

# Michael



Publication Series of The Norwegian Medical Society



Kunnskapssenteret  
10 år

2/14



# Michael Skjelderup

*Michael* is a publication series named after professor *Michael Skjelderup* (1769-1852), one of the fathers of Norwegian medicine. He was born in Hof, Vestfold in Norway as the son of a priest, and was raised in the Norwegian countryside. Because of severe speech disturbances as a boy he did not get proper schooling, but was at last accepted as an apprentice in an apothecary's dispensary in the city of Fredrikstad at the age of 16. During his youth he tried through hard work and by means of an intensive self-discipline to overcome his handicap, and he really succeeded, except for in stressed situations.

Lacking a student examination, an academic training seemed out of question, in spite of his obvious bright mind. However, in 1789 he was admitted to the new Surgical Academy in Copenhagen, where academic qualifications were not required.

From now on, his career flourished. He passed the surgical examination with the highest grade in 1794, entered positions in Copenhagen hospitals and at the University, where he defended his doctoral thesis in 1803 and was appointed professor in 1805.

The first University in Norway was founded in Christiania (now: Oslo) in 1811. Medical teaching was supposed to commence from the very beginning, and from 1814 the new medical faculty could offer medical training. Michael Skjelderup was appointed its first professor 1813, and started his teaching, mainly in anatomy in the fall of 1814, after a dramatic war time sea voyage from Denmark across the waters of Skagerrak where hostile Swedes fired at his swift sailing vessel.

As a University pioneer, he became active in several medical fields. Among other achievements, he published an authoritative textbook in forensic medicine in 1838. When he resigned in 1849, eighty years old, he had seen all Norwegian trained medical doctors in his lecture room.

Skjelderup was instrumental in building a scientific medical community in Christiania. Together with his University colleague Frederik Holst (1791-1871) he founded the first Norwegian medical journal *Eyr*, named after a Norse medical goddess, in 1826. A reading club of physicians established in 1826 was formalized into an association in 1833, the still existing Det norske medicinske Selskab (The Norwegian Medical Society), which over the decades to come played an important role in the development of the health services and of a national medicine.

*Michael* is devoted to the memory of the man who first realized the importance of a regular, national medical publication activity in Norway and implemented his ideas in 1826. *Michael* is published by the same association as was founded by Michael Skjelderup and his colleagues – Det norske medicinske Selskab.

# Kunnskapssenteret ti år

I 2014 fyller nyskapningen Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten ti år. Senteret skulle bidra til en styrking av kunnskapsgrunnlaget for faglige beslutninger i utøvelse og forvaltning av helsetjenesten. Kunnskapssenterets ledelse har ønsket å lage en oppsummering både fra etableringen av senteret og fra denne første tiårsperioden.

Det viktigste formålet med denne oppsummeringen har vært å ta vare på historien fra den første perioden for nåværende og fremtidige kollegaer, og forhåpentligvis gi dem en større innsikt og forståelse i hva og hvorfor Kunnskapssenteret er blitt som det er.

Vi har derfor særlig lagt vekt på og reflektert over de forhold som lå til grunn for og de ønsker man hadde for etableringen av senteret.

Vi håper imidlertid også å høste lærdom fremover – først og fremst for Kunnskapssenteret selv, men også for andre lignende institusjoner som er etablert eller kan bli etablert for å støtte andre sektorer med best mulig kunnskap.

Det må understrekes at dette er en deskriptiv historie, ikke en problemstyrt analyse eller evaluering.

Det er mange som kunne ha synspunkter på Kunnskapssenterets historie. Formelt har redaktøren søkt støtte i et redaksjonsråd bestående av personer som har fulgt senteret tett både i etableringen og den videre utvikling innenfra, og sett utenfra.

Vi har valgt å dele inn disse ti årene i fire faser:

- 1) Oppstart
- 2) Konsolidering og ekspansjon innenfor eksisterende virksomheter
- 3) Utnyttelsen av kompetanse til nye områder
- 4) Fag og forvaltning

Felles for dem alle er *vekst* – i ambisjoner, aktiviteter, økonomi og personell. Felles er vel også at veien ble til mens vi gikk, mye ble det muliges kunst hvor oppgavene ble grepet der de følt relevante og viktige for senteret. Ideen om et bredt Nasjonalt helsetjenesteinstitutt lå også bak (se *vedlegg 1a*).

Men felles har også vært en stor faglig begeistring, et ønske om å være til nytte, og å bidra med det vi kunne til økt kvalitet på alle områder av helsetjenesten. Vi har hatt stor tro på de faglige metodene vi forvaltet i Norge med trygg basis i internasjonale nettverk, og å introdusere bruken av disse for beslutningstagere i klinikk, forvaltning og undervisning.

# Bakgrunn

I USA ble det på begynnelsen av 1970-tallet tatt en rekke initiativ for å bedre kvaliteten i helsetjenesten. Mange av de amerikanske ideene ble fra midten av 80-tallet diskutert og videreført i Europa.

En viktig organisasjon var Office of Technology Assessment (OTA) i USA, som på et tidlig tidspunkt startet arbeidet med å fremskaffe dokumentasjon på effekt og sikkerhet ved ny teknologi i samfunnet, senere også ny medisinsk teknologi Health Technology Assessment, (HTA) (1). Etter hvert startet utviklingen av Evidence based medicine (EBM) hvor *systematiske prosesser* for identifikasjon og vurdering av forskning ble en viktig kilde til kunnskapsinnhenting i medisin. Dette ble i tillegg til erfaringene fra OTA, også basis for utvikling av nasjonale sentre for medisinsk metodevurdering (HTA), og det internasjonale Cochrane-samarbeidet (etter den engelske epidemiologen Archie Cochrane (2)). Flere europeiske land startet opp nasjonale /regionale HTA-sentre etter modell av OTA – Sverige var tidlig ute med SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering), likeledes Frankrike og Spania. Det ble også etablert Cochrane-sentre i mange land og regioner, det nordiske ble lagt til København, med en norsk gren til Avdeling for samfunnsmedisin ved Statens institutt for folkehelse (SIF) på 1990-tallet.

Sosial- og helsedepartementet nedsatte i 1996 en arbeidsgruppe for å forberede et nasjonalt senter for teknologivurdering i Norge basert på internasjonale erfaringer med Health Technology Assessment. Rapporten «Et helhetlig system for nyttevurdering av medisinsk praksis» beskrev et system for teknologi/metodevurderinger, som også inkluderte økonomiske, organisatoriske og etiske analyser (3). Departementet etablerte, blant annet på bakgrunn av denne rapporten, men også ut fra et politisk engasjement, Senter for medisinsk metodevurdering (SMM) ved forskningsstiftelsen SINTEF i 1997.

En arbeidsform som av mange ble oppfattet som en slags forløper for metodevurderinger var konsensuskonferanser, utviklet ved National Institute of Health (NIH) USA. Rådet for medisinsk forskning ved Norges Allmennvitenskapelige Forskningsråd, startet etter modell av NIH, og i samarbeid med Sosial- og helsedepartementet, et program for slike konferanser i 1986. Foredragsholdere belyste et klinisk problemområde fra ulike synsvinkler med hovedvekt på kunnskapsstatus, og et bredt sammensatt panel konkluderte

deretter med en veiledende anbefaling om klinisk praksis. Den første konsensuskonferansen dreide seg om mammografi for kvinner i alderen 50–70 år. Konsensuskonferansene ble lagt ned etter etableringen av SMM, senere Kunnskapssenteret, men er sporadisk tatt opp igjen i en fornyet form bl.a. ved en konferanse i 2011, om heroinbehandling av rusmisbrukere, med støtte av en kunnskapsoppsummering fra Kunnskapssenteret.

Avedis Donebedian utarbeidet på 1960-tallet et rammeverk for forståelsen av kvalitet satt sammen av struktur, prosess og resultat basert på helsearbeideres profesjonelle standard, og definerte helsefaglig kvalitet på bakgrunn av dette. Kvalitetssikring omfattet etter hvert et eget sett av verktøy og metoder som skulle optimalisere forholdene for arbeidet i sykehusene (4). Kvalitetssikring, kvalitetsindikatorer og til og med akkreditering av institusjoner ble satt på dagsorden (USA, UK, Frankrike). I Norge (1993) startet en gruppe helsetjenesteforskere ved Stiftelse for helsetjenesteforskning (HELTEF, Sentralsykehuset i Akershus, SiA) arbeid med kliniske indikatorer, i tillegg til systematiske pasienterfaringsundersøkelser som kvalitetssikring av virksomheten ved sykehusene. De utviklet en skjemabasert metode for å vurdere pasienterfaringer. I 1994 ble det gjennomført to pilotundersøkelser hvor et spørreskjema med 37 spørsmål ble sendt til 500 pasienter utskrevet fra indremedisinsk avdeling ved Sentralsykehuset i Akershus (SiA) (5).

Det faglige utgangspunktet var dels kvalitetsbevegelsen, men også forskning fra USA som systematisk viste forskjeller i resultater mellom sykehus eller geografiske regioner. Tidlig på 1990-tallet ble det lovbestemte kvalitetsutvalg ved sykehusene i Norge.

Sosial- og helsedepartementet støttet ulike forbedrings- og utviklingsprosjekter. Sykehusene fikk, med bakgrunn i TQM (Total Quality Movement)-bevegelsen, pålegg om å ansette kvalitetsrådgivere, som ble viktige samarbeidspartnere for HELTEF.

Som en del av det strategiske arbeidet med kvalitet publiserte Institute of Medicine (IOM) i USA i 1999 den skjellsettende rapporten *To Err is Human* (6). Rapporten startet en ny måte å tenke om «unødvendige dødsfall», med en økende bevissthet om feil i helsetjenesten blant både helsepersonell og pasienter. Det oppstod «pasientsikkerhetsbevegelser» i de fleste vestlige land. Dette var bevegelser som innledningsvis omhandlet individuelle uønskede hendelser, men som også utvidet begrepet pasientsikkerhet til å styrke kvaliteten i helsetjenesten ved å støtte kunnskapsbasert praksis.

Helsedirektoratet, det senere Helsetilsynet, initierte i 1992 en utredning om temaet uheldige hendelser som grunnlag for kvalitetsforbedring. Det ble opprettet et landsomfattende meldesystem basert på en felles rapporteringsmal. Rapportene om slike negative hendelser skulle brukes til internt

forbedringsarbeid. Med bakgrunn i målsettingen om læring og forbedring, ble denne aktiviteten fra 2012 lagt til Kunnskapssenteret.

Helsedirektoratet startet også arbeidet med retningslinjer i Norge og ga ut «Retningslinjer for retningslinjer» i 1998 (7). Dette arbeidet ble videreført i et samarbeid mellom Sosial – og helsedirektoratet og Kunnskapssenteret.

I England ble det i 1999 etablert en viktig formidlingskanal for forskningsresultater og ulike tiltak i helsetjenesten; National Electronic Library for Health, ledet av den legendariske Muir Grey, som hevdet at: «*In the 21st century, knowledge is the key element to improving health*». Det ble nok også en viktig inspirator for vårt senere Helsebibliotek.

Som en illustrasjon på Kunnskapssenterets ideologiske og faglige bakgrunn har tidligere direktør John-Arne Røttingen ofte beskrevet grunnlaget for senteret ut fra ulike trender i tiden:

- Evidence Based Medicine/Practice movement
- HTA movement
- Outcomes movement
- Consumerism movement
- Quality Improvement movement
- Practice Development movement
- Patient Safety movement
- Open access movement

# Fra idé til etablering

## Ideer og utfordringer

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Etableringsprosjektet

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

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

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

Skissen til et nasjonalt senter omfattet følgende organisasjoner:

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

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

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

I november denne høsten hadde vi<sup>1</sup> et felles «get together» seminar med gruppearbeid på Soria Moria. En noe anspent stemning ble heldigvis løst opp med sang, hvor hver organisasjon presenterte seg med selvskrevne sanger:

(se vedlegg 3):

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

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

### Senterets fremtidige oppgaver

Senteret skulle:

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

---

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

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

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

### Diskusjonene fortsetter

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

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

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

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

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

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

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

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

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

# Fase I: Kunnskapssenteret starter opp

Kunnskapssenteret hadde ved oppstarten samlet flere forskjellige aktiviteter, alle knyttet til vurdering av helsetjenester. Typisk for hele perioden har vært en ytterligere ekspansjon og vekst – i oppgaver, økonomi, og personell. Men tilveksten av oppgaver har skjedd på forskjellig vis, både i relasjon til omgivelsene, senterets selvforståelse og relasjon til opprinnelige aktiviteter.

For å få frem dette, har vi valgt å beskrive Kunnskapssenterets første ti år i ulike *faser*.

Uansett uenigheter underveis, resultatet ble at «Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten» ble etablert fra 1. januar 2004; et faglig uavhengig senter, som en del av den statlige forvaltningen, og etatsstyrt fra Sosial -og helsedirektoratet.

Navnet ble bestemt fra Helsedepartementet, noen av oss likte det, andre ikke. John-Arne Røttingen ble ansatt som senterets direktør.



*John-Arne Røttingen*

Stortingets begrunnelse for etableringen (St. prp.1 2003–2004) var: *Det er behov for å styrke kunnskapsgrunnlaget for faglige beslutninger i helsetjenesten og forvaltningen, for i større grad å kunne nå helsepolitiske målsetninger og møte fremtidige faglige utfordringer.*

Det ble holdt et oppstartmøte for alle ansatte på Bogstad gård i begynnelsen av februar 2004. Målsettingen var å diskutere veien videre ut fra grupperapportene i etableringsprosjektet, men særlig å konkretisere senterets visjon, hovedmål, og ikke minst verdigrunnlag. Det ble en usedvanlig engasjert og livlig diskusjon! Og resultatet ble at vi fikk

Vår visjon:

God kunnskap former helsetjenesten

Våre verdigrunnlag:

Åpenhet, Integritet, Ydmykhet, Glød, Likeverd

Senteret ble offisielt åpnet av helseminister Dagfinn Høybråten 26. april 2004. Senteret fikk samtidig sine vedtekter fastsatt av departementet. Disse sikret faglig uavhengighet gjennom formuleringen: «Kunnskapssenteret er

et faglig uavhengig ordinært forvaltningsorgan uten myndighetsfunksjoner. Kunnskapscenteret skal ikke kunne instrueres i faglige spørsmål. Kunnskapscenteret skal selv bestemme sin arbeidsform og skal fritt kunne formidle og offentliggjøre sitt arbeid» (*se vedlegg 2a*).

### **Organisering**

Kunnskapscenterets første Årsrapport viser at alt egentlig var som før de tre første månedene av 2004, alle holdt til i sine gamle lokaler og systemer. Fra 1. april 2004 flyttet imidlertid Senter for medisinsk metodevurdering fra SINTEF Unimed, og ble slått sammen med avdeling for kunnskapsstøtte til

Avd A: Avdeling for metodevurdering og kunnskapshåndtering, lokalisert i 1. etasje i Sosial- og helsedirektoratet, med **28** personer.

Avd B: Avdeling for kvalitetsevaluering besto av hele HELTEF slått sammen til en avdeling og fortsatt lokalisert ved Ahus, med **25** personer.

Avd. C: Avdeling for informerte helsebeslutninger besto av tidligere avdeling for helsetjenesteforskning og var fortsatt lokalisert i sine tidligere lokaler i 4. etasje i Sosial- og helsedirektoratet, med **20** personer.

Dessuten hadde senteret en egen Administrasjonsavdeling (7 personer), og to tverrgående faglige områder for hhv Internasjonal helse (ledet av Atle Fretheim), og Undervisning (ledet av Gro Jamtvedt).

Ledelsen av senteret besto av følgende personer:

- Direktør John-Arne Røttingen
- Fagdirektør Arild Bjørndal
- Strategidirektør Odd Søreide (fra oktober 2004 også kst leder av avd B)
- Avdelingsdirektør Berit Mørland (Avd A)
- Avdelingsdirektør Pål Gulbrandsen (Avd B) (frem til oktober 2004)
- Avdelingsdirektør Andy Oxman (Avd C) (frem til oktober 2004)
- Kst. avdelingsdirektør Signe Flottorp (Avd C) (fra november 2004)

Informasjonsansvarlig Nina Husom

Det hadde vært bred enighet i etableringsprosjektet om at senteret ville ha nytte av et eget faglig råd.

Et Vitenskapelig råd (VR) ble oppnevnt i april 2004. Rådets medlemmer representerte de fire universitetene og helseregionene, i tillegg til Statens helsetilsyn, Legeforeningen og medisinske forskningsinstitusjoner.





*Den første ledergruppen. Fra venstre: Andy Oxman, Odd Søreide, Berit Mørland, John-Arne Røttingen, Arild Bjørndal, Pål Gulbrandsen*

Rådet skulle være rådgivende for ledelsen. Det tok nok litt tid før man i fellesskap fant sin form og erfarte hvilke saker det var viktig for VR å gi innspill på.

I senterets nye vedtekter i 2010 (*se vedlegg 2b*) gikk betegnelsen for rådet over til Fagråd. Rådets ledere har vært professor Olav Helge Førde, Universitetet i Tromsø, professor Reidun Førde, Universitetet i Oslo og professor Rune Wiseth St Olavs Hospital og NTNU.

Ved en gjennomgang av saksdokumenter fra senterets første ledermøter og vitenskapelige råd/ fagråd, finner man, på samme måte som i etableringsprosjektet, mange debatter som har gitt føringer for senterets fremtidige aktivitet.

### **Administrative og faglige systemer**

De fleste i Kunnskapssenterets ledelse, og øvrige ansatte, var forskere, men flere også med brukbar innsikt i de mange administrative saker som en nystartet organisasjon måtte ta stilling til.

Administrativt arbeid var viktig i en organisasjon som ønsket å stå på egne ben, mest mulig fristilt fra departement og direktorat:

- *Budsjettprosesser/budsjettmodeller.* Det var utfordringer i å legge til rette for god økonomisk og annen etatsstyring fra Sosial- og helsedirektoratet – også direktoratet måtte gå opp nye stier. En annen målsetting var å øke grunnbevilgningen til senteret. Vi hadde startet ut med et budsjett på vel 50 millioner kroner, hvorav den samlede grunnbevilgning fra de fusjonerte organisasjoner var på vel 30 millioner kroner. Ønsket om økt grunnbevilgning var selvsagt for å få større frihet i valg av oppgaver, ved at disse ikke var knyttet til konkrete midlertidige prosjekter. Det ble vedtatt en budsjettmodell som budsjetterte på avdelingene, mens registrering av utgifter, også de ansattes bruk av timer, var på prosjekter. Det siste var et vanskelig punkt å få gjennomslag for, og var omdiskutert i lang tid.
- *Arkivtjenesten* ble til å begynne med kjøpt utenfra, men senteret fikk etter hvert en egen arkivansvarlig, og utviklet retningslinjer for dokumenthåndtering, arkivering osv.
- *Informasjonsvirksomhet* fikk naturlig nok en spesiell oppmerksomhet. Senteret etablerte et eget nettsted ([www.kunnskapscenteret.no](http://www.kunnskapscenteret.no)). Layout på produktene ble etter hvert utformet av en nytilsatt designer, som fra første stund ble akseptert av alle som svært viktig for hele senterets virksomhet. Vi diskuterte lenge rundt engelske betegnelser på senteret, avdelingene og stillingsbetegnelser. Diskusjonenes intensitet var preget av at senteret hadde ansatte med både amerikansk og engelsk som morsmål, og begrepene var ikke alltid de samme. Hvordan informasjonen om Kunnskapscenterets produkter som var bestilt av direktoratet skulle ivaretas, ble et vanskeligere tema. Det dreide seg om behov for kontroll over hva som kom ut, og en stor og sterk Informasjonsavdeling i direktoratet mot senterets nyansatte enkeltperson.
- Etablering og *organisering av IKT* i Kunnskapscenteret involverte mange prosjekter, også arkiv og formidling. Temaet skapte uenighet som spente fra ønsket om mest mulig «outsourcing til noen som kan det», til behovet for å bygge opp vår egen interne tjeneste, skreddersydd for senterets behov. Siste synspunkt ble valgt og fulgt, selv om det i perioder medførte frustrasjoner mellom faglige prosjektansvarlige og dem som ivaretok IKT-ansvaret. IKT hadde selvsagt også ansvar for den generelle driften, inkludert valg av pc-er, e-postadresser, telefonsystemer og drift av det hele.
- *Tilgang på bibliotek tjenester* skulle bli et annet diskusjonstema. Kunnskapscenterets hovedarbeidsform baserte seg på omfattende søk i forskningsdatabaser, hvor bibliotekarkompetanse var en nøkkelressurs. Det ble raskt rift om denne ressursen. De tre enhetene hadde kommet inn i senteret med ulike antall bibliotekarer, som hver især hadde etablert sine arbeidsformer. Det ble en utfordring å få koordinert disse, også sett i

sammenheng med bibliotekstjenester fra direktoratet. Tilgang til tidsskrifter og databaser var også uavklart. Til det siste satte vi etter hvert stor forhåpninger til «Prosjekt Nasjonalt elektronisk helsebibliotek» som var under utarbeidelse i direktoratet.

- De formelle systemene rundt *arbeidsmiljø og samarbeidsorganer*, var nytt for mange i ledelsen, mens flere ansatte nok hadde mer erfaring fra fagforeningsarbeid. Det gikk imidlertid veldig bra, stor åpenhet og aksept ble vist fra alle parter, og retningslinjer for lønnspolitikk, ekstraervert, medarbeidersamtaler, arbeidstidsordninger, tilsetninger, reisegodtgjørelser osv. kom på plass. Det ble holdt i alt 15 møter i Samarbeidsutvalget (SU) i 2004.
- Ledelse og administrasjon kom senere inn i faste rutiner og systemer, og vi fikk vårt *Årshjul* for slike saker

De faglige diskusjonene oppsto mye ut fra de ulike kulturene innen forskningsoppsummering, men også fra hvordan kunnskapshåndteringsfeltet skulle vektlegges vis á vis monitoreringsfeltet, omfanget av egen primærforskning, vektlegging og form på undervisningsaktivitet, og etter hvert informasjon og formidling, hvor Helsebiblioteket i direktoratet ble en samtalepartner.

Det var også et stort behov for å lage våre egne systemer for kvalitets-sikring av produktene; kriterier for valg av prosjekter, registrering av primærforskning, håndtering av hasteoppdrag, eventuell kontakt med industrirepresentanter, osv.

Det ble tydeliggjort et behov for mer prosesskunnskap, herunder også hvordan forskere måtte innordne seg et system hvor en skulle levere på bestilling.

### **Virksomhetsplanlegging og strategi**

Diskusjonene og uenighetene, først og fremst de faglige, ble spisset og konkretisert i arbeidet med senterets første virksomhetsplan (VP) som startet våren 2004. Den skulle ta utgangspunkt i våre hovedmål som var utarbeidet etter den første ansattsamlingen i februar:

1. Kunnskapsgrunnlaget for beslutninger i helsetjenesten skal være vurdert og oppsummert på en åpen og tydelig måte som inngir tillit
2. Målgruppene skal ha tilgang til best mulig forskningsbasert kunnskap
3. Målgruppene skal etterspørre og bruke forskningsbasert kunnskap som grunnlag for beslutninger om valg av helsetjenester
4. Resultatene av og kvaliteten i helsetjenestetilbudet skal måles og understøtte kontinuerlig kvalitetsforbedring

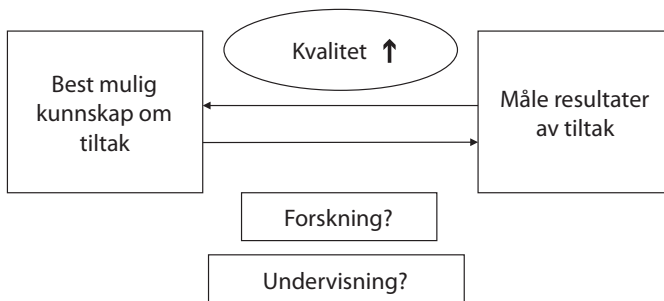
5. Kvalitetsutvikling i helsetjenesten skal bygge på kunnskap om effektive tiltak for å forbedre praksis
6. Ny pålitelig kunnskap med relevans for bruk utøvelse og organisering av helsetjenesten skal fremskaffes
7. Organisasjonen skal være åpen og effektiv

Disse skulle så utgjøre rammene for egne avdelingsviser virksomhetsplaner. Det var ikke fritt for både frustrasjoner og oppgitte tilbakemeldinger der vi slet med hierarkiet av hovedmål (resultatbaserte), delmål (både resultat- og aktivitetsbaserte), indikatorer på måloppnåelse, aktiviteter og prosjekter. Alt beskrevet opp mot senterets målgrupper som vi til slutt ble enige om var:

- Forvaltningen
- Administratorer og ledere i helsetjenesten
- Helsepersonell i spesialisthelsetjenesten
- Helsepersonell i primærhelsetjenesten
- Utdanningsinstitusjoner
- Befolkning

Arbeidet med virksomhetsplanene ble en viktig årsak til at senteret startet sin første strategiprosess 2004–2005, med nytilsatt strategidirektør Odd Søreide fra tidligere SMM i førersetet.

