

# Oppsummering og diskusjon

## Hva hadde man ønsket med Kunnskapssenteret?

Hovedbegrunnelsen for etableringen var ønsket om å styrke kunnskapsgrunnlaget for faglige beslutninger i helsetjeneste og forvaltning. Helsepolitikken skulle være basert på kunnskap. Samtidig var det et praktisk poeng å samle de to miljøene i Norge innenfor metode- og kunnskapsvurdering, begge finansiert over Helsedepartementets budsjett, ved om mulig å slå disse sammen. HELTEF var ikke faglig sett en del av denne aktiviteten, men ble betraktet som aktuelle ut fra ønsket om kunnskapsbasert måling av kvalitet og resultat i helsetjenesten.

Man fikk utvilsomt samlet miljøene – etter hvert også under samme tak og med gode rammebetingelser. Men en gjennomgående faglig samling har tatt lenger tid, og fortsatt er det vel noe preg av «oss og dem», eksemplifisert i de forskjellige etasjer. Det har imidlertid kommet seg; jobbing i felles prosjekter og mange nye medarbeidere bidrar til å fjerne gamle skillelinjer.

Har myndighetene fått det de ønsket – *«gode grunnlag for faglige beslutninger i helsetjenesten»*? Denne tiårs historien er ingen evaluering, og brukere er ikke systematisk spurt om dette. Imidlertid er det interessant å sitere fra intervjuene med de administrative lederne i henholdsvis Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet, Anne-Kari Lande Hasle og Bjørn-Inge Larsen. De mener begge at Kunnskapssenteret har vært svært nyttig i å gi forvaltningen ny solid kunnskap og gode grunnlag for beslutninger. Aksen Kunnskapssenteret – Helsedirektoratet – Helse- og omsorgsdepartementet har gitt bedre støtte til kunnskapsbasert politikk enn noe annet departement har tilgjengelig. Begge uttrykker imidlertid også en viss reservasjon overfor for mange «myndighetsnære» oppgaver i senteret.

Et subjektivt inntrykk er at senteret gradvis oppfattes som en naturlig og nyttig del av norsk helseforvaltning. Noen eksempler kan trekkes frem: nasjonalt brukererfaringsssystem og nasjonalt ansvar for Commonwealth-studiene, premissgrunnlag og deltagelse i systemet for ny teknologi, retningslinjearbeid og legemiddelinformasjon, og en rekke oppsummeringer om effekt av enkelttiltak i helsetjenesten. Helsebiblioteket.no er blitt en suksess, og Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten ville ikke hatt den samme tilgang på solide saksdokumenter uten Kunnskapssenteret.

## Men også motstand mot Kunnskapssenteret

En gjennomlesing av første fase gir inntrykk av at etableringen av Kunnskapssenteret ble møtt med en god del motstand.

Det var Helsedepartementet som hadde ønsket senteret som faglig aktivitet, og plassert nær den statlige helseforvaltningen. Det var også Helsedepartementet som utformet vedtekter og i hovedsak finansierte senteret. Det var naturlig at dette ble oppfattet som en ressurs for myndighetene, men sett utenfra, for nært til å være et uavhengig senter. Samtidig representerte det en økonomisk trygg maktposisjon for senteret. En rimelig god økonomi ga oss mulighet til å engasjere og lønne fagfolk, kanskje i konkurranse med mer utsatte institusjoner. Dette utgangspunktet for nykomlingen var ikke umiddelbart positivt for godt samarbeid med de allerede etablerte organisasjoner: universitets- og høyskolesektoren, de regionale helseforetakene, profesjonsforeningene, ei heller for fagfolk innen klinikk og akademia. I tillegg kom som nevnt at senteret fikk seg tillagt, evt. selv initierte, oppgaver som de øvrige hadde ansvar for eller planla i egen regi.

Ytterligere irritasjonsmoment hos mange var senterets «kunnskapssyn» og strenge kvalitetskrav til klinisk forskning. Men dette siste ble også positivt mottatt, og er blitt økende akseptert i det norske forsknings- og fagmiljøet.

## Dilemmaer underveis

Et viktig dilemma både internt og eksternt, har vært ekspansjon versus konsolidering. Evalueringen i 2007 var klar på dette og Fagrådet sa det slik i diskusjon av strategiplanarbeidet i 2010: *«Kunnskapssenteret må gjøre avgrensinger mht. hva Kunnskapssenteret skal og ikke skal gjøre, fokusere på noen viktige områder og konsentrere seg om hva Kunnskapssenteret er gode på. Det gjelder både for rolle og for bidrag til kvalitet i helsetjenesten»*. Tilvekst av mer forvaltningspregede områder satte dette på spissen.

Har vi vært gode nok for alle oppgavene – burde vi konsentrert oss mer på det vi kunne i utgangspunktet? Det har vært en balanse. Men så lenge vi følte at vi bygget på det vi kunne, så har det, sett innenfra, fortonet seg riktig og relevant å ta på seg nye utfordringer. Likevel er det kanskje her konflikten med fagmiljøene oppstår; vår kompetanse møter ikke godt nok den spesifikt faglige i hele vår prosjektportefølje. Samtidig er *ydmykhet* en av pilarene i vårt felles verdigrunnlag, som innebærer at vi ikke skal gjøre mer enn det vi faglig sett kan stå inne for.

