitets- og høyskolemiljøene. Vårt primære svar på denne utfordringen ble derfor økt oppmerksomhet rundt undervisning og kompetansebygging; Universitetet i Oslo, Universitetet i Tromsø og Høgskolen i Bergen var allerede i gang. Dessuten kom arbeidet med minimetodevurderinger til å ta opp utfordringen med kompetanse i de regionale helseforetakene på en dynamisk og relevant måte. Det er mulig vi dermed kan få etablert et «regionalt nettverk» som evalueringsgruppen anbefalte.

- Fortsatt engasjement i internasjonalt samarbeid var en oppfordring vi egentlig ikke hadde behov for, det skjedde i stadig økende grad og mer formaliserte former, bl.a. via EUnetHTA, og i nordisk sammenheng for kvalitetsmålinger. I 2013 ble vi tildelt ansvaret for den internasjonale HTAi konferansen i 2015.
- Videreutvikling av bestillingsprosessen, synliggjøring av prosjekt- og produktvalg, klart definerte kvalitetsprosesser for våre egne arbeid, ble gjenstand for ytterligere oppmerksomhet.
- Vi valgte å oppfatte evalueringsrapportens synspunkter på monitorering i tråd med vår egen, nemlig at innsamlingen av data på kvalitetsregistre lå nær klinikken, men at vi hadde en understøttende rolle ved registrene og utvikling av kvalitetsindikatorer i form av analyse og aggregering av data, og fortsatte å arbeide i tråd med dette. Dette vil fortsatt kreve styrking av senterets innsikt og kompetanse.
- Vi merket oss rapportens betenknninger rundt plasseringen av sekretariatet for Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering. Samtidig skulle Rådet ha et *uavhengig* sekretariat, og hvor ville evalueringsgruppen ha plassert

det, gitt at medlemmene kom fra alle deler av helsetjenesten, forvaltning, undervisningssektor, profesjoner og frivillige organisasjoner?

- Vi merket oss selvsagt den bekymring evalueringsrapporten hadde uttrykt til bredden i vår oppgaveportefølje og hvordan den kunne bidra til manglende målrettethet, svakere faglig uavhengighet og til å være en trussel mot fagmiljøenes tillit til Kunnskapssenteret med svekket legitimitet («de gaper over for mye»). Det kan kanskje virke noe arrogant fra senterets side å ikke ta denne bekymringen mer på alvor. Mange eksterne stemmer, også vårt eget Fagråd, har ønsket et senter mer samlet om kjerneoppgavene, med andre funksjoner lagt til andre og regionalt forankrede institusjoner (jf. Olav Helge Førde). Vi valgte imidlertid å utvikle det vi oppfattet som positivt med vår ideologi om et bredt oppgavespenn; nemlig at våre produkter fra kunnskapsoppsummeringer til monitorering skulle utgjøre en sammenhengende kjede med det mål for øyet å øke kvaliteten på helsetjenestene og på god helse, jf. strategiplan 2007–2010, og at det derfor var nyttig for å nå dette målet å kunne se flere deler av denne kjeden samlet.

Konseptuell modell – verdikjede



Omverden for øvrig

RHF-systemet

Det er kanskje ikke for mye å si at RHF-systemet har hatt et ambivalent forhold til Kunnskapssenteret, selv om vi også delte «en felles målsetting om å styrke utviklingen av en kunnskapsbasert helsetjeneste», som viseadministrerende direktør Helge Bryne i Helse Vest RHF formulerte ved senterets oppstart.

Men oppfatningen kan avhenge av hvem man spør, hvilket fagområde, geografi, og selvsagt hvilke tidligere erfaringer de måtte ha.

Som tidligere beskrevet var det en viss skepsis, både til at nyskapingen skulle ta for stor plass og få for mange oppgaver, i alle fall oppgaver de regionale helseforetakene selv ønsket å ha kontroll over, som kvalitetsmålinger, og for at Kunnskapssenteret lå for nær helseforvaltningen.