Hva skal være Kunnskapssenterets hovedområder?



Et hovedtema ble *rolleavklaring*; mellom avdelinger og virksomheter, mellom fag og administrasjon, mellom forskere og rådgivere, mellom ledelse og øvrige, mellom Kunnskapssenteret og omverdenen, særlig Sosial- og helsedirektoratet.

En første felles strategisamling, holdt på Sørmarka konferansesenter september 2004, huskes nok ennå av mange. Mens den første oppstartsam-

ling for alle ansatte i februar 2004 hadde vært en positiv og entusiastisk preget opplevelse, ble samlingen om strategiplanen atskillig mer anstrengt.

Målsettingen var jo å få til et klart førende og forpliktende sluttokument, og det medførte prioriteringer som slett ikke alle ønsket. Arbeidet i samlingen skapte hos noen mer avstand enn samling. Det gjaldt kanskje særlig synet på primærforskning og bruk av begrepet kunnskap. Kunnskapsbegrepet ble av flertallet i senteret benyttet som evidens fremskaffet etter spesifikke prosesser. Dette var fremmed for mange forskere. Og selv blant «kunnskapshåndtererne» var det uenighet om prosessene.

I tillegg var vi nok generelt usikre på hverandre: *«Hvorfor vil de egentlig ha HELTEF inn i dette»* og *«Kunnskapscenteret har en tendens til å ta inn foredragsholdere som kjenner og favoriserer SMM»* var sitater fra et oppsummeringsmøte i avdeling B.

## Lokalisering

Arbeidet med strategiprosessen, og indirekte intensjonene med Kunnskapscenteret, viste også et klart behov for mer samlokalisering.

Den første lokalisering i 2004 var ikke heldig, med én avdeling i 4. etasje i Sosial- og helsedirektoratet, én i 1. etasje, og én ved Ahus. Avdelingene ble kalt A, B, C, av praktiske hensyn. Ahus-miljøet, avdeling B, var en særlig utfordring, i det ledelsen i Kunnskapscenteret hadde uttrykt lojalitet mot det avviklede HELTEF-styrets krav om fortsatt plassering ved Ahus. Det kom derfor intet initiativ fra ledelsen om flytting av denne virksomheten til Oslo. I stedet dannet det seg etter hvert et sterkt flertallskrav fra de ansatte i avdelingen om å bli samlokalisert med de øvrige avdelingene, fordi de følte seg hemmet fra å delta aktivt i utviklingen av Kunnskapscenteret. Dette kravet fra de ansatte måtte ledelsen ta på alvor, og det førte til at lojaliteten til det avviklede styret ble satt til side.

Avdelingsdirektøren, som kanskje var den som sterkest følte på denne lojaliteten, hadde på dette tidspunkt bestemt seg for å lete etter muligheter for å bygge opp et nytt helsetjenesteforskningsmiljø ved Ahus, og anstrengte seg derfor heller ikke for å bremse denne utviklingen. Etter det første året ble derfor denne avdelingen lokalisert sammen med C-avdelingen fra 4. etasje i direktoratet i leide lokaler fra Telenor, vis á vis Sosial- og helsedirektoratet. Avdeling A og administrasjonen var fortsatt i direktoratets 1. etasje, tvers over gaten for de øvrige.

Økonomisk var det gunstig at vi ikke betalte husleie for lokalene i direktoratet, ettersom den opprinnelige overføringen fra Folkehelse til direktoratet ikke hadde medbrakt penger til lokaler, kun lønnsmidler. Disse ble derfor overført til Kunnskapscenteret uten dekning for annet enn lønn.



*Store forandringer og oppussing i den gamle Kvinneklubben.  
(Foto: Sigrun Espelien Aasen)*

Nye lokaler for Kunnskapscenteret medførte derfor et behov for finansiering ut over dagens budsjettammer. Dette representerte et problem ut over det å finne egnede lokaler. Sosial- og helsedirektoratet så derfor på muligheten for at hele senteret kunne samlokaliseres med direktoratet. Det forutsatte imidlertid at andre flyttet ut, noe som ville ta noe tid.

Kunnskapscenterets ledelse var utålmodig, og kunne etter noen raske visningsrunder i ledige lokaler, presentere et forslag på deler av Rikshospitalets gamle Kvinneklubb for totalt 6.6 millioner kroner. Kravspesifikasjonen var på 115 arbeidsplasser. Det fulgte noen intense runder, både med departementet og direktoratet, med utarbeidelse av dokumentasjon for risikohåndtering i tilfelle statsbudsjettet for 2006 ikke skulle være tilstrekkelig. Vi hadde heldigvis fått vår nye økonomiansvarlige Gisle Lindseth på plass, som kunne «økonomispråket». Men penger var én ting, ombygging, tegning og innplassering noe annet.

Deler av ledelsen og flere ansatte var fascinert av åpent kontorlandskap, så dette ble lagt som prinsipp for ombyggingen. Det medførte ekstra behov for lydpendende tepper, men vi erfarte likevel at medarbeideres behov for konsentrasjon og fortlørlige samtaler med ledere og andre, ikke ble oppveid av stillerom, kaffemaskiner og sofakroker. Det gikk med mye tid og energi på frustrasjoner knyttet til de åpne landskapene, og produktiviteten i senteret var lav i denne

*Kvinneklinnens gamle Auditorium, interiøret er vernet. (Foto: Sigrun Espelien Aasen)*



periode, ikke bare pga. de konkrete flytteoperasjonene. De ansatte som hadde argumentert for cellekontorer fikk rett, og nye ombygninger måtte til.

Hvem som skulle finansiere hva av dette, huseier eller Kunnskapssenteret, ble en ny langdryg affære, og varte til godt etter ny organisasjonsdirektør, Pål Jacobsen, var ansatt. Han kunne diskutere med huseier på en passe hyggelig og tøff måte.

Etter ti år disponerer Kunnskapssenteret nå deler av 4. og 3.etasje, og hele 2.etasje i Domus & Medicus<sup>2</sup>, og det er vel for de fleste blitt «vårt hus». Og med tanke på husets tidligere historie, kan fortsatt noen skilte med å *være* født her, andre med å *ha* født her. Historien slik den vises på veggene, er atskillig mer mannsdominert enn Kunnskapssenterets ansatte, men det er jo også historie, og mange av oss føler stolthet ved å invitere gjester inn i et helt spesielt auditorium

Strategiarbeidet fikk også innvirkning på organisasjonskartet. De opprinnelige avdelingene var store og bidro ikke til å samkjøre de tidligere miljøene og utjevne kulturforskjeller godt nok.

Det var behov for organisatoriske grep for å bedre samarbeidet. Nå fikk senteret en flatere struktur med fem faglige grupper, i tillegg til stabsfunksjoner. Omorganiseringen ble nok en smertefull prosess for mange ansatte, og oppfattet som top-down. Men det var ulike syn, mange ønsket også en endring. Samarbeidsutvalget (SU) erkjente derfor at dette var en prosess som måtte fullføres. Ved å se dette fra begge sider fikk vi tross alt et nytt organisasjonskart og prosessen gikk bedre enn fryktet. Den medførte imidlertid også at vi ikke lenger hadde strategi- eller fagdirektør (se mer om organisasjons kart i kapittel 5).

---

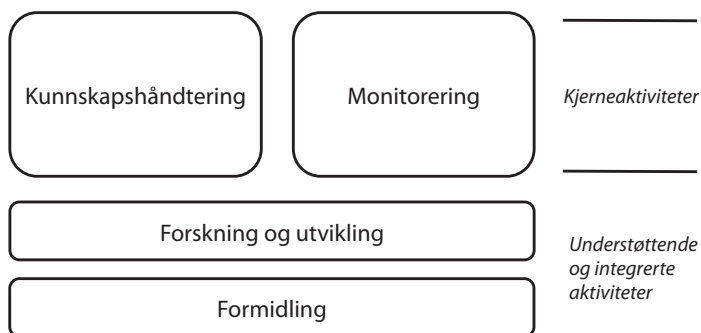
<sup>2</sup> Navnet Domus & Medicus er satt av huseier, og skal vel illustrere hus og medisin, ikke nødvendigvis korrekt latin.

# 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)

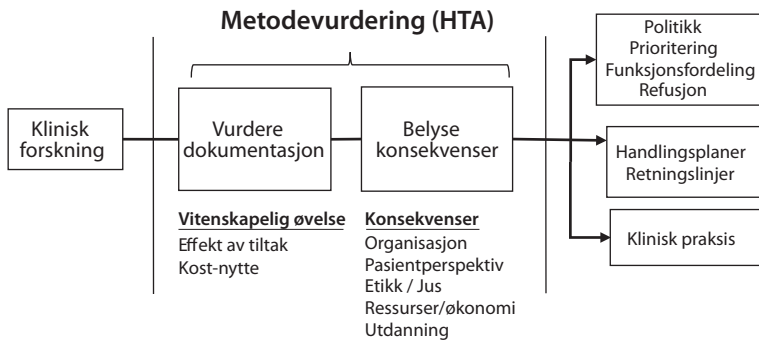
*Metodevurderinger og systematiske oversikter.* Metodevurderinger var allment akseptert som en viktig oppgave for Kunnskapssenteret. Senter for medisinsk metodevurdering (SMM) hadde vært en liten enhet som i Kunnskapssenteret fikk selskap av kunnskapsdivisjonen fra direktoratet, som til dels hadde laget «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](http://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](http://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](http://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](http://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».<sup>3</sup>

---

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 etatstyringen.

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.

#### «Gråsoner»

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 styret 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.

# Fase III: Utnyttelsen av kompetansen på nye områder

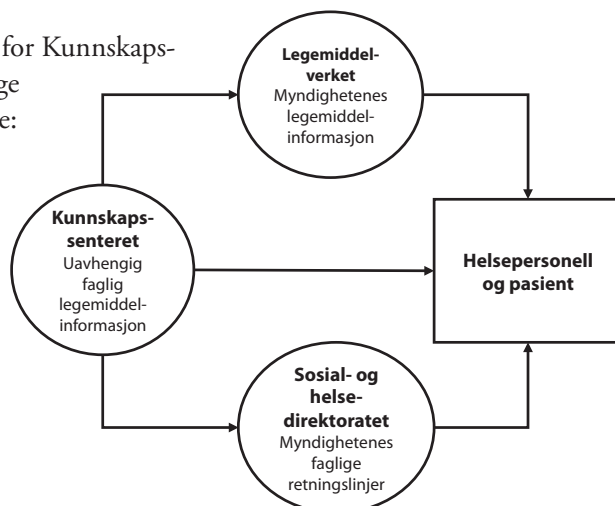
Vi har kalt den tredje fasen i Kunnskapssenterets utvikling «Utnyttelsen av kompetansen på nye områder». I det ligger at senteret fikk eller tok på seg funksjoner som ikke bare var en ekspansjon av de opprinnelige, men som utnyttet kompetansen og erfaringen fra disse, til relaterte oppgaver:

- 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 Stortingsmeldingen 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-stipend<sup>4</sup>. 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

<sup>4</sup> Harkness fellowships drives og finansieres av Commonwealth Fund (Harkness etter navnet på initiativtageren). 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).

## Fase IV: Fag og forvaltning

Vi har markert en egen fase i Kunnskapssenterets liv som en fortsatt vekst og ekspansjonsfase, men nå mer preget av at senteret har påtatt seg oppgaver som ikke så naturlig springer ut av de opprinnelige. Det er oppgaver som dekker mer forvaltningsmessige behov i helsetjenesten:

«Kontrollopgaver» som ivaretar ulike sider av pasientsikkerhet som tilsyn med blodbanker (hemovigilans); meldesystem for feilbehandling; pasientsikkerhetskampanjer; rådssekretariat for prioritering; – og mer spesiell; velferdsseksjonen.

Det er ingen hemmelighet at det har vært uenighet og diskusjoner, både internt og eksternt, knyttet til etableringen av slike oppgaver i Kunnskapssenteret.

### Nasjonal enhet for pasientsikkerhet

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) tok initiativ til en egen satsing på pasientsikkerhet i Nasjonal helseplan, våren 2006. Professor emeritus Peter Hjort hadde vært en viktig premissleverandør for dette. HOD ønsket en egen nasjonal enhet for pasientsikkerhet, med formål å støtte opp om helsetjenestens arbeid med «å registrere, analysere, lære av og forebygge feil og utilsiktede hendelser» (Nasjonal helseplan). Enheten skulle ikke ha noen egen myndighet og ikke drive kontroll eller tilsyn, men fungere gjennom pedagogisk, rådgivende arbeid. Det ble oppfattet som viktig å etablere enheten uavhengig av myndighetene, samtidig som HOD ønsket at den skulle markeres som en tydelig egen nasjonal enhet for pasientsikkerhet. Det var lite realistisk å etablere en helt ny organisasjon, man ville heller knytte enheten til et eksisterende fagmiljø. Kunnskapssenteret fremsto som et egnet hjemsted for den nye aktiviteten.

Senterets ledelse så absolutt synergieffekter mellom senterets basisoppgaver og pasientsikkerhetstankegangen, men var skeptiske til at stadig flere enheter som ble foreslått lagt til senteret samtidig skulle fremstå som tydelig selvstendige enheter: Helsebiblioteket.no, GRUK og nå Nasjonal enhet for pasientsikkerhet. Mange av senterets nye enheter hadde behov for egne styringsgrupper eller fagråd. Stort sett representerer disse positive og nyttige muligheter for samarbeid, men det kan føre til uklare ansvarslinjer, både administrativt og faglig. Diskusjoner om egne *logoer* var også viktige, og dette er blitt et felt hvor ledelse og kommunikasjonsseksjon ser behov for opprydding i et virvar av markeringer.

Atskillig mer problematisk var det at disse nye tilvekstene ville ha oppgaver som gikk langt i retning av å være rådgivende og normerende, med andre ord utover Kunnskapssenterets opprinnelige monitorerings- og oppsummeringsvirksomhet. Dilemmaet ble løst ved en egen seksjon for pasientsikkerhet, med undertittelen Nasjonal enhet for pasientsikkerhet, plassert i avdeling for kvalitetsmåling og pasientsikkerhet. Ny leder ble rekruttert.

### **Sekretariatet for nasjonal pasientsikkerhetskampanje**

Ved at Kunnskapssenteret allerede hadde Nasjonal enhet for pasientsikkerhet, falt det naturlig å plassere nok et nytt initiativ, nemlig en egen nasjonal kampanje for pasientsikkerhet, med et eget sekretariat, ved senteret i 2010.

Kampanjen var et stort prosjekt, også i forberedelsene. Det var viktig å forankre arbeidet i de regionale helseforetakene, helseforetakene, kommuner og brukerorganisasjoner. Det var også viktig for Kunnskapssenteret å utnytte intern erfaring og kompetanse i monitorering og kunnskapsoppsummeringer. Det siste utgjorde mye av det faglige grunnlaget i valg av innsatsområder for kampanjen. Kampanjemodellen var hentet fra USA, også tiltakene som ble foreslått. Kunnskapssenteret fikk i 2005 oppdrag fra Helse Øst RHF å dokumentere den forskningsmessige bakgrunnen for tiltakene, og relevansen av dem for Norge. I løpet av kampanjeperioden har det tilkommet tiltak som ikke er gjennomført i andre land med tilsvarende kampanjer; som for eksempel slagbehandling, selvmordsforebygging og forebygging av overdosedødsfall. Flere av tiltakene har fått stort gjennomslag også i kommunehelsetjenesten.

I 2013 ble det vedtatt å videreføre et fem-årig Program for pasientsikkerhet fra 2014, og sekretariatet for dette ble lagt til Helsedirektoratet.

### **Meldeordningener**

Det ble en oppgave for Nasjonal enhet for pasientsikkerhet å bygge opp et obligatorisk nasjonalt meldesystem for uønskede hendelser knyttet til blodprodukter (hemovigilans). Dette var under instruks fra Sosial- og helsedirektoratet, som er myndighet på blodbankvirksomhet.

I 2013 kom det ressurser til å etablere en ordning for oppfølging av EU's celledirektiv.

Mens Nasjonal enhet for pasientsikkerhet og kampanjesekretariatets plassering i Kunnskapssenteret var lite kontroversielt, eksternt og internt, ble det mer debatt rundt departementets forslag beslutning om å flytte den frivillige «3-3 meldeordningen» (§ 3-3 i lov om spesialisthelsetjenester) fra Helsetilsynet til Kunnskapssenteret. Det lå en praktisk begrunnelse bak dette: Det hadde vært en forutsetning ved etableringen av Nasjonal enhet

for pasientsikkerhet at enheten skulle ha tilgang til opplysninger fra 3-3 meldingene for å få en tilstrekkelig innsikt til å fylle sin lærings- og rådgiverrolle. Dette viste seg å være komplisert, både av juridiske og praktiske årsaker.

En viktigere ideologisk begrunnelse var å få markert at den frivillige meldeordningen skulle være uavhengig av myndighetenes tilsynsrolle (Helse-tilsynet). Internasjonal forskning tilsa også at egenmelding og tilsyn/kontrollfunksjoner burde være atskilt.

Eksternt ble det av flere påpekt at Kunnskapssenteret herved ble noe annet enn tiltenkt, dvs. senteret ville gå fra å være en uavhengig forskningsinstitusjon, til noe mer likt et forvaltningsorgan med myndighetsoppgaver. Også internt var det skepsis, og Fagrådet som behandlet saken uttalte:

*«Hvis dette blir enda et meldesystem oppå det man har i dag og ikke fungerer sammen med de lokale meldeordningene, er det fare for at det kommer i miskreditt. Faglig kompetanse og analysekompetanse hos personalet i Kunnskapssenteret er nødvendig for at tilbakemeldingene oppleves som fornuftige, verdifulle og nyttige. Fagrådet anbefaler å legge en stor porsjon ydmykhet i oppgaven...»*

Men flytting av ordningen ble det, fra 1. juli 2012, selv om ikke problemene dermed var helt løst. Helseinstitusjonene fikk påbud om å sende melding om hendelser som har eller kunne ha, medført betydelig skade på pasient til Kunnskapssenteret. Senteret skal bruke meldingene for å bygge opp og formidle kunnskap om forbedringstiltak til helsetjenesten og myndigheter.

Det er fra flere hold i klinikken reist kritikk til hvordan Kunnskapssenteret håndterer oppdraget. Senteret opplevde en mangedobling av antall meldinger sammenlignet med Helsetilsynets tall. Det hevdes at dette skyldes at meldingene tidligere var gjenstand for en intern vurdering i sykehuse, som både realitetsbehandlet dem og kunne trekke direkte lærdom internt. Ved at meldinger «automatisk» sendes direkte til Kunnskapssenteret skjer ikke noe av dette, og både antall og innhold i meldingene oppfattes som lite relevant for klinikken.

Kunnskapssenteret er klar over at det er en utfordrende oppgave og rolle man har påtatt seg. Kommunikasjonssjef Ingrid Høie har også erfart at det er en generell kommunikasjonsmessig utfordring å informere utad om prosessen og resultatene på dette problemområdet. I 2013 ble det tatt en rekke initiativ internt for å forbedre prosessen, og det er initiert møter med de mest kritiske institusjoner for å øke den tekniske funksjonalitet og analysen av meldingene.

## **Sekretariatet – Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten (NR)**

– «Norge trenger et felles kunnskaps- og verdigrunnlag for prioriteringsarbeidet, samt kunnskapsbaserte faglige begrunnelser på hvert felt for å oppnå likeverdige tilbud», sa helseminister Sylvia Brustad i 2007. I Nasjonal helseplan var et nytt prioriteringsråd beskrevet, som oppfølging av de to prioriteringsutvalgene fra 1987 og 1996, og Prioriteringsrådet (2000–2005). De første utvalgene (Lønning I og Lønning II) la et internasjonalt unikt grunnlag for prioritering og pasientrettigheter. Det første Prioriteringsrådet diskuterte mange tidsaktuelle problemstillinger, men hadde ingen konkrete kanaler videre for oppfølging av sakene de behandlet.

Det nye Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten skulle bestå av lederne for relevante institusjoner i helsetjenesten: Sosial- og helsedirektoratet, de regionale helseforetakene, Legemiddelverket, universitets- og høyskolesektor, profesjoner og brukere. Og selv om Rådet kun skulle ha en rådgivende funksjon, ville medlemmene i kraft av sine roller som ansvarlige ledere i helsetjenesten, også ha ansvar for oppfølging av utfallet fra de felles diskusjoner i rådet. Det var egentlig en genial konstruksjon.

Helse- og omsorgsdepartementet fastsatte Rådets mandat og oppnevnte medlemmene for tre år (2007–2010). Sosial- og helsedirektoratets direktør skulle lede Rådet.

Det forrige Prioriteringsrådet hadde hatt sitt sekretariat i direktoratets seksjon for kvalitet og prioritering. Det var naturlig nok en forventning om at det nye rådets sekretariat fortsatte der. Kunnskapssenterets ledelse hadde imidlertid vært meget aktive i planleggingen av Rådet, og skissert en plassering og rolle for sekretariatet som lå utenfor *alle* rådsmedlemmenes tilhørighet, også lederens. I beskrivelsen av Rådet i Nasjonal helseplan – 2006 het det lakonisk « – og sekretariatet legges til Kunnskapssenteret».

Sekretariatet ville kunne få en viktig rolle i å presentere og belyse sakene for Rådets medlemmer i henhold til Rådets mandat. Dette arbeidet måtte bygge på faglige analyser bl.a. om organisering og finansiering av helsetjenesten, pasienters helsegevinst og kostnadseffektive tiltak. Det var ofte komplekse problemstillinger hvor dilemma og usikkerhetsmomenter måtte synliggjøres. Igjen ble det reist innvendinger om dette egentlig var en rolle for Kunnskapssenteret, idet man oppfattet det som å gå langt inn i å lage føringer for helsetjenesten. Plasseringen av Rådets sekretariat var også noe som den senere evalueringen av Kunnskapssenteret fant betenkelig, se senere. Kunnskapssenterets ledelse argumenterte for at sekretariatsfunksjonen var en egen enhet, kun administrativt knyttet til Kunnskapssenteret, mens den faglige aktivitet var en sak for Rådet og dets leder.

Samtidig så man at Rådet ville ha stor nytte av å innhente utredninger fra alle Kunnskapssenterets avdelinger, sammen med nødvendig dokumentasjon fra andre kilder.

Vektleggingen av klinisk effekt og kost-nytte som prioriteringskriterier, tilsa at denne virksomheten ble knyttet til Kunnskapssenteret på et eller annet vis. Det viste seg også snart at Rådet ble en viktig overordnet kanal for kunnskapsbaserte beslutninger ut til helsetjenesten, en kanal som Kunnskapssenteret ellers ikke hadde hatt.

Rådet ble planlagt i 2006, et år med stramme budsjetter for helseforvaltningen. Det ble derfor knapt med nye midler til et omfattende sekretariat, men ved å gi lederansvaret til assisterende direktør og samtidig bidra med egne midler, kunne man utlyse og tilsette tre meget kompetente seniorrådgivere som sekretariatets stab. Og de var kompetente på mange områder som den nye virksomheten trengte: helsetjenesten generelt, forvaltning generelt, legemidler, forsknings- og helsepolitikk, IKT (hjemmesideetablering).