Et annet dilemma som særlig er følt internt, har vært mulighet for egen forskning versus mer rutinepregete forvaltningsoppgaver. Innsamling av data og stadig nye metodevurderinger kan føles som rutinearbeid for ansatte

med akademiske ambisjoner. I tillegg brukes det mer ressurser på bidrag i prosesser; handlingsplangrupper, retningslinjeprosesser og prosedyrearbeid. Alle har i utgangspunktet måttet bidra til senterets leveranser, og det er blitt en utfordring for hver især, og for lederne, å få den totale arbeidssituasjon til å føles meningsfylt og nyttig. For noen har valget blitt å slutte, men det er relativt få.

Det faktum at ca. en tredjedel av prosjektene er internt initiert, kan på den annen side synes ganske mye og antyde mange «in-house» rettede aktiviteter – er alle disse forskningsaktivitetene relevante for Kunnskapssenterets oppgaver? Sett utenfra kan nok Kunnskapssenteret fortone seg som en privilegert FOU-institusjon: Vi kan ofte velge tema selv etter egne interesser, vi har ingen akademiske forpliktelser eller krav som universitetene, vi har god tilgang til ressurser.

For mange representerer engasjement i internasjonalt arbeid versus de nasjonale forpliktelser også et gode, men er også en balansegang for senteret som helhet og i rettferdig fordeling internt.

### **Alle omorganiseringene**

Det må i ettetid oppfattes som svært mange omorganiseringer i denne unge organisasjonen; i alt fem stykker på sju – åtte år. Og selv om de fleste ansatte fortsatt beholdt sine arbeidsoppgaver, så var det skifte av kollegaer, ledere, ofte lokaler. Hvorfor så mange omorganiseringer, var de nødvendige, og hva var det som drev dem av ytre og indre faktorer?

Den første organisering i avdelingene A, B, C var et kompromiss, nødvendig som en plattform og startpunkt. Organisasjonene var ikke modne for mer.

Den viktigste ytre drivkraften for omorganiseringer var tildeling av nye oppgaver. Det var særlig deler av forvaltningen som så behov for plassering av aktiviteter, og så seg tjent med å utnytte Kunnskapssenterets antatt uavhengige stilling. Samtidig ønsket man gjerne å markere aktiviteten og få den synliggjort ved å opprette en ny enhet, i stedet for å legge oppgavene inn i en større avdeling. Av og til var bakgrunnen et samarbeid mellom flere eksterne bidragsytere. På et tidspunkt ble aktivitetsspennet for stort mellom mange ulike aktiviteter, og en mer overordnet omorganisering ble ansett nødvendig.

De viktigste interne drivkrefter til omorganisering var behovet for gradvis å riste de ulike miljøene mer sammen, ønske om holdningsendringer ut fra bedre kjennskap til hverandre, og senere ønske om små enheter og nærhet til faglig leder. Kanskje har også det faktum at Kunnskapssenteret var nytt som egen organisasjon, uten tradisjoner og erfaring «i veggene», gjort

senteret mindre robust og standhaftig i ledelsen av «primadonnaene» som mange i kunnskapsorganisasjoner også kalles – eller mer dynamisk og tilpassningsdyktig, avhengig av øyet som ser; det har føltes enklere å foreslå endringer.

## **Samarbeid**

Ettersom årene har gått har mange av ankepunktene mot Kunnskapssenteret mildnet noe, slik at samarbeidsmulighetene er atskillig bedre, i alle fall blant dem som kjenner til oss. Men det har vært mange konflikter og åpen uenighet underveis, med forvaltning, pasientforeninger, fagfolk og akademia. Noen av disse kunne vi ha unngått ved å informere bedre om hvordan våre standpunkter kom fram, i enkelte tilfelle ble det også klart at vi manglet nødvendig innsikt i klinikk og praksis. Og slike enkelttilfeller hadde en tendens til å smitte over på Kunnskapssenterets generelle omdømme.

Men ti år er en lang tid for erkjennelse og forbedring. Enkeltpersoner er kommet inn i senteret nettopp fra den kliniske hverdag, og mange ansatte har en fot innenfor undervisningssystemet, noe som gir ytterligere mulighet til å informere og forklare.

Det er nærliggende å tenke seg at samarbeidsmulighetene stadig vil øke. Helsesektoren omfatter stadig flere profesjoner og kompetanseområder som utgjør aktuelle faglige møteplasser for oss.

## **Konklusjon**

- Kunnskapssenterets arbeidsformer er kommet for å bli, på kunnskaps- håndteringsområdet og på kvalitetsområdet. Det er selvsagt ikke bare senterets fortjeneste, vi har vært en del av den internasjonale utvikling i bruk av evidence based medicine (EBM), i bruk av metodevurderinger (16) og i systemer for kvalitet og pasientsikkerhet.
- Vi er inne på mange arenaer for undervisning og forskning først og fremst via de mange bistillinger som senterets ansatte har kvalifisert seg for.
- Internasjonalt er «NOKC» blitt et begrep, vi har medarbeidere med i mange nettverk.
- Og til slutt: Myndighetenes ønske om kunnskapssentra på andre fag- områder våger vi å oppfatte som en tillitserklæring og inspirasjon til fortsatt innsats!