Slike synspunkter kom også til uttrykk i to formelle rapporter i 2006: Funksjonsevalueringen av sykehusreformen, utført av konsulentfirmaene Agenda og Muusmann, og rapporten fra de regionale helseforetakenes Nasjonale strategigruppe for prioriteringer, som innspill til arbeidet med ny Nasjonal helseplan i Helse- og omsorgsdepartementet. Den førstnevnte bygget på informanter og ressurspersoners vurderinger av det norske systemet, og innholdet måtte nødvendigvis tilskrives deres syn. Kunnskapscenteret var svært mangelfullt beskrevet. En hovedkonklusjon var at sykehusreformens organisasjonsform var vellykket, men at den lokale og regionalpolitiske innflytelsen burde utvides. Samtidig anbefalte rapporten at noen av Sosial- og helsedirektoratets oppgaver overfor spesialisthelsetjenesten burde reduseres betraktelig, og oppgaver som prioritering, kvalitetsutvikling, kvalitetsindikatorer, avvik og faglige standarder flyttes til de regionale helseforetakene.

Strategigruppen som laget den andre rapporten besto av ansatte i alle de regionale helseforetakene. Selv om utgangspunktet var en strategi for *prioriteringer*, koplet rapporten dette sammen med både kunnskapsbasert medisin og arbeidet med kvalitet i helsetjenesten.

Et av de viktigste forslagene fra gruppen, sett fra vår side, var etableringen av et nytt «Nasjonalt senter for kvalitet og prioritering», ledet i fellesskap av alle de regionale helseforetakene. Flertallet av de regionale helseforetakene støttet dette, selv om Helse Øst som alternativ til et *nytt* senter, beskrev en nettverksorganisasjon med Kunnskapscenteret i sentrum, og satellitter i andre fagmiljøer.

Som vi vet ble det ikke noe *nytt* «Senter for kvalitet og prioritering» i Nasjonal helseplan 2007. Hva det derimot ble, var et «Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten», med sekretariatet lagt til Kunnskapscenteret. Dessuten ble mye pasientsikkerhetsarbeid senere lagt til Kunnskapscenteret og kan vel tolkes som en indikasjon på at departement og Storting var positive til et bredere senter.

Etter hvert utviklet det seg et atskillig bedre samarbeid mellom de regionale helseforetakene og Kunnskapscenteret. Det ble etablert en fast møteplass for senteret med fagdirektørene i de regionale helseforetakene – det viktige Fagdirektørforum. Der sto det alle fritt å foreslå aktuelle saker til dagsorden.

De regionale helseforetakene deltok også i vårt Bestillerforum hvor diskusjoner rundt mulige prosjekter tok en faglig vending som engasjerte på en positiv måte. Lederne i de regionale helseforetakene ble også medlemmer av det nyopprettede Prioriteringsrådet, noe som også representerte en god samarbeids – og diskusjonsarena.

Men alt dette var på et *overordnet* regionalt helseforetaks-nivå, lengre ut i organisasjonene var nok innsikten i vårt arbeid dårligere. I en Omdømmeundersøkelse for Kunnskapssenteret, gjennomført i samarbeid mellom TNS Gallup og senteret i 2009, var målgruppene bl.a. ledere i regionale helseforetak og helseforetak. Lederne i helseforetakene kjente svært dårlig til Kunnskapssenteret. De som kjente til det, forbandt det med evidence based medicine, pasienterfaringer, Helsebiblioteket.no eller forskning. Ledere på regionalt helseforetaksnivå kjente i større grad til senteret, og fremhevet det som kilde til et bredt og godt beslutningsgrunnlag for spesialisthelsetjenesten. En ny Omdømmeundersøkelse ble foretatt i 2012. Også her var kjennskapen til Kunnskapssenteret svært bra i noen målgrupper, som de regionale helseforetak og helse- og omsorgskomiteen i Stortinget. Ledere i helseforetak og kommunehelsetjenesten kjente fortsatt dårlig til senteret.