Mange store og viktige diskusjoner ble ført i rådsmøtene, og mange av konklusjonene ble fulgt opp i helsesystemet. Særlig gjaldt dette konkrete «Ja»-vedtak, som HPV-vaksine, utvidet screening av nyfødte, men også «Nei»-vedtak som begrensning av kirurgi ved søvnapné, nei til utvidet bruk av hjertepumpe, og bruk av gentesting ved bryst- og eggstokkreft. Andre rådsdiskusjoner kunne det være vanskeligere å få avklart og avsluttet, som kostbare kreftlegemidler og bruk av tak for betalingsvillighet.

Men Rådet fikk innflytelse på brede områder hvor man kanskje ikke hadde forutsett at det skulle få betydning, som Nytt system for innføring av ny teknologi, og et Program for offentlig initierte (behovsstyrte) kliniske studier som grunnlag for prioriteringsbeslutninger, det siste nå forankret i Forskningsrådet. I noen tilfeller førte diskusjoner i Rådet, basert på faglig bakgrunnsmateriale fra Kunnskapssenteret, til iverksettelse av kliniske studier, som Bruk av Avastin ved maculadegenerasjon og Screening for tarmkreft.

Rådet ble evaluert i 2010, med positivt resultat, og videreført med fortsatt lokalisering av sekretariatsfunksjonen i Kunnskapssenteret. Rådet fikk en viktig endring i tittelen til «Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten», noen nye medlemmer kom til av den grunn, og da sekretariatets leder forberedte seg på pensjonsalderen, ble det tilsatt ny sekretariatsleder, tidligere anestesioverlege, Siv C. Høymork.

Det er mange eksempler på diskusjoner i Rådet, hvor faglige utredninger fra Kunnskapssenteret har vært viktige:

Mammografiscreening 40-49 år, HPV vaksine, Tidlig ultralyd av gravide, Bruk av PET, Ensidig Cochlea implantat hos voksne, Volum og kvalitet i spesialisthelsetjenesten, Ulike former for behandling av langt kommet kreft; mm.

### **Seksjon for velferdstjenester**

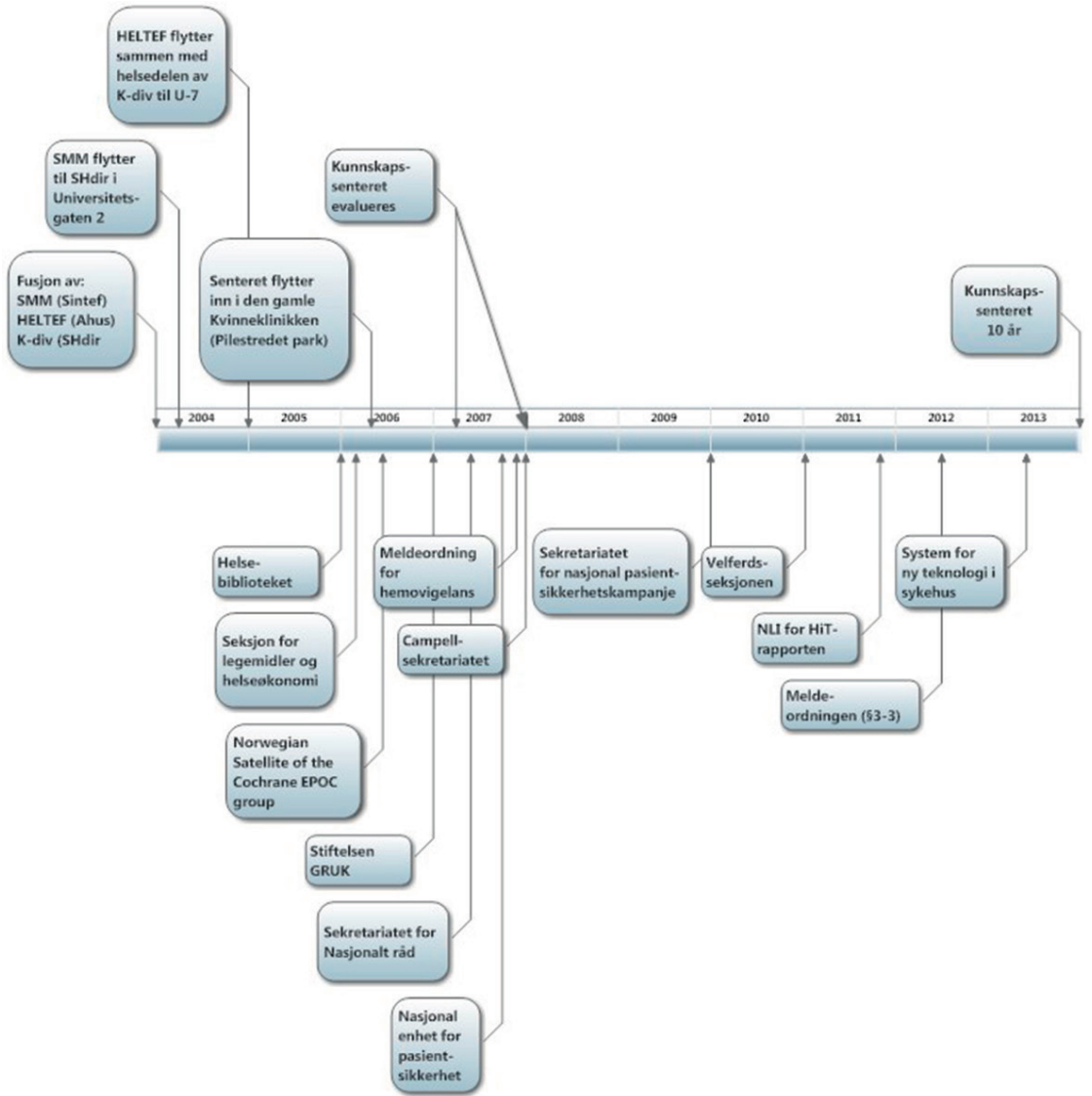
Campbell Collaboration's internasjonale sekretariat var en aktivitet i Kunnskapscenteret fra 2008, foreløpig planlagt for to ganger tre år. Som lillesøster til Cochrane Collaboration var det en logisk tilhørighet. Fagområdene som Campbell dekket gikk imidlertid langt utover Kunnskapscenterets ansvar for *helsetjenesten*. Enda tydeligere ble dette da Campbell-arbeidet førte til et engasjement og samarbeid mellom departementene/direktoratene som var ansvarlige for velferd, jus og undervisning om en egen satsing på kunnskapsbaserte tjenester. Dette var i og for seg positivt og gledelig for oss. Flere ønsket imidlertid dette forankret i Kunnskapscenteret, noe som faglig sett syntes problematisk. Etter mye diskusjon om ressurser ble det en intensjonsavtale mellom velferdsdirektoratene og Kunnskapscenteret om oppbygging av kompetanse og kunnskapsoppsummeringer, tidsbegrenset til tre år, senere forlenget til fire år. Dette utgjør en egen seksjon, seksjon for velferdstjenester, som utreder tiltak innen barnevern, boligsosiale tiltak, tilbakeføring til arbeidslivet, politiarbeid, kriminalomsorg, utdanning og integrering. Campbellsekretariatet tilhørte denne seksjonen, men ble høsten 2013 skilt ut.

Kunnskapsdepartementet ønsket sitt «Kunnskapscenter for utdanning» lagt til Norges forskningsråd, og det ble formelt åpnet der i mai 2013, etter tre års planlegging.



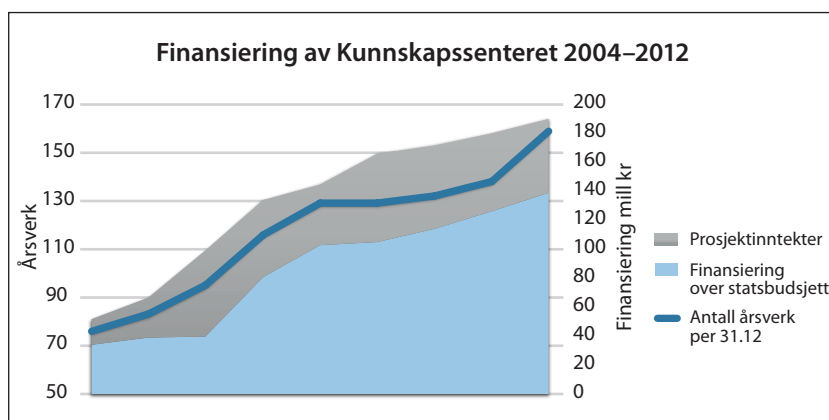
# En utvikling preget av vekst

Følgende tidslinje (utarbeidet med god hjelp av Ånen Ringard) illustrerer viktige hendelser og når de ulike aktivitetene er kommet til:



Tabell 1: Finansiering og bemanning i Kunnskapssenteret 2004–2012

År	Finansiering over statsbudsjettet (mill kr)	Prosjektinntekter (mill kr)	Total finansiering (mill kr)	Årlig endring	Antall årsverk per 31.12	Årlig endring
2004	34	18	52		76	
2005	39	28	67	30 %	83	9 %
2006	40	59	100	48 %	95	14 %
2007	81	53	134	35 %	116	22 %
2008	103	42	145	8 %	129	11 %
2009	105	61	166	15 %	129	0 %
2010	114	58	173	4 %	132	2 %
2011	126	54	179	4 %	138	5 %
2012	139	51	190	6 %	159	15 %



Figur 1

Tabell og figur viser utviklingen over ti år, og *det er neppe mange organisasjoner som har erfart en lignende vekst, i økonomi så vel som i menneskelige ressurser*

Det kan til tider ha vært utfordrende å leve opp til dette.

### Utvikling av leveransene

Den beste oversikten over oppgaver og leveranser og hvordan de har vokst i antall og omfang, finnes i Årsrapportene. Årsrapportene har også endret seg, fra en beskjeden «lefse» for 2004, via Årsmeldingen 2005 med store

fargebilder og noen utplukkede artikler, tilbake til mer nøkterne rapporter som først og fremst var beregnet på etatsstyrer, og å svare på Tildelingsbrevet.

I hele tiårsperioden har de fleste eksterne oppdragene kommet fra Sosial- og helsedirektoratet/-Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene med ca. en tredjedel fra hver. Ca. en tredjedel av prosjektene i Kunnskapssenteret har vært interne prosjekter: Forskning og utviklings-prosjekter, Cochrane-prosjekter, annet internasjonalt samarbeid.

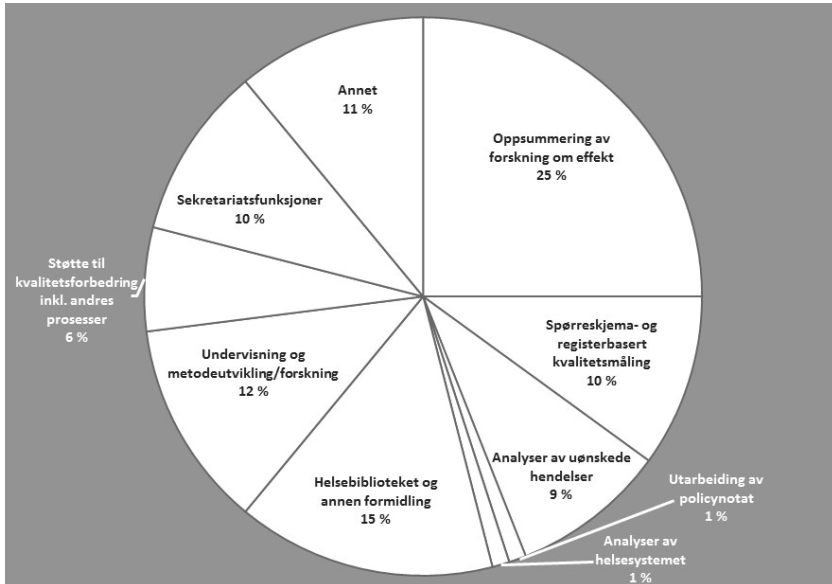
Oversikten nedenfor viser noen av de viktigste leveransene fra Kunnskapssenteret i den siste femårsperioden (NB; sammenlignbare leveranser er ikke målt i alle år)

Resultatmål / Antall	2008	2009	2010	2011	2012
Kunnskapssenter publikasjoner	65	127	89	84	72
Formidling, sammendrag			62	64	90
«Bidrag i prosesser»			37	50	87
Publiserte vitenskapelige artikler	87	87	94	79	115
Kronikker og fagartikler	22	52	82	54	100
Cochrane/ Campbell reviews		51	82	0	10
Bøker og bokkapitler			11	8	6
Abstracts og postere			63	55	50
Undervisnings dager		224	333	242	196
Foredrag/presentasjoner	257	386	369	348	312
Antall doktorgrader avlagt	0	2	2	1	2

*Publikasjoner* dekker i denne fremstillingen alle rapporter fra senteret: metodevurderinger, oppsummeringer, PasOpp rapporter, andre rapporter. Det har vært en viss nedgang i egne rapporter, men en klar vekst i vitenskapelige artikler og fagartikler. I tillegg brukes det mer ressurser på bidrag i prosesser: handlingsplangrupper, retningslinjeprosesser og prosedyrearbeid. Dette har vært en utvikling som nok betraktes som positiv hos de fleste internt i Kunnskapssenteret, det gir interessante muligheter for samarbeid med eksterne miljøer.

Diagrammet nedenfor fra Årsrapporten 2012 viser produktene mer detaljert og ut fra tidsbruk. Kunnskapssenteret kategoriserer alle prosjekter på tjenester/produkter ved at ansatte fører tiden sin på prosjekter.

## Andel tidsbruk per produkt 2012



I avdeling for kunnskapsoppsummering var det fra oppstart og frem til 2009 en økning i antall publiserte oppsummeringer/ metodevurderinger, både pga. eksterne forespørsler og egen prioritering. Produksjonen av rapportene var imidlertid ressurskrevende – vi hadde med internasjonale samarbeidspartnere utviklet vurderingssystemet GRADE, som krevde tid og kompetanse, og vi var mer aktive i å publisere artikler med utgangspunkt i rapportene.

Senere år er antall metodevurderinger (HTA) og forskningsoppsummeringer redusert, og aktiviteten har dreid mot støtte og formidling, fagprosedyrearbeid og utvikling av det nye systemet for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten. Aktiviteten er også i større grad blitt supplert med undervisningsoppdrag, annen opplæring, rådgivning og annen bistand til helseforvaltning og helsetjenesten.

Kunnskapscenterets Fagråd ga i 2012 råd om å publisere flere metodevurderinger (HTA) og jobbe tettere med fagmiljøer i prosessene.

I avdeling for kvalitet og pasientsikkerhet har brukererfaringsundersøkelsene og kvalitetsmåling vært holdt på noenlunde samme nivå, mens sekretariatsfunksjonen for pasientsikkerhetskampanjen og etablering av § 3-3 meldeordning fra 1. juli 2012 er eksempler på store prosjekter som nå preger denne avdelingen.

## Personell

Som antydnet under tabell 1 og figur 1, har Kunnskapscenteret hatt en klar vekst i personale i hele tiårsperioden. Veksten har fulgt oppgavene som våre brukere har gitt oss, og kan som sådan betraktes som et uttrykk for tillit fra de viktigste brukerne. Fra de opprinnelig 80 personer (69 årsverk) som startet opp 1. januar 2004, var vi ved utgangen av 2013 en forsamling på 200 personer (168 årsverk). Kurven har stort sett vært jevnt stigende bortsett fra de siste par årene hvor Pasientsikkerhetskampanjen og Meldeordningen har krevet større hopp. For en som startet i 2004, er det nå over 50 prosent nye ansikter til stede ved kunnskapsfrokostene! Rekrutteringen skjer bredt; forskere, statistikere, helseøkonomer, bibliotekarer, informasjonsmedarbeidere, deltidansatte klinikere.

Enkelte profesjonsgrupper har funnet det formålstjenlig å lage sine egne mer eller mindre formelle undergrupper, som er tilfelle med Bibliotekarforum og helseøkonomene. Det er nyttige undergrupper for videreutvikling av fag og metodikk.

I forbindelse med mye internasjonal aktivitet er det også mange nasjoner representert. Kjønnbalansen er imidlertid skjev, med 66 prosent kvinner og 34 prosent menn ved utgangen av 2013.

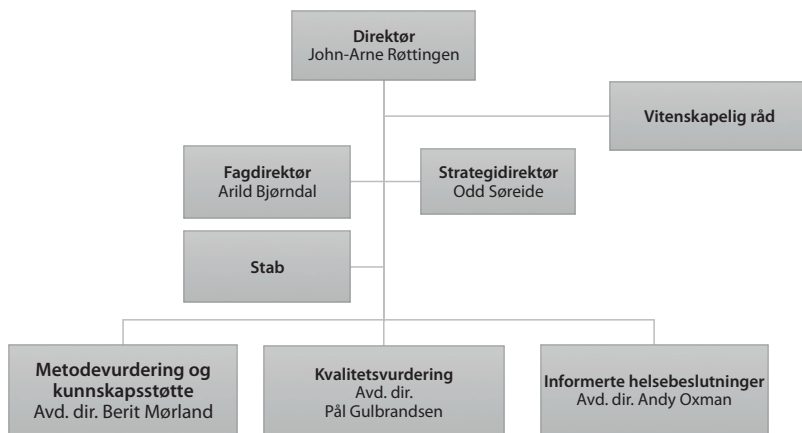
Kunnskapscenteret har hele tiden hatt et bredt faglig spekter, med ulike profesjoner, forskningsinteresser og kompetanser. Det er avlagt i gjennomsnitt en til to doktorgrader per år. Dette mangfoldige kompetansemiljø er kanskje en viktig årsak til at senteret får svært mange søkere til ledige stillinger. Et relativt høyt lønnsnivå og få pålagte rutineoppgaver gjør, i tillegg til en sentral lokalisering, også at vi kommer godt ut i konkurranse om arbeidskraften sammenlignet med andre helserelaterte FOU-miljøer, hevdes det.

I løpet av ti år er det naturlig at noen slutter; turnover var fra 2008 til 2012: 9,8 prosent, 9,3 prosent, 6,8 prosent, 5,7 prosent og 5,4 prosent. Det er leit når noen slutter, trøsten er at senterets arbeidsform og målsetting herved kan bli videreført til andre miljøer. Vi har imidlertid også hatt gleden av at noen søker seg tilbake til senteret igjen.

# Hvordan har vi selv sett på Kunnskapssenteret

## Intern organisering

Modell ved etablering. Vårt første organisasjonskart viser en tradisjonell oppbygging i ledelse, stab og tre fagavdelinger, hvor avdelingsdirektørene sitter i ledelsen sammen med direktør, strategidirektør og fagdirektør.

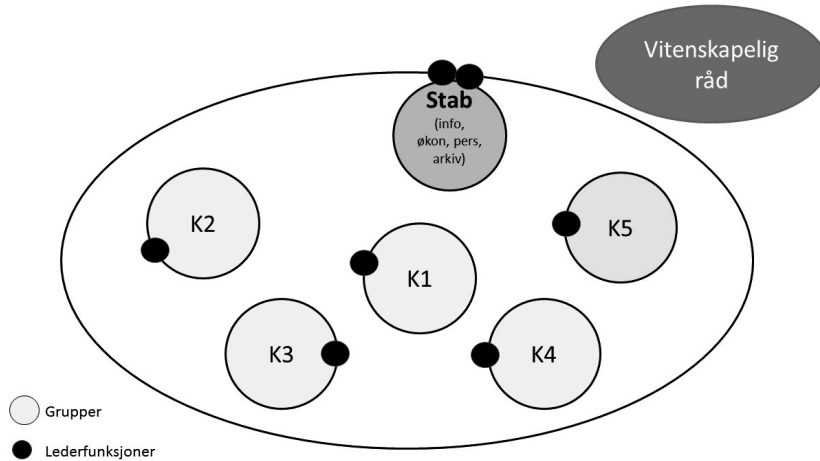


Som beskrevet tidligere opplevde mange at denne strukturen, hvor fagavdelingene var basert på de tre opprinnelige miljøene, ikke inviterte til bedre fellesskap og samarbeid på tvers av de tidligere organisasjonene. Om det var et ønske hos mange om reelt samarbeid på tvers av tidligere organisasjoner, var det også klare oppfatninger om at de tidligere tre enheter hadde vært velfungerende og selvstendige, og at det burde fortsette slik, med ledere som kun var engasjert i virksomheten i sin avdeling, og drev den tilfredsstillende.

En ganske omfattende omorganiseringsprosess ble gjennomført for å fremme strategi og utvikle ett senter med mer felles kultur. En bredere struktur ble foreslått, hvor de tidligere avdelinger ble nedlagt til fordel for fem «dynamiske» grupper med tidsbegrenset levetid, 10–12 medarbeidere, og gruppeledere med en funksjonstid på to år. Gruppene var delt etter faglige oppgaver og temaansvar, men fikk utad kun betegnelser K-grupper (K1 – K5). Det var et poeng at de ikke skulle ha egne navn. Fortsatt var det imidlertid et uuttalt skille mellom «monitoreringsaktiviteter» (K 1-2), og

«kunnskapshåndtering» (K 3-5). Gruppelederne skulle være fagpersoner tett knyttet opp til gruppen sin med fag- og personal ansvar.

Organisasjon fra 1. mars 2005:



Ledere for de fem gruppene ble:

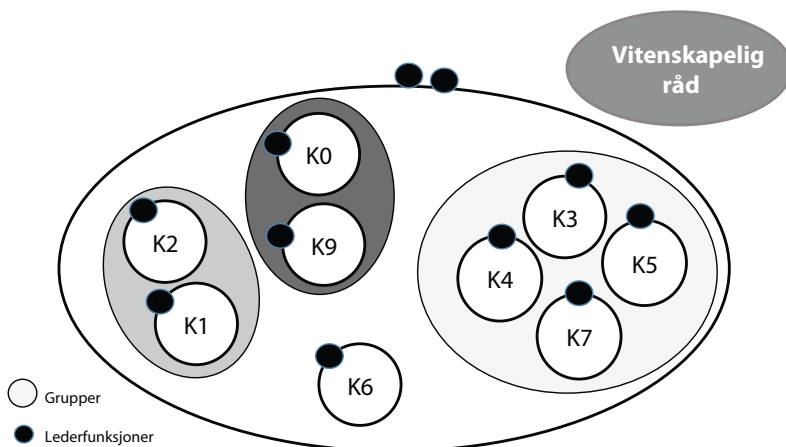
- Forskningsleder Øyvind Andresen Bjertnæs (K1= Pasienterfaringer)
- Forskningsleder Odd Søreide (senere Berit Mørland som fungerende) (K2= Kvalitet med IKT)
- Forskningsleder Signe Flottorp (K3= Kunnskapshåndtering)
- Forskningsleder Arild Bjørndal (K4= Kunnskapshåndtering)
- Forskningsleder Inger Natvig Norderhaug (K5: Kunnskapshåndtering)

Det var med hensikt samme overordnet ansvar for gruppene K3, K4 og K5, men noe arbeidsdeling og hovedforankring ble skissert: gruppe K3 hadde ansvar for flere Cochrane- prosjekter, gruppe K4 hadde mange undervisningsoppgaver, og gruppe K5 fikk et spesialansvar for kreftsamrådet, legemidler og vurdering av nye metoder.

John-Arne Røttingen var fortsatt direktør med stabsansvar. Stillingene som strategidirektør og fagdirektør ble imidlertid oppfattet som uklare og vanskelige, til dels også overflødige etter at strategiprosessen var gjennomført. En nyopprettet funksjon som assisterende direktør, tildelt Berit Mørland, overtok til dels disse oppgavene, samtidig som vedkommende var nestleder for senteret.

På grunn av flere nye oppgaver ble modellen ovenfor justert noe våren 2006.

*Helsebiblioteket* kom inn som egen gruppe (K6) fra 1. januar 2006, ledet av redaktør Magne Nylenna. Det ble etablert en gruppe for Legemidler og helseøkonomi (K7), ledet av Marianne Klemp. Denne gruppen var begrunnet i Kunnskapscenterets nye rolle innenfor oppfølgingen av legemiddel-meldingen. Stabsfunksjonene ble skilt ut i to egne grupper for henholdsvis Økonomi og personal (K0), ledet av Gisle Lindseth, og IKT-info (K9) ledet av nytilsatt IKT-sjef Jan Erik Augestad.



Ledergruppen ble med dette ganske stor, 11 personer, og skulle dekke bredt. De fire gruppene for kunnskapshåndtering (K3, K4, K5, K7) etablerte derfor sitt eget Kunnskapsoppsummeringsforum (KO ledermøtet) for å ivareta felles metodologi og kvalitetssikring av produktene. Forumet er fortsatt i full virksomhet.

Størrelsen på ledergruppen var kanskje også en årsak til at noen ansatte i senteret ga uttrykk for sprikende signaler og uklar styring. Vi må innrømme at flere lederutviklingsopplegg med eksterne rådgivere ikke kunne forhindre dette.

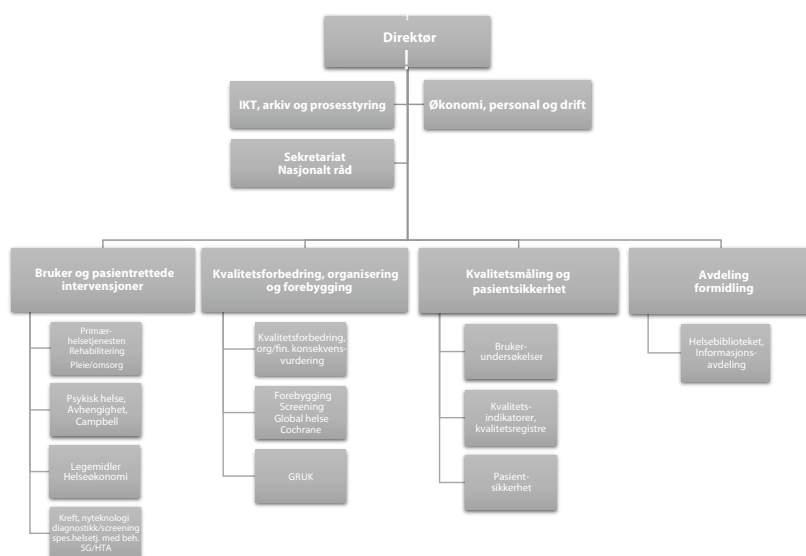
Så – nok en omorganisering startet, denne gang med målsetting om å ha tre ledelsesnivåer – toppledelse, avdelinger, seksjoner – og fire fagavdelinger, hver delt inn i grupper eller seksjoner som de da ble kalt. Forut for denne omorganiseringen hadde vi hatt en intern evaluering, bl.a. med søke-lyst på lederfunksjoner, kultur og effektivitet – noe som fikk ulike uttrykk, se *vedlegg 3d*. Det fremkom et ønske om sterkere identitet til den enhet man tilhørte, dvs. tilbake til meningsfylte *navn* på avdelinger og seksjoner, og bort fra de anonyme K-gruppene. Det tidligere prinsippet om at produkter



eller metoder skulle bestemme navn og inndeling, og ikke mottager, ble delvis forlatt, ved at vi nå fikk *seksjoner* for primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten osv. Men den overordnede *avdeling* ble hetende Bruker- og pasientrettede intervensjoner, altså produktrettet.

Gruppene for administrative funksjoner ble opprettholdt omtrent som før, men nå som «støttefunksjoner» for direktøren, uten deltagelse i ledergruppen. Målet var en tettere ledergruppe som sammen var faglig ansvarlig for Kunnskapscenterets virksomhet.

*Organisasjonsmodell per 10. april 2007:*

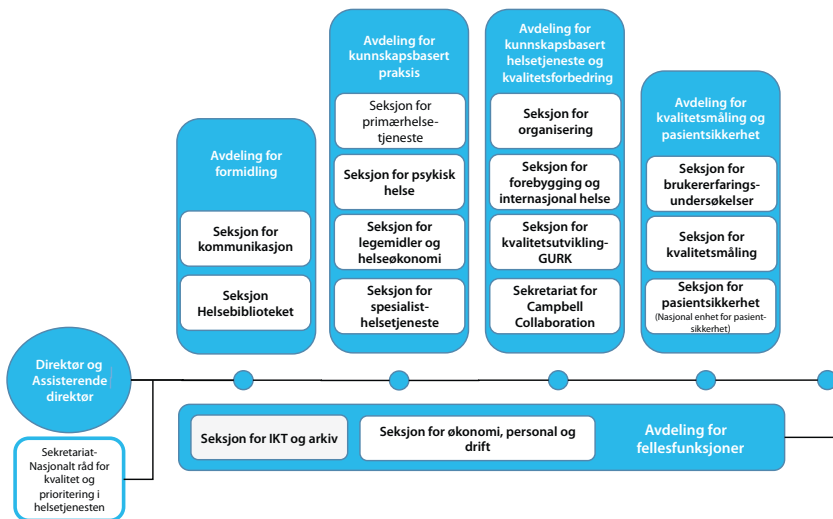


De faglige avdelingene var fortsatt to kunnskapshandteringsavdelinger, skilt i 1) individrettede tiltak, og 2) tiltak rettet mot organisering av helsetjenesten. Monitorering var fortsatt det overordnede innhold i én avdeling: brukerundersøkelser, kvalitetsmåling og pasientsikkerhet. Det ble etablert en egen Formidlingsavdeling, som besto av Helsebiblioteket og all tidligere informasjonsvirksomhet i senteret. Magne Nylenna overtok ledelsen av denne avdelingen. I tillegg ble det utlyst og tilsatt eksterne ledere for de tre andre fagavdelingene: Hanne Thürmer, som i en overgangsperiode ledet begge kunnskapshandteringsavdelingene, og Geir Joner, begge med bakgrunn fra klinisk medisin. Da Hanne Thürmer sluttet, ble Gro Jamtvedt tilsatt som avdelingsdirektør for den ene kunnskapsoppsummeringsavde-

lingen (individrettede tiltak) og Anne Karin Lindahl, tidligere fagdirektør i et regionalt helseforetak, for organisering av helsetjenesten. Geir Bukholm, med erfaring både fra medisin og organisering i sykehus, erstattet etter hvert Geir Joner som leder for avdeling for kvalitetsmåling og pasientsikkerhet.

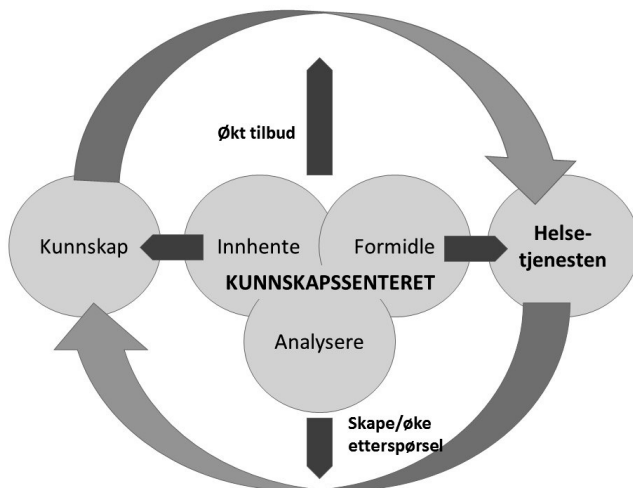
Som det fremgår av figuren ovenfor og i tidligere kapitler, var flere nye aktiviteter kommet til senteret og innplassert som seksjoner: GRUK, Nasjonal enhet for pasientsikkerhet, Sekretariatet for Nasjonalt råd for kvalitet- og prioritering i helse- og omsorgstjenesten, Campbellsekretariatet.

Med ytterligere vekst, ble også de administrative stabsfunksjonene så omfattende og krevende, at man så behovet for en egen organisasjonsdirektør med plass i ledergruppen. Pål Jacobsen ble tilsatt i august 2008, og har i tillegg til de opprinnelige stabsfunksjoner fått ansvaret for en rekke prosjekter, som husleieavtaler, kantineavtaler, lederutvikling, og i økende grad overtatt den administrative kontakten med Helsedirektoratet. Organisasjonskartet nedenfor viser de siste justeringene.



En ny strategiprosess ble innledet med denne organisasjonsstrukturen høsten 2007. Strategiplanen skulle gjelde for 2008–2010. Den forrige planen hadde gått frem til 2007. Det var derfor en ny periode, dessuten hadde senteret vært gjenstand for en ekstern evaluering (se senere), flere nye aktiviteter var kommet til, og det var behov for å bevisstgjøre organisasjonen på enkelt delene og peke ut retninger for helheten. Det var altså ikke ønske om store endringer, mer å se på Kunnskapssenteret slik det nå var blitt, og dets rolle i helsetjenesten, som vi ønsket skulle være tettere på tjenesten.

## Knowledge brokering – En «kunnskapsmegler» i helse-Norge:



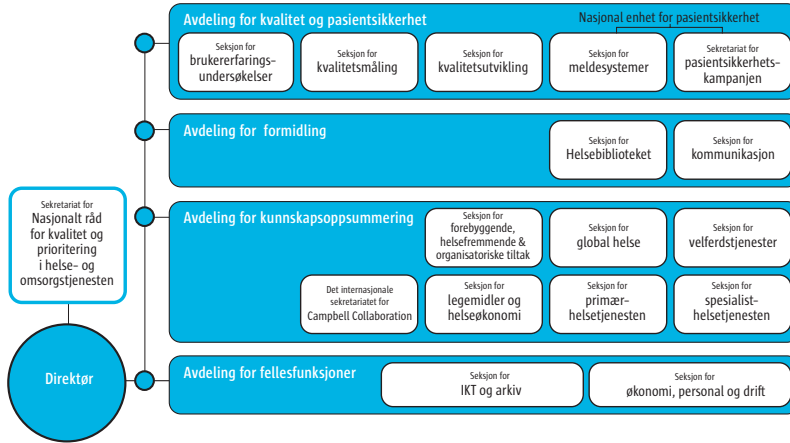
I løpet av denne strategiperioden fikk John-Arne Røttingen våren 2009 innvilget et halvt års studiepermisjon. Magne Nylenna vikarierte i denne perioden, bl.a. for å ivareta kontinuitet og integrere Helsebiblioteket bedre i virksomheten. Sett i ettertid var dette et fornuftig valg, i og med at Magne Nylenna fikk stillingen som direktør i Kunnskapssenteret da John-Arne Røttingen sluttet våren 2011 for et to års opphold ved Harvard University, USA, som Fulbright fellow og gjesteprofessor.

Ytterligere en strategiprosess ble iverksatt i 2010, for perioden 2011–2013. Kunnskapssenteret ønsket å understreke sin rolle som et senter *om* helsetjenesten, ikke bare *for*. Vi ønsket å være mer aktive i å støtte bruken av, og å følge med på bruken av kunnskap, ikke som tilsyn eller overvåking, men med læringsformål.

Den tidligere visjonen ble endret fra: God kunnskap former helsetjenesten, til:

- God kunnskap bidrar til gode helsetjenester

Slik vi er nå, per 2013.



De viktigste endringer i dette organisasjonskartet består i en samling av kunnskapshåndtering i én avdeling (Avdeling for kunnskapsoppsummering) med seks seksjoner, ledet av avdelingsdirektør Gro Jamtvedt. Det var et argument at avdelingen samlet hadde mange likeartede arbeidsformer og produkter, at håndtering av bestillinger og prosjekter ville bli mer ensartet, og at man dermed fikk en mindre ledergruppe.

Avdeling for kvalitet og pasientsikkerhet har fått mer mangfoldig innhold: En ny seksjon for meldesystemer, og et eget sekretariat for pasientsikkerhetskampanjen er blitt samlet under Nasjonal enhet for pasientsikkerhet. Hele avdelingen er ledet av avdelingsdirektør Anne Karin Lindahl.

Avdelingsdirektør Grete Strand har tatt over ansvaret for Formidlingsavdelingen etter Magne Nylenna, og Siv Høymork leder sekretariatet for Nasjonalt råd, etter Berit Mørland.

Avdeling for fellesfunksjoner omfatter to seksjoner: for henholdsvis IKT og arkiv, og økonomi, personal og drift. Avdelingen ledes av Pål Jacobsen.

### Vår arbeidshverdag; noen ansattes stemme

**Øyvind Andresen Bjertnæs**, leder for Seksjon for brukererfaringsundersøkelser, representerer en seksjon som i prinsippet har hatt den samme oppgaveportefølje gjennom hele tiårs perioden:

*Kunnskapscenteret er en flott arbeidsplass, med interessante oppgaver, hyggelige kolleger og et godt fysisk og psykososialt arbeidsmiljø. Hver dag er preget av en god kombinasjon av møter, telefonsamtaler, diskusjoner med kolleger, e-post-*

*kommunikasjon og diverse skrivearbeid. I perioder har det vært kanskje vel mye fokus på eksterne rammebetingelser og regler, for eksempel for å sikre det juridiske grunnlaget for våre undersøkelser og stabil og tilstrekkelig finansiering. Men etter at den nye Helseforskningsloven trådte i kraft i 2009, har mye falt på plass. Det er vanligvis svært høy aktivitet i seksjonen, og prosjektporteføljen er i 2013 fylt med utviklings- og måleprosjekter som brukererfaringer med sykehus, tverrfaglig spesialisert rusbehandling, fastlegetjenesten og samhandling mellom sykehus og primærhelsetjenesten. Alle har mye å gjøre, men er fleksible, effektive og positive til hverandre – dette skaper høy tilfredshet og gode resultater.*

**Signe Flottorp**, nå forsker, tidligere kst. avdelingsdirektør og seksjonsleder, har hatt en mer variert arbeidssituasjon i Kunnskapssenteret, og kan ha følt fusjon og omorganisering annerledes:

*Jeg har vært med fra starten av senteret, og kom via folkehelsemiljøet til i Sosial- og helsedirektoratets Divisjon for kunnskapshåndtering, og så videre inn i Kunnskapssenteret. Jeg hadde positive forventninger til å gå inn i Sosial- og helsedirektoratet, i og for seg også til fusjonen i Kunnskapssenteret. Interessen for EBM var førende, særlig arbeidet med å stimulere til bruk av forskning i praksis ved implementeringsforskning og undervisning og formidling. I Sosial- og helsedirektoratet syntes jeg det var greit å være nær forvaltningen, vi ble ikke «styrt» på noen måte, i Kunnskapssenteret syntes jeg det var logisk å fusjonere med SMM. Jeg hadde, og har i og for seg, mindre forståelse for at HELTEF skulle med. Deres arbeidsform var fjern fra vår.*

*Jeg mente imidlertid vi i større grad burde beholdt de opprinnelige miljøene med sine kulturer hver for seg, mer som i en konsernmodell. Nå ble vi «tvunget sammen», hvilket opplevdes uheldig for mange. Positivt for Kunnskapssenteret etter disse årene er økende anerkjennelse og anvendelse, kanskje først og fremst i forvaltningen. I klinikken er vi fortsatt mindre kjent, selv om konklusjonene fra rapportene siteres.*

Hva burde forbedres?

*Andre (akademia) miljøer bør involveres i å lage kunnskapssoppsummeringer/ metodevurderinger, Kunnskapssenteret bør ikke ha monopol på dette.*

*Overgangen (fra kunnskapssoppsummeringer) til direktoratets anbefalinger og retningslinjer føles fortsatt som en uklar gråsoner som bør finne en bedre arbeidsform. Det er bra at det i ny utgave av vedtekter er større rom for egen forskning i senteret, inkludert det å søke om eksterne midler.*

**Kari Waitz:** har jobbet som rådgiver i senteret fra starten med oppgaver innen administrasjon og økonomi, og hun representerer nok svært mange stemmer i Kunnskapscenteret:

*Jeg kom fra SMM (ved SINTEF) og det var en del skepsis rundt det å bli et statlig forvaltningsorgan underlagt Sosial- og helsedirektoratet. Det var viktig at arbeidet som ble gjort med de medisinske metodevurderingene var faglig uavhengige og man mente derfor at det var bedre å være utenfor forvaltningen. Samtidig var vi jo klar over at det ville bli tryggere økonomiske rammer hvis vi ble underlagt Sosial- og helsedirektoratet. Vi hadde også positive forventninger til å bli en del av et større fagmiljø.*

*Jeg har hatt veldig positive erfaringer fra arbeidet i Kunnskapscenteret. Vi ble godt tatt imot i direktoratet og vi i administrasjonen fikk god opplæring i statlig regelverk. Jeg opplever også at vi hele tiden har hatt en god dialog med oppdragsgivere, særlig gjennom Bestillerforum. Selv om det kunne være krevende i starten når tre ulike miljøer ble slått sammen, synes jeg viljen til å samarbeide har vært god. Nå etter snart ti år merker jeg ikke noe mer til forskjellene og flesteparten av de ansatte i dag er ansatt etter sammenslåingen. Kunnskapscenteret oppfattes i dag som en attraktiv arbeidsplass med et godt faglig og sosialt miljø.*

Mens Kari Waitz var med fra det opprinnelige SMM, som hadde en del skepsis til å flytte nærmere Sosial- og helsedirektoratet, var det mange fra kunnskapsdivisjonen i direktoratet som ikke delte denne skepsisen. Forsker **Ida-Kristin Ørjasæter Elvsås** er en av disse:

*Jeg har jobbet i Kunnskapscenteret siden starten i 2004. Før oppstart jobbet jeg i stab for ledelsen i (den gang) Sosial- og helsedirektoratet, med ansvar for administrativ tilrettelegging for Divisjon for kunnskapshåndtering. Jeg var til stede i toppleder-møtet da opprettelsen av Kunnskapscenteret sto på agendaen. Det var interessant å observere entusiasmen hos helsedirektøren for det nye senteret.*

*Etter at John Arne Røttingen ble ansatt som prosjektdirektør høsten 2003, gikk jeg over til å jobbe for ham. Gjennom hele høsten ble det arrangert mange små og store møter på tvers av de ulike miljøene for å binde oss sammen til ett felles senter. Mange var positive, men noen valgte å søke seg til andre stillinger utenfor senteret. Internt ble det også åpnet for å ønske seg nye arbeidsoppgaver. For meg betydde fusjonen at jeg fikk mulighet til å gå over i en faglig stilling. Mitt første prosjekt var en medisinsk metodevurdering om virkninger av snusbruk. Et engasjerende tema som fikk mye oppmerksomhet etter publisering, og som fremdeles skaper høylytt debatt i fagmiljø og media. Med tiden har Kunn-*

*skapssenteret vokst kraftig, og vi får stadig nye oppgaver. Det tyder på at vi har etablert oss som en faglig ressurs for helseforvaltningen og -tjenesten.*

Som sagt flere ganger, huser Kunnskapssenteret i dag mange nye, dvs. ansatte som er kommet til etter at fusjonen var gjennomført, og som ikke har noen historie fra de tre grunnleggermiljøene. Ettersom vi har vokst fra 80 personer i starten til ca. 200, representerer nykommerne et solid flertall, og vi må anta at deres oppfatning om senteret nå preger korpsånden i stor grad. Forsker Kjetil Brurberg får stå som en representant for nykommerne, ansatt omtrent midtveis i Kunnskapssenterets historie. Kjetil er biofysiker, og kom til senteret fra en stipendiatstilling, en karrierevei som er blitt ganske vanlig i Kunnskapssenteret. Kjetil ble utfordret både på sine forventninger og erfaringer:

### **Kjetil Brurberg:**

*Jeg hadde min første arbeidsdag i april 2008, i god tid til å få med seg femårsjubileet. I tiden som er gått har jeg hatt mange og varierte arbeidsoppgaver. Jeg har – som seg hør og bør når man arbeider i avdeling for kunnskapsbasert praksis – hatt ansvar for planlegging og gjennomføring av ulike K-produkter (systematiske oversikter, søk & sorter, formidling og andre notater). Mye av min tid er etter hvert allokert til ulike undervisningsaktiviteter der typiske tema er systematiske oversikter, kritisk vurdering, enkel statistikk eller kunnskapsbasert praksis generelt. Noen ganger foregår undervisningen her på huset, som for eksempel PhD-emnet om systematiske oversikter som vi arrangerer i samarbeid med UiO. Andre ganger gjennomfører vi undervisningen ute i den virkelige verden.*

*Jeg kom som sagt inn fra sidelinjen en god stund etter at fusjonen var gjennomført, og hadde derfor ingen spesielle forventninger. Jeg hadde i det hele tatt fint liten kjennskap til Kunnskapssenteret da jeg begynte, og det tok sin tid før jeg fikk oversikt over bedriftens historie. Jeg la imidlertid merke til at mange av de erfarne ringrevene snakket positivt om fusjonen. Jeg har tidligere vært med på fusjonsprosesser som har ledet til mye negativitet og svært polariserte arbeidsmiljø, men det har jeg sluppet å oppleve på Kunnskapssenteret.*

*En av grunnene til at jeg søkte meg til Kunnskapssenteret var et behov for å løfte blikket etter å ha gravd meg stadig dypere ned i tumorfysiologiens hemmeligheter gjennom seks år. Fra dette ståstedet har senteret levd opp til forventningene. Arbeidsoppgavene jeg har jobbet med gjennom fem år spenner seg over mange og til dels svært ulike fagområder (tannhelse, fysioterapi, neurologi, lunge-medisin, CFS/ME etc), og da er det trygt å ha et velfungerende og tverrfaglig miljø i ryggen. Oppdragsgiverne er stort sett positive til Kunnskapssenteret, men disse er ikke et representativt utvalg av dem vi ønsker å nå frem til. De største*

*utfordringene jeg støter på i prosjekter er å finne fagpersoner som ønsker å bidra konstruktivt inn i arbeidet med våre rapporter. Dess nærmere klinikerne/ behandleren vi kommer, dess større er faren for å treffe på personer som er skeptisk eller kritisk til vår virksomhet. Argumentasjon jeg ofte har møtt er at K-rapportene ikke er nyttig for dem som ser pasientene, og at Kunnskapssenteret er en del av et stadig svellende byråkrati som blander seg inn i ting vi ikke har greie på. Her har vi åpenbart en utfordring. Klinikere, pasienter og politikere gir ingen entydig definisjon av hva som er nyttig. Hvis vi ønsker å gjøre oss nyttig for «alle» må vi tørre å hoppe ut i ukjent terreng for å forstå deres behov. Da er det ikke alltid de mest reiste rutene som tar oss lengst, sagt med andre ord, vi må bedrive forskning heller enn saksbehandling.*

*Når anledningen nå byr seg har jeg lyst til å fremheve Kunnskapssenteret som veldig fin arbeidsplass. Kombinasjonen av gode kolleger, en fleksibel arbeidsgiver, trivelige lokaler og mulighet for personlig utvikling bidrar til at jeg ikke angrer på valget jeg tok i 2008!*

En annen ny stemme, med lengre fartstid og med et unikt overblikk over organisasjonen, er vår kommunikasjonssjef **Ingrid M. Høie**. Ingrid kom til Kunnskapssenteret fra Legeforeningen, og kom dermed fra et miljø hvor det til tider har vært skepsis til senteret (jf senere). Men som så mange andre av oss, var Ingrid fascinert av arbeidsformen, og har hatt stor glede av å bygge opp en seksjon for informasjon og kommunikasjon som må kjenne til og ta pulsen på det som foregår. Seksjonen har vært en pådriver for vår nettside, sosiale medier, og ikke minst Kunnskapsfrokosten hvor omtrent alle, også eksterne, sier ja til å bidra. Ellers forteller Ingrids helikopterblikk at vi fortsatt er dårlig kjent blant helseforetakene og kommunehelsetjenesten, noe som stemmer godt med andre kilder. Og etter mange år er det fortsatt en uklar rolleforståelse mellom oss og direktoratet om publiseringstidspunkt og form. Vanskelig er også publisering av temaer som omhandler dødelighet, skader osv., og ofte der det er flere som står sammen om informasjonen – vi styrer ikke alt selv.

### **Arbeidsmiljø**

Med såpass mye omorganisering, vekst, lederskifter og flytting, ble både Samarbeidsutvalget (SU) og Arbeidsmiljøutvalget (AMU) viktige diskusjonspartnere for ledelsen. Og de har fungert som gode brobyggere mellom ledelsen og medarbeiderne.

Det viktigste organet for utøvelse av medbestemmelse har vært SU, satt sammen av representanter for ledelsen og senterets fagorganisasjoner. SU



behandler alle vesentlige saker for forsvarlig og god drift av senteret; strategi, budsjett, personalreglement, ansettelser. I tillegg har AMU ansvar for å følge arbeidsmiljøet mht. sikkerhet, helse og velferd, fysisk og psykisk.