Hvordan skulle vi bedre møte fagfolkene regionalt og i helseforetakene?

Arbeidet med brukererfaringundersøkelsene hadde helt fra HELTEF-tiden medført et tett samarbeid med de regionale helseforetakene og lokale kontakter blant kvalitetsrådgiverne i helseforetakene. Det er også gjennomført flere prosjekter i samarbeid med institusjoner og avdelinger, enten som forskningsamarbeid eller som støtte for lokale måleprosjekter. (11)

Senter for medisinsk metodevurdering anså bruk av ekspertgrupper i arbeidet med metodevurderinger som den viktigste mulighet for implementering og kompetanseheving blant den menige kliniker. Etter hvert ble denne arbeidsformen redusert, men et system med ekstern peer review av produktene ble bedre systematisert.

Det er mulighet for å hospitere i Kunnskapssenteret for helsepersonell, f.eks. i permisjonsperioder eller ved oppdatering av spesialistutdanningen, noen få har benyttet seg av dette. I tillegg til kurset Forskning ved fjæra når vi dermed flere menige fagfolk.

Årlige møter med fagavdelingene i de regionale helseforetakene ivaretok informasjonsaspektet på dette nivået, men vanligvis ikke mer konkret faglig samarbeid. Det ble først satt i system ved pilotering og utvikling av et nytt felles system for innføring av ny teknologi i helsetjenesten, initiert av Helse Vest. Der må fagfolk på lokalt og regionalt nivå selv bryne seg på kunnskapsoppsummeringer og beslutningsgrunnlag, og erfarer at Kunnskapssenteret kan være en nyttig ressurs.

«Prosedyreprosjektet», iverksatt i 2010, ivaretok også kontakt med lokale fagmiljø. Det skulle være et felles nasjonalt system for produksjon og formidling av faglige prosedyrer og behandlingslinjer for hele helsetjenesten. Initiativet var startet på helseforetaksnivå, som et nettverk. Det nasjonale

nettverket ønsket etter hvert å kvalitetssikre og standardisere metodene i samarbeid med Kunnskapssenteret, samt få utviklet en database over planlagte og pågående prosedyreutviklinger for å unngå dobbeltarbeid. Fagdirektørforum stilte seg bak prosjektet og Helsebiblioteket.no skulle stå for formidlingen. De regionale helseforetakene har bidratt økonomisk. Men det er de lokale fagmiljøene som produserer og oppdaterer prosedyrene, og formell godkjenning skjer lokalt.

Statens legemiddelverk

Statens legemiddelverk, SLV, var kommet ganske uendret gjennom den store omorganiseringen av helseforvaltningen i 2002. Det forble en egen organisasjon, under Sosial- og helsedepartementet, på samme nivå som Sosial- og helsedirektoratet og Helsetilsynet. Faglig sett følte kanskje likevel noen i Legemiddelverket at nykomlingen Kunnskapssenteret invaderte noe av deres område. Vi argumenterte for åpne, systematiske oppsummeringer av all dokumentasjon fra legemiddelfirmaene og andre, som grunnlag for beslutning om refusjon. Tidligere hadde Legemiddelverket, som de fleste tilsvarende organisasjoner, basert seg på råd fra enkeltpersoner og «terapiverksteder». Legemiddelverket møtte imidlertid Kunnskapssenterets arbeidsform for metodevurderinger i økende grad internasjonalt, bl.a. i arbeidet ved European Medicines Agency (EMA). Og vi fikk en felles utfordring i å utvikle kompetanse på helseøkonomi i Norge. Vårt siste store samarbeidsprosjekt dreier seg om utviklingen av det nye vurderingssystemet for ny teknologi i spesialisthelsetjenesten.