Som nevnt har det vært svært viktig for en nyopprettet og «ny-fusjonert» organisasjon å kunne drøfte ulike saker i disse fora. Det er derfor også innhentet noen synspunkter fra «veteraner» i SU:

**Kari Håvelsrud** kom til etableringen av Kunnskapssenteret fra Folkehelsemiljøet. Hun opplevde stor skepsis til fusjonen fra de tre fagmiljøene. Noen ville likevel være med, andre ikke. Sommeren 2001 var det mange disputer. Det var usikkerhet og uenighet om *hva* som skulle gjøres i senteret, og *hvordan*. Mange kjente kanskje ikke de øvrige miljøene veldig godt, men uttrykte likevel en generell skepsis til en integrering med de andre!

Kari fortsetter imidlertid:

*Holdningene har absolutt endret seg i en positiv retning. Jeg tror at det å jobbe sammen på tvers, og omorganisere oss i flere omganger har bidratt til den gode utviklingen. Fra arbeidet i SU har jeg en klar formening om at vi startet med rom for feilskjær fra alle parter. Det var en innstilling til at vi skulle bygge senteret i fellesskap. Det var rett nok kritikk til ledelsens manglende kompetanse i lovverket, og noen ønsket nok en «skarpere», mer tradisjonell fagforeningsrolle. Ledelsen argumenterte for at Kunnskapssenteret ikke var statisk, men en kunnskapsorganisasjon under stadig utvikling, en utvikling som krevde samarbeid og fleksibilitet fra alle parter. Fagforeningene var enig i dette, men mente at man hadde ulike roller i dette samarbeidet. Det var også viktig at vi fikk representanter i SU for alle organisasjoner som hadde medlemmer i senteret, og ikke bare fra hovedsammenslutningene. For fremtiden er det viktig at ledelse og ansatte fortsetter å gå veien sammen!*

Unni Krogstad kom til Kunnskapssenteret fra HELTEF. HELTEF var bygget opp som et miljø for helsetjenesteforskning med et langsiktig formål å kvalitetsforbedre helsetjenesten. Gruppen arbeidet med datasamling, metodeutvikling og primærforskning. Også her var det blandete følelser i forhold til sammenslåingen. Pasienterfaringsundersøkelser hadde blitt et stort arbeidsområde som mange ville videreutvikle i HELTEFs egen regi. Samtidig hadde flere en visjon om opprettelsen av et nasjonalt helsetjenesteinstitutt i forbindelse med omleggingen av helseforvaltningen i 2002 (*vedlegg 1a*), og så sammenslåingen som en mulighet til å starte byggingen av et slikt utvidet kompetansemiljø.

**Unni Krogstad:** *HELTEF var orientert mot problemstillinger som krevde ulike metodologiske tilnærminger, og hadde derfor metodeutvikling som sentral praksis. Det var overraskende for oss å møte miljøer som hadde metoden som felles ståsted, mens temaene kunne variere.*

*En lang strategi og organiseringsprosess med stor grad av involvering fra hele organisasjonen, resulterte i en nokså fullstendig blanding av tidligere miljøer. Til stor misnøye fra noen.*

*Den eneste gruppen som fortsatte nærmest uendret som enhet var Pasienterfaringsgruppen som videreutviklet sin strategi og kompetanse i Kunnskapssenteret. Jeg var vel den eneste som «brøt» ut av HELTEF-tradisjonen og jobbet med kunnskapsoppsummering i et par år. Erfaringen med ny metodelæring var god og jeg opplevde også at å gå inn i en annen kultur var både nyttig og hyggelig og ga en fellesskapsfølelse på tvers av gamle skillelinjer. Denne erfaringen ga engasjement og interesse for å arbeide med strategi og organisering både på mikro og makronivå gjennom SU og andre fora. I lys av denne utviklingen vokste interessen for å utvikle strategien om et helsetjenesteanalysemiljø.*

*Arbeidet i SU var til å begynne med preget av læring, utprøving og å føle hverandre på tennene. Det gjaldt både de ulike organisasjonene, og organisasjonene på den ene siden og ledelsen på den andre. Etter hvert som vi ble tryggere i rollen og på hverandre, opplevde jeg at det ble et spennende forum for diskusjon og mulighet til å prege utviklingen av Kunnskapssenteret. Uenigheter og ulik grad av informasjon kunne skape høy temperatur i diskusjoner, men tidligere involvering i visjon og strategi bidro til å dempe konflikter ved å kunne se felles mål. Arbeidet i SU var en mulighet til å se senteret på tvers og bidro til å bygge tilhørighet og lojalitet til Kunnskapssenteret som helhet.*

Det ble utarbeidet egne arbeidsmiljøundersøkelser i årene 2009 (SENSUS) og 2012 (AVANT). Felles for begge undersøkelsene har vært at Kunnskapssenteret generelt skårer høyere enn gruppen sammenlignbare arbeidsplasser på de fleste områder:

Vi er godt fornøyd med innholdet i jobben, variasjon i oppgaver, styring av egen arbeidssituasjon, ledelse.

Det er en viss utfordring knyttet til medarbeidernes syn på egen mestring og forventning til arbeidet, det oppleves høye læringskrav, og mange føler det vanskelig å arbeide med etisk relaterte problemstillinger.

## **Sosiale aktiviteter**

Kunnskapssenteret har hele tiden hatt et relativt ungt personale, med mange som er glade i sosiale tilbud på arbeidsplassen. Og en svært aktiv «Sosialkomite».

Det betyr at vi, i tillegg til mer tradisjonelle tiltak som felles julebord, skidag og vårtur, også har hatt glede av bowlingturneringer i gangene, treningsrom og teater/ operatilbud og i det siste, en egen «gledestafett» på intranettet. Bedriftsidrettslaget er svært aktivt og har arrangert mosjonskonkurranser og organisert lag til Holmenkollstafetten.

Vi har hatt et faglig aktivt miljø og internasjonalt miljø, som har gjort sitt til at mange har fått ta del i sosiale aktiviteter som er blitt arrangert i Kunnskapssenterets lokaler i slike sammenhenger.



*Fra de første  
julemarkerin-  
ger i eget hus,  
julen 2006.  
(Foto: Sigrun  
Espelien  
Aasen)*



# 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! Aksens 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 Bjørn-Inge Larsen sammen med Bjørn 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.<sup>5</sup> 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 etatsstyrene 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 selsvagt 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/ internasjonal 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 mangelfull 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 fagfelle prosesser (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.

# 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. Aksent 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!

# Status og veien videre

Internt har nok de fleste erfart at det har vært positivt å slå de opprinnelige enhetene sammen til én organisasjon. Hver aktivitet står sterkere! Vi kjenner jo ikke alternativet, men det kan vel for noen ha blitt enda vanskeligere omorganiseringer, kanskje nedleggelse.

Kunnskapssenteret er blitt stort, men utfordringen er å jobbe effektivt og smartere sammen. Som direktør Magne Nylenna skrev i sin hilsen før sommerferien 2013:

*«Kunnskapssenteret jobber i medvind, men på flere områder kan vi bruke vinden bedre.*

- *Økt produksjon av synlige resultater*
- *Prioritere våre viktigste områder*
- *Skape bedre synergi internt, på tvers av spisskompetanse og dyktige medarbeidere»*

Som det fremgår av vårt siste organisasjonskart for 2013, har Kunnskapssenteret nå tre fagavdelinger, ledet av hver sin avdelingsdirektør. Vi har bedt hver av disse om å si noe om status og veien videre, slik de ser det fra sin avdelings ståsted og direktøren om å oppsummere:

# Avdeling for kunnskapsoppsummering

Avdelingens hovedaktivitet har vært og vil fortsatt være oppsummering av forskning. Grunnsteinen i leveransene er systematiske oversikter av høy kvalitet som vi produserer selv eller henter fra søsterorganisasjoner. Vi skal levere flere metodevurderinger i årene som kommer og vi vil øke nytten av våre produkter gjennom bedre bestillings og prioriteringsprosesser, og gjennom kontinuerlig forbedring av kvalitet og relevans. RHF bestillerforum skal bidra til at beslutninger om innføring av nye tiltak i spesialisthelsetjenesten baserer seg på våre metodevurderinger. På samme måte skal Kunnskapscenterets egen bestillingsprosess og bestillerforum fortsette, men vi vil øke medvirkning fra primærhelsetjenesten, brukere og befolkning. Vi skal fortsatt være en viktig leverandør av metodeforskning internasjonalt, spesielt innen oppsummering, formidling, og global helse.

Vi skal spisse våre aktiviteter innen undervisning og støtte. Andre etater, for eksempel Folkehelseinstituttet og kompetansesentre, vil bruke våre oppsummeringsmetoder og flere studenter vil publisere oversikter som del av akademiske løp. Det vil fortsatt være behov for metodestøtte i helsetjenesten og i forvaltningen, for eksempel i produksjon av kunnskapsbaserte retningslinjer, fagprosedyrer og mini-metodevurderinger. Kurset Forskning ved fjæra på Holmsbu vil være en viktig arena for å bygge kompetanse i kunnskapsbasert praksis, men det er behov for å utvikle undervisningsmaterieell til ulike målgrupper.

Kunnskapscenterfunksjonen, representert ved avdelingens arbeidsområder og produkter, støtter kunnskapsbasert praksis og politikkutforming i norsk helsetjeneste. Vi vil oppleve at vår kompetanse blir etterspurt i andre samfunnssektorer og vi vil være en pådriver for dette for eksempel gjennom drifting av sekretariatet til Campbell Collaboration og seksjon for velferdstjenester.

## Avdeling for kvalitet og pasientsikkerhet

Avdelingen arbeider med kvalitet og pasientsikkerhet som overordnede temaer, og seksjonene har hver sine hovedområder innenfor dette. En målsetning for avdelingen er at vi skal være nyttige for helsetjenesten og det vil vi videreutvikle i tiden fremover.

Seksjon for brukererfaringsundersøkelser opplever økt etterspørsel i tråd med økende forståelse for nødvendigheten av brukerorientering av helsetjenesten, og vil i større grad gjøre brukererfaringsundersøkelser innenfor primærhelsetjenesten og psykisk helse enn tidligere. Seksjonen vil fortsette å være sentral i metodeutvikling og validering av verktøy til bruk for helsetjenesten. Seksjon for kvalitetsmåling arbeider tett opp mot det nasjonale kvalitetsindikatorprosjektet, og vil få ansvar for å utvikle flere nasjonale kvalitetsindikatorer. Noen av disse vil kunne måles oftere enn nå. Helsetjenesten etterspør dette. Måling av kvalitet i kommunehelsetjenesten vil få større oppmerksomhet. Seksjon for kvalitetsutvikling vil fortsette å utvikle og utprøve metoder for kvalitetsforbedring med hovedfokus på de kommunale helse – og omsorgstjenester. De nærmeste årene vil de samarbeide med KS og Helsedirektoratet om to store, nasjonale satsinger på læringsnettverk som skal bidra til økt kvalitet på pasientforløp i kommunene. Avdelingen er tildelt oppgaven som Nasjonal enhet for pasientsikkerhet, og vil fortsette å utvikle pasientsikkerhet som fagområde. Nasjonal enhet for pasientsikkerhet arbeider overordnet med å formidle kunnskap om pasientsikkerhet, arrangere kurs, drive undervisning, arrangere den årlige pasientsikkerhetskonferansen og drifte Seksjon for meldesystemer. Seksjon for meldesystemer forvalter i øyeblikket tre nasjonale meldeordninger for uønskede hendelser, alle for spesialisthelsetjenesten. Fremover vil seksjonen sannsynligvis få ansvaret for nye meldeordninger, og det er bebudet at disse vil komme både for kommunehelsetjenesten og for pasienter og pårørende.

Det vil være viktig å fortsette å utvikle seksjonens arbeid for læring av uønskede hendelser på tvers av enheter og behandlingssteder. En meldeordning for pasienter og pårørende vil kunne bidra til økt oppmerksomhet rundt pasientenes opplevelser av uønskede hendelser.

Avdelingen har hittil i størst grad støttet opp om kvalitet og pasientsikkerhetsarbeidet i sykehus. Fremover vil avdelingen styrke arbeidet med helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Gjennom å formidle god kunnskap og nyttige metoder og verktøy ønsker avdelingen å støtte opp om kvalitet og pasientsikkerhetsarbeidet i kommunenes tjenester. Avdelingen vil fortsette å følge opp Kunnskapssenterets strategi om lenger ut, mer pasientsikkerhet og sterkere brukerorientering.

## Avdeling for formidling

Formidling er en viktig del av virksomheten til Kunnskapssenteret. Dersom innholdet i Helsebiblioteket.no og alt vi lager og gjør i Kunnskapssenteret ikke leses og brukes, vil det være verdiløst.

Formidlingsmetodene har variert, og er i stadig endring. I dag publiseres forskningsresultater fra Kunnskapssenteret og innhold i Helsebiblioteket.no på internett, men det er ikke nok å legge noe på egne nettsider og slå seg til ro med at man har formidlet innholdet. Det må markedsføres og deles i sosiale medier, i nyhetsbrev, på konferanser og seminarer, artikler i tidsskrift og ved innsalg til medier for at brukerne skal finne det. En annen metode kan være å gjøre innhold og forskningsresultater søkbare og lett tilgjengelige gjennom søkemotorer som Google, eller nettstedene som er mye brukt, som for eksempel Wikipedia og forskning.no. Hvilke kanaler vi velger for markedsføringen, varierer med hvem som er målgruppen for budskapet og med hvilket innhold vi skal formidle.

Det er en utfordring at ansatte i helsetjenesten har dårlig tilgang til PC og nett. Når det gjelder innhold og forskningsresultater som er viktig i klinisk praksis, må det i fremtiden finnes lett tilgjengelig i systemene som helsepersonell benytter i sitt daglige arbeid. Vi vil jobbe for å få viktig kunnskap presentert i journalsystemer, eller på andre teknologiske arbeidsflater som allerede er i bruk. Innholdet må tilbys der brukerne er, og i de verktøyene som allerede finnes. Derfor må det som publiseres lages på en måte som gjør at teknologisk gjenbruk er mulig.

Å forhandle nasjonale avtaler for kunnskapsressurser har vært en suksess i Helsebiblioteket.no. Vi vil jobbe for å få flere slike nasjonale avtaler slik at alle får lik tilgang til kunnskap.

Helsebiblioteket.no som en delingsplattform for retningslinjer, fagprosedyrer og pasientinformasjon vil videreutvikles og vi vil finne mer norskspråk-

lig innhold som lages i helsetjenesten, og deles på Helsebiblioteket.no i tiden fremover.

Ettersom deling, gjenbruk og søk er sentralt, vil en form for standardisering av form på innhold og av emneord være viktig fremover. Vi vil jobbe for at det blir enda enklere for brukerne å finne det de leter etter. Da må innholdet ha en oppbygging og struktur som brukerne kjenner igjen og forstår, og tekstene må være korte og konsise for bruk på skjerm i en travel, klinisk praksis. Gjenfinningen må ivaretas ved at innhold bruker like termer slik at språk ikke hindrer relevante treff ved søk og bruk av innhold.

Vi tilbyr store mengder innhold, noe som også gir utfordringer i presentasjonen. Grafisk design eller grafisk formgivning er kunsten å arrangere bilder og tekst for å kommunisere et budskap, og skape forståelse for budskapet (Wikipedia). For at brukerne skal få sammenstilt mye innhold og forstå kompliserte budskap, vil vi jobbe mer med grafisk design som kan kommunisere dette enkelt for brukerne.

Mer bruk av film vil kunne være en viktig og nyttig måte å formidle innhold på. Det er en økning i bruk av internett til å se film (<http://medienorge.uib.no/?cat=statistikk&queryID=329>). Samtidig er det en fallende tendens i bruk av aviser og tidsskrifter på papir (<http://www.ssb.no/a/aarbok/tab/tab-232.html>). Dette er trender som Kunnskapssenteret og Helsebiblioteket.no vil forholde seg til fremover.

Vi lar Kunnskapssenterets direktør, Magne Nylenna, få de siste ord i denne kavalkaden over senterets oppstart og første tiårs periode:

# Kunnskapssenteret er ti år. Er helsetjenesten blitt mer kunnskapsbasert?

En av Kunnskapssenterets kjerneaktiviteter er å samle, vurdere og formidle forskningsbasert kunnskap om effekt av tiltak i helsetjenesten. Slik sett kunne et oppdrag til oss teoretisk sett være å vurdere hvilken effekt opprettelsen av et nasjonalt kunnskapssenter har hatt på helsetjenesten. I et PICO-format (patient/problem, intervention, comparison, outcome) som vi ofte benytter for å presisere problemstillinger, kan elementene i et slikt oppdrag kanskje se slik ut:

P: Den norske kommune- og spesialisthelsetjenesten

I: Etablering og drift av et nasjonalt kunnskapssenter med sine ulike aktiviteter

C: Fravær av et tilsvarende senter

O: Graden av kunnskapsbasering i helsetjenesten.

Som vi ikke sjelden erfarer med samfunnsbaserte tiltak, kan vi ganske raskt fastslå at det ikke finnes tilgjengelig, pålitelig kunnskap som kan besvare spørsmålet. Ikke har vi noen kontrollgruppe, og ikke har vi noen allment akseptert definisjon av en kunnskapsbasert helsetjeneste eller indikatorer som kan si noe om utviklingen på dette området.

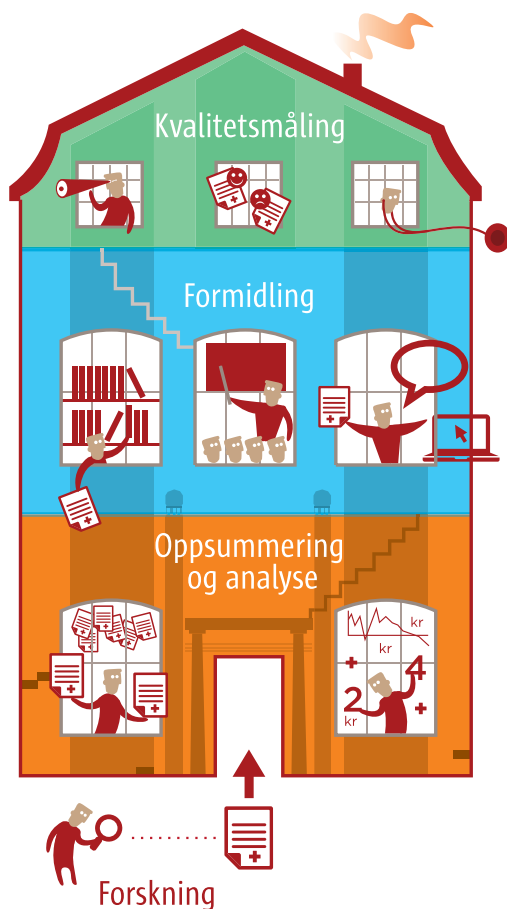
*Hva har Kunnskapssenteret gjort og blitt?*

«Kunnskapssenteret skal bidra til effektive og kunnskapsbaserte helsetjenester av høy kvalitet gjennom å samle, systematisere, vurdere, generere og formidle kunnskap». Slik beskrives Kunnskapssenterets formål i §2 i senterets vedtekter som ble revidert i 2013. Dette formålet spesifiseres videre i to punkter i samme paragraf i vedtektene som fastslår at vi skal:



«– Fokusere på kunnskap om effekten, nytten og kvaliteten av metoder, dvs. alle intervensjoner, virkemidler og tiltak, som benyttes i eller er aktuelle for helse-tjenesten.

– Legge til rette for bruk av forskningsbasert kunnskap ved utforming, utøvelse, organisering og forvaltning av helsetjenesten.»



Når vi presenterer vår aktivitet, tar vi gjerne utgangspunkt i våre tre store fagavdelinger som er fordelt på tre etasjer i Domus & Medicus, den tidligere Kvinneklinikken som har vært vårt tilholdssted de fleste av de ti årene (se figur). Her forvaltes kunnskap på flere plan:

*Avdeling for kunnskapsoppsummering* er størst og utgjør, karakteristisk nok, grunnplanet og fundamentet for vår virksomhet. Her innhentes, vurderes

og systematiseres kunnskap, og resultatene viser seg i systematiske oversikter og metodevurderinger. Kompetansen i avdelingen brukes også til undervisning og metodestøtte både innad og utad. Litt forenklet kan det sies at denne etasjen fremskaffer den beste forskningsbaserte kunnskap om effekten av tiltak i helsetjenesten.

*Avdeling for formidling* i etasjen over bringer denne, og annen kvalitetsvurdert kunnskap videre. Helsebiblioteket er blitt en sentral kunnskapsressurs for helsepersonell som tilbyr fri tilgang til oppslagsverk, databaser og tidsskrifter. I tillegg er det en stadig viktigere delingsplattform for retningslinjer, prosedyrer og annen nyttig informasjon. Dessuten formidles metoder for god kunnskapsbruk. At Sekretariatet for Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten er plassert i denne etasjen, er naturlig. Som saksforberedende organ, er også dette en slags formidlingsenhet.

*Avdeling for kvalitet og pasientsikkerhet* er, naturlig nok, plassert på toppen. Her overskues nemlig bruken av kunnskap i helsetjenesten. Monitorering av kvalitet og pasientsikkerhet skjer både gjennom meldeordningene, brukererfæringsstudier, analyser av kvalitetsindikatorer og andre sammenliknende undersøkelser.

Økte forvaltnings- og sekretariatsfunksjoner har de senere årene supplert de tradisjonelle oppgavene knyttet til innhenting, vurdering, oppsummering og formidling av kunnskap. Gjennom undervisning og støtte bidrar Kunnskapscenteret til kunnskapsbasert praksis og helsetjeneste. Den økonomiske situasjonen i Kunnskapscenteret er i økende grad krevende fordi våre tildelte forvaltnings- og sekretariatsoppgaver ikke følges med tilsvarende tilskudd og bevilgninger. Disse oppgavene må derfor delvis finansieres av basisgrunnebevilgningen beregnet til våre tradisjonelle oppgaver innen kunnskapsoppsummering og -formidling.

– Culture eats strategy for breakfast, er det sagt. Selv om vi har en god og gjennomarbeidet strategi, er miljø og kultur minst like viktig i en organisasjon med høykompetente medarbeidere med stor individuell frihet i sitt daglig arbeid. Denne kulturen ivaretar og utvikler vi spesielt på våre tre møteplasser, de tre k-ene:

*Kunnskapsfrokoster* som samler alle medarbeidere hver mandag morgen i auditoriet fra kl 09:00 til 09:30 – presis. En 20 minutters faglig innledning etterfølges av en kort diskusjon og informasjon fra ledelsen om ukens aktivi-

teter. Bredden på faglige innlegg er stor og går fra bruk av dataprogrammer til helsepolitiske emner. Innleiderne kan være egne medarbeidere eller eksterne fagfolk. Over tid gir dette en kontinuerlig oppdatering og etterutdanning, og skaper et faglig fellesskap i huset.

*Kilden* er vårt intranett og startside for de fleste ansatte. Her formidles referater fra ulike interne møter, praktisk informasjon om faglige og sosiale aktiviteter, og her annonseres ledige stillinger. Fra *Kilden* lenkes det til våre sentrale styringsdokumenter, maler, presentasjoner og bibliotek tjenester.

*Kantinen* er det fysiske samlingsstedet ved lunsjtider. En felles kantine av høy kvalitet bidrar til et godt arbeidsmiljø og gir mulighet for uformelle treff og samtaler på tvers av avdelinger og seksjoner. Samarbeid mellom de ulike deler av senteret er en kontinuerlig utfordring, og sosialt samvær er en viktig stimulans.

#### *En kunnskapsbasert helsetjeneste?*

God kunnskap bidrar til gode helsetjenester, er vår visjon. Veien går gjennom en kunnskapsbasert helsetjeneste som er et begrep uten noen entydig definisjon. En rundspørring i Kunnskapssenterets ledergruppe bærer likevel bud om en slags fellesforståelse av begrepet.

En kunnskapsbasert helsetjeneste oppfattes som en helsetjeneste der beslutninger tas på bakgrunn av best tilgjengelig, forskningsbasert kunnskap. Det gjelder så vel diagnostikk og behandling av enkeltpasienter som planlegging, organisering og drift av helsetjenester. Flere peker også på definisjonen av kunnskapsbasert praksis som «å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon» (<http://kunnskapsbasert-praksis.no/kunnskapsbasert-praksis/>).

En indikator på hvor kunnskapsbasert helsetjenesten er, kan være tilgang til og etterlevelse av kunnskapsbasert retningslinjer og prosedyrer. Hvorvidt systematiske oversikter er benyttet ved utformingen av retningslinjer og prosedyrer er en annen indikator, likeså en gjennomgang av praksis og vurdering av samsvar med anbefalinger. En mer original indikator kan være kunnskapstester av helsepersonell for å undersøke om vesentlig kunnskap er kjent og forstått.

Mye tyder på at helsetjenesten gradvis blir mer kunnskapsbasert. Men pålitelig kunnskap om dette har vi ikke, for å bruke vår egen terminologi. Og om vi kunne dokumentere en økt kunnskapsbasering, for eksempel ved hjelp av noen av disse indikatorene, er det umulig å påvise noen sikker sammenheng med Kunnskapssenterets etablering og aktiviteter.



### *Hva er kunnskap?*

Kunnskap er «in» i dagens Norge i den forstand at en lang rekke virksomheter og samfunnsområder har som mål å være «kunnskapsbasert». Et googlesøk på ordet *kunnskapsbasert* gir over 200 000 treff. De første treffene handler om helsetjenesten og kunnskapsbasert praksis der på ulike måter og felter, men også kunnskapsbasert barnevern, politikk, forvaltning og næringsliv forekommer. Et kunnskapsbasert Norge forekommer både som baktittel og ambisjon. I Solberg-regjeringens politiske plattform forekommer *kunnskap* 46 ganger, nesten en gang per side i gjennomsnitt.

I Kunnskapssenteret bruker vi jubileumsåret til å drøfte og problematisere kunnskapsbegrepet. En serie kunnskapsfrokoster har handlet om kunnskap. Hva er kunnskap fra en filosofisk synsvinkel? Hvilke ulike former for kunnskap finnes?

Selv om vi først og fremst har vært og er opptatt av forskningsbasert kunnskap om effekt av tiltak i helsetjenesten, er vi godt kjent med andre kunnskapsformer. Både erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap er viktig i helsetjenesten.

Kunnskapssenterets årskonferanse, et arrangement som har turnert rundt i landet med ulike temaer fra år til år, holdes i 2014 i Oslo. «Er kunnskap makt?» er tema for jubileumskonferansen.

## Vedlegg 1 – Bakgrunnsdokumenter

HELTEFs høringsuttalelse til omorganisering av den sentrale sosial- og helseforvaltning, 2001.

### Høringsuttalelse fra HELTEF

#### Fornyelse av den sentrale sosial- og helseforvaltningen

##### Generelt

HELTEF ser på høringsbrevet som et godt utgangspunkt for en nødvendig fornyelse og samordning av den sentrale sosial- og helseforvaltningen. Det er gledelig og nødvendig at departementet har tatt initiativ til en slik omfattende omorganisering. HELTEF er ikke direkte berørt av forslagene i skissen som omfatter de tre "nye" etatene:

- Sosial- og helsedirektorat
- Nasjonalt folkehelseinstitutt
- Statens helsetilsyn

I avsnitt 6.3 *Behovet for gjennomgang av sentrale metode- og kunnskapsmiljøer* nevnes HELTEF som et av miljøene som vil bli vurdert i forbindelse med en utredning av utforming og forankring av denne funksjonen. HELTEF vil anbefale på det sterkeste at en gjennomgang av kompetansebehovet med hensyn til helsetjenesten må skje parallelt med den skisserte omorganiseringen med tanke på en fornuftig oppgavefordeling. Vår hovedkonklusjon er at det i tillegg til de tre nevnte etatene opprettes et

- Nasjonalt helsetjenesteinstitutt

HELTEF vil i denne høringsuttalelsen i hovedsak redegjøre for hvilke oppgaver som bør ivaretas av et slikt institutt. Vi vil også diskutere hvorledes oppgavene best kan organiseres, og argumenter for opprettelsen av et selvstendig Nasjonalt helsetjenesteinstitutt. I tillegg vil vi kommentere enkelte punkter i høringsbrevet. Avslutningsvis diskuteres evt. løsninger med færre enn fire etater.

##### Opprettelse av et Nasjonalt helsetjenesteinstitutt

En god helsetjeneste er avhengig av kunnskap både om helse/sykdomsforhold og om hvordan og i hvilket omfang helsetjenestene skal utøves. Sosial- og helsedirektoratet kan spille på Nasjonalt folkehelseinstitutt i spørsmålet om årsak til og utbredelse av helse- og sykdomsforhold, men har ingen systematisert kunnskapsforankring i forhold til hva som skaper gode helsetjenester eller hvorvidt helsetjenester fungerer godt for befolkningen. Det er behov for en klarere nasjonal strategi for arbeidet med kartlegging, behovsvurdering og overvåking av helsetjenesten i Norge. Høringsbrevet angir at "*sosial- og helseforvaltningen bærer preg av å ha en fragmentert organisering og mangel på helhetlige strategier*" (s 10). Dette gjelder i like stor grad miljøer som er fokusert mot kartlegging og forståelse av befolkningens helsetilstand – og som nå er foreslått organisert i ett Nasjonalt folkehelseinstitutt – som miljøer som arbeider med vurdering av helsetjenesten. Det er derfor behov for ett nasjonalt kompetanseinstitutt som kan ivareta kunnskap om helsetjenesten.

Funksjonene som skal dekkes av et slikt Nasjonalt helsetjenesteinstitutt (National Institute of Health Services) kan beskrives langs tre dimensjoner:

- Hvilke helsetjenester skal vurderes?
- På hvilken måte skal helsetjenestene vurderes?
- Hvem er mottakere/målgruppe for den kunnskapen som skal formidles?

### **Hvilke helsetjenester skal vurderes?**

I dette perspektivet som ser på ulike nivåer/arenaer hvor helsetjenesten utøves, er det naturlig å dele helsetjenesten i følgende områder:

- Forebygging på gruppenivå
- Primærhelsetjeneste
- Spesialisthelsetjeneste
- Internasjonale helsespørsmål

Forebygging på gruppenivå vil omfatte f.eks. nasjonale handlingsplaner/tiltak m.h.t. forebyggende og helsefremmende arbeid relatert til livsstilsfaktorer som ernæring, fysisk aktivitet, rusmidler og tobakk og kommunale samfunnsmedisinske oppgaver som miljørettet helsevern.

HELTEF vil særlig vektlegge at et Nasjonalt helsetjenesteinstitutt ikke kun må begrense sin virksomhet til nasjonale helse- og helsetjenestespørsmål, men også samle og koordinere den helsefaglige kompetansen på internasjonale helsespørsmål. Norge har for lite kunnskap i forvaltningen på dette feltet og kompetansen som finnes er spredt på få personer i SHD, Helsetilsynet og NORAD. Samtidig har Norge en sentral rolle i multilaterale sammenhenger som WHO, UNAIDS, Verdensbanken osv. og vi er en viktig finansiell bidragsyter internasjonalt. Skal vårt politiske internasjonale helseengasjement og politikkutforming forankres i et bedre kunnskapsgrunnlag, må vi også oppruste et sentralt forvaltningsmessig kompetansemiljø på dette. En forankring i et Nasjonalt helsetjenesteinstitutt vil sikre at den nødvendige tverrfaglige metodekompetanse er tilgjengelig, og vil være den mest naturlige plassering etter den skisserte omorganiseringen.

### **På hvilken måte skal helsetjenestene vurderes?**

Det er nødvendig å vurdere helsetjenester på ulike måter og med ulike metoder.

Spørsmålene et Nasjonalt helsetjenesteinstitutt må ta stilling til er som følger:

- Hvilke tiltak/intervensjoner har effekt?
- Hvordan skal vi prioritere mellom ulike tiltak ved begrensede ressurser?
- Hvordan endrer man praksis i helsetjenesten?
- Hvor mange pasienter behandles og til hvilken kostnad?
- Hvordan er tilgangen til helsetjenester og er den tilpasset behovet?
- Hvordan er effekten av tiltak/intervensjoner når de er implementert i helsetjenesten?

For å svare på disse spørsmålene er det behov for ulike metodologiske tilnærminger.

### **Effektvurdering**

For å svare på hvilke tiltak i helsetjenesten som har effekt, må man ty til kunnskap ifra kontrollerte studier. Den metodologiske kompetansen som er nødvendig går gjerne under betegnelsen klinisk epidemiologi, kunnskapsbasert medisin (evidence based medicine) eller medisinsk metodevurdering. I internasjonale forskningsmiljøer snakker man også om "efficacy"- perspektivet, dvs. hva det er mulig å oppnå med et tiltak under ideelle betingelser. Med ideelle betingelser menes her situasjoner hvor praksis vurderes under streng forskningsmessig kontroll, hvor tiltakene er eksakt definerte og gjennomføringsgraden stor, hvor utøveren av tiltakene er sterkt motiverte og hvor mottakerne av tiltak ofte har gitt samtykke til å delta i en studie, og derfor kan representere en selektert populasjon. Cochrane-samarbeidet er den internasjonale aktør som systematiserer den kunnskap som er tilgjengelig på dette feltet. Avdeling for

Samfunnsmedisin ved Folkehelse har vært sentrale i dette viktige internasjonale samarbeidet, og bør være sentral i oppbyggingen av et Nasjonalt helsetjenesteinstitutt. I tillegg har Senter for medisinsk metodevurdering ved SINTEF Unimed betydelig kompetanse innen dette feltet. Helsetilsynet bidrar også i dette arbeidet.

Basert på beskrivelsen i avsnitt 6.3 ser det ut til at departementet har avgrenset behovet for kompetanse når det gjelder helsetjenester til kun dette perspektivet. HELTEF mener det er av sentral betydning også å se på hvordan man skal besvare de fem andre spørsmålene som er skissert over for at et Nasjonalt helsetjenesteinstitutt skal ha den nødvendige bredde og kompetanse.

#### **Prioritering**

Allerede i dag, og trolig i økende grad i årene som kommer, er de ressurser man tilfører helsetjenesten lavere enn hva det vil koste å gjennomføre alle de effektive tiltak det er mulig å innføre. Med begrensede ressurser er det behov for å prioritere mellom aktuelle tiltak. I den analyse som bør ligge til grunn for en prioritering, er effektiviteten av tiltakene – både om det er effekt og hvor stor den er – helt avgjørende. I tillegg må man også ta med i vurderingen kostnadene de ulike tiltakene medfører. Det er derfor behov for helseøkonomiske vurderinger som f. eks. kostnad-nytte evalueringer, innbefattet begreper som "willingness to pay", diskontert fremtidig inntjening, kvalitetsjusterte leveår, "disability adjusted life years" m.m. Det er dessverre få miljøer bortsett fra de helseøkonomiske miljøene ved universitetene som har kompetanse innen dette feltet. Det er derfor viktig å bygge opp en helseøkonomisk kompetanse i det Nasjonale helsetjenesteinstituttet. Når grunnlaget for prioriteringen er lagt i form av slike analyser, er det opp til tilbyderne av helsetjenestene og det politiske nivået å prioritere.

#### **Endringsprosesser**

Ofte vil nye tiltak/intervensjoner som identifiseres som effektive være i konflikt med den gjeldende praksis i helsetjenesten. Det er derfor nødvendig med kunnskap som søker å endre praksis i retning av tiltak som har et klart definert kunnskapsgrunnlag. Det er behov for en tverrfaglig kompetanse for å ha kunnskap om hvordan man kan få til slike endringsprosesser. Avdeling for samfunnsmedisin ved Folkehelse arbeider systematisk med å studere i kontrollerte forsøk hvordan praksis kan endres. Dette er viktig kunnskap. I tillegg har blant annet HELTEF og Sintef Unimed kompetanse innen dette området. Nær knyttet til dette feltet er erfaringsbasert kunnskap om hvordan man skaper gode samarbeidsrelasjoner mellom helsetjenesten og andre sektorer. Forskningsområdet dekker både kvalitativ og kvantitativ tilnærming.

#### **Produksjons- og aktivitetstall**

Det er ønskelig å ha en løpende kvantitativ oversikt over "produksjonen" i helsevesenet. Antall behandlede pasienter, antall opererte pasienter osv. og de ressursene som går med til dette er aktivitetsmål som er nødvendige for å kunne vurdere og ha en oversikt over helsetjenesten. SINTEF Unimed er det miljøet som i stor utstrekning leverer denne typen data og analyser i Norge. Det Nasjonale helsetjenesteinstituttet har behov for å kunne styre og samordne aktiviteten med produksjons- og aktivitetstall. Dette kan enten løses gjennom å etablere en enhet innen instituttet som utfører disse oppgavene, eller ved å gi instituttet bestillerfunksjon overfor eksterne miljøer. Norsk pasientregister (NPR) er delvis foreslått lagt til det Nasjonale folkehelseinstituttet i høringsbrevet. Selv om denne typen data kan være egnet til å si noe om helsetilstanden, er de først og fremst sentrale som aktivitetsmål

for helsetjenesten som blant annet synliggjør pasientflyt. Funksjonen bør derfor være tilknyttet kompetanseinstituttet for helsetjenesten.

#### **Behovs- og tilgangsvurdering**

Det Nasjonale helsetjenesteinstituttet må arbeide med er å fremskaffe kunnskap om tilgangen til helsetjenester er fordelt likt i forhold til geografi, sosioøkonomiske data og andre forhold, og om den er tilpasset behovene for barn, ungdom, middelaldrende og den eldre delen av befolkningen. En slik analyse er både avhengig av data om aktiviteten i helsetjenesten og data om helsetilstanden. Sistnevnte medfører at det er behov for et nært samarbeid med det Nasjonale folkehelseinstituttet. Det er også sentralt å vurdere om tilbudet av helsetjenester er tilpasset behovet i befolkningen – både i dag og ikke minst i fremtiden. Sistnevnte medfører behov for modeller som sier noe om utviklingen av helsetilstand og helsetjenester fremover.

#### **Resultat-/kvalitetsvurdering**

Til slutt vil vi vektlegge at aktivitetsmål som angitt under produksjons- og aktivitetstall tall ikke gir tilstrekkelig informasjon om helsetjenestens evne til å løse sine oppgaver. Det er i tillegg behov for å vurdere kvaliteten eller resultatene av tiltakene som gjennomføres. I internasjonal forskning omtaler man dette som resultatforskning eller "outcomes research". I en slik forskningstradisjon samler man kunnskap om effekter av tiltak der de faktisk utøves. Det er ikke gitt at et tiltak som fungerer ved universitetssykehus i f.eks. USA vil fungere like godt ved sentralsykehus i Norge. Det er videre viktig å avdekke faktorer som bidrar til at effektiviteten slik den måles i den virkelige verden (effectiveness) avviker fra effektiviteten slik den måles under ideelle betingelser (efficacy). I nær tilknytning til denne forskningen ligger arbeidet med løpende vurdering av kvaliteten i tjenesteutøvelsen. Her vil man være opptatt av faglig/klinisk kvalitet, overlevelse, pasienterfart kvalitet, pasientens funksjonsnivå og helserelatert livskvalitet sett i relasjon til ressursbruk.

Denne typen kvalitetsmål kan enten være aggregert på et eller annet institusjonsnivå i form av kvalitetsindikatorer eller de kan måle kvalitet i forbindelse med bestemte tiltak/prosedyrer i form av kvalitetsregistre. Departementet har startet arbeidet med å utvikle kvalitetsindikatorer for norske sykehus. Det er viktig at dette arbeidet styrkes og får en sentral plass i det Nasjonale helsetjenesteinstituttet. Det er i hovedsak to miljøer i Norge som per i dag arbeider med dette med en noe ulik profil: HELTEF og SINTEF Unimed.

I Norge finnes en rekke ulike kvalitetsregistre som i dag drives i regi av lokale ildsjeler, og ofte som en del av virksomheten til spesialforeninger i Legeforeningen.

Det er en viktig nasjonal oppgave å bringe de norske nasjonale kliniske kvalitetsregistre minst opp på linje med de danske og svenske. Noe av arbeidet med kvalitetsregistre er i dag forankret i Helsetilsynet. Det Nasjonale helsetjenesteinstituttet bør ha et ansvar for å stimulere drift og videreutvikling og etablering av nye nasjonale kliniske kvalitetsregistre. I et lengre tidsperspektiv bør det Nasjonale helsetjenesteinstituttet overta driftsansvaret for slike registre, og eventuelt få til en samlokalisering av de mindre nasjonale kliniske kvalitetsregistre som kan gi dem et felles sekretariat. Av hensyn til den kontinuerlige drift av disse registre bør dette skje gradvis og i dialog med de aktuelle samarbeidspartnere. De som i dag har driftsansvaret vil lett kunne oppfatte forslag om en slik overføring som en "ekspropriasjon", og det er grunn til å frykte at oppdateringen av registrene dermed vil bli mangelfull, og kanskje stanse helt opp.



### **Hvem er mottakere/målgruppe for den kunnskapen som skal formidles?**

Den kunnskap og informasjon som genereres i forbindelsen med analysen av de seks ulike aspektene ved de fire ulike gruppene av helsetjenester har en rekke målgrupper:

- Forvaltning
- Tilbydere og utøvere av helsetjenester
- Befolkning/pasienter

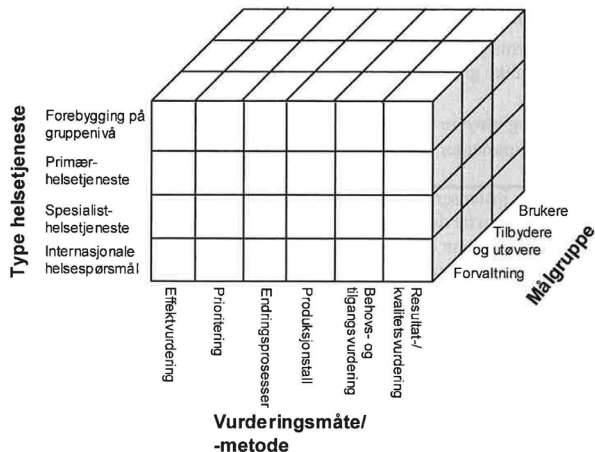
I forvaltningen vil flere instanser ha behov for den samme informasjon, kunnskap og faktagrunnlag, men vil benytte den på ulik måte. Det er derfor hensiktsmessig å samle funksjonene som skal samle inn data, bearbeide disse og analysere dem på en objektiv måte i et Nasjonalt helsetjenesteinstitutt istedenfor å duplisere arbeid og kompetanse innen flere etater. Etatene kan da rendyrke sin funksjon som vil være å tolke informasjonen gitt overordnede premisser og strategier. Departementet vil ha behov for informasjon på et overordnet nivå innen de fleste aspektene. Helsetilsynet vil gjennom sitt ansvar for overordnet tilsyn med helsetjenesten ha særlig behov for en behovs-/tilgangsvurdering og en kvalitets-/resultatvurdering som kan danne grunnlag for det overordnede tilsynet. Sosial- og helsedirektoratet vil ha særlig behov for effektiviteter og en prioriteringsanalyse. Den etaten som skal eie sykehusene vil ha behov for effektiviteter, kunnskap om endringsprosesser, produksjonstall, behovsvurdering og kvalitet. Utøverne av helsetjenester vil særlig ha behov for effektiviteter og resultat-/kvalitetsvurderinger, mens befolkningen og pasientene vil ha et krav på informasjon om sistnevnte.

### **Oppsummering av funksjoner for et Nasjonalt helsetjenesteinstitutt**

HELTEF har i gjennomgangen over lagt vekt på en analyse av hvilke behov et samfunn har når det gjelder kunnskap om helsetjenester. Vi har delt oppgavene for det vi anbefaler bør etableres som et Nasjonalt helsetjenesteinstitutt i tre dimensjoner (se figur). Vi har i oversikten prøvd å nevne miljøene hvor kompetansen (utenfor universitetene) når det gjelder disse oppgavene finnes i dag i Norge. Vi har ikke tatt stilling til hvilke enheter som eventuelt bør innlemmes i det nasjonale helsetjenesteinstituttet. Det bør være departementets oppgave i det videre arbeidet med omorganiseringen.

Den nye organiseringen av den sentrale sosial- og helseforvaltningen forutsetter et godt og nært samarbeid mellom de nye etatene og mellom de nye og allerede eksisterende etater. På noen områder kan det være behov for en klarere grenseoppgang mellom hva som er den enkelte etats funksjon. Dette vil også gjelde ansvarsområdene til det nasjonale folkehelseinstituttet og det nasjonale helsetjenesteinstituttet, som på enkelte områder ikke vil følge en inndeling som den som fremgår av institusjonens navn. Et eksempel kan være smittevernfeltet som vil omfatte både overvåkning av helsetilstanden, vurdering av tiltak og også delvis utøvelse av tiltak. På mange måter kunne man kanskje derfor slå sammen disse to kompetanseinstitusjonene til en – et Nasjonalt folkehelse- og helsetjenesteinstitutt. Når HELTEF ikke primært vil tilrå en slik løsning, er det først og fremst p.g.a. at en slik institusjon må ha sin oppmerksomhet rettet mot for mange områder samtidig. Selv om det på enkelte områder er behov for overlappende kompetanse, er det viktig å understreke at å vurdere helsetilstanden i befolkningen og tilstanden i helsetjenester er to ganske forskjellige ting – som krever ulikt fokus og kjernekompetanse.

## Oppgaver for et **Nasjonalt helsetjenesteinstitutt**



På sett og vis kan dette argumentet brukes mot ideen om å etablere ett Nasjonalt helsetjenesteinstitutt istedenfor å bygge videre på de ulike miljøene man har i dag uten en samorganisering. Når HELTEF anbefaler etableringen av ett nasjonalt kompetanseinstitutt også for helsetjenester, er det fordi kompetansemiljøene på helsetjenester fort kan bli for svake og fragmenterte i forhold til det ene kompetansemiljøet på helseforhold. Norge trenger sterke og tunge aktører innen begge felter. Se for øvrig diskusjonen mot slutten av notatet.

### **Veien videre**

Den viktigste suksessfaktoren i forbindelse med omorganiseringen – i tillegg til det å legge en overordnet struktur for de nye institusjonene – er valget av ledere av de forhåpentligvis fire etatene. Hvor godt de nye etatene vil fungere vil naturligvis være fullstendig prisgitt kvaliteten på de som skal lede virksomhetene. Vi kan se for oss et ”beste-scenario” hvor lederne av etatene har den faglige styringsevne, innsikt, integritet og fleksibilitet som kan lede og samordne hele etatens brede virksomhet og som er i stand til å formidle dette til øvrige aktører i helseforvaltningen og til departementet. Det finnes også et ”verste-scenario” hvor lederne av etatene på ulike nivå inngår i nye maktspill om posisjoner, innflytelse og ressurser, og hvor distansen mellom faktisk kompetanse og politisk ledelse bare øker. HELTEF antar at dette for departementet er selvsagt. Hvis man ikke oppnår fremragende valg av ledere til institusjonene/etatene, kan hele omorganiseringsprosessen vise seg å bli meget kostbar og lite funksjonell.

Det er derfor betydning at prosessen med rekruttering av de nye lederne kommer igang tidlig og helst umiddelbart etter at de nødvendige overordnede beslutninger er fattet. Det er viktig at lederne for de fire institusjonene (Helsedirektøren, direktør for Sosial- og helsedirektoratet, og direktørene for det Nasjonale folkehelseinstituttet og det Nasjonale helsetjenesteinstituttet) får mulighet til å påvirke og styre prosessen mot en mer konkretisert utforming av de fire institusjonene. Uten at det skjer vil trolig posisjonene være mindre attraktive og de nye lederne vil ha mindre mulighet til å forme institusjonen slik det er hensiktsmessig.

### **Alternativer til fire etater**

Vi har forståelse for at departementet ønsker så få aktører/etater som mulig, og ser muligheten for at man vil velge løsninger med enda færre etater enn det vi foreslår. Vi har i det foregående argumentert for at fire etater vil gi en god balanse som ivaretar den utøvende rolle, tilsynsrollen, kompetanserollen med hensyn til folkets helse og kompetanserollen i forhold til helsetjenestens ytelser. For å sikre et lavest mulig antall aktører/etater tror vi det er riktig i samme runde å vurdere plasseringen til f. eks. Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS), Statens rettskikologiske institutt (SRI) og den faglige aktiviteten i Statens strålevern. Mange av deres funksjoner henger naturlig sammen med et Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Dersom man velger færre enn fire etater, og således velger å legge helsetjenestekompetansen under en annen etat, har vi følgende vurderinger.