Universitets- og høyskolesektor

Mange av Kunnskapssenterets ansatte hadde sin bakgrunn fra universitets- og høyskole sektoren, som stipendiater, til dels også som ansatte. Noen av oss fortsatte samarbeidet og opprettholdt kontakt med våre individuelle miljøer. Det var imidlertid også nødvendig å løfte samarbeidet med universitets- og høyskolesektoren opp på et mer generelt nivå. Også i denne sektoren fantes det en del skepsis til den nye kunnskapsbaserte lære. Det var nødvendig å nærme seg langs flere fronter:

- Universitets- og høyskolesektoren var meget godt representert i senterets Vitenskapelige råd, senere Fagråd. Og selv om dette var et lukket forum, erfarte vi at diskusjonene også spredte seg ut i nye fagmiljøer.
- Vi hadde som Kunnskapssenter fått mulighet til å spille inn synspunkter til høringsnotater og plandokumenter. Og det benyttet vi aktivt, der det var relevant. Midten av 2000 tallet ga mange muligheter: Kontakt-

møter mellom Sosial- og helsedepartementet og Utdanning- og forskningsdepartementet om helsefaglig forskning, ny Forskningsmelding, ny Utdanningsmelding, Fagerbergutvalget: Et åpnere forskningssystem.

- Vi deltok fast på det medisinske Dekanmøtet.
- Vi takket ja til alle forespørsler om foredrag der det var mulig å spre innsikt om Kunnskapssenteret og invitere til diskusjoner og samarbeid.
- Svært viktig har selvsagt senterets økende undervisningsaktivitet vært. Senter for medisinsk metodevurdering hadde etablert samarbeid med Universitetet i Tromsø om Metodevurderingskurs som del av et masteropplegg i folkehelsevitenskap. Divisjon for kunnskapshåndtering i Sosial- og helsedirektoratet hadde en bred undervisningsaktivitet på kritisk lesing og kunnskapsbasert praksis, først og fremst til helsearbeidere i klinikken, men også til medisinstudenter og doktorgradskandidater ved Universitetet i Oslo og Høgskolen i Bergen. Senterets strategidirektør, fagdirektør og en av avdelingsdirektørene hadde bistillinger ved UiO ved henholdsvis Senter for helseadministrasjon og Institutt for allmennmedisin, og vi fikk dermed en kanal inn til begge disse miljøene. All denne virksomheten ble videreført i Kunnskapssenteret. Og undervisningsmulighetene er nå blitt ytterligere utvidet ved at flere i senteret har fått formelle tilknytninger i bistillinger til universitets- og høyskolesektoren. Dette har selvsagt også skapt interessante muligheter for forskningssamarbeid.
- På brukererfaringsfeltet ble det etablert et formelt samarbeid mellom Kunnskapssenteret og Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Uni Helse). Det pågår også et samarbeid med Allmenntilleggsmedisinsk forskningsenhet (AFE) ved Universitetet i Bergen, for å utvikle og validere metoder for å måle pasienterfaringer med fastleger.

Profesjonene

Kunnskapssenteret har hatt kontakt med profesjoner som enkeltpersoner, og i regi av foreningene.

Våre erfaringer fra samarbeid med profesjonelle enkeltpersoner har spent vidt i disse ti årene. Kanskje har medisinerne gitt oss de største utfordringene. Og de viktigste konfrontasjonene har foregått i ekspertgrupper knyttet til metodevurderinger og systematiske oversikter, og tilsvarende grupperinger rundt handlingsplaner og retningslinjer. Flere har nok oppfattet det slik at mangeårig forskningskompetanse og klinisk erfaring kolliderte med Kunnskapssenterets formelle oppsummeringsregimer, ofte ledet av fagfolk som var eksperter på kritisk lesing og oppsummering, men sjelden på det aktuelle fagområdet. Som oftest arbeidet man seg frem til en felles forståelse, og

alle hadde lært noe. Men av og til stakk uenighetene for dypt, ekspertene trakk seg fra samarbeidet og det ble ikke ro om saken.