#### ***En forvaltningsetat og et kompetanseinstitutt***

Dersom kompetanse (forvaltningsmessig og faglig) oppleves som en meget knapp ressurs, kunne man tenkt å slå sammen de fire funksjonene i bare to etater, en forvaltningsetat og et kompetanseinstitutt. Dess mindre en nasjon er, dess vanskeligere vil det være å bygge opp systemer med til dels overlappende kompetanse. Vi vil rett og slett ikke være mange nok til å dekke alle områder. I en slik situasjon kan det være rasjonelt å tenke seg muligheten av å slå sammen forvaltningsetatene som skal dekke utøvende oppgaver og tilsynsfunksjon, i en etat – Sosial og helsedirektoratet, og kompetanseinstitusjonene i en etat – Nasjonalt folkehelse- og helsetjenesteinstitutt. På forvaltningssiden har dette positive og negative sider. Positivt vil det være å kunne benytte forvaltnings- og rådgivningskompetansen mer effektivt. Det vil være negativt i forhold til rendyrkning av roller og mulige habilitetskonflikter, f.eks. i forbindelse med tilsynsoppgaver og rådgivning. Det er samtidig et åpent spørsmål om Helsetilsynet i fremtiden vil kunne rekruttere personer med ønsket kompetanse når mye av rådgivningsfunksjonene legges ut av tilsynet.

Når det gjelder sammenslåingen av folkehelse- og helsetjenestefunksjoner på kompetansesiden gjelder samme argumentasjon som over og nedenfor.

#### ***Et kompetanseinstitutt – Nasjonalt folkehelse- og helsetjenesteinstitutt***

En slik løsning ville ha både fordeler og ulemper. Slik vi har fremført tidligere, vurderer vi det slik at ulempene overskygger fordelene.

- Fordelene er knyttet til at folkehelseperspektivet er viktig også for hvordan helsetjenesten skal vurderes. Det er viktig at helsetjenesten er vel tilpasset de helseutfordringene som befolkningen står overfor, og at man får muligheter til å vurdere både helsetilstand og tiltak under ett.
- Ulempene er knyttet til at det Nasjonale folkehelseinstituttet har et meget videre perspektiv enn bare helsetjenesten. Det er i mange sammenhenger påpekt at 80-90 % av de forutsetningene som ligger til grunn for god befolkningshelse relaterer seg til faktorer utenfor helsetjenesten. Vi tror det er særdeles viktig at det Nasjonale folkehelseinstituttet har en sterk rolle i forhold til et slikt perspektiv, men tror det er vanskelig samtidig å ha et tilstrekkelig fokus på helsetjenesten.
- Helsetjenesten er landets største organisasjon som omfatter nesten 10 % av BNP. For at en kompetanseenhet på en så omfattende virksomhet skal bli bra, tror vi det er nødvendig for hele etaten å arbeide bare med dette området.

- Det er også viktig å peke på at populasjonene som skal undersøkes ofte er forskjellige i et folkehelseperspektiv og i et tjenesteperspektiv. I folkehelseperspektivet er det befolkningen samlet som er interessant. I helsetjenesteperspektivet er det ofte pasientene eller subgrupper av pasienter som skal vurderes.
- Vi tror at også helsetjenesten, de som utøver tjenester i primær- og spesialisthelsetjenesten, vil være tjent med et sterkt nasjonalt kompetanseinstitutt på helsetjenester.
- Samlet er vi bekymret for mulighetene av at de store og viktige forsknings- og utviklingsoppgavene som helsetjenesten står overfor kan komme i skyggen av andre oppgaver i et Nasjonalt folkehelseinstitutt.

### **Sosial- og helsedirektoratet får ansvar for helsetjenestekompetanse**

Vi mener det vil være prinsipielt uheldig å sammenblende forvaltningsfunksjoner og forsknings- og kompetansefunksjoner. Erfaringen er også at det er vanskelig å skaffe og beholde fremtredende forskningskompetanse i en forvaltningsinstitusjon, og at kompetansefunksjonen gradvis belastes med store forvaltningsoppgaver. Dette er hverken forvaltningen eller kunnskapsmiljøene tjent med. I en eventuelt slik tenkt situasjon tror vi det ville være riktig at Sosial- og helsedirektoratet inntok en bestillerrolle i forhold til kunnskapsmiljøene. Dersom det nye direktoratet inntok en slik bestillerrolle ville løsningen være ganske lik dagens situasjon. På mange måter ville man da ha beholdt mangfoldet, men ikke oppnådd de synergieffekter og fordeler en samling ville ha hatt og som er planlagt innen det andre kompetansefeltet gjennom opprettelse av et nytt Nasjonalt helsetjenesteinstitutt.

På bakgrunn av dette vil HELTEF primært tilrå at kompetansefunksjonene for helsetjenesten legges til en ny fjerde etat – et Nasjonalt helsetjenesteinstitutt. Sekundært kan vi også se for oss en samling av kompetansefunksjonene i et institutt – et Nasjonalt folkehelse- og helsetjenesteinstitutt. For behovet for helsetjenestekompetanse sin del forutsetter sistnevnte alternativ at helsetjenestemiljøet blir tilstrekkelig stort og bredt faglig sett og dermed dekker alle de funksjonene vi har skissert. Det tredje alternativet vil være en klarere avklaring av bestillerfunksjon i forvaltningen med det nye direktoratet i denne rollen og med eksisterende og eventuelle nye frittstående institutter/sentre som utrednings- og forskningsinstitusjoner.

## Vedlegg 1 b)

Brev til SHD fra representanter for Folkehelse, HELTEF og SMM, 2001

Departementsråd Anne Kari Lande Hasle  
Sosial- og helsedepartementet  
Pb. 8011 Dep  
0030 Oslo

Kopi: Styringsgruppen for fornyelsen av den  
sentrale helse- og sosialforvaltning

Oslo, 14. oktober 2001

### **Organisering av et miljø for metodevurdering og tjenesteforskning på sosial- og helseområdet**

Vi viser til sakspapirer for møte i Styringsgruppen 11. oktober 2001, og vil herved presentere en skisse fra representanter for de tre kompetansemiljøene som omtales.

Da det ikke ble fattet et endelig vedtak i sak 4 i styringsgruppemøtet, har miljøene på selvstendig initiativ sondert om det er mulig å komme frem til en modell som man kan samles om. I et møte lørdag 13. oktober diskuterte de undertegnede representantene for miljøene situasjonen. Arild Bjørndal, som var på konferanse i utlandet på dette tidspunktet, har vært konsultert i prosessen og har i etterkant sluttet seg til prinsippene i forslaget.

Som et utgangspunkt for diskusjonen har vi basert oss på signaler fremkommet i etterkant av styringsgruppemøtet. Slik vi har forstått det, er det fra styringsgruppen og departementets side uttrykt behov for:

- et uavhengig og faglig sterkt kompetanse-/forskningsmiljø innen feltet,
- at noen av de eksisterende miljøer innen feltet samles både for å styrke feltet som helhet, for å redusere antall institusjoner, og for å oppnå tilstrekkelige synergieffekter,
- at nasjonen bør ruste opp dette feltet som helhet og at det krever en satsing, og
- at det er klar relevans og anvendbarhet i utnyttelsen av kompetansen og forskningen.

Vi har også fått signaler om at departementet ser det som positivt dersom fagmiljøene basert på dette kan komme frem til en felles modell.

De aktuelle miljøene, SMM, deler av Folkehelse og HELTEF, har hittil ikke hatt en direkte og konkret dialog med dette som siktemål. Fagmiljøene har hatt ulike ståsted, behov og derfor primære ønsker til endelig løsning. Den fremlagte skisse er derfor et kompromiss hvor alle miljøer har måttet gi litt i prosessen. Samtidig dekker denne hovedønskene og -behovene for hvert av miljøene, og er derfor en modell som vi kan gå inn for.

Skissen går i korthet utpå å etablere et uavhengig senter/institutt underlagt og samlokalisert med det nye Sosial- og helsedirektoratet. Senteret/instituttet må ledes av et bredt sammensatt og faglig tungt styre. Dette er en modell som vi mener ivaretar

både kravet om uavhengighet og kravet om relevans og nærhet til den forvaltningsetat som har det utøvende ansvaret innen feltene. Samtidig medfører det en samling av de omtalte miljøene og en mulighet for videre satsing og oppbygging. Andre modeller vil kunne medføre en oppsplitting og marginalisering av enkelte av miljøene som vil være uheldig.

Miljøene er enige om at senteret/instituttet bør ha tre tematiske hovedområder:

1. Metodevurdering
2. Tjenesteimplementering og organisering
3. Kvalitetsmåling

Disse områdene bør organiseres som seksjoner/avdelinger hvor aktivitetene ansvarsmessig rendyrkes. Personalet må forankres i seksjonene, men det skal ikke være tette skott mellom disse. En del av virksomheten ved senteret/instituttet bør være prosjektorganisert. Det enkelte prosjekt vil være forankret i en seksjon, men bør kunne utnytte ressurser på tvers av seksjonene.

Virksomheten i seksjonen/avdelingen for metodevurdering kan naturlig deles i to funksjoner: objektiv/vitenskapelig vurdering (*assessment*) og overordnet vurdering (*appraisal*). Dette kan sees som to påfølgende trinn i en kunnskapskjede. Den objektive/vitenskapelige vurderingen inkluderer utarbeidelse av systematiske kunnskapsoversikter, helseøkonomiske evalueringer (kost-nytte) og kvantitative beslutningsmodeller. Den overordnede vurdering tar opp i seg etikk, pasientenes- og utøvernes preferanser og inkluderer kunnskap om ressurstilgang, organisering osv. Denne seksjonen/avdelingen bør representere det norske "HTA Agency" i International Network for Agencies of Health Technology Assessment (INAHTA). Seksjonen/avdelingen vil som hovedprodukt utarbeide metodevurderingsrapporter. I tillegg vil det være naturlig at seksjonen/avdelingen publiserer enkelte vitenskapelige artikler innen det tematiske området.

Seksjonen/avdelingen for tjenesteimplementering og organisering skal drive forskning knyttet til disse aspektene. Begrepet er hentet fra en stor og relativ ny satsing innenfor NHS i England (NHS Service Delivery and Organisation (SDO) National R & D Programme; <http://www.lshtm.ac.uk/php/hsru/sdo/index.html>). Forskning knyttet til hvordan nasjonale retningslinjer/strategier best kan gjennomføres og implementeres, hvordan levere og organisere tjenester, og hvordan endre profesjonell praksis hører hjemme her. Dessuten bør man muligens på sikt vurdere problemstillinger knyttet til hensiktsmessige finansieringsmodeller for helsetjenesten. Kunnskap som seksjonen/avdelingen fremskaffer vil sammen med annen internasjonal forskning og kompetanse være relevant for hvordan resultatene av metodevurderingen best kan settes ut i livet. Denne seksjonen/avdelingen vil publisere originalartikler, systematiske oversikter og metodeartikler innen tjenesteimplementering og organisering.

Seksjonen/avdelingen for kvalitetsmåling skal arbeide med å utvikle styringsinformasjon for tjenesten som reflekterer kvaliteten i virksomhetene. Dette vil dreie seg om overordnede kvalitetsindikatorer som reflekterer forhold ved den organisatoriske og pasienterfarte kvalitet. Deler av den profesjonelle medisinske kvalitet vil også bli berørt f.eks. i form av prosessindikatorer som måler om retningslinjer/standarder følges opp i praksis. Den strengt definerte kliniske

resultat kvalitet bør trolig være forankret i de kliniske fagmiljøene f.eks. i form av kvalitetsregistre og hører kanskje derfor ikke naturlig med i en nasjonal overordnet institusjon. Seksjonen skal publisere rapporter og kontinuerlig formidle denne typen kvalitetsinformasjon i tillegg til å publisere vitenskapelige artikler innen feltet.

De berørte miljøene vil i ulik grad føre seg hjemmehørende i disse nye seksjonene. Miljøet ved SMM vil naturlig høre hjemme i seksjonen for metodevurdering. Miljøet ved Folkehelse vil ha aktiviteter som dekker begge de to førstnevnte seksjonene, mens HELTEF vil ha kompetanse innen områdene som dekkes av de to sistnevnte seksjoner. I tillegg arbeider HELTEF med klinisk forskning og med befolkningshelse. HELTEF er i dag forankret i et klinisk miljø ved SiA og forskningsmiljøet mener at en slik fortsatt tilknytning vil være av stor betydning. HELTEFs rolle som en viktig del av den totale vitenskapelige aktiviteten ved SiA – hvor sykehuset og universitetsfunksjonen som er under reetablering utgjør de andre – tilsier også at HELTEF er i en annen situasjon enn de to andre miljøene. HELTEF skal nå evalueres og HELTEFs styre har startet sonderinger med stifterne om stiftelsens fremtidige forankring og virksomhet. Det vil være nødvendig å avvente eventuelle beslutninger om HELTEFs forskningsmiljø til dette er avklart. Samtidig er HELTEF positive til å bli sett på som en del av den helheten som beskrives. Hvordan dette konkret bør utformes må avklares senere.

Det tredje trinnet vil bestå av prioritering/politikkutforming og utvikling/fastsettelse av nasjonale retningslinjer/standarder. Dette siste trinnet bør være en del av direktoratets ansvarsområde, og skal ikke utføres i det omtalte senteret/instituttet.

Som omtalt under beskrivelsen av seksjonen for metodevurdering, så bør det siste trinnet i kjeden dekkes av direktoratet. Vi vil tro at dette kan dekkes gjennom Prioriteringsutvalget og dets sekretariat og muligens gjennom den del av direktoratet som skal arbeide med nasjonale retningslinjer/standarder. Dette miljøet bør trolig få overført ressurser/personale fra de deler av Helsetilsynet som arbeider inne dette feltet i dag. I tillegg må direktoratet stå for formidling og implementering av disse standardene. Dessuten vil direktoratet ha et løpende kunnskapsbehov som ikke kan dekkes gjennom de mere langsiktige avtalene mellom direktoratet og det underliggende senteret/instituttet. Et miljø som dekker dette behovet vil sannsynligvis også kunne ha en viktig rolle i direktoratets bestillerfunksjon overfor senteret/instituttet og andre kompetanse-/forskningmiljøer.

Det er klart at den modellen vi beskriver kun kan realiseres dersom en del forutsetninger oppfylles. Dersom ikke så skjer vil miljøene måtte se seg om etter andre alternativer. Vi vil kort oppsummere disse forutsetningene:

- Senteret/instituttet må ledes av et faglig styre.
- Etableringen av en ledelse ved institusjonen er et svært kritisk punkt. Det er avgjørende at ledelsen er bredt sammensatt og har den nødvendige tillit internt, oppover mot forvaltning og myndigheter og utad mot den utøvende tjenesten og andre kompetansmiljøer. Direktoratet må derfor vise godt skjønns ved sammensetningen av denne.
- Det er viktig at institusjonen er innforstått med en rendyrking av funksjonene innen de tre feltene som beskrives.
- De ulike miljøene har etablert produktive og gode kulturer som må ivaretas og beholdes, samtidig som det må vises vilje til å inngå i en større helhet.

- Enkeltpersoner som har sin kompetanse og naturlige interesse innen flere av områdene må selv ha et avgjørende ord med i diskusjonen om organisatorisk forankring nå ved etableringen av institusjonen.
- Et slikt senter/institutt må få tilført tilstrekkelige ressurser til å kunne vokse og etablere nye satsinger innen de tre feltene. En størrelse på minst 80 personer er omtalt i tidligere sakspapirer og bør være en målsetning. Dersom ressursituasjonen blir stram vil det i betydelig grad vanskeliggjøre "sammensmeltningen" av de eksisterende miljøene.

Vi ser for oss prosessen videre som følger. Vi håper senteret/instituttet kan etableres fra 1.1.2002. Prosessen må ledes av direktøren for direktoratet og må involvere de berørte miljøer i betydelig grad. Seksjonene for metodevurdering og for tjensteimplementering og organisering må dannes ved etableringen basert på miljøene ved SMM og Seksjon for helsetjenesteforskning og deler av Seksjon for forebyggende og helsefremmende arbeid ved Folkehelse. Etableringen av en seksjon for kvalitetsmåling bør forventes inntil forholdene rundt HELTEF er avklart.

Vi håper med dette forslaget at vi har kommet frem til et kompromiss som er en god modell som er ønsket av fagmiljøene og som dekker de behov og ønsker som departementet og forvaltningen har signalisert. Vi håper på en god og positiv videre dialog om dette.

Med vennlig hilsen

Berit Mørland  
Direktør SMM

Signe Flottorp  
Fung. seksj.leder Folkehelse

John-Arne Røttingen  
Fung. inst.sjef HELTEF

Odd Søreide  
Sjefsforsker SMM

Mari Trommald  
Forsker Folkehelse

Kjell I. Pettersen  
Fung.ass.instsjefHELTEF



## Vedlegg 2 – Vedtektskavalkade

Vedtekter 2004



**DET KONGELIGE  
HELSEDEPARTEMENT**

Sosial- og helsedirektoratet  
Bjørn Inge Larsen  
Postboks 8054 Dep  
0031 OSLO

Unntatt offentlighet iht.  
offentlighetsloven §5.1

Deres ref :

Vår ref  
200402073-/HTA2-FNP

Dato  
26.04.2004

### **Vedtekter for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten**

Helsedepartementet oversender herved godkjente vedtekter for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, som trer i kraft 26.april 2004.

### **Vedtekter for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten**

Opprettet 1. januar 2004.

#### **§ 1 Formål**

Kunnskapssenteret skal bidra til effektive, tilgjengelige, trygge og likeverdige helsetjenester av høy kvalitet gjennom å generere, oppsummere, vurdere og formidle kunnskap. Denne forskningsbaserte kunnskapen skal være relevant for beslutningstakere på alle nivåer i helsetjenesten, dvs. befolkning, pasienter, utøvere, eiere av helsetjenestene og forvaltningen. Kunnskapssenteret skal arbeide for et godt samarbeid med og høy legitimitet i disse gruppene.

Målet er å styrke kunnskapsgrunnlaget for faglige beslutninger i den utøvende

helsetjenesten og i forvaltningen for i større grad å kunne nå helsepolitiske målsetninger og møte fremtidige faglige utfordringer. Kunnskapssenteret skal bidra til dette ved å arbeide med kunnskapsoppsummering, metodevurdering, måling av kvalitet og resultat, støtte til kvalitetsutvikling og helsetjenesteforskning.

Kunnskapssenteret skal fremskaffe og legge til rette for bruk av forskningsbasert kunnskap om effekten, nytten og kvaliteten av metoder, dvs. intervensjoner, virkemidler og tiltak. Kunnskapen skal være relevant ved utforming, utøvelse, organisering, styring og forvaltning av tjenestetilbudet i helsesektoren i Norge. I tillegg skal Kunnskapssenteret arbeide med tilsvarende spørsmål med relevans for felles globale utfordringer på helseområdet.

## § 2 Oppgaver

Kunnskapssenteret skal være et kunnskaps- og forskningsmiljø med rådgivning, utredning, forskning og utvikling og formidling innen sitt ansvarsområde som hovedoppgaver.

Kunnskapssenteret skal

- utarbeide systematiske oversikter, kunnskapsoppsummeringer og metodevurderinger
- vurdere fremtidig behov for tjenester basert på forskningsbasert kunnskap om bruk av helsetjenester, trender og nye metoder
- måle kvaliteten i og resultatene av tjenesten gjennom utvikling og analyse av indikatorer og andre mål for kvalitet
- støtte tjenestene på utøvende nivå i å etablere kvalitetsregistre, koordinere slike registre og gi disse metodestøtte
- støtte kvalitetsutvikling gjennom å
  - fremskaffe forskningsbasert kunnskap om effekten av og bidra til utvikling av tiltak som kan fremme kontinuerlig kvalitetsforbedring i nært samarbeid med helsetjenesten
  - støtte målgruppene ved å gjøre relevant, pålitelig, oppdatert og oppsummert forskningsbasert kunnskap tilgjengelig
- støtte Sosial- og helsedirektoratet og andre forvaltningsorganer, helseforetakene og helsetjenesten forøvrig i å være kunnskapsbaserte i sin virksomhet
- støtte helseforvaltningen med kunnskap knyttet til det internasjonale arbeidet i bl.a. WHO, og bistandsforvaltningen med forskningsbasert kunnskap på helseområdet
- drive primærforskning – helsetjenesteforskning og annen forskning og utvikling – som er i tråd med formålet og understøtter hovedoppgavene
- bidra til grunn-, videre- og etterutdanning av helsepersonell innenfor Kunnskapssenterets områder
- delta aktivt i internasjonale fora, nettverk og organisasjoner i egenskap av å være det nasjonale miljøet innen sine områder

- ha en nasjonal rolle på sine hovedområder og bidra til koordinering gjennom samarbeid og dialog med andre FoU-miljøer på feltet

### § 3 Status og fullmakter

Kunnskapssenteret er et faglig uavhengig ordinært forvaltningsorgan uten myndighetsfunksjoner. Kunnskapssenteret skal ikke kunne instrueres i faglige spørsmål. Kunnskapssenteret skal selv bestemme sin arbeidsform og skal fritt kunne formidle og offentliggjøre sitt arbeid. Kunnskapssenteret bør søke å etablere et formelt faglig samarbeid, inkludert gjensidige bistillinger, med universitetene.

Senteret er underlagt Sosial- og helsedirektoratet. Økonomiske og administrative spørsmål og oppgavebeskrivelse vil avklares gjennom vanlig etatsstyring. Sosial- og helsedirektoratet utarbeider et årlig tildelingsbrev hvor det gis fullmakter og faste, løpende oppgaver og særlige oppdrag for det kommende året. Kunnskapssenteret bør ha nødvendig kapasitet til å bistå i aktuelle saker som oppstår i løpet av året i direktorat, departement eller regionale helseforetak.

Kunnskapssenteret skal i utgangspunktet ikke drive oppdragsvirksomhet i vanlig forstand. Kunnskapssenteret vil kunne påta seg oppdrag fra offentlig og frivillig sektor, fra aktører innen helseforvaltning og helsetjenesteforskning, men ikke fra private kommersielle aktører. Kunnskapssenteret vil kunne søke om eksterne offentlige – nasjonale og internasjonale - forskningsmidler.

Senteret har sin hovedfinansiering gjennom tilskudd fra Sosial- og helsedirektoratet/Helsedepartementet. Økonomiforvaltningen skal skje i henhold til statens økonomireglement. Personalforvaltningen skal skje i henhold til de regler som til enhver tid gjelder for ansatte i statens tjeneste, i samsvar med statens personalreglement og delegerte personalfullmakter i tildelingsbrevet.

Prinsipielle spørsmål av administrativ karakter som måtte oppstå i Kunnskapssenterets arbeid, og som er av en slik karakter at de krever politisk avklaring, skal fremmes gjennom Sosial- og helsedirektoratet og legges fram for Helsedepartementet.

### § 4 Ledelse

Senteret ledes av en direktør. Direktøren tilsettes av Sosial- og helsedirektoratet. Tilsettingen skjer på åremål for 6 år, med adgang til fornyet tilsetting én gang.

Direktøren har den overordnede faglige og administrative ledelse av Kunnskapssenteret. Direktøren utarbeider årsplaner, strategiske planer, årsmelding, regnskap og budsjett.

Direktøren er ansvarlig for at instituttet drives i samsvar med vedtektene/tildelingsbrev og gjeldende regler for statlig virksomhet. Direktøren har avgjørelsesmyndighet i alle saker som ikke avgjøres av overordnet myndighet.

### § 5 Vitenskapelig råd

Senteret skal ha et vitenskapelig råd som gir råd til direktør i faglige spørsmål.

Det vitenskapelige rådet og dets leder oppnevnes av direktøren. Rådet bør representere Kunnskapssenterets målgrupper og andre FoU-miljøer.

Det vitenskapelige rådet skal gi faglige råd om:

- hovedlinjene for Kunnskapssenterets faglige virksomhet
- senterets årsplaner og strategiske planer
- senterets faglige arbeid og publikasjoner
- andre saker av betydning for Kunnskapssenterets faglige virksomhet.

### § 6 Vedtekter

Vedtekter for Kunnskapssenteret fastsettes av Helsedepartementet. Forslag til endringer skal legges frem for Sosial- og helsedirektoratet og Kunnskapssenteret ved direktøren til uttalelse. Sosial- og helsedirektoratet og direktøren kan fremme forslag til endringer av vedtektene.

### § 7 Ikrafttredelse

Vedtektene trer i kraft 26. april 2004.

\*\*\*\*\*

Med vennlig hilsen

*Annekari Lande Hasle*  
Anne Kari Lande Hasle e.f.  
departementsråd

*Andreas Disen*  
Andreas Disen  
ekspedisjonssjef



Sosial- og helsedirektoratet  
Postboks 7000 St. Olavs plass  
0130 OSLO

Deres ref

Vår ref  
200600664-/RS

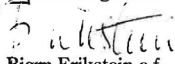
Dato  
14 .12.2007

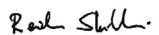
#### Revisjon av vedtektene for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Det vises til brev fra Sosial- og helsedirektoratet av 13.03.2007 og 21.08.2007, samt møte i Helse- og omsorgsdepartementet 10.12.2007 om samme sak. Vedtektene til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fastsettes herved i tråd med forslaget fra Sosial- og helsedirektoratet av 21.08.2007.

Helse- og omsorgsdepartementet presiserer at de ordinære styringsmessige prinsipper om at Helse- og omsorgsdepartementets underliggende etater skal ha paratkompetanse, og skal kunne påta seg nye oppdrag fra departementet i løpet av året, også gjelder i forhold til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Bestilling av nye oppdrag skal gå fra Helse- og omsorgsdepartementet til Sosial- og helsedirektoratet, som etatsstyrer av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Ved hasteoppdrag, og ut fra sakens karakter, kan departementet unntaksvis henvende seg direkte til Kunnskapssenteret. Ansvarlig enhet i direktoratet bør orienteres så raskt som praktisk mulig om henvendelsen. Disse forutsetninger for styringsdialogen vil bli innarbeidet i Helse- og omsorgsdepartementets tildelingsbrev til Sosial- og helsedirektoratet.

Med vennlig hilsen

  
Bjørn Erikstein e.f.  
Ekspedisjonsjef

  
Reidar Skilbrei  
avdelingsdirektør

Postadresse  
Postboks 8011 Dep  
0030 Oslo

Kontoradresse  
Einar Gerhardsens plass 3

Telefon  
22 24 90 90  
Org no.  
983 887 406

Helsetjenesteavdelingen  
Telefaks  
22 24 95 78

Saksbehandler  
Reidar Skilbrei  
22 24 87 55

## **Vedtekter for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret)**

### **§ 1 Formål**

Kunnskapssenterets overordnede mål er å medvirke til at forskningsbasert kunnskap om effekten og kostnadseffektiviteten av tiltak og kunnskap om tjenesters resultat, kvalitet og forbedringsmuligheter bidrar til effektive, tilgjengelige, trygge og likeverdige helse- og omsorgstjenester. Kunnskapssenteret skal bidra til å sette beslutningstakere på alle nivåer i helse- og omsorgssektoren bedre i stand til å fatte beslutninger som kommer brukerne og befolkningen til gode. Beslutninger om utforming, utøvelse, organisering, styring og forvaltning av tjenestene bør i hensiktsmessig grad være basert på forskningsbasert kunnskap.

### **§ 2 Arbeidsområder**

Kunnskapssenteret oppsummerer relevant forskningsbasert kunnskap på en systematisk måte og gjør resultatene tilgjengelig. Kunnskapssenteret utvikler, innhenter og formidler kunnskap om hva tjenestene leverer, om resultatene av tjenestetilbudet som blir gitt, og om hvordan tjenestene kan bli forbedret.

Kunnskapssenterets arbeidsområder er kunnskapshåndtering (kritisk vurdering, oppsummering og formidling av forskning), kvalitetsforbedring, pasientsikkerhet og monitorering (kvalitetsmåling).

Innen sine arbeidsområder utvikler Kunnskapssenteret ny kunnskap ved egen forskning, bidrar med sin kompetanse i utdanningen av helsepersonell, og gir støtte og driver formidlingsarbeid. Kunnskapssenteret peker på kunnskapsmangler som blir identifisert i arbeidet.

Kunnskapssenteret har en nasjonal funksjon innen sine arbeidsområder, bidrar til koordinering gjennom samarbeid og dialog med andre norske aktører, og deltar aktivt i internasjonale nettverk og organisasjoner.

### **§ 3 Status og fullmakter**

Kunnskapssenteret er et faglig uavhengig ordinært forvaltningsorgan uten myndighetsfunksjoner. Kunnskapssenteret kan ikke bli instruert i faglige spørsmål. Kunnskapssenteret bestemmer egen arbeidsform, formidler fritt og offentliggjør sitt arbeid..

Kunnskapssenteret er underlagt Sosial- og helsedirektoratet. Økonomiske og administrative spørsmål og oppgavebeskrivelsen blir avklart gjennom etatsstyring. Sosial- og helsedirektoratet utarbeider et årlig tildelingsbrev der det blir gitt fullmakter og overordnede føringer for det kommende året.

Kunnskapssenteret vurderer bestillinger fra offentlig og frivillig sektor, brukere og befolkning, men kan ikke påta seg betalte oppdrag fra kommersielle aktører. Kunnskapssenteret kan søke om eksterne offentlige – nasjonale og internasjonale – forskningsmidler.

Kunnskapssenteret er ansvarlig for en bestillings- og prioriteringsprosess som sikrer at relevante aktører kan foreslå nye prosjekter. Bestillingene og prioriteringen blir forelagt

27.7.2007

1

Kunnskapssenterets fagråd for vurdering før endelige beslutning om gjennomføring blir fattet. Prosjektene blir innarbeidet i den årlige virksomhetsplanen som blir godkjent av Sosial- og helsedirektoratet.

Kunnskapssenteret har sin hovedfinansiering over eget kapittel i statsbudsjettet. Økonomiforvaltningen følger Statens økonomireglement. Personalforvaltningen følger de regler som til enhver tid gjelder for ansatte i Statens tjeneste, i samsvar med Statens personalreglement og med delegerte personalfullmakter i tildelingsbrevet.

Prinsipielle spørsmål av administrativ karakter som måtte oppstå i Kunnskapssenterets arbeid, og som er av en slik karakter at de krever politisk avklaring, blir fremmet gjennom Sosial- og helsedirektoratet for Helse- og omsorgsdepartementet.

#### **§ 4 Ledelse**

Kunnskapssenteret blir ledet av en direktør. Direktøren blir tilsatt av Sosial- og helsedirektoratet. Tilsettingen skjer på åremål for 6 år, med adgang til fornyet tilsetting én gang.

Direktøren skal utarbeide årsplaner, strategiske planer, årsrapport, regnskap og budsjett i tråd med føringene i tildelingsbrevet.

#### **§ 5 Kunnskapssenterets fagråd**

Kunnskapssenteret skal ha et fagråd for faglige spørsmål. Rådet og dets leder blir oppnevnt av direktøren. Fagrådet skal ha 12-15 medlemmer som blir valgt blant forslag fra ulike aktører i helse- og omsorgssektoren. Medlemmene blir oppnevnt for tre år med mulighet for gjenoppnevning én gang. Fagrådet uttaler seg om:

- Hovedlinjene i Kunnskapssenterets faglige virksomhet
- Kunnskapssenterets strategiske og årlige planer
- Kunnskapssenterets faglige arbeid og publikasjoner
- Andre saker av betydning for Kunnskapssenterets faglige virksomhet

#### **§ 6 Vedtekter**

Vedtekter for Kunnskapssenteret blir fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet. Forslag til endringer blir vurdert av Kunnskapssenteret og Sosial- og helsedirektoratet før de blir lagt frem for Helse- og omsorgsdepartementet.

#### **§ 7 Ikrafttredelse**

Vedtektene trer i kraft 26. april 2004. Endringer er fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet .august 2007.

## Vedtekter for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten(Kunnskapssenteret)

### § 1 Formål

Vedtektene har som formål å regulere Kunnskapssenterets virksomhet og Helsedirektoratets rolle som etatstyrer. Vedtektene fastsetter styringslinjen fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) gjennom Helsedirektoratet til Kunnskapssenteret. Kunnskapssenteret er organisatorisk plassert som en etat under Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet er oppdragsgiver i tillegg til å ha rollen som etatstyrer overfor Kunnskapssenteret. Helsedirektoratet er på flere områder avhengig av Kunnskapssenterets arbeid for å oppfylle de formål som er fastsatt i hovedinstruks fra HOD, og for å gjennomføre de oppdrag som HOD gir Helsedirektoratet i det årlige tildelingsbrevet.

Kunnskapssenteret er et forvaltningsorgan uten selvstendige myndigheters oppgaver.

### § 2 Kunnskapssenterets formål

Kunnskapssenteret skal bidra til effektive og kunnskapsbaserte helsetjenester av høy kvalitet gjennom å samle, systematisere, vurdere, generere og formidle kunnskap.

Kunnskapssenteret skal:

- Fokusere på kunnskap om effekten, nytten og kvaliteten av metoder, dvs. alle intervensjoner, virkemidler og tiltak, som benyttes i eller er aktuelle for helsetjenesten.
- Legge til rette for bruk av forskningsbasert kunnskap ved utforming, utøvelse, organisering og forvaltning av helsetjenesten.

Den faglige uavhengighet sikres ved at Kunnskapssenteret ikke kan instrueres i faglige spørsmål.

### §3 Helsedirektoratets overordnede ansvar

Helsedirektoratet er ansvarlig overfor Helse- og omsorgsdepartementet for at virksomheten i Kunnskapssenteret utføres i samsvar med disse vedtekter og bestemmelser som for øvrig regulerer Helsedirektoratets virksomhet herunder Reglement for økonomistyring i staten.

Kunnskapssenterets virksomhet styres gjennom årlige tildelingsbrev, budsjett og etatstyringsmøter.

Helsedirektoratet ansetter Kunnskapssenterets direktør. Direktøren tilsettes på åremål for 6 år med adgang til fornyet tilsetting én gang.



#### **§4 Kunnskapscenterets myndighet og ansvar**

Kunnskapscenterets arbeidsoppgaver vil fremgå av årlige tildelingsbrev. Kunnskapscenteret skal være et fagorgan for helsetjenesten i arbeidet på folkehelse-, levekårs- og helse- og omsorgstjenesteområdet.

Kunnskapscenteret skal være en tilgjengelig fagressurs for Helsedirektoratet og den øvrige helsetjenesten. Helsebiblioteket er en integrert del av Kunnskapscenterets virksomhet.

Offentliggjøring av rapporter og dokumenter som er svar på bestillinger fra direktoratet skal avklares med direktoratet.

Kunnskapscenteret skal i sitt arbeid følge de prioriteringer som følger av tildelingsbrevet og styringsdialogen med Helsedirektoratet.

Kunnskapscenteret kan etablere rådgivende organer for faglige spørsmål. Kunnskapscenteret skal utarbeide mandat for det enkelte fagråd.

Direktøren i Kunnskapscenteret har ansvar overfor Helsedirektoratet for at Kunnskapscenteret organiseres og drives i samsvar med disse vedtektene, det årlige tildelingsbrevet og i tillegg følger de lover og forskrifter som generelt gjelder for virksomheten.

#### **§5 Kunnskapscenterets arbeidsområder**

Kunnskapscenterets arbeidsområder er kunnskapsbasert praksis, kvalitetsforbedrings- og pasientsikkerhetsarbeid og grunnlag for innspill til kunnskapsbasert helepolitikk.

Kunnskapscenteret skal gjennom sine tjenester og produkter, med god faglige kompetanse og faglige integritet, bidra til å sette beslutningstakere på alle nivåer i helse- og omsorgssektoren bedre i stand til å fatte beslutninger som kommer brukerne og befolkningen til gode. Kunnskapscenterets tjenester og produkter skal gi beslutningstagerne mulighet for å treffe beslutninger basert på objektiv og uavhengig forskningsbasert kunnskap. Forskning, undervisning og formidling er viktige aktiviteter som skal understøtte kjerneaktivitetene.

Kunnskapscenteret kan ta oppdrag fra helse- og omsorgstjenesten og bruker- og profesjonsforeninger i tråd med formålet. Betalte oppdrag fra kommersielle aktører kan bare utføres etter godkjenning av Helsedirektoratet. Kunnskapscenteret kan innenfor rammen av sitt formål levere finansierte oppdrag fra helse- og omsorgstjenesten. Kunnskapscenteret kan søke om eksterne offentlige nasjonale og internasjonale forskningsmidler.

*Fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet i brev av 11.06.2013.*

*Disse vedtekter erstatter vedtekter for Kunnskapscenteret av 26.04.2004 med senere endringer samt vedtekter for Helsebiblioteket av 29.03.2006.*

## **///helsebiblioteket**

### **Vedtekter for Helsebiblioteket**

#### **§ 1 Formål**

Kvaliteten på helsetjenester skal bedres ved å gi helsepersonell enkel tilgang til kunnskapsbasert helsefaglig informasjon. Helsebiblioteket skal være en formidlingskanal for oppdatert faglig kunnskap fra norske og internasjonale fagmiljøer, Helsebibliotekets partnere og Kunnskapssenteret. Kunnskapen skal gjøres lett tilgjengelig i den kliniske hverdag og tilpasses helsepersonellens behov.

Med oppdatert faglig kunnskap menes bl.a.:

- ny forskning,
- oppsummert forskning,
- nasjonale faglige råd og retningslinjer fra offentlige myndigheter,
- veiledninger, råd og prosedyrer utarbeidet av anerkjente fagmiljøer,
- lover og forskrifter
- styringssignal fra myndigheter og helsetjenestenes eiere.

Helsebiblioteket vil kunne utarbeide og publisere egen informasjon basert på slik kunnskap.

Med lett tilgjengelig kunnskap menes at kunnskapen skal være presentert på en slik måte at helsepersonell raskt kan finne den, lese den og bruke den. Ønskes utdypende informasjon om det aktuelle temaet skal det være mulig, på en enkel måte å finne fulltekstdokumenter og opprinnelige kilder. I den grad det er mulig skal kunnskapen presenteres i norsk språkform.

Formidlingsformen i Helsebiblioteket skal i hovedsak være elektronisk, gjennom Internett eller via lukkede nettverk der dette er hensiktsmessig.

Den primære målgruppen for Helsebiblioteket er ansatte og studenter i helsetjenesten, men så langt som mulig skal innholdstjenestene være åpne og tilgjengelige for alle.

Det er et mål at helsetjenesten skal finne den informasjonen de har bruk for i praksis på ett nettsted [www.helsebiblioteket.no](http://www.helsebiblioteket.no).

#### **§ 2 Virksomhet**

Helsebiblioteket skal bl.a.:

- Etablere strukturer som sikrer kvalitet på de innholdstjenester som leveres
- Inngå avtaler med leverandører av innholdstjenester og tekniske tjenester
- Sørgе for gode publiseringsløsninger på nett
- Etablere strukturer som sikrer dialog med helse- og bibliotekfaglige miljø
- Sørgе for relevante innholdstjenester for alle målgrupper

Helsebiblioteket kan inneholde emnebibliotek der kunnskap på fagspesifikke områder gjøres tilgjengelig ut fra målgruppens behov. Emnebibliotekene kan være en del av Helsebibliotekets driftsorganisasjon, kan settes ut som oppdrag til partnere eller aktuelle eksterne fagmiljøer eller kan kombinere disse alternativene. For hvert emneområde kan det være en emneredaktør. Emneredaktøren har ansvar for å drive en emneredaksjon og kan opprette et rådgivende redaksjonsutvalg hvis det er behov for det. Emneområdene skal utvikles og drives i nært samarbeid med fagmiljøer på området og brukergruppene. Emneredaktør rapporterer til Helsebibliotekets redaktør i redaksjonelle spørsmål.

#### **§ 3 Organisering**

Helsebiblioteket organiseres for å ivareta virksomheten som en felles satsing for partnene. Partnene er ved etableringen Sosial- og helsedirektoratet og de fem regionale helseforetakene. Nye partnere vil kunne tilkomme. Helsebiblioteket driftes av og i Kunnskapssenteret og organiseres som en egen enhet med særlig faglig og redaksjonell integritet.

#### § 4 Finansiering

Helsebiblioteket finansieres gjennom:

- grunnfinansiering fra sentrale statlige instanser og de regionale helseforetak
- inntekter fra institusjoner og organisasjoner som ønsker tilgang til spesifikke innholdstjenester
- inntekter fra brukere av enkelte innholdstjenester med begrensede lisenser.

Budsjett for påfølgende år legges årlig frem for partnerne og beskrives i tildelingsbrevet til Kunnskapssenteret.

#### § 5 Ledelse

Helsebibliotekets råd. Det opprettes et råd som skal gi innspill til Kunnskapssenteret om driften av Helsebiblioteket. To representanter oppnevnes av de regionale helseforetak og to representanter oppnevnes av Sosial- og helsedirektoratet. Hvert medlem skal ha en personlig vararepresentant. Rådet velger selv sin leder. Rådet skal ha minst tre møter pr år. Rådet skal bidra til at Kunnskapssenteret driver Helsebiblioteket etter formålet, gi råd om tilsetning av redaktør, oppnevne redaksjonsutvalg og gi råd om overordnede saker som planer (strategiplan og virksomhetsplan) og budsjett. Redaktør for Helsebiblioteket møter i rådet og er dets sekretær. Rådet har en funksjonstid på to år.

Redaktør Helsebiblioteket ledes av en redaktør, som ansettes av Kunnskapssenteret etter råd fra Helsebibliotekets råd, og som har den overordnede faglige og administrative ledelse av virksomheten. Redaktøren skal drive Helsebiblioteket i tråd med vedtektene. Dette innebærer at redaktøren har redaksjonelt ansvar for alt innhold, og har en faglig og redaksjonelt uavhengig rolle i forhold til Kunnskapssenteret for øvrig og partnerne. Redaktøren leder redaksjonen og har personalansvar for ansatte i redaksjonen.

Redaksjonsutvalg Helsebiblioteket skal ha et redaksjonsutvalg som gir råd til Helsebibliotekets råd og redaktør i faglige spørsmål. Redaksjonsutvalget oppnevnes av rådet etter forslag fra redaktøren. Redaksjonsutvalget bør representere Helsebibliotekets brukere og aktuelle forsknings-, informasjons- og bibliotekfaglige miljøer.

#### § 6 Vedtekter

Vedtekter for Helsebiblioteket fastsettes av Sosial- og helsedirektoratet. Forslag til endringer skal legges frem for Helsebibliotekets redaksjonsråd til uttalelse. Hver av partnerne, Kunnskapssenteret og redaktøren kan fremme forslag til endringer av vedtektene.

#### § 7 Ikrafttredelse

Vedtektene trer i kraft den 29.03.06

## Ordliste

EBM:	Evidence based medicine
EPOC:	Effective Practice and Organization of Care ( Cochrane group)
EUnetHTA:	European Network for Health Technology Assessment
Euroscan:	The International Information Network on New and Emerging Health Technologies (EuroScan International Network)
GIN:	Guidelines International Network
HELTEF:	Stiftelse for helsetjenesteforskning
HTA:	Health Technology Assessment ( Medisinsk metodevurdering)
INAHTA:	International Network of Agencies for Health Technology Assessment
IOM:	Institute of Medicine (USA)
KS:	Kommunenes Sentralforbund
LMIC:	Low and Middle Income Countries
MRC:	Medical Research Council (UK)
NAVF :	Norges Allmennvitenskapelige forskningsråd
NIH:	National Institute of Health (USA)
NICE:	National Institute for Clinical Excellence (UK)
Norad:	Direktoratet for utviklingsamarbeid
NPR:	Norsk pasientregister
OECD:	Organisasjon for økonomisk samarbeid og utvikling
RHF:	Regionale helseforetak
SMM:	Senter for medisinsk metodevurdering
SLV:	Statens legemiddelverk
WHO:	Verdens helse organisasjon

## Litteratur

1. Banta D, Jonsson E. History of HTA: Introduction. *Int J Technol Assess in Health Care* 2009; 25 Suppl: 1-6.
2. Starr M, Chalmers I, Clarke M, Oxman A. The origin, evolution, and future of the Cochrane Database of systematic Reviews. *Int J Technol Assess in Health Care* 2009; 25 Suppl: 182-95.
3. Organisering av medisinsk teknologivurdering I Norge. Rapport Oslo: Sosial og helse-departementet, 1996.
4. Donabedian A. The quality of medical care *Science* 1984; 200: 856-64.
5. Guldvog B, Hofoss D, Pettersen KI, Ebbesen J, Rønning OM. PS-RESKVA – pasient-tilfredshet i sykehus. *Tidskr Nor Lægeforen* 1998; 118:386-91.
6. To Err is Human, Institute of medicine, USA, 1999.
7. Retningslinjer for retningslinjer. Statens helsetilsyn 1998.
8. Intern utredning om organisering av et miljø for metode- og kunnskapsvurdering på departementets ansvarsområde. Sosial- og helsedepartementet, 27.juni 2001.
9. Mørland B, Ringard Å, Røttingen JA. Supporting tough decisions in Norway: A health-care system approach. *Int J Technol Assess Health Care*. 2010; 26; 398-404.
10. Slik oppsummerer vi forskning. Håndbok for nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Mars 2013
11. Iversen HH, Bjertnæs ØA, Groven G, Bukholm G. Usefulness of a national parent experience survey in quality improvement: views of paediatric department employees. *Qual Saf Health Care*. 2010 Oct; 19(5):e38. doi: 10.1136/qshc.2009.034298).
12. Nytt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet April 2013.
13. Forslag til rammeverk for et nasjonalt kvalitetsindikator-system for helsetjenesten. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 16-2010.
14. Norway – Health system review, Ånen Ringard, Anna Sagan, Ingrid Sperre Saunes, Anne Karin Lindahl. *Health System in Transition*. Vol. 15 No. 8 2013. European Observatory on Health Systems and Politics.
15. Evaluering av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Sluttrapport til Sosial-og helsedirektoratet. Oktober 2007.
16. Chalkidou K. et al. Health technology assessment in universal health coverage. *The Lancet*, 2013, 382, 48-49.

# *Michael*

1. *Michael* is a publication series of The Norwegian Medical Society (Det norske medicinske Selskab).
2. *Michael* is named after Michael Skjelderup (1769-1852), the first medical professor in Norway and one of the founding fathers of the Society.
3. *Michael* is distributed to the members of the Society, other subscribers and libraries. Separate issues may also be distributed to external groups of readers.
4. *Michael* publishes high quality papers on medical history, medical humanities, public health and health politics. The manuscripts will be peer reviewed prior to the editorial decision on acceptance.
5. *Michael* publishes articles in the Scandinavian languages or in English, depending on topic and main readership. *Michael* is available open access at [www.michaeljournal.no](http://www.michaeljournal.no).
6. *Michael* publishes four regular issues a year. Supplements may be published at irregular intervals.
7. *Michael's* editors are appointed for a period of three years among the members of The Norwegian Medical Society by its Board. Reappointments are allowed. The editors may supplement themselves by editorial members from collaborating associations and appoint ad hoc editors for special issues.

## Editors:

Professor Øivind Larsen  
Professor Magne Nylenna  
Professor Erlend Hem  
Dr. Astrid Nylenna (secretary)

## Editorial board:

Professor Stein A. Evensen  
Professor Jan Frich  
Professor Christoph Gradmann  
Professor Arvid Heiberg  
Director Frøydis Langmark  
Dr. Kristine Lillestøl

## Postal address:

Tidsskriftet *Michael*  
P.O. Box 1152 Sentrum  
NO-0107 Oslo  
Norway  
[michael@dnms.no](mailto:michael@dnms.no)

Annual subscription rate  
NOK 500 (2021)

ISSN 1893-9651

Retur: Tidsskriftet *Michael*, Boks 1152 Sentrum, N-0107 OSLO

*www.dnms.no*

ISSN 1893-9651



9 771893 965004