Den viktigste bakenforliggende årsak til slike konflikter kunne vi finne i fagområdenes spesifikke tradisjoner, selv om også enkeltpersoner kunne være i opposisjon. Men faglige og kliniske tradisjoner, f.eks. innenfor psykiatri, var ofte vanskelig å forene med strenge krav til forskningsdesign. Noe tilsvarende erfarte vi med alternativt preget medisin, og der problemstillingen også omfattet basalforskning ble det vanskeligere å benytte vårt forskningshierarki. Det kunne også være vanskelig å nå frem i noen tradisjonelt sterke, veletablerte kliniske miljøer.

En utfordring i relasjonen til profesjonene fikk vi også vis á vis profesjonsforeningene. Vi ønsket tidlig å invitere Legeforeningen og dens spesialforeninger, sammen med fagrådene for helsefag, inn i et Faglig nettverk. Senter for medisinsk metodevurdering hadde hatt stort utbytte av et slikt nettverk, som ga innspill om behov for utredninger, nye metoder på vei osv. Der var medlemmene blitt forespurt litt ad hoc. Nå ønsket vi et panel av ressurspersoner *via* profesjonsforeningene. Men det viste seg at en slik møteplass var tyngre å etablere enn vi var forberedt på.

Muligens ble henvendelsen oppfattet litt for forpliktende, faglig sett. Legeforeningen ønsket ikke at noen institusjon hadde «monopol» på kunnskap, især ikke når vedkommende lå så nær statsforvaltningen. Vi hadde muligens også gått noen snarveier direkte til de fagmedisinske foreninger.

Vi var kanskje også litt for optimistiske i våre ønsker om en fast spalte i Tidsskrift for Den norske legeforening hvor senterets rapporter kunne omtales. Det var ikke ønskelig, og igjen var nok årsaken både faglig ut fra det «monopolittiske kunnskapssynet» og ut fra at Kunnskapssentret ikke måtte særbehandles i forhold til andre institusjoner.

Generelt var imidlertid både Sykepleierforbundet, Fysioterapeutforbundet og etter hvert Tannlegeforeningen mer positive til møter og samarbeid, inkludert formidling, jf. Formidlingsprosjektet.

Vi oppnådde til slutt en liste over alle lederne i de fagmedisinske foreningene som tilgjengelige ressurspersoner, samt en positiv innstilling til å formidle aktuelle saker fra Helsebiblioteket ut i organisasjonen.

Fra Kunnskapssenterets side videreutviklet vi tankegangen rundt dette nettverket til ideer om felles faggrupper knyttet til retningslinjearbeid. I praksis ble vel dette oppnådd på kreftområdet.

Brukerforum

Vi inviterte også til et Brukerforum for senteret allerede i mars 2004. Tanken var å skape en arena for dialog og innspill, mindre forpliktende enn

Vitenskapelig Råd og etter hvert kontakten med Fagdirektørforumet. Deltagere skulle være fra profesjonsforeninger, pasientorganisasjoner, fylkesleger, forvaltning med mer.

Målsettingen med etableringen av et slikt forum var klar fra Kunnskapscenterets side: Som nyetablert «partner» i helseforvaltningen ønsket vi både å presentere oss og vårt arbeid, og vi ville høre hva som opptok de øvrige. Men Brukerforum ble ingen suksess, og nedlagt etter et år.

Planen om et forum ble erstattet av mer måltrettede fremstøt overfor ulike enkelt organisasjoner.

Så vi inviterte, eller inviterte oss til, møter med bl.a.

- Folkehelseinstituttet
- Sintef Unimed
- Legemiddelverket
- Veritas
- Norsk forening for allmenntmedisin
- Legemiddelindustrien (LMI) og Medisinsk utstyrsforeningen
- Avd. for helseledelse og helseøkonomi (UiO) (HELED) og Helseøkonomisk forskningsnettverk (HERO)

Møtene startet alltid med gjensidig informasjon, og ble også viktige i diskusjoner om arbeidsdeling og samarbeid. Det viste seg jo at vi overfor de fleste hadde berøringsflater det var interessant å utforske nærmere. Noe maktet vi å ta videre, noe forble entusiastiske ideer i møterefelatene.